

## 第四章 跨界協作：以夥伴模式提供服務

全面及覆蓋人生歷程的基層醫療服務，需由社區內不同界別的團體共同協作提供。本港政府規劃中的基層醫療健康服務，是由公私營醫護機構及其他界別，特別是社福界和社區組織合力提供，以改善優質醫療服務的供應，尤其是為長期病患者提供的醫療服務。<sup>184</sup> 本章將探討公私營、中西醫和社區組織的跨界別服務，以審視本港以夥伴模式提供地區基層醫療健康服務的經驗及發展。

### 跨界別協作的需要

4.2. 在香港，複雜和分隔式的醫療系統令醫療服務的協調十分困難，亦令市民難以得到一站式的護理服務。<sup>185</sup> 例如對於長期病患者而言，他們常常需要分別及多次接觸不同服務提供者；若病人根據本身的需要獲得持續護理，更需公營和私營界別的共同支援。<sup>186</sup> 在跨界別協作模式下，政府和公營機構可借助地區網絡的社會資源，包括已建立的鄰里互助關係和掌握的財富、資訊或機會，為病人提供全面及以人為本的服務，亦可提升整體居民的衛生意識以至健康水平。因此，若能將財政及規劃權力授予各社區，以建立適切的協作管治模式，統籌社區健康促進活動，將加快推展基層醫療健康服務，減低公營醫療系統的服務壓力。

4.3. 協作管治模式（collaborative governance）可理解為「一個或多個公共機構與非政府組織合作建立的決策過程，有既定章程規則可循，藉討論達致共識，最終目的為執行公共政策或管理公共項目或資產」。<sup>187</sup> 在衛生領域，跨界協作意味不同專業界別各司其職，並採取集體行動以實現共同目標。<sup>188</sup>

4.4. 有學者在總結英國基層醫療服務經驗時，針對醫社合作歸納了以下重點：（一）協作模式須承認醫護衛生和社會服務兩項專業之間的差異和分歧，並於協作項目開展前確立共識；（二）各持份者須同意協作的必要，就項目的目標和意義達成共識；以及（三）為確保雙方互信，維持對協作的熱衷，項目不能任由其中一方壟斷，必須由始至終雙方均能獲益。<sup>189</sup>

4.5. 由此可見，協作模式的概念涉及政府和公營機構、私營服務提供者及非政府機構等多個界別，其成功關鍵在於不同界別之間能夠保持溝通，加強彼此

184 食物及衛生局：《香港的基層醫療發展策略文件》，2010年12月，頁15，網址：[https://www.fhb.gov.hk/download/press\\_and\\_publications/otherinfo/101231\\_primary\\_care/c\\_strategy\\_doc.pdf](https://www.fhb.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/101231_primary_care/c_strategy_doc.pdf) [於2019年6月登入]。

185 同上，頁13。

186 香港實行公私營雙軌並行的醫療體系，分屬第二層的專科和第三層的住院服務主要由公營界別提供，基層醫療服務則多數由私營界別提供（詳情請參閱第三章）。

187 Chris Ansell and Alison Gash, "Collaborative governance in theory and practice," *Journal of Public Administration Research and Theory* 18, no.4 (2008), 543-571.

188 Omokhoa Adedayo Adeleye and Antoinette Ngozi Ofili, "Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles?," *Journal of Environmental and Public Health* 2010, (2010), 6 pages.

189 Kirstein Rummery and Anna Coleman, "Primary health and social care services in the UK: progress towards partnership?" *Social Science and Medicine* 56, no. 8 (2003), 1773-1782.

之間聯繫和了解需要，從而建立理想的協作模式，提供基層醫療健康服務。

### 跨界別協作的服務

4.6. 以下將分三部分討論跨界別協作服務，即公營和私營界別（醫管局普通科門診公私營協作計劃）、中醫和西醫界別（醫管局中西醫協作先導計劃），以及醫護和社福界別（長者健康評估先導計劃）在協作提供基層醫療健康服務方面的經驗，並簡述揉合以上協作特質的地區康健中心的運作模式，以探討未來社區基層醫療健康服務的發展方向。

### 公私營協作

4.7. 為確保醫療系統持續發展及回應社會殷切的醫療需求，政府在2008年的《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件中，提出了多項醫療改革建議，其中一項是透過推行公私營協作計劃，建立公私營服務的共用平台，以推動醫療服務提供者的協調合作、善用兩個界別的資源，並為病人提供更多醫療服務選擇<sup>190</sup>；另一個發展方向則是加強基層醫療健康服務，提供持續綜合的全人護理（從治療到預防）。<sup>191</sup>

4.8. 長期以來，私營醫療界別為基層醫療健康的主要服務提供者，而提供專科、醫院及部分預防性護理的服務則由醫管局負責（詳情請參閱第三章）。為響應政府推動公私營醫療協作，醫管局與私家醫生及非政府機構所推行的多項協作試驗計劃，部分更延長至超過原本的試驗期。截至2019年6月，醫管局共推行八項公私營協作計劃，分別為「耀眼行動」白內障手術計劃、共析計劃、病人自強計劃、公私營協作放射診斷造影計劃、普通科門診公私營協作計劃、療養服務協作計劃、腸道檢查公私營協作計劃和青光眼治療協作計劃（見表4.1）。<sup>192</sup>

190 食物及衛生局：《掌握健康 掌握人生》，2008年3月13日，頁25-27，網址：[https://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condohealth\\_full\\_chn.pdf](https://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condohealth_full_chn.pdf) [於2019年6月登入]。

191 醫院管理局：《2015年12月17日醫管局大會決議文件 普通科門診公私營協作計劃：中期檢討進度報告及建議推展計劃》，2015年12月9日，網址：[https://www3.ha.org.hk/ppp/Download/475/HAB-P231%20\(GOPC%20PPP%20and%20Way%20Forward\)\\_Chinese.pdf](https://www3.ha.org.hk/ppp/Download/475/HAB-P231%20(GOPC%20PPP%20and%20Way%20Forward)_Chinese.pdf) [於2019年6月登入]。

192 醫院管理局：《公私營協作計劃》，網址：<https://www3.ha.org.hk/ppp/pppprogrammes.aspx>；立法會財務委員會：《審核二零一九至二零年度開支預算管制人員的答覆》，頁69-71，答覆編號：FHB(H)019；新聞公報：《醫院管理局推出青光眼治療協作計劃》，2019年6月27日，網址：<https://www.info.gov.hk/gia/general/201906/27/P2019062700509.htm> [於2019年7月登入]。

表 4.1：醫管局公私營協作計劃

計劃	詳情	服務量 <sup>1</sup>
「耀眼行動」白內障手術計劃	於 2008 年推行，為合資格的白內障病人提供選擇，讓他們可於私營醫療界別接受白內障手術	465 (手術)
共析計劃	於 2010 年推行，與私營界別合資格的社區血液透析中心合作，為末期腎衰竭病人加強提供血液透析服務	225 (名額) <sup>2</sup>
病人自強計劃	於 2010 年推行，與非牟利機構合作，旨在加強病人對慢性病的認識，以及提升自我照顧能力	17,979 (病人)
公私營協作放射診斷造影計劃	於 2012 年推行，癌症病人可經醫生轉介至私營醫療機構接受放射診斷服務（電腦斷層掃描及磁力共振掃描）	17,111 (掃描)
普通科門診公私營協作計劃	於 2014 年推行，目前已擴展至全港 18 區，旨在讓長期病患者可接受社區內的私營基層醫療服務，以及推廣家庭醫生的概念	21,297 (參加計劃病人)
療養服務協作計劃	於 2016 年推行，於療養服務協作單位（黃竹坑醫院）內，由非政府機構保良局為公立醫院病人提供療養服務	64 (病床) <sup>3</sup>
腸道檢查公私營協作計劃	於 2016 年推行，資助合資格病人接受由私家醫生提供的腸道疾病檢查服務	1,130 (大腸鏡檢查)
青光眼治療協作計劃	於 2019 年第二季在港島西、九龍中及新界東聯網試行，旨在為需要長期在專科門診覆診的病人提供選擇，讓病人可接受社區內的私營專科醫療服務	(預期三年內約 2,000 名病人參與)

