香港在職貧窮使用醫療服務調查

調查報告

2017 年 9 月

主辦機構: 醫護行者 Health In Action 醫護行者 (劉愷寧，程德君，范寧，葉子楓)

學術顧問： 香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院 (楊貝珊)

支持機構： 關注綜援低收入聯盟 (李國權，李大成)

鳴謝

樂施會 Oxfam Hong Kong

蔡文傑，潘文瀚

關注綜援低收入聯盟

爭取低收入家庭保障聯席

葵涌劏房住客大聯盟

街坊工友服務處

觀塘循道衛理社會服務處

民社服務中心

醫護行者義工

陳容煒，Mr. Wan Yuk Fai Eric，Mr. Chiu Tsz On Leon，Ms. Ho Siu Luen Sally, Mr. Ivan Chung，何寶珊

街坊工友和義工

曹競丹，周蓮香，鄧玉蘭，胡小英，陳映荷，鄭遠坪，李蘭珠，馮婉平，沈會芹，鄒滿娣，蔡海玲，葉愛珊，殷肖娥，袁曼媛，鍾少玲，陳淑君，畢元淑，梁寶嬈，呂愛華，呂红玲，黃鳳娥，符艷，鄧愛霞

學生助手

洪菲雅，雷欣慧，許炯霖，鄧倩潔，黃俊豪，鄧樂瑤，張美怡，湯雪敏，劉卓賢，梁浩輝，趙必和，何天忻，吳蒨婷，陳劭勤，余盛煬，彭詩路，何珈其，梁雪琪

項目負責人(領導各街坊工友、義工和學生助手)

葉子楓

目錄

	頁
一、引言	4
二、調查方法	5
三、受訪者背景資料	8
四、主要研究結果及建議	12
五、結語	18
附表	19
工作照片(街頭訪問)	20
剪報	22
參考	23

一、引言

1.1. 背景

1.1.1. 樂施會曾發表《香港在職貧窮報告（2010 至 2014 年）》[1]，報告指出在 2010 年至 2014 年間，在職貧窮戶的數目躍升了 10%，截止 2014 年，本港共有 189,500 個在職貧窮戶。超過半數住戶的每月入息低於相同家庭人數綜援受助住戶的每月平均補助額。以上反映本港在職貧窮戶錄得大幅增長，而經濟資源亦大多處於非常匱乏的狀態。

1.1.2. 本地曾有學者就有關社會經濟地位對健康狀況的影響進行研究調查。香港大學的調查研究發現，家庭收入愈低，其健康程度均隨之遞減[2]。香港城市大學亦有調查指出本港有36%家庭無法負擔 8500 元的突發開支，如涉及牙科手術的開支[3]。本項計劃的研究團隊曾於 2015 年進行有關基層市民求診及使用醫療服務的研究調查，發現 60%受訪在職貧窮人士的僱主沒有提供醫療保障或保險，只有五份之一受訪者表示當有需要尋求醫生意見時會到政府普通科門診求診，和只有三份之一受訪者表示在過去三個月曾花費 300 元或以上讓子女到私營診所求診。

1.1.3. 社會經濟地位與個人的健康狀況以及尋求醫療服務的情況關係密切。隨著在職貧窮人口不斷增長，這些人士使用醫療服務的權利成為一個重要議題。然而，本港過去的研究亦一直集中研究整體人口，故此醫護行者聯同關注綜援低收入聯盟和香港中文大學進行了這項在職貧窮人士使用醫療服務情況的調查。

1.2. 調查目標

1.2.1. 本項調查目的是探索影響香港在職貧窮人士尋求醫療服務的因素。具體的調查目標如下：

(i) 了解在職貧窮人士使用公私營醫療服務的情況；

(ii) 探索阻礙和促進在職貧窮人士使用醫療服務的因素；

(iii) 提出改善在職貧窮人士使用醫療服務的建議。

二、調查方法

2.1. 數據收集方法

本項調查結合質性及量性研究。研究團隊透過進行焦點小組訪談收集質性數據，以及透過問卷調查收集量性數據。研究團隊亦有聯絡不同民間團體以協助推行本項調查。

2.1.1. 焦點小組訪談：曾舉行兩輪焦點小組訪談以收集有關醫療服務的質性意見。第一輪焦點小組訪談於 2016 年 6 月進行，以初步了解在職貧窮人士使用醫療服務的情況，以助設計問卷。完成問卷調查階段後，第二輪焦點小組訪談於 2017 年 7 月進行，以進一步探討問卷所得的結果。

2.1.2. 問卷調查：於 2017 年 1 月至 6 月以隨機街頭訪問形式進行，以收集有關醫療服務的量性意見。為了更有效接觸在職貧窮人士，研究團隊參考了扶貧委員會的數據[4]，選取了以下 5 區為主要調查地區，包括深水埗區、葵青區、油尖旺區、屯門區和北區。進行調查的地點主要以區內較多基層市民聚集的地方，屬便利抽樣。

