

# 社聯政策報

## Policy Bulletin

2010年11月第9期

### 醫保之外：醫療服務質素

- 香港醫療服務「價錢平、質素高」？
- 從病人、醫療服務提供者、基層醫療角度看醫療質素
- 國際醫療質素新方向



香港社會服務聯會  
The Hong Kong Council of Social Service

# 目錄

• 編者的話	2
<b>分析與觀點</b>	
• 「價錢平、質素高」？：認真思考香港醫療服務質素 — 黃健偉先生	3
• 從病人角度看公營醫療服務質素 — 彭鴻昌先生	6
<b>專訪</b>	
• 醫療系統內部矛盾與醫療服務質素 — 專訪立法會議員 (醫學界) 梁家騮醫生	9
• 基層醫療質素的幾個重要問題 — 訪問家庭醫生陳潔玲	12
<b>國際經驗比較</b>	
• 國際醫療質素新方向	16
問卷調查	22
昔日政策報	22

《社聯政策報》第九期

出版：香港社會服務聯會

地址：香港灣仔軒尼詩道15號溫莎公爵社會服務大廈13樓

電話：2864 2929

傳真：2864 2999

網頁：<http://www.hkcss.org.hk/prs/Policybulletin/main.htm>

電郵：[policybulletin@hkcss.org.hk](mailto:policybulletin@hkcss.org.hk)

版權屬香港社會服務聯會所有。歡迎轉載，惟須在轉載前與本會聯絡，取得本會同意。

## 編者的話

---

由第八期開始，本刊嘗試在政策評議上追求創新，每期的專題旨在拋磚引玉，引起討論。上一期就「逆按揭」的討論，就引起了界內人士的關注，而社會上亦有其他團體有興趣進一步研究。近日政府更表明會研究「逆按揭」在香港實行的可行性，社會對此便有更多的討論。

今期，我們探討「醫療服務質素」這個題目。醫療改革並非甚麼新的政策課題，但政策分析角度卻會隨著社會的轉變而有所調整、變更。本期專題有文章四篇，我們首先運用了社聯的「社會發展指數」，檢視本港自詡醫療系統成本效益高、但服務質素受質疑的現象，並提出有需要發掘新的基準去審視服務質素這個問題。繼而我們從三個重要的角度，審視香港醫療服務質素的問題，它們分別是病人權益的角度、醫療架構內服務提供者的角度、及基層醫療的角度。我們邀請了社區工作者彭鴻昌先生，從病人權益角度剖析市民對公營醫療的輪候時間、醫患溝通及藥物質素等問題。我們又訪問了兩位資深醫生——梁家騮議員及陳潔玲家庭醫生——分別從醫療系統內服務提供者及前線基層醫療人員的角度，去瞭解日常運作時管理層及前線人員所面對的質素問題。對三位作者/被訪者的協助及意見，我們謹此致謝。為提供更多具體的討論材料，我們又從一些國際的經驗中，列出其他國家的相關材料，以便我們調整政策思路時，可考慮提出一些更合適其發展水平的質素標準。

推出今期政策報之時，正是特區政府推出第二期醫療改革諮詢，就其「醫保方案」作出推介。嚴格來說，我們並非想藉此期政策報就醫療改革第二期諮詢提出改革建議；我們更關心的是，社會就醫療改革的討論方向，經常被一些原則性的議題及經濟角度佔據，我們認為市民應該藉此時機，探討醫療服務質素的問題，使日後討論醫療政策時，社會能更多把將焦點回歸到改善服務質素的方面。

---

政策報編輯委員會主席 — 呂大樂

# 「價錢平、質素高」？：

## 認真思考香港醫療服務質素

香港社會服務聯會 — 研究總主任黃健偉

近二十年，有關香港醫療改革的討論不絕，政策論者以至一般對醫療政策有較多關注的普羅市民，隨時都可以說出從回歸前到回歸後，政府先後出台的諮詢文件。市民大眾及社會各界對香港醫療的討論可算是未有停過，可是，一次又一次的討論後，就政策的重要課題——醫療服務質素——的討論仍然不足。

相信沒有人會否認，醫療政策的制定或改變，首要目標是如何為全民提供全面和優質的服務，保障和提升市民的健康，可是在每次的醫療改革諮詢中，社會上的討論都集中於幾方面的原則性議題，例如：政府與市民的財政承擔問題、公營與私營服務的比重問題、醫療成本問題、個人選擇和道德風險問題。而圍繞著這些議題的討論，其核心的關注往往是「錢」的問題。

在香港這個金錢掛帥的社會，我們很容易把所有事情都歸因為「錢」的問題；亦正因此，就香港醫療服務的問題，我們不但沒有更接近政策討論的核心，而且與它好像愈來愈遠。例如，最近政府推出的醫保方案諮詢，周一嶽局長在推銷醫保方案的時候，曾承認方案會把公立醫院有經驗的醫護人員推向私家醫院，亦即局方明白方案將影響現時九成的病人正接受的服務質素。周局長雖然補充說會有其他措施解決這些問題，但市民會問：為甚麼方案的核心部份，不能處理這些醫療服務質素的問題，而要以其他措施來處理。把政策目標訂為把病人（需求）引導至私家醫院，最終只會連服務要素（供應）也跑到私家醫院。

經濟合作及發展組織 (OECD) 近年就醫療服務質素有不少的研究，特別在回應新時代醫療服務發展的趨勢提出了很多嶄新的質素指標。值得注意的是，OECD在有關討論方面，基本上放棄了以「制度為本」的方法，原因非常簡單：無論是甚麼制度，醫療服務的發展當以人民的健康為最終目標，各國按國情建立不同制度，無可厚非，但必須以如何確保服務質素為核心。空談制度而不理服務質素，或把服務質素置於邊緣位置，實是本末倒置。或許，我們應先把制度因素擱置，檢視一下香港各級醫療的服務質素。

檢視服務質素，不能憑主觀感覺或沒有事實根據的信任；政府一直都告訴市民，我們的公營醫療服務價錢平、質素高，市民亦普遍相信這是事實，問題是這種「相信」是否仍然經得起事實的考驗？社聯的香港社會發展指數計劃中，其中一項是量度「衛生健康」的分類指數（見表一）。從當中的分類指數看，過去十年，整體分類指數的走勢大致保持在40-60水平，但有幾點值得討論：

**1. 輪候與風險問題：**在疫症爆發期間（如2003年SARS），指數便急劇下跌；疫症過後指數回復正常水平。疫症期間，因疫症直接導致死亡的個案增加，可以理解，但指數內的指標都是與疫症沒有直接關係。換言之，社會上不少患有心血管病、精神病等長期病患人士，在沒有突發事件的情況下，醫療服務尚可以維持他們的生命，一旦疫症爆發，他們死亡的風險以倍數增加，這不但反映了醫療服務系統在緊急的時間未必有能力維持合理的水平；更重要是它在非疫症期間，未能有效處理市民的健康問題。事實上政府亦承認

