

# 「慢病共治計劃」 的效果評估與優化 策略研究





## 「慢病共治計劃」的效果評估與優化策略研究

吳秋北立法會議員辦事處

2025.7

# 「慢病共治計劃」的效果評估與優化策略研究

## 目錄

1. 研究背景 .....	4
1.1 「慢病共治計劃」的推行背景、發展與現存挑戰.....	4
1.2 公營醫院收費改革與社區基層醫療的協同作用.....	5
2. 研究目標 .....	6
3. 研究方法 .....	7
3.1 调查对象.....	7
3.2 研究方式.....	7
3.3 研究限制.....	8
4. 調查結果分析 .....	9
4.1 問卷調查結果.....	9
4.2 焦點訪談小組調查結果.....	15
4.3 影響私人執業醫生參與意願及參與體驗的因素.....	19
5. 政策建議 .....	24
5.1 增加參與計劃的誘因 強化宣傳教育.....	25
5.2 簡化計劃參與流程.....	26
5.3 完善計劃銜接性 擴大篩查及治療範圍.....	27
5.4 提升地區康健中心/服務站樞紐效能.....	28
5.5 提高醫患政三者之間的信任度.....	29
附錄 .....	33
醫生訪問大綱 .....	33

# 1. 研究背景

## 1.1 「慢病共治計劃」的推行背景、發展與現存挑戰

特區政府於 2023 年 11 月推出「慢病共治計劃」，是《基層醫療健康藍圖》的重點項目之一，目的通過公私營協作模式，推動慢性病的早期預防與管理。該計劃針對 45 歲或以上未被確診糖尿病或高血壓的市民，提供政府資助的篩查、診症及藥物治療服務，以實現「早預防、早發現、早治療」的目標，從而降低慢性病對公營醫療系統的長期負擔。計劃初期聚焦糖尿病及高血壓的風險評估，並於 2025 年 1 月進一步擴展服務範疇，新增專屬護士診所及專職醫療服務（包括視光師、物理治療師及營養師）。

根據醫務衛生局（醫衛局）資料，截至今年 2 月，參與計劃的市民已突破十萬人（約 101,800 名），其中約 58,700 人完成糖尿病及高血壓篩查，近 40%（23,500 人）被診斷為血糖偏高或確診慢性病<sup>1</sup>。這顯示計劃在早期發現與干預上的成效，但執行層面仍存在一些挑戰：包括性別與年齡參與失衡、宣傳可達性不高、醫療端執行障礙等。醫衛局數據顯示，在參與該計劃的人群中，女性佔比高達 67%，男性比例僅 33%，反映男性對計劃的認知與參與意願較低。香港社區組織協會（社協），於 2024 年 5 月的調查指，深水埗的基層社區中不少合資格市民對計劃了解程度較低<sup>2</sup>。在醫生的參與方面，

---

<sup>1</sup> 立法會十二題：慢性疾病共同治理先導計劃 <https://www.info.gov.hk/gia/general/202502/19/P2025021900197.htm>

<sup>2</sup> 基層市民「慢病共治」意見調查報告 2024 年 5 月 <https://soco.org.hk/wp->

香港工會聯合會（工聯會）2024年7月的一份調查報告顯示，參與計劃的家庭醫生普遍反映行政流程繁瑣、資助藥物清單未能與時俱進，令服務效率受限<sup>3</sup>。此外，根據立法會議員林哲玄辦事處2025年5月的一項有關私營醫生收費的調查報告，政府基層醫療的「旗艦」項目「慢性疾病共同治理先導計劃」，在512名受訪私人執業醫生中，專科醫生參加比例只有4%，而普通科醫生亦只有21%<sup>4</sup>。

## 1.2 公營醫院收費改革與社區基層醫療的協同作用

公營醫療系統長期面臨結構性失衡，根據醫衛局數據，雖然97.6%的服務由公帑資助，但公私營資源分配嚴重不均（半數醫生服務九成住院患者），導致公營系統超負荷運轉<sup>5</sup>。為讓有限資源獲得更恰當的分配，醫衛局將調整公營醫院收費結構，進行公營醫院收費改革，並於2025年3月公布改革措施，將於2026年1月1日起實行。政府推測，改革後公營醫院的急診非緊急求診量下降約15%。與此同時，社區基層醫療的負擔將會增加，例如慢性病管理需求可能進一步向私營及社區服務轉移。收費改革試圖通過經濟杠杆引導資源合理使用，但其成功與否高度依賴社區基層醫療的承接能

---

content/uploads/2014/10/%E5%9F%BA%E5%B1%A4%E5%B8%82%E6%B0%91%E3%80%8C%E6%85%A2%E7%97%85%E5%85%B1%E6%B2%BB%E3%80%8D%E6%84%8F%E8%A6%8B%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%A0%B1%E5%91%8A-%E5%85%A8%E6%96%87.pdf

<sup>3</sup> 2024-08-08 黃國：繼續發揚工人醫療所逾70年基層醫療服務精神 支持政府基層醫療健康服務發展 善用NGO在公私營醫療中角色和作用 [https://www.ftu.org.hk/zh-hant/news/news\\_detail/?news\\_id=6283](https://www.ftu.org.hk/zh-hant/news/news_detail/?news_id=6283)

<sup>4</sup> 調查：私家醫生收費7年間全面上升 增幅最多50% 非專科醫生門診收費中位數400元 <https://www.singtaousa.com/2025-05-08/%E8%AA%BF%E6%9F%A5%EF%BC%9A%E7%A7%81%E5%AE%B6%E9%86%AB%E7%94%9F%E6%94%B6%E8%B2%BB%E5%B9%B4%E9%96%93%E5%85%A8%E9%9D%A2%E4%B8%8A%E5%8D%87-%E5%A2%9E%E5%B9%85%E6%9C%80%E5%A4%9A50-%E9%9D%9E%E5%B0%88/5222989>

<sup>5</sup> 立法會衛生事務委員會 公營醫療收費改革 <https://www.legco.gov.hk/yr2025/chinese/panels/hs/papers/hs20250414cb3-453-4-c.pdf>

力。在此背景下，「慢病共治計劃」不僅是疾病防控的載體，更或成為分流公營壓力的樞紐。

然而，兩大政策的協同仍面臨挑戰：其一，市民對基層醫療的信心不足。部分市民因過往私營醫療經驗（如高收費、服務碎片化），對計劃的共付模式持觀望態度。另一方面，家庭醫生對政府的信心亦仍有較大提升空間，於家庭醫生而言，參與計劃意味著失去一些傳統的獨立性、額外付出更多時間精力，而現時政府為參與計劃的家庭醫生提供的激勵不太足夠；其二，服務整合度待提升。儘管計劃新增護士診所與專職醫療服務，但轉介機制尚未十分完善，且地區康健中心與家庭醫生的協作仍有待加強；其三，經濟門檻未完全消除。部分治療項目的自付額仍超出市民能接受的範圍，讓低收入群體卻步。

