

二零一零年七月十二日
資料文件

**立法會衛生事務委員會
醫療服務改革 - 基層醫療發展策略**

目的

本文件旨在向委員闡述根據基層醫療工作小組(工作小組)的建議所制訂的基層醫療發展策略的最新進展。

背景

2. 加強基層醫療是題為《掌握健康，掌握人生》的醫療改革諮詢文件中提出的建議之一，在二零零八年三月至六月進行的第一階段公眾諮詢期間得到市民普遍的支持。有鑑於此，行政長官在二零零八至零九年度施政報告中提出政府會分配資源以推行這項建議，而食物及衛生局局長會成立工作小組以落實措施。

3. 為此，健康與醫療發展諮詢委員會轄下的工作小組於二零零八年十月重新成立，成員包括公私營界別的醫護專業人員、學者、病人組織和其他持份者，就加強和發展香港的基層醫療作出討論和提供策略性建議。工作小組之下成立了三個專責小組，負責研究醫療改革諮詢文件中提及的特定建議，並考慮醫療改革第一階段公眾諮詢期間所收集的意見。

基層醫療發展策略

工作小組的初步建議

4. 經過專責小組及其他非正式會面的廣泛討論，工作小組於二零零九年提出了一套初步建議，透過以下三個主要工作範疇，在香港發展更佳的基層醫療服務－

- (a) 發展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，以便為提供加強的基層醫療服務提供指引；

(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隊伍模式，推廣加強的基層醫療服務；

(c) 制訂可行的服務模式以加強社區基層醫療服務，並通過適當的計劃予以試行，包括設立社區健康中心。

5. 根據工作小組的建議，食物及衛生局已經與相關的業界人士和持份者共同制訂香港發展基層醫療的整體策略。基層醫療發展策略文件的最新工作版本闡釋了良好的基層醫療的好處，並載述有助我們在香港提供優質的基層醫療服務的主要策略及實踐行動。有關文件載於**附錄**供各委員參考。

6. 有關策略是一個持續進行和凝聚共識的過程，會根據醫護專業人員和使用者以及其他持份者的回應定期優化和調整，以期透過政府、公私營醫療界別、非政府機構，以及其他提供基層醫療和相關社會服務的組織之間的多方合作，為推行加強基層醫療的特定措施及發展新的基層醫療模式和服務提供指引。

最新進展及下一步工作

7. 本港基層醫療發展策略的三個主要範疇的最新進展及下一步工作臚列如下－

<u>工作範疇</u>	<u>最新進展</u>	<u>下一步工作</u>
(一)發展基層醫療概念模式和臨床指引	我們現正對有關糖尿病和高血壓這兩種本港最常見的慢性疾病的基層醫療概念模式和臨床指引作最後修訂，供醫護專業人員作通用參考。我們計劃在二零一零至一一年度推出模式和指引的第一版。我們亦正制訂向市民和醫護專業人員推廣這些臨床指引的策略。	我們會制訂特定年齡組別的基層醫療概念模式和臨床指引，包括兒童及長者。
(二)建立《基層醫療指南》	工作小組的成員已同意了在《指南》建立初期申請加入和繼續列載於西醫及牙醫分支指南內所需符合的	政府會繼續與醫護專業人員、學者及相關持份者合作，探討將來提升

工作範疇	最新進展	下一步工作
	準則。我們計劃在二零一零至一一年度內推出西醫及牙醫分支指南的第一版。	加入和繼續列載於指南內所需的專業要求，以及基層醫療服務提供者的培訓及人力發展等其他事宜。中醫、護士及其他專職醫療人員的分支指南會於稍後陸續建立。
(三)發展基層醫療服務提供模式	政府現正根據不同社區健康中心類型的模式，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共同探討各項社區健康中心試驗計劃。政府亦已透過衛生署和醫院管理局(醫管局)，推行一系列加強基層醫療的試驗計劃，包括各項醫療券和疫苗資助計劃、慢性疾病共同護理試驗計劃及其他試驗計劃，旨在試驗於公營醫療系統內或透過公私營協作加強基層醫療的不同模式。	政府會繼續規劃各項試驗計劃，以促進提供社區健康中心類型的服務或組成社區健康中心網絡，並與相關持份者共同探討不同服務提供模式。

8. 在資源方面，政府一直為發展基層醫療這項長遠工作提供財政支援，並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，在有需要時繼續提供財政支援。政府已在二零零九／一零至二零一二／一三年度額外預留超過 29 億元的撥款，以推行配合基層醫療發展策略的各項措施，例如一系列加強支援長期病患者的基層醫療服務試驗計劃、長者醫療券試驗計劃、各項疫苗資助計劃、設立社區健康中心或網絡，以及加強基層牙科服務和促進口腔健康等。

基礎設施支援

9. 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市民普遍的支持。政府已成立電子健康記錄統籌處，以監督電子健康記錄計劃的推行，從而為公私營界別互通電子健康記錄提供資訊基建平台。電子健康記錄互通系統及資訊科技的運用會為本港基層醫療的發展，包括提供全面、持續及妥善協調的醫療服務，提供重要的基礎設施支援。

研究支援

10. 推行與基層醫療相關的研究項目，對於指導優質基層醫療的發展十分重要。政府已預留資源進行有關基層醫療的研究，從而促進制訂以實證為本的政策及策略、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、評估各項試驗計劃及措施的成效，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。

架構支援

11. 發展基層醫療需要長遠和持續的承擔，因而需要持續及經良好統籌的策略和實踐行動。衛生署正成立基層醫療統籌處(統籌處)，以支援和統籌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、非政府機構及其他醫療服務提供者之間的工作。

12. 專責的統籌處會提供所需的人手支援，以統籌各項加強基層醫療的計劃，並為成功推行基層醫療策略提供所需的專業知識和經驗。為促進更好的協調，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、衛生署及醫管局的職員及醫護專業人員聯合組成。

持續發展及推行

13. 香港發展基層醫療的整體策略是持續並不斷發展的，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。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。

14. 為向市民推廣持續並不斷發展的基層醫療發展策略，統籌處將於二零一零年底前開展以醫護專業人員及公眾為對象的大型倡導運動，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。

15. 基層醫療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，從而建立改革的進程。根據所得的經驗和對試驗計劃的評估，我們應該採用四至五年的周期，以全面檢討整體的基層醫療發展策略。

徵詢意見

16. 請委員備悉本文件的內容。

食物及衛生局
二零一零年七月

香港的基層醫療改革

策略文件

前言

基層醫療是個人和家庭在一個持續醫護過程當中的第一個接觸點^a。良好的基層醫療系統能使市民在其居住及工作地點最近的地方獲得全面、全人及協調的醫療服務。為每位市民提供預防性護理服務和優質的疾病治理，對促進人口的健康尤為重要^{1、2、3}。

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^b，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，特別是如何有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

^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提供第一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。

- (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及行動途徑。

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、持續及協調的醫療服務；
- (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及照顧本身的健康；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，並且與病人、其家屬及社區共同合作。

