

基層醫療健康藍圖

附篇



中華人民共和國香港特別行政區政府
醫務衛生局

目錄

醫務衛生局局長序言	3
前言	4
基層醫療健康發展督導委員會成員	5
行政摘要	6
重點建議	14
我們對基層醫療健康系統的願景	15
第1章 - 香港的醫療健康挑戰	16
第2章 - 建立社區基層醫療系統	26
建議2.1: 發展以地區為本、家庭為中心的社區醫療健康系統	
建議2.2: 透過私營基層醫療界別加強慢性疾病管理	
建議2.3: 檢視普通科門診服務的定位	
行動計劃	
第3章 - 加強基層醫療服務管理	46
建議 3.1: 設立基層醫療署	
建議3.2: 為基層醫療專業人員制定護理標準	
建議3.3: 建立實證為本的基層及第二層醫療雙向轉介機制	
行動計劃	
第4章 - 整合基層醫療健康資源	62
建議4.1: 資助慢性疾病篩查及管理	
建議4.2: 重新分配基層醫療健康資源: 長者醫療券	
建議4.3: 重新分配基層醫療健康資源: 策略性採購	
建議4.4: 為基層醫療健康服務提供土地資源	
行動計劃	
第5章 - 規劃基層醫療人手	76
建議5.1: 增加基層醫療專業人員供應	
建議5.2: 加強對醫療專業人員的基層醫療培訓及強化跨專業服務模式	
建議5.3: 加強中醫師及中醫藥在基層醫療健康服務中的角色	
建議5.4: 加強專職醫療人員和社區藥劑師在基層醫療健康團隊中的角色	
行動計劃	
第6章 - 改善數據互通及健康監測	86
建議6.1: 加強「醫健通」作為醫療協調和健康監測的把關和轉介工具	
建議6.2: 推廣「醫健通」作為個人健康戶口	
建議6.3: 以數據支持政策制定	
行動計劃	
第7章 - 成功的基層醫療健康系統	96

行動計劃一覽表	98
參考資料	104
簡稱一覽表	106
辭彙	107
附錄 A – 香港目前的醫療系統	116
附錄 B – 選定地區的基層醫療健康系統	124
附錄 C – 香港基層醫療健康服務的發展	135

醫務衛生局局長序言

香港建立了一個高效的雙軌醫療系統，以極高的專業水平提供多層醫療健康服務。然而，面對人口老化、慢性疾病日益普遍及醫療需求增加帶來的壓力，若沒有根本性的改革，公營醫療服務超負荷所帶來服務輪候時間過長的問題，只會進一步惡化。



過去三年，2019冠狀病毒病疫情突顯了社區上強大的基層醫療健康基建及人手的重要性，亦進一步暴露及加重了慢性疾病的醫療負擔及社會成本。穩健的基層醫療健康系統是抵禦一系列潛在公共衛生危機的重要防線。

常言道「預防勝於治療」。政府致力提升以地區為本的基層醫療健康服務，扭轉現時「重治療、輕預防」的醫療體制和觀念。我們很高興在全港各區設立地區康健中心的計劃已逐步落實。

政府決心應對人口老化及慢性疾病病患率上升帶來的醫療健康挑戰。本藍圖旨在針對香港醫療系統的服務提供、管治、資源、人手及科技等範疇，以期制定出有助提升全民健康、提高市民生活質素的基層醫療健康系統發展路線圖。

我們深信本藍圖提出的建議將引導我們醫療系統的發展方向，讓我們能維繫一個可持續和健康的系統，在未來數十年支持每位香港市民。我們期待與您攜手將香港建設為更健康的社會。

在制定本藍圖的過程中，基層醫療健康發展督導委員會各委員全面分析基層醫療健康系統的結構狀況，並向政府提出具建設性及寶貴的建議，實在貢獻良多，我謹此向各委員致以衷心謝意。

醫務衛生局局長

盧寵茂教授，BBS，JP

前言

基層醫療健康發展督導委員會（督導委員會）於2017年11月成立，為香港基層醫療健康服務制定可持續發展藍圖（藍圖）。督導委員會由不同公私營界別的基層醫療健康專家組成，從人力和設施配套、夥伴模式、社區參與、規劃和評估架構以及策略制定等範疇，就基層醫療健康服務的發展提供建議，以制定本藍圖。隨着地區康健中心的服務逐步擴展至全港18區，督導委員會探討了地區為本基層醫療系統的發展及服務合作。

本藍圖乃根據督導委員會的建議而制定。

基層醫療健康發展 督導委員會成員

主席

醫務衛生局局長

非官方委員 (按姓氏筆劃序)

朱恩中醫師 (由2017年12月1日至2020年11月30日)

李國棟醫生

沈豪傑先生

林正財醫生

林露娟教授

梁卓偉教授

陳永光教授 (由2020年12月1日起)

曾永康教授

黃仰山教授

黃金月教授

趙國亮先生

蔡海偉先生

官方委員

醫務衛生局常任秘書長

勞工及福利局常任秘書長 (或代表)

衛生署署長 (或代表)

民政事務總署署長 (或代表)

醫務衛生局基層醫療健康專員 (或代表)

醫院管理局行政總裁 (或代表)

醫院管理局總護理行政經理 (或代表)

行政摘要

基層醫療健康是個人及家庭在持續醫療流程的第一個接觸點，為市民在居住及工作的社區提供便捷、全面、連貫、協調及以家庭為中心的護理。完善及全面的基層醫療系統能在社區層面管理、維持及提升市民健康，組成醫療服務金字塔的基礎及平台，亦為醫院及醫療機構第二層和第三層專科醫療服務把關。在運作良好的醫療體系中，基層醫療健康往往是最關鍵的組成部分。

2. 香港基層醫療服務的發展可追溯至基層健康服務工作小組在1990年發表的《人人健康，展望將來》報告書。報告書肯定基層醫療的重要性，並提出102項發展建議，為日後基層醫療政策發展提供指引，當中不少建議沿用至今。隨後多年，政府發表了多份諮詢文件，包括2008年的《掌握健康，掌握人生——醫療改革諮詢文件》和2010年的《香港的基層醫療發展策略文件》。
3. 歷次醫療改革諮詢中，加強基層醫療一直是廣受認同的重點議題和普遍共識。有關改革諮詢一直強調促進基層醫療健康的迫切性和重要性，以應對在人口迅速老化下，不斷增長的醫療服務需求和過度負荷的公營醫療服務。在提供醫療健康服務方面，尤其是基層醫療健康服務，我們亦應透過加強公私營界別合作，以更具策略性和更有效地使用私營醫療服務。
4. 為推進基層醫療改革，基層醫療健康發展督導委員會（督導委員會）於2017年11月成立，為香港基層醫療健康服務制定可持續發展

藍圖（藍圖）。督導委員會由不同公私營界別的基層醫療健康專家組成，從人力和設施配套、夥伴模式、社區參與、規劃和評估架構以及策略制定等範疇，就基層醫療健康服務的發展提供建議，以制定本藍圖。隨着地區康健中心的服務逐步擴展至全港18區，督導委員會探討了地區為本基層醫療系統的發展及服務合作。



香港的醫療健康挑戰

人口老化與慢性疾病病患率

5. 香港人口老化的速度位居世界前列。在2021至2030年的十年期間，我們將面對香港歷來最快的人口老化，65歲及以上人口的年均增長率將增至4.0%。至2039年，65歲及以上人口將由2021年的150萬（佔總人口的20%）上升至2039年的252萬（31%）。高齡長者（80歲及以上）的比例亦將由2021年的40萬（5%）迅速增至2039年的93萬（11.5%）。

6. 人口老化意味着醫療和社會照顧需要的增加，以及慢性疾病病患率的上升。在2020/21年度，患有慢性疾病的人口所佔的比例為31%（約220萬），其中65歲及以上的人口佔47%。醫院管理局（醫管局）慢性疾病病人數目預計在未來十年，即2039年前達到300萬。更令人擔憂的是，仍有相當數目的慢性疾病患者未獲診斷和治療，實質患者人數可能是已確診人數的兩倍。高血壓和糖尿病是最普遍的慢性疾病，尤其是在長者當中。慢性疾病是重大的公共健康問題，因為慢性疾病患者如沒有控制好病情，健康狀況將逐漸惡化，會對個人生活質素及整體經濟生產力帶來負面影響。此外，慢性疾病在醫療服務使用、服務成本及長遠財政負擔方面均對公營醫療系統構成沉重負擔；相關併發症若未及時介入治療，情況更甚。
 7. 人口老化及慢性疾病愈趨普及，預計將對第二層/第三層醫療帶來沉重負擔，尤其是公營醫院系統。事實上，65歲及以上長者的醫院服務使用率以幾何級上升。在2019年，儘管他們僅佔總人口18%，但其住院日次和急症室入院人次卻佔總數約一半，而就診人數亦佔普通科門診及專科門診超過三分之一。在普通科門診、家庭醫學專科診所和專科門診病人中，約60%有相關慢性疾病，當中82%患有糖尿病/高血壓。醫管局資料顯示，2019年糖尿病/高血壓的患者中，每三個有一個患有併發症，其人均醫療成本亦較沒有併發症的患者高兩倍。
 8. 為改善全民健康及提升生活質素，我們將醫療體系的重心從偏重治療、以醫院為重心的第二層/第三層醫療格局，轉向至以預防為重、以家庭為中心的基層醫療健康體制。透過在社區提供管理完善及協調的基層醫療健康服務，我們期望慢性疾病患者的醫療和健康需要可在社區層面得到妥善照顧。而伴隨年紀增長，市民的健康狀況及生活質素亦會提升、患病時間有所縮短、對醫院服務的需求也會減低及推遲，人口整體健康狀況也因而得以改善。
- ### 醫療系統的可持續性
9. 目前，偏重治療的第二層及第三層醫療服務，尤其是公營醫院服務，佔香港大部分醫療服務開支。根據2019/20年度本地醫療衛生總開支帳目¹，在本地醫療衛生總經常性開支中，基層醫療健康服務開支（529億元）與第二層/第三層醫療服務開支（1,273億元）比例大致為三七之比。公共醫療衛生開支中，由於公立醫院服務獲公帑大幅資助（佔成本97%以上），因此公共資源主要集中於第二層和第三層醫療服務，佔公共醫療衛生開支大約83%（799億元），而只有17%（160億元）用於基層醫療健康服務。
 10. 偏重治療的醫療體制帶來更高的醫療成本，並加速醫療衛生開支的增長。由2010/11年度至2019/20年度間，公共醫療衛生開支的實質年均增長率為5.6%，高於本地生產總值

¹ 因2020/21年度的衛生開支分佈受到2019冠狀病毒病疫情的影響並偏離正常趨勢，本藍圖採用2019/20年度本地醫療衛生總開支帳目數字作分析。

實質年均增長率的2.0%。根據前食物及衛生局於2008年委託進行的一項研究預測[1]，如不進行醫療改革，總醫療衛生開支/公共醫療衛生開支將由2004年佔本地生產總值的5.3%/2.9%增加到2020年佔本地生產總值的7.1%/4.1%。實際上，2019/20年總醫療衛生開支/公共醫療衛生開支（不包括2019冠狀病毒病相關開支）估計約為本地生產總值的6.7%/3.6%，反映多年來的各項醫療改革可能有助降低開支增長。[1]

11. 然而，隨著未來十年人口加速老化，一方面會進一步限制GDP增長以至公共醫療衛生開支的預算，另一方面增加對公共醫療衛生開支的需求。除非對醫療系統進行系統性的改革，否則透過持續增加公共醫療衛生開支資助公立醫院以應付不斷增加的醫療需求，顯然是不可持續的。

公帑資助的基層醫療健康服務

12. 多年來，政府一直透過衛生署及醫管局直接提供由公帑資助的基層醫療健康服務。近年，政府根據以往醫療改革諮詢文件的建議，推出多項政府資助或公私營協作計劃，務求透過善用私營醫療界別的資源以滿足公營基層醫療健康服務需求，同時提升市民的健康及改善醫療服務質素。有關計劃包括自2008年起推行的疫苗資助計劃、自2009年起推行的長者醫療券計劃、自2014年起推行的普通科門診公私營協作計劃，以及自2016年起推行的「大腸癌篩查計劃」等。在2019/20年度，政府資助計劃合共佔約30億元固定基層醫療健康開支。

13. 2019年起，政府透過在全港逐步建立地區康健中心，銳意加強以地區為本的基層醫療健康服務，以加強醫療和社會各界別之間的合作以及地區公私營協作，提高公眾在疾病預防和自我健康管理方面的意識，為慢性病患者提供更多支援，及減輕專科和醫院服務的壓力。地區康健中心由政府資助並由非政府機構營運，是嶄新的服務模式，是基層醫療健康系統的重要組成部分，以期扭轉現時「重治療、輕預防」的醫療體制和觀念。

14. 為了在全港廣泛地建立地區為本的基層醫療健康服務規模，政府已在2022年在全港各區成立地區康健中心(或規模較小、屬過渡性質的地區康健站)。地區康健中心將強化其統籌社區基層醫療服務及個案經理的角色，一方面支援基層醫療醫生，另一方面作為地區基層醫療健康資源樞紐，連繫社區上不同界別的公私營服務，藉此重新釐定公營與私營醫療服務之間、基層醫療服務與社會服務提供者之間的關係。

私營基層醫療服務提供者及公私營協作

15. 私營界別是基層醫療服務的主要提供者，與公營醫療系統相輔相成。私營界別佔基層醫療健康總開支約75%，佔醫生門診診症服務的68%。2019/20年度，約77%私人基層醫療衛生開支由病人直接支付。雖然私營服務為病人提供較多選擇和更具彈性，但其可及性和平等性存在限制。現時私營基層醫療服務主要提供偶發性疾病治療，欠缺醫療協調及連貫性的考慮。此外，由於本港人口當中只有約23%擁有固定家庭醫生，因此家庭醫生亦

難以在社區層面發揮醫療協調、精簡流程和分流的作用。

16. 為使廣大市民更容易獲取優質的基層醫療服務，同時改善公私營服務失衡的情況，政府銳意策略性地優化私營醫療資源，發揮私營界別提供基層醫療服務的能力，以期緩解公營醫療界別的壓力，從而推動本港醫療系統的可持續發展。根據2008年的《掌握健康，掌握人生——醫療改革諮詢文件》，香港應大力推展公私營協作，以資助社區善用私營機構的資源，為部分公營機構的病人提供服務，讓公營醫療系統能夠繼續為市民提供一個必要的安全網，使無力負擔私營醫療服務的市民亦能得到妥善照顧。

17. 為此，我們需要規範公營及私營基層醫療健康服務提供者的標準及保證服務質素，以確保整個基層醫療健康系統朝著政府的政策方向發展，並達至預期的健康成效。為使私營基層醫療界別有效發揮其潛能，以達致提升連貫性、協調性和把關者等角色，我們需要處理的關鍵議題包括加強表現監察工具、規範服務標準和提升透明度等。隨着更多管理完善的私營基層醫療服務提供者參與基層醫療健康系統，我們預料個人及整體人口的健康質素均會得到改善。



我們對基層醫療健康系統的願景

18. 為應對人口老化和慢性疾病病患率上升為醫療系統帶來的新挑戰，我們有必要將醫療健康架構的焦點從治療轉向至預防疾病。我們

致力加強以地區為本的基層醫療健康服務，以期扭轉現時「重治療、輕預防」的醫療體制和觀念。

19. 我們的願景是改善市民的整體健康狀況、提供便捷及連貫的醫療服務，及建立一個可持續的醫療健康系統。

20. 為實踐上述目標，我們的方案應遵從以下策略—

(a) **以預防為重**: 預防及控制慢性疾病，特別是糖尿病及高血壓；

(b) **以社區為本**: 加強及整合社區層面上的基層醫療資源；

(c) **以家庭為中心**: 在家庭及社區提供便捷、全面、連貫及協調的服務；及

(d) **早發現早治理**: 通過基層醫療系統在社區內加強篩查慢性疾病及理順轉介流程。



基層醫療健康改革方案

21. 我們計劃採取以下改革方案實現我們對可持續醫療健康系統的願景，並應對上述挑戰—

(a) 建立社區基層醫療系統 (第2章)

(b) 加強基層醫療服務管理 (第3章)

(c) 整合基層醫療健康資源 (第4章)

(d) 規劃基層醫療人手 (第5章)

(e) 改善數據互通及健康監測 (第6章)

22. 為應對基層醫療健康系統面臨的挑戰，我們不僅需要對現行的醫療服務和市場結構進行改革，還需要改革融資安排，以支持整個醫療健康系統的改革，從而建立一個可持續、以預防為本的基層醫療健康系統。**這些改革方案環環相扣，相輔相成。**

第2章 - 建立社區基層醫療系統

23. 現時的基層醫療健康系統偏向零散，缺乏服務發展的整體策略規劃、協調，和縱向與橫向融合。複雜零散的醫療系統導致資源使用效率偏低、誘因措施錯配。**政府認為有必要建立一個更有系統和連貫的平台，以鼓勵市民管理自己的健康，提高基層醫療健康服務的重要性，並讓市民更易獲得所需的基層醫療服務。**隨着全港各區的地區康健中心逐漸成立，香港的基層醫療健康服務提供模式將逐步轉變為地區為本的社區醫療健康系統，以推動現時醫療系統的整體模式轉變，並扭轉現時「重治療、輕預防」的觀念。為加強提供基層醫療健康服務，我們建議考慮以下措施—

(a) **進一步發展以地區康健中心服務模式為基礎的地區為本、家庭為中心的社區醫療健康系統**，重點透過服務協調、策略採購及醫社合作，橫向整合及協調地區為本的基層醫療健康服務，並透過指定慢性疾病協定護理流程及訓練有素的基層家庭醫生，縱向整合及銜接第二層和第三層醫療服務，並進一步強化「一人一家庭醫生」概念，特別是在慢性疾病管理方面，以建立病人與其家庭醫生之間的長遠醫護關係。**(建議 2.1)**

(b) **逐步將衛生署轄下的基層醫療健康服務整合至地區為本的社區醫療健康系統**，特別是一些有條件透過其他方式提升效率的服務，從而推動透過地區為本的社區醫療健康系統提供綜合基層醫療健康服務，減少服務重疊。**(建議 2.1)**

(c) **推出「慢性疾病共同治理計劃」(共同治理計劃)**，提供針對性的資助，並透過「一人一家庭醫生」和跨專業公私營協作模式，讓市民在私營醫療服務界別診斷和管理目標慢性疾病(尤其是高血壓和糖尿病)。**(建議 2.2)**

(d) **檢視醫管局的普通科門診服務的定位，優先照顧弱勢社群(尤其是低收入家庭及貧困長者)使用醫管局普通科門診提供的服務**，而一般病人亦可選擇透過共同治理計劃使用私營基層醫療服務。**(建議 2.3)**

第3章 - 加強基層醫療服務管理

24. 現時的醫療管治架構未有著重基層醫療服務。我們必須在政策層面制定全面方案，解決基層醫療健康與第二層/第三層醫療在政策制定、融資、人力、管理及成效監察方面的系統性失衡。另外，我們必須在執行層面以協調及整合等方式加強基層醫療健康服務之間的跨界別及跨機構協調，致力推動醫療系統變革。加強表現監察工具、改善公營及私營界別(基層醫療健康服務的主要提供者)的服務標準和透明度，亦是需處理的關鍵議題。為加強管理基層醫療健康服務，我們提出以下建議—

- (a) **逐步將現時醫務衛生局轄下的基層醫療健康辦事處改組成基層醫療署**，務求透過單一架構，管理基層醫療健康服務的提供、標準制定、質素保證及基層醫療專業人員的培訓，並透過策略採購統籌處，以策略採購的方式規劃基層醫療健康服務及分配資源。**(建議 3.1)**
- (b) **要求所有提供基層醫療健康服務的家庭醫生和醫療專業人員** (包括參與各類政府資助計劃，例如長者醫療券計劃、基層醫療公私營協作計劃，及共同治理計劃的服務提供者) **登記加入《基層醫療名冊》**，並承諾遵照**《基層醫療參考概覽》**，以保證基層醫療服務的質素，從而為基層醫療服務提供者確立「黃金標準」，鼓勵基層醫療專業人員參與跨專業的基層醫療服務及掌握最佳實務指引。**(建議 3.2)**
- (c) **建立基層醫療服務 (包括公私營界別) 與專科及醫院之間的雙向轉介機制**，強調基層醫療服務提供者的個案管理角色及把關作用，使基層醫療醫生能夠及時妥善把病情複雜的病人轉介至專科及醫院接受第二層醫療服務，而病情穩定的病人可以繼續由基層醫療醫生作持續跟進、監察及疾病管理。**(建議 3.3)**

第4章 - 整合基層醫療健康資源

25. 現時的醫療開支分配嚴重偏重於第二層及第三層醫療服務。為了將現有醫療健康系統的重點轉向基層醫療健康，除了透過增加公共

開支注入新資源，亦需要探討如何重新分配及善用現有資源。為整合基層醫療健康的資源，我們將探討以下措施—

- (a) **更廣泛地運用市場能力，並採納「共同承擔」原則來推行政府資助的基層醫療健康計劃**。這將鼓勵負擔能力較高的市民使用政府資助計劃下的私人醫療服務。**(建議 4.1)**
- (b) **優化長者醫療券計劃，將資源更好地投放於基層醫療健康服務，重點加強慢性疾病管理及加強不同層級的疾病預防**，鼓勵長者使用長者醫療券於《基層醫療名冊》內醫療服務提供者提供的持續預防護理及慢性疾病管理服務，例如健康評估、慢性疾病篩查和管理，或者其他政府措施。**(建議 4.2)**
- (c) **醫務衛生局轄下設立策略採購統籌處，監督基層醫療策略採購計劃的發展及執行**，從而更有效地將資源引導至優質、協調及連貫的基層醫療服務，並強調以預防為重、以社區為本及以家庭為中心的服務，減少公私營界別在基層醫療中的服務重疊、差距、效率欠佳及錯配，以期為個人及家庭帶來更好的協調及綜合醫療服務，盡可能改善他們的健康。**(建議 4.3)**
- (d) **加強協調發展和重建政府建築物和處所以作為社區醫療服務設施**，以期透過同置設施增加土地資源的供應，以提供無縫、協調及連貫的基層醫療服務。**(建議 4.4)**

第5章 - 規劃基層醫療人手

26. 持續提供優質及充足的基層醫療健康服務，有賴穩定、充足而具質素的基層醫療專業人員供應。他們必須具備足夠的知識、技巧和態度，抱有跨專業團隊合作的精神，並專注於社區基層醫療健康的團隊服務。因此，培訓基層醫療專業人員及加強他們的角色，對於確保足夠和優質的人手供應至關重要。具體而言，我們建議—

- (a) **檢討人力推算模型並制定策略，以更有系統地推算對基層醫療專業人員的需求**當中須計及整體人口的醫療需求、藍圖中的建議，以及公私營界別的基層醫療服務提供情況，期望透過資助本地培訓名額及吸引非本地培訓的專業人士，增加基層醫療專業人員供應。(建議 5.1)
- (b) **加強所有基層醫療服務提供者的基層醫療相關培訓，並在《基層醫療名冊》下制定培訓要求**，以推動公私營界別的醫療專業人員以團隊方式在基層醫療的發展相互協調，發揮更積極的作用，成為地區為本的社區醫療健康系統的重要組成部份。(建議 5.2)
- (c) **逐步加強中醫師、社區藥劑師及其他基層醫療專業人員在提供基層醫療服務中的角色**，包括提供相關的學士學位和研究生教育及臨床實習機會，在基層醫療署架構下建立專業主導及實證為本的醫療模式及協定護理流程，同時配合必要的資源分配及轉介流程，讓他們成為協調及連貫

的社區基層醫療體系的一部份。(建議 5.3 及 5.4)

第6章 - 改善數據互通及健康監測

27. 一個全面及有效連接的數碼醫療數據網絡，讓公私營界別的病人及醫療服務提供者即時獲取及互通健康記錄，對促進和協調連貫的個人醫療服務，收集重要及精準的健康監測數據，以有效地為整體人口制定醫療健康政策和服務規劃，至為重要。為改善數據互通和健康監測，我們提出以下建議—

- (a) **將「醫健通」從目前的基本健康紀錄互通系統轉型為集醫療數據共享、服務提供及流程管理（特別是基層醫療相關服務）於一身的全面和綜合醫療資訊基建**，透過多層功能介面推動服務記錄保存、重要健康數據共享（例如過敏史、診斷、處方等）、健康監察和監測、個案及工作流程管理（包括分流、轉介及支付），並探討使用大數據分析增強人口健康監測及個人健康管理。(建議 6.1及 6.2)
- (b) **規定所有基層醫療服務提供者使用「醫健通」並將使用者的醫療、關鍵健康及服務數據輸入使用者的個人「醫健通」戶口**，以加強保障醫療服務使用者，保證質素及提升醫療標準，並提高醫療過程的協調及連貫性，尤其是社區基層醫療和公立醫院之間的相互轉介。當中須修訂《電子健康紀錄互通系統條例》(第625章)，並將相關要求納入《基層醫療名冊》和公私營協作計劃。(建議 6.1)

- (c) 構建人口健康數據集，進行持續的數據分析及調查，並委託研究人口健康狀況、疾病模式和負擔，及服務使用模式，期望提供必要的數據、實證和分析，以支援政府制定醫療衛生政策，基層醫療署規劃基層醫療服務及資源分配，同時支援公立醫院作出相應的服務規劃和資源分配。(建議 6.3)

未來路向

31. 根據本藍圖的建議，我們將在基層醫療健康發展督導委員會的支持下，與持份者一同制定詳細的計劃和實施時間表。我們預期在短期、中期和長期時間表下分階段推進各項計劃。



成功的基層醫療健康系統

28. 2019冠狀病毒病疫情為全球公共衛生當局帶來極大挑戰，香港亦不例外。為維繫香港醫療系統的卓越效率、專業水平和高度應變能力，我們須持續在多個範疇作出改善，以應對人口老化及疫情為醫療服務帶來的新挑戰。
29. 2019冠狀病毒病疫情進一步顯示強大的社區基層醫療健康系統的重要性。本藍圖闡述我們的願景，列出具體的建議和執行計劃，為香港基層醫療健康的未來發展勾畫策略性路線圖。
30. 成功的基層醫療服務發展應在體制、機構及個人層面，對香港的醫療體系產生正面影響。醫務衛生局轄下將設立研究及數據分析辦事處，負責制定相關機制（包括工具及指標），量度藍圖中各個範疇的成效，以持續監察和評估各項基層醫療健康方案的成效。

重點建議

建立社區基層醫療系統

- 進一步發展以地區康健中心服務模式為基礎的地區為本、家庭為中心的社區醫療健康系統
- 進一步強化「一人一家庭醫生」概念，特別是在慢性疾病管理方面
- 逐步將衛生署轄下的基層醫療健康服務整合至地區為本的社區醫療健康系統
- 推出「慢性疾病共同治理計劃」（共同治理計劃），提供針對性的資助，讓市民診斷和管理目標慢性疾病（尤其是高血壓和糖尿病）
- 檢視醫管局的普通科門診服務的定位，優先照顧弱勢社群（尤其是低收入家庭及貧困長者）

加強基層醫療服務管理

- 逐步將現時醫務衛生局轄下的基層醫療健康辦事處改組成基層醫療署
- 要求所有提供基層醫療健康服務的家庭醫生和醫療專業人員登記加入《基層醫療名冊》，並承諾遵照基層醫療參考概覽
- 建立基層醫療服務（包括公私營界別）與專科及醫院之間的雙向轉介機制

整合基層醫療健康資源

- 更廣泛地運用「共同承擔」原則來推行政府資助的基層醫療健康計劃
- 優化長者醫療券計劃，將資源更好地投放於基層醫療健康服務，重點加強慢性疾病管理及加強不同層級的疾病預防
- 在醫務衛生局轄下設立策略採購統籌處，監督基層醫療策略採購計劃的發展和執行
- 加強協調發展和重建政府建築物 and 處所以作為社區醫療服務設施

規劃基層醫療人手

- 檢討人力推算模型並制定策略，以更有系統地推算對基層醫療專業人員的需求
- 加強所有基層醫療服務提供者的基層醫療相關培訓，並在《基層醫療名冊》下制定培訓要求
- 逐步加強中醫師、社區藥劑師及其他基層醫療專業人員在提供基層醫療服務中的角色

改善數據互通及健康監測

- 將「醫健通」轉型為集醫療數據共享、服務提供及流程管理（特別是基層醫療相關服務）於一身的全面和綜合重要資訊基建
- 規定所有基層醫療服務提供者使用「醫健通」並將使用者的醫療、關鍵健康及服務數據上傳至「醫健通」戶口
- 構建人口健康數據集，進行持續的數據分析及調查，並委託研究人口健康狀況、疾病模式和負擔，及服務使用模式等

我們對基層醫療健康系統的願景

為應對人口老化和慢性疾病病患率上升為醫療健康系統帶來的新挑戰，我們有必要將醫療健康架構的焦點從治療轉向至預防疾病。我們致力加強以地區為本的基層醫療健康服務，以期扭轉現時「重治療、輕預防」的醫療體制和觀念。



基層醫療健康藍圖的願景是改善市民的整體健康狀況、提供便捷及連貫的醫療服務，及建立一個可持續的醫療系統。

2. 我們的使命是一

(a) **扭轉**現時重治療、以醫院服務為本的第二層/第三層醫療體制和觀念，轉向著重預防、以家庭為中心的基層醫療健康；及

(b) **加強**不同界別及不同醫療層級之間的協調，並加強地區層面的社區基層醫療健康服務。

3. 為實踐上述目標，我們的方案應遵從以下策略：

(a) **以預防為重**：預防及控制慢性疾病，特別是糖尿病及高血壓；

(b) **以社區為本**：加強及整合社區層面上的基層醫療資源；

(c) **以家庭為中心**：在家庭及社區內提供便捷、全面、連貫及協調的服務；及

(d) **早發現早治理**：通過基層醫療系統在社區內加強篩查慢性疾病及理順轉介流程。

4. 此外，在提出基層醫療健康系統改革時，我們須持守以下的**指導原則**，作為我們醫療健康系統基石—

(a) 維持公營醫療系統作為低收入、弱勢社群及其他有需要人士的**安全網**，以恪守我們一貫的醫療政策宗旨，即確保市民不會因經濟困難而無法獲得適當的醫療服務；

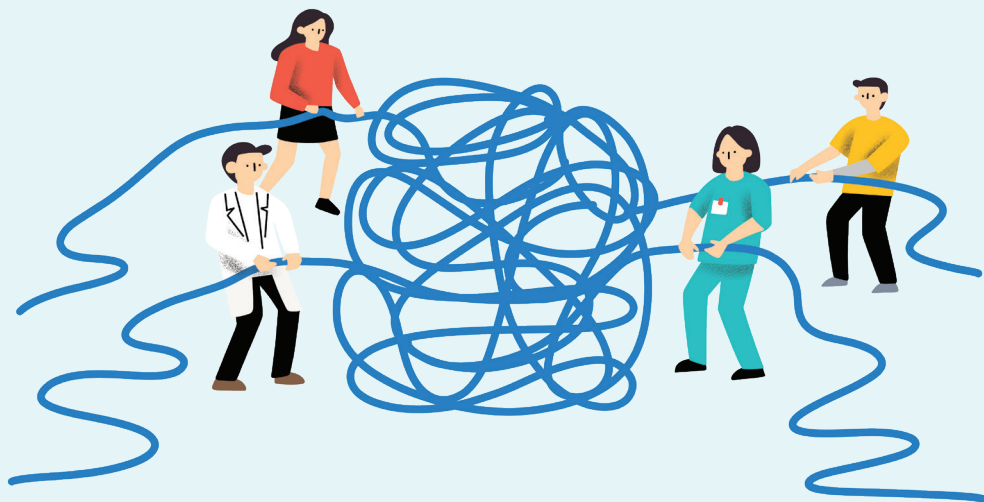
(b) 確保市民仍可獲得及可以負擔必須的醫療服務；並

(c) 持守我們醫護專業人員的**最高的醫護標準**。



香港的醫療健康挑戰

隨着預期壽命的延長，我們希望市民更長時間地維持健康。然而，我們的醫療系統高度偏重於治療，公營醫療系統負擔過重。面對未來人口老化最快的十年，現時的醫療系統變得脆弱，其可持續性亦受到威脅。**我們迫切需要重新審視醫療系統，以促進和保障市民的健康和福祉。**

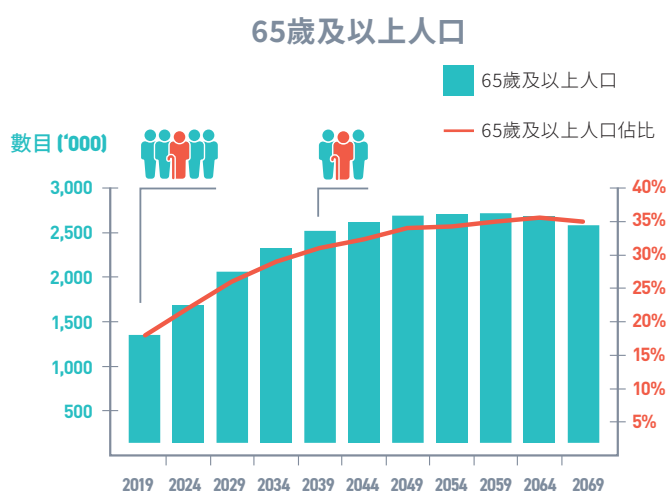


人口老化和慢性疾病病患率上升

5. 與其他地方一樣，香港正面臨人口迅速老化和慢性疾病病患率上升所帶來的重大挑戰。香港人口老化速度是全球最快地區之一，未來十年內，我們的人口老化速度將達至頂峰。即由2021年至2030年十年期間，65歲及以上人口的年均增長率將增至4.0%^[2,3]。至2039年，65歲及以上人口將由2021年的150萬人(佔總人口比率20%)增加至2039年的252萬人(佔總人口比率31%)^[3]。而高齡長者(80歲及以上)人口亦會急速上升，由2021年的40萬人(佔總人口比率5%)上升至2039年的93萬人(佔總人口比率11.5%)^[3]。與此同時，至2039年，長者撫養比率²將增加一倍^[3]。現時

已有超過三分之一的長者獨居或只與老伴居住^[4]，未來數十年長者的社會支援和照顧者支援同樣是亟待關注。

圖 1.1：
2019年至2069年65歲及以上人口推算



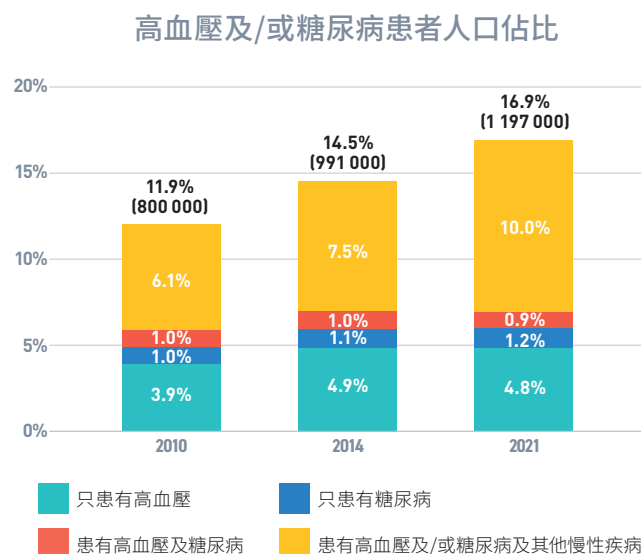
來源：政府統計處^[3]

² 65歲或以上長者人口數目佔每千名15至64歲人口的比率

6. 人口老化意味着醫療和社會照顧需要的增加，以及慢性疾病病患率的上升。在2020/21年度，患有慢性疾病的人口所佔的比例為31%（約220萬），其中65歲及以上的人口佔47% [5]。醫管局慢性疾病病人數目³預計在未來十年，即2039年前達到300萬。更令人擔憂的是，仍有相當數量的慢性疾病患者（高血壓/糖尿病）未獲診斷和治療，實質患者人數可能是已確診人數的兩倍 [6]。

7. 2020年，香港約55%的死亡可歸因於慢性疾病，例如高血壓、心臟病、糖尿病及慢性呼吸系統疾病。在最常見的慢性疾病中，尤其是在長者中，高血壓和糖尿病的病患率最高 [6]。

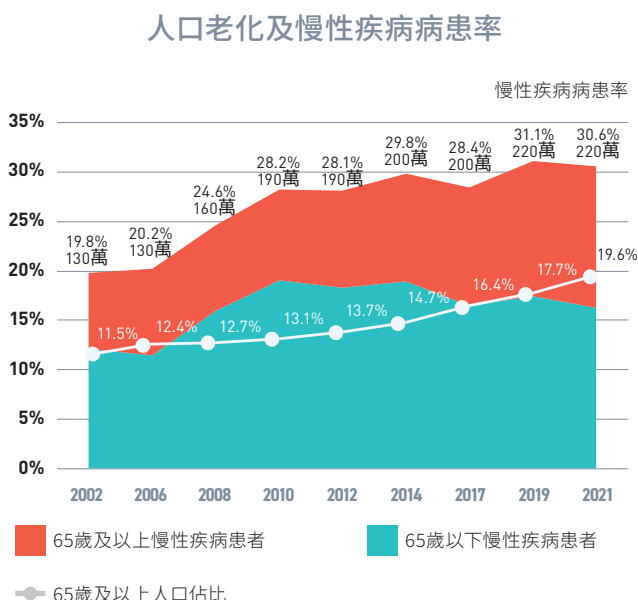
圖 1.3：
2010年至2021年間患高血壓及/或糖尿病的人口比率



8. 慢性疾病是重大的公共健康問題，因為慢性疾病患者如沒有控制好病情，健康狀況將逐漸惡化，會對個人生活質素及經濟生產力帶來負面影響。此外，慢性疾病在醫療服務使用、服務成本及長遠財政負擔方面均對公營醫療系統構成沉重負擔，相關併發症若未及時介入治療，情況更甚，例如—

(a) 在2019/20年度，在醫管局普通科門診、家庭醫學專科診所和專科門診接受治療的非癌症慢性疾病患者中，82%患有高血壓/糖尿病。這些患者當中，約三分之一人患有與高血壓/糖尿病相關的心血管疾病或慢性腎病併發症⁴；

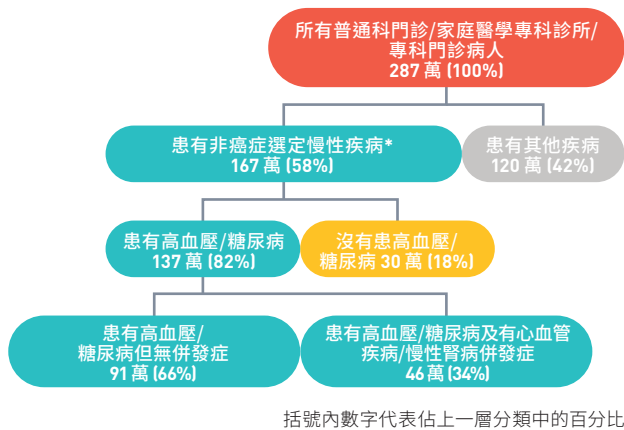
圖 1.2：
2002年至2021年慢性疾病病患率



³ 患有25種常見慢性疾病中的一種：高血壓、糖尿病、高脂血症、冠心病、中風、慢性阻塞性肺病、慢性心力衰竭、慢性腎病（3A至5期）、青光眼、骨質疏鬆症（以髖部骨折估算）、乙型肝炎、抑鬱症、認知障礙症、帕金森症和癌症，包括大腸癌、肺癌、肝癌、肝癌、前列腺癌、子宮頸癌、子宮體癌、卵巢癌、鼻咽癌、胃癌和非霍奇金淋巴瘤。

⁴ 包括冠心病、中風、慢性心力衰竭和3A至5期慢性腎臟病

圖 1.4：
普通科門診所、家庭醫學專科診所和專科門診的使用情況



括號內數字代表佔上一層分類中的百分比

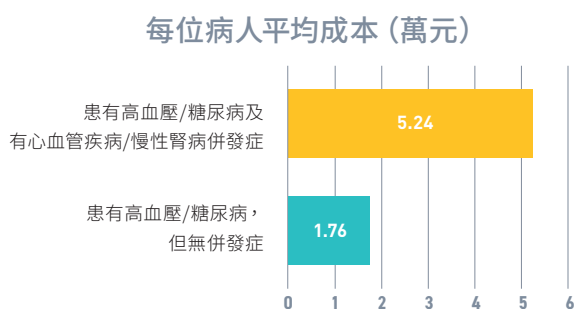
*截至2020年3月31日的慢性疾病患者狀況。選定的非癌症慢性疾病包括高血壓、糖尿病、高血脂、心血管疾病（冠心病、中風、慢性心力衰竭）、慢性腎病3A至5期、青光眼、骨質疏鬆（常見關節骨折）、慢性阻塞性肺病、乙型肝炎、抑鬱症、認知障礙及帕金森症