社區基層醫療服務在未來承擔着愈漸重要的角色，倘若「慢病共治計劃」能克服現存障礙，不僅可提升市民健康水平，更能夠為公私營資源整合、醫療體系可持續發展提供範本。

## 2. 研究目標

本研究旨在從「慢病共治計劃」的三大層面——「預防推廣」、「風險篩查」及「疾病管理」評估實施效果，探討該計劃的改善空間，並向政府提供參考性建議。具體而言，探究了以下幾個問題：

(1) 符合條件的市民不參與計劃的原因，以及參與者在計劃不同階段流失的原因；

(2) 市民對計劃的期望；

(3) 影響家庭醫生參與意願的因素，以及參與醫生所面對的挑戰。

### 3. 研究方法

#### 3.1 调查对象

本報告的調查對象為符合條件參與「慢病共治計劃」的群體（45歲及以上，未被確診糖尿病或高血壓的市民），包括已註冊參與者及未參與者。此外，研究團隊亦向工人醫療所醫務行政總監黃德祥醫生和香港西醫工會會長陸偉亮醫生詳細了解相關情況。

#### 3.2 研究方式

本報告結合量性和質性的研究方法，通過問卷調查與深度訪談向調查對象收集信息。

##### 問卷調查

吳秋北立法會議員辦事處於2025年4月中旬至5月下旬期間，在北角、柴灣、小西灣等港島東多地擺設街站，向合資格參加「慢病共治計劃」的市民派發問卷，共收集有效問卷356份。問卷問題包括個人背景信息、計劃參與認知與參與情況、不參與或中斷計劃的原因、對計劃的期望等。

## 焦點訪談

為更深入了解市民對計劃的意見和參與體驗，研究團隊在該時間段內，透過工聯會港島東地區服務處及工聯會工人醫療所（工人醫療所），選擇 5 位屬於高風險群體的基層市民，以焦點小組方式對其進行訪談。

## 專家訪談

另外，家庭醫生作為計劃服務的提供者，其參與度直接影響計劃的效果。因而，研究團隊亦以半結構式通過深度訪談，就計劃運行及參與體驗、對計劃的看法及期望等問題進行深入訪問，並透過兩位醫生了解影響行業內其他家庭醫生參與意願的主要因素、在參與計劃過程中遇到的挑戰等。

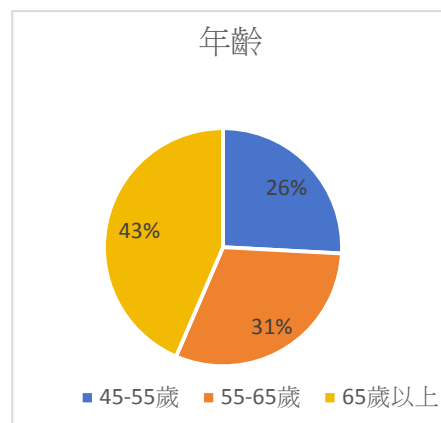
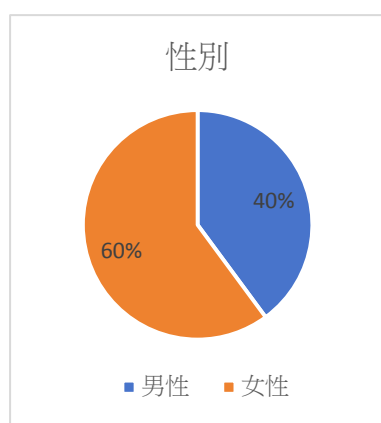
### 3.3 研究限制

本研究向市民收集問卷的範圍主要在港島東區，故樣本具有地區性局限，可能無法全面反映其他地區合資格參與「慢病共治計劃」的市民的情況。雖然樣本具有地區局限、規模亦有限，但研究仍有助於了解「慢病共治計劃」的實施現況與效果，並呈現香港部分基層市民的意見。此外，因為調查時間有限，故在醫生意見調查方面，只選取工人醫療所及西醫工會的意見領袖作為深度訪談對象，未對私營執業醫生展開大規模的調查，但收取到的意見也仍具有一定代表性。

## 4. 調查結果分析

### 4.1 問卷調查結果

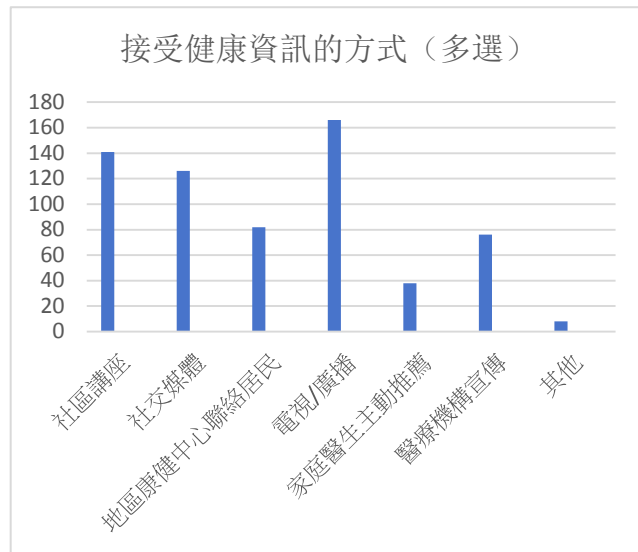
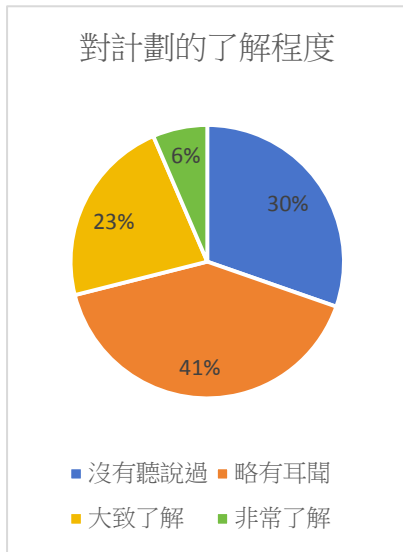
在本次問卷調查中，共收到 356 份有效問卷，當中男性有 142 人，佔比 39.89%，女性有 214 人，佔比 60.11%；在年齡分佈上，45 至 55 歲有 92 人，佔比 25.84%，56-65 歲有 109 人，佔比 30.61%，65 歲以上有 155 人，佔比 43.53%。



