

2017年9月 第二十三期

社聯政策報

POLICY BULLETIN

香港基層醫療：反思與前瞻

- 反思本地基層醫療的發展進程
- 海外基層醫療制度的啟示
- 以個案分析醫社合作的前景

目錄

2 ----- 編者的話

分析香港及海外基層醫療制度

4 ----- ● 海外的基層醫療制度及質素指標

香港社會服務聯會政策研究及倡議主任 何俊傑先生

12 ----- ● 香港醫療體系的服務策略及資源分配：反思與出路

香港社區組織協會

20 ----- ● 一個真正健康的香港：建設以社區為本的跨界別基層醫療系統

醫護行者

32 ----- ● 八評香港醫學霸權

香港理工大學醫療及社會科學院前副院長 余雲楚博士

個案分析：醫社合作的前景

39 ----- ● 針對鄉郊長者的基層醫療：西貢區社區中心「鄉村公益樂延年」個案分析

專訪西貢區社區中心長者服務發展經理 陳潔華女士

45 ----- ● 醫生如何看待理想中的醫社合作

專訪基督教靈實協會行政總裁 林正財醫生

48 ----- ● 醫社並行與基層健康護理：以二型糖尿病人胰島素注射治療為例

九龍西醫院聯網家庭醫學及基層醫療部副顧問醫生 傅秀雅醫生

香港樹仁大學社會學系副教授 張少強博士

54 ----- 問卷調查

55 ----- 讀者意見

56 ----- 昔日政策報

《社聯政策報》編輯委員會

主席 黃於唱博士 (香港中文大學社會工作學系副教授)

成員 冼良佳先生 (香港社會服務聯會社會發展專責委員會副主席)

張少強博士 (香港樹仁大學社會學系副教授)

葉仲茵博士 (英國牛津大學社會學博士)

鄧良順先生 (香港社會服務聯會社會保障及就業政策專責委員會委員)

香港人的平均預期壽命位列世界前茅，本地的醫療體系貢獻良多。不過隨著人口老化，長期病患日漸普遍，醫護人手短缺情況愈見嚴重。目前公立醫療體系的資源，仍高度集中在以醫院為主軸的服務，基層醫療的資源投放不足，未能有效促進市民健康、對疾病作出預防和及早診斷。及至出現病患時，又經常遇到輪候診治時間過長、病人與醫生接觸時間有限、離院後病情管理困難的情況，使病人及家人感到無助，最終影響治療成效。依賴醫院服務的另一問題是醫療開支長期增幅龐大，但成本效益成疑。面對這種情況，國際間都傾向加強以社區為本的基層醫療（primary health care，或稱初級衛生保健），提供更全面、無間斷及充份協調的醫療照顧以滿足病人的需要。具體而言基層醫療為社區人士與醫療系統的第一接觸點，協調多種專業服務以提供病人照顧，有需要時作出轉介服務。服務以人為本而非專注於病患，並與病人建立長期的專業治療關係（OECD, 2017）。

本期《社聯政策報》以基層醫療為主題，透過文獻整理、邀請本地對此有研究及經驗的人士接受訪問及投稿，探討有關基層醫療的概念、推行方式及有關的國際和本地經驗及在港推行的限制和困難。首篇文章由社會服務聯會的同事何俊傑介紹基層醫療的概念，香港的推行狀況及海外的相關制度和衡量基層醫療制度的分析框架。第二篇由社區組織協會分析香港推行基層醫療的狀況，文中指出增加資源投放的重要性，以「治未病」取代「治已病」的醫療策略。第三篇由醫護行者探討香港醫療系統的結構性限制，導致可接近程度、可使用程度、可負擔程度及合適程度均出現問題，並提出以社區為本的跨專業、跨界別的基層醫療系統來改善情況。第四篇，余雲楚會從批判角度，分析香港出現「醫學霸權」的情況及因而造成的社會成本，包括持續人手不足及醫療通脹、「群體思維」效應、重醫院而輕基層醫療服務、窒礙其他醫護專業的發展空間及無法建立有效社會監管以提高醫療服務質素等情況。第五篇是西貢社區中心陳潔華的專訪，分析一項在西貢偏遠鄉郊推行的計劃。工作人員除推廣健康，預防疾病外，還身兼個案經理，加強本身醫護知識，配合其他專業，讓長者在面對健康問題時得到身、心、社的全面照顧。第六篇是林正財醫生專訪，他指出基層人士本身缺乏資源而令疾病管理做得不好，基層醫療對他們尤為重要。目前的醫療體系缺乏誘因進行疾病預防及健康促進的工作。他認為改革醫療融資系統至為重要，並建議以社區模式（community model）而非醫學模式（medical model）來推行「醫社合作」，推動基層醫療。最後，傅秀雅和張少強發表關於基層糖尿病患者抗拒胰島素注射，以致延誤治療的研究。他們發現要減低抗拒心理，可以以醫社合作方式，在社區向病患者發放正確訊息，糾正坊間流傳的誤解和成見。

近年政府亦有推行基層醫療的服務如家庭醫生計劃、設立三間社區健康中心等，所投放資源亦有所增加，但進度及普及性仍有限。目前國際上研究及推行基層醫療的經驗已相當豐富，有很多方面可以借鑑。面對急速人口老化及長期病人數大增的情況，推行合適香港發展的基層醫療體系實在是刻不容緩。

政策報編輯委員會主席 黃於唱

參考資料：

The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2017). *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. Retrieved from <https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>

海外的基層醫療制度及質素指標



香港社會服務聯會政策研究及倡議主任

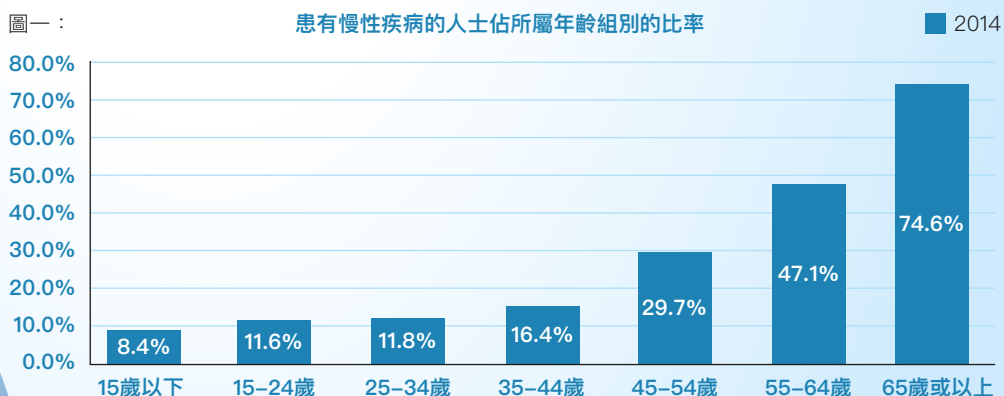
何俊傑先生

香港醫療制度的問題

近年在流感高峰期，香港經常出現急症室輪候時間長及普通科住院病床爆滿的情況。根據食物及衛生局的資料，在2016–17年度，普通科住院病床（急症及康復）住用率已達90%；在新界西，普通科及主要專科（包括婦科、內科、兒科等）住院病床住用率更超出100%。

自2008年，醫院管理局已逐步推出多項基層醫療的新措施，例如公私營協作措施、設立社區健康中心、推行病人自強服務等等，平均每年預算開支為5.6億元，希望藉此加強基層醫療的功能，減少病患者經常入住醫院。公營醫療開支佔整體醫療開支約49%，而私營醫療開支佔整體醫療開支約51%。大部分公營醫療開支投放在醫院，只有小部分放在基層醫療，如預防疾病及健康推廣的範疇上。現時，私人市場提供約七成的門診服務，服務時間由私家醫生決定，只有少數提供24小時服務及探訪服務，例如中醫上門應診服務。其餘三成的門診服務由公營普通科門診提供。因此每當有流感侵襲港時，香港市民便一窩蜂到急症室排隊，醫院床位爆滿屢見不鮮（食物及衛生局，2008）。

此外，香港人口正急劇老化，基層醫療的需求不斷增加。65歲或以上的長者人口佔整體人口的百分比將由2014年約15%上升至2064年36%。中老年人患有慢性疾病比率不斷逐步增加。在2014年，自45歲始，患有慢性疾病的人士佔所屬年齡組別的比率急速遞增。根據政府統計處（2015）的數據，在45–54歲組群，患有慢性疾病的比率為29.7%，到55–64歲，患慢性疾病的比例升至47.1%，65歲或以上組群患有慢性疾病的比例高達74.6%（見圖一）。



資料來源：政府統計處（2015）。《主題性住戶統計調查：第58號報告書》。香港特別行政區。

另外，中低收入及低收入人士患有慢性病的比例佔全港逾四成。根據2014年主題性住戶統計調查，全港有204萬人患有慢性疾病。若用2014年第二季的住戶入息中位數(22,500元)計，有44.5%慢性疾病人士的每月收入在20,000元以下。低收入家庭普遍使用醫院提供的門診服務，相反，資源較多的家庭或人士則多用私人診所或私家醫院所提供的服務。

究竟香港應如何改善基層醫療的制度，加強疾病預防及健康推廣的功能，減少醫院負荷？在提出任何建議前，以下我們會先介紹澳洲、美國和在歐洲的國家如何界定基層醫療的角色，之後再介紹世界衛生組織如何評估基層醫療制度的強度，最後，我們會交待一下歐盟國家最近在推動基層醫療服務的新發展方向。

國際定義：基層醫療

基層醫療有廣義及狹義兩種。根據世界衛生組織（世衛）在1978年Alma Ata的宣言，她提倡的「基層健康醫療（primary health care）」是廣義基層醫療，是為所有市民提供可負擔及易達的醫療制度。它是個人、家庭及社區使用醫療制度的第一個接觸點，要位處於市民居住或就業的地方。在功能上，它要處理整體社區的健康衛生問題，並且提供健康推廣、疾病預防及治療，以及復康的服務。要提供這種基層醫療，世衛強調跨界別合作，以應對社區衛生問題。

（一）澳洲對基層醫療的定義

澳洲採納世衛對基層醫療的定義，它的基礎健康醫療有三個面向：

- 一、 整合個人照顧及健康推廣、預防疾病及社區發展；
- 二、 採納平等、易達、充權、社區自決及跨界別合作的原則；
- 三、 認同個人健康受社會、經濟及政治等因素影響。因此澳洲的醫療政策強調社會的不平等會影響醫療資源的分配及健康成效（Keleher, 2001; Primary Health Care Research and Information Servic, 2017)

有別於世衛對基層醫療健康的定義，大多數國家對基層醫療的定義較窄，主要指在非正規護理與醫院護理中間一層的醫療體系，但又比家庭醫學的範圍闊。

（二）美國醫學組織對基層醫療的定義

美國知名學者Barbara Starfield自90年代在美國大力倡議基層醫療，她將基層醫療定義為病人接觸醫護人員的第一個點，讓市民容易得到可持續及綜合性的護理。

換言之，基層醫療是指病人接觸專業醫療的首個介面。醫護人員會給予病人相關的資訊與建議，增加疾病預防的功能。若病人需要識別他們的疾病，醫護人員亦可以提供診斷，並與病人一起決定治療方式。由於治療方式可能需要其他專家協助，基層醫療人員需聯繫其他專家介入協助病人，令整個治療發揮可持續的功效。

近年，美國的基層醫療發展以病人為本的 Medical Home，不只是為治癒疾病。根據4間基層醫療協會包括美國家庭醫生學會、美國兒科學會、美國基層醫生學院和美國骨科協會的意見，在Medical Home基層醫療應有以下特徵（The Institute for Alternative Futures, 2012）：

- 一、提高醫療服務的可達性：包括提供24小時服務、採用多種方法與醫生溝通；
- 二、提供持續照顧：病人每次看病時可以接觸同一名醫生；
- 三、設立實證為本的團隊照顧：強調由不同專業人員建立的醫療團體，以合作模式，提供醫療照顧；
- 四、提供綜合性照顧：為病人提供全面性的照顧，以滿足他們的不同健康需要包括緊急性及慢性疾病的照顧、預防性照顧以及善終照顧；
- 五、協調不同護理：監察病人接受不同醫療的照顧；
- 六、加強疾病管理：透過外展方法接觸有慢性疾病的病人，協助病人管理疾病，確保他們病況受到控制；
- 七、提倡病人的自我管理：指導患有慢性病的病人自我管理；
- 八、提供健康資訊科技：產生和交換電子健康訊息，以提供醫療照顧、量度治療的成效及促進醫護人員和病人之間的溝通；
- 九、為病人訂定照顧計劃：醫護人員與病人及其家庭合作制訂醫療護理計劃和目標，協助病人達至該目標；
- 十、以病人為中心的照顧：按病人及其家庭的需要及意願提供醫療照顧；病人可積極參與選擇治療的方式；
- 十一、顧及病人的文化背景：確保不同族裔人士明白醫護人員發出的訊息；
- 十二、改善醫療質素的評估，令家庭醫生為醫療成效負上責任，改善醫療質素；
- 十三、重視病人回饋：主動向病人收集服務意見；
- 十四、設立新的融資或付款制度。

（三）歐洲對基層醫療的理解

歐洲的基層醫療主要回應長期病患者、長者及出院後病人在家護理的需要，處理以下問題或市民期望：一、現今社會，愈來愈多人有多於一種慢性疾病，但現時醫療體系過度分工，未能為病人提供有系統的治療，故需要連繫不同專科醫生提供醫療服務；二、社會開始重視預防性護理，以提高市民的健康質素，減低健康風險，然而推行預防性醫學，需要其他專業一起介入。因此歐洲多國強調要加強基層醫療的協調及整合功能。

在歐洲，基層醫療被定義為由一班醫療專業團體向所有市民提供易達的、整合的、全面的，以及以人為本的家庭及社區服務。它會為病人及照顧者提供具持續性的醫療服務，扮演協調及持續照顧病人的角色（European Commission, 2014）。簡而言之，它有六個元素（Wienke, 2006）：

- 一、 全科醫療護理，處理所有一般的健康問題，以及不會因為年齡、性別等因素選擇性照顧某類群體；
- 二、 病人接受醫療服務的第一個接觸點；
- 三、 以病人為本的護理；
- 四、 連續性護理：即基層醫護人員會長期跟進病人的健康需要；
- 五、 綜合性護理：提供診治、健康推廣及疾病預防，以及復康及支援性照顧；
- 六、 協調護理：基層醫療負責協調及推薦病人接受其他專業醫療。

總觀澳洲、美國及歐洲國家的基層醫療的發展，她們不會將基層醫療等同於家庭醫療，她們發展出不同形式的組織推行健康推廣、預防疾病及復康和支援性照顧工作。在執行形式上，她們特別強調醫護人員間的合作以及醫護人員與其他專業的合作。

歐洲國家的基層醫療服務強調團隊合作

基層醫療是許多歐洲國家的醫療系統的重要部分。雖然現時有一半歐洲國家主要透過「全科醫生 (general practitioner)」提供基層醫療服務，但因為需求增加，他們越來越重視跨專業的協作，提倡設立醫療及護理的團隊或網絡，以提供更全面的醫療服務。這個團隊包括護士、社區藥劑師、營養師、職業治療師、物理治療師、足病醫師、家庭護理員等專業。同時，醫療團隊會給予病人充足資訊，與他們一起訂定治療計劃。

由於現今的健康問題十分複雜，不少病人有多於一種慢性病，所以基層醫療需要協調各專業提供全面的護理，為病人訂立生活質素的指標。它們亦需要整合病人記錄，透過新技術建立遠距離的照顧；若市民能夠容易使用基層醫療的服務，這有助病人應付一些輕微及偶發性疾病。

基層醫療需要建立不同的醫療協調模式，根據文獻，大致有以下四類：

- 一、 全科醫生將部分醫療照顧工作下放給其他醫護人員例如護士；
- 二、 全科醫生向病人推薦其他專科醫護人員；
- 三、 其他跨專業團隊的成員成為基層醫療的協調員；
- 四、 全科醫生可以取得政府資助購買非危急性的社區健康服務。

基層醫療重視跨專業團隊的合作。這種團隊需要人才培訓、跨專業聯繫、團隊合作及領導才能的培訓；同時亦需要政府法例上的支援、科技上的支援以及強調病人的主動角色。例如，荷蘭曾推動ALMERE醫療中心的實驗，它有資金及法例支持建立一支新醫療專業團隊，中心的全科醫生與專科醫生需要建立合作關係。這間醫療中心往後更與安老院舍及護理院合併，因此，全科醫生亦要與社區照顧員合作。

