

立法會福利事務委員會一九九九年五月十日會議

社區復康網絡

目的

此文件旨在向議員報告「社區復康網絡檢討顧問報告書」的內容，和政府對顧問建議的回應。

背景

2. 社區復康網絡是一項以社區為本的康復服務，目的在提高長期病患者及其家屬的生活質素。社區復康網絡提供的服務種類繁多，包括有分享經驗和提供治療支援的小組活動；協助病人組織自助小組及動員義工的社區活動；還有提昇病人自我護理能力的動力發展活動。當然，與社區及專業團體建立互助網絡也是不可或缺的一環。

3. 香港復康會在一九九四年得前英皇御准賽馬會試行撥款兩年，成立了一間資訊服務中心及兩所地區中心；一九九六年社區復康網絡得獎券基金資助；自一九九七年

四月起，社會福利署正式為有關服務提供經常性撥款。全港目前共有三間社區復康網絡中心，分別位於香港島、九龍東及九龍西。在一九九九年至二零零零年度，政府對社區復康網絡服務的資助將達港幣一千九百萬元。

4. 政府在一九九八年七月委託了香港中文大學社區及家庭醫學系，檢討現時社區復康網絡的運作，並就其發展方向提出建議。檢討於本年一月完成。

5. 顧問報告後交由衛生署、社會福利署、醫院管理局及現時社區復康網絡的服務機構——香港復康會考慮。此外，康復諮詢委員會在三月也討論過報告內容。

顧問建議重點

6. 報告的摘錄（行政總結、第八章總結及第九章建議）隨文件附上。議員可向衛生福利局索取原份報告。報告的主要建議摘要如下：

社區復康網絡的未來角色

- (a) 社區復康網絡提供的服務是有效的，並能滿足大多數慢性病人的需求；
- (b) 社區復康網絡的服務範疇過廣，宜將資訊服務中心的宣傳教育等活動轉予其它社區機構，致力發展心理與社交復康工作；
- (c) 提供服務的模式應以病類為基礎；

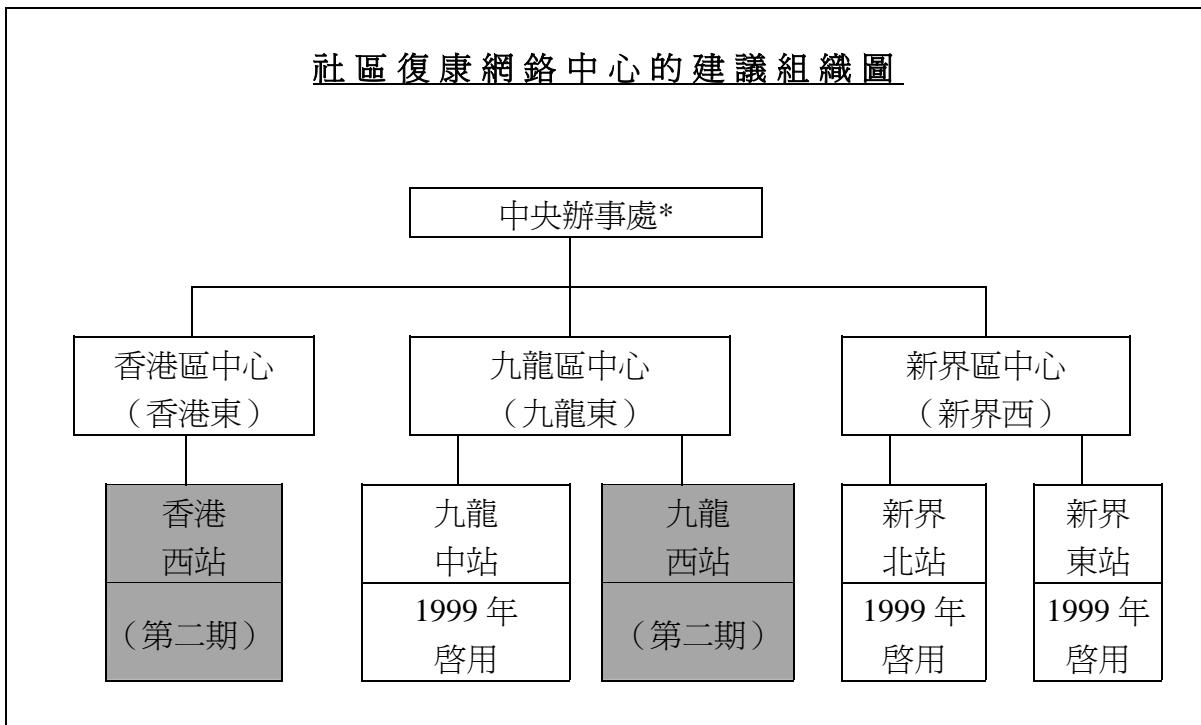
社區復康網絡與其它服務的交替銜接

- (d) 在宏觀層面上，社區復康網絡與醫管局及衛生署所提供的服務並沒有出現明顯的重疊；在微觀層面上則有重疊現象；
- (e) 社區復康網絡的服務可涵蓋那些未由醫管局診治的病人；

