

基层医疗共同治理网络

参加者须知

1. 参加资格

1.1 参加基层医疗共同治理网络（「**共同治理网络**」）的人士（「**参加者**」）必须符合以下条件：

- (a) 持有：
 - (i) 根据《人事登记条例》（香港法例第 177 章）所签发的有效香港身份证（凭借已获入境或逗留准许而获签发香港身份证，而该准许已经逾期或不再有效者除外），或
 - (ii) 《入境条例》（香港法例第 115 章）所指明的有效《豁免登记证明书》；
- (b) 已登记加入「电子健康系统」（「**医健通**」），并成为地区康健中心或地区康健站（统称为「**地区康健中心**」）的会员；及
- (c) 符合以下一个或多个接受筛查或管理服务的特定条件：
 - (i) **心血管疾病风险因素筛查**（该人士为「**A1 类合格人士**」）——适用于**糖尿病**和**高血压**筛查：
 - (1) 年满 45 岁或以上；及
 - (2) 未曾确诊患有糖尿病／高血压，亦无出现相关症状¹。
 - (ii) **慢性乙型肝炎筛查**（该人士为「**A2 类合格人士**」）——适用于**慢性乙型肝炎**筛查：
 - (1) 于一九八八年（即香港初生婴儿普及乙型肝炎疫苗注射计划的推出年份）或以前出生；及
 - (2) 家庭成员（包括但不限于父母、兄弟姊妹或子女）或性伴侣为慢性乙型肝炎患者；及
 - (3) 未曾确诊患有慢性乙型肝炎，亦无相关症状¹；及
 - (4) 不曾完成整个乙型肝炎疫苗接种程序。
 - (iii) **经建造业议会注册建造业工人医疗体检计划转介的心血管疾病风险因素筛查**（该人士为「**A3 类合格人士**」）——适用于由建造业议会注册建造业工人医疗体检计划转介，以再次接受心血管疾病风险因素评估的建造业工人。
 - (iv) **心血管疾病风险因素管理**——适用于直接进入慢病共治计划²以接受心血管疾病风险因素管理：
 - (1) 符合中华人民共和国香港特别行政区政府（「**政府**」）所订明的临床条件，并获邀参加心血管疾病风险因素管理，及符合下文 A 或 B 段其中一项条件的人士（「**B1 类合格人士**」）：
 - A. 现正接受医院管理局（「**医管局**」）家庭医学诊所（前

¹ 筛查对象为无症状者，有症状者宜及早就医。

² 「慢性疾病共同治理计划」（简称「**慢病共治计划**」）即共同治理网络中，由家庭医生就网络涵盖的相关疾病提供全面及长期临床管理的阶段。

称普通科门诊)治疗的人士,并在参加心血管疾病风险因素管理前,已于医管局家庭医学诊所就下文第2.6段界定的相关疾病接受为期至少十二(12)个月的治疗;或

B. 现正参与普通科门诊公私营协作计划的人士;或

- (2) 年满 65 岁或以上,并正在卫生署辖下长者健康中心接受慢性疾病跟进服务的人士(「**B2 类合格人士**」)³;或
- (3) 经建造业议会注册建造业工人医疗体检计划转介的建造业工人(「**B3 类合格人士**」)⁴。

1.2 A1 类合格人士、A2 类合格人士及 A3 类合格人士统称为「**A 类合格人士**」。B1 类合格人士、B2 类合格人士及 B3 类合格人士统称为「**B 类合格人士**」。

1.3 符合条件参加共治网络的人士必须透过电子申请或提交妥为签署的申请表,以向政府表示同意参加共同治理网络。

2. 共同治理网络的服务范围

2.1. 共同治理网络透过扩大涵盖病种、加强跨专业协作,以及完善社区医疗支援及辅助服务,整合、强化及衔接政府提供的基层医疗服务。

2.2. 共同治理网络以「全人健康」为理念,引入以实证为本、贯穿人生历程的预防措施,以及高风险疾病定期筛查和管理架构。参加者可以地区康健中心为统一服务切入点,接受一系列标准化和个人化的健康服务,包括进行风险为本的健康评估和相关快速测试、疫苗注射、个案管理和护理协调服务,如配对家庭医生⁵作诊治及化验检查。地区康健中心及家庭医生会为与其配对的参加者提供全面和连贯的护理,亦可按临床诊断及订明的标准和指引,安排参加者以共付模式接受化验检查服务和处方药物,以及安排接受地区康健网络各医疗专业(如专属护士诊所、专职医疗和社区药房)的服务。

