



食物及衛生局  
Food and Health Bureau

家庭醫生 照顧身心  
醫護夥伴 健康同行  
Our partner for better health

香港的基層醫療發展策略文件

二零一零年十二月



基層醫療  
PRIMARY CARE

# 目錄

文件摘要 .....	i
前言 .....	1
第 1 章 背景 .....	2
第 2 章 香港的基層醫療 .....	3
第 3 章 基層醫療服務發展：迄今的進展 .....	7
第 4 章 發展基層醫療：主要策略 .....	11
第 5 章 基層醫療工作小組及轄下專責小組的工作進展 .....	20
第 6 章 現正推行的試驗計劃和基層醫療方面的發展 .....	30
第 7 章 進一步發展的需要 .....	38
第 8 章 成立基層醫療統籌處 .....	44
第 9 章 總結 .....	46
附件 A 在第一階段公眾諮詢中社會對基層醫療服務及服務提供模式 改革措施的回應意見 .....	47
附件 B 健康與醫療發展諮詢委員會基層醫療工作小組 職權範圍 .....	49
參考文獻 .....	59

# 文件摘要

1. 基層醫療在醫療系統中擔當着關鍵的角色，其重要性備受世界衛生組織及其他國際醫療機構重視，並在國際間廣泛獲得肯定。證據顯示，在首個醫護接觸點提供方便、全面、持續、協調和以人為本的護理，並配合家庭及社區環境的良好基層醫療系統，能有效改善人口健康和使醫療資源得到更好的運用。
2. 香港擁有高水平的醫療服務，在提供服務方面亦具效率。但是正如很多其他國家一樣，本港的醫療系統正面對重大的挑戰，尤其是要應付人口的急劇老化，而長期病患者的數目亦會隨着人口老化而不斷增加。着重治療急性和偶發疾病和身體不適的基層醫療系統將不足以應付。我們需要更有效地回應轉變，在基層醫療層面發展更主動、持續、綜合和全面的服務，更好地協調不同醫護專業人員。我們亦需提供以人為本並配合家庭和社區環境的護理。
3. 作為整個醫療系統的首個接觸點，基層醫療涵蓋多方面的服務，包括促進健康、預防急性和慢性疾病、健康風險評估及疾病偵察、急性和慢性疾病的治療及護理、支援病人自我管理，以及為殘疾人士或末期病患者提供支援和紓緩治療。要提供上述全面的服務，我們需要採納以跨專業方式，由不同的醫護專業人員（包括西醫、牙醫、中醫、護士、專職醫療人員及社區內其他醫療服務提供者）組成合適的團隊共同合作。
4. 多年來政府透過衛生署和醫院管理局（醫管局）採取了多項措施以改善公營系統的基層醫療服務。於二零零五年，**健康與醫療發展諮詢委員會**對醫療系統的服務提供模式，包括基層醫療系統，進行了檢討並提出建議。根據這些建議，政府於二零零八年三月在所發表的醫療改革諮詢文件《**掌握健康 掌握人生**》中，提出一套全面的改革醫療系統的建議。其中一項服務改革建議是加強基層醫療，特別是提供持續、着重預防、全面和全人的醫療服務，當中所建議的措施包括—
  - (a) 制訂基層醫療服務的基本模式；
  - (b) 設立家庭醫生名冊；
  - (c) 改善公營基層醫療服務；以及
  - (d) 透過公私營協作，加強公共衛生職能。

5. 鑑於這些改革建議在二零零八年三月至六月的第一階段醫療改革公眾諮詢中得到社會的普遍支持，行政長官在《二零零八至零九年施政報告》中公布了一系列加強基層醫療的措施。政府在過去數年一直增加用於基層醫療服務的資源，並於二零零九／一零年度至二零一二／一三年度預留額外資源，支持基層醫療發展。政府會因應醫療改革的整體進度，包括輔助醫療融資安排，以及可用於醫療方面的資源，在有需要時繼續為基層醫療的長遠發展提供財政支援。

6. **基層醫療工作小組**（“工作小組”）於二零零八年十月重新成立，由食物及衛生局局長擔任主席，就發展本港基層醫療的策略提出意見。工作小組轄下成立了三個專責小組，分別就基層醫療概念模式和參考概覽、《基層醫療指南》及基層醫療服務提供模式提出建議，以加強基層醫療服務。工作小組及其轄下專責小組的成員包括公私營醫療界別的代表、學者、病人組織、醫療管理人員和其他持份者。

7. 根據工作小組的意見並參考國際的經驗，**加強本港基層醫療的主要策略，應旨在改進和實現優良基層醫療系統的特質，並提供訓練有素的基層醫療人員和建立基礎設施。**改善本港基層醫療服務的主要策略包括一

- (a) **發展由跨專業團隊提供的全面醫療服務：**適當組合不同專業的醫護人員以醫療團隊方式提供全面和全人的醫療服務十分重要，特別是要配合長期病患者及長者多方面的醫療需要。
- (b) **改善個人醫療服務的持續性：**維持一生中醫療服務的持續性能提高預防疾病和治理的成效、有助病人得到醫療服務、促進病人安全，以及令資源運用更具效率。
- (c) **改善不同界別的醫護專業人員之間服務的協調：**改善醫療服務的協調可增強醫療服務的持續性，減少重複的服務，有助病人根據個人需要獲取最佳的醫療服務。
- (d) **加強以預防性的方針，應付主要疾病所帶來的負擔：**慢性疾病正不斷增加醫療系統的負荷，亦是導致死亡的主要原因。我們需要採取更着重預防的方針以應付慢性疾病，並採取多項策略，包括推廣健康行為以減少患上慢

性疾病的風險、及早偵測疾病，以及提供最佳的疾病治理以防止病情惡化和出現併發症。

- (e) **加強跨界別協作，以改善提供優質的醫療服務，尤其是為長期病患者提供的醫療服務：**公私營醫療界別加強合作和協調，對於提供更多全面和持續的服務，特別是針對長期病患者的服務，極為重要。
- (f) **着重以人為本的醫療服務和提升病人能力：**提供以人為本的醫療服務和提升病人的能力，可改善疾病監察和預防併發症，從而加強病人對治療的遵從和提升護理質素。
- (g) **支援專業發展和質素改善：**要有效發揮基層醫療的所有功能，需要具備合適專業技能的基層醫療人員隊伍共同協作，並有需要重新訂定方向，着重以人為本的護理，以及與不同界別的醫療服務提供者合作。
- (h) **加強架構及基礎設施的支援以應付轉變：**我們需要建立長期的架構支援，以促進不同界別之間的持續合作，制訂和推行發展基層醫療的建議。資訊科技的使用，包括電子健康記錄互通，可以為改革進程提供必要的基礎設施支援。

8. 工作小組及其轄下三個專責小組於二零零九年就加強本港基層醫療服務提出了一套初步建議，其最新進展概述如下—

- (a) 在制訂基層醫療概念模式和參考概覽方面，我們正**對高血壓和糖尿病的基層醫療概念模式及參考概覽形式的臨床指引**作最後修訂，供醫護專業人員作通用參考。
- (b) 我們已開始建立《**基層醫療指南**》，為公眾提供一個便於查閱、包含了社區內不同專業的基層醫療人員的執業資料的電子資料庫，以期透過家庭醫生的概念和採取跨專業醫療團隊模式，推廣更佳的基層醫療服務。西醫和牙醫分支指南的第一版會於二零一零至一一年度推出。
- (c) 我們正設計**可行的服務模式**，並透過推行**適當的試驗計劃**，在社區提供強化的基層醫療服務，當中包括推行一系列改善慢性疾病治理的試驗計劃，並分別在公營醫療系統內和透過公私營協作試行不同的服務模式。我們現正研究不同類型的社區健康中心模式，並透過徵詢各相關持份者的意見，

探討多項與**社區健康中心及網絡**有關的試驗計劃，以期透過跨界別協作提供更全面和協調的基層醫療服務。

9. 政府正與牙科專業人員共同制訂**加強基層牙科護理服務**的措施，並已增撥資源，推行試驗計劃以改善針對有需要的長者的牙科護理及加強推廣口腔衛生。政府亦計劃加強對社區內的精神病患者的支援，並在基層醫療層面加強為一般精神病患者提供評估和治療服務，從而**改善精神健康服務**。

10. 提供全面、持續和更協調的醫療服務需要強健的基礎設施作為支援。就此，政府已牽頭發展**全港性電子健康記錄互通系統**。系統着重加強不同界別的醫療服務提供者之間的協作和資料互通。發展電子健康記錄互通系統，更有助取得流行病學資料，對規劃基層醫療發展十分重要。

11. 香港的整體基層醫療發展策略着重通過循序漸進和凝聚共識的方式改革基層醫療系統，並以「試驗、評估、調整」這個有效循環模式，持續發展和落實特定措施和試驗計劃。就此，政府已預留資源**加強基層醫療研究**，協助制訂以實證為本的政策及和策略、評估各項試驗計劃，以及探討基層醫療系統在改善人口健康方面的整體成效。有關研究及評估結果將有助指導進一步的發展策略和行動計劃，以推動改革的進程。

12. 我們會繼續研究新的服務提供模式，並重整病人的醫療流程，以期在提供以實證為本的優質醫護服務方面有所改善，並增強跨界別協作，令資源的運用更具效率。此外，有一些範疇值得我們進一步探討，例如發展護士和專職醫療人員為個案經理、設立社區健康中心和其他綜合護理模式、發展基層醫療人手，以及改善長遠的基礎設施以支援基層醫療的發展。

13. 基層醫療的長遠發展是一個持續的進程，需要多方的合作和妥善協調的策略。衛生署轄下的**基層醫療統籌處**（統籌處）於二零一零年九月成立，由食物及衛生局、衛生署和醫管局具備相關專業知識的人員組成，以支援和協調本港基層醫療的發展，特別是推行和協調不同醫療界別的行動。

14. 為向廣大市民推廣持續而不斷改進的基層醫療發展策略，政府會在二零一零／一一年度開展為期兩年、以醫護專業人員和公眾為對象的基層醫療推廣運動。根據所得的經驗和試驗計劃的評估結果，我們會每四至五年全面檢討整體的基層醫療發展策略。政府會繼續負責統籌和支援改革的進程，以發展一個更好的醫療系統，改善市民健康。

# 前言

基層醫療是個人和家庭在一個持續醫護過程當中的首個接觸點<sup>a</sup>。良好的基層醫療系統能使市民在就近其居住及工作的地方獲得全面、全人和協調的醫療服務。為每位市民提供預防性護理和優質的疾病治理，對促進人口的健康尤為重要<sup>1、2、3</sup>。

政府曾就一套全面的醫療改革建議進行第一階段公眾諮詢，當中包括加強基層醫療服務的建議<sup>b</sup>，聽取公眾意見後，政府便致力着手加強基層醫療作為推行改革的基礎。

## 本文件旨在 —

- (1) 闡釋為何良好的基層醫療服務會令全體市民受惠，特別是基層醫療如何幫助我們應付現代社會由於慢性疾病流行所帶來的重大挑戰，作出預防和提供持續治療；以及
- (2) 載述有助我們在香港提供高質素基層醫療服務的主要策略和行動途徑。

## 我們對未來基層醫療系統的願景

我們的願景是發展一個具備以下特點的基層醫療系統 —

- (1) 所有市民都可獲得基層醫療醫生的服務，並以他們作為長期的健康伙伴；
- (2) 加強提供全面、持續和協調的醫療服務；
- (3) 由跨專業團隊提供醫療服務，着重預防疾病及防止病情惡化；
- (4) 支持每個人致力改善和照顧本身的健康；以及
- (5) 所提供的醫療服務將是優質及以實證為本，由訓練有素的專業人員提供，並能在病人、家庭和社區的層面互相配合。

---

a 本文件會集中討論加強提供基層（醫療）服務。基層醫療服務主要指由醫生及其他醫護專業人員所提供首個醫療接觸點的醫療服務。

b 食物及衛生局於二零零八年三月公布醫療改革諮詢文件《掌握健康 掌握人生》，並就一套全面的醫療改革建議進行第一階段公眾諮詢，當中的建議包括加強基層醫療服務、推動公私營醫療協作、發展電子健康記錄互通系統、強化公共醫療安全網，以及引入醫療輔助融資。

# 第 1 章 背景

## 引言

1.1 三十多年前，世界衛生組織（世衛）在《阿拉木圖宣言》中提出了具遠見的眼光，認為基層醫療是達致‘全民健康’的關鍵<sup>4</sup>。這份宣言啟發了世界各國積極推動基層醫療，並正式確認了強健的基層醫療系統的關鍵性角色。不少國家正在致力發展或強化他們的基層醫療系統，並認同應以基層醫療作為有效的醫療系統的基礎。二零零八年的世界衛生報告《初級衛生保健：過去重要，現在更重要》，再度確認有需要加強基層醫療。而二零零九年世界衛生大會就基層醫療政策所作的決議，更進一步強調這點<sup>1、5</sup>。

1.2 良好的基層醫療應具備以下主要特質：**在病人的首個醫護接觸點以方便獲得的形式為病人提供全面、持續和協調的護理，並以病人為中心，配合其家庭及社區的環境**<sup>2、4、6、7</sup>。基層醫療是要照顧整體人口的健康，並涵蓋廣泛的服務範疇，包括提供以下各類服務<sup>4、8、9、10</sup> –

- 促進健康；
- 急性及慢性疾病的預防；
- 健康風險評估和疾病偵察；
- 急性及慢性疾病的治療和護理；
- 支援病人自我管理；以及
- 為殘疾人士或末期病患者提供復康、支援和紓緩治療。

## 第 2 章 香港的基層醫療

2.1 香港市民一直享有高水平及具效率的醫療服務，醫療開支總額約佔本地生產總值的 5.0%<sup>11</sup>。香港是全球其中一個預期壽命最長和嬰兒夭折率最低的地區。獲政府大幅度補貼的公營醫療機構為每個市民提供醫療及保障；而私營界別亦提供多元化的服務，包括基層醫療服務。

2.2 約有七成的門診服務是由私營界別的基層醫療專業人員提供，診費主要由有負擔能力的市民自付<sup>11、12</sup>。公營醫療系統透過醫院管理局（醫管局）的門診服務提供基層醫療服務，服務對象為低收入人士、弱勢社羣、長期病患者和較貧困的長者病人<sup>13、14</sup>。衛生署亦透過預防疾病的公共衛生服務、健康促進計劃和其他疾病防治，提供基層醫療服務。

### 現有系統所面對的改變和挑戰

2.3 本港的醫療服務雖然已取得一定成績，但是如很多國家一樣，正面對一些重大挑戰<sup>1、15、16、17、18</sup>。

2.4 隨着人口老化，本港人口的醫療需要出現了改變，而市民所需的服務亦有所不同。慢性疾病所帶來的醫療負擔日增，市民和病人的健康知識不斷提高以致對醫療服務有更高的期望，科技發展亦提供了新而昂貴的治療方法，這種種因素，都令我們現有醫療系統的開支備受壓力。

#### (a) 人口趨勢的改變

- 本港人口持續增長和老化，預計會由二零零九年的 700 萬人增至二零三九年的 889 萬人。65 歲或以上的長者人口比例將會倍增，由二零零九年的 12.7% (89 萬人) 增至二零三九年的 28.0% (249 萬人)<sup>19、20</sup>。
- 長者人口的醫療需求遠多於其他人士。舉例來說，65 歲或以上人士平均所需的住院醫療服務（以病床使用日數計算）比 65 歲以下人士，平均多出六倍<sup>21</sup>。
- 迅速增長的長者人口的醫療需求，將對醫療服務帶來挑戰，包括對長期和慢性疾病的治理、協助長者在社區維持健康和積極的生活，以及為他們提供高質素的臨終照顧服務<sup>22</sup>。

**(b) 疾病模式的改變**

- 慢性疾病是全球正面對的問題<sup>23、24</sup>。在本港所有死亡人數中，約有三分之二是死於慢性疾病，例如高血壓、心臟病、糖尿病以及慢性呼吸系統疾病<sup>12、25</sup>。這些疾病與不健康的生活模式有直接關係，包括身體過胖、缺乏運動、進食高脂肪食物和吸煙<sup>23、24</sup>。慢性疾病及其連帶的併發症是導致需要住院和長期護理的主要原因<sup>24、26</sup>。

**(c) 病人及消費者的期望提高**

- 病人和市民愈來愈容易取得健康資訊，包括透過使用資訊科技得到更多有關健康的知識，亦對疾病性質和如何治理有更深入的了解<sup>1、15</sup>，令市民對於獲得更先進的治療抱有更高期望，及要求能有更多種類的醫療服務以供選擇。

**(d) 醫療開支不斷上漲**

- 隨着人口老化，而慢性疾病及其引致的殘疾所帶來的負擔又日益加重，加上醫學科技日趨發達、醫療成本上升，皆導致醫療系統在擴展醫療服務種類方面備受壓力。本港和很多其他先進的經濟體系均明顯出現這個趨勢<sup>1、11、27</sup>。

