

# 長者基層健康狀況 調查報告

2021年6月

香港社區組織協會

香港老人權益聯盟

香港大學公共衛生碩士生及醫科生陳君澄

## 調查背景

香港社區組織協會(社協)及香港老人權益聯盟(老權)長期關注弱勢社群健康需要及權益，並於2016年起就貧窮線下長者健康需要、醫療券使用、跌倒狀況及藥物需要等進行一系列調查，發現貧窮線下長者基層健康服務不足，而基層長者「老無所醫」，導致過份依賴急症室及專科服務，醫療服務亦供不應求現人滿之患。就此，社協及老權持續倡議政府加強健康服務，當局亦終提出設立十八區「地區康健中心」改善服務。

首間葵青康健中心已於2019年起營運，而第二間深水埗康健中心亦於2021年6月揭幕，同時各項基層健康服務，包括2021年推展的新冠疫苗接种相繼推出，然而健康服務使用率長期偏低，是否能扭轉「重治療，輕預防」的醫療政策仍是未知之數。有見及此，社協及老權於康健中心開幕前夕，以問卷方式調查201位貧窮線下長者的基層健康狀況，收集服務建議，同時以患者積極度測量(Patient Activation Measure -13)調查及分析，了解貧窮長者接受健康服務的障礙，同時提出政策及服務建議保障基層健康權利，調查報告結果如下。

## 基層健康政策回顧

香港作為已發展地區，隨社會進步及環境因素不斷改善，香港醫療健康系統的主要挑戰，已由早年的傳染病改為各種慢性非傳染病 (Non-communicable diseases, NCDs)<sup>1</sup>，統計署 2019 年數據顯示，約二百二十萬名市民為長期病患者，在長者 (六十五歲或以上人士) 群組中更有高達八成 (78.1%) 患有長期病，如一半長者患有高血壓 (51.5%)、四分之一患有糖尿病 (23.4%) 以及高血脂 (26.1%)<sup>2</sup>。此外，雖然本港長者佔整體人口比例不足二成<sup>3</sup>，於 2020 年財政預算案中，長者人口卻使用醫院管理局愈半的醫療資源<sup>4</sup>，可見應對人口老化下慢性病長者的龐大需要，為公營醫療系統面對的主要挑戰。

根據 2019 年貧窮情況報告，本港 65 歲或以上長者貧窮率 (恆常現金政策介入後) 為 32%，即約四十萬長者仍生活於貧窮線以下<sup>5</sup>，面對貧窮長者的醫療需要，政府不斷作出「沒有人會因經濟困難而得不到適當的醫療服務」的承諾，然而香港大學公共衛生學院 2013 年公佈全港住戶調查研究卻顯示，貧窮戶健康較差，患慢性病較多以及抑鬱問題更嚴重<sup>6</sup>，可見基層長者老病交加，卻因貧窮而未能獲平等健康權利，政策亦未有針對改善貧窮人口健康問題。

面對人口老齡化以及醫療不平等，國際間普遍響應世界衛生組織在 1978 年召開的首屆基層健康服務國際會議<sup>7</sup>，以「基層健康」(Primary Healthcare) 為達致全民健康及健康平等的關鍵，透過健全的基層健康系統確保社會公義及全民健康<sup>7</sup>。本港早期基層健康政策源於 1990 年成立的基層健康服務工作小組報告書，報告由現任特首林鄭月娥負責撰

<sup>1</sup> 衛生處 (2008) 促進健康：香港非傳染病防控策略框架

<sup>2</sup> 統計署 (2019) 主題性住戶統計調查第 68 號報告書

<sup>3</sup> 政府統計處 (2020) 香港人口推算 2020-2069

<sup>4</sup> 香港特別行政區政府 (2020) 2020 至 21 財政年度政府財政預算案

<sup>5</sup> 香港特別行政區政府 (2020) 2019 年香港貧窮情況報告

<sup>6</sup> 香港大學李嘉誠醫學院 (2013) 「愛+人」計劃公布全港住戶研究結果

<sup>7</sup> Declaration of Alma-Ata [Internet]. Who.int. 1978

寫，其時當局承認香港缺乏清楚及合時的基層健康政策，並建議「將香港健康服務政策的重點放在基層健康服務方面」<sup>8</sup>，雖然大部份報告內的建議於九十年代落實，包括實施學生健康服務，增設婦女健康中心及長者健康中心等等，然而服務仍只處於萌芽階段。

明白到基層健康發展仍極度落後，政府於二零零八年再次提出「掌握健康掌握人生」公眾諮詢<sup>9</sup>，並於2010年發表《香港的基層醫療發展策略文件》，列出多項策略發展方向包括設立家庭醫生名冊、改善公營基層醫療服務及資助市民接受預防性護理等等，並成立「基層醫療統籌處」<sup>10</sup>，然而一系列措施包括門診公私協作計劃，參與率仍是未如理想，長者醫療券等原為推廣基層健康的政策，更因監管配套不足淪為奸商誘騙長者購買昂貴消費品的「提款機」，只有約二成醫療券金額用於預防性護理<sup>11</sup>。

現任特首林鄭月娥於二零一七年競選政綱中再次承諾大力發展基層健康，更推出於十八區設立「地區康健中心」改革現時「重治療，輕預防」的醫療系統，更稱未來康健中心重視醫社合作、公私協作及提升市民自我管理健康的能力，於社區集中提供三高(高血脂、高血糖及高血壓)的預防性檢查及護理，減少未來醫管局於慢性病服務的壓力<sup>12</sup>，首個位於葵青的地區康健中心終於二零一九年正式營運。

由此可見，港府自九十年代殖民地時期起，多次提出香港有需要改革醫療系統，大力發展基層健康政策，惟三十年來多次改革均未境全功，服務壓力仍長期集中於公立醫院專科及急症室，輪候時間屢屢為人詬病，依賴住院服務更令醫院長期爆滿，下文詳述現時基層健康服務現況及問題，尤其忽略基層人士健康權利。

---

<sup>8</sup> Working Party on Primary Health Care. Health for all, the way ahead: report of the Working Party on Primary Health Care. 1990

<sup>9</sup> 食物及衛生局(2008)醫療改革諮詢文件

<sup>10</sup> 食物及衛生局(2010)香港的基層醫療發展策略文件

<sup>11</sup> 審核 2021-22 年度開支預算 管制人員的答覆 問題編號：5040 答复 FHB(H)557.

