

如何解決家庭專科醫生短缺問題

回顧

推行健全的基層醫療是大勢所趨，香港在這方面卻發展緩慢，問題究竟出在那裏？現在讓我們先回顧一下年來各方面對這問題的意見。

I. 香港社會服務聯會—社聯在 1998 年 2 月，就其「屋村西醫病人就醫情況調查報告」作出四點建議；現節錄如下：—

- (1) 外國很多資料指出完善的基層醫療服務能有效地減低各類疾病的死亡率。故此，屋村醫生應充份利用他們作為地區診所的角色及他們與屋村家庭的密切關係，去推廣健康訊息及倡導預防保健工作。
- (2) 根據世界衛生組織的建議，一個地方的醫生應有一半是家庭醫生，因為家庭醫生較能全面地照顧一個人及其家庭的生理和心理需要，用較低的醫療費用去發揮更好的醫療效益。
- (3) 政府在推動基層健康服務的時候，應盡量加強與私家醫生的聯系，定期搜集病人求診資料，作全面分析，了解疾病模式的轉變，從而對社區健康危機作更有效的評估。
- (4) 在政策發展方面，香港應加強發展基層健康服務。因為以醫院為本及發展高科技醫療技術並不能促進人類健康，再加上面對醫療成本的急劇上升，要推行一個完善的基層健康服務已是世界主流。

II. 香港醫學專科學院院長方津生醫生

- (1) 1997 年 9 月 29 日明報一方院長認為將普通科醫生培訓為家庭醫生，是未來的大方向，他說：「對於普通科醫生，我們覺得可以作補助訓練，讓他們到家庭醫學院或家庭醫療中心、醫院學習和實習，通過某程度的審查，便可能會達到某個水準。當前的目標是到了二零一零年，家庭醫生和專科醫生數目大致相若。」
- (2) 1997 年 9 月 29 日明報一方院長解釋家庭醫生之培訓，四年本已達世界標準，再加兩年，只求與其它專科訓練年期一致。他說：『家庭醫生培訓要『二加二』，即兩年在醫院內各科巡迴式受訓，再到社區內培訓兩年，這樣已達世界標準，但為求與其他專科的訓練年期一致，得再在家庭醫學院的監督下執業兩年，審查通過後便正式晉升為專科院士。』
- (3) 1998 年中，報章引述方院長建議考慮將衛生署之門診交予醫管局負責，以提供更多家庭醫生之培訓職位；方津生認為，由於醫管局的資源較衛生署更能彈性運用，若衛生署將所有門診均交予醫管局負責，便能提供更多家庭醫生的訓練職位。
- (4) 1998 年 11 月一方院長向報界透露，鑑於培訓資源之短缺，會考慮將家庭醫生之專科培訓由 6 年減為 4 年，以適應社會之需求。

III. 立法局議員梁智鴻醫生

- (1) 1998 年 3 月「息息相關」通訊—梁議員認為各專科學院必須負起責任，制訂合理的方法與途徑，讓有心進修之同業取得專科註冊。
- (2) 1998 年 3 月 14 日明報—梁議員認為政府對基層醫療之發展支持不足，故家庭醫學之進展遠遠落後於社會需求。報導說：「早於九零年底發表的〈基層健康服務工作小組報告書〉，已建議優先發展家庭醫學的訓練，但衛生署至今仍未設有一所家庭醫學培訓中心，直至去年當局面對太多醫科畢業生無法入職公營機構的窘境，才急就章地讓根本沒設有家醫學部門的醫管局設立二十一個家庭醫學培訓職位。」
- (3) 1998 年 3 月 14 日明報—梁議員強調絕不能忽視為私家醫生提供有系統的在職培訓，他認為「要妥善發展家庭醫學，當局應在公共醫院與診所為公、私營醫生增設培訓職位；當局實應考慮資助有志完成六年培訓課程的私家醫生，不然，在缺乏培訓機會和誘因下，無疑白白浪費眾多有經驗的、可堪造就的現成人才。」

