

葵青地區康健中心的監測與評估研究

香港中文大學醫學院

賽馬會公共衛生及基層醫療學院

二零二四年六月修訂

行政摘要

背景

為加強發展地區為本的基層醫療服務，時任行政長官林鄭月娥女士在 2017 年《施政報告》宣布推行地區康健中心計劃，並在各區籌備設立地區康健中心作為該區的醫療服務樞紐。各中心由社區內的非政府機構負責營辦，營運開支則由政府全數承擔。這些服務樞紐設有多個切入點，透過其主中心、附屬中心和網絡，在社區層面提供一系列經協調的醫療、護理和支援服務，讓市民便捷地獲得服務而無需經常進出醫院。計劃採用服務提供者網絡的概念，向區內提供服務的機構和醫護人員購買服務，讓公眾可在區內獲得第一至三層預防所必需的醫療護理服務。這套以社區為本的護理模式旨在更好地回應各區的個別需要和特質。

2018 年，食物及衛生局(現時為醫務衛生局)推行為期三年的先導計劃，就全港首間地區康健中心(葵青區)進行招標。有關合約由葵青安全社區及健康城市協會(KTSCCHCA)投得。葵青地區康健中心在 2019 年 9 月投入服務。繼葵青區的先導計劃後，當局陸續推展計劃，到 2022 年底，全港 18 區均已設有地區康健中心或地區康健站，當局並預期未來所有地區康健站均會發展為正式的地區康健中心。

地區康健中心就第一、二和三層預防提供多種服務計劃，服務範圍包括健康促進和評估、慢性病管理和社區復康。健康促進的主要形式為健康教育計劃。健康評估則採取循序漸進的模式，首先對健康風險因素進行初步篩查(即基本健康風險評估，下稱「基本評估」)，若篩查後發現有需要的話，會由參與有關計劃的區內普通科醫生進行糖尿病和高血壓篩查。為監察服務使用者的健康情況，中心每年會為使用者進行一次的基本評估。慢性病管理和社區復康計劃屬第三層預防計劃，涵蓋七種疾病 / 病症。慢性病管理計劃對糖尿病、高血壓和肌肉骨骼病症(退化性膝關節炎、腰背痛) 患者提供服務；社區復康計劃為中風後、髖關節骨折後及急性心肌梗塞後患者提供管理。

地區康健中心使用者可接受該核心團隊提供的服務成員包括護士、物理治療師、職業治療師、營養師、藥劑師和社工。此外，使用者亦可選擇已加入計劃且在社區自行執業的網絡醫生 / 其他醫療服務提供者。計劃結合了醫社合作和公私營協作的概念，旨在透過跨專業服務模式提高公眾對健康的認識，推廣自我管理醫療護理，為慢性病患者及其照顧者提供支援，並促進社區復康。

研究目的

這套嶄新的基層醫療健康服務提供模式屬複雜的介入措施，因此需要

評估其績效表現及對所有主要持份者的影響，包括服務使用者和整體社區。

香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院於 2019 年 8 月 19 日投標成功，獲委託進行《葵青地區康健中心監察及評估研究》（「監察及評估研究」），其後經修訂後的合約將研究範圍擴展以涵蓋深水埗區內的地區康健中心。

監察及評估研究的目標

研究旨在透過研究地區康健中心計劃的結構、流程、成果、影響及成本效益，評估計劃的整體表現。上述五個範疇是本次招標的重點評審項目，當中評核的主要內容包括：

- A. 研究兩個地區康健中心的主中心及其附屬中心、網絡內醫護專業人員和當地合作夥伴所提供服務的質素、質量和服務範圍；
- B. 提供各類服務的效果和效率，包括但不限於計劃 / 服務的覆蓋 / 滲透範圍、計劃 / 服務的成果；
- C. 服務使用者的意見；以及
- D. 地區康健中心計劃的成本效益 / 經濟評估。

評估的設計

我們將地區康健中心計劃視為一套複雜的介入措施，其多個組成部分彼此互動，並與不同層面的預防工作相關。計劃在執行上牽涉眾多不同的持份者，包括目標服務受益者、參與計劃的醫護專業人員和社區組織。研究團隊在設計和評估這套複雜的介入措施時參考了相關文獻，並透過對介入措施充分的理論理解選取了相關的成果指標。對於這套複雜介入措施(即地區康健中心計劃)，我們採用了能涵蓋計劃相關結構/資源輸入、流程/活動、成果及長遠影響的計劃邏輯模型以指導研究過程的設計，並同時採用進展性及總結性評估方法，以適時評核地區康健中心計劃。根據服務招標書，評估工作分為結構、流程、成果、影響及成本效益五個範疇。評估過程採用了定量和定質方法來研究計劃中不同持份者的體驗。由於葵青地區康健中心的啟用時間和監測和評估研究正值全球新冠疫情爆發的三年間，全港抗疫工作嚴重妨礙了葵青地區康健中心的落實進度。為加強評估的有效性，我們提議對原合約作修訂，以便將位於深水埗的全港第二個地區康健中心納入為額外研究點，並於 2021 年 4 月 19 日獲批准。摘要內主要結果部分所羅列的數字集合了兩個研究點的整合數據。