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》中提出具遠見的看法，認為基層醫療是‘全民健康’的關鍵⁴。這份宣言啓發了世界各國推動基層醫療，並正式確認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亦進一步強調這點^{1、5}。

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便捷的方式為病人提供全面、持續及經協調的護理，並以病人為中心，配合其家庭及社區的環境^{2、4、6、7}。基層醫療照顧整體人口的健康，並涵蓋多方面的服務，包括提供以下各類服務^{4、8、9、10} -

- 促進健康；
- 急性及慢性疾病的預防；
- 健康風險評估及疾病偵察；
- 急性及慢性疾病的治療及護理；
- 支援病人自我管理；以及
- 為末期病患者或殘疾人士提供支援及紓緩治療。

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 5.1%¹¹。香港是全球其中一個預期壽命最長及嬰兒夭折率最低的地區。獲政府大幅度補貼的公營醫療界別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，當中包括基層醫療服務。

2.2 約有 70%的門診診症服務是由私營界別的基層醫療專業人員提供，診費大都由有負擔能力的市民自付^{11、12}。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，醫管局的服務對象是低收入人士、弱勢社羣、長期病患者和較貧困的長者病人^{13、14}。衛生署亦透過其預防性公眾衛生服務、健康促進計劃和其他疾病預防治理服務提供基層醫療。

現有系統所面對的改變和挑戰

2.3 本港的醫療服務雖已取得一定成績，但亦如很多其他國家一樣，正面對一些重大的挑戰^{1、15、16、17、18}。

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改變。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醫療開支備受壓力。

(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年中的 700 萬人增至二零三六年年中的 857 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)增至二零三六年的 26.4% (226 萬人)^{19、20}。
- 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²¹。
- 要應付迅速增長的長者人口的醫療需求，將帶來多方面的挑戰，包括較長期的慢性疾病治理、協助長者在社區維持健康和積極的生活，以及為其提供高質素的臨終照顧服務²²。

(b) 疾病模式的改變

- 慢性疾病正在全球流行^{23、24}。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^{12、25}。這些疾病與不健康的生活方式有直接關係，包括身體過胖、缺乏運動，進食高脂肪食物和吸煙^{23、24}。慢性疾病及其連帶的併發症是引致住院及需要長期護理的主要原因^{24、26}。

(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，對疾病性質和如何治理疾病有更深入的

了解^{1, 15}，這可令大眾對於獲得更先進的治療抱有更大的期望，及要求有更多種類的醫療服務供選擇。

(d) 醫療開支不斷上漲

- 隨着人口老化，而慢性疾病和其造成的殘疾所帶來的負擔又日益加重，加上醫學科技發達，醫療成本上升，這皆導致醫療系統在擴展醫療服務種類方面備受壓力。本港及很多其他先進國家均明顯出現這個趨勢^{1, 11, 27}。

加強基層醫療的需要

2.5 我們面對的挑戰，特別是長者和患上慢性疾病及身體機能出現問題的人士的數目日增，促使我們有迫切需要在社區層面設置更多主動、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疾病、偶發疾病和身體不適為主，對疾病預防重視不足，已無法應付人口不斷轉變的需要。而過分倚賴醫院及專科服務治理普通慢性疾病，令轉介予公營專科服務的個案需要輪候冗長時間，並令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，並重新定位於提供更全面和以社區為本的醫療服務，着重由不同界別醫護人員協作和提供持續的護理。

2.7 證據顯示，相對於一個倚賴專科服務治理的醫療系統，一個較為倚賴基層醫療的醫療系統會有更好的健康成效，能減低可避免的死亡率，改善護理的持續性及更容易獲得醫療服務，令病人有較高的滿意程度，減少與健康相關的不平等現象，以及降低整體醫療成本^{28、29、30、31}。研究顯示，對於一些能由基層醫療或專科提供的服務，透過基層醫療提供服務更具成本效益³²。

- 比較國際間各個醫療系統，亦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，較大機會獲得更佳的健康成效和較低的醫療成本，而病人的滿意程度亦較高^{1、33、34、35}。
- 很多正進行醫療改革的國家都加強以社區為本的基層醫療，着重疾病的預防和改進疾病治理的質素^{1、36、37、38}。

跨專業的基層醫療服務提供者

2.8 現時屬第一個接觸點的基層醫療服務大多由接受西醫訓練的醫生(包括普通科醫生及其他專科醫生)提供¹²。本港也有相當部分的基層醫療服務由其他提供者(包括中醫及牙醫)提供。其他提供基層醫療服務的專業人員亦包括護士、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^{31、35、39}，以適切的技能為病人提供配合個別病人需要的治療，使病人獲得更全面、持續

及協調的護理。

資料匣 1 病人和公眾對基層醫療和需要變革有什麼看法？

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感到陌生，亦不大清楚良好的基層醫療有何特質⁴⁰。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及看法的資料^{41、42、43、44}。這些研究的主要發現如下－

- 公眾若能獲得足夠解釋，便頗接受良好基層醫療服務的構思和認同家庭醫學的理念，例如富連貫性的護理、更全面及預防性的方針，以及服務提供者之間健康記錄的互通。
- 大約三份之二的受訪者表示有固定的“基層醫療醫生”，在有需要時先向其求診；而約三份之一的受訪者則表示有固定的“家庭醫生”，並會就所有健康問題向其求診。
- 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。
- 大多數慢性病患者都寧可在公營醫療系統內覆診，即使有固定家庭醫生的病人亦然。原因除了因費用固定和較低而覺得安心外，亦考慮到護理的質素及連貫性、醫生的受訓水平、能向專科醫生求診，以及可在普通科門診診所獲得支援服務等因素。
- 有家庭醫生的病人會較少使用急症室服務，較多使用預防性護

理服務，和建立較佳的自立能力。

- 這些研究亦顯示，接受過家庭醫學培訓的醫生較多參與慢性疾病的護理，而沒有接受家庭醫學培訓的醫生則較少，而家庭醫學的專職訓練與最佳的護理過程及成效亦有關連。

第 3 章 基層醫療服務改革：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⁴⁵，對香港的基層醫療系統進行詳細審視，以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^{16、17、46}，亦有提出強化基層醫療的需要。

