

2022年3月 第31期

社聯政策報

POLICY BULLETIN

基層醫療政策

- 醫社合作的基層醫療
- 以醫健通為例展望健康資訊平台的應用
- 基層醫療政策管理架構



香港社會服務聯會
The Hong Kong Council of Social Service

目錄

2	編者的話
分析與觀點	
4	醫社合作的基層醫療
7	醫社合作促進社群健康
11	以長者服務為例探討社會服務在基層醫療發展的角色 • 專訪香港基督教服務處副總幹事（長者、復康及社區） 陳頌皓女士及躍動晚年及社區照顧服務協調主任張燕琳女士
15	從醫健通的經驗展望香港健康資訊平台的發展
19	基層醫療政策指標及管理架構
22	問卷調查
23	讀者意見
24	昔日政策報

《社聯政策報》編輯委員會

主席 黃於唱教授（明愛專上學院湯羅鳳賢社會科學院教授）

成員 張少強教授（香港樹仁大學社會學系教授）

葉仲茵博士（英國牛津大學社會學博士）

羅偉業先生（香港社會服務聯會社會保障及就業政策專責委員會委員）

鄧寶山先生（香港社會服務聯會社會發展專責委員會副主席）

編者的話

社聯政策報在2017年第23期曾以「基層醫療：反思與前瞻」作主題，介紹基層醫療的概念、探討本地基層醫療發展進程、參考海外制度的經驗及分析醫社合作的前景。當年特首《施政報告》提出「設立地區康健中心，提倡基層醫療以減輕醫管局的壓力」。2021年《施政報告》表示「自2019年至今在多區設立地區康健中心及地區健康站。食衛局亦正就《基層醫療發展藍圖》展開諮詢，就基層醫療系統、人手規劃及培訓、疾病監察及健康紀錄互通、融資安排及監管等方面作出諮詢及探討」。報告亦強調「加大醫社合作將是重要的一環」。食衛局在其網頁亦說明，政府會以1) 健康推廣；2) 疾病預防；3) 疾病管理及醫療支援三層預防策略推行基層醫療。

今期社聯政策報再次探討基層醫療的定位、醫社合作的模式、發展健康資訊平台及基層醫療的管理架構等議題，希望在《基層醫療發展藍圖》的諮詢期間，增加業界及社會人士對基層醫療的關注及豐富有關的討論。今期政策報主要由社聯的同事負責資料搜集、訪問及整理。

在第23期的政策報，我們引述OECD(2017)的定義，指出「基層醫療(Primary Health Care)為醫療系統的一部份，旨在提供更全面、無間斷及充份協調的醫療照顧以滿足病人的需要。具體而言基層醫療為社區人士與醫療系統的第一接觸點，協調多種專業服務以提供病人照顧，有需要時作出轉介服務。服務以人為本而非專注於病患，並與病人建立長期的專業治療關係」。第一篇文章「醫社合作的基層醫療」進一步提出基層醫療在廣義而言，包括透過政策去改變各種影響健康的社會因素，並指出對社福界一向都有廣泛參與基層醫療的服務，當中面對的主要議題為：社福界在基層醫療系統的角色及所需資源配套、社福界應如何參與基層醫療的資訊互通及如何促進醫社合作所需的管治架構。

第二篇文章為「醫社合作促進社群健康」提出運用(APA)概念：A(Awareness)提升市民健康意識、P(Planning)規劃及履行健康行為及A(Accessibility)增加接觸健康生活條件及健康服務，於基層醫療服務以促進社群健康。文章亦提出「醫療模式」及「行為科學模式」在促進市民健康的分別，並分析本地七個「醫社合作」的「社會服務的健康介入」案例，並綜合三種主要的介入手法：個人或家庭介入、社群組織介入及社區環境介入。文章最後提出醫社合作發展要構建醫社界別一致的目標及共同語言及培訓各行業具備協作的的能力。

第三篇文章為「以長者服務為例探討社會服務在基層醫療發展的角色」。作者訪問了香港基督教服務處的陳頌皓及張燕琳兩位女士，介紹關於該會的「躍動晚年及社區照顧服務」。兩位被訪者指出安老服務計劃方案已包含基層醫療三層預防的概念，社福機構亦廣泛參與發展

基層醫療。「躍動晚年」計劃以「健康、參與」為主軸，在醫社合作方面除了直接聘請醫護專業人員外，近年亦探索其他協作模式，例如：1) 強化中心的健康服務人力資源，包括購買專業服務；2) 由特別成立的分區專業隊伍，支援區內社福單位的醫護人手；3) 聘用顧問；以及4) 與個別大專院校的相關醫社學系合作等。她們認為在社福界長者服務中發展基層醫療面對一定的困難，建議政府提供健康服務專職人員的培訓、加強數據互通和規劃及加強不同政府部門、社福機構之間的合作。

第四篇文章「從醫健通的經驗展望香港健康資訊平台的發展」指出「醫健通」自2016年開始啟用，目的為促進基層醫療健康服務的互通、自我健康管理工具、掌握人口健康特徵以優化政策和服務規劃。不過現時「醫健通」在私營服務中仍未被普及使用。「醫健通」所收集的資料集中於公營系統。作者參考其他地區的健康資訊平台，指出發展有關平台要解答三個主要的問題：1) 通什麼(該包括甚麼資料)；2) 誰可通(跨專業包括醫社間的數據的互通)；3) 怎樣通(全面的數據互通和規劃)。

