



減輕公院壓力 需強化公私營協作

學者：預防為主 鼓勵市民用社區醫療



基層醫療透視②

為應對人口老化和慢性疾病病患率上升為醫療系統帶來的新挑戰，本港近年持續推動基層醫療發展，首份五年規劃更將推動基層醫療高質量發展，置於深化醫療衛生體系改革的核心位置，提出構建可持續發展的基層醫療治理體系，並制定五年內令地區康健中心累計會員達100萬人、基層醫療健康計劃資源增加約三成等指標。

香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院教授黃至生接受《大公報》專訪時指出，五年規劃將基層醫療放到核心戰略位置，意味着香港醫療體系要由過去「重治療、輕預防」的舊模式，全面轉向以預防為導向的新格局；規劃精準回應了市民過度依賴公立醫院、基層自費醫療負擔重、地區資源分布不均等痛點。他相信，地區康健中心百萬會員目標可達，但配套及制度要跟上，建議增加激勵誘因，強化公私營協作；完善跨專業協作制度缺口，提升服務質素。



▲黃至生指出，香港醫療體系將轉向以預防為導向的新格局。受訪者提供

大公報記者 黃佩琳

黃至生指出，過去香港醫療體系「重治療、輕預防」，市民小病不處理，拖成重症才湧入公立醫院和急診室；五年規劃將基層醫療放到核心戰略位置，意味着體系要從「有病才醫」轉向「未病先防、既病防變」。這個轉變有三層意義：基層醫療是醫療服務金字塔的第一道防線，扮演「社區健康守門人」；透過早期篩檢和慢性病管理，分流公立醫院壓力，改善公私營失衡；在人口高齡化、慢性病年輕化的現實下，這是提升「健康預期壽命」而非僅僅延長壽命的必然選擇。「總的來說，這等於重塑香港醫療文化，把健康管理的主動權交還市民。」

黃至生認為，五年規劃提出的推動基層醫療發展，精準回應了現時的醫療阻礙，例如現時市民較依賴公立醫院，社區醫療網絡的承接能力偏低，政府提出在五年內基本完成全港十八區地區康健中心建設，並使累計會員達到一百萬人的目標，「當社區健康網絡形成、規模效應增強，市民在家門口就

可以獲得高質量的健康管理，便可慢慢扭轉大病小病都去醫院的觀念。」

康健中心會員百萬目標可實現

他續指，針對私營市場收費不透明，基層自費醫療負擔重的問題，政府提出擴大慢性疾病共同治理網絡，引進跨專業服務和轉介標準，並設法定基層醫療服務提供者名單，在運用公帑補助市民做疾病篩檢的同時加強監管，有助於打造收費規範、有品質把關的公私協作市場，讓基層市民、弱勢社群負擔得起私家家庭醫生服務。

五年規劃設定地區康健中心累計會員100萬人的目標，其中70萬人將獲得「基層醫療共同治理網絡」服務。黃至生直言，目標「完全可以實現」，但需要政府、醫護人員、決策者、市民、家屬等所有持份者一起合作：家屬鼓勵長者使用康健中心資源，醫護人員提醒病人善用社區網絡，政府透過制度、財政誘因和一站式服務降低使用門檻，



◀擴大慢性疾病共同治理網絡，可令跨專業服務精準轉介基層病人。政府新聞處

「例如調整醫療券使用限制，規定部分金額必須用在預防性基層醫療、慢性病管理。而對於積極做健康管理的市民，提供保費折扣、健康獎賞，讓他們能用較低價格享用醫療服務。此外，把地區康健中心、社區藥房、社服機構的網絡緊密連結，市民出門就可以拿到全方位支援，自然願意留在社區就醫。」

「跨專業」制度須填補三重缺口

五年規劃明確提出建立「跨專業、以實證為本、協調連貫的服務和轉介標準」，黃至生認為，建構跨專業醫療團隊，凝聚醫生和治療師等專業人士的力量，是發展基層醫療的核心，但「跨專業」目前仍面臨三重制度缺口。首先，缺少法律授權路徑與免責機制，現時各醫療專業分屬不同法定管理局監管，當物理治療師或社區藥劑師為病人調整護理方案時，缺少法定的跨專業共同臨床指引，各專業會擔心醫療責任問題，傾向於把病人轉回醫生。

第二缺口是非醫師專業的處方權受限，職業

治療師等大多仍需醫生轉介信。他認為，要建立高效的團體，就需應適當放寬限制，例如允許經過專科培訓的社區藥劑師，在合規指引之下，為病情穩定的慢性病人配藥或調整非處方藥物，避免令醫生成為整個流程的瓶頸。

