



獨立醫療投訴機制

正反意見各執一詞

香港現時有不同的機制，處理醫療投訴，但卻被人詬病為「醫醫相衛」。立法會於今年一月通過動議，促請政府成立獨立而法定的「醫療服務申訴專員公署」，統一處理市民對醫療服務的投訴。支持動議者認為公署具公信力，可獨立、公正地處理醫療投訴。反對者認為建議架床疊屋，既不能改善醫療質素，又會窒礙醫療發展。雙方各執一詞，究竟設立公署能否有效地處理投訴，為醫生和病人帶來雙贏的局面？

近來醫療事故接二連三：北區醫院誤切病人乳房、明愛醫院門外有人失救致死、東區醫院遺失男嬰屍體、瑪麗醫院切錯病人睪丸。以上事件引起社會極大迴響，公眾對醫療服務的信心大減。

醫務委員會（醫委會）二零零七年的年報顯示，該會接獲的申訴個案由二零零四年的三百一十一宗，增至零七年的四百七十二宗，其中大部分個案涉及投訴醫生「罔顧對病人的專業責任」，包括施行不適當的治療、未能適當診斷病症和手術失敗等。

缺乏統一投訴機制

現時有多個機制接受市民對醫療服務的投訴：醫委會處理醫生的專業失當行為、醫院管理局接受有關醫院和診所服務的投訴、申訴專員公署調查公營機構行政失當的投訴、司法機構研究賠償問題等。

不過，贊成設立醫療服務申訴專員公署的人，批評現時投訴機制漏洞多、醫醫相衛和缺乏透明度。新的公署負責調查醫療失誤，協助受害人尋找專家報告，能簡化現時複雜的調查程序。加上公署獨立運作，可以避免出現偏袒醫生的情況，確保公信力。

社區組織協會幹事彭鴻昌指，現時缺乏統一的投訴機制，市民要表達對醫療服務的不滿，可能需要聯絡多個部門，重複投訴手續多次，對病人及其家屬不公平：「試想想，他們當時已經十分痛心和辛勞，卻仍要疲於奔命地辦理投訴事宜，這樣對得起他們嗎？」

彭鴻昌又說，香港大部分醫生皆來自香港大學和中文大學的醫學院，醫學圈子小，醫生之間即使不熟悉，也認識對方。因此醫生在處理同袍的個案時，未免存有戒心，不敢嚴厲批評：「有醫生承認，（在調查醫療失誤）給予意見時不敢直接指出問題。他們擔心『今日我指出別人的問題，日後我若出錯，不知別人會如何寫自己』。」

醫學界圈子小 同門感覺重

現時醫委會由二十四名醫生及四名業外委員組成。立法會議員鄭家富質疑醫委會醫醫相衛，有「自己人查自己人」之嫌：「醫生們都是師兄弟，不想得罪同學。」因此他堅持成立一個申訴專員公署，負責調查、調解和處理賠償事宜。有需要的時候，公署可以引入外國的專家報告。

醫委會處理投訴的手法（另見框文），同樣惹來批評。前立法會議員、醫生林鉅津於二零零一年用射頻熱凝技術醫治一名肝癌病人，但事前沒有告訴病人自己以豬肝做實驗，並無臨床經驗，而手術也不是由他操刀。結果病人內臟被灼傷，最終不治。醫委會裁定他專業失當，停牌六個月，緩刑兩年。彭鴻昌認為醫委會輕判此案：「社會不能接受醫死人的醫生繼續行醫。」

未能回應公眾訴求

黃偉民從醫十七年，現於威爾斯親王醫院工作。他承認現時的醫療申訴系統，在處理和回應投訴時，多從醫護人員的角度出發，考慮自身的困難，忽略了在病人身上造成的傷害、或死者家屬喪親之痛。而且，他認為處理投訴的人都是行內人：「令人懷疑有沒有包庇的成分。」

前線醫護人員陳醫生（化名）覺得現時的機制雖然完善，但醫護人員與公眾溝通的渠道不足。他贊成設立一個獨立公署：「時至今日，我們不但要向病人交代醫療失誤，更要向社會大眾交代，設立公署可增加醫療申訴系統的公信力，正好回應公眾的期望和訴求。」

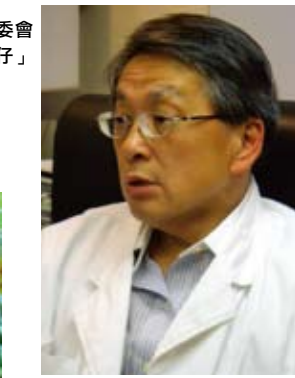
支持者



立法會議員鄭家富質疑醫委會醫醫相衛。



社區組織協會幹事彭鴻昌指，醫生在處理同袍的個案時，會避重就輕，以免日後自己遇上同樣情況。



醫學會會長謝鴻興指，醫委會要求醫生遵守俗稱「紅書仔」的「專業操守準則」。

立法會醫學界議員梁家驊指，設立申訴公署會影響醫生和病人之間的互信。

VS

反對者

「醫醫相衛」不存在

有人贊成設立醫療服務申訴專員公署，也有人認為這是多此一舉。醫學會會長謝鴻興認為，現時已有足夠的途徑投訴醫療服務，而醫委會也邀請了業外人士做委員，公眾可旁聽聆訊，有足夠的透明度和公信力，不存在醫醫相衛的問題。

