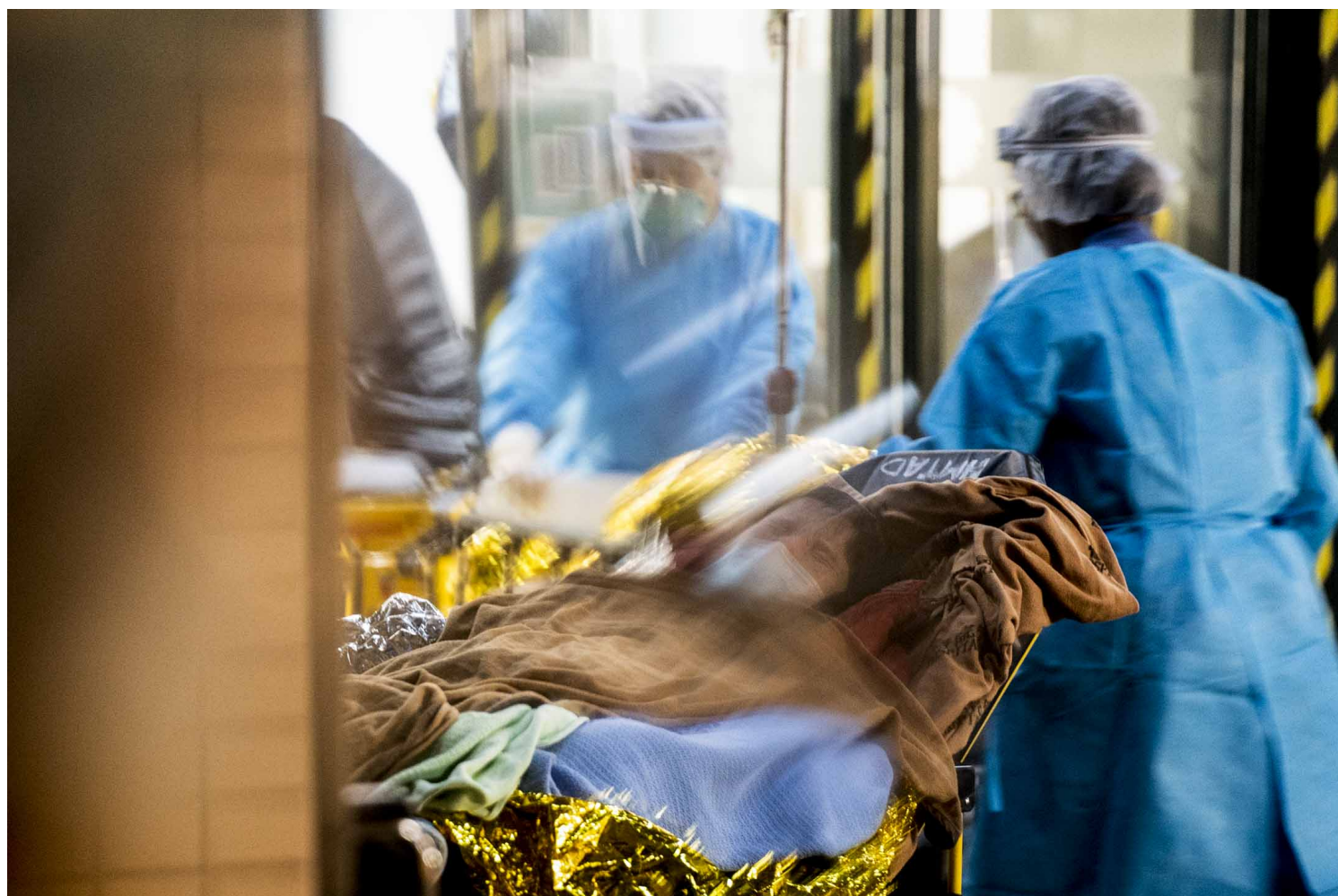


香港疫情大爆发 香港 深度

## 探问疫下香港医疗崩溃（上）：病床一位难求，公私营双轨制如何走向失效？

“（医管局）内部会说，我们是victim of our own success（自己成功下的受害者）”。



2022年2月18日，明爱医院的医护人员将户外病人全部移入室内。摄：林振东/端传媒

特约撰稿人 刘伟程 发自香港 | 2022-04-20

香港第五波疫情 高永文 香港医护 梁振英 香港医疗

（编按：香港第五波疫情死亡率高居全球前列，公立医院急症室及内科病房“沦陷”，揭示出医疗系统潜伏多年的隐患。端传媒梳理香港医疗多年的发展，并访问死者家属、前线医护、公共卫生学者及医院管理层等，一连两日刊出两篇“香港医疗崩溃”文章，探讨疫下香港医疗的“病因”。）

香港于去年年底起，爆发以变种病毒Omicron引起的第五波疫情，至农历年假后，形势急转直下，彻底失控。截至4月19日，已有8963人离世，死亡率达0.76%；离世者中，超过九成是65岁以上长者。

