

二零一零年三月八日  
資料文件

## 立法會衛生事務委員會 醫療服務改革 - 共同護理計劃

### 目的

本文件旨在向委員闡述政府透過醫院管理局（醫管局）推行的共同護理計劃的詳情，以及其他加強慢性疾病護理支援的基層醫療服務試驗計劃的最新進展。

### 背景

2. 加強基層醫療服務是政府在二零零八年三月至六月進行的第一階段醫療改革公眾諮詢的建議之一，得到市民普遍的支持。行政長官在二零零八年施政報告提出落實一系列加強對長期病患者治理的基層醫療服務試驗計劃，作為醫療服務改革的一部分。政府於二零零九／一零年度開始，透過醫管局陸續推行一系列加強基層醫療服務的試驗計劃，透過跨專業及跨界別合作，加強慢性疾病的治理和對長期病患者的支援，以減低併發症和住院需要。在試驗計劃中，公營、私營醫療界別及／或非政府機構會聯手為長期病患者提供全面和跨專業的醫療服務。

### 計劃目的

3. 共同護理計劃是這一系列試驗計劃的其中一環，為期三年，旨在讓現時於公營醫療系統中跟進病情的長期病患者，可以自行選擇接受由私家醫生提供全面治理。目前，約有超過五十萬名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。

4. 目前正在公營專科門診診所接受治理但病情穩定的長期病患者，可以獲轉介至就近的公營普通科門診診所繼續跟進病情。共同護理計劃為這類病人提供額外私營服務的選擇，讓病人可以選擇其就近屬意的私家醫生跟進病情，接受全面治理並獲得部份資助，並建立持續的醫生病人關係，達到持續全人

護理的目標。公營醫療系統亦會繼續提供支援。

5. 政府希望透過這個試驗計劃，測試由基層醫療工作小組<sup>1</sup>制訂的糖尿病和高血壓的基層醫療概念模式和臨床指引在控制病情方面的有效性、試驗由公私營醫療界別共同護理長期病患者的服務模式、鼓勵私營基層醫療醫生參與預防和治療慢性疾病，以及提升醫療系統為長期病患者提供更全面和持續的治理的能力，從而達致公私營醫療協作，善用公私營醫療界別的資源，令整體醫療系統更有效提升市民健康。

6. 試驗計劃亦可以為在公營醫療系統中接受治理的長期病患者，提供一個在公營服務以外較為靈活的私營服務選擇。計劃會確保該私營服務符合有關慢性疾病的適當護理模式和臨床指引。政府會提供部份資助，公營醫療系統亦會繼續監察病情，為私家醫生及病人提供適當支援，讓病情惡化的病人可以盡快回專科門診診所跟進。政府亦會密切監察計劃的運作及成效，以確保自願參與的長期病患者獲得適切的治理。

## 計劃詳情

### 計劃對象

7. 試驗計劃現階段的首要對象，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。他們必須至少兩年前開始在公營專科門診診所接受糖尿病和高血壓的治理，並經評估後確定為病情穩定，可以在基層醫療層面繼續接受照顧。這包括曾經於公營專科門診診所接受治理，但已被轉介至普通科門診診所繼續跟進的糖尿病和高血壓患者。

### 試行地區

8. 我們會首先於大埔和沙田區試行計劃。所有於大埔和沙田執業的私家醫生均可選擇參與計劃。醫管局會為現時在大埔

---

<sup>1</sup> 健康與醫療發展諮詢委員會轄下基層醫療工作小組，由行政長官在二零零八年施政報告提出，於二零零八年十月重新組成，由食物及衛生局局長主持，成員包括醫療專業界別、學術界別、病人組織及其他持份者的代表，就加強和發展本港基層醫療服務提供策略性意見。工作小組成立了三個專責小組，分別負責研究基層醫療概念模式及臨床指引、《基層醫療指南》及基層醫療服務提供模式。工作小組及專責小組於二零零九年就加強和發展基層醫療服務提出了初步建議，包括制訂及推廣治理個別慢性疾病的臨床指引、建立及推廣《基層醫療指南》，以及制訂方案，在不同地區推行各種試驗計劃，以成立不同服務模式的社區健康中心及網絡，提供更全面的基層醫療服務。

和沙田區的公營專科和普通科門診診所接受治理的糖尿病和高血壓患者的病情進行評估，並會向合資格參加計劃的病人發出邀請信。自願選擇參與計劃的病人，可以在私家醫生名單上選定一名醫生持續跟進其病情，並接受一套由公私營醫療界別共同提供的全面治理服務<sup>2</sup>。至於不選擇參與試驗計劃的病人，則會繼續由醫管局的公營專科或普通科門診診所提供護理。

