

衛生事務委員會
發展中醫醫院及中西醫協作
個人意見書

敬啟者：

本人於非政府機構(NGO)的中醫診所工作 10 餘年，深深體會到「既公營，又非公營」的自負盈虧運作模式的問題，希望藉此機會反映意見，有助政府及各界人士了解及正視問題，令香港中醫發展可以走出困局，以及避免中醫院重蹈覆轍。

1. 現時自負盈虧運作模式的問題

- i) 對基層市民不公平：現時公營普通科中醫門診服務收費診金連 2 天藥費\$120 起，加上每天藥費\$50-\$60，1 週的診療費用大約\$370-\$420，並非一般基層市民能夠負擔。反觀公營西醫普通科門診收費只是\$45，無需另繳藥費。中西醫服務在收費上的差距絕對局限了他們的選擇。
- ii) 中醫人才流失：由於政府沒有制訂合理的公營中醫薪酬架構，中醫薪酬遠遠偏離其他醫療相關行業如西醫、註冊護士、物理治療師、職業治療師、藥劑師等。中醫的薪酬不合理地偏低，與中醫的專業技能，以及作為註冊中醫需要肩負的專業責任不成正比，造成人才流失，白白浪費了培訓資源。
- iii) 教學質素受影響：醫管局「年輕中醫師培訓指引」中建議「導師從旁督導」及「導師審方」的培訓模式，讓初級中醫師可以在導師的協助下逐步建立獨立診症的能力，是中醫臨床培訓中至為重要的一環。從內地聘請來港的顧問中醫師，原意是要肩負帶教和科研任務，但在自負盈虧的壓力下，顧問中醫師變成忙於應付繁重的診症工作，嚴重影響了帶教質素與經驗的承傳。中醫學生及初級醫師大部份時間只有「跟診抄方」的見習機會而鮮有「導師從旁督導」及「導師審方」的實習機會。

2. 醫管局建議的先導計劃(中風康復、下腰背痛及癌症紓緩)不宜作為中醫院的藍本

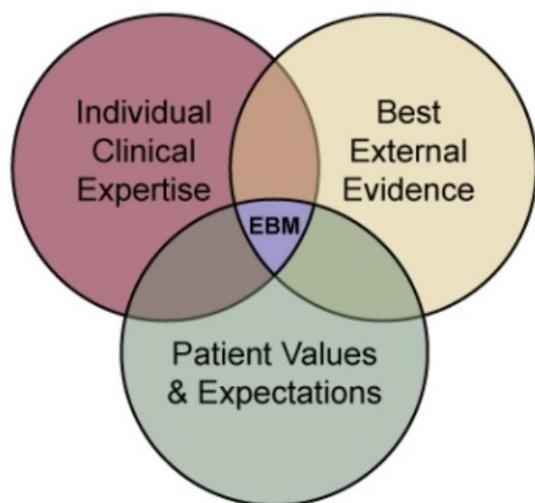
先導計劃將於西醫院的病房進行，並非由中醫主導，與現時的中西醫協作服務未見明顯差別，而且病種局限，故未能作為將來發展中醫院的藍本。建議於本港的公立醫院內設立中醫病房，讓中醫治療融入公營住院服務當中，促進中西醫協作，並試行中醫主導的住院運作模式，讓中醫治療能夠於疾病的早、中、晚期介入，為中醫院的運作提供經驗。

3. 中醫主導的定義

高永文局長已明確指出中醫院將會由中醫主導，所以中醫院的中西醫協作治療亦應該在「中醫主導」的原則下進行。這包括由中醫師自行決定或篩選適合接受中醫治理之病人，並由中醫師決定其治療結束與否。另中醫師可邀請西醫在有需要時介入及協助診治。於病人同意的情況下，由中醫師作為最終醫療決策者及負責人。

4. 中醫「循證為本」的概念

循證醫學創始人之一 David Sackett 教授在 2000 年定義循證醫學為「慎重、準確和明智地應用當前所能獲得的最好的研究依據，同時結合醫生的個人專業技能和多年臨床經驗，考慮病人的價值和願望，將三者完美地結合制定出病人的治療措施」。



根據牛津大學的循證醫學中心，循證醫學並不局限於隨機對照試驗(RCT)與 meta 分析：Evidence-based medicine is not restricted to randomised trials and meta-analyses. It involves tracking down the best external evidence with which to answer our clinical questions.

