



香港護士協會



立法會議員(衛生服務界)

李國麟教授, SBS, 太平紳士

護理服務及人力資源 規劃建議書



二零一四年五月

目錄

摘要	1-5
內容	6
導言	6
1. 護理服務與病人福祉	6-11
2. 過去十年護士人手及發展狀況	12-16
建議	17
3. 檢討衛生政策及醫管局運作	17
3.1 公私營醫療服務定位	17
3.2 醫管局的運作	17-18
4. 推行可持續發展及高質素的護理服務	19
4.1 護理人力資源規劃	19-21
4.2 專科護理服務	22
4.3 醫管局的挽留人手措施	22-23
4.4 護理財政預算	24
4.5 社福機構的護理資源	24
總結	25
參考書目	26

護理服務及人力資源規劃建議書

摘要

1. 公營醫療衛生系統有不少弊病，包括輪候時間長、醫護人員不足、工作量大、醫護人員長期超負荷、醫療事故時有發生等問題，其原因是公私營醫療服務定位模糊不清，欠缺妥善的人力資源規劃，而私營醫療市場的發展又未能紓緩市民對公營醫療服務的急切需求，造成不平衡的現象。
2. 我們希望公共資源用得其所，人力資源規劃及專科服務的發展絕對不能忽視。可是，人手短缺問題一直未能解決。今年，醫院管理局的手術成效監察計劃中，有指個別醫院的表現欠理想，其實又是人手不足所致。
3. 此外，早於 2005 年，醫管局以減低財政負擔為由，在某些醫院聯網內以一般支援員工代替持有專業資格的護士提供部份專業護理服務及臨床工作，靜悄悄地進行「去護士化」，嚴重影響護理服務的質素。
4. 現時在醫管局大幅增加一般支援員工，數目已達至約 16,500 人（護士的數目約 22,000 人），他們只能集中提供日常起居照顧，而非專業護理服務，如同「去全人護理化」(De-total Patient Care)，直接影響病人的福祉。
5. 至於精神健康服務，近年香港跟隨國際趨勢把治療精神病重點，由住院護理轉移到社區及日間護理服務，但在配套及人手非常不足下，使病人在治療、重返社區後的跟進治療及社區支援上均得不到最適切的治療。

6. 社福界護士短缺及流失問題亦非常嚴重，社署自 2006 年起與醫院管理局合作，舉辦為期 2 年的社福界登記護士訓練課程；然而，因為薪酬待遇及前景欠佳，不少護士完成培訓及服務承諾後便離開，令到社福界的護士人手極不穩定。再加上，現時《安老院條例》規定院舍內住有 60 名長者時才需要提供一名護士的法例已經過時（60 長者：1 護士），根本未能應付院舍的護理需求，影響護理質素。
7. 自一九九零年開始，護理專業已開始學位化，希望透過挑選高質素的高中畢業生，作專業化及高質素的培訓，進而向香港市民提供高質素的專業護理服務。
8. 自 2000 年當局停辦醫院護校課程，卻沒有相應要求大學教育資助委員會增加第一年級學士學位課程學額，以致護士的供應由原來每年 1,200 減至 600。再加上，經濟環境的轉變，公私營醫療服務出現互相挖角的情況，護士短缺問題更趨嚴峻。
9. 現時本港四所大學提供第一年級護理學士學位只有約 900 個。即使加上其他院校的護士非學士學位約 1,000 個，全港每年入學的護士學生名額（包括登記護士及註冊護士）只有大約 2,000 個。
10. 香港護士協會自 2003 年起每年進行的護士人力資源調查，過去十年醫管局護士人力資源調查結果顯示，護士/病人比例約為 1:10-12，遠低於 1:4-6 的國際水平。護士病人比例完全沒有改善，人手仍然嚴重不足。

11. 雖然 2013 年醫管局的整體護士人手增加了 10%，但增聘的人手只是填補以往一直流失而未獲填補的數目，醫管局又不斷開設新服務，而護士人手的編制一直模糊，因此，護士人手短缺問題依然存在。
12. 根據以上的分析及我們過去十多年爭取護理人力資源的經驗，現將具體和適切的建議詳述於下：

