

基層醫療政策指標及管理架構

基層醫療涉及的不止是由醫護專職提供醫療服務，更涉及如何透過協調不同持份者加強市民健康管理，以及在社會中建立健康生活條件的能力，因此根據世衛建議，要有效推行基層醫療，政府必須建立相應管理架構¹，本文旨在審視現時本港基層醫療管理架構及其職能，分析其優勢及限制之處，並建議如何在香港發展有利推動基層醫療的管理架構。

現時本港的基層醫療管理架構

本港的基層醫療管理架構在過去四十年雖然經過一定變革(見表一)，但是大致主要框架都是由食物及衛生局(前期為衛生福利局)負責制定基層醫療政策框架及目標，其轄下部門則以衛生署為首，負責監察及執行服務。現時衛生署下設立了衛生防護中心及基層醫療健康辦事處(後來辦事處交由食衛局直接管轄)，前者負責處理健康促進、非傳染病的防控等事宜，後者則負責規管私營合作的醫療護理服務，配套電子病歷系統、分發電子醫療券，及負責推展十八區地區康健中心或地區康健站。過往四十年，本港基層醫療的政策以提供基層醫療護理服務為主(見表一「開展的服務」)，而且基層醫療護理服務在醫療系統中亦一直擔當較次要的角色。

表一 按三個醫療政策階段劃分，本港基層醫療管理架構及主要轄下服務(醫管局除外)一覽

政策階段	早期 1990-2007	中期 2008-2016	近期 2017 至今
政策框架	《人人健康·展望將來》報告書	《掌握健康掌握人生》	2017 施政報告 及待公佈之《基層醫療發展藍圖》
主要目標	改善衛生署所提供的醫療護理服務	推展公私合作，增加基層醫療護理服務	「公私合營、醫社合作」落實地區基層醫療護理服務
管理架構 (依職權高)	衛生福利局 衛生署	食物及衛生局 衛生署	食物及衛生局 衛生署、基層醫療健

¹ 防控九大目標由包括(1) 降低四大非傳染病(癌症、心血管疾病、糖尿病、慢性阻塞性肺病)造成的過早死亡率、(2) 降低不當飲酒行為普遍率、(3) 降低體能活動不足的普遍率、(4) 降低人均每天鈉攝入量、(5) 降低吸煙人口的比率、(6) 遏止市民的高血壓患病率上升、(7) 制止糖尿病及肥胖問題上升、(8) 透過藥物治療及輔導服務來減低心臟病和中風、(9) 為市民提供可負擔用作治療主要非傳染病的基本設備和必需藥物

至低排列)	衛生防護中心 (2004 成立)	衛生防護中心、基層醫療統籌處	康辦事處 衛生防護中心
開展的服務	學生健康中心 婦女健康中心 長者健康中心及外展隊 母嬰健康院 牙科診所 其他專科診所	長者醫療券 基層醫療指南 電子健康記錄互通系統	公私營協作計劃(包括篩查及疫苗注射計劃、普通科門診協作計劃) 18 區地區康健中心及地區康健站

食衛局的當務之急：整合公私營醫療系統中的基層醫療護理服務

隨著四十年前衛生署的基層醫療護理服務跟醫管局分家後，兩者的發展有著不同軌跡，至今仍未能有效協調。近年政府開展私營及非政府組織界別合作營運的地區基層醫療護理服務，但這些服務交由了基層醫療健康辦事處管轄。食衛局若根據這種「三分部門」的管理架構去策劃整體基層醫療服務的規劃，要繼續在三者之間討論重新分配人力、資源及服務提供，未必是最有效率的架構。故此，食衛局當前可考慮設立單一部門或法定機構，重整三者的基層醫療護理服務，並能發揮其「服務管理」功能，改善基層醫療護理服務質量，能更有效分配現有資源使市民較公平地得到持續護理。

單靠現有基層醫療管理架構大力發展基層醫療，筆者認為有三大問題，仍必須作出相應變革：

1. 如何整合醫療系統及社會福利系統中基層醫療服務

基層醫療服務並不單是由醫護專職提供，其中社會福利服務亦是現時香港基層醫療系統的重要組成部份，這些服務現時並不隸屬食衛局及衛生署，而是由勞福局及社會福利署負責，當中有部份基層醫療服務(或與基層醫療高度相關的服務)是直接由社會福利署規劃及監察，例如照顧服務、復康服務、善終服務等，當中有部份基層醫療服務是由服務單位，在服務發展中把基層醫療的元素與自身服務結合，亦有由服務單位以個別項目形式發展。

基層醫療服務分別由兩個政策部門負責，有礙對整體基層醫療護理服務需求的評估、服務規劃、以及資源調配。此外，在現時的管理架構下，醫護與社福系統間的服務轉介，以及服務使用者資訊在兩系統中的整合與流通亦不理想。因此，加

強食衛局的醫療系統及勞福局的福利服務系統之間的協調，將是改革基層醫療管理架構的重要議題。

2. 如何協調及動員地區內與基層醫療相關的單位

地區中有不同單位提供基層醫療服務，除了眾多的公私營醫護單位及社會服務單位，廣義而言，亦包括學校、區議會、居民組織、民政署等。要有效發展基層醫療，必須以地區為本，充份動員及協調區內不同持份者。

現時政府在 18 區設立地區康健站及地區康健中心，反映政府亦視地區成為推動基層醫療的重要單位，然而地區康健中心/康健站雖然有機會發展成為地區上不同基層醫療服務間的樞紐，但是他們始終只是區內其中一個服務提供者，當中並無調配資源的權力，加上營運地區康健中心/康健站的本身亦是社會服務機構，將難以協調區內其他社會服務機構及地區持份者。

政府可考慮設置地區層面的管理架構並配給恆常預算，地區管理架構每年需與地區持分者同共訂立及執行預算開支，例如英國曼徹斯特地區議會(Manchester City Council)一直發揮相似功能，每年開放地區基層醫療服務提供者及使用者參與制定 Health & Social Care 的預算。此舉除了可設計合乎社區需要的基層醫療服務，同時能建設社區成員的健康和政治素養。

3. 如何協調不同部門推動「將健康融入所有政策 Health in All Policies (HiAP)」

要推動基層醫療，除了提供基層醫療服務外，亦涉及在不同政策範疇的配合。例如要加強市民自我健康管理的能力，必然與食物、文娛康體、職安健、交通、城市規劃、空氣質素等範籌高度相關，現時世衛提出「將健康融入所有政策」的框架鼓勵國家在制訂不同政策時都考慮政策對健康的影響，而此框架亦廣為不少地區所採用，例如中國、芬蘭、挪威、台灣等。

「將健康融入所有政策」必然涉及多個政策局的政策範疇，設立跨政策部門的管理架構似乎無可避免，例如中國就以國務院作為中央部門，制定未來十年的健康政策規劃，以及監督其他政策部門落實相關政策指標，當中在減低運動量不足一目標上，要求城鎮社區規劃部門全面覆蓋 15 分鐘健身圈及提供人均體育場地面積 2.3 平方米以上、教育部門確保校內學生每天體育活動 1 小時以上、康文部門使社區青少年每週參加中等強度體育活動達 3 次或以上、人力培訓部門需培訓每千人擁有 2.3 名社會體育指導員等。

因此特區政府需研究設立一個超於食衛局現時職能的部門或機構(可以是法定機構、委員會、或中央政策部門)訂定政策及指標，並監督各部門（包括以上的食衛局及勞福局）實施政策。