

衛生

澳門全科醫學的完善與家庭醫學發展路向之探討

潘錦盈*

前言

家庭醫學自六十年代發展迄今已成為世界醫學的主流。不少西方國家都公認開展家庭醫業是一種最經濟和有效的衛生保健方式，因此家庭醫學在世界各地得以迅速發展。但隨著人口結構和疾病譜的改變、高科技醫療的開發以及醫療費用的高漲，使家庭醫學的發展受到一定的影響。目前各國正致力尋求改革方案以適應社會發展的需要。澳門的全科醫學開展至今也有十多年歷史，政府主導的網絡式初級衛生保健雖已取得一定的成效，但仍存在不少缺失，尤其是基層衛生護理服務、全科家庭醫學教學和研究等方面都顯得非常不足。然而，踏進廿一世紀，面對社會的變遷，以及人們對生活質素和保健需求的日益提高，澳門的醫療制度必須作出適當的調整。通過改善醫療衛生服務，開拓全科家庭醫學的培訓和研究，強化以家庭醫學為主要模式，以預防醫學為導向的初級衛生保健，制定符合長遠的經濟效益和社會效益的衛生政策，推動家庭醫學在澳門的發展，都有助於促成人人享有健康的目標。

本文嘗試以理論結合實踐的方式，闡述家庭醫學在國際上的發展現況和趨勢，以及面對的困難和改革的路向，找出目前澳門的醫療制度存在的問題。同時指出對改善全科醫學的建議，並剖析澳門特別行政區政府如何因應社會發展的客觀規律，推動家庭醫學的發展，這也許對澳門家庭醫學的落實具有一定的理論意義和實踐意義。

* 全科醫學學士，公共行政學碩士，衛生局全科專科醫生

一、家庭醫學的興起與發展趨勢

家庭醫學的興起是依循政治經濟的形勢、醫學模式的轉變以及人們對醫療保健需求的殷切等因素逐漸發展而成。現代科技文明的高度發展導致人口結構和疾病譜的改變，引發了現代醫學與社會需求之間不相適應的矛盾。過往僅採取單一的生物醫學模式來防治那些需長期醫護的疾病，是難以減低其發病率和死亡率的。另一方面，隨著專科化與高科技醫療為主要模式的開展，造成醫療費用逐年上漲。高漲的醫療費用雖可促進深入研究疾病機理和提高診治能力，但卻未能有效地解決臨床上許多實際問題，尤其是對慢性疾病和老年疾病仍然一籌莫展。這種社會變化對醫療模式的影響促使現代醫學從過去以專科診治為主向以預防保健為主轉移，因此一種以社會化醫療網絡模式的家庭醫學便應運而生。家庭醫學與家庭醫生的興起，反映了醫療事業發展的必然規律。家庭醫學是當今世界醫學的主流，透過家庭醫師制度，改善基層醫療照顧的品質，使全民皆享有健康，而且在21世紀將會進一步發展。

二、現代家庭醫學 / 全科醫學之現狀與改革方向

自69年到84年的十五年間，家庭醫學在美國的發展十分迅速。往後大多數西方發達國家都相繼開展家庭醫學或全科醫學，並取得輝煌的成就。亞洲地區國家政府及醫學界多致力於高科技專科醫學的發展，卻不太重視和支持家庭醫學，故家庭醫學的推行起步晚而且進度慢。家庭醫學在歐美發達國家取得重大的成就，全賴政府和人民的支持。家庭醫學教學和訓練的努力，以及集體執業之成功，卻因隨著經濟社會變遷所引伸的各種問題而使家庭醫學在發展歷程上受到一定的衝擊。縱觀目前世界各國對改革和發展家庭醫學都在作出不懈努力，其中不乏值得我們借鑒的東西。

發達國家都正在致力於探索如何提高人們的健康水平，以減少心、腦血管疾病，並尋求降低醫療費用的途徑；開展促進健康的活動；強調醫療服務部門應加強疾病的救治能力和全科醫生的培訓；加強健康教育和衛生大環境的支撐作用；創造健康的環境，引導人們建立健康的生活方式；提供優質的衛生服務；抑制醫療資源的過度使用與浪費等。

發展中國家則逐漸重視和推展家庭醫學。加強對市民、醫學界及政府當局的宣導，爭取政府政策的支持和國際援助；擴大基層醫療照顧的可及性，使有需要的和邊遠地區的人群得到最合適的服務；建立家庭醫學模式的試驗計劃，採取群體醫療執業結合社區導向的基層醫療方式；擴大住院醫師的名額，以吸納更多的醫學院畢業生選擇家庭醫學科；鼓勵基層醫師接受訓練和提升家庭醫生的角色和地位，促進家庭醫師與其它專科醫師維持一種互補而非競爭的模式；推行家庭醫學師資培訓與基層醫生之在職教育。