最後一篇文章為「基層醫療政策指標及管理架構」。作者提出要有效推行基層醫療，政府必須建立相應管理架構。文章分析過往基層醫療政策的主要文件、管理架構及主要的轄下服務(醫管局除外)，指出過往四十年基層醫療政策以提供基層醫療護理服務為主，認為在社會全面推行基層醫療要重視醫社合作及社福界及社區其他持份者的參與。而目前以基層醫療健康辦事處為主的做法有三大問題，包括1) 如何整合醫療系統及社會福利系統中基層醫療服務；2) 如何協調及動員地區內與基層醫療相關的單位；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)」。文章建議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(包括食衛局及勞福局)實施政策。

希望文章所提出的觀點及建議在諮詢期間能引起社會人士及社福界的關注，及對相關討論有所幫助。

醫社合作的基層醫療

為解決日趨增加的醫療及健康服務需求，近年政府不斷強調基層醫療在醫療系統的角色。2017年施政報告提出以「三層預防」、「社區為本」、「醫社合作」等概念，正式設立十八區地區康健中心，加強基層醫療健康服務。同時，政府即將發表「基層醫療健康發展藍圖」，相信有助建立一個能提升全體市民健康、提高市民生活質素的基層醫療健康系統。

社福界一直在本港基層醫療上扮演重要角色，透過專業服務促進市民健康及提高生活質素，政府在制定「基層醫療健康發展藍圖」時，應充份考慮社福界在基層醫療的角色。

基層醫療與社福界何干？

基層醫療一般被定義為「個人和家庭在一個持續醫護過程當中的首個接觸點」。除了專科醫療及醫院治療外，基本上所有醫護服務的介入都可歸類於基層醫療系統當中，例如西醫門診，以及包括由其他專職醫療（中醫、牙醫、護士、脊醫、物理治療師、職業治療師、臨床心理學家等）提供的醫療服務。

然而，根據世界衛生組織的定義，基層醫療牽涉整個有關市民健康的社會政策及服務提供，除了建立一個穩固及公平的基層醫療系統處理個人的健康需要外，亦要制定及執行不同公共政策以促使市民在日常生活中得到公平機會獲得健康，例如應有相關政策消除因社經地位差異而造成的健康差距。

社福界在各社會政策範疇上一直扮演重要角色。基層醫療涉及改變個人及社群的行為，除了直接由社工提供服務外，亦包括動員社區的持份者和發掘地區資源，以增強他們健康管理意識。因此，在基層醫療的發展中，引入社會福利界的能力，利用其工作手法與專業知識，結合醫療界別的能力，將更能促進市民健康。

其實，在服務層面而言，「醫社合作」絕非新事物。過去三十年，在社福界、學術界及醫療系統的合作策劃下發展了不少基層醫療服務，社福界一直高度參與基層醫療服務，當中如復康服務或日間服務，都直接涉及殘疾人士／長期病患者等的健康管理工作，醫院內的病人資源中心、社區復康網絡及病人互助組織等正是鮮明的例子。現時，有不少社會福利服務的津貼服務協議，都有涉及各種與預防疾病、促進健康、或增強服務使用者健康管理能力的元素。根據社聯的初步統計，現時有超過1千個社署資助的社會服務單位，其服務內容均與基層醫療相關（詳見表一）。此外，現時大部份的地區康健中心，均由社會服務機構營運，社福界無疑是基層醫療服務的重要服務提供者。

基層醫療發展與社福界相關的重要議題

香港未來將繼續發展基層醫療，政府亦預計將於今年就基層醫療藍圖展開諮詢，筆者認為有下列議題與社會服務界高度相關，在政府開始諮詢時，業界應積極回應：

1. 社福界的基層醫療論述

社福界藉過去服務經驗及專業知識，對基層醫療理念，與醫療及其他界別有不同的專業視角。但業界一直未有一套社福界有關基層醫療的論述，以擴闊社會對基層醫療發展的視野和想像，建立更具策略性的基層醫療體系。社福界應釐清社福界的專業知識及介入手法、在基層醫療中發揮的作用和擔當的角色。此外，如社福界需要在基層醫療中擔當更大角色，在本身提供的服務不變下，顯然不能單靠擠壓現有資源應付。業界應討論需要什麼新增資源或透過現有服務整合以滿足需要。

2. 醫社合作的基層醫療需要的基礎設施

醫社一直有各自的體系，從政策、資源、機構、營運，以至管理及發展都沒有太多重疊，故要推行醫社合作的基層醫療，必須構思如何在既有分工下作更有意義的整合。近年基層醫療發展的重要議題之一，就是病人的資訊如何在不同系統之間互通，從而促進不同系統間的協調。社會服務既然作為基醫療系統的重要組成部份，那麼社福界和醫護界不同系統之間的資訊和數據適用性的問題，以及服務使用者 / 病人私隱等問題，也是需要深入探討的課題。

3. 促進醫社合作所需的管治架構

現時基層醫療由食衛局負責，如果社福界成為基層醫療的重要部份，那應由誰在中央及地區層面規劃及協調社福界提供的基層醫療服務？社福界因此需回應何謂合理的中央及地區層面的管治架構。

對於這些基層醫療的問題，社福界過去討論不多，每當社會就醫療發展及政策討論時，大眾都會認為那只是醫療專業的範圍。然而，基層醫療不只是個人的身體和健康問題，也是個人的身、心、靈和社群日常生活的各個範疇如教育、就業、住屋、社交等的問題。筆者期望業界能藉未來諮詢的機會，開展更多討論，探討業界如何在促進市民健康方面擔當更重要角色。