3.2 自一九九零年起，政府已透過衛生署及醫管局採取措施以改善公營系統的基層醫療。以下列舉其中一些例子 -

(a) 透過衛生署所提供的服務，加強為特定人口組別而設的社區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 歲或以下的婦女提供以中心為本的健康促進服務。
- 學生健康服務於一九九五年成立，為就讀小學及中學的學童提供以中心為本的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，旨在以預防性及跨專業模式為長者提供以中心為本的基層醫療服務。其外展隊伍亦在長者中心及安老院舍，為預防疾病及促進健康提供支援。
- 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應用守則，徹底檢討其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，使傳染病及慢性疾病的防控得以加強。
- (c) 衛生署透過跨界別模式的健康促進計劃，進一步加強社區內的健康促進工作。政府支援的健康城市計劃已在本港多個地區推行，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，從而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) 醫管局亦擴展其社康護理服務，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慢性病人的護理得以提升。
- (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，加強和改善向公眾提供的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**對本港的整個醫療系統的服務提供模式進行了檢討，當中涵蓋基層醫療服務、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《*創設健康未來*》討論文件，當中包括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¹⁷。該討論文件提出多項建議，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⁴⁷。文件強調加強基層醫療服務，特別是提供持續、預防性、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⁴⁸。《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(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慢性病患者的支援。這些措施在《二零零九至一零年施政綱領》中獲進一步加強。政府為顯示對改善基層醫療的承擔，在財政預算案中為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。用於基層醫療的政府開支總額預計會由二零零七至零八年度的 25 億 1,000 萬元，增至二零一一至一二年的 30 億 7,200 萬元，增幅達 48.4%。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，就加強基層醫療服務的三個範疇建議策略：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、病人代表、醫療管理人員，各專業及專科的醫護專業人員以及其他持份者（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，以配合不同病人及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及執業資料，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就加強本港的基層醫療提出了多項初步建議。這些建議於第 5 章詳細論述。

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，應以改進良好基層醫療系統的特質作為目標，並為其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連貫性
3. 改善不同界別的醫護專業人員之間醫療服務的協調
4. 加強預防性的方針，以應付主要疾病的負擔
5. 加強跨界別協作，以改善優質醫療服務的提供，尤其是為慢性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) 發展由跨專業團隊提供的全面醫療服務

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。隨着慢性病患者及長者的需要不斷急速增長，如沒有與病人緊密合作的不同醫護專業人員提供全面而連貫的醫療服務，醫療系統會難以迅速應對這些服務需要的急速增長^{49、50、51}。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，並給予社區內的病人更多適當的支援^{22、39、52、53}。

- **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第一接觸點的醫療服務。當出現健康問題，大部分市民都會選擇向西醫求診。由中醫和牙醫直接提供的服務亦在基層醫療服務中佔一個重要比例¹²。其他醫護專業人員，如護士、脊醫、專職醫療人員、藥劑師，亦在社區提供疾病治理及健康促進服務。
- 提供更協調和全面的醫療服務有賴團隊合作，特別是針對慢性疾病進行積極主動的治理。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活動。
- 在社區提供跨專業的醫療服務，其適切性和效能，日益受到重視。護理及專職醫療人員的建議相當重要，有助支援患有逐漸惡化或複雜疾病的長期病患者較為健康獨立地生活，減少院舍照顧的需要，以及改善生活質素^{54、55、56、57}。

- 在本港，市民在私營界別接受醫生的診症，較得到護理服務及專職醫療服務來得容易。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醫療服務，。要令不論在何處尋求基層醫療服務而有需要的人士均能得到服務，實在是一項挑戰。

(B) 改善個人醫療服務的連貫性

4.3 要有優質的醫療，維持一生中的持續性是不可或缺的支柱，能改善醫療成效，特別是對慢性病的治理、長者及母嬰護理。有更佳連貫性的醫療服務，有助得到醫療服務，減少再次入院，減少專科和急症服務的使用，及更能發現接受治療後的不良影響^{1、58}。

4.4 醫療的連貫性可涉及⁵⁹—

- **關係的連貫性**：病人與一名或多名醫療服務提供者維持持續的治療關係
- **資訊的連貫性**：利用病歷及有關個人境況的資料，為個別人士提供切合目前需要的醫療服務
- **治理的連貫性**：針對某健康狀況採取前後一致和相互緊密連繫的方式治理，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連貫性

- 從病人的角度來看，醫療服務的連貫性主要涉及與既定的醫護專業人員建立“**持續醫療關係**”⁶⁰。這有助醫療服務提供者取得病人的信心、使其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⁶¹。
- 從服務提供者的角度來看，現代醫療系統會較着重治理的連貫性，透過服務提供者之間的**護理計劃的銜接和配合**以及**資訊交**

流，提供“緊密連貫的服務”。這對改善健康成效亦十分重要

58、62。

4.5 在香港，保持醫療服務的連貫性是一項重大挑戰，原因是 -

- 專科服務及跨專業醫療服務的發展，令病人需前往各類醫療機構尋求不同服務提供者的服務的情況日趨普遍。
- “經常轉換醫生”的現象相當普遍¹⁸。雖然如此，據本港一項調查顯示，很多人都表示會就個人大部分的健康問題向一位固定的基層醫療醫生求診⁴¹。
- 雖然醫管局擴展了機構內的電子健康記錄互通系統，並且亦與私營界別推行病人健康記錄互通的試驗計劃，但跨界別的病歷及治理計劃互通仍然需要進一步的發展。

(C) 改善不同界別的醫護專業人員之間的醫療服務的協調

4.6 改善醫療服務的協調是醫療改革的重要一步，以提升服務質素，令資源的使用更具效率。提供更協調的醫療服務，可改善連貫性、減少不必要的重複，有助病人根據本身的需要獲取最佳的醫療服務^{1、63、64、65}。在香港，由於醫療系統過於分隔，致使醫療服務特別難以協調¹⁶。打破現有對於提供緊密銜接醫療服務的障礙，以便建立協調和綜合的醫療服務，對優質基層醫療非常重要。

4.7 複雜而分散的架構令病人難以尋找更合適的醫療服務，尤其是慢性病患者及長者，他們多會向不同的服務提供者多次求診。由與病人熟悉的基層醫療醫生及基層醫療跨專業團隊，為病人提供縱貫性的醫療服務，成為病人最佳的**伙伴及醫療服務協調者**，有助病人根據本身的需要選擇和獲得各種服務。

(D) 加強預防性的方針以減輕主要疾病負擔，尤其是慢性病

4.8 人口老化和慢性病患者日增所帶來的挑戰，對本港醫療系統造成重大需求^{47、66}。很多可引致龐大開支或殘疾的慢性疾病，例如心臟病、糖尿病、慢性呼吸系統疾病和部分癌症，均與**可以改善的行為風險因素有密切關係**；這些因素包括不良飲食習慣、缺乏運動、吸煙和酗酒等^{24、67、68}。

- 本港的死亡總人數有約三分之二是由慢性疾病引致⁶⁹。
- 據估計，全港 15 歲或以上的人口有 27%患上高血壓²⁵，而全港約有十分之一的成年人患有糖尿病⁷⁰。
- 為促進全體市民的健康，我們有需要減少市民罹患疾病的風險，並防止慢性病患者的病情惡化和出現併發症。當中涉及多項需要社會共同推行的策略，包括**推廣健康行為以減少患病風險、及早偵測疾病，提供高質素的治理**以減少出現併發症的比率和相關的患病率及死亡率的最終目標^{10、71、72}。證據顯示我們可利用有效方法達致這些目標^{35、73、74、75}。