<sup>12</sup> 香港特別行政區(2017)行政長官 2017 年施政報告

## 基層健康現況

基層健康 (Primary Healthcare) 指衛生服務的第一層及首個接觸點，相對於第二層的專科及第三層的住院護理服務，基層健康服務的目標對象為不論年齡、性別與背景的全體居民。基層健康涵蓋多方面的服務，包括促進健康、預防急性和慢性疾病、健康風險評估及疾病偵察、急性和慢性疾病的治療及護理、支援病人自我管理等等<sup>13</sup>。根據世界衛生組織，有效的基層健康服務應以促進健康以非治療疾病為本，包括定期進行合適的身體檢查，有需要時向互信的家庭醫生求醫等等。

基層健康服務模式 <sup>14</sup>	
傳統門診服務	以人為本的基層健康服務
以疾病及治療為本	以健康為重點
醫患關係局限於診症時	醫患關係穩定長久
偶發性疾病	全面及持續的保健
責任限於就診時為病人提供意見及指示	責任為社區的長期健康，包括環境中影響健康的因素
單向接受所購買的服務	共同參與管理自己及社區的健康

香港基層健康政策發展緩慢，市民普遍習慣尋求治療性服務，「有病睇醫生」成為健康服務的主流，忽視預防，護理及病人自主照顧等基層健康角色。根據衛生署人口健康調查報告書，只有 43.8% 的成年人及 39% 的長者報稱有家庭醫生<sup>15</sup>，與此同時，根據統計處 2019 年數字，健康檢查只佔所有求診次數中的一千分之六<sup>16</sup>。根據衛生處二零一四至二零一五年度人口健康調查報告書，只有 37.6% 15 歲或以上

<sup>13</sup> 食物及衛生局 (2010) 香港的基層醫療發展策略文件

<sup>14</sup> WHO (2018) | The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever)

<sup>15</sup> 衛生署衛生防護中心 (2017) 二零一四至二零一五年度人口健康調查報告書

<sup>16</sup> 政府統計處 (2019) 主題性住戶統計調查第 68 號報告書

的人士及只有 39%的長者報稱有定期進行身體檢查<sup>16</sup>。縱使「三高」等慢性病於長者(六十五歲或以上人士)間最為普遍，惟長期病發病率早於四十五歲後已迅速增加，故此健康檢查及改善生活習慣等基層健康服務尤其重要，以糖尿病為例，衛生署估算現時本港每一位已知的患者，亦同時有一位糖尿病患未經發現及治療<sup>17</sup>，可見多年推廣下「治未病」的基層健康文化仍是路漫漫。

即使政府於九十年代起逐步提供更多基層健康服務，現時服務覆蓋率仍是強差人意。舉例而言，當局於 2016 年推出的「大腸癌篩查計劃」，為全港 50-75 歲人士推供資助大便隱血及大腸鏡檢查，雖然服務接近完全免費，於全港協作私營診所均可接受服務無需輪候，惟現今願意接受服務人數只有約二十萬人，只佔合資格人士約一成<sup>18</sup>。與此同時，資助健康檢查覆蓋率亦偏低，以衛生署長者健康中心為例，現時登記會員人數只有 51,127 人，僅佔長者人口的 3.9%<sup>19</sup>。而位於葵青區的首個「地區康健中心」，現時(截至 2020 年底)健康檢查人次仍未達服務目標一半，登記會員人數只有 8200 人，佔所服務地區人口不 2%。

本港整體基層健康發展落後，公營健康服務乏人問津，基層長者受社經地位、欠缺資訊及家庭支援所限，在基層健康參與上更為弱勢，衛生系統出現「逆向照顧」情況，即愈需支援的弱勢群組，所能獲得的衛生服務反而逆向減少。根據衛生署數字，報稱有家庭醫生的比例隨家庭收入而下降，例如在最高收入群組中 56.2%人口有家庭醫生，而最低收入群組中只有 34.2%人口有家庭醫生<sup>16</sup>，根據本會 2016 年度進行的問卷調查，基層長者中更只有 8%有家庭醫生<sup>20</sup>。就地區康健中心服務而言，本會亦關注弱勢社群能否平等獲得中心服務，根據食衛局 2019 年 12 月數字，在 1421 位長者會員中只有 3 位有領取綜援<sup>21</sup>，基層長者參與康健中心比率明顯偏低。本港基層健康服務參與率本已強差人意，在弱勢社群如基層長者中尤見嚴重，導致整體健康不平等情況極為明顯。

<sup>17</sup> 香港特別行政區政府 (2018) 邁向 2025 香港非傳染病防控策略及行動計劃

<sup>18</sup> 審核 2021-22 年度開支預算 管制人員的答覆 問題編號：3238 答复 FHB(H)134.

