

# 醫生如何看理想中的醫社合作

— 專訪基督教靈實協會行政總裁 林正財醫生



林正財醫生任職兒科專科醫生數十年，早年於伊利沙伯醫院工作，其後轉到提倡家庭醫學的播道醫院，推動家庭醫學的發展，培訓家庭醫生，同時接收兒科的轉介個案。現在他雖然在基督教靈實協會主要從事主管工作，但多年來未有間斷門診工作，因而仍有許多機會接觸到兒童病患。

訪問整理及分析：香港社會服務聯會政策研究及倡議主任 何俊傑先生

## 慢性疾病與基層市民

在行醫經驗之中，林醫生觀察到慢性疾病個案越來越多，並以都市病為甚。這是由於大眾缺乏運動、不良飲食習慣以及人均壽命延長所致。香港長期病患的上升趨勢與其他先進社會相似，隨著治療方法不斷進步，原本是不治之症變成長期病，癌症治療就是明顯的例子。他初入行時期，很多癌症都是不治之症，即使有治療方法，病人治後的壽命還是很短。但到現在，很多癌症已不再是致命的疾病，患者在長期觀察治療下可以延長壽命，令過去的絕症變成長期病。

林醫生認為，在面對慢性疾病時，基層市民與其他階層人士的差異主要在於「疾病管理」，例如是否有適時的治療、對疾病的認知程度，以及能否找到不同專業人士的協助。由於基層市民的資源不足，教育水平較低，他們往往不知道如何獲得所患疾病的資訊。此外，他們多求醫於公營醫療機構，接觸醫生的時間短，本身亦沒有足夠的動力去處理身體的毛病，朋輩支援亦見薄弱，更甚的是基層人士為口奔馳，沒有資源和時間好好管理疾病。

以糖尿病為例，很多時候因為不同的併發症，病人可能要求助於不同部門，如眼科、腎科、足部治療及物理治療等等。病人若能懂得求助於不同專業，對於處理慢性病是相當重要，但前提是病人要對自己的疾病有所認識，知道應該求助於哪一個專業，以及了解各專業之間的關係。但基層市民礙於條件所限，缺乏這方面的能力，影響了醫療成效。

有見基層人士本身缺乏資源而令疾病管理做得不好，因此基層醫療（primary health care）對基層人士尤為重要。

## 基層醫療及融資問題

林醫生認為基層醫療涉及甚廣，當中包含多種功能：一) 健康促進；二) 疾病預防；三) 早期診斷；四) 疾病管理及五) 病人充權。這裡的基層醫療意思並非指提供給基層市民的醫療，以上功能對所有經濟背景的病人都有需要。

現時香港的基層醫療有七成由私營醫療機構提供，當中有很多是獨立營運的家庭醫生，另外三成則由公營機構提供。以數字來說，私營醫療本應是為社會大眾提供基層醫療的主要支柱，可是當中大部分是獨立營運的家庭醫生，這導致私營醫療體系缺乏不同專業的協作，而跨界別協作對提供基層醫療服務尤為重要。此外，私人醫生主要考量營業數字，這令他們缺乏誘因及時間去做有關疾病預防及健康促進的工作，相反多以藥物治療為主，這都是導致本港基層醫療不足的情況。

公營方面，大部分資源都投放在醫院系統，整體醫院服務相比世界各國算是不錯，尤其是以可使用性而言。以急症室為例，求診者大多數都能在一小時內到達醫院就醫。而收費方面，香港公營醫院沒有採用資產入息審查，病人可先醫病後付款，受惠者更包括遊客，真正做到「普及使用 (universal accessibility)」的目標，很多國家及城市在這方面都不能與香港比擬。再者，香港公營醫院的服務雖然不算最有效率，但無論在可使用性還是覆蓋率方面都做得很好，能令最多的普羅大眾受惠。香港人均壽命長正好反映出香港醫療系統的這個優勝之處。然而，正如林醫生所言：「從救急扶危的角度而言，公營醫院的運作的確是相當成功；但基層醫療的發展卻是另一回事。」