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，有賴把可減低全民風險的公共衛生原則融入以病人為本的基層醫療服務^{5、30}。
- 以全民和以個別高風險人士為本的方針在預防慢性疾病方面皆為重要及起著互補的作用。這兩個方針應結合為全面的策略，以配合全民需求，並在個人、社區和國家層面發揮作用^{67、76}。舉例來說，控煙工作需要我們透過立例禁煙、進行公眾教育，以及向個人提供戒煙服務，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，輕微改善數個風險因素的整體平均人口比率，便能大幅減低慢性疾病構成的負擔^{77、78、79、80、81}。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⁸²。
- 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^{83、84}。

(E) 加強跨界別協作，以改善優質醫療服務的提供(尤其是為慢性病患者提供的醫療服務)

4.9 在需要時即可獲得醫療及服務提供，是健康的重要先決條件，有助達致醫療的平等^{1、85、86、87、88}。要讓市民容易獲得服務，我們所提供的醫療服務必須在地理環境上可以到達，有所供應，在能力上可以負擔，以及切合本土文化^{89、90}。

- 在香港，對絕大部分人口來說，基層醫療服務在地理環境上是方便易達的。
- 公營醫療系統以低收入人士及弱勢社羣為對象，以十分低廉的費用，提供多元化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。
- 私營醫療系統的服務對有負擔能力的病人來說，是方便和可直接得到的。服務費用對大部分市民來說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，而較不願意付費予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慢性病患者提供護理服務。除了財政方面的障礙外，公營醫療系統內部和公私營醫療系統間的限制，例如在互相溝通和病歷互通方面，均需要處理，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，對能否適時獲得合適治療是重要的。私營市場未能提供充足的醫療費用及醫療成效的資料，使病人難於估計其負擔能力並無法取得足夠資訊以便作出選擇，均有礙病人向私營界別求診。

(F) 着重以人為本的醫療服務和提升病人能力

4.10 提供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所在^{4、8、91}。提供以人為本的醫療服務，目標是要增強市民對健康的認識、加強個人參與，以及提升病人促進本身健康及更妥善治療疾病的能力^{92、93、94}。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含下列元素^{1、92、95、96、97、98} -

- 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，以便作出醫療決定和進行治理
- 把預防疾病和促進健康的工作與治療結合
- 增強市民對健康的認識和健康資訊的獲取

- 支援提升病人的能力和自理能力

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，加強對治療的遵從、護理質素、病人滿意程度、自我勝任感及生活質素^{1、99、100}。

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¹⁰¹。

- 提升病人能力並不單指使其獲得知識，更要協助病人明白其疾病及健康需要、建立信心、發展自理的能力、加強與社會及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^{102、103}。
- 提升病人能力，特別是慢性疾病及長期病患者，使其在疾病治理方面積極參與，有助提高醫療及健康成果^{104、105、106、107}。

(G) 支援專業發展和質素改善

4.14 擁有適當的醫療人員隊伍對可持續的醫療服務發展至為重要。要有效發揮基層醫療的所有功能，需要訓練有素的基層醫療人員隊伍，而隊伍的成員應各具合適的專業技能，共同協作^{49、50}。此外，亦有需要重新訂定培訓方向，着重以人為本的醫療服務及在社區提供跨專業的基層醫療服務(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）¹⁰⁸

醫護專業人員的教育和培訓一般著重認識疾病的病理生理學、診斷及治療。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，世界衛生組織支持應以五項適用於所有醫療人員的基本能力來發展醫療人員隊伍，藉以改善醫療服務的提供 -

- (a) **以病人為本的護理**：具備有效的溝通技巧，並以積極方式支援病人教育及病人自理
- (b) **伙伴合作**：與病人、各醫療層面的其他服務提供者及社區建立和維持良好的伙伴合作關係
- (c) **質素提升**：參與監察醫療服務的提供及成效、學習和適應架構及制度上的轉變，以及具備把科研證據及標準應用實踐的知識

和技巧

- (d) **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醫療
- (e) **公共衛生層面**：具備能力履行公共衛生職能(包括促進健康及預防疾病的活動)、採用系統思維方式以及在基層醫療主導的系統中工作

(H) 加強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，絕非任何單一機構或政府可獨力完成^{1、15、109}。

有需要獲得架構上的支援

4.16 我們有需要促進公私營界別很多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(例如負責社會服務及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，為推行建議的策略持續作出支援，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。
- 政府將牽頭建立長期的組織架構，以及支持其功能運作，以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，對推展改革過程至為重要。

- 不同界別的醫療服務提供者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，會有助改善醫療服務的連貫性、協調及溝通，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，以及提供更加以病人為本的綜合治理服務^{1、110、111、112、113}。
- 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的經驗交流，有助得出有用的流行病學資料，為制訂醫療政策提供指導方向^{114、115、116}。

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/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。這些措施和計劃現概列於表 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及正在和將會推行的措施和試驗計劃

加強基層醫療的措施 和試驗計劃	加強香港基層醫療的策略							
	發展 跨專業及 全面的 基層醫療 服務	改善醫療 服務的 連貫性	改善醫療 服務的 協調	加強預防 性方針， 尤其 用以應付 慢性疾病	進一步改 善慢性 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
制訂概念模式及指引	X	X	X	X		X	X	
《基層醫療指南》	X		X		X		X	X
改善慢性疾病治理的 試驗計劃	X	X	X	X	X	X	X	
社區健康中心／網絡	X	X	X	X	X	X		X
基層牙科護理				X	X	X		
社區精神健康服務	X		X	X	X			
電子健康記錄互通 系統	X	X	X		X	X	X	X
加強有關基層醫療的 研究							X	
設立基層醫療統籌處	X	X	X				X	X

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，以指導提供加強的基層醫療；
- (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的基層醫療服務；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，在社區提供加強的基層醫療服務。

(A) 制訂和推廣治理主要慢性疾病的概念模式和指引

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而得到有效治理^{73、117、118、119}。不少已發展國家的經驗顯示，如不同醫療機構的醫療服務提供者之間共用以人口為本、共通的臨床治理模式和指引，有助促進醫療服務的協調、加強疾病治理的連貫性、推廣以實證為本的醫療服務和改善病人護理^{120、121、122}。

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。

- 高血壓和糖尿病是全球的健康挑戰，並帶來巨大的公共醫療負擔，亦是主要致命疾病^{24、123、124}。雖然高血壓和糖尿病非常普遍，而且患者不斷迅速增加，但有不少患者仍未知悉已患上這些疾病，而許多已被診斷患有這些疾病的人，亦未能妥善控制病情^{125、126}。
- 世衛和許多國際的衛生當局均已推行措施，以預防和治理高血壓和糖尿病，並重視基層醫療的角色^{73、127、128、129、130}。

- 據以往的調查顯示，本港 15 歲或以上的人口有逾四分之一患上高血壓，而全港約有十分之一的成人患有糖尿病⁷⁰。

制訂治理高血壓和糖尿病概念模式和指引的目標

5.4 工作小組制訂治理高血壓和糖尿病的概念模式和臨床指引，目的是 –

- (a) 提供通用的參考資料，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制訂預防和治理慢性疾病的概念模式