疫情乱局当中，有病人要在急症室苦候数天，甚至有病人未获治疗已离世；医护人员不吃不休地工作，病房内1名护士要照顾10名病人；伊利沙伯医院急症室顾问医生何晓辉，在员工座谈会上说起急症室超负荷时，更当众洒泪，“我们的同事，这个月，挨得很辛苦……”中文大学医院的行政总裁、曾任医院管理局新界东联网总监多年的冯康，早前便在报章撰文，承认医疗系统已经“沦陷”，并呼吁反思医疗制度，以及疫情的应变政策。

第五波疫情揭示的，除了公立医院的承载力，还有私营医疗系统，在应对疫情时扮演的角色；以及香港市民依靠公立医院急症室，才能接触到医疗服务的状况。一波疫情，把医疗系统的根本问题，借着逾8000名死者，尽数呈现在港人眼前。

## 公营医护连年流失，医管局成众矢之的

小潮（化名）3月初陪同抱恙七旬父亲求医，当时正值疫情高峰，她起初先与父亲前往私家医院，遍寻数间医院都被告知没有床位，只好转赴公立医院急症室求医。她回忆当时的公立医院急症室，仍犹有余悸，“不断有救护车进来，每个车上推出来的人（脸）都白了”。她的父亲见过医生后，获告知要轮候3至5日才能上隔离病房，被安排在急症室观察区等候上病房。

小潮看见观察区内有人直往地板上呕吐，有坐轮椅的婆婆高呼要去洗手间，医护则进进出出忙过不停，谁都没空闲多看他们一眼。床与床之间甚至容不下一个人站立，她和哥哥唯有站在房间一个角落，远远留意着父亲状况。

小潮说，观察区内间中有人鼓噪，护士说，不要催促，催促也没有用。“大家都不知道要等多久，也不知道在等什么，但就是要等。”后来父亲被验出染疫，入住隔离病房后，小潮近乎与他失去联络，“是完全不知道爸爸在病房的情况。”后来再收到父亲的消息，已是被告知病情转差，要通过视讯见最后一面。

由不适、求医、发病到离世，前后不过短短两天。小潮除了奔波以外，更多的是无力无助，“自己也会觉得很矛盾，一方面知道医护真的很忙碌，但同时间，作为病人家属真的会很无助。”小潮甚至说，考虑到自己的家人和孩子，会认真思考离开香港——因为对医疗系统已失去信心。



2022年2月16日，明爱医院在急症室旁边的露天空地设立隔离区，不少长者病人卧在病床上等待覆检，医护人员需要在露天环境照料患者。摄：林振东/端传媒

根据美国护士联合会（National Nurses United）建议，内科病房的护士对病人比率（Nurse-to-patient ratio）为1：4，不少欧美先进国家则尽量保持1：5或是1：6；而香港的护士人手比例，则远远未能与国际水平接轨。在公立医院工作10年的Jason说，第五波疫情的高峰期间，他工作的病房，可以有接近40个病人，但只有3个护士。“最差的日子，可能只有3个姑娘（护士），加一个姐姐（病人服务助理），整个更份（班表），只有4个人上班……5时半喂食，到8时还未喂完。”

“每一天上班都不知怎样好，上班期间也会哭，为甚么会这样？”Jason不讳言，这段时间，是他入职以来最难挨的日子。

香港的公立医院，自1991年开始，全部由医院管理局统一管理。公立医院沦陷，也可以说是医管局沦陷。而医管局人手、病床不足，亦非一朝之事。在每年的冬季流感高峰期，多间公立医院的病床占用率，均长期超过100%——而医学界，甚至医管局都曾经解释，本身病床需要流转，其实八成、甚至七成的使用率，已经等同用尽。

病床承载力以外，专科门诊的轮候时间，亦长期为人诟病。医管局分成7个医院联网，港岛占2个、九龙占3个、新界占2个；据医管局网站所载，截至2021年，以中位数推算，轮候时间最长的是九龙中医院联网的眼科门诊，轮候期为133星期，即逾2.5年。除儿科的轮候时间较短，各联网大部分的专科门诊，轮候时间中位数都超过50星期，接近1年。