三、澳門初級衛生保健系統之發展概況

(一) 澳門居民的健康狀況

1. 人口結構的演變

二十年來，澳門居住人口不斷增長，自1979年的237,318人增至1999年437,455人，人口增加了84.3%，年增長率為1.6%。隨著澳門經濟發展，土地開發以及邁向國際化，澳門地區的外地移居人口也有逐年增長趨勢，尤以中國大陸合法移民之增加更為顯著。

從1999年人口結構指標看，澳門65歲或以上的老年人口佔7.7%，超出了國際人口老化7.5%之標準。出生時平均預期壽命愈漸延長，現時男性的平均預期壽命為75.3歲，女性的平均預期壽命為79.9歲。人口當中，以成年人口69.1%為主，年青人口23.2%的比例亦不少，相對地老年人口的數目較少，但其比重卻一直上升，加上出生率不斷下降，顯示澳門地區人口老齡化有增加趨勢。

2. 澳門居民的健康問題

一般而言，澳門居民的健康狀況是理想的。若與世界其他國家或地區比較，其健康水平顯然是最好的地區之一。根據統計資料顯示，近五年來澳門地區的總死亡率一直處於低點，至1999年死亡率為3.2%。其中嬰兒、初生嬰兒、圍產期嬰兒及死胎率均持續下降，反映出澳門人口的健康水平是令人滿意的。在死亡原因當中，以循環系統疾病、腫瘤、呼吸系統

疾病為主要死因。而十大死亡原因的首三位分別是心力衰竭，氣管、支氣管的惡性腫瘤，急性但不明確的腦血管病，這與世界其他國家或地區的指標相近。疾病譜已由傳染病及母嬰疾病逐漸轉向非傳染病和意外事件。

除死亡率之外，發病率是另一項反映人群健康水平的指標。但澳門並沒有以有系統的方式蒐集發病率的整體數據，僅統計出在1999年居民到各區衛生中心求診的常見原因中，以大比重的預防性工作為主，例如：健康檢查、免疫接種、宮頸癌篩檢、乳腺癌篩選、產前保健、學童保健、健康諮詢及衛生教育。而病理性方面則以心血管疾病為主，其次是呼吸系統疾病。但在這些原因當中並沒有記錄因社會、家庭、婚姻、心理、精神等問題來求診的個案。

值得注意的是，對於必須申報疾病的統計數據，記錄出由1991年至1999年間，最常見及發病率最高的是肺結核和其他類型結核病。其次是甲型肝炎、乙型肝炎及丙型肝炎，這些感染性疾病都有上升趨勢，但因疫苗接種的實施而可避免的傳染性疾病則正在逐漸減少。

(二) 澳門初級衛生保健系統

1. 澳門公立醫療衛生系統之建立

澳門的公立醫療衛生系統創建於上一世紀，其組織模式源於葡國。在本世紀80年代以前，澳葡政府採取放任政策，醫療衛生事務以自由執業為主，政府只負責部分最基本的防疫接種和環境監測等公共衛生工作，市民可任意選擇民間的醫療機構。自80年代起，澳門政府為了保障居民健康和實施世界衛生組織倡議的“公元2000年人人享有衛生保健”的目標，計劃調整澳門的衛生政策。並於1985年開始將原衛生系統分為兩部分，設立一間綜合性公立醫院，負責提供專科衛生護理服務，以及八間衛生中心，負責提供全科衛生護理服務。自此政府對本澳的醫療事務採取干預政策，開始為全澳市民推行全面性的醫療保健服務，同時允許民間的慈善團體及私人主辦的醫療機構並存，作為補充性的醫療服務，繼續發揮重大的作用。

2. 初級衛生保健網絡的運作模式

澳門的初級衛生保健網絡分佈於全澳各個地區（包括氹仔和路環）為市民提供免費的保健、預防、診斷、治療、轉介、基本藥物等全面性服

務。衛生局為了配合社區開展衛生教育、預防疾病及促進健康等工作的需要，同時設立了七個技術單位，以健全初級衛生保健範疇的共同協作。圖3-1是澳門初級衛生保健系統的組織架構。此外，前澳門政府衛生司為完善初級衛生保健工作，於1999年2月批准成立各區社區衛生委員會，成員由衛生中心主任、醫生、護士、衛生檢查員以及各政府部門與民間團體的代表組成。主要負責長期審議衛生中心的計劃和程序，協助居民參與健康活動，處理民間的申訴或投訴，為改善衛生中心的服務而提出批評和建議等。目前初級衛生保健服務已覆蓋整個澳門地區43萬餘之常住人口。經常接受衛生中心服務的人數呈持續增長，至1999年底使用者約佔總人口的60%，總門診次數達305,364次，這說明全科醫生與市民之間有著密切的接觸。

