

醫院管理局推行「績效撥款」制

何謂「績效撥款」(Pay for Performance) ?

- 「績效撥款」是醫院管理局新的內部資源分配機制，主要在策略上決定如何購買市民最需要的醫療服務。「績效撥款」制的一個主要元素是「病例組合」。
- 「病例組合」撥款 (Casemix Funding) 是以診治病患為本的撥款方式。醫療服務提供者需按其治療的每宗個案、其涉及的複雜程度，然後根據預設的疾病分類及所需成本而獲得撥款。

為何要推行「績效撥款」制?

- 醫院管理局的聯網內部撥款機制一向被批評為欠缺透明度及不公平，以往的模式亦欠缺提升服務質素和效率的動力，因此實有需要進行改革，與時併進。
- 總括而言，新的「績效撥款」制有以下優點：
 - 能夠兼顧服務增長和提升服務質素的要求
 - 將資源與工作量掛鉤
 - 政府及市民能夠看到新增撥款是用得其所
 - 促進訂立優良服務標準 (例如住院日數)，互相倣效

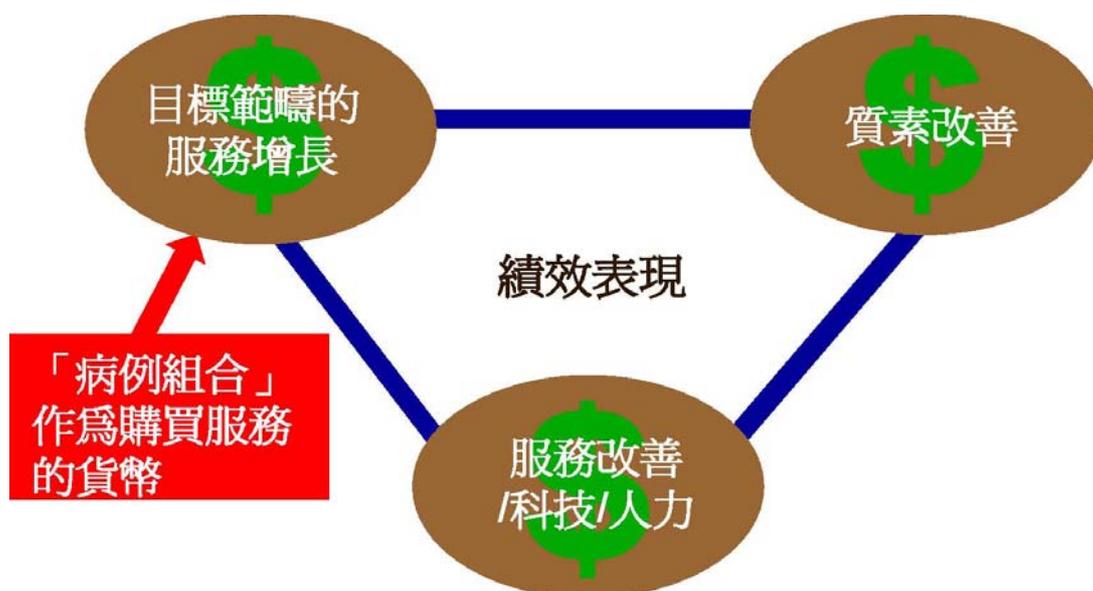
「績效撥款」制對醫管局的實質意義

醫管局將按下列元素，額外撥款予各醫院聯網：

增長 = 因應龐大需求而作出相應增加的服務量

質素 = 服務質素改善

服務/科技/人力 = 進行服務重整、引入先進醫療科技、培訓及挽留人才，從而改善服務質素



目標範疇的服務增長

鑑於香港人口的增長和老化、社區對服務期望和服務需求的增加，醫管局的服务增長將專注以下目標範疇：

- (a) 增加服務以配合人口增長及老化，特別是在尚待發展社區，例如於新界西及九龍東聯網啓用新病床。
- (b) 擴充服務以治理危及生命的疾病，以配合政府的優先工作範疇，例如擴充腫瘤科及洗腎服務。
- (c) 縮短過長的輪候時間，例如白內障手術、下肢關節置換手術、尿道阻塞手術。
- (d) 第二層預防計劃，例如糖尿病治理。
- (e) 公私營協作計劃。