來源：醫管局2019/20年度數據

(b) 服務成本:在2019/20年度，醫管局的高血壓/糖尿病及相關心血管疾病/慢性腎病併發症患者的年均服務成本幾乎是沒有心血管疾病/慢性腎病併發症的高血壓/糖尿病患者兩倍；和

(c) 經濟負擔:在2019/20年度，醫管局服務按年均計算成本最高的十分之一病人當中，60%患有高血壓/糖尿病。

圖 1.5：
醫管局病人平均服務成本



來源：醫管局2019/20年度數據

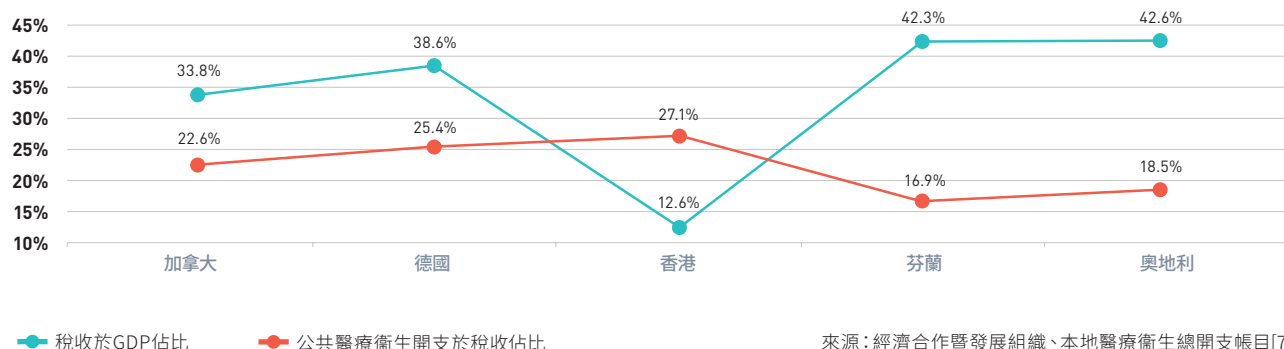
醫療系統的可持續性

9. 香港的醫療體系以強大的公營醫療界別和蓬勃發展的私營醫療界別雙軌並行的模式運作。公營醫療服務是本港醫療系統的基石和全民安全網，而私營醫療服務則為願意及有能力負擔相關服務的市民提供個人化選擇及更便捷的服務。

10. 公營醫療界別在第二層及第三層醫療服務中佔主導地位，約佔這層醫療總開支的63%。公營醫療系統由政府資助，主要由衛生署及醫管局提供醫療服務[7]。公營醫療服務獲大幅資助，因而易於負擔。香港醫療系統的詳情載於附錄A。

11. 在人口結構相近的發達經濟體中，香港是醫療開支佔本地生產總值百分比最低的地區之一。然而，2019年香港公共醫療衛生開支佔稅收的比例為全球最高地區之一，約為27.1%。香港的稅收佔本地生產總值比例是全球最低地區之一，只有約12.6%[7,8]。這有力地說明，儘管醫療開支隨著人口迅速老化而增長，香港的醫療體系仍然是極具成本效益和效率的體系，它提供醫療服務滿足人口健康需要並讓香港持續成為全球預期壽命最長、嬰兒死亡率最低的地區之一。然而，除非對醫療系統進行系統性改革，否則繼續增加公共醫療衛生開支以資助公立醫院以應對不斷增加的醫療需求，顯然是不可持續的。

圖 1.6：
選定地區稅收於GDP佔比及公共醫療衛生開支於稅收佔比，2019/20

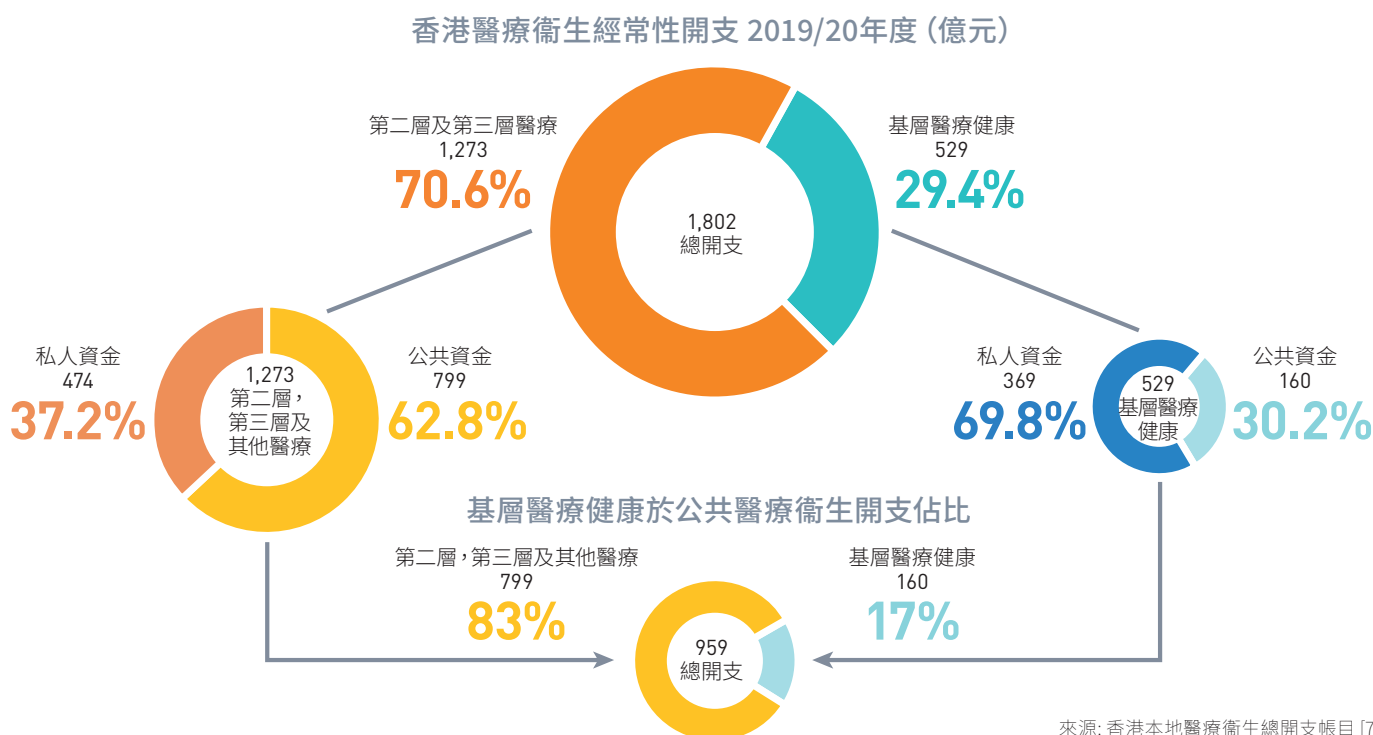


來源：經濟合作暨發展組織、本地醫療衛生總開支帳目[7, 8]

- 雖然基層醫療健康開支應該佔衛生系統總開支多少百分比，未有既定的全球準則，世衛在2019年《全球衛生開支：轉型中的世界》報告中分析了88個國家，他們的基層醫療健康開支佔衛生開支33%至88%，平均為54%。
- 現時偏重治療的第二層及第三層醫療，尤其是公立醫院服務，佔香港大部份醫療服務及開支。根據2019/20年度本地醫療衛生總開支帳

目，基層醫療健康開支（529億元）與第二層/三層醫療開支（1,273億元）比例大致為3:7，遠低上述88個國家/地區平均54%的基層醫療健康開支。公共醫療衛生開支中，由於公立醫院服務獲大幅資助（佔成本97%以上），因此公共資源主要集中於第二層及第三層醫療，佔公共醫療衛生開支大約83%（799億元），而只有17%（160億元）用於基層醫療健康服務[7]。

圖 1.7：
醫療衛生經常性開支的分佈

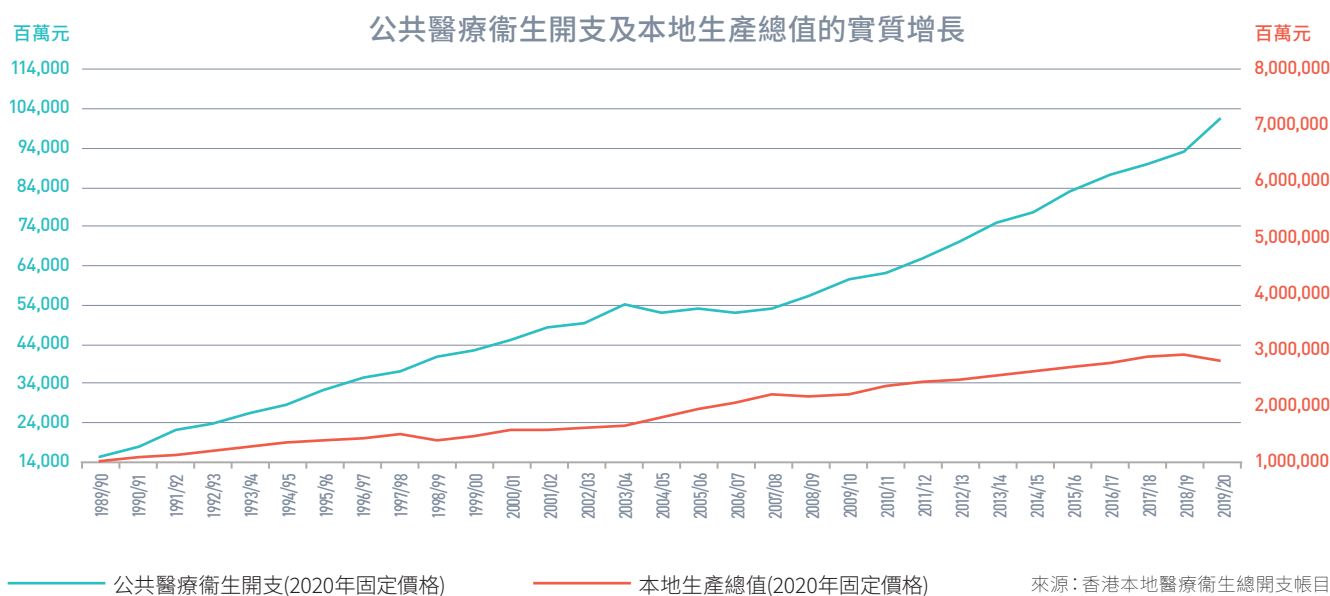


來源：香港本地醫療衛生總開支帳目 [7]

14. 偏重治療的醫療體制會導致更高的醫療成本，並加速醫療衛生開支的增長。在過去三十年，公共醫療衛生開支和私人醫療衛生開支一直同步增長。更令人擔憂的是，醫療衛生開支增長率已超過了經濟增長。由2010/11年度至2019/20年度間，公共醫療衛生開支的實質年均增長率為5.6%，高於本地生產總值實質年均增長率的2.0%[7]。根據前食物及醫務衛生局於2008年委託進行的一項研究預測[1]，如不進行醫療改革，總醫療衛生開支/公共醫療衛生開支將由2004年佔本地生

產總值的5.3%/2.9%增加至2020年佔本地生產總值的7.1%/4.1%。實際上，2019/20年總醫療衛生開支/公共醫療衛生開支（不包括2019冠狀病毒病相關開支）約為本地生產總值的6.7%/3.6%，反映多年來的各項醫療改革可能有助於降低開支增長。然而，隨著未來十年人口加速老化，一方面會進一步限制本地生產總值增長以及公共醫療衛生開支的預算，另一方面增加對公共醫療衛生開支的需求。

圖 1.8：
公共醫療衛生開支和本地生產總值的實質增長



15. 公共醫療衛生開支及醫療衛生經常性開支的增長在過去十年遠超於本地生產總值的增長[7]。未來十年，隨着人口老化加速及慢性疾病日益普遍，情況將進一步惡化。除非對醫療系統進行系統性的變革，否則透過持續增加公共醫療衛生開支資助公立醫院系統以應付不斷增長的醫療需求，顯然是不可持續的。更具策略性地分配公共醫療衛生開支至關重要。

公營醫療系統的危機

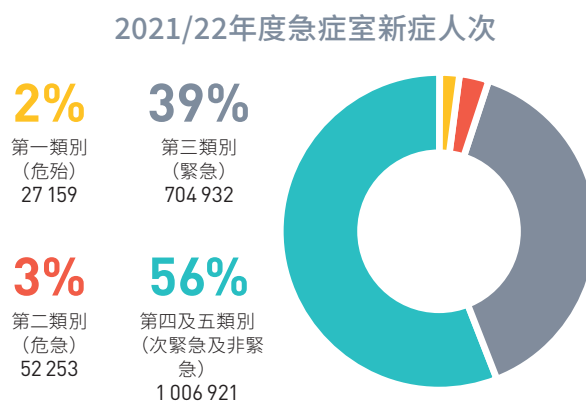
16. 這些年來，香港建立了一個令人稱羨的公營醫療系統，提供優質、可靠、公平和可負擔的醫療服務。然而，公營醫療服務費用獲大幅資助達服務成本的約97%[9]，公營醫療系統因此已嚴重超負荷，且面臨服務輪候時間過長的問題[10]。

17. 人口老化及慢性疾病患率上升預期對第二層/第三層醫療系統造成沉重壓力，特別是公營醫院系統。65歲及以上人口的醫院服務使用率迅速增長，雖然只佔總人口比例的18%，但在2019年，他們佔住院日次和急症室入院人次總數約一半，而就診人數亦佔普通科門診和專科門診超過三分之一。根據醫管局的資料，2019年慢性疾病患者的人均醫院使用率是一般人口的三倍，其醫療費用普遍較醫管局整體患者為高。

18. 大幅資助公營醫療服務、欠缺清晰的護理流程以及缺乏有效、實證為本的公營醫療健康服務把關機制，為第二層公營醫療服務帶來沉重負擔。公營專科門診服務的輪候時間甚長，醫生的工作量亦繁重[10]，例如—

(a) 2020/21年度，專科門診有750萬求診人次，當中54萬是八個主要專科的新症⁵，這些新症當中，16%由私家醫生轉介，而私家醫生轉介的所有專科個案中46%屬穩定個案，而非緊急或半緊急個案；

圖 1.9：
2021/22年度急症室新症人次



來源：醫管局2021/22年度數據[10]

(b) 2021/22年度，病情穩定的內科新症的第90百分位的輪候時間為122周；

(c) 2021/22年度，每位醫生在眼科、耳鼻喉科、精神科專科門診（每位醫生診症數字最高的三個專科）分別服務5680、2561、2306舊症覆診人次；及

(d) 2021/22年度，約56%的急症室首次就診人次屬半緊急和非緊急。

19. 面對人口老化和慢性疾病病患率上升，社區的醫療和社會照顧需求將在未來幾年大幅增加。為改善全民健康及提升生活質素，我們需要將醫療體系的重心從偏重治療、以醫院為重心的第二層/第三層醫療格局，轉向至以預防為重、以家庭為中心的基層醫療健康體制。透過在社區提供管理完善及協調的基層醫療健康服務，我們期望慢性疾病患者

⁵ 八個主要專科為內科、外科、婦科、兒科、骨科、耳鼻喉科、眼科及精神科。

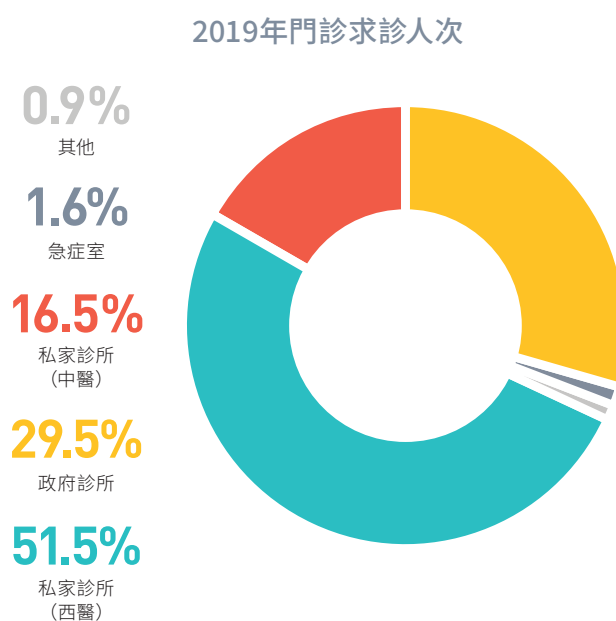
的醫療和健康需要可在社區層面得到妥善照顧，而伴隨年紀增長，市民的健康狀況及生活質素亦會提升，患病時間有所縮短，對醫院服務的需求也會減低及推遲，人口整體健康狀況也因而得以改善。

私營基層醫療健康服務提供者及公私營協作的潛力

20. 私營界別是基層醫療服務的主要提供者，約佔香港醫生門診服務的68%^[5,7]，與公營醫療系統相輔相成。私營界別的基層醫療服務包含廣泛的私營服務提供者，包括普通科和專科診所、中醫診所、牙科診所、社區藥房、診斷中心、醫務化驗所、視光中心等。**選擇是私營醫療服務的基石**，病人可因應自身需要及喜好自費（部份或由私人保險支付）並自由選擇醫生及其他醫療服務提供者的服務。與公營醫療系統相比，私營醫療服務的其他優勢包括輪候時間更短、服務環境更好、服務地點更便利，以及必要時可提供更個性化的服務。

21. 私營界別主要由私人出資，是基層醫療健康服務的主要提供者，佔基層醫療健康開支約75%，私營界別提供約68%的醫生門診診症服務。2019/20年度，約77%私人基層醫療衛生開支由病人直接支付^[5, 7]。

圖 1.10：
2019年門診求診人次



來源：主題性住戶統計調查第68號報告書^[5]

22. 然而，私營基層醫療健康服務的可及性及平等性存在限制。低收入和弱勢社群認為無法負擔在私營基層醫療健康服務定期就診^[11]。現時私營基層醫療服務主要處理偶發性的疾病，欠缺醫療協調及連貫性的考慮。私營醫療在連貫性、協調性、把關功能及價格透明度等方面存在爭議。

23. 由於本港人口當中只有約23%擁有固定家庭醫生^[5]，因此家庭醫生在社區層面發揮醫療協調、精簡流程和分流的作用存在局限。由於醫療流程不明確，以及基層醫療服務缺乏協定護理流程，導致基層及第二層醫療服務資源錯配及效率欠佳。病人在醫療過程中經常透過多個基層及第二層醫療服務接觸點獲得所需醫療服務。經常轉換醫生是常見的現象，有26%至40%的患者會就同一病症諮詢不同醫生^[12, 13]。

24. 由此可見，透過更好的協調、資源分配及政策指引，私營基層醫療機構在應對上述醫療衛生挑戰方面可發揮巨大潛力。**我們需要進一步加強公私營協作，優化私營醫療資源的使用，以支持可持續發展的醫療體系。**

基層醫療健康改革方案

25. 為實現我們對可持續醫療健康系統的願景並應對上述挑戰，**我們計劃採取以下改革方案——**

- (a) 建立社區基層醫療系統（第2章）
- (b) 加強基層醫療服務管理（第3章）
- (c) 整合基層醫療健康資源（第4章）
- (d) 規劃基層醫療人手（第5章）
- (e) 改善數據互通及健康監測（第6章）

為應對基層醫療健康系統面臨的挑戰，我們不僅需要對現行的醫療健康服務和市場結構進行改革，還需要改革融資安排，以支持整個醫療健康系統的改革，從而建立一個可持續、預防為重、以家庭為中心的基層醫療健康系統。**這些改革方案環環相扣，相輔相成。**

章節



建立社區基層醫療系統

現時的基層醫療健康系統偏向零散，缺乏服務發展的整體策略規劃、協調，和縱向與橫向融合。複雜零散的醫療系統導致資源使用效率低下、誘因措施錯配。政府認為有必要建立一個更有系統和連貫性的平台，以鼓勵市民自我管理健康，提高基層醫療健康服務的重要性，並讓市民更易獲得所需的基層醫療服務。隨着全港各區的地區康健中心（康健中心）逐漸成立，香港的基層醫療健康服務模式將逐步轉變為以地區為本，家庭為中心的社區醫療健康系統，以推動現時醫療系統的整體模式轉變，並扭轉現時「重治療、輕預防」的觀念。



27. 1978年，世界衛生組織通過了《阿拉木圖宣言》，認同基層醫療健康是達致「全民健康」的關鍵[14]。這份宣言啟發了世界各地積極推動基層醫療健康，並正式確認了強大的基層醫療健康系統的關鍵性角色。

28. 正如第1章所述，近幾十年來，香港及世界其他地區面對着共同的醫療衛生挑戰，包括人口老化、慢性疾病病患率上升、醫療需求增加、長者撫養比率下降、更為複雜的醫療需要、醫療人手及財政資源不足，以及公眾對醫療服務的質量的不滿日增。「全球疾病負擔研究」（Global Burden of Disease Study）的最新報告指出，由1990年至2019年期間，構成疾病負擔的風險因素已由傳染病轉為慢性疾

病，並與收入、教育及人口結構等更廣泛的健康決定因素相關[15]。

29. 為應對這些挑戰，我們需要社會共同努力，將醫療服務的重點由挽救生命的治療服務轉為預防慢性疾病。世界衛生組織指出，實證顯示基層醫療健康是提升人口健康最平等、最具效率及成效的策略。此外，有不少實證顯示，以基層醫療健康服務為基礎的醫療體制有助實現最佳的醫療成效[16]。附錄B簡要介紹中國內地、英國、新加坡、澳洲及新西蘭五個地區近年的基層醫療健康規劃。

香港的基層醫療健康發展

30. 香港基層醫療服務的發展可追溯至基層健康服務工作小組在1990年發表的《人人健康，展望將來》報告書，當中指出**基層醫療健康是個人及家庭在持續醫療流程的第一個接觸點，為市民及家庭在社區提供便捷、全面、連貫、協調及以家庭為中心的護理服務**[17]。該報告書全面檢討香港醫療健康服務的發展和挑戰，以及世界衛生組織各成員國在推動基層醫療健康策略以達致「全民健康」目標方面的發展，並提出一系列以基層醫療健康為重點的策略，當中多項策略沿用至今。

31. 報告書為日後基層醫療政策發展及諮詢文件提供指引，當中不少建議沿用至今。隨後多年，政府發表了多份諮詢文件，包括2008年的《掌握健康，掌握人生—醫療改革諮詢文件》和2010年的《香港的基層醫療發展策略文件》，重申需把醫療服務的重心從第二層轉移至基層的醫療改革方向。**附錄C**介紹香港基層醫療健康的發展情況。

32. 多年來，政府一直透過衛生署及醫管局直接提供由公帑資助的基層醫療健康服務，以及透過資助非政府機構提供基層醫療健康及社會服務。近年，政府根據以往醫療改革諮詢文件的建議，推出多項政府資助或公私營協作計劃，務求透過善用私營醫療界別的資源以滿足公營基層醫療健康服務需求，同時提升市民的健康及改善醫療服務質素。有關計劃包括自2008年起推行的疫苗資助計劃、自2009年起推行的長者醫療券計劃、自2014年起推行的普通科門診公私營協作計劃，以及自2016年起推行的大腸癌篩

查計劃等。在2019/20年度，政府資助計劃合共佔約30億元固定基層醫療健康開支。

衛生署

33. 衛生署是政府的衛生事務顧問，也是執行醫療政策和法定職責的部門。衛生署致力推行促進健康、預防疾病、醫療和復康等服務，以保障市民的健康。衛生署的不同工作範疇以預防護理為重心，並採取貫穿人生不同歷程的措施提供醫療健康服務。衛生署的主要基層醫療健康職能見**表2.1**。

表2.1
衛生署的主要基層醫療職能

健康促進	
健康促進處 口腔健康教育事務科 特別預防計劃	<ul style="list-style-type: none"> 針對廣大市民和為特定群組而設的健康促進活動及計劃
疾病預防及控制	
衛生防護中心 <small>(傳染病處；非傳染病處；緊急應變及項目管理處；公共衛生服務處；感染控制處；公共衛生化驗服務處；專科服務處；衛生行政及策劃辦公室)</small>	<ul style="list-style-type: none"> 透過多種方式執行傳染病及非傳染病防控，包括疾病監測、傳染病爆發管理、健康推廣、風險傳訊、緊急準備及應變策劃、感染控制、化驗服務、專科治療及護理服務，以及培訓與研究（包括調查） 疾病預防計劃，包括各項疫苗接種計劃及癌症篩查計劃
醫學遺傳服務 家庭健康服務 學生健康服務 長者健康服務 學童牙科保健服務	<ul style="list-style-type: none"> 向特定年齡組別的人士及/或其照顧者推廣健康資訊及提供預防護理服務 疫苗接種、遺傳病篩查、成長監察和發展評估，以及包括兒童、中小學生、婦女、長者的健康評估，以及為小學生進行牙科檢查 為育齡婦女提供產前/產後護理和家庭計劃服務、子宮頸篩查服務、遺傳疾病診斷和諮詢、基層醫療健康服務，包括長者的慢性及偶發疾病管理 推行長者醫療券計劃
控煙酒辦公室	<ul style="list-style-type: none"> 推廣無煙文化及協調戒煙服務
治療和復康	
兒童體能智力測驗服務	<ul style="list-style-type: none"> 制定評估及復康方案，以助兒童克服發展問題
社會衛生服務	<ul style="list-style-type: none"> 有關預防及處理性病和皮膚病的醫療健康服務及健康資訊推廣
特別預防計劃	<ul style="list-style-type: none"> 有關預防及處理性病、病毒性肝炎及愛滋病的醫療健康服務及健康資訊推廣
胸肺服務	<ul style="list-style-type: none"> 有關預防及處理肺結核及呼吸系統疾病的醫療健康服務及健康資訊推廣

34. 除直接服務外，衛生署亦以公私營協作模式推行各項疾病預防計劃，包括疫苗接種計劃（例如透過政府防疫注射計劃及院舍防疫注射計劃為社區及院舍長者接種季節性流感疫苗及肺炎球菌疫苗）、癌症篩查（如子宮頸癌及大腸癌篩查計劃）及戒煙服務。

醫院管理局

35. 醫管局於1990年根據《醫院管理局條例》（香港法例第113章）設立，負責提供公營醫院及相關的醫療服務。醫管局透過轄下覆蓋全港的七個聯網內的多家醫院、專科診所、普通科門診診所、外展服務及中醫診所暨教研中心，為香港市民提供醫療及復康服務。醫管局同時亦提供一系列基層醫療健康服務，包括普通科門診服務、慢性疾病管理計劃（包括風險評估及治理計劃、跨專業護理診所）和社康護理服務。

36. 為配合政府的醫療改革建議，醫管局自2008年起利用政府的指定一次性撥款推出多項公私營協作計劃。政府於2016年設立專門的留本基金——醫管局公私營協作基金——利用其投資回報，常規化及優化持續推行臨床公私營協作計劃，並發展新的臨床公私營協作計劃。在現有的公私營協作計劃中，有部分以基層醫療為重點，特別是2014年推出的普通科門診公私營協作計劃及2010年推出的病人自強計劃，讓患有高血壓及/或糖尿病而病情穩定的病人可選擇於私家醫生接受獲資助的治療。

37. 醫管局在基層醫療健康方面的主要職能概要見表2.2。

表2.2
醫管局的主要基層醫療職能

跨專業的「健康風險評估及跟進護理計劃」

- 醫管局各聯網的選定普通科門診診所提供由跨專業醫療團隊，為糖尿病及高血壓病人作系統性的風險評估及針對性的護理，以便作出適當的預防和護理跟進。

跨專業護理診所

- 各聯網的選定普通科門診診所設立由護士及專職醫療人員組成的跨專業護理診所，為高危長期病患者，包括因健康問題或出現併發症而需要針對性護理服務的病人，提供更專注的護理。這些服務包括為個別病人提供穩步防跌、胸肺復康、傷口護理、理遺護理及用藥指導等服務。

病人自強計劃

- 此計劃由醫管局與非政府機構合辦，並在各聯網內推行，以加強長期病患者對疾病管理的知識，提升自我照顧能力。
- 醫管局的跨專業團隊為常見慢性疾病（例如高血壓、糖尿病等）研發適當的教材及輔助工具，以及為參與病人自強計劃的非政府機構前線員工提供培訓。
- 隨著地區康健中心/地區康健站在各區設立，地區康健中心/地區康健站與醫管局已建立醫管局高血壓及/糖尿病病人自強及社區支援方面的協作。

普通科門診診所

- 醫管局轄下普通科門診提供服務予所有年齡組別人士，主要服務長者、低收入人士及慢性病患者。普通科門診照顧的病人主要分為兩大類，即慢性病患者，例如糖尿病或高血壓病人，以及症狀相對較輕的偶發性疾病患者。
- 醫管局透過多年來提升服務名額，及於2014年推出普通科門診公私營協作計劃，擴大普通科門診服務能力，讓患有高血壓及/或糖尿病（或附帶高血脂症）而病情穩定的醫管局普通科門診病人，在穩定的臨床條件下可選擇於私家醫生接受獲資助的治療。

社區健康中心

- 為配合政府的基層醫療發展策略，醫管局一直積極籌劃於不同地區設立社區健康中心，以提供一站式和全面的基層醫療服務。社區健康中心提供的服務包括醫生診症，以及跨專業醫療服務以配合醫生診症和控制病情，強化病人對疾病的管理，並提高他們的自理能力。

社康護理服務

- 社康護理服務為病者提供家居護理及治療服務。社康護士於家訪期間會為病人作適當護理，同時也會向病人及其家人灌輸促進健康及預防疾病的知識。社康護理服務最終目標是為出院病人提供連貫的家居護理，讓他們在家康復。

中醫診所暨教研中心

- 設立於各區的中醫診所暨教研中心，以醫管局、非政府機構和大學三方伙伴協作的模式營運，並由非政府機構負責診所的日常運作。除了非資助的中醫門診服務、培訓及研究職能外，中心自2020年3月起一直提供政府資助的中醫門診服務。

社會服務界別

38. 在人口老化及人口越趨長壽的影響下，政府推出多項安老服務措施，主要由勞工及福利局（勞福局）負責，並由社會福利署（社署）管理，以支援「積極樂頤年」，同時關顧體弱長者的服務需要。社區服務方面，社署監督多項社區支援服務，例如長者地區中心及長者鄰舍中心。雖然有關中心並非主要處理健康事務，但長者的醫療及社會需要往往息息相關。例如，長者地區中心及長者鄰舍中心會邀請衛生署長者健康服務的外展隊伍，就預防疾病、營養及均衡飲食等不同主題舉辦健康教育講座，並舉辦有關體能活動的小組活動，推廣健康的生活方式。

挑戰

39. 負責監督健康及社會政策的相關政府機構（醫管局、衛生署及社署）在履行各自職能的同時，亦一直透過公私營協作提供基層醫療健康服務，並透過不同層面的合作及服務轉介，配合及推動落實政府的公共醫療政策，為市民服務。衛生署轄下提供基層醫療健康服務的單位，例如母嬰健康院、婦女健康中心、學生健康服務中心及長者健康中心，會因應需要轉介病人到醫管局的專科門診診所作跟進治療。醫管局亦在適當情況下支援衛生署的各項計劃（例如政府防疫注射計劃）。同樣地，提供部分基層醫療服務的社署單位，例如長者地區中心及長者鄰舍中心，亦會接收醫管局轉介的社區支援個案，例如已離院回家而有較高風險再次緊急入院的年長病人。
40. 儘管如此，現時的基層醫療健康系統偏向零散，缺乏整體策略規劃及服務發展統籌。我們認為有需要整合各類基層醫療健康服務，包括在不同時期由不同持份者引入及營運的服務。基層醫療健康系統仍有很大的空間進一步進行橫向（基層醫療健康服務提供者之間）及縱向（基層與第二層/第三層醫療服務之間）的服務整合。

我們的目標

41. 政府認為有需要設立一個更具系統性和連貫性的平台，鼓勵市民自我管理健康，推廣著重基層醫療健康服務的意識，並優化相關服務的可及性。我們認為有需要加強資源的規劃及統籌，並借助公營及私營基層醫療健康服務的資源，提升服務效率及成效，讓本港基層醫療健康系統達致可持續發展。
42. 此外，隨著《2018年施政報告》確立中醫藥在香港醫療體系發展中的定位，政府已經/即將在基層、第二層和第三層醫療服務層面提供一系列指定的政府資助中醫服務。中醫學強調以整體角度理解生命，對病人進行整體調治，並以「治未病」（包括預防和保健等元素）為主要概念，應利用其策略優勢和專業知識，在基層醫療健康系統中發揮更重要的角色，亦應發展跨專業協作，以取得更好的協同效應。
43. 隨着全港地區康健中心不斷發展，我們期望逐步將基層醫療健康服務模式轉變為以地區為本、家庭為中心的綜合社區醫療系統，整合及協調醫療流程內各個服務提供者，實現有效的轉介流程及清晰的護理流程。

44. 鑒於上述挑戰，我們提出以下建議 —

建議2.1

發展以地區為本、家庭為中心的社區醫療健康系統

45. 2019年起，透過在全港逐步建立地區康健中心，政府銳意加強以地區為本的基層醫療健康服務，以加強醫療和社會界別之間的合作以及地區公私營協作，提高公眾在疾病預防和自我健康管理方面的意識，為慢性病患者提供更多支援，減輕專科和醫院服務的壓力。透過地區為本的服務、公私營協作和醫社合作，地區康健中心是一種嶄新的服務模式，並將成為公營醫療體系的重要一環。地區康健中心的建立是扭轉現時「重治療、輕預防」的醫療體制和觀念的關鍵一步。表2.3概述了地區康健中心的現有服務模式。

46. 隨着地區康健中心的成立，地區康健中心將逐步強化其統籌社區基層醫療服務及個案經理的角色，一方面支援基層醫療醫生，另一方面作為地區醫療健康資源樞紐，連繫社區上不同界別的公私營服務，藉此重新釐定公營與私營醫療服務之間、基層醫療服務與社會服務提供者之間的關係。

表2.3
地區康健中心現時服務模式

地區康健中心現時服務模式	
角色	<ul style="list-style-type: none"> • 建立以地區為本的全新醫療模式，借助公私營協作及醫社合作，在社區提供更好的基層醫療服務及醫療協調 • 與區內機構及醫護人員協作建立服務網絡，以支援基層醫療醫生，提升服務的協調及可及性
健康問題優次	<ul style="list-style-type: none"> • 香港最常見的四類慢性疾病及健康問題包括： <ol style="list-style-type: none"> (a) 肥胖和超重 (b) 高血壓 (c) 糖尿病 (d) 肌骨骼疾病
服務模式	<ul style="list-style-type: none"> • 每區設立一間地區康健中心，由非政府機構營運 • 每間地區康健中心營運機構須營運一個主中心及若干個附屬中心，聘請核心團隊，以及建立地區康健中心服務提供者網絡 • 營運機構亦要與社區內的非政府機構合作，成為夥伴，以加強地區支援網絡
地區康健中心核心團隊及網絡服務提供者	<ul style="list-style-type: none"> • 地區康健中心營運機構聘用一支核心團隊，包括執行總監、總護理統籌主任、護理統籌主任、營養師、藥劑師、物理治療師、職業治療師、社工，以及負責行政、資訊科技及財務的支援人員 • 地區康健中心營運機構須建立一個地區服務網絡，透過服務協議聘請區內或鄰近地區的醫生、中醫師及專職醫療人員（如物理治療師、職業治療師、視光師、營養師）。相關網絡服務提供者將接收地區康健中心轉介的個案，為會員提供資助服務
使用地區康健中心服務的資格	<ul style="list-style-type: none"> • 香港身份證持有人 • 在該區生活或工作 • 同意加入電子健康紀錄互通系統(「醫健通」)及在「醫健通」共享資料以使用相關服務
服務範疇	<ul style="list-style-type: none"> • 第一層預防：健康推廣、教育及資源中心 • 第二層預防：健康風險因素評估及慢性疾病篩查 • 第三層預防：慢性疾病管理及社區復康
政府提供的資助	<ul style="list-style-type: none"> • 由核心團隊提供的第一層預防服務均為免費，包括護理、藥劑、社工諮詢服務、健康推廣及教育活動等 • 政府提供資助予市民在社區的服務網絡內接受門診、醫學化驗、個人化專職醫療服務、中醫針灸及穴位按壓等服務 • 市民亦需共同承擔部分服務成本，以加強市民管理自身健康的意識

一人一家庭醫生

47. 家庭醫生作為醫療過程中個人和家庭的第一接觸點，是整個醫療體系中第一層醫療—基層醫療的主要提供者。他們為個人及其家人提供全面、連貫、全人、協調和預防性的護理，以保障他們的生理、心理和社會福祉。
48. 政府自2005年《創設健康未來》諮詢文件，一直推廣「一人一家庭醫生」的概念，強調透過家庭醫生和家庭醫生作為病人的第一接觸點提供預防護理和連貫護理。其後2008年的《掌握健康，掌握人生—醫療改革諮詢文件》諮詢文件和2010年的《香港的基層醫療發展策略文件》提出了更詳細的建議，包括鼓勵個人透過私人家庭醫生進行預防護理，以及制定《基層醫療指南》，對名冊登記的家庭醫生作出適當的培訓和資歷要求，以推廣家庭醫生概念，並持續提升基層醫療服務的質素。
49. 為減輕非傳染病的醫療負擔，政府於2018年發表《邁向2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃》。策略及行動計劃的其中一項措施是加強各層醫療體系，特別是以家庭醫生模式為本的非傳染病預防、及早識別和管理的綜合基層醫療。政府提倡家庭醫生概念的概述於表 2.4。
50. 展望未來，「一人一家庭醫生」概念將繼續是藍圖下制定各項基層醫療政策的基本指導原則。政府將要求所有基層醫療健康服務提供者，包括參與政府資助計劃（如長者醫療券計劃和「慢性疾病共同治理計劃」）的家庭醫生和醫護專業人員登記加入《基層醫療名

冊》，並承諾使用參考概覽，為基層醫療服務使用者提供質素保證，為基層醫療服務提供者建立「黃金標準」，並鼓勵基層醫療專業人員採用最佳實務指引和參與協調護理（見建議3.2）。對於公眾，我們亦會建議登記自己的家庭醫生作為加入「慢性疾病共同治理計劃」和長者醫療券計劃的條件，以建立病人與家庭醫生之間的長遠醫患關係，達致針對慢性疾病持續性的家庭為中心連貫整全基層醫療的目的（見建議2.2、4.1和4.2）。最終目標是讓所有公眾及他們的家庭成員都與其家庭醫生配對，以家庭醫生作為他們的個人健康經理，在地區康健中心的支援和協助下制定個人醫護計劃。

表 2.4
政府提倡的家庭醫生概念

家庭醫生

- 家庭醫生是主要的基層醫療服務提供者，為您和您的家人提供全面、以家庭為中心、連貫、預防性和協調的護理，照顧您和您家人的健康。
- 除了治療和護理急性和慢性疾病，家庭醫生在持續支援預防和自我管理疾病方面也起著至關重要的角色。
- 家庭醫生非常了解您的健康狀況和需要。他可以為您提供最合適的護理和專業建議，促進您的健康。

家庭醫生和兒童

- 作為您的健康夥伴，家庭醫生為您和您的家人（包括您的孩子）提供全面和連貫的護理。您的家庭醫生非常了解您的孩子，可以為他們的健康或發展提供最合適的預防護理和專業建議。

家庭醫生和長者

- 作為您和您家人的健康夥伴，家庭醫生提供連貫的護理並預計您在不同人生階段的不同需要。
- 老化是人生的正常階段，老化帶來生理、心理和認知上的變化或衰退。然而，有些變化是異常的，可能是隱藏疾病的早期徵狀。如果懷疑身體有任何異常變化，明智的做法是向您的家庭醫生尋求建議，他們會根據您的需要提供評估和治療。
- 此外，家庭醫生還透過疫苗接種和實證為本篩查等多種方式協助您預防疾病。