在研究初期，我們與多方面的主要持份者進行了主要資訊提供者訪談，

受訪對象包括：當時食物及衛生局(食衛局)的主要官員，以了解政策目標和計劃的方向；地區康健中心的管理層，以了解其運作模式和提供服務的過程，以及其他可能的社區服務提供夥伴，以掌握他們對計劃的理解和期望。其他定質研究方法包括對地區康健中心的使用者(葵青：n=2；深水埗：n=2)進行人誌學多個案研究(ethnographic multiple case study)、聚焦小組討論(最小值 n=54)、與地區康健中心的使用者及非使用者進行深入訪談(最小值葵青：n=18；深水埗：n=9)，並與不同職位的員工進行訪談(最小值葵青：n=50；深水埗：n=47)。

定量研究方法包括以觀塘區為對照研究點的葵青區兩波縱向人口調查(每區之中第一次調查 n=750，第二次調查 n=300)、對葵青和深水埗康健中心使用者進行兩次橫斷面調查(每個研究點 n=875)，並透過員工調查進行地區康健中心之社會網絡分析(最小值葵青：n=50；深水埗：n=47)。人口調查採用了兩階段分層抽樣設計，首先按地理位置對屋宇單位記錄的樣本進行分層，再按屋宇單位種類分層。將觀塘作為對照組的原因有二。首先，由於研究是在地區康健中心成立後才展開，因此無法掌握葵青區尚未設有地區康健中心前的情況以作比較。由於觀塘與葵青區在性質上相似，因此我們假設觀塘可代表葵青區的基線情況。其次，觀塘區近期新設立了將綜合護理概念應用於公共醫

療服務的社區健康中心 (community health centre)。兩個研究點的指標可加以比較及分析。服務使用者調查方面，樣本包括了三層預防計劃的使用者。地區人口及使用者調查所收集資訊的主要範圍包括在地區康健中心的一般體驗、對地區康健中心服務的滿意度、與健康相關的生活質素、健康狀況及求醫習慣，以及支付意願。除了從上述研究獲得的初級資料源以外，研究亦對次級資料進行分析，包括從地區康健中心計劃收集得的營運資料和運用醫管局次級資料進行的個案對照研究。

評估研究亦包括系統性機構調查。研究團隊曾到訪葵青地區康健中心和深水埗地區康健中心並與中心職員會面，以了解兩間中心的實際運作情況。團隊亦參考了實施成果框架 (Implementation Outcomes Framework, IOF) 及實施性研究綜合框架 (Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR) (附錄 A) 以評估地區康健中心計劃的實施情況。

數據分析和詮釋方法

所有定質研究均描述了參與者的特質。所有基於謄本生成文本的研究均應用了 NVivo (獲廣泛採用的質性數據分析軟件) 進行質性內容分析。定量研究方面，我們描述了參與者的社會與人口學特色，其中類別變

項的描述方式為頻率和百分比，連續變項的描述則為平均值和標準差。報告中所有的顯著結果均基於統計檢定的 p 值 ≤ 0.05 。分析過程運用了 Excel、SPSS、R、UCINET、ArcGIS、Nvivo 和 Remark Office OMR 軟件組。在整合所有研究結果的過程中，我們根據研究框架的指引，採用研究方法三角交叉檢視法和研究人員三角交叉檢視法，對數據進行分析，所得結果可識別地區康健中心計劃設計中的良好做法及可予改善之處，亦對地區康健中心評估的建議和實施策略提供參考。

主要結果

主要運作數據

地區市民對登記為地區康健中心會員比較慢熱。次級資料分析顯示，中心啟用四年來(即 2019 年 9 月至 2023 年 6 月)共登記了 49,675 名使用者(使用者總數)，相當於葵青和深水埗兩區總人口(總人口)的 4.6%¹。現時已登記的使用者總數當中，約 13.2% 為 50 歲以下。兩個研究點的使用者年齡均比相應地區整體人口的平均年齡大，且大部分使用者為女性及家庭入息偏低者。

¹ 當局構思計劃並就計劃招標時，並無計劃讓地區的全體人口加入為地區康健中心會員，也沒有就不同時間點上中心會員佔人口的百分比設定明確的里程碑。這裡的百分比僅供參考，以顯示市民對計劃的興趣。

根據不同預防層級計劃的主要運作數字，第一層預防計劃服務目標已達成，但相對第二及第三層預防計劃的目標則仍有差距。共有 40,377 名沒有糖尿病病史的會員完成了基本健康風險評估，當中 32,996 名 (81.7%) 在篩查時發現至少有一項風險因素，但是僅 3,493 名 (10.6%) 會員登記加入篩查計劃，並接受地區網絡醫生的進一步篩查。研究期間，篩查過程共診斷出 254 個病症，相當於參與篩查計劃人數的 7.3%。觀察發現，大約三分之一 (32.6%) 會員在基本評估中發現有高血壓風險因素，而當中願意參與進一步篩查計劃的會員百分比佔 2.6% (n = 252，兩區合計)。篩查後，約一半 (即 252 名會員中有 130 人) 確診。這些數字與原來招標書訂立的服務目標有所偏差。在其他針對肌肉骨骼病症和社區復康的第三層計劃亦觀察到相同的低於招標書訂立的服務目標情況。