組織架構和職工級別

- (f) 社區復康網絡服務應擴展至新界；
- (g) 社會工作者及專職醫療人員的比例應作出適當調整以促進效率；

- (h) 建議以一個較有效的員工分配形式，設立如下圖所示的三層組織：



* 中央辦事處將設於九龍區中心內。

- (i) 第一期共設立三個地區中心及三個站：逐漸遞減現時的資訊服務中心的工作，最後改建其為中央辦事處；將現在的九龍中心搬往新界，再在新界多成立兩個站；至第二期則再加設兩個分站，即合共三個地區中心和五個站。唯第二期的實施需視乎第一期的檢討結果。

政府回應

7. 政府確認社區復康網絡的效用，及其在推動社區復康發展的先驅角色。政府大致同意顧問建議的發展方向，準備以現時撥作資助社區復康網絡中心的資源，去落實顧問報告中的第一期建議，即合共成立六所地區中心和分站。

8. 具體而言，政府認為社區復康網絡應持續現時以病類為基礎的運作模式，而不是以中心為基地。資訊服務中心的資源應調配至其它強項，如發展病人動力、召集及訓練義務工作者等。社區復康網絡也應將服務延伸至在私立醫院和私人醫生處求診的病人。有關與其他服務的交替協調，社區復康網絡無疑需要與醫管局的管局的病人資源中心和衛生署的長者健康服務加強溝通聯繫，避免出現重疊。

未來路向

9. 政府現時正積極與社區復康網絡服務機構商討如何去落實顧問報告的建議。政府希望現時位於九龍的一間中心能在本財政年度內遷移至新界，當然，這需要視乎有否合適的選址及服務機構的意願；而其它兩間分站也能盡快在覓得適當地點後成立。政府將檢討第一期計劃的執行，參照其結果，再規劃第二期的詳情。

衛生福利局
一九九九年五月

**社區復康網絡
檢討顧問報告書**

**香港中文大學
社區及家庭醫學系**

報告摘要

由於慢性病的發病率增加，社區醫療護理提供一個極大成本效益的醫療服務，慢性病人及其家屬需要在社區內有大量支援日趨重要。社區復康網絡的發展是一個創新的服務，以社區為基地，利用社區內的復康資源供應復康服務目的是加強慢性病人及其家屬的生活質素，通過心理—社交復康服務，推行自助及互助，自我護理和訓練照顧病者，動員專業及普通義工，發展病人動力，提供健康教育和社區健康活動。

除社區復康網絡外，醫管局現有的病人資源中心，在醫院及門診的醫務社工，衛生署的長者健康服務，同樣提供不同形式的支援和直接對慢性病或器官殘疾的病人提供服務。由於各供應服務者在社區復康有各種活動，香港中文大學社區及家庭醫學系獲委任進行顧問研究現有的社區復康網絡服務和將來發展的建議，尤其是與其他服務供應者的交替策略。

研究於 1998 年開始搜集來自各方面質和量的資料。這些資料來自服務使用者，服務提供者，醫療行政人士，專業人士，決策人士，學術界，組織負責人和政界人士，焦點小組，截面研究，個案控制研究，深入訪問及舉行會議，分析行政資料及文獻復習和觀察研究。

第二期是資料分析。一般來說，社區復康網絡提供的服務是有效的，並且達到大多數慢性病人的需求。但是社區復康網絡服務的範圍太廣泛，容易引致缺乏重點和深度的問題。因此，社區復康網絡應集中它們服務的強項如輔導及治療方面的小組活動，網絡和聯繫，推動病人動力的發展。一些服務如印刷及製作視聽資料和書籍，組織健康展覽，健康檢查等工作，社區復康網絡則不如其他組織，因此這些服務應轉給