表一 2020/21年度，提供與健康相關服務，社會福利署資助的非政府機構單位數目

單位類別	單位名稱	單位數目
安老服務 照顧長者各方面需要包括健康需要，以及提供長期照顧服務	長者地區中心	41
	長者鄰舍中心	170
	長者活動中心	1
	安老院舍照顧服務	312
	長者日間護理中心	80
	綜合家居照顧服務	60
	家務助理服務	1
	改善家居及社區照顧服務	34
復康服務 發展體能及智能，使其融入社會生活，以及提供照顧及訓練服務	殘疾人士 / 病人自助組織	95
	殘疾人士地區支援中心	18
	嚴重殘疾人士家居照顧服務	6
	四肢癱瘓病人過渡期護理支援中心	1
	日間社區康服中心	4
	嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務	2
	嚴重殘疾人士日間照顧服務	30
	殘疾人士社交及康樂中心	16
	社區復康網絡	6
	殘疾人士社區支援計劃	11
	視障人士康復及訓練中心	2
	聽覺受損人士綜合服務中心	3
	自閉症人士支援中心	5
	津貼殘疾人士院舍	118
精神健康 發展體能、智能及社效能力，融入社會生活，以及提供照顧及訓練服務	精神健康綜合社區中心	28
	推廣精神健康流動宣傳車	5
	家長 / 親屬資源中心	19
	殘疾成人輔助宿舍	32
	中途宿舍	36
	長期護理院	7
合計		1143

註 1: 單位可能正提供多於一項類別的健康相關服務

註 2: 並未計算政府部門自行營運的服務，例如社署的 36 間醫務社會服務單位以及衛生署的診所及健康中心

註 3: 並未計算醫管局轄下的社區醫療服務

醫社合作促進社群健康

正如許多地區所面對的問題一樣，本港因應人口老化及慢性病人口急增，公共醫療資源及人手將無法負荷本港患病人口需要。為了預防疾病、提升整體市民的健康及生活質素，不同界別均提出「醫社合作」作為其中解決方案。

本文旨在簡述「醫社合作」的主要目標，分析「醫」和「社」在手法上的主要分別，以及建議促成「醫社合作」的可行方法。

促進市民健康的共同策略目標：創造健康生活環境、改善健康生活方式(A-P-A)

現時本港常見的非傳染病，包括癌症、心血管疾病和糖尿病等，都與不健康生活方式例如吸煙、飲食不健康、缺乏運動等有關。衛生署亦指出，在有利於健康的生活環境支持下，通過改善市民生活方式即可預防至少三分之一的非傳染病。

「醫」和「社」在如何促進市民健康一事上，其實持有共同策略目標，就是創造健康生活環境、改善健康生活方式。主要目標成效有以下三項：

1. 提升市民健康意識 (Awareness)

健康意識是人們對維持健康的認知及理解，這包括正確認識疾病及預防方法的能力、以及懂得及早治理疾病。改變健康意識可以有多種面向，例如從未知，到後來意識到自己或家人可能面對某種疾病的風險，又例如患病者從依賴藥物為唯一處理疾病的方法，到認識其他方法改善健康，以積極態度代替無力感。

2. 規劃及履行健康行為 (Planning)

使社群因應面對不同疾病風險，培養他們規劃及持續履行健康行為。健康行為可以有多種面向，例如日常的健康行為（營養、睡眠、運動等）、保健行為（定期檢查、接種疫苗、主動求醫等）以及改變危害健康的行為（戒煙戒酒等）。透過規劃及修正出適合社群生活方式的健康行為，他們將更有能力自我管理疾病，同時更有能力面對疾病。

3. 增加接觸健康生活條件及健康服務 (Accessibility)

因應社經背景等其他因素影響，不同人士接觸使用醫療護理服務和其他促進健康的機會並不平等，造成了一些健康弱勢群體。要促進整體市民健康，必需針對性地銜接這些健康弱勢群體到適合的醫療護理服務，同時為他們創造較有利的健康生活條件。增加接觸可以有多種面向，例如銜接社群使用現有醫療服務、改變醫療服務提供者的模式使之更有效接觸社群、改變社區環境及社會制度使社群享有健康生活條件。

「醫社合作」手法大不同

雖然在促進健康上「醫」及「社」有著以上相同目標，但是兩者的介入方法並不相同。

醫護界別著重取用醫學方法 (Medical Science) 促進市民健康。醫學是指以預防、診斷、治療生理及心理疾病促進市民健康，常用的方法例如醫學篩查、用藥治療、飲食及運動處方、疾病個案管理等。故醫所提出的「醫社合作」的意思，是讓社 (社會服務及社區人士) 共同合作，輔助不同疾病風險人士接觸及進入醫學介入的流程當中，使病人持續得到醫療護理服務，並使其從中提升 APA。

社會服務界則套用行為科學方法 (Behavioral Science)，用以理解及改變個別個人及社群的健康行為。社會服務界特別著重群體及環境對個人行為的影響，故認為應同時在個人、社群、服務提供者、社區及社會政策促進改變，才能改善社群健康。故社會服務界別提出的「醫社合作」，是指透過跨專業團隊合作，聯同醫護、病人及其家人，以及社區中各持分者，齊心營造促進社群健康的有利環境，為社區內的健康弱勢群體構建公平使用醫療健康服務及獲得促進健康的機會，最終提升社群 APA。