12.1 檢討衛生政策及醫管局運作

12.1.1 公私營醫療服務定位

- 在資源有限的情況下，不可能無止境擴大公營醫療服務，製造不必要的期望。
- 建立完善的私營醫療市場，為有能力的市民提供另一可靠的選擇。

12.1.2 醫管局的運作

- 檢視各聯網所提供的醫療服務及其需求，配合適當的資源，以確保病人於聯網內得到適切的治療或轉介，以免輪候時間過長。
- 因應各聯網內醫院的服務需求，就醫護人員、病床和服務範圍等方面重新檢視中央調配制度。
- 加強各聯網間的協調工作，以確保各聯網以劃一的標準提供醫療服務。檢討醫管局總辦事處、聯網管理及醫院管理三層管理架構的權責和分工，以減少下情不能上達，上令下不行的情況。

12.2 推行可持續發展及高質素的護理服務

12.2.1 護理人力資源規劃

- 盡快訂立護士/病人比例及臨床督導比例計算所需人手。
- 評估公私營醫療市場及社福界護士的人手需要，開設適量的護士學位的學額。
- 參考加州在 2000 年成功立法，強烈建議當局正式為護士人手比例立法，就每間病房護士病人比例設定最低限制。
- 建議每更應設有護士長/資深護師或以上的職級作督導，亦將此納入立法規管的範圍。

12.2.2 專科護理服務

- 專科主導服務 (Specialty-led Services)能提升護理服務質素及增加病人安全，當局應在每所醫院每個專科設立至少一位顧問護師，處理複雜護理問題，減低治病式醫療需求，直接或間接縮短病人的輪候時間。

12.2.3. 醫管局的挽留人手措施

- 應盡快改善現時的人力資源政策及薪酬福利，以減低護士流失所帶來的負面影響。當中包括：(i) 合約護士(包括新入職合約護士首年)每年應獲得增薪、(ii) 恢復 16.5%現金津貼及重設跳薪點(Omitted Point)、(iii) 獲取專科資格的護士應給予額外一個增薪點、(iv) 改善員工福利、(v) 改善聘請及調職程序、(vi) 為職員發展檢討報告訂立更清晰的指引、(vii) 引入「半職」概念、(viii)加強專業培訓、(ix) 增加登記護士的受訓機會、(x)改善晉升階梯。

12.2.4 護理財政預算

- 應制訂獨立的護理財政預算 (Nursing Budget)，由護士因應服務需求自行調配及招聘人手，在開設新服務時，確保有足夠的護理資源及人手。

12.2.5 社福機構的護理資源

- 增加院舍的撥款及其透明度，或設立指定撥款用作人力資源的開支，使院舍能以足夠的資源聘用人手。直接改善服務。
- 改善護士的晉升階梯，提供培訓及支援，以挽留護士。
- 重新檢視現時《安老院條例》，保障長者的安全及健康。

13. 本建議書主要就護理服務及護士人手不足問題提出針對性的可行建議，而香港整體的醫療服務仍需各方共同努力，方能健康發展，應付未來的挑戰。

二零一四年五月八日

內容

導言

1. 護理服務與病人福祉

1.1 香港的醫療衛生服務一直處於高水平，然而，我們的公營醫療衛生系統仍有不少弊病，包括輪候時間長、醫護人員不足、工作量大、醫護人員長期超負荷、醫療事故時有發生等問題。究其原因，其實是公私营醫療服務定位模糊不清，公營醫療服務不斷膨脹，人手短缺問題久久未能解決，卻又欠缺妥善的人力資源規劃所致。同時間，私营醫療市場的發展又未能紓緩市民對公營醫療服務的急切需求，造成不平衡的現象。

1.2 我們希望公共資源用得其所，改善公營醫療服務，照顧有需要的市民，然而，除了興建醫院、改善設備等硬件外，人力資源規劃及專科服務的發展絕對不能忽視。可是，多年來當局一直都未有正視有關問題，施政報告中只願興建新醫院，開設新服務，卻未有同時作出適切的人力資源規劃。

