

## 2017-18 施政建議

### 實踐全方位健康政策

衛生政策應以促進市民健康為目標，並非只集中在治療及醫院服務。當局應重新定位，檢討現時的基層(primary care)、中層(secondary care)和第三層(tertiary care)的醫療衛生服務，透過適當的資源分配，有效運用跨專業醫護團隊，以及在硬件(基層建設)及軟件(醫護人力資源)上作出長遠的規劃。

#### (I) 基層、中層及第三層醫療衛生服務

1. 基層醫療衛生服務是衛生署其中一項重要工作，政府應增加衛生署的資源及人手，以應付各部門，如母嬰健康院、長者健康中心、學生健康服務等服務需求不斷上升的情況，讓他們有足夠的資源繼續為各階層，如婦女、男士提供適切的健康推廣、健康教育、疾病預防等工作。
2. 歡迎政府在 2017 年 7 月 1 日將醫療券的受惠長者年齡由 70 歲降低至 65 歲。然而，現時大部份長者將醫療券用於看醫生，在 2016 年便有超過七成長者將醫療券用於西醫的服務上。為了加強對長者的照顧，當局應擴闊醫療券的使用範圍，增加更多身體檢查服務，如聽力檢查、疫苗注射計劃、退化病變篩檢等，進一步改善他們的健康情況。
3. 現時公營的牙科服務非常有限，全港只有 11 間政府牙科診所，而門診服務只限於脫牙和止痛，牙科保健服務只涵蓋至小學階段，而私營牙科服務費用又非常昂貴，不少青少年、長者及智障人士都沒有定期檢查他們的口腔及牙齒，直接影響他們的健康及社交。近年有調查發現，97%中學生在小學階段，有參加衛生署學童牙科保健服務，但升中後每年會檢查牙齒的比率跌至 47%，故此，我建議當局擴闊牙科保健範圍至中學生，繼續為學生提供有關服務。至於長者，即使他們可用醫療券看牙醫，但因資助有限，未必足夠支付昂貴的牙科服務，不少長者都因此而有嚴重的口腔及牙齒健康問題，影響他們的進食及健康，我建議增設長者牙科服務醫療券或增加醫療券的資助額，讓長者有足夠資源使用牙科服務。至於智障人士，基於他們的特殊需要，更難尋找適合的牙醫，而現時的「盈愛•笑容服務」先

導計劃雖然反應踴躍，卻又即將完結，我希望當局盡快檢討，繼續為他們提供牙科服務。

4. 根據政府於 2013 年進行的統計，香港 65 歲或以上的長者，大約有 12 萬人有聽力障礙。然而，現時輪候耳鼻喉科專科診所，往往要一至兩年，診斷後還要再等一至兩年，才能與聽力學家會面，安裝合適的助聽器。所以，我希望政府能正視這個問題，致力培訓這方面的人才，提高聽力專家的人手比例，為市民提供認可和適切的聽力治療服務。
5. 以護士診所(Nurse-led Clinic)方式在各層醫療衛生服務上加強健康推廣、管理，以及篩檢，以促進大眾健康。當中包括普通科門診(GOPC)、院舍、長者健康中心等，以紓緩急症室及住院服務的壓力。(詳情請參閱附件)
6. 公營醫療服務需求不斷上升，我認為當局應善用醫護人力資源，優化現時的醫療服務，改善公私營醫療服務嚴重失衡的問題，當中包括：
  - 實行「醫藥分業」，在公營醫院增加臨床藥劑師，由藥劑師針對性地檢視病人入院和出院的藥物治療、跟進用藥情況，覆檢醫生的處方，以減輕醫生的工作量，增加診症時間，降低藥物事故；
  - 推動公營協作計劃，在社區藥房推行全天候藥劑師駐診，為病況較為穩定的病人不用動輒輪候專科而只是為了取藥，可由社區指定的藥劑師跟進和取藥，減輕公私營藥劑服務的負擔；
  - 確立視光師可直接轉介患者使用醫管局服務制度，市民無需再由私家醫生轉介；
  - 確立脊醫可簽發病假紙制度，並增設公營脊醫服務，紓緩公營相關專科服務的輪候時間，幫助有需要的市民；
  - 確立物理治療師可提供直接服務，市民無需再由私家醫生轉介，減省不必要的求診費用。
7. 香港的精神健康政策已跟隨國際趨勢，把病人由住院療理轉移到社區復康，然而，因資源及人手有限，根本未能提供切適及妥善的照顧，因此，當局必須增加精神科的醫護人手，改善現時個案管理計劃每名個案經理處理個