2.3. 参加者参加共同治理网络时,可根据自己的意愿选择一名家庭医生。政府或地区康健中心会尽量安排参加者和该名获拣选的家庭医生配对。政府或地区康健中心不会向参加者推荐任何家庭医生。当参加者透过政府或地区康健中心成功与家庭医生配对后,属 A 类合格人士的参加者便会接受属于单次预防服务⁶的筛查(下文第 2.4 段有所界定);属 B 类合格

³ 由 2026 年 10 月 5 日起生效。

⁴ 由 2026 年 10 月 5 日起生效。

⁵ 每名参加者获配对一名已登记加入共同治理网络,并非受雇于政府的私人执业注册医生(根据《医生注册条例》(香港法例第 161 章)第 14 条或第 14A 条注册)(「**家庭医生**」)。

⁶ 「**单次预防服务**」是指家庭医生向参加者提供的单次预防服务,包括筛查、评估、介入措施及其他由政府不时指定的单次性的健康活动。目前,「单次预防服务」暂只有筛查服务。

格人士的参加者则会在参加共同治理网络后，直接进入慢病共治计划管理相关疾病。

单次预防服务

- 2.4 家庭医生须为其配对属 A 类合格人士的参加者提供属于单次预防服务的筛查服务（「**筛查**」）。有关服务由政府资助，用以识别参加者是否患有或容易患有高血压、糖尿病及／或慢性乙型肝炎，以及是否须作进一步治疗或监察。
- 2.5 属 A 类合格人士的参加者在首次参加时接受筛查期间，可获家庭医生提供多项受资助服务，包括：
- (a) 接受配对家庭医生一(1)次受资助诊症⁷；
 - (b) 如有需要，可转介到医务化验所进行化验及检查，包括验血和验尿；
 - (c) 诊断和解释参加者在共同治理网络服务范围内的病情；及
 - (d) 进入慢病共治计划或转介到地区康健中心管理健康。
- 2.6 参加者如在接受筛查期间确诊以下任何一项疾病或健康状况（「**相关疾病**」），可进入慢病共治计划（如适用）：
- (a) 高血压；
 - (b) 糖尿病；
 - (c) 血糖偏高即(i)糖化血红蛋白水平介乎 6.0%至 6.4%或(ii)空腹血糖值介乎 6.1 mmol/L 至 6.9 mmol/L（「**血糖偏高达特定水平的情况**」）；
 - (d) 血脂异常即(i)低密度脂蛋白胆固醇值高于或等于 5.0 mmol/L 或(ii)低密度脂蛋白胆固醇值介乎 2.6 mmol/L 至少于 5.0 mmol/L 及估计心血管疾病风险大于或等于 20%（「**血脂异常达特定水平的情况**」）；
 - (e) 慢性乙型肝炎；或
 - (f) 政府所规定的任何其他疾病或健康状况。
- 2.7 属 A 类合格人士的参加者如经筛查后没有确诊患上任何相关疾病，则不会进入慢病共治计划。地区康健中心会根据参加者的临床需要，向其提供健康建议和相关健康状况的管理服务。
- 2.8 参加者如在慢病共治计划下接受受资助诊症以管理相关疾病期间，符合上文第 1.1 段就糖尿病、高血压及／或慢性乙型肝炎筛查列出的特定条件，可接受相关筛查，并获家庭医生提供第 2.5(b) 及(c)段列明的受资助服务。

慢病共治计划

- 2.9 在慢病共治计划下，参加者由进入慢病共治计划当天起计，直至不再符合参加共同治理网络的资格或申请终止参加共同治理网络为止，不论是否患有偶发疾病，均可就其健康状况接受家庭医生提供多项受资助服务，包括：

⁷ 「**受资助诊症**」指参加者向家庭医生求诊的任何一次诊症，以接受由家庭医生所提供并受政府资助的服务。

- (i) 视乎相关疾病，按附表适用规定所列明和厘定的每个「个人计划年度」⁸最多可获受资助诊症次数，接受配对家庭医生的受资助诊症；
- (ii) 如有临床需要，获提供药物；
- (iii) 如有临床需要，获转介到医务化验所；及
- (iv) 获地区康健中心安排，转介到医疗服务提供者接受包括但不限于由政府指定服务提供者根据临床需要提供的护士诊所跟进及专职医疗服务。

2.10 参加者在慢病共治计划下管理相关疾病期间，配对家庭医生会根据政府公布及不时修订的预防护理及疾病管理参考概览，配合专业判断，为其健康状况及风险因素提供医疗服务。