<sup>19</sup> 立法會秘書處資料研究組 (2020) 預防性護理服務數據透視

<sup>20</sup> 香港社區組織協會 香港老人權益聯盟 (2016) 「基層長者健康需要」問卷調查報告

<sup>21</sup> 審核 2020-21 年度開支預算 管制人員的答覆 問題編號：S072 答复 S-FHB(H)003

## 患者積極度

本調查採用國際間廣泛使用的患者積極度測量(Patient Activation Measure) 框架分析，嘗試了解基層長者對健康管理及使用服務的態度。調查使用 13 題版本問卷 (PAM-13)，對象對 13 項健康立場由非常不同意至非常同意作出回應，再經由方程式根據 13 項回應計算由零至一百分的患者積極度分數，總分達 0-47 分的病人為第一級、47.1-55.1 為第二級、55.2-72.4 為第三級、72.5-100 分則為第四級<sup>22</sup>。研究顯示，患者積極度別具有良好的可信度及有效性，英國國民保健服務，亦有以患者積極度測量級別框架，評估長期病病人的需要<sup>23</sup>，級別反映病人對健康的主動性<sup>23</sup>，知識、能力及自信心，較高級別的病人更主動參與管理自己的健康，使用健康服務及依從健康意見；相反較低級別的病人則依賴被動，抗拒參與健康服務及難以依從醫囑<sup>23</sup>。

第一級別	第二級別	第三級別	第四級別
<p>對於自己的健康感到不知所措和缺乏積極性</p> <hr/> <p>"我的醫生會負責我的健康"</p> <hr/>	<p>意識到管理自己健康的重要性，但還是感到有難度</p> <hr/> <p>"我應該在管理自己健康上採取更主要的角色"</p> <hr/>	<p>採取管理自己健康的行動和把握到相關的控制權</p> <hr/> <p>"我是管理自己健康的團隊裡的一份子"</p> <hr/>	<p>維持健康生活習慣和繼續發掘新的健康習慣</p> <hr/> <p>"我在管理自己健康上採取最主要的角色"</p> <hr/>
<p>此級別的人在自己的健康上通常會採取較為被動的角色，而且對於管理自己的健康缺乏信心。他們擁有的健康知識比較小，在健康上沒有明確的目標取向而且依從性低。</p> <p><b>醫療保健習慣：</b></p> <p>此級別的人經常使用急症室服務。他們會有較大機會再到入院而且很少使用預防及健康檢查服務。</p>	<p>此級別的人比第一級別的人有多一些健康知識但還是缺乏很多基本知識。他們認為自己不能夠主宰自己的健康但是對於健康也可以訂立目標。</p> <p><b>醫療保健習慣：</b></p> <p>此級別的人使用急症室服務的次數較高但比第一級別的人少。他們有一定的再度入院機會和較少使用預防及健康檢查服務。</p>	<p>此級別的人擁有一定的健康知識而且更開始學習管理自己健康的技能。他們勇於採取最好的健康習慣而且擁有明確的目標取向。</p> <p><b>醫療保健習慣：</b></p> <p>此級別的人比較少使用急症室服務。他們再度入院的機會低而且會定時使用預防及健康檢查服務。</p>	<p>此級別的人採取了新的健康習慣，但在遇到壓力和生活上的轉變時可能會遇到維持健康習慣的困難。維持健康習慣是他們生活中的重點。</p> <p><b>醫療保健習慣：</b></p> <p>此級別的人很少使用急症室服務。他們很少會再度入院而且適當和定時地使用健康檢查服務。</p>

<sup>22</sup> Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers: Development of the patient activation measure (PAM).

<sup>23</sup> Module 1: PAM implementation-quick guide [Internet]. Nhs.uk. [cited 2021 Jun 4]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/patient-activation-measure-quick-guide.pdf>

## 調查方式及對象

本調查以問卷方式訪問 201 位 60 歲或以上的長者，對本會可以接觸到的個案進行訪問。受訪長者為香港居民，居於深水埗社區，調查採納官方貧窮線定義，基層長者定義為為家庭住戶每月收入少於中位數一半。調查於 2021 年 3 月至 5 月間，由受社會工作或公共衛生訓練的調查員，以面談或電話方式進行，問卷詳見本調查附錄。

是次調查進行了立意抽樣(Purposive Sampling)，故受訪者多為本會的社區會員，因此對象有地區性局限，亦未能反映居於院舍的長者狀況，同時參與使用本會服務的長者，在主動性及資訊上可能與全港整體長者存在誤差。

調查範圍包括:

- 受訪者的社會經濟背景及自評健康狀況
- 受訪者的患者積極度 (採用患者極度測量-Patient Activation Measure)
- 受訪者使用基層健康服務習慣
- 受訪者對基層健康服務的態度及認知
- 受訪者接種 2019 冠狀病毒疫苗的狀況



## 調查結果

### 1, 社經背景

受訪長者年齡中位數為 71 歲，最年長者為 94 歲、最年輕者為 61 歲，其中女性為多，佔 74%，男性則佔 26%。最多受訪者居住在公屋，佔 57%，其次居住在劏房套房板房等不適切居所，佔 32%，少數則租住私人單位 (8%) 或居於自置單位 (4%)。在受訪者居住狀況方面，最多受訪者獨居，佔 47%，其次為與配偶共住，佔 30%，約四分三受訪者屬獨居或「雙老」家庭。在收入來源方面，最多受訪者的收入來源是領取綜合社會保障援助 (簡稱:「綜援」)，佔 48%，其次為領取高額長者生活津貼 (簡稱:「長生津」)，佔 20%。教育程度方面，有 12% 受訪者沒有接受正規教育，大部份受訪者 (43%) 只接受小學教育，有 26% 受訪者曾接受初中教育，而曾接受高中及大專教育的受訪者共佔 11%；近 9 成受訪者為香港永久居民，其中 15% 在港出生及 74% 居港七年或以上。

