

香港浸會大學中醫藥學院全日制課程校友會

就中醫教研中心的角色及運作之總報告（公開內容）

本會報告分成公開及非公開部份，首部份為本會就中醫藥教研中心檢討之直接意見，其餘部份為附件。附件中說明中醫診所，即教研中心應該全面公營，與及研究資金運用和整個管理體系有必要全面檢討。

而非公開部份，則說明從中醫藥國情調研考察香港中醫界和教研中心的一些問題。第三部份為回應社會的一些意見，以辨章學術，用邏輯和學術說明中醫、中醫院和教研中心的路向。

目錄

本會就立法會公聽會有關中醫教研中心之意見書	2
附件一：公營中醫診所納公營體系 踏出中醫公營化的第一步	6
附件二：公營中醫院造福市民，業界發展植根專業自主	9

本會就立法會公聽會有關中醫教研中心之意見書

本校校友是全港首批自行培養之中醫師，亦一直是中醫教研中心的中流砥柱。現就教研中心相關情況作出表述，並從國家中醫戰略、學術和臨床角度，說明及分析教研中心的問題。

第一部份：教研中心的運作

一)「跑數」文化顯然易見

NGO 診所跑數已是人所共知的事實，除了影響臨床質素外，亦影響了相關的評核。不充分辨證但求快又多者，容易獲得留任及升級，而真正學術卻被受貶抑。三方合作診所的出現，讓中醫藥有基本診療基地，然而管理問題讓診所遠未達業界期望，甚至對整個中醫藥發展的生態帶來各種負面影響。

二) 部份 NGO 管理缺乏承擔，又欠缺監督

就相關情況，已多有醫師作出反映。然而部份 NGO 管理上仍然以「跑數」為主，對中醫及中醫管理人員施加壓力，以行政壓到醫療，情況急須改正。否則 NGO 診所將會淪為只有中醫之名而無中醫之實的地方。而部份機構違反指引的不合理管理亦未有受到另外兩方的監督，讓問題難以解決。

尤其在缺乏公營支持下，三方合作診所對中醫缺乏承擔，往往管理上是「不做不錯，小做小錯」，對中醫療法越來越保守，藥量限制亦是越來越保守，與當代學術、毒理及醫療風險評估的思想不相符，未有平衡患者利益和醫術施展。反而以純粹西醫觀點扭曲中醫藥則「越來越進取」。同時培訓亦缺乏基本承擔，例如新畢業生曾有「派傳單」、「長期負責拔針」、「負責配藥」等，亦缺乏教學，有把新晉醫師作廉價勞工之嫌。

三) 三方合作是為中醫而作，不能「公器私用」偏向辦「中西結合」

三方合作診所本質上是為中醫界及市民所用，提供中醫服務與及培訓中醫人材。而非「中西結合」人員的私人機構。按本會所知，醫管局要求診所發展西醫模式之「中醫專科」，例如「內分泌」專科，違反中醫學術原則。甚至有人誤導業界，述說外地韓國台灣也如此。但事實上，台灣模式是各學會自行籌組不涉公共；而韓國韓醫之分科則按傳統分科，尤其加上「四象醫學」強調韓醫經典理論。此等事件，已不得不讓人生疑。

醫管局之中醫督導有必要重新檢討整個診所系統的學術體制。陳其廣教授在《中醫藥國情調研》最終報告中指出中醫機架裡面的實況：「因為名利、地位等現實問題影響和妨礙了他們去按照地道中醫藥的原理和方法做事」無論是有意或

是無意，這種計劃均不可接受。同時亦指出「中西醫結合」主導中醫的問題：「從國家戰略層面、醫藥服務質量層面以及人才培養層面，把中西醫結合（融合）當成中醫藥工作重點甚至是主要發展方向明顯弊多利少」

故此吾等認為，相關計劃應當停止及撤銷。醫管局不能不顧業界討論嘗試自行先導發展專科診療，只應按中醫方法「內外婦兒」分科處理。免得推動違反中醫學術之政策，帶來學術不公及資源不公（資源全往「中西醫結合」輸送），並且違反國家政策方向。

四) 中醫學術未能得彰

三方合作之教研，學術性不高，培訓亦弱，僅有少量臨床研究。如果把視野放在中醫學術上，整體上可算惡劣。主要原因是醫管局未有相關監督，亦未有給予人才配套。例如獎學金計劃，主要資助往醫院學習中西結合體系，但中醫學術仍未有支持。同時人員評核亦以「中西結合」為主，中醫學術缺如，本末倒置，全按醫管局之西醫思維來培訓中醫。故此建議管理者急須調整方向。尤其升遷不問中醫學術，亦有扭曲教研中心原意之嫌。

五) 中醫技術未有應用

教研中心中，中醫技術應用往往受限，簡單如「艾灸」幾乎沒有應用，需要設計更好的配套。而配套以外，技術展示也存在問題：當代「九針」中，往往只用「毫針」一種針法，未有對針灸技術全面應用及培訓。

中藥部份，亦存在一些限制，例如以「每人處方成本」控制醫師開藥而不先考慮與病情及病種的適切性，一刀切對所有醫師的處方作出限制，往往使醫師無法按病情處方。同時中藥服務，除了湯劑及顆粒劑以外，其他丸散膏丹製劑亦未有應用。外用藥亦未製作。藥房管理亦往往僅是限制醫師施展醫術，而非協助中醫師行醫，本末倒置，學術上未有達到臨床中藥學的目標；藥房教育及監督之內涵亦非按中醫藥之學術。