質素改善

我們會預留指定撥款，以支援以下質素改善計劃：

- (a) 改善病人安全，例如更換高風險單用途儀器；
- (b) 加強用藥安全；
- (c) 加強數據保密及病人私隱；
- (d) 協助準備醫院的評審；
- (e) 提升病人滿意程度；
- (f) 推展基層預防，例如防疫注射；及
- (g) 促進社區健康，例如社區護理呼召中心。

服務改善、科技及人力

專業及盡責的人員、再加上恰當的設備及藥物，是現代化的醫療體系不可或缺的。由指定撥款支援的優先項目包括：

- (a) 新的愛滋病及癌症藥物；
- (b) 細胞遺傳學服務；
- (c) 加強換肝服務；
- (d) 加強血液服務；
- (e) 深切治療組數據庫管理系統；
- (f) 管控輪候診斷時間；
- (g) 大腦深入刺激；及
- (h) 培訓及挽留員工的措施。

「病例組合」如何配合服務增長需求

- 基於持續人口增長及人口老化，市民對醫管局服務的需求會不斷增加。為應付需求，醫管局整體服務規劃將有 2%增長。這是基於一個重要的假設：政府將會增加撥款予醫管局（實際撥款額將會在明年的財政預算案公布）。
- 醫管局計劃於 2009/10 年度引進「病例組合」資源分配制度，但只會應用在急症住院服務方面，有關服務佔醫管局總開支約百分之五十三。
- 醫管局會將「病例組合」視為一種貨幣，然後按各聯網急症住院服務的增幅去增撥資源。
- 在聯網之間的資源重新分配方面，獲估計「多撥」資源的聯網，我們只會將其「多撥」款額的 10%重新分配到「少撥」資源的聯網。（「多撥」款額是指有關聯網獲得的撥款，多於按「病例組合」計算治療住院病人所需資源）

- 例子一：如果一個聯網獲多撥了二億元，下一個財政預算將會下調減少二千萬元，有關款額會撥歸中央重新分配予「少撥」資源的聯網。
- 例子二：如果一個聯網按「病例組合」制度計算應獲增撥七千萬元，下一個財政預算將會上調增加七百萬元。

如何以「病例組合」作資源分配？

- 醫管局將會採用名為「症候族群」(Diagnosis Related Groups) 的病例組合分類制度。「症候族群」是由美國耶魯大學的 R.Fetter 教授及其同僚始創於六十年代後期。這制度的一個重要原則是：所有病症及有關病人均可以按其治療所需的資源去作出分類；每一個「症候族群」是歸納多宗病症及資源相類的個案組成。

病人怎樣依症候族群分類？

- 症候族群制度把國際疾病分類 (ICD9) 載列的 20,000 多項疾病及程序代碼的所有可能組合歸類為大約 1,000 個組群。美國隨後根據 ICD9 的臨床情況，編訂了 ICD9CM，以便可以更具體地把疾病分類。
- ICD9CM 的診斷代碼歸類為 23 個主要症候類別，大致上是根據人體系統或通常負責治療的專科進行區分。
- 由相同專科以相同方式診斷及治理的疾病，不論病因學如何，都會被編入同一個主要症候類別。
- 每項主要症候類別（除了少數例外）基於有否包括具體程序再加區分。出院病人如住院期間曾接受具體程序，則列入“外科”，其他則列入“內科”住院。
- 內科住院再根據“主要診斷”，例如新生物（腫瘤），眼睛疾病編類。
- 外科住院則根據不同程序類別的資源耗用程度再區分等級。一名接受多項程序的出院病人，則會根據等級內最高資源密集手術程序編入外科組群。
- 併發症及複合病變、出院情況、有時甚至年齡、都會影響病人獲編配症候族群內嚴重類別的決定。
- 每名病人最終只會獲編配入一組症候族群。編配是以病人出院摘要所載資料為基礎。

症候族群下的病人分類 (1A)