## 加強基層醫療的需要

2.5 我們所面對的挑戰，尤其是長者和患上慢性疾病和身體機能出現問題人士的數目日增，促使我們有迫切需要在社區層面設立更多主動、綜合和全面的服務，以支援疾病的預防和治理，維持病人的身體機能和改善病人的生活質素。傳統的基層醫療系統以治療急性偶發疾病和身體不適為主，對疾病預防重視不足，已無法應付本港人口不斷轉變的需要。而過分倚賴醫院和專科服務治理一般慢性疾病，亦令轉介公營專科服務的人士需要輪候冗長的時間，引致公營醫院的醫療服務超出負荷。

2.6 為加強對慢性疾病的預防和治理，以及增加對長者的護理支援，我們需要一個更強健的基層醫療系統，並重新定位，提供更全面和以社區為本的醫療服務，着重由不同界別的醫護人員協作，提供具持續性的護理。

2.7 研究證據顯示，相對於一個建基於專科治理服務的醫療系統，一個著重基層醫療的醫療系統能達致更佳的健康成效，減低可避免的死亡率，改善護理的持續性和讓人們更容易獲得醫療服務，可提高病人的滿意程度，減少與健康相關的不平等現象，以及降低整體醫療成本<sup>28、29、30、31</sup>。研究顯示，對於一些可由基層醫療或專科提供的服務而言，透過基層醫療提供服務更具成本效益<sup>32</sup>。

- 對比國際間各個醫療系統，便會發現以較多基層醫療醫生作為協調者轉介病人接受專科和住院醫療的國家，有望取得更佳的健康成效和降低醫療成本，以及提高病人的滿意程度<sup>1、33、34、35</sup>。
- 很多正進行醫療改革的國家，都在加強以社區為本的基層醫療，着重疾病的預防和改進治理疾病的質素<sup>1、36、37、38</sup>。

## 跨專業的基層醫療服務提供者

2.8 作為醫療系統的首個接觸點，現時本港的基層醫療服務大多數由接受西醫訓練的醫生（包括普通科醫生和其他專科醫生）提供<sup>12</sup>。也有不少的基層醫療服務是由其他專業人士（包括中醫及牙醫）提供。另外，其他提供基層醫療服務的專業人員包括護士、脊醫、物理治療師、職業治療師、臨床心理學家、營養師、藥劑師、視光師、言語治療師、足病治療師及其他社區內的醫療服務提供者。證據顯示，由不同專業的醫療人員組成的團隊與社區和醫院緊密合作，最能提供具質素的護理服務<sup>31、35、39</sup>。這樣，他們可以運用適切的技能向病人提供更全面、持續和協調的護理，以配合個別病人的需要。

### 資料匣 1 病人和公眾對於基層醫療和所需要的改變有什麼看法？

改善基層醫療服務在香港並不是新的構思，然而有很多香港人對於家庭醫學的理念仍感到陌生，亦不大清楚良好的基層醫療有何特質<sup>40</sup>。近期由政府委託進行的一系列研究，為我們提供更多關於市民對基層醫療的期望和看法的資料<sup>41、42、43、44</sup>。這些研究的主要發現如下－

- 若有足夠解釋，公眾對於良好基層醫療服務的構思頗為接受，認同家庭醫學的理念，包括具持續性的護理、採納更全面和具預防性的方針，亦同意服務提供者之間互通健康記錄。
- 大約三份之二的受訪者表示，他們擁有“固定的基層醫療醫生”，在有需要時會先向其求診；而約三份之一的受訪者則表示他們擁有“固定的家庭醫生”，並會就所有健康問題向其求診。
- 擁有家庭醫生的人認為這是一個好的模式，但沒有家庭醫生的人則認為這是“奢侈品”，是能夠負擔費用的人才能擁有。
- 大多數長期病患者都寧可在公營醫療系統內覆診，即使有固定的私人家庭醫生的病人亦然。除了因為公營醫療費用固定和較低而覺得較安心外，他們亦考慮到護理的質素及持續性、醫生的受訓水平、更易於向專科醫生求診、以及可在普通科門診診所獲得支援服務等因素。
- 有家庭醫生的病人較少使用急症室服務，較多使用預防性護理服務，並能建立較佳的自理能力。
- 這些研究亦顯示，曾經接受家庭醫學培訓的醫生較多參與慢性疾病的護理，而曾經接受家庭醫學專職培訓與提供最佳的護理過程和成效亦有所關連。

## 第 3 章 基層醫療服務發展：迄今的進展

3.1 早於一九九零年，基層健康服務工作小組已發表題為《人人健康，展望將來》的報告書<sup>45</sup>，對香港的基層醫療系統進行了詳細審視，及就加強和改革基層醫療的策略提出建議。其後有關醫療改革的諮詢文件<sup>16、17、46</sup>，亦有提出強化基層醫療的需要。

3.2 自一九九零年起，政府已透過衛生署和醫管局採取措施改善公營基層醫療。以下列舉其中一些例子 –

- (a) 透過衛生署所提供的服務，加強社區內為特定人口組別而設的健康促進及預防疾病服務 –
- 婦女健康服務成立於一九九四年，為 64 歲或以下的婦女在其健康中心提供健康促進服務。
  - 學生健康服務於一九九五年成立，為就讀小學和中學的學童在健康中心提供疾病預防及健康促進服務。其外展隊伍亦提供以學校為本的健康教育活動。
  - 於一九九八年成立的長者健康服務，旨在於中心為長者提供以預防和跨專業模式的基層醫療服務。其外展隊伍亦在長者中心和安老院舍，為預防疾病及促進健康提供支援。
  - 在二零零零年至二零零七年間，母嬰健康院根據科學實證和最佳的應用守則，徹底檢討和改進為零至五歲的兒童及其家人所推行的促進兒童健康和預防疾病計劃。
- (b) 衛生署轄下的衛生防護中心於二零零四年成立，使傳染病和慢性疾病的防控得以加強。
- (c) 透過跨界別合作計劃，衛生署進一步加強了社區內的健康促進工作。政府支援的健康城市計劃亦已在本港多個地區推行，藉此增強社區在健康促進工作方面的共同參與。
- (d) 普通科門診診所自二零零三年起由衛生署移交醫管局管理，以改善公營醫療系統基層醫療服務與第二層醫療服務的融合，使家庭醫學專科醫生的專

職訓練得以加強和精簡。診所採取跨專業模式的護理，使慢性疾病的治理以及病人的自我照顧能力得以提升。

- (e) 醫管局擴展了社康護理服務，為病人特別是長者和長期病患者提供更全面的護理和支援。
- (f) 醫管局亦與多個非政府機構緊密合作，特別是透過社區老人評估小組和各個社區網絡的成立，使居住在社區的長者和長期病患者的護理得以提升。
- (g) 自二零零三年起，由醫管局、非政府機構和本地大學以三方伙伴協作模式設立的公營中醫門診診所，至今已相繼設立了十四間，從而促進以循證醫學為本的中醫藥發展，以及為本地中醫學位畢業生提供受訓機會。
- (h) 透過衛生署的學童牙科保健服務及口腔健康教育組，加強和改善了向公眾提供預防和促進口腔健康的醫療服務。

## 近年的進展

3.3 二零零五年，**健康與醫療發展諮詢委員會**對本港整個醫療系統的服務提供模式進行了檢討，當中涵蓋了基層醫療服務、第二層醫療服務、第三層和特別醫療服務、長者、長期護理和康復護理服務、公營和私營醫療系統的融合以及基礎支援。委員會於二零零五年七月發表了《創設健康未來》討論文件，當中就香港創設健全的基層醫療系統，陳述了願景和所需的改善方法<sup>17</sup>。該討論文件提出了多項建議，包括以下與基層醫療有關的建議－

- (a) 提倡着重持續、全面和全人護理的家庭醫生概念；
- (b) 透過公眾教育和家庭醫生，強調對疾病的預防；以及
- (c) 鼓勵和促進醫療專業人員與其他專業人員合作，提供協調的服務。

3.4 根據健康與醫療發展諮詢委員會的建議，政府於二零零八年三月在所發表的醫療改革諮詢文件《掌握健康 掌握人生》中，提出一套全面而相輔相成的改

革醫療系統建議<sup>47</sup>。文件強調加強基層醫療服務，特別是提供持續、着重預防、全面和全人照顧的醫療服務，當中所建議的措施包括－

- (a) 制訂基層醫療服務的基本模式；
- (b) 設立家庭醫生名冊；
- (c) 資助市民接受預防性護理；
- (d) 改善公營基層醫療服務；以及
- (e) 加強公共衛生職能。

3.5 政府從各界人士得到不少具建設性的意見，當中顯示社會普遍支持改革現有的醫療系統<sup>48</sup>。《掌握健康 掌握人生》諮詢文件所提述的良好基層醫療服務的理念，獲得公眾和持份者踴躍和正面的回應（詳情可參考附件 A）。

3.6 由於社會普遍對改革建議表示支持，行政長官為此在《二零零八至零九年施政報告》中公布一系列改善基層醫療的措施，當中包括加強基層醫療對長期病患者的支援。這些措施在《二零零九至一零年施政綱領》及《二零一零至一一年施政綱領》中獲進一步加強。政府為顯示對改善基層醫療的承擔，已在二零零九／一零年度至二零一二／一三年度預留資源，以支援這些改革措施。

3.7 政府在過去數年一直增加用於基層醫療服務的資源。自二零零八／零九年度，當局亦已預留超過 41 億元的額外撥款，以發展基層醫療及公私營醫療協作計劃。政府會因應醫療改革的整體進度，包括輔助醫療融資安排，以及可用於醫療方面的資源，在有需要時繼續為發展基層醫療這項長遠工作提供財政支援。

## 基層醫療工作小組及專責小組

3.8 基層醫療工作小組於二零零八年十月重新成立，並由食物及衛生局局長擔任主席，就發展本港基層醫療服務的策略提出意見。在工作小組之下成立的**三個專責小組**，為加強基層醫療服務的三個範疇提出建議策略：當中包括發展基層醫療模式及臨床指引、建立《基層醫療指南》，以及探討適當的服務提供模式以改善本港基層醫療（資料匣 2）。工作小組及其轄下專責小組的成員包括公私營醫

療界別代表、學者、病人組織、醫療管理人員，各專業和專科的醫護專業人員以及其他持份者（詳情列於附件 B）。

#### 資料匣 2 基層醫療工作小組轄下成立的三個專責小組及其主要職責

- **基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組：**  
界定應發展什麼範疇的服務，以及可採用什麼模式來加強基層醫療服務，以配合不同病人和不同年齡組別人士的需要；並就治理主要疾病及為不同人口組別提供預防性護理制訂指引。
- **基層醫療指南專責小組：**  
制訂《基層醫療指南》，以提供基層醫療專業人士的背景和執業資料，讓市民可選擇由**哪位服務提供者**提供適合自己的服務；協助跨專業的基層醫療團隊作出協調以提供更全面的服務；以及利用《基層醫療指南》作為平台，協助推動專業發展和提升醫療質素。
- **基層醫療服務模式專責小組：**  
研究**如何**把概念、基本模式和臨床指引付諸實行，引進跨專業人員的參與，並探討提供更佳基層醫療服務的原則，以及公、私營和非牟利界別的不同醫療專業人員在提供協調的醫療服務方面各自擔當的角色。

3.9 經過一年多的討論以及檢視了本地和國際的經驗和實證，基層醫療工作小組及其三個專責小組在二零零九年就加強本港的基層醫療提出了多項初步建議。這些建議將於第 5 章內詳細論述。

## 第 4 章 發展基層醫療：主要策略

4.1 根據工作小組的意見並參考國際的經驗，加強本港基層醫療的主要策略，應旨在改進以實現優良基層醫療系統的特質，並提供訓練有素的基層醫療人員和建立基礎設施（資料匣 3）。

### 資料匣 3 要改善本港基層醫療，我們需要 –

1. 發展由跨專業團隊提供的全面醫療服務
2. 改善個人醫療服務的持續性
3. 改善不同界別的醫護專業人員之間服務的協調
4. 加強以預防性的方針，應付主要疾病所帶來的負擔
5. 加強跨界別協作，以改善優質醫療服務的供應，尤其是為長期病患者提供的醫療服務
6. 着重以人為本的醫療服務和提升病人能力
7. 支援專業發展和質素改善
8. 加強架構及基礎設施的支援以應付轉變

### (A) 由跨專業團隊提供全面的醫療服務

4.2 提供全面和全人的醫療服務，是家庭醫學和優質基層醫療的其中一個核心原則。隨着長期病患者和長者的需要不斷急速增長，如果缺乏能與病人緊密合作的醫護專業團隊提供更全面和具持續性的醫療服務，醫療系統將難以迅速應付這些急速增長的服務需要<sup>49、50、51</sup>。研究顯示由跨專業組成的團隊以協作方式提供醫護服務，可改善醫療成效，並能為社區內的病人提供更多適切的支援<sup>22、39、52、53</sup>。

- **基層醫療服務提供者團隊** — 在香港，多個類別的醫療服務提供者均有提供首個接觸點的醫療服務。當遇到健康問題時，大部分市民都會選擇向西醫求診。而由中醫和牙醫直接提供的服務亦在基層醫療中佔一個重要比例<sup>12</sup>。其他醫護專業人員，如護士、脊醫、專職醫療人員、藥劑師，也在社區提供疾病治理和健康促進服務。
- 提供更協調和全面的醫療服務，特別是針對慢性疾病進行更積極主動的治理，有賴團隊的合作。舉例來說，糖尿病患者大多需要營養膳食方面的建議，而慢性呼吸系統疾病患者，則可能需要物理治療師和職業治療師協助

他們加強呼吸系統功能和適應日常的活動。

- 在社區提供跨專業的醫療服務，其適切性和效能，日漸受到重視。護理和專職醫療人員的意見，對幫助支援患有逐漸惡化或複雜疾病的長期病患者十分重要，有助他們能夠較健康和獨立地生活，減少院舍照顧的需要，以及改善生活質素<sup>54、55、56、57</sup>。
- 在本港，市民在私營醫療界別中接受得到醫生的診症，比取得護理服務和專職醫療服務來得容易。現時大部分護理及專職醫療人員都是在公營醫療系統或非政府機構提供服務，相比在私營界別，市民在公營醫療系統或非政府機構較容易得到跨專業的護理。要讓不論在何處尋求基層醫療服務的人士均能按其需要得到服務，實在是一項挑戰。

## (B) 個人醫療服務的持續性

4.3 優質醫療服務其中一個不可或缺的支柱，是能夠在人生各階段維持其持續性，有助改善醫療成效，特別是對於慢性疾病的治理，以及長者和母嬰護理。較具持續性的醫療服務，有助病人較易得到服務、減少再次入院的次數、減低專科和急症服務的使用、及能更有效發現接受治療後的不良影響<sup>1、58</sup>。

4.4 持續性的醫療可包括<sup>59</sup> —

- **關係方面的持續性**：病人與一名或多名醫療服務提供者維持持續的治療關係
- **資訊方面的持續性**：利用病歷和有關個人狀況的資料，為個別人士提供切合目前需要的醫療服務
- **治理方面的持續性**：針對某健康狀況採取前後一致和互相緊密連貫的方式治理，以配合病人不斷轉變的需要

#### 資料匣 4 從不同角度看醫療服務的持續性

- **從病人的角度來看**，醫療服務的持續性主要涉及與既定的醫護專業人員建立“**持續的醫療關係**”<sup>60</sup>。這有助醫療服務提供者取得病人的信任，使他們更能協調病人的醫療服務，以及更有效地提供全人護理和促進健康<sup>61</sup>。
- **從服務提供者的角度來看**，現代**醫療系統較着重治理的持續性**，透過服務提供者之間**護理計劃的銜接和配合以及資訊交流**，提供“**緊密持續的服務**”。這對改善健康成效亦十分重要<sup>58、62</sup>。

4.5 在香港，保持醫療服務的持續性是一項重大挑戰，原因是一—

- 專科服務和跨專業醫療服務的發展，令病人需要前往各醫療機構尋求不同提供者的服務，情況日趨普遍。
- “經常轉換醫生”的現象相當普遍<sup>18</sup>。雖然如此，據本港一項調查顯示，很多人都表示會就大部分的個人健康問題向一位固定的基層醫療醫生求診<sup>41</sup>。
- 雖然醫管局擴展了內部的電子健康記錄互通系統，並且與私營界別推行了病人健康記錄互通的試驗計劃，但跨界別的病歷和治理計劃資料的互通仍然需要進一步發展。

### (C) 不同界別的醫護專業人員之間服務的協調

4.6 改善醫療服務的協調是醫療改革的重要一步，藉以提升服務質素，和有效率地使用資源。協調得宜的醫療服務，能改善服務的持續性、減少不必要的資源重疊，有助病人因應本身的需要而得到最佳的醫療服務<sup>1、63、64、65</sup>。在香港，分隔式的醫療架構令醫療服務協調特別困難<sup>16</sup>。打破現時的障礙，以便建立協調和綜合的醫療服務，能幫助改善基層醫療服務的質素。