1.3 人手短缺對市民的健康及護理服務有何影響？今年，醫院管理局的手術成效監察計劃中，有指個別醫院的表現欠理想，其實又是人手不足所致，當中部分有需要的病人因深切治療病房沒有床位及人手，而要留在加護病床，奈何加護病床不如深切治療病房般有嚴謹的人手規劃，在欠缺護士人手的情況下，術後專科護理服務的質素便因此受到影響，增加病人風險。

1.4 其實早於 2005 年，醫管局以減低財政負擔為由，在某些醫院聯網內以一般支援員工代替持有專業資格的護士提供的部份專業護理服務及臨床工作，如健康評估、飲食及排洩測量、傷口換症、術中護理等，靜悄悄地進行「去護士化」，此舉亦對病人的健康照顧及臨床護理存在著不良影響，嚴重影響護理服務的質素。

1.5 在 2005 年香港護士協會進行了手術室「去護士化」問卷調查¹，結果顯示：

- i. 85% 的同業**反對**術前評估 (Peri-operative Assessment)，如病歷核對、病人核對和術前料理評估等術前護理實務可以由一般支援員工擔任。

¹ 香港護士協會，手術室「去護士化」問卷調查，2005 年 9 月 13 日。

- ii. 72% 的同業認為術前預備 (Peri-operative Preparation)，如手術室設施安排、手術用儀器和麻醉程序等預備工作**不應**由一般支援員工來執行。
- iii. 76% 的同業**否定**麻醉前護理 (Pre-anaesthetic Care)，如病人位置、呼吸喉管處理等護理工作可由一般支援員工負責的可行性。
- iv. 80% 的同業**反對**手術過程中的擦手實務 (Intra-operative Scrubbing)，如皮膚消毒、無菌處理技術和協助醫生及提供手術用具等術中護理實務由一般支援員工來執行。
- v. 95% 的同業**否定**術後復甦護理(Post-operative Recovery Care)，如觀察病人維生指數、緊急及危難應變等術後護理實務可由一般支援員工擔任。
- vi. 93% 的同業認為護士在手術室護理的角色及功能**絕對不可能**由一般支援員工取代。

香港護士協會代表在醫管局在 2005 年 10 月 24 日特別護理職系協商委員會會議上，就手術室引進「一般支援員工」事宜表示強烈的反對，當局亦暫緩此計劃²。

² 香港護士協會，中央通訊 47-05，200 年 11 月 3 日。

- 1.6 現時在醫管局任職一般支援員工的數目已達至約 16,500 人（護士的數目約 22,000 人），增幅極大，這反映醫管局「去護士化」的情況日趨嚴重，我們對有關的情況亦感到十分憂慮。事實上，大幅增加一般支援員工只能集中提供日常起居照顧，而非專業護理服務，如同「去全人護理化」(De-total Patient Care)，直接影響病人的福祉。
- 1.7 至於精神健康服務，近年香港跟隨國際趨勢把治療精神病重點，由住院護理轉移到社區及日間護理服務，但在配套非常不足的情況下，使病人在治療、重返社區後的跟進治療及社區支援上，均得不到最適切的治療。除此之外，現時精神病康復者重返社區後，均會安排到醫管局的精神科專科門診診所覆診，並由精神科外展服務的精神科社康護士進行家訪，但礙於人手不足，如康復者出院初期或病情轉壞時，未必能加密康復者的覆診及探訪次數，影響康復進度。
- 1.8 為了促進精神病患者康復和重新融入社會，社區的支援非常重要，當中專業人員包括精神科社康護士及個案經理的人手更是不可或缺。可是，有關專業人員的人手一直嚴重不足；就負責處理高風險病患者的精神科社康護士（其職責主要監察及支援包括有嚴重暴力傾向或嚴重刑事暴力紀錄的人士），截至 2013 年 12 月 31 日，全

港只有 131 名精神科社康護士，為病患者提供支援；還有，負責跟進情況穩定的嚴重精神病患者，以提供持續和個人化的深入社區支援的個案經理的人手，截至 2013 年 12 月 31 日，只有 248 名個案經理，為約 11,500 名精神病患者提供深入的地區支援，平均而言，每名個案經理在同一時段會照顧約 50 至 60 名嚴重精神病患者³。面對人力資源嚴重缺乏的情況下，實在難以提供具質量的跟進治療，當局必須正視有關問題，以免悲劇發生。