公營醫療服務質素（特別是公立醫院的服務）正在不斷下降，醫院床位的數目、專科門診新症輪候時間、專科服務輪候時間、非緊急手術輪候時間等等，均正往差的方向發展（食物及衛生局，2008）。當然政府承認公營醫療服務質素變差，有其策略性原因（當時主要目的在推銷輔助融資），但過早地把質素問題歸因於財政，每每使討論變為錢的問題。

**2. 服務與市民健康：**指數內的一些最基本指標如嬰兒夭折率或預期壽命等，香港一直領先全球，這固然是香港值得自豪的成就，但作為一個經濟高度發展的國際城市，這些基本的粗指標（crude indicators）已甚為過時，對一個地方的醫療服務狀況並不敏感。從數字上可見，即使在疫症期間，這些指標的數據仍然保持平穩。明顯地，我們現時對醫療服務的期望，不單單是維持生命，更重要是保持健康，香港的醫療服務，肯定仍然有能力減低嬰兒死亡人數及延長人口平均壽命，但在保持市民健康方面的表現如何，這是頗為令人懷疑的。

**3. 服務投入質與量：**同樣地，社會發展指數的數據庫內其他相關的指標，例如醫生的的人數等，雖然直接影響醫療服務的質素，但這些粗指標，難以更準確地反映香港醫療服務的質素，或為有關醫療服務質素的討論提供充足的資料。例如，現時公營醫療系統處理全港九成的病人，但在公立醫院提供服務的醫生，佔全港的醫生不足一半（政府統計處，2009）；更重要的是有經驗的醫生，大都外流到私家醫院，無形中影響公營醫院的服務質素。

**4. 預防及基層醫療的質素：**指數內的指標，一方面反映吸煙人數比例不斷下降，但另一方面因冠心病而死亡的人數比例不斷上升，雖然，這不一定是醫療服務質素出了問題，但某程度上對本港的醫療服務質素提出一些疑問。其一，在預防和保健方面的問題，除了反吸煙外，其他的預防和保健服務似乎未有明顯的投入，其二，基層醫療服務在長期病患的預防、控制和治療方面是否有效果，實有待客觀的探討。

## ❖ 表一：衛生健康分類指數

香港社會發展指數衛生健康分類指數(1998-2008)及指標原始數據(1991-2008)

	1991	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
<b>衛生健康分類指數 HEALTH SUBINDEX</b>	-	-	40	45	51	-33	32	61
出生時的平均預期壽命	78.0	79.7	80.2	81.0	81.5	81.9	82.5	82.4
每千名出生嬰兒的死亡率	6.5	4.0	3.2	2.9	2.4	2.5	1.8	1.8
每十萬名人口肺結核接獲人數	109.2	101.2	117.3	113.7	97.9	91.8	84.1	82.1
每十萬名二十歲或以上人口吸煙人數	17010	15793	16043	13082	15286	15286	14920	12594
每十萬名人口冠心病死亡人數	52.9	51.3	50.9	54.1	49.8	59.4	54.7	65.6
每十萬名二十歲或以上人口自殺人數	17.6	15.8	16.9	17.5	19.1	23.8	21.0	16.1

## ❖ 醫療服務質素新尺度

上面提及經濟合作及發展組織 (OECD) 就醫療服務質素的指標研究，參考了當今的健康和醫療實況，檢視了各國採用的不同醫療服務質素後，提出了一套全新的框架，協助各國審視其醫療服務的質素，其中包括了5個領域：

1. 健康推廣、預防及基層醫護  
(Health Promotion, Prevention and Primary Care)
2. 精神健康醫療護理 (Mental Health Care)
3. 癌症醫療護理 (Cancer Care)
4. 病人安全 (Patient Safety)
5. 服務回應能力及病者經驗  
(Responsiveness and Patient Experience)

各個領域分別有不同的質素指標檢視醫療服務的質素。很明顯這五個領域關注，均超越了維持生命的基本目標，期望從生活質素角度看醫療服務質素。

或許，從今天起，當我們評價香港的醫療服務質素的時候，我們應該拒絕再跌進「價錢平、質素高」的迷思之中；在當今的社會狀況而言，「安全網」不單不一定安全，它可能是一種危險警告，告誡我們切勿掉進其中被困而不能自拔。

### 參考書目

政府統計處 (2009)。《香港統計年刊.》。香港：政府物流服務署。

食物及衛生局 (2008)。《掌握健康、掌握人生：醫療改革諮詢文件》。香港：政府物流服務署。

# 從病人角度看公營醫療服務質素

香港社區組織協會 — 社區組織幹事彭鴻昌

最近，政府公佈第二輪醫療融資方案的諮詢文件，建議透過鼓勵有能力的市民購買私人醫療保險，以達減輕公營醫療系統負擔的目的。雖然方案能否達此目的備受質疑，但卻反映出現時公營醫療服務需求大、資源相對不足，服務質素因而下降，引起社會普遍不滿。政府必須進行相關改革，才可維持公營醫療服務的質素。

公營醫療服務曾有高質素的時期。八十年代中，為更善用投放於公營醫療服務的資源，政府接受顧問報告建議，於1990年成立醫院管理局。及後十年，政府一直大力投放資源改善公立醫院的服務，包括興建醫院、更新醫療器材、增聘醫護人員等，而服務質素上，確實有長足的進展。公私營住院醫療的市場佔有率比例，由八比二擴大至九比一，令全港市民受惠。

可是突如其來的金融風暴，令政府在2000年開始緊縮各項公共開支，影響所及，令醫管局在2001/02年度起連續五年錄得赤字。醫管局不惜採取各種可行措施應對，包括醫護人員減薪入職、停止增設高級及顧問醫生職級、取消聘請完成專科訓練的醫生、推行自願退休計劃、減少引進新醫療器材、縮減藥物開支、增加醫療收費等。凡此種種，令醫護人員士氣低落、人手大量流失、治療質素下降、病人負擔增加等。公營醫療服務質素下降便是由當時開始。雖然政府於2006/07年度起再次增加對醫管局的撥款，但由於早前過份削減資源，再加上貧富日益

懸殊，依賴公營醫療服務的市民大增，服務質素實在難以即時提升，使病人感到服務質素低落。

從病人角度看公營醫療服務質素，可以觀察以下三方面：

## 一) 輪候時間

早年曾有一名肝病病人到公立醫院排期，首次診症竟然安排在十個月後。該病人按時覆診時，發現病情已發展至肝癌末期，最終於兩個月後身故。由此可見病人輪候時間的長短，直接影響病人生命健康，更反映服務質素的高低。