2.1.3. 總共進行 41 次街頭訪問和另外 19 次與非政府組織合作的問卷收集。共有 43 名在職貧窮或低收入街坊和 26 名大學生助理參與，共 197 人次。總調查問卷訪問時間為 212.5 小時。

2.2. 焦點小組訪談設計

2.2.1 採用「使用醫療服務（Accessibility）」的學術研究框架[5]，圍繞以下五個層面的討論：

(i) 可接近程度（Approachability）：基層市民是否對公營醫療架構和對不同服務有足夠的資訊或認識，如提供公立夜診診所或星期日及公眾假期開放的公立診所。

(ii) 可接受程度（Acceptability）：基層市民是否滿意公營服務，如普通科門診電話預約系統。

(iii) 可使用程度（Availability）：基層市民能否受惠於公營服務，如門診時間是否充足，地點是否方便前往等。

(iv) 可負擔程度（Affordability）：基層市民能否負擔醫療服務的費用，如不同醫療服務所衍生的直接開支及間接成本。

(v) 合適程度（Appropriateness）：基層市民能否得到合適及妥善的醫療服務，如不同服務的輪候時間，會診時間是否適中，不同專業的協調是否足夠等。

2.2.2. 進行問卷調查前後的兩輪焦點小組訪談均同樣採納上述的學術研究框架，唯用途則有所不同。在進行問卷調查前，獲邀出席焦點小組訪談主要是不同社會特徵的在職貧窮人士及其家屬，研究團隊透過出席者自身的經驗初步了解在職貧窮人士的健康情況和尋求醫療服務上的困難，以設計一份能夠適切反映實況的問卷。在進行問卷調查後，獲邀出席焦點小組訪談主要是參與度較高的問卷調查員，研究團隊透過了解出席者進行問卷調查時的經驗及觀察，確認設計問卷時的假設是否成立，分析問卷結果所顯示的現象其背後關聯，以及不同因素的相互影響。

2.3. 問卷調查設計

2.3.1. 研究團隊招募問卷調查員後，提供了兩次長達三小時的培訓，才安排問卷調查員到街頭進行訪問，亦進行了先導計劃（pilot），收集初步數據以改善問卷設計、物流及行政安排。

2.3.2. 研究團隊根據焦點小組訪談以及先導計劃結果設計問卷，收集受訪者的背景資料、健康背景、尋求醫療服務的情況、妨礙及促進尋求醫療服務的因素、和錯失或延誤使用醫療服務的經驗。問卷亦加入前置問題，以篩除不合適的受訪者。問卷設計以口語化及簡單用字及設計為主，以方便訪問員提問及理解問卷內容。

2.3.3. 本項調查的對象是在職貧窮人士，但基於調查是以隨機街頭訪問進行，因此問卷設立前置問題，以確保受訪者符合資格。由於香港政府採用「相對貧窮」的概念訂立貧窮線，因此貧窮線會按季度而有所調整，加入考慮執行上的困難，故前置問題只問及(i)受訪者是否有工作以及(ii)受訪者的家庭有沒有申領綜援，而沒有在前置問題中直接問及是否符合「在職貧窮」人士身分。受訪者必須有工作，而且家庭沒有申領綜援，才會被確認合資格的受訪者。

2.3.4. 調查收集了受訪者的背景資料以作多導向分析，包括住戶結構（如家庭成員數目、居住地區等）以及工作狀況（如工時、工種等）。調查亦須收集受訪者的經濟狀況，從而判定受訪者是否在職貧窮人士。

2.3.5. 調查收集了受訪者的健康背景資料，以了解受訪者的自我健康評估、健康知識、長期病患等，以了解受訪者的健康狀況。

2.3.6. 調查收集了受訪者尋求醫療服務的情況，包括受訪者曾使用的服務及其優次排序、醫療開支、服務可用性及可達性，藉此了解受訪者使用醫療服務的習慣以及有關的考慮因素。

2.3.7. 調查收集了妨礙及促進受訪者尋求醫療服務的因素，以及錯失或延誤使用醫療服務的經驗。妨礙因素主要分為工作類別和服務類別（包括政府普通科門診、急症室和私家診所）。促進因素主要分為福利類別、工作類別，以及服務類別，從而具體了解受訪者求診時面對的困難、衍生的影響以及相應可推行的改善措施。

2.4. 訪問結果及數據處理方法

2.4.1. 本項研究調查於 2016 年 6 月開始，2017 年 7 月完結，共收回 1500 份有效問卷。在職貧窮人士總數為 951 名（63%），而非在職貧窮人士的總數是 549 名（37%）。在職貧窮人士當中，有 353 名（37%）受訪者是全職工作，598 名（63%）受訪者是兼職工作。本項調查的分析結果以 951 名在職貧窮人士的情況及意見為主軸。