- 1.9 此外，社福界護士短缺及護士流失問題亦非常嚴重，雖然社署自 2006 年起與醫院管理局合作，舉辦為期 2 年的社福界登記護士訓練課程，增加訓練名額⁴。然而，因為薪酬待遇及前景欠佳，不少護士完成培訓及服務承諾後便離開，令到社福界的護士人手極不穩定，嚴重影響院舍的護理服務及安全。其實護士在社福界，特別是安老、康復院舍的角色及功能常不被重視，我們偶然見到長者在院舍因得不到妥善照顧而誤服藥物、跌倒、甚至受虐，這都是因為院舍的護士人手不足，以及現時《安老院條例》規定院舍內住有 60 名長者

³ 香港特別行政區立法會，財務委員會審核2013-14年度開支預算管制人員的答覆，第19節會議，答覆編號 FHB(H)099，2003年12月4日。

⁴ 香港特別行政區立法會，財務委員會審核2013-14年度開支預算管制人員的答覆，第16節會議，答覆編號 LWB(WW)145，2003年11月4日。

時才需要提供多一名護士的法例已經過時（60 長者：1 護士），未能應付今天院舍的護理需求所致。再者，隨著人口老化問題，而患有腦退化/認知障礙的長者日漸增多，現今入住院舍大部份的長者已缺乏自我照顧的能力，他們的生理及心理狀況，都需要專業的護理人員照顧。奈何，院舍的護士人手標準過時，而且資源有限，部份不足 60 名長者的院舍，只能聘請健康服務助理等支援人員提供基本的照顧服務，在欠缺人手及質素的情況下實在未能提供合理的護理服務，影響長者的健康及安全，這情況極不理想，當局必須正視。

- 1.10 護士作為醫療衛生服務團隊的一份子，為病人提供直接的護理服務，他們的專業評估及護理照顧，對病人的情況及康復進度都有關鍵性的影響。因此，護士人手失衡及護理專科服務缺乏等問題必須得到正視。

2. 過去十年護士人手及發展狀況

2.1 護理專業發展與護理質素息息相關。香港護士訓練最初由護士學校以學徒式訓練，而自一九九零年，護理專業已開始學位化，為進一步提高本港護理質素，訂下重要里程碑。這亦是各個國際性醫護體系所認同及提倡的做法。護士學位化的目的，是希望透過挑選高質素的高中畢業生，作專業化及高質素的培訓，進而向香港市民提供高質素的專業護理服務。

2.2 然而，自 2000 年當局停辦醫院護校課程，卻沒有相應要求大學教育資助委員會增加第一年級學士學位課程學額，以致護士的供應由原來每年 1,200 減至 600。再加上，經濟環境的轉變，無論公營醫院、私家醫院、社區院舍對護士的需求不斷增加，結果出現互相挖角的情況。正因為當局錯誤評估、欠缺全面的人力資源規劃，造成護士短缺問題一直得不到解決，甚至更趨嚴峻的局面。

2.3 時至今日，雖然本港四所大學，包括：香港大學、香港中文大學、香港理工大學及香港公開大學都有提供護理學士學位課程，培訓註冊護士。然而 2014 年度四所大學的第一年級學士學位課程學額只約

為 900 個。即使加上其他院校的護士課程非學士學位學額約 1,000 個，全港每年入學的護士學生名額(包括登記護士及註冊護士)只有約共 2,000 個。

2.4 香港護士協會在 2003 年年底進行的護士人力資源問卷調查，結果反映⁵：

- i. 本港公立醫院平均護士病人比例，分別為早更 1:10、午更 1:11、夜更 1:24。與外國相關立法規定、護士病人比例為 1:4-6 比較，香港的比例仍然偏高，情況極不理想。
- ii. 護士士氣只有 3.4 分，員工士氣非常低落(0 為最低，10 為最高)
- iii. 護士工作壓力有 7.5 分，員工的工作壓力處於較高的水平(0 為最低，10 為最高)。