為了發揮基層醫療的功能，ALMERE醫療中心十分強調團隊合作、半職工作，以及將部分全科醫生的工作下放給護士或其他醫療專業人員。新入職的同事需要接受培訓，以適應團隊合作的實踐。由於採納半工作制的模式，更多女性可以充當全科醫生，另外，護士或其他醫護人員也可以承擔部分全科醫生的工作，增加服務的可達性。最近，中心還有其他創新的做法，將基層醫療的晚上和周末的服務重組，令在全科醫生非服務的時間，也可提供一個設備齊全及有員工支援的基層醫療服務。

另外，物理治療師也可以指導患有心臟病的高風險患者、過重人士及長期病患者。許多物理治療師也能專門從事手術治療、兒童物理治療或運動損傷。此外，中心也引進基層醫療心理學家，社會服務更延伸至醫療中心（Wienke, 2006）。

(四) 世界衛生組織的基層醫療質素分析框架

世界衛生組織曾委託海外醫療專家建立一個評估歐洲基層醫療質素的分析框架，她將基層醫療理解為一個多維度的系統（Kringos et al., 2010）。在這個分析框架下，要衡量一個基層醫療制度的強度，可分三個層次分析，包括基層醫療的管治結構、過程及成果（見表一）。

表一：衡量基層醫療制度強度的分析框架

基層醫療結構的三個面向	
基層醫療的管治制度	它的政策目標及方向；有關它的普及性及可達性目標；基層醫療的管理及服務發展的方式（例如，中央管理，還是社區管理）、品質管理政策、基層醫療的科技應用、政府參與推行基層醫療的力度、病人參與及倡議角色，以及基層醫療與整體醫療制度的整合度。
基層醫療的財政條件	包括基層醫療佔整體醫療開支的比例，基層醫療融資方式；基層醫療人手的就業狀況、資歷架構及薪酬制度。
基層醫療的人力資源	基層醫療人員的類別；基層醫療的專業認可資格；學院或醫護學會有沒有相關的培訓課程；家庭醫學在學術界的地位，有沒有基層醫療協會或學會推廣基層醫療的概念；未來基層醫療的人力資源發展。
基層醫療的過程包括四方面	
基層醫療服務的易達性	基層醫療服務的種類及供應狀況，基層醫療服務在地區上的分佈、提供基層醫療服務的方式、基層醫療是否可負擔的。公眾對基層醫療的接受程度，使用基層醫療服務的情況；平等的資源分配方式。
基層醫療照顧的延續性	基層醫療與專科醫療的縱向持續性；基層醫療的資訊持續性；基層醫護人員與病人關係的持續性；病人資訊的透明度及是否有利於不同醫護人員跟進病人的身體健康狀況。
基層醫療的協調功能	包括基層醫療是否病人接受專科醫療及醫院服務的推薦者（gatekeeper）；基層醫療的實踐方式及團隊特色；基層醫療團隊成員的多元性及可取替性，能否透過新組織方式整合基層醫療及專科醫療，又或整合基層醫療與公共衛生部門的程度。
基層醫療的全面性	包括有否充足的醫療設備；基層醫療處理一般性健康問題有多廣泛；診斷及跟進哪幾類疾病，可執行哪幾類醫療程序，推行哪幾類預防護理，提供哪幾類母嬰生育的服務，提供哪幾類健康推廣等等。

基層醫療的成效包括三方面	
基層醫療的質素	基層醫生了解病人及其病史的程度；診斷及治療的質素；長期病患管理的質素；精神健康治療的質素；產婦護理及兒童健康護理的質素；健康推廣的質素；預防性護理的質素。
基層醫療的效率	分配效率及成果，基層醫療人員的表現，例如，透過探訪及電話醫療諮詢接觸病人的比例；基層醫護人員就診的時間。
健康的公平性	最低教育水平組群相對最高教育水平組群在身體健康質素、死亡率、感染疾病致死的差異。

經濟合作暨發展組織（OECD）亦有利用上述的框架分析歐洲國家的基層醫療質素，發現荷蘭及丹麥在某些質素指標上較理想（例如，減少病人在沒有需要情況下使用急症室），並總結近期歐盟國家改善基層醫療發展的方向，有以下五點（OECD, 2016）：

- 一、 基層醫療應提供每日24小時、一星期7天的服務。在歐洲，部分國家例如荷蘭發展「基層醫療合作社」（「合作社」），提供24小時電話及面見服務。病人需要先致電「合作社」獲取醫療建議。視乎病人的狀況，全科醫生、醫生助理或護士會先給予病人自我護理的建議。若病人的病情惡化，他們可再致電「合作社」要求家訪，又或直接到合作社或急症室就診；
- 二、 建立新的照顧模型，協調跨專業提供不同的醫療服務。部分歐洲國家成立跨專業團隊，由個案經理負責統籌，聯繫其他醫療專業，為病人提供可持續的照顧。個案經理可以由全科醫生、護士、社工或其他輔助醫療專業擔任。挪威則設立中介護理設施，支援離院病友，令他們可以在社區得到護理。但若病情惡化，也能協助聯繫相同醫生跟進病人的病情。新的照顧模型有助改善整體人口的健康狀況及減少入院的比率；
- 三、 加強全科醫生的醫療培訓，擴大基層醫療護士及社區藥劑師的角色。政府或大學需要為全科醫生提供專業培訓，令他們可以為病人提供更全面的護理。另外，OECD亦覺得護士及社區藥劑師可以在基層醫療上扮演更重的角色，例如在瑞典及芬蘭，政府會為護士提供額外訓練包括病人出院後的照顧、病人教育及長期病管理等等。另外，社區藥劑師的角色亦非常重要，有助市民了解藥物，預防及治療長期病患；
- 四、 設立新資助方式提供基層醫療服務，過往不少歐洲國家的政府透過購買私人服務為已登記的病人提供基層醫療服務。但由於醫療需求急增及共病症（comorbidity）普及，基層醫療服務需要更多跨專業合作，因此最理想的資助方式是包含資助醫療協調的工作、新服務的供應及跨專業的合作；
- 五、 建立醫療的質素及成效評估框架，監察及改善基層醫療服務。這些評估框架可獎勵有良好表現的醫生，以提昇整體護理的質素。例如，英國在2004年設立「質素與效果的框架（Quality and Outcome Framework）」，監察基層醫療服務的質素。

總結

澳洲、美國和歐盟等海外國家的基層醫療強調一種以人為本的照顧模式，它的視野不只是專注在疾病，更著重關顧人的整體健康狀況、生活習慣及相關的生活環境及社區發展；此外，她們的基層醫療制度十分著重持續性及綜合性的醫療護理，並且強調協調不同專業照顧市民健康的需要，以達至預防疾病、健康推廣及病人自強的目標，減低市民入醫院的機會。

一直以來，歐洲例如英國特別強調全科醫生扮演基層醫療的重要角色，但是當醫療需求不斷增加，全科醫生不足以應付這些需求，他們開始思考建立跨專業的團隊，以及將部分原本屬於醫生所承擔的工作分配給其他專業，包括藥劑師、社工、護士、物理治療師等等，因此他們在基層醫療的角色便不斷增加。最後，為了加強基層醫療的可達性，基層醫療逐步離開傳統的診所，以其他組織模式發揮它的疾病預防及治療、健康推廣、甚至復康的功能。這些發展都有助於我們構想香港在沒有改變醫療融資的格局下如何發展出創新的社區基層醫療服務。

參考資料

- Dionne, S. Kringos, Wienke, G.W. Boerma, Allen, Hutchinson, Richard, B. Saltman. (EDS). (2015). *Building Primary Care in a Changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. Study Series. No.38.
- European Commission (2014). Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/home_en
- Keleher H. (2001). Why Primary Health Care Offers a more Comprehensive Approach to Tackling Health Inequalities than Primary Care. *Australian Journal of Primary Health*, 7(2), pp.57-61.
- Kringos, D. et al. (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC health services research*, 10(65), pp. 10-65.
- Primary Health Care Research & Information Service (2017). PHCRIS Getting Started Guides: *Introduction to Primary Health Care*. Retrieved from http://www.phcris.org.au/guides/about_phc.php
- The Food and Health Bureau (2008). Consultation Document on Healthcare Reform. Appendix B: Hong Kong's Current Healthcare Systems. The Hong Kong Special Administrative Region Government. Retrieved from http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/appendixb_eng.pdf
- The Institute for Alternative Futures (2012). Primary Care 2015: a Scenario Exploration. Retrieved from <http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025Scenarios.pdf>
- The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2016). "Strengthening Primary Care System", in *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Wienke, G.W.B. (2006). Coordination and Integration in European Primary Care. In Richard, B.S., Ana, R., &Wienke, B (Eds.), *The Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*. (pp. 3-21). England: Open University Press. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf
- Wong, Y.S. et al., (2010). Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*, 10(397). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-397>
- 政府統計處 (2015)。《主題性住戶統計調查：第58號報告書》。香港特別行政區。

近年一到冬季流感季節，公立醫院急症室求診人次及入住內科病房的病人數目例必大增，對公立醫院造成龐大負荷，令醫護人員叫苦連天。今年的夏季流感更異常地令公立醫院超負荷，需向私家醫院借床應急。造成這情況的原因眾多：在需求方面，人口老化、長期病患人數增加、中下階層未能負擔日益昂貴的私營醫療，都增加對公營醫療的依賴；在供應方面，病床數目不足、醫療設施落後、醫護人手短缺等，以致未能應付需求。除了供不應求，政府現時以醫院及專科服務（即第二重醫療，secondary health care）為主的醫療模式，是屬於後知後覺的「治已病」策略，在人口老化及慢性疾病增長的情況下，並不能扭轉超負荷常態化的趨勢。因此，日常的病床住用率一般達九成多，遠超過國際間的八成半的安全水平，難有餘力（surge capacity）應對突發危機。

醫療體系採取「治已病」策略，其實是隨著醫院管理局（醫管局）超過四分之一世紀的服務發展而來的。政府一直以來過於依賴醫管局處理市民的健康問題，發展重點落於處理急症、危疾、重病，追求尖端科技、專精創新的疾病治療。雖然由醫管局提供的第二重醫療服務確實是市民所需，但「治已病」的策略忽略了「治未病」的基層醫療（primary health care）。因此，長年以來，醫療體系服務策略並非以基層醫療作為主軸，基層醫療服務的撥款亦不足。須知道因人口健康狀況的變化，現時健康衛生的主要挑戰在於大量患有三高一低（高血壓、高血脂、高血糖、低骨質）、肥胖、中風等的慢性病患者，如不轉變「治已病」的策略為「治未病」，根本難以應付這社會變化。

基層醫療對健康有正面作用，已是醫學界共識。多項國際研究確認，基層醫療帶來更佳的健康表現及減少住院率，同時確保衛生公平（health equity），抗衡因經濟條件較差而對健康帶來的負面影響。研究亦指出以基層醫療為主軸的國家，其醫療開支較低，但有較好的健康表現。無論是已發展或發展中國家，在推行醫療改革時針對加強基層醫療，會整體地改善醫療體系的運作（Shi, 2012; Rao & Pilot, 2014）。由此可見，基層醫療實在是醫療體系重要一環。本文會先嘗試闡明何謂基層醫療，及檢視本港基層醫療的發展，再探討日後醫療體系應採取的資源分配策略。

（一）何謂基層醫療

聯合國世界衛生組織及聯合國兒童基金會於1978年9月於前蘇聯的阿拉木圖（Alma Ata）舉行基層醫療¹（primary health care，或譯作「初級衛生保健」）國際會議。134個出席國家共同簽署《阿拉木圖宣言》（“Declaration of Alma-Ata”）（《宣言》），

¹聯合國世界衛生組織對“Primary Health Care”的中文官方翻譯為「初級衛生保健」，其意義較能反映健康並不只屬醫療專業範圍。但本港對“Primary Health Care”或簡稱“Primary Care”一般以「基層醫療」描述，其意義容易被理解為“Primary Medical Care”，反映了香港的健康政策受醫療主導。為方便討論，本文仍引用「基層醫療」一詞，但讀者應理解為包含但不只是醫療服務的衛生保健服務。

宣稱健康是基本人權，又呼籲各國、所有從事健康及發展工作者及國際社會立即行動，保護及促進世界所有人民的健康，並強調基層醫療是達致這目標的關鍵。

《宣言》列明：「健康不僅是疾病與體虛的匿蹟，而是身心健康社會幸福的總體狀態，是基本人權，達到盡可能高的健康水平是世界範圍的一項最重要的社會性目標，而其實現，則要求衛生部門及其他多種社會及經濟部門的行動」（世界衛生組織，1978）。政府為其人民的健康負有責任，而基層醫療是達致「健康」目標的一個主要渠道，以作為在社會公義精神下發展的環節之一。

《宣言》進一步表明，基層醫療是適當的衛生保健，「通過群眾中個人及家庭的參與」，令所有人均可使用。基層醫療「既是國家衛生體制的一個組成部分、一個功能的中心和活動的焦點」，它也是「個人、家庭、群眾與國家保健系統接觸的第一環，能使衛生保健盡可能接近於人民居住及工作場所；它還是衛生保健持續進程的起始一級」（世界衛生組織，1978）。由此可見，基層醫療應該是醫療體系重要一環，政府必須大力發展，並將之連結到社群之中，讓每個人更容易獲取醫療服務。

基層醫療應「提出群眾中的主要衛生問題，並相應地提供促進、預防、治療及康復服務」，常見的工作範圍包括：環境衛生、疾病預防及控制、食品安全及營養、婦幼衛生保健、家庭計劃、傳染病的免疫接種、風土病的預防及控制、常見病傷的妥善處理、基本藥物提供等等。因此，除衛生部門外，基層醫療還應涉及到漁農、食品、工業、教育、住房、群眾工作、交通及其他部門，各有關部門應互相協作。為轉介有進一步治療需要的人士到醫院及專科服務，基層醫療還應有「連貫的、相互結合、相互支持而有效的轉診制度，從而導致循序漸進地為所有人等改善全面的衛生保健」（世界衛生組織，1978）。

《宣言》呼籲所有政府擬訂出政策、戰略及行動計劃，在各有關部門的協作下，發起並持續開展作為醫療體系重要組成部分之一的基層醫療。政府應發揮政治意志，合理調動各方面資源，以達致此目標。在《宣言》作出的三十年後，世界衛生組織於2008年出版題為《初級衛生保健：過去重要，現在更重要》的世界衛生報告，將基層醫療的定義再擴展至所有公民、病人及社區的參與，及更強調跨界別協作、社會公義、平等的重要性，並應對社會因素造成的健康問題採取行動，以基層醫療作為主要策略，達致上述願景。

簡而言之，世界衛生組織早於四十年前，便提出醫療體系及服務模式必須進入社區，並且「以人為本」而非「以病為本」。各國政府在簽署《宣言》近四十年內，都各自努力推動基層醫療。香港的基層醫療發展又是否符合《宣言》所列的標準？

（二）香港基層醫療發展回顧

1990年醫院管理局（醫管局）成立以前，香港仍屬英國殖民地時，醫療服務一直由醫務衛生署（Medical and Health Department）負責，提供普通科門診、專科門診及住院服務，當時的住院服務是透過政府醫院直接提供或資助補助醫院提供。為處理香港的傳染病、公共衛生問題及醫療需要，政府提出了兩份政策文件，即1964年的《香港醫療服務發展》白皮書及1972年的《香港醫療及衛生服務的進一步發展》白皮書。可惜，這兩份政策文件並沒有如英國戰後的醫療政策一樣，將基層醫療及私營醫療服務納入資助及服務範圍，以致公、私營醫療界別一直割裂，亦埋下伏線令市民接觸醫療服務起始一級的社區診所以私營醫療為主，最終未能令私營的基層醫療與公營的醫院及專科服務整全配合。