案的比率、改善精神科藥物、重組精神病醫院、病科或病房的分科設計和環境，保障病人安全。

8. 當局必須盡快落實私營醫療機構規管，改善私院收費欠缺透明的問題、私營醫療處所的環境及設備，加強罰則，增加市民使用私營醫療服務的信心。

## (II) 醫護人力資源規劃及專業發展

1. 香港醫護人手一直存在供不應求的問題，當局發表的《醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告》只是按過去及現時的服务量和質素推算人手，是重質不重量的做法，完全反映不到現實需要。因此，我強烈要求當局檢討現時服務水平，規劃護士及專職醫療人員的人手。
2. 醫管局護士及專職醫療人員流失情況嚴重，更有青黃不接問題，當局應增加資源改善他們的薪酬待遇，包括：
  - 新入職護士及專職醫療人員首年應獲得增薪；
  - 合約/已轉為常額聘用的護士及專職醫療人員獲晉升後首年不應被「凍薪」；
  - 「常額聘用模式」僱員的薪酬福利不應低於「合約聘用模式」；
  - 訂立護士/病人比例，1 護士: 6 病人；
  - 訂立臨床督導比例，每更 1 資深護師；
  - 訂立一專科至少一位顧問護師；
  - 取消醫管局護士「三年抱兩」調配制度；
  - 改善人手，豁免特定懷孕週期/年齡組別值夜安排；
  - 重設 16.5%現金津貼及跳薪點(Omitted Point)；
  - 引入「半職」(Casual Appointment)聘用制度；
  - 專科資格護士給予額外一個增薪點；
  - 新入職護士五年內應給予專科培訓；
  - 訂立每年培訓指標，海外及本地（不包括 E-learning）；
  - 改善醫療保障、職員診所的配套和提供定期身體檢查。

### 3. 專業發展

- 護理臨床專科化在護理業界發展多時，當局應投放資源及制定政策規管臨床專科實務操作及其執業資格，以挽留人材。政府初步可由現有的「認可註冊計劃」(Accredited Registers Scheme)方式進行規管。在此規範制度下，臨床專科護師的角色、職能及實務範疇先由各護理專科訂立，再由政府認可的獨立認證機構確認其資歷及執業權限，最後以中央名冊方式在衛生署設立「臨床專科護師名冊」供市民查閱及辨析。長遠以言，應予立法規管。
- 盡快落實《護士註冊條例》第3(2)(ca)條中，列明在管理局加入六名須為註冊護士或登記護士，並由選舉方式選出的修訂，以加強護士管理局的公信力及透明度。
- 專職醫療方面，現時不受法定規管的醫療專業人員設立的自願認可註冊計劃正進行中，政府應為專業團體提供足夠資源和支援，讓計劃得以順利運作。
- 此外，多個專職醫療專業反映現時管理局的運作未能有效推動業界發展，窒礙專業自主。因此，我們要求當局檢討各管理局的主席及成員委任問題及運作。當中包括，輔助醫療業管理局轄下5個管理委員會的主席均應由業界人士出任、藥劑業建議成立兩個管理局，分別負責規管藥劑師註冊及藥劑製品事宜，以取代現時的香港藥劑業及毒藥管理局、而脊醫團體要求改善脊醫管理局委任成員的代表性問題，促進業界發展。

### (III) 安老及殘疾人士的照顧

1. 我們認同「居家安老為本，院舍照顧為後援」的政策方針，然而政府在加強安老院舍服務的同時，亦要按長者人口和需要，相應增加各類社區照顧服務及配套，讓長者可於社區中的院舍或家中，安享晚年。
2. 現時，雖然各區設有不同的長者地區服務及健康中心為長者提供服務，但在系統上卻出現了不少問題，例如服務分散、協調不足、服務差距大、服務重疊等。我建議成立「一站式」的長者服務中心，為長者提供綜合預防、

過渡及復康護理等持續性服務，讓他們在健康或照顧需要上有任何改變時，都能在同一中心獲得適時的支援，減少重複入院或過早入住院舍的機會。另外，在制定長者地區服務中心的工作範疇和服務重點時，應以社區的需要為出發點，避免資源錯配的情況發生。