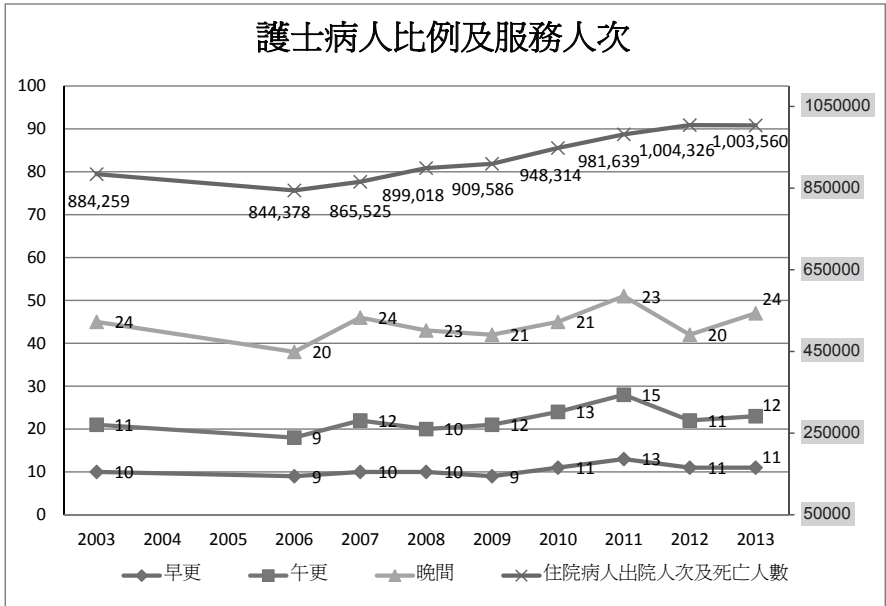
上述數據反映早於十年前護士短缺問題已經存在，加上「沙士」後，當局縮減撥款，護士的工作量及壓力更大。

⁵ 香港護士協會，「防 SARS」預備及人力資源問卷調查，2004 年 1 月 12 日。

- 2.5 此外，香港護士協會又在2013發表的護士人力資源調查結果反映⁶：
- i. 本港公立醫院平均護士病人比例，分別為早更1:11、午更1:12、夜更1:24。與外國相關立法規定、護士病人比例定為1:4-6比較，香港的比例仍然偏高，情況不理想。
 - ii. 本港公立醫院臨床督導比率平均只有28%。數據顯示只有不足三成護士上班期間有資深護師/護士長作臨床督導。
 - iii. 高達67.8%受訪同業表示過去半年在其工作病房內有護士離職/提早退休，但當中只有16.6%表示有關空缺獲全部填補，32.4%表示獲部份填補，18.8%表示完全沒有填補。
 - iv. 根據是項調查，每名護士(包括註冊、登記護士)對病人服務助理員的比例為1:0.7；在公立醫院，平均每1名護士便有0.7名病人服務助理員。若因護士流失而增聘病人服務助理員執行護理工作，便會進一步加劇「去全人護理化」問題，嚴重影響護理服務質素，增加醫療事故的風險，罔顧病人安全。

⁶ 香港護士協會，護士人力資源問卷調查2013，2003年8月。

2.6 事實上，香港護士協會自 2003 年起每年進行的護士人力資源調查顯示的結果如下：



2.7 由此可見，過去十年護士的護士病人比例完全沒有改善，人手仍然嚴重不足。

2.8 雖然 2013 年醫管局的整體護士人手由 19,866 名增長至 21,816 名（以全職等值人員計算），淨增長為 1,950 名，增幅 10%⁷。醫管局亦招聘 2,100 名護士，以補充流失的人手及紓緩前線護士的工作壓力。

⁷ 香港特別行政區立法會：2013-2014 年度立法會會議，立法會質詢十一：公立醫院的護士人手，2013 年 12 月 4 日。

上述數據無疑反映了有關當局增聘了不少人手，然而，實際上，我們看到現時的公營醫療服務仍然有護士人手不足問題，原因為何？這其實是因為增聘的人手只是填補以往一直流失而未獲填補的數目，醫管局又不斷開設新服務，而護士人手的編制一直模糊，究竟各個病房/病人需要多少名護士方為合理的人手編制？一直未有答案。因此，護士人手短缺問題依然存在。