註釋：

- 有關數字為 2017/18 年度實際服務量；
- 計劃自 2010 年 3 月推出以來有 404 名病人受惠，截至 2018 年 3 月底則有 253 名病人受惠；以及
- 計劃自 2016 年展開以來已有 94 名申請人獲編配療養床位，截至 2018 年 3 月底，有 64 名申請人已入住該計劃的服務單位。

資料來源：醫院管理局及立法會財務委員會

### 醫管局普通科門診公私營協作計劃

4.9. 從上述計劃可見，公私營協作模式主要是由醫管局安排公立醫院合資格病人，接受獲資助的私營醫療或非政府機構的服務。服務範疇涵蓋檢查診斷、普通科或專科門診、療養服務及有關慢性病的課程教育等。其中，「普通科門診公私營協作計劃」（下稱「門診協作計劃」）涉及基層醫療的門診服務，服務地點及參與人數最多，覆蓋全港 18 區，預期至 2020/21 年度可為 3.5 萬名病人提供服務。<sup>193</sup>

193 根據食物及衛生局於 2019 年 1 月 25 日回覆智經的書面查詢。

4.10. 門診協作計劃的雛形，來自醫管局於 2008 年在水圍推行的基層醫療合作計劃，由私家醫生承擔主要責任，處理患有指定慢性病及病情穩定的患者，藉此作為門診服務的伸延，並於社區推廣家庭醫學的概念。<sup>194</sup> 2010 年，醫管局在沙田、大埔、灣仔及東區推行共同護理先導計劃（下稱「共同護理計劃」），旨在試行公私營醫療共同護理慢性病的服務模式，鼓勵私營基層醫療醫生參與防治慢性病和為病人提供較為靈活的私營服務選擇。<sup>195</sup>

4.11. 建基於水圍基層醫療合作計劃及共同護理計劃所得的經驗，醫管局於 2014 年在觀塘、黃大仙及屯門開展門診協作計劃<sup>196</sup>，並分四階段推展，於 2018 年 4 月推展至全港 18 區。<sup>197</sup> 醫管局會邀請於相關地區的私營執業醫生，以及患有高血壓及 / 或糖尿病而病情穩定的普通科門診病人參加計劃（可跨區求診）。病人每次就診只須繳付普通科門診服務費用（現為 50 元），餘額由醫管局向私家醫生支付。每名病人每年最多接受 10 次門診服務，包括診治慢性和偶發性疾病、獲配相關藥物（不多於三日用量），以及經相關私家醫生轉介接受醫管局提供的特定化驗和檢查服務。參加計劃的醫生每年最高可獲合共 3,408 元的服務費。<sup>198</sup>

4.12. 門診協作計劃旨在為需要長期在普通科門診覆診的病人提供選擇，讓病人可接受社區內的私營基層醫療服務，提高基層醫療服務的便捷度及推廣家庭醫生概念。計劃亦有助紓緩醫管局普通科門診服務的需求，以及加強電子健康紀錄互通系統的使用。至今全港約有 29,926 名病人參與計劃及 409 名私家醫生參加計劃（見圖 4.1 及圖 4.2）<sup>199</sup>，即平均每名醫生為約 73 名病人診症。<sup>200</sup>

194 立法會衛生事務委員會：《觀塘、黃大仙及屯門區普通科門診公私營協作計劃及其他有關慢性疾病管理的公私營協作措施的進展》，2014 年 2 月 17 日，立法會 CB(2)849/13-14(05) 號文件。

195 立法會衛生事務委員會：《觀塘、黃大仙及屯門區普通科門診公私營協作計劃及其他有關慢性病管理的公私營協作措施的進展》，2014 年 2 月 17 日，立法會 CB(2)849/13-14(05) 號文件；立法會衛生事務委員會：《醫療服務改革—共同護理計劃》，2010 年 3 月 8 日，立法會 CB(2)1059/09-10(01) 號文件。

196 這三個地區是經考慮多方面因素後釐定，包括家庭入息中位數、普通科門診服務需求、現有對慢性疾病管理的公私營協作計劃涵蓋範圍，以及區內持份者是否準備妥當。資料來源：立法會衛生事務委員會：《觀塘、黃大仙及屯門區普通科門診公私營協作計劃及其他有關慢性疾病管理的公私營協作措施的進展》，2014 年 2 月 17 日，立法會 CB(2)849/13-14(05) 號文件。

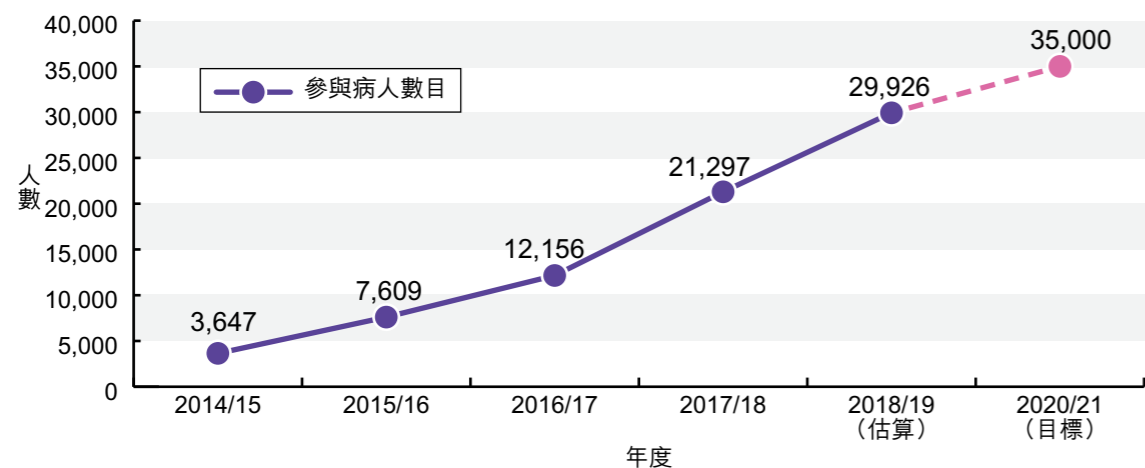
197 醫院管理局：《普通科門診公私營協作計劃》，網址：<https://www3.ha.org.hk/ppp/gopccppp.aspx> [於 2019 年 7 月登入]。

198 同上。

199 該處病人數目為 2018/19 年度數字，醫生數目為截至 2019 年 7 月 8 日的數字。另截至 2018 年年底，參加計劃的病人及醫生分別有 29,842 及 378 名。資料來源：根據食物及衛生局於 2019 年 1 月 25 日回覆智經的書面查詢；立法會財務委員會：《審核二零一九至二零年度開支預算 管制人員的答覆》，頁 484，答覆編號：FHB(H)133。

200 醫院管理局：《普通科門診公私營協作計劃 參與計劃私家醫生名單》，網址：<http://www3.ha.org.hk/ppp/gopccppp.aspx#practitionerlist> [於 2019 年 8 月登入]。