### 對計劃的了解情況

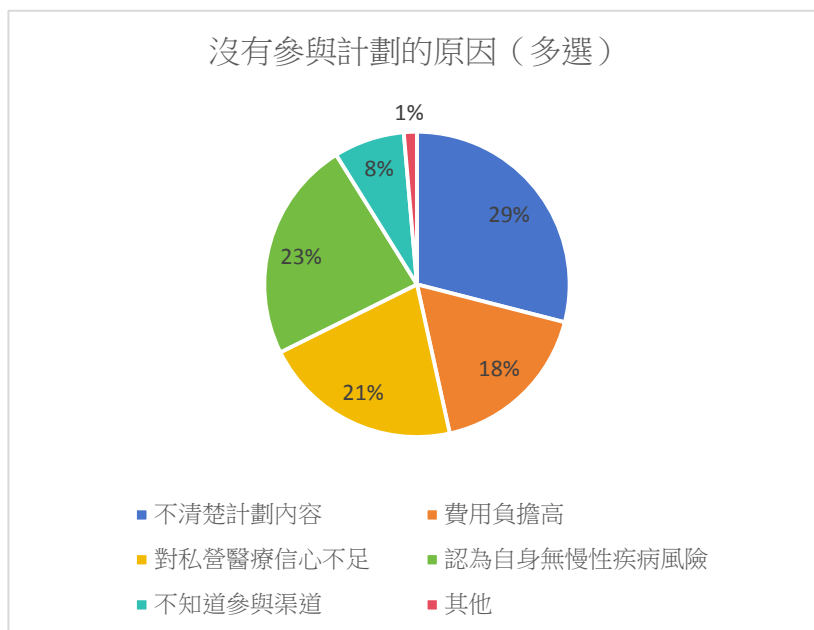
在對「慢病共治計劃」的了解程度上，最多受訪者選擇的是“略有聽聞”，佔比 40.73%，其次是“沒有聽說過”，佔比 30.33%；僅有 6.46% 人選擇“非常了解”。

在獲得相關資訊的渠道上，排名前三的選項分別是“電視/廣播”、“社區講座”以及“社交媒體”，分別佔比為 46.62%、39.60% 以及 35.93%。

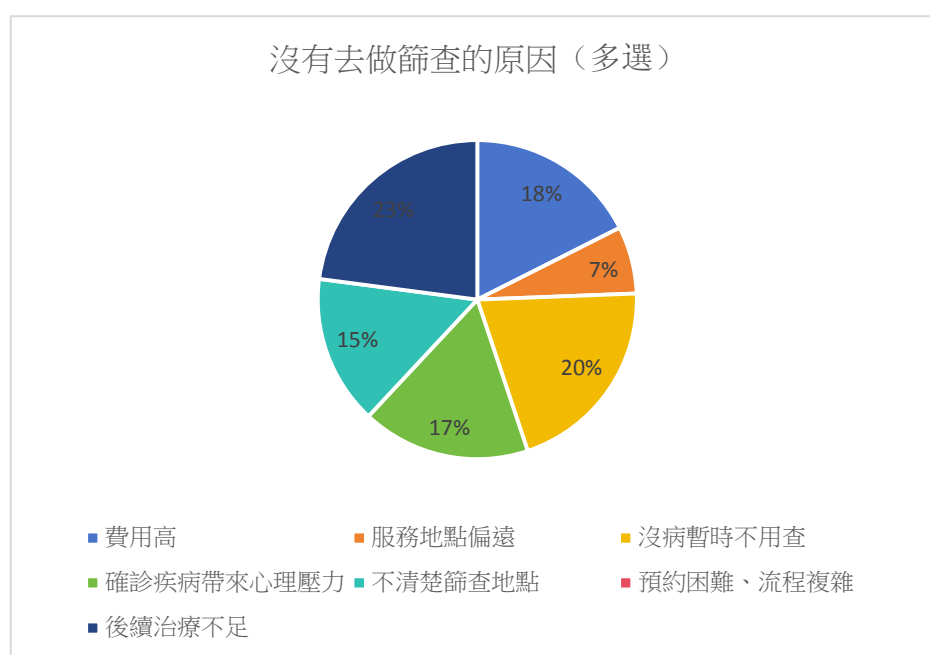


### 計劃的參與情況

登記參加「慢病共治計劃」的共有 127 人，佔比 35.57%，沒有登記參加的有 229 人，佔比 64.32%。沒有登記參與計劃的受訪人群中，最多受訪者表示因“不清楚計劃內容”而不去登記參加，佔比 41.29%，其次是“認為自身沒有慢性疾病風險”有 33.42% 人選擇，排名第三的選項是“對私營醫療信心不足”，佔比 30.05%。



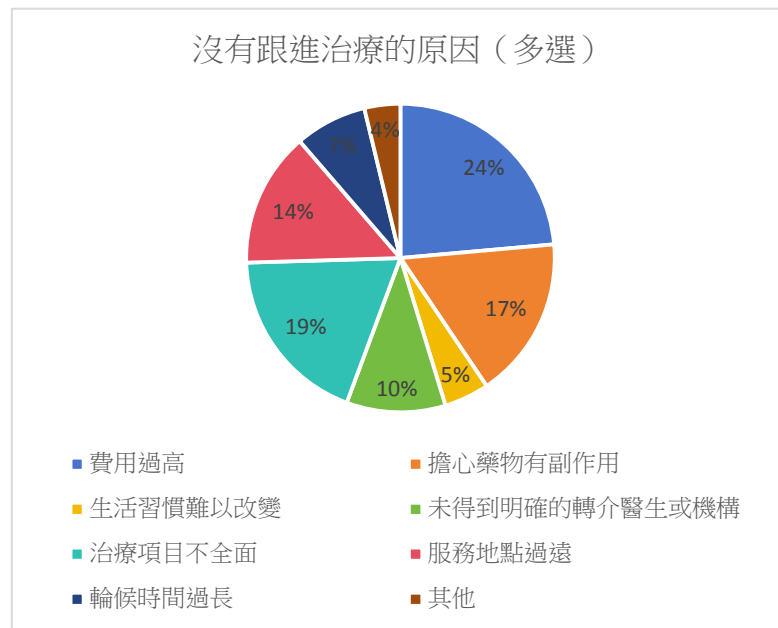
在已登記參加「慢病共治計劃」的 127 位受訪者中，有 50.39% 的人（64 人）去做計劃下的慢性病篩查，登記參與計劃後但後續沒有去做篩查的佔比 49.61%。在沒有去做篩查的原因中，最多人選擇的三個選項分別是：“預約困難、流程複雜”、“後續支援不足”以及“認為沒病暫時不用查”，佔比分別是 41.73%、37.00% 以及 33.07%。



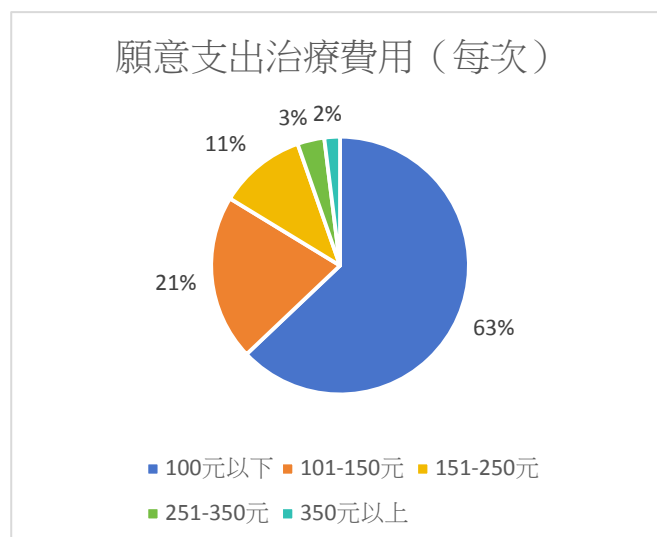
而在去做相關慢性疾病篩查的受訪人群中，有 70.31% 受訪者（45 人）被檢查出相關健康指標異常（高血壓 64.44%、高血糖 37.77%、糖尿病 24.44%），有 29.69% 受訪者的篩查結果為“正常”。