2.9 為了維持可靠的護理服務質素，香港護士協會一直倡議訂立護士/病人比例及臨床督導比例。根據過去十年進行的醫管局護士人力資源調查結果顯示，醫管局的護士/病人比例約為 1:10-12，遠低於 1:4-6 的國際水平⁸，可見醫管局護士人手不足的情況長久未能解決，嚴重影響護理服務質素。合理的護士/病人比例和臨床督導比例不單可以改善護士現時的工作環境，大大減輕護士的工作壓力，亦可改善病人護理服務質素，減低醫療風險。

⁸ The Nethersole School of Nursing, The Chinese University of Hong Kong, Systematic Review on Safe Nurse-to-patient Ratio, Oct 2013

建議

3. 檢討衛生政策及醫管局運作

3.1 公私營醫療服務定位

當局表示，本港實行醫療雙軌制政策。然而，正如上文所述，公營醫療服務不斷膨脹，私營醫療市場並未能發揮紓緩作用，這明顯是公私營醫療服務的定位不清晰，引致服務失衡。因此，當局必須為公營醫療服務定位，要知道在資源有限的情況下，不可能無止境擴大公營醫療服務，製造不必要的期望。另一方面，當局亦須建立完善的私營醫療市場，為有能力的市民提供另一可靠的選擇，真正發揮紓緩公營醫療負擔的功效。我們認為清晰的定位能有助作出妥善的資源分配，使護士及護理資源方能真正到位，惠及市民。

3.2 醫管局的運作

香港地小人多，人口分佈不均，且密集於市區，按現時醫管局劃分聯網的方式及人口，各聯網所提供的專科醫療服務並未能應付需求，因此，醫管局的管理、聯網制度及資源分配一直為人詬病，我們認為醫管局總部應檢視各聯網所提供的醫療服務及其需求，配合適當的資源，以確保病人於聯網內得到適切的治療或轉介，以免出現有聯網輪候時間過長，資源不均的情況。此外，醫管局總部須因應各聯網內醫院的服務需求，就醫護人員、病床和服務範圍等方面重新檢視中央調配制度，以確保各醫院所獲得的資源能應付需求，解決資源不均的問題。在聯網管理方面，醫管局亦應加強各聯網間的協

調工作，以確保各聯網以劃一的標準提供醫療服務。再者，食物及衛生局亦應檢討醫管局總辦事處、聯網管理及醫院管理三層管理架構的權責和分工，以減少下情不能上達，上令不能下行的情況。

4. 推行可持續發展及高質素的護理服務

4.1 護理人力資源規劃

4.1.1 護士短缺問題長久未能解決的原因是當局欠缺承擔，沒有長遠的人手規劃所致。其實，醫管局現以工作量評估模式推算所需人手；可是，我們對於工作量評估模式能否推算出一個維持到安全的護士/病人比例存有疑問，例如有關方程式是否如實、公平地反映各類病房的工作量。況且，此計算方程式過於艱澀難明，未必能輕易取信於護士同業。我們建議有關當局盡快訂立護士/病人比例，以清晰的護士/病人比例及臨床督導比例計算所需人手，並評估私營醫療市場的發展及社福界的護士人手需要，為未來五年、十年的全港護士人手需求作出預算，有關預算能有效推算護士學位的學額是否能足以應付服務需要，這樣方能真正、全面及長遠解決護士人手問題。

4.1.2 訂立護士/病人比例。過去十年醫管局的護士/病人比例為1:10-12，遠低於1:4-6的國際水平，可見醫管局護士人手不足的情況長久未能解決，嚴重影響護理服務質素。我們認為訂立合理的護士/病人比例十分重要，這不單可以改善護士現時的工作環境，大大減輕護士的工作壓力，亦可大大改善病人護理服務質素，減低醫療風險。