正面影響

我們從聚焦小組研究、使用者深入訪談、多個案研究及社區持份者訪談發現，受訪者熱衷參與地區康健中心計劃，接受程度亦高。研究顯示受訪者普遍認同此項社區及預防為本的項目能促進邁向基層及社區護理的範式轉移，對整體市民健康能帶來潛在益處。

至於整體市民健康方面，地區人口調查的縱向資料顯示，隨着時間過去葵青區受訪者的心理和整體健康相較觀塘區的受訪者有顯著改善。然而，在個人健康意識、自我管理健康能力及社區凝聚力方面，兩區市民各自並沒有隨康健中心的出現而有顯著改善，而兩區之間的數據改變幅度亦無分別。

在葵青和深水埗服務使用者調查的回應者當中，有 77.4%同意他們成為地區康健中心會員後飲食變得較健康，另有 83.7%表示增加了運動量。至於有吸煙和飲酒習慣的受訪者當中，55.4%同意他們在成為會員後減少吸煙，另有 53.5%減少飲酒。

兩區均有相當多的使用者(超過 80%)認同地區康健中心的活動有助他們改善身、心及社會健康。這些回應者中幾乎所有人均認同，參與地區康健中心後出現的正面改變能在隨後數個月內持續，此結果亦獲定質研究支持。

整體而言，地區康健中心的服務使用者對主中心、附屬中心及網絡內醫護人員提供的服務感滿意。兩區的整體滿意評分介乎 7.8 至 8.5 分(10 分為滿分)。大部分使用者認同中心選址和運作時間方便，環境也不錯。

隨着時間過去，兩區就長期病患的整體求醫行為模式維持不變。然而，

曾參與糖尿病 / 高血壓管理計劃的調查回應者當中，接近一半表示在加入地區康健中心後已減少前往之前的醫療服務提供者 (包括公私營普通科及專科) 接受其服務。此外，根據從深水埗地區康健中心獲得的詳細研究數據，曾參與糖尿病或高血壓管理計劃並經深水埗地區康健中心接受網絡醫生或網絡服務提供者護理的參與者當中 (n=23)，有 26.1% 表示減少因慢性疾病而使用公營醫療系統的服務，另有 43.8% 減少因慢性疾病而使用其他私營醫療服務。

有更多服務使用者在參與地區康健中心後採取預防性的健康措施，主要為自我健康監察 (78.6%) 及由兩區的服務提供者進行健康檢查 (74.3%)。兩項政府資助篩查計劃的參與率亦見顯著提升 (大腸癌篩查計劃的參與率共提升 32.1%，子宮頸癌篩查計劃則為 13.5%)。

主要議題

地區康健中心的服務覆蓋範圍

根據上文提到的運作統計數據，地區康健中心服務的覆蓋和滲透範圍仍然有限，葵青及深水埗區總人口中只有不超過 6% 人口為會員 (第 9 頁註腳 1)，當中男士和勞動人口所占比例也較低，而第二及第三層預防計劃的登記人數亦未及預期。以糖尿病為例，參與進一步篩查者只有約

11% · 高血壓亦只有少於 3%。

地區康健中心服務和計劃的角色

雖然大部分受訪者對地區康健中心計劃訂立的目標感到正面，但是定質訪問中不少受訪者均對其在現時基層醫療健康中相對於其他既有服務和計劃的定位感到疑惑。這些既有服務和計劃的例子包括例如醫管局普通科門診(例如健康風險評估及跟進護理計劃)、衛生署(長者健康中心、學生健康服務)、其他非政府機構提供的服務及醫管局提供的廣泛復康計劃。地區康健中心需要更清晰地說明其與社區現有的服務提供者的不同之處、中心服務如何橫跨各個界別及橫向和縱向地連接其他服務，或說明中心如何為區內市民改善和精簡現有的護理路徑。

網絡參與度

儘管網絡設計是地區康健中心計劃的主要特色，但是中心仍未全面展示如何在地區中充分利用網絡式運作及網絡對跨專業醫療服務的影響。在研究期內，我們觀察到跨專業服務欠缺系統性服務計劃，而跨專業的轉介個案亦有限，大部分物理治療、職業治療及營養學服務轉介主要集中於地區康健中心內而非網絡的服務提供者。在已登記的網絡醫生之中，接近 60%在計劃推行後曾收到轉介，這可部分歸因於參

與由網絡醫生提供的糖尿病和高血壓進一步篩查計劃人數偏低，且部分網絡醫生的診所位於該兩區以外，或帶來不方便，而就深水埗區而言，區外的網絡醫生更達 70%。研究數據亦顯示，為優化網絡的功能，地區康健中心須加強網絡醫生及網絡服務提供者的參與度。持份者亦討論到部分服務需要處於同一地點，才能加強跨專業服務和轉介。

醫社合作

雖然地區康健中心提倡透過醫社合作提供服務，但是中心仍然是以醫療為主的服務點，未有積極解決影響健康和求醫習慣的社會因素，以及對健康有重要影響的主要社會決定因素。已轉介到區內社會服務夥伴機構的個案數字只有少數，地區康健中心與夥伴機構建立可持續的合作關係亦存在挑戰。由於轉介到社福夥伴的指引、規程和渠道並不如醫療轉介般成熟，在其中一間中心內曾有職員只寫下社福機構的地址和電話並指示使用者自行聯絡機構，情況並不理想。職員流失率高企亦窒礙了網絡安排。