常見並用的三種社會服務健康介入手法

下文闡述社會服務應用三種常用介入手法提升 APA，內容為筆者於 2021 年 3 至 8 月期間，透過「滾雪球採樣法」對七個本地「醫社合作」的「社會服務的健康介入」服務案例 (見表一) 進行訪問或田野考察後，歸納出的結果。

1. 個人或家庭介入

以「一對一」方式，協助個案及其家人解決健康困難。一對一往往是團隊跟社群接觸及建立信任的起步點，所有服務案例均提供中心偶到服務讓市民接觸，此外透過社區外展 (A、B、D、E)、醫院病房外展 (F)、網上外展 (D、G) 等，派員主動接觸健康高危社群。接觸個案後，因應一些高風險及已病者的能力及需要，再為患者及其照顧者安排持續性的一對一健康個案管理 (A、C、F、G)。

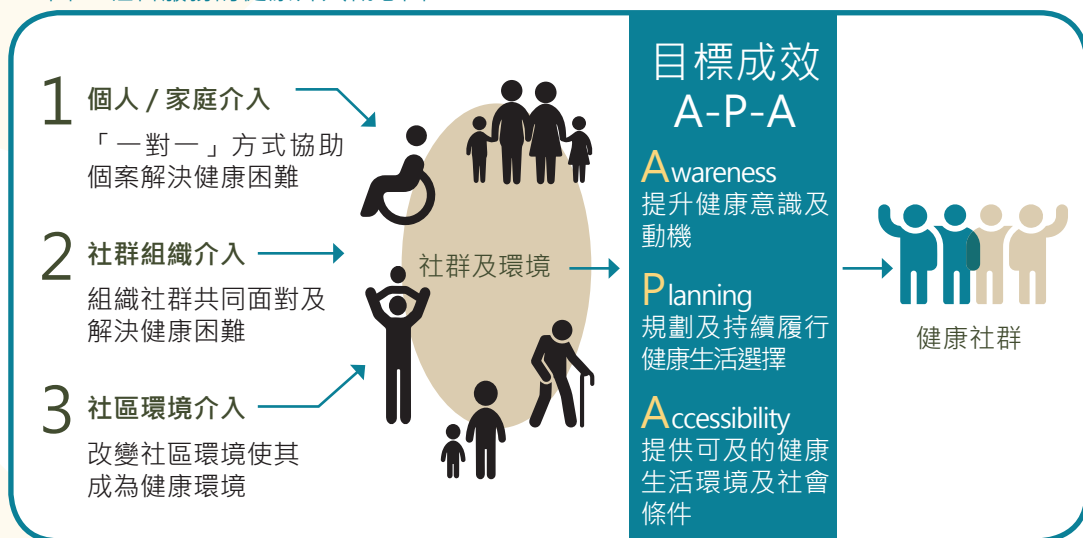
2. 社群組織介入

所有案例均定期籌劃不同規模的集體活動，或以既定成員建立的互助小組活動等，利用群體對個人的影響，使社群能共同面對及解決健康困難。群體氣氛往往能營造正向心理效果，使當中缺乏能力和動機的成員變得積極和容易接納健康建議。例如A安排定期集體身體檢查日，讓一些健康高危的長者在其正面的群體氣氛中面對檢查結果，並互相建議及鼓勵健康行為改善。另一方面，培訓社群當中成員擔任健康大使，為社群提供正確的健康及公共資訊，不但能收窄語言及文化造成的健康資訊鴻溝，亦能進一步為社群示範其有能力改善健康的自我形象 (B、E)。

3. 社區環境介入

所有服務案例都有識別影響社群健康的主要環境因素，並介入改變社區環境及條件。例如G理解打工一族的午餐時間短促，商業區食肆食物往往亦高脂高鹽，於是在商業區舉辦有營食肆，鼓勵持續進食健康午飯。又例如E識別基層勞損的原因源自工作環境，於是主動接觸工友僱主，鼓勵提供工具及改善工作流程，長遠預防工友職場勞損。

圖一 社會服務的健康介入概念圖



促進「醫社合作」的政策建議

1. 構建醫社界別一致的目標及共同語言

要有一致目標，才能促成合作。醫社界別共同關注非傳染病的流行，對市民所帶來的健康及生活質素的重大影響，既視「改變環境及健康行為」為共同策略目標，政策應協助兩者建構此目標的共同語言，據此建立「醫社合作」的具體指標，有助誘發不同界別的從業員充份理解及發揮「醫社合作促進健康」的方法。

2. 培訓各行業具備協作的的能力

現代化社會高度分工。把不同專業及界別分割在更細緻的工作範疇上，無疑能提高生產效率，但要重新使培訓背景截然不同的專業走在一起協作，有需要改變既有的專業培訓內容，除了促使醫社彼此了解醫學及行為科學的基本介入原理外，也需培訓醫社與不同專業的協作能力、加強數據獲取及分析能力等。故此，培訓的對象並不限於醫或社，培訓方式也不宜徹底分割專業各自培訓，相反，我們應適當地增加機會，讓醫社在其專業培訓中有更多交流。