跨專業團隊 + 社區 + 其他醫療層面 + 非醫療界別

治理高血壓和糖尿病的臨床指引

5.6 國際上，醫療系統會廣泛使用臨床指引來界定最佳治療、把以實證為本的知識轉化為改善醫療質素及安全的行動，以及提供共同基礎協力預防和控制疾病，包括高血壓和糖尿病^{76、131、132、133、134、135}。與持份者合作，對有效制訂、發布和推行指引至為重要^{136、137、138}。

推廣使用基層醫療模式及指引

5.7 在發展香港的指引時，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、病人及醫護專業人員推廣臨床指引的策略。

評估與長遠發展

5.8 我們會進行評估，對常見健康問題的指引的制訂、推行及發布，以及指引在改善基層醫療和醫療成效方面的效能，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臨床指引，以便把最新的醫療發展和實證在最新的指引中反映。

5.9 工作小組及其專責小組將會為長者及兒童制訂概念模式及預防指引，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／預防指引。這些模式及指引會為加強基層

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) 為公眾及基層醫療人員提供一個便於查閱的電子資料庫，包括提供社區內不同專業的基層醫療專業人員的執業資料；
- (b) 協助**個別人士與作為醫療協調人員的基層醫療人員建立醫療伙伴關係**；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，以配合促進市民多方面醫療需要。

5.13 《指南》會包含多個分支指南，分別為在社區中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、專職醫療人員及社區內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(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及牙醫的分支指南，並計劃在二零一零至一一年度推出《指南》初版。
- 我們會採用與建立西醫及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、資歷及執業資料，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，《指南》將以**網絡電子版本模式**建立。我們會考慮提供不同醫護專業人員之間的連結，以便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及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及評核要求。

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治理指引，以及其他健康教育網站。我們現正制訂策略推動專業人員加入《指南》和提高市民的認識和使用。

在《指南》建立初期階段申請加入和繼續載列於西醫及牙醫分支指南所需符合的準則

申請加入《指南》的條件

5.21 基層醫療乃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，例如兒科醫生、內科醫生和老人科醫生。初期階段在申請加入《指南》的條件方面會採取較為包容的方針，鼓勵更廣泛的參與，以改善基層醫療。

5.22 在初期，註冊西醫和牙醫，不論其專科或執業年期，如承諾提供直接獲得、全面、連貫和協調並以人為本的基層醫療／牙科護理服務，便符合資格加入《指南》。日後，我們會因應基層醫療人力的專業發展而考慮提高申請加入《指南》的條件，用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。例如要求認可機構認證其接受過的持續醫療教育，或修讀牙醫的持續專業發展課程。

5.24 為進一步加強與基層醫療相關的培訓，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加添額外的要求(例如除達到持續醫療教育／持續專業發展的基本要求外，若干比例的進修內容須與基層醫療有關)。

促進專業發展

5.25 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》亦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、學術界及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及人力發展等事宜。

(C) 社區健康中心

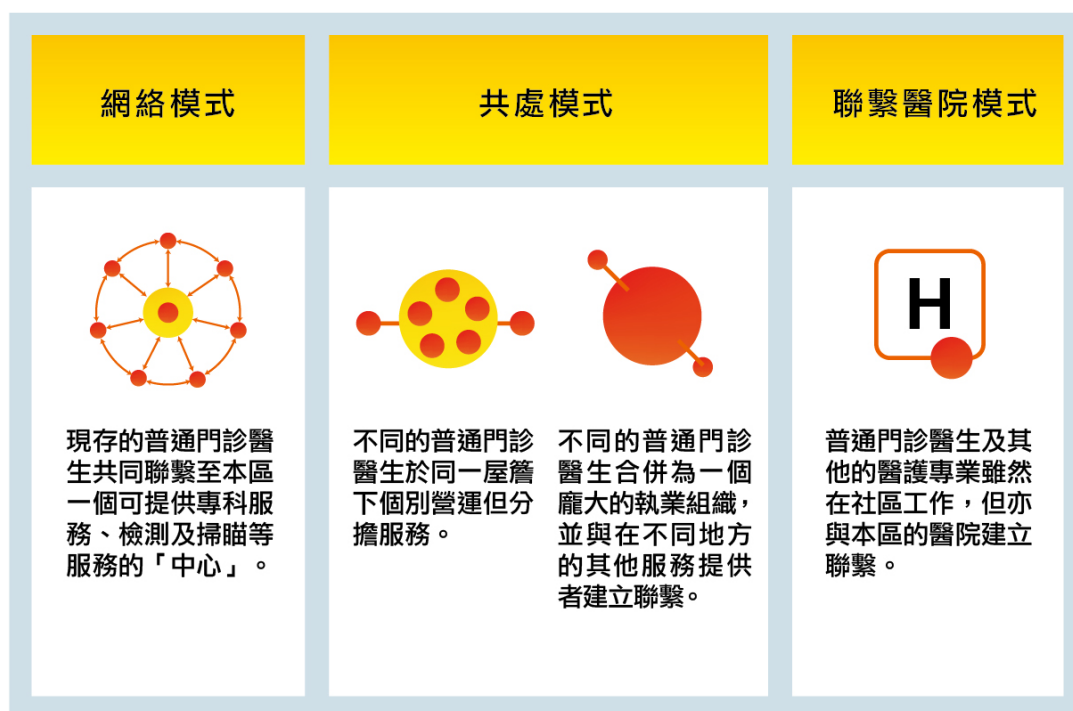
5.26 《二零零八至零九年施政報告》公布的其中一項用以加強基層醫療的政策措施，是探討“社區健康中心”的概念。在社區設立的健康中心，目的是為市民提供更協調和全面的一站式基層醫療服務。基層醫療工作小組及專責小組曾討論有關設立社區健康中心或社區健康中心網絡，並由各醫護專業人員以團隊形式在社區協作的事宜。

5.27 很多國家均有設立各種形式的社區健康中心或“分科診所”，作為加強基層醫療及社區支援的途徑，亦證明了透過改善醫療服務的全面性、協調以及服務的供應，可使醫療服務和健康成效有所改善^{39、139、140、141、142、143} —

- 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，提供一站式更多元化的服務(圖2)。
- 一般都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 2007¹³⁹)



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，旨在通過社區健康中心類型的模式，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，可以是透過重整現有容納各項基層醫療服務的健康服務設施、於新發展或重建的地區興建新的健康服務設施，或由社區內鄰近的不同基層醫療服務提供者以建立聯網的形式組成。

5.29 這些社區健康中心類型的模式，視乎所服務社區的人口需要，可以是 -

- 由不同的服務設於同一樓宇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
- 由不同服務及醫護專業人員組合。