2.4.2. 在職貧窮人士定義：採用低收入家庭津貼計劃（低津）的申請門檻為基準[6]，即家庭月入低於全港家庭（對應人數）中位數的 60%。由於一人家庭不能申請低津，故此調查參考政府於同一季度（2017 年第 2 季）一人家庭月入中位數的統計[7]。調查按照受訪者家庭月入及家庭人數辨別該受訪者是否屬於在職貧窮人士。全職工作人士定義：一星期工作 30 小時或以上。

2.4.3. 由於分析時採用四捨五入計算方法，部分百分率相加未必等於 100%。而部分問題則可選擇多於一個答案，因此各百分率相加有機會超過 100%。此外，部分問卷有個別問題遺漏答案，因此每條問題的樣本數字或有差異。

三、受訪者背景資料

3.1. 背景資料

3.1.1. 性別及年齡：

受訪者以女性為主，80%的受訪者為女性，女性比例在兼職人士中更為明顯。受訪者的年齡主要介乎 35-64 歲之間，佔總數 77%。16%受訪者的年齡介乎 15-34 歲。其餘 7%的受訪者則為 65 歲或以上。觀察年齡分佈，普遍全職人士比兼職人士年長。

性別 / 年齡	全職在職貧窮人士(n=353)	兼職在職貧窮人士(n=598)
男 / 女	134 (38.0%) / 219 (62.0%)	56 (9.4%) / 542 (90.6%)
15-24	19 (5.4%)	38 (6.4%)
25-34	38 (10.8%)	61 (10.2%)
35-44	78 (22.1%)	225 (37.6%)
45-54	102 (28.9%)	119 (19.9%)
55-64	96 (27.2%)	109 (18.2%)
65 或以上	19 (5.4%)	45 (7.53%)

3.1.2. 居港年期：

有 66%的受訪者不在香港出生，兼職人士則逾 71%不在香港出生。絕大部份非香港出生人士的居港年期都有 7 年或以上，佔總數 74%。

是否香港出生	全職在職貧窮人士(n=353)	兼職在職貧窮人士(n=598)
是 / 否	155 (43.9%) / 198 (56.1%)	173 (28.9%) / 425 (71.1%)

3.1.3. 教育水平：

大部份受訪者都曾接受教育。有小學或以上教育程度的達 98.4%，有初中或以上程度的 62.3%，有高中或以上程度的 26.5%，而有專上或以上的 11%。全職人士及兼職人士的分布近似。

3.1.4. 婚姻狀況：

絕大部份受訪者都是已婚人士 81%。其次是單身人士 13%。

3.1.5. 家庭人數及構成：

過半(57%)受訪者居住在 3 至 4 人家庭中。其次是 5 人家庭，有 15%。有 10%受訪者居住在 2 人家庭。觀察人數分佈，全職人士的家庭規模相對比兼職人士較大。受訪家庭 35%沒有未成年人士，33%家庭有 1 名未成年人士，26%家庭有 2 名未成年人士。全職人士的家庭未成年人士數目相比兼職的為少。受訪者中 71%沒有長者成員，20%家庭有 1 名長者成員。

3.1.6. 居住地區：

首五個最多受訪在職貧窮人士居住的地區，依比例次序分別為北區(23.6%)、屯門區(20.2%)、深水埗區(15.8%)、葵青區(11.5%)和油尖旺區(10.3%)，分佈與研究團隊訂立的調查地區有關。

3.1.7. 家庭月入：

基於判別受訪者是否貧窮人士的準則亦包含家庭人數，故以下列表只作參考。

家庭月入	**全職在職貧窮人士(n=353)**	**兼職在職貧窮人士(n=598)**
少於$5,000	3 (0.9%)	70 (11.7%)
$5,000-$7,499	16 (4.5%)	43 (7.2%)
$7,500-$9,999	44 (12.5%)	62 (10.4%)
$10,000-$12,499	63 (17.9%)	110 (18.4%)
$12,500-$14,999	47 (13.3%)	99 (16.6%)
$15,000-$17,499	79 (22.4%)	103 (17.2%)
$17,500-$19,999	44 (12.5%)	52 (8.7%)
$20,000-$22,499	55 (15.6%)	57 (9.5%)
$22,500-$24,999	2 (0.6%)	2 (0.3%)

3.2. 工作狀況

3.2.1. 受僱形式：

受訪全職人士有 353 名(37%)，兼職人士有 598 名(63%)。大部份全職人士都沒有兼職，比率為 86%。大部份兼職人士都只有 1 份兼職，比率為 90%。

3.2.2. 工作時數：

有 71%的全職人士每週工作時數是 48 小時或以上，29%的全職人士每週工作時數是 26 至 47 小時。有 64%的兼職人士每週工作時數少於 18 小時。22%的兼職人士每週工作時數是 18 至 25 小時。另外，75%的全職人士不可以自行決定工作時間， 57%的兼職人士則可以自行決定上下班時間，彈性較大。

3.2.3. 工種：

因受訪者的工種繁多，故未能盡列。最多全職在職貧窮人士工作的行業包括清潔工人 229 (24.8%)、零售 / 推銷員 221 (23.2%)、侍應 165 (17.4%)和家務助理 122 (12.8%)。