圖 4.1：2014/15 至 2020/21 年度參與門診協作計劃的病人數目

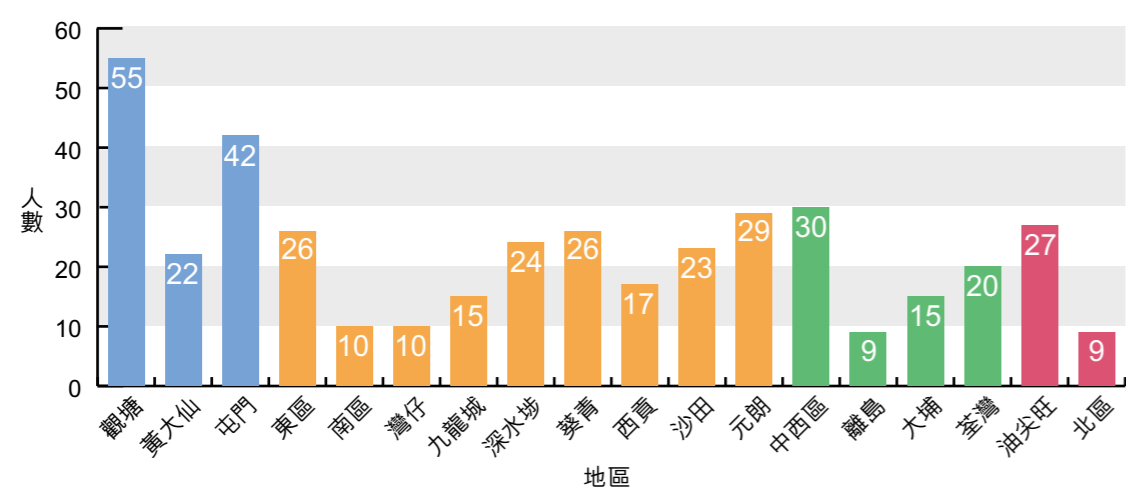


註釋：

1. 當局在回覆智經查詢時並沒有提供 2019/20 年度的相關估算數據。

資料來源：食物及衛生局

圖 4.2：按地區劃分參與門診協作計劃的私家醫生數目



註釋：

1. 計劃共分四階段推展，藍色為第一階段（2014/15 年度），橙色為第二階段（2016/17 年度），綠色為第三階段（2017/18 年度），紅色為第四階段（2018/19 年度）；以及

2. 有關數字截至 2019 年 7 月 8 日。在 409 名私家醫生中，408 名為「電子健康紀錄互通系統」的醫護提供者，另外一名為只參與「公私營醫療合作—醫療病歷互聯試驗計劃」的私家醫生。隨著電子健康紀錄互通系統於 2016 年 3 月正式推出，已不再受理上述試驗計劃的病人登記。

資料來源：醫院管理局

## 計劃成效

4.13. **病人樂意參與：**相較醫管局普通科門診，私家診所就醫環境較佳，地點一般較方便，求診時間靈活，費用相宜（只需繳付公營門診收費），使病人頗樂意參與計劃。醫管局預計至 2020/21 年度，門診協作計劃將惠及約 3.5 萬名病人。<sup>201</sup> 在 2018/19 年度，參加計劃的病人有 29,926 名，即目標受惠人數已達預計的 85.5%，而病人平均每年向參加計劃的醫生求診 6.2 次。<sup>202</sup>

201 根據食物及衛生局於 2019 年 1 月 15 日回覆智經的書面查詢。

202 根據食物及衛生局於 2019 年 1 月 15 日回覆智經的書面查詢；立法會財務委員會：《審核二零一九至二零年度開支預算 管制人員的答覆》，頁 484，答覆編號：FHB(H)133。

4.14. **逾兩千名病人退出：**雖然醫管局錄得尚算滿意的目標受惠人數，但截至 2018 年年底，共有 2,171 名病人退出計劃，佔參與計劃總人數（29,842）約 7.3%。<sup>203</sup> 根據醫管局於 2016 年完成的中期檢討報告，在該計劃首階段進行的三個地區中，逾 6,000 名病人獲邀參與計劃，雖然社會普遍反應正面，但亦有近 300 名服務使用者（4.3%）選擇退出，主要理由包括不適合私人醫療服務（27%）、公營門診服務更佳（19%）及藥物清單不足（14%）等。<sup>204</sup>

4.15. **選擇退出因感費時失事：**至於影響病人參與的其他具體原因，根據智經深度訪談及相關資料，綜合如下：（1）有參與該計劃的病人表示，按其過往經驗，公營普通科門診醫生曾向患者處方近一星期藥物，但門診協作計劃下的私家醫生每次只可提供最多三日藥物，未必足夠。但根據醫管局中期檢討報告，有私家醫生擔憂若要增加藥物採購量，需要處理診所貯存空間及安排配藥的後勤工作；（2）在化驗和檢查方面，現時病人須經私家醫生轉介至醫管局接受服務，對於需要在私家診所覆診的病人，尤其行動不便的長者而言，往返交通非常不便，影響參與意欲；（3）在計劃下，每名病人可選擇三名私家醫生，計劃辦事處會根據病人選擇的私家醫生次序為其進行配對，但在同一時間內只可登記為一位私家醫生的病人。每名私家醫生會視乎其診所運營情況，有權設定診治病人數目的上限<sup>205</sup>，但醫管局未就病人人數上限作詳細統計或公布，病人須自行逐個查詢才可得知有關就診名額情況，不便有意參與計劃的病人。<sup>206</sup>

4.16. **吸引醫生參與有難度：**截至 2019 年 7 月，共有 409 名私家醫生參與門診協作計劃。根據計劃條款，受邀參與的私家醫生須符合一系列條件，包括其執業診所必須提供最少每週五天及每天三小時的應診時間、參與電子健康紀錄互通系統並完成相關培訓。<sup>207</sup> 雖然有關條款旨在保障醫患雙方利益，但對於醫生而言，若相關行政手續太過複雜或技術上造成不便，則需付出額外時間與成本處理，不免增添提供診治服務時的壓力。根據上述中期檢討報告，有私家醫生表示須處理額外行政工作，資助的服務費不足以支付運作成本。<sup>208</sup>

203 這些病人因各種理由選擇退出計劃，例如個人意願轉變，認為返回醫管局繼續跟進才是最好的選擇、或因私家醫生退出計劃、又或個別病人因其臨床狀況轉變而需要返回醫管局接受治療及/或病人離世等。資料來源：根據食物及衛生局於 2019 年 4 月 30 日回覆智經的書面查詢。

204 同上。

205 根據醫管局 2016 年中期檢討報告，至 2015 年底，在計劃首階段推行的三區（屯門、黃大仙和觀塘），每名私家醫生接收的病人上限分別為 294、185 和 227 人。

206 根據醫管局代表於 2018 年 12 月 20 及 21 日舉行的公私營門診協作簡介會時回覆智經的有關查詢；醫院管理局：《普通科門診公私營醫療協作計劃 框架及條款及細則》，網址：[https://www3.ha.org.hk/ppp/Download/668/GOPC%20PPP%20TCs%20\(Chi\)%2020170213.pdf](https://www3.ha.org.hk/ppp/Download/668/GOPC%20PPP%20TCs%20(Chi)%2020170213.pdf) [於 2019 年 6 月登入]。

207 醫院管理局：《普通科門診公私營醫療協作計劃 框架及條款及細則》，頁 1，網址：[https://www3.ha.org.hk/ppp/Download/668/GOPC%20PPP%20TCs%20\(Chi\)%2020170213.pdf](https://www3.ha.org.hk/ppp/Download/668/GOPC%20PPP%20TCs%20(Chi)%2020170213.pdf) [於 2019 年 6 月登入]。