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，衛生署及醫管局的基層醫療服務設於同一建築物內的情況並非罕見。這可進一步被發展成為社區健康中心，提供更協調的服務。其中亦可包括由大學營辦的診所。
- 舉例來說，大樓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。
- 在社區健康服務大樓內，不同機構多獨自發展和訂定其服務。透過避免出現服務重疊，充分利用地方和銳意加強護理服務的連貫性和資訊互通，可在提供預防及／或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及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提供不同服務模式的試

驗計劃。在發展社區健康中心或社區健康網絡時，一般會採納以下原則(圖 3) -

(a) 加強專職醫療及跨專業服務

- 社區健康中心模式會着重提供更多跨專業服務，原因是考慮到在公私營基層醫療界別都需要更多專職醫療和護理服務，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，以支援公私營基層醫療醫生，特別是私營界別中不常提供或不易獲取的服務；並研究委派護士或專職醫療人員擔任“個案經理”的構思，由護士或專職醫療人員擔任病情複雜的慢性病患者的個案經理或護理協調人員。
- 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) 加強促進健康的活動

- 加強在社區健康中心模式下促進健康的功能。舉例而言，倘實際情況許可，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、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至為重要^{73、144}。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程度和強調主動積極的疾病治理，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) 更協調和連貫的護理服務

- 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，以便可以精簡為病人或特定年齡組別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，加強護理服務的連貫性。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。

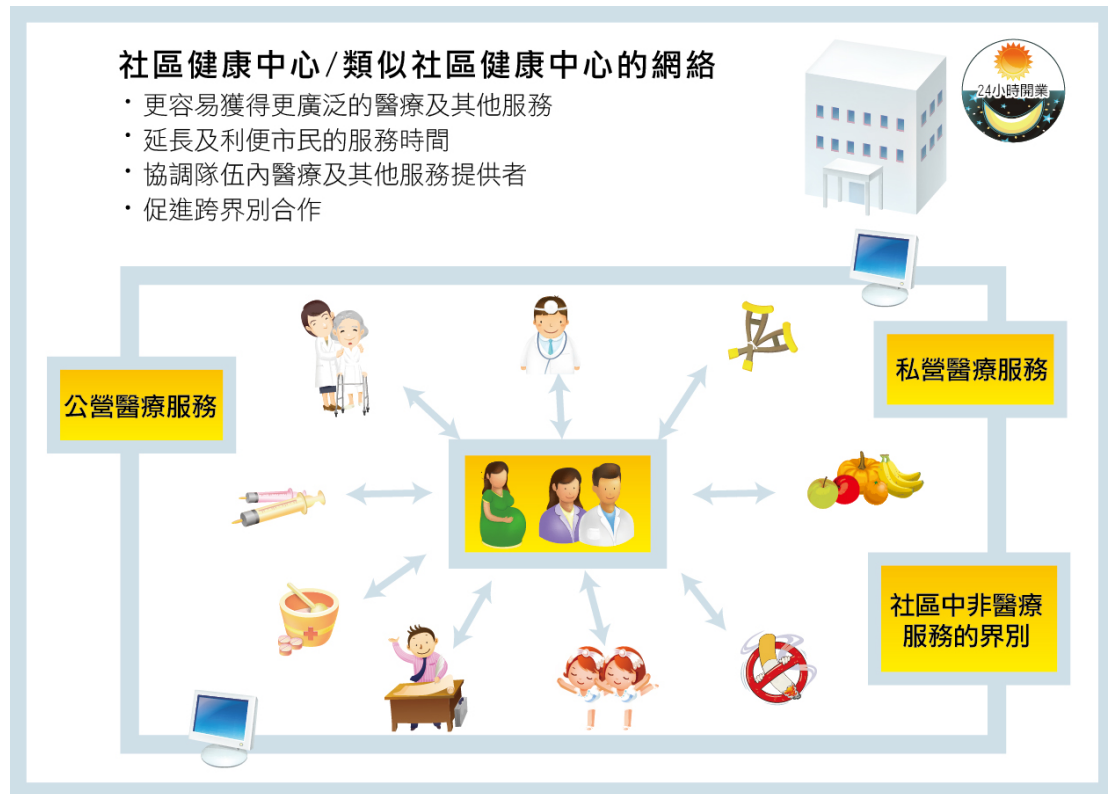
(e) 加強善用資源

- 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) 探討綜合護理服務及加強與社會關顧和社區的協作

- 我們會與區內公私營界別的醫療服務提供者、非政府機構、志願團體及社會服務機構合作試驗服務提供的模式，為居於社區的長期病患者和高危羣組，例如長者或有多種或較複雜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疾病治理模式，包括在社區健康中心模式下由護士、專職醫療人員或社工擔任“個案經理”的構思，以協調患有多種疾病或病情較複雜的病人所提供的護理服務。

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，以建立改革的進程。

6.2 自二零零九年初以來，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慢性疾病病人，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，並且改善慢性疾病病人的醫療護理。

6.3 此外，政府已為二零零九／一零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，以落實行政長官在二零零八／零九年度施政報告中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及評估的結果，會為進一步發展策略和行動計劃提供指引。本章亦概述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及支援的試驗計劃

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疾病治理的試驗計劃。

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，這些試驗計劃會以於醫管局接受護理的慢性疾病病人為服務對象。政府會研究把服務對象擴展至接受私營醫療服務的慢性疾病病人。

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、成效及效率。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的方法。

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)下的 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。預計於二零一二／一三年度前會有合共 144 500 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，以加強慢性疾病病人對疾病的認識及提高病人自理能力。
- 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、慢性支氣管炎及心臟病等)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，服務合共 23 000 名病人。

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，為高危慢性疾病病人(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防止跌倒、呼吸系統問題處理、傷口護理、失禁護理、定時定量服藥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。該計劃將於二零一一至一二年度前擴展至醫管局全部七個聯網，求診總數約為 217 400 人次。

d) 公私營慢性疾病共同護理計劃(共同護理計劃)

- 目前，不少慢性疾病病人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慢性疾病病人提供額外的選擇，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。
- 共同護理計劃的首要對象，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臨床指引在控制病情方面的成效、測試公私營醫療界共同護理慢性疾病病人的服務模式、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，為慢性疾病病人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臨床指引，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指引向病人提供治理，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。
- 共同護理計劃現正試行。獨立的評核機構會持續評估計劃的安排和成效。政府會因應初步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。當局已預留資源，使22 000名病人可於二零一二／一三年度前受惠於該計劃。

(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及營養不良)、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重點工作¹⁴⁵。

6.9 目前，香港的基層牙科服務主要由私營界別及非政府機構提供。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及牙科護理服務，尤其是為長者提供的護理服務¹⁴⁶。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 基層醫療工作小組下將會成立牙科小組，成員包括牙科專業人員及其他持份者的代表。牙科小組會就基層牙科服務的整體發展和試驗計劃向政府提出建議。

