

葵青區地區康健中心服務之二

一人一家庭醫生

三層服務

筆者在《葵青區地區康健中心服務》系列中，建議如何在地區分三層服務、把資源放在基層醫療，以預防和及早治療，減低醫院的壓力。4月28日的文章《「民間集氣」·健康生活》中闡述了如何通過社區中每個人的參與，去改善小區市民健康。今天的文章《一人·一家庭醫生》建議以受訓後的家庭醫生主持基層醫療服務，而在下篇文章「醫院內外一條龍」介紹如何與醫管局、衛生署接軌。

在4月29日的「翡翠午宴」中，行會議員林正財醫生進行了題為「高齡化社會下的基層醫療發展」的演講，強調健康自主為主的社會資本模式（「醫福社校房」）。自我管理健康與照顧者同行。理念與筆者在第一層中「生命歷程」的健康推廣（Life Course Health Promotion）不謀而合。

高效益的家庭醫生

在5月7至8日「醫院管理局研討大會」上來自各地逾130位講者討論及分享各方最新發展及成就評估。家庭醫學的教授、學院院長及領導展示了充分的研究資料，證明：

1. 家庭醫生可以通過以病人為中心（patient-centered）、第一接觸（first point of contact）、全面（comprehensive）、協調和持續服務（coordinated and continuing service）（5'C），提供高質量的基層醫療服務。
2. 家庭醫生可以更有效的管理超過90%的疾病，增加早期發現癌症的機率，降低各類死亡率。
3. 2005年在香港進行的一項研究指出，個人擁有家庭醫生的人更可能擁有健康的生活方式，在就診後得到更多改善，在自我照顧方面更投入，更少使用急症室或醫院。
4. 從2009年至2015年醫管局家庭醫生對糖尿病患者所進行的風險評估管理計劃（RAMP）顯示，共有6萬多名患者降低了所有原因的死亡率13.4%，計算在五年內為醫管局節省了35億元。

「一人一家庭醫生」政策

既然家庭醫生對基層醫療服務、個人健康管理這麼重要，香港應該仿效英國、澳洲、加拿大等地方，制定「一人一家庭醫生」的政策。因此我們需要去更新衛生署的《基層醫療指南》的醫生名單，建立「家庭醫生」註冊制度。若醫生不是「香港家庭醫學學院」院士，便需要在「家庭醫生」表列前接受家庭醫生專業的培訓，可分不同程度，分期修讀文憑或證書課程。

人才需求和培訓

根據香港大學林露娟教授的報告，為了達到 1：2000 人口的比例，香港應該擁有 3700 名家庭醫生，其中葵青區則應有 260 名。若我們仿效加拿大，每年有 50% 的畢業生需進行家庭醫生培訓，也要花費 12 年時間才可達標。香港家庭醫學學院現在只有 747 名院士，190 名實習生。所以現在當務之急是在現有私家執業的醫生中鼓勵他們受訓；完成後，憑課程證書登記為家庭醫生。若果每一位市民可獲得一定數量的醫療券去選擇認可的家庭醫生就診，則可激勵各私營醫生受訓。

中西合作基層醫療團隊

中醫和西醫可以合作提供醫療服務。香港中西醫結合醫學會自 2012 年舉辦《基層醫療》在社區的課程。今年的課程特別為「地區康健中心」而設計。本港三所大學的中醫學院由 1998 年開班，到現在已有超過 1000 名畢業生，他們畢業後在十八區中醫教研中心受訓三年期間，醫管局也舉辦「中學西」課程，而他們的本科課程涵蓋西醫學及生物科學，使他們能夠掌握「家庭醫學」的課程，並在基層醫療團隊中與其他專業醫護人員如藥劑師、營養師、心理輔導師、護士、社工等合作。

投資社會·醫健通+ (eHRSS+)

林教授建議基層醫療應佔醫療預算 15%。由於醫管局新的資金是用於醫院服務之不足，因此這筆款項應是額外資金，使「基層醫療管理局」的領導可以重新組織基層醫療，包括慢性疾病早期發現及三級預防。如果急症室就診和住院率降低 15%，成本將來可從醫院節省費用中扣除。

現在社區的醫療服務分散在不同的部門，不同的地方，不同的營運模式，所以要為每一位市民建設「一站式電子平台」，將衛生署和醫管局的服務資料集合在一起，基於地區的多專業團隊建造不同的節點形成一個網絡，通過區塊鏈技術擴展 eHRSS，可與所有社區合作夥伴「醫福社校房」進行溝通，以實現實時服務，也可作為大數據深度分析的疾病風險評估。

欣聞 5 月 16 日立法會食衛局局長回答葛珮帆議員的問題時，已積極計劃上列的建議。

黃譚智媛 教授
前醫院管理局總裁

本文刊於 2018 年 5 月 19 日之《信報》