208 在參與首階段計劃的 92 名私家醫生中，10 名醫生（10.9%）其後退出，理由包括不在計劃所在地區內執業（6 人）、退休（2 人）、診所服務時間未能符合要求（1 人）及診所資源不足（1 人）。

4.17. **不時轉換醫生，持續醫患關係未能建立：**門診協作計劃的目的之一，是推廣家庭醫生概念，協助建立持續醫患關係，惟有參與門診協作計劃的病人反映，其所揀選的醫生於私人醫療機構執業，過往覆診時，醫療機構不時安排不同的醫生，因此，參加者未能與一位固定的醫生建立穩定長久的醫患關係。智經在翻查計劃下的醫生名單後發現，私人執業的醫生僅佔參與醫生總數（409人）約三分之一，其他逾250名屬醫療集團執業的醫生<sup>209</sup>；亦有個別私家醫生填報的診所位於不同地點，但服務時間重疊，意味著病人每次覆診，未必能由同一位醫生跟進。<sup>210</sup> 因此計劃能否推動長久的醫患關係，令人質疑。

4.18. **計劃服務對象有限：**該計劃的目標群組為病情穩定，並已接受醫管局普通科門診服務最少一年的高血壓及/或糖尿病患者。換言之，病情反覆、其他慢性病或新症患者並不符合資格參與該項計劃。由於計劃可將公立醫院部分病人分流至私家診所，有助紓緩公立醫院門診服務，未來是否可擴闊服務範圍至涵蓋其他病患（如中風、哮喘、精神疾病、認知障礙症等患者），令醫管局資源更集中於提供急救、住院等服務，值得進一步討論。尤其是若政府日後確立公私營協作為未來基層醫療健康服務的發展方向<sup>211</sup>，可考慮在醫管局門診協作計劃下，逐步擴闊受惠對象至更多群組。

## 中西醫協作

4.19. 中醫精髓在於固本培元，在與西醫配合治療下，能為慢性病患者提供更全面的護理。舉例而言，中醫在癌症紓緩治療上能為病人減輕身體的痛苦。末期癌症的病人常見症狀包括患處疼痛、食慾不振、失眠、水腫等，而中醫可透過藥療讓病人以較佳的身體狀況面對癌症，或透過針灸以應對水腫的症狀。<sup>212</sup>

4.20. 本港學術機構與醫院近年亦推動中醫的應用研究，致力把中醫、中西醫結合治療的臨床證據轉化於服務當中。例如香港中西醫結合醫學會在創新科技署資助下，成立中西醫醫學平台<sup>213</sup>，並選取濕疹、中風後期及癌症三種疾病進行研究，期望聯繫中西醫專家，促進交流及建立一個協作治療策略框架，令中西醫協作的基層醫療服務有清晰指引，提升市民使用服務的信心。<sup>214</sup> 可見，中西合璧能讓兩者互補長短，促進跨界別協作，對發展基層醫療健康服務起關鍵作用。

209 智經點算參與計劃的醫生名單，估計有約140名醫生為非集團式執業醫生。資料來源：醫院管理局：《普通科門診公私營協作計劃 參與計劃私家醫生名單》，網址：<http://www3.ha.org.hk/ppp/gopcphp.aspx#practitionerlist> [於2019年6月登入]。

210 同上。

211 食物及衛生局：《掌握健康 掌握人生》，2008年3月，頁22，網址：[http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condochealth\\_full\\_chn.pdf](http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condochealth_full_chn.pdf) [於2019年6月登入]。

212 信報：《中西醫協作紓緩癌症》，2014年9月24日。

213 香港中西醫醫學平台：《Diseases》，網址：<https://www.ijopmed.org/diseases.html> [於2019年8月登入]。

214 明報：《醫微中西：中西醫合璧藍圖》，2019年3月25日，網址：<https://ol.mingpao.com/ldy/beautystyle/fitness/20190325/1553453379547/> 醫微中西 - 中西醫合璧藍圖 [於2019年8月登入]。

4.21. 政府在2013年成立中醫中藥發展委員會，負責探討中醫服務發展、人才培訓及專業發展、科研發展及中藥產業發展。<sup>215</sup> 該委員會向政府建議發展中醫醫院及中西醫協作的結合治療，兩者均被政府採納，並在2014年施政報告中，政府宣布已於將軍澳預留一幅土地發展中醫醫院。<sup>216</sup> 「中西醫協作先導計劃」（下稱「中西醫先導計劃」）亦在同年九月開始推行，為日後中醫醫院營運模式汲取經驗及制定發展框架。

## 醫管局中西醫協作先導計劃

4.22. 為促進中醫發展，政府在2014年提出建設中醫醫院，為市民提供一系列中醫住院及門診服務。<sup>217</sup> 中醫醫院的營運擬按中西醫協作模式，中醫及西醫共同為病人診症、治療、轉介和跟進。惟中西結合的模式需處理多項複雜的問題，包括法律、保險、行政、臨床等範疇。<sup>218</sup> 因此，醫管局推出中西醫先導計劃，旨在從執行上汲取經驗，並制訂合適的臨床框架及行政安排，以供日後中醫醫院參考。<sup>219</sup>

4.23. 中西醫先導計劃透過三方伙伴協作的模式，即醫管局轄下的西醫服務、非政府機構提供的中醫服務及大學，以互相提供學術意見及臨床支援。<sup>220</sup> 計劃透過利用中西醫的優勢，為病人提供更全面及適切的治療，促進中西醫護理人員之間的溝通及了解，研究中西藥物的相互協調，並制訂清晰及循證為本的發展框架。<sup>221</sup>

4.24. 中西醫先導計劃的發展框架涵蓋臨床及運作框架，透過制訂清晰與具體的指引及安排，讓醫療服務及行政工作可順利執行。在臨床框架方面，該計劃基於三項準則以篩選特定病種，並制訂相關的臨床計劃。<sup>222</sup> 該三項準則為（一）經科研證實中醫治療有效或中西醫協作治療可發揮協同效應的病種；（二）可預見有一定病人數量的病種；以及（三）可明確定義納入及排除標準的病種。<sup>223</sup>

4.25. 中西醫先導計劃於2018年4月踏入第三階段，針對的四種疾病包括

215 食物及衛生局：《中醫中藥發展委員會》，修訂日期：2019年4月12日，網址：<https://www.fhb.gov.hk/cn/committees/cmdc.html> [於2019年6月登入]。

216 新聞公報：《立法會五題：中醫醫院》，修訂日期：2017年7月12日，網址：<https://www.info.gov.hk/gia/general/201707/12/P2017071200599.htm> [於2019年2月登入]。

217 立法會衛生事務委員會：《中醫中藥發展及中西醫協作計劃》，2014年3月17日，立法會CB(2)1020/13-14(05)號文件。

218 同上。

219 醫院管理局：《港島區諮詢委員會第97次會議記錄》，2018年3月12日，網址：[http://www.ha.org.hk/haho/ho/cad\\_bnc/hkmin97.pdf](http://www.ha.org.hk/haho/ho/cad_bnc/hkmin97.pdf) [於2019年1月登入]。

220 立法會衛生事務委員會：《中醫中藥發展及中西醫協作計劃》，2014年3月17日，立法會CB(2)1020/13-14(05)號文件。

221 醫院管理局：《港島區諮詢委員會 中西醫協作先導計劃進展匯報》，2018年3月12日，網址：[https://www.ha.org.hk/haho/ho/cad\\_bnc/HP.274.pdf](https://www.ha.org.hk/haho/ho/cad_bnc/HP.274.pdf) [於2019年8月登入]。