地區康健中心為家庭醫生提供的支援

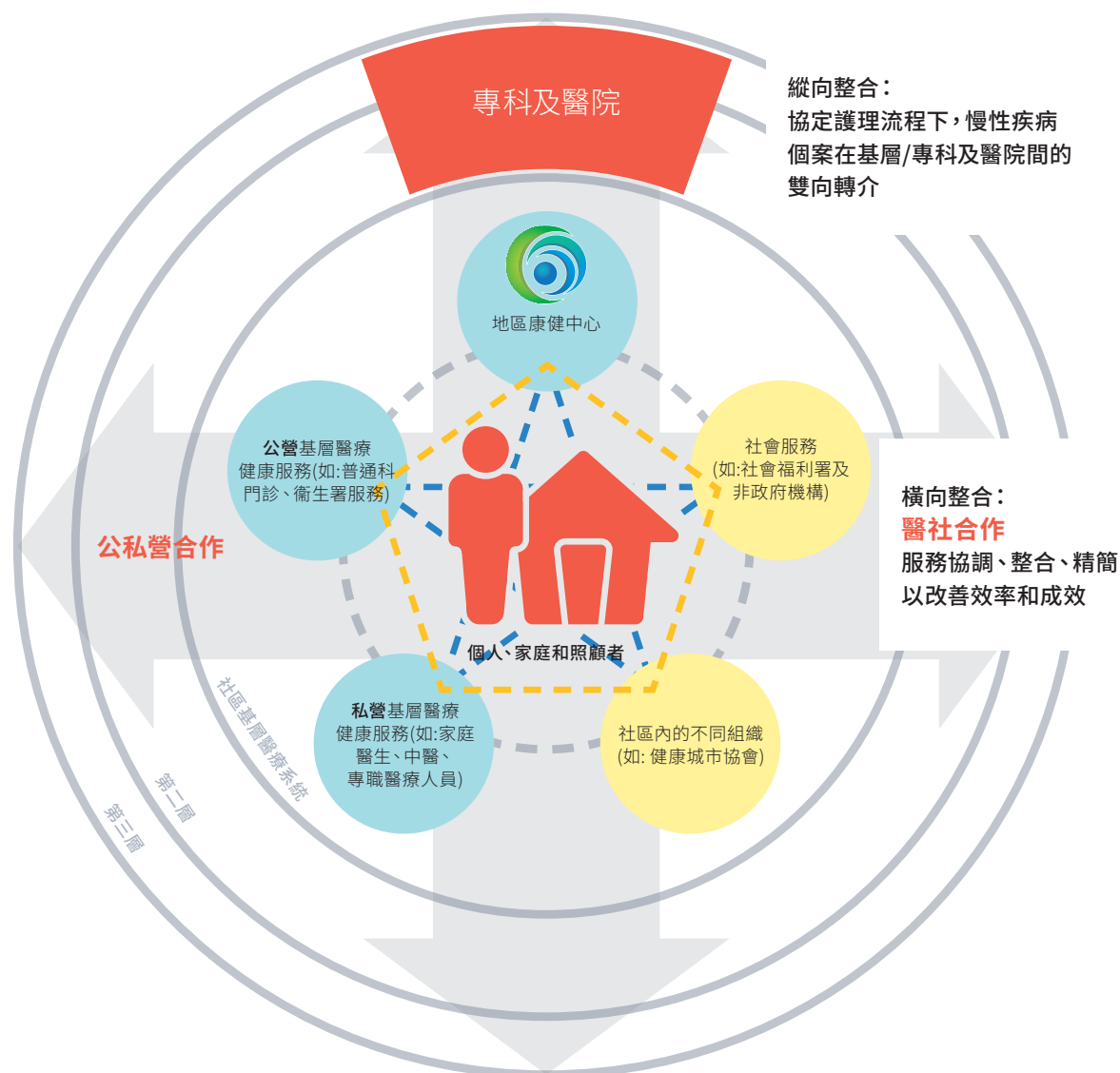
51. 作為區內樞紐，地區康健中心設有多個服務點，並支援基層醫療醫生，與社區的基層醫療健康服務提供者相互轉介病人，透過醫社合作協助政府協調、協同及善用各項社區醫療及社會服務，以及建立及加強社會支援，令各項醫療健康計劃在個人及社區層面順暢運作。地區康健中心將與基層醫療醫生相輔相成，作為首個醫療接觸點提供各項必要的支援性醫療服務，充當全港基層醫療健康服務的地區協調及資源樞紐，與現有的相關服務提供者並不存在競爭關係。另一方面，各項基層醫療先導措施亦可透過以地區為本的社區醫療系統推行，為政府規劃長遠的全港基層醫療健康政策提供實證參考。
52. 透過「醫健通」，地區康健中心將收集與區內人口健康相關的資訊，以供政府用於醫療健康服務規劃、策略採購以及監察和評估醫療服務提供者的表現（見第6章）。地區康健中心亦是地區健康資源樞紐，收集有關區內醫療健康資源相關的資訊，供市民參考，並因應需要向會員提供個人化的健康相關資訊。
53. 地區康健中心是社區的重要渠道，以配合政府推行各項醫療政策及措施。例如，為應對2019冠狀病毒病疫情，地區康健中心及地區康健站一直在地區層面發揮前線作用，積極參與地區層面抗疫工作。地區康健中心在地區層面開展的防疫工作包括提供疫苗接種服務、分發防疫物資及快速抗原測試劑包、宣傳防疫相關健康資訊、舉辦防疫教育活動、為公眾提供熱線支援服務，以及為2019冠狀

病毒病康復者提供復康支援等。地區康健中心的上述職能可以令資訊有效地在地區層面傳遞，並有效地分發防疫資源，亦協助政府推行相關準備和應變計劃，在疫情期間實屬必要。

54. 在上述發展的基礎上，我們建議進一步發展以地區康健中心服務模式為基礎的地區為本、家庭為中心的社區醫療系統，重點透過服務協調、策略採購和醫社合作，橫向整合地區為本的基層醫療健康服務，並透過指定慢性疾病的協定護理流程及訓練有素的基層家庭醫生角色，縱向整合及銜接第二層和第三層醫療服務，並進一步強化「一人一家庭醫生」概念，特別是在慢性疾病管理方面（另見**建議2.2**和**第3章**），以建立病人與其家庭醫生之間的長遠醫護關係。

55. 我們預期整合和協調後的基層醫療界別將能成為公營醫療系統中第二層醫療服務的把關者，並改善服務效率和成效，同時幫助病人在各層面的醫療健康系統中有效率地獲得合適的服務。以地區為本的社區醫療系統的概念模型如**圖2.1**所示。

圖 2.1：
社區醫療健康系統中的縱向和橫向服務整合



整合公營基層醫療健康服務

56. 如上所述，公營醫療界別存在服務及資源重疊的問題，各項基層醫療健康服務亦有進一步整合的空間。隨着地區康健中心的服務模式及規模不斷擴大及鞏固，我們認為有必要推動整合衛生署及醫管局的公營基層醫療健康服務，以減少服務重疊，提升資源使用效率。
57. 在衛生署提供的多項臨床服務中，雖然大部分承擔着重要的公共衛生職能，但也有一部分提

供著類近的基層醫療健康服務。隨着以地區為本、家庭為中心的社區醫療系統的發展，政府建議逐步將衛生署轄下的基層醫療健康服務，特別是一些有條件在地區層面透過其他方法提升效率的服務，逐步從衛生署整合至以地區為本、家庭為中心的社區醫療健康系統，以提供綜合的基層醫療服務及減少地區醫療系統內的服務重疊。考慮各基層醫療健康服務的協同效應程度及服務過渡的影響，我們建議如表2.5中所示分階段推行相關服務整合。

表 2.5
從衛生署整合的直接服務

第一階段 (短期)

- 長者健康中心
- 婦女健康中心
- 公私營協作服務

第二階段 (中期)

- 學生健康服務中心
- 母嬰健康院- 家庭計劃及子宮頸普查服務

長者健康中心

58. 衛生署自1998年起在各區成立18間長者健康中心，針對長者的多種健康需要，為長者提供綜合基層醫療健康服務。年滿65歲及以上人士經申請成為會員後，可接受由跨專業團隊提供的健康評估、健康輔導、健康教育和診療服務。為應對疫情，長者健康中心宣傳與疫情相關的健康資訊，舉辦講座及為長者提供疫苗接種服務，並分發防疫物資包及快速檢測試包。在有限的服務名額下，長者健康中心面臨人口老化帶來服務需求失衡的挑戰。
59. 全港首間地區康健中心於2019年9月在葵青區投入營運後，我們在同區的長者健康中心與地區康健中心推行新的協作模式，以加強服務協同效應。長者健康中心一直積極與地區康健中心協作，透過訂立協定的護理流程，相互轉介會員使用服務。
60. 隨着長者健康中心及地區康健中心的服務互補性日漸加強，我們將開始逐步將長者健康

中心的服務整合至地區康健中心。服務整合後，透過特別為長者訂立的協定護理流程，長者健康中心會員將繼續在地區康健中心接受健康評估及健康教育服務，而患有慢性疾病及老齡疾病的長者可以到普通科門診診所就診。

婦女健康中心

61. 現時衛生署轄下的三間婦女健康中心為婦女提供基層醫療健康服務，透過提供正確和最新的婦女健康資訊及相關社區資源，協助婦女作出有利於她們健康人生的抉擇，及有需要時尋找適當的醫療及社區服務。
62. 乳癌篩查先導計劃於2021年展開，為合資格婦女提供乳癌篩查。在該計劃下，婦女健康中心的會員如有乳癌風險，可以獲資助接受乳房X光造影檢查。
63. 正如長者健康中心，婦女健康中心與地區康健中心服務日益互補。在乳癌篩查先導計劃結束後，我們將視乎情況，透過公私營協作將婦女健康中心的服務整合到地區康健中心及私營醫療服務提供者。服務整合後，地區康健中心將加強健康評估工具，為婦女提供健康評估、教育及個人諮詢等服務，滿足婦女的特定健康需要。
64. 長遠而言，政府建議以其他方式提供基層醫療健康相關的直接服務，以期在現有直接服務提供模式之外，在地區醫療系統中提供更具成本效益的醫療服務，以達至最大程度地提升市民健康（見第3章及第4章）。

醫院管理局的基層醫療健康職能

65. 醫管局病人計劃涵蓋醫管局病人，旨在達致政府透過醫管局服務建立綜合醫療系統的目標。雖然它的服務重點放在第二層及第三層醫療，但亦推行多項基層醫療相關的健康服務（包括一些策略採購計劃）。**隨着地區為本的社區醫療系統的發展**，因應醫務衛生局的政策考慮和基層醫療署的監督，這些計劃可被擴展、停止或修改，以配合最新的政策/計劃目標。例如，醫管局現時在基層醫療層面提供的病人自強計劃、社區支援、療養及護理服務均適合與地區康健中心合作。政府會繼續與醫管局合作，整合不同服務，為病人提供全面照顧，善用資源，避免重疊。
66. 醫管局其中一項最重要的基層醫療健康職能是提供普通科門診服務。作為患者醫療流程的一部分，醫管局會繼續提供普通科門診服務，以履行安全網及公共衛生職能。普通科門診在慢性疾病管理中的未來定位將在**建議2.3**進一步討論。**第3章-建議3.2及3.3**將討論建立基層與第二層醫療服務的服務流程，特別是針對特定的慢性疾病。
67. 在中醫服務方面，醫管局亦一直積極推動中醫診所暨教研中心與地區康健中心合作。例如在2021年12月的「三九天」期間，中醫診所暨教研中心與三間地區康健中心/地區康健站（包括葵青地區康健中心、深水埗地區康健中心和西貢地區康健站）合作，試行天灸服務，並舉辦中醫專題講座，深受市民歡迎。為充分發揮中醫藥在基層醫療服務的潛力及進一步推動中醫藥在香港的發展，政府將繼續透過

服務規劃，提升中醫診所暨教研中心提供的基層醫療服務，探索中醫診所暨教研中心在基層醫療系統中的定位，並進一步推動中醫診所暨教研中心與基層醫療持份者的協作。

醫社合作

68. 為實現全人醫療服務，我們有必要加強以地區為本的社區醫療系統中的醫社合作。社會服務界提供有效的地區支援網絡並發揮補充作用，在以地區為本的社區醫療系統中極其重要。**因此，以地區為本的社區醫療系統應支援醫療與社會服務之間的合作。**除為病人在社區提供所需的醫療服務外，我們亦需要加強對家庭/照顧者的支援，提升照顧者的能力，使他們在照顧病人健康（包括生理及精神健康）之餘亦能妥善照顧自身生活，並應對緊急情況及做出適當醫療決定。
69. 建立以地區為本的社區醫療系統，可以加強長者地區中心/長者鄰舍中心提供的社區支援與公營基層醫療健康服務提供的醫療支援之間的合作，以加強醫社合作、以家庭為中心的協調護理，為難以接觸及身體狀況較弱的長者及其照顧者提供支援。

建議2.2

透過私營基層醫療界別加強慢性疾病管理

70. 如**第1章**所述，我們必須將當前醫療體制的重點轉移到以預防為重的醫療模式，並着重慢性疾病管理，以實現醫療健康系統的可持續性。考慮到慢性疾病的病患率所造成的負擔及成

本效益，及早介入處理慢性疾病至為重要。透過地區為本的社區醫療系統，政府希望鼓勵市民預防慢性疾病，同時幫助市民及早發現慢性疾病，並在社區醫療服務提供者的協助下，在社區層面及時介入處理特定的慢性疾病。對於被診斷為患有慢性疾病的市民，我們期望能協助他們預防及管理相關併發症，以減少住院需要。

71. 正如第36段所討論，普通科門診公私營協作計劃已於2014年分階段推出，希望借助私營機構的資源，紓緩對醫管局普通科門診服務

的需求。在普通科門診公私營協作計劃下，原本在普通科門診診所接受治療並且病情穩定的高血壓及/或糖尿病患者會獲邀自願參與計劃，可自行選擇私家醫生跟進其慢性疾病病情。除了紓緩公營醫療系統的壓力外，該計劃亦希望在家庭醫生與病人之間建立長期的醫患關係，以達致連貫而全面基層醫療服務的目標。至今，全港18區已有超過600位私家醫生參與普通科門診公私營協作計劃。表2.6載列普通科門診公私營協作計劃的參與病人、服務提供者及開支數字。

表 2.6
普通科門診公私營協作計劃服務數字

	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
病人參與人數	35 815	39 700	41 804	49 280 (目標數字)
服務提供者參與數目	439	575	604 (至2021年底)	617 (至2022年8月)
開支 (百萬元)	82.5	89.4	97.7	130.8 (預計開支)

72. 醫管局在現有普通科門診公私營協作計劃的基礎上，於2021年底引入「共同醫治服務模式」，逐步把服務對象擴大至醫管局專科門診病人。經諮詢醫管局臨床專家，「共同醫治服務模式」現正在內科、骨科和精神科專科門診試行。在內科、骨科和精神科專科覆診的合資格病人已分批獲邀參加「共同醫治服務模式」下的計劃。

73. 另一方面，作為現有地區康健中心服務之一，地區康健中心透過基本健康風險因素評估，

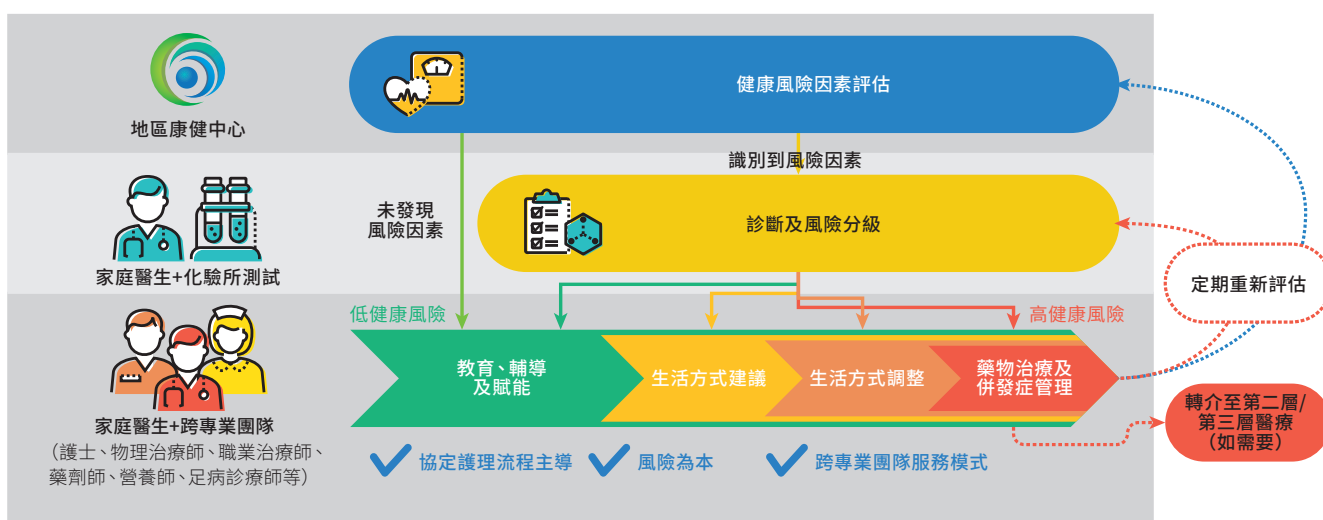
主動識別高血壓和糖尿病高危病人，讓私營界別的網絡醫生進一步診斷。確診的患者將被邀請參加以協定護理流程及有系統的地區康健中心「高血壓/糖尿病管理計劃」。在「高血壓/糖尿病管理計劃」下，這些個案由一個以基層醫療醫生領導的跨專業團隊管理，該團隊由護士、藥劑師、專職醫療人員、社會工作者以及其他在地區康健中心協調下的醫療及社會工作者組成。地區康健中心的「高血壓/糖尿病管理計劃」亦提供資助予個別專職醫療服務。

74. 現有的地區康健中心慢性疾病管理方案是參考政府發佈的相關基層醫療參考概覽，以及醫管局針對高血壓和糖尿病患者推出的風險評估及管理計劃制定，其中包括由跨專業醫療團隊進行的併發症篩查、介入和教育。方案具實證成本效益。為進一步鼓勵地區康健中心

會員在社區接受全面護理，我們在《2020年施政報告》中提出一項慢性疾病管理先導計劃，為初次確診高血壓或糖尿病的地區康健中心會員，在現有受資助的篩查和專職醫療服務之上，增加私家醫生診症資助服務。

圖 2.2：
協定護理流程的高血壓或糖尿病患者護理流程

協定護理流程的高血壓/糖尿病患者護理流程



75. 我們建議推行「慢性疾病共同治理計劃」，提供針對性的資助，並透過「一人一家庭醫生」和跨專業公私營協作模式，讓市民在私營醫療服務診斷和管理目標慢性疾病（尤其是高血壓和糖尿病）。我們希望透過「慢性疾病共同治理計劃」，促進慢性疾病的及早識別和及時介入，減少對專科和醫院服務的需求。計劃也為公共醫療系統之外的慢性疾病病人提供了額外的服務選擇。基於慢性疾病的高病患率、治療效率和欠缺治療帶來的經濟負擔，慢性疾病是計劃的適當疾病介入點。除此之外，「慢性疾病共同治理計劃」的推出也期望為病人與家庭醫生建立長遠的醫患關係，以達致以家庭為中心連貫整全基層醫療的目的。

76. 在共同承擔的制度下，我們預期較有負擔能力的慢性疾病患者，能透過參與「慢性疾病共同治理計劃」，自行選擇網絡基層醫療專業人員，並獲得所需的基層醫療健康服務。計劃下的服務提供者受政府的監察和質素保證，在慢性疾病管理方面亦須遵循標準化的協定護理流程及轉介機制（見第3章-建議3.2及3.3）。

77. 正如《2022年施政報告》所宣布，「慢性疾病共同治理計劃」將以三年先導計劃形式推出，以期建構其服務模式。政府會向「慢性疾病共同治理計劃」投放資源，鼓勵所有市民善用這些針對特定慢性疾病的早期介入及管理措

施。加強基層醫療層面的公私營協作將有助提高獲公帑資助的基層醫療健康服務的質素和效率，並減輕公營醫療系統的壓力。相關資助模式將在第4章中建議4.1中討論。

建議2.3

檢視普通科門診服務的定位

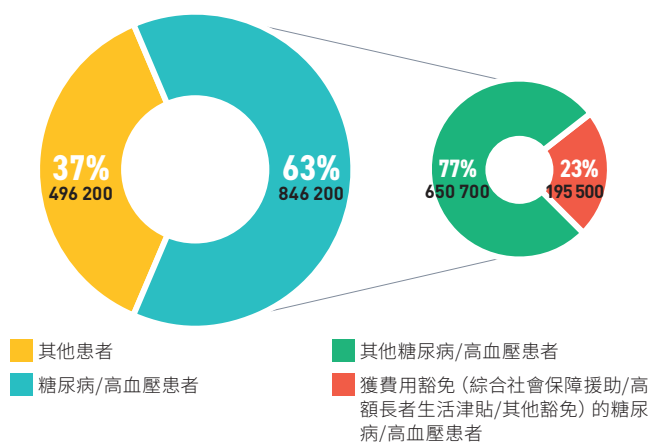
78. 現時的公營醫療健康系統是市民的基本安全網，特別是那些因經濟困難而無法負擔醫療服務的市民。我們需要維持現時為不能負擔私營醫療服務的市民提供的醫療服務及改善其質素和涵蓋範圍，不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療照顧。
79. 醫管局一直透過73間普通科門診（包括3間社區健康中心）提供基層醫療服務，主要的服務使用者為長者、低收入人士及慢性病患者。普通科門診照顧的病人主要分為兩大類，包括病情穩定的長期病患者（例如糖尿病及高血壓病人），以及症狀相對較輕的偶發性疾病患者（例如患有感冒、傷風的病人）。在2019/20年度，扣除有公務員福利/醫管局員工福利的糖尿病/高血壓患者，有63%（864 200人）的普通科門診病人為糖尿病/高血壓患者，當中23%（195 500人）為領取綜合社會保障援助、或高額長者生活津貼或其他豁免收費人士，其餘的37%（見圖2.3）為非糖尿病/高血壓患者。
80. 2019冠狀病毒病疫情期間，普通科門診診所在社區中亦發揮重要作用。自2020年7月起，普通科門診診所協助政府派發樣本收集包及收集

樣本，並在部分診所設置自動派發機，方便有需要的市民領取樣本收集包。醫管局透過不同渠道，包括於2021年2月起，在選定普通科門診診所，為市民提供2019冠狀病毒病疫苗接種服務。在第五波疫情期間，醫管局曾將最多23間普通科門診診所啟動為2019冠狀病毒病確診個案指定診所，以協助治療較輕微感染症狀的社區確診患者，尤其是較高風險患者，並為合適的病人處方2019冠狀病毒病口服藥物。由2022年7月開始，醫管局亦透過指定診所提供遙距診症服務，讓合適的確診病人在社區接受診治及藥物送遞服務。指定診所及遙距診症服務在社區層面為患者提供適時的醫療支援。

81. 以上闡釋了普通科門診診所，作為公營基層醫療健康機構，在社區層面具有重要意義。正如第66段所述，作為患者求醫過程的一部分，醫管局會繼續提供普通科門診服務，以確保公營醫療系統作為市民的基本安全網。儘管如此，上述「慢性疾病共同治理計劃」旨在更好利用私營醫療健康資源。計劃推出後，我們需要將普通科門診重新定位以將公共資源用得其所。為確保公營醫療系統繼續作為全港市民的基本安全網，**我們建議檢視醫管局普通科門診服務的定位，優先照顧弱勢社群（尤其是低收入家庭及貧困長者）**。在2019/20年度，普通科門診的高血壓/糖尿病病人中（不包括有公務員福利/醫管局員工福利的人士），約23%為豁免收費人士（即領取綜合社會保障援助、高額長者生活津貼或其他豁免收費人士）。至於非上述普通科門診目標群組中的慢性疾病患者，約佔現時普通科門診糖尿病及/或高血壓病人約77%，可選擇透過「慢性疾病共同治理計劃」，使用私營基層醫療健康服務管理慢性疾病。

圖 2.3：
普通科門診服務目標服務對象

普通科門診服務數據*



*以上數字不包括有公務員福利/醫管局員工福利的服務使用者

來源：醫管局2019/20年度數據

82. 透過適當的轉介機制，我們預期部份現時在普通科門診進行治療的慢性疾病患者可透過「慢性疾病共同治理計劃」分流到私營醫療界別。透過廣泛使用跨專業的健康風險評估及跟進護理計劃，騰出的資源可讓普通科門診為目標慢性疾病患者提供更好的護理。協定護理流程下的轉介細節將在第3章中的建議3.3進一步討論。

83. 隨着「慢性疾病共同治理計劃」在全港廣泛推行及普通科門診診所重新定位，政府將檢討現有的普通科門診公私營協作計劃及共同醫治服務模式，以精簡服務重點，確保以具成本效益的方式運用公帑，並會探討引入其他公私營協作計劃的可行性，以便有策略地向私營界別採購基層醫療健康服務（見第4章）。

第2章 – 建立社區基層醫療系統 行動計劃

	行動	短期	中期	長期	
2.1	地區康健中心	• 設立7間地區康健中心及11個地區康健站			
		• 在全港設立18間地區康健中心			
		• 檢討地區康健中心服務模式			
	基層醫療健康服務的整合	• 整合衛生署轄下的公營基層醫療健康服務			
		• 整合醫管局轄下的基層醫療健康服務 (例如病人自強計劃、社區支援等)			
		• 加強地區康健中心與長者地區中心/長者鄰舍中心之間的合作			
2.2	「慢性疾病共同治理計劃」	• 在深水埗地區康健中心慢性疾病管理計劃完成後進行檢討			
		• 在檢討計劃後，逐步將「慢性疾病共同治理計劃」擴展至全港所有高血壓及糖尿病患者			
		• 檢討「慢性疾病共同治理計劃」並探討進一步擴展			
2.3	檢視普通科門診的定位	• 透過「慢性疾病共同治理計劃」，引導普通科門診非目標群組高血壓及/或糖尿病病人接受私營服務提供的資助治療			

章節



加強基層醫療服務管理

儘管公營醫療系統有嚴謹而正式的問責制度，而私營基層醫療服務提供者亦須在制度下向其使用者負責，我們仍有必要維繫整體基層醫療界別的標準和品質控制，特別是**保證公營及私營基層醫療健康服務提供者的質素並將之標準化**，以確保整體基層醫療健康系統配合政府全面的基層醫療健康政策並達至預期的健康成效。此外，我們還需要建立一個全面的管理架構，以**督導和加強公私營醫療服務提供者在社區層面提供跨界別和跨組織協調的基層醫療健康服務**。公營及私營界別作為基層醫療健康服務的提供者，需要處理的關鍵議題，包括加強其服務表現監察準則、服務標準化和透明度。隨着管理良好的私營基層醫療提供者參與基層醫療健康系統，我們預期看到個人及整體人口的健康狀況得以改善。



84. 良好的醫療管治架構是建立理想和均衡的醫療系統的基石，有助達致預期的健康成效。世界衛生組織指出，建立醫療系統必要的領導及管治能力，對確立策略政策框架、有效的綜合監察、建立合作關係、規管、設計系統以及問責制度，至關重要[18]。

香港的醫療管理

85. 醫務衛生局是監督整體醫療系統的政策局，負責管理本港的醫療系統、監察公共衛生及確保所有市民獲得醫療服務。醫務衛生局透過年度財政預算及資源分配工作，擔當專責統籌整體公共衛生服務的角色。政府

一直透過不同渠道監察醫管局及衛生署的運作及資源使用情況。

衛生署

86. 衛生署在前醫務衛生署改組後於1989年成立，是政府的衛生事務顧問，負責公共衛生職能，包括促進健康、預防疾病，以及規管藥物和醫療設施。面對疾病趨勢的改變、新出現和重新活躍的傳染病、人口老化、資訊科技和醫學科技日新月異等挑戰，衛生署一直持續檢討架構，與時並進並迎接挑戰，以切合市民不斷改變的健康需要。

87. 隨着社區公共衛生意識的提升，對衛生署服務的需求亦日見殷切。這些服務包括疫苗接種計劃、健康推廣、非傳染病防控策略及行動計劃、推行與公共衛生相關的資助計劃（如長者醫療券計劃及大腸癌篩查計劃）（有關衛生署的服務，另見**第2章**）。
88. 基層醫療方面，專責的基層醫療統籌處於2010年成立，以支緩和協調本港基層醫療發展，特別是協調公私營醫療服務提供者及其他持份者，配合全民衛生政策及策略的推行，加強基層醫療。基層醫療統籌處的職責包括制定和更新基層醫療服務參考概覽、管理和推廣使用《基層醫療指南》，以及推廣家庭醫生的概念及/或家庭醫學。為集中人才和讓資源發揮更大成效並讓前食物及衛生局可更有效推動本港基層醫療系統的持續發展，自2019年10月起，基層醫療統籌處與前食物及衛生局的基層醫療健康辦事處合併（有關基層醫療健康辦事處職能，見下文**第93段**）。
89. 衛生署現時是超過20條衛生相關法例的唯一/主導執行機構，負責規管有關醫療產品、醫療機構及有害物質等事宜，以保障公共衛生與市民安全。隨着政府推出新法規加強保障公共衛生及近年醫療科技不斷進步（例如引入各種先進療法、發展基因組醫學），加上醫療服務漸趨複雜及市民期望日高，衛生署一直確保各規管單位及制度能協力推行相關衛生政策，提升相關能力，並回應醫療科技與國際標準急速發展的情況。衛生署亦負責與國際及海外衛生規管當局建立和維持聯繫。
90. 就醫生或牙醫執業的私營醫療機構處所而言，衛生署正根據私營醫療機構的類型及其風險程度，分階段落實《私營醫療機構條例》（香港法例第633章）。醫院牌照及日間手術牌照的申請已分別於2019年7月及2020年1月開始。診所的牌照申請及要求發出豁免書的程序將適時公布。私營醫療機構的持牌人必須遵守相關業務守則，包括與該類設施營運相關的管治、人手編制、設備及設施的規管標準。衛生署會透過巡查及監察醫療事件，監管相關醫療機構遵守條例的情況，並會由獨立的法定機構處理服務使用者對相關醫療機構提出的投訴等。

醫院管理局

91. 醫管局是1990年根據《醫院管理局條例》（第113章）成立的獨立法定機構。相關法例明文規定醫管局需要有效率地運用醫院資源，以期在可獲得的資源範圍內盡可能提供最高水平的醫院服務。
92. 醫管局透過轄下醫院、專科門診診所、普通科門診診所及社區外展隊，為市民提供多項醫療和復康服務。醫管局向政府負責，包括向醫務衛生局報告其表現和質素目標及服務指標，而醫務衛生局資助醫管局及其服務。醫管局亦負責管理轄下多項基層醫療服務，例如普通科門診診所及**第2章**概述的其他計劃。

基層醫療健康辦事處

93. 正如第2章所述，政府致力加強以地區為本的

基層醫療健康服務，在全港十八區逐步設立康健中心，以有效扭轉目前以治療為主的醫療服務和減輕對公營醫院的壓力。在此背景下，前食物及衛生局於2019年3月1日成立基層醫療健康辦事處，在決策局層面監督及督導基層醫療健康服務的發展。基層醫療健康辦事處的初步工作重點是發展基層醫療的全新模式，提供切合地區需要及特點的服務，並提高公眾對健康生活、預防疾病及自我管理健康的意識。基層醫療健康辦事處成立後負責推動基層醫療服務的全面檢討及未來發展。

表3.1

基層醫療健康辦事處的主要工作

- 發展地區康健中心，以地區為本為原則，及以嶄新的營運模式促進公私營協作及醫社合作，提供基層醫療健康服務
- 加強不同專業、界別及團體之間在基層醫療健康範疇的協調
- 制定、更新及推廣基層醫療服務的參考概覽
- 管理及推廣使用《基層醫療指南》
- 推廣基層醫療健康、家庭醫生的概念及家庭醫學

基層醫療服務的標準設定 《基層醫療指南》

94. 2010年，政府公布了《香港的基層醫療發展策略文件》（《策略文件》），提出改善基層醫療服務的主要策略和行動計劃（另見附錄C）。

正如《策略文件》指出，設立《基層醫療指南》是香港發展更佳基層醫療服務的主要措施之一。《基層醫療指南》是一個以網絡模式建立的電子資料庫，包含社區內基層醫療服務提供者的執業資料及專業資格，旨在：

- (a) 為公眾及基層醫療服務提供者提供一個便於查閱、包含社區內不同專業的基層醫療專業人士執業資料的電子資料庫；及
- (b) 促進不同基層醫療服務提供者之間的協調，以發揮跨專業團隊功能，提供更全面的基層醫療服務。

95. 現時《基層醫療指南》下設三個分支指南（西醫、牙醫及執業中醫）。《基層醫療指南》接受此三類註冊執業醫療服務提供者的註冊。不論其專業及執業重點，註冊醫療服務提供者須承諾提供可直接獲得、全面、連貫和協調並且以家庭為中心的基層醫療服務。截至2022年8月，共有2 630名西醫、228名牙醫及1 729名中醫師登記加入《基層醫療指南》。

96. 要持續載列於《基層醫療指南》中，參加者必須遵守延續醫學進修及發展的特定條件，以鼓勵其專業發展並保證其基層醫療服務的質素。除了持續承諾提供基層醫療服務外，參加者亦須在每個延續醫學教育（CME，適用於醫生）或持續專業發展（CPD，適用於牙醫）週期下，更新相關證書。中醫師亦須參加相關持續進修以更新其執業證書。表3.2總結了繼續載列於基層醫療指南中的條件。

97. 為鼓勵登記加入指南及提升服務質素，醫生必須先登記加入《基層醫療指南》方可參與

政府資助的個別醫療健康計劃，例如疫苗資助計劃及加入康健中心網絡。

表3.2

持續載列於《基層醫療指南》的條件

<p>全部</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 登記加入《基層醫療指南》的醫療服務提供者應持續提供可直接獲得、全面、連貫和協調並且以家庭為中心的基層醫療服務。
<p>註冊醫生</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • 已登記的註冊醫生，而並非正在參與適用於專科醫生的延續醫學教育計劃，須參與經香港醫務委員會（醫委會）核准的「普通科醫生自願延續醫學教育計劃」，並須累積所需分數以獲得由醫委會發出的年度延續醫學教育修業證書；或符合資格在每個延續醫學教育周期結束後獲醫委會批准使用「延續醫學進修證書」的名銜。 • 如登記的註冊醫生為醫委會專科醫生名冊上的專科醫生，其須參與及遵行由香港醫學專科學院（醫專）決定適用於其專科的延續醫學教育的要求。
<p>註冊牙醫</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • 已登記的註冊牙醫，而其並非正在參與適用於專科牙醫的持續專業發展計劃，須參與由香港牙醫管理委員會（牙管會）核准的「執業牙醫持續專業發展計劃」，並須累積所需分數，以在每個持續專業發展周期結束後符合資格獲得由牙管會發出的持續專業發展證書。 • 如登記的註冊牙醫為牙管會的專科名冊上的專科牙醫，須參與及遵行可由醫專決定適用於其專科的持續專業發展計劃的要求。
<p>註冊中醫/有限制註冊中醫/表列中醫</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • 根據現行法例規定，註冊中醫須根據由香港中醫藥管理委員會的要求持續進修中醫藥學，並須累積所需分數，以符合資格續領其執業證明書。這也是在基層醫療指南中登記的要求。 • 已登記的有限制註冊中醫或表列中醫須持有參與持續進修中醫藥學的紀錄。

基層醫療參考概覽

98. 制定基層醫療參考概覽是《策略文件》當中公布的另一項措施，目的是為本港各界別的不同醫護專業人員作出指引和協調，從而在社區提供連貫、全面和以實證為本的醫療服

務；提升病人和照顧者的能力；以及使市民更清楚知道預防和妥善治理主要慢性疾病的重要性。

99. 截至2022年7月底，政府已出版四份參考概覽，每份皆包括核心文件及一系列闡述有關

預防護理及疾病管理等重要議題的單元。其中，高血壓及糖尿病參考概覽是地區康健中心第二層及第三層預防服務護理流程的重要組成部分，而長者護理參考概覽則為衛生署

的長者健康服務及康健中心的防跌計劃提供通用參考。此外，兒童護理參考概覽內的單元已獲母嬰健康院的家長教育課程採用。

表3.3

目前參考概覽涵蓋的主題

成年糖尿病患者護理



- 核心文件
- 單元一：以人群為本並貫穿人生歷程的糖尿病預防及控制措施概覽
- 單元二：及早識別糖尿病患者
- 單元三：給糖尿病患者的飲食建議
- 單元四：向糖尿病患者的運動建議
- 單元五：血糖的控制和監測
- 單元六：糖尿病的藥物治療
- 單元七：患有高血壓的二型糖尿病患者的藥物治療
- 單元八：糖尿病患者的血脂治理
- 單元九：糖尿腎病
- 單元十：糖尿眼
- 單元十一：糖尿足
- 基層醫療服務下的戒煙單元

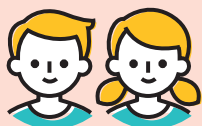
成年高血壓患者護理



- 核心文件
- 單元一：以人群為本並貫穿人生歷程的高血壓預防及控制措施概覽
- 單元二：量度血壓
- 單元三：繼發性高血壓
- 單元四：為新確診高血壓的患者進行評估
- 單元五：飲食建議
- 單元六：給高血壓患者的運動建議
- 單元七：給高血壓患者的藥物治療
- 單元八：年度評估
- 單元九：高血壓患者的血脂治理
- 基層醫療服務下的戒煙單元

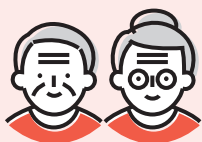
參考概覽涵蓋的主題

兒童的預防護理



- 核心文件
- 免疫接種單元
- 兒童發展單元
- 預防兒童損傷單元
- 兒童體格成長單元
- 家長自強單元——兒童健康攻略

長者的預防護理



- 核心文件
- 健康評估單元
- 長者跌倒單元
- 長者口腔護理單元
- 視覺障礙單元
- 認知障礙單元
- 長者常見精神健康需要單元

挑戰

100. 人口老化加上2019冠狀病毒病疫情為公營醫療系統帶來巨大挑戰。為保障市民健康及加強相關服務，前食物及衛生局已於2022年7月1日改組為醫務衛生局，專責醫療衛生政策。醫務衛生局會推進多項重點措施，其中包括落實基層醫療健康發展藍圖。

101. 然而，由上可見，現時的醫療管治架構未有著重基層醫療服務。我們必須在政策層面制定全面方案，解決基層醫療與第二層/第三層醫療之間在政策制定、融資、人力、管理、成效監察方面的系統性失衡。另外，我們必須在執行層面以協調及整合等方式加強各項基層醫療服務之間的跨界別及跨組織協調，致力推動醫療系統變革。

102. 同時，正如前文一再重申，我們必須發揮私營醫療界別的潛力，並有必要維持整個基層醫療服務界的標準及品質控制。政府亦可借助多種工具，確保公私營界別提供的基層醫療服務合乎及保證相關質素標準，從而確保整個基層醫療系統朝着政府的整體基層醫療政策目標邁進，達致預期的健康成效。

我們的目標

103. 為順利推行本藍圖提出的各項建議，我們需要在管理架構中推行系統性變革，實現以願景及使命為主導的決策過程，包括服務評估、資源分配和統籌、掌握市場狀況及確保問責。我們的目標是展現政策決心，推動各公私營基層醫療服務供應者在社區層面的跨界別及

跨組織協調；以及提升不同界別基層醫療服務質素的標準化和保證，以確保整個基層醫療系統達致預期的健康成效。

104. 因應上述目標，我們提出以下建議：

建議 3.1

設立基層醫療署

105. 我們認為亟需建立以基層醫療作為醫療系統優先的全面管治架構，從而實現以願景和使命為主導的決策過程。同時一個全面的管治單位應負責管理及統籌不同機構的工作及職能，以確保整個醫療系統在提供服務時達致其指標、目標及職責。

106. 為此，政府建議逐步將現時醫務衛生局轄下的基層醫療健康辦事處改組成一個全面的基層醫療健康管理單位—基層醫療署，以確保有效及高效地運用資源，並透過有效的跨機構及跨界別合作，促進所有獲政府資助的醫療健康服務無縫銜接，加強監察各基層醫療健康服務表現，以展現政府在發展可持續的基層醫療健康系統的承諾和支持。

107. 我們建議應正確定位基層醫療署，以監督—

(a) 基層醫療健康服務的提供，包括透過由新設立的策略採購統籌處的協助，以策略採購方式規劃服務和分配資源；

(b) 制定公營和私營服務提供者的標準和協定護理流程、保證和監察私營基層醫療健康服務的質素；以及

(c) 基層醫療專業人員的培訓。

108. 如第2章所述，隨着服務逐步整合，基層醫療署亦需負責檢討不同主要服務提供者在基層醫療中的角色，並加強跨界別和跨組織的協調。在制定標準方面，向第二層醫療服務求醫的病人應先在基層醫療層面接受協定護理流程的評估，以減少公營第二層醫療服務的重複使用或濫用情況（見建議3.2和3.3）。

