

治未病
之病

發展香港 基層醫療健康服務

2019年9月

智
B

智經研究中心

Bauhinia Foundation Research Centre

研究摘要

香港人口日益高齡化，慢性病患者增加，導致以醫院服務為核心的醫療服務，負擔與日俱增。這一方面反映社區的服務設施未完全切合市民需要、服務供應量尚有不足；另一方面亦反映市民未有完全意識「治未病」的重要性，仍需鼓勵市民主動預防疾病，養成健康的生活習慣。

2. 要達至「人人健康」的理想，香港需要以革新思維推動基層醫療。基層醫療健康是個人和家庭在醫療護理過程中首個接觸點，服務主張全面護理，不僅限於治療工作，同時亦注重健康促進、疾病預防及慢性病護理。其特點在於嘗試將醫療服務模式的重心由醫院轉移至社區，整合地區資源，促進跨專業協作，使人民不論貧富，均可享有基本的醫療健康服務，實現全民健康覆蓋。

3. 早於 1978 年，世界衛生組織已發表《阿拉木圖宣言》，正式推動基層醫療，其理念可簡單歸納為「健康不是奢侈品」；全民健康的責任，須由政府、醫護人員和市民共同承擔。政府有責任為大眾於社區內提供適切的服務設施和足夠資源，協助市民建立可持續的健康生活習慣；市民亦應為自己的健康負責，增強防患於未然的意識。

4. 自 1990 年代至今，政府一直嘗試推展基層醫療服務。由構思服務發展方向，建構健康系統，至近年逐步推出基層醫療健康措施，政府不斷調整策略及改善服務，引導公眾使用社區的醫療健康設施。

5. 然而，經過近 30 年的努力，醫療服務範式轉移仍然舉步維艱。在 2017 年《施政報告》中，政府明確指出本港依然欠缺社區為本、覆蓋全民的預防護理服務，並公布將在葵青區試行地區康健中心的服務模式。此乃基層醫療健康理念得以落實的契機。中心定於 2019 年 9 月開幕，預期將能逐漸加強社區參與，並將資源轉移至地區及私營服務提供者，長遠減少公營醫院服務的負擔，避免只重治療，忽略預防的重要性。

6. 有見及此，智經研究中心（下稱「智經」）期望藉是次研究，審視香港基層醫療健康服務的現況與發展，剖析當中的挑戰和障礙，從而探討如何完善地區康健制度，提出短中長期政策建議，藉此為本港基層醫療健康服務勾劃一套全面的發展策略。

7. 是次研究，團隊從參考國際文獻，對照本港對基層醫療健康理念的演繹，建構六項評估原則作為分析框架，包括（一）服務全面（All-embracing care）；（二）跨界協作（Alliance and cross-sectoral collaboration）；（三）質素保證（Quality Assurance）；（四）可及互通（Accessibility）；（五）健康意識（Awareness and empowerment）；以及（六）監管有道（Accountability），簡稱為「6-A」原則。評估原則旨在有系統地討論香港基層醫療健康服務的不同面

向，從而提出影響發展有關服務的關鍵因素及障礙，探討發展服務的可行方案。

8. 綜觀國際及本港基層醫療健康服務的發展歷程，該服務的核心價值，在於以社區為單位、以市民為中心和以健康為目標。是次研究發現，要建立一個全面、可提供持續護理的地區康健系統，重點在於賦權予社區、醫護團隊及市民個人。研究亦歸納出發展本港基層醫療健康服務的四個關鍵因素：（一）醫福社界別的有效協作；（二）高水平的自我保健意識；（三）具質素的基層醫護團隊；以及（四）電子病歷的廣泛使用。然而，要達致以上關鍵，各界須協力克服四項主要障礙。

9. 智經在整合服務資源、提升健康意識、建構醫護人手及促進資訊互通上，提出四項可於短中期落實的建議；亦就完善評估及監管機制，提出兩項長期建議；以及因應地區發展所需，提出各項配套措施，期望完善社區為本的基層醫療健康發展模式。

短中期建議（5至10年）

障礙一：服務資源有待整合 團隊協作未臻成熟

10. 基層醫療健康服務講求跨界協作，包括醫護、福利界、社區組織等。不過現時各社區並無協調機制整合服務資源，以致社區資本分散，義工等潛在力量未能盡用。跨專業協作有助推動地區基層醫療健康護理，然而團隊成員的分工、責任承擔以至協作模式，仍需釐清，避免各專業人員工作出現衝突或權責重疊。

建議一：整合各方服務資源 促設地區康健網絡

11. 現時基層醫療健康服務由衛生署、醫管局、私營醫療及社福組織等機構分別提供，缺乏統籌和協調，導致服務零碎重複。智經建議政府建立地區康健網絡，整合和協調社區服務資源，以便市民使用服務及獲取資訊。地區康健網絡可與醫管局專科和醫院服務聯繫，促成協同的醫療服務體系；同時可藉中央電子平台，統籌區內各項基層醫療健康服務，並發放相關資訊。