低廉社區人力成本減公院負荷

第三重缺口是資助模式與團隊協作不匹配。現時醫保、公帑資助缺少團隊式的捆綁補助，如醫療券、慢病共治計劃大多是按次服務付費，錢直接給醫生，而缺少以團隊為單位的打包給付模式，無法同時涵蓋營養師、藥劑師等角色，令跨專業協作容易流於表面。

對於五年規劃提出持續增加投放於基層醫療健康計劃的資源，黃至生認為，可將資源優先投放於跨專業團隊建設。他認為政府可善用經濟學的替代效應，投入資源培育社區藥師、家庭醫學專才，用相對低廉的社區人力成本，承接公立醫院內科專科醫生大量慢性病配藥、常規檢查工作，減輕公院負荷。

五年規劃提升基層醫療服務目標

1. 提升基層醫療服務可及性	2. 強化公私營協作	3. 增加資源投放
●在五年內，進一步提升基層醫療服務的可及性，令受惠於地區康健中心的累計會員人數達100萬，包括70萬人獲得「基層醫療共同治理網絡」服務。	●按《基層醫療藍圖》完善公私營家庭醫生體系，擴大基層醫療服務提供者名單，鞏固雙向轉介機制，加強協調社區基層醫療與醫院服務。	●持續增加政府投放於基層醫療健康計劃的資源，預計至2030-31年度較現時水平增加約三成，以推動全生命周期系統性預防護理。

資料來源：《香港特別行政區經濟和社會發展第一個五年規劃（2026-2030年）》

四重顧慮窒礙慢病共治 倡用AI減私醫行政負擔

掃除障礙

《五年規劃》提出完善公私營家庭醫生體系，擴大基層醫療服務提供者名單。香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院教授黃至生分析認為，很多醫生認同政策，但四重顧慮窒礙私家醫生參與慢性疾病共同治理計劃，建議透過提供人工智能系統減輕行政負荷、優化報酬機制、建構服務協調平台等，增加參與誘因。他亦建議，提升家庭醫學專業地位、調整醫學培訓體系、推動非醫師專業的法定授權等，吸納更多人才流向基層醫療。

早期的慢性疾病共同治理計劃，私家醫生參與率不算高。黃至生指出，很多醫生並非不認同政策，而是面對四重現實阻礙：行政負荷大，參加計劃要做政府申報、津貼核對，頻繁登入系統，增加行政成本；時間壓力重，私家醫生門診量大，慢性病病人往往同時患有多種疾病，篩檢佔用不少門診時間；報酬有顧慮，計劃建議共付金額每次150元，部分中高檔社區醫生會評估能否覆蓋診所營運成本；客源與轉介亦成憂慮，部分醫生擔心要自己找病人，也憂心病人情惡化時缺少順暢轉介回公立醫院的管道。

盼按表現計酬 政府提供客源

黃至生認為政府可對症下藥，為私家醫生提供更多誘因，包括透過基層醫療共同治理網絡和醫健通Plus，向私家診所提供人工智能輔助的一鍵式臨床管理系統，醫生看診輸入病歷的同時，系統自動完成申報、藥物比對；優化報酬機制，維持基礎補貼的前提下，讓醫生可按慢性病嚴重程度保留彈性收費空間，並導入按表現計酬的細



◀社區藥房有助病人留在社區就醫。資料圖片

綁獎勵，病人血糖、血壓等指標控制達標，政府發放額外獎勵；構建服務協調平台，把醫管局普通科門診的穩定慢性病人分流配給參與計劃的私家醫生，提供穩定客源，並統一發布公私營夜間、公眾假期門診資訊，由政府替參與醫生做免費品牌背書與社區推廣。

黃至生認為，基層醫療若要吸納更多人才，需提升家庭醫學專業地位，扭轉社會上「家庭醫生只看感冒小病」的刻板印象。政府可結合醫學院、社區組織宣傳，建立家庭醫生「綜合健康專家」的形象。

醫學培訓體系的調整也是重要推動力。黃至生建議，將家庭醫學實習、社區藥劑學改成核心必修學分，並參考海外經驗，加大社區基層醫生培訓項目的財政補助，搭建人才梯隊。第三所醫學院在政策性招生與課程設計上，可把基層醫療、全科醫生作為核心方向，引導人才流向社區。此外，政府應推動非醫生專業人員的法定授權，讓社區藥劑師、護士、營養師等專業人士在社區有更大臨床自主權與發展空間，吸引人才。

