

香港社區組織協會 香港老人權益聯盟

基層市民「慢病共治」意見調查發佈會 新聞稿

為改善基層醫療服務，本屆政府推出「基層醫療健康藍圖」，並以「慢性疾病共同治理先導計劃」（慢病共治）為重點，擬推動一人一家庭醫生分流醫管局壓力，並提倡及早預防篩查疾病。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權益，故於今年首半年以問卷及深入訪談，調查 81 名合資格參加計劃的基層市民對慢病共治的意見。調查發現七成基層市民未有聽聞計劃，在解釋慢病共治計劃後，基層市民主要訴求為「豁免\$120 元檢查費用」（76%）及「加入血糖及血壓外其他檢查項目」（60%）。深入訪談中，參與計劃的基層市民表示，慢病共治未有顧及基層市民負擔能力提供費用減免，收費令人卻步；同時計劃範圍狹窄，例如身體檢查局限於「三高」（高血壓、血糖及膽固醇），亦不包括其中的高膽固醇治療；此外參加流程繁複及配套不便，例如需多次往返診所及化驗所，預約抽血時段不足。調查亦見基層市民健康知識及動力不足，計劃未能深入社區、必須增加社區健康服務的宣傳及接觸面。

本港醫療服務長期供不應求，輪候時間及基層醫療質素為人詬病，慢病共治為基層醫療改革的重點政策。就此，社協及老權促請當局為基層市民豁免檢查費用，盡快擴充慢病共治的檢查及治療範圍至更多病種，增加計劃的可負擔性及吸引力。同時應簡化服務流程及完善配套，提供一站式服務便利市民，尤其行動較不便的年長參加者。長遠而言，當局必須推動社會各界，包括地區團體、社福機構、僱主等共同參與基層醫療發展，吸引更多家庭醫生參與慢病共治。

調查背景

慢病共治計劃於去年十一月推出，目標於三年內服務二十萬位四十五歲以上，未被診斷為高血壓及高血糖的市民，至今年五月中約四萬人參與，其中八千人已進入治療階段。計劃分為篩查和治療兩個階段，篩查針對高血壓、血糖及膽固醇，參加者需支付\$120 共付額，若進入治療階段將按需要由家庭醫生及康健中心共同跟進，家庭醫生共付額各有不同，大部份為政府建議的\$150，化驗及專職醫療收費亦獲政府部份資助。社協及老權於今年一月至三月向七位合資格參與計劃的市民進行半結構式深入訪談收集意見，亦於今年六月向 81 位合資格參與計劃的市民進行問卷調查，綜合分析基層市民對慢病共治計劃的認知及意見、計劃的可負擔性、便利性、影響市民參與的因素等，調查方式，受訪者背景及詳盡數據等，請參閱意見調查報告全文。

主要調查結果及分析

(一) 慢病共治共付額令基層市民卻步: 調查發現，逾半 (56.8%) 合資格基層市民在了解計劃後拒絕參與，逾四分三 (76.1%) 表示豁免檢查費用方考慮參加，可見可負擔性為基層最大憂慮。由於慢病共治不設收費減免機制，即使綜援受助人亦未能減免收費，相反現時同類公營服務，如衛生署「長者健康中心」，雖輪候時間經年，卻設減免機制。此外，訪談亦發現基層市民擔心未能負擔各種額外收費，如治療階段的診金、跟進檢查化驗、專職醫療費用等等。

(二) 篩查內容局限吸引力不足: 慢病共治篩查病種只針對高血壓、血糖及膽固醇，逾六成 (60.9%) 未有參加的基層市民表示，需增加其他項目方考慮參加。訪談受訪者亦表示篩查項目吸引力不足，與坊間免費健康評估相似，建議加入如癌症篩查、肝腎功能、骨質疏鬆及前列腺健康等市民關注及較深入項目。

(三) **治療只限高血壓及糖尿，未能為醫管局分流:** 調查訪問七位參加者中，有六位發現高膽固醇問題，可惜慢病共治的治療階段，只處理高血壓及糖尿病，導致參加者無奈離開計劃於醫管局求診。可見慢病共治治療項目有局限，未能有效為醫管局分流至私營家庭醫生。此外，受訪者因患各種理高血壓及糖尿病以外的慢性病，未能於計劃下獲治療，故亦最終需於醫管局求醫。

(四) **慢病共治配套不足，申請過程繁複:** 慢病共治針對年長中高齡人士，惟申請過程需多次來回康健中心，家庭醫生及化驗所，尤其不便長者、家庭照顧者及長工時在職人士，訪談亦發現長者未能適應學習於不同地點應診，相反，醫管局能於同一處所登記，抽血及求診，比較下慢病共治計劃顯得繁複不便。同時，訪談發現參與慢病共治的家庭醫生及化驗所不足，參加者未能物色就近地點就診，部份亦需輪候近一個月方獲服務，個案反映抽血時段不足，亦令長者被迫空腹至午後抽血。

(五) **宣傳「離地」未能實際接觸基層群體:** 調查發現逾七成(72.8%) 基層市民未有聽聞慢病共治，可見當局依賴大眾媒體宣傳未能實際接觸基層群體。同時深入訪談發現，雖然部份基層市民曾接觸康健中心，惟因康健中心地區網絡有待發展，故未能有效深入社區，影響健康行為及鼓勵參與計劃。

政策建議

(一) **豁免基層篩查\$120 收費，體現健康公平:** 多項研究均指出基層市民整體健康較差，惟受限於經濟能力，社會資本及健康知識卻較少使用健康服務，造成「健康不平等」，故當局應針對性資助弱勢社群參與健康計劃以促進健康公平。尤其在健康檢查階段，基層市民輪候公營服務如「長者健康中心」經年，社協及老權促請當局立即豁免綜援、長生津及在職家庭津貼的受助人\$120 篩查共付費，確保基層社群亦可負擔篩查。

(二) **盡快擴展計劃項目，提供全面服務:** 為提升慢病共治的吸引力及全面性，有效建立家庭醫生網絡，當局必需盡快擴展標準篩查及治療項目，研究引入參加者自選的項目，增加市民參與及令計劃急市民所急。同時可整合各資助健康計劃，如大腸癌篩查、婦女健康、疫苗接種等等至慢病共治計劃，令市民及家庭醫生均一站式獲更全面基層醫療服務。

(三) **研究一站式服務，增加服務可達性:** 慢病共治對象為中高齡人士，故服務必須簡便易達，確保參加者持續參與，接受家庭醫生跟進。當局需仔細研究服務流程，例如於康健中心內提供抽血服務，鼓勵更多家庭醫生直接登記參與計劃，精簡程序以減少參加者多次往返不同地點，同時加強服務配套，包括抽血名額、招募家庭醫生參與，縮短輪候時間。

(四) **設「地區康健基金」鼓勵社區協作:** 改善「重治療，輕預防」的文化非一日之功，康健中心需深耕社區建立社區網絡，連結地區團體，社福機構及社會各界。政府可研究增設地區康健基金，提供資源及誘因，鼓勵上述界別與康健中心協作，攜手推動基層醫療文化及慢病共治計劃，將市民與地區康健中心及家庭醫生連結，提升健康意識及長遠建立基層健康網