3.2.4. 勞工保障：

有 43%的全職受訪者表示有「有薪病假」，47%的則無「有薪病假」。絕大部份的兼職人士都無「有薪病假」，佔 95%。對比之下，兼職人士的勞工保障較少。從焦點小組訪談所得，這個情況與部份人士未能符合勞工處所訂立的連續性僱傭合約有關。僱傭條例訂明，當僱員連續受僱於同一僱主四星期或以上，每星期最少工作 18 小時，其僱傭合約便屬連續性合約（俗稱「四一八」）[8]，根據法例僱員應享有「有薪病假」保障。

3.3. 健康狀況

3.3.1. 長期病患情況：

大部份的受訪者都沒有已確診的長期病患，比率為 78%。少部份的受訪在職貧窮人士患有長期病患(213 人)，比率為 22%。最常見的慢性病是高血壓（120, 56.3%），糖尿病（64, 30.0%）和精神問題（28, 13.1%）。在慢性病患者中，有 185 人有長期跟進，多數為公營門診覆診（167, 90.3%）。

3.3.2. 自我評估：

受訪在職貧窮人士的自我健康評估可以轉成具體分數，即「極好」為 5 分，「很好」為 4 分，如此類推。全職人士的自我評估平均分數為 2.57，而兼職人士則為 2.59。總共有 53%的受訪者認為自己的健康狀況是「一般」，認為自己的健康狀況「很好」或「好」的比率為 35%。

四、主要研究結果及建議

4.1. 使用基層醫療服務妨礙因素

4.1.1. 現時，醫院管理局（醫管局）設有日間門診服務，但市民必須使用電話系統預約。問卷有問及受訪者關於妨礙求診（非緊急情況）的因素。在列出的 21 個因素（見附表一）當中，最多受訪在職貧窮人士揀選「政府普通科門診電話預約系統難用」為最妨礙自己尋求醫療服務的因素，有 34%。其次是「急症室等候時間太長」，有 18%。排行第三的是「工時太長」，排行第四的是「私家診所收費負擔重」，分別有 14%及 10%。從焦點小組訪談所得，不少在職貧窮人士明言他們在非緊急情況下使用急症室的原因是因為日間時段難以使用門診服務（尤其是全職人士），因此醫管局今年的收費上調難免加劇在職貧窮人士所面對的醫療匱乏。

妨礙因素	全職在職貧窮人士 (n=353)	兼職在職貧窮人士 (n=598)	總數 (n=951)
政府普通科門診電話預約系統難用#	86 (24.4%)	235 (39.3%)	321 (33.8%)
急症室等候時間太長	73 (20.7%)	99 (16.6%)	172 (18.1%)
工時太長#	67 (19.0%)	63 (10.5%)	130 (13.7%)
私家診所收費負擔重	37 (10.5%)	55 (9.2%)	92 (9.7%)

#全職和兼職在職貧窮人士統計數學上兩組有差別 (z-test, $p<0.05$)

4.1.2. 在焦點小組訪談中，不少受訪者指出除了「電話預約系統難用」外，更關鍵之處在於在繁忙時段，很難成功預約。他們分享自身經驗時，透露自己也不知道甚麼時候才能預約成功，唯有定時定刻提醒自己致電診所熱線電話，亦有受訪者表示根本沒有任何渠道得悉門診剩餘的配額，亦不能選擇時段，只能接受或拒絕電話系統提供的時間，對於在職人士尤其不便。

4.1.3. 此外，縱然醫管局設有 23 間提供夜間普通科門診服務的診所，而提供星期日及公眾假期門診的診所（簡稱「假日診」）有 13 間[9]，但絕大部分受訪者表示並不知道哪裡有夜診及假日診服務提供。

4.1.4. **建議**醫管局適時檢討及改善電話預約系統，如增設輪候時間通知、提供電話派籌、參考專科門診預約安排般推出手機應用程式等，加強基層醫療服務的可使用程度，如增強宣傳夜診及假日診的開放時間及地點、安排各聯網內的普通科門診診所輪流提供夜診服務以改善地域不均的問題，以減少基層人士因偶發性疾病又未能使用合適的渠道求診而要使用急症室服務的機會，長遠減輕急症室負擔。

4.2. 公立醫院及診所費用減免機制

4.2.1. 自 2003 年開始，醫管局設有公立醫院及診所費用減免機制[10]，以惠及有經濟需要的病人，避免病人因經濟困難而得不到合適的醫療服務。但在 951 名在職貧窮受訪者當中，八成受訪者表示不知道有該費用減免機制。在所有在職貧窮受訪者當中只有約一成曾經申請該機制。事實上，醫療費用減免機制的申請詳情只能在網上查閱，當局並沒有印製實體單張，令部分不善科技的在職貧窮人士難以獲得相關資訊。

