



■醫院管理局轄下急症室均實施分流制度，按病人病情的輕重緩急而定治理的先後次序。 資料圖片

公院急症加價 可解資源不足？

— 公共衛生 + 今日香港 —

香港公立醫院急診室長期供應不足，醫院管理局大會早前通過調整公院收費決議，多項收費調高35%至70%，當中急症室收費更倍增至220元。局方認為現時急診室被濫用，通過加價可緩解相關情況。究竟急診室有無被濫用，即使有，相關決議又可否緩解此情況呢？

■麥挺 香港聖公會何明華會督中學通識科主任

加 費 原 因

非緊急病人濫用服務

根據醫管局的說法，急症室收費大幅提升，有兩個原因：

原因1：公營醫療收費較私營收費低；

原因2：大量非緊急的病人濫用公營急症室服務，導致有需要的人士排隊等候時間增加，醫療人員的工作量和壓力大增。

這兩個理由成立嗎？

原因1：2002年12月，醫管局急症室服務由以往的免費增加至100元，當時政府的資助水平約為成本的82%。14年過去了，這個100元收費水平原地踏步，但隨著醫療成本的增加，2015年的醫管局數據顯示，有關補貼比例增至92%。根據顧問公司的數據，2016年私家診所一般疾病收費中位數大約300元（其實很多收費已超過300元，部分較低的收費多是一些醫生對

長者的優惠）。因此，公私營的收費差距超過200%。從此角度講，**原因1**成立，但兩者的服務對象和服務質素是否能相提並論呢？值得思考。

原因2：根據醫管局資料，在急症室五級分流制度下，2015/16年度約有34.6%是屬於1級（危殆）、2級（危急）或3級（緊急）級別，其餘65.4%是屬4級（次緊急）或5級（非緊急）個案。

據醫管局主席梁智仁透露，現時第一和第二級緊急的病人，能即時和在15分鐘內接受治療，達到服務承諾，但第三類緊急的病人，過去3年，只有75%至78%人可以在半小時的服務承諾內得到處理。分類為「緊急」的病人之延治可能受到大量第4級和第5級「非緊急」病人而導致。但往急症室求診的病者中，有高達三分之

二人士被歸類為「次緊急」及「非緊急」，這個比例確實偏高。

在醫管局的理念中，那65.4%第4和第5類分級的病人，應該減少甚至不使用急症室服務，以讓更多的資源去處理第3類（緊急）的病人，讓其獲得及時救治。

但問題是，對於欠缺醫學知識的普通市民，恐怕不容易。另外，也有不少病者是在夜間或假期，當其他私家診所停止提供服務的時候到急症室求診，他們應不應該被歸類為濫用急症服務呢？

當然，也有一部分非緊急患者可能認為公立醫院收費較私家診所便宜，或者檢查較全面或藥量較多，他們也有足夠的時間可以排隊，這部分患者可能較接近醫管局「濫用者」的歸類，但是人數有多少無從得知。



持 份 者 觀 點

升長者開支 降求診意慾

醫院管理局主席梁智仁：

根據醫管局委託的顧問報告，發現因感冒、肚瀉等病症到私營診所求診的病人收費中位數為300元，與現行急症室100元收費差距甚大，加上急症室醫療成本已由2003年的570元升至現時的1,230元，有需要收窄公、私營醫療服務收費差距，改變非緊急病人的求診行為，減少服務濫用情況。

關注病人團體：

香港社區組織協會指出，65歲以上長者為急症室主要使用者，佔急症室入院總數的53%。根據去年香港貧窮情況報告，長者貧窮率為30%，更有26萬名貧窮長者未有領取綜援，急症室加費會令該類長者醫療開支增加，生活百上加斤，擔憂他們日後就算身體不適，亦因收費倍增而降低求

診意慾，導致病情惡化。

醫生組織代表：

公共醫療醫生協會會長吳志豪對加價表示贊成。急症室收費已十多年未有調整，存在非緊急求診病人濫用急症服務的情況。加價針對的對象是第4、第5類次緊急及非緊急病人，由於現時急症室收費低廉，故吸引該類病人求診，估計調整收費後，可將該類病人分流至普通科門診。

議員：

立法會醫學界議員陳沛然同意有需要檢討急症室收費，但加至220元卻有商榷餘地。

他質疑醫管局在加價一事上形容部分市民及病人「濫用急症室」，如同「擺他們上枱」，並強調病人不應被呼之則來，揮之則去。

供 求 定 律

人口持續老化 需求只增不減

醫管局就急症室加價的建議是一個降低市民對急症醫療需求的手段。隨著人口增加及人口老化，市民對公營醫療的總體需求只會不停上升，當中需要即時診治的急症服務及不緊急的診治需求也同步增加。

政府控制的公營服務，價格調升只會增加市民使用該服務的開支，但能不能降低有關的需求呢？短期可能令需求下降，但長遠而言，由於公營服務的價格低而長期不變，在私營價格調升後，對某些市民來說，最大的成本只是等候時間，所以在權衡各項成本後，自然有其選擇。

小 知 識

分流制度：

醫院管理局轄下急症室均實施分流制度，按照病人病情的輕重緩急而定治理的先後次序，而非按先到先得的方法。當病人抵達急症室後，先由一名富經驗及接受特別培訓的護士，對病人的病情作出初步評估，危急的病人會獲得優先治療。

新 聞 背 景

急診收費擬增至220元

醫院管理局大會2016年12月15日通過調整公院收費決議，建議病床、普通科門診及專科門診等多項醫療服務收費，調高35%至70%，當中急症室收費由100元建議倍增至220元。

