

新聞稿

2019年9月10日

推展 5**的基層醫療健康服務 減輕醫療體系壓力

智經研究中心（智經）今日發表《治未病之病：發展香港基層醫療健康服務》研究報告，透過剖析發展香港基層醫療健康時遇到的障礙與挑戰，探討如何完善相關服務。

本港的慢性病問題令人憂慮，2016 / 17 年平均每 10 人約有 3 人患慢性病，而由於 45 歲及以上患者比例會隨年齡增長而明顯上升，慢性病患者的持續護理需求，只會隨着人口高齡化而增加。本港醫療體系分三層，第一層是基層醫療，是市民與醫護制度的首個接觸點，而第二層及第三層則是專科及醫院護理服務。做好預防性護理，有助患者獲得最切合所需的醫療服務。

智經根據公立醫院數字粗略估算，2017 年至少有 4 萬人次（如患高血壓、糖尿病、流行性感冒）可避免住院。正所謂「上工治未病，不治已病」，發展全面的基層醫療健康服務，讓慢性病患者留在社區治理，免於動輒到醫院求診，才是回應社會迫切需求之策。智經理事及研究召集人李國棟醫生說：「相比起為患者治病，加強預防護理，更能促進市民健康。將『醫院治療』為重心的固有模式轉移至『社區護理』，長遠而言，能紓緩公立醫院爆煲的情況。故此，是次研究希望可以強化基層醫療健康服務，透過短中長期的政策建議，為本港建立更為整全的社區預防護理服務，讓社區與醫院服務發揮相輔相成之效。」

發展基層醫療健康服務的四大關鍵因素及障礙

政府自 90 年代起一直推展基層醫療，不過至今近 30 年，進展仍舊龜速，在具體落實措施層面，明顯心有餘而力不足。智經透過收集資料數據及與醫護、社福等界別的代表、服務使用者深度訪談，歸納出**發展基層醫療健康服務的四項關鍵因素及主要障礙**：

關鍵因素	主要障礙
1. 醫福社界別的有效協作	預防護理服務零散，缺乏機制協調醫福社資源，跨專科基層醫療團隊服務的分工、責任釐清及溝通協作未臻成熟
2. 具質素的基層醫護團隊	社區缺乏資源及制度支援，不利家庭醫學和社區護理發展，亦未能鼓勵醫生及社區護士深造基層醫療的知識及技能，成為提供全面及持續護理的障礙
3. 電子病歷的廣泛使用	市民對「醫健通」缺乏認識，私營醫療機構參與亦欠理想。病歷未能互通，不利市民管理健康，也造成不必要的檢查和治療

4. 高水平的自我保健意識	市民自我健康管理及防病意識不足，健康推廣成效不彰，使市民求醫態度和行為未能改變
---------------	---

智經認為這些都是政府及地區組織需要一起跨越的欄架，研究團隊整合分析後，提出了短中長期共七項政策建議及四項配套措施，當中**四個主要政策建議**的詳情如下：

短中期階段（5 至 10 年）

（一）推「321：一人一檢」個人化計劃 資助市民接受預防護理

盡早鼓勵市民培養預防保健的習慣（如定期檢查身體），有助識別健康風險，減少因罹患慢性病而早逝的風險。然而，2014 / 15 年度本港定期接受身體檢查的人口僅佔 37.6%，反映大部分市民未有定期檢查身體。智經建議整合現行零散的健康檢查服務，推行「321：一人一檢」個人化計劃，提供一站式預防護理。此計劃由地區康健中心負責統籌，內容涵蓋「三高兩癌一疫苗」（321 項目），即血壓、血脂、血糖、大腸癌及子宮頸癌的相關檢驗，以及流感疫苗接種服務，增加市民無病防病、有病早治的健康意識。

智經建議讓 45 歲及以上的參加者在醫生建議下，免費使用 321 項目的服務，讓較高風險的市民及早識別疾病，盡早接受治理。考慮到診斷後若需治療將涉及額外費用，智經認為政府可推出「社區持續護理計劃」，協助有需要的市民接受跟進或治療，並參照現行篩查計劃的資助模式，為合資格人士釐定資助金額和上限。此外，為鼓勵較年輕人士及早做好自我健康管理，政府可考慮推出「配對資助試驗計劃」，例如 45 歲以下人士在醫生建議下接受 321 項目服務時，政府可採用「一對一」的配對比例資助市民，增加他們接受定期體檢的誘因。