在資源配置方面，1999年於本澳提供初級衛生護理服務的機構中，92.2%屬於私營機構，4.4%屬非牟利之慈善或社團機構，只有3.4%屬公營機構。在衛生人力資源分佈當中，衛生中心的全科醫生約100人，護士約130人。衛生財源通過稅收籌集，以政府預算開支，主要用以支付政府的衛生行政及醫療衛生服務活動，部份資助鏡湖醫院及非牟利團體的醫療服務。市民到衛生中心可接受免費醫療，只有小部分市民使用政府醫院服務時需付費。澳門沒有推行強制性的全民醫療保險制度，僅有部分市民自由選擇各種健康保險。

圖3-1 初級衛生保健系統組織架構



降前保健	衛生教育
家庭計劃	培訓暨文件
兒童保健	食物衛生
口腔保健	醫務活動牌照
學校保健	動物病媒控制
托兒所保健	結核病防治
老人院保健	
家庭訪視	
疫苗接種	
基礎護理	
健康教育	
公共衛生監督	

四、基層衛生護理實施中存在的問題

回顧過去十多年，澳門的初級衛生保健未能完全發揮作用，主要基於政府欠缺廣泛而有效的宣傳，使醫務專業人員及廣大市民對全科醫學的理念認識不足，導致“重醫輕防”文化的泛濫，忽略了初級衛生保健存在的價值，社區成員更不曾有意識地積極參與衛生政策的制訂和落實，妨礙了基層衛生護理的實踐。初級衛生保健在實施過程中存在頗多的問題，分析如下：

(一) 工作效率低下，服務質量不高

基於公共醫療服務一向沒有受外界的嚴密監督，服務成效和效益自然得不到重視，故基層衛生護理服務便出現以下的問題：1. 業務推廣宣傳不足，使全科醫學沒有被全面重視，服務未得以充分利用；2. 軟硬件配置不當，使預約、掛號、輪候時間延長的情況普遍存在；3. 專科轉診渠道雖已

建立，但雙向轉介協議尚未確立，轉介處理完畢經常與病患者失去聯繫，全科醫師也欠缺參與病人的住院照顧、不利於提供協調性和持續性之服務；4. 服務內容以常見疾病之處理、一般健康檢查及衛生教育為主，大多沒與患者進行兼顧生理、心理及社會層面的會談與諮詢，甚至是專業技術水平拙劣或服務態度差，而使醫患關係疏遠；5. 未充分運用社區資源和優勢，作業大多流於形式；6. 服務品質未受到嚴謹的監察和評核，只作一般性的量化評估。

（二）衛生資源問題有待解決

初級衛生保健的提倡被公認為最節儉有效的醫療供給，尤其對慢性病的長期護理更見其利，但公立醫療機構往往出現資源被濫用和浪費的現象。在有形浪費方面，因為免費醫療及無引入競爭機制的關係，醫生和市民皆缺乏消除浪費的意識，一起追求高新科技的診治，耗用大量非必要的新貴藥物和特殊檢查，以及出現人員、設施、設備的閒置，電力、物品的浪費等情況。在無形浪費方面，儘管相當重視健康教育，但市民普遍存在重醫輕防的觀念，只顧依賴醫護人員，而不積極提高自我保健的意識，在求診過程中非拿到藥物不可，醫生也只顧打發病人而投其所好，這無疑是增加了醫療負擔，導致醫療成本上揚。

人力資源的合理配置是另一個重點問題。目前全澳衛生中心的全科醫生總數約100人，護士約130人。若既要因應社會發展需要，又要提供優質全面的衛生護理服務，這些人力資源顯然並不足夠，即一名全科醫生照顧4,380名居民（理想為一名全科醫生照顧2,000名居民）。衛生中心的全科醫生當中，全科專科醫生約佔40%，未分類醫生佔60%。但他們的專業角色還未被確定，正處於等待投考其他專科的過渡階段，造成衛生中心的人力資源長期不穩定，因而影響服務質量。

（三）培訓制度有待改進

澳門的全科專科醫生培訓始於1989年，1996年才正式確立專科培訓制度，至今共培訓了32名本地全科專科醫生。32名全科專科醫生乃通過不完全等同的途徑取得全科專科醫生資格。其中9名醫生經專科投考合格後接受為期三年的訓練，培訓內容包括理論和實踐訓練、全職的住院醫師