4.7 複雜而分化的醫療架構會令病人難以尋找更合適的醫療服務，尤其是對於長期病患者及長者而言，他們常常需要多次接觸不同的服務提供者。若能由熟悉病人的基層醫療醫生和跨專業團隊，為病人提供具持續性的醫療服務，並成為病

人最佳的**伙伴和醫療服務協調者**，有助病人根據本身的需要選擇和獲得不同的服務。

## (D) 以預防性方針減輕主要疾病所帶來的負擔，尤其是慢性疾病

4.8 人口老化和長期病患者日增所帶來的挑戰，對本港醫療系統造成重大需求<sup>47、66</sup>。慢性疾病和相關的殘疾構成主要的醫療負擔，而慢性病例如心臟病、糖尿病、慢性呼吸系統疾病和部分癌症，均與可改變的**行為風險因素**（包括不良飲食習慣、缺乏運動、吸煙和酗酒等）**有着密切關係**<sup>24、67、68</sup>。

- 本港的死亡總人數中約三分之二是由慢性疾病引致<sup>69</sup>。
- 全港 15 歲或以上的人口當中約有 27% 估計可能患有高血壓<sup>25</sup>，而全港約有十分之一的成年人患有糖尿病<sup>70</sup>。
- 為促進全體市民的健康，我們有需要減少市民罹患慢性疾病的風險，並防止長期病患者病情惡化和出現併發症。要達致這目標需要多項集社會力量共同推行的策略，包括**推廣健康行為以減少患病的風險、早偵測疾病及提供高質素的治理**，以達致減少出現併發症的比率和有關的患病率，和減低死亡率的最終目標<sup>10、71、72</sup>。研究證實我們是可利用有效方法以達致這些目標的<sup>35、73、74、75</sup>。

#### 資料匣 5 以全民和個人為本的疾病預防方針

- **要有效預防**慢性疾病，有賴採取公共衛生原則以減低全民風險，並將此融入以病人為本的基層醫療服務<sup>5、30</sup>。
- **以全民為對象和以個別高風險人士為本的方針在預防慢性疾病方面都是重要並且有著互為補足的作用**。我們應結合這兩個方針成為全面的策略以配合全民需求，並在個人、社區和國家層面發揮作用<sup>67、76</sup>。舉例來說，控煙的工作需要我們透過立例禁煙和進行公眾教育，並且同時向個人提供戒煙服務，以保障公眾健康。
- **以全民為本的方針旨在減低全民的風險**，主要從處理慢性疾病的病因着手，只要輕微改善數個風險因素的整體平均人口比率，已可大幅減低慢性疾病對社會所構成的負擔<sup>77、78、79、80、81</sup>。舉例來說，向全民推廣健康飲食及運動，可有效減低全民罹患心血管系統疾病的風險<sup>82</sup>。
- **以個人為本的方針是針對高危人士**（例如過胖人士、長者或本身有健康問題的人士）進行治理，能有效減低糖尿病、心臟病等疾病的發病率、延遲病發和減少併發症<sup>83、84</sup>。

### (E) 跨界別協作以改善優質醫療服務的供應，尤其是為長期病患者提供的醫療服務

4.9 能在有需要時即可獲得醫療服務，是達致健康的重要條件，有助實現醫療方面的平等<sup>1、85、86、87、88</sup>。要讓市民更容易獲得所需服務，所提供的醫療服務必須在地理環境上和供應上配合，使他們可以負擔得起，並切合本土文化<sup>89、90</sup>。

- 在香港，對大部分人來說，基層醫療服務**在地理上是容易接觸得到的**。
- 公營醫療系統以低收入人士和弱勢社羣為對象，以十分低廉的費用，提供多元化和獲大幅資助的基層醫療服務。然而，慢性疾病的治理和長者的健康服務過份倚賴公營醫療系統，導致**公營醫療服務輪候人數眾多，出現人滿之患**。
- 對於有負擔能力的病人來說，**私營醫療系統的服務是方便和可以直接得到的**。對不少市民來說，其服務費用都是能夠負擔得起的。但市民較願意付費予醫生治療偶發性疾病，而較不願意付費接受其他醫護專業人員所提供

- 的預防性和其他支援性的護理服務。
- 私營基層醫療服務提供者可更積極參與提供服務，特別是與公營界別一起向長期病患者提供護理服務。加強公私營醫療界別的合作和協調，對於提供更多全面和持續的服務極為重要，尤其是針對長期病患者的服務。除了財政上的問題外，公營醫療系統內部和公私營醫療系統之間的障礙（例如在互相溝通和病歷互通方面的限制）均有待解決，以改善公私營協作。
  - **獲得有關健康及醫療服務的資訊**：具備治理疾病方面的知識，以及對服務的提供有足夠的了解，對病人能否適時獲得恰當的治療有重要影響。私營市場未能充分提供醫療費用和醫療成效的資料，令病人難於估計其負擔能力，亦無法取得足夠資訊以便作出選擇，都會妨礙病人向私營醫療界別求診。

## (F) 以人為本的醫療服務和提升病人能力

4.10 以人為本的醫療服務和提升病人能力，是有效預防和控制疾病的關鍵<sup>4、8、91</sup>。以人為本的醫療服務，目標是要增強人們對健康的認識、加強個人的參與，以及提升病人促進健康和更妥善治理疾病的能力<sup>92、93、94</sup>。基層醫療專業人員在社區支援以人為本的醫療服務方面，擔當重要角色。

### 以人為本的醫療服務

4.11 以人為本的醫療服務包括<sup>1、92、95、96、97、98</sup>—

- 採取着重以病人為出發點的護理方針，並考慮到病人的社會、文化和心理背景；
- 推動病人、家人和醫療服務提供者之間建立伙伴關係和協作，以便作出與治療有關的決定和進行治理
- 融合治療與預防疾病和促進健康的工作
- 增強市民對健康的認識，使他們更能獲得健康資訊
- 支援提升病人的能力和改善自我管理

4.12 強化以人為本的醫療服務，可改善疾病監察和預防併發症，有助病者遵從治療，改善護理質素、病人滿意程度、自我勝任感及生活質素<sup>1、99、100</sup>。

### 提升病人能力

4.13 提升健康能力的過程是要使人們能更自主，掌管對其健康有影響的決定及行動<sup>101</sup>。

- 提升病人能力並不單指讓他們獲得知識，更應協助病人了解他們的疾病和健康方面的需要、建立信心、發展自理的能力、加強與社會和醫療系統聯繫並取得支援，以及建立家庭的能力以維持健康生活和作出有利健康的決定<sup>102、103</sup>。
- 提升病人能力，特別是慢性疾病和長期病患者，讓他們在疾病治理方面積極參與，有助提高醫療及健康成果<sup>104、105、106、107</sup>。

### (G) 專業發展和質素改善

4.14 擁有強大和訓練有素的醫療人員隊伍對於發展醫療服務的可持續性至為重要。要有效發揮基層醫療的所有功能，有賴訓練有素並具備合適專業技能的基層醫療人員隊伍共同協作<sup>49、50</sup>，亦有需要重新訂定培訓方向，着重以人為本的護理，並在社區提供跨專業的基層醫療(資料匣6)。

#### 資料匣6 為二十一世紀醫療隊伍作好準備(世界衛生組織)<sup>108</sup>

醫護專業人員的教育和培訓一般較着重認識疾病的病理生理學、診斷和治療。因應以人為本的醫護服務的需求不斷增加，加上對促進健康的重視，**世界衛生組織**支持以五項適用於所有醫療人員的基本技能來發展醫療人員隊伍，藉以改善服務的提供 –

- 以病人為本的護理**：具備有效的溝通技巧，並以積極的方式支援病人教育和病人自理
- 建立伙伴合作**：與病人、各醫療層面的其他醫療服務提供者及社區建立和維持良好的伙伴合作關係
- 提升質素**：參與監察醫療服務的提供和成效，學習及適應架構和制度上的轉變，以及具備把科研證據和標準應用實踐的知識和技巧
- 資訊科技及通訊技術**：具備使用資訊科技及通訊技術的能力，以支援和監控病人的護理
- 公共衛生層面**：能夠履行公共衛生職能(包括促進健康和預防疾病的活動)，採用系統思維方式以及在基層醫療主導的系統中工作

## (H) 架構和基礎設施的支援

4.15 基層醫療改革是長期和持續的進程，需要整個醫療系統作出一致和相連繫的改變，並涉及對多個範疇作出持續的改善，這絕非任何個別機構或政府可獨力完成<sup>1、15、109</sup>。

### 需要架構上的支援

4.16 我們有需要促進公私營界別中多個伙伴之間的持續合作，包括醫療專業、病人代表、學者、政策制訂者、有關政府部門（例如負責社會服務和長者支援的社會福利署）及其他主要持份者，從而制訂和落實發展基層醫療的建議。

- 我們亦需要設立一個專責的組織架構，以持續支援推行所建議的策略，以及在落實所制訂的方案時協調各方所付出的努力，使各個界別的基層醫療服務水平和質素得以提升。
- 政府已牽頭建立長期的組織架構，以及支持其功能運作，支援基層醫療的發展。

### 基礎設施的支援：健康記錄互通

4.17 使用先進的資訊科技及在醫療服務提供者之間互通病人健康記錄，對推動和發展改革的過程至為重要。

- 不同界別的醫療服務提供者，能透過電子健康記錄互通系統有效互通健康記錄和疾病治理計劃，將有助改善醫療服務的持續性、協調和溝通，從而改善病人護理、保障病人安全、利便對服務的提供進行監察和評估，以及提供更以病人為本的綜合治理服務<sup>1、110、111、112、113</sup>。
- 醫療資訊系統亦提供平台，用以加強專業培訓和促進各服務提供者間的經驗交流，有助整合有用的流行病學資料，為制訂醫療政策提供指導方向<sup>114、115、116</sup>。

### 推行發展基層醫療的方針

4.18 根據上述八項策略，當局現正並將會推行多項措施和試驗計劃，以發展優質的基層醫療服務。這些措施和計劃概列於表 1，詳情會於以下各章進一步論述。

表 1. 發展香港基層醫療的策略，以及在正在和將會推行的措施和試驗計劃

加強香港基層醫療的策略								
加強基層醫療的措施和試驗計劃	發展跨專業及全面的基層醫療服務	改善醫療	改善醫療服務的協調	加強預防性方針，應付主要疾病所帶來的負擔尤其用以應付慢性疾病	進一步改善長期病患者醫療服務的供應	加強以人為本的醫療服務及提升病人能力	支援專業發展和質素改善	加強架構和基礎設施的支援
制訂概念模式及參考概覽	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
《基層醫療指南》	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
改善慢性疾病治理的試驗計劃	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
社區健康中心／網絡	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
基層牙科護理		✓		✓	✓	✓		
社區精神健康服務	✓		✓	✓	✓			
電子健康記錄互通系統	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
加強有關基層醫療的研究			✓	✓		✓	✓	
設立基層醫療統籌處	✓	✓	✓			✓	✓	✓

## 第 5 章 基層醫療工作小組及轄下專責小組的工作進展

5.1 基層醫療工作小組及轄下的專責小組於二零零九年提出了一套初步建議，透過以下方法為香港發展更佳的基層醫療服務：

- (a) 制訂基層醫療概念模式和臨床指引，特別是防治常見的慢性疾病，以指導提供更佳的基層醫療服務；
- (b) 建立《基層醫療指南》，透過家庭醫生的概念和採用跨專業醫療團隊模式推廣加強基層醫療服務；以及
- (c) 設計可行的服務模式，並透過推行適當的試驗計劃，包括設立社區健康中心，在社區提供強化的基層醫療服務。

### (A) 制訂和推廣治理主要慢性疾病的概念模式和參考概覽

5.2 常見的慢性疾病，可由採取預防性方針的基層醫療服務有效治理<sup>73、117、118、119</sup>。不少已發展國家的經驗顯示，不同醫療機構的服務提供者之間共用全民通用的臨床治理模式和指引，有助促進醫療服務的協調、加強疾病治理的持續性、推廣以實證為本的醫療服務和改善病人護理<sup>120、121、122</sup>。

5.3 工作小組和基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組建議以參考概覽形式為主要的慢性疾病制訂概念模式和指引，並從高血壓和糖尿病等本港最常見的慢性疾病着手。

- 高血壓和糖尿病為全球的健康帶來挑戰和巨大的公共醫療負擔，亦是主要的致命疾病<sup>24、123、124</sup>。雖然高血壓和糖尿病非常普遍，而且患者不斷迅速增加，但有不少患者仍未自知已患上這些疾病，同時，許多已被診斷的患者亦未能妥善控制病情<sup>125、126</sup>。
- 世衛和很多國際衛生權威組織均已推行措施預防及治理高血壓和糖尿病，當中有強調基層醫療的角色<sup>73、127、128、129、130</sup>。
- 以往的調查顯示，本港約有超過四分之一年齡在 15 歲或以上的人口患有高血壓，並約有十分之一的成人患有糖尿病<sup>70</sup>。

### 制訂治理高血壓和糖尿病的概念模式和參考概覽的目標

5.4 工作小組制訂治理高血壓和糖尿病的概念模式和參考概覽，目的是 –

- (a) 提供共用的參考資料，為本港各界別的不同醫護專業人員作出指引和協調，從而在社區提供持續、全面和以實證為本的醫療服務以治理高血壓和糖尿病；
- (b) 提升病人和照顧者的能力；以及
- (c) 使市民更清楚知道預防和妥善治理這兩種主要慢性疾病的重要性。

### 預防和治理慢性疾病的概念模式

5.5 建議的模式是以不同醫護專業人員共同協作、病人的參與，以及社區和其他界別互相配合作為基礎 (圖 1)。

圖 1 根據貫穿人生歷程的需要及風險而制訂的預防和治理慢性疾病的概念模式



### 治理高血壓和糖尿病的參考概覽

5.6 國際間，臨床指引在醫療系統中被廣泛使用作為參考以釐訂最佳的治療方法，並把以實證為本的知識轉化為改善醫療質素和安全的行動，提供共同基礎以協力預防和控制疾病，包括高血壓和糖尿病<sup>76、131、132、133、134、135</sup>。與持份者合作，對有效制訂、發布和推行參考概覽十分重要<sup>136、137、138</sup>。

### 推廣使用基層醫療模式和參考概覽

5.7 在發展香港的參考概覽時，主要的醫療服務持份者（包括有關領域的專家、各醫護專業團體及病人組織的代表）的意見和支持十分重要。我們亦正制訂向公眾人士、病人及醫護專業人員推廣參考概覽的策略。

### 評估與長遠發展

5.8 我們會對常見健康問題的參考概覽的制訂、推行和發布，以及參考概覽在改善基層醫療和醫療成效方面的成效進行評估。基層醫療工作小組會透過臨床支援，不時檢討高血壓和糖尿病的參考概覽，以便把最新的醫療發展和實證顯示在參考概覽中。

5.9 工作小組及其專責小組將會為長者和兒童制訂概念模式及預防參考概覽，亦會繼續為其他重要疾病或特定年齡組別／性別羣組的健康問題，制訂概念模式及臨床／預防參考概覽。這些模式和概覽會為加強基層醫療的措施提供引導的基礎。

## **(B) 制訂《基層醫療指南》**

5.10 制訂《**基層醫療指南**》(《指南》；前稱《家庭醫生名冊》)是醫療改革建議中發展基層醫療的一部分，藉以推廣家庭醫生概念。為推展這項工作，基層醫療工作小組及其轄下的**基層醫療指南專責小組**已就建立《指南》的目標、範疇及詳細安排，包括加入和繼續名列於《指南》的要求，提出建議。

### **目標**

5.11 設立《指南》旨在—

- (a) 為公眾和醫護人員提供一個便於查閱、包含社區內不同專業的**基層醫療人員的執業資料**的電子資料庫；
- (b) 協助**個別人士與基層醫療人員建立醫療伙伴關係**，成為其醫護協調者；以及
- (c) 促進建立**跨專業團隊**中不同**基層醫療服務提供者**之間的協調。

### **以跨專業醫療團隊為基礎的方式**

5.12 提供更全面的**基層醫療服務**，需要採納以**跨專業醫療團隊**為基礎的方式，由合適的**基層醫療專業人員**共同合作，以配合市民多方面的醫療需要。

5.13 《指南》會包含多個**分支指南**，分別為在社區內提供**基層醫療服務**的不同**醫護專業人員**包括**西醫、牙醫、中醫、護士、專職醫療人員**和其他**醫療服務提供者**而編製。

### **分階段建立《基層醫療指南》**

5.14 我們會把**基層醫療服務提供者**按**專業分類**而設立各**分支指南**。

- 考慮到現行的**執業範疇**及發展程度，我們正分階段建立《指南》。我們會首先建立**西醫和牙醫**的**分支指南**，並計劃在二零一零至一一年度推出《指南》的第一版。
- 我們會採用與建立**西醫和牙醫**的**分支指南**類同的原則，為其他**醫護專業人員**建立**分支指南**，並在有需要時作出適當修改。