(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¹⁴⁷。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、治療及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。
- 醫管局亦已於家庭醫學專科診所和普通科門診診所推行綜合精神健康計劃，透過基層醫療服務為這些病人提供支援。根據綜合精神健康計劃，醫管局會把病情穩定和較輕的精神病患者轉介予家庭醫學專科診所和普通科門診診所，由家庭醫學專科醫生及普通科醫生組成的跨專業團隊作進一步治理。

- 綜合精神健康計劃會在二零一零／一一年度的下半年試行。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營和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的健康記錄和讓健康記錄互通的系統¹⁷。

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諮詢中獲廣泛支持⁴⁸。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及知情同意下，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、持續及更妥善協調的醫療服務，使病人更能掌握及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及護理的配合。

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啓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，同時可提升護理質素，以及有助得出對公共衛生研究和規劃基層醫療的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^{1、148、149、150}。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及策略、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、評估各項試驗計劃及措施的成效，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。這些項目會與醫療專業、學者和研究員合作進行，主要範疇如下－

- (a) 評估不同人口及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 為持續加強優質基層醫療服務，我們在進行研究和提供以實證為本的醫療服務方面，須具備所需的能力及架構支援。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

(2010年7月5日工作版本)

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 長遠發展一個能夠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。政府會繼續吸取地區和國際的經驗，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 下文各段概述政府會透過基層醫療統籌處（請見第 8 章），按基層醫療工作小組及諮詢其他相關持份者所得的意見，探討以下的範疇，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、全面和連貫的基層醫療服務？

- (i) 提升基層醫療服務提供者所擔當的角色，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。在支援和改善慢性病患者及長者的護理方面，這點尤其重要^{151、152}。

- (ii) 探討方法以鼓勵社會上每個市民均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，協調慢性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^{153、154、155}。
- (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及／或護理服務。此外，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連貫性，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，亦能促進治理的連貫性，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**，應特別留意下列各點 -

- 規劃和發展地方社區的基層醫療服務，必須考慮到現有的公私營界別及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。
- **應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和社會服務及個人護理的模式，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，改善對慢性病患者及高危長者的護理及支援。我們可參考多個海外的綜合系統，這些系統經證實在不同程度上有助改善護理過程、健康成果及醫療質素，例如由凱撒伯默(Kaiser Permanente)所制訂的模式^{156、157}、醫療中心模式(Medical Home Model)¹⁵²、慢性疾病護理模式(Chronic Care Model)^{118、158}、世衛的慢性病創新照護模式框架

(Innovative Care for Chronic Conditions Framework)¹⁴⁴，
以及國民保健服務及社會照顧模式(NHS and Social Care
Model)¹⁵⁹。

(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

- 有需要採取主動和預防的方針來控制慢性疾病已獲國際公認^{8、72、119、160}，當中牽涉**全系統**的方式，涵蓋基層、第二層及第三層的預防^{c、10、101}。
- **貫穿人生歷程的措施**^d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及最有效的政策^{161、162}。這可藉著發展和推行為**不同年齡組別制訂的預防指引**得以加強。

(ii) 有證據指出醫生的意見及護士的角色能對戒煙和運動推廣等促進健康的活動產生一定作用^{163、164}。舉例來

c. **基層預防**^{10、101} 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等來減少慢性病的復發和併發症的形成。

d. **貫穿人生歷程的方針**¹⁶¹ 從社會和實環境危機的角度，以及從人生所有階段會引致或改變疾病風險的生理、行為、心理和社會歷程來考慮慢性病。慢性疾病的風險會隨着年齡增長而累積。從這個角度可發現藉著減低人生各個階段的風險，為預防慢性病和促進健康覓得最適切及最有效的政策的巨大潛力。

說，本港曾舉辦“**運動處方計劃**”等活動，邀請私家醫生參與運動推廣¹⁶⁵。我們應探討各項措施及協作模式，**協助基層醫療服務提供者參與促進健康的工作。**

- (iii) **加強和進一步探討治理慢性疾病的最適切模式。**治理慢性疾病的現代模式包含預防和診斷疾病、風險評級、跨專業團隊支援、以實證為本的醫療服務、資訊互通、增強病人的能力、社區參與和不同服務提供者之間的互相融合。這樣的方法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、住院需要及醫療成本^{144、157}。
- (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、預防疾病及受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。

- 防控非傳染病督導委員會制訂了《非傳染病防控策略框架》，從而改善市民的健康狀況和減低本地非傳染病的負擔⁶⁷。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，支援及改進全港性的慢性病的防控工作。

(c) 如何才能進一步改善提供予慢性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、共同護理計劃及適當的資助，加強慢性疾病治理的公私營協作，以便病情穩定的慢性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、弱勢社群及長者提供服務。
- (ii) 能在正常應診時間以外提供服務對得到基層醫療服務十分重要，此舉亦可減少病人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，以改善病人的參與和支援病人自理^{166、167}。
- 病人可在設計護理計劃及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自理技巧，藉以加強疾病監察和病人自理都是須予發展的重要範疇。
- (iii) 發展更廣泛的社區支援及協作非常重要。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)都在支援以人為本的護理和提升病人在社

區生活的能力中，一直擔當重要角色，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及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) 如何加強發展基層醫療的人手？

(i) 加強與基層醫療相關的培訓，並把重點放在跨專業協作。

- 除培訓醫護專業人員提供臨床服務外，我們有需要支援與基層醫療相關的培訓，以及在本科和研究生層面加強服務提供者的社區視野^{1、55、108、168、169}。

- 專業間相互學習的新模式，及培養跨專業團隊合作，也是需要探討的範疇。

(ii) 加強家庭醫生及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、香港醫學專科學院及各間大學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**，與牙科專業人員及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、護士及牙醫提供**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角色**，此舉有賴相關人員在各個職業發展階段均須獲適當培訓。重新界定各醫護專業人員的角色及工作範疇，亦有助善用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。

- **社康護士服務**一直為居於社區的病人提供寶貴的支援，因此應研究措施加強社康護士服務的功能，例如在公共屋邨設立**試驗護士診所**，為社區(特別是長者)提供

以中心為本的護理服務，以及與非政府機構及地區協作，以便促進區內人口的健康。

- 正在發展的由**護士／專職醫療人員擔任個案經理和專科護士訓練**(例如糖尿病及心臟病專科護士)，以及由**護士／專職醫療主導的病人支援計劃**，均值得進一步探討，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) 為改善質素和以實證為本的醫療服務提供支援，對發展良好基層醫療十分重要^{170、171}。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¹⁷² -

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及資歷評審、持續醫療教育，以及有關更新執業牌照及專科醫生身分的規定，鼓勵持續專業發展。
- 專業發展計劃會透過諮詢程序制訂，並會有專業人士、醫療機構、監管當局、病人及市民的參與¹⁵⁷。

問責性

- 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。我們須加強有關機制以反映醫療程序及健康成果，並利便作出醫療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指引，有助界定最佳治理方式，並把以實證為本的知識轉化為改善醫療質素及