障礙二：預防疾病意識不強 健康推廣成效不彰

12. 不論男女、老幼、貧富，人人均需了解自己的健康狀況，注重健康生活的模式。由個人保健知識，以至患病時的治療方案，人人都應為自己健康負責。在教育普及化下，愈來愈多市民能掌握基本、甚至較深入的保健資訊。醫生和護士亦逐漸習慣向病人解釋病情細節，較少採用單向或權威式的溝通模式。

13. 了解保健資訊的能力，最終須轉化成行為，才有實效。以檢查身體為例，本港多數市民均無定期接受檢查的習慣。衛生署為特定群組推行的健康服務，如學生和婦女，參與情況亦欠理想。原因可能是市民不了解相關服務，或認為無

必要使用服務。長遠而言，市民培養健康意識，並能知行合一，才能善用基層醫療健康基建。

建議二：推行「321：一人一檢」個人化計劃 一站式驗身促全人護理

① 免費檢查

14. 有鑑於本港市民預防疾病的意識較薄弱，以及缺乏一站式基層醫療護理，智經建議推行「321：一人一檢」個人化計劃，由地區康健中心統籌執行，讓45歲及以上市民毋須付款，即可接受個人化的健康檢查服務，內容涵蓋血壓、血脂、血糖（三高）風險檢查、大腸癌和子宮頸癌（兩癌）篩查及流感疫苗接種服務（一疫苗）。檢查身體有助識別較高風險者，及早發現並介入，且能培養市民主動預防疾病的意識。這項計劃針對本港普遍的慢性病，期望市民在醫護人員引導下，改善生活習慣，減低患病風險。

15. 若市民接受上述檢查後，需要進一步跟進，智經認為政府可推出「社區持續護理計劃」，按需要資助市民使用私營醫療服務，善用社區資源，例如社區內的家庭醫生。合資格長者則可使用醫療券支付相關額外費用。

② 配對資助

16. 45歲以下市民若能及早使用基層醫療健康服務，將有助預防慢性病。智經建議政府設立「配對資助試驗計劃」，將上述「一人一檢」個人化計劃的成本費用，由政府和市民分攤，例如以1：1的比率進行配對付款。市民可於地區康健中心或社區內參與計劃的私家診所接受檢查，評估特定慢性病風險及是否需要進一步跟進。此舉有助將健康檢查服務擴闊至各年齡層，亦有助灌輸共同承擔之概念，強調市民的責任。

障礙三：缺乏資源和制度支援 不利家庭醫學和社區護理發展

17. 基層醫療團隊由不同專業的醫護及相關支援人員組成，然而各項專業現時的人手及培訓，未必切合社區所需。在發展家庭醫學方面，社區和私營界別缺乏培訓資源，醫生接受家庭醫學訓練的意欲亦不高。護理系學生和公立醫院護士則指，社區護理工作雖得到認同，但發展前景不明確，使護士卻步。若缺乏資源和制度上的支援，社區將難以吸納具質素的醫護人員提供基層醫療健康服務。

建議三：增撥資源發展家庭醫學 建立社區護理發展階梯

18. 家庭醫生是市民健康的「守門人」，能提供全面、全人、持續及預防性的基層醫療護理。但由於欠缺資源和誘因，現時不少醫生未能接受與基層醫療或家庭醫學相關的培訓。智經建議當局增加持續進修的誘因，鼓勵更多醫生接受家庭醫學方面的訓練，以及在社區內提供更多與基層醫療健康相關的導引課程及

持續進修活動。培訓內容可包括以人為本的護理、提升病人促進健康和疾病治理的能力，以及醫患溝通技巧，藉此提升醫生專業水平，從而提高基層醫療健康服務的效率和質素，促進市民與家庭醫生之間的信任。

19. 適切培訓和清晰定位有助發揮護士在基層醫療健康服務方面的潛能。現時醫療體系中，護理人員的職業發展階梯集中於醫院，不利社區吸納護理人才。智經建議當局為護理人員建立清晰的社區發展階梯，為社區護理人員的資歷和經驗制訂標準，並將臨床技能、領導才能等納入晉升考量，以提升社區護理人員的認受度；同時確保社區內有彈性的聘任安排，吸引並挽留資深護士，尤其是希望半職工作或原區就業的護士，令基層醫療健康服務有充足及高質素的護理人手。在培訓機制上，當局應確保培訓場所涵蓋社區和醫院，並以旋轉門形式，鼓勵護士在不同工作崗位吸收經驗：在醫院持續接受臨床培訓，在社區應用基層醫療知識，促進社區和醫院人才互通。

障礙四：醫健通參與欠理想 窒礙病歷資訊互通

20. 穩妥易用的資訊基建平台，有助提供持續與連貫的基層醫療健康服務。然而目前醫健通的參與情況未如理想。市民對醫健通缺乏認識，亦未能輕易查閱當中的個人健康紀錄，故此欠缺動力登記加入；醫生則因未能掌握運作詳情、技術障礙或缺乏誘因而不熱衷登記。