### **《指南》的資訊及結構**

5.15 《指南》會收錄醫護專業人員的**背景、資歷和執業資料**，協助公眾尋找合適的基層醫療服務提供者。

5.16 為方便更新和搜尋資料，我們會建立**網絡電子版本**的《指南》。我們會考慮於《指南》內連結不同的醫護專業人員，方便使用者找到同一基層醫療服務團隊的成員。

5.17 鑑於更新《指南》印行本的困難，同時也為了避免不必要的印刷，我們不會印製全份《指南》的印行本，但會加入列印功能。《指南》會加入搜尋功能，例如以姓名、專業、執業地點及應診時間等進行資料搜尋。

5.18 《指南》將與全港性電子健康記錄互通系統和各項政府資助醫療計劃的電子平台連結，為基層醫療人員提供一站式閱覽平台，並確保醫療系統的資訊基礎設施的連貫性。

5.19 為使市民對醫護團隊有較深的認識，《指南》會簡介不同專業的角色與職能。《指南》亦會收錄資料，載述考取各類專業資格所需的培訓和評核要求。

5.20 《指南》可作為協助教育病人和提升病人能力的共用平台。《指南》將連結至健康資訊及常見疾病的治理指引，包括由工作小組所制訂的參考概覽及其他健康教育網站。我們現正制訂策略，以推動專業人員加入《指南》、提高市民對《指南》的認識及鼓勵市民使用《指南》。

### **在《指南》建立初期申請加入和繼續載列於西醫和牙醫分支指南所需符合的準則**

#### ***申請加入《指南》的條件***

5.21 基層醫療由多個類別的醫療服務提供者提供。舉例來說，在社區內提供基層醫療服務的醫生包括普通科醫生、家庭醫學專科醫生，以及其他專科醫生如兒科醫生、內科醫生和老人科醫生。在《指南》建立的初期，對於申請加入的條件方面會採取較為包容的方針，以鼓勵更廣泛的參與，改善基層醫療。

5.22 在初期，註冊西醫和牙醫，不論其專科或執業年期，如承諾提供可直接獲得、全面、持續和協調並且以人為本的基層醫療／牙科護理服務，便符合加入《指南》的資格。日後，我們會因應基層醫療人力方面的專業發展而考慮提高申請加入《指南》的條件，以持續提高基層醫療的水平。

#### **繼續載列於《指南》的條件**

5.23 我們將訂定繼續載列於《指南》內所需符合的條件，促使載列於《指南》內的基層醫療人員維持和改善服務質素，例如要求取得醫生所接受過的持續醫療教育或牙醫所修讀過的持續專業發展課程的認可證明。

5.24 為進一步加強與基層醫療相關的培訓，我們會考慮就醫生和牙醫繼續載列於《指南》而須接受的持續醫療教育或持續專業發展課程加添額外的要求，例如除達到持續醫療教育或持續專業發展的基本要求外，若干比例的進修內容亦須與基層醫療有關。

#### **促進專業發展**

5.25 透過提供適當的架構和資訊，並在健康記錄互通和適當誘因的配合下，《指南》可作為推動家庭醫生概念和鼓勵在社區提供優質基層醫療的第一步。

- 我們正與醫護專業人員一同探討有關醫護人員加入和繼續載列於《指南》所需的專業資歷、經驗及培訓要求，以及《指南》的長遠發展。
- 我們會繼續與醫護專業人員、學術界和相關持份者探討日後提高申請加入和繼續載列於《指南》的專業條件，以及基層醫療服務提供者的培訓和人力發展等事宜。

### **(C) 社區健康中心**

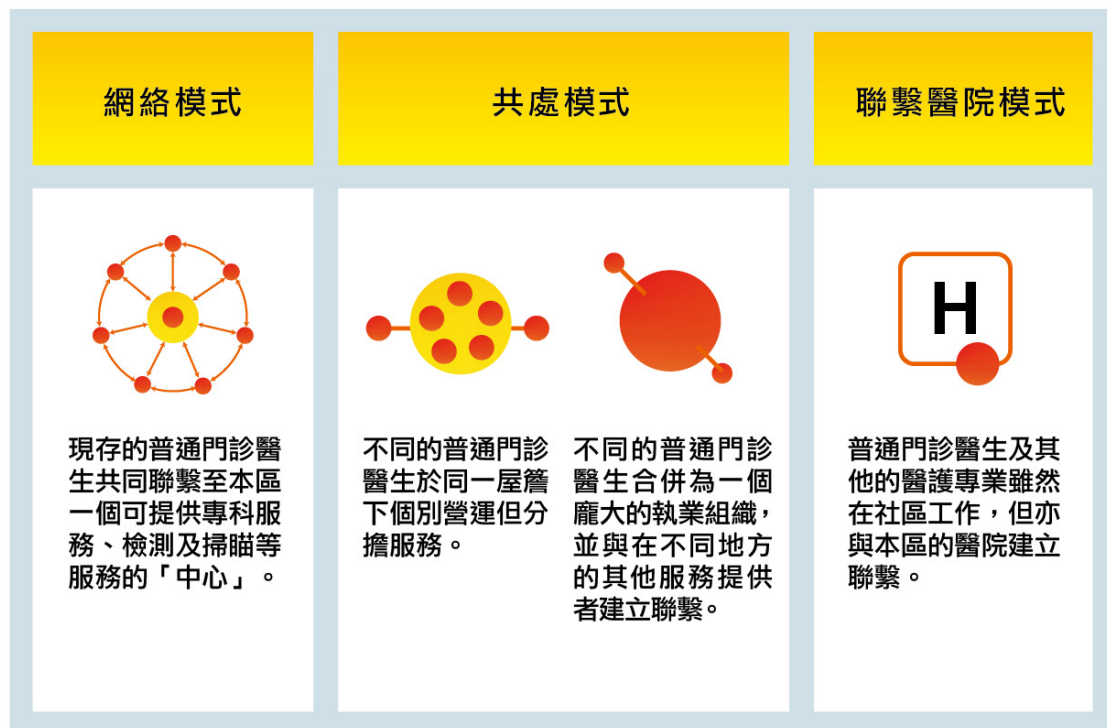
5.26 《二零零八至零九年施政報告》公布的其中一項加強基層醫療的政策措施，是探討“社區健康中心”的概念。在社區設立的健康中心，目的是為市民提供更協調和全面的一站式基層醫療服務。基層醫療工作小組及其專責小組曾經探討有關設立社區健康中心或社區健康中心網絡，以及由各醫護專業人員以團隊形式在社區協作的構思。

5.27 很多國家均設立了各種形式的社區健康中心或“多元化診所”，作為加強基層醫療及社區支援的途徑，藉此亦證明了透過改善醫療服務的全面性、加強協調和增加服務供應，有助改善醫療服務和健康成效<sup>39、139、140、141、142、143</sup> —

- 社區健康中心的服務模式通常是由不同醫護專業人員在同一樓宇或社區網絡內協作，提供一站式和更多元化的服務(圖 2)。
- 着重加強促進健康方面的功能，以及改善跨專業的協作。

圖 2 社區健康中心／社區健康中心網絡

(圖表來源：Healthcare for London 2007<sup>139</sup>)



### 社區健康中心試驗計劃

5.28 政府現正規劃多項社區健康中心試驗計劃，旨在透過不同類型的社區健康中心模式，加強提供更全面的一站式基層醫療服務。這些社區健康中心試驗計劃的組成，可以是透過重整容納於現有健康服務設施內的各項基層醫療服務、於新發展或重建的地區興建新的健康服務設施，或由社區內相鄰的不同基層醫療服務提供者組成聯網。

- 5.29 這些社區健康中心類型的模式會視乎所服務社區的人口需要而定，可以是一
- 將不同的服務設於同一建築物內或以網絡的形式連繫起來；
  - 由衛生署、醫管局、私營醫療界別、大學及／或非政府機構以不同的模式參與和協作；以及
  - 由不同服務和醫護專業人員組合。

#### 資料匣 7 加強協調現有社區健康服務大樓內提供的公營基層醫療服務

- 目前，在不少情況下，衛生署和醫管局的基層醫療服務均設於同一建築物內。這些設施可進一步發展成為社區健康中心，以提供更協調的服務，當中可以包括由大學營辦的診所。
- 舉例來說，建築物內可設有醫管局的普通科門診診所、衛生署的長者健康中心、母嬰健康院、學生健康服務中心，以及／或由大學營辦的家庭醫學診所。
- 在提供社區健康服務的建築物內，不同機構往往各自發展和訂定其服務。透過避免服務重疊，充分利用地方和銳意加強護理服務的持續性和資訊互通，有助在提供預防及治療服務方面，取得更佳的協調和發揮更大的協同效應。

#### 可進一步發展的範疇

5.30 政府現正就發展不同的社區健康中心試驗計劃，與公私營界別、非政府機構及大學的醫護專業人員和服務提供者進行商討，其中包括探討在不同的社區健康中心試驗計劃中提供不同的服務模式。在發展社區健康中心或社區健康網絡時，一般會強調以下原則（圖 3）—

##### (a) 加強專職醫療和跨專業服務

- 社區健康中心模式會着重提供更多跨專業服務，這是考慮到公私營基層醫療界別都需要更多專職醫療和護理服務，以支援促進健康和治理慢性疾病。
- 我們會探討由護士及／或專職醫療人員提供服務，特別是私營界別中不常提供或不易取得的服務，以支援公私營界別的基層醫療醫生；並研究委派

護士或專職醫療人員擔任個案經理的構思，由他們擔任病情複雜的長期病患者的個案經理或協調護理人員。

- 我們會研究在社區健康中心模式下，於同一地點增加供各方共用的區域及設施，以協助籌辦跨專業護理服務。

**(b) 強化促進健康的活動**

- 加強社區健康中心模式中促進健康的功能。舉例而言，如實際情況許可，社區健康中心內可劃定更多區域及設施以舉辦促進健康的活動，例如健康資訊資源區和活動室，供各個服務提供者共用。
- 與社區中的醫療及其他界別協作，對促進區內居民健康非常重要<sup>73、144</sup>。我們會就個別社區健康中心，與地區居民和不同界別的醫療服務提供者探討最合適的模式。

**(c) 加強臨床服務**

- 在社區健康中心模式下，我們會改善護理服務的全面性和強調更主動和積極治理疾病，並在有需要時，檢討及／或重組現有的臨床服務，以發展服務和減少出現服務重疊的情況。

**(d) 更協調和持續的護理服務**

- 我們着重的是加強協調不同服務提供者在同一社區健康中心或社區健康中心網絡所提供的服務，並會考慮到私營界別和非政府機構在社區內提供的服務。我們會探討方法，重新設計病人的醫療流程，以便可以理順為病人或特定年齡組別人士所提供的疾病預防和治療服務。
- 我們會利用資訊科技系統，讓同一社區健康中心模式內的各個服務提供者可互通病人的健康記錄，以加強護理服務的持續性。這些個別的資訊科技系統最終會成為現正發展的全港性電子健康記錄互通系統的一部分。

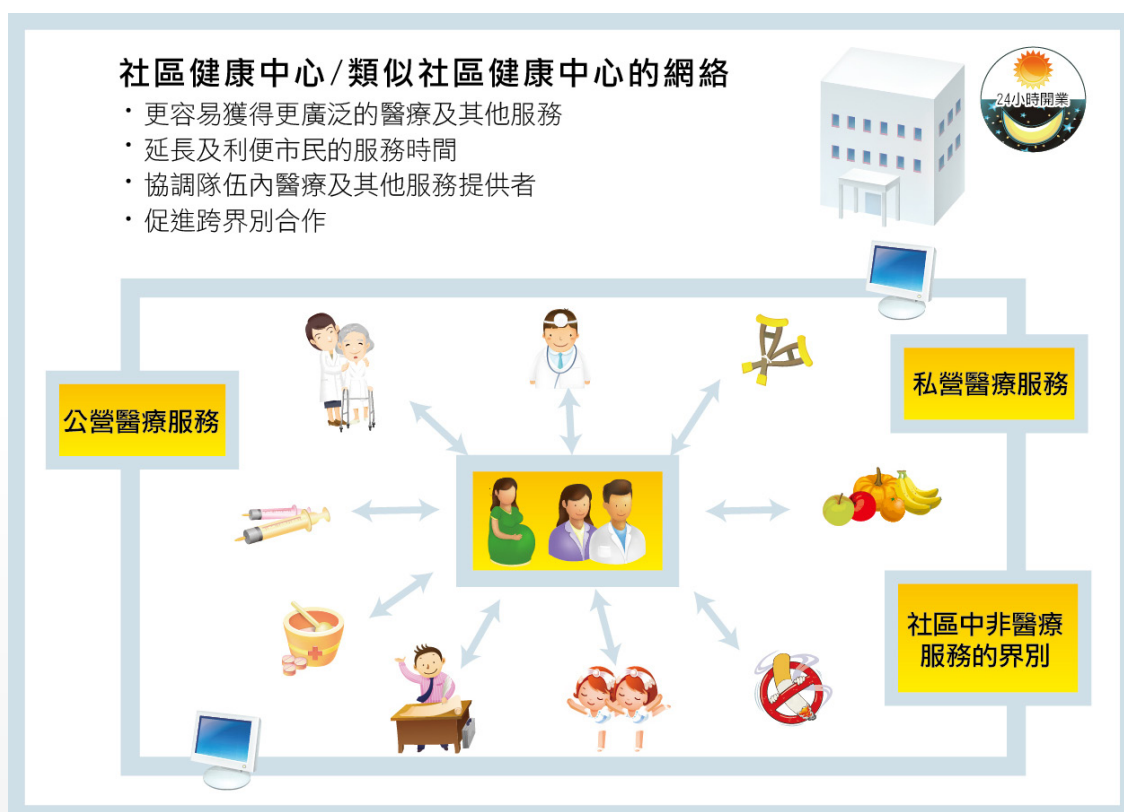
**(e) 加強善用資源**

- 透過改善服務的協調，可更善用資源，例如現有建築物的地方、促進健康的設施或治療器材。

(f) 探討綜合護理服務和加強與社會服務和社區的協作

- 我們會與區內公私營界別的醫療服務提供者、非政府機構、志願團體和社會服務機構合作，試驗服務提供模式，為社區內的長期病患者和高危羣組（例如長者或有多種健康和社會問題的病人）提供更全人的醫療服務，並與社會服務和個人護理服務融合。
- 我們亦會探討不同的模式，包括在社區健康中心模式下由不同醫護人員或社工擔任個案經理的構思，以助患有多種疾病並有社會服務或個人護理方面需要的病人協調服務。

圖 3. 社區健康中心／網絡：護理服務的模式



## 第 6 章 現正推行的試驗計劃和基層醫療方面的發展

6.1 基層醫療的發展策略着重通過循序漸進和凝聚共識的方式改革醫療系統，並以「試驗、評估、調整」這個有效循環模式落實特定措施。這需要持續鼓勵主要的持份者參與設計合適的基層醫療模式，推行一系列經良好統籌和評估的試驗計劃，評估有關試驗計劃對填補本港服務不足之處的成效，並同時提高公眾意識和向他們推廣優質的基層醫療服務。試驗計劃有助評估改革措施的成效和效益，並為進一步發展策略和行動計劃提供指引，以推進改革的進程。

6.2 自二零零九年年初以來，政府推行了各項計劃，邀請私營醫療界別的不同基層醫療專業人員參與，促使他們與公營界別共同參與和合作提供基層醫療服務及公共衛生工作。這方面的措施包括在二零零九／一零年度至二零一二／一三年度期間預留共 17.91 億元的撥款以開展各項醫療券、醫療協作和疫苗注射資助計劃 —

- **長者醫療券試驗計劃**自二零零九年一月開始推行，為期三年至二零一一年年底。這項計劃旨在透過提供部分資助，試行“錢跟病人走”的概念，讓長者選擇社區內最切合其需要的私營基層醫療服務，並試行資助基層醫療服務的新模式。
- 政府於二零零九／一零年度推行了一系列的季節性流感和肺炎球菌疫苗注射計劃。透過“**長者疫苗資助計劃**”，65 歲或以上的長者可獲資助接受由私營界別提供的季節性流感和肺炎球菌疫苗注射。政府亦通過“**兒童流感疫苗資助計劃**”，資助六個月至六歲的兒童接受由私家醫生提供的季節性流感疫苗注射。
- 醫管局於二零零八年六月在水圍北推行**天水圍基層醫療合作計劃**。該試驗計劃為期三年，讓病情穩定、長期需要在公營普通科門診診所跟進病情的長期病患者，選擇由政府提供部分資助接受私家醫生的診治。參與計劃的病人只需繳付與普通科門診診所收取的相同診金。該計劃的目的是加強該區的公營普通科門診服務，以應付增加的需求，並且改善長期病患者的醫療護理。

6.3 此外，政府已為二零零九／一零年度至二零一一／一二年度預留約 4 億 6,500 萬元推行一系列試驗計劃，以落實行政長官在《二零零八至零九年施政報

告》所提出加強基層醫療的施政措施。政府更進一步為二零一零／一一年度至二零一二／一三年度預留約 6 億元撥款，以開展其他試驗計劃和支援基層醫療的整體發展。

6.4 本章載述為配合第 4 章所釋述的主要策略而正在推行的各項加強基層醫療服務的試驗計劃。從這些試驗計劃所獲得的經驗和評估結果，會為進一步的發展策略和行動計劃提供指引。本章亦概述了其他與基層醫療系統整體發展相關的措施。