六七十年代起，雖然政府大量興建醫院及診所，但戰前已成立的醫務衛生署的架構未能有效管理及運作這些服務，令市民大為不滿。政府於1983年決定進行檢討，1985年公佈《斯科特報告書》（“Scott’s Report”）。該報告書建議將醫院服務由醫務衛生署分拆出來，交由新成立、法定獨立的公營機構負責營運政府醫院及補助醫院等公立醫院，並於1987年決定成立醫管局。1990年，醫管局正式成立，自此，醫務衛生署正式改名為衛生署（Department of Health），只負責提供普通科門診及其他疾病預防的服務。成立醫管局無疑大幅改善了醫院及專科服務的質素，但將第二重醫療與基層醫療分割，卻是統籌公營醫療服務上的倒退（Gould, 2006）。雖然醫管局在2003年7月起接收所有衛生署轄下的普通科門診以發展家庭醫學，並漸漸採取跨專業模式，治理慢性疾病及提升病人的自我照顧能力，但仍然是以減少醫院及專科服務負荷為主要出發點，與基層醫療所著重的促進健康、預防疾病、連結社區等重點相距甚遠。

醫管局的成立，源於政府發揮政治意志，提供大幅資助，強化政府的「治已病」策略。相對而言，基層醫療的發展便一波三折。政府決定成立醫管局之後，於1989年成立基層健康服務工作小組（工作小組），旨在檢討基層醫療服務，及如何與日後成立的醫管局協調。工作小組於1990年公佈《人人健康，展望將來》報告書，要求政府更著重基層醫療，並指出政府缺乏清楚及合時的醫療政策。此報告書共提出了102項建議，包括以下重點：

- **首要建議：**政府應該作出確實的承擔，將本港健康服務政策的重點放在基層健康服務這一方面；
- **加強服務：**加強衛生署的健康教育、家庭健康服務、疫苗注射、疾病控制等；
- **新增服務：**新增職業健康、健康檢查、健康資訊、醫療服務研究、社區照顧（復康服務）等；
- **學生健康：**改革學童保健服務；
- **門診服務：**在普通科門診發展家庭醫學，以家庭醫學模式訓練醫護人員及提供服務；加強公私營合作，例如外判公立診所予非政府機構，並由衛生署緊密監管；
- **制度改革：**成立基層健康服務管理局，負責監督由衛生署所提供的基層醫療服務。

政府當時接納了報告書大部分建議，落實服務措施包括：

- 1994年成立婦女健康服務，為64歲或以下的婦女在全港三間婦女健康中心內提供以中心為本的健康促進服務；
- 1995年成立學生健康服務，為就讀小學及中學的學童在全港十二間中心內提供以中心為本的疾病預防及健康促進服務，其外展隊伍亦提供以學校為本的健康教育活動；
- 1998年成立長者健康服務，以預防性及跨專業模式為長者提供以中心為本的基層醫療服務，外展隊伍亦在長者中心及安老院舍，為預防疾病及促進健康提供支援；
- 2000年開始改善母嬰健康院為5歲以下的兒童及家人提供促進兒童健康和預防疾病計劃。

雖然如此，政府所接納並落實的建議，大多是改善衛生署的服務，而對於整體的醫療體系及其策略，仍然沒有任何重大轉變，並未做到工作小組的建議：「將本港健康服務政策的重點放在基層健康服務這一方面」，故此醫療體系的「治未病」策略一直沒有重大進展。

基層醫療的下一階段發展，要數至2005年當時新一屆政府上任後。時任衛生福利局局長周一嶽醫生於2005年7月發表《創設健康未來》討論文件，重申香港應創設健全的基層醫療系統，並陳述願景和改善方法。政府及後基於討論結果，於2008年3月發表《掌握健康 掌握人生》醫療改革諮詢文件，當中提出加強基層醫療服務的建議，包括：制訂基層醫療服務的基本模式、設立家庭醫生名冊、資助市民接受預防性護理、改善公營基層醫療服務以及加強公共衛生職能。

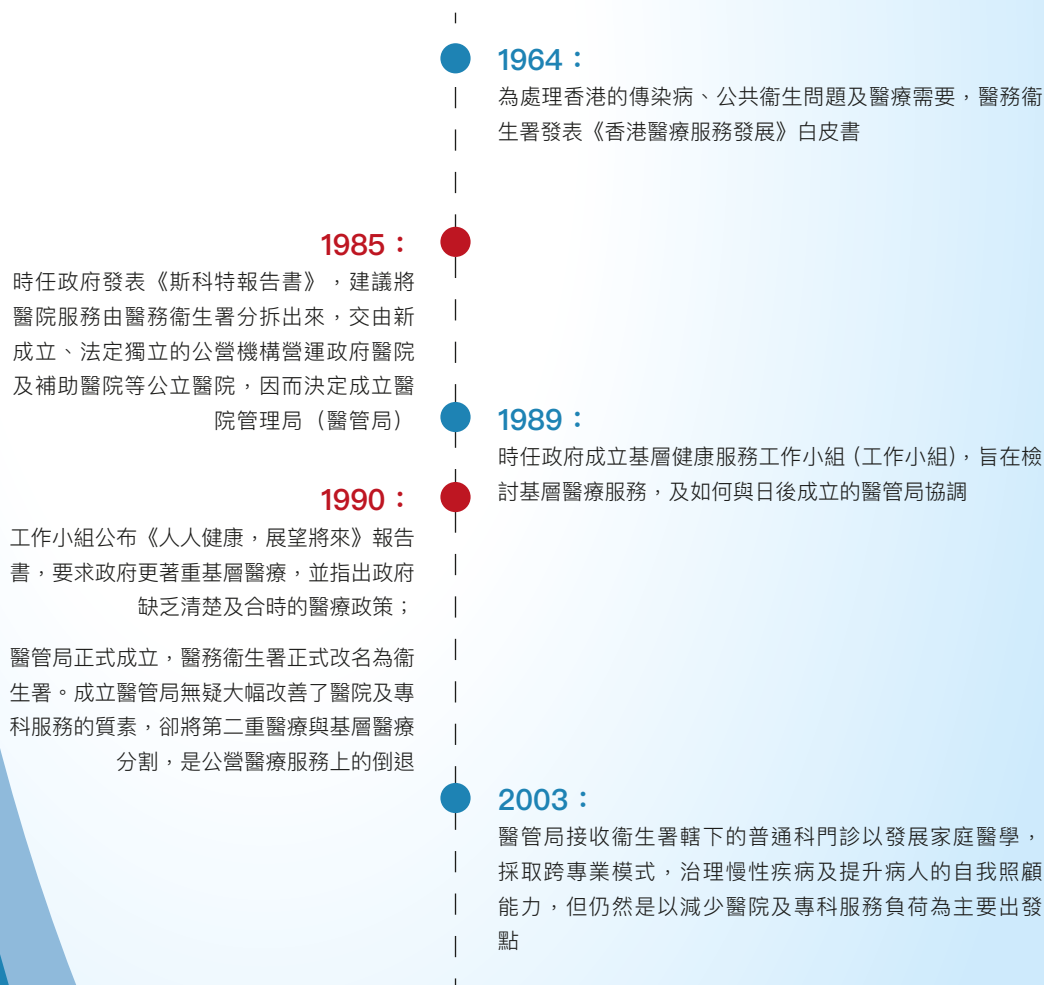
經諮詢公眾意見後，時任行政長官曾蔭權在2008/09年度施政報告中公布一系列改善基層醫療的措施，包括：成立基層醫療專責小組、制訂著重預防護理的基層醫療服務模式、推動以家庭醫生概念為本的基層醫療名冊和加強基層醫療對慢性病患者之支援。由衛生署推行的「長者醫療券」、由醫管局營運的「社區健康中心」等措施，便是在此背景下開展。

衛生署亦於2010年9月成立「基層醫療統籌處」，由食物及衛生局、衛生署、醫管局的醫護專業及行政人員組成，負責支援和統籌基層醫療的發展、推行基層醫療發展策略及行動。2010年12月，食物及衛生局發表《香港的基層醫療發展策略文件》，列出多項發展策略，包括：發展跨專業醫療服務團隊、加強預防性的方針以應付主要疾病所帶來的負擔、加強跨界別協作以改善優質醫療服務的供應、著重以人為本的醫療服務和提升病人能力，等等。近年，基層醫療發展更多是著重於預防醫學，例如：2014年推出的「大腸癌篩查先導計劃」、2016年透過關愛基金資助的「免費子宮頸癌疫苗注射先導計劃」，及正籌劃推行的「資助合資格低收入婦女接受子宮頸癌篩查及預防教育先導計劃」。

回顧由1990年至今的發展，政府已較為著重基層醫療，不過距離《宣言》的理想－由跨專業團隊於就近的社區中提供健康促進、疾病預防、早期治療、社區康復等服務，令市民達致全人健康－仍然頗遠。現時政府提供的基層醫療措施，仍然是個別的醫護人員向求診者提供一次性的醫療服務，例如，醫療券資助了長者接受各種私營醫療服務（如治療偶發疾病、接受牙科服務、驗眼配眼鏡等），而非鼓勵長者與醫護人員建立長遠持續的伙伴關係及進行疾病預防的身體檢查。另一個例子去闡述這個現象是，社區健康中心只於建築物內為求診市民提供多種治療及專職醫療服務，而非同時以外展方式，加強與區內居民的連繫，於社區提供便利居民的醫療服務；又例如，全港三間婦女健康中心只為婦女提供健康檢查，沒有連繫地區的婦女服務或家庭服務機構社工，共同跟進伴隨著婦女健康問題而產生的社會服務需要。

由此可見，醫療體系如要朝著基層醫療的方向進一步發展，便應以跨專業團隊的形式（包括醫療專業、社工相關專業及病人團體）進入社區，與區內社群及居民建立持續的健康伙伴關係，促進居民健康、為居民預防疾病；並令居民遇有健康需要時，可隨時向團隊求助，接受早期治療或社區康復服務。

圖一：有關基層醫療發展的重要政策和文件



2005：

時任衛生福利局局長周一嶽醫生發表《創設健康未來》討論文件，重申香港應創設健全的基層醫療系統

2008：

政府基於《創設健康未來》的討論結果，發表《掌握健康掌握人生》醫療改革諮詢文件，當中提出制訂基層醫療服務的基本模式、設立家庭醫生名冊等加強基層醫療的建議

2008—09：

時任行政長官曾蔭權在2008/09年度施政報告中公布一系列改善基層醫療的措施，包括成立基層醫療專責小組、制訂著重預防護理的基層醫療服務模式、推動以家庭醫生概念為本的基層醫療名冊，等等

2010年：

衛生署成立「基層醫療統籌處」，負責支援和統籌基層醫療的發展、推行基層醫療發展策略及行動；

食物及衛生局發表《香港的基層醫療發展策略文件》，列出多項發展基層醫療之策略，包括：發展跨專業醫療服務團隊、加強預防性的方針以應付主要疾病所帶來的負擔、加強跨界別協作以改善優質醫療服務的供應、著重以人為本的醫療服務和提升病人能力，等等

(三) 醫療體系的資源分配

除了上述醫療策略的發展回顧外，我們亦應注意醫療體系的資源分配。自2008/09年度，政府再次發展基層醫療工作後，衛生署基層醫療服務的開支由2008/09年度的約16億元逐步增加（為方便比較及計算開支預算，基層醫療服務只包括兩個開支項目：衛生署的「疾病預防」，如「長者醫療券」；及「促進健康」，如健康教育）。當時財政司司長亦於財政預算案為2009/10至2012/13年度預留29億元，支援各項涉及衛生署及醫管局的基層醫療改革措施，包括一系列加強支援長期病患者的基層醫療服務試驗計劃、長者醫療券試驗計劃、各項疫苗資助計劃、設立社區健康中心或網絡、加強基層牙科服務和促進口腔健康等。直至2017/18年度，衛生署有關基層醫療服務開支預算已達50億元（見表一）。

表一：基層及第二重醫療的開支預算（百萬元）及比率

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
衛生署 基層醫療	1,603.6	2,203.1	1,816.6	2,037.4	2,513.2	2,988.1	3,269.8	3,402	4,261.4	5,068.6
醫管局	30,462.2	33,041.4	34,364.9	38,553.3	42,886.9	46,180	47,973	49,876	51,588.9	55,283.0
衛生開支	32,586	35,692	36,923	39,904	44,672	48,765	52,373	54,502	57,288	61,935
衛生署基層 醫療開支與醫 管局開支比例	1:5.3	1:6.7	1:5.3	1:5.3	1:5.9	1:6.5	1:6.8	1:6.8	1:8.3	1:9.2
基層醫療佔衛 生開支 百分比 (%)	4.9	6.2	4.9	5.1	5.6	6.1	6.2	6.2	7.4	8.2

資料來源：政府2008/09年度至2017/18年度的財政預算案

如將衛生署的基層醫療開支預算與醫管局的作比較，可見前者多年以來只是後者的約5%至6%。隨著近兩年因長者醫療券增加資助金額及降低合資格年齡，有關預算在衛生署「疾病預防」項目內有所增加，才令基層醫療預算對比醫管局的比率上升至8%至9%。不過，只有少於一成的長者使用醫療券作為預防性及復康護理服務（立法會，2015），新增開支是否有效達致促進健康及預防疾病等基層醫療的目的，乃成疑問。無論如何，基層醫療的開支仍遠低於第二重醫療的開支。

從表一可見，基層醫療仍未作為醫療體系的重點。雖然衛生署有關基層醫療服務佔整份衛生開支預算百分比由2008/09年度不足5%增至2017/18年度超過8%，但仍少於十分之一，難以顯示政府有意志調動資源發展基層醫療。雖然國際間對基層醫療佔整體政府衛生開支沒有公認的水平，但美國及英國曾有研究反映基層醫療的開支佔當地衛生開支10%至24%不等（Smith et al., 2013; Gold & Park, 2016）。

政府日後應額外撥款以發展基層醫療，使基層醫療與醫管局的預算更為貼近。政府更可考慮以健康表現為本（health-outcome-based）取代現在服務活動為本（activity-based）的撥款模式，資助醫管局，要求醫院聯網為該區居民的健康表現負責，使前線醫院在提供醫院及專科門診服務之餘，也要盡力維持區內居民的健康狀況。

（四）總結

行政長官林鄭月娥在競選政綱已提出要以「理財新哲學」的角度，推行預防性醫療，以投放資源防患於未然。林鄭月娥對基層醫療應該不會陌生，因為1990年的「基層健康服務工作小組」報告書正是由她負責撰寫。在今年施政報告的諮詢期期間，政府已表明會推動基層醫療工作，包括設立有關的諮詢委員會，吸納各界對基層醫療的意見；又會增設社區護士診所，加強健康教育、疾病預防的工作等。值得指出的是，基層醫療的發展並不應只由醫護專業人員為主導，有關的諮詢委員會應廣納醫療及社會服務團體代表的意見，更應有病人組織及社區團體代表共同出謀獻策。另外，社區護士診所的專職人員亦不應固步自封於一室之內提供醫療服務，而應走進社區與居民建立健康伙伴關係。

在近二十年來的醫療改革討論中，政府常常強調基層醫療的重要性，但至今仍未見大力發展。黃帝內經有云：「上工治未病」。多屆政府均未達「上工」，對基層健康欠缺整體政策及規劃，未能扭轉對第二重醫療的依賴，仍以「治已病」的策略為健康衛生政策的主軸。在此期望新一屆政府的第一份施政報告能表明對基層醫療的承擔，轉以「治未病」的策略為主軸，並增加相關撥款，令市民達致全人健康。

社福界常嘆「服務跟災難走、同工跟合約走、服務對象無路可走」。香港的醫療體系則是「資源跟疾病走，服務跟醫院走，病人在社區無路可走」。林鄭月娥上任的第一天，說她自己是特區的第一責任人，要帶領香港再創輝煌，任重道遠。須知道市民活得健康，社會才有力再創輝煌，促進市民健康，同樣任重道遠。