### 向病人提供的資助

9. 在試驗期內，政府會為每名參與計劃的病人開設一個電子醫療券戶口，以電子醫療券方式存入每年最多 1,400 元資助，包括以下兩項：

#### *(i) 1,200 元的診症／個案管理和藥物資助*

10. 每名參與計劃的病人每年可獲政府提供 1,200 元，以資助由私家醫生提供的診症／個案管理，以及用作治理糖尿病和高血壓的藥物的費用。

11. 參與計劃的醫生需根據由基層醫療工作小組制訂的概念模式及臨床指引，為病人提供全面和持續的護理。私家醫生需向病人每年提供不少於四次的診症(一般情況所需診症為四至六次)，每次診症之間不可以相隔超過四個月，以確保病人得到持續的護理<sup>3</sup>。病人會於私家醫生的診所領取藥物。

12. 在政府 1,200 元資助以外，參與計劃的病人須自行支付私家醫生列明根據既定護理模式及臨床指引提供診治糖尿病和高血壓的服務而需收取的費用及其他任何額外（不獲資助）服務的費用（見下文第 16 至 17 段）。70 歲或以上參加了長者醫療券試驗計劃<sup>4</sup>的病人，可於診症時同時使用共同護理計劃下的資助及長者醫療券。

#### *(ii) 200 元的鼓勵性獎金*

13. 為鼓勵病人更積極和持續地參與慢性疾病的治理，政府會為每名達到預先訂下的健康成效指標和遵從由醫生指定的護

---

<sup>2</sup> 為確保參與計劃的病人可以得到持續治理，他們需要接受同一私家醫生的治理最少一年。一年後如有充份理由，病人可要求轉換私家醫生，醫管局會按個別情況作出安排。

<sup>3</sup> 醫生和病人可以根據臨床需要和病人意願，商討實際的診症次數。

<sup>4</sup> 為期三年的長者醫療券試驗計劃於二零零九年一月一日推出，旨在向 70 歲或以上的長者，每年提供五張面值 50 元的電子醫療券，以資助他們接受私營基層醫療服務。

理要求（例如定時覆診及服用藥物）的病人提供每年最多 200 元的鼓勵性獎金。有關的獎金會於病人參加計劃後每十二個月並且確認達標後，存入合資格領取獎金的病人的電子醫療券戶口內，以供病人日後接受診症時使用<sup>5</sup>。

### 向醫生提供的鼓勵

14. 除此之外，政府會向參與計劃的醫生，為每名在計劃下受其照料的病人，提供每年 200 元的質素鼓勵金，以鼓勵醫生按照指定的程序指標（例如定期量度血壓和體重及每年進行健康風險評估），為病人提供治理。醫生必須達到所有程序指標，方可收取有關金額。鼓勵金將於有關病人參加計劃後每十二個月並且確認達標後，向其醫生發放。

15. 醫管局將提供根據基層醫療工作小組所制訂的臨床指引，以及一份列明所有程序指標和健康成效指標的清單，供參與計劃的醫生參考。

### 醫生收取費用安排

16. 參與計劃的私家醫生需要事先公開他們在資助金額以外，預算每年向病人收取用以診治糖尿病和高血壓的費用。私家醫生如要更改收費，必須事先通知當局。私家醫生亦需在電子系統內記錄收取病人任何用以診治糖尿病和高血壓的服務收費（見下文第 20 段）。

17. 參與計劃的病人可以選擇接受由有關私家醫生提供在共同護理計劃範圍以外或與糖尿病和高血壓的治理無關的服務，但有關服務將不會獲得資助，病人需自行全數繳付私家醫生收取的費用。

### 其他配套服務

18. 除了接受自選私家醫生提供的診症／個案管理和藥物外，參與計劃的病人可以按臨床指引的規定和有關私家醫生的轉介，接受由醫管局提供的化驗服務和健康風險評估。私家醫生可以視乎臨床診斷，轉介病人到醫管局接受與糖尿病和高血壓的治理相關的額外化驗服務，而醫管局不會額外收費。

---

<sup>5</sup> 獎金可用於與糖尿病和高血壓相關的治理，以及其他慢性疾病和偶發性疾病的治理。

19. 為了向病人提供全面的跨專業醫護服務，私家醫生可轉介病人參加下文第 26 至 27 段所述、由醫管局推行的跨專科的健康風險評估及跟進護理計劃和病人自強計劃。假如病人出現併發症或其他問題需要專科評估，私家醫生可以按需要把病人轉介回公營專科門診診所及早作出跟進。

### 電子系統

20. 參與計劃的私家醫生需要透過電子系統，輸入病人的診症資料，並與醫管局的臨床管理系統互通病人的健康記錄。此外，醫生需要輸入與糖尿病和高血壓的治理相關的服務及其收費，包括處方醫管局藥物名冊內的藥物、名冊以外的藥物和化驗服務。醫生亦需要利用系統提供用以評估程序指標以及健康成效指標的資料。