### **(A) 加強治理慢性疾病的服務和支援的試驗計劃**

6.5 根據已於上文論述的基層醫療發展方向，政府現正推行一系列加強慢性病治理的試驗計劃。

6.6 部分試驗計劃涉及公私營協作或公營界別與非政府機構之間的合作。在推行初期，這些試驗計劃會以在醫管局接受護理的長期病患者為服務對象。政府會研究把服務對象擴展至接受私營醫療服務的長期病患者。

6.7 這些試驗計劃會由第三方的評核機構及學術界進行監察和評估，藉以評估其接受程度、成效和效率。從試驗計劃所獲得的經驗，會為在社區內發展慢性疾病的治理提供有用的資料，包括如何鼓勵病人選用私營基層醫療服務和推動不同醫療服務提供者加強協作。

#### **(a) 跨專科的健康風險評估及跟進護理計劃**

- 根據上述計劃，醫管局在指定聯網內的特定普通科門診診所成立由護士、營養師及藥劑師等醫護專業人員所組成的跨專業團隊，為高血壓和糖尿病病人提供全面健康風險評估，以便作出適當的預防和護理跟進。
- 該計劃將於二零一零／一一年度於六個聯網（包括港島東、港島西、九龍東、九龍中、九龍西和新界東聯網）內的 27 間普通科門診診所推行，並於二零一一／一二年度前擴展至全港七個聯網的合共 34 間普通科門診診所。預計於二零一一／一二年度前會有合共超過 167 100 名病人受惠。

**(b) 病人自強計劃**

- 與非政府機構合辦的病人自強試驗計劃，已在醫管局指定聯網內推行，以加強長期病患者對疾病的認識和提高他們的自理能力。
- 醫管局的專職醫療人員會組成跨專業團隊，為常見慢性疾病（例如高血壓、糖尿病、慢性阻塞性肺病和心臟病等）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的前線員工提供培訓。
- 該計劃將於二零一一／一二年度前擴展至醫管局全部七個聯網，為合共 32 000 名病人提供服務。

**(c) 跨專業護理診所**

- 醫管局已成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，提供更專注的護理。這些服務包括為個別病人提供防止跌倒、呼吸系統問題處理、傷口護理、理遺護理、用藥指導及精神健康支援服務。
- 醫管局正在指定的普通科門診診所試驗成立跨專業護理診所，提供這些特定的護理支援服務。該計劃現時於醫管局全部七個聯網的超過 40 間普通科門診診所推行，截至二零一一／一二年度的求診總數會超過 224 500 人次。

**(d) 公私營慢性疾病共同護理計劃（共同護理計劃）**

- 目前，不少長期病患者於醫管局轄下的專科門診診所接受跟進治理，其中不少病人的情況穩定，可以在基層醫療層面接受治理。
- 共同護理計劃是一項試驗計劃，旨在為現時由公營醫療系統跟進病情的長期病患者提供額外的選擇，接受由私家醫生跟進病情。該計劃亦向在社區接受全面治理的病人提供部份資助，並支援病人與屬意的醫生建立長久的關係。計劃的首要對象，是現時正在公營醫療系統內接受治理的糖尿病和高血壓患者。
- 透過該計劃，政府旨在評估由基層醫療工作小組制訂的糖尿病及高血壓的基層醫療概念模式和參考概覽在控制病情方面的成效、測試公私營醫療界共同護理長期病患者的服務模式、鼓勵私營界別的基層醫療醫生參與慢性

疾病的預防及治療，以及加強醫療系統的能力，為長期病患者提供更全面和持續的護理。

#### **提供誘因以鼓勵醫生提供優質護理和鼓勵病人自理**

- 參與計劃的私家醫生需根據由基層醫療工作小組制訂的概念模式及參考概覽，為病人提供全面和持續的護理。
- 為鼓勵參加計劃的醫生根據參考概覽向病人提供治理，政府會向按照預先訂下的程序指標提供護理的醫生提供質素鼓勵金。
- 為鼓勵病人更積極地參與疾病的治理，政府會向遵從治理要求和達到預先訂下的健康成效指標的病人提供鼓勵金。

#### **向參加計劃的私家醫生和病人提供支援**

- 醫管局會為參加共同護理計劃的私家醫生舉辦培訓活動和交流會，藉此促進公私營醫療界別的溝通和經驗分享。
- 公營醫療系統會繼續監察病人的情況，讓病情惡化的病人盡快回到專科門診診所跟進。
- 共同護理計劃現正於新界東聯網的沙田和大埔以及港島東聯網的灣仔和東區試行。獨立的評核機構會持續評估計劃的安排和成效。政府及醫管局會因應評估的結果及從試驗計劃中所取得的經驗，在有需要時適當調整方向和計劃詳情。

## **(B) 基層牙科服務**

6.8 牙醫和其他牙科專業人員是跨專業基層醫療隊伍的重要成員，負責促進口腔及牙齒健康。口腔健康欠佳和牙患問題可導致痛楚和不適、進食困難（問題惡化會導致食慾不振和營養不良）、口齒不清，以及缺乏自信。改善市民的口腔健康是世衛提倡的一項重點工作<sup>145</sup>。

6.9 目前，香港的基層牙科服務主要由私營界別和非政府機構提供。公營牙科服務主要集中於為市民提供緊急牙科治療，以及為小學生提供基本牙科護理。衛生署亦負責在社區舉辦促進口腔健康的計劃。

6.10 早前就香港市民的口腔及牙齒健康所進行的調查，顯示有需要改善促進口腔健康和牙科護理服務，尤其是為長者提供的護理服務<sup>146</sup>。為此，政府正與牙科專業人員共同制訂加強牙科護理服務的措施。政府已預留資源加強基層牙科服務，主要支援發展試驗計劃，以改善針對有需要長者的牙科服務和加強促進口腔健康的工作。

6.11 **基礎牙科護理及口腔衛生專責小組**已於二零一零年年底在基層醫療工作小組下成立，成員包括牙科專業代表、學者、病人組織代表，醫管局及相關政府人員。專責小組會就香港基礎牙科護理的發展及推廣口腔衛生的策略和措施，以及相關特定先導計劃和研究調查的制訂和推行，提供意見。專責小組亦會就加強牙醫及其他支援醫療人員的專業發展的策略和措施提出建議。

### (C) 加強基層醫療層面的精神健康服務

6.12 把治理精神健康問題納入基層醫療的好處，在國際間得到認同<sup>147</sup>。基層醫療服務提供者在促進精神健康、提供輔導、及早診斷、及早識別和加強社區為本的護理方面，擔任重要的角色。精神科專科醫生、基層醫療服務提供者和社會服務界別有需要共同協作，加強對社區內精神病患者的照顧和支援。

6.13 政府計劃透過提供及早介入、治療和社區支援等一系列全面服務，並採取跨專業和跨界別隊伍協作的方針，促進精神健康。由食物及衛生局局長擔任主席的**精神健康服務工作小組**，成員包括醫療界別、福利界別及學術界的專家和代表，負責協助政府持續檢討和改善其精神健康服務。

6.14 政府因應精神健康服務工作小組的建議，透過推行多項措施，致力加強為居於社區的精神病患者所提供的支援服務。

- 醫管局已成立一般精神病診所，為一般精神病患者提供適時的評估和治療服務。
- 自二零一零年十月起，醫管局已於五個聯網開展了綜合精神健康計劃，邀

請基層醫療服務提供者參與，為病人提供支援。在綜合精神健康計劃下，醫管局會把病情較輕和穩定的精神病患者轉介予普通科門診診所，由家庭醫學專科醫生及普通科醫生與跨專業團隊共同作進一步治理。

- 正如在《二零一零至一一年施政報告》中提及，醫管局會於二零一一／一二年度將此計劃擴展至所有聯網，以更有效處理社區內病情輕微的精神病個案。政府會繼續促進醫管局精神科專科門診服務與基層醫療服務之間的協作，以加強對一般精神病患者的支援。

## (D) 加強健康記錄互通的基礎設施支援

6.15 《創設健康未來》討論文件建議，為確保能夠善用資源和提供所需平台，促進各個層級的醫療護理以及公私營界別的病人的雙向流動，有需要建立在病人同意下可以快捷查閱病人健康記錄和讓健康記錄互通的系統<sup>17</sup>。

6.16 發展全港性以病人為本的**電子健康記錄互通系統**，在醫療改革第一階段公眾諮詢中獲廣泛支持<sup>48</sup>。參與電子健康記錄互通屬自願性質，並且必須在病人的明示和知情同意下，才可互通病人的健康記錄。

6.17 電子健康記錄互通系統及資訊科技的運用是重要的工具，用以支援為個別人士提供全面、持續和更妥善協調的醫療服務，使病人更能掌握和管有本身的健康記錄，從而更了解自己的健康。醫院與基層醫療服務提供者之間以及公私營醫療界別之間通過電子健康記錄互通系統的聯繫，亦有助改善公私營協作和護理的配合。

6.18 為此，政府已牽頭發展電子健康記錄互通系統，處理複雜的開發工作，當中涉及眾多的醫療服務提供者和敏感的個人健康資料。食物及衛生局已於二零零九年設立專責的**電子健康記錄統籌處**，負責督導和監察為期十年的電子健康記錄計劃（由二零零九／一零年度至二零一八／一九年度），並由醫管局提供技術支援。醫管局所發展的臨床管理系統收錄了逾 800 萬個記錄。在成員來自公私營界別的**電子健康記錄互通督導委員會**的指引下，電子健康記錄統籌處會持續倡導和統籌此項為期十年的計劃，以確保公私營界別開發電子健康記錄的連貫性。

6.19 第一階段的電子健康記錄發展計劃(由二零零九/一零年度至二零一三/一四年度)的目標包括—

- (a) 在二零一三/一四年度前建立電子健康記錄互通平台，可以連接所有公營和私營醫院以互通病歷記錄；
- (b) 確保市場上能夠提供連接至電子健康記錄互通平台的綜合電子醫療/病歷記錄系統及其他健康資訊系統，讓私家醫生、診所和其他醫療服務提供者使用；以及
- (c) 在電子健康記錄互通系統啟用前制訂有關的法律架構，以保障資料私隱和系統資訊保安。

6.20 為方便病人參與電子健康記錄互通，電子健康記錄統籌處亦擬在第二階段電子健康記錄發展計劃(由二零一四/一五年度至二零一八/一九年度)，設立設有安全存取和病人身分認證的**病人入門網站**。透過這個病人入門網站，病人可以查閱電子健康記錄互通系統內的主要個人健康資料。此外，病人可以要求更改資料，以及修訂其參與電子健康記錄互通的意願和與醫療服務提供者的關係。

6.21 電子健康記錄互通系統的發展，亦可支援以實證為本的醫療服務，例如透過醫療數據的使用和互通，讓醫護人員和病人在掌握更充足資料的情況下作出決定，同時亦可提升護理質素，以及有助取得對公共衛生研究和規劃基層醫療發展十分重要的流行病學資料。

## **(E) 加強有關基層醫療的研究**

6.22 為支援醫療改革，很多發達國家均採取主動的策略性方針來發展研究策略<sup>1、148、149、150</sup>。政府會繼續支援和加強與基層醫療相關的研究，而這些研究對於指導優質基層醫療的發展十分重要。加強這方面的研究實屬必要，可協助制訂以實證為本的政策和策略，按不同的疾病及年齡組別確定基層醫療服務的需要和優次，評估各項試驗計劃和措施的成效，以及評估基層醫療系統在改善醫療系統和市民健康方面的整體成效，從而調整發展策略。

6.23 政府已預留資源進行基層醫療研究項目。這些項目會與醫護專業、學者和研究員合作進行，主要範疇如下——

- (a) 評估不同人口和病人組別的醫療需要；
- (b) 審視本地及國際間就改善基層醫療的有效策略的實證；
- (c) 探討推廣提升病人能力和以病人為本的護理的方法；
- (d) 評估各項以改善基層醫療服務為目標的試驗計劃的推行、成效和效益；以及
- (e) 制訂基層醫療人力發展的方向。

6.24 要持續改善優化基層醫療服務，須具備能力及架構支援，以進行研究和提供以實證為本的醫療服務。我們會發展基礎設施，例如使用電子健康記錄互通系統，用以支援以人口為本並與健康有關的研究。透過與主要持份者的合作，我們會進一步促進學者、研究員、從業員和政策制訂者之間的知識交流，並強化本地及國際間的健康服務研究網絡。

## 第 7 章 進一步發展的需要

7.1 長遠發展一個有成效地和有效率地回應不斷轉變的人口需要的強健基層醫療系統，是一個持續的過程，需要多方的合作和多管齊下的策略。政府會繼續汲取其他地區和國際間的經驗，並邀請各醫護專業、病人組織及其他主要持份者參與制訂策略，以加強基層醫療服務和鞏固其重要特質，為本港市民提供優質醫療服務。

7.2 政府會透過基層醫療統籌處（詳情請見第 8 章），按基層醫療工作小組的建議和諮詢其他相關持份者所得的意見，探討下文各段概述的範疇，以便依據第 4 章所釋述的主要策略建立優良的基層醫療系統。

**(a) 如何加強提供更協調、全面和持續的基層醫療服務？**

- (i) **提升基層醫療服務提供者的職能，使他們成為病人的醫療協調者**，例如在有需要時轉介病人尋求更高層面的醫療或專職醫療服務。這點對於支援長期病患者和長者及改善他們的護理尤其重要<sup>151、152</sup>。
- (ii) **探討方法以鼓勵社會上每個市民均擁有固定的基層醫療人員／基層醫療服務提供者團隊作為伙伴和顧問**，以便協調和照顧他們一生的醫療需要。
- (iii) 培訓護士和專職醫療人員擔任**個案經理**，協調長期病患者或長者的護理。這方面的計劃已在本港推行，以支援社區和離院病人，效果令人鼓舞<sup>153、154、155</sup>。
- (iv) **以新的協作模式加強跨專業醫療服務**，包括考慮引入機制，讓私家醫生可轉介病人接受公營界別或非政府機構的專職醫療服務或護理服務，同時亦應研究與中醫、牙醫、藥劑師及社區內其他醫療服務提供者協作的各種模式。
- (v) 可以透過為病人（特別是長期病患者）重新編排所提供的醫療服務從而改善**醫療的持續性**，讓病人可以由同一團隊的服務提供者照顧。互通常見疾病的治理指引和共同制訂護理計劃能夠促進治理的持續性，令病人和服務提供者皆可預計應採取的措施。
- (vi) **改善基層醫療與整個醫療系統的融合**，並應特別留意下列各點 —
  - 在規劃和發展地方性的社區基層醫療服務時，必須顧及到現有由公私營界別和非政府機構所提供的醫療服務，並應鼓勵區內人士和其他持份者共同參與。

- **基層醫療服務與專科或醫院服務之間的轉介，有賴雙向的資料交流。**這需要在治理安排方面作出改變和設立互通平台。
- **探討不同模式的綜合護理**，尤其是社區健康中心或社區健康中心網絡的發展。例如可以發展融合跨專業基層醫療服務、社會服務和個人護理的服務模式，在第二層醫療服務和社區內的非政府機構及義工團體的支援下，改善對長期病患者和高危長者的護理和支援。我們可參考**海外的綜合系統**，這些系統經證實在不同程度上有助改善護理過程、健康成果和醫療質素，例如由凱撒伯默 (Kaiser Permanente) 所制訂的模式<sup>156、157</sup>、醫療中心模式 (Medical Home Model)<sup>152</sup>、慢性疾病護理模式 (Chronic Care Model)<sup>118、158</sup>、世衛的慢性疾病創新照護模式框架 (Innovative Care for Chronic Conditions Framework)<sup>144</sup>，以及國民保健服務及社會照顧模式 (NHS and Social Care Model)<sup>159</sup>。

**(b) 如何採取更積極主動的方針以減輕香港慢性疾病的負擔？**

**(i) 採取主動和預防的方針**

- 國際間已認定有需要採取主動和預防性的方針來控制慢性疾病<sup>8、72、119、160</sup>，並需要採取**全系統**的方式，涵蓋基層、第二層及第三層的預防方案<sup>c、10、101</sup>。
  - **貫穿人生歷程的方針**<sup>d</sup>強調可透過減低人生各個階段的風險，為預防慢性疾病和促進健康覓得最適切和最有效的政策<sup>161、162</sup>。這方面可藉著發展和推行為**不同年齡組別制訂的預防參考概覽**得以加強。
- (ii) 有證據指出醫生的意見和護士所扮演的角色能有助戒煙和推廣運動等促進健康的活動<sup>163、164</sup>。舉例來說，本港曾舉辦“**運動處方計劃**”活動，邀請私家醫生參與運動推廣<sup>165</sup>。我們**應探討各項措施和協作模式，協助基層醫療服務提供者參與促進健康的工作。**

c. 基層預防<sup>10、101</sup>旨在預防問題的初現。**第二層及第三層預防**則致力透過及早發現和適切治療，遏止或延緩現有疾病及其影響；或透過有效的康復治療來減少慢性疾病的復發和併發症的形成。

d. **貫穿人生歷程的方針**<sup>161</sup>是從社會和現實環境中所存在的危機，以及從人生所有階段會引致或改變疾病風險的生理、行為、心理和社會歷程來檢視慢性疾病，並考慮到慢性疾病的風險是會隨着年齡增長而累積的。從減低人生各個階段的風險入手這個觀點，具有巨大潛力，能為預防慢性疾病和促進健康覓得的最適切和有效的政策。

