

2025 年 6 月 13 日

討論文件

立法會衛生事務委員會

慢性疾病共同治理先導計劃的最新情況

目的

繼醫務衛生局（醫衛局）於2024年5月10日向衛生事務委員會的報告，本文件向委員簡介「慢性疾病共同治理先導計劃」（「慢病共治計劃」）的最新發展情況。

背景

2. 政府自 2023 年 11 月 13 日起推出「慢病共治計劃」，是《基層醫療健康藍圖》（《藍圖》）2022 年年底公布後的首項重大項目。計劃資助 45 歲或以上未曾確診患有糖尿病或高血壓的香港居民，在私營醫療市場接受糖尿病及高血壓篩查服務，以鼓勵市民及早透過篩查了解自身健康狀況，以達致「早預防、早發現、早治療」的目標。計劃更於 2025 年 3 月擴展至包含血脂檢查，實現「三高全覆蓋」。

3. 政府旨在透過「慢病共治計劃」建立家庭醫生制度和以地區康健中心／站（統稱康健中心）作為樞紐，擴闊社區醫療網絡，以跨醫療專業團隊及共付模式在社區妥善管理慢性病，從而減輕第二、三層醫療服務，特別是醫院管理局（醫管局）專科門診的壓力。

資助與共付模式

4. 在「慢病共治計劃」下，參加者可獲政府提供部分資助，並作為自己健康的第一責任人，以共付模式自行負擔一定的共付額。政府在釐定「慢病共治計劃」的資助額時考慮了市場價格、市民的負擔能力、服務需求和選擇，以及計劃的吸引力等一籃子因素，讓參加者能夠獲得個人化、便捷、省時及良

好服務環境的基層醫療健康服務。

5. 透過策略性採購，政府能以更優惠的價錢購入醫療服務，以全數資助「慢病共治計劃」篩查階段的化驗服務，以及資助部分治療階段的化驗服務及專職醫療服務，讓珍貴的醫療資源發揮最大效益。此外，有需要的參加者亦能在共付模式下，以相宜的價格，在治療階段獲得更多、涵蓋範圍更廣、連貫性更好的醫療服務，提升健康。受惠於策略性採購，參加「慢病共治計劃」的家庭醫生亦可以優惠價格向指定藥物供應商採購計劃藥物名單內的藥物。

達標獎勵機制

6. 「慢病共治計劃」設有醫患合作達標獎勵機制，以鼓勵家庭醫生和計劃參加者積極參與治療過程。所有符合目標的病人（例如有自我監察健康指數並上傳到醫健通流動應用程式、定時覆診、完成健康教育項目或指定檢查等），在達標後的下一個個人計劃年度開始時，第一次受資助治療診症共付額將最高獲扣減 150 元¹。家庭醫生在符合先決條件（即病人血糖及血壓控制方面達到既定的百分比）亦可獲相應的獎勵金額²。

最新發展

參與人數提早達標

7. 「慢病共治計劃」自推出以來反應良好，截至 2025 年 5 月 31 日，共約 131 200 名市民已參加了此計劃，預料能較預期時間提早達到三年先導期內有 20 萬人參與的目標。約 74 900 名（即接近六成）參加者已完成篩查³。接近 31 100 名（即接近四成）已完成篩查的參加者被診斷為血糖偏高⁴，或患有糖尿病、高血壓或高血脂（見附件一），他們可進入治療階段並在政府資助下由自行選擇的家庭醫生繼續為其診治，以及按個人健康

¹ 政府建議的治療階段診症共付額。

² 按達標病人實際出席的資助診症次數、政府診症資助額及建議共付額所合算的總額，以百分之十五來計算獎勵金額。

³ 「慢病共治計劃」初期（2025 年 3 月 28 日前）的篩查項目為糖尿病及高血壓，其後擴展至包括血脂檢查。因此，完成篩查的參加者中，部分只接受了糖尿病和高血壓篩查，其餘則接受「三高」篩查。