	全職在職貧窮人士	**兼職在職貧窮人士**	**總數**
醫療費用減免機制 不知道	277 (78.5%) **(n=353)**	489 (81.8%) **(n=598)**	766 (80.5%) **(n=951)**
減免機制申請* 沒有	66 (86.8%) **(n=76)**	92 (84.4%) **(n=109)**	158 (85.4%) **(n=185)**

*不適用於不知道醫療減免機制的受訪者

4.2.2. 在焦點小組訪談中，不少訪問員都指出自己在參與本項研究調查後，才知道有上述機制，更有訪問員表示很多受訪者都有興趣了解上述機制的詳情，但得知需要資產審查而且需要聯絡醫務社工，都不欲進一步查詢。

4.2.3. 除此以外，即使符合資格，基層人士亦會因手續繁複或擔心披露個人資料，而打消申請津貼的念頭。無疑，不同的服務及機制的原意就是要讓更多病患者能夠得到妥善的照顧，但這些支援似乎未能有效惠及有需要的基層市民。誠然，申請津助需要有一定的把關工作，讓真正有需要的人士得到確切的支援，但跟據現時情況，基層人士卻因上述透明度低的機制而卻步。

4.2.4. **建議**醫管局提高不同服務及機制的資訊流通度，設計簡單易明的宣傳品，主動在其管轄範圍張貼及擺放，同時亦與不同的社福機構及民間團體合作，在社區層面發放各服務及機制的宣傳品，加強宣傳力度，改善現時資訊不流通的情況，促進醫社合作。

4.2.5. **建議**為顧及有需要的基層人士能夠獲得適當援助，局方亦可考慮簡化申請醫療費用減免的程序，將公立醫院及診所費用減免機制與低收入家庭津助貫通，容許有需要的基層人士在申請低收入家庭津貼時一併申請公立醫院及診所費用減免機制，以減省過多而繁複的行政程序，鼓勵合資格人士申請。

4.3. 尋找基層醫療服務的方法

4.3.1. 據調查結果顯示，認為自己的健康狀況只是「一般」的在職貧窮受訪者有 53%，認為自己的健康狀況「很好」或「好」的比率有 35%。對比起香港整體居民，自我評估健康狀況為「一般」的居民只有 34.3%，而評估為「很好」或「好」的比率則高達 61.1%[11]，反映在職貧窮人士的健康狀況比一般市民較差。

4.3.2. 當需要尋求醫療協助時（非緊急情況），有接近三成的受訪在職貧窮人士選擇「自行吃藥」作為最常用的處理方法，在九個選項（見附表二）當中，位列第一。

最常用的服務或處理方法	**全職在職貧窮人士 (n=353)**	**兼職在職貧窮人士 (n=598)**	**總數 (n=951)**
自行吃藥	101 (28.6%)	162 (27.1%)	263 (27.7%)
公立診所西醫#	65 (18.4%)	165 (27.6%)	230 (24.2%)
私家診所西醫#	59 (16.7%)	98 (16.4%)	157 (16.5%)
急症室#	55 (15.6%)	89 (14.9%)	144 (15.1%)
藥房藥劑師	31 (8.8%)	40 (6.7%)	71 (7.5%)

#全職和兼職在職貧窮人士統計數學上兩組有差別 (z-test, $p<0.05$)

4.3.3. 從上述數據可見，自行吃藥對受訪在職貧窮人士而言非常普遍。但會尋求藥房藥劑師意見的比率卻不足自行食藥的一半，這個情況亦引伸一個潛在的弊病：在職貧窮人士在購買藥物或服藥的過程中，沒有意識去尋求或參考藥劑師的專業意見，藥劑師亦難以提供藥物教育，或跟進病人服藥的情況，反而可能會適得其反。

4.3.4. **建議**加強社區宣傳，教育大眾分辨設有藥劑師的藥房及沒有藥劑師的藥行，鼓勵大眾有需要時到藥房咨詢藥劑師的意見，而非自行吃藥，從而提升大眾對尋求藥劑師等專業人士意見的意識，長遠地亦可增強社區藥劑師在基層醫療的角色，有助減低市民錯誤服藥的風險。事實上，基層醫療涵蓋不同專業的服務及協作，除了家庭醫生及藥劑師，亦包括護士、營養師、視光師、物理治療師等，以跨專業的團隊提供基層醫療服務。

4.4. 工作因素影響

4.4.1. 參考上文於 3.2.2.所提及的數據，全職在職貧窮人士的工時相當長，當中有七成人士每週工作時數超過 47 小時。此外，有七成半人士表示自己的工作時間並非彈性。同時，亦有接近半數的全職基層受訪者表示自己沒有「有薪病假」。由此可見，全職在職貧窮人士有兩個明顯的特徵：長工時及固定工作時間，而有薪病假也未必能保障大部份基層在職人士。

4.4.2. 從調查結果中，能進一步了解以上的特徵如何影響在職貧窮人士尋求醫療服務。有七成半的全職在職貧窮人士表示工時太長會妨礙他們尋求醫療服務，因為很多不同類型的診所都是以日間服務為主，正正與全職在職貧窮人士的工作時間有所重疊，加上固定的工作時間使全職在職貧窮人士未能享用日間醫療服務。