醫管局的健康資訊天地，衛生署和其他社區內的機構。

慢性病的人數很大，如果單純用醫院住院統計是不適宜的評估慢性病的發病率，須用大量人口研究，假如缺乏這數據，要研究社區復康服務的全面供應和需求，須要長的時間來策劃和研究。例如，根據得到的本地流行病學數據，哮喘的發病率約是 10%，即使祇有 10% 哮喘病人需要復康服務，即為 60,000 病人，現有四間病人資源中心祇有 1,000 患哮喘病的成員。由於問題如此龐大，在大規模層面上病人的人數由病人資源中心和社區復康網絡提供重疊服務，並不明顯。

但是在細規模層面上，就有重疊現象。如果病人資源中心和社區復康網絡的角色清晰劃分，重疊服務可以減少。使前者提供服務與在急性期內的住院病人，而後者當病人出院回到社區後，繼續提供服務。醫務社工則以個別個案方式提供病人及其家屬的支援服務，和執行法定責任。社區復康網絡在社區內應主動邀請以社區為根基的醫生作為專業顧問，並提供在社區內醫療上的支援，而醫院的專科醫生則作為第二線的支援。社區執業醫生在社區復康扮演第二線護理的守門員，進一步發展家庭醫學的概念。同時私營醫生包括私立醫院應認識社區復康網絡服務的存在。社區復康網絡亦應填補不經醫管局診治的病人的空隙。

衛生署在社區復康服務主要包括兩方面：健康教育及資訊，和長者健康服務。前者目標是初級預防。長者健康服務的發展和運作是基於家庭醫學的概念。但是 18 個中心約有 40,000 病人成員，因此社區復康網絡仍可發揮他們的專長如網絡及動員義工增強長者健康服務。

為發揮有效的交替，社區復康網絡應在當地成

立一個委員會邀請所有有關復康服務提供者，社區內的醫生及專業醫療人員和社區領袖參加。這樣可以聯合策劃，避免服務重疊。

社區復康網絡應有優先次序，根據社區內醫療衛生問題大小，是否可由基層醫療專業人士處理的病類，相對的財政和社會成本問題的嚴重性，提供第三級預防的潛力，及由焦點小組和深入採訪得來的數據。根據上述的標準，建議如下的病類給予較優先的次序：心臟病，糖尿病，中風，癲癇，哮喘，慢性阻塞性肺病，白金遜氏病，老人痴呆症，穩定的脊髓和腦創傷及關節病類。但是並不是建議社區復康網絡應放棄其他病類的服務。

為了減少持續上昇的醫療成本和擴大社區復康網絡服務範圍至全港，建議一個較有效的員工分配形式，根據人口分佈和地理將全港分為 8 個地域：港島東，港島西，九龍東，九龍中，九龍西，新界東，新界北，和新界西。現有的三個社區復康網絡中心將改組和再分配成區中心：一個在港島，一個在九龍和一個在新界。加上五個站將分期建立，最終目的是每個地域有一個中心或站。除區中心是較大型和監督全區運作外，區中心和站的功能是相似的。

即時的步驟是為了應付目前急需，於 1999 年在新界先成立兩個站。同年於九龍亦成立一個站，稍後將成立第二個站。港島將來會增加一個站。一個小型的中央辦公室由一位高級社會工作主任或同級作為社區復康網絡總經理，負責全面性策劃，在行政上，他或她由一個行政主任支持。每個區中心有一個經理（社會工作主任或同級）負責區內的策劃，同時亦提供服務與有需要的病人。

工作主任是助理社會工作主任或同級，是負責病類協調的人員，提供外展服務。在各區的中心和站，他或她是由社會工作助理和文員支援。專業醫療人員應集中在中央辦事處內作有效的分配。專業醫療人員應以小組治療為重點而不是個別治療，及動員他們的專業同工作為社區內的義工。總經理和經理將決定每個區中心和站的人手調配以達到個別地區的需求。

除了區中心，站是需要的，因為它們在地區組織有較好的聯繫網絡，令使用者產生歸屬感，及在所屬區內與其他有關地區組織合作。三個區中心和五個站的結合可使組織架構得到平衡的管理發展。

社區復康網絡的詳細組織結構建議在第九章討論。建議的結構員工的成本如下：

第一期，全港需要\$18,716,682.20（現在三個社區復康網絡中心：一個在港島，兩個在九龍的成本是\$18,140,989.）。第二期的成本是\$21,726,054。但是根據現在的結構模式，5個社區復康網絡中心則需要\$29,261,673。

顧問們不能取得單位成本和結果量度的常規資料，所以祇是進行初級成本輸出分析。這分析顯示社區復康網絡較病人資源中心有較低成本輸出比例。如果社區復康網絡主要動員社區基層醫生，而不是醫院專科醫生作為專業顧問，肯定提供社區復康是物有所值。將來的會計系統應發展至可計算復康活動和疾病復康程序的成本。