109. 在初步階段，基層醫療署將透過由衛生署和醫管局調派人手和架構，並以行政方式成立一個負責制定服務標準和保證質素的機關，並在策略採購統籌處的協助下，向私營界別採購基層醫療健康服務。我們預期需要制定新的法例，賦予基層醫療署法定權力，在合約條款外落實私營基層醫療健康服務提供者的標準（即建議3.2和3.3所述）。基層醫療署將成為促進跨界別合作的推動力量。

110. 隨着基層醫療署的成立及服務整合（如第2章所述），政府建議同時調整衛生署和醫管局的焦點和角色。

衛生署

111. 當基層醫療署成立後，衛生署將維持其公共衛生職能，並繼續擔任政府的公共衛生顧問，規劃全港整體公共衛生策略，執行規管和執法職能（包括規管藥品、醫療機構監管、煙草和酒精管控）。同時，衛生署亦會加強在制定和落實公共衛生策略的核心職能，以及監察和促進衛生科技發展和藥物研發，從而提升應對未來社會和公共衛生發展的能力。

112. 在新的角色劃分下，一些直屬衛生署的基層醫療服務將根據各自的服務模式、規模以及與社區其他提供者的服務重疊程度，逐步整合至基層醫療署。隨着地區康健中心的服務模式和規模不斷發展和鞏固，亦鑒於與衛生署的服務存在相當程度的重疊，我們建議某些基層醫療健康服務逐步與衛生署的服務整合，如長者健康服務、婦女健康服務、健康推廣，以及其他基層醫療健康服務計劃，如癌症篩查（同見第2章）。而其他公私營協作計劃，如現時衛生署轄下不同獲資助的疫苗計劃及篩查計劃亦應考慮按照策略採購統籌處的研究，納入基層醫療署並以協作模式與私營醫療界別推行有關計劃。新成立的策略採購統籌處將就這些服務範疇，在現行的服務提供模式以外，建議其他模式，讓提供醫療健康服務時更具成本效益，並較現時模式更大程度地促進市民健康（同見第4章）。

113. 基層醫療署成立後的衛生署改組，亦有助加強衛生署緊貼最新發展和及時應變的能力，捍衛香港的公共衛生。改組之後的衛生署將專責處理公共衛生規管事宜，可更有系統地規管醫療服務及產品的安全，從而提升本港的醫療行業水平，保障市民的健康。這亦有助進一步協調相關工作，提升規管效率，以配合公眾期望及服務運作需要。

醫院管理局

114. 另一方面，醫管局現時也在社區提供一系列基層醫療健康服務。隨着基層醫療署的成立，預期醫管局將根據《醫院管理局條例》，更專注向市民提供公立醫院及相關的醫療和康復服

務，而其基層醫療健康服務（如普通科門診）應按照基層醫療署的政策方向，專注為市民提供基本安全網，尤其是缺乏經濟能力的市民，如建議2.3所述。各基層醫療服務的預算亦應與醫管局的整體預算分別計算，並由基層醫療署作整體規劃。

策略採購統籌處

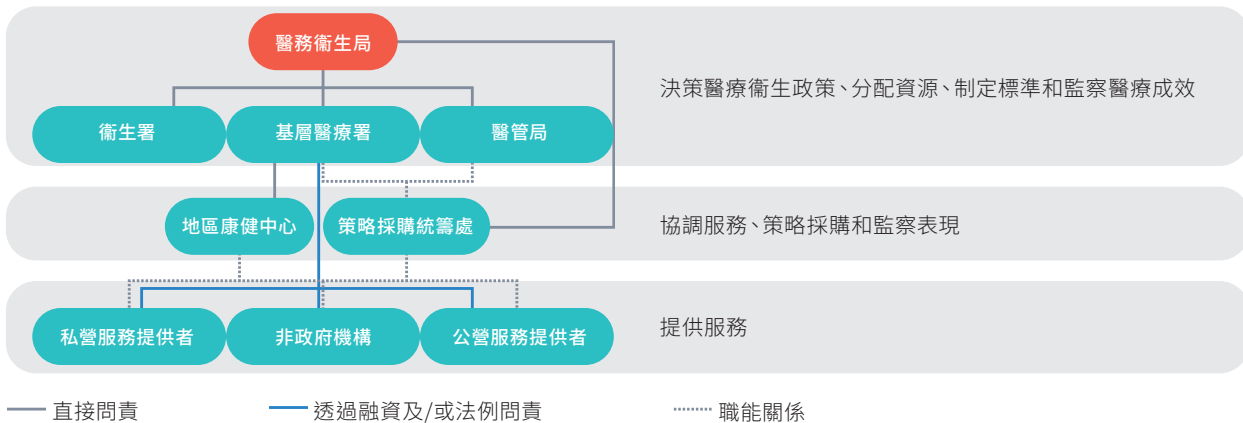
115. 基層醫療署成立之後，將承擔資源分配角色。為此我們有必要探討如何透過策略性採購，在現有模式以外提供最有效的基層醫療服務。策略性採購旨在透過一個主動的、實證為本的過程，讓醫療健康系統的得益最大化，該過程界定了誰是服務提供者、採購甚麼服務、應該如何支付這些服務、理想的付費水平，以及支付和獎勵機制。

116. 為使市民更易獲取優質的醫療服務及改善公私營醫療服務失衡的問題，政府建議借助醫管局及衛生署現有人手及資源，成立策略採購統籌處，在醫務衛生局政策指導下，統一審視所有以策略採購方式提供的項目的發展和落實。在基層醫療署和醫管局的監督下，資源將更有效地引導到優質、協調及連貫的基層醫療服務，著重以家庭為中心、以人為本和專注於預防的服務，減少公營和私營服務在基層醫療健康中的服務重疊、欠缺效率和錯配，最終為個人和家庭帶來優化的協調和綜合護理，最大程度地提高他們的健康得益和成效。就基層醫療而言，基層醫療署將負責確定採購內容，而策略採購統籌處則負責有策略地評估採購模式、採購對象、獎勵機制及最佳支付水平，以確保整體成本效益。有關策略採購及策

略採購統籌處的詳情將於第4章討論。

117. 醫務衛生局轄下不同機構之間的管治架構及職能關係如圖3.1所示。

圖3.1：
建議的醫療衛生管治架構及職能關係



建議 3.2 為基層醫療專業人員制定護理標準

118. 正如第1章所述，透過更好的統籌、資源分配及政策指引，私營基層醫療界別的潛力可以更有效地發揮其功能。私營醫療資源若運用得當，應能減輕公營醫療機構的壓力，從而支撐可持續發展的醫療體系。

119. 2019冠狀病毒病疫情期間，政府借助私營醫療資源推出多項抗疫措施，包括對疑似病例作定點監測，在全港推行疫苗接種計劃，營運社區隔離設施及向社區患者提供2019冠狀病毒藥物等，私營界別以營運服務中心或在其私營診所提供服務等方式積極響應。在私營界別支援下，政府得以在全港範圍迅速推行有關措施，及時應對史無前例的醫療危機。由此可見，政府在醫療衛生不同範疇均可借助私營資源提升效率，相關措施具重要意義。

120. 許多發達國家的經驗反映臨床管理模式和協定護理流程的訂立和共用，有助不同醫療服務供應者之間的護理協調，加強醫療服務的連貫性，促進實證為本，並改善病人護理。為持續促進基層醫療在社區層面的發展，並在基層醫療系統中為不同基層醫療健康服務制定政策和標準，我們建議改善現時的《基層醫療指南》和參考概覽，使它們成為統一護理及質素保證工具。

《基層醫療名冊》

121. 我們建議將《基層醫療指南》重新定位為《基層醫療名冊》。《基層醫療名冊》可作為所有基層醫療專業人員的中央名冊，在統一制度下更好地監察、協調和保證質素。要將《基層醫療指南》轉型為《基層醫療名冊》，需要處理以下事宜：

(a) 加強准入登記及持續載列的條件

122. 《基層醫療指南》現時是自願登記，除了需要持有註冊執照及延續醫學教育證書外，並無其他加入條件。此外，除了自我聲明外，並無明確界定醫療人員在基層醫療方面的相關執業重點。

123. 為了讓《基層醫療名冊》成為中央名冊，更好地監察、協調及保證質素，政府將檢討《基層醫療名冊》的准入及持續載列的條件。我們建議將指定基層醫療培訓作為其中一項主要的准入或持續載列條件。

(b) 為藥劑師及專職醫療人員制定的分支名冊

124. 為推動協調跨專業團隊提供全面的基層醫療服務，政府將繼續為藥劑師及和其他專職醫療人員制定分支名冊。有關分支名冊將着重加強跨專業合作以及藥劑師和專職醫療人員的服務品質保證，以支援政府各項基層醫療服務計劃。有關分支名冊將在基層醫療服務提供者之間共享，並提供給患者在服務轉介時進行選擇。

125. 鑑於物理治療師、職業治療師和藥劑師廣泛參與各類疾病的基層醫療服務，特別是慢性疾病及長期護理，我們建議首先為物理治療師、職業治療師和藥劑師制定分支名冊。至於其他醫療健康專業人士（例如視光師、護士、言語治療師、營養師以及其他尚未有法定註冊制度的專業人士）的分支名冊，則建議稍後制定。

(c) 採用協定護理流程及電子健康紀錄互通系統（「醫健通」）

126. 登記加入《基層醫療名冊》的所有人士都必須遵守基層醫療署規定的品質保證要求，包括必須遵守基層醫療署處理特定慢性疾病而頒布的參考概覽（見第128至132段）。我們亦將探討其他質素保證措施，例如臨床實踐的檢討和評估，以及基層醫療健康服務的表現評估指標。

127. 此外，為促進醫療服務的連貫性及整合醫療提供過程，《基層醫療名冊》內的服務提供者須強制使用醫健通記錄病人的電子健康記錄。（「醫健通」詳見第6章）

基層醫療參考概覽

128. 我們建議將基層醫療參考概覽確立為基層醫療服務的協定護理流程，尤其是在政府資助的服務上，以提升醫護質素並促進跨專業護理。

129. 除了已推出的四個參考概覽，涵蓋基層醫療層面就高血壓、糖尿病和兒童及長者的預防護理（見表3.3），我們將進一步發展和擴展適用於不同的疾病組別的參考概覽，並強調病人自強及加強跨專業護理。

130. 為支持參考概覽的未來發展，着重加強病人自強及跨專業護理，基層醫療健康辦事處已成立一個參考概覽專家小組，由來自不同背景及專業的專家組成，就各類服務下制定、更新、頒布及採用參考概覽，向政府提供建議。基層醫

療健康辦事處會根據專家小組的意見及國際發展情況，考慮制定新的參考概覽的優次，並及時更新現有參考概覽。我們根據各類疾病普遍情況及關於基層醫療介入成效的國際實證，列出新參考概覽可能的議題，如表3.4所示。我們將進一步探討中醫藥在參考概覽中的參與，以善用中醫藥在健康管理中的潛在優勢，並促進基層醫療健康服務的跨專業合作（包括純中醫藥及中西醫協作的模式）。

表 3.4

新參考概覽可能的議題

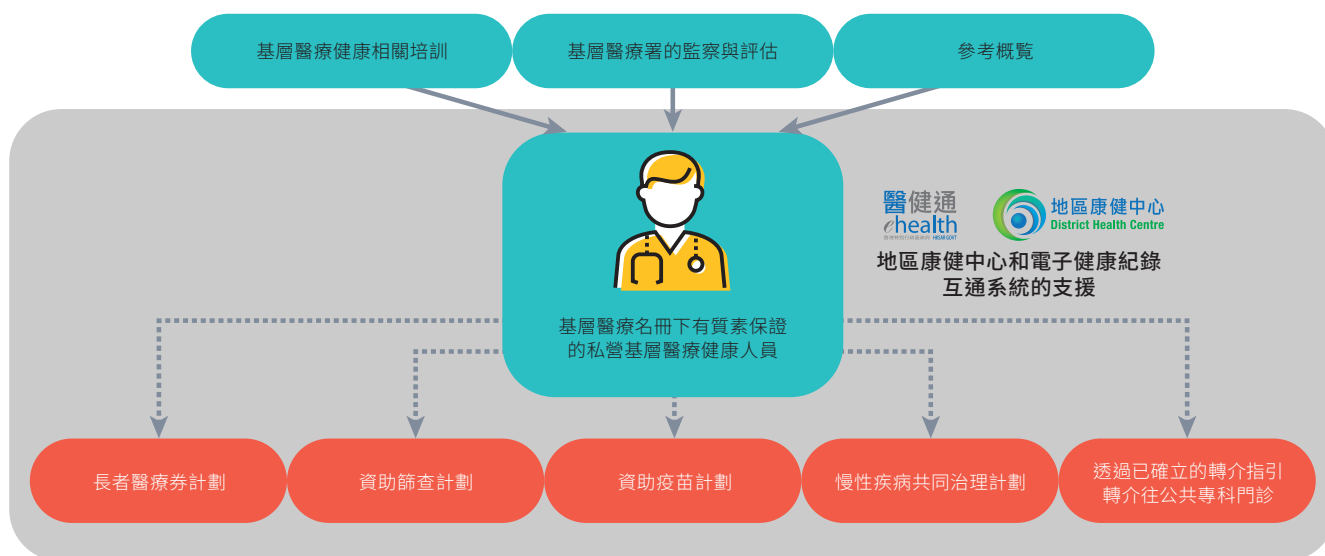
- (a) 常見骨關節問題
- (b) 婦女健康
- (c) 慢性阻塞性肺病
- (d) 常見精神健康需要
- (e) 慢性肝炎

基層醫療人員的質素保證

131. 基層醫療署負責監督上述《基層醫療名冊》和參考概覽的優化。為有效運用上述政策，政府建議強制要求所有基層醫療服務醫護專業人員（包括參與各類政府資助計劃，例如長者醫療券計劃和各種基層醫療公私營協作計劃，包括疫苗接種計劃、普及篩查計劃如大腸癌篩查，以及建議2.2中提到的「慢性疾病共同治理計劃」），必須登記加入《基層醫療名冊》，並承諾遵照參考概覽，以保證基層醫療服務的質素，從而為基層醫療服務提供者確立「黃金標準」，鼓勵基層醫療專業人員參與跨專業的基層醫療服務及掌握最佳實務指引。

132. 透過參與《基層醫療名冊》和遵守參考概覽所訂立的具法律效力的標準，基層醫療專業人員的醫療服務質素和表現將得到持續改善，而基層醫療服務的水平亦得以提高。在「醫健通」的廣泛使用及地區康健中心跨專業團隊的支持下，不同服務和計劃下不同醫療健康服務提供者之間的聯繫、溝通與協調亦得以促進。圖3.2所示為透過各種政策工具進行私營基層醫療從業員管理的概念圖。

圖 3.2：
管理私營基層醫療人員的政策工具概念圖



建議3.3 建立實證為本的基層及第二層醫療雙向轉介機制

- 133.** 為解決當前醫療系統中醫療流程不明確和多個接觸點的問題，普通科門診和私人基層醫療醫生應加強作為醫療系統第一接觸點和第二層/第三層醫療把關者的角色。我們需要明確的醫療流程和協定轉介流程，以重整服務模式，消除普通科門診和專科門診的重疊職能，並為公營第二層醫療系統把關。
- 134.** 為達成上述目標，我們應建立一個實證為本、協定護理流程主導的雙向轉介機制，特別是針對目標慢性疾病，同時供公私營服務使用，以確保只有必須接受第二層醫療服務的個案進入第二層醫療系統，而病情穩定的個案應轉介回基層醫療健康系統繼續護理。
- 135.** 醫管局將根據現時公營醫療系統的轉介機制，

由目標慢性疾病（即高血壓及糖尿病）開始，設計「醫健通」支援的基層醫療和第二層/第三層醫療協定轉介流程。建立轉介機制後，我們建議建立基層醫療服務（包括公私營界別）與專科及醫院之間的雙向轉介機制，着重出院後的有效個案管理及基層醫療服務提供者的把關者角色，使基層醫療醫生能及時及適當地轉介病情嚴重的病人至專科及醫院接受第二層醫療服務，而病情穩定的病人可以繼續由基層醫療醫生作持續跟進、監察及疾病管理。其中，參與**建議2.2**所述的「慢性疾病共同治理計劃」的私人基層醫療服務提供者應採用這指引，向公營專科門診作出轉介和接收公營專科門診的轉介。

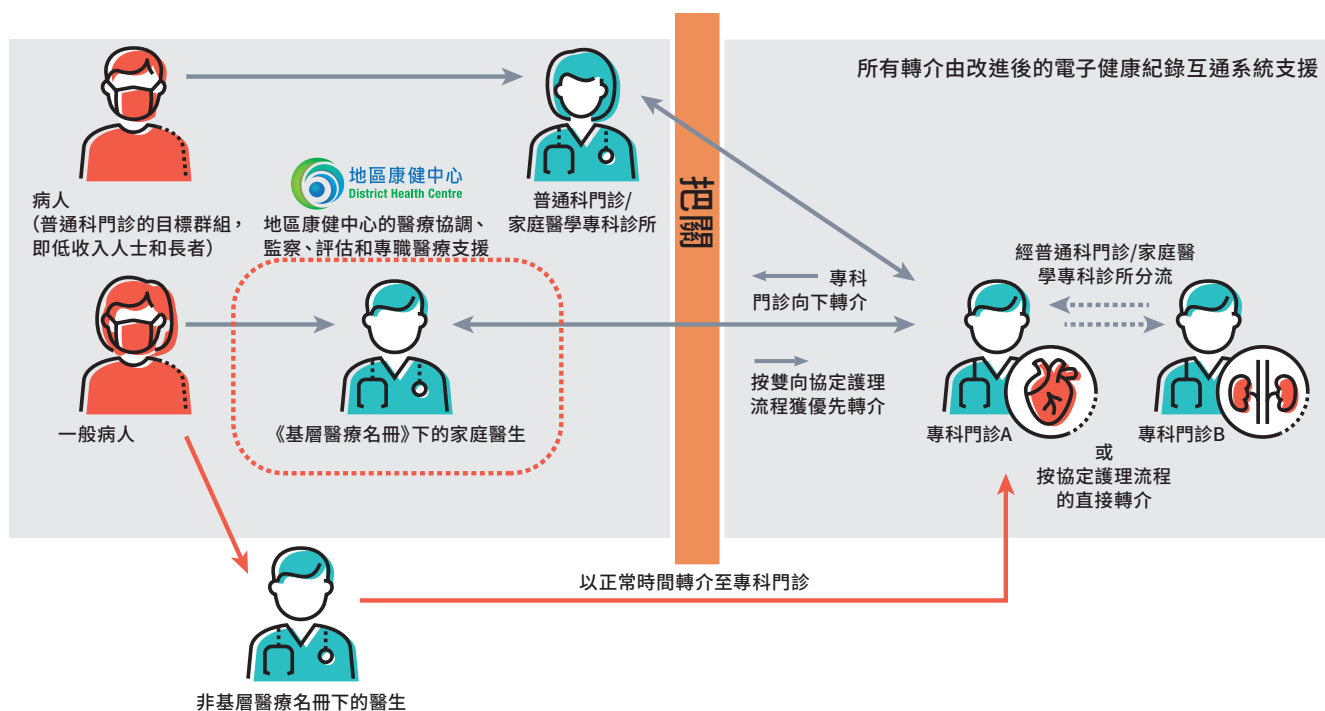
- 136.** 透過有效的把關及分流，我們預計經改善的基層醫療系統應能在公營第二層醫療體系中發揮把關者及個案管理者的角色，使大部份情況穩定的病人持續在基層醫療層面接受護理；另外，流程亦有助病人在醫療系統的各層

有效地尋求合適服務，應對專科門診的需求及輪候時間等問題（見圖 3.3）。

137. 除此之外，香港首間中醫醫院計劃於2025年起分階段投入服務。中醫醫院作為帶領香港中醫藥發展的旗艦中醫機構，將為公眾提供資

助的基層醫療和第二層/第三層醫療服務。中醫醫院與醫療系統相關部門（包括但不限於中醫藥服務提供者）之間的轉介機制將作進一步探討，亦會探討促進中醫師與其他醫護專業人員互動的機制以及中醫藥在基層醫療健康服務中的應用。

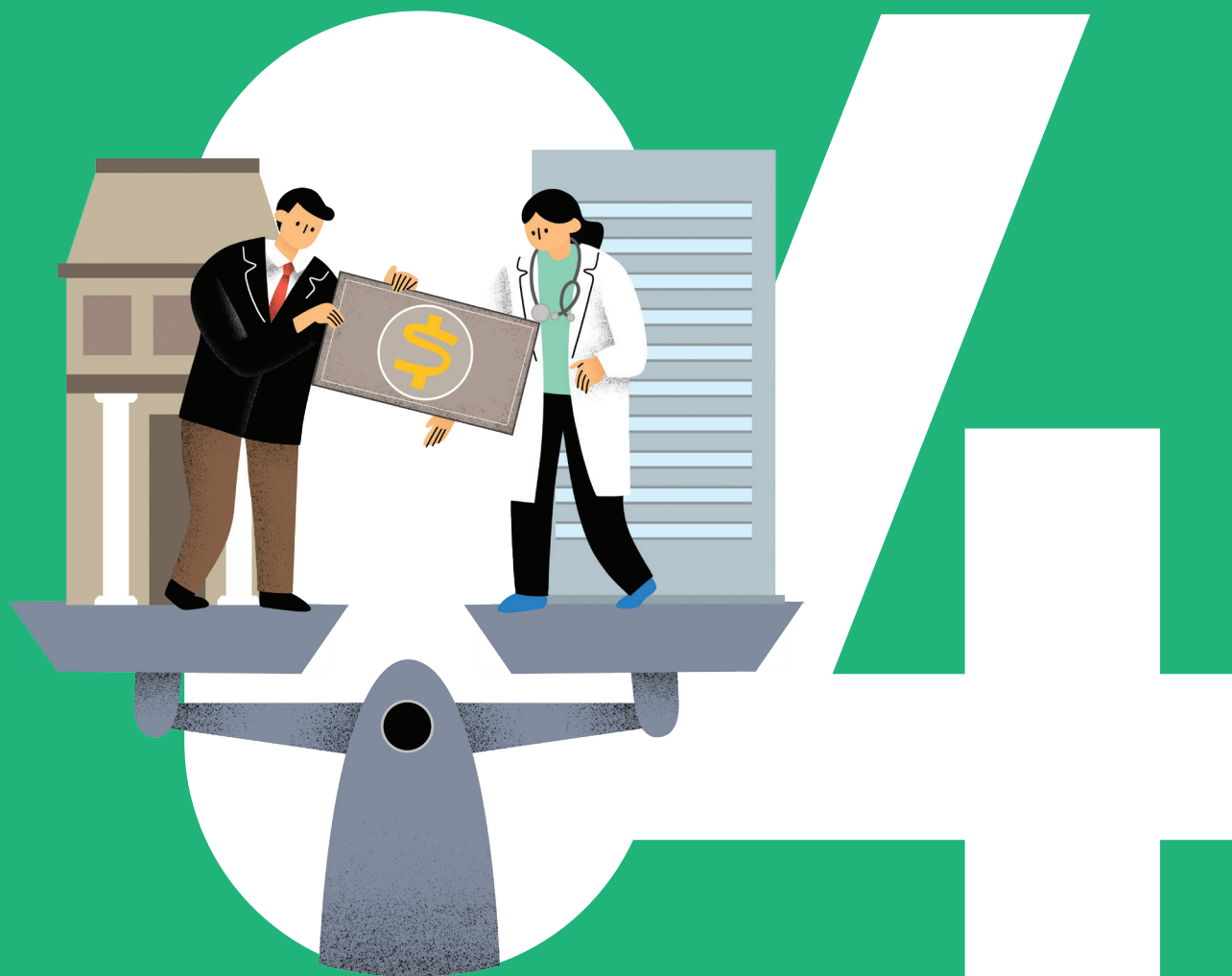
圖 3.3：
精簡化基層及公營第二層醫療雙向轉介機制概念圖



第3章 – 加強基層醫療服務管理 行動計劃

	行動	短期	中期	長期	
3.1	基層醫療署	• 在現時基層醫療健康辦事處架構下引入地區性管治架構			
		• 借助衛生署及醫管局現有人手以擴展基層醫療健康辦事處			
		• 制定新法例，授予基層醫療署法定權力，以落實適用於私營基層醫療服務提供者的標準			
3.2	《基層醫療指南》	• 在《基層醫療指南》中為藥劑師及其他醫護專業人員制定分支指南			
		• 檢討《基層醫療指南》的准入或持續載列要求			
		• 要求參加指定政府資助計劃的醫護專業人員登記加入《基層醫療指南》			
		• 在電子健康紀錄互通系統的支援及相關法例支持下建立《基層醫療名冊》			
3.3	基層醫療的參考概覽	• 制定及擴展適用於各類疾病的參考概覽，並探討中醫在參考概覽中的參與			
		• 在基層醫療署支持的電子健康紀錄互通系統的支援下，將參考概覽確立為《基層醫療名冊》下醫護從業員的協定護理流程			
3.3	基層及第二層醫療雙向轉介機制	• 在現有公營醫療系統轉介機制的基礎上，制定基層醫療-第二層醫療轉介機制			
		• 釐定「慢性疾病共同治理計劃」相關的轉介機制			
		• 在公私營界別實行在電子健康紀錄互通系統支援及基層醫療署支持下的轉介機制			

章節



整合基層醫療健康資源

公共醫療衛生資源的分配應以持續滿足所有市民的醫療健康需要為目標。如上文所述，我們需要增加公共開支，投資於基層醫療健康服務，以實現重新分配公共醫療衛生資源的目標，達致可持續的醫療健康系統。**集中資源於預防和管理慢性疾病是獲廣泛認為能夠實現可持續的醫療健康系統的最具成本效益的方法之一。**透過上述投資，預計公營和私營界別在基層醫療健康方面的醫療衛生總開支將有所增加，所需的額外資源須來自重新分配現有資源或投入新資源。

為了讓一般市民可以獲得優質基層醫療服務，改善公私營服務失衡的情況，政府銳意策略地優化私營醫療資源的運用，借助私營界別的力量提供基層醫療健康服務，以緩減公營界別的壓力，提升醫療系統的可持續性。在2008年《掌握健康，掌握人生—醫療改革諮詢文件》中建議，香港應推動醫療公私營協作，向私營界別採購基層醫療健康服務，為病人提供部分資助，在私營界別進行預防護理，以資助社會善用私營界別的資源為病人提供服務，以便公營醫療系統能夠繼續為市民提供一個必要的安全網，照顧無力負擔私營醫療服務的市民[19]。就此，政府建議改善現有的融資計劃，提供各種形式的資助，透過策略性採購實行公私營協作，提升病人在社區層面獲得基層醫療健康服務的機會和負擔能力。



公共醫療衛生開支

138. 為改善基層醫療健康服務，政府多年來一直投放大量資源。醫療衛生經常性開支逐步增長，直至2022/23年度，預算已高達約1,278億，佔政府經常性總開支的22.7%。儘管如此，2019/20本地醫療衛生總開支帳目顯示，近83%的公共醫療衛生開支用於第二層及第

三層醫療健康服務，只有17%用於基層醫療健康服務（另見第1章）[7]。

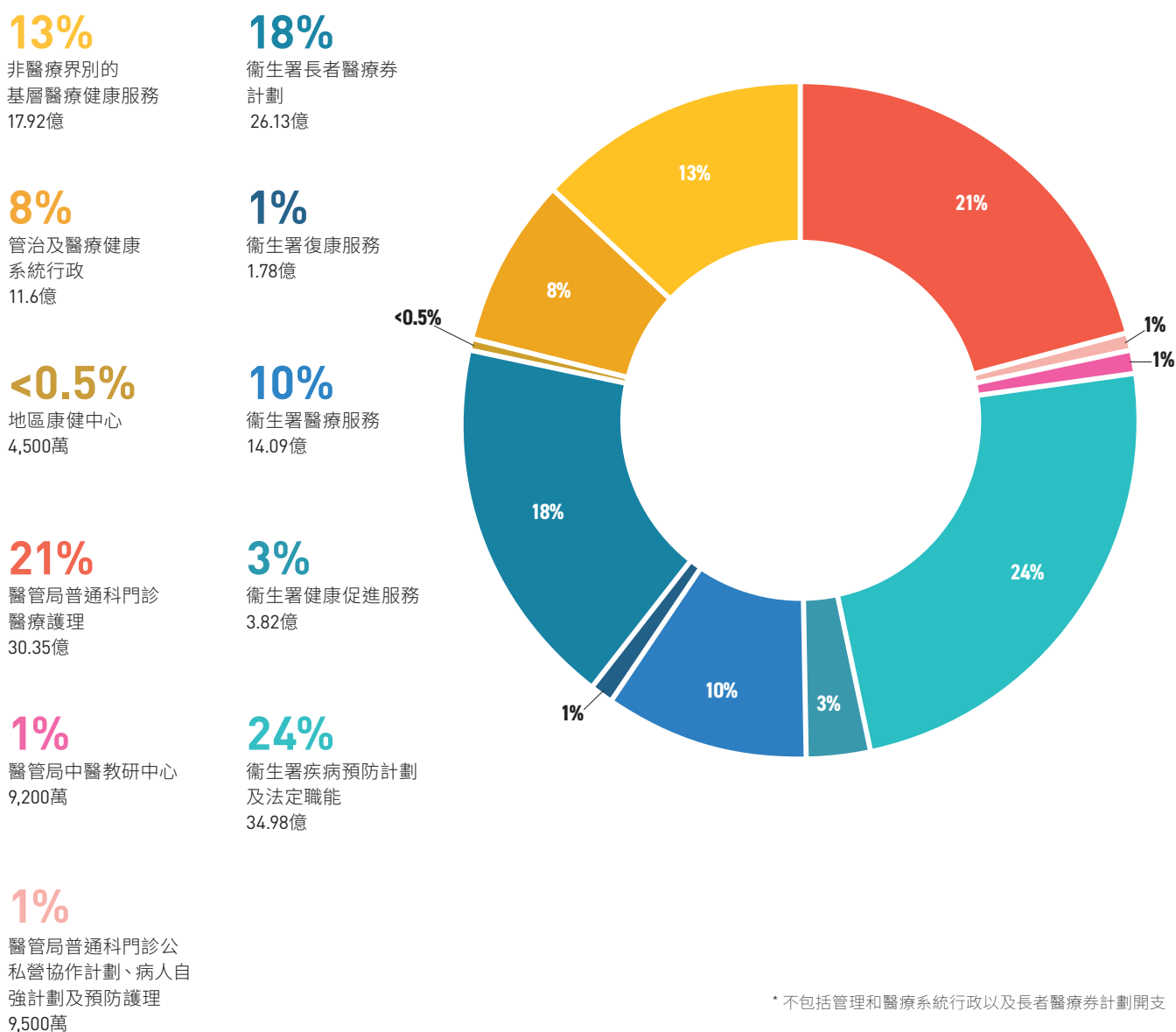
139. 誠如第2章所述，政府一直透過加強衛生署及醫院管理局的服務，以及資助非政府機構提供基層醫療健康服務及推出公眾教育活動，藉此發展基層醫療健康系統。近年，政府遵循以往諮詢文件的建議，推出多項公私營協作計

劃，務求善用私營醫療界別的資源，滿足市民對基層醫療健康服務的需要。為提升公眾對預防疾病及自我健康管理的意識，政府發展了地區康健中心，逐步加強以地區為本的基層醫療健康服務，從而增加對慢性疾病患者的支

援，緩解專科及醫院服務的壓力。2019/20年度公共基層醫療健康開支的分佈情況（不包括2019冠狀病毒病相關開支）見圖4.1。

圖 4.1：
公共醫療衛生開支中基層醫療健康開支的分佈

2019/20年公共基層醫療健康開支分佈
(不包括2019冠狀病毒病相關開支)



* 不包括管理和醫療系統行政以及長者醫療券計劃開支

來源: 香港本地醫療衛生總開支帳目 [7]

私人醫療衛生開支

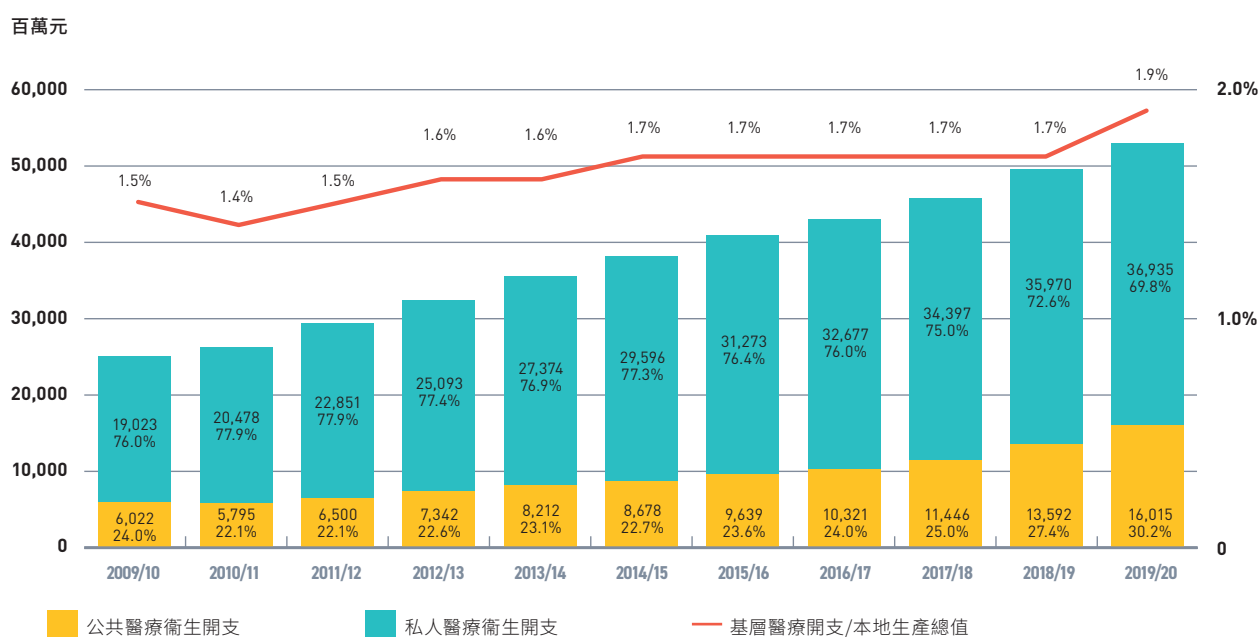
140. 私營醫療界別是基層醫療服務的主要提供者。誠如第1章所述，公共醫療衛生開支及私人醫療衛生開支不斷同步增長。以實質計算，1989/90年度至2019/20年度期間，醫療衛生總開支累計增長410%。2019/20年度的醫療衛生總開支為1887.09億元（佔GDP的6.7%），每人平均開支達25,135元，其中基層醫療健康總開支為529.5億元，僅佔經常性醫療衛生

開支的29.4%。2019/20年度，私人基層醫療健康開支⁶約佔基層醫療健康開支的69.8%（見圖4.2）[7]。

141. 第二層及第三層醫療方面則情況有別。公營醫療界別是服務的主要提供者，而私人開支僅佔37%（見圖4.3），即474.15億元。由於第二層及第三層治療性的私營服務供應有限，政府透過公私營協作計劃，在第二層及第三層治療服務範圍內可節省的開支有限。

圖 4.2：
公共及私人醫療開支估算及基層醫療開支於GDP的佔比

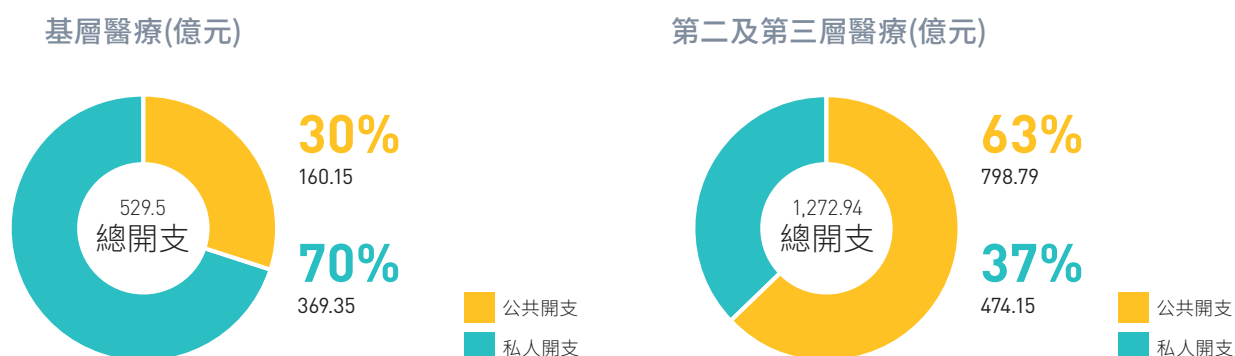
公共及私人醫療界別的基層醫療開支估算



來源：香港本地醫療衛生總開支帳目

⁶ 政府尚未充分掌握私人基層醫療健康的總開支，其中一個估算私人基層醫療健康開支方法是基於假設將50%的門診治療及50%的醫療融資行政開支界定為私營界別的基層醫療健康服務。

圖 4.3：
2019/20年度醫療衛生經常性開支分佈



來源：香港本地醫療衛生總開支帳目

142. 誠如第1章所述，本港的公私營醫療失衡問題嚴重，整個醫療系統面臨重要及長期的挑戰。私營服務為病人提供的選擇較多，而且更具彈性，但價格高昂。私營醫療服務大部分為自費服務⁷，比公營醫療服務昂貴，如果涉及繁複的住院服務，費用則更為高昂，大部分市民因此難以負擔。

143. 另一方面，由於高質素的公營醫療服務獲政府大量資助，因此需求不斷增長，導致公營醫療系統緊張，同時延長了服務等待時間。2021年，87.2%的慢性疾病管理診症服務是由公營醫療界別提供，而且隨着人口老化，對公營醫療服務的依賴亦呈上升趨勢。

公私營協作

144. 公營醫療服務的持續性岌岌可危，我們認為有迫切性透過公私營協作為公私營界別之間建立更平衡的關係。為解決目前公營及私營醫療界別的嚴重失衡問題，公私營協作的共同平台

可連繫公營及私營醫療界別的專科醫生、普通科醫生及其他跨專業的醫療人員，在公私營協作下，病人可有得更多的選擇在私營醫療界別接受更好的治療方式，亦可緩解過度依賴公營醫療界別的狀況。公私營協作同時亦帶來其他附加好處，例如可促進全面及個人化的醫療服務、促進公私營醫療界別之間的良性競爭及合作、為服務效率及成效訂立標準，以及推廣專業醫療人員之間的專業知識及經驗交流等。

145. 政府多年來推出不同的措施，藉以善用私營醫療界別的資源，以促進基層醫療健康的發展。第2章已討論部份公私營協作的例子，包括地區康健中心、普通科門診協作等。此外，衛生署亦實施不同的公私營協作計劃，例如長者醫療券計劃、疫苗資助計劃、大腸癌篩查計劃等。(見表4.1)