訓練。其餘23名是按法令規定的原全科職級的醫生在衛生中心工作滿8年（後修訂為5年）後，自願接受為期一年半的全科培訓特別程序，培訓計劃在半脫產情況下進行，分為正式授課、指導下實踐和醫院（主要是門診）輪訓。而於1999年開始接受培訓的1名醫生，首次獲批准將家庭醫學證書課程納入全科專科培訓計劃中。

本澳的專科培訓主要參照葡國的模式，僅就本身的特點作了些調整，但在訓練過程中卻出現以下的缺失：1. 家庭醫學尚未推展至基層，專業家庭醫學科師資和教材缺乏；2. 未教授全科家庭醫學理論、社會、倫理及心理醫學；3. 只秉承醫學院臨床醫學的訓練，與醫院專科醫生的診治模式無異，高度集中在常見病的診療技術和一般處理；4. 欠缺教導及展示全科醫學的態度、知識及技能；5. 缺乏誘導和啟發對社區醫學的興趣和長期自我學習及提升的能力；6. 無良好的醫業管理及團隊協作的技術訓練。

在持續教育方面，目前全科醫生的持續教育由全科衛生護理技術協調室負責統籌與策劃，其教育的特點以集中上課的形式為主，定期舉辦相關的課程及講座，派發多選題作業、文獻資料、網上資訊，或不定期到各專科門診實習等等，較少有醫生被派往其他地方進修的機會。

（四）業務管理缺乏有效措施

公共醫療服務的工作效率低下、服務質量不高及醫療資源浪費等問題，不僅與缺乏有效的管理手段有關，而且與員工的服務精神不高亦有關係。反映公立醫療機構各級人員尚未建立共同目標，在拓展醫療事業與提升服務品質方面仍缺乏共識。在僵化的制度及陳舊的營運方式下運作，不但令公共醫療服務發展滯後，而且會令市民失去信心，同時也得不到政府政策的支持。勢必導致衛生資源被削弱，最終使公立醫療系統陷於萎縮甚至被吞併的境況。

五、完善基層醫療制度的建議

初級衛生保健服務要得以持續發展和提高，首先必須廣開門路加強宣傳。讓全體衛生專業人員及廣大市民都清楚知道澳門衛生事業的發展方向，認識全科家庭醫學的理念，匡正大眾把全科醫學誤解為一種全新或非

專業性的服務，以及扭轉初級衛生保健被視為一種免費的低級醫療服務之觀念。

初級衛生保健是經由團隊合作，向市民提供以家庭為單位之周全性醫療服務。但現時澳門的初級衛生保健在實施過程中存在頗多問題。究其原因與醫療制度、衛生資源、運作方式以及服務素質等不足有關。因此改善本澳的醫療衛生服務應從根本上著手。決策領導者應完善醫療制度，管理執行者應改進管理措施，業務提供者應改掉陋習，樹立服務市民的公僕精神。唯有上下一心建立共同目標，以美好的新形象打開醫業良性循環的契機，才可振興全科家庭醫學。在系統的改善方面提出以下的建議：

（一）提高服務效益

良好的醫療服務效益，需通過完善的系統管理與運作方可實現。服務的好壞由民間的滿意程度可反映出來，故應採納大眾意見，善於掌握和分析訊息，從各個層面入手來改善服務。1. 簡化手續，安裝私人電腦，可快速處理掛號、預約、病歷資料、診療記錄、治療方案等日常工作，並與醫院連線使作業獲得專科諮詢，還可用作醫生診療輔助工具、研究及統計分析、庫存管理系統等；2. 設立電話預約及專人解答或接待查詢的市民；3. 適當調配人手，設計彈性上班時間或分段服務時間，以疏導人流量，解決市民輪候過久及求診不便等問題；4. 選擇人流量高及較偏遠的衛生中心增設一些既便宜又方便的診療設備，可提高服務的可及性；5. 明確訂立雙向轉介協議，對失約或失去聯系的病患者應主動追縱，以便給予協調性和持續性之服務；6. 加強與社區的協作，開發社區可利用的資源，包括機構性資源、人力資源、經濟性資源以及社區動員潛力等。

（二）資源的合理利用

運用有限的資源來提供滿意的服務，必須懂得開源節流。首重提高整體消除浪費的意識。讓全體市民和工作人員明白濫用及浪費資源，不僅導致醫療成本上揚，而且會破壞社會公共資源使用的公平性與合理性，從而損害公眾及自身的利益。因此，衛生當局需通過加強宣傳和教育，向市民灌輸以預防疾病及自我保健為主的知識，避免濫用衛生資源。同時也應指導機構上下人員提高成本效益和合理使用資源。通過制定控制成本、抑制