費用共同承擔計劃

地區康健中心計劃的第二層預防計劃對兩種常見的慢性疾病(糖尿病 / 高血壓)進行兩階段篩查：第一階段為風險因素評估，第二階段則讓已

識別出風險因素的使用者在區內選擇網絡醫生以進行疾病篩查。根據服務數字，兩個研究點中進入第二階段篩查的使用者比率均屬偏低，其中參與糖尿病篩查的為總數的 10.6%，高血壓為總數的 2.6%。中心職員指出，使用者沒有進行跟進篩查的原因包括：沒有興趣、選擇自我管理風險因素，以及選擇由公營系統(醫管局)跟進。

在此次監察和評估研究期間，透過地區康健中心糖尿病和高血壓篩查計劃確診的使用者不會獲得看診和藥物津貼，因此未能鼓勵使用者在區內獲得護理，並構成篩查計劃參與障礙的部分原因。政府在本研究中期報告中觀察到有關情況後，決定在深水埗地區康健中心試行新的治療津貼安排(公私營協作 2.0 計劃)，為到地區私營界別求醫的參與者提供每年 2,000 元津貼，以支付看診和藥物費用。根據在深水埗地區康健中心進行的職員調查，使用者和網絡醫生均認為計劃安排不俗，但質疑津貼金額是否足夠。根據深入訪談及多個案研究，公私營協作 2.0 計劃的使用者對此有同感，而且他們在稍多於 6 個月的時間內使用盡津貼額。試驗計劃推行約一年後，經深水埗地區康健中心確診患有糖尿病或高血壓的 119 位合資格人士之中，有 24 位(20%)參與了公私營協作 2.0 計劃。深水埗區內使用公私營協作 2.0 計劃者登記率低的部分原因可能是已登記網絡醫生之中只有 31%有參與公私營協作 2.0 計劃。

研究發現，使用者對網絡醫生的支付意願普遍比中醫服務及個人醫療服務（即物理治療、職業治療、營養師服務、視光學服務、足病診療及言語治療）為高。至於回應者願意為網絡醫生服務支付的金額則主要與其社經狀況有關。研究亦發現，只有當網絡醫生的服務收費低於或等於每次 700 港元，每次 250 港元的網絡醫生看診津貼才能鼓勵更多人支付經地區康健中心獲得的網絡醫生服務，但當服務收費高於或等於每次 800 港元，津貼未能發揮顯著效果。當局在未來推出新的共同治理計劃時須將價格敏感度視為關鍵考慮，才能提升參與率。

使用者參與及健康風險因素的持續性

在成為會員並進行首次基本評估後，康健中心之後每年會為會員作跟進評估。葵青和深水埗康健中心每年有大概 50-60% 會員完成年度跟進評估。研究並審視在基線時識別出的可改變風險因素（即體重指數）的持續性，發現在有提供跟進數據的人群之中，在跟進時仍被評為存在同一風險因素的比率相當高。

社區參與

雖然社區參與對區內需要為本的規劃至關重要，現時地區康健中心計劃的社區參與仍然有限。研究團隊發現兩個研究點均缺乏系統性的需

要評估機制，以助地區康健中心掌握區內日益改變的健康需要。現時，需要評估工作侷限於地區康健中心邀請地區團體和持份者每年舉辦兩次的社區參與活動，以及中心職員面對服務使用者時所得的印象。地區康健中心服務並未能完全反映地區人口調查得出的一些需要，包括膽固醇過高、眼疾和認知障礙症等。

根據所收集的數據，讓使用者參與共同制定服務(例如為服務設計提供意見)仍處於早期發展階段。在兩個研究點中，少於 10%受訪使用者表示曾獲邀參與服務設計的過程，而兩個研究點亦將義工等社區資源的優次定於較低位置。

基礎設施

自計劃推行以來，其管治架構已有變更。現行架構能更有效配合中心執行總監的雙重匯報要求及計劃的管治功能。執行委員會由地區康健中心總監(基層醫療健康辦事處)和營運機構的代表共同擔任主席。隨着基層醫療署的成立，管治架構的規劃、執行和質素保證方面將迎來更多變革，為優化的管理結構建立基礎，以加強統籌香港基層醫療健康的整體發展。在轉營過程中，地區康健中心亦需要重新定義其管治架構。

兩個研究點的職員流失率均高企。職員入職時接受在職培訓期間，在傳染病控制、職安健方面接受充分的標準培訓，但在基層醫療健康和地區康健中心計劃方面則培訓不足。縱然健康推廣服務模式和行為改變方法能有效促進健康和可持續的生活習慣改變，但有關方面則欠缺定期系統化培訓。

機構調查顯示，葵青地區康健中心現時對其服務計劃進行定期評估。計劃監察成效時，會參考中心定期匯報予基層醫療健康辦事處的關鍵績效指標(KPI)，包括新會員登記、基本健康風險評估和年度跟進數字、職員完成的活動，以及參與健康教育課程的使用者數字。設立任何一組 KPI 將無可避免地導致行為和文化上的改變，有時會帶來非預期的後果，特別是績效指標未有觸及的服務。當局應謹慎設計 KPI，以準確地反映設立地區康健中心的願景、目的和目標，包括透過社區為本的基層醫療系統、醫社合作和公私營協作以促進社區的健康，以及作為地區的資源樞紐。