表一 進行訪問及田野考察的「醫社合作」服務案例一覽

	項目名稱	對象及內容	三層預防目標組群 [#]
A	西貢區社區中心 鄉郊基層醫療服務	為居住於西貢市中心及附近鄉郊110條村落的長者提供健康服務，例如疾病個案管理、遠程醫療等。	1、2、3
B	香港基督教服務處 耆望	為九龍西區南亞及東南亞裔長者及其照顧者，為他們提供醫療及健康資訊。	1、2
C	聖雅各福群會 智友醫社同行	為港島區患有初期至中期認知障礙症長者提供社區支援服務。	3
D	醫護行者 社區藥房	主要為葵青區基層市民提供可負擔藥物和醫療用品、公眾教育及個人化的健康和藥物管理服務。	1、2、3
E	香港明愛 預防及舒緩基層 勞工勞損	為基層勞工預防及舒緩因工作引致的勞損及情緒健康問題。	1、2
F	香港復康會 中風社區復康計劃	為剛離院的中風患者和其家人提供個人化的社區復康及支援服務。	3
G	和富社會企業 身心型造所 (社會企業)	在旺角商業區為 30-50 歲的社區人士提供身心健康服務。	1、2

表註[#]：分類按目標組群的疾病及健康風險程度劃分，第一層為未病者、第二層為有高疾病風險、第三層為已病者

以長者服務為例 探討社會服務在基層醫療發展的角色

專訪：

香港基督教服務處副總幹事 (長者、復康及社區) 陳頌皓女士
及 躍動晚年及社區照顧服務協調主任 張燕琳女士

香港正面對人口老化問題，而長者亦是慢性病比率較高的組群，因此長者服務一直有較多推行醫社合作服務計劃的經驗。本文將透過訪問香港基督教服務處負責長者服務的陳頌皓女士 (Karrie) 和張燕琳女士 (Bonnie)，透過她們於轄下的長者中心 (下稱「中心」)¹ 推行健康介入的經驗，探討在社會服務中推動基層醫療的機遇與挑戰。

從政策角度看長者服務在促進健康的角色

Bonnie表示，勞工及福利局 (下稱「勞福局」) 制訂的安老服務計劃方案中 (下稱「計劃方案」) 強調通過跨界別、跨專業等的合作，提升社群健康。計劃方案的主要服務元素²，已包含基層醫療三層預防的概念。當中建立健康社區，例如積極樂頤年及社區支援，較接近基層醫療三層預防概念中的第一、二層預防，即針對整個長者群體透過不同活動推動健康生活模式預防慢性疾病；以及及早辨別高風險長者的健康問題以治未病。至於社區照顧服務，則較接近基層醫療中的第二、三層預防，即對於高危長者和已病長者，通過完善的慢性疾病管理及社區復康服務，盡可能讓長者「居家安老」。由此可見，在社會服務的政策規劃內，已充份包含了醫社合作的政策理念，以服務使用者的處境為本，結合健康服務與社會服務以滿足他們的健康和生活需要。

長者中心提供健康服務的側重點和優勢

在服務實踐時，社會服務機構都會貫徹考慮上述基層醫療的理念。以香港基督教服務處的長者中心為例，服務以「健康、參與」為主軸，透過多元化的社區支援服務，凝聚社區資源以發展長者友善社區，覆蓋不同的長者群組及其照顧者，促進長者建立健康生活模式。中心的服務定位與基層醫療的概念密切相關，健康介入服務較集中推動第一、二層的預防，通過健康推廣和諮詢輔導類型的活動加強長者及其照顧者預防和管理慢性疾病的能力。同時，中心致力於推動義工發展，培訓長者及其他社區人士成為義工，輔助其他長者建立健康生活模式，更懂得體會長者需要。

¹ 本文的長者中心指香港基督教服務處轄下的長者地區中心及鄰舍中心

² 計劃方案服務元素分為：積極樂頤年及社區支援、社區照顧服務、院舍照顧服務、過渡性護理服務、暫托服務和善終服務

要做好長者的第一、二層預防，重點在於引發他們及其家人或照顧者在其日常生活中的行為轉變，這需要對地區的長者人口特徵和他們生活的環境有深刻的了解。中心扎根於社區，與地區長者有著穩固深厚的鄰舍關係，也明白他們的需要，可以設計能鼓勵他們作出行為改變的基層健康服務及活動形式，透過日復日的相處和活動中慢慢加強長者關注健康的意識、行為及管理健康的能力。

健康生活的行為改變，往往涉及市民對服務提供者的信任。中心長期在區內服務，無疑是長者可信任及可達的第一接觸點，這種社區關係正是社會服務在基層醫療方面的重大優勢。過去兩年疫情期間，中心實際上承擔了部份基層醫療服務需要，包括向長者發放健康防疫資訊、安排視像會診等。隨著業界推動「樂齡科技」，社會服務與社區的關係將有助透過科技把醫護服務送到長者家裡，協助長者透過應用資訊科技管理和改善其健康。

除了推動個別與健康相關的項目，在其他恆常服務中，也可以滲入基層醫療的元素，Bonnie認為中心在提供促進長者健康上有很大的發展空間。

長者中心推行醫社合作的經驗

中心在推動基層醫療的過程中，有不少涉及與醫護專業合作的經驗。當中有部份計劃涉及與醫管局或衛生署合作，如「智友醫社同行計劃」（下稱「智友醫社」）。但上述這些計劃的合作模式較強調不同專業間的分工，中心的同工亦較多扮演執行者的角色。近年來也多了一些非恆常資助醫社合作項目，不少更以「社」為中心實現較深入的跨專業合作。從不同的協作經驗中，中心亦發展了與醫護專業的不同協作方式，除了直接聘請醫護專業人員外，近年亦探索其他協作模式，例如：（1）強化中心的健康服務人力資源，包括購買專業服務；（2）由特別成立的分區專業隊伍，支援區內社福單位的醫護人手；（3）聘用顧問；以及（4）與個別大專院校的相關醫社學系合作等。