- (iii) **加強和進一步探討治理慢性疾病的最適切模式**。現代治理慢性疾病的模式包括了預防和診斷疾病、風險評級、跨專業團隊支援、以實證為本的醫療服務、互通資訊、增強病人的自理能力、社區的參與和不同服務提供者之間的互相融合。這些方式證明能有效提供更佳的醫療服務、改善健康成果、減少併發症和住院需要，以及減低醫療成本<sup>144、157</sup>。
- (iv) 世衛強調**基層醫療服務與預防疾病和促進健康等公共衛生職能的融合**。基層醫療服務提供者在促進健康、預防疾病及創傷等方面所擔當的角色應繼續加強。此外亦有需要**與社區、義工團體、學校、工作場所等就基層醫療服務建立伙伴關係**，以便有效促進健康和預防疾病 —
- 舉例來說，醫生就改變生活模式所給予的意見，需要整個社區及跨界別的支持，使社會及環境更能配合市民在行為（如健康飲食和體能活動）上作出持續的改變。
  - 政府制訂了《非傳染病防控策略框架》，旨在改善市民的健康狀況和減低本地非傳染病的負擔<sup>67</sup>，並成立了防控非傳染病督導委員會，監督策略的發展以及整體推行的進度和發展路向。基層醫療工作小組和防控非傳染病督導委員會建議的策略及行動計劃將會互相協調和配合，以支援和改進全港性的慢性疾病防控工作。
- (c) **如何才能進一步改善提供予長期病患者的全面護理服務？**
- (i) **從整體人口角度規劃服務發展，並改善不同服務提供者之間的協調**，發展需求最殷切的基層醫療服務，以及善用資源。這包括**把公私營醫療服務提供者的角色重新定位**，以便能夠更有效地組合具不同技能的專才和協調醫護服務 —
- 透過更有效的協調、分享護理計劃和適當的資助，加強在慢性疾病治理方面的**公私營協作**，以便病情穩定的長期病患者獲得私營基層醫療界別的服務。
  - 改善私營界別服務收費的透明度，使病人能有更足夠的資料作出選擇。
  - 公營基層醫療界別應繼續集中為低收入人士、弱勢社群和長者提供服務。
- (ii) 能在**正常應診時間以外提供服務**，對於讓市民獲得基層醫療服務十分重要，亦可減少濫用急症室作非緊急求診。

**(d) 如何推廣以人為本的醫療服務和提升病人能力？**

- (i) 重整服務的提供方式，以加強病人的參與和支援病人自理<sup>166、167</sup> —
- 病人可在設計護理計劃和訂定目標方面擔當更積極的角色。由病人及照顧者支援小組參與制訂護理計劃，可提升他們的信心和技能。
- (ii) 改善病人對健康的認識和技巧，藉以加強疾病監察和病人的自理能力，是一個須予發展的重要範疇。
- (iii) 發展更廣泛的社區支援和協作非常重要。除公私營醫療服務外，非政府機構、志願團體及其他界別（例如工作場所和學校）都一直在支援以人為本的護理和提升病人在社區生活的能力方面擔當着重要角色，他們的角色應進一步予以加強。
- (iv) 有需要把以人為本的護理和提升病人能力加入醫護專業人員的研究範圍和培訓課程內。

**(e) 如何加強基層醫療人手的發展？**

- (i) 加強與基層醫療相關的培訓，並把重點放在跨專業協作上。
- 除培訓醫護專業人員以提供臨床服務外，我們有需要支援與基層醫療相關的培訓，以及提升本科生和研究生的社區視野<sup>1、55、108、168、169</sup>。
  - 專業間互相學習的新模式，以及培養跨專業團隊的合作，也是需要探討的範疇。
- (ii) 加強家庭醫生和基層醫療牙醫的培訓，以便提供良好的基層醫療服務 —
- 支援醫生的專業培訓，包括由香港家庭醫學學院、香港醫學專科學院和各間大學分別與醫管局及私家醫生合辦的家庭醫學培訓課程。
  - 就有關基層牙科服務的專業培訓，與牙科專業人員和香港牙科醫學院合作。
  - 與培訓機構及香港醫學專科學院合作，加強為醫生、護士和牙醫提供與基層醫療有關的持續醫療教育或持續專業培訓活動。
- (iii) 加強護士、專職醫療人員及其他專業人員在社區中的職能，有賴相關人員在各個職業發展階段得到適當的培訓。重新界定各醫護專業人員的角色和工作範疇，亦有助善用日趨多元化的醫療團隊人才，並協助確保各類專才的供應和組合得宜。

- **社康護理服務**一直為居於社區的病人提供寶貴的支援，因此我們應研究加強社康護理服務的功能的措施，例如在公共屋邨試驗設立**護士診所**，為社區（特別是長者）提供以中心為本的護理服務，以及與非政府機構和地區協作，以便促進區內人口的健康。
  - 較近期的發展，包括**專科護士**（例如糖尿病和心臟病專科護士），以及**由護士或專職醫療人員主導的病人支援計劃和個案經理**，均值得進一步探討，藉以為日後的發展提供指引。
  - **中醫師**是社區基層醫療服務的重要提供者。政府已就基層醫療服務的發展事宜，包括提供跨專業基層醫療服務，與中醫師展開商討。
- (iv) **支持改善質素和以實證為本的醫療服務**，對發展良好基層醫療十分重要<sup>170、171</sup>。改善醫療質素的各種方法，載於資料匣 8。
- (v) 我們會就整體的人力規劃和發展，**與醫護專業人員、學術界及培訓機構合作**，以配合香港人口不斷轉變的需要。

#### 資料匣 8 改善醫療服務質素

要改善質素，我們必須處理和加強以下各方面的工作<sup>172</sup> —

##### 持續專業發展

- 我們可利用現有平台，透過提供畢業後的培訓和資歷評審、持續醫療教育，以及對有關更新執業牌照和專科醫生身分的規定，鼓勵持續專業發展。
- 專業發展的進程會透過諮詢程序制訂，由專業人士、醫療機構、監管當局、病人和市民參與<sup>157</sup>。

##### 問責性

- 我們應鼓勵基層醫療服務提供者成為伙伴，積極參與改善醫療質素，亦須加強機制以反映有關程序和健康成效，以便作出決定和促進經驗交流。

### 以實證為本的醫療服務指引

- 制訂供不同服務提供者使用和互通的參考概覽，有助界定最佳治理方式，並把以實證為本的知識轉化為行動，改善醫療質素和安全，以及協調各界別在預防和控制疾病方面的努力。

### 支援決策和制訂治理計劃

- 提供系統以支援決策、反映情況、溝通、支援專業發展和協調護理服務，能改善醫療服務的質素<sup>120、121、122</sup>。我們可透過改善基礎設施支援及發展電子健康記錄互通系統來促進這方面的工作。

### 誘因

- 一些國家已提供經濟誘因以推廣最佳的治理方式、改善支援服務和提升病人能力<sup>173、174、175、176</sup>。我們須密切監察和評估各項利用經濟誘因而推行的基層醫療試驗計劃及其成效。

### (f) 如何改善長遠的架構和基礎設施支援？

- (i) 由食物及衛生局、衛生署和醫管局人員共同組成的**基層醫療統籌處經已成立**，以便更有效地協調在香港發展基層醫療和提供服務。政府會邀請醫護專業人員和其他持份者參與制定基層醫療的發展路向。
- (ii) **繼續加強不同界別的醫療服務提供者之間的合作**，以填補現時服務的不足。我們可透過社區健康中心和健康城市計劃等地區平台加強這方面的合作。
- (iii) **繼續發展電子健康記錄互通系統**以支援資訊互通，有助發展更佳的基層醫療服務。
- (iv) 政府會因應醫療改革的整體進度，包括輔助醫療融資安排，以及可用於醫療護理方面的資源，**提供資源以支援基層醫療服務的長遠發展**。

## 第 8 章 成立基層醫療統籌處

8.1 發展基層醫療需要長遠和持續的承擔，因而需要前文各章所述持續及妥善協調的策略和行動。於衛生署成立的基層醫療統籌處（統籌處），會支援和協調本港基層醫療的發展，推行基層醫療發展策略及行動，以及協調衛生署、醫管局、私營醫療界別、非政府機構和其他醫療服務提供者之間的工作。專責的統籌處會提供所需的人手支援，統籌各項計劃的推行以加強基層醫療，並為成功推行基層醫療策略提供所需的專業知識和經驗。

8.2 為促進更有效的協調，並確保有適當的專業知識，以發展和推行基層醫療措施，統籌處會由來自食物及衛生局、衛生署和醫管局的職員及醫護專業人員聯合組成。

8.3 基層醫療工作小組、食物及衛生局、統籌處、公私營醫療界別和其他醫療服務提供者在基層醫療方面分別擔當的角色如下 —

- (a) 基層醫療工作小組（由食物及衛生局局長擔任主席）— 就加強和發展本港基層醫療服務提供策略性方向；
- (b) 食物及衛生局 — 根據基層醫療工作小組所提出的方針，制訂基層醫療政策和考慮資源方面的需求，並監督基層醫療發展策略的落實情況；
- (c) 統籌處 — 支援食物及衛生局制訂基層醫療的政策和策略發展，並協調衛生署、醫管局、私營醫療服務提供者和其他相關持份者，以落實各項加強基層醫療的政策和措施；以及
- (d) 衛生署、醫管局、私營醫療界別及其他醫療服務提供者 — 向市民提供基層醫療服務。

### 統籌處的職責

8.4 統籌處的主要任務是進一步發展和落實本港基層醫療發展的策略，包括本文件所概述的策略。統籌處的主要職能包括 —

- (a) 協調衛生署、醫管局、私營醫療服務提供者及其他持份者，按照食物及衛生局的督導推行加強基層醫療的全民政策和策略；
- (b) 規劃和監督公眾教育工作，持續推廣良好的基層醫療；

- (c) 參考適切的專業意見，發展和推廣基層醫療概念模式，主要疾病的臨床參考概覽，以及不同年齡組別的預防性的參考概覽；
- (d) 建立和更新《基層醫療指南》；
- (e) 探討、規劃和推行不同的基層醫療服務提供模式，包括透過與公私營醫療界別和非政府機構協作，在社區內設立社區健康中心或社區健康中心網絡；
- (f) 支援基層醫療服務提供者的發展，以及為醫護專業人員提供以基層醫療為本的培訓；
- (g) 進行和統籌研究計劃，以評估本港市民對基層醫療服務的需求，並與獨立的評核機構合作，評估改革措施的成效；以及
- (h) 為基層醫療工作小組轄下的專責小組提供秘書處服務。

8.5 為讓更多的相關持份者，在制訂加強基層醫療的措施方面有更大的參與，基層醫療工作小組會成立不同的專責小組和小組，負責規劃和進行特定的工作以強化基層醫療服務，例如設立社區健康中心和發展基層牙科護理服務。我們亦成立了臨床諮詢小組，負責檢討現有的和制訂新的概念模式和參考概覽，以及就研究工作和試驗計劃的評估提出意見。

8.6 藉着發表基層醫療發展策略文件的機會，統籌處將開展以醫護專業人員和公眾為對象的大型基層醫療推廣運動。例如，我們會與醫護專業人員和病人組織會面，舉辦座談會，以及透過各個傳媒進行推廣工作。我們的目標包括提高公眾對基層醫療在預防和治理疾病方面的重要性的認識，鼓勵公眾採納良好基層醫療的核心價值和對促進健康持積極的態度，以及呼籲和鼓勵醫療專業團體參與推廣優質的基層醫療服務。透過持續和協調的健康教育和推廣措施，可以延續此推廣運動的動力，將市民的意識轉化為行動，以達到改變個別人士和醫療服務提供者的行為的目標。

## 第9章 總結

9.1 為應付慢性疾病的流行、人口老化加劇和醫療科技日益進步所帶來的挑戰，**醫療系統正進入改變的前線**。目前有迫切需要為醫療系統重新訂定方向並加以完善，在社區內提供市民可隨時得到、全面、協調及作為首個接觸點的基層醫療服務，而這些服務須具持續性、以預防為方針和以人為本。要發展優質的基層醫療服務，有需要加強在組織架構、基礎設施、專業發展和社區層面的支援。

9.2 需要改善之處實在不少。很多措施（包括但不限於本文件所述的措施）都正在持續進行。香港醫療系統的長遠發展和改善需要各界通力合作。專家和主要持份者的寶貴貢獻固然重要，每一位香港市民的意見亦不可或缺。儘管現有系統十分複雜，我們正邁步前進，以滿足公眾對醫療服務的需求和期望，但要實現願景，仍需繼續努力。

9.3 本文件概述了香港基層醫療發展的策略，並特別提出需要改善的重要範疇。政府會繼續負責統籌和支援改革的進程，以發展更佳的醫療系統和促進市民的健康。只有透過全體的參與，我們才能夠建立一個具成果、有效率、可持續、並能就香港市民不斷轉變的需要作出迅速回應的基層醫療系統。

9.4 我們會根據所得的經驗和有關試驗計劃的評估，從現時起計每四至五年全面檢討整體的基層醫療發展策略。政府會透過基層醫療統籌處協調檢討工作，並透過基層醫療工作小組繼續邀請持份者參與檢討過程，以期發展一個更佳的醫療系統。

## 附件 A

在第一階段公眾諮詢中社會對基層醫療服務及服務提供模式改革措施的回應意見<sup>48</sup> —

**公眾及醫護專業人員普遍支持以下各點：**

- 有迫切需要改革現時的醫療制度並提高醫療服務的能力和質素
- 政府應牽頭改革醫療系統，並同時保留現有的長處，包括全體市民都可使用公營醫療服務
- 有需要對醫療制度的各個相關部分進行全面改革，使其得以持續發展
- 支持加強基層醫療服務的方向，以及改善現有基層醫療服務和加強着重預防性護理服務的建議，包括制訂基層醫療服務的基本模式、設立家庭醫生名冊、資助市民接受預防性護理、改善公營基層醫療服務，以及加強公共衛生教育
- 投放更多資源來發展全面、全人和終身的基層醫療服務，並特別着重在社區預防疾病
- 政府在基層醫療服務上應擔當更重要的角色，尤其於確保服務水準和質素方面
- 醫護專業人員普遍支持基層醫療服務改革的方向，各醫護專業均認為他們可在基層醫療服務中發揮作用，包括建議的基層醫療服務基本模式和家庭醫生名冊；而不少醫護專業均認為家庭醫生名冊所列專業不應只限於西醫
- 一些社區組織認同基層醫療服務、社區醫療服務和社區內的社會服務（特別是安老服務）需要互相緊密協作和銜接。不少社區組織亦認同透過社區網絡加強基層醫療服務（例如推廣健康生活方式）的重要性
- 市民普遍支持推動公私營醫療協作的改革方向，認為可促進公私營界別之間的良性競爭和合作，為市民提供更具成本效益的服務和更多服務選擇，亦有提交意見的人士／團體認為公私營協作應提供更具成本效益的方式，以縮短公營服務的輪候時間
- 醫護專業人員普遍歡迎推動公私營協作的建議，並認為政府應同時承諾支持私營醫療界別的發展
- 大部分人士支持發展電子健康記錄互通的建議，認為這樣既可避免重複檢驗，也能促進不同醫護專業人員的互相協作，從而提高醫療服務的效率和質素，對病人有利

**關注範疇：**

- 醫護專業人員對於提供全面基層醫療服務的適切模式，包括不同醫護專業人員所擔當的角色，均有不同意見。有些醫護專業人員對公私營界別為市民提供基層醫療服務時所擔當的角色表示關注
- 有些提交意見的人士／團體關注推動公私營協作可能令公營醫療界別所獲資源減少，並擔心低收入人士及弱勢社羣的醫療服務會受到影響，導致他們得到的醫療服務被進一步分割
- 有部分醫護專業人員擔心公私營協作可能導致不公平競爭，或會干擾私營醫療市場現行的運作
- 有些消費者和病人組織要求公私營協作模式須受到適當的監管和具透明度
- 有些醫護專業人員關注到推行電子健康記錄互通系統費用高昂，以及對他們現有的運作模式的影響。醫護專業人員大都認為，政府應牽頭投放資源，把電子健康記錄互通發展為基礎設施，並應提供誘因和支援，以鼓勵執業者提供同樣設施

在服務改革方面，亦有市民提出多項需要關注的相關事項，包括：

- » 醫護專業人員的人手及培訓
- » 私營醫療界別的服務能力，以及所提供服務的透明度、質素和水平
- » 發展特定的醫療服務範疇，包括中醫藥、牙科服務、精神健康服務、療養服務及長期醫療護理
- » 醫療系統的組織架構