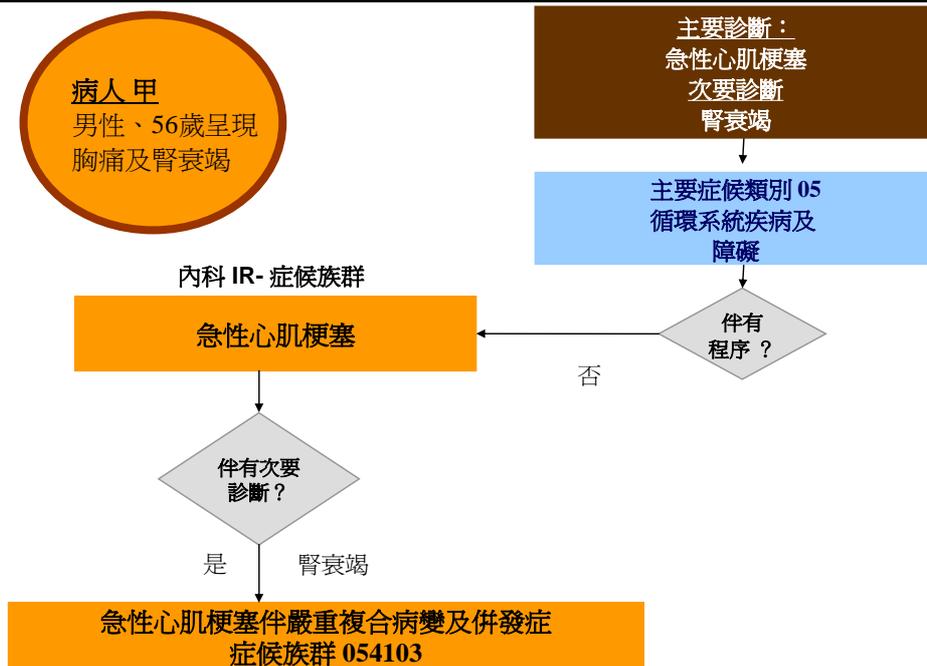


圖 1A： 把病人歸入內科症候族群的決定過程

症候族群下的病人類別 (1B)

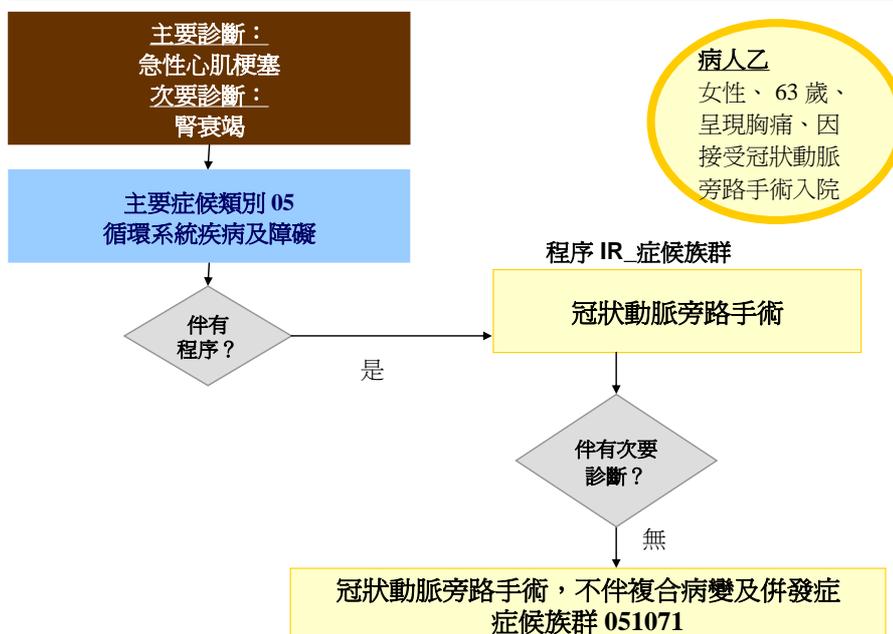


圖 1B： 把病人歸入外科症候族群的決定過程

二〇〇八年十一月