146. 這些計劃有助填補服務缺口及減輕公營界別的壓力。對私營界別而言，除了商業考慮，公私營協作計劃亦提供與公營界別連繫、合作和專

⁷ 如第1章所述，在2019/20年度，65.2% 私人醫療衛生開支及77.1%私人基層醫療開支由病人直接支付。

業交流的機會。對病人而言，這些計劃以同等或更低費用、可負擔的共同承擔額，提供更多選擇、更短輪候時間、更佳服務環境、個人化及便捷的服務，有些情況下，病人更享有家庭

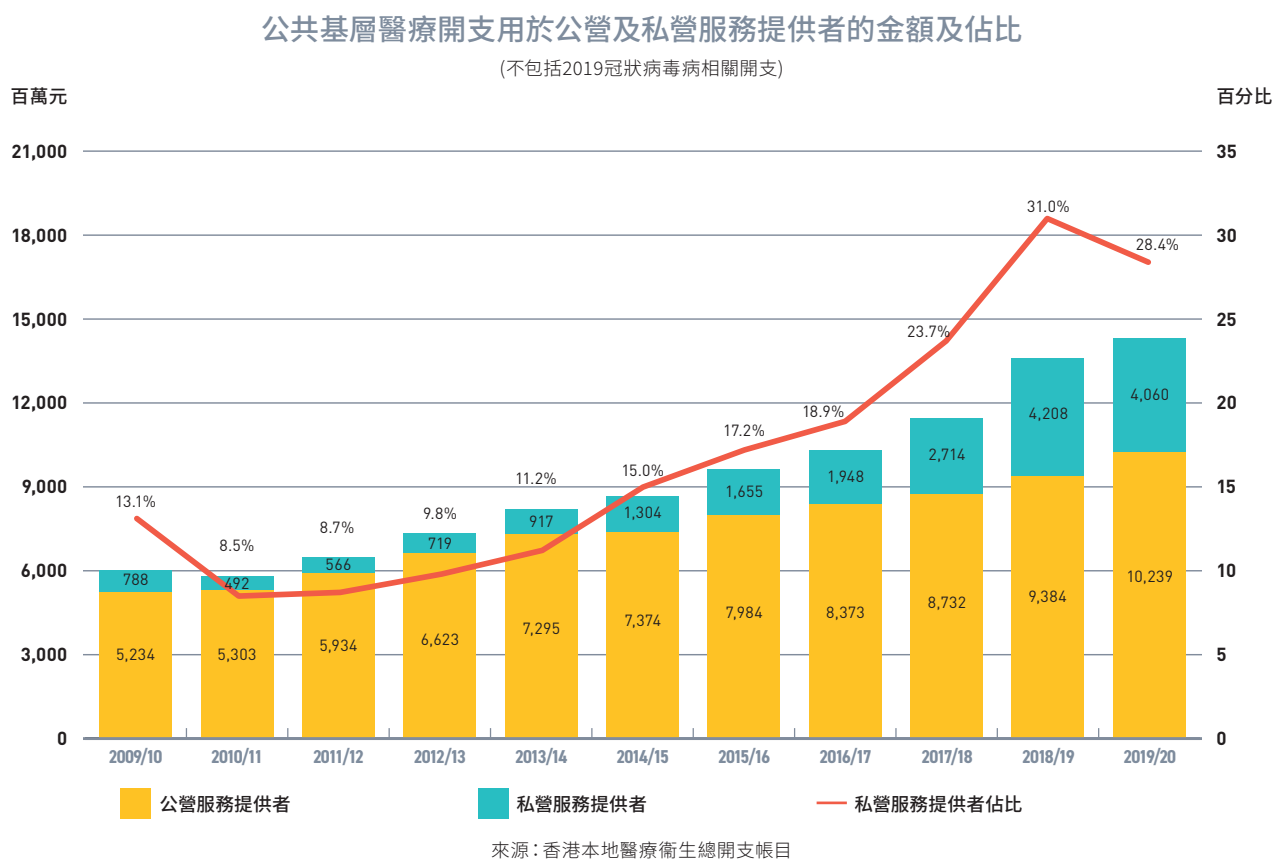
醫療概念下的持續醫療護理。這些效益及過去十多年來的穩固基礎，確認了公私營協作的進一步發展是正確方向。

表4.1

基層醫療健康公私營協作計劃的主要例子		
	公私營協作	2022/23年度開支估算
衛生署 	長者醫療券計劃	43.76億元
	大腸癌篩查計劃	1.5億元
醫務衛生局  <small>中華人民共和國香港特別行政區政府 醫務衛生局</small>	地區康健中心及「地區康健站」	8.64億元
醫院管理局 	普通科門診公私營協作計劃	1.31億元

147. 愈來愈多私營服務提供者參與公營基層醫療服務（圖4.4），於過去十年基層醫療健康方面的公共開支中，私營服務提供者的支付比例一直穩步增長，由2010/11年度只有8%，增加至2019/20年度約28%（不包括2019冠狀病毒病相關開支）。

圖 4.4：
用於公營及私營醫療服務提供者的基層醫療健康方面公共醫療衛生開支



挑戰

148. 為了將現時醫療系統重心轉移至基層醫療，我們需要增加基層醫療開支，作為前期投資，以將醫療資源由第二層/第三層醫療重新分配到基層醫療，從而達致更好的健康成效，並實現可持續的醫療融資和服務提供模式。除了透過增加公共開支以注入新資源外，我們需要探討重新分配及更有效地善用現有資源。由於私營界別在第二層及第三層醫療提供的服務有限，因此政府透過公私營協作在以治療為本的第二層及第三層醫療中可節約資源的幅度亦有限。這情況亦限制了政府將資源由以治療為本的第二層及第三層醫療重新分配至重要的基層醫療。此外，人

口老化下透過投放資源在基層醫療以延緩或減少市民對第二層及第三層醫療的需求，從而節省醫療開支或減少開支增長幅度，亦可能在多年後才能實現。

149. 在考慮善用現有資源時，其中一個方向是重新引導資源及改善現行的基層醫療公私營協作或服務資助計劃以產生協同效應，並利用相關公共資源所支持的計劃及貫徹共同承擔的原則，誘導現時用於基層醫療服務的私人開支（包括個人直接支出、僱主醫療福利或個人醫療保險等）更多用於符合基層醫療理念的服務。我們認為現行在不同時期推出的計劃，按個別項目實施，並未有策略性就服務供應及需求進行分析。另外，這些計劃分別由衛生

署及醫院管理局各自規劃、實行、監管、管理及資助，因此計劃之間的協同效應受到限制。另外，公私營協作計劃（尤其是較成功的計劃）多為一次性資助計劃，難以培養持續的醫患關係，亦未能貫徹共同承擔的原則。

我們的目標

150. 為發揮更多公私營協作提供基層醫療服務的潛力，我們需制定策略，全面協調及整合公私營協作計劃的採購及行政工作，以實施策略性採購，從而輔助現行的雙軌醫療系統，邁向更完善的醫療系統。政府在這方面矢志改善現有融資計劃，透過不同形式的資助及公私營協作並貫徹共同承擔的原則，為社區提供更方便及可負擔的基層醫療服務，並將資源更有效地投放在有質素、協調並以家庭為中心和以預防為重的基層醫療服務，從而減少公營及私營界別與基層醫療服務之間的服務重疊、差距、低效率及錯配的情況，最終為個人和家庭帶來優化的協調和綜合的護理，以盡可能提升他們的健康裨益和成效。
151. 政府致力策略地運用私營醫療界別資源，更廣泛地運用市場能力，透過政府資助並以共同承擔原則推行公私營協作的基層醫療服務，同時將公營基層醫療服務重新定位主力為弱勢社群提供服務。這將鼓勵負擔能力較高的市民使用政府資助計劃下的私營基層醫療服務，亦令公營基層醫療服務可以更集中資源照顧經濟條件較差的群組。事實上，公私營協作計劃的目標並非將公營服務外判予私營醫療界別，而是要為有經濟能力作共同承

擔的市民提供選擇，並促進公私營合作，從而更有效地利用醫療系統的資源，為病人提供更優質的醫療服務及成效。

152. 整體而言，落實整個藍圖各項建議以把醫療體系轉型為專注於預防、以家庭為中心的基層醫療健康體系，可提高整個醫療系統的效率 and 可持續性，亦可減少對可避免且更昂貴的¹⁵²第二層和第三層醫療需求，並達致整體醫療開支中基層和¹⁵²第二層/第三層醫療之間的較佳平衡，例如兩者比例由現時約3:7逐步提升，以達致約3.5:6.5甚至4:6為長遠目標，從而緩解公營系統第二層及第三層醫療的壓力。
153. 朝着這方向發展時，我們無可避免地需向基層醫療作前期投資，但有關投資可相對延遲及減少人口老化下個人對第二層和第三層的醫療負擔，從而緩減往後第二層和第三層醫療開支的增長率。所需的投資承擔會來自政府、社會和市民對個人健康的投入，以及現有已經投放於基層醫療的資源的更好運用，以投放於對提升健康有更好效果並且更符合成本效益的服務。至於投資基層醫療所帶來第二層/第三層醫療服務使用率及與併發症相關的住院成本的下降，往往會於較後期才會呈現。
154. 綜合以上情況，我們提出以下建議，以進一步加強公私營合作及更有效地利用私人醫療資源，從而識別及支援慢性病患者，藉此緩解公營專科及醫院服務的壓力—

建議4.1

資助慢性疾病篩查及管理

155. 我們在**建議2.2**中建議推出「慢性疾病共同治理計劃」，透過資助慢性疾病病人，加強私營基層醫療服務提供者在慢性疾病管理上發揮的作用。預計未來十年至2039年，患有至少一種常見慢性疾病的醫管局病人人數將達到300萬。**透過資助對目標慢性疾病進行篩查和管理，我們目標在社區層面及早識別患者並為他們提供適當的介入，以延遲併發症及紓緩第二層和第三層醫療服務的壓力。**根據**第156段**的慢性疾病管理服務模式成本效益研究，我們認為，所提供的融資方法和誘因符合我們預期的醫療目標和醫療系統改革[20,21]。

156. 本地研究顯示以基層醫療管理慢性疾病在減輕醫療負擔方面有相當的益處和效益。根據一項「慢性疾病篩查券及疾病管理計劃」本地研究，透過提供資助篩查和管理，讓45至54歲糖尿病和糖尿病前期病人在私營服務接受糖尿病管理服務，醫療體系可在30年內節省約28%或125億元的直接醫療費用，並預防47 138人的死亡[22]。根據結果，若為所有年齡組別的高血壓和糖尿病病人提供資助篩查和管理，預計所節省的經濟成本將帶來更大的醫療儲蓄和減少死亡。另一項本地成本效益研究顯示，跨專業糖尿病和高血壓介入計劃每年節省每位病人成本高達11,200元（或原來成本的38%（即29,451元））和6,000元（或原來成本的33%（18,312元）），分別相等於醫管局2019/20年度病人服務總開支的5%和10% [20, 21]。成本降低是由於在疾病早期階段採

取更有效的預防介入措施和更及時的整體治療。經濟分析還顯示，雖然「健康風險評估及跟進護理計劃」的護理初期投資高於常規護理，但初期成本會被未來醫療服務使用率的降低以及隨後併發症相關的住院成本的降低所抵消。

157. 有關建議的最終預算會受眾多變數影響，例如，現有醫管局病人轉至私營服務提供者接受護理服務的人數、識別和篩查高風險人士的效率、受市場競爭影響的市場成本，以及因政府資助而帶來的需求。特別是，參與「慢性疾病共同治理計劃」病人的共同承擔水平及政府相應的資助金額，將直接影響個人支付的意願。合適的共同承擔水平將會是影響「慢性疾病共同治理計劃」的一個重要的影響因素。根據本地智庫一項有關「慢性疾病篩查券及疾病管理計劃」的本地研究顯示，56.2%的受訪者願意為每次慢性疾病管理的診症服務共同承擔51至200元的費用[22]。就此而言，由於現時私營基層醫療界別的價格透明度較低，我們需要進行徹底的研究，並仔細地設計方案，以達至預期的目標及醫療系統的轉變。

158. 上述安排將由策略採購統籌處在詳細設計相關計劃後再作進一步研究和分析（同見**建議4.3**），但不論該計劃最終設計如何，必須強調的是，該計劃的融資模式應以共同承擔的制度為基礎，鼓勵公眾承擔部分服務成本，管理自身的健康。市民在計劃下需要共同承擔費用，而根據**建議2.3**，普通科門診將專注於為貧困長者和低收入家庭提供服務。我們相信，透過針對性地地理順服務，這樣的安排將能夠細分市場，提高醫療健康服務的效率。

建議4.2

重新分配基層醫療資源：長者醫療券

159. 政府自2009年起實施長者醫療券計劃。現時，該計劃每年向65歲或以上的合資格香港長者提供2,000元（累計限額8,000元）的醫療券。該計劃採納「錢跟人走」的概念，允許合資格的長者選擇最適合其健康需要的私營基層醫療健康服務。該計劃旨在提高長者的基層醫療健康水平，為他們提供更多的服務選擇，配合現有的公營醫療健康服務，讓長者更容易從他們所選擇的服務機構獲得醫療健康服務。該項計劃於2022/23年度的開支預算為43.8億元。

160. 長者醫療券計劃每年使用約18%現有公營基層醫療健康資源（不包括2019冠狀病毒病相關開支）。根據2019年初對長者醫療券計劃的全面檢討，長者醫療券計劃的使用嚴重偏向急性服務，而非疾病預防或慢性疾病管理。經過檢討後，政府逐步推出多項措施，以加強該計劃的運作，包括准許在地區康健中心使用醫療券；加強教育長者正確使用醫療券以及提前規劃；加強對醫療券申索的檢查、審計和監察；盡量減少過度集中使用醫療券的情況等。

161. 長者醫療券計劃將繼續支持政府促進基層醫療的政策目標，包括支持長者的醫療需要、協助提高他們對預防疾病及自我管理健康的意識，以及支援地區康健中心的發展。在此基礎上，我們將努力確保分配予該計劃的資源獲得最大效用。除對公共財政的影響外，我們將確保該計劃能夠有效實現促進基層醫療健康

的目標。為實現本藍圖中所設定的基層醫療健康目標，並為實踐建議4.1所需的部分資源提供資金，我們建議優化長者醫療券計劃以將資源更好地投放於基層醫療服務，重點加強慢性疾病管理和加強不同層級的預防。

162. 正如《2022年施政報告》所述，我們將推出為期三年的先導計劃，鼓勵長者更有效地使用基層醫療服務，並將每年的醫療券金額由現時的2,000元增至2,500元。使用者在指定基層醫療健康服務使用1,000元醫療券後，額外的500元醫療券將撥入其賬戶。額外的醫療券金額亦須用於指定的服務。長遠而言，我們希望醫療券使用者註冊一名基層醫療醫生為家庭醫生（表列在《基層醫療名冊》上），以便將在相關醫生下使用的醫療券視為指定用途。優化措施的目的是鼓勵長者善用醫療券，選擇基層醫療健康服務預防疾病及管理健康。

163. 除上述內容外，我們會繼續檢討該計劃的運作，在需要時進行適當調整並採取合適的措施，讓長者可以為個人健康適當地使用醫療券，選擇合適的基層醫療服務以預防疾病及管理健康。

建議4.3

重新分配基層醫療健康資源：策略性採購

164. 一個經審慎設計和平衡的融資系統，涵蓋政府政策、安全網、醫療券、使用者共同承擔、自費服務、保險等範疇，可以為改善醫療系統及滿足人口的醫療需要發揮重大作用。策略性採購可協助達致以上目標。

165. 政府計劃透過策略性採購，銜接分散的公私營醫療界別以支援本港現有的雙軌醫療系統，令公私營協作計劃以更有策略及更全面的方式進行採購及管理工作。這有助解決公營醫療界別及私營醫療界別之間的服务重疊及服務缺口問題，提升服務的效率和減少服務錯配，並最終為病人提供協調的綜合健康服務，改善他們的健康福祉。

166. 透過引入策略性採購模式採購醫療服務項目後，我們預期公私營界別之間將會因而產生一系列不同定價及資助水平的醫療服務產品，藉此為病人提供更多選擇，相關選擇的涵蓋範圍更廣，醫療服務的連貫性更好，以滿足病人的個人需要、偏好及負擔能力。這些計劃或服務需經過認可及認證以確保其可靠性。在更高層次上，策略採購可使服務的供應與需求，以及公營及私營醫療界別之間取得更佳的平衡，長遠為本港醫療系統的可持續性作出貢獻。

167. 根據我們在**建議3.1**中提議，擬設立的基層醫療署應定位為負責監督基層醫療健康服務的提供，包括透過策略性的採購規劃服務和分配資源。隨着基層醫療署的設立，該署應研究最有效地提供基層醫療健康服務的方式，而這並不一定意味着直接提供服務。策略採購統籌處將代表基層醫療署監督基層醫療服務策略性採購計劃的發展和執行，從而更有效將資源引導至優質、協調及連貫的基層醫療服務，以減少公私營界別在基層醫療中的服務重疊、差距、效率欠佳及錯配。**我們建議採用採購者與服務提供者分離的模式提供服務，在服務提供者之間引入競爭，增加組織靈活性，加強服務提供者對病人需要的回應能力，從而改善服務。**我們亦需制定全面的長遠願景，以更具成本效益的方式善用公共資源滿足醫療健康需要，並減輕公營醫療系統的服務負擔。

表4.2

策略性採購的重點

- (a) 建立更好的基層醫療健康系統
- (b) 紓緩公營醫療系統的壓力範圍
- (c) 減少供求錯配的問題
- (d) 控制醫療成本的上漲
- (e) 整合醫療資源
- (f) 更有效地利用醫療資源，以實現更好的醫療成效

策略採購統籌處的服務範圍

<p>全民普及的健康計劃</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 全民普及的健康計劃是以全民健康需要為基礎，按特定服務提供者及服務對象範疇而設計的計劃，旨在配合和達致政府的醫療健康政策及目標。 • 策略採購統籌處將按計劃的政策目標，探討、規劃、推出、管理、檢討及評估計劃。 • 規劃與醫務衛生局轄下的地區康健中心和中醫診所暨教研中心的合作關係，提升協同效應。 • 鑑於香港中醫藥界的資源主要集中在私人市場，我們亦會探討透過策略採購等方式分配資源，提升中醫藥基層醫療服務。
<p>醫院管理局病人計劃</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 醫管局病人計劃是涵蓋醫管局病人的計劃，旨在達致政府建立一個與醫管局服務整合的醫療體系的目標。 • 所有現時醫管局公私營協作計劃將分階段整合至策略採購統籌處以進行管理及行政工作。
<p>長者醫療券計劃</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 長者醫療券計劃將整合至策略採購統籌處以進行管理及行政工作。 • 策略採購統籌處將借助長者醫療券計劃及其他可供使用的財政資源，建立策略性採購計劃的鼓勵機制，以促進理想的改善健康及提供醫療服務等行為，從而實現全民的目標健康成效。

168. 在衛生署和基層醫療署之間的新角色劃分下，衛生署部分直接提供的基層醫療健康服務將分階段逐步納入基層醫療署。基層醫療署和新成立的策略採購統籌處將建議在此範疇提供服務的最佳模式，以期能夠更具成本效益地提供醫療健康服務，同時最大程度地提升人口健康。因此，現有的基層醫療健康資源應有空間作更有效的分配。

建議4.4 為基層醫療健康服務提供土地資源

169. 除了財政資源，發展基層醫療健康的另一個重要角度是土地資源的提供。在全港各區發展

地區康健中心的過程中，遇到的主要障礙之一是在區內物色合適的處所提供服務。現時，衛生署和醫管局各自分別管理土地資料和預測與公營基層醫療健康設施有關的土地需求。這種做法可能會導致醫療衛生設施缺乏整體規劃和全面協調，最終導致零散（甚至欠缺計劃）地開發和使用相關處所，長遠而言，對醫療衛生設施的長遠發展、整合以及持續翻新構成障礙。

170. 除公營醫療設施外，我們認為土地資源亦是在社區中發展基層醫療健康的重要動力，特別是在私營或非政府機構基層醫療健康服務設施的規劃方面。第二層及第三層醫療設施一

般涉及較大規模的發展，而且數量相對較少，地利位置是否方便當地居民未必為其主要考慮因素。與第二層及第三層醫療設施相比，私營或非政府機構的基層醫療健康服務主要位於商業處所或非政府機構擁有或租用的處所。缺乏足夠及可負擔的營運處所可能是限制更多便捷的基層醫療健康服務發展的因素之一。**我們建議加強協調發展和重建社區的政府大樓及醫療設施處所，並研究為個別私營醫療服務提供者或非政府機構提供基層醫療服務場地的可行性**，以推動他們融入以地區為本的社區醫療健康系統，並在同一地點設立若干設施，以提供無縫、協調及連貫的基層醫療服務。

(e) **銜接**：與即將開展或可能開展的服務重組計劃以及其他發展或重建計劃銜接。

171. 同時，為更有效地規劃和發展醫療衛生服務設施，我們建議在基層醫療署之下，明確界定醫療衛生相關土地資源管理的以下任務和角色：

- (a) **重建**：重建基層醫療設施過時或狀況殘破的舊政府建築，盡量發揮發展潛力。
- (b) **整合**：將基層醫療服務設施整合及同置於便利的地點，包括非政府機構營運的設施。
- (c) **指定用途**：為基層醫療健康設施提供空間，包括在相關或即將制定的新政策下的私營及非政府機構服務，以支援基層醫療健康的發展。
- (d) **協同效應**：考慮可透過同置的協同效應而受惠的醫療衛生設施的性質。

第4章 – 整合基層醫療健康資源 行動計劃

		行動	短期	中期	長期
4.1	「慢性疾病共同治理計劃」	• 為「慢性疾病共同治理計劃」進行市場研究及服務設計			
		• 檢討「普通科門診公私營協作計劃」及「慢性疾病共同治理計劃」之間的定位及銜接，包括價格、藥物名單、資助條件以及轉介準則等			
		• 將「普通科門診公私營協作計劃」過渡至「慢性疾病共同治理計劃」			
		• 為「慢性疾病共同治理計劃」進行持續的檢討及評估			
4.2	長者醫療券計劃	• 檢討長者醫療券用於地區康健中心以外其他基層醫療健康計劃的合適性			
		• 規定某部份醫療券金額須用於基層醫療健康相關及自行登記家庭醫生的指定用途			
4.3	策略採購統籌處	• 整合現時衛生署轄下的醫療券事務科及醫院管理局轄下的服務轉型部（公私營協作計劃辦事處），以成立策略採購統籌處			
		• 監督策略採購下基層醫療健康計劃的發展及推行			
		• 就策略性採購計劃進行持續的檢討及評估			
		• 探討透過策略採購分配資源以提升中醫藥基層醫療服務			
		• 建立社區藥物名冊以支援病人			
4.4	土地資源	• 建立中央醫療設施清單，以識別及推算基層醫療健康服務土地資源的供求差距			
		• 探討整合及同置醫療服務設施的空間，尤其是與基層醫療健康服務有關的設施			
		• 為提供基層醫療健康服務的非牟利組織制定優惠地價政策			
		• 探討為基層醫療健康設施提供地點，包括根據相關政策由非政府機構營運的設施			

章 節



規劃基層醫療人手

持續提供優質及充足的基層醫療服務，有賴穩定及充足而具質素的基層醫療人手供應。他們必須具備足夠的知識、技巧和態度，抱有跨專業團隊合作的精神，並專注於社區基層醫療健康的團隊服務。因此，培訓基層醫療專業人員和加強他們的角色，對於確保足夠和優質人手供應至關重要。



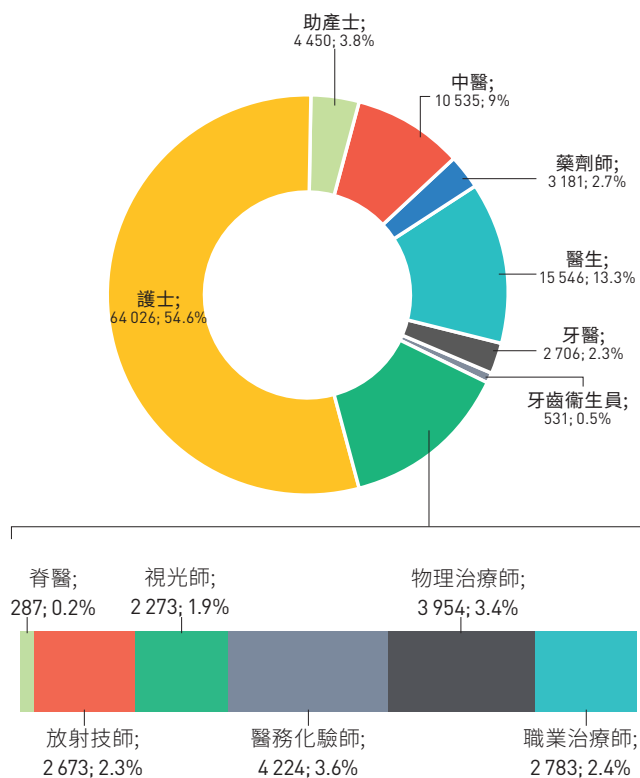
172. 我們的醫療系統由恪盡職守的專業醫療專業人員團隊所支持，截至2020年底，有超過117 000名來自13個法定註冊的醫療專業人員。

表 5.1

註冊醫療專業人員人數	
醫生	15 546
中醫師	10 535
牙醫	2 706
牙齒衛生員	531
護士	64 026
助產士	4 450
藥劑師	3 181
職業治療師	2 783
物理治療師	3 954
醫務化驗師	4 224
視光師	2 273
放射技師	2 673
脊醫	287

來源：香港大學醫療人力規劃及推算

圖 5.1：
註冊醫療專業人員人數



來源：香港大學醫療人力規劃及推算

醫療人力供應

173. 政府一直以多管齊下方式增加醫療人力供應。目前，大學教育資助委員會（教資會）資助課程及醫療相關學科自資課程的本地畢業生為大多數醫療專業的主要的人力供應來源，短期方面在有需要時由合資格的非本地畢業生透過既定機制補充。鑒於人口老化、醫療人員普遍短缺，以及醫療健康服務的擴展，政府自2009/10三年期起，進一步增加教資會資助的醫生、護士、藥劑師及專職醫療人員的醫療培訓學額。

基層醫療健康培訓

174. 目前，基層醫療的內容已納入大部份相關學士學位及研究院的醫療培訓課程中。
175. 為發展有效的基層醫療系統，我們深明有需要

確保充足及優質的基層醫療健康人力供應，同時使其具備足夠的知識和技能，並全面了解跨專業團隊以及各類醫療專業人員在包括地區康健中心網絡在內的基層醫療服務中的角色。基層醫療人員的培訓對以團隊方式提供可持續和全面的基層醫療健康服務至關重要。

176. 為促進地區康健中心於全港推出，基層醫療健康辦事處一直與香港家庭醫學學院、香港眼科醫學院、香港護理專科學院及香港理工大學合作，開辦相關的基層醫療培訓課程，以提升醫療專業人員的技能，並鼓勵他們在本港基層醫療發展中擔當積極的角色。基層醫療健康辦事處着重醫社合作，亦與香港社會服務聯會合作，推出「社會工作者基層醫療健康」證書課程。作為報讀獎勵，政府會向成功完成指定培訓課程的學員發還25%的課程費用。培訓課程清單見表5.2。

表 5.2

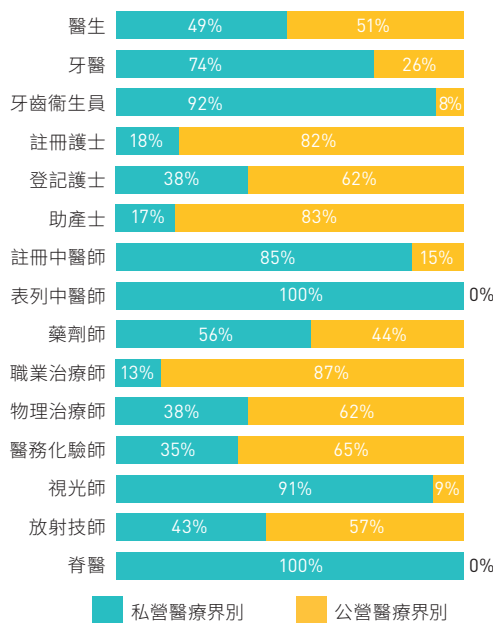
目前為專業人員提供的基層醫療健康培訓課程

醫生		香港家庭醫學學院 • 基本家庭醫療證書課程 • 家庭醫療文憑課程 香港家庭醫學學院及香港眼科醫學院 • 基層醫療健康眼科證書課程
護士		香港護理專科學院 • 基層醫療健康護理註冊後證書課程（地區康健中心單元）
物理治療師		香港理工大學、香港耀能協會康復專業學院及香港物理治療學會 • 社區基層醫療物理治療專業證書
職業治療師		香港理工大學及香港職業治療學會 • 基層醫療職業治療專業證書
社工		香港社會服務聯會 • 社會工作者基層醫療健康證書

挑戰

177. 根據2017年發表的《醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告》的建議，政府每三年進行一次醫療人力推算工作，以更新不同醫護專業人員的供求數據，並配合教資會的三年期規劃周期。最近一輪人力推算工作於2020年進行，其結果於2021年3月公布。根據2021年3月公布的最新人力推算，與2017年的結果相比，醫生、護士、牙醫、物理治療師、醫務化驗師、視光師及放射技師的短缺情況仍然存在，而醫生及護士的短缺情況將於短期及中期內進一步擴大[23]，尤其是香港每千人中的醫生及護士人數比其他高收入經濟體較少[24,25]。
178. 香港醫療人力資源普遍短缺，加上由公營醫療系統主導的第二、三層醫療界別的職業發展相對穩定，如何挽留或吸引醫療專業人員（尤其是醫生）在基層醫療界別執業的挑戰更為嚴峻。

圖 5.2：
私營及公營界別的醫療專業人員分佈



來源：衛生署醫療衛生服務人力統計調查
(整合2014年至2018年的數據)

我們的目標

179. 充足的醫療人力是建立有效的基層醫療健康系統的必要條件。我們的目標是確保有充足及穩定的基層醫療健康人力供應，**他們需具備必要的知識、技能及態度，接受基層醫療中跨專業團隊合作的理念，以應對人口老化。我們亦旨在逐步加強中醫師、社區藥劑師以及其他基層醫療專業人員在提供基層醫療服務中的角色。**通過基層醫療的學士學位和研究院教育及臨床實踐，以及在基層醫療署的支援下，以專業主導和實證為本發展護理模式及協定護理流程，並提供必要的資源分配和轉介流程，作為社區層面上協調和連貫基層醫療的一部分。
180. 在此前提下，為增強基層醫療人手和基層醫療專業人員的專業培訓，我們提出以下建議—

建議5.1

增加基層醫療專業人員供應

181. 政府一直採取多管齊下的方法來增加醫療人手，以支援各種醫療健康服務的發展。根據推算，政府已在2022/23年度至2024/25年度三年期將醫科學生的培訓學額從每屆530個進一步增加至590個。政府亦邀請自資院校在2022/23學年為護士學生提供共180個額外的培訓學額。
182. 為確保基層醫療專業人員可持續供應，特別是在香港醫療人手普遍短缺的背景下，政府將採取以下策略：

- (a) 短期內，政府將在未來三年期周期增加教資會資助的醫療培訓學額，並資助指定的全日制經本地評審自資學士學位及研究院課程；
- (b) 政府將邀請各醫護專業的相關管理局及委員會在定期檢討現有的學士學位及研究院課程時，考慮在認證及實習計劃中增加基層醫療健康內容的比重；以及
- (c) 政府亦會檢討人力推算模型及制定策略，並考慮整體人口的醫療需求、藍圖中的建議，以及在公營和私營界別提供的基層醫療服務，以更有系統地推算對基層醫療專業人員的需求，以期透過資助本地培訓學額及吸引非本地培訓的專業人員，增加基層醫療專業人員的供應。

醫生

- 183. 在所有服務當中，家庭醫生在為市民提供由疾病預防到治療的全面、連貫及全人醫療健康服務方面，發揮關鍵作用。家庭醫生亦是基層醫療健康系統中重要的一環，不僅透過提供健康評估及風險識別，有助及早介入及診斷，亦透過與其他醫療專業人員合作，在跨專業護理概念下為個別病人提供全面、連貫及整全的護理。
- 184. 為紓緩公營醫療系統的醫生短缺問題，政府於2021年10月獲得立法會通過修訂相關法例，為合資格的非本地培訓醫生開闢特別註冊的新途徑，讓他們在符合若干要求及標準的情況下於香港正式註冊。根據《醫生註冊條

例》(第161章)修訂，醫生註冊主任(即衛生署署長)於2022年4月及6月分別公布首兩批獲特別註冊委員會認可的50項醫學資格。

- 185. 衛生署於2018年進行的醫療衛生服務人力統計調查顯示，在曾接受某一領域專科訓練的受統計在職醫生當中，只有8%曾接受家庭醫學專科訓練[26]。儘管本港的家庭醫生可以是普通科醫生、家庭醫學專科醫生或其他專科醫生，但政府將繼續加強及增加資源，為基層醫療醫生提供家庭醫學相關的訓練。此外，**隨着以上新註冊渠道的推出，政府期望吸引合資格的非本地培訓基層醫療專業人員，尤其是家庭醫生來港執業。**

其他醫療專業人員

- 186. 對於護士及專職醫療人員等醫療專業人員，除了一般的學士學位課程外，政府將於2023/24學年起支持若干醫療相關研究院修課課程，以協助第一學位非醫科的學位持有者加入醫療界別成為醫療專業人員。此外，我們將由2023/24學年起，透過「指定專業/界別課程資助計劃」，為每屆醫療相關自資學士學位課程提供額外500個指定學額，讓更多合資格的學生修讀醫療相關學科。政府正與教資會資助的大學及自資院校制定上述措施的細節，並鼓勵他們培訓更多公營醫療系統所需的醫療專業人員。

建議5.2

加強對醫療專業人員的基層醫療培訓及強化跨專業服務模式

187. 跨專業護理是提供基層醫療服務和慢性疾病管理的重點之一。醫療專業人員，包括醫生、中醫師、牙醫、護士、不同的專職醫療人員如物理治療師、職業治療師、言語治療師、足病診療師、營養師以及社工，在協調、以家庭為中心和社區為本的基層醫療健康服務上都各有他們獨特的角色。政府認為有需要進一步發展和釋放這些專業人士在支援香港基層醫療健康發展的潛力。
188. 為應對基層醫療專業人員的培訓和發展需要，政府建議加強所有基層醫療服務提供者的基層醫療相關培訓，並在《基層醫療名冊》下制定培訓要求，以推動公私營界別的醫療專業人員以團隊方式在基層醫療發展相互協調，發揮更積極的作用，成為以地區為本的社區醫療健康系統的重要組成部份。
189. 為進一步加強建議5.1所述的基層醫療健康培訓，政府已邀請各醫護專業的相關管理局及委員會在定期檢討認可的培訓計劃時，檢討及考慮如何增加基層醫療健康元素的比重。至於已經正在執業的醫療專業人員(不論是否在基層醫療服務)，政府將根據第176段提及的發展方式，繼續與不同學術/培訓院校合作，為基層醫療健康團隊的不同專業人員提供基層醫療健康相關培訓。我們將繼續評估和優化培訓課程，並探討與不同學術/培訓機構合作的機會，為不同的醫療專業人員設計基層醫療健康培訓，以支持香港基層醫療健康的發展。

190. 政府亦建議在基層醫療署成立後，探討在不同醫療服務下的培訓協調，並制定有系統的輪換制度，讓家庭醫生和其他基層醫療專業人員在不同培訓環境獲得協調的培訓。我們還會探討如何建構更清晰的專業發展和事業階梯，以及相關鼓勵措施，以吸引醫療專業人員在基層醫療健康領域尋求事業發展。

建議5.3

加強中醫師及中醫藥在基層醫療健康服務中的角色

191. 作為香港醫療體系的重要組成部分，中醫藥在基層醫療健康範疇發揮著重要角色，與其他醫療行業共同努力，保障公眾健康和福祉。事實上，政府一直推動中醫藥在香港的發展，並在《2018年施政報告》中確立中醫藥在香港醫療服務發展中的定位。具體而言，政府為一系列指定的中醫服務提供資助，為政府資助中醫服務提供全面的網絡。此外，鑑於香港中醫藥人手供應相對充足及穩定，加上超過90%的中醫藥服務由私人市場提供，可進一步探討中醫藥在基層醫療服務中的角色，以期全面利用和釋放集中在中醫私營市場的資源潛力。
192. 2019冠狀病毒病疫情期間，在醫務衛生局的支持和協助下，醫管局在基層醫療健康服務方面推出了一項中醫門診特別診療服務，透過全港18間中醫診所暨教研中心，為公立醫院出院及完成隔離的2019冠狀病毒病確診人士，提供中醫內科門診復康服務。此外，私人執業的中醫師在疫情期間透過向公眾提供專業的中醫支援和治療，並積極提供遙距醫療和相關

服務，在捍衛公共衛生方面也發揮重要角色。

193. 考慮到調動私營中醫界別資源抗疫的需要，醫務衛生局亦透過中醫藥發展基金推出了一項特別支援計劃，資助中醫師為居家隔離的測試結果陽性人士，提供免費遙距診症及中藥配送服務。最近，另一項由中醫藥發展基金資助的特別項目已經啟動，為患有2019冠狀病毒病後遺徵狀的市民提供免費中醫藥復康諮詢和治療。
194. 鑑於第五波疫情對安老院舍長者的嚴重影響，在醫務衛生局的支持下，醫管局迅速地動員中醫師參與一項特別的中醫藥服務，透過社區中醫藥服務提供者，例如大學、中醫界、中醫學會及非政府機構等，為染疫的安老院舍長者及員工，提供遙距診症或外展中醫藥服務。有關服務期後進一步擴展至中醫藥復康診療，讓康復中的安老院舍長者可以在安老院舍獲得治療而無須舟車勞頓。
195. 中醫藥抗疫的經驗清晰地展現了中醫藥在基層醫療健康服務及其他範疇的強項及優勢。長遠而言，鑑於中醫藥是香港醫療體系的重要組成部分，為更好發揮中醫藥的強項和優勢，政府會繼續加強中醫藥在基層醫療服務中的角色，加強跨專業合作，並透過宣傳、健康評估、預防護理和引入有中醫參與的新項目，探討基層醫療健康服務與中醫藥進一步產生協同效應的機會，重點是慢性疾病預防和健康管理。亦應制定中醫師相關培訓計劃，以促進由不同醫護專業人員提供的基層醫療健康服務的相互了解。

建議5.4

加強專職醫療人員和社區藥劑師在基層醫療健康團隊中的角色

196. 政府認為有必要加強其他醫療專業人員在地區醫療健康系統，尤其是在基層醫療健康服務中的角色。我們建議探討對專職醫療人員的規管限制，以加強他們在基層醫療健康團隊中的職能和角色，從而擴大基層醫療健康服務的覆蓋範圍，讓更多專業人員承擔起提供基層醫療健康服務的責任。
197. 具體而言，我們建議與相關醫療專業的法定管理局及委員會跟進2017年發表的《醫療人力規劃和專業發展策略檢討》中的建議，包括修訂法例，讓病人在特定情況下無須醫生轉介下直接獲得醫療專業服務（例如物理治療及職業治療）。
198. 此外，為確保醫療專業人員的專業能力，我們將立法規定《輔助醫療業條例》(第359章)下的輔助醫療專業人員、護士及牙醫必須接受持續的專業教育及/或持續專業發展。借鑒於現行自願性《認可醫療專業註冊計劃》，我們將探討將目前不受任何法定註冊要求規定約束的醫療專業專業人員（例如臨床心理學家、言語治療師及營養師）納入法定註冊制度的可行性，以保障公眾利益。

基層醫療名冊

199. 誠如第125段所建議，鑒於物理治療師、職業治療師及藥劑師為不同健康狀況（尤其是慢性疾病及長期護理需要）在基層醫療健康服務

中的廣泛參與，政府建議為其編製分支指南。其他醫護專業人員（例如視光師、護士、言語治療師、營養師及其他不受任何法定註冊要求限制的專業人員）的分支指南亦應在其後階段編製。

- 200.** 將更多專業人員納入《基層醫療名冊》，有助建立團隊模式，促進透明可靠的跨專業合作及雙互轉介。此外，我們會透過《基層醫療名冊》規定的登記及持續載列要求，確保專職醫療人員的質素。

社區藥房

- 201.** 藥劑師正成為社區多項醫療服務的重要提供者，以滿足人口老化和慢性病患人口增加的需要。在藥劑師的積極參與下，社區藥房服務

在基層醫療健康領域也發揮着重要作用。現時，地區康健中心的藥劑師負責向會員提供藥物諮詢服務，以達致藥物治療的最佳效益，減少病人對藥物的依賴，降低用藥風險。藥劑師亦有與跨專業團隊的其他專業人員在健康促進和健康教育上合作，如藥物安全和戒煙。

- 202.** 2019冠狀病毒病疫情期間，社區藥房參與協助覆配醫院管理局病人的處方藥物。為減少感染風險，並方便在疫情期間不希望到醫院管理局診所定期覆診的病人，病人可選擇到社區藥房親自取藥或上門派遞方式補充藥物。這些社區藥房亦為有需要的病人提供藥物輔導服務。隨着上述配藥模式發展成熟，我們建議將模式常規化，讓指定社區藥房為醫院管理局病人（尤其是病情穩定的病人）配藥及提供藥物輔導服務，作為經常到診所覆診的另一選擇。

表 5.3

社區藥房服務的進一步發展建議

- 招募社區藥劑師加入地區康健中心的網絡
- 透過將藥劑師納入地區康健中心慢性疾病管理計劃護理模式下的跨專業團隊成員，加強藥劑師的角色，以期為地區康健中心的會員提供藥物建議和諮詢，特別是服食多種藥物、服食特定藥物（例如薄血丸）、新診斷罹患糖尿病/高血壓、出院或近期改變藥物治療方案的會員
- 善用網絡內的社區藥劑師，為市民提供戒煙服務
- 在合適情況下提供其他促進健康/預防疾病的服務
- 進一步探討社區藥劑師在覆配藥物和相關諮詢服務中的角色，以支援公營醫療系統