中醫屬於傳統醫學，重於以臨床經驗、臨床資料和對疾病基礎知識的理解來診治病。如果堅持中醫的發展局限於隨機對照試驗(RCT)與系統回顧(Systematic Review)，令傳統醫學變得扭曲、失去靈魂，則中醫在香港將會變成留落民間的醫學。

最後，附上一份由東華三院 60 位本地中醫師聯署的文章—「走出“公營”，進入公營，邁向中醫新里程」，以供參考。

此致
立法會衛生事務委員會
食物及衛生局

廣華醫院-香港中文大學中醫藥臨床研究服務中心
中醫師
林昶文謹上
2014 年 5 月 9 日

走出“公營”，進入公營，邁向中醫新里程

施政報告落實興建中醫院，可以說是本港中醫藥發展的一個里程碑。自回歸至今，本港一直致力發展中醫藥事業，成績有目共睹，但是現有的中醫服務制度仍存在著各種問題，極待有關當局正視及解決，否則建設中醫院的工作只會事倍功半。

“公營”中醫服務的問題

現有的所謂“公營”中醫服務，由於資源不足，中西醫欠缺配合等各種問題，造成中醫學未能夠在公營醫療體系中發揮其應有作用。

一、自負盈虧，資源缺乏

本港現有的“公營”中醫服務，是以非政府機構(NGO)、大學以及醫管局三方合作的模式運作，診所的營運主要由NGO負責，政府實際投入的資源相當有限，更要求這些中醫診所自負盈虧。面對資源嚴重不足和自負盈虧的壓力，診所只能夠將其醫療成本轉嫁到病人身上，市民若選擇中醫服務便需要自己承擔大部份的治療費用，包括診金連2天藥費\$120起，加上每天藥費\$50-\$60，反觀公營西醫普通科門診收費只是\$45，無需另繳藥費。2012-13年度本港的醫療開支高達450億，中醫服務的經常性撥款只有1億，佔當中0.2%，在資源如此缺乏的情況下，公營中醫服務該從何談起？

二、住院病人，欠缺選擇

現時本港只有西醫住院服務，住院病人只有在西醫批准的情況下才可以接受中醫治療，限制了病人的選擇權，同時局限了中醫能夠接觸到的病種。另外，病人多在疾病的中晚期才被批准接受中醫治療，錯失了中醫治療的最佳時機。例如住院癌症患者多在末期才被批准使用中醫療法，這種情況下中醫已淪為支持療法，未能完全發揮其應有的治療作用。

三、中西醫療，溝通不足

中西醫長期缺乏溝通，現行所謂的中西醫會診只是中西醫各自為病人提供治療服務，雙方交流甚少，加上中西醫病歷資料仍未互通，對了解病情造成不便。

四、治療觀察，時間不足

一般住院病人由申請至正式接受中醫治療約需七個工作天，治療期間常因病房管理或轉院安排等中斷療程，時間不足以讓中醫師觀察病情進展並發揮中醫應有的治療效果。

五、教學培訓，條件欠佳

教學醫院的運作成本一般比非教學醫院的運作成本高出 40%。三方合作中醫診所在自負盈虧和資源不足的情況下，難以兼顧臨床教學和培訓工作，限制了臨床教學的模式及其多元化發展，並欠缺有規劃的臨床專業培訓，不利於本港中醫人才的專業發展。另一方面，由於本港仍未有中醫院，中醫學生必須到內地中醫院實習，然而，本港的中醫臨床運作模式以及醫療體系跟內地截然不同，內地中醫院始終未能為本港中醫學生提供最適切的臨床培訓。