對尋求醫療服務的影響 (會妨礙 / 肯定會妨礙)	**全職在職貧窮人士 (n=353)**
工時太長	266 (75.4%)
普通科門診的開放時間不足	246 (69.7%)
沒有「有薪病假」或請假有限制	241 (68.3%)
請病假會失去勤工獎	200 (56.7%)
上司或者同事不喜歡受訪者請病假求醫	194 (55.0%)

4.4.3. 承接本文的討論，焦點小組訪談亦顯示，基於醫療服務資訊流通情況不理想，全職在職貧窮人士未必了解夜間及假日診症服務，以致在下班後即使有相關服務提供亦未能享用。這也可能有助解釋為何高達七成受訪者表示政府普通科門診的開放時間會妨礙他們尋求醫療服務。

4.4.4. 再者，全職在職貧窮人士基於不同的原因難以請病假，包括七成受訪者表示沒有「有薪病假」或請假有限制，超過五成的受訪者分別表示請病假會失去勤工獎及上司或同事不喜歡員工請病假去尋找醫療服務，以上種種因素都阻礙基層人士尋求醫療服務。從焦點小組訪談所得，難以請病假是不少全職在職貧窮人士選擇自行吃藥的重要原因。

4.4.5. **建議**政府改善勞工法例，強制執行勞工法例賦予的有薪病假安排，設立標準工時，及超時支薪，從勞工層面保障基層人士的醫療權利。我們亦希望僱主為僱員的健康著想，提供基本勞工保障。對於僱主而言也有助提升僱員的工作效率，降低營運成本，更是對社會長遠發展的投資。

4.5. 尋求醫療服務的促進措施

4.5.1. 問卷有問及受訪者關於促進求診（非緊急情況）的措施。在列出的 8 個措施（見附表三）當中，最多受訪者揀選「政府向低收入家庭發放醫療券」為最有助自己尋求醫療服務的措施，有 54%。其次是「僱主提供有薪病假」，有 19%。排行第三的是「求診的等候時間縮短」，有 10%。

最有助尋求醫療服務的措施	**全職在職貧窮人士 (n=353)**	**兼職在職貧窮人士 (n=598)**	**總數 (n=951)**
政府向低收入家庭發放醫療券	145 (41.1%)	369 (61.7%)	514 (54.0%)
僱主提供醫療保險	88 (24.9%)	94 (15.7%)	182 (19.1%)
求診的等候時間縮短	38 (10.8%)	52 (8.7%)	90 (9.5%)

4.5.2. 據問卷調查的結果顯示，九成的在職貧窮人士都認為私家診所收費負擔重會妨礙尋求醫療服務。對比在職貧窮人士與非在職貧窮人士，兩者使用醫療服務的選擇差距甚大。以私家診所西醫為首選的醫療服務，以及有購買醫療保險的比率，非在職貧窮人士比在職貧窮人士都多出近一

倍。在焦點小組訪談中，有受訪者指出私家診所收費昂貴，診症連配藥最少要花 250 元至 300 元，亦有受訪者表示當子女患病時才會到私家診所求診，自己患病時則因為經濟負擔而選擇其他處理方法。

對尋求醫療服務的影響 (會妨礙 / 肯定會妨礙)	**全職在職貧窮人士** **(n=353)**	**兼職在職貧窮人士** **(n=598)**	**總數** **(n=951)**
私家診所收費負擔重	313 (88.7%)	544 (91.0%)	857 (90.1%)

最常用的服務或處理方法	**在職貧窮人士(n=951)**	**非在職貧窮人士(n=549)**
私家診所西醫	157 (16.5%)	172 (31.3%)
	在職貧窮人士(n=951)	**非在職貧窮人士(n=549)**
醫療保險 有購買	189 (19.9%)	248 (45.2%)

4.5.3. 以上的數據印證了「健康不公平」的狀況，即在職貧窮人士因經濟資源匱乏，醫療保障嚴重不足，而缺少合理的醫療選擇，以致在職貧窮人士在使用私營醫療服務時面對不少兩難取捨，但往往以子女的健康為先，而忽略自己的狀況，無法享用私營服務。在職貧窮人士傾向使用公營服務，但引伸上文 4.1.的情況，使用基層醫療服務亦相當困難，以致在職貧窮人士在缺乏專業人士的意見下，以「自行吃藥」為優先選擇，與 4.3.2.的數據吻合，出現上文提及的隱憂。

4.5.4. **建議**政府向在職貧窮人士發放醫療券作為短期措施。考慮到醫療券的使用範圍，即是私營診所，大部份在職貧窮人士的可負擔水平與私營服務的收費存在一段距離，以致未能享用有關服務，亦促成公營服務需求過大的現況。公私營醫療機構合作早有先例，政府亦曾推出長者醫療券，故此現階段具備合適和充足的條件推行在職貧窮人士的醫療券，以解在職貧窮人士的燃眉之急，亦能有效地舒緩公營服務供不應求的情況。