203. 為支持香港社區藥房的發展，醫務衛生局已成立社區藥房工作小組，就下列事宜提供意見：

- (a) 在基層醫療健康發展督導委員會督導下發展社區藥房服務；
- (b) 增強藥劑師的培訓以支持基層醫療健康的發展；及
- (c) 釐定藥劑師所需的資歷/培訓及工作經驗，以支持地區康健中心推行的計劃。

204. 在上述背景下，政府建議加強社區藥房的角色，包括協助病人監察藥物依從性、根據既定的社區藥物名冊向醫管局病人和加入「慢性疾病共同治理計劃」的病人提供配藥服務。

205. 藥物成本是醫療開支一大來源，但購買不同種類的藥物，例如普通藥或專利藥，及新研發藥物或較舊藥物之間，價格相當懸殊[22]。管理慢性疾病的經常性藥物開支高昂，是導致病人使用公共服務的主要原因之一。除了「慢性疾病共同治理計劃」外，我們將設立一個主要由非專利藥物及選定專利藥物構成的社區藥物名冊，讓社區內的病人能以較低價錢購買藥物，同時透過「慢性疾病共同治理計劃」享用從私營界別購買的基層醫療健康計劃所提供的服務(見第4章建議4.3)。

第5章 – 規劃基層醫療人手 行動計劃

		行動	短期	中期	長期
5.1	基層醫療健康的人手供應	• 增加由教資會及政府資助的醫療培訓學額			
		• 邀請各管理局及委員會於其認證及實習培訓課程中增加基層醫療健康內容的比重			
		• 吸引合資格非本地培訓的基層醫療專業人員來港執業			
		• 反映及優化醫療專業人員的基層醫療健康人力推算			
5.2	基層醫療健康培訓	• 繼續與不同的機構合作，提供基層醫療健康相關的培訓課程			
		• 加強基層醫療健康服務中的家庭醫生、護士、專職醫療人員和社工的專業培訓			
		• 建立系統化的輪換制度，協調不同服務為基層醫療專業人員提供培訓			
5.3	中醫師	• 加強中醫藥在基層醫療健康服務中的角色			
		• 以慢性疾病預防和健康管理為重點，尋找進一步發揮協同效應的機會			
		• 為中醫師制定基層醫療健康培訓計劃			
5.4	專職醫療人員和社區藥劑師	• 修改相關法例，讓病人在特定情況下無須醫生轉介下直接獲得某些醫療專業服務（例如物理治療及職業治療）			
		• 根據社區藥房工作小組的建議，支援社區藥房的發展			
		• 指定為醫管局病人配藥的社區藥房			
		• 邀請社區藥房支援「慢性疾病共同治理計劃」			



改善數據互通及健康監測

一個全面及有效連接的數碼醫療健康數據網絡，讓公私營界別的病人及醫療服務提供者即時獲取及互通健康記錄，對促進和協調連貫的個人醫療服務，收集重要及精準的健康監測數據，以有效地為整體人口制定醫療健康政策和服務規劃，至為重要。為了地區為本的社區醫療系統的政策規劃和資源分配，特別是實證為本的策略採購，我們有需要提升各方面的數據收集，包括醫療成本（包括人力和財務成本）、求醫習慣，以至地區健康資訊和服務提供者表現等。



206. 有效連接的病人資料網絡，有助提供強大而安全的基礎設施，讓公私營醫療提供者均可獲取病人的健康紀錄，從而為全面且協調的基層醫療健康系統提供支持，提升病人的連貫護理。對個人而言，不同界別的跨專業團隊可以更及時、有效和全面地滿足病人的護理需要。對社區而言，它促進醫社合作、推動跨界別和跨專業的伙伴關係，並且鼓勵以更靈活和創新的方式提供醫療服務，以優化醫療資源的使用。

207. 在全港層面，病人數據更有助健康監測，並方便持續及有系統地收集、分析和詮釋衛生相

關的資訊，以便規劃、實施和評估公共醫療衛生政策的執行。這對及早識別突發公共衛生事件、進行疾病流行病學監察、監察公共衛生介入措施的進度和評估措施的影響，以及為公共衛生政策和策略提供指引，實屬必要。

208. 值得一提的是，2019冠狀病毒病疫情反映資訊流通的重要性，並顯示以互通的數據系統和醫療健康數據資料庫作為醫療衛生政策規劃、準備工作和應變措施的支柱的重要性。同時，疫情促使基層醫療健康的創新得以推進和普及，例如遙距診症、網上排期和處方藥物，以及加強健康資訊系統的能力。

電子健康紀錄互通系統（「醫健通」）

209. 「醫健通」是由政府開發的電子平台，有助已登記的公私營醫護提供者在取得已登記病人的知情同意和適當的授權下，查看和互通病人的電子健康紀錄。「醫健通」旨在鼓勵公私營協作，讓病人在穿梭於公私營醫療系統時獲得持續護理。我們亦一直大力鼓勵市民登記加入「醫健通」，以建立終身的電子健康紀錄。

210. 醫管局一直是政府發展和營運「醫健通」的技術機構。為協助私營界別醫護專業人員參與「醫健通」及上載資料，已為他們提供臨床醫療管理軟件和技術支援，當中包括便利私家醫院連接「醫健通」和建立界面的臨床醫療管理系統適配組件，以及臨床醫療管理系統連接部件（CMS On-ramp）。該連接部件是可供私家診所隨時使用，具有互通資料和通用系統功能的臨床醫療管理軟件。

211. 因應疫情，我們把「醫健通」的登記程序加入2019冠狀病毒病疫苗接種計劃的預約和接種流程，截至2022年9月初，超過560萬人（即超過七成全港人口）已自願登記參與「醫健通」，為系統未來的發展帶來契機。

「醫健通」流動應用程式

212. 由政府開發的「醫健通eHealth」流動應用程式，於2021年1月推出，定位為本港的公眾健康平台，以促進基層醫療健康發展，鼓勵市民更積極自主地管理自己的健康。「醫健通」會向用戶發布個人化的公眾健康資訊，用戶亦可獲取他們於公私營醫護機構的一些主要電子

健康紀錄，包括疫苗接種紀錄、藥物、預約、過敏及藥物不良反應。

213. 為鼓勵市民透過「醫健通」積極自主及有系統地管理和監察自己的健康，「醫健通」於2021年7月底新增功能，讓用戶記錄每天的血壓和血糖指數，既方便監察身體狀況的變化，亦可於覆診時把數據展示給醫護專業人員參考，以節省診症時間。醫管局的「普通科門診公私營協作計劃」及陸續於各區成立的地區康健中心，亦鼓勵並支援參與了有關計劃的病人使用「醫健通」，以進一步提高他們的疾病預防意識，協助他們記錄血壓和血糖指數及增強自我管理健康的能力，以配合政府的基層醫療政策，加強「預防勝於治療」。截至2022年9月初，超過260萬人已下載「醫健通」流動應用程式。

「HA Go」

214. 由醫管局開發的流動應用程式「HA Go」，旨在協助病人管理在醫管局系統內的預約及醫療安排。「HA Go」整合醫管局多個應用程式，並加入新功能，包括查閱預約紀錄、預約門診、流動繳費、查閱藥物資料，以及按照處方進行復康練習等。截至2022年3月底，超過100萬人已透過「HA Go」使用多項醫管局服務。

215. 「HA Go」及「醫健通」在不同層面鼓勵和便利市民積極管理健康，我們會進一步研究如何善用兩個流動應用程式的優勢，優化及理順相關功能。

健康調查

216. 健康相關的數據也可從各項健康調查中獲得，例如衛生署的人口健康調查、健康行為調查和口腔健康調查。社會及人口統計數據則由政府統計處透過進行人口普查及其他定期的住戶統計調查提供。
217. 人口健康調查採用橫斷面分析，對象為香港的15歲或以上陸上非住院居民，不包括訪港旅客、外籍家庭傭工和來自內地的雙程通行證持有人。調查會根據政府統計處有關已建設地區和非建設地區內所有住址的紀錄（即「屋宇單位框」）抽樣訪問。調查分為兩部分，即住戶訪問以及身體檢查。

表 6.1

人口健康調查	
住戶訪問和自填問卷	<ul style="list-style-type: none">• 生理和心理社交健康狀況• 與健康有關的生活習慣• 預防疾病的健康習慣• 住戶資料
身體檢查	<ul style="list-style-type: none">• 體格檢查<ul style="list-style-type: none">- 血壓- 身高和體重- 腰圍和臀圍• 化驗檢測<ul style="list-style-type: none">- 血脂概況- 糖化血紅素及空腹血糖- 鐵質水平- 病毒性肝炎- 尿液碘、鈉、鉀和肌酸酐含量

218. 首次人口健康調查於2003/04年度進行，對上一次於2014/15年度進行。衛生署於2020年11月展開全港性的2020年度人口健康調查，以更新本地人口的健康狀況、與健康有關的生活習慣及其他健康參數的相關資料。
219. 2020年度人口健康調查會繼續採用包含上述調查的元素的綜合調查方法。2020年度人口健康調查是政府參與「健康城市合作計劃」承諾的一環，該計劃由全球70個城市組成，以攜手防控非傳染病（即慢性疾病）和損傷以拯救生命。
220. 首次全港口腔健康調查於2001年進行，衛生署承諾每十年舉辦一次口腔健康調查，因此，2011年口腔健康調查旨在收集有關香港市民口腔健康狀況。2021年口腔健康調查於2021年11月開始，調查針對五個人口組別，即5歲兒童、12歲少年、35至44歲成年人、65至74歲長者及65歲或以上接受長期護理服務的長者。不同年齡組別人士的口腔健康目標將參考2021年口腔健康調查的結果而制定。衛生署亦會探討如何改善牙科護理服務，並建議可行的措施以達致目標。

健康科技與2019冠狀病毒病

221. 2019冠狀病毒病加快了健康科技的發展和使用，這些技術有助填補服務提供上的缺口，同時與當面應診服務相輔相成。正如表6.2所述，政府於疫情期間運用現有的電子健康平台，並進一步加強醫療科技的應用，以提升抗疫能力。

表 6.2

2019冠狀病毒病疫情下的電子健康措施

<p>私家醫生取得2019冠狀病毒病口服藥物的網上平台</p>	<ul style="list-style-type: none"> 已登記使用「醫健通」的私家醫生可透過特設網上平台要求為2019冠狀病毒病病人提供兩款抗病毒藥物帕克斯洛維德 (Paxlovid) 和莫納皮拉韋 (Molnupiravir)。 私家醫生可登入網上平台提出要求，相關藥物將被派發到其於「醫健通」登記的其中一個指定應診地址。藥物供應商會盡量於第二個工作天處理要求。私家醫生每次可要求不超過十次標準療程的抗病毒藥物。 醫管局就藥物發出的指引、使用藥物須知和其他注意事項，可於網上平台下載。
<p>透過「HA Go」的遙距診症服務</p>	<ul style="list-style-type: none"> 社區內的確診病人可透過「HA Go」預約指定診所/遙距診症服務。 附設功能支援合適群組病人接受遙距診症服務。 病人可選擇親身或透過「HA Go」的遙距診症功能接受服務。
<p>醫健通內的2019冠狀病毒病疫苗接種紀錄</p>	<ul style="list-style-type: none"> 市民可儲存並出示2019冠狀病毒病疫苗接種紀錄或豁免證明書及相關二維碼，以配合「疫苗通行證」的安排。
<p>「齊心抗疫—中醫藥遙距診療計劃」</p>	<ul style="list-style-type: none"> 醫務衛生局透過中醫藥發展基金，推出一項由香港中醫中藥界聯合總會統籌的特別支援計劃，資助中醫師為相關病人提供免費中醫遙距診療服務及中藥配送服務。

挑戰

222. 如缺乏一個多功能的一站式醫療健康電子平台，有礙政府透過分析相關大數據，以準確和實證為本的方式制定醫療政策和策略。因此，我們將繼續增強和擴充「醫健通」的功能，讓它更普及地應用，成為香港的公眾健康平台。

223. 同時，雖然我們現時可透過不同健康調查收集健康相關數據，包括人口健康狀況、健康相關生活方式、其他健康參數及社會和人口統計數據，但就基層醫療健康政策規劃和

資源分配，特別是實證為本的策略性採購而言，我們在收集醫療成本（包括人力資源和財務成本）、求醫習慣、地區為本健康狀況以及服務提供者表現的數據方面的工作仍有待加強。

我們的目標

224. 利用健康相關數據，以優化醫療服務和促進醫療創新，是香港醫療政策的重要發展方向。

藉著「醫健通」作為本藍圖中提出的把關和轉

介機制的支柱，以加強醫護協調及健康監測，我們致力透過單一平台善用衛生署、醫管局以及地區康健中心的健康資料和數據，以制定疾病監測、篩查、預防和治療的方案。

225. 為改善數據互通和健康監測，我們提出以下建議—

建議6.1

加強「醫健通」作為醫療協調和健康監測的把關和轉介工具

226. 「醫健通」於2016年推出，作為支持公私營協作的資訊科技骨幹基礎設施，以減輕公營醫療衛生系統的負擔，並透過避免重複的醫療評估和治療，更有效地運用我們寶貴的醫療資源，並在病人尋求不同公私營醫療健康服務的過程中，改善醫療的連貫性、效率和質素。
227. 現時，「醫健通」支援醫管局和地區康健中心的各項公私營協作計劃，以及衛生署部份公營協作計劃，例如大腸癌篩查計劃。名為「醫承通」的一站式中醫藥臨床記錄系統亦已推出，讓中醫藥界可分階段透過「醫健通」平台獲取和互通相關臨床記錄。我們建議將「醫健通」從目前的基本健康紀錄互通系統轉型為集醫療數據共享、服務提供及流程管理（特別是基層醫療相關服務）於一身的全面和綜合醫療資訊基建，透過多層功能介面推動服務記錄保存、重要數據共享（例如過敏史、診斷、處方等）、健康監察和監測、個案及工作流程管

理（包括分流、轉介及支付），並探討使用大數據分析增強人口健康監測及個人健康管理。

228. 同時，如建議3.2所述，我們建議強制所有在《基層醫療名冊》登記及參與政府資助健康計劃（包括衛生署的疫苗接種資助計劃、長者醫療券計劃和「慢性疾病共同治理計劃」）的基層醫療專業人員使用「醫健通」並上傳主要健康記錄。最終目標是匯集市民在公私營和不同層級醫療系統中有用的健康紀錄和數據於「醫健通」中。同時，我們預期「醫健通」將轉型為一個具有多層功能的綜合系統，以便於記錄保存、診斷、監察、分流、轉介和支付，並具備有助人口健康監測的大數據分析功能。長遠而言，「醫健通」將逐步發展成為香港的醫療數據資料庫，為每位醫護提供者和每名市民提供一個單一綜合的電子健康紀錄戶口。公共衛生措施可透過一個資訊科技中央平台更容易地推廣、統籌和監察。

229. 表6.3列出部分提升「醫健通」的詳情建議措施。

「醫健通」的提升措施

將醫健通（資助）系統遷移至「醫健通」	<ul style="list-style-type: none"> 醫健通（資助）系統於2008年建立，是長者醫療券計劃和疫苗資助計劃的行政及紀錄保存系統。它為長者醫療券提供平台，讓醫護服務提供者管理長者的醫健通戶口和處理發還款項。就疫苗資助計劃而言，系統儲存不同疫苗接種計劃發還款項的紀錄以及全港性2019冠狀病毒病疫苗接種計劃的疫苗接種紀錄。 系統遷移後，醫健通（資助）系統的數據（包括發還款項紀錄/疫苗接種紀錄及醫療券使用情況等）將成為「醫健通」中央數據庫中的重要部分，並可透過連接至醫療系統不同界別和層級的現有「醫健通」渠道使用和互通該等數據，但須基於現時「醫健通」管治下的數據互通規範。
整合《基層醫療指南》	<ul style="list-style-type: none"> 誠如建議3.2的討論，《基層醫療指南》是一個網上電子數據庫，載有社區內基層醫療提供者的執業資訊和專業資格。為支持基層醫療健康在社區的長遠發展，目前的政策方向是將《基層醫療指南》的角色重新界定為《基層醫療名冊》。名冊可以作為所有基層醫療專業人員的中央名冊，以便進行更好的監察、協調和質素保證。 建議把《基層醫療名冊》連結及整合入「醫健通」的公眾介面，為用戶提供一站式的平台，以獲取《基層醫療名冊》的資訊。
將所有公私營協作計劃及策略採購計劃整合至「醫健通」平台	<ul style="list-style-type: none"> 把不同系統遷移及整合至「醫健通」平台，以及「醫健通」與現時公私營協作計劃及未來的策略性採購計劃的連結，有助提供一個通用平台處理計劃的登記、用戶帳戶管理、服務監察、款項發還和審計等事宜。

230. 現時私營醫療服務上傳數據的情況遠遠未如理想，若然私營醫療服務上傳數據的規模未能大幅改善，則無法發揮「醫健通」的全部潛力。除了強制所有政府資助醫療計劃的參與者使用「醫健通」外，**我們亦將推出一項一次性資助計劃，旨在促進私營電子健康記錄解決方案供應商的臨床醫療管理系統的連接性，讓數據上傳更方便且更受私營醫療服務提供者的歡迎。**

231. 長遠而言，**我們建議規定所有基層醫療服務提供者使用「醫健通」，並將使用者的關鍵醫**

療及服務數據上傳至個人「醫健通」戶口，以加強保障醫療服務使用者、保證質素及提升醫療標準，並提高醫療過程的協調及連貫性，尤其是社區基層醫療和公立醫院之間的雙向轉介。當中須修訂《電子健康紀錄互通系統條例》（第625章），並將相關要求納入《基層醫療名冊》和策略性採購計劃。

建議6.2

推廣「醫健通」作為個人健康戶口

232. 「醫健通」平台收集的健康數據有助釋放開發病人自強功能的潛力，藉此照顧個別用戶的特定需要。舉例而言，利用醫健通向特定年齡組別或人口發出推送通知，提醒某年齡層的女性進行乳癌篩查或子宮頸篩查覆檢，以持續健康護理。自行輸入相關個人健康資料可促進慢性疾病的持續管理和監察。醫健通亦可充當健康飲食等自我健康管理推廣運動的技術平台。此外，社區照顧者可使用遙距健康護理功能與病人保持聯繫。例如，醫健通可配合地區康健中心或策略性採購計劃透過互聯網平台提供網上運動或康復訓練。

233. 借助「醫健通」穩健的基礎設施作為骨幹和蓬勃的資訊科技業界，我們對「醫健通」的願景是推廣其作為為一個終身的、不可或缺的個人電子健康記錄/戶口，以協助病人的醫療健康記錄在不同界別和層級的醫療系統中流通。透過在「醫健通」上自行輸入和檢閱家庭醫生提供的主要健康數據，用戶將能夠參與自己的健康管理，提升健康知識及管理自己健康的能力，尤其是患有慢性疾病時。我們的最終目標是借助「醫健通」及其與更廣泛社區的連繫，支持政府建構以基層醫療健康為中心的系統。

234. 我們亦正考慮發展一個電子健康記錄生態系統，讓「醫健通」能夠與其他第三方電子健康應用程式（如運動挑戰應用程式）或可穿戴設備連接，以鼓勵市民更廣泛地使用。為配合預防為本的基層醫療健康發展政策方向，我們將繼續強化「醫健通」，使其成為個人化的健康管理工具。

235. 此外，政府將繼續積極投放資源推動醫療科技創新，以期進一步提高醫療效率，推動醫療服務的可持續發展。

建議6.3

以數據支持政策制定

236. 在醫療數據和科技應用方面，醫管局的大數據分析平台自成立以來，已支援多個大數據及人工智能研究項目。研究範疇包括基層醫療服務優化、各種慢性疾病的風險預測、及時預防惡化等。現時，醫管局已於不同層面應用人工智能優化服務，包括於所有醫院急症室及普通科門診引入人工智能胸肺X光分析，以協助醫生盡快篩查出患有肺病及高危的病人；利用大數據識別糖尿病風險較高的病人，提供個人化慢性疾病護理計劃，及早介入及提升病人自我管理的能力等。醫管局會繼續研究和引入更多醫療人工智能科技，以更廣泛應用在醫療服務上，長遠為病人帶來更大裨益。

237. 除了加強「醫健通」的影響，從更廣泛的角度來看，我們認為重要的是要考慮如何善用衛生署、醫管局、「醫健通」和地區康健中心的調查結果和病人/用戶健康記錄，以促進整體健康監測。政府建議對人口健康狀況進行預測和推算，以促進實證為本的基層醫療健康政策制定和服務規劃。例如，探討醫管局大數據分析平台上的數據是否可以進一步用於預測和推算人口健康狀況。此外，隨着地區康健中心在全港各區投入服務，從地區康健中心收集的數據也將有助於進行持續的衛生監察和預測。

238. 為實現上述目標，**我們建議將現時醫務衛生局轄下的研究處轉型為專設的研究及數據分析辦事處，以構建人口健康數據集，進行持續的數據分析及調查，並委託研究人口健康狀況、疾病模式和負擔，以至服務使用模式，以提供必要的數據、實證和分析，協助政府制定醫療衛生政策、基層醫療署規劃服務和分配資源，及公立醫院系統的相應服務規劃和資源分配。該辦事處將接手和檢討下一輪的人口健康調查。該辦事處還應更有效地推廣應用大數據，監察公共衛生介入措施的進度和評估其影響，為公共衛生政策和策略提供指導。**

第6章 – 改善數據互通及健康監察 行動計劃

	行動	短期	中期	長期	
6.1	「醫健通」	• 延伸強制使用「醫健通」至所有政府資助醫療計劃			
		• 提供獎勵計劃，以促進私營供應商電子健康紀錄程式的連接性			
		• 將各自獨立的公營醫療資訊科技系統整合至「醫健通」平台			
		• 要求私營醫務化驗所和放射診斷中心加入「醫健通」及上載診斷影像			
		• 將「醫健通」轉型為綜合系統 - 「One eHealth」			
		• 探討更廣泛地使用「醫健通」作為外間機構的平台			
		• 考慮透過修訂《電子健康紀錄互通系統條例》(第625章) 規定使用「醫健通」			
		• 繼續發展和提升一站式中醫藥臨床記錄系統「醫承通」			
6.2	eHealth App	• 促進「醫健通」流動應用程式與其他第三方電子健康應用程式或可穿戴設備的連接性			
		• 促進病人和醫護專業人員使用遙距診療及連接至其他健康科技			
6.3	研究和數據分析	• 將現時醫務衛生局轄下的研究處轉型為專設的研究及數據分析辦事處			
		• 構建人口健康數據集			
		• 制定機制，包括工具及指標，以量度本藍圖列載的成效			
		• 檢討下一輪人口健康調查			
		• 就公共衛生介入措施(包括本藍圖的建議) 監察進度及評估影響			



成功的基層醫療健康系統

239. 2019冠狀病毒病疫情為全球公共衛生體系帶來極大挑戰，香港也不例外。為維持本港醫療系統卓越的效率、專業性和適應能力，我們須持續在多個範疇作出改善，以應對人口老化及疫情對醫療服務的挑戰。

240. 2019冠狀病毒病疫情進一步顯示建立強大的社區基層醫療健康系統非常重要。本藍圖闡述我們的願景，列出具體的建議和執行計劃，為

香港基層醫療健康的未來發展勾畫策略性的路線圖。

241. 成功的基層醫療服務發展應在體制、機構及個人層面，對香港的醫療體系產生正面影響。為持續監察和評估各項基層醫療健康建議是否成功落實，**建議6.3**中的研究及數據分析辦事處會負責制定工具及指標，量度以下範疇的成效—

醫療健康服務提供

- 擴大全民預防護理的覆蓋面，特別是針對低收入和弱勢社群等目標群組
- 增加醫療健康服務的縱向和橫向整合
- 改善基層醫療健康服務的質素
- 改善病人的護理體驗和照顧者的體驗
- 縮短公營專科服務的輪候時間
- 降低急症和住院服務的使用率
- 降低住院人次和平均住院時間（年齡調整後和相關疾病調整後）

醫療衛生開支

- 增加基層醫療健康開支佔經常性醫療衛生開支的比例
- 增加用於私營基層醫療服務的公共醫療衛生開支
- 降低人力資源和開支方面的醫療個案平均成本（年齡調整後和相關疾病調整後）

健康賦能與福祉

- 提高健康知識
- 增加有家庭醫生或個案經理的病人比例
- 降低健康風險因素
- 降低慢性疾病患病率（年齡調整後）
- 降低慢性疾病併發症患病率
- 改善健康狀況（年齡調整後和相關疾病調整後）
- 改善病人和照顧者的生活質素

241. 根據本藍圖的建議，我們預期在短期、中期和長期時間表下分階段推進各項計劃。在此過程中，我們會參考有關醫療健康系統表現評估的

國際文獻和經驗，制定香港基層醫療健康服務的策略採購、政策制定、表現管理和改進的評估框架和表現指標。

行動計劃一覽表

第2章 – 建立社區基層醫療系統 行動計劃					
	行動	短期	中期	長期	
2.1	地區康健中心	• 設立7間地區康健中心及11個地區康健站			
		• 在全港設立18間地區康健中心			
		• 檢討地區康健中心服務模式			
	基層醫療健康服務的整合	• 整合衛生署轄下的公營基層醫療健康服務			
		• 整合醫管局轄下的基層醫療健康服務 (例如病人自強計劃、社區支援等)			
		• 加強地區康健中心與長者地區中心/長者鄰舍中心之間的合作			
2.2	「慢性疾病共同治理計劃」	• 在深水埗地區康健中心慢性疾病管理計劃完成後進行檢討			
		• 在檢討計劃後，逐步將「慢性疾病共同治理計劃」擴展至全港所有高血壓及糖尿病患者			
		• 檢討「慢性疾病共同治理計劃」並探討進一步擴展			
2.3	檢視普通科門診的定位	• 透過「慢性疾病共同治理計劃」，引導普通科門診非目標群組高血壓及/或糖尿病病人接受私營服務提供的資助治療			

第3章 – 加強基層醫療服務管理 行動計劃

	行動	短期	中期	長期	
3.1	基層醫療署	• 在現時基層醫療健康辦事處架構下引入地區性管治架構			
		• 借助衛生署及醫管局現有人手以擴展基層醫療健康辦事處			
		• 制定新法例，授予基層醫療署法定權力，以落實適用於私營基層醫療服務提供者的標準			
3.2	《基層醫療指南》	• 在《基層醫療指南》中為藥劑師及其他醫護專業人員制定分支指南			
		• 檢討《基層醫療指南》的准入或持續載列要求			
		• 要求參加指定政府資助計劃的醫護專業人員登記加入《基層醫療指南》			
		• 在電子健康紀錄互通系統的支援及相關法例支持下建立《基層醫療名冊》			
基層醫療的參考概覽	• 制定及擴展適用於各類疾病的參考概覽，並探討中醫在參考概覽中的參與				
	• 在基層醫療署支持的電子健康紀錄互通系統的支援下，將參考概覽確立為《基層醫療名冊》下醫護從業員的協定護理流程				
3.3	基層及第二層醫療雙向轉介機制	• 在現有公營醫療系統轉介機制的基礎上，制定基層醫療-第二層醫療轉介機制			
		• 釐定「慢性疾病共同治理計劃」相關的轉介機制			
		• 在公私營界別實行在電子健康紀錄互通系統支援及基層醫療署支持下的轉介機制			

行動計劃一覽表

第4章 – 整合基層醫療健康資源 行動計劃					
	行動	短期	中期	長期	
4.1	「慢性疾病共同治理計劃」	• 為「慢性疾病共同治理計劃」進行市場研究及服務設計			
		• 檢討「普通科門診公私營協作計劃」及「慢性疾病共同治理計劃」之間的定位及銜接，包括價格、藥物名單、資助條件以及轉介準則等			
		• 將「普通科門診公私營協作計劃」過渡至「慢性疾病共同治理計劃」			
		• 為「慢性疾病共同治理計劃」進行持續的檢討及評估			
4.2	長者醫療券計劃	• 檢討長者醫療券用於地區康健中心以外其他基層醫療健康計劃的合適性			
		• 規定某部份醫療券金額須用於基層醫療健康相關及自行登記家庭醫生的指定用途			
4.3	策略採購統籌處	• 整合現時衛生署轄下的醫療券事務科及醫院管理局轄下的服務轉型部（公私營協作計劃辦事處），以成立策略採購統籌處			
		• 監督策略採購下基層醫療健康計劃的發展及推行			
		• 就策略性採購計劃進行持續的檢討及評估			
		• 探討透過策略採購分配資源以提升中醫藥基層醫療服務			
		• 建立社區藥物名冊以支援病人			
4.4	土地資源	• 建立中央醫療設施清單，以識別及推算基層醫療健康服務土地資源的供求差距			
		• 探討整合及同置醫療服務設施的空間，尤其是與基層醫療健康服務有關的設施			
		• 為提供基層醫療健康服務的非牟利組織制定優惠地價政策			
		• 探討為基層醫療健康設施提供地點，包括根據相關政策由非政府機構營運的設施			

第5章 – 規劃基層醫療人手 行動計劃

		行動	短期	中期	長期
5.1	基層醫療健康的人手供應	• 增加由教資會及政府資助的醫療培訓學額			
		• 邀請各管理局及委員會於其認證及實習培訓課程中增加基層醫療健康內容的比重			
		• 吸引合資格非本地培訓的基層醫療專業人員來港執業			
		• 反映及優化醫療專業人員的基層醫療健康人力推算			
5.2	基層醫療健康培訓	• 繼續與不同的機構合作，提供基層醫療健康相關的培訓課程			
		• 加強基層醫療健康服務中的家庭醫生、護士、專職醫療人員和社工的專業培訓			
		• 建立系統化的輪換制度，協調不同服務為基層醫療專業人員提供培訓			
5.3	中醫師	• 加強中醫藥在基層醫療健康服務中的角色			
		• 以慢性疾病預防和健康管理為重點，尋找進一步發揮協同效應的機會			
		• 為中醫師制定基層醫療健康培訓計劃			
5.4	專職醫療人員和社區藥劑師	• 修改相關法例，讓病人在特定情況下無須醫生轉介下直接獲得某些醫療專業服務（例如物理治療及職業治療）			
		• 根據社區藥房工作小組的建議，支援社區藥房的發展			
		• 指定為醫管局病人配藥的社區藥房			
		• 邀請社區藥房支援「慢性疾病共同治理計劃」			

行動計劃一覽表

第6章 – 改善數據互通及健康監察 行動計劃					
	行動	短期	中期	長期	
6.1	「醫健通」	• 延伸強制使用「醫健通」至所有政府資助醫療計劃			
		• 提供獎勵計劃，以促進私營供應商電子健康紀錄程式的連接性			
		• 將各自獨立的公營醫療資訊科技系統整合至「醫健通」平台			
		• 要求私營醫務化驗所和放射診斷中心加入「醫健通」及上載診斷影像			
		• 將「醫健通」轉型為綜合系統 - 「One eHealth」			
		• 探討更廣泛地使用「醫健通」作為外間機構的平台			
		• 考慮透過修訂《電子健康紀錄互通系統條例》(第625章) 規定使用「醫健通」			
		• 繼續發展和提升一站式中醫藥臨床記錄系統「醫承通」			
6.2	eHealth App	• 促進「醫健通」流動應用程式與其他第三方電子健康應用程式或可穿戴設備的連接性			
		• 促進病人和醫護專業人員使用遙距診療及連接至其他健康科技			
6.3	研究和數據分析	• 將現時醫務衛生局轄下的研究處轉型為專設的研究及數據分析辦事處			
		• 構建人口健康數據集			
		• 制定機制，包括工具及指標，以量度本藍圖列載的成效			
		• 檢討下一輪人口健康調查			
		• 就公共衛生介入措施(包括本藍圖的建議) 監察進度及評估影響			

參考資料

1. 香港大學李嘉誠醫學院社區醫學系及公共衛生學院. (2008). *香港醫療開支預測*.
https://www.healthbureau.gov.hk/beStrong/files/consultation/projecthealthexp_eng.pdf
2. 政府統計處. *人口估計*. <https://www.censtatd.gov.hk/tc/scode150.html>
3. 政府統計處. *人口及住戶推算*. <https://www.censtatd.gov.hk/tc/scode190.html>
4. 政府統計處. 2021年人口普查. <https://www.censtatd.gov.hk/tc/scode600.html>
5. 政府統計處. *主題性住戶統計調查報告書*.
<https://www.censtatd.gov.hk/tc/EIndexbySubject.html?pcode=B1130201&scode=453>
6. 衛生署衛生防護中心. *二零一四至二零一五年度人口健康調查報告書*.
<https://www.chp.gov.hk/tc/static/51256.html>
7. 醫務衛生局. *本地醫療衛生總開支帳目 (DHA)*. <https://www.healthbureau.gov.hk/statistics/cn/dha.htm>
8. The Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2021). *Revenue Statistics 2021: Initial impact of COVID-19 on OECD tax revenues*.
<https://www.oecd.org/tax/tax-policy/revenue-statistics-highlights-brochure.pdf>
9. 政府新聞處. *香港年報*. <https://www.yearbook.gov.hk/2021/en/>
10. 醫院管理局. (2021). *主要表現指標報告*. https://www.ha.org.hk/haho/ho/cad_bnc/AOM_P1668.pdf
11. 食物及衛生局. (2010). *香港的基層醫療發展策略文件*.
https://www.healthbureau.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/101231_primary_care/c_strategy_doc.pdf
12. Lo, A. Y. et al. (1994). Doctor-shopping in Hong Kong: implications for quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 6(4), 371-381.
13. Johnston, J. M., Leung, G. M., McGhee, S. M., & Castan-Cameo, S. (2007). Does waiting time for specialist out-patient appointments affect clinic attendance and doctor shopping in Hong Kong?. *Hong Kong Medical Journal*, 13(4), 37-40
14. World Health Organization. (2020). WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata.
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
15. The Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1129-1306.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol396no10258/PIIS0140-6736\(20\)X0042-0](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol396no10258/PIIS0140-6736(20)X0042-0)
16. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf>
17. 香港. 基層健康服務工作小組. (1990). *人人健康, 展望將來報告書*.
18. World Health Organization. (2014). *Health systems governance for universal health coverage action plan: department of health systems governance and financing* (No. WHO/HSS/HSF/2014.01). World Health Organization.

19. 食物及衛生局. (2008). *掌握健康，掌握人生—醫療改革諮詢文件*.
https://www.healthbureau.gov.hk/beStrong/files/consultation/Condochealth_full_chn.pdf
20. Fung, S. C. C., Tsui, E. L. H., Fong, D. Y. T., Dai, D., & Lam, C. L. K. (2014). In-depth cost-effectiveness study of the multidisciplinary risk factor assessment and management programme (RAMP) of the Hospital Authority. In *Health Research Symposium*. Food and Health Bureau, HKSAR.
21. Yu, Y. T. E., Wan, Y. F., Chan, K. C., & Lam, C. L. K. (2017). Cost-effectiveness of the Risk Assessment and Management Programme for primary care patients with Hypertension (RAMP-HT)—3-years of experience. In *Asia Pacific Primary Care Research Conference in conjunction with Family Medicine Symposium*. Singapore.
22. 團結香港基金. (2021). 實施策略性採購促全民健康研究報告. https://ourhkfoundation.org.hk/sites/default/files/media/pdf/20211214_OHKF_Health_Finance_Research_Report_E.pdf
23. 醫務衛生局. *醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告*.
https://www.healthbureau.gov.hk/cn/press_and_publications/otherinfo/180500_sr/srreport.html
24. 醫務衛生局. *統計資料*. https://www.healthbureau.gov.hk/statistics/cn/health_statistics.htm
25. The Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*.
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
26. 衛生署. (2018). *醫療衛生服務人力統計調查*.
https://www.dh.gov.hk/tc_chi/statistics/statistics_hms/statistics_hms_find.html#2018

簡稱一覽表

牙管會	香港牙醫管理委員會
共同治理計劃	慢性疾病共同治理計劃
社署	社會福利署
康健中心	地區康健中心
教資會	大學教育資助委員會
《策略文件》	《香港的基層醫療發展策略文件》
督導委員會	基層醫療健康發展督導委員會
藍圖	基層醫療健康藍圖
醫委會	香港醫務委員會
醫健通	電子健康紀錄互通系統
醫專	香港醫學專科學院
醫管局	醫院管理局

辭彙

- 專職醫療人員** 專職醫療人員是醫生、牙醫或護士以外的醫護專業人員，具備預防、診斷和治療多種病症和疾病的特定專業知識。
香港的專職醫療人員包括聽力學家、臨床心理學家、營養師、職業治療師、視光師、視覺矯正師、物理治療師、足病診療師、義肢矯形師、言語治療師、配藥員、放射技師、醫務化驗師及醫務社工。
- 醫療協調** 匯集醫療人員和提供者的積極方案，以照顧服務使用者的需要，確保市民接受不同機構的綜合和以家庭為中心的醫療服務。
- 照顧者** 照顧一位或多位家庭成員、朋友或社區人士的人員。他們可提供定期、暫託或日常護理，或參與組織其他照顧者的護理服務。照顧者與系統中提供正式服務的提供者有所不同，一方有償，另一方屬義務性質。
- 個案管理** 一項具針對性、以社區為本的積極護理方案，涉及尋找個案、評估、護理規劃及醫療協調，以便整合服務，照顧必須接受複雜護理（通常來自多個提供者或地點）的高風險人士、弱勢人士或擁有複雜社會及健康需要的人士的各項需要。個案經理全程協調病人的護理。
- 慢性疾病** 長期或經常發病而病情進度緩慢的病症，例子包括糖尿病及高血壓。
(亦稱為非傳染病)
- 傳染病** 可由一人直接或間接傳播給另一人的疾病。這類疾病的例子包括流行性感冒、結核病、登革熱及乙型肝炎。
- 社區** 按照共同特徵（例如地域、興趣、信仰或社會特徵）劃分的人口單位，是基本政治和社會責任的中心點，亦是區內人士進行各類或大部分日常生活社交互動的地方。
- 社區參與** 一個建立關係的過程，讓持份者攜手合作，處理健康相關議題和提升福祉，從而為健康帶來積極的影響和成效。

護理服務的連貫性 對於市民而言，在某段時間內所經歷的一連串獨立醫療服務事件的連貫程度、關聯程度、以及切合其健康需要和偏好的程度。

連貫護理 個別人士及整體市民經歷一種疾病、傷患或人生事件時，當中所有階段所需的各項醫療健康服務，包括保健、疾病預防、診斷、治療、復康和紓緩護理。

地區康健中心的基層醫療健康核心團隊 團隊成員包括總護理統籌主任、護理統籌主任、營養師、藥劑師、物理治療師、職業治療師和社工。

成本效益 使用最少的財政或其他資源達至最理想的醫療成效，是成本與已產生的經估量醫療健康產出（例如成效）的比例。

治療護理 與治療急性偶發疾病及傷患有關的醫療服務。

疾病管理 採用實證有效、協調積極的醫療健康介入措施且向健康欠佳的市民及個別人士進行溝通的系統，包括改善市民自我照顧的方法。

疾病監測 在公共衛生方面有重大影響的疾病，有系統地收集、分析和發放相關數據，以便採取適當的行動，防止或停止疾病進一步擴散。疾病監測為疾病控制工作提供指引，並衡量疫苗接種服務的影響。

地區醫療健康系統 根據世界衛生組織，地區醫療健康系統是當地醫療系統的獨立部分，包括區內所有相關的醫療工作（不論是否由政府提供），亦包括自我照顧以及所有政府或非政府公營醫護人員和設施，涵蓋最高第一層的轉介醫院和合適的支援服務（例如化驗室、診斷和物流支援）。該系統如要取得最大成效，就必須由熟練的地區康健管理團隊負責協調工作，以確保盡可能提供全面的保健、預防、治療及康復的康健工作。該系統由地區康健辦事處、一間或多間地區醫院、康健中心、社區、鄰里、家庭、私營醫療界別、非政府機構及醫療服務組成。

經常轉換醫生 指病人就同一種健康問題尋求多位不同醫生的檢查和治療。

**(香港) 本地醫療衛生
總開支帳目**

一套描繪在某段期間所有流經香港醫療系統的財政資源的帳目。它是根據經濟合作及發展組織所制定的醫療衛生總開支國際分類系統而編製，有系統地闡述政府及非政府界別的總體醫療開支流向情況。