IV. 家庭醫學學院院長李國棟醫生

李院長在 1999 年 2 月份〈生命力雜誌〉的訪問中，他指欠缺培訓資源是最大問題，他希望政府及衛生署除精神上支持外，亦撥款發展家庭醫學，提高家庭醫生的水準。他也強調訓練執業普通科醫生為家庭醫生是學院之未來大計，「製造更多訓練、進修及深造的機會，讓執業普通科醫生提升為家庭醫生，而積極推廣家庭醫學的概念。」

V. 李香港醫學副會長勞永樂醫生

在 1998 年 7 月 HKMA News 中勞醫生指出，為了將家庭醫學可以納入香港醫學專科學院體制內，將只需要四年便足夠的家庭醫生培訓增加為六年，實沒有必要。他認為將大部份稱職之基層醫生排出這小圈子外，令市民大眾誤以為大部份基層醫生都不合水平，這對市民及醫生都沒有好處。此外，勞醫生認為醫專附例 16 之取消，令基層醫生喪失在職培訓而成為家庭專科醫生之唯一途徑，這與各方面要求普通科醫生進修之建議，可謂背道而馳。他建議：(1) 可用其它方法評核現有之普通科醫生是否達到家庭醫生之水平，不必固守於現有形式。(2) 培訓方法必需與普通科醫生之診所工作結合一起，以不影響他們的生計為要。

VI. LMC 會長李深和醫生

- (1) 1998 年 6 月 LMC 協會會訊—李醫生道出 LMC 醫生之訴求，「他們很想進修但卻苦無平等機會。他們的年紀也較大，在職多年，擁有很多實際工作經驗但又不如年輕的醫科畢業生般對於書本知識記憶猶新，叫他們參加一系列考試有實際困難。」
- (2) 1998 年 9 月 HKMA News—李醫生建議採取多種途徑，提供不同層次和程度之訓練與普通科醫生參與。他說：「要發展家庭醫學，就要多培訓人材，鼓勵普通科醫生進修，採取各種途徑或方式，例如提供在職訓練，香港醫學專科學院院士、家庭醫學學院院士、專科文憑、專科證書等不同層次和程度的訓練，多種資歷同時並舉，給予認可。」

VII. LMC 協會副會長吳歷山醫生

1998 年 4 月 18 日明報—吳醫生認為通過在職培訓普通科醫生，才可以大量培訓合格的家庭醫生，但培訓制度必需合理可行。文中指出「大部份普通科醫生都願意接受適當訓練成為合格的家庭醫生，而現行的培訓制度令人望而卻步，因為這些醫生都是在職工作，不可能放棄職位或多年經營的診所去駐院輪訓，他們的年齡也相對較大，六年時間對他們實在太過漫長。但由於他們已經在多年的際工作中，累積了豐富的行醫經驗，也可以說，他們實際上已經在從事和扮演著家庭醫生的角色。」

VIII. PEDA 會長蔡堅醫生

1998 年 5 月 HKMA News—蔡醫生說：「很多屋村醫生都希望通過在職培訓提昇為家庭專科醫生，無奈醫專附例 16 之取銷，令所有私家執業之普通科醫生喪失這機會。」

IX. EDA 會長楊超發醫生

1998 年 12 月 EDA News—楊醫生認為：「每個醫生也該有培訓機會，而且是自願參與。切勿將每年的行醫執照用作武器去懲罰因沒有空或其他原因而不能參與 CME 者。」

對於 Primary care doctors registration 之建議，他有如下意見：「衡量醫生的水準應該是由同一機構。我反對有倡議為某專科創立兩個或更多的醫學標準，因為這完全對醫生沒有任何實質作用，其實更可能傷害醫生的專業形象。」