如健康和生活情況，應有一個量度標準，員工應詳盡記錄日常工作，以作為工作指標的參考。

將來社區復康網絡的財政預算應整額或單線撥出以容許彈性資源分配。這樣可使組織能決定不同職級的分配，以達到成本效力和效能。

請注意：此乃中文譯本，中英文如有差異，以英文翻譯作為準則。

第八章

總結

1. 持續上昇的醫療成本聲音中，不僅是有需要幫助慢性病人於社區接受治療，而心理及社交復康亦是現代復康的趨勢。社區復康網絡趨向培養自我護理及病人動力發展，支援家庭成員及照顧者，動員志願工作人員（非專業和專業），訓練同輩輔導，網絡其他復康服務，推廣自助小組的成立和管理，目的是使這類病人達到以社區為基礎的復康。根據由病人，服務提供者，醫療專業人士和政策制定者搜集得來的資料，我們可以肯定社區復康網絡服務在慢性病不斷增加下，是值得推薦的。社區復康網絡服務是有效的，在推行以社區為基礎的復康服務應予確認。
2. 評估復康的需要，在香港是沒有大型的研究，但是根據現在有限的資料，慢性病是有高的發病率。由於這需求的幅度和有限度的社區復康服務，重疊服務的問題只是表面的。雖然社區復康網絡服務也有可能與其他提供服務的機構如醫院的病人資源中心有重疊。
3. 如果社區復康網絡和病人資源中心的功能有明確的定義，以前者在原則上於病人出院後在社區內提供支援，而後者給予住院病人在急性診斷期和早期治療階段給予支援，重疊服務的問題可能性不大。事實上病人資源中心和社區復康網絡交替模式給予兩機構相輔相成，確保病人由治療至復康期的平穩結合。
4. 各醫院的社區復康網絡和病人資源中心在合作上有極大差別，這是取決於醫院行政總監對社區復康的定位，獲得的資源及其他因素，如醫管局沒有明確政策，對社區復康網絡與病資源中心的互相配合交替是不可能有重大進展。醫院和非牟利機構聯合策劃和連繫復康計劃是急需的。

5. 社區復康網絡亦應重視不經醫管局治療的慢性病人的服務空隙。
6. 衛生署的中央健康教育組重點是初期預防。雖然由衛生署成立的長者健康服務的三個主要成份是健康教育，輔導和治療，在 2000 年的 18 個中心祇有約 40,000 個病人成員，因而於未來數年它與社區復康網絡的重疊不明顯。但是長者健康服務繼續發展，社區復康網絡便要重整。長者健康服務應是提供醫療及衛生服務包括健康教育和輔導，。而社區復康網絡應是網絡功能，提供病人的心理--社交支援，促進自助，動員和訓練志願人員。社區復康網絡可能須重整對年青人的服務。
7. 家庭醫生／全科醫生應較多主動關注社區復康，更能充分扮演醫院的守門員角色。具備非牟利機構的支持，使家庭醫學可進一步發展。他們亦可以提供社區復康網絡前線醫療支援，而專科醫生可給予第二線支援。
8. 社區復康網絡的目標是太廣闊，所以它的員工執行多種任務。因而引致缺乏重點，活動和程序會表面化，繼而磨滅員工的精力和能源。
9. 由於社區復康網絡的重點是網絡和連繫，動員志願工作者，促進自助和發展病人動力，支援互助小組，訓練志願人員和各階層人員，在編制上有較強的社工隊伍是合適的。但是一個較完善的架構系統是必須的，因此需減少專業社工操作一些次於專業的工作。
10. 在社區復康網絡的醫療專業人員如護士，職業治療師和物理治療師，並沒有有效地分配。他們應集中於中央辦事處分配工作，動員區內的同業作為專業志願者，或者用其他方法利用他們的專業，其中一個可行的辦法是集中分配以適應社區復康網絡服務全港。