安全的行動，以及協調各方有關預防和控制疾病的努力。

支援醫療決定的作出和治理計劃的制訂

- 為作出醫療決定、反映、溝通、專業發展以及協調的護理服務提供系統支援，可改善醫療服務質素^{120、121、122}。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，以推廣最佳治理方式、改善支援服務和提升病人能力^{173、174、175、176}。各項利用經濟誘因所推行的基層醫療試驗計劃及其成效均須密切監察及評估。

(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、醫管局和衛生署人員共同組成的**基層醫療統籌處**正在成立，以便更有效協調在全港發展基層醫療及服務提供模式。政府會邀請醫護人員和其他持份者參與引導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的持續及妥善協調的策略和實踐行動。衛生署正成立基層醫療統籌處(統籌處)，以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、非政府機構及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 為促進更好的協調，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、衛生署及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、公私營醫療界別及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一

- (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向，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及其他相關持份者，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，以按照食物及衛生局的督導推行加強基層醫療的全民政策及策略；
- (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、主要疾病的臨床指引及不同年齡組別的預防工作指引；
- (d) 建立和更新《基層醫療指南》；
- (e) 探討、規劃及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及其專責小組提供秘書處支援。

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，基層醫療工作小組及其專責小組下會成立多個小組，負責規劃和落實特定加強基層醫療服務的工作，例如設立社區健康中心和發展牙科護理服務。我們亦會成立專家小組，負責檢討現有的和制訂新的概念模式及指引，以及就研究工作及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及公眾為對象的大型倡導運動。例如，我們會與醫護專業人員及病人組織會面、舉辦座談會，以及透過各個傳媒進行倡導工作。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，可以延續倡導運動的勢頭，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 為應對慢性疾病流行、人口老化加劇及醫療科技進步所帶來的挑戰，**醫療系統正面臨改變**。目前有迫切需要為醫療系統重新訂定方向和加以完善，在社區提供市民可隨時使用、全面及協調的第一個接觸點基層醫療服務，而這些服務須具持續性，以預防為方針和以個人為本。要發展優質的基層醫療服務，有需要加強在架構、基建、專業發展及社區層面的支援。

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)是持續進行的。香港醫療系統的長遠發展和改善需要各方通力合作。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要和期望，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，並特別提出需要作出改善的重要範疇。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

(2010年7月5日工作版本)

需要作出迅速回應之基層醫療系統。

9.4 我們會根據所得的經驗和對試驗計劃的評估，從現時起計每四至五年檢討基層醫療發展的策略。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。

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⁴⁸—

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
- 加強基層醫療服務的方向、改善現有基層醫療服務和更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
- 醫護專業人員普遍對基層醫療服務改革的方向表示支持，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服務協作的改革方向，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。有些醫護專業人員亦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

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／食物及衛生局副局長擔任主席，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的臨床指引，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、臨床指引和基層醫療指南，以及分別鼓勵他們使用和遵循。
- (e) 就建立和維護服務模式、臨床指引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及其專責小組提供秘書處支援。

健康與醫療發展諮詢委員會
基層醫療工作小組
成員名單

主席	食物及衛生局局長 周一嶽醫生
候補主席	食物及衛生局副局長 梁卓偉教授
食物及衛生局	食物及衛生局常任秘書長(衛生) 李淑儀女士
成員	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 衛生署助理署長(家庭及長者健康服務) 陳慧敏醫生 養和醫院副院長 婦女健康及產科部主管 陳煥堂醫生 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 香港浸信會醫院行政總監 陳崇一醫生 病人互助組織聯盟外務副主席 張德喜先生 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顧問醫生
港島東及港島西聯網統籌專員
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

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

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

康健國際控股有限公司財務總裁兼執行董事
許家驊醫生

香港大學家庭醫學部主管及講座教授
林露娟教授

消費者委員會總幹事
劉燕卿女士

聖保祿醫院家庭醫學專科醫生
李弘逸醫生

香港牙醫學會會長
梁世民醫生

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

	<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>香港醫學會會長 謝鴻興醫生</p> <p>香港家庭醫學學院院長 蔡惠宏醫生</p> <p>Head, Corporate Medical Scheme Service 韋予力醫生醫務所 黃自傑醫生</p> <p>香港理工大學副校長(管理)及護理學講座教授 汪國成教授</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>
--	---

基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組
成員名單

<p>召集人</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>成員</p>	<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> <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顧問醫生 港島東及港島西聯網統籌專員 朱偉星醫生</p>

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

香港大學家庭醫學部主管及講座教授
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

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

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

香港醫學會會長
謝鴻興醫生

香港家庭醫學學院院長
蔡惠宏醫生

香港理工大學副校長(管理)及護理學講座教授
汪國成教授

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

香港理工大學醫療及社會科學院院長
胡志城教授

西醫工會會長
楊超發醫生

兒科專科醫生
楊允賢醫生

基層醫療指南專責小組
成員名單

召集人	香港大學家庭醫學部主管及講座教授 林露娟教授
成員	私人執業醫師 陳潔玲醫生 衛生署助理署長(家庭及長者健康服務) 陳慧敏醫生 養和醫院副院長 婦女健康及產科部主管 陳煥堂醫生 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 腎病科專科醫生 香港醫學會會董 何仲平醫生 兒科專科醫生 藍章翔醫生 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 聖保祿醫院家庭醫學專科醫生 李弘逸醫生

婦產科專科醫生

梁鳳霞醫生

香港牙醫學會會長

梁世民醫生

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

香港浸會大學中醫藥學院院長

劉良教授

家庭醫學專科醫生

羅黃韻菁醫生

香港醫學會會長

謝鴻興醫生

香港家庭醫學學院院長

蔡惠宏醫生

香港理工大學醫療及社會科學院院長

胡志城教授

西醫工會會長

楊超發醫生

基層醫療服務模式專責小組
成員名單

召集人	皮膚科及性病科專科醫生 史泰祖醫生
成員	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 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 衛生署助理署長(家庭及長者健康服務) 陳慧敏醫生 養和醫院副院長 婦女健康及產科部主管 陳煥堂醫生 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 香港浸信會醫院行政總監 陳崇一醫生 病人互助組織聯盟外務副主席 張德喜先生 腎病科專科醫生 香港醫學會前任會長 蔡堅醫生 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

<p>醫院管理局家庭醫學及基層醫療服務顧問醫生 港島東及港島西聯網統籌專員 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>香港大學家庭醫學部主管及講座教授 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>香港醫學會會長 謝鴻興醫生</p> <p>香港家庭醫學學院院長 蔡惠宏醫生</p> <p>Head, Corporate Medical Scheme Service 韋予力醫生醫務所 黃自傑醫生</p> <p>香港理工大學副校長(管理)及護理學講座教授 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 1989/90-2005/06. 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

20. Census and Statistics Department. Hong Kong Population Projection 2007-2036. Hong Kong SAR: Census and Statistics Department; 2007.

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=
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
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
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/Longterm conditions/Vascular/Coronaryheartdisease/Nationalserviceframework/index.htm](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longterm%20conditions/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/devel>

oping_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

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
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.