## 附件 B

### 健康與醫療發展諮詢委員會 基層醫療工作小組

#### 職權範圍

1. 健康與醫療發展諮詢委員會轄下的基層醫療工作小組(簡稱“工作小組”),由食物及衛生局局長擔任主席(食物及衛生局副局長為候補主席),成員來自公營和私營界別,負責就如何落實醫療改革諮詢文件《掌握健康 掌握人生》中所提出各項與加強香港基層醫療服務有關的建議,向健康與醫療發展諮詢委員會提出建議。
2. 具體而言,工作小組的職責包括就以下事宜向健康與醫療發展諮詢委員會提出建議:
  - (a) 制訂符合本地情況和可行的基層醫療服務模式,着重以預防性護理作為全面基層醫療服務的核心組成部分。
  - (b) 為特定年齡組別和性別的人士制訂基層醫療臨床指引,供公營和私營界別的醫護專業人員和病人參考。
  - (c) 制訂基層醫療指南,以推動家庭醫生概念,並為病人提供足夠資訊,以助尋找為病人提供全面基層醫療服務的醫療服務提供者。
  - (d) 制訂策略,以便向公眾及醫護專業人員推廣建議的服務模式、參考概覽和基層醫療指南,以及分別鼓勵他們使用和遵循。
  - (e) 就建立和維護服務模式、參考概覽和指南制訂所需的體制架構和機制,包括必要的培訓要求。
  - (f) 制訂由不同醫護專業人員參與向公眾提供全面基層醫療服務的營運模式,例如“社區健康中心”的概念。
  - (g) 任何其他與促進和加強基層醫療服務相關的事宜。
3. 工作小組可成立專責小組以進行任何上述任務和制訂相關方案,供工作小組向健康與醫療發展諮詢委員會提出建議。食物及衛生局會為工作小組提供秘書處服務,而衛生署的基層醫療統籌處會為工作小組轄下的專責小組提供秘書處服務。

**健康與醫療發展諮詢委員會  
基層醫療工作小組  
成員名單**

<b>主席</b>	食物及衛生局局長 周一嶽醫生
<b>候補主席</b>	食物及衛生局副局長 梁卓偉教授
<b>食物及衛生局</b>	食物及衛生局常任秘書長（衛生） 李淑儀女士
<b>成員</b>	<p>美國友邦保險（百慕達）有限公司 康護服務部、團體保險及信貸壽險副總裁 陳秀荷女士</p> <p>衛生署助理署長（家庭及長者健康服務） 陳慧敏醫生</p> <p>養和醫院副院長 婦女健康及產科部主管 陳煥堂醫生</p> <p>卓健亞洲有限公司行政總裁 執行董事及卓健醫療服務董事總經理 徐旺仁醫生</p> <p>香港浸信會醫院行政總監 陳崇一醫生</p> <p>病人互助組織聯盟外務副主席 張德喜先生</p> <p>醫院管理局瑪麗醫院及葛量洪醫院 老人科主任及顧問醫生 朱亮榮醫生</p> <p>醫院管理局家庭醫學及基層醫療服務主管及統籌兼港島東 聯網社區服務副總監 朱偉星醫生</p> <p>醫院管理局總行政經理（專職醫療） 鍾慧儀女士</p>

	<p>醫院管理局總護理行政經理 馮玉娟女士</p>
	<p>香港中文大學醫學院公共衛生及基層醫療學院院長 公共衛生講座教授 葛菲雪教授</p>
	<p>匯豐保險(亞洲)有限公司醫療及團體人壽總經理 何錦霞女士</p>
	<p>康健國際控股有限公司財務總裁兼執行董事 許家驊醫生</p>
	<p>香港大學家庭及基層醫療學系主任及教授 林露娟教授</p>
	<p>消費者委員會總幹事 劉燕卿女士</p>
	<p>聖保祿醫院家庭醫學專科醫生 李弘逸醫生</p>
	<p>香港牙醫學會會長 梁世民醫生</p>
	<p>家庭醫學專科醫生 智經研究中心理事 李國棟醫生</p>
	<p>香港浸會大學中醫藥學院院長 劉良教授</p>
	<p>醫院管理局策略發展總監 羅思偉醫生</p>
	<p>皮膚科及性病科專科醫生 史泰祖醫生</p>
	<p>香港醫學會前任會長 謝鴻興醫生</p>
	<p>香港家庭醫學學院前任院長 蔡惠宏醫生</p>

	<p>Head, Corporate Medical Scheme Service 韋予力醫生醫務所 黃白傑醫生</p> <p>香港理工大學副校長（管理） 汪國成教授</p> <p>香港理工大學副校長（管理） 汪國成教授</p> <p>西醫工會會長 楊超發醫生</p>
--	--

### 基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組 成員名單

<b>召集人</b>	<p>香港中文大學醫學院公共衛生及基層醫療學院院長 公共衛生講座教授 葛菲雪教授</p>
<b>成員</b>	<p>醫院管理局新界西聯網服務總監（社區醫療） 區仕仁醫生</p> <p>香港大學思源基金健康及社會工作學教授 行為健康教研中心總監 社會工作及社會行政系教授 陳麗雲博士</p> <p>衛生署助理署長（家庭及長者健康服務） 陳慧敏醫生</p> <p>養和醫院副院長 婦女健康及產科部主管 陳煥堂醫生</p> <p>卓健亞洲有限公司行政總裁 執行董事及卓健醫療服務董事總經理 徐旺仁醫生</p> <p>病人互助組織聯盟外務副主席 張德喜先生</p>

衛生署助理署長（健康促進） 程卓端醫生
醫院管理局瑪麗醫院及葛量洪醫院 老人科主任及顧問醫生 朱亮榮醫生
醫院管理局家庭醫學及基層醫療服務主管及統籌兼港島東 聯網社區服務副總監 朱偉星醫生
醫院管理局總行政經理（專職醫療） 鍾慧儀女士
醫院管理局總護理行政經理 馮玉娟女士
康健國際控股有限公司財務總裁兼執行董事 許家驊醫生
香港大學家庭醫學及基層醫療學系主任及教授 基層醫療指南專責小組召集人 林露娟教授
醫院管理局新界東聯網家庭醫學部門主管 林璨醫生
香港牙醫學會會長 梁世民醫生
衛生署首席醫生（家庭健康服務） 梁士莉醫生
衛生署衛生防護中心監測及流行病學處主任 梁挺雄醫生
家庭醫學專科醫生 智經研究中心理事 李國棟醫生 香港浸會大學中醫藥學院院長 劉良教授
醫院管理局策略發展總監 羅思偉醫生

	<p>皮膚科及性病科專科醫生 史泰祖醫生 基層醫療服務模式專責小組召集人</p> <p>香港醫學會前任會長 謝鴻興醫生</p> <p>香港家庭醫學學院前任院長 蔡惠宏醫生</p> <p>香港理工大學副校長（管理） 汪國成教授</p> <p>醫院管理局港島東聯網 家庭醫學及基層醫療服務副顧問醫生 黃望斯醫生</p> <p>香港理工大學醫療及社會科學院院長 胡志城教授</p> <p>西醫工會會長 楊超發醫生</p> <p>東區尤德夫人那打素醫院 兒童及青少年科名譽顧問醫生 楊允賢醫生</p>
--	--

### 基層醫療指南專責小組 成員名單

<b>召集人</b>	香港大學家庭醫學及基層醫療學系主任及教授 林露娟教授
<b>成員</b>	<p>私人執業醫生 陳潔玲醫生</p> <p>衛生署助理署長（家庭及長者健康服務） 陳慧敏醫生</p> <p>養和醫院副院長 婦女健康及產科部主管 陳煥堂醫生</p>

	<p>香港醫學組織聯會前任會長 醫院管理局新界西聯網 腦神經外科部門主管及腦神經外科顧問 方道生醫生</p>
	<p>腎病科專科醫生 香港醫學會會董 何仲平醫生</p>
	<p>兒科專科醫生 藍章翔醫生</p>
	<p>醫院管理局新界東聯網家庭醫學部門主管 林璨醫生</p>
	<p>香港牙科醫學院全科牙科委員會主席 香港牙醫學會名譽秘書 李健民醫生</p>
	<p>聖保祿醫院家庭醫學專科醫生 李弘逸醫生</p>
	<p>婦產科專科醫生 梁鳳霞醫生</p>
	<p>婦產科專科醫生 梁鳳霞醫生</p>
	<p>家庭醫學專科醫生 智經研究中心理事 李國棟醫生</p>
	<p>香港醫務委員會執照醫生協會會長 西醫工會會董 香港醫學會會董 李深和醫生</p>
	<p>香港浸會大學中醫藥學院院長 劉良教授</p>
	<p>家庭醫學專科醫生 羅黃韻菁醫生</p>
	<p>香港醫學會前任會長 謝鴻興醫生</p>

	<p>香港家庭醫學學院前任院長 蔡惠宏醫生</p> <p>香港理工大學醫療及社會科學院院長 胡志城教授</p> <p>西醫工會會長 楊超發醫生</p>
--	---

### 基層醫療服務模式專責小組 成員名單

<b>召集人</b>	<p>皮膚科及性病科專科醫生 史泰祖醫生</p>
<b>成員</b>	<p>香港大學思源基金健康及社會工作學教授 行為健康教研中心總監 社會工作及社會行政系教授 陳麗雲博士</p> <p>美國友邦保險(百慕達)有限公司 康護服務部、團體保險及信貸壽險副總裁 陳秀荷女士</p> <p>衛生署助理署長(家庭及長者健康服務) 陳慧敏醫生</p> <p>養和醫院副院長 婦女健康及產科部主管 陳煥堂醫生</p> <p>卓健亞洲有限公司行政總裁 執行董事及卓健醫療服務董事總經理 徐旺仁醫生</p> <p>香港浸信會醫院行政總監 陳崇一醫生</p> <p>病人互助組織聯盟外務副主席 張德喜先生</p> <p>腎病科專科醫生 香港醫學會會長 蔡堅醫生</p>

	<p>醫院管理局瑪麗醫院及葛量洪醫院 老人科主任及顧問醫生 朱亮榮醫生</p>
	<p>醫院管理局家庭醫學及基層醫療服務主管及統籌兼港島東 聯網社區服務副總監 朱偉星醫生</p>
	<p>匯豐保險(亞洲)有限公司醫療及團體人壽總經理 何錦霞女士</p>
	<p>康健國際控股有限公司財務總裁兼執行董事 許家驊醫生</p>
	<p>家庭醫學專科醫生 香港家庭醫學學院前任院長 葉傑權醫生</p>
	<p>基督教靈實協會行政總裁 林正財醫生</p>
	<p>香港大學家庭醫學及基層醫療學系主任及教授 基層醫療指南專責小組召集人 林露娟教授</p>
	<p>醫院管理局新界東聯網家庭醫學部門主管 林璨醫生</p>
	<p>消費者委員會總幹事 劉燕卿女士</p>
	<p>聖保祿醫院家庭醫學專科醫生 李弘逸醫生</p>
	<p>香港牙醫學會會長 梁世民醫生</p>
	<p>家庭醫學專科醫生 智經研究中心理事 李國棟醫生</p>
	<p>香港醫務委員會執照醫生協會會長 西醫工會會董 香港醫學會會董 李深和醫生</p>

	<p>香港浸會大學中醫藥學院院長 劉良教授</p> <p>醫院管理局策略發展總監 羅思偉醫生</p> <p>醫院管理局高級行政經理（轉型計劃） 冼藝泉醫生</p> <p>基督教聯合那打素社康服務醫護總監 唐少芬醫生</p> <p>香港醫學會前任會長 謝鴻興醫生</p> <p>香港家庭醫學學院前任院長 蔡惠宏醫生</p> <p>Head, Corporate Medical Scheme Service 韋予力醫生醫務所 黃白傑醫生</p> <p>香港理工大學副校長（管理） 汪國成教授</p> <p>醫院管理局港島東聯網 家庭醫學及基層醫療服務副顧問醫生 黃望斯醫生</p> <p>香港理工大學醫療及社會科學院院長 胡志城教授</p> <p>西醫工會會長 楊超發醫生</p>
--	---

## 參考文獻：

1. The World Health Report 2008, Primary Health Care - Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Primary Care: America's Health in a New Era. Institute of Medicine (1996). Washington DC: National Academy Press; 1996.
3. Department of Health. Primary Care. Department of Health, UK. 23 Oct 2009. Available from: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/index.htm>
4. Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978, World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization; 1978.
5. Primary health care, including health system strengthening. 62nd World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2009.
6. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. WONCA Europe; 2005.
7. Definition: Primary Care. American Association of Family Physicians; 2010. Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/primarycare.html#Parsys0002>
8. About primary health care. Health care system. Health Canada; 2006. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-eng.php>
9. Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
10. Donaldson LJ, Scally G. Donaldsons' Essential Public Health. 3rd Edition. Abingdon: Redcliff Publishing Limited; 2009.
11. Hong Kong's Domestic Health Account. Estimates of Domestic Health Expenditure 1989/90-2006/07. Hong Kong SAR: Food and Health Bureau. Available from: <http://www.fhb.gov.hk/statistics/en/dha.htm>
12. Thematic Household Survey Report No. 41. Hong Kong SAR: Census and Statistics Department; 2009.
13. Leung GM, Wong IOL, Chan WS, Choi S, Lo SV on behalf of the Health Care Financing Study Group. The ecology of health care in Hong Kong. *Social Science and Medicine* 2005;61(3):577-590.

14. A study on the requirements of medical services of elderly citizens in Hong Kong. Hong Kong SAR: Hong Kong Academy of Medicine; 2009.
15. Saltman RB, Rico A, Boerma W. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Primary care in the driver's seat? Berkshire: Oxford University Press; 2006.
16. The Harvard Team. Improving Hong Kong's health care system: Why and for whom? Hong Kong SAR: Health and Welfare Bureau; 1998.
17. Health and Medical Development Advisory Committee. Building a healthy tomorrow - Discussion paper on the future service delivery model for our healthcare system. Hong Kong SAR: Health, Welfare and Food Bureau; 2005.
18. Leung GM, Bacon-Shone J, editors. Hong Kong 's health system - reflections, perspectives and visions. Hong Kong SAR: Hong Kong University Press; 2006.
19. Census and Statistics Department. Population and Vital Events: Table 002. Population by Age Group and Sex. Hong Kong SAR: Census and Statistics Department. 11 February 2010. Available from: [http://www.censtatd.gov.hk/hong\\_kong\\_statistics/statistical\\_tables/index.jsp?charsetID=1&tableID=002](http://www.censtatd.gov.hk/hong_kong_statistics/statistical_tables/index.jsp?charsetID=1&tableID=002)
20. Census and Statistics Department. Hong Kong Population Projection 2010-2039. Hong Kong SAR: Census and Statistics Department; 2010.
21. Data from the Hospital Authority; Hong Kong SAR: Hospital Authority; 2009.
22. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
23. 2008-2013 Action Plan for Global Strategy for Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2008.
24. The Global Burden of Diseases, 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008.
25. Department of Health. Report on Population Health Survey 2003/04. Hong Kong SAR: Department of Health; 2005.
26. Thematic Household Survey Report No. 40. Hong Kong SAR: Census and Statistics Department; 2009.
27. Leung GM, Tin KYK, Chan WS. Hong Kong's health spending projections through 2033. Health Policy 2007;81(1):93-101.