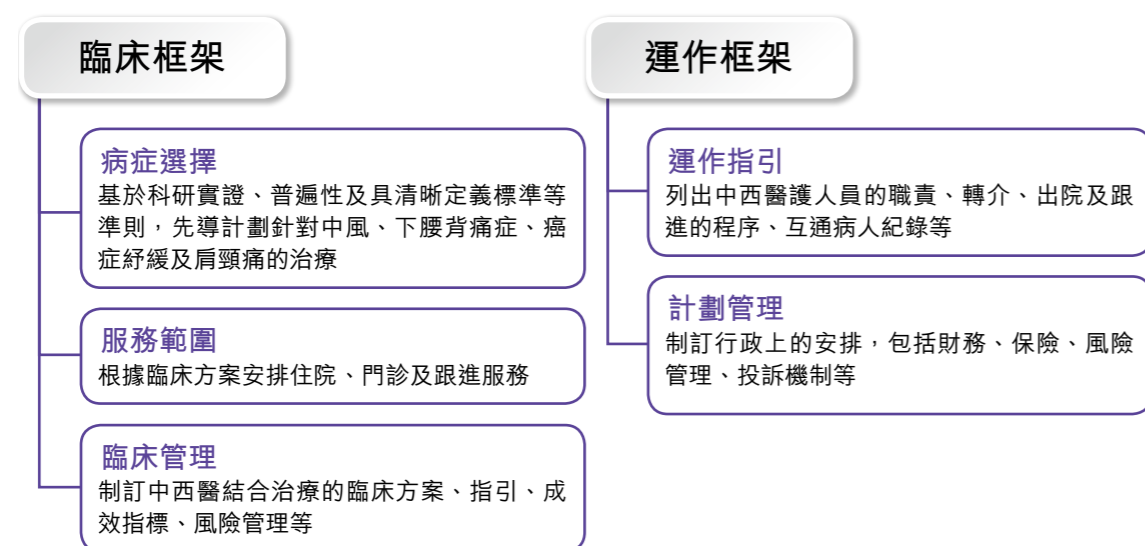
222 立法會衛生事務委員會：《中醫中藥發展及中西醫協作計劃》，2014年3月17日，立法會CB(2)1020/13-14(05)號文件。

223 立法會衛生事務委員會及中醫藥發展事宜小組委員會：《中西醫協作先導計劃的最新進展》，2015年6月9日，立法會CB(2)1616/14-15(01)號文件。

中風、下腰背痛症、癌症舒緩及肩頸痛的治療，並有七間醫院參與。<sup>224</sup> 醫管局轄下的中醫及西醫專家組成工作小組，為各病種制訂臨床方案，包括中西融合的臨床指引、效果指標、風險管理、納入和排除標準。<sup>225</sup> 服務範圍包括住院及門診跟進的醫療服務，而各階段服務將按臨床方案的指引為病人提供適切的中西醫結合治療。<sup>226</sup> 上述臨床服務的不同範疇將由醫管局負責管理，醫管局亦已設立不良反應及事故通報機制，以及進行臨床檢核。

4.26. 在運作框架方面，中西醫先導計劃制訂運作指引，具體列明中西醫護人員的職責、轉介、出院及跟進的程序、病人醫療紀錄的互通等。另外，運作框架的內容亦制訂行政上的安排，包括財務、保險、風險管理、投訴機制等。醫管局亦會負責跟進及檢討中西醫先導計劃的進展（見圖 4.3）。<sup>227</sup>

圖 4.3：中西醫協作先導計劃的發展框架內容



資料來源：食物及衛生局

4.27. 現時，中西醫先導計劃下的主診西醫負責篩檢及邀請合適的住院病人參與計劃，若病人同意，中醫師便可到指定病房為病人診症。醫生亦須向病人及家屬講解計劃詳情，並負責篩檢病人及查核中西藥相互作用資訊；資深護士則負責協調相關護理工作，例如安排護理人員接受培訓，保證服務質素。<sup>228</sup> 中西醫先導計劃設有病案討論機制，中醫與西醫需共同按病人狀況及臨床方案決定治療方

224 參與醫院包括東華醫院、東區尤德夫人那打素醫院、屯門醫院、威爾斯親王醫院、沙田醫院、廣華醫院及瑪嘉烈醫院。資料來源：中醫動：《中西醫協作先導計劃》，網址：<https://cmk.ha.org.hk/information-index/news/icwm/intro> [於 2019 年 1 月登入]。

225 立法會衛生事務委員會：《中醫中藥發展及中西醫協作計劃》，2014 年 3 月 17 日，立法會 CB(2)1020/13-14(05) 號文件。

226 中醫動：《中西醫協作先導計劃》，網址：<https://cmk.ha.org.hk/information-index/news/icwm/intro> [於 2019 年 1 月登入]。

227 立法會衛生事務委員會：《中醫中藥發展及中西醫協作計劃》，2014 年 3 月 17 日，立法會 CB(2)1020/13-14(05) 號文件。

228 醫院管理局：《港島區諮詢委員會 中西醫協作先導計劃進展匯報》，2016 年 6 月 13 日，頁 4-5，網址：[https://www.ha.org.hk/haho/ho/cad\\_bnc/HP253.pdf](https://www.ha.org.hk/haho/ho/cad_bnc/HP253.pdf)；醫院管理局：《港島區諮詢委員會 中西醫協作先導計劃進展匯報》，2018 年 3 月 12 日，網址：[https://www.ha.org.hk/haho/ho/cad\\_bnc/HP.274.pdf](https://www.ha.org.hk/haho/ho/cad_bnc/HP.274.pdf) [於 2019 年 8 月登入]。

式，確保雙方有充分的交流及討論。病人出院後，可選擇到中醫或西醫門診覆診。該計劃為自願性質，截至 2018 年 10 月，七間指定醫院共篩檢了 9,461 名病人，並有 1,677 名病人參與，總住院日數為 17,182 日。<sup>229</sup>

4.28. 參加病人除需支付住院費用，另須每天繳付中醫診症費，以及出院後於中醫教研中心的門診費用。<sup>230</sup> 有外界人士反映此安排難以吸引更多病人參加計劃。<sup>231</sup> 有見及此，政府於 2018 年施政報告宣布，當局將為中西醫先導計劃增加資助，收費由每天 200 元減至 120 元，旨在鼓勵更多病人參與。<sup>232</sup>

### 計劃成效

4.29. 參與人數逐漸增加：公眾對中醫的認受性提高和充足的人手供應（詳情請參閱第三章），為促進中西醫協作奠定了良好基礎。中西醫先導計劃由 2014 年起分三階段進行，推行醫院由首階段的三間增至現時七間，病症亦由三種增加至四種（包括中風、下腰背痛症、癌症舒緩及肩頸痛的治療）<sup>233</sup>，隨著規模擴充，參加的病人數目亦由第一階段的 238 人<sup>234</sup> 增加至 2018 年底的 1,733 人<sup>235</sup>，反映中西醫協作有實質成效，計劃正循序漸進地擴大服務範疇，為更多患者提供服務。

4.30. 轉介及交流機制為協作關鍵：中西醫協作的其一關鍵，是中、西醫兩方的溝通與協調。<sup>236</sup> 不過現時中西醫先導計劃中，中醫及西醫均沒有授權對方查閱醫療資訊系統內病人的病歷紀錄，參與計劃的住院病人的中西病歷紀錄僅以紙本形式共享，溝通受限。<sup>237</sup> 此外，除計劃下的指定醫院及選定病種，其他醫療服務現時並沒有制定清晰的中西醫轉介及交流資訊的機制。無論是公營或私營的西醫、中醫診所、中醫教研中心等，均未有相關臨床指引及制度，讓中西醫護人員可雙向轉介及溝通，例如建立循證醫學，促進中西醫診斷交叉驗證。