⁴ 血糖偏高至糖化血紅素 6.0-6.4% 或空腹血糖 6.1-6.9 mmol/L 水平。

狀況獲處方藥物，接受護士診所和專職醫療服務跟進。

家庭醫生數目增長

8. 家庭醫生普遍支持「慢病共治計劃」。截至 2025 年 5 月 29 日，計劃下私營界別家庭醫生數目超過 640 名（覆蓋 859 個服務點⁵），當中百分之七十（456 名家庭醫生）每次治療階段診症只收取政府建議的 150 元或以下的共付額（見附件二）。基層醫療署於 2025 年 5 月 19 日向 25 名參與「慢病共治計劃」的家庭醫生頒發「家庭醫生積極參與典範」狀，以表揚他們積極參與多項基層醫療服務計劃，以及每位都曾為數百名甚至上千名「慢病共治計劃」參加者進行慢性疾病篩查及治理。

9. 「慢病共治計劃」參加者由登記到接受篩查服務的等候時間中位數，由計劃開始至今一直保持於兩星期以內，考慮到「慢病共治計劃」的目的為及早預防慢性疾病和減少相關併發症，參加者能夠在短時間內接受篩查服務，情況令人滿意。政府會繼續密切留意參加者的地區分布及各區配對家庭醫生的情況。事實上，現時全港各區均有一定數量的家庭醫生服務點，而「慢病共治計劃」的參加者可按個人需要，靈活選擇到鄰近居住地點、工作地點或其他合適的服務點配對家庭醫生接受篩查和跟進服務，因此各地區的參與人數與家庭醫生服務點分布或會不一致。參加者選擇家庭醫生時或會考慮共付額、診症地點、或其他個人因素，這些因素有機會影響參加者排期接受服務的時間。

雙向轉介機制發揮作用

10. 政府在「慢病共治計劃」下與醫管局協定設有雙向轉介機制，家庭醫生及醫管局專科門診可按臨床診斷及訂明的標準和指引，安排相互轉介病人就醫，確保分流效率和資源合理運用。截至 2025 年 5 月 31 日，有 48 名參加者透過機制到醫管局接受屬一次性質的內科專科諮詢。絕大部分參加者經內科專科醫生評估為病情穩定，並適合由家庭醫生繼續於社區內按所提供的臨床建議作跟進及提供持續而全面的基層醫療健康服務。在 48 名參加者當中，有 4 名的病情在轉介後被診斷為有心臟病的併發症風險，需要接受專科跟進治療以防止病情繼續惡化，

⁵ 一名家庭醫生可以在多於一個服務點提供服務。

當中 1 人更被診斷為嚴重冠狀動脈狹窄，如不及時接受專科跟進治療，可引致嚴重併發症。此外，有 1 名患者因血壓異常而轉介至急症室作緊急處理。由此可見，透過雙向轉介機制，這些有臨床需要的病人得以及時和適當地獲轉介專科接受第二層醫療服務，防止病情惡化及可能出現的併發症。

持續優化計劃各環節

11. 在「慢病共治計劃」三年先導期，現已推行至中期階段。政府於計劃開展後三個月內進行了前期檢討，亦一直持續檢視計劃的成效，和參考各持份者及服務提供者的意見，適時作出優化。就此，政府已落實以下十項優化措施以進一步提升「慢病共治計劃」服務：

- (i) **提升登記便利：**為方便市民參加「慢病共治計劃」，市民除了可以到康健中心登記參加計劃，或填寫網上表格以預約參加計劃外，由2024年3月起，亦可以選擇到部分參與「慢病共治計劃」的診所直接登記參加計劃，並配對診所內的家庭醫生以便進行篩查。
截至2025年5月31日，203名參加了「慢病共治計劃」的家庭醫生可以直接在診所（245個服務點）為市民登記參加計劃。參加者當中，約120 500名市民經康健中心登記，並有約10 600名市民選擇到參與「慢病共治計劃」的診所直接登記參加計劃；
- (ii) **增加計劃靈活性：**由2024年8月起擴大「慢病共治計劃」藥物名單，將名單涵蓋的基本藥物由最初的43項增至59項，令家庭醫生有更大彈性，因應參加者的臨床需求處方藥物。家庭醫生亦可因應參加者的臨床情況作出特別安排，例如在需要時可先處方藥物，再等候化驗報告結果；
- (iii) **新增跨專業護理服務：**為系統性地提升和整合社區基層醫療能力，政府由2025年1月起透過策略採購，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、營養師），再於2025年4月起新增足病診療服務，為參加者提供涵蓋範圍更廣、連貫性更好的跨專業醫