要解決以上問題，政府可以從兩大方向著手：1. 將中醫正式納入本港公營醫療體系；2. 發展中醫主導住院服務。

投放資源，納入公營

建議政府為中醫服務投入足夠資源，將中醫正式納入本港的公營醫療體系，成為醫管局的標準服務，以取締自負盈虧的營運模式，其優點如下：

1. 惠及市民：由政府承擔公營中醫服務的治療費用，其收費應接近公營西醫服務，以減輕市民接受中醫治療的經濟負擔，並鼓勵更多病人選擇中醫服務。
2. 減輕公營西醫服務的壓力：近年市民對中醫服務的需求不斷增加，若中醫正式被納入公營醫療體系，將會有更多病人選擇中醫治療，從而減輕公營西醫服務的壓力。2003 年 SARS 一役，中醫藥的療效已被世界衛生組織肯定，以近期的流感高峰為例，中醫絕對能夠處理好大部份的流感患者。
3. 提升教學、培訓質素：中醫臨床教學、專業培訓的資源由政府提供，與大學及相關部門加強合作，確保有足夠資源推動中醫服務的醫、教、研水平進一步提升。
4. 提高專業地位：將中醫納入公營醫療體系有助提高其專業地位，吸引更多優秀人才投身中醫藥事業。
5. 促進中西醫協作：鼓勵中西醫在公營醫療服務中加強合作，促進中西醫學交流，陸續增加中西醫協作治療項目，讓更多不同病種的患者受惠。
6. 更有效運用資源：中西醫可以共享醫院的部份資源，而且中醫的治療成本較低，擴大中醫在公營醫療的角色有助減低整體醫療開支。

發展中醫主導住院服務

中醫主導住院服務讓住院病人可以直接選擇中醫治療，中醫師能夠把握到病人接受治療的最佳時機，無論是疾病的早、中、晚期，中醫均能發揮其治療作用。例如，據北京中醫藥大學東直門醫院就缺血性中風的臨床報告顯示，中醫治療起到了降低急性期病死率、減輕神經功能缺損程

度、減輕併發症等作用。此外，發展住院服務讓中醫治療能夠擴展至更多病種，充份發揮其優勢。

建設中醫院正是本港發展中醫住院服務的重要一步，正如高永文局長所說，中醫院應該以中醫治療為主導，否則等同於一般西醫院的中醫服務。然而，本港至今仍未有中醫主導住院服務，將來中醫院的具體運作模式、中西醫之間如何協作等問題仍有待探討。為使中醫院及中醫住院服務得到完善發展，建議政府及有關部門先落實以下前期工作及配套。

促進中西醫協作

部份三方合作中醫診所已就中西醫協作服務累積了一定經驗，例如東華三院一直提供中西醫協作的門診和住院服務，項目包括腫瘤科、骨科、婦科、內科及老人科等等。建議將有關服務推廣至醫管局轄下的所有中醫診所，並考慮於本港的公立醫院內設立中醫病房，讓中醫治療融入公營住院服務當中，促進中西醫協作。中西醫之間必須建立完善的轉介機制，為病人制訂最合適的治療方案，並鼓勵就疑難病例邀請雙方專家會診，讓各級中西醫參與病例研討，促進雙方臨床上互相交流。希望透過更多的臨床實踐和探討，為建設中醫院制訂一套適合香港、以中醫治療為主導的住院運作模式。

加強培訓

現時本港的中醫師主要從事門診工作，對醫院運作、住院服務臨床工作等並不熟悉。建議當局為中醫師提供更多住院服務的相關培訓，並且加強中醫專科訓練，為市民提供更高質素的中醫服務作好準備。另外，當局亦應該加強西醫及其他醫療專業人員對中醫學的認知，以促進中西醫療之間的溝通和合作。