11. 發展動力的策略是社區復康網絡的獨有貢獻，因此社區復康網絡應盡量利用它的員工於小組活動和支援家屬的后動，訓練及動員志願者和促進自助及自專，而不應注重於組織展覽，健康講座及健康檢查。
12. 社區復康網絡服務的優先次序應以基層醫療及流行病學作為參考。例如優先處理那些病類併發症可以因有系統的復康程序而得到預防。因此社區復康網絡應重視病類如心臟，糖尿，中風，癲癇，哮喘，慢性阻塞性肺病，柏金遜氏病，老年痴呆病，穩定的脊柱和腦創傷，關節病類。社區復康網絡應轉介一些病人如到其他能得到較佳服務的機構，例如 Cancer Link。因此社區復康網絡可給予以上提及的病類和急需社區復康新的病類，令社區復康網絡能扮演社區復康的先鋒角色。
13. 隨著醫管局設立的健康資訊天地，資訊服務中心的使用率下降及成員對服務認識不足，其功能應予檢討。
14. 若要推行使病人容易進入社區復康服務，在新界提供服務不僅是臨床上的需要，而且是世界衛生組織重視給予病人平等服務機會的指引。如果資源有限，擴展服務可先局限於該區急切需要如以上第 12 節的一些病類。
15. 社區復康網絡應持續現時的模式以病類為基礎的運作，而不是以中心為基地。這模式應發展至新界。社區復康網絡應外展至病人。這外展執行型式可使員工分配更有彈性和有效地在遠離其中心的地方推行服務，便成本和經常開支減輕。
16. 社區復康網絡是一項創新的服務，也是香港第一個組織提供社區復康服務。研究單位成本的結果可作為一個指標給予未來監察及比對的底線。

17. 工作指標主要是工作數據方面多於結果。結果指標應包括健康及生活狀態，和生活質素。
18. 復康是醫療抑或社工服務分界是不明顯的和非必要的。他們互相交錯，以致成因和效果關係是不可分離的。因此，強制將社區復康網絡定義是社工或醫療服務是不明智的。努力和集中注意力於提高社區復康服務的效能和效率，除去重疊和避免增加同類型的服務，改善交替協調和加強網絡聯繫，為同一目標的社區復康而努力，實是公眾和病人的利益。在現階段接受復康是包括生理和心理--社交因素是適合的。

第九章

建議

建議社區復康網絡的組織和功能

社區復康網絡的未來角色

服務的範圍

從不同的服務搜集得來的資料顯示社區復康需求很大，它維持病人生活於自然環境，因而節省醫院病床的開支。社區復康網絡的功能首創以社區為基地提供復康服務應予確認。社區復康網絡應加強它的強項例如心理--社交支援，組織網絡，病人動力發展，動員和培訓義工，成立自助小組。但社區復康網絡應放棄資訊服務中心的服務，以及健康檢查和組織健康展覽。否則社區復康網絡的服務廣闊範圍可導致缺乏焦點和深度。

服務的優先次序

社區復康網絡服務應如第 5 章所討論善用資源。假如其他組織或自助小組成熟至可能提供某些病類的服務，社區復康網絡應協助它們發展至一個可以獨立服務該類病人，這樣可容許社區復康網絡有更大的未來發展空間應付逐漸增加的需求。那些能夠獨立處理的自助小組可以延續獨立運作是有利的。

組織架構和職工級別

組織

建議一個有效的員工發展計劃，以減少不斷上昇的醫療成本，並且擴充服務至全港。

圖 9.1 表示新的組織架構，組織的高層是一個小規模的中央辦事處制定全港的策略和聯繫，設立一個總經理，可能是一個高級社會工作主任或同等級，在行政上由一行政主任協助。

至於區組織，根據香港的人口分佈和地理，建議將全港分成八個地域：即港島東，港島西，九龍東，九龍中，九龍西，新界西，新界北，新界東（表 9.1）至於現有的三間社區復康網絡中心則改組及分配為區中心，其一在港島（港島東），一在九龍（九龍東）和一在新界（新界西）。五個站則分期成立。最終目的是每地域有一區中心或站。區中心和站的功能在供應服務上大致相同，除區中心運作較大和監視區的運作。

員工

每個區中心由一個社會工作主任或同等級任經理，負責計劃策略和聯繫區內的服務，及監督和培訓區內員工。經理亦協助某些病類的服務。雖然病類的統籌是助理社會工作主任同等級的專業人士，負責聯繫他或她負責的病類外展於全港，一些病類有大量病人及廣泛需要，經理亦應協助尤其是那些需要資深經驗和專業知識處理的病類。病類統籌員是在中心／站由社會工作助理及文員在各方面提供支援服務，這混合專業社工或醫療專業人員，社會工作助理和文員的編制是為了降低成本，而不影響服務質素。