療服務。在2025年1月20日至2025年5月29日期間，有1 124人次已獲安排接受有關服務（見附件三）；

- (iv) **照顧弱勢社群：**為照顧弱勢社群的基層醫療需要，政府分階段擴展計劃至醫管局指定普通科門診，強化對弱勢社群的慢性疾病預防篩查和護理服務。首階段服務已於2025年3月在醫管局七間普通科門診診所（見附件四）開展，並計劃於2025年年底擴展至全港十八區均有普通科門診診所提供的服務。截至2025年5月30日，已有超過1 000人次於相關普通科門診診所接受包括「三高」的慢病預防篩查和護理服務；
- (v) **擴展服務範圍至血脂檢查：**為更全面評估及管理心血管疾病的風險因素，政府由2025年3月起擴展「慢病共治計劃」的篩查範圍，除了糖尿病和高血壓外，加入血脂檢查，做到「三高全覆蓋」；
- (vi) **提供抽血服務：**由2025年3月起，全港18區的康健中心開始提供抽血服務，讓參加者更方便選擇於「慢病共治計劃」下的化驗所或康健中心進行糖尿病篩查，以提升血液檢查的便捷度；
- (vii) **擴展化驗服務：**由2025年3月起，化驗服務擴展至所有18間康健中心，並在檢驗轉介便條上提供二維碼，以方便參加者從網上獲取最新的化驗服務點資訊；
- (viii) **增強招募家庭醫生：**政府一直致力促進各區家庭醫生增加服務點，以期為市民提供更多選擇及增加他們就醫的便利性和靈活性。就此，政府先後舉辦了九場網上簡介會，向家庭醫生推廣及介紹「慢病共治計劃」，亦有主動邀請家庭醫生／診所參加計劃，特別是現時已參加「普通科門診公私營協作計劃」⁶的醫生和已加入《基層醫療指南》的醫生。

另外，基層醫療署與香港家庭醫學學院於2024年及2025年兩度合辦「世界家庭醫生日研討會」，與業界

⁶ 「普通科門診公私營協作計劃」主要服務對象為患有高血壓及／或糖尿病（或附帶高血脂症）的醫管局普通科門診病人，計劃性質與「慢病共治計劃」類同。

就共同推展基層醫療服務作分享和討論。研討會亦重點講述了政府為支援家庭醫生向「慢病共治計劃」參加者提供適切護理所推出的改善措施，成功吸引更多醫生參與計劃；

- (ix) **改善數碼配套：**政府持續優化資訊科技系統，以簡化家庭醫生的工作流程並減少人手輸入資料。新增功能包括自動上傳化驗結果、待辦事項清單、比較新舊化驗報告，以及檢視相關服務配額等。此外，醫健通流動應用程式也新增了功能，讓參加者隨時查閱自己的「慢病共治計劃」資訊；及
- (x) **加強公眾宣傳：**政府透過多種途徑宣傳「慢病共治計劃」，其中康健中心扮演重要角色。康健中心除了邀請現時合資格的會員參加「慢病共治計劃」，亦會於當區舉辦大型推廣活動，並透過社區外展活動、流動外展車和社區綜合大樓的宣傳攤位加強與公眾人士的接觸。康健中心也一直積極與社區服務夥伴合作，例如與關愛隊合作組織社區活動，招募符合資格人士成為計劃參加者。

分析顯示「慢病共治計劃」參加者的男性比例較低（佔約33%）。有見及此，政府已制訂策略加強聚焦男士的宣傳工作，包括加強對個別行業的宣傳工作，亦安排於非工作日，特別是星期日舉辦推廣活動，以期促進男士對健康的關注並鼓勵合資格男士參加計劃。

計劃成效

12. 「慢病共治計劃」先導階段取得顯著成效，至今在七萬多名完成篩查的參加者中，成功發現其中近四成人士血糖偏高，或患有「三高」，證明計劃能有效協助隱藏患者及早發現慢性疾病和接受治療，達致「早預防、早發現、早治療」的政策目標。

13. 此外，根據由政府委託進行有關「慢病共治計劃」研究⁷的本地大學研究團隊的中期報告，初步分析顯示，患有糖尿病或高血壓的參加者在進入治療階段 6 個月後，其糖化血色素水平或血壓均有顯著改善。糖尿病參加者的糖化血色素值下降了 1.0%；高血壓參加者的收縮壓下降了 15.0mmHg。