按醫管局的資料顯示，各專科的預約新症輪候時間平均約為兩個月，最長的達三年多。2003至2006年醫管局財赤期間，各專科的輪候時間中位數及最長輪候時間(第99百分值)不斷延長。2006/07年度，政府增加對醫管局的撥款及新款項到位後，專科的輪候時間一般都開始縮短，但個別專科如外科、骨科、眼科，因需求增加，輪候時間中位數及最長輪候時間仍較長。不過整體而言，各專科的輪候時間中位數及最長輪候時間都有上升趨勢。(見表一)

輪候多時，病人獲首次覆診才作初步診視，但日後還要輪候其他檢查程序(例如超聲波、電腦掃描、磁力共振、內窺鏡檢查等)及輪候治療程序(例如各項切除手術、癌症治療程序等)，這些程序的輪候時間同樣是愈來愈長。

## 二) 診症時間及醫患溝通

病人輪候多時才獲求診機會，每次覆診又要輪候多個小時，可是見到醫生時，醫生都是忽忽忙忙的，病人還未坐下說出病情進展，醫生便看著螢幕上的病人資料，向病人查問服藥後的情況，趕快處方藥物，然後列印出覆診紙，病人便要離開診症室，待下一位病人進入。整個診症過程都只是幾分鐘而已。

以精神科為例，除首次求診外，覆診的診症時間只有約五分鐘。曾有病人計算覆診時間，從進入到離開診症室，最短的只有2分45秒。試問不足三分鐘的時間又怎能詳細查詢病情進展、及商討藥物處方？更遑論處理病人的疑慮、安慰病人情緒、教導日常生活中如何控制病情惡化等等。診症時間少，醫患溝通自然不會好，病人也因此對服務質素感到不滿。

## 三) 藥物運用

醫生診症只是治療的其中一個環節，另一個重要環節是藥物。如病人未能獲得有效的藥物，或未能支付具療效藥物的費用，就算醫生診斷再好，也不足以治療病人。

自2005年起，醫管局正式推行藥物名冊，將78種藥物列為自費藥物，當中只有10種有安全網保障（即由撒瑪利亞基金審批資助）。名冊運作至今，一直受病人批評，指具療效的藥物要病人自費，增加病人的負擔。例如最近有地中海貧血症病人指出，傳統的平價藥物雖然有效但會引起嚴重副作用，如骨質疏鬆引致骨骼變形，但較新的昂貴藥物可以減少副作用。醫管局限制新藥的使用，大部份的病人如要服用，每月需支付二萬元藥費，試問有多少家庭可以負擔這費用。

要解決上述質素的問題，從過去的醫療發展來看，資源是最關鍵的因素。如公營醫療服務的撥款沒有按人口增長、公營醫療需求轉變、醫療科技及藥物發展而增加，只會導致服務質素下降。公營醫療服務是香港市民享有最基本的權利。這項公平的醫療福利，在多次的醫療改革諮詢中都獲社會大眾認同，政府應為未來的醫療資源需要設計長遠的融資計劃，例如以財富再分配形式收集醫療所需資源，配合相應的體制改革，例如制定以基層健康為本的醫療政策，不斷改善公營醫療服務質素，才是市民及病人之福。



❖ 表一：新症個案輪候時間

專科	新症個案輪候時間 (星期)													
	2003		2004		2005		2006		2007/08		2008/09		2009/10	
	中位數	第99百分值	中位數	第99百分值	中位數	第99百分值	中位數	第99百分值	中位數	第99百分值	中位數	第99百分值	中位數	第99百分值
外科	11	69	14	102	16	123	15	147	17	206	16	265	13	241
骨科	9	54	12	82	16	120	13	113	8	105	11	94	12	112
內科	13	70	13	85	13	93	10	93	9	92	9	89	9	93
耳鼻喉科	8	64	5	81	7	90	8	91	6	102	5	91	4	95
婦科	6	33	8	42	7	62	8	65	11	106	10	84	9	103
精神科	4	62	5	81	4	85	5	93	4	121	4	112	4	104
兒科	2	22	3	27	4	42	5	55	4	50	6	44	5	48
眼科	2	57	3	76	3	79	2	100	4	103	4	125	4	147

# 醫療系統內部矛盾與醫療服務質素：

## 專訪立法會議員 (醫學界) 梁家騮醫生

問：你作為香港醫療系統內的一名資深醫生，如果要從醫療系統內部看醫療服務質素問題，你會想到哪些？

答：量度醫療服務質素的準則，有很多尺，不同持份者有不同的尺，難以一概而論。如果說政府的準則，它一般會以一些表現很好的指標來量度，如：預期壽命、嬰兒夭折率等，這些都是可以理解的。不過，這些表現不一定與醫療服務有關。先天的可能是個人的基因問題，後天的有很多是我們市民認為是生活上很理所當然的服務，包括乾淨的食水、生活環境衛生等等，亦有一些預防的措施或推廣運動如飲食健康、疫苗注射等等，生活上有很多這些因素，與醫療系統的服務沒有直接關係，但卻能保障市民的生命不受嚴重威脅。在整個公共衛生鏈上，醫療系統內服務的質素已經是很後階段的事。

當然，在醫療系統內的服務質素，我們亦有很多不同的量度尺度，主要都關乎服務的舒適度和療效。最常談及的就是服務輪候時間：新症輪候時間、舊症輪候時間、檢查的輪候時間。另外就是服務是否可及，容易獲取。又或者是服務是否能覆蓋全民，這些都可算是標準的關注，屬於第一層的質素指標。其次就是療效，當中亦有很多不同的指標，我們當然是比較著重這兩層的指標。

問：現在，醫療系統內有哪些因素影響這些方面的表現？

答：在公營醫院內，醫生都知道資源有限，但需求很大。除了醫院管理層有一套**分流系統**外，每一位前線醫生都必然會想辦法如何分緩急輕重。例如有一批新的個案來到，醫生會看看病人的情況，症狀令人憂慮的或轉介醫生已經有一個有根據的診斷(如癌症)的時候，這些病人就可以在一、兩星期內得到治療。在一個有很多病人輪候的服務體系內，必須有分流，而分流必然會有**分流誤差**，沒有可能百分百準確，例如誤差可能導致有癌症病人輪候很久都得不到服務。在這種情況下，對服務提供者來說，服務質素就是療效，即每一百個病人有多少個不能救回。因誤差而不能救回的肯定會有一個數目，問題是如何減低這個數字。這種處境，一般市民大眾並不理解。

問：以這種誤差來看，現時公營醫院的服務質素是否可以算是好？

答：「好，特別如果我們看死亡數字」。但如果你看**輪候時間、診症和照顧時間**、使用者認為醫護人員的**服務態度、服務舒適度**等等，則很難講。這幾方面是互相緊扣。如果醫生可以跟病人談30分鐘，你總不會覺得醫生態度差，但如果醫生3分鐘便看完症，他的態度再好，病人也不會感覺到。