- i. 根據 The Lancet⁹就 9 個歐洲國家的護士人手，學歷及住院死亡率的調查研究，結果發現護士人手及學歷與住院死亡率有重要的關係。當中指出：(a) 照顧較少病人及增加持有學士學位的護士人數，與照顧較多病人及減少持有學士學位的護士人數比較，前者的住院死亡率明顯較低；(b) 護士照顧多一名病人，便會增加手術病人(住院 30 天內)的死亡風險 7%；(c) 有 60% 護士持學士學位並平均照顧 6 名病人，與只有 30% 護士持學士學位並平均照顧 8 名病人比較，前者的住院死亡率可降低 30%；(d) 護士工作量增加會增加住院病人的死亡機會。上述調查研究闡述了護士/病人比例、護士培訓與住院死亡率有密切的關係。
- ii. 除此之外，根據香港護士協會於 2013 年委託香港中文大學那打素護理學院就有關護士/病人比例的調查研究，當中就有關護士人手對病人影響的分析包括：
(a) 每名護士照顧較少病人可降低住院死亡率、搶救失效，患有褥瘡和肺炎的機會。(b) 護士人手比例與加護病房(ICU)的住院天數，出現肺功能衰竭，病人跌倒和感染抗藥性金黃色葡萄球菌(MRSA)成反比。
- iii. 再者，根據美國加州在 2000 年成功立法的例子，除了為內科、外科制訂護士/病人比例為 1:6，也為一些工作量較高的工作病房設比例，例如深切治療病房是 1:2，手術室更是 1:1。

⁹ The Lancet, *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*, 25-2-2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8) [assessed 1 Apr 2014]

縱觀上述的各項調查結果，我們強烈建議食物及衛生局參考美國加州、澳洲維多利亞省的成功例子，正式為護士人手比例立法，就每間病房護士/病人比例設定最低限制。以立法方式，使醫管局為每間病房聘請足夠護士人手工作，以保障病人的福祉。

- 4.1.3. 至於臨床督導比例，根據香港護士協會 2012 及 2013 年人力資源調查數據顯示，分別只有 34.5%及 28%回應者表示每更有護士長/資深護師作臨床督導臨床督導，臨床督導比率下降。有關情況可能影響前線臨床護理質素，甚至增加發生醫療事故的風險，情況令人十分關注。

我們認為上述情況與護士長/資深護師離職或屆退休年齡有關。更值得擔心的是，預計未來數年會是中層管理層退休高峰期，若屆時未有足夠護士長/資深護師晉升以填補空缺，臨床督導比率將進一步下降。而且，內科及老人科、產科、骨科及創傷科等專科臨床督導比率亦一直欠佳，情況極不理想。因此，我們建議每更應設有護士長/資深護師或以上的職級作督導，亦將臨床督導比例納入立法規管的範圍，方能維持可靠的護理服務質素。

4.2 專科護理服務

醫療科技發展一日千里，專科主導服務 (Specialty-led Services)能提升護理服務質素及增加病人安全，臨床督導比例，讓各職級的護士能各司其職，做好護理工作。

現時醫管局亦是採取專科主導服務方向，可惜公營醫院內雖有專科部門，護理專才(包括：顧問護師及資深護師)卻非常有限，影響服務質素。

因此，當局亦應在每所醫院每個專科設立至少一位顧問護師，以提供相關之專科護理服務，有關的護理人員亦可處理複雜護理問題，減低治病式醫療需求，直接或間接縮短病人的輪候時間，使病人得到更佳的服务。

4.3. 醫管局的挽留人手措施

醫管局除了肩負照顧市民健康的重任外，在培訓醫護人員的角色上亦是責無旁貸。因此，醫管局各醫護人員的穩定性，尤其具經驗一群專業人員十分重要，憑藉他們豐富的經驗帶領新畢業的一群，能有助維持公營醫療服務的質素。因此醫管局應針對護士青黃不接、流失情況嚴重問題，制定有效的挽留措施，盡快改善現時的人力資源政策及薪酬福利，以減低護士流失所帶來的負面影響。當中包括：

- i. 合約護士(包括新入職合約護士首年)每年應獲得增薪
- ii. 恢復 16.5%現金津貼及重設跳薪點(Omitted Point)
- iii. 獲取專科資格的護士應給予額外一個增薪點