4.5.5. **建議**政府加強私營醫療機構的監管，以確保私營機構的收費處於合理可負擔的水平，同時亦要確保私營醫療機構的服務質素，以減少出現良莠不齊的情況，確保市民大眾得到適切而可負擔的服務，保障大眾健康。

五、結語

5.1. 健全的醫療系統應以基層醫療為主，有需要則轉介病人至專科及醫院服務。醫院急症室及內科病房爆滿的新聞屢見不鮮，以年計的各項專科服務輪候時間已敲響警鐘。政府早於 2010 年發表《香港的基層醫療發展策略文件》[12]，確立基層醫療為長遠發展方向。然而，多年來政府沒有具體更多其他的行動以實踐基層醫療，在 2017 年初發表的施政報告中，有關強化基層醫療政策的力度似乎不足，實踐方向未明。

5.2. 本項調查揭示在職貧窮人士在現時的醫療系統中，難以得到合適的醫療照顧。實踐基層醫療亦需要硬件及軟件的支援。本項調查顯示了有關醫療的資訊並不流通，反映硬件上的匱乏，包括宣傳品、資源配套等。同時，市民大眾亦缺乏軟件上的意識要尋求基層醫療人員的協助。

5.3. 推動基層醫療正是解決現時醫療系統超負荷問題的重中之中，要落實政策改變亦不是一蹴而就的事情，我們懇請政府展示決心，短期內改善資訊流通的情況，提升大眾尋求基層醫療人員協助的意識，改善勞工條件，長遠逐漸將重心轉移至基層醫療，對症下藥，更有效地保障市民大眾的健康。

- 完 -

附表（一）

工作因素	政府門診因素	急症室因素	私家診所因素
1. 工時太長 2. 沒有「有薪病假」或請假有限制 3. 請病假會失去勤工獎 4. 上司或者同事不喜歡我請病假求醫	5. 電話預約系統難用 6. 開放時間不足 7. 收費負擔重 8. 距離太遠 9. 提供的檢查服務不足 10. 提供的藥物不足 11. 輪候時間太長 12. 醫護人員態度不好 13. 醫療服務質素不好	14. 等候時間太長 15. 收費負擔重 16. 距離太遠	17. 等候時間太長 18. 收費負擔重 19. 距離太遠 20. 醫護人員態度不好 21. 醫療服務質素不好

附表（二）

1. 急症室	4. 私家診所西醫	7. 自行吃藥
2. 公立診所西醫	5. 私家診所中醫	8. 什麼也不做
3. 公立診所中醫	6. 藥房藥劑師	9. 其他：____

附表（三）

1. 僱主提供醫療保險	5. 取消病假日薪金「打折」的規定
2. 政府向低收入家庭發放醫療券	6. 較短的工時
3. 僱主提供有薪病假	7. 求診的等候時間縮短
4. 取消至少要連續請 4 天病假才可以申請有薪病假的規定	8. 門診開放時間加長

工作照片(街頭訪問)

工作照片(街頭訪問)

剪報

政府普通科預約難 急症室輪候久

三成受訪在職窮人 寧自購藥不求醫

【本報訊】施政報告下月公布，有團體促請當局重視基層醫療發展。團體公布的一項調查發現，近三成受訪在職貧窮人士患病的時候，寧願自行吃藥都沒有求醫，主要原因是政府普通科門診預約困難、急症室輪候時間太長，而且有八成受訪者不知道醫管局設有公立醫院及診所費用的減免機制。

關注公眾健康的組織「醫護行者」聯同香港中文大學及關注綜援及低收入聯盟，合作進行該項「香港在職貧窮人士使用醫療服務調查」，於今年一月至六月，在五個地區以問卷調查一千五百人，當中有九百五十一人屬於符合申請低收入家庭津貼計劃（半額津貼）門檻的在職貧窮人士。結果發現，當需要尋求非緊急醫療協助時，有近三成受訪在職貧窮人士選擇自行吃藥作為最常用的處理方法，有一成半人會選擇到急症室求醫。

近七成受訪的全職在職貧窮人士認為，工作相關的因素會妨礙他們使用醫療服務，包括「工時過長」、「公司不提供有薪病假」或「請假有限制」。

醫療費減免申請繁複

關注綜援及低收入聯盟組織幹事李國權指出，調查發現不少市民反映醫療費用減免機制的申請程序太繁複，有需要聯絡醫務社工，惟工時太長未能聯絡上。

醫護行者主席范寧指出，政府每年都宣布增加醫生人手、興建醫院等，但是質疑上述措施能否提升醫療服務的水平。醫護行者建議政府加強宣傳普通科門診及夜診服務。

■調查發現近三成受訪在職貧窮人士患病時，寧願選擇自行吃藥都沒有求醫。（受訪者提供）

(左) 東方日報 2017 年 9 月 24 日

(下) 文匯報 2017 年 9 月 24 日

80%基層不知公院看病可減費

香港文匯報訊（記者 文森）基層醫療服務原應是基層市民最容易接觸並使用到的醫療服務。然而昨日公佈的一項調查顯示，80%受訪者表示不知道醫管局設有「公立醫院及診所費用減免機制」，僅有約10%受訪者曾試過申請。另有近30%受訪者選擇以「自行吃藥」緩解病痛，而非往醫院或尋求專業人士診治。調查還顯示，工時長且工作時間欠缺彈性令在職貧窮人士在使用基層醫療服務時面對重重困難。