診症時間長也不一定代表服務質素改善了。這關乎**醫生的能力問題**。據我觀察，現時，公立醫院的醫生在每個病人身上花的診症時間是長了，但我認為

那只是因為他們的效率不夠高而已。而事實上，如果醫生可以一邊與病人問診一邊看病歷，不單效率較高，而且病人對服務質素的感受亦會較好。「以前，我通常都會叫病人進診症室，一邊看『牌板』，一邊讓他講兩、三分鐘，感受上他們覺得好些，雖然，他們所講的一般都沒有太大幫助，始終病人是不懂得分辨甚麼資料有用，只是你仍然要讓他們講。」

另一方面，專科或醫院服務的輪候時間長，其中一個原因是**基層醫療未能適當做好**，而這又因為**醫管局沒有誘因使基層醫療可以做好**。因為對於醫管局內部門主管而言，輪候隊伍是他們的資產，如果你的部門沒有人排隊，管理層就會削減你的資源及人手。不過，有時一些部門要求下面的部門縮短輪候時間，但這樣下面的同事就會要求你提供資源和人手。現實的情況就是這樣：某服務有一定的輪候時間，公眾就有壓力，管理層就要求同事解決問題，同事就會說：「給我多些資源吧！」

問：哪這個問題如何處理？

答：這個問題源於**醫管局投放資源策略**，現時醫管局分配資源沒有一套方程式，沒有根據。當然要有這樣的一套方程式並不容易，當中要處理很多道德風險的問題。在一個由第三者付款的系統內，必然會產生很多沒有真正需要、但服務提供者卻一律要滿足的服務需求。「例如，第一個病人來說我有頭痛，可否照電腦

掃描，醫生說沒有需要；第二個病人進來說有頭痛，醫生又說沒有照電腦掃描的需要，但後來發現這病人有腦癌，成為醫療失誤個案，接下來，到第十個病人都是這樣問，醫生就唯有說：『好，照吧』，於是，輪候時間不斷加長，到有一天有一個真正有需要的病人來到面前，但他要排兩個月隊，醫生就要跟他說：『如果你有三千元，你現在可以去私家醫院照，但如果你在這裏照，你要排隊兩個月。』」現時，私家醫院這一類診斷服務的需求，有三成是由公立醫院轉介過去。在公立醫院的輪候隊伍，被部份沒有需要的病人佔據了，部份有真正需要的則被迫去私家醫院尋求服務。如果說服務質素，那就是說**有需要的人要自己付款尋求這些服務，沒有需要的卻不須付款而享有同樣服務**：「可以排隊等兩個月照電腦掃描的人，還能說有需要照嗎？」

問：按這樣說，有經驗的醫生則更懂得這種「遊戲規則」，更會造成質素問題。那麼，在現時的系統內，究竟有經驗的醫生對服務質素更有保障還是更沒有保障呢？

答：服務經驗對醫療服務質素而言，始終是重要環節，問題是如何把這些有經驗的醫生(醫療資源)，投放到有需要的人身上。

問：政府現在推介的醫保方案，你認為可以解決公營醫療系統的質素問題嗎？

答：現時政府推銷的醫保方案其實對公營醫療服務質素沒有直接的影響，但它或許

能產生間接的影響，因為現時在公立醫院接受服務的病人，有部份有能力付款的而又不願意長期等候服務的，他們的服務需要便可以分流去私營系統，以往，他們購買的保險可能覆蓋率不足，醫保方案正補足了這部份的問題。如果這樣，公營醫療的壓力就會稍為緩和。

問：但即使在公營醫療的需要得以分流到私營系統，按剛才談到醫管局內某些部門主管的行為，公立醫院內的管理人員仍然要想辦法維持服務輪候隊伍，結果，公營醫療系統內的壓力仍然有可能持續。是這樣嗎？

答：所以，即使有醫保方案，醫管局的分配資源方法仍然難免要改變。始終都要為每一個部門去評估一下每年預計要處理多少的個案，然後給予少許的資源空間，每個部門就按這個估計去使用資源。沒有這種評估，**各部門就有可能會創造一些新的需求**。例如，某個部門一向提供三種服務，但為了爭取更多資源，它會創造一些新的、有市場的、受歡迎的服務出來，這樣，市民歡迎、管理層高興、而自己部門亦有好處；但社會上有一些真正的需要可能就無法及時滿足。所以，醫管局應該要有一套較現代化的醫療成本和服務需要的計算方法，以私家醫院的情況而言，它的計算成本方法是每項服務和資源的成本獨立計算，但醫管局則把所有項目平均計算，用於不同病人有不同成本，但現時卻被平均處理了，於是所有病人的成本都被當成是一模一樣，那就缺乏機制去清楚知道某些服務的開支是否適當地使用。

問：有說新的醫保方案會令公立醫院有經驗的醫生流失，這對公立醫院的服務質素會產生影響。你認為這種情況會出現嗎？

答：首先，現時的流失率，比起高峰時雙位數字並不算高；其二，醫管局流失率如果太低，如1996或1997年期間，又會有其他問題。因為按現時的資源分配方法，各部門的財算預算是固定的，年資愈高薪酬愈高，變相部門就不能有新的空缺，那大批新畢業的醫生就不能入職。長遠會使行業青黃不接，對服務質素亦有影響。

總括而言，市民對醫療服務質素有要求，當然無可厚非，但這些要求難免會推高醫療服務的成本，我期望醫保方案可以把部份有能力負擔的病人分流到私家醫院，並且醫管局的資源分配方法能有改變，否則，整個系統以不計成本的方法運作，醫療服務質素難以真正得到改善。

---

訪問整理：黃健偉

# 基層醫療質素的幾個重要問題

## 訪問家庭醫生陳潔玲

一直以來，本港公營醫療較集中於住院服務，面對有增無減的需求，政府開始推動基層醫療，希望可以減輕公營醫療系統的壓力。但要達成這個目標並不容易，必須要改善基層醫療的幾個重要問題。

### ❖ 基層醫療的質素問題

#### 基層醫療缺乏規管及規劃

公營的醫療服務，市民尚可以問責於政府，但本港基層醫療服務超過八成由私家醫生提供，他們在社區行醫，除了醫務委員會 (Hong Kong Medical Council) 規管執業資格外，政府沒有方法和工具監察私家醫生，掌握數據，或訂立標準，服務質素只由市場力量調節。然而，若基層醫療只依市場規律運作，單單停留在賣方提供買方「認為需要」的服務，便會延續現時一些不理想的狀況，例如：市民有病時若想看私家醫生，第一件事需要做的，是要判斷自己的病屬哪一科，繼而自行尋找合適的醫生，卻往往未能「一擊即中」，結果是付出額外的金錢和時間，甚至延誤病情。另一方面，由於看傷風感冒、肚痛腹瀉等輕症最有「市場」，基層的私家醫生沒有動機或誘因去深化或開拓服務，基層醫生給市民一個印象是他們只會看傷風感冒，其他免問。