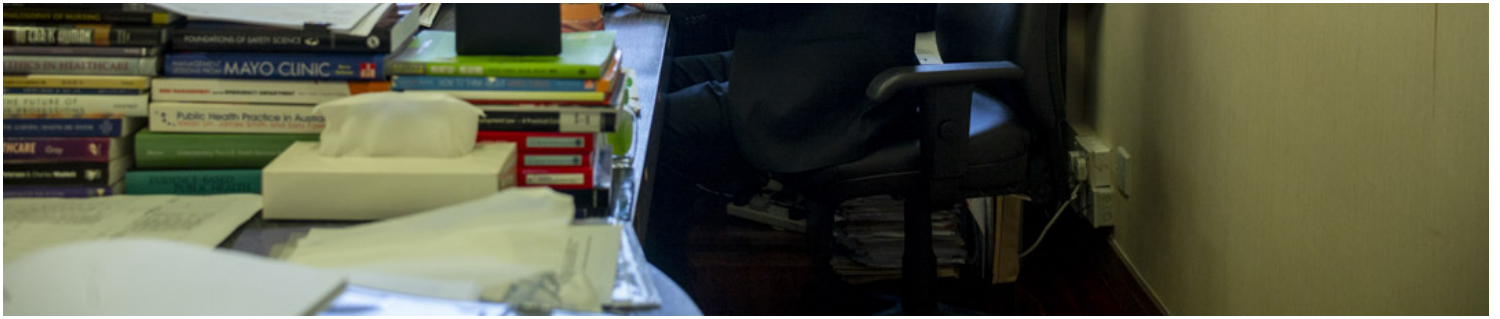
香港社会长年以来对医管局批评声不绝。2013年，时任立法会医学界议员梁家骝曾提出“解散医院管理局”的议案，当时梁家骝指，轮候时间长和人手不足，并非因为总体资源不足，而是医管局内部资源分配不均，架构臃肿。他又指责医管局的联网制度，令不同联网、医院为抢夺拨款，宁愿做得更“差”，以解释自己需要更多资源。

时任食物及卫生局局长高永文在总结发言时，则重申医管局的确令香港医疗质素大幅提升，但同时补充，指依靠香港的低税率，政府的投入难以长远维持公立医院体系。

虽然批评议案最后被大比数否决，但其实梁家骝在其议案措辞上，已申明“特意选用解散为题”，是“想看看各位同事（立法会议员）有没有一些好的计谋或策略，可以纠正医管局的结构缺憾。”而观乎一众议员的发言，虽然大部分均反对解散医管局，但同时亦对医管局的运作提出各种批评，亦反映了社会上对公营医疗系统的部分不满声音。

自梁家骝提出议案后，已过9年。而轮候时间、人手流失等问题仍深深困扰医管局。近年公营医院的人手流失情况愈见严重，不少医护意兴阑珊，转投私营市场。医管局大会于去年12月16日，通过要把挽留人手视为最重要的方针之一。其中一项措施，是向员工提供低息置业贷款。当时医管局主席范鸿龄便提到，医生及护士的流失率，分别为6.2%及7.7%，较数个月前的数字再急升。公共医疗医生协会会长凌霄志当时受访，指令医护灰心的是工作量及工作环境，若不解决这些“核心问题”，估计措施成效不大。





仁安医院急症科顾问医生何健基。摄：林振东/端传媒

私营医院仁安医院的急症科顾问医生何健基，便曾于伊利沙伯医院工作10年。他提到在公立医院工作的医护，不少都挨至“五劳七伤”，这也是他离开的主因，“我当时都开始胃部有点不适。”

在公立医院已工作10年的护士Jason也说，他同期的朋友，不是移了民，便是转投私营。又以Covid-19疫情期间加开病房为例，他指高层毫不理解前线运作，疫情高峰期间，传媒报导医院的露天范围也放满病床，Jason说，高层随即要求把所有病床都收回医院内，“不是一句（收入医院）便可以……你的配套呢？你的人手呢？”、“每说到人手，院长就说‘没办法了，没办法了，尽做（尽量做）吧，尽做吧。’甚么叫尽做？”

更令Jason不满的，是面对人手不足，部分管理层只是不停要求员工“卖假（期）”——简单而言，在医管局“特别酬金计划”下，员工于例假或年假工作的时薪会比平常为高；透过提供较高的“卖假”薪金，要求员工放弃休假持续上班。但Jason再三强调“同事不是铁打的”，也需要休息，钱并非万能。他不忿有些管理层会对不愿意“卖假”的同事冷言冷语，“有些上司会说一些很难听的说话：你现在放大假（放年假）也没事做，为甚么不肯卖？”

“在一个医疗机构内，我们说护理，说同理心，为甚么你可以对自己同事，如此欠缺同理心？我们其实，经常都不是做‘一更’（编按：香港公立医院的护士，每一更的工作时间约为8小时45分钟），我自己很多时也会超时，下一更人手不足，就加钟……我也要休息，我不是铁打的”、“当我的同事可以放假，放大假，为甚么可以说这些，如此没人性的说话？”

Jason重申，自己销假回医院帮忙“不是为了这个机构”，“如果不是为了我的同事，我才不会理会你”、“我在你的机构工作，都不知道在做甚么，都不是能够帮助别人的。经常说保持初心，我现在进来（上班），找不到初心是甚么。”

前港岛东联网总监陆志聪说，同意人手和配套问题必须解决，“同事做不做到一个医护人员内心想做的事情？可能是好好解释病情给病人，或有时间去断症。”但他也承认，硬件如新医院等，已在兴建，不过人手问题，即便此时决定到新的政策，仍须好一段时间才能看到成果。

第五波疫情期间，网上出现不少医护人员的哭诉，Jason说，预计在挨过疫情后，离职的同事只会更多，“新人又未必上手，到时入院的病人，是会越来越危险。这件事是foreseeable（可预视）。”