開支、監察管制等措施，以遏止公共資源過度浪費。此外，因應需要合理安排和調配人手，適當增加全科專科醫生和社區護士名額，以解決人力資源短缺的問題。

（三）加強對醫療服務的有效管理和監督

澳門的公共醫療體系是參照葡國的模式而建制，同時亦承襲了殖民地政府擁有特權的陋習。配合制度不全與管理不善等因素，直接影響醫療系統的良好運作，間接損害了市民的利益，經常受到民間的非議。故改善醫療衛生服務，唯有加強系統的管理和監督。譬如，職能機構雖已制訂工作守則和辦事程序，應配合有效的行政法規和相關的規章制度，以規範各部門依法執行。對於部門的業務運作與服務效益，需進行嚴格的監督和評估。對於員工服務態度和工作表現的好壞，需引入賞罰或升遷等競爭機制。對於濫用或浪費資源的行為，要加以控制和監管。對於醫療事故或醫療糾紛等問題的發生，應有明確處理危機事件的相應措施。此外，加強外間的監督，必須建立衛生中心、民間、社區衛生委員會三方的溝通渠道。市民如有對衛生中心的服務不滿，可向衛生中心或衛生委員會提意見或投訴。透過相互的訊息反饋，有利於聽取民意，從而改善衛生系統的服務。

（四）改革培訓制度

全科家庭醫學的培訓目標在於提供有關全科醫學的知識和誘導醫學生從事全科醫學的服務，培養從事基層醫療的全科醫生，以及提升全科醫生服務的水準，並且兼顧醫德、醫術、醫業三方面的教育訓練。全科家庭醫學的培訓涵蓋了全科醫學教學、住院醫師訓練及持續教育三項內容。反觀澳門的全科專科培訓計劃有欠完整，教學內容與素質參差，考核基準也不健全，尚未達到以上的標準。為此必須改革全科專科培訓制度，充實原本欠缺的內容。

在全科醫學教學方面：

1. 確立完整的專科培訓計劃；
2. 定期聘請合資格的家庭醫學科醫師帶教或給予全科醫生更多往外進修的機會；
3. 培訓內容應重點教授全科醫學基礎，包括預防、社會、倫理、行為及心理醫學等，以轉變全科醫生在日常工作中高度集中於個人—生物—治療的思維方式；
4. 在臨床實踐中指導全

科醫學的態度、知識和技能，諸如全科醫學的核心知識、社區常見病症之處理原則和方法，示教會談與溝通技巧，以達到良好的醫患關係；5. 教導衛生服務管理知識及團隊協作的技術訓練；6. 加強醫德教育，提高個人素質和責任感；7. 教導全科醫生應有之法律認識，在於保障合法的醫療行為和居民的合法權益。

在持續教育方面：

1. 持續教育為全科醫生終生學習的方式，應廣泛調查了解全科醫生的需要及興趣而作靈活的安排；
2. 採取分散式的教學，完善訊息系統，開展多元化教與學活動；
3. 非強制性地從觀念上誘發全科醫生提高參與持續教育的興趣及長期自我學習的能力，並且積極投入全科家庭醫學的研究；
4. 鼓勵資深的全科醫生參加教學活動，既可認定為持續教育的學分，又可向資淺醫生提供實踐經驗；
5. 評估持續教育的效益，以及採納學員的意見，以隨時修正持續教育的方向及內容。

此外，強化澳門全科醫生學會的角色與功能。提升學術性、活動力、影響力及公信力，使其獲得大眾的認定與支持。全科醫生學會應主動統籌所有全科醫生，成立全科醫學研究委員會。集思廣益帶頭搞活全科醫學的學術與研究氣氛，創辦澳門全科醫學雜誌，提供醫學訊息，舉辦對外的交流活動和相關的學術研討會，協助培訓師資，促進專業定位。另外，創辦健康促進中心，組織義務工作團隊。以健康指導角色主動地參與社會服務，如義診、家庭訪問指導、大眾健康教育、擔任公眾媒體或民間團體的醫事顧問、關注和維護病者權益，以及動員社區資源開展健康需求評估和衛生成效調查活動，以此效益評估的結果作為影響衛生投資的參考。