參考資料

- Gold, S.B. & Park, B.J. (2016). *Effective Payment for Primary Care: An Annotated Bibliography*. Starfield Summit.
- Gould, D. (2006) . “A Historical Review: The Colonial Legacy”, in Leung, G.M., Bacon-Shone, J. (ed.) *Hong Kong’s Health System: Reflections, Perspectives and Visions*, pp. 20-26.
- Rao, M. & Pilot. E. (2014). The Missing Link – the Role of Primary Care in Global Health. *Glob Health Actions*, 7(10). doi: 10.3402/gha.v7.23693.
- Shi, L. (2012). The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*, 2012(432892). doi: 10.6064/2012/432892.
- Smith, J., Holder, H., Edwards, N., Maybin, J., Parker, H., Rosen, R. & Walsh, .N. (2013), *Securing the future of general practice: new models of primary care*, Retrieved from <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/securing-future-general-practice>.
- 立法會衛生事務委員會 (2015)。立法會秘書處為2015年11月16日會議擬備的背景資料簡介：長者醫療券計劃。檢自：<http://www.legco.gov.hk/yr15-16/chinese/panels/hs/papers/hs20151116cb2-235-9-c.pdf>.
- 財政司 (2008)。二〇〇八至〇九年度政府財政預算案。
- 財政司 (2009)。二〇〇九至一〇年度政府財政預算案。
- 財政司 (2010)。二〇一〇至一一年度政府財政預算案。
- 財政司 (2011)。二〇一一至一二年度政府財政預算案。
- 財政司 (2012)。二〇一二至一三年度政府財政預算案。
- 財政司 (2013)。二〇一三至一四年度政府財政預算案。
- 財政司 (2014)。二〇一四至一五年度政府財政預算案。
- 財政司 (2015)。二〇一五至一六年度政府財政預算案。
- 財政司 (2016)。二〇一六至一七年度政府財政預算案。
- 財政司 (2017)。二〇一七至一八年度政府財政預算案。
- 基層健康服務工作小組 (1990)。《人人健康, 展望將來》。
- 聯合國世界衛生組織 (1978)。《阿拉木圖宣言》。
- 聯合國世界衛生組織 (2008)。《世界衛生報告》。

一個真正健康的香港： 建設以社區為本的跨界別基層醫療系統

醫護行者

健康人權與健康公平

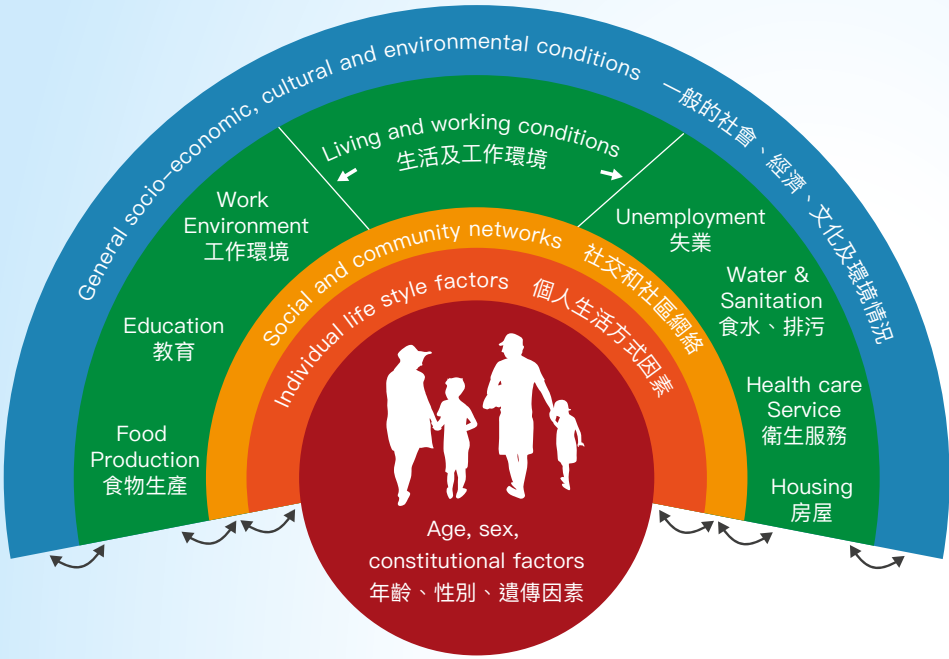
健康是人人的願景，也是基本人權－《經濟、社會及文化權利國際公約》明確表明「人人有權享有能達到的最高的體質和心理健康的標準」(OHCHR, 2008)。「健康人權(right to health)」並非指每個人應有同等健康，畢竟健康是由基因、個人選擇、社會環境等因素構成。「健康人權」意指政府有責任營造合適的社會環境，讓市民享有平等機會獲得健康。社會環境除了包括醫療系統，還有其他「健康的社會決定性因素(social determinants of health)」，例如工作環境、居住環境、教育、法治等(見圖一)。然而，對於弱勢社群，要獲得健康，談何容易？

香港人的平均壽命是全球之冠，男女歲數分別高達81歲和87歲，高於瑞典和日本。然而，平均數字的背後未能反映社會和健康差異(disparity)。舉例說，香港的人均本地生產總值高達四萬二千美金(比日本、法國更高)，繁華背後，堅尼系數亦再創新高，成為全球貧富懸殊第二嚴重的城市。假如健康也有「堅尼系數」，香港的表現又如何？事實上，國際社會對於健康差異的研究早已非常成熟。研究顯示，越貧富懸殊的國家，其健康及社會問題上越嚴重(見圖二)。世界衛生組織稱這種健康上的差異為「健康不公平(或稱「衛生不公平」)(health inequity)」，意指國家之間或國家內不同社群中那些可避免、非必然、不公平的健康差異(Whitehead, 1991)。這概念在過去二三十年間得到充分科學印證，而「健康公平」的目標更滲透至英國、澳洲和台灣等地的政策層面。

醫護行者是香港註冊的人道倡議組織，願景是消除社會上的健康不公平。我們一直關注弱勢社群的健康(包括在職貧窮、基層長者、少數族裔和難民等)，透過「服務、研究、倡議」為循環的行動模式為他們爭取在健康醫療上的權益，並以社群健康為本，深入檢視香港醫療系統被忽略的問題－到底香港何以陷入今天的醫療困局？為何政府不斷增加醫院人手卻未能讓香港人得到真正健康、遠離病患？

基層醫療(primary health care)的最終目標是提升整體人口健康，讓每位市民獲得全面、全人和協調的醫療服務，包括疾病預防及治理。本文將透過我們的社區經驗與洞察，分析香港醫療系統的六個根本性問題，並提出如何建設以社區為本的跨界別基層醫療系統。

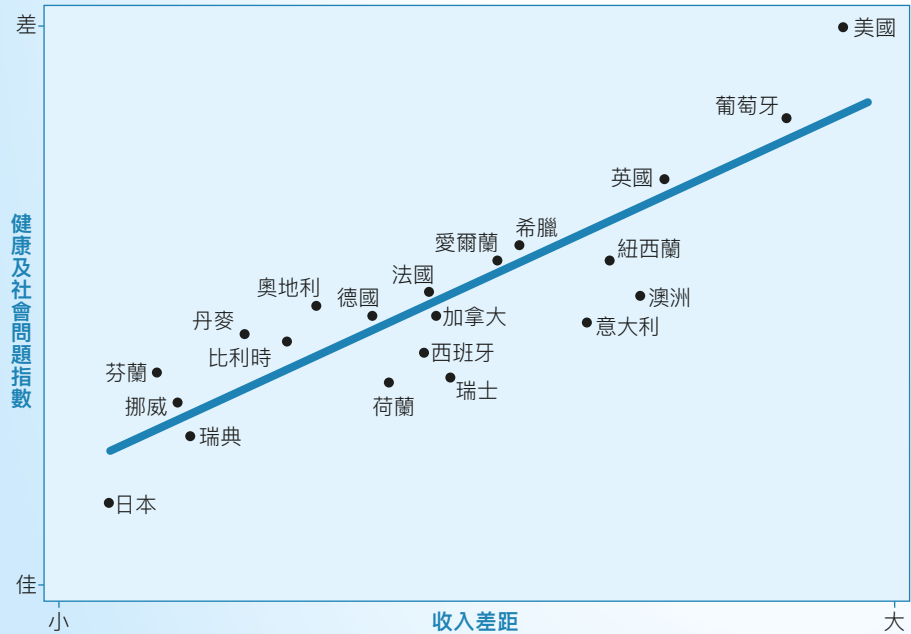
圖一：健康的社會決定性因素



資料來源：

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Future Studies

圖二：各國收入差距與健康及社會問題的關聯



資料來源：

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level*. London: Allen Lane

社區經驗與洞察：醫療系統未能讓弱勢社群獲得適切服務

各個「健康的社會決定性因素」並非獨立存在，而是環環相扣，當中以「醫療衛生服務」為最明顯與健康相關的一環。從我們的地區服務經驗所得，市民最切身的問題是在使用醫療服務時所遇到的困難。進入醫療系統是使用的第一步（一般指基層醫療層面），也是確保平等健康人權的最重要一環。為了更深入了解這個情況，我們於2016年在各區進行了焦點小組訪談（包括葵涌、深水埗、土瓜灣、天水圍等），探討基層市民求醫的情況。採用「使用醫療服務」的學術研究框架（5As Framework），訪談重點如下（Levesque, Harris & Russell, 2013）：

- 一、**可接近程度（Approachability）**：基層市民普遍不熟悉公營醫療架構，例如分不清醫院管理局（醫管局）及衛生署分別營運什麼診所，也不清楚「賽馬會診所」是否屬於公營。另外大部分受訪者亦不知道最鄰近自己的公立夜診診所，更不知道有星期日及公眾假期開放的公立診所。
- 二、**可接受程度（Acceptability）**：受訪者普遍接受公營服務，但最常見的困難是普通科門診電話預約系統經常額滿，不同的醫管局聯網亦有差異，例如電話預約系統是否在一所診所額滿後自動尋找鄰近有診期的診所。
- 三、**可使用程度（Availability）**：對於不少全職低收入受訪者而言，工時長加上難請病假導致他們難以在政府門診開放時間內求診，也有受訪者表示夜診診所地點少而且不方便，私家夜診更是昂貴而數量不多，因此，部分低收入人士別無選擇下唯有在下班後前往急症室候輪求診。我們服務的少數族裔亦表示電話預約只提供中英文選項，令部分人難以使用服務。
- 四、**可負擔程度（Affordability）**：絕大部分基層市民缺乏醫療保險，難以負擔昂貴的私家診所，唯有首選普通科門診。當預約不到公立診所，他們便會前往公立醫院急症室或自行買藥，常見的例子是低收入父母仍會帶孩子到私家診所求醫。就直接開支而言，不少受訪者不知道在公營系統可以申請醫療豁免；就間接成本而言，不少基層市民缺乏有薪病假，導致「手停口停」，因此求診意欲薄弱。
- 五、**合適程度（Appropriateness）**：不少受訪者表示專科門診覆診預約等候時間偏長，亦有受訪者表示各個專科之間缺乏協調，部分專科醫生的診症範圍只限於所屬專科，加上會診時間倉促，因此病人沒有深入而全面的照顧，難以理解自己的病情和身體狀況（醫護行者，2016）。

短期而言，上述的困難中有一部分是當局能夠透過行政及執行手段改善的，例如加強公眾宣傳以鼓勵基層市民使用醫療豁免機制及公眾假期開放的普通科門診服務、增設網上或手機程式預約途徑以改善普通科門診電話預約機制、安排各聯網內的普通科門診診所輪流提供夜診服務以改善地域不均問題等。紓解基層市民使用公營基層服務的困難有助改善現存的健康不公平現象。

長遠而言，縱使醫療技術、服務水平不斷提升，但醫療服務模式並未緊隨香港社會的生活模式轉變、人口老化而改變，直接而言，似乎「不夠貼地」？事實是，上述不少問題源於香港醫療系統根深蒂固的缺陷 – 將醫療問題狹窄及短視地看成是「治療疾病」的問題（例如醫院病床數目、醫生護士人手），缺乏「保持健康、提升健康」的宏觀及長遠目光以改善市民的整體健康、減少市民使用醫院的需要。在人口老化的社會，我們希望自己和家人每天享受健康生活，還是經常進出醫院？

這種短視及狹窄的醫療系統觀念充分反映在近日的醫療事件討論上。例如，醫管局於2016年12月通過增加急症室服務收費的建議，明言調整收費「可促使部分半緊急及非緊急類別病人考慮使用其他合適的醫療服務，以舒緩急症室壓力」，目的是改善所謂市民「濫用」急症室的情況。然而，從我們的經驗及焦點小組訪談所得，不少曾到急症室求診並被分流為半緊急及非緊急類別的基層市民，是由於沒有其他選擇下才使用急症室服務。急症室負荷過重只是表面徵狀，根本問題在於基層市民缺乏基層醫療選項。

香港醫療系統的根本性問題

全港在職住戶之中約10%屬於在職貧窮戶，重整醫療系統的誘因之一當然包括改善基層市民的健康，但醫管局現時提供全港近90%的住院服務（以病床使用日數計算），使用者包括不少中產人士，因此改善醫療體制其實能夠惠及整體人口（香港樂施會，2012；食物及衛生局，2015）。事實上，任何有關公營醫療體系的討論都容易觸動社會，例如，上半年鄧桂思女士換肝事件中，有關醫管局遺漏處方肝炎藥物及延誤公布事件引來各界激烈討論，甚至是互相指責。面對這種相互對立的景象，加上病人及醫護之間不理想的溝通，難免影響彼此的信任和尊重。公營醫護人員受制於指定的量性指標，專科之間又過於分割，從而影響了服務素質。另一方面，短暫的診談令病人無法完全表達自己的健康狀況，尤其是草根階層或有溝通困難的病人（例如少數族裔），形成惡性循環。一兩分鐘的診症時有聽聞，究竟有多少病人能夠理解自己的病情、應該怎樣配合治療？若要打破現時「三輪」的醫療困局（政府、醫護人員、病人），各方必須重新建構制度。

香港人口急劇老化，公營醫療系統飽受壓力，早前公佈的《醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告》（食物及衛生局，2017）更推算2030年本港各個醫療專業都面對龐大人手短缺。政府於本年度增加了32億公共醫療開支，但撥款不可能無止境增加。「健康生活」不是口號，若然基層醫療把關不力，可以預見將來對專科醫生、住院服務等醫療需求沒完沒了。我們當然不反對增加醫管局撥款和醫院人手，但若然思維上沒有改變，即使再多的資源，現行的醫療系統也難以滿足持續增加的社會需要。

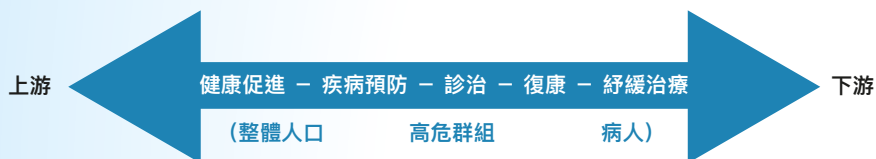
我們希望拋磚引玉、集思廣益，故提出以下六個香港醫療系統的結構性問題。

第一，側重治療醫學，忽視預防醫學。醫療健康服務可通過上游至下游的持續照顧模型來理解（見圖三），現時社會的討論主要針對較為下游的治療醫學，忽略上游的預防醫學，加劇後續的治療與康復服務需求。公眾對於「預防醫學」的概念時有誤解，推廣健康的資訊亦未能有效促使公眾改變行為習慣。例如近年政府推出的大腸癌篩查先導計劃廣受市民歡迎，合資格人士可以免費得到大腸癌篩查服務，有助及早發現大腸癌高危人士，值得表揚。然而，將大腸癌篩查等同於預防醫學是過於簡單。「預防醫學」實分為三個層次：第一級、第二級和第三級預防。篩查屬於第二級預防，目的是及早偵測及診療，而第一級預防則以防止發病為目的，因此才是預防醫學的重中之重。以大腸癌而言，第一級預防主要針對改變行為習慣，例如增加蔬果攝取量及運動量等。每人應對生活選擇負責任，但營造社會環境讓市民作出有利自身健康的決定卻是政府的責任。英國政府補貼經濟貧乏社區的家庭購買新鮮蔬果，就是針對第一級預防的政策。香港政府設立的「降低食物中鹽和糖委員會」受到部分公眾質疑，從預防醫學的角度而言，其實是良策，值得肯定。香港下一步應該訂立更具體的實質措施（例如簡化營養標籤，參考澳洲以紅、綠、橙三種顏色標示食品中的營養價值），並向市民公布及解釋背後理念，就如吸煙危害健康；同樣地，過分攝取鹽、油亦增加三高風險，那為何「食物安全」只顧及傳染病而忽略長期病患（Department of Health and Human Services of Australia State of Victoria, 2016）？