在篩查結果為異常值的受訪人群中，有 28.88% 受訪者（13 人）繼續去做跟進治療，篩查後就此中斷計劃的則佔比 71.12%。在沒有繼續接受跟進治療的原因中，最多人選擇的是“治療費用過高”，佔比 55.55%；其次是“計劃涵蓋的治療資助項目不全面”，佔比 44.44%；

緊接著是“擔心藥物有副作用”，有 37.77%受訪者選擇。



對於在治療階段願意承擔的共付費用上限，超過 62%受訪者選擇“100 元以下”，其次是“101 至 150 元”，佔比 20.78%，僅有 1.96%受訪者願意承擔 350 元以上的共付額。



如果將「慢病共治計劃」預期流程定為：符合篩查資格的人都去登記，登記參加的人都去做相關慢性疾病篩查，若篩查結果為異常，

則繼續做跟進治療。若篩查結果為正常，則下一個計劃年繼續參與篩查。那麼，實際執行中出現了三個主要流失環節：

(1) 登記階段：超過 60%的受訪者選擇不登記參與。

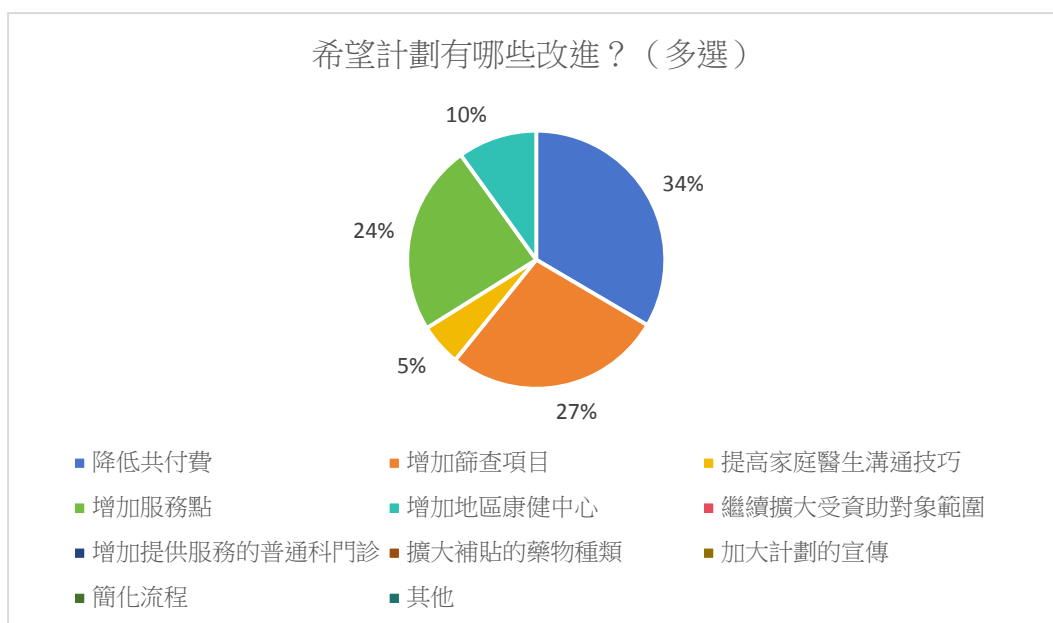
(2) 篩查階段：在登記參與者中，僅約一半（即流失近半）實際進行了篩查。

(3) 治療階段：篩查結果異常者中，僅 28.88%人接受後續治療。

本次問卷結果顯示，在登記參與計劃的受訪者中，完全遵循政府預期流程（無論是完成診治或結果正常）的人數僅有 32 人，占比僅 8.98%。這表明，計劃在吸引參與、推動篩查執行及確保異常者接受治療的關鍵環節，其實際效果均未很好的達到預期。

### 對計劃改進的期待

關於對計劃改進的期待，最多受訪者者選擇“降低篩查和治療費用”，佔比 60.10%；其次是“增加資助的篩查和治療項目”，佔比 56.46%；接著是“增加更多服務點”、“加大對該計劃的宣傳”以及“增加提供服務的普通科門診”，佔比分別是 49.43%、41.85% 以及 38.43%。



另外，在希望優先增加資助的篩查及治療項目中，最多人選擇“骨質疏鬆篩查及治療”，佔比 66.01%；其次是“肺功能篩查及治療”，佔比 60.64%。

### 問卷小結：

- (1) 市民對「慢病共治計劃」的認識程度偏低，僅有很小一部分受訪者熟悉該計劃的具體內容和流程，從未聽說過該計劃的受訪者不在少數。
- (2) 市民對疾病預防觀念的認知程度不高，在登記階段和篩查階段流失的市民中（即沒有登記參加計劃或登記了但不去篩查的人群），相當一部分人是因不重視疾病篩查或諱疾忌醫的觀念。
- (3) 市民對私人執業醫生或私營診所的信任度不高，不少市民因對私營醫療缺乏信任，而不登記參加計劃。

- (4) 普遍市民認為現時共付費用過高，在治療階段流失的人群中，最多人因費用問題而中止計劃。
- (5) 計劃中的資助的檢查項目與藥物並未完全銜接，普遍市民希望擴大藥物資助範圍，並且增加骨質疏鬆、肺功能的篩查和配套治療資助。
- (6) 遵循政府預期流程的人數非常少，僅佔不到 10%。

#### 4.2 焦點訪談小組調查結果

本調查中，選取的 5 位焦點小組訪談對象均符合計劃參加要求，當中有三位已登記參加計劃。

以下是受訪者的概況：

受訪者	年齡	健康狀況	計劃參與情況
趙女士	54	甲狀腺素偏高	參加計劃，篩查後沒有進入治療階段
黃先生	66	高血糖	參與計劃，篩查後沒有進入治療階段
唐女士	59	高血壓	參與計劃並完成篩查及跟進治療
劉女士	63	骨質疏鬆	沒有參與計劃
林女士	72	膽固醇偏高	沒有參與計劃

通過焦點小組訪談，研究團隊有以下觀察：

## (1) 基層市民對私營診所的信任度

在焦點小組訪談中，五位受訪者均對私營診所的收費機制與醫療動機表達疑慮。他們普遍擔憂私營機構可能利用篩查報告結果，遊說患者接受非必要的額外治療項目，並違反政府制定的共付額標準擅自加價。尤其值得關注的是，公營醫療收費改革的公布後，受訪者預期私營診所及私人執業醫生將進一步提高「慢病共治計劃」中的治療項目收費，令到更多機構收取超過政府建議共付額的費用。這種焦慮直接影響參與意願，兩位未登記的受訪者明確表示未來亦不會考慮加入計劃，而三位已登記的參與者中，即使有人完成全流程（如唐女士），亦對改革後的私營醫療收費趨勢持悲觀態度。

*劉女士：「私家醫生只想賺多些錢，會勸市民做其他治療。公營醫療收費提高後，私家醫生收費肯定會更高，現在計劃的吸引力亦不高，等身體有不舒服去公營醫院檢查出來有慢性疾病，再接受公營醫院的治療。」*