前港岛东联网总监、退休后任私营医疗中心行政总裁的陆志聪医生。摄：林振东/端传媒

## 医管局成立曾创“神话”，大步前进反酿“泡沫”？

统领43间公立医院、员工人数超过8.8万人的医院管理局，在疫情摧残下，被批评至一无是处。然而，在医管局成立之初，曾创造了改革公营医疗的神话，甚至奠下了现时普遍香港市民对“医疗服务”的认知。

“（医管局）内部会说，我们是victim of our own success（自己成功下的受害者）”。退休后任私营医疗中心行政总裁的陆志聪，自2010年起担任港岛西联网行政总监，至2017年转任港岛东联网行政总监，2021年退休后，旋即于翌年转投私营市场。医管局于1990年筹备成立时，他由妇产科临床医生转为行政工作。当时医管局即将接收全港所有公立医院，他负责交接，“看看新团队要甚么，向他们解释。”

他解释，当时的“公立医院”，是指“政府医院”和“补助医院”。政府医院由政府全资出资；补助医院则由慈善机构如东华三院等作为董事局出资及运作，政府则提供资助，像东华三院等出资及运作。

他回忆说，80年代政府医院和补助医院的质素不一，病人多数选择资源较充足的政府医院，“一般市民觉得补助医院，设备、人才都差一些。”当时陆志聪在政府的伊利沙伯医院工作，医院使用率达130、140%， “洗手间也放了病床”、“后备发电机也没有”。与此同时，补助医院如广华医院，使用率不过六、七成。

有见及此，港英政府认为需要改革，委托顾问公司研究，并于1985年发表《史葛报告书》，建议成立一个全新的医疗管理机构，独立于公务员体系外，统合政府医院及补助医院，改善整体医疗质素。“当时顾问报告，觉得（医院）好大问题是欠管理。”医管局因此于1990年诞生，并于1991年，接收全港的政府医院和补助医院。

医管局成立后，获政府大幅增拨资源。以病床和医生人手为例，由1992年到1997年期间，便分别增加了18%和39%。资源增加，医疗质素自然相应提升。当时医管局实现的其中一个“神话”，便是令本身公立医院的“帆布床现象”（因床位不足，要加开帆布床）绝迹。

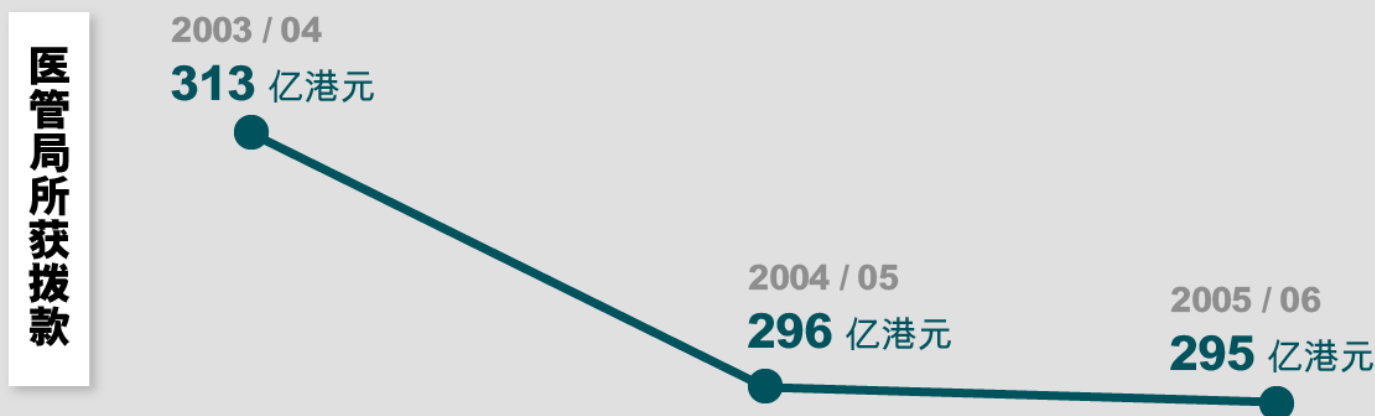
## 医管局成立初期病床及人手状况



当时公营医疗的大步改善，甚至冲击了私营医疗。“私家医生说自己是‘朝三暮四’，一天只看数个病人……私家医院又说被医管局抢了‘生意’。”到今日回首过去，陆志聪仍认为医管局的改革是美谈，但不停上涨的开支和市民的期望，亦同时令香港公营医疗变成一个“泡沫”，“只是何时爆破。”

转捩点可以追溯至1997年的亚洲金融风暴。经济不景，政府多个部门开始紧缩开支，连带医管局的拨款亦愈见紧拙。医管局更曾于2002年，推出“自愿离职计划”，让医护人员可以提早退休，以减少人手，只是计划因2003年“沙士”疫情而搁置。到2003／04年度至2005／06年度，政府两度缩减医管局拨款，病床数目亦因此减少。