- iv. 改善員工福利，例如：職員診所服務時間、普通科/專科就診名額、急症室優先就診和定期身體檢查等
- v. 在聘請及調職程序方面，應考慮到護士的不同需要，以及聯網內的服務需求，作出平衡
- vi. 為職員發展檢討報告訂立更清晰的指引
- vii. 引入「半職」概念，以吸引未能以全職身份工作的護士返回醫管局服務
- viii. 專業培訓方面：
 - (a) 專科護士應到海外不同的臨床環境進行考察，汲取最新的知識，以助改善現時的護理服務
 - (b) 在開設新服務前，需要向護士提供足夠的培訓以應付服務的需要
 - (c) 除醫管局的專科護理課程外，醫管局應向護士投放更多的專科培訓資源
 - (d) 近年大幅增加的登記護士，本會認為醫管局應增加其受訓機會，包括登記護士修讀註冊護士轉換課程(EN Conversion Course)，除應付將來的臨床服務需求外，更可為他們提供就業前景及晉升階梯。

ix. 晉升方面：

至今，醫管局的醫生及專職醫療人員數目分別為 5,518 人及 6,292 人，獲晉升的分別有 338 人及 243 人，佔 6.1% 及 3.9%，而護士的人數為 21,698 人，獲晉升的則只有 622 人，佔 2.9%，可見護士的晉升機會遠低於醫生及專職醫療人員，有關情況嚴重打擊護士士氣，無法挽留護士。當局應改善護士的晉升階梯，提供公平的晉升機會，以挽留護士。

4.4 護理財政預算

現時醫管局並未有訂立供護士自行調配的護理財政預算（Nursing Budget），以致各聯網不能有效地運用及分配護理資源，招聘足夠護士配合服務需求，尤其開設新服務時，往往漠視護理資源及人手，造成「有服務，無人手」的情況。因此，醫管局應制訂獨立的護理財政預算，並由護士因應服務需求自行調配及招聘人手，確保護理服務質素。

4.5 社福機構的護理資源

現時社福界的非牟利機構以一筆過撥款，讓各機構自行運用資源。然而，按有關制度，當局會以中點薪金(NAMS)作基準，把員工薪酬上限設定為相應公務員總薪級表的中點薪金，完全漠視年資，院舍因此未能以相對應的薪酬聘請有經驗的護士，流動量大，影響質素，尤其在公院及私院需求殷切的時候更為嚴重。因此，我希望當局增加院舍的撥款及其透明度，或設立指定撥款用作人力資源的開支，使院舍能有足夠的資源聘用護士。直接改善服務。另，亦應改善護士的晉升階梯，提供培訓及支援，以挽留護士，減少流失。而最重要的問題是，現時《安老院條例》其實已非常過時，當局應重新檢視法例規定院舍內住有60名長者時才需要提供多一名護士的規定，以改善院舍的護理服務質素，保障長者的安全及健康。

總結

總括而言，針對現時公私營醫療發展不平衡、資源分配不均、輪候時間長、醫護人員嚴重不足、工作量大等問題，本建議書主要就護理服務及護士人手不足問題提出針對性的可行建議，而香港整體的醫療服務仍需各方共同努力，集思廣益；同時亦冀望醫護人力規劃和專業發展策略檢討委員會及醫管局檢討委員會的工作能取得全面及務實的成果。

二零一四年五月八日

參考書目：

1. 香港護士協會，手術室「去護士化」問卷調查，2005年9月13日。
2. 香港護士協會，中央通訊47-05，200年11月3日。
3. 香港特別行政區立法會，財務委員會審核2013-14年度開支預算管制人員的答覆，第19節會議，答覆編號FHB(H)099，2003年12月4日。
4. 香港特別行政區立法會，財務委員會審核2013-14年度開支預算管制人員的答覆，第16節會議，答覆編號LWB(WW)145，2003年11月4日。
5. 香港護士協會，「防 SARS」預備及人力資源問卷調查，2004年1月12日。
6. 香港護士協會，護士人力資源問卷調查2013，2003年8月。
7. 香港特別行政區立法會：2013-2014年度立法會會議，立法會質詢十一：公立醫院的護士人手，2013年12月4日。
8. The Nethersole School of Nursing, The Chinese University of Hong Kong, Systematic Review on Safe Nurse-to-patient Ratio, Oct 2013
9. The Lancet, *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*, 25-2-2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8) [assessed 1 Apr 2014]



香港護士協會

電郵：info@nurse.org.hk

網頁：http://www.nurse.org.hk



立法會議員(衛生服務界)

李國麟教授, SBS, 太平紳士

電郵：info@leekoklong.org.hk

網頁：http://www.leekoklong.org.hk