X. 香港家庭醫學學院義務秘書葉傑權醫生

1998 年 9 月 HKMA News—葉醫生建議成立一種有別於專科之 Primary care doctors registration，替一些合乎水平之基層醫生註冊，以向社會大眾證明該等醫生的水平，而該等醫生有責任參加 CME，以保證他們能留在名冊之內。而醫務委員會乃負責該註冊之法定機構。

XI. 筆者之心聲

1998 年 6 月 HKMA News—「很了解其他普通科醫生之心情，雖極渴望進修而有心無力。醫專如果想提昇整體普通科醫生之水平，實應向 HKCFP、EDA、ALMCHK 及 PEDA 等會徵詢意見，做一些問卷調查，找出大多數醫生們之意願，再據此制訂出適合之工餘培訓計劃。」

「既然大多數普通科醫生下十二時至四時都有空檔，醫專何不安排他們去各專科門診實習，其裨益當較上講座為多。講座之知識可以函授，對普通科醫生而言，臨床指導才是最實際之訓練。」「我建議醫專應該局部恢復附例 16，所有普通科醫生都要給予進修之機會以考取家庭醫生專科資格，醫專更要提供實在可行之培訓計劃。」

總結

以上各方面意見，大致可以歸納為下列數點：—

- (1) 一致認為香港的家庭醫學有待大力發展，政府應該增加資源，各方面應協調加速推廣步伐。
- (2) 私人執業之普通科醫生，應該給予在職培訓之機會，以期最終能達到家庭醫生之水平。
- (3) PEDA、LMC 等會長都表示其會員都有強烈進修之意欲，只是無奈沒有實際可行之途徑。
- (4) 屋村醫生，以其有利之環境，最適宜執家庭醫生之職責，故應加以鼓勵他們進修。
- (5) 基層醫生之在職培訓，能更有效地大量培訓合水平之家庭醫生，而且更能節省原已不足之資源。
- (6) 資源短缺乃最大問題之一，現在每年只有 20 個全職培訓名額，要培訓三千名家庭醫生，要 150 年後才能達到目標。
- (7) 家庭醫生的培訓，四年已合世界水平，環顧其他先進或發展中國家，有那一處是要六年培訓呢？故此六年改為四年乃明智及勇敢之決定。
- (8) 醫專附例 16 之取消，對於在職培訓家庭醫生這計劃乃致命打擊，不改此例，在 2010 年要培訓三千名家庭醫生的目標將是天方夜譚。醫專會否局部恢復這附例，將是這計劃成敗之關鍵。
- (9) 兩所大學醫學院對這問題似乎漠不關心，難道他們不需要肩負 Postgraduate training 之責任嗎？

建議

I. 資源問題

- (1) 向政府解釋健全基層醫療之重要性及其成本效益，爭取資助發展。這將有賴梁智鴻議員、方津生院長、兩大學院長、蘇啓明會長、李國棟院長等重量級人物，游說議員；亦要適當地打民意牌，爭取輿論支持。
- (2) 醫生人手已有過剩現象，醫管局明言今年新醫生職位肯定不能吸納兩大學全部醫科畢業生。故此香港醫學會曾建議兩大學削減醫科生學額，兩大學若能從善如流，（聞說港大前院長周肇平教授已有此意），何不將省下之資源用作培訓基層醫生為家庭醫生之用？現在應該是重質不重量的時候了。
- (3) 師資方面，相信有不少人執業之專科醫生樂意義務效勞任教。
- (4) 將六年制改為合理的四年制，可以節省資源。原本四年+額外兩年之要求，其理據極之牽強。
- (5) 將較多資源放在培訓在職之普通科醫生上，較之放在新畢業的醫生上，成本效益將會更高。
- (6) 有建議將衛生署之門診改為醫管局轄下之培訓中心，需要三思。以下評論引述自明報「要醫管局接管衛生署的門診，引發的問題亦不少，例如任職衛生署門診的所有員工，包括護士、醫生及配藥員便要轉職醫管局。若處理不當將會引發更多工業行動，而醫管局在面對醫療資源匱乏的情況下，接受門診服務只會吃力不討好。因為若維持目前質素則備受批評，但服務獲改善便會引來更多求診者，若當局不增撥資源，門診服務絕對是醫管局的一個重大包袱。」
- (7) 在職培訓之醫生有責任負擔部份費用，以符合用者自付之原則。