## 财政紧缩时期，政府减少医疗资源



求诊人次只轻微减少，但拨款一个年度减少5.4%

	病床数目 (张)	急症室求诊人次 (万人次)	专科门诊到诊人次 (临床) (万人次)
2003 / 04	28410	207.38	586.39
	-2.3%	-1.2%	-1%
2004 / 05	27765	204.91	580.50



资料来源：《香港统计年刊》



端传媒  
Initium Media

但陆志聪认为，即使没有金融风暴等经济因素，公营医疗神话也难以永远维持。当年的《史葛报告书》，除了建议成立统合医疗机构，亦提到应把住院费和医疗成本挂钩。及后1993年的《彩虹报告书》等探讨医疗改革的文件，都曾提出，要从其他渠道增加公营医疗的资金，例如增加病人收费。

政府于1993年、1999年、2008年、2014年，都提出过医疗改革建议，但增加病人收费的提议，都因反对声音太强而无法推展。

陆志聪提到，至今公营病人所付的费用，只能覆盖约百分之三的开支。他续指，当政府为医管局定下的任务，是向全港市民提供高质素的医疗服务，此前提下，医疗开支必定会不停上升，当政府无法再一力承担，泡沫终会爆破。

资源不足以如以往般充裕，但大部分香港市民，已基本习惯了使用公立医院，例如在医管局缩减病床的两个财政年度，虽然病床等配套有所减少，但病人的人次仍继续上升，此竭彼盈下，负担自然加重。从每年的流感高峰期，已可见当医管局需负责大部分的病人，面对传播力广泛的疾病，医疗系统必然难以“转身”应对。但流感高峰期毕竟时间不长，影响也没有Covid-19疫情那么大，于是医管局每年“熬过去”。而第一至第四波的疫情，其感染规模，亦不至于对医疗系统造成极大的负担。

但去到第五波疫情，Omicron的传播力之强，加上院舍失守，大量长者染疫，这个公营泡沫刹那爆破，半点不剩。





2022年3月7日，伊莉沙伯医院急症室挤满轮候的病人。摄：林振东/端传媒

## 公私营双轨失衡 公立医院孤立无援

香港的医疗系统中，一直同时存在公营及私营医疗。而把“公私营双轨制”正式写入政策文件，确立为长远政策的，可追溯到2013年，梁振英政府上任后的首份施政报告。

时任食物及卫生局局长高永文，曾在记者会上明言，“特区政府今后的政策，是如何确保香港公私营双轨并行的医疗制度能够持续、平衡及健康发展”、“会持守对公营医疗系统提供资源的承担”，同时“也需协助私家医院和私营医疗体系的发展”，并会透过推出“自愿医保”，让市民能透过保险使用私营医疗服务。

公私营双轨的核心想法，是由公营医疗保障市民必定得到需要的医疗服务，私营医疗则提供更舒适优质的服务，以及较短的等候时间，让市民自行依财政能力选择。

但发展至今，公私营是否真的能双轨并行？根据政府统计数字，香港2020年共有15298名注册医生，当中卫生署及医院管理局合共有7138名医生，即少于总数一半。与此同时，公营医疗系统却承担了近九成的医疗服务需要。即使在2020年，因应疫情医管局减少了非紧急服务，其普通科门诊及专科门诊，仍有分别超过540万及710万的使用人次。

前文亦提到，在医管局成立之初的改革下，不少私家医生，和私家医院都受到压力，对医管局抱有的是更多敌意，而非合作的态度。1991年，私家医院的市场占有率约为15%，到1998年已大幅下跌至7%。属私院的仁安医院急症科顾问医生何健基说，当时私家医院和私人诊所，甚至有危机意识“觉得自己会倒闭”。

经营压力下，私家医院有好一段时间，把服务重心放在分娩，或身体检查等方向上。私家医院在1988年，

人约提供2195张病床，至2004年则为2194张，10年间几处反有增长。往2005年沙工后，医管局针对传染病制订多项措施，例如准备隔离病房，储存个人防护装备等，但私营业界亦不见有大动作的跟进。



2022年3月12日，香港港安医院外设置临时帐篷，以应对疫情，医院表示若有已入院病人检测阳性，会继续尽力让病人留院内接受医治。摄：林振东/端传媒

在第五波疫情爆发期间，有包括中国国家领导人在内人士，批评私家医院不愿接收确诊病人。最后一众私院中，只有香港中文大学医院提供24张隔离病床，其他私家医院则提出，可以帮助分流公立医院的非Covid-19病人。

公院护士Jason被问到私院协助分流非Covid-19病人的情况时，骂个不停，“他们只选一些能行能跑的，我们便愤怒了，能行能跑的，已经回家了，还用给你吗？”Jason说，不接受私家医院以配套不足为理由，拒绝接收新冠病人，“配套不行，你便安装。为甚么医管局可以改装（病房），你们不可以？其实你们老实说，能帮到甚么？”

仁安医院急症科顾问医生何健基解释，疫情爆发期间，有近三至四成的医护人员，都因确诊，或成为密切接触者而隔离，“即使是私家医院，原本自己的服务，也未必维持到.....所以也很难特别提出，有甚么方法，再特别去帮助公营系统。”