員工應多作外展，目的是使成本效益服務擴大。各級別員工人數於每一區中心和站如圖 9.2 分配。由那類別專業人仕統籌各種病類是由總經理和經理決定

圖9.1: 提議社區復康網絡的架構

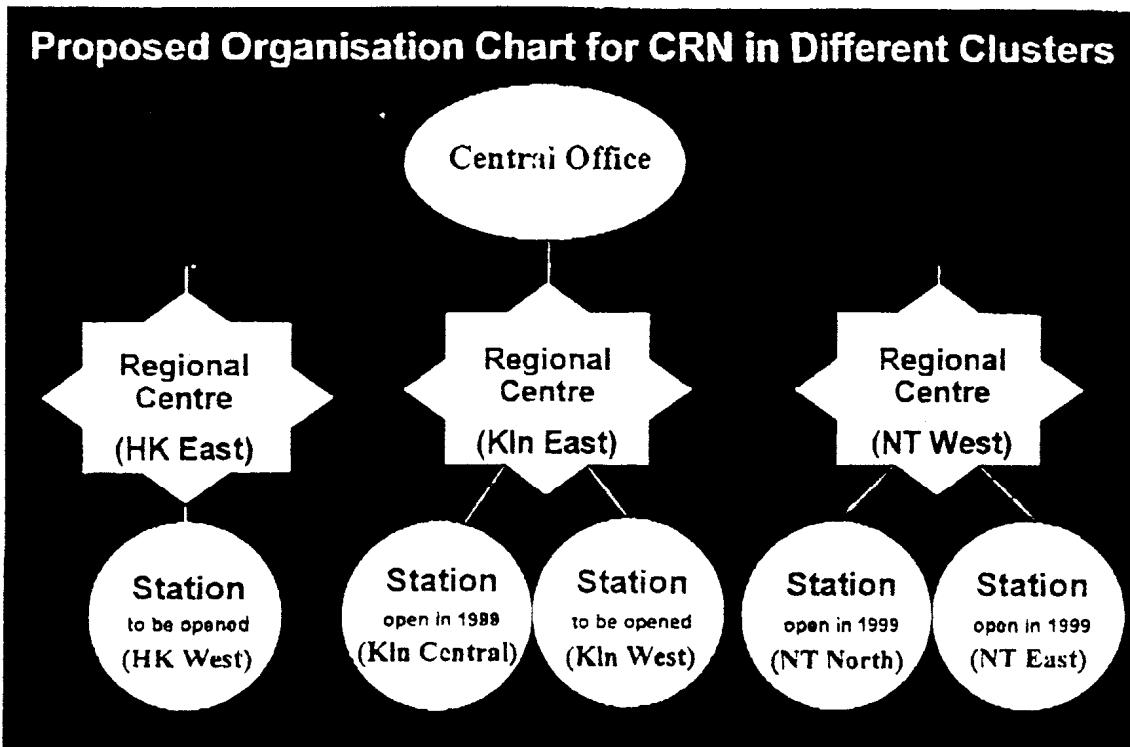


圖 9.2 建設第一期員工分配

中央辦事處	員工安排於中央辦事處		
	1 總經理	1 貳級行政主任	1 助理文書主任
	1 壹級職業治療師	1 壹級物理治療師	1 護士長
區中心	員工安排於區中心		
	1 經理	4 工作主任#	2 社會工作助理
	1 助理文書	1 助理文員	1 貳級工人
站	員工安排於站		
	3 工作主任	1 社會工作助理	1 助理文書主任
	1 貳級工人		

在第二期，因站的設立較多，區中心祇需 3 位工作主任，而不是 4 位

醫療專業人員分配於全港的外展，因為他們重點在小組治療和動員他們同業作志願工作者。一隊專業醫療人員屬於中央，由總經理負責調配。專業醫療人員亦可分配作經理或工作主任。

社會工作助理是適當的社工協助工作主任執行較常規的工作。由於建議的社區復康網絡的動力是治療方面的輔導，網絡和聯繫其他非牟利機構和家庭醫生，擴展至全港的服務，其他活動都需要主動性和創意性，低級社工如福利工作員不能擔負這重任，因而影響服務質素，這工作需要更多培訓和技能。

現時的員工分配,第一期和第二期表示如下表9.2

表9.2 現時的員工分配,及第一期和第二期

現有編制(3社區復康網絡中心)

第一期(3區中心和3站) 第二期(3區中心和5站)

