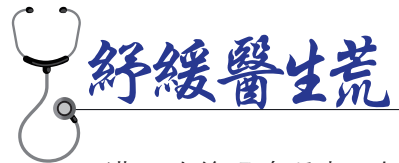


港府擬修例紓「醫護荒」遇阻力 市民盼客觀看待引入「外援」

懸壺何必問出處 治病救人即良醫



紓緩醫生荒

港，改善服務質素，但被本地醫生組織以各種藉口阻撓，甚至稱計劃旨為引入內地醫生。有腰間盤突出、等足3年都未能在港治病的李伯伯近日在接受香港文匯報訪問時說，自己就是因為在香港公立醫院輪候時間太長，又無法負擔私人醫院的費用終北上求醫，更治癒傷患，現在可以每日和朋友打羽毛球、踢毽。他強調，無論本地或內地醫生，能治好病就是好醫生。由於舟車勞頓北上求醫十分不便，他希望公眾客觀看待該建議，想方設法增加醫護人手，造福貧苦市民。

●香港文匯報記者 黃恆諾

公立醫院人手告急，自去年7月1日至今年6月底，全職醫生（實習醫生及牙醫）及全職護士流失率分別升至4.6%及6.5%。問題已影響醫院服務質素，多個專科的輪候時間延至逾100星期。

排期逾3年始首見醫生

76歲的李伯伯就深受「睇病等到頸長」之苦。他年輕時在地盤進行體力勞動工作，意外從約4米高位置向後跌倒送院，但腦部檢查發現無大礙，於是出院繼續為口奔馳。日以繼夜的操勞，他已五勞七傷。十多年前發現患上腰間盤突出，令他坐立難安，「這個病可能與該次高處墮地意外有關，一直無根治，加上年紀大無法再做地盤，轉到戲院做場務要長時間企，企得耐腳會麻痺。」

李伯伯於是到香港的公立醫院求診，但令人咋舌的是，專科門診需要排期超過3年，才有機會首次見醫生。李伯伯受盡病魔折磨，等一天也嫌長，何況超過3年？惟他收入有限，私家醫生的收費超出其可負擔水平。

北上做手術 留醫一周出院

思前想後，他決定到內地求診。李伯伯直言，自己從來沒有質疑過內地醫生及醫療水平，「有個同鄉喺內地大學醫學院做教授，我手術的主診醫生係呢位同鄉介紹，無需要任何疑慮。就算無朋友介紹，我亦一樣會選擇到內地求醫，因為我都唔行得，點咁3年？唔通日日瞓床上？人要有運動，瞓床3年肌肉會萎縮！」

李伯伯於早年北上接受手術，僅留醫約一星期就痊癒出院，且康復進度理想，不久便恢復活動能力，現在雖然已年過七旬，但仍能每日與朋友打羽毛球、踢毽。

該次求診經歷，令李伯伯親身體驗到內地的醫療水平在過去數十年的顯著進步，「醫生一開工就全日一直做手術，技術怎會不好，內地大城市的醫院設備可能比香港更先進。」

他直言，香港的公營醫療服務已超負荷，若能引入海外及內地合資格醫生來港，紓緩醫療壓力，似他這類基層病人就毋須跨境求醫，免卻舟車勞頓之苦，「香港公立醫院排期時間實在太長，好多病人痛楚難耐北上就醫，如果香港有足夠醫生，病人就不用走來走去。」北上南下，對病人而言無疑是折騰，他希望特區政府可以引入非本地培訓醫生，讓病人能盡快在香港就醫。

公立醫院爆發「醫護荒」，漸拖垮公立醫院服務質素，故特區政府擬修例引入非本地培訓醫生來

李伯伯指多年前曾因為港公院輪候時間太長而到內地求醫。

香港文匯報記者 攝



李伯伯表示，無論本地或內地醫生，能治好病就是好醫生。香港文匯報記者 攝



李伯伯在內地完成手術後活動自如。香港文匯報記者 攝

專家促解睇病難 勿將問題政治化

特區政府擬修例讓符合特定條件的非本地培訓醫生，豁免考取執業試來港執業，引起醫學界反對，其中一個「理由」是醫管局前主席梁智鴻提出的「公立醫院輸入『新血』前應先『止血』」，但關注病人權益的社區組織協會幹事彭鴻昌並不認同。他形容，公立醫院正處於「貧血」狀態，已無血可止，必先「輸血」。行政會議成員林正財則強調，特區政府的建議，並非完全免試，可有效確保醫生水平。

彭鴻昌：公院應先「輸血」

彭鴻昌不同意梁智鴻稱醫管局應先「止血」的言論。他批評醫學會早年提出醫生人手過剩，削減醫科學額的建議並獲特區政府接納，是造成現時醫生人手短缺的罪魁禍首，而醫管局亦試過推出措施「止血」，惟仍然是不夠血，「唔知大家等緊咩？本身係貧血嘅話，點止血都無用，係要先輸血。」

針對梁智鴻早前稱，執業試是最公平、公開、透明的做法，可以保護市民，林正財則表示，政府提出的建議是非本地培訓醫生要在畢業地區先考執業試，獲聘用來港後亦要接受評核及通過專科考試，並非完全免試，以有效確保醫生水平。