持份者表示，在提供服務時，電子健康紀錄互通系統(eHRSS)和臨床醫療管理系統連接部件是不錯的資訊分享平台，但是在設計上並不適合機構以之作為營運系統，以滿足日常的營運需要，包括讓中心職員按當時需要作特定數據存取，以便按分區分析會員的地區分布，或進

行趨勢分析和擬備報告等。此外，有關係統運作速度慢、不穩定，影響工序，不便於進行服務監察和規劃。職員亦表示系統間沒有聯繫，間中須重複輸入數據，導致營運效率下降。

成本

研究數據顯示第一層預防計劃以每次出席人數計算的成本、出席人數和舉行的次數均屬合理。然而糖尿病和血壓高篩查的成本很大程度上受到健康風險因素評估部分的影響。若能探索健康風險因素評估的替代評估方式，例如自我評估或線上評估，則有可能降低篩查成本。在社區復康計劃方面，雖然病人在參與中風後和髖骨折後社區復康計劃後病情顯著改善，但成效測量工具「改良功能性行走分類」(MFAC)所顯示的數據，則未能提供充份的正面證據支持急性心肌梗塞後社區復康計劃能改善病人健康。由於中風後和髖骨折後社區復康計劃牽涉的資源不菲，應考慮在兩區尋找適合的對照組，透過嚴謹的隨機對照試驗對社區復康計劃的成本效益和地區康健中心的影響進行綜合評估，才能對成本效益比率作出結論。

從實施成果的角度總結研究

由於地區康健中心是涉及多方面持份者的複雜介入措施，因此增加了

實施的難度。根據實施成果框架，是項研究發現社區對地區康健中心計劃的接受程度甚高，社區人士認同醫療系統以基層醫療健康及以預防為本的重要性，也支持醫療服務以地區劃分。對計劃的參與度仍然有限，但相較中心啟用時已有改善。然而，由於很多持份者認為計劃提供的服務與現有服務十分相似，且與地區需求並非完全一致，因此服務分野和定位存在困難，在社區內建立可持續的夥伴關係仍然充滿挑戰。

數項與介入特色有關的問題影響了參與率，包括經篩查發現患有糖尿病或高血壓的會員在社區求醫時缺乏資助，以及其後在深水埗試行公私營協作 2.0 計劃時持份者對每年 \$2,000 的津貼額是否足夠的討論。這些因素都是篩查計劃參與率低的原因之一。其他基礎設施問題(包括資訊科技平台)限制了服務實施的可行性。計劃的推行氣氛亦受其他機構性問題影響，例如職員流失率高，以及對機構溝通模式和團隊穩定性有關鍵影響的機構文化。會員資料顯示現時計劃主要覆蓋 50 歲或以上、社經背景較低的女性，因此能受惠於地區康健中心計劃的人口覆蓋率低。當局需要多加留意較難觸及的人群。為使計劃得以持續，政府必須展現承擔和提供穩定撥款，特別是考慮到現屆政府已在最新的《基層醫療健康藍圖》中將慢性疾病共同治理先導計劃加入到基層醫療健康的核心部分。

建議

研究就地區康健中心識別出以下**主要問題**：

- A. 地區康健中心計劃需要重新設計現有服務，以吸引、便利及鼓勵目標使用者、社區健康服務提供者和其他社會服務提供者加入、參與和持續投入參與計劃。
- B. 在現時橫跨醫療和社福界的社區醫療護理服務環境中，地區康健中心需要釐清其角色與功能。
- C. 根據研究的觀察，在地區康健中心計劃的運作上，社區參與十分有限。
- D. 現時地區康健中心計劃可加強基礎設施，以提升服務提供和規劃的效率，並支持計劃的長遠發展。

在撰備以下的最終報告建議時，參考資料和支持理據包括：上述主要問題、《基層醫療健康藍圖》構想的基層醫療生態系統、地區康健中心在該生態系統中的重新定位，以及關於地區衛生系統和運用綜合護理概念以治理慢性病的國際文獻。

建議一：建基於地區康健中心計劃至今在地區積累的經驗和現有進度上，計劃應進一步擴大覆蓋範圍和深化合作，以發展社區為本的基層疾病預防和健康推廣

促進個人健康行為

現時，地區康健中心模式已在全港十八區推行。為促進健康服務發展，釐清不同路徑，讓社區內不同界別可以無縫地互相協調、合作和結合，是至為重要的。有關工作不應只著重於以知識傳播為主的健康教育，同時應鼓勵和促進改變生活方式和個人行為以提升健康。營運機構應(i)盤點區內的健康教育和促進計劃及其地點，以及(ii)通過分析地區健康教育計劃，了解地區健康倡導者對促進健康的貢獻，策略性邀請其參與和合作。經重新設計的健康教育和推廣計劃應針對所有人群，並可在工作場所和學校等地區社會經濟環境中進行。地區康健中心應與社區合作，重新定位為社區資源樞紐。

社區健康推廣和基礎設施發展

可善用社區健康推廣以鼓勵區內不同界別和個人參與，提升健康意識，並發揮地區康健中心促進市民參與的作用，將社區資源引導至合適對象以改善健康。此外，為了在自我管理計劃中實現和強化可持續的健