3. 應增強健康衰退(Frailty)長者的家居護理及支援，其實不少健康衰退的長者因體弱、活動能力衰退、行動不便等，令他們的活動範圍局限於家中。因此，出外求診或接受各項長者服務也受到一定的限制。為了讓這群長者都能達至「居家安老」，增強家居護理及支援是不可或缺的，例如為他們提供一站式及跨界別專職醫療團隊的綜合家居照顧服務，包括清潔、膳食、心理輔導、復康運動、轉介服務、家居診症及護理等。同時亦應進一步加強個案管理的服務模式，增設專業人員跟進個別長者的健康狀況及需要，連結資源和安排服務、協調不同專業的護理工作、監督照顧計劃的執行及評估成效等，為長者度身訂造一套更個人化的照顧及護理。
4. 制定社區醫護及專職醫療人手的長遠規劃十分重要。為配合上述社區照顧的發展，應投放更多資源增聘及積極挽留社區醫護和專職醫療人手，改善業界人手編制，制定合理的薪酬體制及提供更多晉升機遇，挽留人才。
5. 現時政府資助的院舍宿位嚴重不足，輪候時間長，而私營院舍的服務質素參差，令長者未能得到應有的照顧。我建議當局改善院舍服務，把各地區醫院（包括普通科門診及長者健康中心）及該區的安老院舍構成聯網，成立跨專業團隊（團隊包括有醫生、護士、藥劑師、專職醫療人員），每星期或有需要時，在院舍為長者提供慢性病管理、藥物管理、康復治療、心理輔導等，讓長者的病情得到控制，減少長者重複入院的次數。
6. 過去，社會揭發了多宗安老院舍及殘疾人士院舍涉嫌虐待院友事件，究其原因，是現時的《安老院條例》及《殘疾人士院舍條例》嚴重過時，因此當局必須盡快修改有關條例，提高院舍對人手編制、護理程序、起居照顧，以及監管的規定，改善院舍服務質素。

7. 由於資源分配不足及薪酬待遇與公私營醫院差距甚大，令安老院舍及殘疾人士院舍的護士及專職醫療人員非常短缺，當局必須檢討一筆過撥款機制，增加資源改善薪酬待遇及工作前景，挽留人材，解決流失問題。
8. 加強「醫社協作」模式，透過醫護專業團隊將服務直接帶到安老院舍及長者地區中心，讓長者和其照顧者，毋須經常進出醫院，而可以在熟悉的社區接受所需的支援服務。
9. 現時公共屋邨人口老化情況日趨嚴重，建議以「房衛社」協作方式在屋邨的小社區中，設立護士診所，為有需要的市民提供健康諮詢、健康推廣、健康教育等工作；他們可為有需要的長者、長期病患者及其家人提供健康護理的建議及資訊，幫助他們及早尋找合適的醫療服務。
10. 加強家庭照顧者及傭工的培訓和支援，大部份長者都是由家庭照顧者或傭工照顧，他們對長者護理的知識及照顧技巧的認識均直接影響照顧質素，加強訓練家庭照顧者及傭工的照顧技能是必需的。例如提供免費或資助的長者護理課程，以確保他們有一定程度的長者護理知識和技能，為長者提供適切的家居照顧服務。
11. 為照顧者提供免費或資助的家居照顧及暫託服務，讓照顧者在出現壓力過大前，獲得一個替代性的服務，讓他們有休息的機會，以支持家庭照顧者持續照顧能量，延續及支持照顧者與長者的正常關係和提升他們的生活質素。
12. 生老病死是人生必經階段，大部份長者都希望「死得好」，在人生最後的階段在自己熟悉的環境，按自己的意願，舒服、有尊嚴地走完人生最後一段路。政府應開始研究及制定更完善的政策和法律框架，促進臨終護理服務的規劃，希望政府能投放資源，推動有關政策，真正做到「居家終老」。

#### (IV) 兒童及青年健康需要及發展

1. 香港有不少兒童有不同程度的發展障礙問題，如自閉症、讀寫障礙、發展遲緩及智力障礙、專注力失調/過度活躍症、焦慮症等。可是，政府在診

斷、治療、支援等方面，均未能及時地向需要者提供服務，延誤了治療的黃金時期。因此，政府應盡快增加資源，加強有關服務，並增加對有發展障礙的兒童及其家屬的支援。

2. 近年，學童自殺事件令我們痛心，他們面對學業、家庭、社交等不同問題，身心健康受到關注。政府除了要檢討現時評核、課程、功課量等問題外，亦應增加資源及人手，如設立一校一護士，並增加其他職系的人員，如教育心理學家、臨床心理學家以照顧學童的心理健康及成長發展，並加強對老師及家長的支援，使他們能有足夠的知識及早識別學童的需要，減少悲劇發生。
3. 青年人是香港的未來，他們希望能為香港的將來盡一分力，建立民主健康的城市。政府除了要提供多元化發展的機會、改善就業、增加向上流動的機會外，更應研究在不同範疇吸納他們的建議，透過不同渠道把他們的想法加以實踐；同時為年輕人提供相關意見、培訓，協助他們實現理想。