不過，這些協作亦非全無障礙。例如在服務使用者的數據互通方面，現時醫護及社福專業間缺乏一套紀錄服務使用者的健康狀況、曾接受的治療或使用過的服務的數據資料庫，資訊無法跨專業互通，同時，就他們的身心健康數據內容，尚未有獲不同專業認同的統一框架。

長者中心發展基層醫療的困難

在長者中心推動基層醫療面臨不少挑戰和限制。其一，不同年齡、社經背景的長者們對基層醫療的需要有很大差異，中心的設施/服務範圍及配套卻未必能配合這些不同的需要，影響中心在規劃基層醫療服務的難度。其二，現時社區需求多樣化，健康/基層醫療只佔其中一部份，在人手及其他資源不變的情況下（當中除了機構內部的資源外，亦包括外部的資源），社會服務機構難以重點推動。

此外，要於中心推動基層醫療，亦需要更多醫護專業和大量輔助專業（如：運動助理、營養指導員等）的支援，即使現時一筆過撥款給予服務機構彈性調節人力編制（如減去社工人數，改聘醫護人手），然而一方面醫護人手的薪酬普遍較高，機構未必容易獲得與醫護機構資歷相等的人力資源，另一方面在整體資源不變下，社區服務需求亦不斷膨脹，投放資源於基層醫療服務，有可能顧此失彼。

總結

從上述中心推動基層醫療的經驗中，可以總括出下列幾點觀察：社會服務與服務使用者及社區的關係密切，因此在推動基層醫療方面，有其獨特的優勢，然而如要在社會服務中發展基層醫療，不論在資源及服務規劃上都要有相應的配套：

提供健康服務專職人員的培訓

政府應規劃、培訓及增設崗位，以吸納多元化的健康相關專職人員（如運動科學、老年學等）和輔助人力，緩解額外的人力需求。同時，應加強培訓提升社工、程序幹事等提供與健康相關服務的能力，政府可以提供資源，以及從服務規劃及政策方面推動學院在社工的課程中加強對基層醫療概念及實踐的培訓；讓他們清楚認識社會服務與基層醫療三層預防的關係，這樣他們在設計活動項目的時候也能考慮到活動如何推動基層醫療發展，在「醫社合作」中積極發揮自己的作用。

加強數據互通和規劃

數據的應用作為促進基層醫療預防和改善健康風險起到關鍵作用，如果醫社之間能建立一套持續監察的評估工具，以共通的語言積累服務數據，既有助於服務使用者加強自我健康管理能力，亦能在未來建立社區健康數據庫，以改善服務質素及完善服務規劃。

加強不同政府部門、社福機構之間的合作

近年投入資源成立地區康健中心/站，亦推動「醫社合作」項目等概念，冀通過「社」提供以地區為本的基層醫療服務。勞福局和社署轄下的服務單位如何與它們合作建立健康社區，值得深入探討。當然，社福機構之間的合作，對推動社區基層健康亦同樣重要。除了安老服務之外，基層醫療三層預防的政策理念及框架在其他服務的處境同樣重要，特別在第一、二層預防方面，社會服務有著重要角色。當然，這必須配合相關資源投放，政府可以考慮以較靈活的資助方式，如在18區各成立「基層醫療發展基金」，促進社會服務機構與地區醫護機構及其持分者合作，共同推動基層健康。

參考資料

World Health Organization. (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action.

勞工及福利局 (2017)。《安老服務計劃方案》。香港：勞工及福利局安老事務委員會。檢自：
https://www.elderlycommission.gov.hk/cn/download/library/ESPP_Final_Report_Chi.pdf

統計署 (2020)。《香港人口推算 2020-2069》。香港：統計署。檢自：
https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/B1120015/att/B1120015082020XXXXB0100.pdf

統計署 (2021)。《主題性住戶統計調查第 74 號報告書》。香港：統計署。檢自：
https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/C0000013/att/B11302742021XXXXB0100.pdf

從醫健通的經驗 展望香港健康資訊平台的發展

早在2005年，世界衛生組織制定了一項電子衛生保健戰略草案，並要求會員國制定有效的電子衛生保健戰略，建立一個完善的電子衛生保健系統，在個人、群體和整個社會層面改善基層健康和促進健康平等。香港政府近年大力開發和推廣的電子平台「醫健通」，為全港市民建立免費和終身的電子健康記錄。本文將以「醫健通」的實踐經驗，探討本港健康資訊平台該如何發展，才能更有效促進市民基層健康。

醫健通對推動基層醫療的作用

「醫健通」自 2016 開始啟用，當局期望它能在本港基層醫療的發展上擔當著以下角色：

- **促進基層醫療健康服務的互通**

「醫健通」最基本的目的是讓公私營醫護機構能記錄和獲取市民的電子病歷，讓病人能得到更有效、適切和個人化的健康醫療服務。

- **自我健康管理工具**

透過程式的「病人平台」（下稱「平台」），協助市民查閱部份健康記錄，同時提供健康管理等功能，鼓勵市民積極自主地管理自己的健康。

- **掌握人口健康特徵以優化政策和服務規劃**

「醫健通」累積在不同的機構和中心（如地區康健中心、院舍等）收集到的病人記錄成為大數據，可更清楚地掌握地區的人口健康特徵，為政策和服務規劃提供資料，以促進全民健康。

「醫健通」作為市民健康資訊平台的問題

現時，醫健通主要是處理公私營醫護之間的數據互通，若以世衛的標準而言，有幾項重大問題仍然有待進一步討論和解決。而在加強醫護單位間及醫社間數據互通的大方向下，未來醫社數據互通是透過加強醫健通或以其他平台推行，當中仍有不少議題有待社會的關注和討論：