第二，醫療服務以醫院為本而非以社區為本。社區為本（community-based）及居家為本（home-based）的服務模式在國際醫療系統中越見重要，尤其是面對人口老齡化的社會，香港長久以來以醫院為中心的發展模式已經不合時宜（World Health Organization, 2004）。香港公營醫療服務由醫管局及衛生署提供，政府自2001年把衛生署轄下的普通科門診移交醫管局負責營運。現在衛生署所提供的直接診所服務只有少量專門服務，例如母嬰健康院、美沙酮診所等。醫管局因而成為香港市民的主要公共醫療服務提供者。然而，醫管局作為法定團體，根據《醫院管理局條例》，其職能是管理及發展公營醫院，因此其服務發展重點一直以「醫院」為核心，而非「社區」。以近年為例，市民對啟德醫院、天水圍醫院、香港兒童醫院都耳熟能詳，但對天水圍、觀塘、北大嶼山的「社區健康中心」卻未有所聞 – 天水圍社區健康中心是一棟三層高的建築物，然而不少當地居民並不知悉，可見醫管局對於社區醫療服務的宣傳及重視力度不足（立法會，2017）。公眾對兒童醫院似乎相當期盼，但關注兒童健康是否限於醫院？家庭、照顧者、社區的配套亦非常重要，對於長者亦然。其實社區中不乏由非牟利機構營運的健康服務，例如基督教聯合那打素社康服務、基督教靈實協會、香港基督教循道衛理聯合教會等，是公私營服務以外的第三股力量，然而它們所發揮的角色甚少被提及，更遑論支援。

第三，醫療文化崇尚專科而忽視基層醫療。完善的醫療系統應建立在健全的基層醫療（醫療服務的第一接觸點）之上，有需要的病人則被轉介到專科，以至住院服務（見圖四）。一直以來，公眾及當局普遍慣性依賴專科提供醫療服務，而大學醫學訓練中涉及基層醫療的時間極少，全港約一萬四千名醫生中只有四百多名考取家庭醫學專科資格，社會整體忽視基層醫療在健全醫療體系中的核心角色。這種「專科文化」把一名病人切割成不同部分，然後交由不同專家負責管理，缺乏協調，與「病人為本」的精神背道而馳，思維改變刻不容緩。根據醫管局年報，去年在「基層醫療服務」及專科門診服務上分別投入了30億元及86億元，其所指的「基層醫療服務」包括普通科門診及家庭醫學門診（醫院管理局，2016）。事實上，基層醫療不限於此，專職醫療服務以至中醫診所、社康護士、勞工處的職安健診所也屬於基層醫療範圍。將病情穩定的個案交由基層醫療及跨專業團隊管理，專科醫生便能騰出更多時間及資源來照料病症較複雜的病人，因此投資於基層醫療以及早診治疾病才是長遠降低醫療及社會開支的方針。

圖三：持續照顧模型



資料來源：

World Health Organization Regional Office for Europe (2016). Integrated care models: an overview. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf

圖四：醫療系統的三個層次



資料來源：

Evashwick, C. (1989). Creating the continuum of care. *Health Matrix*, 7(1), pp. 30-9

基層醫療統籌處 (2017)。基層醫療及家庭醫生的概念。檢自：http://www.pco.gov.hk/tc_chi/careyou/concept.html

第四，醫生以外的專業醫療人員角色薄弱。除了醫生（西醫、中醫）及牙醫以外，護理及專職醫療人員多達二十多種，包括助產士、護士、物理治療師、職業治療師、言語治療師、藥劑師、營養師、視光師、臨牀心理學家等。每個醫療專業在促進病人健康或復康的過程中扮演重要角色，「跨專業」醫療團隊亦成為醫學界近年盛行的術語。醫管局雖然有不少跨專業的團隊，但是在社區基層醫療層面仍然是以醫生為中心，而「單打獨鬥」的私家醫生亦缺乏跨專業團隊的支援。實際上，香港醫療系統及文化仍然以醫生為主導，不少專職醫療人員未能在社會上充分發揮其角色，無助於改善現行醫療系統負荷過重的現象。例如，藥劑師在美國、英國、澳洲等地是基層醫療中的重要一環，當市民只有輕微不適（如傷風感冒）時會首先接觸藥劑師，而非醫生，而藥劑師能夠給予合適藥物及建議，若病情較嚴重或複雜才需轉介病人至醫生。至於物理治療師，香港法例不容許市民直接求診，需要有醫生轉介信，使病人需要等候更長時間且付額外診費才能接受物理治療，而外國已經採納物理治療師免轉介的模式多年。視光師、護士在外國亦在醫療系統中擔當更多的角色，有助分擔醫生繁重的工作。面對香港醫生人手短缺的現象，提升護理及專職醫療人員的角色、推廣「跨專業」的醫療文化，不但有助減少市民的等候時間，亦有助醫生專注地處理較複雜的病症，將疾病預防、管理、復康等照顧職責交由護理及專職醫療人員承擔。

第五，醫療界與社福及其他界別協調不足。正如「健康的社會決定性因素」彩虹圖所顯示，宏觀政策如工時、工作環境、社福支援等，與社會健康有莫大關連，而世界衛生組織亦提倡政府在制定政策時考慮它們對健康所造成的影響（Health in All Policies）（World Health Organization, 2014）。政府致力將香港發展為「智慧城市」、「一帶一路」的中樞，另一邊廂港珠澳大橋工程卻發生多宗工業傷亡，香港的長遠發展可否也加入「健康」的元素？歷史上，醫療和社福兩個政策局在各地一直分分合合，可見兩者關係緊密。現時香港醫療和社福服務由兩個不同的政策局管轄，分割的弊端在社會福利署管轄的安老院舍尤其明顯：醫院與社區提供的服務缺乏連貫性，以致長者未能獲得理想的醫護服務；類似情況也影響其他社群，例如慢性病患者及殘疾人士。事實上，除了社福範疇，其他領域皆與健康息息相關。另一個清晰的例子是工傷工友，理想出路是獲得合理補償之餘能夠重投職場，然而判傷、索償、復康歷程漫長且複雜，關乎勞工權益、工作環境、復康服務、法律支援等不同面向，對基層人士而言尤其困難，導致部分基層工友放棄追討、復康不理想、亦無法重返職場，對個人、家庭、以致社會構成莫大損失。但由於醫療專業人員在訓練時對於非醫療範疇的認知不強，病人往往難以獲得全人照顧。

第六，病人在醫療診治中角色被動。在病人與醫護間的關係中，病人長久以來被視為「受患者」，傳統稱之為「病人角色（sick role）」，強調對醫護人員指示的服從，缺乏參與決定。最近這二三十年，「醫病共享決策（shared decision making）」開始在醫療界成為主流，提倡醫護人員與病人共同制訂治療決定的模式，但前提是醫護人員須將治療選項的利弊清楚向病人解釋，讓病人在掌握足夠資訊的基礎下平衡自身情況、個人優次而作出選擇（Elwyn et al., 2012）。醫病共享決策的模

式當然理想，但在香港的現狀下難以實現，因為醫護人員與病人的會面時間短促，而且公眾的醫療知識（稱為「健康識能 (health literacy)」）普遍薄弱，有研究顯示香港在11個國際地區中排在榜尾，比起新加坡、馬來西亞、泰國、菲律賓還低 (A.S. Watson Group, 2017)。病人缺乏參與、健康識能低，有損病人的疾病管理能力及精神健康，形成惡性循環。不少國家已經將健康識能及病人賦權視為醫療系統中的重要發展政策，例如澳洲制定了《國家健康識能聲明 (National Statement on Health Literacy)》，而英國亦越來越多門診為病人提供網上瀏覽病歷服務，鼓勵病人參與管理自身健康。

建設以社區為本的跨專業、跨界別基層醫療系統

我們希望鼓勵各方共同以長遠、宏觀的角度審視香港醫療系統以重新制定發展方針。作為一個在社區工作的醫護社福機構，我們嘗試提出一個新的基層醫療模式，引起社會關注及討論（見圖五）。我們提出的模式旨在營造一個新的基層醫療景象，以地區為本建立跨專業、跨界別的社區醫療系統，強調公營、私營、民間機構的合作與協調，由獨立於醫管局、具透明度的架構負責統籌，定期與地區團體、居民舉行諮詢以了解本區醫療需要，協調各機構整合本區服務或發展新服務。主要目的是加強以社區為本的跨專業基層醫療服務，並透過醫療界別與其他界別的合作增強區內預防醫學的實施以促進社區健康。預期成果除了降低社會長遠醫療成本，還有助「減少」市民因病受苦（而非單純地「處理」病苦），構建更健康、更快樂的香港。

圖五：一種以社區為本的跨專業、跨界別基層醫療模式



政府角色：

- 透過重點發展基層醫療，重新確立其在香港醫療系統的主導角色，將醫療服務從醫院及專科層面帶回社區基層醫療層面。現時，公營、私營、非政府機構提供各類型的醫療服務，政府應牽頭帶領各方朝著同一大方向發展；
- 在醫療人力規劃時應考慮增加家庭醫生的比重，增加公私營的基層醫生人手供應；
- 釋放護理及專職醫療人員擔任更多基層醫療的角色（例如專職護士、社區藥劑師），讓他們照顧社區裡病情穩定的長期病患者或病情未嚴重至需要向醫生求診的病人；
- 在制定長遠政策時應加入對公眾健康影響的考慮（類似環境影響評估的概念），將促進健康的理念融入發展及政策當中，各政府部門因而應有相應的公共衛生基本常識；
- 在擴展公私營協作、發展社區醫療系統的同時，應投入相應資源予公營、私營、非政府機構發展，亦有責任監管私營及非政府機構，確保所提供的醫療服務達到合理水平及質素。

統籌者角色：

- 設立恆常諮詢平台讓政府了解社區健康需要，因每區的人口結構、醫療需要各有不同，理念可參考社聯與社署合辦的「福利議題及優次建議」會議，有助政府評估各區所需投放的資源；
- 主動擔當地區諮詢工作及配對角色，連結不同持份者（包括醫管局、衛生署、社署、私家醫生），鼓勵社區人士、弱勢社群參與，反映地區健康需要，開拓各種醫社合作的可能性。事實上，這種模式並非未有所聞，例如香港東聯網就有多年的醫社合作經驗，然而缺乏統籌者牽頭及政府資源投入，難以在各區開枝散葉；
- 社區裡公營、私營、非政府機構提供的基層醫療服務零散，市民難以掌握完整的地區醫療服務資訊，統籌者則可以擔當整合及發放資訊的角色，增加資訊透明度，鼓勵市民使用基層醫療服務；
- 加強基層醫療各專業範疇、醫療界別與其他界別的協作，例如個案轉介、共同護理等，制定基層醫療工作指標並監察服務成效。地區跨專業基層醫療網絡可以當區非政府機構為主，促進醫療人員與社福同工合作的各種可能性，以及支援「單打獨鬥」的私家醫生，以病人為中心照顧其身心社靈健康。

社聯、社福界角色：

- 如上所述，醫社關係緊密，不同群體各有特性（例如少數族裔、在職貧窮人士），因此在醫療服務提供健康推廣時，若能夠掌握其特性，對於有效落實健康行為改變有莫大作用。社福機構正好已經匯聚了不同的社群，並且對受惠社群的特性及需要瞭如指掌，實可在社區基層健康中發揮重要角色。社聯建立了強大的社福界網絡，有潛力支援並提升社福機構在社區健康的角色，例如培訓同工掌握基本醫療知識、協助機構策劃社區健康項目等，從而發揮非牟利機構作為醫療系統中的第三股力量，包括疾病預防、檢測、復康等從上游至下游的持續照顧。

大專院校角色：

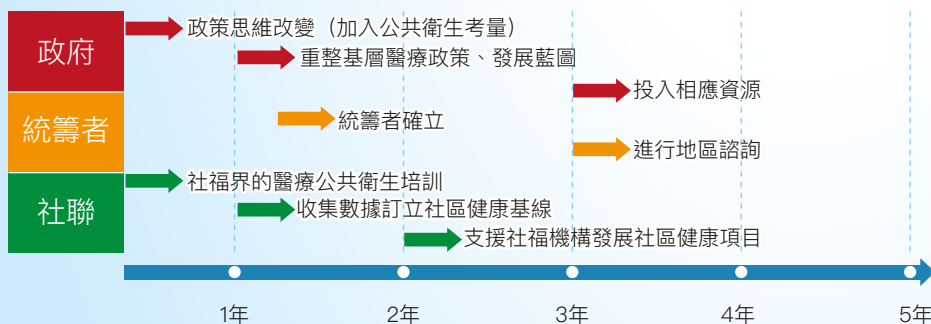
- 醫學院、護理學院應增強有關公共衛生以及社會科學的教育，改變現時偏重專科的醫療文化，而社工學系、公共政策學系等亦可以加入公共衛生的元素，尤其是「健康的社會決定性因素」的概念，促進未來醫社合作、「Health in All Policies」的實現。要改變現時社會的醫療文化，必須多管齊下，每個界別均須意識到其工作對社會各階層健康的正負面影響。

事實上，外國經驗已經證實類似的社區醫療模式有助改善各項健康指標，並且帶來經濟效益。2012年，英國政府在全國各地設立多於二百個醫療委員會小組（Clinical Commissioning Groups）為法定組織，負責規劃及委託地區內的基層醫療服務，並促進跨界別合作。這個模式不但改善居民的健康水平，更證實能夠降低社會成本（NHS Clinical Commissioners, 2016）。較近年的例子是澳洲政府於2015年在各個州份設立了三十一個基層健康網絡（Primary Health Networks），目的是提升醫療服務的效率，針對改善基層醫療提供者與其他醫療服務單位的協作（Australian Government Department of Health, 2016）。而且澳洲的中央政府亦於2008年立例要求地區政府將公共衛生及健康促進納入恆常工作當中，其政府對健康促進的重視程度可見一斑（Elwyn et al., 2012）。

結語

香港作為高度發達的經濟體，應該更重視市民的健康人權，並更有效運用公帑，以社區為本加強基層醫療，本著「健康的社會決定性因素」的概念促進整體社會健康。香港貧窮人口接近100萬，高度集中資源發展專科及以醫院為本的健康醫療政策已不合時宜，重新構建基層醫療系統不只有助促進基層市民的福祉，更是長遠保持及提升香港整體健康的良方。這並不只惠及基層，更惠及所有香港人！健康為社會發展之本，我們不怕人口老化，但怕一個充積着病、傷、殘、窮而又缺乏社區資源支援的社會，減少（而非單純處理）病苦才是長久良方。我們期望新任特區政府在五年任期內，本著「管治新風格、政府新角色、理財新哲學」的理念，在醫療健康這個關乎所有人的重大社會議題上有勇有謀，創出新局面（見圖六）。

圖六：重整基層醫療系統的里程碑提議



- A.S. Watson Group. (2017). A.S. Watson Group Announces Global Health Research Results: Friday April 7th, 2017.
- Australia State of Victoria, Department of Health and Human Services. (2016). Healthy choices: food and drink classification guide. Retrieved from <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/Healthy-choices-food-and-drink-classification-guide>
- Australian Government Department of Health (2016). Primary Health Networks: Grant Programme Guidelines.
- Australia State of Victoria, Department of Health (2013). Guide to municipal public health and wellbeing planning.
- Dahlgren G, Whitehead M (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Future Studies.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), pp. 1361–1367. Retrieved from <http://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Evashwick, C. (1989). Creating the continuum of care. *Health Matrix*, 7(1), pp.30-9.
- Levesque JF, Harris MF, Russell G (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18). doi: 10.1186/1475-9276-12-18.
- NHS Clinical Commissioners (2016). Shaping healthy cities and economies: The role of clinical commissioning. Retrieved from <https://www.nhscc.org/policy-briefing/shaping-healthy-cities-and-economies/>
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (2008). The Right to Health (Fact Sheet No. 31).
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), pp.217–228.
- Wilkinson, R., Pickett, K. (2009). *The Spirit Level*. London: Allen Lane.
- World Health Organization (2004). Comprehensive Community- and Home-based Health Care Model, SEARO Regional Publication No. 40.
- World Health Organization (2014). Health in all policies: Helsinki statement, Framework for country action.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2016). Integrated care models: an overview. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
- 立法會（2017年1月11日）。《十七題：社區健康中心的基層醫療服務》。
- 食物及衛生局（2015）。《醫院管理局檢討督導委員會報告》。
- 食物及衛生局（2017）。《醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告》。

- 香港樂施會（2012）。《香港貧窮報告：在職貧窮家庭狀況報告（2003–2012）》。
- 基層醫療統籌處（2017）。基層醫療及家庭醫生的概念。檢自：http://www.pco.gov.hk/tc_chi/careyou/concept.html
- 醫院管理局（2016）。《醫院管理局年報 2015–2016》。
- 醫護行者（2016）。在職貧窮醫療服務使用研究。