「醫護行者」於今年1月至6月在深水埗、葵青、油尖旺、屯門及北區，以隨機街頭訪問的形式訪問基層市民，並以問卷收集受訪者求醫療經驗，共收回1,500份有效問卷，當中在職貧窮人士為951人。

調查結果顯示，80%受訪者表示不知道醫管局設有免除低收入人士、長期病患者及貧困年長病人的醫療負擔的「公立醫院及診所費用減免機制」，僅有約10%受訪者曾試過申請。

30%受訪者「自行吃藥」

在尋求非緊急情況的醫療服務時，近30%受訪者選擇以「自行吃藥」作為最常用的處理方法。相比之下，只有不足10%受訪者選擇諮詢藥房藥劑師。約25%受訪者選擇到公立醫院求診，16%選擇到私家診所西醫求診，15%會到急症室求診。

結果顯示受訪者在購買藥物或服藥的過程中，未必會尋求藥劑師或其他醫護人員的專業意見，當中部分受訪者或因難以從合適渠道診治偶發性非緊急疾病而使用急症室服務。

預約難候時長 妨礙求診

調查還顯示，「政府普通科門診電話預約系統難用」成為最妨礙受訪人士尋求醫療服務的因素（34%）。其次是「急症室等候時間太長」（18%）、「工時太長」（14%）及「私家診所收費負擔重」（10%）。

逾50%的受訪者認為「政府向低收入家庭發放醫療券」是最有助自己尋求醫療服務的措施。近20%受訪者認為僱主提供醫療保險最有幫助。

另外，有90%受訪者認為「私家診所收費負擔重」會妨礙尋求醫療服務。

■「醫護行者」調查顯示，在職貧窮人士在使用基層醫療服務時面對重重困難。

參考

[1] 香港樂施會（2015）。《香港在職貧窮報告（2010 至 2014 年）》。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 http://www.oxfam.org.hk/content/98/content_23043tc.pdf

[2] 香港大學李嘉誠醫學院（2013）。〈「愛+人」計劃公布全港住戶研究結果〉。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 https://www.med.hku.hk/tc/news/press/family-a-jockey-club-initiative-for-a-harmonious-society-cohort-study-result-announcementsocial-barometer-poverty-disparities-on-health-happiness-harmony

[3] Gordon, D., Lau, M., Pantazis, C., Lai, L. (2014). Poverty and Social Exclusion in Hong Kong: First results from the 2013 Living Standards Survey. Retrieved from https://poverty.hk/images/en/PSEHK_1st_report_Eng_Rev_02082014.pdf

[4] 香港特別行政區政府（2016）。《2015 年香港貧窮情況報告》。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 https://www.povertyrelief.gov.hk/pdf/poverty_report_2015_c.pdf

[5] Levesque JF, Harris MF, Russell G (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013 Mar 11;12:18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18.

[6] 在職家庭津貼辦事處（2017）。〈申請資格〉。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 http://www.wfsfaa.gov.hk/wfao/tc/eligibility.htm

[7] 香港特別行政區政府統計處（2017）。《綜合住戶統計調查按季統計報告 2017 年 4 月至 6 月》。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 http://www.statistics.gov.hk/pub/B10500012017QQ02B0100.pdf

[8] 香港特別行政區政府勞工處（2013）。〈勞工法例〉。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 http://www.labour.gov.hk/tc/faq/cap57b_whole.htm

[9] 醫院管理局（2016）。〈醫院管理局 2017 年度夜間、星期日及公眾假期普通科門診服務〉。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 http://ha.org.hk/haho/ho/hesd/2017wytra.pdf

[10] 醫院管理局（2017）。〈公立醫院及診所費用減免機制〉。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 https://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_text_index.asp?Content_ID=10047

[11] 香港特別行政區政府統計處（2015）。《主題性住戶統計調查第 58 號報告書》。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 http://www.statistics.gov.hk/pub/B11302582015XXXXB0100.pdf

[12] 香港特別行政區政府食物及衛生局（2010）。《香港的基層醫療發展策略文件》。2017 年 9 月 17 日擷取自網頁 http://www.fhb.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/101231_primary_care/c_strategy_doc.pdf

聯絡：

醫護行者

hia@hia.org.hk

3461 9827

地址：香港新界葵涌葵昌路 58-70 號永祥工業大廈十四樓 A19 室