0.6	高級社會工作主任	0.6	總經理	1	總經理
0.6	貳級行政主任	0.6	貳級行政主任	1	貳級行政主任
3	社會工作主任	3	經理	3	經理
19	助理社會工作主任	21	工作主任	24	工作主任
0	社會工作助理	9	社會工作助理	11	社會工作助理
3	壹級物理治療師	1	壹級物理治療師	1	壹級物理治療師
3	壹級職業治療師	1	壹級職業治療師	1	壹級職業治療師
4	註冊護士	1	護士長	1	護士長
1	貳級中文主任	0	貳級中文主任	0	貳級中文主任
4	貳級文員	7	助理文書主任	9	助理文書主任
4	助理文員	3	助理文員	3	助理文員
3	打字員	0	打字員	0	打字員
3	貳級工人	6	貳級工人	8	貳級工人
總數: 48.2		53.2		63.0	

表 9.1: 香港的公立醫院和建設及每年同期出院人數

人口	區	醫院數目	醫院名稱	醫院床位	每年出院人數
港島 1312637	港島西	8	瑪麗醫院, 賽育醫院, 東華醫院 馮堯敬醫院, 大口環根德公爵夫人 兒童醫院, 麥理浩復康院, 葛量洪 醫院, 南朗醫院	3658	133438
	港島東	7	東區尤德夫人那打素醫院, 律敦治 醫院, 鄧肇堅醫院, 東華東醫院, 長洲 醫院, 春暉角慈氏護養院, 黃竹坑 醫院.	3033	104817
香港島總數		2 15		6691	238255
九龍 1987996	九龍中	3	伊利莎伯醫院, 香港佛教醫院 九龍醫院	3078	141697
	九龍西	3	廣華醫院, 聖母醫院, 黃大仙醫院	2542	83241
	九龍東	4	基督教聯合醫院, 遷寧醫院, 戴倫趾 夫人復康院, 香港眼科醫院.	1394	70368
九龍總數		3 10		7014	295306
新界 2906733	新界西	5	瑪嘉烈醫院, 烏涌醫院, 明愛醫院, 荔枝角醫院, 仁濟醫院	5177	192407
	新界東	6	威爾斯親王醫院, 沙田醫院, 沙田慈 氏護養院, 白普理寧養中心, 雅麗氏何妙 齡那打素醫院, 大埔醫院	3497	115531
	新界北	6	門醫院, 博愛醫院, 粉嶺醫院, 青山醫院, 小瀝醫院, 北區醫院.	4621	108665
新界總數		3 17		13295	416603

辦公室分配

雖然工作主任是病類聯絡及統籌人員，由社會工作助理和文員作支援，以外展方式提供服務，他們仍需要辦公室的空間，執行行政工作，策劃和聯繫。總經理和經理應安排他們的辦公地點。除區中心外，各站應覆蓋廣闊的範圍。雖然多種活動可在區中心和其他社區設施租借社區禮堂，學校或醫院（包括沒有接受任何服務的私立醫院）一個站也要有在屬區內組織和聯繫不同的活動。

站的成立，病人可容易認識他們的屬區內的服務，如社區護理服務。在區內有一辦事處，使參與者有他們的歸屬感，亦可同時進一步發展至以社區復康為目標的地區組織連繫。

考慮祇是用 3 個區中心為辦公場地，又或在 18 個區議會範圍內各設予一個小辦公室，兩者皆有好處和壞處。前者可節省行政費用，但是控制地區範圍廣闊，可帶來管理上的問題，引致服務質素受影響。後者可在本地區範圍有較好的監督，但增加行政費用，建議的 3 個區中心和 5 個站是一個較平衡的編制，將來亦可檢討。

分期發展

即時的步驟，一個區中心和 2 個站於 1999 年在新界成立。服務 2.9 百萬人口及 17 間醫院佔 13395 病床和每年有 416603 出院人數（見表 9.1）在九龍方面，以前東九龍中心將改成區中心，資訊服務中心關閉後，該地點可用作中央辦公室，現有的西九龍中心可改為站。第二個站日後成立，以服務接近 2 百萬的人口，及 10 間醫院擁有 7104 張病床及每年出院人數 296306（見表 9.1）九龍方面的人口隨將軍澳發展和西九龍的重建填海計畫而增加，因此第二個站不久便須要設立。

港島方面，現在的中心將成為區中。到時將增設一個站以服務 1.3 百萬人口及 15 間醫院的 6691 張病床及每年 238255 的出院人數。

建議員工設置的成本推算

表 9.3 分析現有社區復康網絡編制，第一期和第二期的擴展的人力成本。當第一期擴充，人力成本是 18,716,683 元，祇是現在預算增加 3%，但可以將服務擴至全港，並有良好的覆蓋新界。第二期的擴充預算是 21,26,054 元，假如以現在的架構發展，社區復康網絡擴充至 5 個中心，則需要 29,261,673 元，已較上成本明顯減少。在擴充服務至第二期之前，根據第七章推薦的實施指標，應全面評估成本效益和成本利益分析。