## (2) 預防性醫療觀念待建立，需增強自費參與意欲

儘管「慢病共治計劃」在篩查階段由政府全額承擔化驗費用，並補貼 196 元診症費，參加者僅需支付 120 元共付額，在預防性治療認識不足的情況下，對基層受訪者而言，這筆小額支出仍構成參與門檻。劉女士直言，現階段身體無明顯不適，寧可未來出現症狀時再赴公立醫院就診，若確診高血壓或糖尿病等慢性病，公營系統的十餘元藥費遠比當下支付 120 元篩查費更符合其節儉習慣。這種延遲就醫的經濟

權衡，反映基層群體對預防性治療相關支出更加謹慎，他們傾向將有限資源用於已發生的病症治療，而非潛在風險的前期篩查。受訪者雖理解私營機構能提供較快服務，卻普遍認為慢性病「非急症」，無需額外支付時效溢價。她們的生活開支都十分精打細算，即便 150 元單次費用看似可負擔，每月數次複診仍將形成壓力。

*林女士：「公立醫院改革後藥費僅需數十元，相較每次 150 元的私營診療，長期累積差額可達數千元。」*

### **(3) 醫療服務中的檢查與治療項目情況**

「慢病共治計劃」的資助框架存在檢查與治療項目脫節的結構性缺陷。以趙女士為例，其在篩查階段檢測出甲狀腺功能異常，卻因未達高血壓或高血糖的資助治療標準，而被排除於後續費用補助範圍之外。此案例顯示計劃設計的銜接性不足，即政府資助的治療項目僅限特定慢性病（如糖尿病、高血壓等），但篩查內容卻涵蓋更廣泛的健康指標（如甲狀腺功能）。當受檢者發現非目標疾病異常時，就面臨「篩而無治」的醫療斷層。倘若參與篩查卻因疾病類別不符遭制度排除，預防性投資便失去意義。

Chronic Disease Co-Care Pilot Scheme – Investigation List  
慢性疾病共同治理先導計劃 – 化驗及檢查目錄

		Co-Payment (HK\$) 共付額 (港幣\$)
<b>Blood Test</b>	<b>血液檢測</b>	
Haemoglobin A1c (HbA1c)	糖化血紅蛋白	20
Glucose, Fasting / FPG	血糖，空腹	20
Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) – 75g	口服葡萄糖耐量測試 – 75g	20
Full Lipid Profile, Fasting	血脂，空腹	30
Renal Function Test (RFT)	腎臟功能測試	30
Renal Function Test with estimated Glomerular Filtration Rate (RFT with eGFR)	腎臟功能測試及估計腎小球濾過率	30
Liver Function Test (LFT)	肝臟功能測試	30
Urate	尿酸鹽	20
Complete Blood Count (CBC)	血細胞分析	50
Complete Blood Count (CBC) (with Differential Count)	血細胞分析 (及分類檢查)	50
Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR)	紅血球沉降率	20
Thyroid Stimulating Hormone (TSH)	促甲狀腺激素	50
Free Thyroxine (fT4)	游離甲狀腺素	50
<b>Urine Test</b>	<b>小便檢測</b>	
Urine for PCR	小便蛋白 / 白蛋白	30
Spot urine Albumin: Creatinine Ratio (ACR)	單次小便白蛋白 / 肌酐比值	30
Mid-stream urine (MSU), Routine / Microscopy	中段小便，常規及顯微鏡	30
Mid-stream urine (MSU), (Microscopy & Bacterial Culture)	中段小便，(顯微鏡及種菌)	50
<b>Sputum Test</b>	<b>痰檢測</b>	
Sputum, (Microscopy & Bacterial Culture)	痰，(顯微鏡及種菌)	50
Sputum, Acid Fast Bacilli (AFB) (Smear / Culture)	痰，抗酸桿菌 (塗片 / 種菌)	50
<b>Others</b>	<b>其他</b>	
Electrocardiogram (ECG)	心電圖	50

Note: In Screening Phase, Scheme Participant will only need to pay a one-off co-payment fee of \$120 or less, which covers all medical consultation visit(s), investigation services, diagnosis and selection of a management plan.

備註：篩查階段內，計劃參加者只需支付一次性最多\$120的共付額，當中包括篩查階段所有診症、化驗及檢查、診斷和制訂管理計劃的費用。

(篩查資助清單)

Chronic Disease Co-care Pilot Scheme  
Basic-Tier Drug List (Effective from August 2024)

Diseases	Clinical Indication	Drugs
Chronic diseases	Anti-hypertensive	Amlodipine (Besylate) Tablet 5mg
		Amlodipine (Besylate) Tablet 10mg
		Atenolol Tablet 50mg
		Atenolol Tablet 100mg
		Dyazide (or Equiv) Tablet
		Felodipine Extended Release Tablet 2.5mg
		Felodipine Extended Release Tablet 5mg
		Felodipine Extended Release Tablet 10mg
		Hydrochlorothiazide Tablet 25mg
		Indapamide Tablet 2.5mg
		Lisinopril Tablet 5mg
		Lisinopril Tablet 10mg
		Lisinopril Tablet 20mg
		Losartan Potassium Tablet 50mg
		Losartan Potassium Tablet 100mg
		Metoprolol Tartrate Tablet 50mg
		Metoprolol Tartrate Tablet 100mg
	Moduretic (or Equiv) Tablet	
	Perindopril Tertiarybutylamine Tablet 4mg	
	Propranolol HCl Tablet 10mg	
	Supplementary to anti-hypertensive	Aspirin Tablet 80mg
		Potassium Chloride SR Tablet 600mg
		Prazosin (HCl) Tablet 1mg
		Prazosin (HCl) Tablet 2mg
		Terazosin HCl Tablet 2mg
		Atorvastatin (Calcium) Tablet 10mg
	Lipid-regulating	Atorvastatin (Calcium) Tablet 20mg
		Gemfibrozil Capsule 300mg
		Gemfibrozil Tablet 600mg
		Rosuvastatin (Calcium) Tablet 10mg
		Rosuvastatin (Calcium) Tablet 20mg
		Simvastatin Tablet 10mg
		Simvastatin Tablet 20mg
Anti-diabetic	Gliclazide Tablet 80mg	
	Metformin HCl Tablet 500mg	

(藥物資助清單)

#### (4) 地區康健中心/服務站在基層醫療中未充分發揮其橋樑作用

地區康健中心作為政府推動基層醫療的核心樞紐，旨在整合公、私營醫療資源，並透過健康推廣、計劃登記、篩查及復康服務等銜接社區需求。然而實際執行中，其橋樑功能未被充分發揮。趙女士和黃先生雖知曉有該機構，但對其定位和功能不太清楚。

更值得關注的是，康健中心的服務設計與民眾實際需求存有落差。一方面，康健中心因缺乏常駐醫生，僅能提供基礎篩查，例如黃先生認為奔波於地區康健中心/服務站及私營診所，讓流程的不連貫，消耗參與耐心。此外，黃先生對地區康健中心/服務站更提出「專業度不足」的質疑，指中心定位尷尬，即既非具醫療權威的診療場所，亦非高效協調的轉運樞紐。當民眾既質疑康健中心的專業性，又難以覓得便利的私營協作點時，政府耗資建立的基層醫療網絡產生的效用則會受損。