成效

一項特定的介入措施、程序、療程或服務於日常情況中，為特定人群完成預期目標的情況。

效率

醫療系統投入的資源（例如勞工、資本或設備等成本）及產出（例如接受治療的病人數目）或健康狀態（例如壽命增加的年數）的比例。

賦能

支持公眾和社區自理健康需要的過程，促使（例如）他們採取更健康的行為或提升他們自我管理疾病的能力。

參與

邀請公眾和社區設計、規劃和提供醫療服務的過程，從而有助他們就護理和治療方案作出決定，或參與制定應如何運用醫療資源的決策。

主要的公共衛生職能

各類必要的能力和措施，以達到公共衛生的核心目標，即改善人口健康。包括保障健康、促進健康、預防、監測和應對疾病，以及應變準備。

評估

依照工作的目標和動用的資源，有系統地和客觀地評估工作的相關性、成效和影響的過程。評估可拆分為不同種類，例如評估架構、過程和成效。

家庭醫生

為每位病人提供全面而持續基層醫療的個人醫生（可以是普通科醫生、家庭醫學專科醫生或其他專科醫生），並在有需要時轉介他們接受其他醫療服務。

香港的家庭醫生通常指基層醫療服務的主要提供者（例如普通科醫生、家庭醫學專科醫生或基層醫療專科醫生），他們在社區內提供綜合、以人為中心、連貫、預防性和協調的護理。

家庭醫學

不分年齡、性別和疾病，為病人及其家人提供連貫而全面醫療護理的醫學專科。家庭醫學的主要角色是提供基層醫療服務，即促進健康、預防疾病，並為社區內的病人提供治療或紓緩護理。

家庭科 (或普通科)	為家庭及社區中的個人提供全面而連貫醫療護理的學科，涵蓋所有年齡人士及兩性。提供者通常包括普通科醫生或家庭醫學醫生、醫生助理、家庭護士及其他醫護專業人員。
第一層醫療服務	社區接觸服務時，進入醫療系統的切入點。
零散 (醫療服務)	不同護理平台的醫療服務欠缺協調；及/或某段時間內缺乏連貫的醫療服務。
把關	基層醫療護理透過把關程序，例如要求轉介，授權使用專科服務、醫院服務及診斷檢驗。
普通科醫生	為出現任何健康問題的個別人士及家庭提供個人、基本、連貫及全面醫療服務的執業醫生。 香港的普通科醫生指普通科執業或家庭科執業的醫生。
管治	管理醫療系統的職能，並適用於採購等特定醫療融資範疇，以確保策略性政策框架得以實行，並配合有效的監察、聯盟建立、監管、關注系統設計和問責制度。管治亦指行使權力、設定職位和職責以及推動不同醫療服務相關人員的互動，例如採購人員、提供者、提供者的聯會、社會及受惠人士。
健康監測	持續有系統地收集、有條理地整合和評估相關數據，並將所得結果即時發放予有需要人士，特別是採取行動的人士。
醫療健康系統	包含所有行動的主要目的是促進、回復和維持健康的組織、人士及機構。
醫療護理服務流程 (或臨床流程)	有系統的跨專業管理方案 (另設有臨床指引)，描述面臨特定臨床問題的個別人士透過醫療系統接受護理的流程。
醫療服務	任何旨在協助改善健康或促進個別人士和群體的診斷、治療和康復的服務 (不限於醫療或臨床服務)。

醫療系統表現	醫療系統為達成目標而展開管治、融資、資源分配和提供服務的成效。
獲取醫療服務的能力	就地點、時間性和方便程度而言，取得醫療服務或前往醫療設施的能力或自覺能力。
醫療服務的負擔能力	醫療開支佔家庭總資源的比例；或(b)扣除醫療開支後家庭的剩餘收入。
醫護專業人員	香港的醫護專業人員包括醫生、中醫師、牙醫、牙齒衛生員、藥劑師、護士、助產士、醫務化驗師、職業治療師、視光師、放射技師、物理治療師及脊醫。
策略性醫療採購	根據需要服務人口的健康需要及/或提供者表現的資料，向提供者支付費用。其透過醫療融資機構積極運用採購職能、工具及手段，達到為醫療服務購買者而設的策略性目標，從而實現更廣泛的醫療系統目標。
求醫習慣	個別人士認為自己患有健康問題或疾病時，為了尋求適當治療而採取的任何行動或不作行動。
全面護理	顧及全人的護理（包括心理、社會及環境因素），而非僅考慮疾病或健康欠佳的症狀。
橫向整合	各醫療服務提供者在同一提供服務過程階段的不同服務環境下互相協調、合作、聯合規劃和分工，以確保能持續提供一致及全面的醫療服務。公私營基層醫療健康服務的醫社協調和合作便是一例。
指標	明確界定及可量度的指標，有助評估一項或一系列措施的架構、過程或成效。
資源投放	用於提供醫療產出及/或成效的任何資源，可能包括財務或實質資源（例如資本、勞工、藥物），但假如概念上資源是結合較大的醫療產出時，亦可能包括各類醫療工作（例如診斷性檢測或外科程序）。

綜合醫療服務	管理及提供醫療服務，以便公眾通過醫療系統內不同職能、工作及護理場所，享用連貫的保健、疾病預防、診斷、治療、疾病管理、復康及紓緩護理服務。
貫穿人生歷程的措施	這項措施主張個人及社區的健康狀態視乎多項保護及風險因素於人生各階段的相互作用，並全面審視健康及其決定因素，提倡在發展醫療服務時，注重其使用者在每個人生階段的需求。
出生時的平均預期壽命	假設目前的死亡率繼續適用，每名新生嬰兒預計可存活平均年數。
跨專業團隊	不同的醫護專業人員攜手合作，以協調的方式提供廣泛的服務。基層醫療護理的跨專業團隊成員因不同機構而異，可包括普通科醫生、醫生助理、護士、專科護士、社區保健員、藥劑師、社工、營養師、精神健康輔導員、物理治療師、病人教育家、經理、後勤員工及其他基層醫療護理專科醫生。
針對健康的跨界別行動	共同或單獨進行與健康及其他界別（例如社會保障、房屋、教育、農業、金融及工業）有關的政策設計、政策實施和其他行動，以應付影響健康的社會、經濟和環境因素及相關商業因素或改善健康及福祉。
直接支付費用	個別人士使用醫療服務時直接支付的費用，通常指使用者費用或分擔費用。
醫療產出	結合醫療資源所產生各類工作，可包括醫療工作，例如手術程序（結合勞動、資本及其他資源而產生）或實質產出，例如護理療程（結合多項醫療工作而產生）。
人口健康	旨在提升一組人群的健康狀態的方針，包括該人群中的健康狀態的分布。
預防護理	疫苗接種、身體檢查、健康普查和病人輔導等日常保健，以預防或找出病症、疾病或其他健康問題。

**基層醫療健康
與基層醫療**

「基層醫療健康」是動員全社會的保健方案，旨在通過注重公眾的需求和偏好，並盡早於推廣健康和疾病預防以至治療、復康和紓緩護理的連貫護理及盡可能貼近公眾的日常環境中，確保盡量達到最高的健康和福祉水平，人人都享有公平的健康和福祉。

「基層醫療健康」涵蓋「基層醫療」。基層醫療是基層醫療健康中更為明顯易見和以服務為主的核​​心。

第一層預防

以防止疾病發生為目標的行動（可能包括透過改變影響健康的社會及經濟因素的影響來改善健康的行動；提供關於行為及醫療健康風險的資訊以及於個人及社區層面上減低該等風險的諮詢和措施；營養及食物補給；口腔及牙齒衛生教育；及預防性臨床服務，例如兒童、成人及長者的疫苗及疫苗接種，以及為容易感染傳染病的人士提供疫苗接種或暴露後預防用藥）。

私人醫療衛生開支

由私營界別（例如僱主提供的醫療福利、私人醫療保險及私人住戶直接支付開支）承擔的醫療開支。

公共醫療衛生開支

由公營部門（例如政府及監管社會醫療保障的法定機構）承擔的醫療衛生開支。

公私營協作

公私營機構之間的業務關係，通過合約安排，讓私營合作夥伴參與提供資金和公營服務，同時分擔若干風險。

採購者（或採購機構）

利用匯集所得的資金代表其成員或特定人群購買醫療服務的機構。

轉介

將個別人士轉送至醫療系統或服務提供者網絡中的合適設施或醫生，以解決相關健康需要的過程。

回應能力

除了對改善健康和財富的期望之外，醫療系統滿足民眾對其與醫療系統互動的合理期望。

安全網 (香港)	安全網保障和促進市民大眾的健康，確保每個香港人均可獲提供醫療衛生設施，當中措施包括為無經濟能力使用醫療服務的人士提供公共援助，幫助他們解決其基本和特別醫療需要，以及保障他們不會承受太大的經濟負擔。
第二層醫療	專科醫生或設施為基層醫療醫生的轉介個案所提供的醫療護理，相比基層醫療護理醫生，需要提供更專門的知識、技能或設備。 香港的第二層醫療護理包括急症及療養住院護理、日間手術、專科門診，以及急症室服務。
第二層預防	這層醫療護理服務旨在通過及早識別疾病，增加治理疾病的機會，防止病情惡化。相關措施包括各項身體檢查和疾病普查，以及在斷症後對病症進行的各項治理程序。
自我照顧	向個別人士、家庭及社區給予支援並提升他們的能力，方便他們在未能直接使用醫療服務時妥善管理健康和福祉。
自我健康管理	自理健康、處理特定病症、懂得何時尋求專業照顧或恢復健康的知識、技能和信心。
監督管理	有效規劃和管理健康資源的職責，以保障平等、人口健康和福祉。
第三層醫療	第三層醫療指極為複雜及成本高昂的醫院護理服務，一般需要使用先進科技及跨專科的專門知識。第三層醫療服務的例子包括器官移植。
第三層預防	第三層預防是指對病患者的復康工作，從而減低患者出現殘疾和併發症的機會，以延長壽命和享受生活。即使無法完全治癒疾病，亦可改善患者的生活質素。第三層預防服務包括提升病人的能力和給予支援、慢性疾病管理和社區復康計劃。
分流	一種將病者分類的方法，以制定服務需要的優先次序及分配合適的治療地點。

縱向整合 整合提供醫療服務過程中不同階段的職能、工作或營運單位。縱向整合包括連結提供醫療服務的不同平台，例如基層醫療和醫院。

醫療券 一種具備指定購買力並適用於特定服務的現金券。

福祉 一個旨在獲得積極生活體驗並涉及多個層面的概念，通常等同於生活質量和生活滿意度。衡量福祉時，一般着重病人報告的成效，當中涵蓋廣泛的範疇，包括幸福感、正面情緒、參與度、意義、目的、活力和平靜。

附錄 A - 香港目前的醫療系統

A.1

香港的公私營醫療機構提供全面的醫療服務，其中公營醫療服務收費低廉，為市民提供醫療安全網，確保不會有人因經濟困難而得不到醫療服務。

A.2

醫務衛生局就本港的醫療服務制定政策和分配資源，以保障和促進市民的健康，讓市民享有整全的醫療服務，並確保不會有人因經濟困難而得不到醫療服務。

A.3

衛生署是公共衛生監管機構，負責執行政策和法定職責。該署通過促進健康、預防疾病，提供醫療和康復等服務，以保障市民的健康。

A.4

醫院管理局(醫管局)負責提供公立醫院及相關的醫療服務。醫管局轄下醫院、專科門診診所、普通科門診診所及外展服務，提供醫療和康復服務。

A.5

基層醫療健康辦事處於2019年3月1日成立，在決策局層面監察及督導基層醫療健康服務的發展。基層醫療健康辦事處的工作重點是發展基層醫療的全新模式，致力公私營協作及醫社合作，提供切合地區需要及特點的服務，並提高公眾對健康生活、預防疾病及自我管理健康的意識。基層醫

療健康辦事處自成立以來一直負責推動基層醫療健康服務的全面檢討及未來發展。

健康指數一覽

2020年嬰兒死亡率 2 (按每千名登記活產嬰兒計算)

2020年孕婦死亡比率 0 (按每十萬名登記活產嬰兒計算)

出生時平均預期壽命 2021年 83.2歲(男性) 87.9歲(女性)

(推算) 2069年 88.4歲(男性) 93.9歲(女性)

A.6

香港擁有一流的醫療系統和非常專業的醫療隊伍。2020年，香港的嬰兒死亡率是全球嬰兒死亡率最低的地方之一。2021年，男性及女性出生時的平均預期壽命是全球最高的地方之一。

A.7

根據香港的《本地醫療衛生總開支帳目》，1989/90年度至2019/20年度，香港的醫療衛生總開支由佔本地生產總值的3.6%增至6.7%。同期，公共醫療衛生開支(2019/20年度為1,015億元，佔本地生產總值的3.6%)佔醫療衛生總開支的比例，亦由40%增至54%。過去五年，政府在醫療衛生方面的經常撥款增加，由2016年的587億元增至2021年的959億元，增幅約63%。政府在醫療衛生方面的經常撥款較2020年的871億元按年上升超過10%。2021年，醫療衛生的經常開支佔政府經常開支的19%。

醫療服務

基層醫療健康服務

A.8

基層醫療健康服務是醫療過程的第一步，涵蓋多項服務，包括促進健康和預防疾病、普通科門診及專職醫療服務，以及向無需即時到醫院求診的特定年齡組別人士提供特別服務。

A.9

普通科門診及專職醫療服務主要由私營機構及非政府機構提供。在2020/21年度，私家西醫診所的求診人次超過1 800萬。非政府機構營辦社區診所，不少更舉辦健康推廣及教育活動。有些非政府機構也提供長者健康評估服務及婦女健康檢查服務。

A.10

公營界別主要通過衛生署及醫管局提供基層醫療健康服務。衛生署透過各個工作範疇，採取貫穿人生不同歷程的措施提供基層醫療健康服務，重點是預防護理。醫管局營運73間普通科門診診所，包括三間社區健康中心，服務使用者主要為長者、低收入家庭和長期病患者。2021年，約有170萬名病人使用這些服務，就診人次達630萬。

地區康健中心

A.11

為加強地區為本基層醫療健康，醫務衛生局目標在全港18區設立地區康健中心，各地區康健中心由政府出資，並由非政府機構營運，推動醫社合作和公私營協作及以地區為本的服務。康健中心專注於第一、第二及第三層預防服務，包括提供

健康推廣、健康評估、慢性疾病篩查和管理，及社區復康服務。

A.12

隨着位於葵青、深水埗、屯門、黃大仙、南區及元朗區的健康中心投入服務，荃灣區的健康中心亦會於2022年內投入服務。其他11區已由2021年9月起先後設立規模較小及屬過渡性質的地區康健站。

預防護理

A.13

衛生署通過以下服務，為市民（特別是嬰兒、兒童、婦女及長者）提供促進健康及預防疾病服務。

家庭健康

A.14

衛生署設有31所母嬰健康院及三所婦女健康中心，為初生嬰兒至五歲幼童和64歲或以下的婦女，提供免疫接種、親職教育、健康及發展監察和母乳餵哺支援。母嬰健康院和婦女健康中心亦為婦女提供產前產後服務、家庭計劃服務、子宮頸篩查服務和健康教育。2021年，約有16 000名孕婦及35 000名初生嬰兒到母嬰健康院接受服務。

學生健康

A.15

衛生署設有13所學生健康服務中心和四所健康評估中心，為中小學生提供健康檢查和個別輔導服

務。八所學童牙科診所提供預防牙患服務，包括周年檢查和基本護理。在特殊學校就讀的殘疾學童，可使用有關服務直至年滿18歲為止。2020至21年度，約有 336 700名小學生(佔全港小學生的94%)使用這些服務。在特殊學校就讀的殘疾學童，可使用有關服務直至年滿18歲為止。

長者健康

A.16

現有18所長者健康中心為年滿65歲的長者提供基層醫療服務，包括健康評估、治療、教育及輔導服務，而18支長者健康外展分隊則進行長者健康推廣活動，並為照顧者提供培訓。2021年，長者健康中心的登記人數約為38 000名，提供了約133 000次健康評估和診治服務，而長者健康服務的推廣活動則約有28萬人次參加。

A.17

長者醫療券計劃為長者提供資助，讓他們在社區選擇最切合本身需要的私營基層護理服務。每名合資格長者每年可獲2,000元醫療券，累積上限為8,000元。政府不斷檢視計劃的範圍和使用情況，以提升計劃成效，並加強長者基層醫療，特別是加強長者的預防護理。

疫苗接種

A.18

香港兒童免疫接種計劃為兒童提供保護，以免他們染上結核病、乙型肝炎、脊髓灰質炎(小兒麻痺症)、破傷風、百日咳、麻疹、白喉、流行性腮腺炎、德國麻疹、水痘、肺炎球菌病和子宮頸癌(為合適年級的女學生接種)等疫苗可預防疾病。母嬰

健康院會為懷孕26至34周的孕婦提供百日咳疫苗接種，作為恆常產前護理的一部分。

A.19

每年十月開始，政府防疫注射計劃及疫苗資助計劃讓兒童和年滿50歲人士等合資格羣組，在幼稚園及幼兒中心、中小學、公立醫院及診所、安老院舍、殘疾人士院舍、留宿幼兒中心及指定的智障人士服務機構，免費或獲資助接種季節性流感疫苗。由2022年11月起，各個季節性流感疫苗接種計劃的合資格羣組，已擴展至包括18歲以下人士(或中學生)。

癌症篩查計劃

A.20

政府為市民提供子宮頸癌、大腸癌及乳癌篩查服務。子宮頸普查計劃鼓勵25至64歲曾有性經驗的婦女定期接受篩查；大腸癌篩查計劃則資助50至75歲沒有大腸癌病徵的居民接受篩查。乳癌篩查先導計劃由2021年9月起展開，為合資格婦女提供篩查服務，目的是在病徵出現前發現乳癌，以便盡早治療。

社區外展醫護服務

A.21

社區外展醫護服務旨在減低市民對住院服務的依賴，並協助病人在社區內康復。2021年，醫管局進行了201萬次家訪和外展護理服務，對象包括長者和精神病患者。社康護理服務的對象，約八成半是長者。社區老人評估小組定期前往安老院舍，為未能親身到專科門診診所的體弱院友提供醫療及護理服務，並訓練院舍照顧者掌握照顧院

友的技巧。社區健康電話支援服務“護訊鈴”為已出院的公立醫院高風險年長病人提供支援，就疾病管理和護理支援提供意見，並安排轉介有需要的病人接受適當服務。

口腔健康

A.22

政府的牙科護理政策旨在通過宣傳和教育，讓市民更注重口腔健康和養成良好習慣，從而改善口腔健康和預防牙患。政府舉辦多項教育活動，包括為學前兒童推出的「陽光笑容新一代」計劃、為小學生而設的「陽光笑容流動教室」，同時每年舉辦全港愛牙運動，推廣良好的口腔護理習慣。全港有11家政府牙科診所，提供止痛和脫牙的緊急牙科服務，另有六家公立醫院提供牙科專科護理服務。政府亦監察公眾食水的氟化物含量，幫助市民減少蛀牙。

A.23

政府推行長者牙科外展服務計劃，資助非政府機構成立外展隊，為居於安老院舍、使用日間護理中心及同類設施的長者實地提供免費口腔檢查，以及為照顧者提供口腔護理培訓。如有需要，可即場或在牙科診所提供免費治療。「護齒同行」計劃則透過非政府機構牙科診所，為年滿18歲的智障成年人提供免費口腔檢查、牙科治療及口腔健康教育。特殊口腔護理服務在香港兒童醫院為六歲以下的智障學前兒童提供牙科服務，並在特殊幼兒中心為合資格兒童實地提供牙科檢查及口腔健康教育服務。

精神健康

A.24

政府採用綜合模式，涵蓋預防、及早識別、適時介入和康復服務，以推廣精神健康，並通過與政府機構和其他相關組織合作，包括醫務衛生局、勞工及福利局、教育局、醫管局、社會福利署和衛生署，提供跨界別和跨專業的支援和護理服務。

A.25

精神病患者的醫療服務主要由醫管局提供。醫管局提供的精神科服務包括住院設施、日間醫院、專科門診診所和社區外展服務。2020至21年度，醫管局通過上述各項服務為約275 800名人士提供治療及支援。2021至22年度，醫管局已預留約1.56億元額外撥款，以應付對精神科服務日益增加的需求。

A.26

精神健康諮詢委員會就精神健康政策向政府提供意見，並跟進《精神健康檢討報告》所載建議。委員會於2021年3月展開先導計劃，以醫社合作模式為有精神健康需要的兒童及青少年提供適時評估、介入及支援服務。

A.27

委員會於2021年9月展開第二階段的“陪我講”精神健康推廣及公眾教育計劃。《精神健康職場約章》旨在推廣精神健康友善的工作環境，有超過855家機構簽署了該約章，逾51萬名僱員受惠。為應對2019冠狀病毒病疫情對市民的精神健康帶來的影響，政府預留了三億元，供委員會推行精神健康項目資助計劃。

第二層、第三層及特別醫療

A.28

這些服務主要由醫管局轄下醫院及專科門診診所提供。截至2021年年底，全港有30 105張公立醫院病床，包括23 774張普通科病床、1 981張療養科病床、3 675張精神科病床和675張智障科病床。私家醫院有5 050張病床，包括4 682張住院病床和368張日間病床；護養院有6 465張病床；懲教署轄下院所則有874張住院病床。按每1 000人計算的病床數目為5.6張¹。2020/21年度，公立醫院提供住院服務的開支為528億元，2021年有181萬名住院病人及日間住院病人出院。

A.29

醫管局專科門診診所會按新症病人的醫療狀況緊急程度，安排診症日期，以確保病情緊急的病人優先獲得治理。病情穩定的病人會轉介醫管局的家庭醫學專科診所及普通科門診診所或私營醫療機構的基層醫護人員跟進。2021年，醫管局專科門診診所的就診人次為819萬。

A.30

2019/20年度，住院及專科門診服務（包括公私營界別）的開支約為969億元，其中公營界別佔73%。2020/21年度，醫管局的專科診所提供醫療服務的開支約為149億元。

專職醫療服務

A.31

醫管局的專職醫療人員包括聽力學家、臨床心理學家、營養師、職業治療師、視光師、視覺矯正師、物理治療師、足病診療師、義肢矯形師、言語治療師及醫務社工。他們為接受住院、門診、日間及社區護理服務的病人提供復康及延續護理，協助病人重新融入社會。2021年，醫管局專職醫療門診的服務人次為308萬。

急症服務

A.32

本港有18家公立醫院設有急症服務，為病情或傷勢嚴重的人士和災難事故傷者提供高水準的服務。

A.33

病人按臨床情況分為五個類別：危殆個案歸入第一類、危急個案歸入第二類、緊急個案歸入第三類、次緊急個案歸入第四類，以及非緊急個案歸入第五類。分流制度確保有較緊急需要的病人會迅速獲得治理。2021年，第一類病人全部獲即時診治；第二類病人中有超過95%在15分鐘內獲得治理。

A.34

2020/21年度，急症服務的開支約為43億元。2021年，有114萬人使用公立醫院的急症室服務，就診人次為187萬，即每天平均約5 100人次。

¹ 醫管局轄下醫院、私家醫院、護養院及懲教院所的所有病床均計算在內。

其他特別服務

A.35

衛生署設有專科設施，包括19家美沙酮診所、17家胸肺科診所、八家社會衛生科診所、四家皮膚科診所、一所綜合治療中心、四所提供醫學遺傳服務的中心及診所、七所兒童體能智力測驗中心和兩所旅遊健康中心。2021年，約有210萬人次使用這些設施。

醫療收費及收費減免

A.36

政府對公立醫院和診所服務的資助高達97.3%。根據醫療費用減免機制，有需要的社羣包括綜援受助人、低收入病人、年滿75歲的高額長者生活津貼受惠人（包括廣東計劃及福建計劃受惠人）、長期病患者和貧困的年長病人，可獲醫管局豁免收費。

私家醫院

A.37

私家醫院提供各類專科和醫院服務，與公營醫療界別互相補足。截至2021年年底，本港13間私家醫院（包括一間於2021年啓用的醫院），提供5 050張病床。2020年，私家醫院合共有276 723名病人入住，佔全港住院病人的15%。2019/20年度，私營住院服務的開支為265億元，佔整體公私營住院服務開支的36%。

公私營醫療協作計劃

A.38

政府透過醫管局推行各項臨床公私營醫療協作計劃，服務範疇包括白內障手術、血液透析、放射診斷造影、腸道檢查、青光眼治療、創傷手術及乳癌手術。醫管局普通科門診公私營協作計劃資助患有高血壓及／或糖尿病但病情穩定的普通科門診病人，選擇接受私營基層醫療護理服務。醫管局在2021年引入共同醫治模式，讓病情穩定的醫管局專科門診病人可接受私家醫療服務。

自願醫保計劃

A.39

自願醫保計劃旨在規範個人償款住院保險產品的質素，並增加市場透明度，令消費者更有信心購買醫療保險和選用私營醫療服務，從而減輕公營醫療系統的壓力。截至2021年年底，自願醫保保單數目已達98萬張。

中醫藥 旗艦基建

A.40

政府正興建香港首間中醫醫院，以推動服務發展、教學培訓、創新和科研。2021年6月，政府公布委託香港浸會大學（浸大）為中醫醫院營運的承辦機構。中醫醫院預計由2025年起分階段投入服務。

A.41

政府中藥檢測中心專責中藥檢測及科研，以期建立國際認可的標準。臨時中心已於2017年開始營

運，並在中醫藥規管辦公室網頁發布研究成果。永久中心的建造工程於2021年6月展開，預計在2025年落成。

服務

A.42

全港各區設有18間中醫診所暨教研中心，由醫管局、非政府機構和本地大學以協作模式運作，通過服務、培訓及研究推動中醫藥發展。政府每年提供約62萬個資助中醫門診配額，涵蓋內科門診、針灸和骨傷／推拿服務。2021年的總求診人次約為128萬。

A.43

醫管局在指定公立醫院推行中西醫協作計劃，以便在中風治療、肌肉及骨骼痛症治療和癌症紓緩治療提供中醫住院服務方面，汲取經驗。現時，參與醫院數目已增至八間，涵蓋醫管局全部七個醫院聯網。

A.44

私家中醫診所每年的求診人次約為900萬。

發展措施

A.45

為數五億元的中醫藥發展基金提供多項資助，惠及中醫藥業界不同層面，包括中醫藥培訓、優化中成藥生產質量管理規範、改善診所設備，以及支持科研和推廣等。二零二一年，前食物及衛生局就基金的整體實施情況展開檢討。

A.46

簡化香港註冊外用中成藥在粵港澳大灣區(大灣區)註冊及銷售的審批流程，以及大灣區指定公共醫療機構聘請香港中醫師的安排，已於2021年8月落實。

疾病預防及控制

A.47

衛生署轄下的衛生防護中心與本地及國際衛生機構合作，在香港預防及控制疾病。該中心按照三個原則履行職務：實時監測、迅速介入和適時通報風險。衛生防護中心的工作涵蓋監測傳染病、定期發表監測工作報告和實驗室數據報告。

防控傳染病

A.48

《預防及控制疾病條例》訂明香港有51種按法例規定須呈報的傳染病。衛生防護中心不斷檢討和更新防控大型傳染病(包括流感大流行、埃博拉(伊波拉)病毒病、麻疹、中東呼吸綜合症、寨卡病毒感染及登革熱)爆發的策略，確保政府及社區都做好應對準備。

A.49

衛生署轄下港口衛生科根據《國際衛生條例》和《預防及控制疾病條例》執行衛生檢疫措施，防止傳染病和其他嚴重疾病由外地傳入香港或由香港擴散外地。

防控非傳染病

A.50

非傳染病包括癌症、心血管疾病、慢性呼吸系統疾病及糖尿病，因罹患這些疾病而死亡的個案，約佔2020年所有登記死亡個案的55%。

A.51

政府正在落實《邁向2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃》，該行動計劃定下須在2025年或之前實現的九項目標及一系列措施，以減低非傳染病造成的負擔。

A.52

《香港癌症策略》旨在減輕癌症對本地人口帶來的負擔，改善癌症病人的生活質素和提高他們的存活率。政府推廣健康生活，包括不吸煙、避免飲酒、均衡飲食和恆常進行體能活動，作為基本防癌策略。

A.53

衛生署亦正在協調和推行另外兩項行動計劃，為消除抗菌素耐藥性和病毒性肝炎對健康所構成的威脅，訂定策略和工作優次。

促進健康

A.54

衛生署健康促進處制定和執行策略及措施，向身處不同環境的目標群組推廣健康飲食、恆常體能活動及精神健康。該處亦提供傳染病的最新資訊和預防建議，並製作多種語言的宣傳物品，教導少數族裔人士如何預防傳染病和建立健康生活模式。

A.55

衛生署與各區的健康城市計劃、非政府機構及其他社區伙伴緊密合作，並在他們的協助下舉辦促進健康活動、發放健康資訊、提醒市民注意健康風險，以及協助各方採取預防措施。

附錄 B - 選定地區的基層醫療健康系統

基層醫療健康發展的全球大趨勢

B.1

在1978年《阿拉木圖宣言》(Declaration of Alma-Ata) 之後的數十年，人們變得更健康、更富裕、更長壽。然而，全球化、人口老化及城市化等新挑戰使世界各地的醫療系統難以滿足日益增長及不斷變化的醫療健康需要。此外，許多國家的醫療服務仍然以疾病為中心、著重於治療、偏向零散且欠缺效率。跨界別、跨服務、讓社區參與醫療決策的機會往往被忽視。基層醫療健康的概念因一再被重新詮釋及定義，令人對基層醫療的定義和服務範圍感到混淆。有鑑於此，世界衛生組織(世衛)在2008年的世界衛生報告《基層醫療健康：過去重要，現在更重要》中提出改革醫療體制，以提升健康平等性，實現以人為本的醫療體制，促進和保障社區健康，讓衛生機構更加穩定可靠。世衛在2018年檢討了數十年來的經驗，並在《二十一世紀基層醫療健康願景：邁向全民健康覆蓋和可持續發展目標》中檢討了基層醫療健康服務的組成部分。

B.2

在1978年宣言發表40周年之際，各國政策制定者及衛生專家在阿斯塔納舉行會議，並於2018年制定《阿斯塔納基層醫療健康宣言》(Declaration of Astana)。各國重申全民健康的承諾及加強基

層醫療健康服務的重要性，並承諾讓多個界別參與基層醫療健康服務。各國將從政策、投資、知識、人力資源、技術及資金等方面強化基層醫療健康系統，亦會促進個人及社區管理健康的能力，並協調各持份者的付出及共同努力。

B.3

為有效推行基層醫療，世衛自1980年代以來推動建立地區健康系統。地區健康系統是醫療體系的一個獨立組成部分，包括地區內所有政府或非政府的相關醫療健康活動及服務。最有效的地區健康系統應由訓練有素的地區健康服務管理團隊負責統籌，提供全面的服務，涵蓋促進健康、預防疾病、治療和康復服務等範疇。其組成部分包括地區健康辦事處、地區醫院、健康中心、社區和家庭、私營醫療界別、非政府機構及志願衛生服務²。世衛在1995年檢討了地區健康系統的經驗，並確定成功的地區基層醫療策略的關鍵範疇，包括：組織、規劃及管理；融資及資源分配；資訊；社區醫療健康參與；跨界別行動；能力培訓；加強健康中心和地區醫院的能力；社區醫療系統；及質素保證。³

B.4

2019冠狀病毒病疫情加劇了慢性疾病負擔帶來的挑戰，以及人口老化、醫療服務可及性和醫療成本上升帶來的風險因素，突顯擁有強大基層醫

² Chatora, R., & Tumusiime, P. (2004). Health sector reform and district health systems.

³ 世界衛生組織 (1995). District health systems: global and regional review based on experience in various countries.

療健康系統的地區更有能力維持基本醫療服務，並將2019冠狀病毒病的併發症和死亡降至最低。在此背景下，世衛西太平洋區域辦事處於2022年4月制定了基層醫療健康區域框架。

B.5

框架建議的策略方向包括：

- (i) 建立適合當地情況的有效服務提供模式，透過使用綜合服務網絡和跨專業護理、引入和擴展服務組合、與社會福利服務連繫以及利用數碼技術；
- (ii) 建立一個配合社區需要的服務提供者和醫護人員平台，透過工作轉移、增加人手、鼓勵措施、調整招聘、培訓和教育、跨專業團隊和私營界別參與等優化措施；
- (iii) 融合基層醫療融資與健康需要，透過改革醫療採購和效益設定，提升基層醫療和市民健康，並優先考慮針對基層醫療健康和公共衛生的融資安排，解決公共財政管理中的樽頸問題；
- (iv) 建立支持基層醫療改革的環境，透過修訂法律、政策和監管框架，支援綜合和社區參與式服務，加強衛生管理和協調，提升社區參與，建立有助學習和改善的監察機制，投資於基層醫療健康基建，及促進數碼技術在醫療上的運用。⁴

B.6

經濟合作及發展組織（經合組織）國家方面，經合組織審視了2019冠狀病毒病疫情爆發前後的基層醫療健康服務後，在2020年出版的《發揮基層醫療健康服務潛力》指出關鍵的政策挑戰並建議作出多項改變。有關建議包括：在數碼科技支援下推行跨專業護理模式；提供更多經濟誘因鼓勵團隊合作，以及以預防為重點及連貫的護理服務；在數碼工具支援下，讓病人參與更多自主健康管理。2019冠狀病毒病疫情啟發了很多基層醫療的創新發展，例如容許社區藥劑師延長配藥服務、由社區醫療工作者提供2019冠狀病毒病資訊、發展遙距醫療服務、及以附加收費加強服務提供。

選定地區的基層醫療健康實踐

B.7

以下簡要介紹中國內地、英國、新加坡、澳洲及新西蘭五個選定地區的基層醫療健康政策方向、管治、策略採購、服務提供及醫療融資情況。**相關比較見表B.1。**

³ World Health Organization. (2022). Member State Consultation on the Regional Framework for Primary Health Care in the Western Pacific, Virtual, 26-27 April 2022: meeting report.

表B.1:
選定地區基層醫療健康服務的政策方向、管治、策略採購、服務提供和醫療融資

	中國內地	英國	新加坡	澳洲	新西蘭
醫療政策方向	<ul style="list-style-type: none"> 構建預防為主、防治結合、中西醫並重的公共醫療體系。 	<ul style="list-style-type: none"> 制定福祉與健康政策，幫助市民實現更自主、更健康及更長壽的生活。 	<ul style="list-style-type: none"> 鼓勵市民對自己的健康負責，同時構建醫療安全網，確保所有人都能享有可負擔的醫療健康服務。 	<ul style="list-style-type: none"> 以基層醫療健康服務作為第一個接觸點，協調地區層面的護理工作。 	<ul style="list-style-type: none"> 所有新西蘭市民的健康未來(Healthy futures for all New Zealanders)——讓人們生活得更長壽、更健康。
管治與策略採購	<ul style="list-style-type: none"> 國家衛生健康委員會負責擬訂人民健康政策和措施，監督和協調各項衛生策略的實施。 	<ul style="list-style-type: none"> 醫療及社會護理部 (Department of Health & Social Care) 負責監督相關政策。 護理質量委員會負責質量保證。 法定「綜合醫療護理委員會」(Integrated Care Boards) 負責策略採購。 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生部 (Ministry of Health) 負責監督及規管醫療健康系統。 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生委員會 (Health Council) 作為整體監督機構，構建醫療制度並規管專業醫療人員提供的服務。 「基層醫療網絡」(Primary Health Networks) 負責策略採購。 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生部 (Ministry of Health) 負責政策制定、管理、規管、表現評估及撥款。 新西蘭健康管理局 (Health New Zealand) 在地區進行策略採購。
地區健康系統內的服務協調、監察及臨床支援	<ul style="list-style-type: none"> 「家庭醫生簽約服務」：為每位居民提供跨專科的協調服務組合。 「分級診療」政策：基層醫療健康服務作為第一層的接觸點，對預防性和治療性護理、慢性和急性護理進行分流，並協調不同級別的醫療健康服務。 大型醫院在地區支援基層醫療健康及其他醫療單位，構成「醫療聯合體」。 	<ul style="list-style-type: none"> 國民保健署匯聚廣泛的醫療服務，以基層醫療健康服務的普通科醫生為第一個接觸點。 居民必須註冊一個普通科醫生以獲取國民保健署的服務。接受國民保健署專科和醫院服務須由普通科醫生轉介。 超過99%的普通科醫生在由臨床主任帶領的「基層醫療網絡」中提供資助服務。 	<ul style="list-style-type: none"> 由23間受資助的綜合診所及1800間私家普通科診所組成的網絡為居民提供在家附近的基層醫療服務。 「基層醫療護理網絡」及政府基層醫療中心為社區普通科醫生和患者提供臨床支援。 區域醫護聯網和「護聯中心」(Agency for Integrated Care) 負責支援及協調醫療及社會服務以提供綜合護理 為確保急症服務質素，急症服務的收費較高，但經普通科醫生轉介可獲得急症服務資助。 	<ul style="list-style-type: none"> 各「基層醫療網絡」建立由普通科醫生主導的臨床委員會和社區諮詢委員會，以促進基層醫療健康服務的伙伴關係建設、能力建設和表現監察。 護士和普通科醫生支援由政府資助的免費普通科醫生幫助熱線，在非辦公時間提供醫療健康支援。 政府評估醫療健康表現並發表公開報告。 	<ul style="list-style-type: none"> 新西蘭健康管理局資助「基層醫療機構」(Primary Health Organisations) 提供基層醫療健康服務並協調各項資助服務。 「基層醫療機構」連繫普通科醫生和其他醫療健康專業人員，為已註冊服務的市民提供服務。 政府評估「基層醫療機構」的表現並發表公開報告。
醫療融資	<ul style="list-style-type: none"> 2021年全國衛生總費用中，社會衛生支出 (包括社會醫療保險、企業融資/保計劃) 佔44.9%，政府衛生支出佔27.4%，個人衛生支出佔27.7%。 	<ul style="list-style-type: none"> 約80%的醫療開支由政府向國民保健署提供稅收資助，國民保險供款及私人支付所佔比例較小。 	<ul style="list-style-type: none"> 約一半的醫療開支由政府資助，資金來源包括稅收、強制醫療保險 (由僱主及僱員供款) 以及強制醫療儲蓄 (來自新酬收入)。而由政府注資成立的「保健基金」(MediFund) 提供安全網。 	<ul style="list-style-type: none"> 約70%的醫療開支透過政府稅收資助。 大多數納稅人繳納應課稅入息2%，沒有私人保險的高收入群體額外支付1%至1.5%的附加稅，用於涵蓋的低成本或免費醫療健康服務的全民醫療保險供款。 	<ul style="list-style-type: none"> 約80%的醫療總開支透過政府稅收資助，小部分來自自付費用及私人醫療保險。 超過四分之三的公帑撥予地區，19%撥予重要的全國醫療服務。

中國內地

B.8

近年來，中國的醫療衛生體系發展迅速，重點加強了基層醫療體系建設。2015年，國務院印發《全國醫療衛生服務體系規劃綱要（2015—2020年）》，全面提出全國醫療衛生服務體系規劃的願景和目標，旨在優化醫療衛生資源配置、提高服務可及性、能力和資源利用效率，以及在組織、資源配置、基礎設施建設、地方政府和服務提供者的角色和責任界定、質量保證、監察和評估等方面指導地區醫療衛生發展的實施。⁵ 2016年，國務院印發《「健康中國2030」規劃綱要》，啟動往後15年的醫療衛生體系發展策略。相關原則包括構建預防為主、防治結合、中西醫並重的公共衛生體系。⁶ 2018年，國務院成立國家衛生健康委員會，負責擬訂國民健康政策和措施，監督和協調各項「健康中國」策略的實施。⁷ 2019年制定全面行動計劃，涵蓋多個範疇的行動，包括公共衛生教育、健康飲食、體育鍛煉、控煙、心理健康、環境健康、婦女兒童健康、中小學生健康、職業健康保護、老年人健康、心血管疾病、癌症、慢性呼吸系統疾病、糖尿病、傳染病、地方病，以及「健康中國2030」的管理、監測評估、監督考核、技術支援、宣傳等支撐體系。⁸ 同年，全國人大常委會通過《中華人民共和國基本醫療衛生與健康促進法》，旨在發展醫療衛生與健康事業，保障公民享有基本醫療衛生服務，提高公民健康水平，推進「健康中國」建設。⁹

B.9

在預防為主的醫療健康策略上，「分級診療」政策強調社區基層醫療健康服務單位作為第一層的接觸點，對預防性和治療性護理、慢性和急性護理進行分流，並協調不同級別的醫療健康服務。¹⁰ 為加強基層醫療健康服務，2016年起推行「家庭醫生簽約服務」政策，鼓勵每位居民與家庭醫生服務團隊簽訂服務協議。團隊成員包括家庭醫生、社區護士和公共衛生醫師，提供一籃子基層醫療健康服務，讓每位居民都能享受綜合、連續、協同的醫療健康服務。¹¹ 為提升地區基層醫療體系能力，在政府領導下，根據各地特點組建「醫療聯合體」。資源較多的醫院，尤其是規模較大的公立醫院，率先與基層醫療健康單位和邊遠地區組建網絡，大型醫院透過適當的轉介和協作機制，為成員服務單位提供管理支援、臨床支援和培訓，旨在優化醫療資源，提升基層醫療服務能力，使穩定和慢性疾病患者在基層醫療或較基層級別的醫療服務就醫，並提供從預防、診斷、治療、康復到長期護理的協調和連貫的醫療保健服務。在醫院和基層醫療健康單位之間，識別和建立就診、轉介、健康管理和遠程醫療的職責分工、利益分配機制、轉介制度和數據互通制度。¹²

B.10

目前，基層醫療健康服務在中國內地的醫療體系中發揮著重要作用。2021年，基層醫療衛生機構佔醫療服務機構總數的94.8%，其診療人數佔總

⁵ 中華人民共和國國務院辦公廳（2015）《國務院辦公廳關於印發全國醫療衛生服務體系規劃綱要（2015—2020年）的通知》

⁶ 新華社（2016）《中共中央 國務院印發〈“健康中國2030”規劃綱要〉》

⁷ 新華社（2018）《中共中央印發〈深化黨和國家機構改革方案〉》

⁸ 中華人民共和國國家衛生健康委員會（2019）《健康中國行動（2019—2030年）》

⁹ 新華社（2019）《中華人民共和國基本醫療衛生與健康促進法》

¹⁰ 中華人民共和國中央人民政府（2016）《建立“基層首診、雙向轉診、急慢分治、上下聯動”的分

級診療模式》

¹¹ 中華人民共和國人力資源和社會保障部（2016）《關於印發推進家庭醫生簽約服務指導意見的通知》

¹² 中華人民共和國國務院辦公廳（2017）《國務院辦公廳關於推進醫療聯合體建設和發展的指導意見》；中華人民共和國基層衛生健康司（2019）《關於推進緊密型縣域醫療衛生共同體建設的通知》；國家衛生健康委員會（2020）《醫療聯合體管理辦法（試行）》

數的50.2%。¹³ 《全國醫療衛生服務體系規劃綱要（2015—2020年）》出台後，醫療衛生財政保障水平不斷提升。與2015年相比，2021年個人衛生支出佔全國衛生總費用的比重由29.97%下降至27.7%，社會衛生支出（包括社會醫療保險、企業融資/保險計劃和社會機構融資計劃）所佔比重由39.15%增加到44.9%，而政府衛生支出的比重由30.88%下降至27.4%。¹⁴ 以普通科醫生為重點的基層人才隊伍建設不斷加強，基層服務長期薄弱的狀況逐步改變，基本醫療衛生服務平等性和可及性明顯提升。¹⁵

英國

B.11

1948年生效的《國民保健服務法》（National Health Service Act）規定，政府有責任提供免費的醫療服務，以確保提升市民的身心健康。《國民保健服務法》將廣泛的醫療服務整合在國民保健署之下。國民保健署是一個龐大的機構，資金主要來自政府一般稅收，國民保險供款及私人支付所佔比例較小。¹⁶

B.12

國民保健署的服務對普通居民一般而言是免費的。居民接受國民保健署的服務，必須先註冊自己的普通科醫生（即家庭醫生）。普通科醫生是國民保健署服務的第一個連繫點，與護士、服務經理、醫護助理、接待員和行政人員組成的團

隊在普通科診所中合作。藥劑師、職業治療師、物理治療師、助產士、地區護士、健康探訪員和其他專職醫療人員和普通科醫生在同一社區工作。國民保健署的專科和醫院服務需要普通科醫生的轉介，但緊急治療、性健康、藥物濫用及酗酒服務除外。患者可以透過國民保健署「電子轉介服務」（e-Referral Service）網上預約國民保健署醫院服務，「電子轉介服務」涵蓋每間醫院和每間普通科診所。透過「電子轉介服務」收集的數據用於治療成本回扣和服務規劃，「數碼國民保健署」（NHS Digital）負責確保安全和善用醫療數據。¹⁷

B.13

在社區中，普通科醫生與社區服務、精神健康服務、社會護理、藥房、醫院和志願服務界別合作，形成「基層醫療網絡」（primary care network），臨床主任可以是普通科醫生、普通科護士、臨床藥劑師或其他在普通科診所中工作的臨床專業人士，能夠為市民在居所附近提供更多主動、個性化、協調和更綜合的醫療和社會護理。每個「基層醫療網絡」通常服務30 000到50 000人的社區，人口規模小至能夠提供個人護理，同時大至能夠產生影響和規模效益。¹⁸ 社區中的醫療服務並不會被強制加入「基層醫療網絡」。然而，因現時超過99%的普通科醫生已經加入了「基層醫療網絡」，不加入網絡的普通科醫生將失去大量額外資助，而其鄰近的「基層醫療網絡」服務提供者將獲得資助，以向未加入

¹³ 中華人民共和國規劃發展與信息化司（2021）《2020年我國衛生健康事業發展統計公報》

¹⁴ 國家衛生健康委員會（2022）《2021年我國衛生健康事業發展統計公報》；中國政府網（2016）《2015年我國衛生和計劃生育事業發展統計公報》

¹⁵ 中華人民共和國國務院辦公廳（2017）《國務院辦公廳關於推進醫療聯合體建設和發展的指導意見》

¹⁶ 2018年，78%的醫療開支由政府計劃資助，17%為自付費用，3%來自國民醫療保險，3%來自其他計劃。資料來源：OECD（2020）。Health at a Glance: Europe 2020.