參與人基本資料	參與人數 (n=201)
年齡, 中位數 (範圍)	71 (61-94)
性別	
- 女 n (%)	148 (74)
- 男 n (%)	53 (26)
居所	
- 公屋 n (%)	114 (57)
- 劏房 n (%)	64 (32)
- 私人單位 n (%)	15 (8)
- 自置單位 n (%)	8 (4)
收入來源	
- 綜援 n (%)	94 (48)
- 普通長生津 n (%)	6 (3)
- 高額長生津 n (%)	40 (20)
- 高齡津貼 n (%)	21 (10)
- 工作收入 n (%)	12 (6)
- 其他 n (%)	4 (2)
- 沒有 n (%)	24 (12)
居住狀況	
- 獨居 n (%)	95 (47)
- 配偶共住 n (%)	61 (30)
- 子女共住 n (%)	27 (13)
- 子女配偶共住 n (%)	16 (8)
- 其他 n (%)	2 (1)
教育程度	
- 沒有 n (%)	24 (12)
- 小學 n (%)	87 (43)
- 初中(F1-F3) n (%)	53 (26)
- 高中(F3-F6) n (%)	21 (10)
- 專上教育 n (%)	1 (1)
- N/A n (%)	15 (8)
來港年期	
- 在香港出生 n (%)	31 (15)
- 來港 7 年或以上 n (%)	148 (74)
- 來港 3-7 年 n (%)	20 (10)
- 來港 1-3 年 n (%)	2 (1)

## 2, 自評健康及患者積極度

八成受訪者為長期病患者，而在自評健康方面，最多長者自評健康狀況為「普通」，佔41%，其次自評為「差」，佔38%，亦各有約一成長者自評健康為「好」(11%)及「非常差」(10%)，沒有長者自評健康為「非常好」。在患者積極度方面，絕大多數受訪者為級別一，佔八成，而12%受訪者為級別二及7%為級別三，只有1%受訪者達級別四。

## 3, 基層健康習慣及態度

受訪者中只有一成報稱有家庭醫生，「家庭醫生」是指一個人遇上各種健康問題都會向他／她求診的醫生<sup>16</sup>。家庭醫生可以為病人提供全面及持續的健康護理，包括生理、心理方面的治療及輔導，於此「家庭醫生」並非單指擁有香港醫學專科學院（家庭醫學）會員資格的醫生<sup>13</sup>。同時，不足一成受訪者(7%)有定期進行身體檢查，在不進行檢查的原因方面，近半(43%)受訪者表示欠缺金錢、其次21%表示欠缺知識、有19%則表示從未考慮過進行檢查。在最常使用的求醫途徑方面，四成受訪者表示最常使用公立普通科診所、其次四分之一(24%)表示最常使用公立急症室。

PAM 分數, 中位數 (範圍))	38.1 (20.5 - 72.5)
患者積極度等級	
1 級 <i>n</i> (%)	160 (80)
2 級 <i>n</i> (%)	25 (12)
3 級 <i>n</i> (%)	14 (7)
4 級 <i>n</i> (%)	2 (1)
長期病患	
- 有 <i>n</i> (%)	161 (80)
- 沒有 <i>n</i> (%)	40 (20)
自評健康狀況	
- 非常好 <i>n</i> (%)	0 (0)
- 好 <i>n</i> (%)	22 (11)
- 普通 <i>n</i> (%)	83 (41)
- 差 <i>n</i> (%)	77 (38)
- 非常差 <i>n</i> (%)	19 (10)

家庭醫生狀況	
- 有 <i>n</i> (%)	19 (10)
- 沒有 <i>n</i> (%)	182 (91)
最常使用的求醫途徑	
- 公立普通科診所 <i>n</i> (%)	78 (40)
- 公立醫院急症室 <i>n</i> (%)	39 (24)
- 公立專科醫生 <i>n</i> (%)	28 (8)
- 私家診所 <i>n</i> (%)	38 (18)
- 中醫 <i>n</i> (%)	16 (9)
- N/A <i>n</i> (%)	2 (1)
定期進行健康檢查	
- 有 <i>n</i> (%)	14 (7)
- 沒有 <i>n</i> (%)	187 (93)
不定期進行健康檢查的主要原因	
- 從沒考慮過 <i>n</i> (%)	36 (19)
- 認為自己健康 <i>n</i> (%)	21 (11)
- 欠缺金錢 <i>n</i> (%)	80 (43)
- 欠缺時間 <i>n</i> (%)	9 (5)
- 欠缺知識 <i>n</i> (%)	40 (21)
- 害怕副作用 <i>n</i> (%)	1 (1)

對基層健康服務的態度上，最多受訪者(71%)表示收費為最主要考慮、其次為距離及可達性(16%)，七成受訪者表示每個月能動用於基層健康的資金為零，約四分之一(24%)則表示每月可負擔三百元以下作保健開支；在交通時間方面，最多受訪者(50%)表示願意使用十五至三十分鐘交通時間前往接受服務。在促進受訪者進行基層健康行為方面，最多受訪者(65%)表示醫護人員的建議最為重要，其次為透過社區團體或社福機構組織的活動(55%)。