完善薪級制度

為配合中醫藥的長遠發展，本港需要更多人才投身中醫藥事業。然而，現時三方合作診所的中醫師薪酬普遍偏低，又欠缺完善的晉升機制，造成部份具有一定年資的中醫師轉投薪酬待遇較佳的私營市場。據醫管局中醫部資料顯示，具3年臨床經驗以上的中醫師流失率達15%至20%。前醫管局行政總裁、香港中西醫結合學會會長黃譚智媛醫生指出，中醫師的薪酬水平應與西醫看齊，不然難以招聘高質量的中醫師，亦難以吸引優秀人才修讀中醫藥課程。因此，政府有必要檢討中醫師的薪酬水平，並為本地中醫師設立完善的晉升機制。

充份諮詢業界

建議政府邀請更多業界代表加入中醫中藥發展委員會，當中應包括參與本港中西醫合作臨床服務的前線中醫師、以及本港大學中醫藥學院的畢業生代表，為中醫藥事業的長遠發展提供更多寶貴的經驗和專業意見。

特首梁振英在其參選政綱中提到，‘中西醫療並肩發展，為市民提供選擇’、‘擴大中醫藥在公營醫療體制內的角色，增聘中醫師，鼓勵中西醫結合治療及研究，並研究設立中醫醫院，發展中醫藥的專科，並鼓勵中醫師持續學習，改善待遇’，現在是時候兌現其承諾，為中醫服務投入更多資源，推動中醫藥事業的持續發展，為本港市民提供更優質的中醫服務。

聯署註冊中醫師名單

現職東華三院中醫師共 60 位

(按姓名筆劃排序) 註冊編號

方靜敏中醫師 006700

王錦文中醫師 004288

丘嘉媛中醫師 005821

石盈惠中醫師 006548

朱秀儀中醫師 006809

江志豪中醫師 006183

吳弼生中醫師 006744

吳璧而中醫師 007022

李天嵐中醫師 006112

李殷兒中醫師 006825

李藹欣中醫師 006578

林昶文中醫師 004276

胡宗傑中醫師 006976

胡諺婷中醫師 006114

倪詠珊中醫師 006367

孫桂強中醫師	005282
孫康妮中醫師	005739
殷凱琪中醫師	006285
馬希蕊中醫師	006580
崔劍全中醫師	005826
張宇昊中醫師	006987
張長浩中醫師	006962
張淑和中醫師	005804
張綺敏中醫師	005066
莫恆殷中醫師	005230
許勝中醫師	006358
連穎妍中醫師	005754
郭修忠中醫師	006184
陳宇傑中醫師	005401
陳均泰中醫師	006710
陳姍璇中醫師	006913
陳祖諄中醫師	007110
陳匯池中醫師	006741
陳嘉欣中醫師	005822

陳碩康中醫師	006234
陳曉靜中醫師	006953
陳錦華中醫師	006520
黃小專中醫師	006870
單進豪中醫師	006628
曾祥威中醫師	005104
黃展玲中醫師	005819
黃善筠中醫師	006764
黃雁玲中醫師	005409
葉港寧中醫師	006765
董冰潔中醫師	007040
詹子煌中醫師	005740
廖寶玲中醫師	005439
趙燕婷中醫師	006518
趙耀強中醫師	006355
劉昭勁中醫師	005753
潘念龍中醫師	006994
蔡欣茹中醫師	006791
鄧福霞中醫師	006394

黎詠詩中醫師	004949
盧家勁中醫師	006311
鍾詠欣中醫師	006441
簡詠婷中醫師	005213
羅慧雯中醫師	006811
譚蘇珊中醫師	006515
關麗端中醫師	005829

曾任職東華三院中醫師共 17 位

(按姓名筆劃排序)	註冊編號
吳佳美	006366
伍麗儀	005074
何祖輝	006108
何慧潔	005274
余穎康	006398
宋振基	005226
李趣瑩	006364
周韋遜	006182
周德宜	005808

施嘉強	005791
張婉蘭	005245
張穎	004936
梁頌然	006410
陳宇琪	005244
黃子明	004285
黃達強	004929
黎愷琳	004270