香港理工大學醫療及社會科學院前副院長

佘雲楚博士

引言

香港醫療制度雖然常被一些評級機構視為一個極具成本效益的制度，但在醫學霸權（medical monopoly）的籠罩下仍有不少較為隱性的社會成本，值得大眾關注。一個由醫生主導甚至壟斷的醫療制度會帶來甚麼惡果呢？這問題可從兩方面探討。第一方面是一些涉及原則性的問題。一個由專業人士或專家所把持的社會是一個本質上反民主、反平等和違背公義的技術官僚體制（technocracy）；單就這點便足以令我們對任何專業霸權或專家政治持有戒心。第二方面是香港醫學霸權在具體運作上比較容易出現或導致的問題，例如輕視基層醫療服務的角色、缺乏提供足夠長期護理照顧服務的承擔、窒礙其他醫療專業的發展、醫療服務制度欠缺對醫療成功或失效的量度、透明度及問責等。本文嘗試指出香港醫學霸權帶來的八大問題。由於醫學霸權本身乃建基於所謂「專業自主權」的迷思，本文下一部分先討論有關「專業自主」的觀點和迷思，最後一部分則會討論其餘七個醫學霸權所引起的不良後果。

（一）「專業自主」的迷思

醫學霸權的反民主、反平等和違背公義的本質，很大程度是建基於對「專業自主權」的誤解與迷思。甚麼是「專業自主」？專業人士又應否享有所謂的「專業自主權」？這些問題基本上預設了「專業」是一種與別不同的職業。這觀點認為「專業」是一種與別不同的職業，有其獨特的性質。但這種看法，早已被學界質疑。不是因為一個職業的從業員需要具備獨門知識而成為專業，並非因為某些職業對社會有特殊貢獻或功能，才可成為專業，也不是一個職業是專業，所以受到法律保障。相反，是因為一個職業先受到法律保障，所以才能成為「專業」，繼而再發展其獨門知識（佘雲楚，2017）。

「專業自主」其實是一個非常籠統的概念，我們最低限度也可以把它分成三個邏輯上沒有必然關係的概念。一是技術上的自主權（technical autonomy；醫學上可稱為臨床上的自主權：clinical autonomy），即認為專業人士在涉及其專業工作時應享有高度的自主性，和只有相關專業人士才有權去釐訂專業水平和相關工作的準則；他們亦應有免於被業外人士監察或評核其工作表現的權利。二是政治上的自主權（political autonomy），即認為因為只有相關專業人士才熟知該工作或政策範疇的特點與問題，所以政府在構思相關政策時應有率先被諮詢的權利，甚至有

參與制訂相關政策和管理相關組織的權利。三是經濟上的自主權 (economy autonomy) ，即認為由於只有相關專業人士才了解他們的工作性質與困難度。所以，不同專業的收入亦應由該專業界別的人士決定。

從學理上說，較為合理的專業自主，只能指醫生在臨床工作上的自主，而非在政治和經濟上的自主。這種技術上或臨床工作上的自主，也不應局限於所謂「專業」的工作。任何稍具技術要求的工種，均有其獨到之處，消費者或市民都需要（即使是為自身利益而無奈地）尊重。舉例說，一名心臟科醫生在評估後，指出病人一條連接心臟的血管有堵塞的情況，需要進行俗稱「通波仔」的手術，並警告若不及時進行手術，後果堪憂。這其實相當於一名水渠匠在評估情況後，指出顧客家中的污水渠出現淤塞，若不及時清除，後果堪虞。有能力負擔經費的病人或顧客當然可以另聘專人評估（即所謂的second opinion），但最終亦只能尊重某一位專家的意見。當然，一般人關心自己心臟健康的程度，會高於關心污水渠的情況，不過兩者邏輯上並沒有分別。

即使以技術上的自主層面來說，也只能用「自主性」而非「自主權」一詞來形容。意即世上並無絕對的自主，只有相對的自主。基本原因除了決定治療與否的權力始終落在病人身上，另一因素是經濟學家常說的有限資源。在有限資源的大前提下，公營醫院自會設下一些或明或隱的服務上限或配額 (explicit or implicit rationing)，規範醫生。而私家醫生提供服務前亦自會考慮病人的支付能力，酌量收費，並以此為所提供服務設限的準則。所以，即使我們把「專業自主」的討論收窄至臨床自主的層面，我們仍需再釐清微觀層面的醫患關係性質、以至較為宏觀的社會、經濟、政治脈絡。否則討論只會淪為空談。雖然醫學界本身對「專業自主」一詞的意涵沒有一致的共識，這並沒有阻礙醫學界最經常使用「專業自主」一詞，特別在感覺其利益受威脅的時候。2016年的香港醫務委員會（醫委會）改革，正屬此例（詳見余雲楚，2017）。

一言以蔽之，「專業」和「專業自主」等不單不是科學概念，也往往缺乏清晰指涉的法律含義 – 它從來只是一些用來迷惑心智的政治修辭，其目的是鞏固個別團體的利益和強化一個不平等的社會制度。

（二）醫學霸權的隱性社會成本

至於一個由醫學界把持的醫療制度，更容易出現下列七大問題：

1. **持續人手不足：**所有專業團體的真正目標只有一個，即維護一己利益。而最能夠達到這目標的方法，便是不斷擴大該專業的服務範疇和市場，同時又嚴格限制執業人員的資歷和數目。楊志剛（2015）在一篇名為《醫療本土主義》的文章中指出：「香港的醫療制度百病叢生，但病源只有一個，就是醫生嚴重不足」。所以，醫學霸權與醫生不足實乃錢幣的兩面。長期出現人手不足的情況自然可以保障醫生的高薪厚祿，但也是眾多醫療事故的根源之一。

2. 持續醫療通脹 (continuous medical inflation)：醫療人手長期不足的情況，自然導致相關專業人士的薪酬持續上升，最終引致庫房壓力日增。香港政府近年發表有關醫療服務的報告，常把醫療通脹掛在口上，並視之為洪水猛獸。可是政府卻錯誤地把醫療通脹的矛頭，指向市民濫用公共資源，或嘗試透過提升藥物收費等搔不著癢處的措施，減慢醫療通脹的速度。這當然無補於事，因為醫院管理局（醫管局）的支出有7成是員工薪酬，而藥物成本只佔不足1成（醫管局，2017，頁231）。貝雲斯對美國情況的分析，同樣適用於香港：「當政府正尋求方法減少〔公共〕醫療開支時，它應該小心審視醫療服務的供應面……任何認真改革美國醫療服務制度的方案，均要處理醫學霸權所帶來的問題。對進入醫療服務〔人力〕市場的人為關卡，是造成醫療成本高漲和基層及預防醫療服務不足的重要原因之一」（Blevins, 1995, p.3）。

3. 群體思維效應 (groupthink)：現時政府負責衛生的部門和醫管局內的主要官員或行政人員均為醫生，與港英年代及外國的情況截然不同。在28名醫管局大會成員中，有7人是醫生，而來自其他醫護專業背景的則只有2人，且均來自學術界。醫管局15名主要行政人員中，有13名為醫生，包括行政總裁1名、地區醫院聯網總監7名及總辦事處內5名部門總監 / 主管（總辦事處內只有財務部總監和機構事務主管不是醫生）（醫管局，2017）。醫管局轄下41所醫院及醫療機構的行政總監，亦清一色為醫生。至於政府相關部門，自當時的醫管局行政總裁楊永強於1999年出任衛生福利局局長以來，歷任局長便一直由醫生擔任（唯一例外是2017年7月新上任的陳肇始）。至於隸屬食物及衛生局的衛生署，其署長、副署長、絕大部分的助理署長、衛生防護中心總監及旗下六部門主管等職位，亦長期由醫生佔據。市民可能會認為由醫生出任這些職位是理所當然的。但一般人越覺得某種社會安排或制度是天經地義，便越反映這種安排實際上是一種文化霸權下的產品。無論是英殖時期的香港，還是現時不少西方國家，這些職位很多都是由政府文官或醫院 / 醫療行政專科人員擔任。可惜，沒有證據證明他們的工作表現較具有醫學背景的行政人員為差。醫生的工作無疑重要，但這絕不能用作壟斷整個醫療制度的藉口。相反，醫學界對整個醫療制度以至政策的壟斷，既容易造成利益輸送，也傾向會產生一種「群體思維效應」，意即在一個身份認同感極強的社群中，成員之間鮮會提出主流以外的另類意見，亦不會輕易接受外間意見(Janis, 1982)。在整個決策班子呼吸著同一口空氣、說著同一種語言、採用同一樣思維模式的情況下，自然不能以打破常規的角度來思考問題。這輕則容易令市民產生所謂「醫醫相衛」的感覺，重則在視野狹窄和集體錯覺的情況下，造成各種決策上的失誤。

4. 醫療服務資源出現傾斜，重於醫院服務而輕於基層醫療服務：醫學霸權的問題之一，是造成醫療服務的傾斜和不協調。當中最為人詬病的是，醫療資源過度集中於醫院服務。這除了令基層醫療服務和傳染病的預防長期被忽視之外，也間接導致特區政府在處理2003年的非典型肺炎（SARS）風暴所出現的進退失據。余雲楚（2003）和梁卓偉等（Leung, Hedley & Lam, 2004）不約而同地指出，SARS之所以成為風暴，亦間接與醫學霸權有關。余雲楚認為「這場『沙士事件』所揭露的問題繁多……其中最重要……的問題〔之一是〕……自1990年醫院管理局成立後……醫療服務的決策權便直接落入醫生手中；不幸的是，傳染病學在醫學界中一向不是一門特別受重視的專科。一個以醫院為本而且由醫生主導的醫療制度，自是一個重治療而輕公共衛生的被動式醫療制度。況且，負責公共衛生的衛生署只得到整筆公共醫療撥款的1成左右，而醫管局卻佔撥款的9成……這無疑進一步強化了本已傾斜的醫療制度，而更加保守了原本被動性運作模式」（余雲楚，2003，頁5-6）。梁卓偉等更直接指出：「香港的真正問題在於整個〔醫療〕制度在宏觀上的組織……在1996至97年期間總醫療開支中只有2.3%是用在疾病預防促進健康之上……整個醫療架構的撥款機制均集中於疾病的診斷和治理之上……醫院管理局的成立，令〔政府〕對SARS風暴的回應，顯示出差強人意的表現，至少也要負上部分責任」（Leung, Hedley & Lam, 2004, pp.77-78）。SARS風暴之後，政府雖然於2004年6月1日正式成立了一個「衛生防護中心」專責處理相關工作，整體制度的傾斜卻未見改善。更重要的是，由於社區照顧服務及其他支援性的照顧服務嚴重短缺，令不少有需要的人士在無可選擇的情況下使用公立醫院的急症及住院服務。《醫院管理局年報 2015-16》（頁217）顯示，公立醫院急症室每次診症成本為\$1,230，而普通科病床的住院服務每日成本更高達\$4,830，遠較一般私家醫生門診、社區照顧服務及其他支援性的照顧服務昂貴。這除了未能針對服務使用者的真正需要外，亦浪費公共資源。

5. 窒礙其他醫護專業的發展空間，最終令病人的利益受損：以藥劑業為例，香港醫學界多年來反對醫藥分家，以一種訴諸所謂人民利益的「民粹專業主義」策略，用民意作為擋箭牌。他們或強調「醫學會……維護病人選擇在醫務所內或往別處配藥之權利」（香港醫學會，1999a），或進行民意調查，以「清楚表明一般市民目前並不接受『醫藥分家』的概念」（香港醫學會，1999b），或認為醫藥分家只會增加市民在醫療藥物上的開支。他們卻無視市民的意見 – 特別是由醫學會所收集的民意 – 往往是在沒有充分資料的背景下作出的選擇。醫學會更無視醫生透過銷售藥物而取得的暴利、隨便處方抗生素及精神科藥物的情況，以及「醫藥分家」所涉及的其他議題。不幸的是，政府在這議題上的立場大致上與醫學界的無異，這從時任衛生福利及食物局局長周一嶽對立法會議員提問的書面答覆，可見一斑（政府新聞公報，2006）。

醫藥分家作為一項政策選項，所需要考慮的問題當然不只市民的醫療開支會否因此而增加或減少這麼簡單，政府卻預先採納主流醫學界的立場，擔心醫藥分家會導致藥物的價格上升和增加市民負擔，從而削弱市民對醫藥分家的興趣和支持，以便不斷拖延問題。其實，有關醫藥分家會否令市民負擔增加的爭論，現時學界雖然未有簡單的答案或絕對共識，不過已普遍認同還需看其他因素才定奪。這些因素包括：藥劑師、藥房與藥廠的議價能力、藥劑師的薪酬水平（這又取決於他們的供應量與議價能力）、醫生能否將從不可售賣藥物的收入「損失」，以提高診費的方式轉嫁給市民等；而這又最終取決於醫藥分家立法的規管內容和政府對各醫護專業的人手規劃。依筆者之見，醫藥分家一如其他事物，總各有優劣，而最重要的考慮不在於醫藥分家必然導致市民的醫療開支增加這個偽命題——這命題之所以是「偽」，因為它並不可以簡單而絕對地作答。反而應該考慮：一、防止處方藥物與售賣藥物同集一身所帶來的潛在利益衝突，二、為醫生所開的處方提供多一度檢察，以保障病者，三、藥劑師可以給予更多時間向病者解釋各項藥物的正、副作用，從而減輕醫生在這方面的工作。一般私營醫生基於自身利益自然反對。雖然筆者並不認為香港可以即時或在短時間內實施醫藥分家，因為當中涉及的配套措施相當複雜，但我們依然應該朝著這個方向邁進，因為現在的情況是私家醫生固然可以濫開抗生素或精神科藥物，私營藥房也經常在沒有醫生處方情況下售賣處方藥物，情況可謂與無政府狀態無異！

- 6. 嚴重浪費了寶貴的人力及社會資源：**一般對社會醫療成本的計算（如Bloomberg或官方數據），只會考慮社會投放在直接醫療服務的金額（或其對GDP所佔的比例），而不會把各醫療專業人員的教育成本加入計算。如果各醫療專業人員的教育與他們實際工作上所需要的知識、技能和責任成正比的話，這本是無可厚非的做法。香港的情況卻並非如此。以香港的眼科視光師為例，在修畢五年的學士學位課程後，應有足夠能力診斷各種眼疾，眼科視光師既可舒緩醫生不足所帶來的問題，亦可減輕病人經濟負擔（假設視光師的診費會低於眼科醫生），但由於醫學霸權的關係，視光師的工作範圍受到嚴格規限。根據衛生署的資料，2015年香港有2140名註冊眼科視光師：在政府、大專院校及資助機構工作的分別只有大約3%和5%，而在商業機構工作的則超過9成。後者的工作，亦主要是檢測視力和配置鏡片而已！

一個負責任的政府，在容許提升這些課程水平時，亦應同時提升這些醫護專業人員的職權和責任；反之，根本不應讓這些課程升格。問題的本質是各醫護專業只為一己「專業化」的理想而妄顧社會現實和責任，不斷提升入行資格；醫學界則為了本身利益而不願意放鬆部分權力，與其他醫護人員在較為平等和互相尊重的基礎上為病人服務；而政府則不知何故地慷納稅人之慨，袖手旁觀。結果不單浪費資源，也令社會出現大批「學歷過高」和「大才小用」的醫護專業人員，誠屬可惜。

7. 缺乏有效監管：香港醫學界長期缺乏有效監管，已是不爭事實。政府在2016年初提出有關改革醫委會的建議，雖屬非常保守——它無意全面改革監管12類醫護專業人員的所有法定監管機構或改變醫學霸權現狀，也沒有打算大規模地更改醫委會的其它組成部分——卻遭到醫學界鋪天蓋地的反對，令改革方案最終未能在該屆（2012–2016）立法會休會前通過（詳見余雲楚，2017）。