（二）增撥資源發展家庭醫學 建立社區護理發展階梯

家庭醫生具備提供全面、全人、持續、及預防性的基層醫療護理的專業知識，可在社區擔當「健康守門人」的角色，但現時社區和私營界別均缺乏培訓資源發展家庭醫學，醫生接受家庭醫學訓練的意欲不高。為鼓勵更多醫生接受家庭醫學的訓練，智經建議政府增加持續進修的誘因，增撥資源在社區舉辦更多與基層醫療相關的導引課程及活動，藉此提升醫生專業水平，提高服務效率和質素，增添市民對家庭醫生的信任。

有護理界代表向智經反映，現時社區護士職位零散，沒有編制，專業發展前景不明朗。而缺乏資源和制度支援，不利於社區吸納護理人才。當局可按社區護理人員的專業培訓及資歷認可制訂劃一標準，建立清晰的護理職級；社區護理階梯宜與醫院護理職系掛鉤，以旋轉門形式，促進社區與醫院護理人才雙向流通。各地區亦可按其所需，彈性地提供全職或半職工作崗位，以及盡量安排護理人員原區就業，以釋放潛在護理人才於社區服務。

（三）革新醫健通自願參與形式 加快實踐「病歷跟人走」

在深度訪談中，醫護人員和公眾均認同必須加強電子病歷在公私營機構和市民之間互通。惟現時仍有三分二的私家診所尚未連接到醫健通，參與情況未如理想。在市民層面，截至今年 6 月底，約 106 萬名病人已登記醫健通，佔全港人口約 14%，尚有大量推廣空間。智經建議當局要求所有參與公私營醫療協作計劃的服務提供者和使用均須登記醫健通，進一步提升參與率；同時加強技術支援，確保私家診所便於連接及上載病歷資料至醫健通系統。

長期階段（10年以上）

（四）成立「基層健康管理局」 加強政府監管角色

現時，基層醫療健康服務欠缺統一的監管與評估制度，亦未有專責機構處理相關工作，而公私營醫療服務提供者受不同的制度監管，不利兩者協作。考慮到地區康健中心將以公私營和醫社合作模式營運，智經認為，基層醫療健康辦事處可在葵青康健中心汲取經驗，制訂一套全面的質素保證框架，以監管和評核公私營機構提供的基層醫療健康服務。此外，該辦事處應完善評估的程序，如編制評估時間表及資訊公布的安排，將基層醫療健康服務的評估工作系統化。

長遠而言，政府可考慮提升基層醫療健康辦事處的職責，成立「基層健康管理局」，以法定組織的形式監督基層醫療健康服務及發展，獨立監管及評估各營運者的服務，並制訂針對社區護理的法定監管程序、行政管理安排和質素評估制度。智經建議該管理局可隸屬食物及衛生局，並獲政府獨立財政撥款，以有效規劃和控制基層醫療健康服務的財政預算和資源分配。

四大配套措施應地區所需 編織基層醫療健康發展網絡

智經亦提出四項配套措施，勾劃具體且可行的策略方向和行動方案，包括：

1. **義工參與**：地區康健中心可採用「時間銀行」的策略動員民眾參與義務工作，當區居民可透過儲蓄義工時數，換取健康護理服務。康健中心亦可安排專業人士向社區義工提供培訓，如基本血壓檢查技巧，讓居民助人之餘亦可加強自我保健意識；
2. **團隊協作**：為團隊協作模式編制手冊，讓參與機構及跨專業醫護團隊掌握成員的分工及角色，更有效地發展符合當區所需的服務。另設團隊自我評估機制，並在地區康健中心試行，讓團隊成員可因應服務及協作情況回饋意見；
3. **善用指南**：審視《基層醫療指南》定位及其未被善用的原因，策劃未來發展方向。除載列醫生名冊外，可考慮增加功能（如設網上預約），提高實用性及資訊性，吸引市民大眾及醫護人員使用；及
4. **健康放送**：引入「流動檢康車」，提供基本健康評估、健康諮詢和教育推廣等檢查和健康服務，以加強社區外展工作，灌輸疾病預防知識。

李醫生總結說：「整合社區資源固然是改革關鍵，但政府必須在資源上全力支持。在現行醫院撥款機制外，政府須預留充足的財政撥備，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。這樣才能為全速推進基層醫療健康服務發展建立穩定基礎，否則改革之路只會流於空談。投放資源於社區預防護理服務未必會立竿見影，但帶來的社會效益卻是可持續的。智經盼望社會大眾逐漸改變對醫療健康服務的期望，讓個人、家庭、企業、社會及政府共同承擔健康責任，避免公營醫療服務不勝負荷。」

如欲了解更多資訊，請瀏覽報告的專題網頁 (<http://phc.bauhinia.org>)。