



碼上看

波哥大限洗澡時間? AI生成視頻原來幾好睇



掃碼睇片

捕捉香江美景 你好香港「藝見鍾情」



掃碼睇片

香港文化節「也文也武」 武俠劇服飾道具展抵睇



掃碼睇文

公院急症室迫爆場面何時休

「睇病難」不能一直「老大難」

2018和2023年醫管局急症室服務 各分流類別平均輪候時間

年度	第一類別 (危殆)	第二類別 (危急)	第三類別 (緊急)	第四類別 (次緊急)	第五類別 (非緊急)
2018年	0分鐘	8分鐘	26分鐘	112分鐘	129分鐘
2023年	0分鐘	8分鐘	28分鐘	168分鐘	197分鐘

2018和2023年 經醫院管理局急症室入院人次

年度	經急症室入院的人次	經急症室入院並在入院後24小時內，在手術室內進行手術的人次
2018年	749535	16957
2023年	750018	13608

註：2023年為臨時數字



在香港，有不少民生問題亟待解決，其中市民「睇病難」就是一個「老大難」！現時，醫管局轄下18間公立醫院設有急症服務，惟輪候時間過長的問題一直為人詬病——在流感高峰期，劃分為次緊急及非緊急的病人，甚至需要輪候8小時乃至更長時間，迫爆急症室場面已然「常態化」。為紓緩公營醫療服務壓力，特區政府和醫管局一直鼓勵病情較輕微的病人使用社區基層醫療及家庭醫生服務，並推出多項公私營協作計劃。有立法會議員指，這些措施雖具有一定的成效，但輪候時間仍未如理想。

香港商報記者 黃雪峰

睇病成為「漫長的等待」

事實上，本港公立醫院的醫療服務一直供不應求，無論是急症室或普通科門診，輪候時間一直都很漫長。醫管局在轄下18間公立醫院設有急症服務，在病人分流制度下，病人會根據臨床情況被分為危殆、危急、緊急、次緊急及非緊急五個類別。在過去10年，危殆、危急及緊急類別個案數目由2014年平均每月約6.1萬宗上升至2018年平均每月約6.8萬宗，2023年時更達平均每月約7.3萬宗。

根據醫務衛生局資料顯示，次緊急及非緊急個案佔比多達五成半至六成半，這些被分類為次緊急或非緊急類別的病人，病情一般比較穩定及沒有生命危險，例如感染流感或腸胃不適等穩定偶發性急症，大部分可以由普通科門診、私家醫生或私家醫院治理，此類個案太多無可避免會影響治理危殆、危急、緊急類別個案的時間。

至於普通科門診服務方面，醫管局轄下的普通科門診每年提供超過500萬人次的非緊急門診服務，其定位是優先照顧低收入人士和弱勢社群，並供病情穩定的長期病患者及症狀相對較輕的偶發性急症患者使用。大部分市民在基層醫療的需要，主要由私營醫療界別提供，每年有約2000萬人次的門診服務。

多措並舉下輪候時間仍長

面對公立醫院服務供不應求，特

區政府與醫管局過去推出了不少措施。今年2月28日，醫務衛生局局長盧龍茂以書面答覆議員提問時表示，面對人口急劇老化，慢性疾病日益普遍，醫療需求增加，需要集中資源優先處理一些急症、專科及需要複雜技術的第二層及第三層醫療。政府在《基層醫療健康藍圖》提出改革方案，主力加強基層醫療服務，疏導公營醫療系統，特別是公立醫院專科門診的壓力。政府會繼續推廣「一人一家庭醫生」，並於去年11月推出「慢性疾病共同治理先導計劃」，透過建立家庭醫生制度和篩查，將較有經濟能力的市民以「共付模式」，交由私營醫療界別作健康管理。

同時，政府需要考慮集中有限的公立普通科門診資源，優先為未必能夠負擔私營醫療服務的人士提供基層醫療服務，逐步將普通科門診重新定位，聚焦照顧低收入人士和弱勢社群。

對於醫管局近年推出多個公私營協作計劃，民建聯立法會議員葛珮帆認為具有一定成效，有助減輕醫療壓力。她引述專家表示，內科穩定新症的最長輪候時間現時已降至102個星期，不少市民關注的眼科專科，穩定新症的最長輪候時間已由143個星期減至近期的100個星期，但她認為「這些數字仍不理想」。

立法會議員葛珮帆表示，本港醫療資源緊絀、市民睇病難是老大難問題，政府應多管齊下着手解決。



「老大難」可從多方面着手解決

葛珮帆表示，醫療資源緊絀、市民「睇病難」是香港的「老大難」問題，認為政府應從多方面着手解決。在增加醫護人手方面，政府近年雖已放寬非本地培訓醫生在港執業規定，但她認為尚有改善空間，建議政府訂定施政績效指標，在2032年前提升本港醫生與每千名人口比例至經濟合作與發展組織(OECD)成員的平均水平；加強海外宣傳工作，吸引海外醫生來港；優化「大灣區醫生交流計劃」等。她又認為，政府長遠應培養更多本地醫生，考慮研究興建第三間本地醫學院。