28. Starfield B, Shi LY, Macinko J. Contribution of primary care to health system and health. *Milbank Quarterly* 2005;83(3):457-502.
29. Macinko J, Starfield B, Shi LY. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970 - 1998. *Health Services Research* 2003;38(3):831-865.
30. Hill A, Griffiths S, Gillam S. *Public Health and Primary Care, Partners in Population Health*. New York: Oxford University Press; 2007.
31. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic disease. The Chronic Care Model Part 2. *JAMA* 2002;288(15):1909-1914.
32. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Health Evidence Network, World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen: World Health Organization; 2004.
33. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-1133.
34. Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucs TD. Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60(1):24-30.
35. Singh D. Policy brief: How can disease management programmes operate across settings and care providers? Health Evidence Network report. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2008.
36. Primary health care reform in Australia. Report to support Australia's first national primary health care strategy. Barton: Department of Health and Ageing, Australian Government; 2009.
37. NHS London - Strategic plan. London: NHS London; 2008. Available from: <http://www.london.nhs.uk/publications/corporate-publications/nhs-london-strategic-plan>
38. The primary health care strategy. Wellington: Ministry of Health, New Zealand; 2001.
39. Rosenthal TC. *The Medical Home: Growing Evidence to Support a New*

- Approach to Primary Care. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2008;21(5):427-440.
40. Lam TP, Wun YT, Goldberg D, Li KTD, Yip KC, Lam KF. Is there a need to promote family medicine concept in Hong Kong? Meeting the need for recognition and treatment of depression as a model. Central Policy Unit. Hong Kong SAR Government; 2008.
  41. Lam CLK, Leung GM, Mercer SW, Fong DYT, Lee A, Lam TP et al. Choice, determinants, pattern and outcomes of utilisation of primary care services in Hong Kong - the Role of the Family Doctor. Final Report. Studies in Health Services. SHS-P-10. Food and Health Bureau, Hong Kong SAR Government; 2009.
  42. Mercer SW, Griffiths SM, Lam CLK, Lee A, Wong WCW, Lam TP et al. Incentives and barriers to adopting the family doctor model in Hong Kong: an in-depth qualitative study of the views, knowledge, and attitudes of patients. Final Report. Studies in Health Services. SHS-P-02. Food and Health Bureau, Hong Kong SAR Government; 2008.
  43. Lo YYC, Lam CLK, Mercer SW, Fong DYT, Lee A, Lam TP et al. Morbidity and management patterns of community-based primary health care services in Hong Kong. Final Report. Studies in Health Services. SHS-P-11. Food and Health Bureau, Hong Kong SAR Government; 2009.
  44. Lam CLK, Lo YYC, Mercer SW, Griffiths S. Choice, determinants, patterns and outcomes of utilisation of primary care services in Hong Kong- the role of the Family Doctor. Joint Final Report. Studies in Health Services. SHS-P-02, SHS-P-10, SHS-P-11. Food and Health Bureau, Hong Kong SAR Government; 2009.
  45. Working Party on Primary Health Care. *Health for All, the Way Ahead*. Hong Kong: Hong Kong Government; 1990.
  46. *Lifelong investment in health: Consultation document on health care reform*. Hong Kong SAR: Health and Welfare Bureau; 2000.
  47. Food and Health Bureau. 'Your Health Your Life' Healthcare Reform Consultation Document. Hong Kong SAR: Food and Health Bureau; 2008.
  48. Food and Health Bureau. Report on first stage public consultation on healthcare reform 'Your Health, Your Life'. Hong Kong SAR: Food and Health Bureau; 2008.

49. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL et al. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Annals of Family Medicine* 2004;2(Suppl 1):S3-S32.
50. Hung DY, Rundall TG, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA, Crabtree BF. Rethinking prevention in primary care: Applying the chronic care model to address health risk behaviours. *Milbank Quarterly* 2007;85(1):69-91.
51. Fisher ES. Building a Medical Neighborhood for the Medical Home. *New England Journal of Medicine* 2008;359(12):1202-1205.
52. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3 Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD001481.pub2.
53. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner E, van Eijk JT, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD001481. DOI: 10.1002/14651858.CD001481.
54. Stott DJ, Langhorne P, Knight PV. Multidisciplinary care for elderly people in the community. *Lancet* 2008;371(9614):699-700.
55. World Health Organization. *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: World Health Organization; 2006.
56. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. *A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006 - 2015*. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2006.
57. Siu AMH, Chan CCH, Poon PKK, Chui DYY, Chan SCC. Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. *Patient Education and Counseling* 2007;65(1):42-50.
58. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review. *Annals of Family Medicine* 2005;3(2):159-166.
59. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2003;327(7425):1219-1221.

60. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is 'continuity of care'? *Journal of Health Services Research and Policy* 2006;11(4):248-250.
61. American Academy of Family Physicians. Definition of continuity of care. American Academy of Family Physicians; 2010. Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/c/continuityofcaredefinition.html>
62. Buetow SA. Towards a New Understanding of Provider Continuity. *Annals of Family Medicine* 2004;2(5):509-511.
63. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. OECD Health Working Paper No. 30. Improved health system performance through better care co-ordination. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007.
64. Healthcare for London: A framework for action. 2nd Edition. London: NHS London; 2007.
65. Walley J, Lawn JE, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet* 2008;372(9642):1001-1007.
66. Leung GM, Lam KS. Diabetic complications and their implications on health care in Asia. *Hong Kong Medical Journal* 2000;6(1):61-68.
67. Promoting Health in Hong Kong: A Strategic Framework for Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Hong Kong SAR: Department of Health; 2008.
68. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global Burden of Disease and Risk Factors 2006. Geneva: World Health Organization; 2006.
69. Number of deaths by leading causes of death 2001-2008 (based on ICD-10 Classification). Centre for Health Protection. Hong Kong SAR: Department of Health; 2009. Available from: [http://www.chp.gov.hk/data.asp?lang=en&cat=4&dns\\_sumID=380&id=27&pid=10&ppid=](http://www.chp.gov.hk/data.asp?lang=en&cat=4&dns_sumID=380&id=27&pid=10&ppid=)
70. Janus ED, editor. Hong Kong Cardiovascular Risk Factor Prevalence Study, 1995-1996. Hong Kong: Department of Clinical Biochemistry, The University of Hong Kong; 1997.
71. van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. *Lancet* 2008;372(9642):871-872.

72. Novotny TE. Preventing chronic disease, everybody's business. In: Nolte E, McKee M, editors. Caring for people with chronic conditions - A health system perspective European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2008.
73. Part Three: What works ? The evidence for action. Preventive chronic disease, a vital investment. World Health Organization and the Public Health Agency of Canada. Available from: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/part3.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/part3.pdf)
74. Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P, Paavola M, editors. The North Karelia Project: From North Karelia to national action. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2008.
75. Kong APS, Yang X, Ko GTC, So WY, Chan WB, Ma RCW et al. Effects of Treatment Targets on Subsequent Cardiovascular Events in Chinese Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2007;30(4):953-959.
76. Prevention of cardiovascular disease: Pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007.
77. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 2001;30(3):427-432.
78. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* 1981;282(6279):1847-1851.
79. Boyle R. Coronary heart disease 10 years on: Improving Heart Care. National Service Framework. Department of Health; 29 April 2007. Available from: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_074233.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_074233.pdf)
80. Report of Cancer Expert Working Group on Cancer Prevention and Screening. Hong Kong SAR: Department of Health; 2001. Available from: <http://www.chp.gov.hk/FILES/pdf/grp-cancer-cewg-en-20050121.pdf>
81. World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: American Institute for Cancer Research; 2007.

82. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002;4(1):5-7.
83. Hu FB, Willett WC. Optimal Diets for Prevention of Coronary Heart Disease. *JAMA* 2002;288(20):2569-2578.
84. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P et al. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *New England Journal of Medicine* 2001;344(18):1343-1350.
85. Maxwell RJ. Quality assessment in health. *British Medical Journal* 1984;288(6428):1470-1472.
86. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care* 1992;1(3):171-177.
87. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine* 2001;53(9):1149-1162.
88. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2000.
89. Wyszewianski L. Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Services Research* 2002;36(6):1441-1443.
90. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R et al. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy* 2002;7(3):186-188.
91. Joint Principles of the Patient Centered Medical Home. American Academy of Family Physicians (AAFP), American Academy of Pediatrics (AAP), American College of Physicians (ACP), American Osteopathic Association (AOA); February 2007. Available from: <http://www.pcpcc.net/content/joint-principles-patient-centered-medical-home>
92. Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Horowitz S, Bennett SS et al. Patient-centered Care - Improvement Guide. Derby: Planetree Inc., Camden: Picker Institute Inc.; 2008. Available from: <http://www.planetree.org/Patient-Centered%20Care%20Improvement%20Guide%2010.10.08.pdf>

93. Lau DH. Patient empowerment - a patient centred approach to improve health. *Hong Kong Medical Journal* 2002;8(5):372-374.
94. Institute for Healthcare Improvement. Patient Centered Care. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2010. Available from: <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/>
95. Valuing People Now - Person-centred Approaches. London: Department of Health; 2007. Available from: <http://valuingpeople.gov.uk/dynamic/valuingpeople135.jsp>
96. The Patient Centered Medical Home: History, seven core features, evidence and transformational change. Washington DC: The Robert Graham Center; 2007.
97. What is patient centred healthcare? A review of definitions and principles. London: International Patient Organisation Alliance; 2007. Available from: <http://www.patientsorganizations.org/pchreview>
98. World Health Organization. People-centred Healthcare: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization; 2007.
99. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal* 2001;322(7284):444-445.
100. Reid RJ, Fishman PA, Yu O, Ross TR, Tufano JT, Soman MP et al. Patient-Centered Medical Home Demonstration: A prospective, quasi-experimental, before and after evaluation. *American Journal of Managed Care* 2009;15(9):e71-e87.
101. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
102. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Health Evidence Network. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2006.
103. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling* 2007;66(1):13-20.
104. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician* 2005;75(8):1503-1510.
105. Rogers A, Kennedy A, Bower P, Gardner C, Gately C, Lee V et al. The United Kingdom Expert Patients Programme: results and implications from a national evaluation. *Medical Journal of Australia* 2008;189(10 Suppl):S21-S24.

106. Gibson PG, Powell H, Wilson A, Abramson MJ, Haywood P, Bauman A et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; Issue 3. Art. No.: CD001117. DOI: 10.1002/14651858.CD001117.
107. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA* 2002;288(19):2469-2475.
108. Preparing a Workforce for the 21st Century: The Challenge of Chronic Conditions. Geneva: World Health Organization; 2005.
109. Pencheon D, Lawrence D, Dixon A, Griffiths S, Jewell T, Hope T et al. Part 5: Developing health system strategy. In: Pencheon D, Guest C, Melzer D, Gray JAM, editors. *Oxford Handbook of Public Health Practice 2nd Edition*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 374-420.
110. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E et al. Systematic Review: Impact of Health Information Technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine* 2006;144(10):742-752.
111. Blumenthal D, Glaser JP. Information Technology Comes to Medicine. *New England Journal of Medicine* 2007;356(24):2527-2534.
112. Chen C, Garrido T, Chock D, Okawa G, Liang L. The Kaiser Permanente Electronic Health Record: Transforming and streamlining modalities of care. *Health Affairs* 2009;28(2):323-333.
113. Garg AX, Adhikari NKJ, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J et al. Effects of Computerized Clinical Decision Support Systems on Practitioner Performance and Patient Outcomes: A Systematic Review. *JAMA* 2005;293(10):1223-1238.
114. Ko GT, So WY, Tong PC, Le Coguiec F, Kerr D, Lyubomirsky G et al. From design to implementation - The Joint Asia Diabetes Evaluation (JADE) program: A descriptive report of an electronic web-based diabetes management program. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2010;10(1):26.
115. Sullivan F, Wyatt J. *ABC of Health Informatics*. BMJ Books. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.

116. Detmer D. Improving health and health care through informatics. In: Pencheon D, Guest C, Melzer D, Gray JAM, editors. Oxford Handbook of Public Health Practice 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 466-469.
117. Daaleman TP, Elder GH. Family Medicine and the Life Course Paradigm. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2007;20(1):85-92.
118. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs* 2009;28(1):75-85.
119. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs* 2001;20(6):64-78.
120. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 2004; 8(6): Available from: <http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ806.htm>
121. Grol R. Improving the Quality of Medical Care: Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction. *JAMA* 2001;286(20):2578-2585.
122. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies - a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008;14(5):888-897.
123. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005;365(9455):217-223.
124. Global Health Risks - Mortality and burden of diseases attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
125. Hart JT. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *British Journal of General Practice* 1992;42(356):116-119.
126. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002;360(9343):1347-1360.

127. Canadian Heart Health Strategy and Action Plan. Public Health Agency of Canada; 2009. Available from: <http://www.chhs.ca/>
128. International Diabetes Federation. Activity Report 2006/2009. Brussels: International Diabetes Federation; 2009.
129. Diabetes programme. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: <http://www.who.int/diabetes/en/>
130. National Service Frameworks for Coronary Heart Disease. NHS. Department of Health, UK; 2010. Available from: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/Vascular/Coronaryheartdisease/Nationalserviceframework/index.htm>
131. Diabetes Action Now –an initiative of the World Health Organization and International Diabetes Federation. Geneva: World Health Organization; 2004.
132. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health. US Department of Health and Human Services. Bethesda: NHLBI Health Information Center; 2004.
133. NICE Clinical Guidelines. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010. Available from: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG>
134. Disease Prevention and Control Guidelines. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2010. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/dpg-eng.php>
135. Clinical Resources: Guidelines. The Royal Australian College of General Practitioners. Melbourne: RACGP; 2010. Available from: <http://www.racgp.org.au/guidelines>
136. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362(9391):1225-1230.
137. Developing NICE clinical guidelines. National Institute for Health and Clinical Excellence, NHS; 2010. Available from: [http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/developing\\_nice\\_clinical\\_guidelines.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/developing_nice_clinical_guidelines.jsp)
138. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care* 2009;18(5):385-392.

139. Healthcare for London, Polyclinics. London: NHS London; 2009. Available from: <http://www.healthcareforlondon.nhs.uk/polyclinics/>
140. Shah CP, Moloughney BW. A strategic review of the community health centre program. Community and Health Promotion Branch. Ontario: Ministry of Health and Long-term Care; 2001. Available from: [http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry\\_reports/chc\\_stratreview/chc\\_review.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/chc_stratreview/chc_review.html)
141. Adashi EY, Geiger HJ, Fine MD. Health Care Reform and Primary Care - The Growing Importance of the Community Health Center. *New England Journal of Medicine* 2010;362(22):2047-2050.
142. Pan X, Dib H, Wang X, Zhang H. Service utilization in community health centers in China: a comparison analysis with local hospitals. *BMC Health Services Research* 2006;6(1):93.
143. Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *Annals of Family Medicine* 2009;7(4):309-318.
144. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: World Health Organization; 2002.
145. Peterson PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health: World Health Assembly 2007. *International Dental Journal* 2008;58(3):115-121.
146. Oral Health Survey. Hong Kong SAR: Department of Health; 2001.
147. Integrating mental health into primary care: A global perspectives. World Health Organization/ WONCA joint report. Geneva: World Health Organization; 2009.
148. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003;362(9392):1314-1319.
149. Iglehart JK. Prioritizing Comparative-Effectiveness Research - IOM Recommendations. *New England Journal of Medicine* 2009;361(4):325-328.
150. Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global Health and Primary Care Research. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2007;20(6):518-526.
151. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, editors. *Caring for people with chronic conditions –A health system perspective*

- European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2008. p. 64-91.
152. Kwok TCY, Woo J, Lau E, Lee D, Tang C, McGhee S. Community nurse specialists and prevention of hospital readmissions. *Hong Kong Medical Journal* 2007;13(S5):8-12.
  153. Leung ACT. Case-management for at-risk elderly patients – A review. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics* 2006;1(3):150-156.
  154. Chan S, Mackenzie A, Ng DTF, Leung JKY. An evaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing service. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(1):144-156.
  155. Kwok T, Lee J, Woo J, Lee DT, Griffith S. A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17(1):109-117.
  156. Light D, Dixon M. Making the NHS more like Kaiser Permanente. *British Medical Journal* 2004;328(7442):763-765.
  157. Singh D, Ham C. Improving care for people with long-term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham: Health Services and Management Centre and NHS Institute for Innovation and Improvement; 2006.
  158. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA* 2002;288(14):1775-1779.
  159. An NHS and Social Care Model for improving care for people with long term conditions. Department of Health, UK. Available from: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH\\_4965951](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4965951)
  160. International Diabetes Federation. Diabetes prevention: population approach. Available from: <http://www.idf.org/population-approach>
  161. Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yajnik CS, Kuh D et al. Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Geneva: World Health Organization; 2001.

162. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology* 2002;31(2):285-293.
163. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858. CD000165.pub2.
164. Abdullah ASM, Hedley AJ, Chan SSC, Ho WWN, Lam TH. Establishment and evaluation of a smoking cessation clinic in Hong Kong: a model for the future service provider. *Journal of Public Health* 2004;26(3):239-244.
165. Exercise Prescription - Promote Health. Central Health Education Unit. Hong Kong SAR: Department of Health; 2008. Available from: <http://exerciserx.cheu.gov.hk/>
166. Creating a Patient-led NHS: Delivering a NHS Improvement Plan. London: Department of Health; 2005.
167. Bergeson SC, Dean JD. A Systems Approach to Patient-Centered Care. *JAMA* 2006;296(23):2848-2851.
168. World Health Organization. Active Ageing: Towards Age Friendly Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 2004.
169. Modernizing the management of health human resources in Canada: Identifying areas for accelerated change. Report from a National Summit. Toronto: Health Council of Canada; 2005.
170. Davies HTO, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care* 2000;9(2):111-119.
171. World Health Organization. Management of Quality of Care. Geneva: World Health Organization; 2001. Available from: <http://www.who.int/management/quality/en/>
172. Woodward CA. Improving provider skills: strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care, a process of change. Geneva: Evidence and Information for Policy, Department of Organization of Health Services Delivery, World Health Organization; 2000.

173. Quality and Outcomes Framework. Department of Health, UK. 2010. Available from: <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/index.htm>
174. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008;372(9640):728-736.
175. Duckett S, Daniels S, Kamp M, Stockwell A, Walker G, Ward M. Pay for performance in Australia: Queensland's new Clinical Practice Improvement Payment. *Journal of Health Services Research and Policy* 2008;13(3):174-177.
176. Durand-Zaleski I, Obrecht O. France. In: Nolte E, Knai C, McKee M, editors. *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