考慮會否參與保健服務時考慮的主要因素	
- 可負擔性 (如服務收費) <i>n</i> (%)	143 (71)
- 可達性 (如距離及交通時間) <i>n</i> (%)	33 (16)
- 服務內容 (如檢查項目) <i>n</i> (%)	13 (7)
- 服務質素 (如對機構或醫護人員的信心) <i>n</i> (%)	8 (4)
- 其他 <i>n</i> (%)	4 (2)
每月願意在保健服務上可花多小錢	
- 0 HKD <i>n</i> (%)	142 (70)
- 0 - 99 HKD <i>n</i> (%)	19 (10)
- 100 - 299 HKD <i>n</i> (%)	29 (14)
- 300 - 600 HKD <i>n</i> (%)	6 (2)
- 600 HKD 以上 <i>n</i> (%)	5 (3)
每一次願意花在前往保健服務上的交通時間	
- 0 分鐘 <i>n</i> (%)	23 (11)
- 0 - 14 分鐘 <i>n</i> (%)	6 (2)
- 15 - 30 分鐘 <i>n</i> (%)	101 (50)
- 31 - 60 分鐘 <i>n</i> (%)	70 (35)
- Above 60 分鐘 <i>n</i> (%)	1 (1)
能鼓勵參與保健服務的方式	
- 醫護人員建議 <i>n</i> (%)	130 (65)
- 社區團體 (如長者中心)組織 <i>n</i> (%)	110 (55)
- 禮物及獎勵 <i>n</i> (%)	55 (27)
- 傳媒宣傳及呼籲 <i>n</i> (%)	8 (5)
- 朋友/家人推介 <i>n</i> (%)	14 (4)
- 其他 <i>n</i> (%)	8 (4)
最主要的健康知識來源	
- 即時傳訊軟件 (如 whatsapp 或微訊) <i>n</i> (%)	23 (11)
- 網上社交媒體 <i>n</i> (%)	16 (8)
- 傳統媒體 (如電視報紙或廣播) <i>n</i> (%)	30 (15)
- 社區團體 (如長者中心) <i>n</i> (%)	48 (24)
- 朋友和家人 <i>n</i> (%)	34 (17)
- 沒有 <i>n</i> (%)	49 (24)
- 醫護人員 <i>n</i> (%)	1 (1)

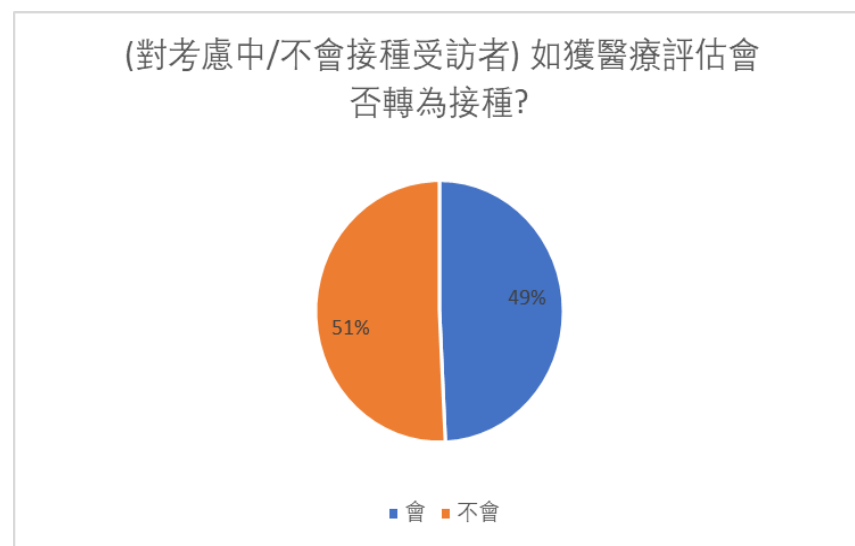
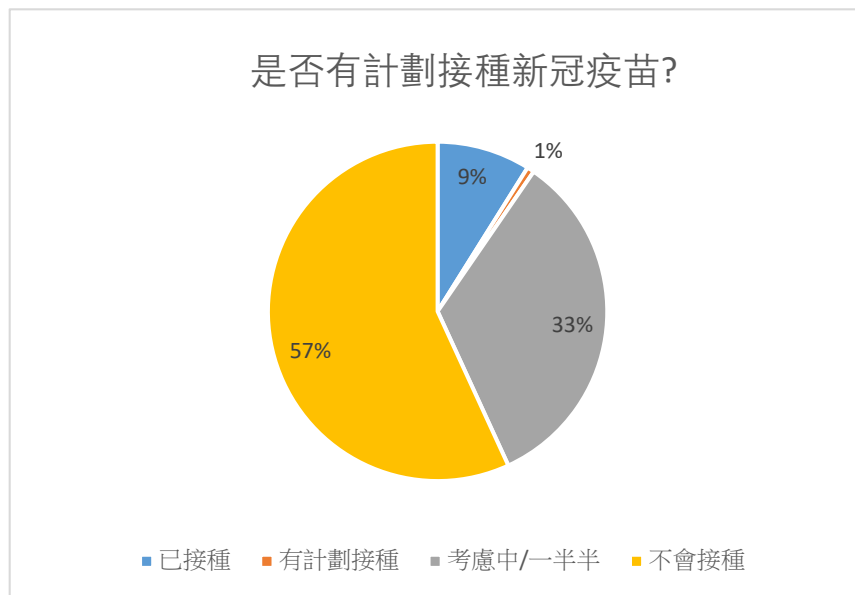
#### 4 基層健康服務使用及意見

在公營基層健康服務方面，大部份受訪者 (71%) 從來沒有使用包括衛生署長者健康中心、大腸癌篩查計劃等服務，亦未曾以醫療券進行資助身體檢查。對於為何沒有使用服務，最多受訪者 (39%) 表示欠缺知識，其次為認為自己健康 (23%) 及欠缺金錢 (22%)。對於即將在 2021 年於深水埗開幕的「地區康健中心」，僅四分之一受訪者表示知悉，其中九成 (88%) 透過社區團體得悉，值得注意的是由於調查對象為本會會員，有可能透過本會得悉地區康健中心，故於社區內對康健中心有所認知的長者比率很有可能更低。在簡單講解本區即將有健康中心營運後，最多受訪者表示希望康健中心能提供牙科保健服務 (34%)，其次為痛症管理 (23%) 及眼科檢查 (20%)。