通什麼？全人健康數據

醫健通記錄了市民的病歷、曾經使用的藥物、醫療服務，數據大多是與治療及其過程相關的。然而，日常行為模式及各種影響健康的社會因素，亦會對健康起到了決定性作用。如表一所示，影響健康的社會及行為因素繁多，不少國家和地區在其電子健康記錄平台上已加入社會和行為模式資料。例如台灣的「健康存摺」，除包括醫療資料如門診住院、牙科和中醫健康存摺，亦記錄器官捐贈或安寧緩和醫療意願、成人預防保健結果¹、以及健保卡計費和繳費等資料。同樣地，英國的數據系統會收集病人焦慮抑鬱程度、吸煙飲酒和運動情況等數據。有些數據向全民收集，有些則按不同群體的特徵去收集，務求更準確和全面地反映市民及各社群的健康狀況。

表一：影響健康的行為和社會因子 (Committee on the recommended social and behavioral domains and measures for electronic health records, 2014)

社經因子	教育、住屋、工作等
心理因子	壓力、睡眠、生活質量滿意程度等
行為因子	飲食習慣、運動習慣等
個人社交因子	家暴記錄、社交情況等
社區影響因子	社區特徵等

誰可通？跨專業資訊互通

全人健康發展需要跨專業合作，而數據的互通是促進跨專業合作的重要因素。目前醫健通的資料僅限於醫療專職人員閱覽，不利推動全人健康發展；要推動醫社全面協作，在建立健康資訊平台時必須進一步達至醫社間的數據互通。醫社數據互通，同時又能推動收納更多其他相關專業範疇、更多類型與健康相關的數據。若在「醫健通」加入更多「社」的數據，將有助醫療專職人員更理解病者的背景，從而作出更有效的診斷或按其需要作出相關的社會服務轉介。而社區的其他持份者（如社工）如能了解服務使用者的醫療需要時，他們便能夠支援市民管理健康，設計更適切的社會服務以改善其健康。

不過，開放數據權限涉及病人或服務使用者的私隱，即使得到服務使用者的同意，開放數據仍會增加市民私隱被不當使用的風險，其他專業範疇所涉及的數據或許大部份與他們的工作完全無關，他們可能會擔心開放這些數據的權限令他們承擔更多的責任。同時，太多不同的專職人員輸入和取覽數據，結果可能會造成數據混亂。

¹ 成人預防保健是為 40 歲以上未滿 65 歲民眾提供的每 3 年 1 次、55 歲以上原住民、罹患小兒麻痺且年在 35 歲以上者、65 歲以上民眾每年 1 次成人健康檢查。檢查內容包括基本資料問卷（如家族史、健康行為等）；身體檢查和實驗室檢查

怎樣通？全面的數據互通和規劃

要進一步促進健康數據的互通，便有需要對有關數據系統進行更全面的規劃。醫社數據互通包括了醫療紀錄、個人的健康管理、以及影響健康的社會特徵或社會服務介入等範疇，不同專職人員，以至市民大眾對於數據及介面的需求，亦有很大差異。因此必須思考不同子系統的功能及它們如何融合和互通。例如，台灣推行的健康雲計劃，把四個雲端子計劃²串聯起整個雲端健康服務，通過對大數據的完整規劃，不但能促進健康照護醫療服務質素，亦有助基層健康及醫療政策的發展。

現時香港不同系統間數據互通的情況並不理想。即使在醫管局中，亦有醫健通與 HA GO 兩套平台，兩者既有其特定功能定位，但亦有功能重覆的部份。如果未來需要讓更多不同系統的數據互通，例如把部份社會服務的數據與醫護數據互相融合，則必須對於不同系統的功能定位及如何互通，進行更精密的規劃。

此外，即使數據系統的設計如何完善，要發揮真正功效，系統的普及使用十分重要。現時「醫健通」在私營服務中仍未普及使用，如要加強「公私營數據互通」，應考慮是否要強制專職醫療人員使用有關數據系統；或以「拒絕機制」的方式鼓勵專職醫療人員和市民使用系統。

結語

醫療大數據發展日新月異，健康服務的定義和範圍越來越廣，完善數據互通系統可以促進有效的跨專業合作，鼓勵市民積極主動管理健康及推動地區為本的基層醫療政策發展。然而，在邁出下一步前，必須要就上述三項問題思考，好好規劃整個數據平台，為全人健康的目標提供堅實的基礎。

參考資料

Chen, M., Tan, X., & Padman, R. (2020). Social determinants of health in electronic health records and their impact on analysis and risk prediction: A systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(11), 1764-1773.

Committee on the recommended social and behavioral domains and measures for electronic health records. (2014). *Capturing Social and Behavioral Domains in Electronic Health Records*. National Academies Press.

² 健康雲計劃，其包括醫療雲子計劃、照護雲子計劃、保健雲子計劃和防疫雲子計劃

Freij, M., Dullabh, P., Lewis, S., Smith, S. R., Hovey, L., & Dhopeshwarkar, R. (2019). Incorporating social determinants of health in electronic health records: qualitative study of current practices among top vendors. *JMIR medical informatics*, 7(2), e13849.

Friedman, N. L., & Banegas, M. P. (2018). Toward addressing social determinants of health: a health care system strategy. *The Permanente Journal*, 22.