六、澳門家庭醫學發展路向之探討

澳門的初級衛生保健發展至今已十多年歷史，為本地區居民的健康作出了肯定的貢獻，全賴醫療衛生系統內外成員的共同努力。然而，在基層衛生護理服務的實施過程中存在頗多問題，而這些缺失可以通過深化改革而得以完善。但不容忽視的是阻礙其發展之因素仍然存在。面對今天以慢性病為主、人口增加、老齡化、城市化、環境污染、不良生活習慣、精神壓力、先進醫療器材和藥品開發、醫療費用日益高漲、整體財政危機等

因素的影響，因而對醫療衛生保健提出新的要求。以現時的初級衛生保健服務，是否可以繼續維持高素質的基層衛生照顧，又滿足到民間對醫療供給日漸增加的需求？故此，澳門特別行政區政府在低稅制無籌資的現實環境下，如何運用有限的資源，制定出符合長遠經濟效益和社會效益的衛生政策以適應澳門社會的變遷，是個值得探討的重大課題。

（一）發展家庭醫學之目標

家庭醫學的主要範疇為初級衛生保健。家庭醫生是基層照顧的主要及最適當的執行者。除了提供以家庭為單位的周全性醫療照顧外，並對病人負上持續性健康照顧的責任。家庭醫學還擔負教學和研究的任務，初級衛生保健可以家庭醫學的理論為基礎，故推展家庭醫學則是健全基層健康照顧的重心。雖然家庭醫學有其廣闊的知識和服務內容，但並非以此取代其他專科的地位與功能。同樣地，其他專科也不能取代家庭醫學的功能與地位。事實上兩者處於互補而非相互競爭或對立的關係，才能符合患者與醫生雙方的利益。

踏進廿一世紀，澳門的醫療衛生策略應全面確立以家庭醫學為目標的基層衛生護理。家庭醫學的實踐有賴全體專業人員及社區成員的積極參與而達致廣泛的共識。更重要的是爭取負責社會衛生事務的政治決策者的重視和支持，增加對發展家庭醫學的投資，從而使家庭醫學得以落實。以現階段澳門整體的社會環境和經濟狀況，宜建立適合本地區之家庭醫學模式的試驗計劃。採取群體醫療執業結合社區導向的基層醫療方式，促進全科衛生保健與專科衛生護理達成互補作用，從而實現真正的個體化、人性化、連續性、綜合性、協調性及可及性的衛生護理服務。

（二）發展家庭醫學的若干思考

家庭醫學的發展需要靠龐大的人力資源和財政資源來支撐，因此要對實踐家庭醫學的具體方案作前瞻性的分析。

1. 初級衛生保健運作的妨礙因素

目前政府投入初級衛生保健工作的資源與社區的實際需要存在頗大的差距。近年來，澳門人口不斷增長，使用衛生中心初級衛生保健服務的人

數也相應增多。由1993年開始，衛生中心的門診總數呈持續性增加，其中以慢性病患者比重增加為主。加上衛生大環境的變遷，要求服務質量不斷提高，故現有的服務種類已不敷應用，必須新增服務項目來達至供求平衡。

雖然初級衛生保健工作具有明顯的社會效益，但卻得不到足夠資源。服務的供給在設定預算上限的原則下，必然導致服務覆蓋面、服務內容、服務質量等下降，而且不少項目也無法開展。此外，人力資源是個最重要的問題，衛生中心普遍出現人手短缺，部分門診的預約排期已超過二十個工作天，若再不增聘人手或進一步減少可利用工作時數（現時衛生中心醫生每周工作45小時，護士及其他人員每周工作36小時），只會嚴重影響運作而引致市民不滿。另外，藥物供應是最主要的開支之一，由於資源緊縮使藥物供應不穩定或以平價藥物取代，患者服食無效，醫生只好外發處方取藥，反而令成本提高，但現時尚未建立抑制藥物過度開支的機制。由此可見，初級衛生保健可持續發展的障礙因素就是資金投入不足，這種忽視社會的需要和上升的預期，單靠減省開支並不符合經濟效益，利用行政手段對醫療支出設置上限，罔顧使用者需要的做法並不足取。

2. 家庭醫學實踐的可行性

人才資源方面：在原有初級衛生保健的基礎上擴大家庭醫生名額，廣泛吸納全科醫生和未分類醫生接受家庭醫學專業訓練，加入群體醫療團隊工作。鼓勵基層醫護人員參加在職教育，推行家庭醫學師資培訓及家庭醫學教學與研究。並且提升和確立家庭醫生的專業角色和地位，促使家庭醫生與其他專科醫生維持一種互補而非競爭的關係。