*黃先生：「不清楚康健中心的主要功能是什麼，感覺服務比較雜亂。如果沒有常駐醫生在，那這個機構和社福機構的復康場所有什麼不同？」*

#### 4.3 影響私人執業醫生參與意願及參與體驗的因素

在對私人執業醫生的計劃參與情況上，研究團隊選取了工人醫療所和西醫工會兩個團體的意見領袖，即工人醫療所的醫務總監黃德祥以及西醫工會的會長陸偉亮作為深度訪談對象。工人醫療所是一個非

牟利慈善醫療團體，西醫服務是其中主要的服務範圍，全港共有 6 間西醫診所，當中部分醫生登記參加「慢病共治」計劃。而西醫工會是唯一一個向職工局註冊處註冊並為公營及私營醫生提供服務的工會。故訪問以上兩個團體的意見領袖的相關意見具備一定代表性。

根據對兩位醫生的深入訪問，影響私人執業醫生參與計劃意願及參與體驗的重要因素可歸納為四個維度，分別是經濟可行性、行政與運營負擔、個人因素與職業規劃以及專業自主與道德壓力。

#### 4.3.1 參與計劃的誘因有待增加

私人執業醫生的參與決策很大程度上取決於經濟誘因是否足夠，若誘因不足、參與計劃的市民不足，則會為參加的私人執業醫生帶來挑戰。黃德祥醫生表示，一些平時接收到的患者數量較少的私人執業醫生，更傾向於參加公私營協作計劃，希望藉此獲得更多患者數量。可惜的是，他認為現時計劃對市民的吸引力不算大，醫生也因此較難通過計劃獲得預期的患者量。

同樣是針對慢性疾病、且是公私營協作計劃的普通科門診協作計劃（「門診協作計劃」），其診症資助為 262 元，藥費資助為 123 元。與之相比，「慢病共治計劃」診症資助為 166 元，藥費資助為 107 元<sup>6</sup>。根據政府統計，「門診協作計劃」協作計劃每年有超過 5 萬人參

---

<sup>6</sup> 立法會二十二題：慢性疾病共同治理先導計劃 <https://www.info.gov.hk/gia/general/202506/11/P2025061100417.htm>

加，但「慢病共治計劃」進入治療階段的人數未有統計數據。<sup>7</sup>

參與計劃的私營執業醫生，遇到的一大挑戰正是患者數量少。私家診所參與計劃需要投入行政成本，例如系統對接、額外報表，醫生也需要接受政府的培訓，患者數量少，診所的固定成本難以被分攤。儘管如此，黃德祥醫生表示：「沒有想過要通過該計劃賺錢，政府要推行政策，我們會配合。」而陸偉亮醫生亦表示：「從未想從中獲利，參與的醫生都是盡社會責任。」

#### 4.3.2 行政流程加劇高年齡群體負擔

雖然政府已優化「慢病共治計劃」的行政流程，例如醫生不再需要親自填寫及打印驗血報告，但整體而言，參與計劃的行政負擔仍被不少醫生視為主要障礙，且這負擔因醫生年齡和執業資源的不同而被在不同程度上放大。黃德祥醫生指出，從最基本的網上註冊醫健通、到參與計劃所需的線上登記基層醫療名冊和《基層醫療指南》，凡是涉及網上操作的步驟，對年長醫生都帶來一定挑戰性。此外，延續醫學教育積分不足也讓部分有意願參加計劃的年長醫生拒之門外。

黃德祥醫生認為，能否通過培訓獲取足夠分數，「與醫生本身的專業素養無關」，卻需要耗費大量時間與精力，這讓不少經驗豐富、仍有心參與計劃的年長醫生感到「有心無力」。即便計劃改良後允許部分私家診所提供市民登記服務，這本意為便民的舉措，在年長醫生

---

<sup>7</sup> 立法會二十二題：慢性疾病共同治理先導計劃 <https://www.info.gov.hk/gia/general/202506/11/P2025061100417.htm>

眼中卻意味著多了一項需要克服的網上操作步驟，進一步降低他們的參與意願。

另一方面，對於新入行、特別是獨立經營單人診所的年輕私人執業醫生，行政流程的繁複則疊加在他們本已沉重的綜合營運壓力之上。正如陸偉亮醫生所觀察，這些醫生身兼數職，「入藥、出糧、處理租屋都要自己處理」，診所日常營運已耗費大量精力。

讓部分參與計劃的醫生感到繁複的另一個行政流程是要為報告結果出現的「解釋差異」向地區康健中心進行書面說明，例如醫生判斷某患者在診所測量的血壓值偏高屬緊張所致而解釋為正常，醫生需寫信向地區康健中心解釋。由於地區康健中心的管理者並非專業醫療人員，故當參與計劃的私人執業醫生需寫信向其解釋時，會有「說不清」的情況，並認為由專業人員向非專業人員解釋是浪費時間的。

這些非核心醫療的行政工作，擠壓了他們寶貴的診症時間與精力，使得他們「難在計劃中真正受惠」。也由此可見，無論是經驗豐富卻受困於數位鴻溝的年長醫生，還是精力充沛卻分身乏術的年輕獨立執業者，「慢病共治計劃」現行的行政流程設計，未能充分考慮不同群體醫生的實際操作環境與資源限制。流程的繁瑣本質，疊加上年齡與資源帶來的差異化弱點，共同加劇了醫生群體的負擔感，成為阻礙他們參與或持續投入計劃的重要因素。

#### 4.3.3 個人職業規劃與參加意願

香港基層醫療正面臨私家醫生「退休潮」的隱憂，這也衝擊了「慢病共治計劃」等公私營協作項目的參與基礎。衛生署公布去年長者醫療券使用及補助數據，發現去年參加長者醫療券的西醫按年減少 250 多人，該署解釋，去年有近 300 名醫生因沒有加入政府《基層醫療指南》，而被醫療券計劃除名<sup>8</sup>。陸偉亮醫生解釋，香港有相當一部分註冊西醫已年過 60 歲，未來幾年內退休的打算，所以不太想花費時間參加這個計劃。

然而，一個矛盾現象隨之浮現：當 60 歲左右的醫生因退休規劃而退出時，另一批更年長（70 至 80 歲）、經驗更豐厚的醫生卻仍有參與意願。這些醫生雖然高齡，但仍能提供慢性病診療服務。遺憾的是，現行的培訓課積分機制成為他們難以跨越的門檻。如此一來，該計劃不僅流失了即將退休的醫生，更浪費了資深醫生「退而不休」的潛力，加劇了醫療服務提供者的斷層危機。

#### 4.3.4 專業自主權和道德壓力

自政府公布公營醫療收費改革後，引起市民一片熱議，當中不少市民擔心私人執業醫生或私營診所之後會隨之加價。在團隊的調查中，市民對現時私營醫療的信任度不太高，尤其是在收費方面。陸偉亮醫生則認為，政府對相關補貼資助的構成、背後考慮的因素等對公眾解釋有所欠缺，造成部分市民對參與的家庭醫生有所誤解。