數十年來，市民和私家醫生各取所需，在「無王管」的市場內一買一賣，看似相安無事，但缺乏規劃的後果，是基層醫療不能發揮應有的效能。英國、澳洲、加拿大等國家的經驗告訴我們，若要基層醫療服務辦得好，便要令每個市民都有熟悉自己的「家庭醫生」，能夠直接解決百分之九十以上的醫療需要，而這位家庭醫生又能銜接各類住院、

其他專科、輔助醫療等服務，病人固然不用靠碰運氣找醫生，從整體社會利益的角度看，大量數據已經證明，有優質基層醫療的地方，都能減少住院服務的需求，降低醫療開支。

近期政府推行醫療改革，不是沒有提及「加強基層醫療」，若能在私家醫生市場作出漸進式的規劃，以提升基層醫療的功能，將會是市民之福。這個新方向能否凝聚共識，得到業界和市民的支持，便要看為政者是否有決心、有魄力持續地推行剛萌芽的政策，並抵禦來自各方既得利益者的阻力。

#### 私營醫療集團擴展 市場主導服務質素

近年，本港私營的基層醫療服務，漸趨向集團式經營。醫療機構以批發價承接公司保單，不愁客路；在商言商，精於控制成本，在藥物採購、聘用醫護人員等方面機關算盡，令醫療機構漸變得財雄勢大。政府監察財力雄厚的醫療機構的空間，可能比規管「個體戶」醫生更加有限。醫療集團在價格上競爭力高，市場覆蓋 / 佔有率亦高，市民表面是得到便宜和方便的服務，但服務的質素則未必有保障。相信香港人對看「公司醫生」都有不少「集體回憶」，而大多都是負面的，例如「次次唔同醫生」、「醫生好似無乜經驗」等。

## 受聘於醫療集團不利專業服務發展

私人執業醫生就如醫療系統的「中小企」，與醫療集團相比，前者在市場上的競爭力有限。現時租金高企，領匯的商舖租金每年增加超過20%，醫生要自己「開檔」比十多二十年前難多了。剛畢業的醫生要不投入醫院培訓的行列，要不就是加入醫療集團成為合約員工。醫療集團為了控制營運成本，只會聘用經驗較淺的醫生，集團以利潤為重，沒有市場誘因留住有經驗的醫生。這種營運模式，不利醫生累積臨床經驗，更不能想像醫生與社區內的市民建立持續的關係。醫生既不能安身立命、又不能扎根社區，基層醫療的服務質素難以提升。

## 基層醫療的人才問題

事實上，醫學生畢業後對於留在基層服務，亦有很多保留。很多都希望受訓成為較有前途、較受尊重、較「搵到錢」的專科醫生，如心臟科醫生、腸胃科醫生。家庭醫學這科目要花上至少六年時間考取專科資格，這樣高的門檻令人卻步，導致人才流向其他專科。高於國際要求的「專科」家庭醫生數目，現時全港只有數百個，無可能滿足大眾的需求。這又與現時的醫學培訓有關；事實上，現時主要由醫管局包辦的家庭醫學培訓，多數只在公立醫院內進行，受訓醫生的實習場地大多是醫院病房，對培養他們在社區內提供基層醫療服務的認知、知識與技巧、或興趣均沒有直接幫助。

## ❖ 改善基層醫療的方法

### 促進醫療資訊平衡

促進醫者與病者的醫療資訊平衡，對監察基層醫療服務的質素，非常重要。本港的醫療教育和推廣不足夠，即使具有高學歷的市民，很多時也不掌握一些基本的疾病、療程、甚至藥物等重要資訊。醫生和病人之間的資訊過份不平衡，病人無法判斷治療的適切性，難以保障自己的權益。故此，長遠要訂立醫療服務標準或指南，讓一般市民「叻啲」(empowerment)。政府開始就高血壓和糖尿病，制定治療方案 (Clinical Protocol)，以助市民分辨自己所吃的藥、所驗的血等等，是否合乎標準；往後會陸續出籠的將涵蓋更多常見疾病，如癌病、精神健康、呼吸系統疾病等。然而，出版治療方案不過是第一步，治療方案必須深入民心，才可成為改善基層醫療質素的動力(或「市場力量」)。政府應該求教於傳理工作的專業高手，協助包裝及推廣，讓市民真正地掌握最正確的醫療資訊。

### 基層醫療名冊加醫療券 優化培訓及表現

基層醫療名冊 (Primary Care Directory) 即將推出，這部名冊的目的，是讓市民尋找自己的家庭醫生時，有所參考。如上所述，現時「高門檻」的專科家庭醫生，全港只有數百，但坊間行醫的基層醫生則有數千。可以想像這部名冊成立的初期，必須以「包容兼備」(inclusive) 的取向開展。然而，往後若不逐步提高進入名冊的要求 (如通過某些考試，或

臨床表現要達標等)，便失卻真正的參考作用。若政府能排除萬難，溫和但堅決地訂明及執行對名冊內醫生的要求，這名冊便有望成為服務質素的指標，提升基層醫療的質素，亦令市民不用徬徨徬徨、尋尋覓覓。

除此之外，醫療券若能和基層醫療名冊「拍住上」，藉著政府的資助，創造公、私營服務的融合點，也是另一個監察服務提供者表現的渠道。現時醫療券只為長者提供每年二百五十元，再加上流感和肺炎疫苗的津貼（聽說醫療券不久會推廣至慢性病和精神健康治理），這個發展方向是好的，但隱憂是有可能會被濫用（坦白說，這裏指的是醫生濫用病人的津貼！）。最低限度，將來參與更高額津貼計劃的醫生，必需接受相關的培訓及持續進修，才可令「錢跟病人走」的招數發揮改善醫療服務之效。

#### 加強基層醫療培訓 鼓勵從事基層醫療

就基層醫療人手不足，建議是改革醫科課程，加強有關基層醫療方面的培訓，調整基層家庭醫學的門檻至合理水平，吸引更多醫科學生投入基層家庭醫療服務，為受訓醫生提供在社區實習的機會，讓他們有更多機會接觸基層醫療服務及其營運的環境。但如上文所述，教醫學生其實不難，年輕人多有赤子之心，真正難的是在殘酷功利的商業世界，讓仍然「有心」的醫生有多點生存空間，不致三數年內便耳濡目染，唯利是圖。如何提供一個健康的基層醫療環境，非常重要。