康生活方式改變，一些有利於鼓勵社區參與的基礎設施是必要的。

建議二：檢討並重新審視本評估研究揭示的營運問題

會員制度

檢討會員制度和住址證明要求，以及檢討將會員人數和基本健康評估定為表現指標，以便利市民參與及和外部參與者合作，同時可加強監察中心表現。

不同人群的服務需要

為了讓市民更易獲取、有針對性及分層的服務，應加以考慮不同年齡組別的服務需要，特別是較年輕和付款能力較高者，包括當區居民和在區內工作者。

公私營協作和費用共同承擔原則

地區康健中心計劃應繼續建立公私營協作關係，並應研究怎去提供誘因，鼓勵新診斷出或已有慢性病診斷的個人由區內網絡服務提供者進行慢性病管理，並留在社區內長期管理這些疾病。服務的費用分擔安排應與公營服務校準，並應參考支付意願研究，了解不同社會經濟群體對不同類型服務的支付意願。對於擁有糖尿病和血壓高等常見慢性

病風險因素的市民，當局亦應思考鼓勵他們接受篩查並在確診後留在社區接受治療的最佳方法。

建議三：釐清和精簡地區康健中心作為社區基層醫療健康系統的一部分的角色、功能和服務範圍，以建立連貫的基層醫療健康生態系統

因應《藍圖》提出的管治和機構轉變，應檢討和重新設計地區康健中心在地區基層醫療健康系統中的角色和功能。地區健康系統的其一角色和功能為地區健康服務的提供者。

地區康健中心在**地區健康系統中的多重角色和功能**可以構想為：

- (1) 地區基層醫療服務的統籌機構
- (2) 支援慢性病治理的護理導航者
- (3) 資源樞紐
- (4) 公私營服務網絡的聯繫者
- (5) 基層醫療服務和社福服務聯繫的建立者

在地區為本的社區健康系統，以下三項是生態系統的必要組成部分：

- A. 就(a)第一、二、三層醫療服務，(b)公營和私營醫療服務提供者及(c)醫社服務各部分內部結合和互相整合的相關政策、系統及機制
- B. 參考可改變行為、社會和環境因素的知識和促進健康的介入措施，鼓勵社區多界別就健康推廣和疾病預防合作的基礎設施
- C. 在社區基層預防和健康推廣基礎設施與地區衛生系統之間建立連結的渠道

就以上每個組成部分，研究提出了進一步建議，讓當局為地區康健中心重新制定角色和功能時加以考慮。

A. 就(a)第一、二、三層醫療服務、(b)公營和私營醫療服務提供者及(c)醫社服務各部分內部結合和互相整合的相關政策、系統及機制

整合系統和機制

為了定義地區康健中心在轉型後的基層醫療健康生態系統中如何支援、協調、配合和補充主要公私營醫療服務提供者和社福服務提供者，必須盤點機構和功能形態及服務設計。策略採購統籌處推出慢性疾病共同治理先導計劃，旨在就建構協調、橫向縱向整合的基層醫療健康系統方面帶來實質進展。為達成有關計劃，需要評估私營界別的承載力和能力及服務供應和統籌方面的不足之處。作出策略採購時，亦需

要設計、發展和評估整合工作的系統、機制和工具。

盤點基層醫療健康生態系統

地區康健中心的統籌角色對提供服務方面是至關重要的，首要任務之一是盤點每區的基層醫療健康生態系統，包括公營和私營醫療服務提供者和設施；社福和長期護理服務提供者、非政府機構和民間社會組織的服務和角色；新的區議會及事務委員會、民政事務專員及相關政府部門的角色。

雙向轉介機制及病人自強計劃的統籌

作為第一、二和三層醫療服務之間的介面，地區康健中心十分適合支援和統籌公營醫療系統的雙向轉介機制。此外，地區康健中心可促進出院後病人與合適的地區基層醫療服務(復康及紓緩治療)及社福服務(社會和個人護理)的聯繫。地區康健中心也應作為病人自強計劃的發展和統籌中心，以支援慢性病自我管理。有關安排可加強地區康健中心作為指定區內服務中心的角色。

跨專業團隊的共處安排

在綜合醫療護理模式下，基層醫護人員經常成為跨專業團隊的一份子。若地區康健中心考慮有關概念，有關團隊可共同設於：衛生署長者健

康服務的綜合資源、地區康健中心及其附屬中心，或網絡服務提供者的地點。健康篩查方面，若要發展網絡醫生及跨專業團隊處於同一地點的一站式服務，需要探討並試行合適的模式。

建立公私營服務網絡

就涉及私營界別的醫療護理路徑而言，地區康健中心可善用其聯繫人的角色協助會員直接獲得私營醫療服務，作為公營服務以外的選擇，並發揮慢性病治理的護理導航者角色。這符合地區康健中心在公私營服務之間建立網絡的角色，同時有助解決基層醫療健康系統分散零碎的問題。

基層醫護人員之間建立策略聯盟

基層醫護人員之間建立策略聯盟，有助加強醫護人員、網絡醫療服務提供者、社區合作夥伴和地區康健中心之間的整合。當專業人士和服務提供者組成策略聯盟時，就有可能實現單獨運作組織無法實現的長遠策略目標。個別醫療專業人員間可達成協議組成聯盟。提供者組織的策略聯盟亦能與網路中的個別從業者合作，組成混合模式的聯盟。這種聯盟的好處包括提高患者及其社區的護理可及性和質素、規模經濟和成本控制、資源增益和風險分擔。儘管組織間的相互依賴程度高，組織仍可維基本的獨立性和自主性。只要基層醫護人員之間建立了共