醫管局強調，加價有助收窄公私營醫療服務收費的差距，改變非緊急病人的求診行為，減少濫用服務情況，預計本月向政府提交建議，有關加費的議決由政府最終決定。

建 言 獻 策

醫護人力資源成最大局限

公營醫療服務供應最大的局限是醫護人力資源，特別是醫生成數。由於醫科是非常專門的學問，需要最優秀的學生修讀，需要比其他學科更長的時間、更嚴格的考試及實習才能獲得資格，所以醫生成數難以在短期內倍增。

最讓醫管局頭疼的，是公營系統的醫生累積了一定經驗後，很多都投身私營醫療機構或自行執業搵真銀。

另一方面，當討論到輸入外地醫生以解決醫生不足的問題時，政府卻面對醫學界的大力反對，公營醫療又怎不會面對人才荒呢？

年年檢討價格 發揮經濟效能

筆者認為，加費有其符合經濟的原則，也有短期成效。但價格必須每年檢討，接近市場價格，才能發揮價格的經濟效能。

同時，為了讓病人了解自己的病況是否「緊急」，政府可以提供24小時「打電話問病情」的熱線，這能有效分流病人到急症室或門診，減低急症室壓力。

另外，政府應和醫學界共同建立一個各區公私營門診服務的資訊平台，讓市民更易獲知有關訊息，方便看病，才不會動輒前往急症室求診。

擴充服務 吸納人才

治本之法是政府在急症服務以外，為非緊急病人提供足夠的公營和私營醫療服務，包括夜間和長假期門診。雖然衛福局提出在未來增加4萬個門診服務，但面對估計有22萬個不足之數，供應的增加仍是杯水車薪。要增加公私營醫療服務，醫生是關鍵，政府可考慮放寬外地醫生來港執業的限制。

效 能 預 估

效果曇花一現 治標不治本

資料顯示，當公營急症室收費自2002年底加至100元後，2003年求診人次迅速由加價前的238萬下跌23.2%，降到約183萬。但2004年開始，求診人次逐漸回升，2004/2005年度已回升到200萬人次以上（升幅約10%），並漸漸上升和維持在220萬多人次的水平。

2015/2016年急症室總求診人次約224萬，與2002年前加價前的水平約有6%的差距，加上同期人口增長約6%，當年的收費提升約降低了14年來12%對急症室的需求。

由此觀之，加費的短期效果較明顯，但由於公營服務的價格缺乏彈性（十多年維持不變），當市民習慣有關價格後或其他私營收費提升後，相關的需求逐漸回升。



■長者是急症室主要使用者，隨着人口老化，料需求率會不斷上升。 資料圖片

想 一 想

- 根據資料，醫院管理局大會於2016年12月15日通過什麼決議？
- 承上題，醫管局提出相關決議的原因為何？
- 你認為此決議可解決急症室濫用問題嗎？

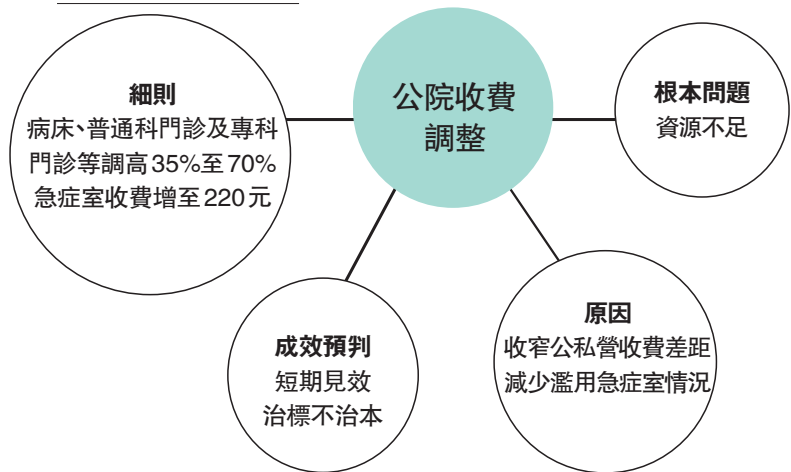
答 題 指 引

- 同學可在資料中找到答案，醫院管理局大會2016年12月15日通過調整公院收費決議，建議病床、普通科門診及專科門診等多項醫療服務收費，調高35%至70%，當中急症室收費由100元建議倍增至220元，預計本月向政府提交建議，有關加費的議決由政府最終決定。
- 本題亦可在資料中找到答案，原因1：公營醫療收費較私營收費低；原因2：大量非緊急的病人濫用公營急症室服務，導致有

需要的人士排隊等候時間增加，醫療人員的工作量和壓力大增。

3. 此題為開放題，同學答案言之有理即可，例如，根據歷史經驗，香港曾增加公營急症室收費，當時立即收到成效，但沒過兩年，求診人次又逐漸回升，因為求診需求不斷增加，加之私營收費提升，公營又會成為許多人的第一選擇，且急症室是否是被濫用仍有待界定，唯有提供足夠的醫療服務資源才能從根本解決問題。

概 念 圖



延 伸 閱 讀

- 《公院冬季續「迫爆」》，香港《文匯報》，2017年1月9日，<http://paper.wenweipo.com/2017/01/09/HS1701090020.htm>
- 《滿75歲領長津者 公院門診免費》，香港《文匯報》，2017年1月19日，<http://paper.wenweipo.com/2017/01/19/HS1701190015.htm>
- 《6146人次輪急症 屯院「重災區」》，香港《文匯報》，2017年2月1日，<http://paper.wenweipo.com/2017/02/01/HK1702010020.htm>