有不愿具名的私家医院医生则大吐苦水，觉得是“食死猫”，“私家医院原本的间隔设计，就不是应对传染病的。”该医生认为，假若政府早已说明，需要私家医院参与，或者各医院都仍能早作准备，“有多少病房要改装，通道怎样改道……要全部都准备好，才能应对得好。”该医生续指，政府在疫情爆发初期，没有找上私家医院，后来已过了时机，但却把责任放在私家医院身上，是不公平的做法。

曾任医管局新界东联网总监多年、现任中大医院行政总裁冯康亦同意，并非每间私家医院的规格都能接收传染病人，他说中大医院之所以能安排24张隔离病床，是因为医院在2016年左右开始兴建，设计上较新，而2021年投入服务时，正好在疫情期间，因此当时已有相关考虑和准备。但他亦提到，相对于医管局的1400张隔离病床，他们的病床数目只是杯水车薪。



曾任医管局新界东联网总监多年、现任中大医院行政总裁冯康。摄：林振东/端传媒

但冯康认为，毋须所有医院都成为疫症医院，反而公私营之间可分工，例如私院可接收非Covid-19病人，特别是慢性病患者一类，因公院集中应付疫情而被取消或延后了服务的病人。

相对于医院设施，冯康更关心是整体政策有否调配到公私营两者，“有没有更主动地，把私家医院放进蓝图内？比如说，两年的疫情，很多慢性病患者、甚至中风后康复的，各类非Covid-19病人，都因为医管局要

紧急应对疫情，某程度上忽略了……去到第五波疫情，连癌症病人也受影响。”

疫情的应对，反映了公私营双轨之间的不契合。冯康认为，“公私营双轨”的重心，是要两者之间有所沟通，像Covid-19疫情这些突发的大事故下，便突显了沟通上的不足，“你不可以期望平时没有做好沟通，建立起伙伴关系和信任……突然间，霎时间就调动，不可以的。”

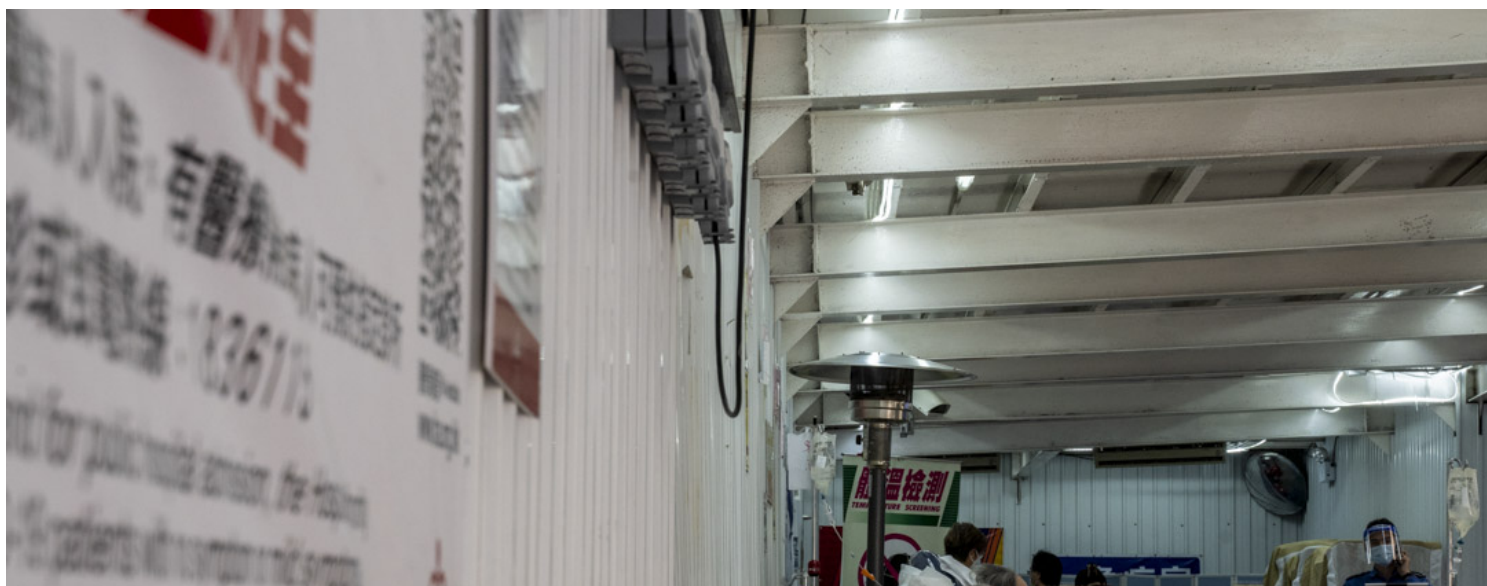
## 重新思考双轨制的理念

政府和医管局，其实也有提出一些计划，尝试调节公私营系统。例如自2008年开始的“公私营协作计划”，由最初的眼科开始，一直发展至普通科和骨科等，让医管局的病人透过资助，使用私家医生的服务。但冯康认为，这些计划始终没有真正令公私营间有沟通、分工和合作，“不过是作为一个采购形式……利用私营的能力，帮忙清理排队很久的病人。”

