

# 共同護理計劃

## Shared Care Programme

# 醫療服務改革 – 共同護理計劃

立法會衛生事務委員會

2010年3月8日

食物及衛生局介紹

# 計劃重點

- 2008年《掌握健康 掌握人生》醫療服務改革
  - 加強基層醫療服務
- 2008年10月成立基層醫療工作小組
  - 慢性疾病護理模式
- 慢性疾病支援一系列試驗計劃的其中一環
- 為長期病患者提供有效、全面及持續治理
- 由公營及私營醫療部門共同護理病者
- 病人、醫護及政府共同承擔健康責任
- 公營醫療服務並不會因推出計劃而減少

# 計劃目的

三年試驗計劃的主要目的：

- 試驗治理慢性疾病的概念模式和臨床指引
- 試行公私營醫療共同護理慢性疾病的服務模式
- 鼓勵私營基層醫療醫生參與防治慢性疾病
- 為病人提供較為靈活的私營服務選擇

政府繼續支援病人及監察計劃運作和成效

# 計劃對象及試行地區

- 正在公營醫療接受治理的糖尿病和高血壓患者
- 在公營專科門診接受治理至少兩年
- 經評估為病情穩定，可以在基層醫療繼續治理
- 首先試行沙田及大埔區，區內執業醫生均可參與
- 符合條件病人會獲發邀請信，自願選擇參加

# 資助詳情

- 政府：提供每年1,600元資助及所有配套支援服務(包括化驗及風險評估，有需要時由專科門診繼續跟進)
- 病人：每年可獲最多1,400元資助
  - 1,200元的診症／個案管理和藥物資助
    - 每年不少於四次診症（一般情況需四至六次）
  - 最多200元的鼓勵性獎金
    - 需達到健康成效指標和遵從護理要求
    - 病人可於未來私家醫生診症中使用
  - 自行支付私家醫生列明的計劃收費，以及計劃範圍以外（不獲資助）服務的收費
- 醫生：每年按每名病人可獲最多200元質素鼓勵金
  - 需達到所有既定程序指標

# 護理模式及運作安排

- 私家醫生須按照基層醫療工作小組制訂的慢性疾病護理概念模式及臨床指引，為病人提供適當護理
- 私家醫生需要：
  - 事先公開預算每年向病人收取的費用
  - 提供持續護理(診症相距不多四個月)
  - 以電子系統輸入診症記錄和服務收費
  - 提供足夠資料以評估各項成效指標

# 公營系統提供的支援

- 醫管局會負責計劃運作及監察，支援私家醫生
- 醫管局為病人提供化驗服務和健康風險評估
- 醫生可將病情惡化者轉介回專科門診盡快跟進
- 醫管局會與私家醫生舉辦培訓和交流活動
  - 提升為長期病患者提供全面和持續治理的能力
  - 促進公私營醫療界別的溝通和經驗分享

# 計劃評估

- 會由獨立學術機構就評估計劃安排及成效，評估工作與計劃運作同步進行
- 政府會根據評估結果考慮
  - 調整計劃安排及運作細節
  - 增加目標病人範圍及數目
  - 將計劃逐步擴展至全港其他地區



# 實施計劃

- 邀請私家醫生
  - 2010年3月
- 邀請合資格病人及安排簡介會
  - 2010年4月
- 參加計劃的病人開始接受私家醫生護理
  - 2010年6月

# 其他支援長期病患者試驗計劃

- 跨專科的健康風險評估及跟進護理計劃
- 非政府機構運作的病人自強計劃
- 普通科門診內的跨專業護理診所
- 為後期腎病患者購買私營血液透析服務
- 資助普通科門診病人接受基層醫療服務

# 答 問