他強調，今次修例的目的是紓緩香港公立醫院醫生不足問題，雖然難以估計最終可吸引多少非本地培訓醫生回港，但最少可以為公立醫院帶來少許喘息機會，「一道小門未必可解決晒所有醫療問題，至少有多少少空間做好培訓，如果連一小步都唔行，好難追得上新加坡、英國（醫生供應比例）。」

林正財重申，修訂《醫生註冊條例》是要解決市民睇病難的民生問題，當中不涉政治考量，不是要幫助某地區培訓的醫生來港執業，「以往提及醫生供求問題時，有很多陰謀論、政治化言論，本來不在此議題的政治論述都掛鈎。我希望無論市民或專業團體都實事求是。」

公私營醫生比例

年份	公立醫院及衛生署	私營	學術及資助機構
1982	35.5%	46.5%	18%
1984	36%	45%	19%
1987	36%	44%	20%
1990	37%	45%	18%
1992	51%	44%	5%
1996	57%	38%	5%
2000	55%	40%	5%
2004	50%	46%	4%
2006	49%	46%	5%
2009	48%	48%	4%
2012	48%	47%	5%
2015	47%	47%	6%
2018	47%	50%	3%

公立醫院全職醫生流失率

年度*	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21
流失	4.4%	5.1%	5.8%	6.4%	5.4%	3.9%

*截至每年3月底

註：去年7月1日至今年6月底的全職醫生流失率為4.6%

港曾引入內地醫 醫術醫德受肯定



汪洋

受訪者供圖

部分本地醫生肆意以陰謀論去解讀特區政府引入非本地培訓醫生的建議，聲稱計劃是為引入內地醫生鋪路云云，但引入內地醫生又如何？香港過去引入不少內地醫生，醫術醫德備受肯定，私家醫生汪洋2012年在內地的暨南大學醫科畢業後參加兩次香港醫務委員會舉辦的執業資格試，兩年後通過考試，2015年正式取得香港執業資格，之後在公立醫院工作數年，至2018年自行開設診所行醫。

汪洋分享自己多年來與病人接觸時的情況。他說，病人一般不會關心醫生從哪裏畢業，「等同病人不會特別揀港大還是中大畢業的醫生，病人睇醫生的醫德、是否關心病人、所給予的醫療訊息是否合乎標準。當你可以提供病人所需的醫療資訊便不會質疑你在哪裏畢業，除非病人覺得醫生有奇怪，否則很少會問醫生在哪裏畢業。」

特區政府最新建議引入的非本地培訓醫生都必須是香港永久性居民，汪洋認為，醫生在其他地區的醫學院受訓的經歷，令他們比一般本地大學畢業生有更強的適應力，相信他們有能力應付日新月異的醫學問題，「一直在香港成長，突然到內地讀書是第一次重新適應，再回港又要重新適應如何與本地醫生護士溝通相處，即使是電腦系統如何使用也要重新學習，這一群醫生的學習能力較強，醫學是不斷轉變的事，較高的適應力對日後如何解決問題有幫助。」



行政會議成員林正財強調，並非完全免試，可有效確保醫生水平。圖為公院醫護正在工作。資料圖片



香港公營醫療服務已超負荷，彭鴻昌指若能引入海外及內地醫生來港，可紓緩醫療壓力。圖為公院門診大排長龍。資料圖片

執業試極刁鑽 外地醫難過關



公立醫院醫生不足問題存在已久，特區政府早於2016年提出過開放外地醫生來港執業的建議，惟香港業界以「專業自主」及「市民健康或受影響」等原因反對，令非本地培訓醫生至今只有兩種渠道來港行醫，一是通過醫委會執業資格試獲「正式註冊」資格，但該試的內容刁鑽、涉獵範圍廣，令合格率極低，且考試成功後還要通過公營醫療機構實習考核，才合資格在香港公私營醫療市場執業。過五關斬六將的考核制度，令每年只有不足一成非本地培訓醫生通過這個途徑正式註冊，相比之下，美國的數字就有25%。

醫務委員會執照醫生協會理事王喬峯指出，執業試有可能問及

兒科的罕見病症，但一般普通科醫生遇到有關問題時，多數會將個案轉介專科跟進，非兒科醫生正常情況下根本不會處理有關問題，「專科資格卻毋須再次考試，要識的不用考，不用識的要考。」他認為執業試應該要作出改革，以提高考試的合格率。

另一條路就是以「有限度註冊」身份執業。雖然能豁免考試，但只限在公營醫療機構執業，無法私人執業。條件嚴苛下，如今「有限度註冊」醫生僅佔香港整體醫生數目的不足1%。

特區政府最新的建議是，為非本地培訓醫生，在現有的「正式註冊」渠道上，另加一條豁免應考執業試的「岔路」，但申請者必須符合兩大條件：一、擁有香港永久性居民資格；二、畢業於認可的境外大學醫學院；三、成功考取專科資格和在本港公營醫療機構工作5年。