他亦认为，医管局对这类型的合作始终仍有顾虑，“他会觉得，如果我做得多了，就会令私营市场更具吸引力，吸走很多医生，令医生更流向私营市场……公院医生也有很多顾虑，例如手术送了出去（编按：若手术病人透过公私营协作，转由私营医疗负责），医生要做专科培训时怎算？”

他续指，政府为公营医疗提供资助，然后不想等候的市民自行使用私营医疗，这个想法“基本上有一个楚河汉界在中间，即是两种服务，是河水不会犯到井水，那这样是不是一个好的制度呢，在这个时间便值得反思。”

公私营协作计划的英文名称为Public-Private-Partnership（简称PPP），冯康说，中译的“协作”，无法完全表达原意，“不是做好一两个计划，是要大家建立信任，分担风险……牵涉计划之外，整个人事怎样处理，和整体配套政策。要长远发展PPP，不可以当成一、两个计划去看。”





2022年3月14日，联合医院急症室外的病床区。摄：林振东/端传媒

陆志聪则说到，假如要好好运作公私营双轨，“两条轨要有东西连接起来才可以”，而这个角色，理应是政府。香港于2018年通过并刊宪《私营医疗机构条例》，列明甚么业务属于私营医疗服务，并就收费的透明度和医疗安全等，列出指引及要求。但陆志聪认为，政府在政策层面上，仍没有订立清楚，期望私营医疗市场在整个医疗系统内的分工和角色，“政府是不干预，有规管但停在表面层次。”

他提出，私家医院的地契多是政府以象征式的价钱租出，“差不多是免费，所以应该对私家医院有一些要求……是不是在政策上，要符合政府的要求？”陆志聪坦言，自己现在去营运私营医疗机构时，也必须要考虑成本，“私营医疗不是做慈善”，因此如传染病，精神病之类，私家医院没动机去承担，因此应由政府主导，例如把接收传染病病人列作发牌条件，然后让私家医院自行去计算收支、应否营运。

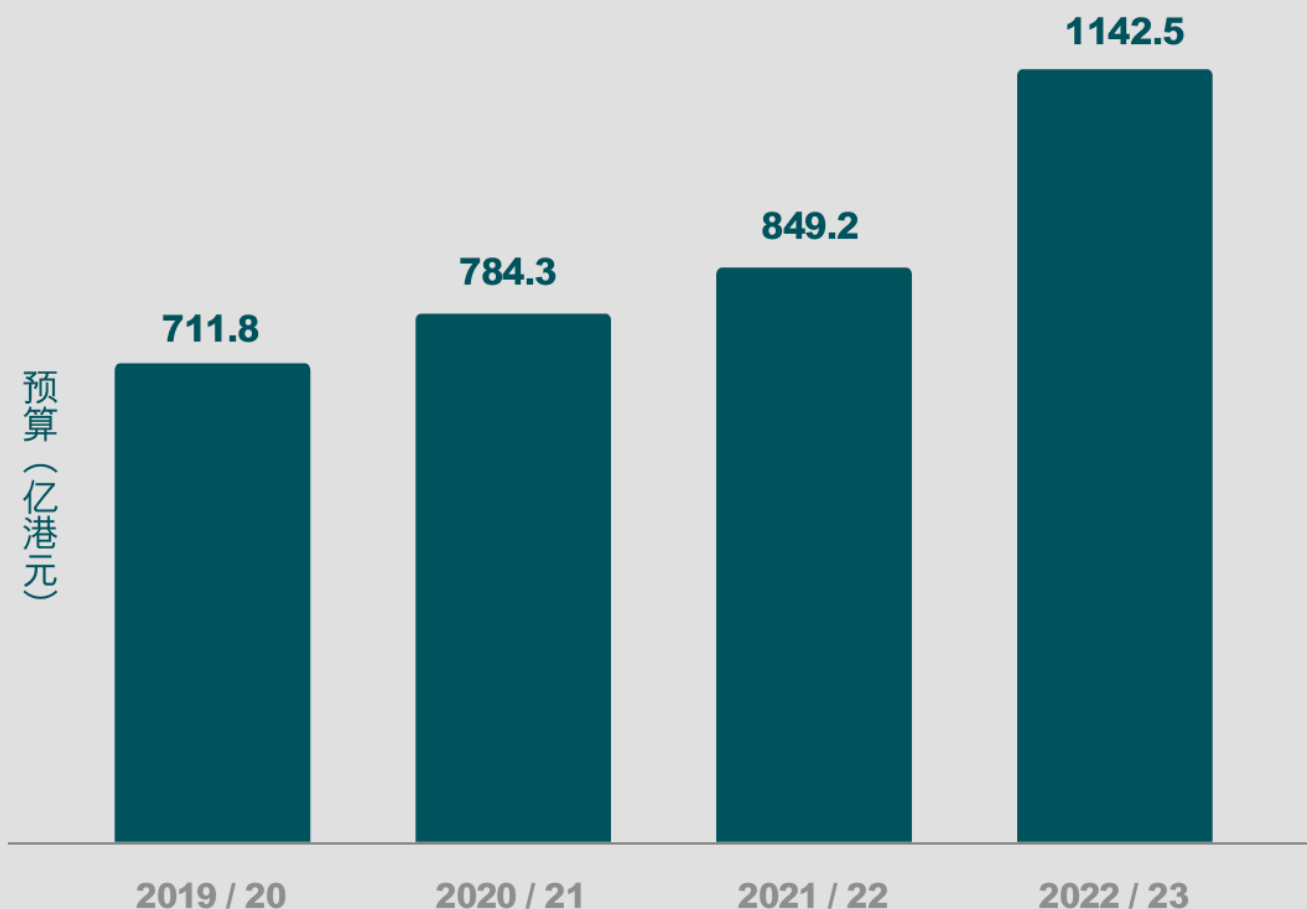
在2013年明确确立“公私营双轨”的前食物及卫生局局长高永文，在2019年于“公共卫生研究社”所著的《你个医疗系统坏咗呀！》一书中受访时，表示当时决定奉行这套制度的原因，是认为香港市民“都期待去进一步改善服务水平，但就不要强制我付款”，在政府难以再增拨医疗开支下，唯有依赖公私营双轨制，去纾缓公营医疗的压力，“有买保险的、有钱的就可以选择到私营市场，可以快一点看到医生。”