## ❖ 醫療保險方案對基層醫療的影響

### 道德風險的憂慮 不利加強基層醫療

本港公營醫療系統佔本港醫療總開支不足六成，但卻提供高達九成的住院服務。如果將醫療資源視作一個「餅」，醫保方案的原意是透過自願保險，將這個「餅」加大，以紓緩公營醫療系統的負擔。不過，作為一個前線家庭醫生，我擔心道德風險問題會使醫保方案的良好意願難以達成。香港人向來實際，不乏「俾左錢就要用盡」的消費心態。自費的醫療保障計劃難免會導致使用率上升，甚至有濫用服務的情況；對於服務提供者而言，這些醫療需求上升正好等同商機增多，例如現在有些私家醫院推出套餐驗身，有些項目是不必要的。個人醫保方案強調住院服務，締造新的買賣市場至第二層醫療體系，「餅」是愈做愈大，但亦意味醫療開支將繼續膨脹，甚至步美國の後塵（美國醫療的成本是全球最高）。醫管局常鬧窮，但窮則變，至少要動動腦筋改善基層醫療。現在藉醫保把餅造大了，錢多了，改善基層醫療服務的誘因不單沒有增加，甚至是減少了！

## 鼓吹個人主義 忽視對他人責任

以往以稅收為本 (tax-based) 的公營醫療系統，一直以來發揮著風險分擔 (risk pooling) 的作用，照顧大部份市民的醫療需要，體現了「同舟共濟」集體分擔風險的道德原則。但新的醫保方案的基礎卻截然不同，它只會強調個人化的原則，強調「自己為自己負責」，破壞了以往在公共衛生系統體現的團體精神 (solidarity)。不少人已提出了尖酸的問題，如「佢生癌關我咩事，點解要用我啲錢醫佢？」。醫保方案以「個人醫療保障」作招徠，配以「產品推銷」手法吸引市民，卻沒有詳述計劃對整體醫療體系及市民所帶來的正面和負面影響。方案好像是「個人醫療保障」產品，隨各人能力和意願購買，忽略了計劃一旦執行，將如何影響市民對他人或其個人在整體社會公共衛生中的責任。

## ❖ 總結

目前基層醫療系統未盡完善，尤其是政府對於基層私家醫生及醫療集團的服務鞭長莫及，既缺乏監察工具，也不掌握其服務表現。要改善基層醫療的質素，須改善醫療資訊的透明度和不平衡的情況，另一方面，亦要支援醫科畢業生投身基層醫療服務，以及進一步加強有關的課程、培訓。基層醫療並非獨立於專科、醫院服務等第二層醫療服務安排，故後者的服務安排或融資方法會影響前者的服務質素，政府現時推銷的醫保方案，背後的道德風險問題，對基層醫療的質素可能造成的影響也不能輕視。

訪問整理：周穎聰



# 國際醫療質素新方向

衛生署及醫管局近年的健康數字令人鼓舞 (港人壽命長、傳染病發病率及死亡率低)；然而，今期政策報的專訪、分析文章，揭示這些健康成果，一方面只是一些很基礎性的指標，另一方面亦不盡是醫療服務的成果。基層醫護系統缺乏有效監察機制/準則、公營醫療系統資源分配策略的問題、病人對醫患溝通、輪候時間、藥物不足等，更能反映醫療服務質素。不過，即使這些指標能讓市民粗略了解服務質素，有時可能未必與時並進。有見及此，今期「國際經驗」的部份將以經濟合作及發展組織 (OECD) 最新的體系為焦點，介紹一些先進國家現時所採納的醫療質素指標及背後理念，期望可以豐富目前關於醫療質素的討論。

## ❖ 經合組織 (OECD) 的醫療質素指標計劃 (Health Care Quality Indicators, HCQI)

與香港的近況相似，經合組織的成員國家近二十年同樣面對醫療需求及成本增加、市場失衡的問題，而病人權益的提升喚起公眾對病人安全、選擇權、生活質素和服務問責的關注，醫療服務質素不再限於能否減低疾病死亡，在這種情況下，經合組織過去十年逐步發展一個名為「醫療服務質素指標計劃」(以下簡稱HCQI)<sup>1</sup>。

### 目標及對象

HCQI於2001年展開，在系統/政策層面建立一系列全新的、科學化的指標，從多角度反映醫療質素，讓決策者辨識及理解各國之間的差異，從而可以完善醫療系統及服務素質。

### 概念框架<sup>2</sup>

HCQI相信**健康**是可以透過公共衛生及個人醫護服務的共同作用 (combined functioning) 去維持，甚至提升。所以，HCQI重視醫療系統的流程指標 (through-put)<sup>3</sup>，集中量度**醫療服務 / 系統表現**，因為這個維度能更直接反映醫護服務是否能夠提升人民的健康。在多個服務表現元素中，HCQI將重點放在**醫療質素**方面，透過以下3個分析角度去量度：

## ❖ 表一：分析角度

分析角度	定義
成效	(適合及具實証基礎的) 醫護服務令使用者獲得理想果效的程度。
安全性	醫護程序能避免 / 改善由過程產生的不良果效或傷害的程度。
服務回應 (responsiveness)	以「病人為本」原則提供醫護服務的程度；亦即服務能夠回應病人 (合理的非醫療) 期望的能力。

<sup>1</sup> 參與計劃專家小組的23個成員國包括：澳洲、奧地利、加拿大、捷克、丹麥、芬蘭、法國、德國、冰島、愛爾蘭、意大利、日本、墨西哥、荷蘭、新西蘭、挪威、葡萄牙、斯洛伐克、西班牙、瑞典、瑞士、英國和美國。

<sup>2</sup> 有關概念框架，詳細內容請參閱：Kelley & Hurst (2006), *OECD Health Working Paper No. 23: Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*, OECD website: <http://www.oecd.org/health/hcqi>

<sup>3</sup> 有別以往「輸出為本 (output-oriented)」(例：人口特徵、服務使用率、危疾死亡率) 和「資源投放為本 (input-oriented)」(例：醫療開支) 的統計。

## 計劃範圍

為了從系統層面量度醫療質素，HCQI採用客觀的人口統計、重要疾病及服務使用者數據作為研究基礎，由各地人員組成的專家小組在計劃初期分階段進行先導研究、數據測試，然後再作檢討和投票，最後選定了5個範圍進一步發展統計指標。此5個優先領域 (core priority areas) 包括：

1. 健康推廣、預防及基層醫護 (Health Promotion, Prevention and Primary Care)
2. 精神健康醫療護理 (Mental Health Care)
3. 癌症醫療護理 (Cancer Care)
4. 病人安全 (Patient Safety)
5. 服務回應能力及病者經驗 (Responsiveness and Patient Experience)

## 量度範疇

HCQI期望指標可以反映臨床症狀 (clinical conditions)，並對政策及國際比較有啟導作用 (implications)，而非單單提供基本人口數據或死亡率，所以HCQI在篩選指標的工作上有明確準則。除一般科研的準則外，指標要能反映：疾病對健康及醫療開支的影響、對政策的重要性、及對醫護系統/措施的敏感度。