14. 研究團隊亦預料「慢病共治計劃」在健康效益和成本效益方面表現良好。初步分析顯示，計劃在優化資源分配和減輕醫療系統負擔方面均具有重要價值。研究團隊根據計劃實際識別的糖尿病、高血壓和前期糖尿病的病例數目、本地成本效益數據，及以 20 萬參與人數作示例，預計計劃可預防約 9 000 宗心血管疾病和 11 000 宗死亡個案，從而賺獲約 54 000 個質量調整壽命年 (QALY) 並節省 27 億元的醫療開支。有關「慢病共治計劃」成本效益的進一步結果，將會在 2026 年第四季的報告中提供。

未來路向

15. 香港基層醫療的未來發展將秉持「預防為重、社區為本」的理念，全面強化私營家庭醫生網絡，落實「一人一家庭醫生」制度，使較有經濟能力作共同承擔的市民能便捷獲取可負擔的慢性病篩查、系統性健康評估及持續性預防護理。與此同時，公營普通科門診將持續發揮社會安全網功能，重點為弱勢社群提供全面適切的基層醫療服務，確保醫療資源分配的公平性與可及性。

制定標準確保服務質素

16. 基層醫療署已經於其網站及醫健通等平台上載《香港基層醫療健康人生計劃參考概覽》（《概覽》），為所有基層醫療健康服務提供者，包括康健中心和參與「慢病共治計劃」的家庭醫生建立「黃金標準」及提供以實證為本的指引。《概覽》涵蓋健康生活模式指導、疫苗接種資訊與教育，以及慢性疾病和癌症篩查等服務，家庭醫生可按循證醫學的建議，為不同年齡層的參加者提供以實證為本和全面的個人化健康策略。

⁷ 政府於 2024 年第一季委託本地大學進行有關「慢病共治計劃」的研究，評估計劃各項目標的實現程度和整體表現，包括參加者基本人口特徵資料、健康成效，以及計劃的成本效益。

計劃將在《概覽》指引下繼續發展，為基層醫療服務使用者提供質素保證。

深化發展為「慢病共治平台」

17. 政府計劃在「慢病共治計劃」三年先導期結束後繼續擴大計劃，深化發展為「慢性疾病共同治理平台」（「慢病共治平台」），以現行糖尿病及高血壓管理為基礎，整合基層醫療服務資源，根據科學實證和資源運用等考慮因素，逐步覆蓋更多慢性疾病病種，並加入更多健康賦能的元素和預防性護理項目，建立一個更有系統和連貫性的社區基層醫療綜合平台。康健中心和家庭醫生將成為「慢病共治平台」的重要支柱，市民可以透過這些渠道，更便捷地獲得政府資助的基層醫療服務，以進一步改善自身的整體健康狀況。

18. 「慢病共治平台」將鞏固現時基層醫療體系雙軌並行的模式，多管齊下推動預防性服務。首先，強化康健中心作為社區健康樞紐的角色，擴大其社區健康教育、篩查活動和健康管理項目；其次，建立家庭醫生制度，由家庭醫生作為市民的第一線基層醫療服務提供者，並配合跨專業團隊及臨床支援資源，為市民提供持續、全面且個人化的醫療服務；最後，以雙向轉介機制提供分層且連貫的社區醫療護理，確保複雜病例適時獲專科跟進。

乙型肝炎篩查為試點

19. 慢性乙型肝炎是香港常見的疾病，亦是導致肝硬化、肝癌及與病毒性肝炎相關死亡的主要成因，《行政長官 2024 年施政報告》提出推行乙型肝炎篩查計劃。為強化基層醫療在傳染病防控中的角色和作為試點安排，政府將透過「慢病共治平台」推行乙型肝炎篩查計劃。此計劃將沿用平台的共付模式及家庭醫生制度，為較高風險感染乙型肝炎病毒的人士（如慢性乙型肝炎患者的家庭成員）提供以風險為本的乙型肝炎篩查及持續管理，讓合適的患者在社區接受持續護理服務。此措施有助填補現有的公立醫院專科和家庭醫學專科與社區護理之間的缺口，減輕公立醫院負擔。基層醫療署正研究相關安排，詳情將適時公布。