#### (V) 健康住屋及其他

1. 過去多年，政府只一直聚焦增加土地供應，包括填海、發展新市鎮、增加建屋密度及優先發展棕地，以紓緩土地不足的問題，卻未有正視香港人的「住屋權」。「住屋權」早已在國際上被定義為必須要衡量住所是否符合安全和促進健康，亦能推動鄰里關係及社區特色，不應只局限於「有瓦遮頭」與否。因此，當局除了增加土地供應外，亦須關注我們的「住屋權」問題，推動「健康住屋」的房屋政策。
2. 「劏房」在香港存在已久，安全及衛生情況都極不理想，而現時劏房租金繼續急升，市民生活壓力沉重，長久下去可能影響精神健康。另外，位於舊式唐樓的劏房單位不時發生火警，此類大廈樓梯通道狹窄，經常被大量雜物阻塞，亦欠缺消防設備，居民遇上危急事故時難以逃生，有劏房居民遇上火警後經常思疑聞到燒焦氣味，確診患上創傷後壓力症；又有住在大馬路旁的劏房居民，飽受噪音困擾，長期難以入睡，最後患上抑鬱症。

3. 除精神壓力外，劏房衛生問題亦非常嚴重。數年前，香港浸會大學已就劏房的住屋環境作研究，發現單位內「細菌內毒素」(Endotoxin) 濃度普遍較過往報告中香港普通住宅中含量為高，室內空氣不流通，公共地方衛生環境惡劣，影響居民健康，尤其是患有哮喘的兒童。
4. 上述的例子只是房屋問題的其中一環，大部份香港人正面對不同的住屋問題，影響大家的生活及健康。因此，政府有責任推行「健康住屋」的房屋政策協助居民，讓他們盡快有一個安全、健康及穩定的住所。當中包括：
  - 改建工廈及政府空置建築物成過渡房屋，租予居住劏房的居民，解決燃眉之急；
  - 善用舊有公務員建屋合作社樓宇單位，並在計劃上採取主導的角色，建議切實可行和具彈性的方案，以在短期內釋放市區珍貴的土地資源；
  - 每年檢討公屋入息和資產限額，使有關限額切合當前的社會經濟狀況，促使公屋單位恒常流轉，把資源撥予有需要的市民；
  - 設立租金免稅額及租務管制，以緩減中下階層租住私樓的經濟壓力，協助他們儲錢置業。
5. 美容業界一直支持從業員持續進修，確保服務質素，而美容和美髮業已在資歷架構下，成立行業培訓諮詢委員會，鼓勵從業員終身學習。不過，資歷架構僅屬自願參與性質，我們認為當局應協助業界制定規管架構，為從業員設立強制性的資歷認可架構，承認他們的能力，確保專業的美容程序由符合認可資格的從業員提供，使美容行業得以繼續發展，保障市民健康及安全。
6. 就有關規管保健食品的訴求已討論多時，業界認為現時的制度未能有效規管保健食品，擔心會影響市民健康。我們認為應就保健食品訂立定義，把保健食品與「藥物」和「食物」分開作獨立規管。雖然，國際上對保健食品定義沒有定論，但當局可參考中國、台灣、澳洲、美國等地的做法，或諮詢本港保健食品業界的持份者，為保健食品設下定義。另外，應盡快立法監管保健食品的安全性、成分及功效，規定保健食品的標籤，須列明所



有成分、服用指示、潛在的副作用、不適宜服用的人士等，以便消費者選購；同時，須定期抽查生產商及已上架之產品，確保生產的保健食品合乎安全和衛生水平。當局亦應監察產品所作出的功效聲稱，局方可考慮要求生產商提交功效認證或科研報告，甚至主動抽檢，確保產品的聲稱功效屬實。

7. 罕有病病患者在藥物及經濟上都極需要社會的援助，世界各地不同的國家亦已相應定立罕見病例的定義並制定政策，他們在藥物審批、補助、研發藥物等方面都制定了支援政策，令罕見疾病病患者得到更快、更適切的治療。因此，當局應盡快為罕有病例定下定義，統計在香港患上罕見病例人數，了解他們的需要，從而設立一套整體的政策，以支援及照顧他們。

完

## 護士診所 (基層健康照護模式)

健康照護模式 (健康管理及促進健康)			醫療模式 (疾病管理及復康)	
社區 (衛生署/ 非政府機構)	健康教育與諮詢 健康評估	第一層	分流及評估 (治療計劃導向)	普通科門診 (醫管局)
社區 (衛生署/ 非政府機構)	健康篩檢 疫苗注射	第二層	分流及評估 (治療計劃導向)	專科門診 (醫管局)
安老院舍 殘疾人士院舍 (衛生署/ 非政府機構 /社會福利署)	健康維護	第三層	專科護理: 傷口/腎臟/心臟/ 糖尿病 外展服務:社區老 人評估服務及社康 護士(防止再入院)	醫院 (醫管局)

# 跨專業協作可進一步加強護士診所的功能: 醫生、藥劑師、專職醫療