## 量度指標

以下部份列出3個HCQI優先領域 (病人安全、精神健康醫療護理、健康推廣、預防及基層醫護) 的建議指標<sup>4</sup>：

### ❖ 表二：病人安全指標

範圍	指標
由醫院所受到的感染 Hospital-acquired infections	• 導管相關血流感染 Catheter-related bloodstream infection
手術期間及手術後的後遺症 Operative and postoperative complications	• 手術引致的肺動脈栓塞或深層靜脈栓塞 Postoperative pulmonary embolism (PE) or deep vein thrombosis
	• 手術引致的敗血症 Postoperative sepsis
	• 意外刺穿或撕裂 Accidental puncture or laceration
醫療事故 Sentinel events	• 治療過程中殘留病人體內的用具 Foreign body left in during procedure
婦產科 Obstetrics	• 產科創傷 — 陰道分娩 (使用助產工具) Obstetric trauma vaginal delivery with instrument
	• 產科創傷 — 陰道分娩 (沒使用助產工具) Obstetric trauma vaginal delivery without instrument

資料來源：Drösler, Romano & Wei (2009). *OECD Health Working Papers No. 47: Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009*. OECD website: <http://www.oecd.org/health/hcqj>

❖ 表三：精神健康醫療護理指標

範圍	指標
護理的延續性 Continuity of Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>因精神病症狀入院後適時的日間跟進護理 Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalization</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>因與藥物及精神障礙 (雙重診斷) 入院後的探訪延續性 Continuity of visits after hospitalization for dual psychiatric/ substance related conditions</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>少數族裔接受精神健康跟進服務的比例 Racial/ ethnic disparities in mental health follow-up rates</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>因精神病症狀入院後的探訪延續性 Continuity of visits after mental health-related hospitalization</li> </ul>
護理的協調 Coordination of Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>為嚴重精神病作個案管理 Case management for severe psychiatric disorders</li> </ul>
治療 Treatment	<ul style="list-style-type: none"> <li>抑鬱症治療 (急性階段) 時的探訪 Visits during acute phase treatment of depression</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神病患者再住院 Hospital readmissions for psychiatric patients</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>與藥物相關的症狀的治療期長度 Length of treatment for substance-related disorders</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>處方給年老精神病患者服用的抗膽鹼類藥物及抗抑鬱藥物 Use of anti-cholinergic anti-depressant drugs among elderly patients</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>持續的抗抑鬱藥物治療 (急性階段) Continuous anti-depressant medication treatment in acute phase</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>持續的抗抑鬱藥物治療 (持續治療階段) Continuous anti-depressant medication treatment in continuation phase</li> </ul>
對病人的果效 Patient Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> <li>嚴重精神病人的死亡率 Mortality for persons with severe psychiatric disorders</li> </ul>

資料來源：Hermann, Mattke And the Members Of The OECD Mental Health Care Panel (2004). *OECD Health Technical Papers No. 17: Selecting Indicators For The Quality Of Mental Health Care At The Health Systems Level In OECD Countries*. OECD website: <http://www.oecd.org/health/hcqi>

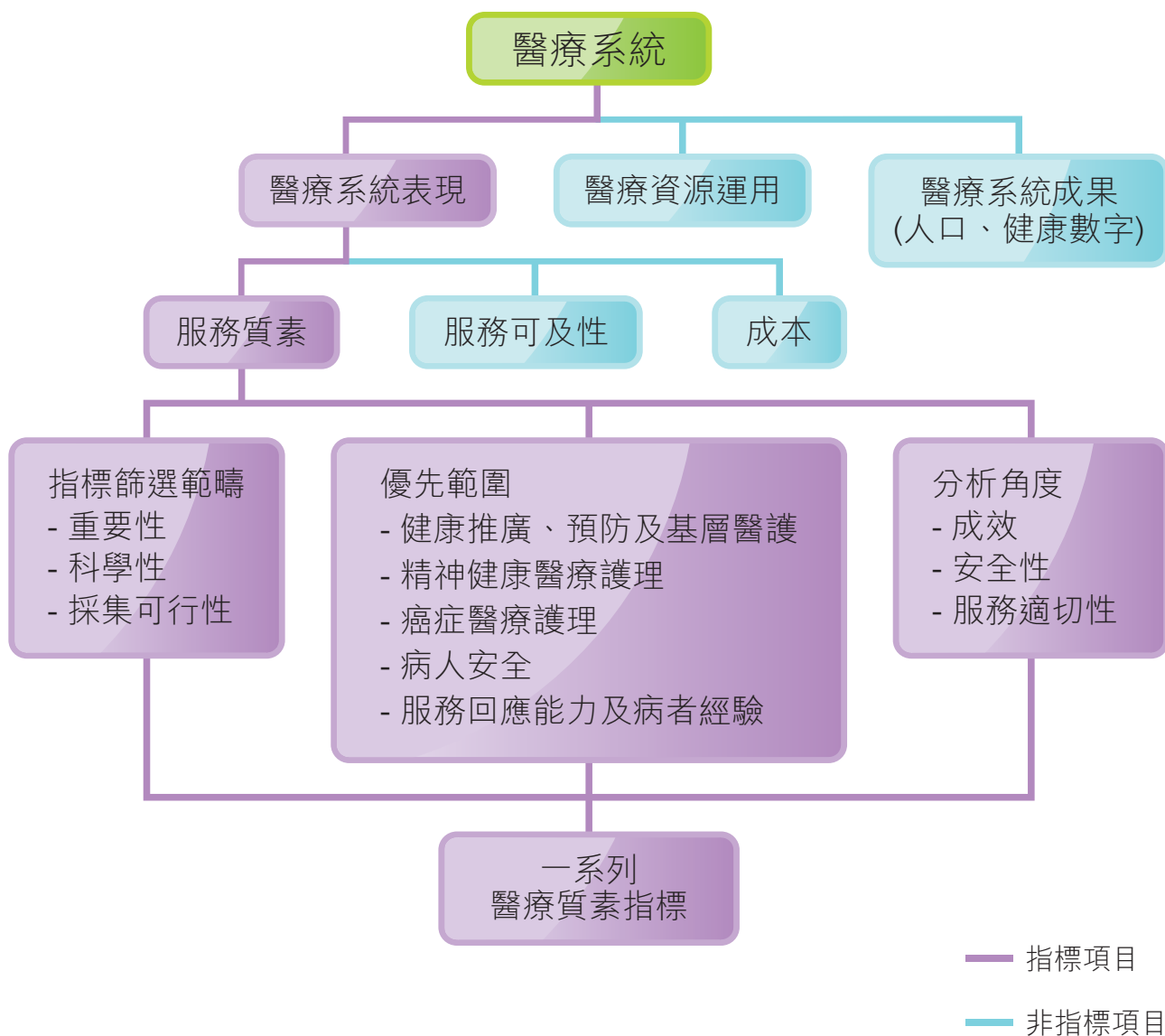
<sup>4</sup> 癌症護理、服務回應能力及病者經驗兩個優先領域的指標發展工作仍未完成。