公營醫院服務以救急扶危為重心，病人的服務以藥物及治療為主，基層醫療的各個範疇不過是寥寥之數，缺乏疾病預防和健康教育服務。這是由於香港的醫療融資系統 (healthcare financing model) 把資源過分側重於公營醫院所致，只有小部分的基層醫療服務納入公共醫療之內，不像英國的國家醫療服務 (National Health Service)，由稅制支付整個公營的家庭醫療系統。

若將香港的私營基層醫療全面公營化，在財政上很難做到。目前香港的醫療衛生開支佔整體GDP約5.7%，一半屬私營，一半屬公營。公營的2.8%資源已給醫院用盡。如果擴大公營基層醫療，便需要額外資源將佔GDP 2.9%的私營家庭醫生服務公營化。因此，要提升基層醫療的質素，首要是改革醫療融資系統，否則很難改變現時的服務供應模式。

過往政府曾提出不同的醫療融資系統，如提議設立醫療儲蓄戶口、強制性醫療保險等，但都不為香港市民大眾所接受，加稅的空間亦不大。在不加稅、不投入資源的限制下，便極需要用新思維、新方法去改善我們的基層醫療制度。

## 跨界別的醫社合作

林醫生提倡以「醫社合作」推動基層醫療，他說：「醫、社現在分得太開，兩者不應有過度分工，相反應該『醫中有社，社中有醫』。」醫社合作是透過醫生以外的專業人士，如社工、護士、藥劑師等協助，促使病人學習自我管理疾病，令病人及照顧者承擔部分管理工作及責任，為自身健康扮演更主導的角色。這意味著這些界別的人手需要增加，但成本會比以醫生為主導的模式低。

除了人手要增加外，各個參與其中的專業人士的角色都要改變，首先他們不抗拒學習新知識，每個界別的角色都得因應其本身優勢而擴充。以社工為例，在接受相關的醫療訓練後，他們絕對有能力去提供基層醫療的工作，如健康促進、疾病預防、早期診斷，甚至幫助病人做慢性疾病管理。這些基本醫療知識，社工絕對有能力學得到，亦不需要入醫學院才可獲得。此外，社工在溝通和表達上的優勢，令到他們在提高病人管理疾病及照顧身體的動力比醫生做得更好。即使社工力有不逮，護士可補其不足。又以藥劑師為例，他們在外國會負責教導病人適當用藥，若果香港能仿效，將可以分擔很多醫生的工作。外國有很多護士診所 (nurse clinic) 由護士主理，透過適當的培訓，護士可以提供基本檢查，或為某些穩定的長期病患者如為糖尿病人調校藥物，減輕醫生的工作負荷。

這種跨界別合作模式，以病人為本，模式可以好多樣化。現時醫生人手短缺，有些醫療工作 – 例如身體檢查、疾病預防 – 可以由其他專業充當「個案經理」去處理，當然對於較複雜的疾病治療，仍須由醫生診治。

## 社區醫療模式

林醫生構思的理想基層醫療是一種社區模式 (community model)，而非醫學模式 (medical model)，類似是在一間社區中心組成跨專業團隊，不同專業人員涵蓋部分原本由醫生承擔的工作，醫生的參與因而可以減低。統籌方面，則由「個案經理」協調各專業人士，以提供更整全的醫療服務，而社工或護士都有能力擔任個案經理。

雖然現時政府已設立三間社區健康中心，但林醫生認為推動基層醫療不只涉及硬件，更需要改變過度依賴醫生提供醫療服務的模式。若要將服務落到社區，政府也難於在每邨興建一間大型健康中心，像是化整為零。正如林醫生說：「長者中心、日間活動中心及社區中心正是做基層醫療最好的地方，這些地方一方面能做到基層醫療的各個功能，亦能接觸到更多基層市民，特別是長者。」利用社區設施的優勢，在他們現有的服務上發展基層醫療，這才是將基層醫療服務帶入社區的實際做法。