II. 醫專局部重開附例 16 與香港家庭醫學學院

因應社會之需求，針對家庭醫生之嚴重短缺，重開在職培訓這大門與香港家庭醫學學院實有必要。不少普通科醫生都是經驗豐富，在這方面，新畢業醫生是望其項背。只要加以適當輔導，培訓，相信在短短一年或兩年，這批普通科醫生便能達到家庭醫生之水平。封閉在職培訓這途徑，實在是政府、市民及醫生三方面之損失。希望方院長、梁議員、李院長等人向醫專委員、會員等呼籲，以社會利益為重，更改會規。

III. 在職培訓方法

- (1) 以學習單元 (Module) 及學分形式進行，就如香港大學專業進修學院舉辦之中醫學士學位一樣；學員可以自定目標，每年修讀若干單元，在累積到足夠學分後，便可以在審核後成為家庭醫生。這種安排較有彈性，快慢由人，各適其適。每一單元需時一個月，即教即考，這樣安排最適合年紀較大，記憶力較差之醫生。
- (2) 每一單元內容只專注一科，大致上有二十科以上可供選擇，例如心臟科、腎科、內分泌科、胸肺科、腦科、風濕科、血科、皮膚科、婦產科、小兒科、傳染病科、家庭醫學理論、藥劑治療學、骨科、外科、精神科、預防醫學、眼科、耳鼻喉科、老人科等等。每單元用一個月完成，總之家庭醫生之特點乃知識廣博，不重精深。
- (3) 傳授方面，可囑學員先行自修指定之課題才上課。授課以 case teaching, case discussion,

case demonstration 為主，一名導師可以指導三數十名學員，每課著重討論三兩個典型之病例，以及學員在日常診所中遇見之難題。相信這方法最為實際可行，既不佔用門診之設施及人力，而其裨益較在門診看數十個同類病症為多。

IV. 評審準則

如上所述，學員在一定時限內累積到足夠之學分，便可以在審核後成為家庭專科醫生。由於不少普通科醫生都有正式的醫院專科訓練及經驗，諸如內科、小兒科、婦產科、急症室等，這些資歷都要獲得確認，作為若干學分；對一切比較正規的文憑，如 DCH, Dip. Derm., MRCP 等，也要確認；此外，私人執業之年資，也可以仿效某些學院，採取三年當作一年計；如此這般，資歷較高者可以選修較少單元，便可以累積到足夠之學分了。

V. 其它

- (1) 上課時間—要配合普通科醫生之診症空檔；大致來說，週日以下午 2 時至 4 時，晚上 9 時至 11 時為合；星期日可以在下午 2 時至 5 時加多一節，一星期上課 10 至 12 小時，另外安排一些自修課程，相信已很充足。
 - (2) 上課地點—香港大學專業進修學院，位於金鐘地鐵站上面之海富教學中心，將會是一理想地點，中醫學士學位課程也是在上址舉辦的。
 - (3) 調查統計—HKCFP、EDA、ALMCHK、PEDA 等與基層醫生關係密切之組織，亦應該向會員發出問卷，統計一下願意受訓的醫生人數；並就上課時間、上課時數、授課形式、評審方法、願意負擔費用金額等細則向會員諮詢，資料整理後呈交醫專及學院參考，以便落實制訂整個計劃。
- 以上乃個人淺陋之見，試從一個普通科醫生之處境尋求解決辦法，亦希望各有志同業回應批評，一起推動香港基層醫療之發展。

林英明
EDA 會董