❖ 表四：健康推廣、預防及基層醫護指標

範圍	指標
健康推廣 Health Promotion	• 體重超標的普遍性 Obesity prevalence
	• 體力活動 Physical activity
	• 吸煙比例 Smoking rate
	• 糖尿病的普遍性 Diabetes prevalence
	• 淋病 / 衣原體比例 Gonorrhoea/ Chlamydia rates
	• 墮胎比例 Abortion rates
預防性護理 Preventive Care	• 為產前病人作血型檢定及抗體檢查 Blood typing and antibody screening for prenatal patients
	• 為產前病人作HIV檢查 HIV screen for prenatal patients
	• 為產前病人菌尿檢查 Bacteriuria screen for prenatal patients
	• 可免疫條件 Immunisable conditions
	• 嬰兒出生體重不足比例 Low birth weight rate
	• 青少年接受防疫注射狀況 Adolescent immunisation
	• 為孕婦作貧血症檢查 Anaemia screening for pregnant women
	• 為孕婦作子宮頸淋病檢查 Cervical gonorrhoea screening for pregnant women
	• 為孕婦作乙型肝炎檢查 Hepatitis B screen for pregnant women
	• 分娩時作乙型肝炎記錄 Hepatitis B documentation in record at time of delivery
	• 為高危社群作乙型肝炎防疫注射 Hepatitis B immunisation for high-risk groups
	• 為高危社群作流感注射 Influenza vaccination for high-risk groups
	• 為高危社群作肺炎鏈球菌注射 Pneumococcal vaccination for high-risk groups
基層醫護：診斷及治療 Diagnosis and Treatment: Primary Care	• 充血性心臟衰竭再入院比例 Congestive Heart Failure readmission rate
	• 妊娠第一期首次檢查 First visit in first trimester
	• 哮喘病患者接受戒煙輔導 Smoking cessation counselling for asthmatics
	• 血壓量度 Blood pressure measurement
	• 為高血壓人士再作血壓量度 Re-measurement of blood pressure for those with high blood pressure
	• 為高血壓人士作首次化驗室檢驗 Initial laboratory investigations for hypertension
	• 由日間護理狀況引致入院 Hospitalisation for ambulatory care sensitive conditions

資料來源：Marshall, Leatherman, Mattke and the Members of the OECD Health Promotion, Prevention and Primary Care Panel (2004). *Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries*. OECD website: <http://www.oecd.org/health/hcqi>

❖ 圖一：醫療質素指標的主要架構



## ❖ 總論：HCQI為醫療服務提供的方向指引

根據以上介紹以及HCQI主要架構(圖一)，可見HCQI的建議指標有以下特點：

### i. 分析具針對性 (specificity)

針對性有兩方面，一是指標較針對指定的**高危社群或弱勢社群**，二是指標較**針對某些病況治療**，較少以整體人口一般健康狀況作為量度項目。例如精神健康醫療護理指標進一步聚焦到個別社群在不同階段治療情況(年老精神病患者、抑鬱症患者)；而健康推廣、預防及基層醫護指標亦顯示對孕婦(在妊娠、分娩時作不同類別的檢查)及哮喘病吸煙人士(接受戒煙輔導)的關顧。

### ii. 關注醫護服務的延續性 (continuity)

一般研究以發病率、服務使用率作準則，而HCQI則採用一個較闊的視野——**醫護服務延續性**——去看醫療質素，例如精神健康醫療護理指標留意入院後的探訪延續性、康復者再住院的情況；而健康推廣、預防及基層醫護指標留意高血壓人士所接受的檢查(包括再量度血壓的情況)，以及孕婦在懷孕至分娩期間進行不同的檢查。這做法的好處是加入了「時間維度」，可以反映病人能否在**不同治療階段**得到應有醫護服務。

### iii. 關注具體醫護程序

基礎統計數字(例如病床數字、病症的新呈報個案數目、死亡人數)雖能描繪整體的印象，但當中涉及的變項(variables)頗多，用作服務檢討或政策制定的話，其焦點顯得較為鬆散。HCQI內不少指標都集中看醫護程序，包括疾病/身體檢查、防疫注射、跟進/探訪服務、手術後遺症等，可讓持份者**將分析焦點收窄**，利用有關的數據可用作進一步分析(舉例說，服務影響評估、使用服務的行為模式)，對制定日後的政策、措施改善服務質素，更有啟導作用。

這些審視醫療服務質素的原則，明顯是回應在已發展的經濟體系中，市民對健康關注已超越了「生存」這一基本要求，當整體人口壽命延長了，市民對健康、生活質素、個人權利更加重視，自然亦對醫療服務能夠提高其生活質量有所期望。作為一個已發展的地區，香港市民對生活質素的要求肯定提高了很多，但當政府或市民討論香港醫療服務的質素的時候，我們卻以一些嚴重落後的醫療服務質素指標來檢視/誇耀我們的醫療服務水平，往往未能與時並進。我們無意貶低香港醫療服務質素的水平，但隨著社會的進步，我們或許應該以一些新的視角、新的指標，以追求卓越的態度對香港醫療服務質素作評價，推動香港整體醫療服務的發展。

# 問卷調查

我們希望聽取政策報的意見。請將本版列印後填寫，並在12月31日前傳真至2864 2999。意見調查資料經收集後會用作本會統計及參考之用。

## 對政策報的意見

1. 你對政策報有何意見？(請選擇1至5分，1為最低分，5為最高分。)

	最低			最高	
選擇政策的合適性	1	2	3	4	5
分析的可讀性	1	2	3	4	5
內容深淺的適中性	1	2	3	4	5
資料的有用性	1	2	3	4	5

2. 你認為政策報未來應包括甚麼政策呢？(請填寫)

---

---

3. 你對政策報的其他意見：(請填寫)

---

---

## 背景資料

4. 你所屬的主要界別是：

a.  政界    b.  商界    c.  學術界    d.  新聞界    e.  社福界

f.  其他專業界別：(請列出) \_\_\_\_\_

姓名(自由填寫)： \_\_\_\_\_

聯絡電話 / 電郵(自由填寫)： \_\_\_\_\_

# 昔日政策報

瀏覽昔日政策報，可登入<http://www.hkcss.org.hk/pr/Policybulletin/main.htm>，或按以下連結下載。

創刊號 — 香港2012 — 特首對香港應有什麼承諾？

第二期 — 香港醫護融資改革：可以兼顧公平、質素、選擇嗎？

第三期 — 香港的退休制度 - 給你信心？令所有人憂心？

第四期 — 扶貧紓困由地區做起

第五期 — 香港需要一個公民社會政策嗎？

第六期 — 市區重建

第七期 — 從香港勞工面對的挑戰 看勞工政策的發展方向

第八期 — 逆按揭

促進公共政策素質 探究核心原則、價值