Gottlieb, L., Cottrell, E. K., Park, B., Clark, K. D., Gold, R., & Fichtenberg, C. (2018). Advancing social prescribing with implementation science. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(3), 315-321.

The Australian Digital Health Agency (2021). My Health Record. From: <https://www.myhealthrecord.gov.au/>

World Health Organization. (2005). WHA 58.28 eHealth. Fifty-eighth World Health Assembly. From: <https://www.who.int/healthacademy/media/WHA58-28-en.pdf>

國家衛生研究院 (2018)。健康醫療資訊科技發展政策建言。檢自：
<https://forum.nhri.edu.tw/book-106-5/>

醫院管理局 (2021)。電子健康記錄互通系統。香港：醫院管理局。檢自：
<https://www.ehealth.gov.hk/tc/index.html>

衛生福利部資訊處 (2016)。台灣健康雲 - 為國人營造無所不在的健康資訊環境。檢自：
<https://ws.ndc.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9hZG1pbmlzdHJhdG9yLzEwL3JlbGZpbGUvMC8xMDA3OC8wNDVmZmI5MC1kNDJkLTQxNzAtYTZmMC0zN2Q5YWYwMzBiN2IucGRm&n=6Ie654Gj5YGI5bq36Zuy77yN54K65ZyL5Lq654ef6YCg54Sh5omA5LiN5Zyo55qE5YGI5bq36LOH6KiK55Kw5aKDLnBkZg%3D%3D&icon=..pdf>

智經研究中心 (2020)。疫情下的契機：借鑑七地經驗全力推動香港基層醫療長遠發展。檢自：
<http://www.bauhinia.org/index.php/zh-HK/research/111>

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，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 (依職權高至低排列)	- 衛生福利局 - 衛生署 - 衛生防護中心 (2004 成立)	- 食物及衛生局 - 衛生署 - 衛生防護中心、 基層醫療統籌處	- 食物及衛生局 - 衛生署、基層醫療 健康辦事處 - 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，但這些服務交由直接歸屬食衛局的基層醫療健康辦事處管轄。食衛局若根據這種「三部門」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。

管理架構上的三大變革方向

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 and 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、空氣質素等範疇高度相關，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。

問卷調查

我們希望聽取你對政策報的意見。請將本版列印後填寫，並傳真至2864 2999或電郵至policybulletin@hkcss.org.hk。意見調查資料經收集後會用作本會統計及參考之用。

對政策報的意見

1. 你對政策報有何意見？(請選擇1至5分，1為最低分，5為最高分。)

	最低				最高
所選政策的合適性	1	2	3	4	5
分析的可讀性	1	2	3	4	5
內容深淺的適中性	1	2	3	4	5
資料的實用性	1	2	3	4	5

2. 你認為政策報未來應包括什麼政策呢？

3. 你對政策報的其他意見：

背景資料

4. 你所屬的主要界別是：

- a. ☐ 政界 b. ☐ 商界 c. ☐ 學術界 d. ☐ 新聞界 e. ☐ 社福界
- f. ☐ 其他專業界別：(請註明) _____

姓名(自由填寫)： _____

聯絡電話/電郵(自由填寫)： _____



網上意見回饋

[illegible]

昔日政策報

瀏覽昔日政策報，可登入<https://www.hkcss.org.hk/機構傳訊/出版刊物/社聯政策報/>

創刊號 - 香港2012 - 特首對香港應有什麼承諾？

第二期 - 香港醫護融資改革：可以兼顧公平、質素、選擇嗎？

第三期 - 香港的退休制度 - 給你信心？令所有人憂心？

第四期 - 扶貧紓困由地區做起

第五期 - 香港需要一個公民社會政策嗎？

第六期 - 市區重建

第七期 - 從香港勞工面對的挑戰 看勞工政策的發展方向 **第八期** - 逆按揭

第九期 - 醫保以外：醫療服務質素

第十期 - 市民福利的社會規劃

第十一期 - 住房的價值：房屋政策新探

第十二期 - 住房的條件：房屋政策新探(續)

第十三期 - 「回到社會政策ABC：社會發展的道德價值基礎」

第十四期 - 人口發展政策 目標的思索

第十五期 - 少數族裔在香港

第十六期 - 移民政策與社會發展

第十七期 - 社會企業：如何推動社會創新之路

第十八期 - 香港好青年

第十九期 - 從長期護理服務看安老：政策與實踐

第二十期 - 香港退休保障：何去何從？

第二十一期 - 何謂真·香港人？

第二十二期 - 從不同社群角度看 2012 - 2017年特區政府施政表現

第二十三期 - 香港基層醫療：反思與前瞻

第二十四期 - 支援照顧者

第二十五期 - 兒童權利

第二十六期 - 社會福利處所規劃及設置

第二十七期 - 綜援檢討

第二十八期 - 過渡性房屋政策

第二十九期 - 劏房租務管制

第三十期 - 失業保障與實踐



下載昔日政策報

促進公共政策 質素探究核心原則、價值

《社聯政策報》第三十一期

出版：香港社會服務聯會

地址：香港灣仔軒尼詩道15號溫莎公爵社會服務大廈13樓

電話：28642929

傳真：28642999

網頁：<https://www.hkcss.org.hk/機構傳訊/出版刊物/社聯政策報/>

電郵：policybulletin@hkcss.org.hk

版權屬香港社會服務聯會所有。歡迎轉載，惟轉載前須先取得本會同意。



本計劃由香港公益金資助

This project is supported by The Community Chest



網上意見回饋



下載昔日政策報