每當接獲投訴後，醫委員分三個階段處理（另見框文）。在二零零七年處理的個案中，有二十宗投訴能進入最後的聆訊階段，而審結的十八宗個案中，所有涉案醫生都被裁定罪名成立，處分包括從註冊名冊中除名一至十個月不等、遭受譴責和收警告信。

謝鴻興解釋，處理一般聆訊時，涉案醫生會清楚描述醫療過程，只是業外人士聽不明白，所以不能分辨醫生有沒有錯。

任文青從事前線醫療工作二十年，現於威爾斯親王醫院擔任兒科醫生。他不能接受公署邀請海外醫生參與調查，因為香港的標準與外國的不一樣。雖然海外醫生既為獨立人士，又具備專業知識，但他認為海外醫生給予意見時，會用外國的標準，不會考慮香港的實際情況。

公署減低互信 病人受害

任文青又認為公署會令醫護人員處事時「綁手綁腳」，例如醫生向病人解釋手術風險，有時不可能把所有可能性說清楚：「若有一百種治療方法，醫生和病人或家屬簽訂的協議可能厚得像一本書。」而且，有些風險是預測不到的，沒有可能事前解釋。

他指醫生之間更有可能出現「卸責」的情況：「小如開一包藥的程序，醫生也可能不願親自簽字負責，而選擇向上級請示，由較高級的醫生簽字落實，免去承擔責任的風險。」

立法會醫學界議員梁家驩強調，在醫療程序中，醫生和病人的互信很重要。病人信任醫生才會向醫生求醫，醫生同樣要相信病人，才能提供最合適的治療。另設申訴公署會令醫生治病時有所顧慮，醫生與病人之間難以建立互信，無形中空礙醫療發展，最終受害的是病人。

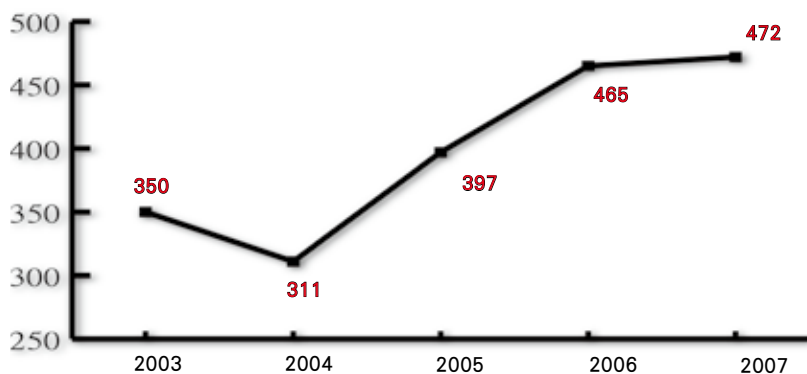
他舉例指，病人割除腫瘤時，手術範圍愈大，成功徹底切除的機會愈高，但相對的風險也愈高：「如果這位醫生怕被病人投訴，他會怎樣做？就是盡量割少一點，減低手術風險以減少被投訴的機會，但也大大減低治療效果。」

改革制度 改善服務

梁家驩認為多設立一個投訴機制，不能夠改善現時的醫療服務質素：「把公署當作『阿拉丁神燈』，妄想它可以解決一切醫療問題，簡直是妙想天開！」他認為要減少醫療失誤事故，歸根究底，必須平衡市民對公私營醫療服務的需求，減輕公營醫院前線醫護人員的工作壓力。

各界人士對是否成立公署，態度各異，但食物及衛生局局長周一嶽表示，「有關建議仍須在社會上謀取進一步共識」，防止出現功能重疊、架床疊屋的情況，但他承認現時處理投訴的機制有進一步改善的空間。

醫務委員會接獲的申訴數字



醫委會處理投訴的三個階段

醫委會接獲投訴後，第一階段會由轄下「初步偵訊委員會」的主席和副主席作初步考慮，決定應否將個案轉呈「初步偵訊委員會」作全面考慮。第二階段由「初步偵訊委員會」審議申訴，並考慮涉案醫生的解釋。若委員會認為個案表面證據成立，便會將案件轉呈醫委會，進行第三階段的正式研訊。

醫委會於二零零七年接獲的四百七十二宗個案中，有一百四十六宗於第一階段已被「初步偵訊委員會」主席及副主席駁回，原因包括「毫無根據」、「診斷錯誤」、「醫學意見上的分歧」等。另外二百六十六宗因缺乏資料而未能作進一步處理，六十宗則轉呈「初步偵訊委員會」處理。

進入第二階段的個案，未必一定能進入最後聆訊。以零七年為例，「初步偵訊委員會」考慮了九十九宗個案，但有六十五宗被駁回，餘下的三十四宗則轉呈醫務委員會。

（資料來源：醫務委員會）