使用過的公立基層健康服務	
- 衛生署長者健康中心 <i>n</i> (%)	8 (4)
- 以醫療券資助進行身體檢查 <i>n</i> (%)	4 (2)
- 衛生署大腸癌篩查 <i>n</i> (%)	48 (24)
- 從來沒有使用過以上服務 <i>n</i> (%)	142 (71)
不參與公立基層健康服務的主要原因	
- 認為自己健康 <i>n</i> (%)	32 (23)
- 欠缺金錢 <i>n</i> (%)	31 (22)
- 欠缺時間 <i>n</i> (%)	8 (6)
- 欠缺知識 <i>n</i> (%)	55 (39)
- 從沒考慮過 <i>n</i> (%)	12 (9)
- 害怕副作用 <i>n</i> (%)	4 (3)
得悉深水埗「地區康健中心」將於 2021 年 6 月開始營運 <i>n</i> (%)	51 (25)
得悉深水埗「地區康健中心」將於 2021 年 6 月開始營運的途徑	
- 即時傳訊軟件 <i>n</i> (%)	0 (0)
- 網上社交媒體 <i>n</i> (%)	1 (2)
- 傳統媒體 <i>n</i> (%)	3 (6)
- 社區團體 (如長者中心) <i>n</i> (%)	45 (88)
- 朋友和家人 <i>n</i> (%)	2 (4)
最希望「地區康健中心」可提供的保健服務	
- 牙科保健 <i>n</i> (%)	69 (34)
- 骨質密度檢查 <i>n</i> (%)	36 (18)
- 眼科檢查 <i>n</i> (%)	41 (20)
- 痛症管理 <i>n</i> (%)	46 (23)
- 其他 <i>n</i> (%) 全面身體檢查 / 三高	6 (3)
- 沒有 <i>n</i> (%)	3 (2)

## 5, 2019 新型冠狀病毒疫苗接種計劃

是次調查進行於 2019 新型冠狀病毒疫苗接種計劃開展後，對於接種新冠疫苗的態度，逾半 (57%) 受訪者表示不會接種疫苗，約三成 (33%) 長者表示正在考慮中，而約一成 (9%) 受訪者則表示有計劃接種或已經接種疫苗。針對於表示考慮中或不會接種的受訪者，調查提出假設性問題，如在受訪者經健康評估後獲悉身體狀況適合接種疫苗，則有約五成(49%)受訪者表示會轉為參與接種疫苗，五成多 (51%) 維持不會接種。



## 調查結果分析

### 1. 基層長者患者積極度差參，無力尋求健康服務

調查根據國際間廣泛使用的患者積極度測量級別 (Patient Activation Measure) 分析，發現高達八成基層長者屬積極度最低的第一級，反映基層長期病患長者無力管理健康<sup>24</sup>，包括未能遵從醫囑、妥善服藥、監察血壓血糖等身體狀況，亦未能主動參與健康服務，對病況感不知所措。研究顯示，此類病人較多不必要入院及使用急症服務，長期病護理成效亦較差及較少使用健康服務，故當局應針對性加強低患者積極度病人的支援，確保平等健康權。追本溯源，近半受訪基層長者依靠綜援生活及獨居，同時逾半受訪基層長者未受教育或只曾接受小學教育，更有三分一居於不適切居所 (劏房)，基層長者欠缺家人支援及經濟能力，亦較難接觸社區資源，或導致患者積極度差參及未能得到適切服務。

近年當局雖然推出康健中心、大腸癌篩查等等服務，奈何**基層長者患者積極度不足未能主動尋求服務，服務宣傳不足導致各計劃乏人問津**，七成長者從未使用公營健康服務<sup>25</sup>。調查同時發現四份一長者表示沒有任何途徑得到健康資訊，另有四份三長者不知道「地區康健中心」將於當區開幕，亦有四成長者表示因欠缺知識而未有使用公營基層健康服務，可見日後當局必須加強宣傳及提供針對性鼓勵，而非被動等待基層長者自發申請，方可令服務「睇得見，用得著」。

### 2. 健康服務「逆向照顧」，貧者較難得到健康護理

本港出現嚴重健康不平等，「逆向照顧」下**基層長者健康較差，但所獲健康服務較少**。調查發現近四成基層長者自評健康為「差」或「非常差」，只有一成長者自評健康為「好」；相反在全港長者中只

---

<sup>24</sup> 參考荷蘭一項研究發現，體弱長者的患者積極度中位數為 51，大幅高於此次研究的中位數 28。而該研究受訪對象年齡中位數為 87 歲，亦高於此研究的年齡中位數 71，可見本港長者患者積極度比海外已發展地區長者更低

Overbeek A, Rietjens JAC, Jabbarian LJ, Severijnen J, Swart SJ, van der Heide A, et al. Low patient activation levels in frail older adults: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2018;18(1):7.

<sup>25</sup> 包括長者健康中心，大腸癌篩查及以醫療券資助進行身體檢查

有一成長者自評健康為差，另有四成長者自評健康為「好」或「非常好」<sup>26</sup>。與此同時，雖然基層長者較有需要，所獲健康服務反而更少，只有一成長者有家庭醫生及不足一成長者有定期身體檢查，分別較全港長者四成有家庭醫生及四成有身體檢查為低<sup>15</sup>。

政府多次承諾「不容有市民因經濟困難而得不到適當的醫療服務」<sup>27</sup>，然而事實上貧窮仍令長者未能獲得健康服務。調查發現四成多長者因欠缺金錢無法負擔定期身體檢查，同時有七成長者表示收費是參與保健服務的最大考慮，而亦有七成長者表示每月願花費在保健的金額為零，可見收費及交通費等考慮仍窒礙貧窮長者獲健康服務。