政府提倡的“自愿医疗保险计划”，于2019年4月正式推出。根据食物及卫生局于2021年7月的报告，截至2021年3月31日，即计划推出后两年，参与人数约为79.1万人，较原先预计的100万人为少。政府解释，人数不如预期是由于社会事件和疫情。冯康则表示，现时的自愿医保，只是一项单一政策，又认为政府始终没有说明，医疗保险在整体医疗制度中，扮演一个甚么角色，“帮助不到（公私营）平衡。”

## 医疗改革倡议多年，缺乏公众支持难推行

翻查资料，于1989／90年度，香港政府投放在医疗上的开支，约占本地生产总值的3.6%，到2019／20年度，则上升至约6.8%。政府预留给2022／23年度的医疗卫生开支，已达到1142亿，是首次突破1000亿。

# 香港政府近年医疗相关开支预算



资料来源：香港财政预算案

香港中文大学公共卫生学博士后研究员，公共卫生研究社召集人陈盈指，虽然在高永文年代，政府正式为“双轨制”正名，但回看立法原意，“可能并非一个执意为之的政策”。她认为，双轨制被正式地推出台前，“可能是经历医管局成立后，住院费用急跌，和2003年后公院医生集体出逃私营市场的结果”。

她认为，若当初政府的医疗融资改革成功，例如设立全民制的联合保健／储蓄户口，医疗服务或可一条龙由单一医疗服务提供者负责，费用则由户口处理，而不是明确地分开公、私营。因此公私营双轨制，亦可说是由于无法处理医疗融资，而留下的一个折衷的补救方法，而非一项详细规划的政策。

陈盈表示，政府1993年提出的《彩虹报告书》，已就医疗融资及公立医院的财政压力向公众咨询。她解释，1990年政府提交“人人健康展望将来”报告书，检视公营医疗收费，之后在《彩虹报告书》中提出5项改革的选择，包括根据实际营运成本的一个百分率厘定，提高公立医院收费；在公立医院内设立一些较昂贵的半私家病房，以及收取其他费用；通过政府注册，鼓励私营医疗保险公司设立合适的保险计划，为全民设立强制性医疗保险；以及为公立医院订立一张“核心”及“非核心”治疗清单，即若病人选择“非核心”治疗时，须付全费。

时至今日，5项改革的选择，部分政府有尝试落实，例如推出自愿医保、于公院内设私家病房等。但陈盈表示，现时的自愿医保与当时建议的“私营医疗保险注册”不同，自愿医保只是“私营医疗保险登记”，而公院内的半私家病房虽然颇受病人欢迎，但由于私营医院反对，计划始终停留在试行阶段。至于其他建议，陈盈指出都因为“公众、与大部分持分者不接受而无法推行”。

陆志聪认为，社会上要先辩论医疗融资的问题，才能再去调整医疗制度。“是不是想全部由政府覆盖，即是好像英国NHS（National Health Services，国民保健署）一样，然后私营医疗只提供予一小撮负担得起的人？如果是这样，便放大公立医院，一直投放资源。”他笑说，最理想的情况，自然是经济好，政府可以一直增拨开支。但这个愿景，依近年的经济状况，明显不能达成。

他说，现时政府投放在医疗上的开支已经不算少，“市民要有个看法，到底希望政府每花100元，当中有多少投放在医疗上。”