¹⁷ Royal College of General Practitioners（2011）。It's Your Practice: A patient guide to GP services.

¹⁸ NHS, the UK（2021）。Primary care networks.

「基層醫療網絡」診所覆蓋範圍的患者提供服務。¹⁹

B.14

在管治及質素保證方面，醫療及社會護理部 (Department of Health and Social Care) 支援醫療及社會護理大臣及其他內政大臣監督醫療及社會護理政策以及國民保健署提供的服務，幫助市民實現更自主、更健康及更長壽的生活。醫護品質委員會 (Care Quality Commission) 透過監察及巡查，規管英國的醫療及社會護理服務，包括國民保健署服務。委員會對相關服務作品質評定 (分為四個等級，從「優秀」至「不合格」)，服務處所須展示評級。表現不佳者將被處以罰款及取消註冊。委員會在網站公布巡查報告及服務改進意見。

B.15

目前，在人口老化、服務需求和醫療開支增加的情況下，國民保健署出現巨額財赤。²⁰ 病人輪候時間更長，服務質素有所下降。2014年，政府公布一項改善基層醫療的計劃，為最需要幫助的人提供主動及個性化的護理服務。²¹ 2019年，國民保健署制定未來五年及十年改善醫療健康服務的「長遠規劃」 (Long Term Plan)。相關策略包括讓人們更好地掌握自身健康及醫療服務，鼓勵在「基層醫療網絡」中進行更多合作，增加資源投放在一些最主要的不良健康因素，增加國民保健署人手並加強培訓，讓病人可以更方便使用服務及了解健康資訊，讓工作人員可以更好地使用數碼工具及查閱病歷紀錄，改進對

患者及人口數據的分析，減少服務重疊，並善用國民保健署的綜合採購力去減低成本。²² 汲取2019冠狀病毒病疫情的經驗，《2022年衛生與護理法》 (Health and Care Act 2022) 於2022年4月頒布，透過在英國各地建立法定的「綜合醫療護理委員會」 (Integrated Care Board, ICB) 和「綜合醫療護理聯盟」 (Integrated Care Partnership, ICP) 等措施，支援「國民保健署長遠規劃」 (NHS Long Term Plan) 的有效執行，同時加強民主問責制，以改善醫療和護理系統的整合，及減少採購過程中的官僚作風。²³

B.16

「綜合醫療護理委員會」從英國國民保健署獲得財政資源，採購基層醫療健康服務 (由服務需要評估、規劃、採購至監察的過程)，向國民保健署開支和負責區域的表現問責，並具有在負責區域制定管治架構的靈活性 (例如設立委員會)。「綜合醫療護理聯盟」連繫「綜合醫療護理委員會」、國民保健署服務提供者與地區當局和其他地區合作夥伴，制定該地區的綜合醫療護理策略。²⁴

新加坡

B.17

政府一方面鼓勵人們對自己的健康負責，另一方面構建「S+3M」 (即資助、「終身健保 (MediShield)」、「保健儲蓄 (MediSave)」和「保健基金 (MediFund)」) 多層醫療安全網，確保所有人都能享有可負擔的醫療健康服務。在

¹⁹ The King's Fund (2020). Primary care networks explained.

²⁰ National Audit Office, the UK (2019). NHS financial sustainability.

²¹ Department of Health, the UK (2014). Transforming Primary Care: Safe, proactive, personalised care for those who need it most.

²² NHS, the UK (2019). NHS Long Term Plan.

²³ The National Archives (2022). Health and Care Act 2022.

²⁴ The National Archives (2022). Health and Care Act 2022.

低稅率下，公共醫療開支由稅收、強制性的醫療保險以及強制性的醫療儲蓄計劃共同承擔。強制性的醫療保險即「終身健保」，是由僱主及僱員共同供款的基本醫療保險計劃，用於支付大額醫院賬單及選定的昂貴門診治療。而強制性的醫療儲蓄計劃是指名為「保健儲蓄」的國民儲蓄計劃，由中央公積金局管理，將個人部分收入存入賬戶用於未來醫療費用。如果病人在獲得政府資助並提取「終身健保」和「保健儲蓄」後，支付醫療費用仍有困難，可申請政府的「保健基金」資助。²⁵

B.18

基層醫療健康服務是醫療健康系統的基礎，是患者在社區中的第一個接觸點。基層醫療健康服務提供者治療急性疾病（如上呼吸道感染），管理慢性疾病，提供預防護理服務（如健康篩查），與其他服務提供者協調為患者提供護理服務，並支援患者尋求合適的專業護理。基層醫療健康服務由包括23間綜合診所（polyclinic）及1800間私家普通科醫生診所提供。綜合診所提供獲資助的基層醫療、預防護理及健康教育服務。私家普通科醫生診所提供的基層醫療就診人次佔總數的80%，超過一半的患者可在住所1公里範圍內就診。為支援普通科醫生及患者進行慢性疾病管理，政府成立了5間「社區健康中心」、8間家庭醫療診所及10個「基層醫療護理網絡」。「社區健康中心」提供輔助醫療服務，例如糖尿病足部篩查、護士諮詢和物理治療服務，以支援普通科醫生和慢性疾病患者。「家庭醫療診所」是由護士和專職醫療人員團隊支援的醫

生組成的診所。「基層醫療護理網絡」是由護士和護理協調員組成團隊以支援普通科醫生的網絡。「基層醫療護理網絡」的普通科醫生在「慢性疾病註冊系統」（Chronic Disease Registry）註冊患者，以便追蹤和監察患者的進展和臨床成效。如有需要，患者會被轉介給護理輔導員和相關的輔助醫療服務，例如糖尿病足部篩查或糖尿病視網膜篩查。電子健康紀錄互通系統HealthHub e-Services作為政府基層醫療健康措施的「數碼大門」，促進護理服務提供者之間的協調，讓患者可以透過手機或電腦查閱家庭醫生的醫護計劃、自己的醫療紀錄及管理醫療支付及預約。鑑於人口老化，政府於2009年成立「護聯中心」（Agency for Integrated Care），協調長者護理服務，加強衛生和社會範疇的服務發展和能力建設。「護聯中心」主動接觸長者及其照顧者，加強合作夥伴提供優質護理服務的能力，並連繫合作夥伴以滿足長者需要。²⁶

B.19

作為推動綜合護理的區域醫療經理，公營醫療體系三大「醫護聯網」（healthcare cluster，即新加坡保健服務集團（SingHealth）、新加坡國立大學醫學組織及國立健保集團）與衛生部合作，營運公立醫院和綜合診所，與「基層醫療護理網絡」合作支援私人家庭醫生，連繫醫療服務提供者和社區護理合作夥伴，照顧各有約150萬居民的地區。舉例說，SingHealth是最大的公共醫療健康服務提供者，由急症醫院、國家專科中心、社區醫院和綜合診所組成，與區域醫療系統中的醫療及社會護理界別合作。為加

²⁵ 新加坡衛生部 (2019). MediShield Life; MediSave; Medifund.

²⁶ 新加坡衛生部 (2019). Primary Healthcare Services. 新加坡護聯中心. (2019). Primary Care Pages. 新加坡衛生部 (2019). HealthHub.

強社區護理，醫院的註冊護士會被調派至樂齡活動中心，與醫務社工合作提供醫療服務。醫務社工在公共醫院、國家專科中心、綜合診所、社區醫院、安老院及臨終關懷中心與醫療健康專業人員及社區合作夥伴合作，為患者及其家人提供心理、環境及經濟支援，並協助出院患者順利回歸社區。集團亦成立病人支持小組為患者及照顧者提供支援。新加坡保健服務集團按服務收費。公民和永久居民可獲政府部分資助，部分由保健儲蓄中的醫療儲蓄支付。大約一半的營運開支由政府資助。²⁷

B.20

政府和醫療服務機構鼓勵患者前往急診科之前先看普通科醫生。急診科服務收費約為121至160新加坡元，遠高於香港。非急症患者可前往24小時開診或每日延長服務時間的普通科醫生或診所，收費更低，亦更便捷。²⁸ 2014年，樟宜綜合醫院試行了一項GPFIRST計劃，鼓勵非緊急情況的患者前往普通科醫生處而非急診科求醫。如果患者先看普通科醫生然後被轉介至急診科，可以優先在急診科就診，而其急診科收費可以獲得50新加坡元資助，以抵消普通科醫生診療費用。鑑於直接前往急診科的就診人數減少，政府擴大GPFIRST計劃，讓更多地區的普通科醫生參與其中。²⁹

B.21

在2019冠狀病毒病疫情期間，普通科醫生成為照顧社區醫療需要的第一站。他們提供疫苗接種、門診諮詢、健康評估，並與綜合診所一起管

理居家隔離患者。疫情加強了普通科醫生與公共醫護服務的伙伴關係。在此基礎上，政府推出了「Healthier SG」策略，重點關注預防護理，以應對人口老化和慢性疾病病患率上升的挑戰。隨著2022年10月Healthier SG《白皮書》的通過，全國Healthier SG登記計劃將於2023年下半年啟動。該計劃將首先開放予60歲及以上的居民，然後其後兩年開放予40至59歲的居民。每位計劃參加者將選擇登記一位家庭醫生/普通科診所，家庭醫生將與參加者一起制定個人護理計劃，提供每年至少一次的定期檢查，以進行健康評估、全額資助的指定篩查和疫苗接種，部分資助的慢性疾病管理服務、健康進展跟進、疫苗接種和必要時提供生活方式調整建議。參加者可以透過Healthy 365電子應用程式記錄他們為健康生活方式而參加的社區活動和體育活動，以賺取健康積分。計劃下的家庭醫生每年按人頭收取服務費，計劃的整體表現將以服務表現指標進行監察。為支援計劃，政府將加強對醫科學生、醫生、護士、藥劑師和專職醫療人員的社區護理和家庭醫學培訓，為家庭醫生提供數據系統支援及必要資訊科技設備的一筆過津貼，並制定新法例以授權予數據管治和要求向國家電子健康記錄系統提供電子健康記錄。³⁰

澳洲

B.22

澳洲衛生委員會 (Health Council) 是構建醫療衛生制度並規管所有醫護專業人員服務提供的整體監督機構。澳洲正面臨人口老化及慢性

²⁷ SingHealth Group (2021). About us. Singapore Health Services (2020). SingHealth Duke-NUS Academic Medical Centre Annual Report 2019/2020.

²⁸ 24小時診所的診療費用約為80至110新元（約合451至620港元）。大約有28家診所24小時開診或延長服務時間（通常至午夜12:00）。在急診科，非危及生命的病例被分類為較低優先級別，

輪候時間亦較長。資料來源：Hospitals.SG.(2015). 24-hour Clinics. SingSaver PTE Ltd. (2021). A Complete Guide To 24-Hour Clinics In Singapore.

²⁹ 新加坡衛生部 (2020). The experience of the GPFIRST Programme.

³⁰ 新加坡衛生部 (2022). Healthier SG.

疾病患病率上升帶來的挑戰。2020年65歲及以上人口的比例為16.1%，預計未來十年將增長更快。³¹ 在2020/21年，估計有47%的人口患有10種選定慢性疾病中的一種或多種慢性疾病。³² 有鑑於此，澳洲採取全國協調的方法，透過「基層醫療網絡」(Primary Health Network)及地區普通科醫生帶領的團隊協調醫療服務。政府於2013年制定國家基層醫療策略框架，以加強基層醫療健康系統。傳統由政府資助服務由國民健保地方醫療中心(Medicare Locals)提供，混淆了基層醫療提供者、服務協調者和採購者的角色。政府經檢討相關服務，於2015年設立31個「基層醫療網絡」。³³ 「基層醫療網絡」的作用是採購及協調服務，而非提供服務。「基層醫療網絡」獲取政府資助以委託服務，是一種策略性及實證為本的服務規劃和採購方法。他們建立由普通科醫生主導的臨床委員會和社區諮詢委員會，讓臨床醫生和社區參與基層醫療服務的決策。他們建立合作夥伴關係，匯聚不同的醫療服務提供者以及各州和各地區的衛生當局，將醫療系統的不同要素連接起來，提供綜合醫療服務。他們亦與當地的普通科醫生及其他基層醫療服務提供者密切合作，以建立其能力、監察其表現並推動改革。為服務提供者及病人開發數碼健康及資訊互通系統，以支援服務整合。

「基層醫療網絡」的七個優先工作範疇包括精神健康、原住民和托雷斯海峽島民健康、人口健康、數碼健康、醫療人手、長者護理，以及酒精和其他藥物。³⁴

B.23

在大多數情況下，社區中的基層醫療健康服務是醫療服務的第一個接觸點，提供的服務包括健康促進、預防及篩查、早期介入、治療及管理。普通科醫生在基層醫療健康服務中發揮核心作用，與護士、專職醫療人員、助產士、藥劑師、牙醫及原住民衛生工作者合作。³⁵ 普通科醫生是第二層及第三層公共醫療的把關者，病人經普通科醫生轉介方可接受澳洲「全民醫療保險計劃 (Medicare)」所涵蓋的專科服務。³⁶ 如果患者需要在非辦公時間使用普通科醫生服務，可以致電政府資助的免費普通科醫生協助熱線，註冊護士將提供醫療健康資訊及建議，如有必要，普通科醫生將在一小時內回電，如有需要，主要城市及商業中心的私家醫生亦可在非辦公時間到社區提供上門服務。

B.24

澳洲的公共醫療開支龐大³⁷，由高稅率資助³⁸。在「全民醫療保險計劃」的覆蓋範圍內，居民可以低成本或免費獲得廣泛的服務，包括普通科醫生、專科醫生及其他專業醫療人員提供的醫療服務、住院治療服務及處方藥物。³⁹ 醫療保險的資金來自稅收及徵稅。大多數納稅人繳納其應課稅入息的2%作為醫療保險稅。政府向沒有購買私家醫院保險的高收入群體額外徵收1%至1.5%的醫療保險附加稅，用於涵蓋額外的私人醫療健康服務保障。⁴⁰

³¹ Australian Bureau of Statistics (2019). Twenty years of population change.

³² Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government (2022). Chronic conditions and multimorbidity.

³³ John Horvath AO (2014). Review of Medicare Locals: Report to the Minister for Health and Minister for Sport.

³⁴ Department of Health, Australian Government (2018). PHN Background; Fact Sheet: Primary Health Networks.

³⁵ Standing Council on Health, Commonwealth of Australia (2013). National Primary Health Care

Strategic Framework.

³⁶ healthdirect, Australia (2018). Australia's healthcare system.

³⁷ 2017-18年政府醫療開支佔稅收的比例為24.4%。資料來源：Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government (2019). Health expenditure Australia 2017-18.

³⁸ 最高的個人邊際稅率約為45%。

³⁹ healthdirect, Australia (2020). What is Medicare?

⁴⁰ Australian Taxation Office (2022). Medicare levy.

B.25

澳洲的「健康表現框架 (Health Performance Framework)」中有一份全面的指標清單，用於監察及評估不同州份或地區多年來的醫療健康表現。澳洲政府對數據進行分析，並在《澳洲的健康》上公開報告，為醫療決策提供參考。⁴¹

新西蘭

B.26

衛生部 (Ministry of Health) 是政府在醫療和殘疾體系上的主要策略顧問和管理者。它負責委任各個法定諮詢委員會、監管機構及官方機構，就醫療健康政策和撥款提供建議，並規管醫療健康機構及相關專業人員的質素。衛生部透過既定的行政系統和全國人口健康調查收集數據，以監察新西蘭人的健康狀況，管理資助和服務，為政策決策提供資訊等，並每年按健康成效指標公開報告醫療體系和服務提供者的表現。

B.27

隨著《健康未來法》(Pae Ora (Healthy Futures) Act) 在「健康和殘疾體系檢討」後於2022年7月1日生效，新西蘭成立了四個新部門——即「公共衛生處 (Public Health Agency)」、「新西蘭健康管理局 (Health New Zealand)」、「毛利健康管理局 (Māori Health Authority)」和「殘疾人士部 (Ministry of Disabled People)」，旨在改變健康和殘疾體系，以支援所有新西蘭人活得更長壽，並擁有最好生活質素。「公共衛生處」在衛生部內成立，領導公共衛生系統，並就公共衛

生事務向總幹事、衛生部長及相關部門提供建議。「新西蘭健康管理局」將先前20個「區域衛生局 (District Health Board)」的職能納入其區域和地區辦事處，並接管採購和運作服務角色，而衛生部的角色則側重於管理、策略和政策。

「新西蘭健康管理局」負責整個醫療體系的日常運作，包括基層醫療和社區護理，以至地方、地區、區域和國家各層級的醫院和專科服務。「毛利人健康管理局」的成立是為了支援衛生部制定政策和策略，並與「新西蘭健康管理局」合作為毛利人社區提供服務。⁴²「殘疾人士部」為殘疾人士而設立，為政府在殘疾事務上提供更廣闊的視野，推動殘疾支援體系的轉型，讓殘疾人士及其家人能夠為自己創造美好生活。⁴³

B.28

新西蘭約80%的醫療總開支透過政府一般稅收資助，小部分來自自付費用及私人醫療保險。超過四分之三的公帑撥給各區域，約19%用於國家衛生服務，約1%用於衛生部運作。⁴⁴衛生部透過「新西蘭健康管理局」在全國資助和採購殘疾支援服務和一些衛生服務。「新西蘭健康管理局」資助「基層醫療機構」(Primary Health Organisation)，透過普通科診所向已註冊「基層醫療機構」的市民提供資助基層醫療健康服務。大多數普通科診所都加入了「基層醫療機構」。「基層醫療機構」連繫社區中的普通科醫生、護士和其他醫護專業人員，以確保普通科醫療服務和其他醫療服務之間的無縫連貫護理，特別是為了更好地管理慢性疾病。⁴⁵

⁴¹ Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government (2021). Australia's health performance framework. Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government (2022). Australia's Health 2022.

⁴² Health New Zealand, New Zealand Government (2022). About Us. Ministry of Health, New

Zealand (2021). Strategic Intentions 2021 to 2025.

⁴³ Ministry of Disabled People, New Zealand Government (2022). About Us.

⁴⁴ Ministry of Health, New Zealand (2016). Funding.

B.29

為應對人口老化的挑戰，坎特伯雷 (Canterbury) 的基層醫療改革經驗值得參考。坎特伯雷區域衛生局是20個「區域衛生局」其中之一，其轄區是75歲及以上人口最多的地區，亦是人口第二多的地區(超過50萬人)。2007年，坎特伯雷區域衛生局意識到，如果不做任何改變，醫療健康系統將難以為繼。當時面臨的挑戰包括財赤不斷累積、入院人數不斷增加、輪候時間變長及人口急劇老化，因而需要有更多的醫院、醫生、護士及長者護理床位，這對坎特伯雷是難以負擔的。公眾在諮詢中一致認為醫療及社會護理服務必須「統一系統，統一預算」，患者應該是醫療及社會護理服務系統的中心。在HealthPathways網絡的支援下，基層醫療健康團隊(包括普通科醫生、護士、藥劑師及其他醫療健康專業人員)可獲取醫院專科醫生的技能及治療資訊，能夠提供通常在醫院才能提供的更專業服務。⁴⁶「電子互通醫療紀錄系統 (Electronic Shared Care Record View)」，是建立在各個普通科醫生、醫院及其他服務資料庫現有系統上的數據入門網站，提供可供所有普通科醫生查閱的全面醫療紀錄。「電子轉介管理系統 (Electronic Request Management System)」，是私營與公營醫療健康服務機構之間的轉介系統，使普通科醫生、社區護士、藥劑師、專科醫生及醫院能夠在社區護理中更好合作。透過基層醫療改革，坎特伯雷在無須擴大醫院規模的情況下成功應對人口老化下日益增長的醫療需求，減少急症及緊急入院人次，縮短住院時間，並轉虧為盈。⁴⁷

⁴⁶ Ministry of Health, New Zealand (2022). New Zealand health system. Ministry of Health, New Zealand (2022). About primary health organisations.

⁴⁷ 例如皮膚癌高危病例的皮膚病變切除、月經大出血的治療以及子宮環置入。

⁴⁸ 自2008年以來，經普通科醫生轉介的60歲及以上患者急症入院人數、長者護理入院人數及安

老院護理床位日數呈下降趨勢。當地急症入院人數及住院時間亦低於其他區域衛生局的數字。資料來源：Gullery, C., & Hamilton, G. (2015). Towards integrated person-centred healthcare—the Canterbury journey. Timmins, N., & Ham, C. (2013). The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury, New Zealand.

附錄 C - 香港基層醫療健康服務的發展

C.1

基層醫療健康是個人及家庭在持續醫療流程的第一個接觸點，為市民在居住及工作的社區提供便捷、全面、持續、協調及以家庭為中心的護理。完善及全面的基層醫療系統能在社區層面管理、維持及提升市民健康，組成醫療服務金字塔的基礎及平台，亦為醫院及醫療機構第二層和第三層專科醫療服務把關。在運作良好的醫療體系中，基層醫療健康往往是最關鍵的組成部分。

C.2

香港基層醫療健康服務的發展可以追溯到1990年的《人人健康，展望將來：基層健康服務工作小組報告》文件。工作小組檢討了政府在衛生及基層醫療健康服務的角色及目標，並意識到政府界別在所有門診醫療服務中只佔15%。隨着社會大眾對優質醫療服務的期望日益提升，以及促進基層醫療健康服務的需求不斷增加，「為所有市民提供公共援助」的做法已不再適合。政府不應以成為基層醫療健康服務的唯一或主要提供者為目標。政府的角色應在於透過各部門的協調合作，改善公共衛生及預防護理，確保基層醫療健康服務的質素及水平得以提升，並為無法負擔私人醫療服務的人提供基層醫療健康服務。報告書肯定基層醫療的重要性，並提出102項發展建議，為日後基層醫療政策發展提供指引。

C.3

隨後十年間，政府於1990年成立醫院管理局，並於1993年及1999⁴⁸年開展公眾諮詢，致力引起公眾對公共醫療服務的結構調整和醫療服務融資的關注。隨後，政府於2000年發表《你我齊參與 健康伴我行》諮詢文件，再次顯示基層醫療健康改革的重要性。當中的建議包括加強預防護理、發展中醫服務、將衛生署的普通科門診納入醫院管理局以整合公營醫療界別的基層及第二層醫療服務，以及發展電子健康記錄互通基礎設施。

C.4

2005年，健康與醫療發展諮詢委員會檢討醫療系統的服務提供模式，並發表《創設健康未來》討論文件。當中建議包括推廣家庭醫生概念、公共醫療的目標服務、向私營醫療界別採購基層醫療健康服務，以及促進醫護專業人員之間的合作以達致協調的護理。

C.5

2008年，政府根據這些建議，在《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件中提出全面建議，並發表《醫療改革第一階段公眾諮詢報告》。這些建議包括設立家庭醫生名冊、建立基層醫療健康的基本服務模式、促進公私營協作、資助目標群組獲得預防護理，以及向私營醫療界別採購基層醫療健康服務。

⁴⁸ 1993年，政府就《促進健康諮詢文件》邀請公眾對強制式綜合投保提出意見。1999年，相關辯論仍然持續，而《哈佛報告》亦就長期醫療服務的醫療保障計劃及儲蓄賬戶提出建議，《香港醫護改革：為何要改？為誰而改？》諮詢文件亦於同年發表。

良好的基層醫療健康原則獲得公眾及醫療服務持份者的正面反應。若干受訪者表示支持成立一個基層醫療健康管理局，以規劃、協調及管治基層醫療健康服務。2008年，政府重新召集基層醫療工作小組及其轄下的三個專責小組，就基層醫療健康發展的策略方向提供建議。

C.6

2010年，政府根據基層醫療工作小組及其轄下專責小組提出的策略及建議，發表《家庭醫生 照顧身心 醫療夥伴 健康同行 — 香港的基層醫療發展策略文件》。這些建議包括設立基層醫療統籌處、制定參考概覽及基層醫療指南，以及試行社區健康中心及網絡，透過社區內的跨界別合作，全面及協調的基層醫療健康服務，建立服務模式。

C.7

隨著2017年施政報告宣布成立基層醫療健康發展督導委員會，該委員會於2017年11月成立，為香港基層醫療健康服務可持續發展制定藍圖。

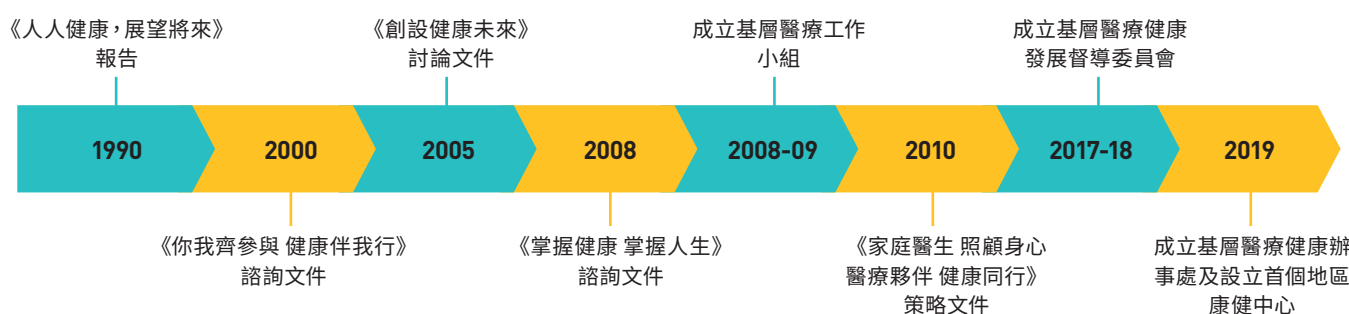
C.8

政府在2017年及2018年施政報告中宣布，致力加強以地區為本的基層醫療健康服務，透過在18區逐步設立地區康健中心，以有效地改變目前醫療服務以治療為重點的情況，從而減輕公立醫院的壓力。在此背景下，基層醫療健康辦事處於2019年3月1日成立，並隸屬於醫務衛生局，在決策局層面監察及督導基層醫療健康服務的發展。基層醫療健康辦事處的工作重點是將地區康健中心發展為新的服務模式，並帶領基層醫療健康服務的整體檢討及未來發展工作。基層醫療健康辦事處成立後，基層醫療統籌處於2019年10月正式併入基層醫療健康辦事處，以更有效地利用醫療資源，簡化兩個辦事處的角色及職責。

C.9

圖C.1簡述了香港的基層醫療健康發展。圖C.2則闡述自1990年的工作小組報告以來，有關基層醫療健康發展的政策及諮詢文件中的建議。

圖C.1：
香港基層醫療健康的發展



圖C.2: 基層醫療政策及諮詢文件中的建議

建議	
政策範疇	2017年及2018施政報告
管治及質素保證	<p>《家庭醫生照顧身心醫療夥伴健康同行—香港の基層醫療發展策略文件》(2010年)</p> <ul style="list-style-type: none"> 設立基層醫療健康發展督導委員會 制定認可醫療專業註冊計劃 設立私營醫療機構規管辦公室；就先進療法製法進行立法。 完成及評估認可醫療專業註冊先導計劃。
發展以預防疾病及促進健康為重點的基層醫療服務	<p>《掌握健康 掌握人生—醫療改革諮詢文件》及《醫療改革第一階段公眾諮詢報告》(2008年)</p> <ul style="list-style-type: none"> 設立基層醫療工作小組。 設立基層醫療健康服務機構，協調所有基層醫療健康服務。 制定家庭醫生名冊。
	<p>《創設健康未來》討論文件 (2005年)</p> <ul style="list-style-type: none"> 公共醫療服務的目標應為：(1) 急症及緊急醫療服務；(2) 低收入及弱勢社群；(3) 需要高成本、先進技術及跨專業團隊合作的疾病；以及(4) 醫護專業人員的培训。
	<p>《你我齊參與 健康伴我行》諮詢文件 (2000年)</p> <ul style="list-style-type: none"> 衛生署作為協調者或監管者的角色，確保醫療界別的質素。 於衛生署設立投訴辦事處，協助病人提出投訴。
	<p>《人人健康，展望將來：基層健康服務工作小組報告》(1990年)</p> <ul style="list-style-type: none"> 設立一個具有一定程度財政自主的管理基層醫療健康管理局，由衛生署作為其執行機構，以監督基層醫療健康服務的提供。
	<p>《掌握健康 掌握人生—醫療改革諮詢文件》及《醫療改革第一階段公眾諮詢報告》(2008年)</p> <ul style="list-style-type: none"> 加強公共衛生教育、健康教育推廣、預防疾病，以及基層醫療健康服務的發展及標準制定。
	<p>《創設健康未來》討論文件 (2005年)</p> <ul style="list-style-type: none"> 加強以預防模式應對主要疾病的負擔，尤其是慢性疾病。 將重點放在以人為本的醫療服務及改善病人的自理能力。 為長者提供牙科先導服務的額外資源。
	<p>《你我齊參與 健康伴我行》諮詢文件 (2000年)</p> <ul style="list-style-type: none"> 加強預防護理：與所有相關部門合作，包括醫療、教育、環境及其他部門。 衛生署負責檢討健康教育及推廣工作成效。 應重整普通科門診，服務財政困難及長期病患者。 衛生署向社區及學生推廣口腔健康。 衛生署支援中醫在香港的發展。 於公營醫院試行中醫服務。
	<p>《人人健康，展望將來：基層健康服務工作小組報告》(1990年)</p> <ul style="list-style-type: none"> 加強健康教育及推廣的規劃、政策、領導、培訓及服務。 改善預防護理，包括疫苗接種、母嬰健康、家庭健康、學生健康及其他疾病預防及控制服務。 公私營界別的基層醫療健康服務應以健康推廣及預防為重點，並配以更好的規劃及協調工作。 篩查及健康教育計劃應針對疾病或高危群組，並進行評估。

<p>服務的協調及合作</p>	<ul style="list-style-type: none"> 加強普通科及專科門診之間的系統。 為長者提供更多綜合社區醫療服務。 	<ul style="list-style-type: none"> 將衛生署的普通科門診轉移至醫院管理局，以整合公營醫療界別的基層及第二層醫療服務。 制定跨專業、跨界別、社區為本、醫社合作的綜合醫療模式。 	<ul style="list-style-type: none"> 推廣家庭醫生的概念，並促進連貫的醫療服務。 鼓勵私人醫生的團隊執業，並提升病人的自理能力。 公營醫療界別與私家醫院協調日間醫療服務的規劃及發展。 公立醫院制定病情穩定病人的轉介機制及與家庭醫生的共同醫療計劃。 	<ul style="list-style-type: none"> 發展基層醫療健康的的基本服務模式。 	<ul style="list-style-type: none"> 發展由跨專業團隊提供的全面醫療服務。 改善個人的持續醫療服務。 改善不同界別醫護專業人士的醫療服務協調及合作。 	<ul style="list-style-type: none"> 將智友醫社同行計劃常規化，推廣至所有地區的長者社區中心。
<p>地區健康系統的發展</p>	<ul style="list-style-type: none"> 基層醫療健康服務應由地區醫療系統組織及管理。牛頭角診所及仁愛分科診所應發展為地區健康中心，試行改善服務。 	<ul style="list-style-type: none"> 發展以社區為本、病人為中心、知識為基礎的綜合醫療健康服務。 	<ul style="list-style-type: none"> 在區域/地區基礎上設立平台，促進醫療及其他專業人士的合作。 	<ul style="list-style-type: none"> 於社區健康中心及網絡推行先導計劃。 	<ul style="list-style-type: none"> 在18區逐步設立地區健康中心，並輔以附屬中心。 	
<p>基層醫療健康服務的融資</p>	<ul style="list-style-type: none"> 應採取收費政策，以識別資助服務的目標群組，並確保沒有入因財政困難而無法獲得適當的服務。 向不同服務及目標群組⁴⁹提供不同資助水平，並以循序漸進的方式進行費用調整。 應進行研究，以制定有關未來醫療融資及服務發展的政策聲明。 	<ul style="list-style-type: none"> 公帑應向社區為本的服務及基於人口需要分配。 透過健康保障賬戶計劃，引入醫療儲蓄。 對收費結構進行詳細研究，了解如何將資助用於最有需要的範疇。 	<ul style="list-style-type: none"> 向私營醫療界別採購基層醫療健康服務。 進行更詳細的評估，為不同需要的病人制定的不同資助水平。 	<ul style="list-style-type: none"> 促進公私營協作；向撒瑪利亞基金及公私營協作計劃注資。 資助目標群組接受預防護理。 採購私營界別的基層醫療健康服務。 探討「個人醫療費用上限」的概念。 以公共醫療服務作為所有市民的安全網，同時在私營醫療服務提供更優質、更廣泛的選擇。 配合「錢跟病人走」的概念，同時確保價格的透明度及成本效益。 		

⁴⁹ (1) 預防護理服務，包括疫苗接種、學生健康服務、家庭計劃、學生健康及其他疾病控制服務應為免費；(2) 向無力負擔的人士（例如接受綜援的人士）提供的基層醫療健康服務（包括診查）應為免費；(3) 普通科門診及婦女健康診所應為長者及45至64歲高危群組篩查提供優惠收費；(4) 向0至15歲的幼童、18歲以下的全日制學生、65歲或以上的長者及接受殘疾津貼人士提供的基層醫療健康服務應為半價；(5) 社區康復服務、社康護理服務及家居職業治療服務應為高資助服務；(6) 非目標群組的收費不應超出成本。

<p>人力供應及基層醫療健康培訓</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 透過培訓及教育，加強社區護理服務的色；加強公共衛生護理培訓及教育。 • 提供更多培訓，改善職業健康。 • 加強醫生及護士在普通科門診及私人診所的培訓，並由診所助理分擔較低技術的工作。 • 加強家庭醫學的培訓及教育。 • 在兩所大學設立獨立的家庭醫學系。 • 衛生署設立基層醫療健康培訓中心。 	<ul style="list-style-type: none"> • 促進醫生、護士及專職醫療人員的家庭醫學服務，並透過醫院管理局及普通科門診提供相關培訓機會。 	<ul style="list-style-type: none"> • 鼓勵透過大學及培訓機構為社區護士提供更多職業培訓及資歷。 		<ul style="list-style-type: none"> • 支援專業發展及質素提升。 	<ul style="list-style-type: none"> • 增加政府資助的醫療服務培訓名額；改善及增加教學設施。
<p>數據互通及健康監測</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 加強健康數據的收集、分析及應用。 • 為普通科門診發展電腦醫療資訊系統。 • 將衛生署統計組擴展為衛生資訊部門。 • 衛生署與其他機構合作，進行醫療服務研究。 • 設立醫療服務研究基金。 • 改善衛生署與私家醫生之間的流行病學資訊交流。 	<ul style="list-style-type: none"> • 衛生署定期報告市民健康狀況，就社會經濟因素及不同環境問題進行健康影響評估。 • 發展電子健康資訊基建，以連繫社區服務提供者。 • 醫院管理局發展知識管理工具，例如實證為本的臨床實務。 • 於政策局中設立研究處。 	<ul style="list-style-type: none"> • 政府提供衛生資訊以改善預防護理。 	<ul style="list-style-type: none"> • 在公私營醫療界別發展電子健康記錄互通基建。 	<ul style="list-style-type: none"> • 發展以病人為本的全港性電子健康記錄互通系統（「醫健通」）。 • 加強基層醫療研究。 	<ul style="list-style-type: none"> • 設立督導委員會領導香港基因醫療的發展策略。 • 委託大學進行全港精神健康狀況調查。



中華人民共和國香港特別行政區政府
醫務衛生局