結論

最近的三四十年來，各先進社會的醫護行業在專業化發展方面均有長足的進步；與此同時，醫學界的傳統霸權地位亦受到一定程度的衝擊和改變。所以，在這些國家，各醫護行業培訓亦早已登上大學學位化的列車，畢業後亦相對地能學以致用，肩負更大的責任和挑戰。反觀香港，醫學的霸權地位較之西方各國更為固若金湯。醫院管理局的成立，以至1997年回歸前後，醫學界均能把握契機，進一步鞏固它的霸權地位。香港的多類醫護專業教育，雖然早已大學學位化，但在工作上的職責範疇只能在一個強大的醫學霸權下尋找空間。筆者並非鼓勵我們走回頭路，把視光師、護士和其它醫護專業的教育「非學位化」。前面已說過，現今香港各醫護專業的教育水平，足以令他們擔當更重要的職責。這不單是全球醫療服務發展的趨勢，更是最能人盡其才地解決（部分）長期缺乏醫生和醫科課程成本更加高昂的情況。一些具遠見的醫學界人士，亦早已指出「香港的醫療制度很大程度上仍然由醫學界把持和控制……這模式明顯地與幾乎所有先進經濟體系的發展趨勢相悖。在這些先進經濟體系裡，大部分政府有關醫療的政策及行政部門均由公共行政專家和經濟學家主導，醫療護理機構則由專業管理人員和商業分析員主宰，而在病人與醫護服務人員的臨床介面上，則有更多護理顧問、復康專家、其他專職醫療人員和醫生的共同護理」（Bacon-Shone & Leung, 2006, p.15）。香港的醫學霸權制度害多而益少，是時候改變了。

參考資料

- Bacon-Shone, J. & Leung, G.M. (2006). "History, ethics and forces of change", in *Hong Kong's Health System: Reflections, Perspectives and Visions*, G.M. Leung and J. Bacon-Shone eds. Hong Kong: Hong Kong University Press, pp. 3-16.
- Blevins, S.A. (1995). The medical monopoly: protecting consumers or limiting competition?. *Cato Policy Analysis*, 245, pp.1-22.
- Janis, I.L. (1982). *Groupthink*. Boston: Houghton Mifflin.
- Leung, G.M., Hedley, A.J., & Lam, T.H. (2004). "The public health viewpoint", in *At the Epicentre: Hong Kong and the SARS Outbreak* (pp. 55-80). Loh and Civic Exchange eds. Hong Kong: Hong Kong University Press.
- 余雲楚 (2003) 。從非典型肺炎看本港的醫療制度。《思》雙月刊，86 期，頁5-8。
- 余雲楚 (編著) (2017) 。《醫學霸權與香港醫療制度》。香港：中華書局 (香港) 有限公司。
- 政府新聞公報 (2006年10月25日) 。立法會十二題：醫藥分家。檢自：<http://www.info.gov.hk/gia/general/200610/25/P200610250186.htm>。
- 食物及衛生局 (2017) 。《醫療人力規劃和專業發展策略檢討》。香港：香港特別行政區政府。
- 香港醫學會 (1999年7月13日) 。新聞稿：保障病人可自由選擇往何處取藥新聞稿。檢自：www.hkma.org/chinese/newsroom/news/drug-dis.htm。
- 香港醫學會 (1999年9月27日) 。新聞稿：調查顯示市民支持自由選擇何處取藥、反對醫藥分家。檢自：www.hkma.org/chinese/newsroom/news/survey-med.htm。
- 楊志剛 (2015年12月24日) 。醫療本土主義。《明報》，A31。
- 醫院管理局 (2017) 。《醫院管理局年報2015-16》。香港：醫院管理局。檢自：www.ha.org.hk。

針對鄉郊長者的基層醫療： 西貢區社區中心「鄉村公益樂延年」 個案分析

— 專訪西貢區社區中心長者服務發展經理 陳潔華女士



西貢區社區中心得到公益金基線撥款的支持，於三年前展開「鄉村公益樂延年」——長者原村安老服務計劃，在鄉郊設立服務點，開辦運動班、健康檢查、認知訓練等基本健康服務，並由社工、註冊護士、物理治療師、保健員、活動工作員、治療助理及照顧員等跨專業人士組成鄉郊長者服務隊，為長者進行「個案管理」及醫療轉介。計劃同時設立長者復康中途基地，為鄉郊長者提供暫托服務及照顧者支援。計劃的主要目的是延後長者入住院舍，令他們得以「原村安老」、延長樂活鄉郊的時間。

訪問整理及分析：香港社會服務聯會政策研究及倡議程序幹事 簡敏棋小姐

今期《社聯政策報》以基層醫療為主題，基層醫療其中一個理想模式，是於個人、家庭及社區設立醫療制度的第一個接觸點（first contact point），因此它需要鄰近於市民居住的地方，具高度易達性（accessibility）。同時基層醫療注重「預防性」護理，包括提供健康知識推廣、疾病預防，乃至根本到改變人們的生活和行為習慣。此外，它著重以人為本（person-centred）的服務精神以及重視跨專業之間的合作（Wienke, 2006）。因此今期《社聯政策報》訪問「鄉村公益樂延年」計劃（下稱計劃），通過分析此計劃以呈現本地實踐理想的基層醫療之實例外，亦希望誘發讀者思考：社福機構有什麼優勢去實踐理想中的基層醫療？社工專業可以如何推動基層醫療？服務如何落實跨專業合作？

主動接觸社區，運用地區資本推動健康服務

「社區中心的出現就是要回應『社區需要』，服務的設計則要考慮地區特色及善用地區資本。」西貢區社區中心長者服務發展經理陳潔華女士（Eva）說。

西貢區幅員遼闊，居於鄉郊的長者得舟車勞頓到市中心接受健康服務，減低了他們使用服務的機會及意欲。有見及此，計劃摒棄了中心為本（centre-based）的服務手法，實行「外展到村」。以其中一條服務的村落——蠔涌村——為例，雖然有小巴可到達市中心及鄰近的市區，但班次疏落，而且長者要先徒步到村口的小巴士站，不算方便，限制了行動不便的長者到外面接受健康服務。正如Eva說，社區中心的出現就是要回應「社區需要」，鄉郊長者需要基層醫療服務，服務隊於是外展到村，定期到村裡上門探訪長者，為他們檢查身體。計劃同時在村內建立一個固定的服務點，開展包括健康訓練和傳遞健康知識活動等預防性的醫療服務。

計劃於是轉化地區資本以作為鄉郊服務點，成為外展到村的條件。訪問當日，我們參觀了計劃其中一個鄉郊服務點——「蠔涌長者服務中心」（見圖一）。由於西貢區社區中心與村長及鄉事委員會建立了長久的關係，村長對中心十分信任，蠔涌村村公所願意將閒置的青年康樂中心借給服務隊，讓他們逢星期一、三、五在裡面舉辦運動班、身體檢查及認知訓練班等活動。有受訪長者告知我們村公所之前是「卜卜齋（私塾）」，他們小時候就在裡面讀書，沒想到年老了竟在同一個地方學習做運動，褪色的回憶便再次鮮明起來。這些細微卻具體的個人經驗，反映了在鄉郊轉化地區資本對受眾的獨特影響。

即使是設計服務軟件內容，計劃同工亦考慮到社區特質。服務隊中負責帶領運動班的何凱熙（Michael）介紹，蠔涌村較潮濕，村的地形傾斜，令老人家跌倒的風險增加，考慮到這地區特質，他在設計運動班內容時，尤其專注於防跌運動。因此，他平日教長者用醫學球和橡筋操做運動，以訓練他們的肌力、平衡感。除了村的地形增加老人跌倒的風險，Eva提及到，西貢的長者以前多為漁、農民，年老後，身體大部分會出現膝內翻（O型腿），影響走路，因此跌倒次數比一般人多。這也解釋了為何計劃的主打是防跌運動。



圖一：鄉郊服務點「蠔涌長者服務中心」，
前身是閒置已久的青年康樂中心

善用社區網路建構健康支援網絡

社區中心其中一個強項就是接觸區內個人及不同的社群，推動居民的關係及互助精神，在社區內建立團結精神及凝聚力，藉此提升個人和家庭解決社區問題的能力。用Eva的話來說，他們的工作就是「編織社區網絡」。本計劃其中一個要旨，就是在獨居長者和其鄰里之間建構橋樑，為鄉郊長者建構健康支援的網絡。「之前有一位村長轉介了一位住在山上的老人家給我們，因為位置實在太偏遠，我們難以經常探望他。後來我們發現有一位外籍女士住在他隔壁，雖然不諳中文，但我們還是拜託她留意那位伯伯的情況，而他們最終也打破了語言隔閡而相互往來，那位外籍女士有時甚至為他送上些食物。」Eva解釋他們就是遊走在居民之間的針，連起那根互助的線。

在蠔涌村，社區網絡早已牢不可破，因為村民自小認識，關係深厚；服務隊的工作就是善用這個網絡，增強長者參與運動班的動力和持續性。具體的做法是，計劃以「小組形式」舉辦運動班和認知訓練。為什麼小組形式是善用人際網絡的手法？從一位婆婆的話可以略知一二：「我會到鄰居的家中，拉她過來中心上堂。」小組形式推動長者彼此督促對方，的確是提升參與率的好方法。

此外，群體互動所產生的化學作用幫助提升做運動的樂趣。Michael解釋：「老友記覺得一個人做運動很悶，如果以小組形式進行，他們之間的互動會令『做運動』這件事變得更具趣味，有助他們投入其中，增加他們持續參與的動力。」的確，老友記們一邊做醫學球，一邊說笑，氣氛樂融融（見圖二）。有老友記對我們說，就算在沒有運動班，大夥兒都會「心思思」到中心聚聚，玩一下認知訓練的棋盤遊戲，為枯燥的日常增添樂趣。

圖二：蠔涌村服務中心的運動班的進行情況



以人為本的「個案管理」手法

理想的基層醫療會實踐「以人為本」的原則，也就是尊重人的生活價值及將個人放置在護理的中心，並融入照顧者和朋友的參與（Danish Society for Patient Safety, 2016）。這個計劃努力地實踐這原則。服務隊的同工不會只看表面病症，然後靠藥物來解決長者的健康問題；而是抽絲剝繭地瞭解他們的生活方式，例如飲食、睡眠、運動等習慣，並重新改造不健康的生活方式，以求從根本改善其健康狀況。

要達至整全地跟進長者的健康狀況，計劃以「個案管理」的手法開展服務。Eva訓練服務隊裡的每位同工成為「個案經理（case manager）」。她要求個案經理對長者有全面性的了解，這樣才可以幫助他們尋找引致不同健康問題的根本原因。「如果有老人家跌倒，社工通常會找有專業資格的物理治療師跟進，但是跌倒也有很多原因，可能和長者的視力有關、可能跟長者服藥不準確有關，或者是跟家居佈置問題有關。如果是這些原因的話，只將長者轉介給物理治療師是治根不治本，反而應該找眼科醫生或者找人改裝家裡設備。」長者本身有甚麼疾病、家中環境怎樣，個案經理都要有所掌握。

為了解個別長者的生活方式、人際網絡及家庭環境，團隊便從他們的照顧者入手，例如：邀請工人記錄長者每天的餐單。曾經有一位長者的血糖水平長期超標，後來被迫溯出他的工人每天給他一根大蕉。工人姐姐以為凡是水果便是有益，卻不知道一根大蕉所含的糖份遠遠超出長者每天的攝取標準。個案經理於是從工人入手，教導他們長者健康的飲食習慣，還有照顧技巧（見圖三）。

圖三：服務隊將照顧長者的技巧翻譯為印尼文、他加祿語，貼在社區中心，好讓外籍傭工看得懂



裝備個案經理的醫護知識，配合跨專業的協作

這個計劃摒棄了將個案轉介給其他專業人士（例如註冊護士）的做法，而是個案經理自己裝備醫護知識，在力所能及的情況下，自己處理個案的醫護需求 – 從用藥、到個人護理、到復康服務。正如Eva這樣形容對個案經理的期望：「張張刀都要有」。她訓練同工要對長者的健康評估有基本認識，至少知道在什麼情況下使用哪類型的評估，對藥物也要有基礎認識。

個案經理之所以要裝備基本而全面的醫療知識，歸根結底是從長者的角度出發的。「鄉郊長者的教育水平比市區低，家人多是漁民或農民，他們不懂得尋求不同的專業去幫助自己」，Eva解釋。個案管理的手法讓長者瞭解到：無論有什麼事，找自己的個案經理就可以了。簡單易懂。同時，這也避免了將個案在同工之間拋來拋去的局面，令長者失去求助的動力。

要有效地處理個案需要，除了加強社工的基本醫護知識，當然還需要與專業的醫護人員協作，提供專業判斷以及轉介他們到醫院獲得治療。住在蠔涌村的金鳳曾經有一段時間，兩隻腳腫得厲害，帶運動班的同工懷疑腳腫可能是她身體內部出現問題的警號，於是幫她做初期評估、翻查病歷紀錄，確認並非腳腫那麼簡單。於是諮詢服務隊的註冊護士，發現可能是心臟出了問題，護士便立刻幫金鳳寫轉介信，好讓她快點獲得專科治療。

然而，面對疾病，長者除了需要醫療服務，也需要情緒和社交支援，社工的出現則補充了醫護專業難以提供的服務，令長者得到身體、心理及社交的全面性照顧。

總結

「鄉村公益樂延年」呈現了理想的基層醫療的實踐模型：在社區推廣健康知識，進行預防性的醫療服務，包括推廣健康知識、疾病預防，改變人們的生活和行為習慣。之所以得以實踐理想中的基層醫療，是因為社福機構本身的優勢發揮了作用：社區中心回應社區需要的使命，促使他們為區內鄉郊長者提供基層醫療服務；而機構對於地區資源的了解，加上其本身的網絡，令他們得以轉化地區資本，在偏遠鄉郊設立服務點，做到可以提供易達性高的基層醫療服務。社工專業本來有的優勢，包括編織社區網絡的能力和個案管理的經驗，幫助長者建立支援網絡以及實踐了以人為本的精神，包括重視長者的生活習慣及與照顧者共同訂定照顧計劃。利用跨專業合作，社工和護士、物理治療師等醫護專業人士各司其職、同時互補，讓鄉郊長者在面對健康問題時得到身、心、社的全面照顧。

參考資料

- Danish Society for Patient Safety (2016) .What is person-centred care? Retrieved from https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2016/08/dsfp_personcentredcare.pdf.
- Wienke, G.W.B. (2006). Coordination and Integration in European Primary Care. In Richard, B.S., Ana, R., &Wienke, B (Eds.), *The Primary Care in the Driver's Seat?*. England: Open University Press.

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。

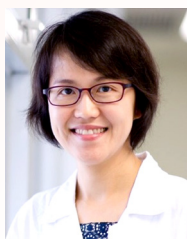
這種跨界別合作模式，以病人為本，模式可以好多樣化。現時醫生人手短缺，有些醫療工作 – 例如身體檢查、疾病預防 – 可以由其他專業充當「個案經理」去處理，當然對於較複雜的疾病治療，仍須由醫生診治。

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。

醫社並行與基層健康護理： 以二型糖尿病人胰島素注射治療為例¹



九龍西醫院聯網家庭醫學
及基層醫療部副顧問醫生
傅秀雅醫生



香港樹仁大學
社會學系副教授
張少強博士

引言

二型糖尿病屬於一種常見的長期病患。患病時間愈長，二型糖尿病人越不可單憑口服藥物來治療，而要使用胰島素注射來控制血糖，以減低併發症之風險 (Inzucchi et al., 2015)。然而，同樣常見的是，這些糖尿病人對於胰島素注射治療一般都有負面反應 (Fu & Cheung, 2017)。心理學家已把這些負面反應命名為「抗拒胰島素心理 (psychological insulin resistance)」(下稱 PIR)。從現有研究可見，有PIR的糖尿病人在認知、情緒、行為上，對胰島素注射治療最常見的負面反應就是：質疑使用胰島素注射治療的必要性、認定自己沒有自行注射的能力、擔心治療費用、擔心有副作用、害怕疼痛、害怕見血、有失敗感、情緒低落、自我形象轉差、憂心社交生活受損，甚至擔心遭人歧視及喪失工作機會 (Polonsky et al., 2005)。就地區及種族來說，有PIR的亞洲糖尿病人比率為70.6%，有PIR的西方糖尿病人比率僅為28%。就基本人口及社會特徵來說，女性、低學歷人士、低收入人士、高齡人士中患有PIR比率往往較其他類別人士高 (Wang & Yeh, 2011)。本地也有相似的情況，有PIR的糖尿病人的比例一般都是偏高，也多屬於低下階層的弱勢社群 (Machinani, Bazargan-Hejazi & Hsia, 2013)。因此，有必要追問，究竟PIR從何而來，如何令大量二型糖尿病人對胰島素注射治療產生負面反應。