表9.3: 建議員工設置的成本推算

級別	98年入職中新點 +公積金5%	3 CRN中心	級別	98年入職中新點 及公積金5%	一期	二期
高級社工主任	860,706	0.6	總經理	860,706	0.6	1
貳級行政主任	353,745	0.6	貳級行政主任	353,745	0.6	1
社工主任	93,000	3	經理	693,000	3	3
助理社工主任	444,591	19	工作主任	444,591	21	24
社工助理	278,145	0	社工助理	278,145	9	11
壹級物理治療師	510,300	3	壹級物理治療師	510,300	1	1
壹級職業治療師	510,300	3	壹級職業治療師	510,300	1	1
註冊護士	321,678	4	護士長	410,300	1	1
貳級中文主任	353,745	1	貳級中文主任	343,745	0	0
貳級文員	191,016	4	助理文書主任	191,016	7	9
助理文員	148,932	4	助理文員	148,932	3	3
打字員	148,932	3	打字員	148,932	0	0
貳級工人	125,748	3	貳級工人	125,748	6	8
總成本(元)	18,140,989	18,716,682.6		1,726,054		

* 五個社區復康中心的員工設置成本是: \$29,261,673

交替策略

區內從事社區復康的不同機構與社區復康網絡均有密切互動和聯繫。祇要有關部門互相了解對方詳盡的工作計劃，才會有效地協調。社區復康網絡應在區層成立一個“社區復康”委員會，邀請所有對社區復康有興趣的團體參加，例如當地醫院（公立或私營）代表，衛生署的社會醫學醫生或其代表，區的社會工作主任，當地醫生及專業醫療人員，病人自助小組，社會領袖及所有其他區內組織和當地有關小組。

這類跨界別的緊密互動，從而有聯合計劃，盡量利用各方的優點，來補充不足之處。這樣，更可令全科醫生／家庭醫生和社區復康機構緊密互動和聯繫。因此全科醫生／家庭醫生可以在處理慢性疾病起大的作用，社區復康得到較大的成績。

資訊服務中心結束後，社區復康網絡亦有來自衛生署和醫管局的資訊。醫管局應制定一個中央政策發展醫院內的病人資源中心。

社會福利署已制定醫務社工的職責，給予病人及其家屬個別個案服務。社區復康網絡和病人資源中心的服務應避免重疊。同時社會福利署和其他非牟利組織亦供應家庭幫助服務，關注支持服務，所以社區復康網絡可轉介給這些機構這方面的服務，而不是提供服務。因此成立一個如以上陳述的地區委員會，有利於避免重疊和達到更佳的協調。

這個地區委員會亦可與衛生署的長者健康服務和社區復康網絡起互動交替作用。同樣地亦可與區內其他社區復康服務機構合作。

監察系統

1. 應設立疾病治療的獨特標準和原則，以建立工作計劃
2. 如第七章所討論，量度成績的指標是結果和效益，而不祇是表面數據。
3. 應設立會計系統，使活動項目成本與疾病復康治療成本可以計算。
4. 將來應嘗試除直接成本外，測量間接成本。
5. 如果慢性病人的醫療服務需求能全面估計，對計劃和監察是有很大的幫助。
6. 應給予社區復康網絡工作人員和其他參與社區復康工作人員有組織性的繼續教育和在職培訓。

詳情請參閱附件 13

不久將來應制定適當的成績指標和各項成本數據。在服務發展至一個總成本效益和成本利益分析應在第二期推行之前完成。

建議給予社區復康網絡的預算應整數或一線撥出。這樣可令組織有較大的彈性分配員工和利用資源。隨同適當數據和成績指標的發展，成本效益可以分析和評估。

顧問小組成員：

香港中文大學社區及家庭醫學系主任李紹鴻教授

香港中文大學社區及家庭醫學系李大拔教授

香港中文大學社區及家庭醫學系（教育學）杜祖貽教授

前任香港中文大學社會工作系教授何錦輝博士

新加坡國立大學社會、職業及家庭醫學系（醫療政策及管理學）潘家鴻教授

研究小組成員：

香港中文大學社區及家庭醫學系研究計劃統籌曾廣加醫生

香港中文大學社區及家庭醫學系研究助理盧兆姿小姐

香港中文大學社區及家庭醫學系研究助理余素娟小姐

請注意：此乃中文譯本，中英文如有差異，以英文原稿翻譯作為準則。