財政資源方面：近年來，本地生產總值不斷下滑，政府衛生開支不斷上升，衛生開支佔本地生產總值的比例也持續增加，但佔政府總開支的分額卻無明顯增減，見表6-1。而澳門的初級衛生保健僅靠政府一般稅收以預算開支來維持，服務近乎完全免費。在這種情況下是否能夠發展家庭醫學，關鍵在於如何爭取政府支持。以甚麼有利因素來吸引政府重點投資，如何在預防性和治療性的醫療服務之間達致最佳的資源調配。

6 - 1 政府衛生開支

	92	93	94	95	96	97	98
政府衛生開支(億元)	6.273	5.983	6.775	8.363	9.705	10.494	10.882
人均政府衛生開支(元)	1691	1558	1708	2043	2336	2505	2553
佔本地生產總值(%)	1.59	1.32	1.35	1.51	1.76	1.88	2.10
佔政府總開支(%)	7.05	5.74	6.02	5.41	6.61	7.27	7.02

資源來源：初級衛生保健技術協調室

3. 籌資問題有待研究

如果政府有高瞻遠矚的宏偉目光重視和支持開展家庭醫學，必然謹慎計算投放合適資源。但在低稅收無籌資及衛生開支不斷上升的情況下，即使不開展家庭醫學，只靠削減資源勉強維持初級衛生保健現有的服務，也無法長期維持下去，更遑論改善服務質量。若特區政府真的出現財政危機，則政府對醫療撥款可能採用三種辦法：一是維持現有資源，二是繼續削減開支，三是設法籌措資金。看來採取第一種辦法可以暫時維持初級衛生保健繼續運作；第二種辦法可能會導致整個初級衛生保健系統萎縮，除非有辦法令澳門的經濟復甦，本地生產總值回升；第三種辦法可以保障初級衛生保健的可持續發展和提高。

由此可見，為醫療衛生服務增加經費而採取籌措資金的辦法是有必要的。但如何籌資有待研究，是否應通過加稅、引進健康保險、用者自付、削減政府其他服務的開支等手段來獲得額外財源？先考慮以下幾個問題：（1）現時澳門社會的整體經濟狀況不景氣，若加大稅收可能引致負面影響，亦有違本澳低稅制的宗旨，故加稅必須審慎考慮。（2）至於引進健康保險，有鑑於很多國家和地區推行全民健康保險，遇到不少困難和引發更複雜的問題，並不能解決醫藥費上升和避免濫用醫療服務等問題，而且本澳社會人均收入低，加上以慢性病為主需要長期醫治，所以大部分居民未必有條件加入健康保險計劃。（3）政府為保障市民健康，提供基本的醫療保健服務是責無旁貸的。倘若在人均收入低和以慢性病為主的情況下實施用者自付，只會令老弱貧困的市民雪上加霜，因此用者自付方案並不可取。（4）雖然當局已從預算中增加醫療撥款，但不能沒有限度，政府不僅

要維護這一代的利益，還要維護下一代的利益，也必須在醫療、教育、社會福利、房屋、治安、基礎建設各方面的需要上求取平衡，故此不可隨意地削減其他服務的資源。

4. 籌資方案

針對澳門社會的現實情況，在提出籌資方案之前，必須指出醫療衛生的資金投入應當符合五項基本要求：（1）教育和指導人們預防疾病和避免受傷；（2）鼓勵醫療護理提供者以最低的成本，提供切合使用者利益的服務，減少和防止濫用資源；（3）保證社會上每一個人不因罹患疾病或受傷而承擔不起醫療費用；（4）容許社會上的人自由選擇多付費用以獲得最先進的醫療；（5）適當地讓有能力的人公平分擔負荷。

從上述的基本要求出發，筆者提出一個健康計劃的籌資方案以供參考。方案規定為不同收入水平的家庭設置年度醫療支出上限，家庭必須繳付醫療服務的直接成本。所謂直接成本即使用者多使用某種服務時，應自行繳付直接引發的服務成本，若超出上限時則由公費承擔。但對於以下情況應予豁免收費，例如：65歲或以上老人、10歲或以下兒童、合資格低收入者及貧困家庭、傷殘人士、癌症患者、結核病者、精神病者、傳染病者、癮君子、疫苗接種、社區保健等。