從對本港124名二型糖尿病人進行聚焦小組訪談，因應此項研究所得的發現，本文指出這些糖尿病人抗拒胰島素注射治療往往由誤解所致。這些誤解有三大來源：一) 處方不一；二) 認識不足及；三) 想像不當。破除這些誤解，使得更多二型糖尿病人接受胰島素注射治療，成為改善相關基層醫療服務的當前急務。就此，本文建議基層醫療系統應有新的服務調整之外，也應透過醫社合作計劃確保二型糖尿病人能夠得到正確的醫療資訊及有效的社區支援。

¹ 此項研究獲香港特區政府食物及衛生局醫療衛生研究基金撥款資助 (撥款編號：11122751)。

背景資料

現時由政府資助的普通科門診提供的基層醫療服務，每年超過25,000名糖尿病人使用。每次診金是港幣45元（包括所有檢查費及藥費）。自從2009年，普通科門診開始可向糖尿病人處方胰島素，本地糖尿病人只需付出相同診金，已可從普通科門診獲取胰島素藥物及注射工具，可是現有數據顯示本地糖尿病人接受胰島素注射治療比率仍然偏低（Wong et al., 2015）。就此，筆者兩人組成了一支跨學科的七人研究團隊，於全港十一間政府資助普通科門診，以聚焦小組訪談方式進行研究。所有聚焦小組訪談於2013至2014年間，在該十一間普通科門診的會議室內以廣東話進行。每輪聚焦小組訪談均有一名主持（作者）、一至兩名觀察員（研究助理），以及三至八名受訪者，為時約60至90分鐘。最終成功完成24輪聚焦小組訪談。受訪人數共有124名糖尿病人，平均年齡為68.2歲，男女比例為1:1.06。大部分受訪者沒有全職工作，84.6%屬於家庭主婦、退休或失業，教育程度也較低，三分之二受訪者的教育程度是小學或以下，只有5%完成大學或以上。

大部分受訪者正在服用兩種或以上的口服糖尿藥（98.4%），平均糖化血紅素（HbA1c）達8.4%（68.3mmol/l），表示他／她們的血糖控制並不理想，屬於此項研究的合適研究對象（見表一）。所有聚焦小組訪談內容全以數碼錄音，繼而謄寫成為逐字記錄，按作者的編碼設計進行內容分析、主題分析及敘事分析。最終此項研究發現，導致二型糖尿病人抗拒胰島素注射治療往往由誤解（misconception）所致。誤解在此是指受訪的糖尿病人對胰島素注射治療，有偏離已知醫學知識的不準確想法。這些誤解有三大來源：處方不一、認識不足、想像不當。

表一：受訪者特徵

受訪者	人數 (n=124)	佔受訪者百分比
性別		
男	60	48.3%
女	64	51.2%
年齡	47-89歲	平均 = 68.2歲, S.D. = 8.93
需要付診金 (每次港幣45元)		
需要付診金	99	79.8%
不需要付診金*	25	20.2%
職業		
未有全職工作或待業**	105	84.6%
全職	19	15.3%
教育程度		
小學或以下	83	66.9%
初中	23	18.5%
高中	12	9.7%
大學或以上	6	4.8%
病歷		
體重指標 (BMI)	18.1-41.3	平均 = 25.8, S.D. = 4.26
患糖尿病年數	4-55年	平均 = 15.3年, S.D. = 7.6
最近糖化血紅素度數	7.5-11.4%	平均 = 8.4%, S.D. = 1.05

正在服食口服糖尿藥的種類		
一種（雙胍類）	2	1.6%
兩種（雙胍類及磺脲類）	96	77.4%
三種（雙胍類、磺脲類及其他類別）	26	21.0%
其他重要病歷		
高血壓	81	65.3%
微血管糖尿病併發症	45	36.3%
大血管糖尿病併發症	5	4.0%
糖尿病併發症（混合）***	6	4.8%

* 不需要付診金原因：公務員或其家屬、醫院管理局員工或其家屬、正領取社會福利署綜合社會保障援助金

** 未有全職工作或待業：退休、家庭主婦及失業

*** 糖尿病併發症：糖尿病相關的併發症

（一）處方不一

對於政府資助的普通科門診服務，大部分受訪者都抱怨醫生接見病人的時間太短。他／她們的病情也多不是由相同的醫生跟進，使得他／她們既無足夠時間查問病情，亦常收到不同的處方結果。例如，有受訪者表示，曾經試過在看這一名醫生之時所得的處方是要開始胰島素注射治療，但另一位醫生開的處方卻是可以繼續口服藥物治療，只需「戒口」和／或「多做運動」。即使有部分受訪者自覺病情不輕而有嘗試胰島素注射之意，卻在聽到不一致的建議之後，傾向不作嘗試，並認定自己若可成功控制飲食和／或改善生活習慣，即可繼續依靠口服藥物來控制血糖，無需訴諸胰島素注射。

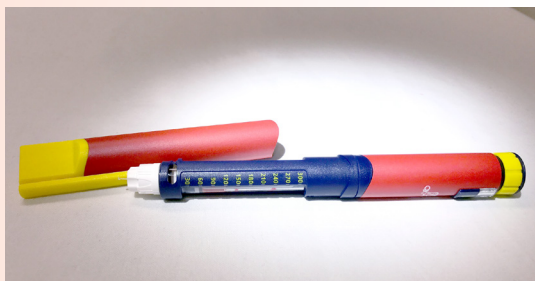
部分同時有向私家醫生求診的受訪者更是相信處方不一是由於經濟因素。也就是說，由於政府診所所有成本考慮，公立醫生一般只會向糖尿病人處方藥效較低的平價口服糖尿病藥物，這就導致糖尿病人無法繼續以口服藥物治療來控制血糖，需要開始胰島素注射治療。相反，私家醫生則可提供藥效特強但價錢高昂的最新一代糖尿病口服藥物，好讓糖尿病人繼續口服治療下去而無需進行胰島素注射治療。在研究期間，有一名受訪者的糖化血紅素已達HbA1c=10.7%的甚高水平，但由於她相信私家醫生處方的糖尿病口服藥物能夠永久、有效地控制血糖，所以她全無接受胰島素注射治療之意，也不認同注射治療對她的病情是必要的。

（二）認識不足

在進行聚焦小組訪談之時，受訪者之間最常見的誤解就是，要以胰島素注射來控制血糖，代表病情已達末期階段。他／她們還會不約而同地斷言胰島素藥力過猛，有嚴重副作用，把胰島素注入體內可奪走身體能夠分泌胰島素的餘下功能，導致胰臟提早衰竭。他／她們亦斷言經注射方式進入身體的胰島素，可以引發注射部位的慢性神經疼痛及大量出血。進行胰島素注射治療之時，也可能會不慎刺穿內臟或注入氣泡而死亡，在使用之後留有疤痕和小洞、引致膚質和皮膚顏色轉變。總之，口服糖尿病藥物比較安全。有部分受訪者甚至聲稱，過去曾目睹家人因抵受不到胰島素注射治療而加快出現死亡風險。所以，他／她們的結論是會用盡一切方法避免胰島素注射治療。

另一項最常出現的研究結果就是，受訪者對胰島素注射技術欠缺認識，近乎全部受訪者都未接觸過現時使用的胰島素注射工具，因而絕大部分受訪者都是無法準確描述應有的注射過程。大致來說，現時使用的胰島素注射工具已是幼針頭（30G）、短針身（5至8毫米）、不易斷、可令注射痛楚減至很少的一枚注射筆。注射過程也極為簡易，只消在注射筆嵌入一枚胰島素筆蕊，然後在腹部表面輕按一下即完成注射（梁逸思，2013）（見圖一）。可是，由於未曾見過這枚注射筆，大部分受訪者往往僅以其他注射經驗為參照，誤把胰島素的注射工具聯想為一般針筒，甚至是用作抽血使用的長針筒。是故，大部分受訪者一想起胰島素注射就會即時出現緊張、顫抖、焦慮、冒汗、心悸及見血恐懼那一類的心理及生理反應。

圖一：胰島素注射工筆（Insulin Pen）



有受訪者就連注射的部位也見弄錯，以為要在臀部、肘窩、肚臍、肛門、腳掌的位置進行注射。對於如何使用胰島素注射筆，更是在大部分受訪者的認識之外，因而注射胰島素的難度往往被受訪者誇大起來。例如，有受訪者認為如何儲存胰島素、消毒注射工具以及進行注射步驟，全部都要經過長期的專門訓練。對於年長的受訪者，他／她們多進一步擔心因為自己教育程度不足、個人視力有限以及手部能力不良，根本無法自行使用胰島素注射筆。這就使得受訪者一般都認定自己沒有能力自行注射胰島素。

對於來自低下階層的受訪者，他／她們則特別擔心胰島素注射治療會帶來高昂的額外開支。最明顯的一個例子就是，有一名男受訪者估計每月開支至少多達港幣3,000多元。另有一名女受訪者則擔心自己能力不足而要特聘外傭來替自己進行注射。可實情是，在現時的政府普通科門診服務之下，糖尿病人只需自行購買注射胰島素所需的針頭（每月開支約為港幣200元）。若病人屬於領取社會福利署綜合社會保障援助（綜援）人士，購買針頭的開支也可向社會福利署實報實銷。

（三）想像不當

由於缺乏正確認識，受訪者往往自我尋迷而低估沒有及時開始胰島素注射治療所帶來的健康風險。以年長受訪者為例，他／她們一般都會以年長為由，認為自己應該安享晚年而抗拒胰島素注射治療。在他／她們的想像中，即使出現糖尿病情惡化或併發症，也應看成命中注定的事而不應讓胰島素注射治療來折磨餘下的人生。對於自己可能面對的離世過程，他／她們也想像得過度簡單或輕鬆，以他們常用的話來說，就是單純地「兩腳一伸」，因而沒有正視由糖尿病惡化或併發症為身體帶來的漫長且嚴重的後果。

若要受訪者進行胰島素注射治療，他／她們也常想像自己的日常生活將會如同要使用針筒的吸毒者那般形醜格狠、喪失自我尊嚴、受到別人歧視。部分在職的受訪者還擔心會被工作機構質疑自己的工作能力、受同事和上司鄙視、失去工作和生活機會。這是胰島素注射治療會令糖尿病人陷入沮喪、抑鬱、有失敗感的重要原因，也是許多受訪者表示他／她們總想維持口服治療的重要原因。正如部分受訪者強調，口服藥物是常見的、被社會接受的，即使經常服用糖尿病藥物也可訛稱在服用維他命補充劑，因而可讓他／她們隱瞞別人自己屬於長期病患者，以保護自我的形象和地位，無須承受別人的歧視和排斥。

討論及建議

從這些研究結果可見，二型糖尿病人之所以抗拒胰島素注射治療，既關乎現行的基層醫療系統有其不足，也關乎大量社區層面的錯亂常識及既定成見。故此，要成功推動糖尿病人及時接受應有的胰島素注射治療，打破由不同誤解引起的不同PIR反應，基層醫療系統務必針對地增強正確資訊的發放，向糖尿病人提供貫徹的處方，確保醫護人員有足夠時間向糖尿病人講解糖尿病的治療方法，特別是為何有需要使用胰島素注射治療，以及盡早教導糖尿病人胰島素注射筆及其使用方法，免使糖尿病人繼續陷入由處方不一使然的逃避病情、因認識不足及想像不當所致的錯誤聯想與恐慌。與此同時，由於有PIR的糖尿病人多為低下階層的弱勢社群，基層醫療系統和社會服務機構也應開始考慮以醫社合作方式，透過社會服務機構的在地資源、人力、網絡和活動，同樣針對地把正確的糖尿病資訊在社區向大眾發放，提供機會讓大眾認識胰島素注射治療，控制並糾正在坊間流傳的錯亂常識及既定成見。基層醫療系統和社會服務機構甚至可以考慮聯手成立社區支援隊伍，向有需要認識胰島素注射的糖尿病人示範胰島素注射過程，增強本地糖尿病人自行注射胰島素的信心和能力。

參考資料

- Fu, S. N. & Cheung, S.K. (2017). How Misconception of Insulin Therapy Affects Type 2 Diabetes Mellitus Patients' Acceptance on Daily Injection. *Current Research in Diabetes & Obesity Journal*, 2(4), pp. 1-10.
- Inzucchi, S. E., R. M. Bergenstal, J. Buse, B.M., Diamant, E., Ferrannini, M., Nauck, M. ...European Association for the Study of Diabetes (EASD) . (2012). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach: Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD) . *Diabetes Care*, 35(6), pp. 1364-1379.
- Machinani, S., Bazargan-Hejazi, S., & Hsia, S. H. (2013). Psychological insulin resistance among low-income, U.S. racial minority patients with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 7(1), pp. 51-55.
- Polonsky, W. H., L.Fisher, S.Guzman, L.Villa-Caballero & S. V. Edelman. 2005. Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: The scope of the problem. *Diabetes Care*, 28(10), pp. 2543-2545.
- Wang, H. & M. C. Yeh. (2011). Psychological resistance to insulin therapy in adults with type 2 diabetes: mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), pp. 743-757.
- Wong, C. K. H., W. C. W. Wong, Y. F. Wan , A. K. C. Chan, K. L.Chung, F. W. K. Chan & C. L. K. Lam. (2015). Patient empowerment programme in primary care reduced all-cause mortality and cardiovascular diseases in patients with type 2 diabetes mellitus: A population-based propensity-matched cohort study. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 17(2), pp. 128-135.
- 梁逸思 (2013) 。荒「糖」天使：注射胰島素器具的演變。檢自：<http://www.diabetes-hk.org/uploads/file/newsletter/v059.pdf>。

問卷調查

我們希望聽取你對政策報的意見。請將本版列印後填寫，並傳真至2864 2999或電郵至 policybulletin@hkcss.org.hk。意見調查資料經收集後會用作本會統計及參考之用。

對政策報的意見

1. 你對政策報有何意見？（請選擇1至5分，1為最低分，5為最高分。）

	最低				最高
所選政策的合適性	1	2	3	4	5
分析的可讀性	1	2	3	4	5
內容深淺的適中性	1	2	3	4	5
資料的實用性	1	2	3	4	5

2. 你認為政策報未來應包括什麼政策呢？

3. 你對政策報的其他意見：

背景資料

4. 你所屬的主要界別是：

- a. ☐ 政界 b. ☐ 商界 c. ☐ 學術界 d. ☐ 新聞界 e. ☐ 社福界
f. ☐ 其他專業界別：（請註明） _____

姓名(自由填寫)： _____

聯絡電話/電郵(自由填寫)： _____

讀者意見

你對今期政策報探討的議題有什麼想法？歡迎讀者來信，傳真至2864 2999或電郵至 policybulletin@hkcss.org.hk與我們分享。

[illegible]

瀏覽昔日政策報，可登入<http://webcontent.hkcss.org.hk/prs/Policybulletin/main.htm>

- 創刊號** – 香港2012 – 特首對香港應有什麼承諾？
- 第二期** – 香港醫護融資改革：可以兼顧公平、質素、選擇嗎？
- 第三期** – 香港的退休制度 – 給你信心？令所有人憂心？
- 第四期** – 扶貧紓困由地區做起
- 第五期** – 香港需要一個公民社會政策嗎？
- 第六期** – 市區重建
- 第七期** – 從香港勞工面對的挑戰 看勞工政策的發展方向
- 第八期** – 逆按揭
- 第九期** – 醫保以外：醫療服務質素
- 第十期** – 市民福利的社會規劃
- 第十一期** – 住房的價值：房屋政策新探
- 第十二期** – 住房的條件：房屋政策新探（續）
- 第十三期** – 「回到社會政策ABC：社會發展的道德價值基礎」
- 第十四期** – 人口發展政策 目標的思索
- 第十五期** – 少數族裔在香港
- 第十六期** – 移民政策與社會發展
- 第十七期** – 社會企業：如何推動社會創新之路
- 第十八期** – 香港好青年
- 第十九期** – 從長期護理服務看安老：政策與實踐
- 第二十期** – 香港退休保障：何去何從？
- 第二十一期** – 何謂真·香港人？
- 第二十二期** – 從不同社群角度看 2012 – 2017年特區政府施政表現

促進公共政策質素 探究核心原則、價值

《社聯政策報》第二十三期

出版：香港社會服務聯會

地址：香港灣仔軒尼詩道15號溫莎公爵社會服務大廈13樓

電話：2864 2929

傳真：2864 2999

網頁：<http://webcontent.hkcss.org.hk/prs/Policybulletin/main.htm>

電郵：policybulletin@hkcss.org.hk

版權屬香港社會服務聯會所有。歡迎轉載，惟轉載前須先取得本會同意。



香港公益金

THE COMMUNITY CHEST

香港公益金贊助