此外，葛珮帆亦建議政府設立「兒童醫療券」、擴大婦女健康中心檢查項目、加強購買私營醫療服務及增撥資源提升公立醫療系統的科技應用等。

基層醫療改革有藍圖



因應本港人口老化及慢性疾病患病率上升帶來的挑戰，特區政府於2022年底公布《基層醫療健康藍圖》(下稱《藍圖》)，冀強化本港基層醫療健康系統，將焦點從治療轉向預防疾病，從而提升全民健康，提高市民生活質素。

強化「一人一家庭醫生」概念

《藍圖》提出五大基層醫療健康改革方向。第一，建立社區基層醫療系統。進一步以地區康健中心服務模式為基礎，發展以社區為本、家庭為中心的社區醫療健康系統；強化「一人一家庭醫生」概念；推出「慢性疾病共同治理計劃」，提供針對性資助，讓市民在私營醫療服務界別接受診斷和管理目標慢性急症；及分階段把衛生署轄下的基層醫療健康服務整合為地區為本的社區醫療健康系統，減少服務重疊。

第二，加強基層醫療服務管理。分階段把醫務衛生局轄下的基層醫療健康辦事處改組為基層醫療署，務求透過單一架構，就提供基層醫療健康服務、標準制訂、質素保證及基層醫療專業人員的培訓作好管理；要求所有提供基層醫療健康服務的家庭醫生和醫療專業人員登記加入《基層醫療名冊》，以保證基層醫療服務的質素；建立基層醫療服務與專科及醫院之間的雙向轉介機制，強化基層

醫療服務提供者的個案管理角色及把關作用。

整合基層資源 規劃專業人手

第三，整合基層醫療健康資源。更廣泛地運用市場能力，以「共同承擔」原則推行由政府資助的基層醫療健康計劃；優化長者醫療券計劃及其他資助服務；透過策略採購統籌處監督基層醫療策略採購計劃的發展及執行；加強協調發展和重建政府建築物及處所，作為社區醫療服務設施之用。

第四，規劃基層醫療人手。檢討人力推算模型並制訂策略，推算基層醫療專業人員的需求，以及增加人手供應；加強所有基層醫療服務提供者的基層醫療相關培訓，以及中醫師、社區藥劑師和其他基層醫療專業人員在提供基層醫療服務中的角色。

第五，改善數據互通及健康監測。將「電子健康紀錄互通系統」轉型為集醫療數據互通、服務提供及流程管理於一身的全面和綜合醫療資訊基建；規定所有基層醫療服務提供者使用「醫健通」；構建人口健康數據集，並持續進行數據分析及調查，支援政府制訂醫療衛生政策。

數日前，醫衛局主辦基層醫療健康發展進度簡介交流會，向區議員和市民大眾介紹《基層醫療健康藍圖》理念和最新工作進展，冀區議員與各區地區康健中心加強合作，向市民推廣基層醫療。

慢病共治計劃為何反應熱烈?

2023年11月，特區政府在《基層醫療健康藍圖》下又推出「慢病共治計劃」，已有逾510名家庭醫生參加計劃，供市民選擇配對。民建聯立法會議員葛珮帆表示，計劃推出後反應熱烈，截至今年3月，有約2萬名市民參與，部分市民其後被診斷為血糖偏高、患糖尿病或高血壓，需接受進一步跟進或治療，令很多地區康健中心的使用率大幅提高，整體服務量達雙倍以上，可見計劃在「早發現、早治療」具有較顯著的成效。

焦點從治療轉向預防疾病

據介紹，「慢病共治計劃」目標是以財政資助和共付模式，鼓勵45歲或以上、沒有糖尿病或高血壓病歷的香港居民配對家庭醫生作篩查，並在確診糖尿病或高血壓後由家庭醫生作長期跟進。在計劃下，合資格人士將通過共付模式，在政府資助下於私營醫療市場接受糖尿病和高血壓篩查、醫生診症和化驗，以及按個

人健康狀況獲處方藥物，接受護士診所和專職醫療服務跟進。

經篩查後確認未有糖尿病或高血壓等情況的參加者可獲地區康健中心或地區康健站協助制訂健康管理目標。若被診斷為血糖偏高，或已患有糖尿病、高血壓，他們會獲政府資助，由自選家庭醫生長期跟進。血糖偏高人士可享有每年最多4次資助診症，而患有糖尿病或高血壓者可享有每年最多6次資助診症。

葛珮帆表示，過往「重治療、輕預防」的醫療體制下，造成龐大的醫療壓力，認為政府現時將焦點從治療轉向預防疾病是找對方向。她指出，透過地區康健中心作為基層醫療樞紐，可為市民提供全面的預防性、非緊急護理，有效防止病情惡化，從而減低對緊急服務的需。她認為政府可透過投資基層醫療設施、擴大現有的社區服務計劃、進一步推動公眾教育、以創新的護理模式加強基層醫療服務的普及性等，進一步促進基層醫療發展。