大公報記者 黃佩琳

社區控好「三高」減輕公共負擔

保持健康

基層醫療共同治理網絡已納入「三高」篩查和乙型肝炎篩查，並將逐步擴展至長者健康、婦女健康、癌症篩查和疫苗接種。香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院教授黃至生認為，方向很好，排序可以參考四個評估維度。

黃至生認為，慢病共治服務優次可從四個評估維度：患病率與人口基數、成本效益與干預難度、源頭截流效果、服務持續性。以此框架審視，三高優先具有充分的實證依據：高血壓患病率接近三成，糖尿病超過一成，人口基數遠大於癌症新發個案；三高的干預手段相對簡單，藥物、飲食和運動即可有效控制；三高是心臟病、中風和晚期腎病的高危因素，在社區控制好三高，可以直接減少十年後公立醫院內科、急診和住院的負擔；而且三高天然契合基層醫療「長期管理」的本質。

關於婦女健康方面，黃至生表示，乳癌發病有年輕化趨勢，發病中位數大約60歲。政府透過公益模式，由三間社區組織提供乳癌篩檢服務，市民自付費用不超過200多元，部分甚至免費，篩檢完之後還能持續一

至兩年追蹤覆檢，「越早發現乳癌，五年存活率越高」。

他重申，健康追求的是「長壽」與「生活品質」相輔相成——香港女性平均壽命大約88歲、男性大約83歲，未來更需要把壽命長度轉化為高水平的健康預期壽命。

醫健通須增雙向互通

基層醫療與專科之間資訊互通，醫健通系統擔當重要角色。黃至生認為，香港醫健通系統本身水準很高，不少海外地區都參考學習，但目前主要有兩個缺口：第一，「讀多寫少」，雙向互通不足。醫護多查閱紀錄，較少回寫資料，家庭醫生無法掌握病人轉介到醫院就診的狀況。理想狀況是公營、私營雙向回寫，令轉介的醫師可以完整掌握病人後續變化。第二，數據結構化不足。現時公營、私營醫院系統格式不一致，藥物紀錄、檢驗報告等資訊無法整合。若兩邊電腦系統結構可以互相匹配，就能整理出病人統一的用藥、檢測結果摘要。不過他相信，隨着AI與電腦技術發展，這些缺口未來都有機會改善。

大公報記者 黃佩琳

上接

A1

組跨專業團隊實施「第一層審批」 港藥監中心新增四首長級職位

【大公報訊】記者易曉彤報道：要實施「第一層審批」，本港必須有一個由不同專家和專業人士組成的跨專業團隊。衛生署署長林文健表示，香港藥物及醫療器械監督管理中心（CMPR）會新增4個首長級職位，除新增總監崗位外，另外會招聘3個首長職位，分別負責醫療器械、藥物規管及創新藥物審評。原先分別負責中醫藥、藥物辦公室規管及醫療器械規管的7個現有常額首長級人員也會重組並調派至藥械中心。

林文健表示，原有約420名非首長級專業人員亦

會調配至CMPR，另外編制上亦會新增約30位專業人員，有需要時會評估是否透過非公務員合約制或編外的方式招聘人才。他強調，不會局限科研團隊的人才來自哪裏，而是量才錄用。

約420專業人員調配至CMPR

被問到香港目標在2027年第二季前申請成為國際醫藥法規協調會議（ICH）監管機構成員的目標有否改動，衛生署助理署長（藥物及醫療器械監督管理中心籌備辦公室）陳詩濤表示，香港2023年已成

為ICH觀察員，積極參與其會議和工作，現時已大致符合成為ICH監管機構成員的要求，期望盡快申請。

本港首份五年規劃在「建設醫療創新體系」章節中，將藥械監管改革提升至戰略層面，明確要求全面深化藥械監管改革，對接國際標準，建立自主藥械審評審批能力，並積極投入國際監管舞台，爭取國際權威認證。具體路徑是分階段實現「第一層審批」：先開展第一期機制，目標在2030年或以前全面實施，確立香港自主審評新藥的專業地位與完

整能力，加快創新藥上市應用。規劃同時要求成立藥械監管中心，將其發展為國際認可的權威監管機構，並配合醫療器械法定規管改革，以及對接國家「港澳藥械通」政策。

新一份《施政報告》則承接上述戰略，提出於年內正式成立「藥械監管中心」，並提交規管醫療器械的立法建議，長遠使中心成為國際認可的藥械權威監管機構。報告亦要求加快國際醫療創新樞紐建設，逐步完善藥械產業鏈，配合國家生物醫藥及醫療器械新興產業的戰略部署。