現時政府以財政預算提供免費醫療服務，會造成貧者負擔富者醫療費用的不公平現象，也容易造成過度使用的情況。由於免費供給，人們的欲求往往有達到飽和的傾向。如設置家庭年度醫療支出上限，由家庭支付醫療服務的直接成本，即引入部分付費機制，其優點在於：（1）獲得部分財源，讓有能力者分擔部分成本，可減輕公共負擔；（2）擁有抑制需求的效應，避免資源濫用；（3）提高有限資源和服務的利用效率；（4）在受惠者與非受惠者之間起平衡作用；（5）提高公營與私營醫療服務之間的良性競爭；（6）作為象徵性意義，增加用者的尊嚴等等。此外，超出上限的醫療費用由公費負擔，則可避免每個人因罹患疾病或受傷而承擔不起醫療費用。可見，為家庭設定年度醫療支出上限配合部分付費的方案是有必要的，不失為明智之舉。但重要的是必須提供良好的醫療服務，居民才樂意接受和承擔費用。

(三) 廿一世紀家庭醫學的展望

面向廿一世紀，全球訂定了“預防為主，健康教育”的衛生戰略目標。現代醫學的概念強調把衛生工作的重點轉向以預防為主和改變人們不健康的生活方式。透過醫護人員與社區工作的健康教育，指導人們在日常生活中應注意醫護常識，增強自我保健的意識和能力。初級衛生保健是整個醫療衛生體系中最基層的重要組成部分，其實踐工作一貫秉承促進健康、預防疾病、醫治傷病、促進康復四項宗旨，充分體現社會平等權利中人人享有衛生保健的精神。回顧過去十多年，澳門初級衛生保健系統的建立有著良好的基礎。其組織職能架構最有利於開展預防性衛生護理及促進健康活動，其服務質素也受到世界衛生組織的正面關注，被評為西太平洋地區之佼佼者，與日本、新加坡及澳洲等醫學先進地區看齊。雖然如此，但與履行在衛生領域範疇內完善醫療系統，保障居民健康，恪守人人享有平等和優質的衛生護理服務的原則尚有一段距離。

因此，正藉本澳醫療保健制度改革之際，我們關注到澳門未來的醫療發展路向。必須因應本地形勢，作出與社會同步前進的轉變，選出一條適合澳門發展的醫療保健道路。應當借鑑世界各國或地區改革醫療制度、醫療衛生服務以及推行家庭醫學的成功經驗。結合本地區的特點，在原有初級衛生保健的基礎上，進一步健全初級醫療系統的功能，積極發揮優勢和創造有利條件。通過改善基層衛生護理服務，推動家庭醫學的開展，開拓家庭醫學的教學與研究，培訓家庭醫業專科人才。提升家庭醫生的專業角色和地位，強化以家庭醫學為主要模式，以預防醫學為導向的初級衛生保健服務，作為承擔一級預防，並與醫院提供二級和三級預防並存，共同發揮全面性預防和治療疾病的作用。創建一個既適應澳門社會政治經濟發展的趨向，又符合本澳財政能力而讓全民受惠的醫療保健系統，促進人人享有健康的目標早日實現。

參考書目

1. 李孟智著：《家庭醫學與家庭醫業管理》，哈佛企業管理顧問公司，台灣，1993年第三增訂版。
2. 謝瀛華著：《家庭醫學講座》，合記圖書出版社，台灣，1990年初版。
3. 廖榮利著：《醫療社會工作》，巨流圖書公司，台灣，1991年版。
4. 楊志良主編：《健康保險》，巨流圖書公司，台灣，1996年增訂版。
5. 石本忠義著：《國際醫療保障論》，社會保險學會出版，台灣，1990年版。
6. 張樞賢主編：《社區醫學》，北京醫科大學——中國協和醫科大學聯合出版社，北京，1998年版。
7. 伍僑元著：《公共政策》，商務印書館，香港，1989年版。
8. 許早洱著：《香港醫療服務的經濟分析》，中文大學出版社，香港，1993年版。
9. 何灝生著：《醫療改革的經濟分析》，商務印書館，香港，1997年版。
10. 《香港醫護改革》，哈佛專家小組分析報告，香港，1998。
11. 黃漢強，吳志良編著：《澳門總覽第二期》，澳門基金會，澳門，1997年版。
12. 《澳門公共行政99》，行政暨公職局，澳門，1998年版。
13. 《澳門醫療衛生系統——診斷與建議》，社會事務暨預算政務司辦公室，澳門，1997。
14. 《第三屆粵澳預防醫學學術會議》，論文摘要，澳門，1997。
15. 瞿國英，鄧志豪：《澳門1999——澳門初級衛生保健系統的現況與展望》，澳門基金會，1999。
16. 《澳門衛生司統計年》，衛生司，澳門，1995-1999。
17. Fredric D. Wolinsky:《The Sociology of Health》,U.S.A.,1999。
18. The College of Family Physicians of Canada:《Family Medicine in Undergraduate Medical Education》,Canada,1995。