### **3. 基層健康成斷層，新冠疫苗乏人問津**

基層健康已成本港衛生系統斷層，導致公共衛生政策如疫苗接種無法推動。長者如不幸患上新冠肺炎，死亡率遠高於其他年齡群組，切身威脅下原本對疫苗望穿秋水，但截至 2021 年 6 月 1 日，本港長者 (60 歲或以上) 已接種第一劑疫苗的比率僅約 14%<sup>28</sup>，較全港接種率更低。當局呼籲患有未受控制的長期病長者不應接種，但**基層健康服務**欠奉下，長者既無熟悉自己健康狀況的家庭醫生可諮詢，亦未曾進行身體檢查，對自身健康一知半解下，只好放棄接種疫苗。是次調查發現，約三成長者對接種表示「考慮中/一半半」及五成表示「不會接種」，但如上述長者在接種前經醫護評估身體狀況為適合接種，則有一半(49%)長者表示會轉為參與接種疫苗。由此可見，基層健康服務將可大大提升長者疫苗接種率。

---

<sup>26</sup> 政府統計處 (2017) 主題性住戶統計調查第 63 號報告書

<sup>27</sup> 食物及衛生局(2010)醫保計劃 由我抉擇 醫療改革 第二階段公眾諮詢 諮詢文件

<sup>28</sup> 推算按 2021 年 6 月 1 日香港新冠疫苗接種資料概覽及 2020 年底年齡組別劃分的人口數據

## 政策及服務建議

基層健康在港發展已逾三十年，然而多屆政府空談大力發展下，健康服務仍未見普及，尤其貧窮長者面對積極度低、欠缺資訊及收費障礙更難得到適切服務。現正發展的「地區康健中心」等仍未達服務目標更令人關注，社協及老權促請當局立即推動短、中、長期措施作出改善基層健康政策及服務，詳細建議如下。

- **資助健康評估及諮詢，便利長者獲疫苗保護**

不少長者面對新冠病毒威脅，希望盡早接種疫苗獲得保護，惟因未有家庭醫生及身體檢查，不了解身體狀況無奈放棄，調查亦顯示基層健康服務可大大提升疫苗接種率。本會促請當局盡快亡羊補牢，由現有長者健康中心及康健中心為其長者會員提供一站式的支援，同時以公私營合作方式資助有需要長者進行單次評估及諮詢，釋除疑慮。

- **放寬收費增服務點，提供誘因鼓勵市民參與**

調查發現基層長者患者積極度低，亦無力負擔自費健康服務<sup>29</sup>，故當局必須消除收費及交通障礙便利參與，同時主動提供誘因鼓勵市民，帶動基層健康文化。本會促請公營健康服務(如康健中心)豁免所有長者生活津貼受助人、在職家庭津貼及學生資助計劃下受助家庭的收費，同時增加服務點，並放寬市民跨區參與居住區域以外的康健中心，方便在職人士於就近工作地點接受服務。此外，當局應參考海外衛生政策經驗<sup>30</sup>，研究以服務券或消費券等方式獎勵參與健康服務，例如為使用康健中心，或其他預防性護理服務的長者，提供醫療券優惠或折扣。

---

<sup>29</sup> 在 16 名屬於第三及第四級別患者積極度的受訪者當中，只有三人出席恆常健康檢查，佔所有出席恆常健康檢查人數的 21%。這意味著價格等障礙比低患者積極度的影響更大。

<sup>30</sup> National Steps Challenge & the Healthy 365 app [Internet]. Gov.sg. [cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.smartnation.gov.sg/what-is-smart-nation/initiatives/Health/national-steps-challenge-and-the-healthy-365-app>



- **與醫護及社福界合作增加轉介，招募會員無需由零開始**

現時康健中心等基層健康服務，完全依賴市民自發報名登記，故此在患者積極度低下，各計劃參與率長期偏低。事實上，醫管局及私營診所等等早已掌握病人健康資訊，理應識別病人需要，主動建議參加健康服務；此外社福機構及社區團體亦與區內居民關係密切，並能協助組織及宣傳健康服務，是次調查受訪者亦反映「醫護人員的建議」(65%)及社區團體或長者中心(55%)有效鼓勵參與保健服務。

因此本會建議加強與社區醫療及社福單位合作，並研究提供轉介誘因，善用現有醫社網絡，例如現時全港二百間社會福利署資助的長者中心，均可組織會員參與健康評估及大腸癌篩查等服務，醫管局及社區私營診所，亦可更主動鼓勵病人參與基層健康服務。

- **發展多元化健康服務，資助地區健康項目**

現時基層健康服務較單一，集中提供基本健康檢查或三高(高血壓、血糖、血脂)及特定癌症篩查，短期內未必能改善病人生活質素，在患者積極度低下吸引力低。調查發現基層長者最希望獲牙科保健及痛症管理服務，分別有三分之一(34%)及四分之一(23%)受訪者表示最希望康健中心能提供上述服務，此外眼科檢查(20%)及骨密度檢查(18%)亦見需求，本會促請當局應積極拓展多元化健康服務，吸引具有不同需要的市民及長者。此外，為回應地區獨特需要，可考慮以項目基金形式資助區議會、學校、護老機構、體育團體及食肆等等社區持份者，以由下而上(bottom-up)方式開展彈性服務，回應地區需要

- **針對支援弱勢社群，扭轉逆向照顧**

調查發現基層長者所獲服務較少，亦無能力及積極性尋求服務，故基層健康服務必須主動提供針對弱勢社群的服務，例如設立外展隊，接觸隱蔽長者及其他患者積極度低的社群，以個案管理形式建立關係及介紹服務，亦可考慮為服務人次中，基層病人的比例訂立服務目標，方可扭轉健康不平等，確保弱勢社群均衡獲得健康服務。此外，當局可研究參考海外經驗，採用患者積極度評估，識別低積極度病人

提供針對服務。

- **培訓基層健康專業人員，加強公共衛生及病人自強**

海外研究指出患者積極度較高的長者，除更主動尋求健康服務，亦能更有效自我管理健康及遵從醫囑，減少急症服務使用<sup>31</sup>。因此基層健康服務提供者必須具備致力提升患者積極度及自我管理的能力，同時亦需具備在地區推動公共健康計劃的專業能力，就此，本會建議參考海外經驗(如公共衛生師<sup>32</sup>或健康教練)，加強培訓專業基層健康人員，長遠為基層健康服務發展提供人力資源。