229 醫院管理局：《2019 年 3 月 28 日醫院管理局大會參考文件 中西醫協作先導計劃進展匯報》，2019 年 3 月 21 日，頁 1，網址：[http://www.pmh.org.hk/haho/ho/cad\\_bnc/HAB\\_P287\\_C.pdf](http://www.pmh.org.hk/haho/ho/cad_bnc/HAB_P287_C.pdf) [於 2019 年 8 月登入]。

230 中醫動：《中西醫協作先導計劃》，網址：<https://cmk.ha.org.hk/information-index/news/icwm/intro> [於 2019 年 1 月登入]。

231 立法會衛生事務委員會：《中醫醫院發展及提供受資助的中醫藥服務》，2018 年 12 月 17 日，立法會 CB(2)423/18-19(04) 號文件。

232 同上。

233 立法會財務委員會：《審核二零一七至一八年度開支預算 管制人員的答覆》，頁 10-11，答覆編號：FHB(H)004。

234 第一階段為 2014 年 9 月 22 日至 2015 年 12 月 20 日。資料來源：立法會財務委員會：《審核二零一五至一六年度開支預算 管制人員的答覆》，頁 90，答覆編號：FHB(H)026。

235 立法會財務委員會：《審核二零一九至二零年度開支預算 管制人員的答覆》，頁 13，答覆編號 FHB(H)005。

236 Vincent C.H. Chung et al., "Patients' experience of Chinese Medicine Primary Care Services: Implications on Improving Coordination and Continuity of Care", *Scientific Reports* 5, (2015).

237 醫院管理局：《2019 年 3 月 28 日醫院管理局大會參考文件 中西醫協作先導計劃進展匯報》，2019 年 3 月 21 日，頁 6，網址：[http://www.pmh.org.hk/haho/ho/cad\\_bnc/HAB\\_P287\\_C.pdf](http://www.pmh.org.hk/haho/ho/cad_bnc/HAB_P287_C.pdf) [於 2019 年 8 月登入]。

4.31. **協作服務有待擴充：**礙於現時中西醫協作提供的住院服務的溝通機制未如理想，若能有效建立中西醫在住院及門診跟進方面的溝通協作平台<sup>238</sup>，中西醫便可共同為市民提供基層醫療服務，特別是加入中西醫預防與管理慢性病（高血壓、糖尿病），從而惠及更多市民，並強化中醫在基層醫療健康的角色。<sup>239</sup> 例如廣華醫院自 2006 年起便為糖尿病患者提供中西醫結合治療，西醫主要負責控制患者血糖水平、處方抗生素等，而中醫則處方中藥湯劑，協助糖尿病足的患者傷口癒合，避免截肢。<sup>240</sup>

4.32. **收費偏高成阻力：**在收費方面，中西醫先導計劃下的病人每天須繳付 200 元診療費用，以及出院後每次於相關中醫教研中心接受診治的 120 元門診費用，被認為是計劃參與率低的原因之一。<sup>241</sup> 服務費用是影響市民求診意欲的重要因素，若收費過於高昂，或會令市民不願就醫，無疑影響臨床服務供應的質量，長遠有礙中醫醫學水平提升。循證的中西醫協作服務不能完全依靠市場模式帶動，政府對行業的扶持、財政投入，或可鼓勵更多市民使用中醫服務，促進中醫普及化。<sup>242</sup>

### 醫社協作

4.33. 以社區為本的基層醫療健康服務，所指的並非單單活用社區的醫療資源（公私營及中西醫），其他界別特別是福利及社會服務界別，亦是促進社區居民健康的重要一員。醫療服務供應者如能與社區組織合作進入社區，便能因應當區需要，為居民提供以人為本及適切的服務。透過這種醫社協作模式為市民提供醫護服務，有助提升社區整體健康意識、祛除制度上的掣肘及避免社會資源重疊。<sup>243</sup>

4.34. 為有效運用地區資源，改善市民健康狀況，政府曾推行不同的醫社協作計劃，銜接基層醫療與弱勢社群及長者社會服務。在這些協作計劃中，政府擔當牽頭角色，推動地區層面的相關服務機構互相建立及強化支援網絡。<sup>244</sup> 近年推行的醫社協作措施，例子包括長者健康評估先導計劃（下稱「健康評估先導計

238 同上，頁 1。

239 Vincent C.H. Chung et al., "Age, chronic non-communicable disease and choice of traditional Chinese and western medicine outpatient services in a Chinese population," *BMC Health Service Research* 9, no. 207, (2009).

240 東華三院：《成立中西醫結合服務團隊 廣華醫院提供最全面中西醫住院病人服務》，2011 年 11 月，網址：<https://www.tungwah.org.hk/newsletter/> 成立中西醫結合服務團隊 - 廣華醫院提供最全面中 / [於 2019 年 1 月登入]。

241 立法會衛生事務委員會：《中醫醫院發展及提供資助的中醫藥服務》，2018 年 12 月 17 日，立法會 CB(2)423/18-19(04) 號文件。

242 在 2017 年，私營中醫師每宗門診個案之平均賬面金額為 416 元，高於普通科醫生的 293 元。香港保險業聯會只提供團體保單數字而沒有提供個人保單數字，故只能部分反映私營門診金額的概況。資料來源：香港保險業聯會：《醫療索償數據知多少？2017 年醫療索償數據調查》，網址：[https://www.hkfi.org.hk/pdf/medical\\_2017.pdf](https://www.hkfi.org.hk/pdf/medical_2017.pdf) [於 2019 年 8 月登入]。

243 Deborah B. Gardner, "Ten Lessons in Collaboration," *Online Journal of Issues in Nursing* 10, no. 1 (2005), 2.

244 食物及衛生局：《掌握健康 掌握人生》，2008 年 3 月，頁 23，網址：[http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condochealth\\_full\\_chn.pdf](http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condochealth_full_chn.pdf) [於 2019 年 6 月登入]。

劃」）、智友醫社同行計劃及醫教社同心協作計劃（見表 4.2）。<sup>245</sup>

表 4.2：部分醫社協作措施

計劃	合作單位	詳情
長者健康評估先導計劃 <sup>1</sup>	衛生署 非政府機構	2013 年推出，資助長者進行健康評估，旨在及早識別和處理長者健康的風險因素和問題，並推廣「康健頤年」的信息
智友醫社同行計劃	食衛局 醫管局 社署	2017 年推出，支援認知障礙症長者及其照顧者
醫教社同心協作計劃	食衛局 醫管局 教育局 社署 學校社工 綜合家庭服務中心	2016/17 學年設立一個由醫療、教育和社會服務專業人員組成的跨專業溝通平台，為有精神健康需要的學生及其家庭提供支援

註釋：

1. 長者健康評估先導計劃已於 2015 年終止。

資料來源：食物及衛生局及安老事務委員會

### 衛生署長者健康評估先導計劃

4.35. 衛生署長者健康評估先導計劃於 2013 年推出，由衛生署與九間非牟利非政府機構合作<sup>246</sup>，分階段資助約一萬名年滿 70 歲並持有效香港身份證的長者，以自願形式參與以臨床常規為依據（protocol-based）<sup>247</sup> 的健康評估，旨在及早識別和處理長者健康的風險因素和問題，並推廣「康健頤年」的訊息。其中，獨居、從未接受過健康評估或沒有定期接受醫療護理的長者，被列為優先招募類別，即可優先參與此先導計劃。<sup>248</sup>