同願景和組織，便可將他們視為一個網絡以承包服務、作為跨專業臨床團隊、採用跨專業護理規程，並可為地區市民提供協調、高效和有效的護理。地區康健中心亦可在實時監測和評估過程中發揮關鍵作用。選擇合作夥伴是形成策略聯盟中的關鍵因素，考慮因素包括他們的相容性、互補性和承擔性。當建立聯盟的管治和設計時，應考慮股權和合約條款。另外，聯盟成立後，持續管理應包括夥伴間信任的持續發展，及改善成員之間的活動協調。發展這些策略聯盟的細節和流程需在基層醫療健康生態系統背景下作深入研究。

B. 參考可改變行為、社會和環境因素的知識和促進健康的介入措施，鼓勵社區多界別就健康推廣和疾病預防合作的基礎設施

醫社合作

健康推廣不僅包括健康教育，亦涉及讓個人更能掌握影響健康的社會、環境和經濟因素和求醫習慣。健康推廣的責任不應只由醫護界肩負。應推行醫社合作，並通過健康行為模型闡明改變行為的路徑。須針對社會和醫療環境中的促成和強化因素，以鼓勵個人改變，並提供篩查和改變生活方式的機會。

掌握地區需要的渠道

作為地區層面的社區健康服務，地區康健中心應作為掌握地區需要的渠道。對於所服務社區的需要，已與廣泛社會網絡建立夥伴關係的營運機構受惠於成熟的夥伴關係和既有知識，因而佔優。地區康健中心應根據社會生態學的健康模型詳細盤點不同的介入和措施，並幫助市民有效和可持續地改變其生活方式。至於在地區康健中心計劃中增加應用資訊科技，則須加大相關科技基礎設施的發展。

社區參與

為使服務適時回應社區的需要、關係方法得以在系統變革中有所應用，並讓服務使用者在地區慢性病自我管理中扮演更積極的角色，社區參與(特別是最終用戶的參與)是至關重要的。

與整體社區的聯繫

在制定有效和可持續的多界別健康推廣和疾病預防策略和計劃方面，聯繫社區資源及鼓勵更廣泛的社區參與，包括非政府機構、商界、宗教團體、民間社會和病人團體，以及少數和弱勢社群尤其重要。各地區康健中心需要制定鼓勵參與、監察及評估進度的機制。

社區資訊流

為了逐步改變坊間根深蒂固的「重治療」觀念，應繼續教育公眾基層醫療預防和自我管理方面的知識。社區為本的計劃應了解且能夠運用社區現有的資訊和資訊來源。地區康健中心除了可增加使用社交媒體外，還應考慮為非網絡使用者提供其他溝通方式。不論資訊傳播平台為何，都應徵詢專家的建議，並建立內部專業知識，以掌握如何編寫能提升參與率和促進行為改變的訊息。

C. 社區基層預防和健康推廣基礎設施 與地區衛生系統之間建立連結的渠道

健康推廣網絡

為擴大服務覆蓋範圍，地區康健中心應善用地區現有的基層預防和健康推廣服務。因此，除了在中心內提供健康評估和健康教育與推廣外，地區康健中心還可培訓專業或非專業人士在其所屬機構內進行健康推廣和評估，並與營辦認證課程的社福和其他健康中心建立夥伴關係，讓市民能獲得受資助健康篩查，並在改變生活方式和自我管理方面獲得持續支援。透過這種方式，現時的網絡醫護服務提供者的網絡在健康推廣和自我管理計劃方面可獲支援，這些計劃也可以與病人自強計

劃結合。在每區設立健康推廣網絡的目標，亦可讓中心與現有的社區資源建立聯繫。

共同促進健康

地區康健中心可作為雙向渠道，引導非政府機構和社福網絡識別出有健康風險的市民進行慢性病檢測和管理，並將慢性病患者與非政府機構進行配對，以提供病人自強和可持續生活方式改變計劃。這些計劃可以透過與社區共同促進健康的工作來制定和實施，並由曾接受相關培訓的業外人士提供系統性的病人健康教育計劃。

社區資源調動

為了發揮健康服務資源樞紐的功能，地區康健中心應識別、動員並善用社區健康資源。作為第一步，地區康健中心可確立其作為社區護理系統的組成部分的角色，然後配對和重新調整其現有的計劃和服務，以協助調動社區的護理資源。

建議四：增強基礎設施和能力，以支援營運及計劃的長遠發展

營運機構的要求

就地區康健中心的營運機構而言，相關政府部門應檢討何種機構最適

合在鼓勵社區參與健康發展和運作效率方面取得平衡。由於營運者可能來自不同機構，規定所有營運者接受標準的管理培訓將有助確保各區服務的質素和一致性。對於負責設計適當的介入措施以滿足健康需要、促成措施落實並最終改善社區和基層健康的人員而言，除了一般的管理技巧培訓外，掌握社會資本、網絡理論、社會行為理論及規劃健康行為的社會生態學模型等概念將有助加強能力。為地區康健中心服務的職員提供培訓，讓他們掌握健康推廣的知識和技巧，亦十分重要。事實上，這些培訓適合任何基層醫療服務的提供人員。