擴闊藥物名單

20. 「慢病共治計劃」的藥物名單將逐步擴充為「慢病共治平台」的核心治療資源。政府將透過策略採購擴闊藥物名單的覆蓋範圍，目標納入數百種藥物。此名單不僅支援家庭醫生處方，未來更將銜接社區藥物名冊，讓市民能更便捷地透過家庭醫生及社區藥房獲得相宜藥物。政府將與醫管局協作，通過共同採購具成本效益的藥物，確保基層醫療與公立醫院藥物治療的連貫性，完善社區藥物治療服務。詳情請參閱同一會議另一議程文件（立法會文件編號 CB(3)899/2025(05)）。
21. 總括而言，面對人口老化和慢性疾病日益普遍的情況，政府將以《藍圖》為綱領，進一步深化公私營協作及政府資助、市民共付的模式，建立以地區為本的跨專業醫療服務網絡。「慢病共治計劃」現已建立覆蓋全港的地區服務網絡，除有效識別潛在患者外，更著重疾病管理和併發症預防，透過家庭醫生與跨專業團隊的持續跟進，協助患者獲得適切護理，全面體現「早預防、早發現、早治療」理念。政府會持續優化計劃的服務模式及流程，並加強對醫療專業人員的基層醫療培訓，全面落實《藍圖》的改革措施，為市民提供更連貫全面的基層醫療服務，並且建立可持續的醫療體系。

徵詢意見

22. 請委員閱悉本文件的內容。

**醫務衛生局
2025年6月**

附件一

「慢病共治計劃」篩查數據 (截至 2025 年 5 月 31 日)

篩查數據	參加者人數 <small>註 1</small>
「慢病共治計劃」累計參與人數	131 200
已完成篩查 <small>註 2</small> 的計劃參加者人數	74 900
被診斷為血糖偏高 <small>註 3</small> 或患有糖尿病、高血壓或高血脂的計劃參加者人數	31 100
已進入治療階段的計劃參加者人數	29 700

註 1：數字調整至最接近的百位數。

註 2：「慢病共治計劃」初期（2025 年 3 月 28 日前）的篩查項目為糖尿病及高血壓，其後擴展至包括血脂檢查。因此，完成篩查的參加者中，部分只接受了糖尿病和高血壓篩查，部分則於服務擴展後接受「三高」篩查。

註 3：血糖偏高至糖化血紅素 6.0-6.4% 或空腹血糖 6.1-6.9 mmol/L 水平。

附件二

「慢病共治計劃」家庭醫生 治療階段診症共付額範圍分布 (截至 2025 年 5 月 29 日)

共付額範圍 ^{註 1}	家庭醫生數目	百分比 ^{註 2} (%)
\$0 - \$50	79 ^{註 3}	12.3
\$51 - \$150	377 ^{註 4}	58.7
\$151 - \$250	103	16.0
\$251 - \$350	66	10.3
\$351 - \$450	8	1.2
\$451 - \$550	4	0.6
\$551 - \$999	5 ^{註 5}	0.8

註 1：政府建議的治療階段診症共付額為每次 150 元。

註 2：由於進位關係，百分比相加後未必等於 100%。

註 3：三名家庭醫生釐定的共付額為 0 元。

註 4：370 名家庭醫生釐定的共付額為 150 元。

註 5：最高的共付額為 800 元。

附件三

「慢病共治計劃」護士診所及專職醫療服務數據 (2025年1月20日至2025年5月29日)

服務	已接受服務人次
護士診所	234
視光師	769
物理治療師	16
營養師	105
總數	1 124

附件四

首階段為弱勢社群提供預防篩查及護理服務^註的醫管局普通科門診診所

	地區	診所名稱	地址
香港	東區	筲箕灣賽馬會普通科門診診所	筲箕灣柴灣道 8 號一樓
	中西區	西營盤賽馬會普通科門診診所（護理及專職醫療診所）	西營盤醫院道 30 號贊育醫院地下東翼
九龍	黃大仙區	東九龍普通科門診診所	鑽石山斧山道 160 號
	觀塘區	牛頭角賽馬會普通科門診診所	牛頭角定安街 60 號三樓
新界	葵青區	南葵涌賽馬會普通科門診診所	葵涌葵盛圍 310 號
	北區	北區社區健康中心	上水衛和街 3 號北區社區健康中心大樓三樓
	元朗區	天水圍（天業路）社區健康中心	天水圍天業路 3 號

註：包括糖尿病、高血壓及血脂篩查和婦女健康服務。