建議四：訂明要求參與醫健通 促使病歷資訊三方互通

21. 現時僅有三分之一的私家診所登記參與醫健通，已登記的亦可能因技術障礙而未能上載病人病歷，使公私營紀錄難以互通。市民登記比例約一成半，尚有大量推廣空間。智經建議當局革新醫健通的自願參與形式，在公私營醫療協作計劃中，訂明參與的服務提供者和使用者均須登記醫健通，以提升參與率。而為確保參與機構能有效連接及簡便地互通病歷資訊，當局應加強硬件和軟件的支援，提升私家診所上載及更新資料的能力。

22. 醫健通要發揮作用，有賴公私營機構和市民三方參與。為增強市民和私營診所的信心，智經建議衛生署和電子健康紀錄統籌處加強改革工作，在四方面引入完善機制，包括網絡安全、通報機制、數據善用及推廣策略，確保病歷妥善管理；針對不同年齡群組及機構，主動推廣；同時建立數據庫，深入研究，以協助公共衛生決策。長遠可考慮推動數據信託機制，將醫療資料以安全、公平、合乎道德的方式，交由第三方或獨立組織管理。

長期建議（10 年以上）

建議五：質量並重完善評估制度 助監察服務成效

23. 政府在《邁向 2025 計劃》中制訂了具體目標，旨在 2025 年或之前改善非傳染病的情況。智經認為當局應將制訂量化指標的策略，延伸至市民求醫行為上，藉此全面監察健康教育之成效。例如統計「減低非必要住院及醫護程序」的數據，即跟進接受地區康健中心服務的市民，於接受服務前後，在非必要情況下使用急症室或住院服務的情況有否改善；另就服務使用經驗及滿意度進行評估。在推廣家庭醫學方面，政府亦應定期調查擁有家庭醫生的人口比例，甚至定下「一人一家庭醫生」的長遠目標，以清晰檢視措施成效，有助對症下藥。

建議六：成立「基層健康管理局」 獨立監管基層醫療健康服務

24. 未來地區康健中心將以公私營合作模式營運，由於監管公營和私營機構的制度設計不同，政府需制訂一套全面的質素保證框架，確保公私營機構均受到嚴謹的監管評核。短中期內，基層醫療健康辦事處應借鑑葵青康健中心的經驗，完善地區基層醫療健康服務質素的評估機制。長遠而言，政府可提升基層醫療健康辦事處的職能與權責，立法成立「基層健康管理局」，獨立監管由不同機構營運的基層醫療健康服務，並督導其發展。

配套措施建議

25. 除了以上措施，智經亦從醫社合作、團隊建設、平台推廣及意識行為四方面提出相應配套措施，包括（一）推廣「時間銀行」，吸引居民以義工服務換取健康護理服務；（二）制訂「團隊協作手冊」及「團隊自評機制」，協助建構團隊以釐清權責、促進團隊溝通與合作；（三）檢視《基層醫療指南》定位，建立更實用多元的醫護人員電子名冊；以及（四）引入「流動檢康車」，巡迴社區提供基本檢查及健康和教育和推廣，期望藉此緊貼地區發展所需，進一步完善基層醫療健康發展網絡。

結語

26. 時至今日，基層醫療健康的概念已漸受各界認同。政府亦逐步將理念化作政策，陸續在全港 18 區設立地區康健中心，反映政府銳意發展地區為本的基層醫療健康服務，將服務重心由「醫病」轉至「醫人」，包括：由「治療」轉至「預防」、由「專科及醫院服務」轉至「社區護理」，以及由「專業主導」轉至「市民與跨專業團隊共同商議」，徹底改變市民的求醫習慣。政府亦應在現行醫院撥款機制外，預留充足及適切的資源配合社區健康服務的提供，地區醫護人手和支援人員的培訓，以及地區康健中心的持續運作。

27. 基層醫療健康是醫療體系重要一環，投放數以十億元計的資源至社區預防護理服務，未必立竿見影，但其帶來的長遠社會效益，包括建立持續醫患關係、促進社會互助互信及減少健康不平等，均非量化指標所能簡單反映。因此，將資源投放至社區，並非貶低醫院服務的價值，而是藉強化社區，使醫院社區相輔相成，建立整全醫療體制之策。

28. 健康從來無價，當人生七十不再「古來稀」時，長壽之餘，人人都嚮往健康且有質素的生活。香港的醫療服務看似唾手可得，但市民與健康生活依然相距甚遠。當中可歸因於社會對基層醫療健康重視不足，亦因健康的涵義甚廣，居住環境、食水安全、空氣污染及生活壓力等均息息相關。健康的概念知易行難，各界需攜手合作，多管齊下，方能達至人人健康的願景。