4.36. 為期兩年的健康評估先導計劃包括三個部分，即基線健康評估、一至兩次的跟進諮詢及推廣健康，主要人員包括醫生、護士、物理治療師、職業治療師及營養師等（見表 4.3）。

245 安老事務委員會：《第九十次會議記錄》，2017 年 2 月 8 日，頁 8-9，網址：[https://www.elderlycommission.gov.hk/sc/download/meetings/Min\\_c\\_90\\_8%20Feb%202017%20\(final\).pdf](https://www.elderlycommission.gov.hk/sc/download/meetings/Min_c_90_8%20Feb%202017%20(final).pdf)；立法會衛生事務委員會：《長者健康評估先導計劃》，2013 年 2 月 18 日，立法會 CB(2)626/12-13(04) 號文件；食物及衛生局：《精神健康檢討報告》，2017 年 3 月，頁 14，網址：[https://www.fhb.gov.hk/download/press\\_and\\_publications/otherinfo/180500\\_mhr/c\\_mhr\\_full\\_report.pdf](https://www.fhb.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/180500_mhr/c_mhr_full_report.pdf) [於 2019 年 6 月登入]。

246 該九間非政府機構為播道醫院、基督教聯合那打素社康服務、柴灣浸信會社區健康中心、保良局、九龍樂善堂、香港聖公會福利協會、東華三院、蕾色園和基督教靈實協會。資料來源：立法會衛生事務委員會：《長者健康評估先導計劃的檢討》，2016 年 6 月 20 日，頁 1，立法會 CB(2)1740/15-16(04) 號文件。

247 此處所指的臨床常規是指計劃的健康評估範圍是根據《香港長者護理參考概覽—長者在基層醫療的預防護理》而訂定的，目的是有系統地檢查和妥善記錄長者的身體功能水平和風險狀況，以便制訂個人預防護理計劃。資料來源：同上。

248 計劃第一階段由 2013 年 7 月 17 日至 2014 年 1 月 16 日止，為期六個月。為符合下列條件的合資格長者提供服務：(i) 沒有接受過健康評估；(ii) 沒有定期接受跟進醫療服務；或 (iii) 獨居；第二階段由 2014 年 1 月 17 日至 2015 年 7 月 16 日止，為期 18 個月，為所有合資格長者提供服務。資料來源：香港審計署：《為長者提供的健康服務》，2014 年 10 月 30 日，頁 23-24，網址：[https://www.aud.gov.hk/pdf\\_ca/c63ch02.pdf](https://www.aud.gov.hk/pdf_ca/c63ch02.pdf) [於 2019 年 6 月登入]。

表 4.3：長者健康評估先導計劃詳情

主要環節	主要內容	主要負責人員
基線健康評估	<ul style="list-style-type: none"> <li>通過進行健康面談、身體檢查（如量度血壓）和化驗測試（如量度空腹血糖），有系統地檢查和妥善記錄長者的身體功能水平和風險狀況，以便制訂個人預防護理計劃</li> </ul>	護士
跟進諮詢	<ul style="list-style-type: none"> <li>第一次跟進會安排在基線評估之後兩個月內進行，由醫生向參與計劃的長者講解評估報告結果，以及為其特別制定的預防性護理計劃，以處理在評估時發現的健康及其他問題（包括提供健康指引 / 輔導、進行所需的額外檢驗、轉介往其他專科醫生 / 專職醫療人員等）</li> <li>如情況需要，非政府機構會在第一次跟進工作之後四個月內安排第二次跟進。這次跟進可以由醫生、牙醫、物理治療師、職業治療師、營養師或註冊護士進行，視乎該長者的需要和基線評估的臨床結果</li> </ul>	<p>醫生</p> <p>醫生、牙醫、物理治療師、職業治療師、營養師或註冊護士</p>
推廣健康	<ul style="list-style-type: none"> <li>針對有關改變生活模式或管理慢性病的健康課題，例如體能活動、健康飲食及營養、體重控制、戒煙、飲酒習慣、防止跌傷、精神健康、口腔衛生、慢性的管理（如高血壓或糖尿病支援小組）</li> </ul>	<p>醫生、牙醫、物理治療師、職業治療師、營養師或註冊護士</p>

資料來源：立法會衛生事務委員會

4.37. 根據健康評估先導計劃，政府會按每名長者以 1,200 元的標準，向參與機構提供資助；每名參與計劃的長者須支付 100 元的費用，可以長者醫療券付費，綜合社會保障援助（下稱「綜援」）受助人士則可豁免收費。每間參與計劃的非政府機構須委派一名獲頒授香港醫學專科學院院士（家庭醫學）或香港醫學專科學院院士（內科）的註冊醫生為臨床顧問。<sup>249</sup>

### 計劃成效

4.38. **高參與度效果理想**：在兩年試驗期內，登記參與健康評估先導計劃的長者共有 7,964 人，計劃的整體參與率約為 80%。檢討結果顯示，91% 參與先導計劃的長者表示對計劃感到滿意，而且大多數人認為計劃有助改善他們的健康。不過，有服務使用者認為，計劃涵蓋的健康評估項目不足，削弱了計劃對他們的吸引力。<sup>250</sup>

4.39. **有助識別潛在病患**：參與計劃並完成基線健康評估的長者中，37% 在血壓、血糖及血脂方面有最少一種首次發現的問題，44% 的長者在完成先導計劃

249 立法會衛生事務委員會：《長者健康評估先導計劃》，2013 年 2 月 18 日，頁 4，立法會 CB(2)626/12-13(04) 號文件。

250 立法會衛生事務委員會：《長者健康評估先導計劃的檢討》，2016 年 6 月 20 日，頁 2-3，立法會 CB(2)1740/15-16(04) 號文件。

後需要進一步的跟進諮詢 / 轉介服務。有提供服務的非政府組織認為，即使此計劃與衛生署轄下長者健康中心的服務相近，但此計劃可有效接觸有需要 / 隱蔽的長者。另外，優先招募類別的長者中，首次發現上述健康問題的佔 39%，相較不符合任何優先招募條件的長者的 31% 為高，反映此計劃有助屬優先甄選類別的長者，透過評估發現及處理潛在或未知的健康風險。<sup>251</sup>

4.40. **醫社合作加強介入**：在計劃下，社工會以個案管理模式跟進，並針對「非醫療原因」作介入，例如聯繫長者及善用坊間資源，為長者提供陪診或交通接送等。透過利用醫社雙方資源，從而了解到除經濟問題外，部分長者抗拒接受身體檢查或醫療跟進的原因，包括交通問題、乏人陪伴、言語不通及心理障礙。<sup>252</sup>

4.41. **服務重疊資源浪費**：雖然計劃有效識別高健康風險的隱蔽長者，但有超過 70% 曾經參與先導計劃且正在輪候長者健康中心服務的受訪長者表示，會繼續使用長者健康中心的服務，反映非政府機構在社區層面推動基層醫療服務時，若未能與公營機構協調，或會出現資源重疊而引致浪費。<sup>253</sup>

### 地區康健中心

4.42. 為推進社區為本的基層醫療健康服務，食衛局在葵青區設立嶄新運作模式的地區康健中心，向區內提供服務的機構和醫療人員購買服務、統籌和協調不同醫護界別；並因應試點計劃的經驗，逐步設立其他地區康健中心。<sup>254</sup> 該中心的資助模式，是由政府支付租金、採購及安裝所需設備費用，負責營運的非政府機構則承擔中心其他營運成本及基礎設施費用。<sup>255</sup> 地區康健中心將因應該區需要和特色，透過地區網絡向區內其他私營機構和醫護人員購買服務，例如健康檢查、中西醫療、護理、專職醫療及社工服務（詳情請參閱第六章）。<sup>256</sup>