---

<sup>8</sup> 東方日報 A1：西醫紛退休移民 公私同診亮紅燈 [https://hk.on.cc/hk/bkn/cnt/news/20250302/bkn-20250302033052424-0302\\_00822\\_001.html#google\\_vignette](https://hk.on.cc/hk/bkn/cnt/news/20250302/bkn-20250302033052424-0302_00822_001.html#google_vignette)

政府現時建議參與的家庭醫生收取的共付額為 150 元，黃德祥醫生認為，對兩類醫生建議同一個共付額未充分考慮專科醫生的專業成本。雖然在現行制度下，參與計劃的家庭醫生可根據其服務內容訂定共付額。但實際情況是，不少市民對私營醫療持有的信任度不高，尤其是在公營醫療收費改革之後，認為其會提高收費、亂收費。工聯會的工人醫療所亦收到計劃下的一些醫生的相關反饋，即專科醫生的高於共付額的收費遭到病患的指責，影響醫患關係。這種情況的出現，當中有市民與醫生信息不對稱的緣故，政府應該充當兩者的橋樑，有責任將一些信息釐清。

此外，當參與的家庭醫生因計劃限制而沒辦法提供充分的治療，會面臨道德壓力。即有些患者篩查出治療資助清單以外的病，但因沒有資助而中止計劃，在此過程中會有和醫生產生糾紛的現象。

## 5. 政策建議

結合市民的問卷調查、焦點小組訪談以及醫生的訪問，總結出以下重點問題：

- (1) 令市民及醫生參加「慢病共治計劃」的誘因不足，市民的健康檢查意識不強，著眼於短期經濟效益。
- (2) 市民及醫生參與計劃的流程需進一步簡化。
- (3) 篩查項目與後續治療未充分銜接。
- (4) 地區康健中心/站沒有充分發揮作用，其角色及功能需檢討。
- (5) 市民與家庭醫生、市民與政府、家庭醫生與政府之間的信任有

待提高。

以下建議是根據以上發現的重點問題及「慢病共治計劃」的目標和願景而撰寫。

### 5.1 增加參與計劃的誘因 強化宣傳教育

市民與醫生參與「慢性疾病共同治理計劃」的意願，直接取決於計劃提供的誘因，包括經濟資助、便利程度等。激活誘因的催化劑則是宣傳教育。

今年政府擴大計劃覆蓋範圍，允許領取綜援、75歲以上長者生活津貼或持有有效醫療費用減免證明書人士，可於普通科門診豁免全部或部分費用參與計劃，此舉值得肯定。然而，現行豁免機制仍存在優化空間，對於剛超出綜援收入的人士、未到75歲的長生津領取者、在職家庭津貼受助者而言，即使每次僅需比公營醫療多付數十至百元，亦可能因經濟考量而赴公立醫院就診。而對於具備一定經濟能力但因消費習慣或醫療觀念而對計劃參與意欲低的群體，長期的宣傳教育則至關重要。

另外，現階段75歲以上長者多已確診高血壓、糖尿病等慢性病，並長期使用公營醫療服務或參與門診協作計劃。相對而言，中年及年輕長者（65-74歲）群體更需及早篩查介入以預防病情惡化。

因此，建議政府將費用減免範圍擴展至 65 歲以上長津領取者及在職家庭津貼受助家庭，例如豁免其 120 元的篩查費用。對於計劃下的長期病患者，可建立「年度自付封頂」機制，當患者當年的支出超出一定額度時，超支部分由政府承擔。

此外，現有健康達標獎勵機制（參與者於第二計劃年度達成健康指標後，可享單次 150 元診症費減免）激勵效果有限。建議增加完成篩查和完成治療的經濟激勵，例如在市民完成篩查後即發放定額補貼（如 50 元獎勵券），以即時回饋提升參與動力。或設立階梯式獎勵機制，連續參與年數越多，次年共付額減免越多。

在宣傳教育上，除了靠地區康健中心/服務站之外，區議會、分區委員會亦有協助政府落實政策措施、推廣社區參與活動、協助籌辦社區活動等責任，故建議相關地區治理機構定期在社區舉行宣傳教育活動，讓市民明白預防行為能帶來更多的長期收益。

## 5.2 簡化計劃參與流程

提升市民參與「慢性疾病共同治理計劃」的便利性，關鍵在於改善服務可及性與流程整合。當前市民面臨的主要障礙包括服務可及性不足及地點的轉換。為此，政府需積極擴展基層醫療網絡，鼓勵更多家庭醫生參與計劃，並整合基層醫療服務資源，例如將社區藥房按人口分配到各區，滿足各區市民就近使用服務。政府也應鼓勵更多家庭醫生提供為市民直接登記參與計劃的服務，以減少參與

的市民在地區康健中心和私家診所之間往返。政府可通過為家庭醫生提供支援以鼓勵他們提供登記計劃服務，例如補貼或引入科技（如自助機等），減輕其行政負擔。

另一方面，醫生參與計劃准入機制上仍有優化空間。參與延續醫學教育固然是對醫療服務質素的保障，但對於具備豐富慢性病管理經驗且有意願參加計劃，卻因延續醫學教育積分未夠，未能參加的年長醫生，建議政府予以適當放寬，可建立分層培訓體系，為高血壓、糖尿病等慢性病基礎管理設立精簡版課程。

### 5.3 完善計劃銜接性 擴大篩查及治療範圍

「慢病共治計劃」迄今登記人數已逾 13 萬，反映市民對基層慢性病管理服務存在顯著需求。面對香港人口老化加速的結構性挑戰，加上政府擬逐步將「門診協作計劃」服務轉移至本計劃，預期未來服務需求將持續擴張。然而現行機制存在階段銜接缺口，部分完成篩查的市民因未能負擔無資助狀態下的治療費用而中止計劃，導致篩查與治療環節出現斷層，削弱計劃完整性。

為提升服務鏈條的連貫性，建議政府優化現有的篩查與治療的資助對接機制，確保篩檢異常者能夠進入政府資助治療階段，消除經濟門檻造成的流失。另外，應該強化篩查項目的精準性與預防價值，增加患病風險高、疾病負擔高的項目。在問卷調查中，不少市民想將骨質疏鬆、肺功能檢查納入篩查項目。亦有數據顯示，本港

40 歲及以上人口中，慢阻肺病的患病率為 7.7%，這一數據在 60 歲及以上人口更高達 25.9%，即每 4 人中有 1 人患病<sup>9</sup>。因此，建議將肺病相關的檢測列為常規篩查項目，並同步制定後續呼吸系統疾病治療的共付標準。

#### 5.4 提升地區康健中心/服務站樞紐效能

地區康健中心/服務站作為社區醫療樞紐，未充分發揮橋接功能。調查反映市民對計劃的認知度不高，且而登記和篩查流失者多因自認健康或諱疾忌醫，顯示公眾預防意識薄弱及中心推廣不足。此外，市民普遍將其視為康復設施場所，忽略上游預防角色，反映定位認知存在偏差。現行人員配置中，中心僅由護士、治療師等專職人員運作，缺乏全職醫生駐診。此架構既削弱市民信任度，也導致流程冗贅，即家庭醫生需向非醫療背景人員反覆提交說明，耗費額外時間釐清專業判斷，降低協作效率。