### 向醫生提供的支援

21. 醫管局會舉辦培訓活動和交流會，以提升私家醫生為長期病患者提供全面和持續治理的能力，並藉此促進公私營醫療界別的溝通和經驗分享。

## **計劃評估**

22. 醫管局會邀請獨立的評核機構，在計劃試驗期內持續評估計劃的安排和成效。政府會因應評估的結果及從試驗計劃中所取得的經驗，考慮是否需要改善計劃和把計劃推廣至其他區域。

## **實施計劃**

23. 食物及衛生局聯同醫管局新界東聯網，經已諮詢大埔及沙田區內執業的私家醫生及有關醫生組織對有關計劃的意見，現時試行計劃安排已顧及私家醫生的意見。醫管局計劃在二零一零年三月開始，邀請於大埔和沙田執業的私家醫生參與共同護理計劃。另一方面，醫管局正著手制訂合資格參與計劃的病人名單，並計劃於二零一零年四月起，分批向合資格的病人發出邀請信及安排簡介會介紹計劃詳情。

24. 醫管局將於大埔雅麗氏何妙齡那打素醫院和沙田威爾斯親王醫院設立服務台及電話熱線，讓市民、病人及私家醫生查詢計劃的詳情，並向參與計劃的人士提供支援。

### **其他加強支援長期病患者的試驗計劃**

25. 除了上述的共同護理計劃外，政府已經透過醫管局陸續開展以下幾個加強對長期病患者治理的基層醫療服務試驗計劃，在社區內公私營層面同時加強慢性疾病的預防及治理、為高危人士進行健康風險評估和制訂護理計劃、加強對長期病患者的教育以提高自我照顧的能力等。

#### *(i) 跨專科的健康風險評估及跟進護理計劃*

26. 醫管局已經在二零零九年八月開始，於港島東及新界東聯網的特定普通科門診診所開展試驗計劃，成立由護士、營養師及藥劑師等專職醫療人員所組成的跨專業團隊，為公營普通科門診診所的糖尿病和高血壓患者提供全面健康風險評估，以便作出適當的病情控制和護理跟進。醫管局會在二零零九／一零年度至二零一一／一二年度，分階段將計劃擴展至全港七個聯網。

#### *(ii) 病人自強計劃*

27. 醫管局會於二零一零年三月起，與港島東及新界東聯網的非政府機構合作推行「病人自強試驗計劃」，教導長期病患者改善生活方式，以加強長期病患者對疾病的認識及提高自理能力。計劃會由醫管局專職醫療人員所組成的跨專業團隊，就不同種類的常見慢性疾病研發適當的教材及輔助工具，以及為參加機構的前線員工提供培訓。計劃初期的服務對象組別包括糖尿病和高血壓患者，稍後會推廣至其他長期病患者。

#### *(iii) 跨專業護理診所*

28. 醫管局已經在二零零九年八月開始，於全港七個聯網的特定普通科門診診所成立由護士及專職醫療人員組成的跨專業護理診所，跟進高危的長期病患者個案，包括需要針對性護理或已出現某些併發問題的高危長期病患者。醫管局會因應個別長期病患者的情況，為他們提供特別的護理支援服務，例如防

止跌倒、呼吸系統問題處理、傷口護理、精神健康等。

*(iv) 為公營醫院後期腎病患者購買私營或非政府機構提供的血液透析服務*

29. 現時，由醫管局跟進的後期腎病患者一般會透過腹膜透析法治療，但有少數病人由於腹膜透析法效果不理想而需接受血液透析服務。醫管局會於二零一零年三月開始推行一個為期三年的試驗計劃，向現時由醫管局跟進的後期腎病患者提供資助，讓他們接受由私營或非政府機構提供的血液透析服務<sup>6</sup>。醫管局會繼續為參與計劃的病人提供專科門診服務、藥物及化驗服務，病人亦會繼續留在醫管局器官移植輪候名單內。

*(v) 在天水圍資助特定組別的普通科門診病人接受基層醫療服務*

30. 醫管局於二零零八年六月在天水圍北推行為期三年的試驗計劃，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，自願選擇參加計劃，由該區執業並參與試驗計劃的私家醫生照顧。醫管局會按既定合約向參與計劃的醫生支付費用，而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。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照顧。截至二零一零年一月底，天水圍北部已有六名執業私家醫生，以及 1 128 名病人參加試驗計劃。由於試驗計劃的反應滿意，該試驗計劃將按原定計劃把服務範圍擴展至天水圍南部。

## 徵詢意見

31. 請委員備悉本文件的內容。

食物及衛生局  
二零一零年三月

---

<sup>6</sup> 有關私營或非政府機構營運的血液透析中心位於港島東、港島西、九龍中、九龍東、九龍西及新界東六個聯網，但全港七個聯網由醫管局跟進的後期腎病患者均可選擇參與有關試驗計劃。