---

<sup>31</sup> Insignia Health (en-US) [Internet]. Insigniahealth.com. [cited 2021 Jun 4]. Available from: <https://www.insigniahealth.com/products/pam-survey>

<sup>32</sup> 台灣公共衛生協會 公共衛生師介紹 <http://www.publichealth.org.tw/law.asp?HidDID=1>

# 香港社區組織協會 香港老人權益聯盟

## 長者基層醫療服務調查

姓名: \_\_\_\_\_ 問卷日期: \_\_\_\_\_ 訪問者: \_\_\_\_\_

### 基本資料

1. 性別: 男 女
2. 年齡: \_\_\_\_\_歲
3. 居所: 公屋 劏房、床位、牌房 私人單位 自置單位
4. 收入來源: (可選多項) 綜援 普通長者生活津貼 高齡長者生活津貼 高齡津貼(生果金) 工作收入 (請註明收入: \_\_\_\_\_)
5. 居住狀況: 獨居 配偶共住 子女共住 子女配偶共住 其他
6. 教育程度: 沒有 小學 初中 高中 專上教育
7. 來港年期: 在香港出生 來港 7 年或以上 來港 1-7 年 來港不足一年
8. 長期病患: 有 否 (「長期病患者」是指在統計時需要長期 (即持續最少 6 個月的時間) 接受藥物治療、覆診或打針服藥以治療某種 (或多於一種) 疾病的人士, 疾病的類別及嚴重性均沒有規限。)

### 保健習慣

1. 你的自評健康狀況為: 非常好 好 普通 差 非常差
2. 你經常求診的西醫是否就是你的家庭醫生? 是 否 (家庭醫生指一個人遇上各種健康問題都會向他/她求診的醫生。家庭醫生可以為病人提供全面及持續的健康護理, 包括生理、心理方面的治療及輔導, 於此「家庭醫生」並非單指擁有香港醫學專科學院 (家庭醫學) 會員資格的醫生)
3. 如你感到身體不適需要求醫, 你最常使用的途徑是? 公立普通科診所 公立醫院急症室 公立專科醫生 私家診所 中醫
4. 你是否有定期進行健康檢查? (於醫院/診所覆診或求診以外) 有 沒有
5. 如沒有, 主要原因為? 從沒考慮過 認為自己健康 欠缺金錢 欠缺時間 欠缺知識 害怕副作用
6. 在選擇保健服務時, 你最關注的是?  
可負擔性 (如服務收費) 可達性 (如距離及交通時間) 服務內容 (如檢查項目) 服務質素 (如對機構或醫護人員的信心) 請註明: \_\_\_\_\_
7. 你每月在使用保健服務上可負擔幾錢? \_\_\_\_\_
8. 你每月願意花多少交通時間在保健服務上? \_\_\_\_\_
9. 以下那一種方式能鼓勵你參與保健服務? (可選多項)  
醫護人員建議 社區團體 (如長者中心) 組織 禮物及獎勵  
傳媒宣傳及呼籲 朋友/家人推介 其他 (請註明) \_\_\_\_\_
10. 你會否參與 2019 冠狀病毒疫苗接種計劃? 已接種 (跳至下部份) 有計劃接種 (跳至下部份) 考慮中/一半半 不會接種
11. 承上題, 如你經醫護人員評估為適合接種疫苗, 你會否參與? 會 不會

## 服務認知及健康資訊

1. 你是否曾透過以下途徑進行身體檢查? (可選多項)  衛生署長者健康中心  以醫療券資助進行身體檢查  衛生署大腸癌篩查  從來沒有使用過以上服務
2. 如沒有，主要原因為?  認為自己健康  欠缺金錢  欠缺時間  欠缺知識  從沒考慮過  害怕副作用
3. 你是否得悉深水埗「地區康健中心」將於 2021 年 6 月開始營運?  是  否
4. 如是，你得悉的途徑是?  即時傳訊軟件 (如 whatsapp 或微訊)  網上社交媒體  傳統媒體 (如電視報紙或廣播)  社區團體 (如長者中心)  朋友和家人
5. 你最希望「地區康健中心」可提供那方面的保健服務?  牙科保健  骨質密度檢查  眼科檢查  痛症管理  其他 (請註明) \_\_\_\_\_
6. 你主要的健康知識來源是?  即時傳訊軟件 (如 whatsapp 或微訊)  網上社交媒體  傳統媒體 (如電視報紙或廣播)  社區團體 (如長者中心)  朋友和家人  沒有任何來源

## 患者積極測量 Patient Activation Measure (PAM-13)

1 為非常不同意、2 為不同意、3 為同意、4 為非常同意、0 為不適用	0	1	2	3	4
1. 我可以為管理我的健康負責。					
2. 在自己的健康照護上採取主動的角色是決定自己健康和能力發揮的最重要因素。					
3. 我有信心能夠採取一些行動以助於預防或減緩一些症狀或健康上的問題。					
4. 我知道醫師開立的每項處方藥物的作用					
5. 我有信心能分辨什麼時候我需要去看醫師，以及什麼時候我能夠自行處理我的健康問題					
6. 即使醫護人員沒有問我，我有信心能夠告訴他們我所在意的健康問題。					
7. 我有信心能夠遵循我需要的居家醫療					
8. 我瞭解我健康問題的根源與起因					
9. 我知道我對我的健康有不同的治療選擇					
10. 我能持續為了我的健康而改變生活起居的方式					
11. 我知道如何避免讓我的健康狀況產生更多的問題					
12. 我有信心在我的問題出現狀況時，找到解決方法					
13. 我有信心即使在壓力下，能夠維持在生活起居上如飲食和運動等的改變					

~問卷完~