因此，建議政府從三方面深化改革。首先，強化健康宣傳推廣力度，與地區團體合作將社區參與活動頻次由每年兩次提升至每季至少一次。推廣活動方式建議多以社區講座形式進行，透過真實病例解說及篩查示範，扭轉「無病不須查」的觀念。其次，建立醫生常駐機制，常駐地區康健中心/服務站的醫生可負責篩檢異常個案複核、審核跨專業報告以簡化行政流程等。最後，地區康健中心/服務

---

<sup>9</sup> 早治慢阻肺病 篩查診斷預防 <https://www.wenweipo.com/epaper/view/newsDetail/1525925434456412160.html>

站的定位，不能僅側重在下遊康復，上遊預防也要發揮到作用，需要制定預防主導績效指標。

## 5.5 提高醫患政三者之間的信任度

市民對家庭醫生和政府的信任度，影響市民的參與度，家庭醫生對政府的信任度，影響家庭醫生的參與度。根據本調查，部分市民對家庭醫生的不信任很大程度在於收費問題，部分市民對政府的不信任在於納稅人身份認知衝突，即認為公營醫療收費上調實為變相迫使轉向私營服務。部分家庭醫生對政府的不信任在於，認為政府沒有充分照顧到他們的需求，沒有將一些信息及時傳達給市民而造成誤解。

因此，建議政府在公營醫療收費改革後，要更加提高私營醫療收費的透明度，避免更多人因公營醫療收費提高轉接受私營醫療服務，而推高價格的情況發生。政府也應把政策宣傳工作做得更到位，讓市民明白，讓納稅人受惠的最好做法，不是單靠提供低收費的公營醫療服務，而是把有限的資源更合理分配，讓市民獲得更快捷、舒適的醫療服務。而讓市民信服的關鍵是，計劃下市民在私營醫療服務上的支出和公營差異不大。

此外，政府應該多照顧家庭醫生的需求，主動為建立良好醫患關係創造條件，例如向市民解釋建議共付額的釐定根據、在計劃下收費較高的那部分醫生的專業成本等等，讓市民掌握更多信息。

## 建議小結

### 增加經濟誘因方面

- (1) 將費用減免範圍擴展至 65 歲以上長津領取者及在職家庭津貼受助家庭，例如豁免其 120 元的篩查費用，或將此作為過渡期措施；
- (2) 對於計劃下的長期病患者，可建立「年度自付封頂」機制；
- (3) 增加完成篩查和完成治療的經濟激勵，例如在市民完成篩查後即發放定額補貼，或設立階梯式獎勵機制，連續參與年數越多，次年共付額減免越多。
- (4) 區議會、分區委員會等相關地區治理機構定期在社區舉行宣傳教育活動，讓市民明白預防行為能帶來更多的長期收益。

### 簡化流程方面

- (1) 極擴展基層醫療網絡，整合基層醫療服務資源，例如將未來的社區藥房按人口分配到各區，滿足各區市民就近使用服務；
- (2) 通過為家庭醫生提供補貼、引入登記自助機等支援鼓勵更多家庭醫生提供為市民直接登記參與計劃的服務；
- (3) 優化醫生准入制度，建立分層培訓體系，為高血壓、糖尿病等慢性病基礎管理設立精簡版課程。

## 計劃完整性、擴大計劃範圍方面

- (1) 優化現有的篩查與治療的資助對接機制，確保篩檢異常者能夠進入政府資助治療階段；
- (2) 強化篩查項目的精準性與預防價值，增加患病風險高、疾病負擔高的項目，將肺病相關的檢測及骨質疏鬆列為常規篩查項目，並同步制定後續治療的共付標準。

## 地區康健中心/站效能發揮方面

- (1) 強化健康宣傳推廣力度，與地區團體合作將社區參與活動頻次由每年兩次提升至每季至少一次，推廣活動方式建議多以社區講座形式進行；
- (2) 建立醫生常駐機制，醫生可負責篩檢異常個案複核、審核跨專業報告以簡化行政流程等；
- (3) 制定預防主導績效指標。

## 提高醫患政之間信任方面

- (1) 提高私營醫療收費的透明度，並避免因公營醫療收費提高而推高私營醫療服務收費的情況發生；
- (2) 完善政策宣傳工作，和地區團體合作，進行深入社區的講解；

- (3) 照顧家庭醫生的需求，主動為建立良好醫患關係創造條件，例如向市民解釋建議共付額的釐定根據、在計劃下收費較高的那部分醫生的專業成本等。

## 附錄

### 醫生訪問大綱

#### 一、有關慢病共治計劃的運作流程

1. 現時家庭醫生註冊參加該計劃需要怎樣的步驟？
2. 政府資助的錢具體是如何分配至家庭醫生處？其分配機制與運作流程是怎樣的？行政開支是指哪些？

#### 二、對慢病共治計劃的評價

1. 慢病共治計劃從推出之初到現在不斷優化，在服務種類、優惠藥物、服務對象等的範圍都有所擴展，您如何評價這些優化？優化後是否有提高私家醫生參與計劃的意願？
2. 您認為政府現時對這項計劃的資助力度是否足夠、對家庭醫生的激勵是否足夠？該計劃是否仍然有較多規則及行政問題要處理？從家庭醫生角度看，該計劃目前最需要改進的是什麼？
3. 就您所在的診所情況，參與該計劃的市民數量多不多？堅持跟進治療或定期來做篩查的市民數量多不多？在計劃改進、擴展之後，近來參與的市民有無增加趨勢？
4. 影響家庭醫生是否參與計劃的因素有哪些？您最看重什麼因素？截至今年 2 月，參與的家庭醫生有 599 位，您認為參與的醫生數量是否足以應對市民的需求量？

### 三、基層醫療/公私營醫療協作相關

1. 在發展基層醫療時，您認為政府、家庭醫生、社區組織可以如何更好的進行協作，才能更好的達到早預防、早治療，一人一家庭醫生的目標？

2. 家庭醫生在參與政府這些計劃時，會否意味著將失去傳統的一些獨立性？政府需要如何照顧家庭醫生的利益，才能更好的建立家庭醫生（計劃服務提供者）和政府之間的信任？

3. 您是否了解其他國家的基層醫療政策？新加坡的基層醫療 SG 計劃對香港有無借鑒之處？

### 四、從市民角度向家庭醫生提問

1. 根據我們早前的街站對市民派發的問卷，結果顯示市民並未和家庭醫生建立太多的信任（這也是阻礙市民參加該計劃的一個重要因素），尤其是在公營醫院收費公佈改革後，不少市民擔心私家醫生的收費都隨之提高，參與該計劃的市民支付的共付額可能亦隨之提高。

對此，您有什麼看法？您認為政府可以做些什麼消除市民這些疑慮？家庭醫生又可以做些什麼和市民建立信任？

2. 雖然政府建議每次治療的共付額是 150 元以下，但仍有少量參與計劃的家庭醫生收取的費用高達 500 元以上，出現這個收費落差的原因是什麼、家庭醫生是根據什麼定價的？