2.11 地区康健中心负责个案管理工作，安排参加者接受各项服务，并在参加者参加共同治理网络期间提供支援。

2.12 参加者须注意，政府可不时更改共同治理网络的服务范围，而这些更改对参加者具有约束力。有关共同治理网络现时的服务范围，请浏览网站 www.primaryhealthcare.gov.hk/cdcc。

3. 费用和付款安排

3.1 政府会资助共治网络下的指定服务项目（包括诊症、药物、化验及检查服务、护士诊所及专职医疗服务）。参加者须向家庭医生或政府不时指定的服务提供者（「指定服务提供者」）（视乎情况而定）支付共付费用（「共付额」），以便在共同治理网络下接受服务。有关共同治理网络下家庭医生或其他指定服务提供者收取的共付额，请浏览网站 www.primaryhealthcare.gov.hk/cdcc。

3.2 属 A 类合格人士的参加者在接受筛查期间不可转换配对家庭医生。但是，如参加者已接受首次受资助诊症并已向配对家庭医生支付共付额，但尚未完成筛查，则可在首次受资助诊症当天起计 270 天后，向所属地区康健中心申请转换配对家庭医生。该参加者须就获提供的筛查服务，向新配对的家庭医生支付共付额。

3.3 如有关家庭医生或指定服务提供者已登记参加长者医疗券计划，并接受使用医疗券付款，参加者可使用长者医疗券计划的医疗券，支付家庭医生

⁸ 「个人计划年度」指：

- (i) 由参加者进入慢病共治计划当天起计十二(12)个月（第(ii)项适用者除外）；及
- (ii) 如参加者已进入慢病共治计划，其后确诊患上另一项相关疾病，则由确诊该疾病当天起计十二(12)个月。

对于已进入慢病共治计划的参加者，如其后确诊患上慢性乙型肝炎，除非该诊断赋予参加者的受资助诊症次数较先前为多，否则原先为期 12 个月的个人计划年度不会按慢性乙型肝炎确诊日期重新计算（即上述个人计划年度定义中的第(ii)项不适用）。例如，如参加者现正接受高血压或糖尿病的受资助治疗（每年六次受资助诊症），其后确诊患上慢性乙型肝炎（每年四次受资助诊症），则其现行计划年度（及受资助诊症次数）将不会自动重新计算。

及相关指定服务提供者收取的共付额。

- 3.4 共同治理网络范围以外的服务项目或药物不会在共同治理网络下获得资助（「**自费项目**」），亦不适用于第 3 段所载的共付安排。如参加者选择到家庭医生或指定服务提供者获取此类自费项目，须自行承担费用，并直接向家庭医生或指定服务提供者支付该项目的费用。

4. 退出共同治理网络

- 4.1 参加者如欲退出共同治理网络，可**提前至少三十(30)天通知**所属地区康健中心，终止参加共同治理网络。
- 4.2 为免参加者同时从共同治理网络和公营界别（包括但不限于医管局和政府卫生署）就管理相关疾病获得资助，参加者如欲在加入共同治理网络后选择到公营界别跟进管理上述疾病的临床情况，须通知所属地区康健中心安排退出共同治理网络。
- 4.3 如参加者在加入共同治理网络后任何时间不再符合第 1.1(a)和(b)段所载的资格条件，或不再同意或遵守该等资格条件，须立即通知所属地区康健中心，并在不符合上述资格条件后，不能在共同治理网络下获得政府资助。
- 4.4 政府如有合理理由相信，参加者不再符合资格参加共同治理网络，可向该参加者发出书面通知，终止其参加共同治理网络。
- 4.5 如参加者在终止参加共同治理网络后申请重新加入共同治理网络，政府保留按个别情况评估是否接纳有关申请的权利。

5. 意见及投诉

参加者如对共同治理网络有任何意见或投诉，可致电共同治理网络热线或联络所属地区康健中心。

附表

最多可获受资助诊症次数

- 1.1 各项相关疾病在共同治理网络下的慢病共治计划中最多可获受资助诊症次数如下：

相关疾病	最多可获受资助诊症次数
高血压	每个个人计划年度最多六(6)次受资助诊症
糖尿病	每个个人计划年度最多六(6)次受资助诊症
血糖偏高达特定水平的情况	每个个人计划年度最多四(4)次受资助诊症
血脂异常达特定水平的情况	首个个人计划年度最多四(4)次受资助诊症，其后每个个人计划年度最多两(2)次受资助诊症
慢性乙型肝炎	每个个人计划年度最多四(4)次受资助诊症

- 1.2 如参加者确诊患上多于一项相关疾病，其每个个人计划年度内可获受资助诊症次数的总上限，以受资助诊症次数最多的相关疾病为准。