4.43. 由此可見，地區康健中心集合了前述三種協作要素（見圖 4.4），即由公營和私營、中醫和西醫、醫療和非政府機構提供共同護理服務。<sup>257</sup> 中心的運作模式，是由當區或鄰近地區的私家醫生向居民提供獲資助的服務，因此當局可汲取門診協作計劃經驗，吸引更多單獨執業的私家醫生參與，並在行政手續、服務基建上繼續支援私營服務提供者。此外，地區康健中心與醫管局的協作仍然有限，

251 立法會衛生事務委員會：《長者健康評估先導計劃的檢討》，2016 年 6 月 20 日，頁 3，立法會 CB(2)1740/15-16(04) 號文件。

252 香港聖公會福利協會有限公司：《長者健康評估先導計劃》，網址：<http://www.cmsn.org.hk/Site/portal/Site.aspx?id=A73-3586&lang=zh-TW> [於 2019 年 6 月登入]。

253 立法會衛生事務委員會：《長者健康評估先導計劃的檢討》，2016 年 6 月 20 日，頁 3，立法會 CB(2)1740/15-16(04) 號文件。

254 立法會衛生事務委員會：《食物及衛生局施政措施 食物及衛生局局長發言稿》，2017 年 10 月 16 日，頁 1-2，立法會 CB(2)69/17-18(01) 號文件。

255 立法會衛生事務委員會：《葵青區地區康健中心》，2018 年 7 月 16 日，立法會 CB(2)1864/17-18(01) 號文件。

256 立法會衛生事務委員會：《葵青區地區康健中心試點計劃》，2018 年 7 月 16 日，立法會 CB(2)1787/17-18(02) 號文件。

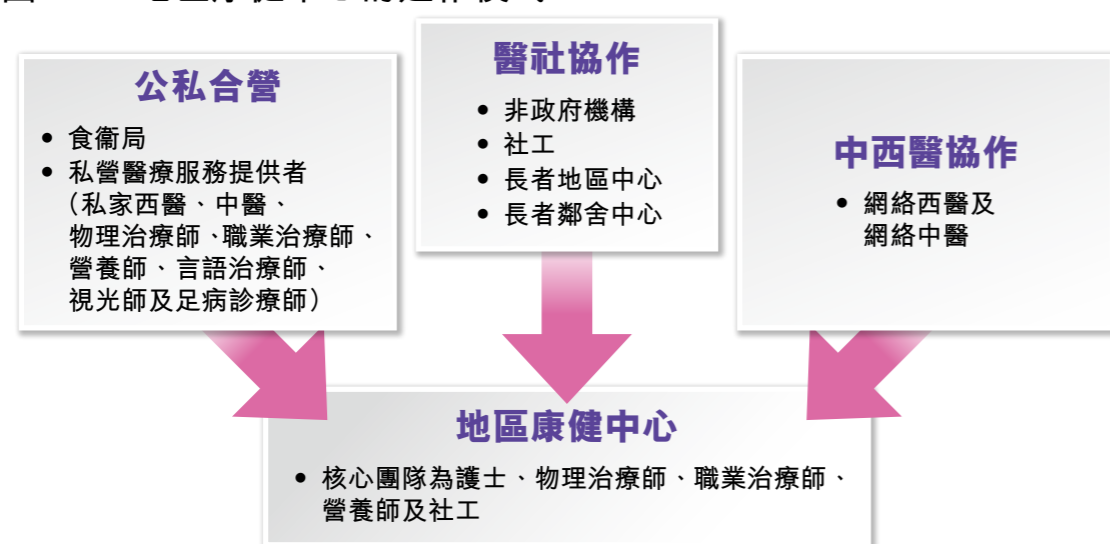
257 葵青安全社區及健康城市協會：《葵青區地區康健中心》，網址：<https://ktschca.org.hk/ktdhc/> [於 2019 年 8 月登入]。

根據招標文件，醫管局可轉介病人至地區康健中心接受復康護理，但地區康健中心未必能有系統地轉介有需要的病人至醫管局的服務<sup>258</sup>，可見公私營協作需要縱向（專科及醫院）及橫向（不同基層醫護人員）的有效協調。

4.44. 在中西醫協作方面，轉介和交流機制的建立是其成功關鍵之一。地區康健中心服務網絡內<sup>259</sup>將最少設有10名西醫及10名中醫。有別於中西醫先導計劃，這些醫護人員不會在同一地點提供服務，故在為病人提供治療及照顧服務時，協作方式對於中西醫間的互相理解、協調與統籌將更具挑戰性。在缺乏清晰轉介指引及資訊流通的情況下，中西醫在社區醫療服務上的協作將受更大掣肘。前述的中西醫先導計劃的實施情況，說明中西醫間需有充分溝通及平等的交流平台。故此，如何汲取在中西醫先導計劃方面的經驗，制訂日後營運模式的基礎，以及長遠發展方向，包括將服務擴展至更多病種及應用於地區康健中心，將備受考驗。

4.45. 醫社協作亦是地區康健中心的另一重要元素，面對社區不同的醫護服務提供機構，地區康健中心應負責整合及協調的角色，支援非政府機構，共同為區內居民提供護理服務，避免資源及服務重疊。同時，地區康健中心亦應與社區機構保持緊密聯繫，透過地區組織的協助，識別社區的潛在病患以加強非醫療形式的介入，提升市民的健康意識及改善居民的整體健康。

圖 4.4：地區康健中心的運作模式



資料來源：葵青安全社區及健康城市協會

258 Food and Health Bureau, "Tender for the Provision of Services to Operate the Kwai Tsing District Health Centre," (2018).

259 服務網絡指當區以及鄰近地區的服務範圍，以葵青區地區康健中心為例，其服務網絡的中西醫可來自葵青、荃灣、沙田及深水埗區。資料來源：Ibid, 6.

## 小結

4.46. 本港基層醫療健康服務發展的阻力之一，是地區層面缺乏協調各服務單位的系統，導致基層醫療服務的功能分散於不同界別，就此，當局推行公私營及中西醫協作計劃，統籌地區上的醫護人員，同時，由於基層醫療健康所涵蓋的不只是治療疾病，亦包括促進健康及預防疾病等，而這些均不能單靠中西醫等專業醫護，需要透過地區組織，特別是社福界參與協作，才能提供全面的預防護理服務。因此，當局亦推行醫社合作模式，由社福界別協助市民解決「非醫療原因」影響的健康問題。

4.47. 地區康健中心的成立，其一重大意義是有望在地區層面協調各服務單位，將散落在不同界別的社會資本，如醫護人員、非政府組織、區議會、義工團體及慈善機構凝聚一起，共同提供緊貼社區所需的基層醫療健康服務。故此，若能搭建有效的地區健康平台以及中央電子平台，有系統地協調並整合各項計劃，甚至聯繫醫管局的專科和醫院服務，可令資源運用更具效率，從而建構一個覆蓋全民的「醫福社」社區健康網絡，紓緩現時公營醫療系統的壓力。

4.48. 綜上所述，政府在推動跨界協作模式雖有一定成果，惟各項計劃均顯示溝通協作機制有待加強及改良，因此政府在發展混合三種協作模式的地區康健中心時，應考慮設立溝通協作常規，與其他持份者建立互信，讓各界別均能在協作中得益，共同為市民提供全面及持續的基層醫療健康服務。