社區基層醫療系統所需的基層醫療健康人手

若要加強基層醫療健康的人手，需要從基層醫療健康的角度考慮基層醫護人手的種類和類型。除家庭醫生外，其他各種基層醫護人員也有能力為社區基層醫療系統作出貢獻。

在服務提供、監察和評估方面加強運用科技

由於科技可促進最終使用者的參與、減輕部分與溝通相關的工作負擔，並協助規劃服務計劃，因此在服務提供和監察方面應加強運用科技。因應《藍圖》就改善數據互通和健康監測的建議，各區應採取標準的數據收集方式(例如經流動應用程式收集數據)，以便監測社區需要。

同理，數據的一致性對提升可用性是至為重要的。

關鍵績效指標

應重新審視和修訂現時的 KPI，以盡量鼓勵提升服務和協作。KPI 應反映關鍵中期成果，並與長遠的具體預期成果緊扣，讓落實計劃的人員在實施過程中保持投入和專注。運用邏輯模型、介入和執行盤點等工具可能有助訂定 KPI。

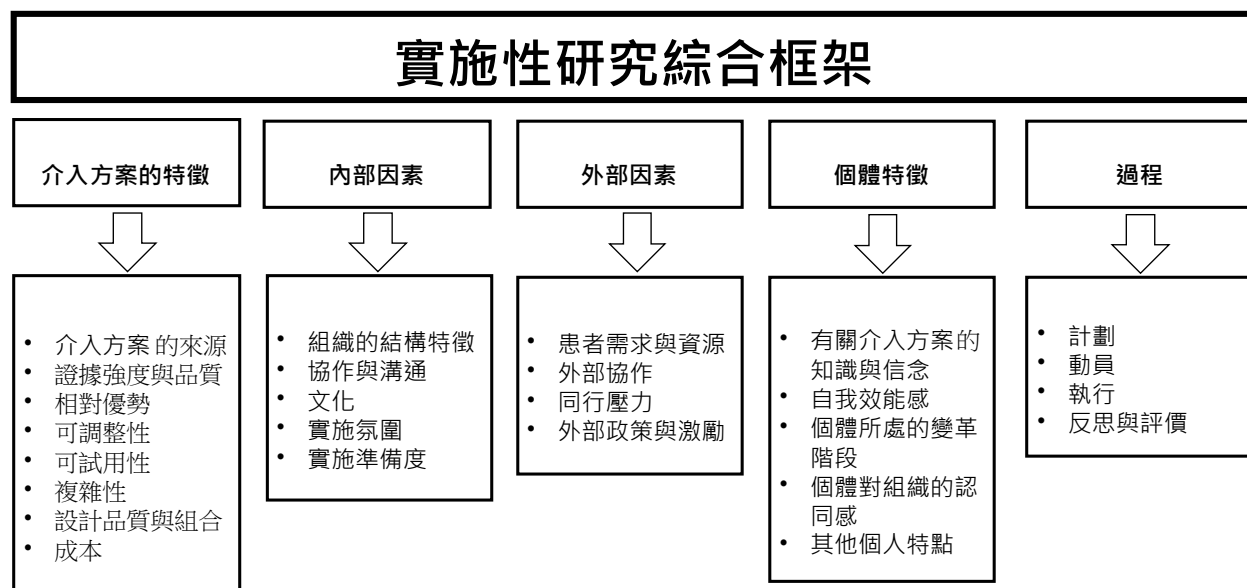
以策略採購和綜合護理工具建立可持續的醫療健康生態系統

若要實施上述建議，實在需要再三強調把綜合護理概念應用在治理慢性病上。根據世衛組織以人為本的綜合健康服務全球策略，在以人為本的基層醫療綜合衛生系統中，連續性、全面性、協調性和獲得護理的機會是綜合護理的目標。「綜合」一詞則涉及「撥款、行政、組織、服務提供和臨床層面的方法和模型，旨在在治療和護理界部之內及之間建立聯繫、協調和協作」。綜合護理的目標是將醫療健康系統與其他人類服務系統連接起來，以改善成果。

為滿足慢性病患者的複雜需要，並實現高效率和有效的醫療服務，必須加以統籌不同類型和層面的醫療服務，減少服務差距和不必要的醫療服務重複，提高效率以便無縫地提供綜合服務，並確保醫療健康生

態系統的可持續性。至於個人或人群、醫療系統和社會經濟環境領域之間所需的互通性和互動性，則可以透過政策槓桿來實現，特別是管治制度、策略採購及各種整合工具，在醫療系統互為依賴的宏觀、中觀和微觀層面之上及之間開展工作。整合工作需要系統、機構、專業和臨床層面進行，以及透過各種模式和機制在功能、規範、橫向、縱向和時間上進行，包括不同類型、環境和護理層級之內和之間，以及公營和私營醫療界別之內和之間的協調。此外，必須加強醫療健康系統與個人或群體之間的聯繫，以滿足健康需要並實現理想的健康成果。

附錄 A：實施性研究綜合框架



資料來源：實施性研究綜合框架 2009 版

<https://cfirguide.org/constructs/chinese-translation/>