又例如中藥投標，主要仍是以價錢為主。但對於中藥道地性及臨床藥用價值和考據，仍然缺乏。如紅酒需要講究年份、採收和品種，中藥亦然。例如連翹需要為山西之「青連翹」（連籽），即未熟透色青具濃烈辛香味者，方符合中藥考據及應用。然醫管局至今招標，仍要求為「黃連翹」（老翹），較晚採收而無辛香者，不符中醫學術的藥用要求。僅按理化標準評審，而未有足夠考慮商品及傳統鑑定之問題，雖然有所改善，但離合理和足夠，仍有一段距離。有必要從整個部門架構及學術上，提升中藥監定及炮製的認識，調整至「道地的中醫中藥」。

六) 缺乏晉升和培訓

教研中心缺乏中醫培訓及晉升階梯，絕大部份醫師三年後已不獲續聘，已不必再述。

七) 管理及諮詢架構出現問題

醫管局以西醫思維試圖掌控中醫醫療，亦往往缺乏良好諮詢，對人員之學術特長把握不夠與及學術性不足。一則諮詢架構往往以「中西結合」人員為主，中醫學術缺如。二則未能把握人員之代表性，例如藥學會議可能會找不擅長中藥處方之專家「代表」全體中醫，美其名有諮詢，實質上離全面和合理頗有距離。尤其諮詢代表亦往往是醫管局三方診所屬下員工，具有一定程度的身份衝突，部份人仕更從醫管局獲得研究資金，更可能有利益衝突。從客觀上，缺乏學術理據而學術代表又未如理想的情況一再發生，讓人不得不懷疑。

同時，在全體醫師諮詢時，本會收到校友報告，說明有 NGO 管理方禁止醫師表達意見。吾等認為相關情況極為嚴重，有必要從制度上革新三方合作診所之管治架構與及處分機制。

第二部份：教研中心的定位

一) 中醫學術基地

教研中心必須先有堅實的中醫臨床及學術基礎，應對教研中心之培訓人員予以考核及由同業作出評價。以機構單由「中西結合」人員成為高級人員，以西化中醫的內容冒充中醫學術。「中西結合」僅應是團隊的一小支，重點仍應以中醫經典中醫理論為核心。如若醫管局缺乏真正中醫知識無法監督，可與中醫學術團體商討，如與敝會會商討評核及監督方案。

陳其廣教授就總結五十年來「中西醫結合」政策：「從國家戰略層面、醫藥服務質量層面以及人材培養層面，把中西醫結合（融合）當成中醫藥工作重點甚至是主要發展方向明顯弊多利少」；「中西醫結合」讓年青人「貽誤自己有利於『術有專攻』、『業精於勤』的大好青春年華，降低了成為一名高水平專業人材的概率」（p.123）

二) 中醫技術傳承

中醫教研中心中，應有足夠優秀的中醫人材承擔教學任務。首先需要有人材，其次則為該等人材有資源及時間進行教學及傳承工作。讓三方合作診所是人材培訓的基地。同時藉教學中心的臨床，發展道地的中醫學術。

三) 中醫管中醫的示範地點

首先教研中心要達到高質素的中醫臨床診斷服務，與及高質素的中藥臨床服務，

方可起示範作用。倘若如果淪為「醫療跑數基地」（重量不重質，診斷不足）、
「外行管內行基地」、「劣藥基地」、「非中醫學術者代表中醫」，則應大規模檢討，
汲取教訓。然後體系上予以改正，並以優質中醫藥服務進行研究和探討中醫進入
公營的議題。

參考資料：

陳其廣. 戰略的中醫藥：國情分析及國策建議（2007-2017）. 北京, 社會科學文
獻出版社, 2018.

賈謙. 中醫戰略. 北京, 中醫古籍出版社, 2007.

楊維益. 中醫學：宏觀調控的功能醫學. 香港, 秋海棠文化企業, 2001.

附件一：公營中醫診所納公營體系 踏出中醫公營化的第一步

【明報文章】早前趙永佳教授與施德安先生在《明報》撰文〈中醫人手過剩？從需求角度看醫療人力資源問題〉（2月20日），當中提及了「中醫一直不被納入公營醫療系統，但出現人手過剩的問題，西醫主導公營醫療服務，卻一直人手短缺」，並建議把中醫納入公營醫療體系，以助紓緩公營醫療系統的壓力。「公營醫療」是公營服務之一，由政府透過公營機構（衛生署與醫院管理局），以非自負盈虧的形式提供服務。其服務的費用幾乎由政府全部負擔（約93%左右），分為基層醫療（即一般普通科）、中層及第三層醫療（即住院和專科），及延續服務（即康復及長期住院），旨在確保所有人皆可得到醫療服務，是香港各種社會保障之一。

中醫納公營體系 早已是既定政策

中醫納入公營醫療體系，在2001/02年度的施政報告裏已經是既定的目標，後來更成為政府的重要政策，而公營中醫診所是第一步。在2003年香港已經有公營中醫診所（public Chinese medicine clinics, CMCs），也就是現今的18間中醫教研中心。與公營西醫診所不同的是，除了醫療以外，公營中醫診所尚要承擔教學（香港3所大學的中醫本科生見習、實習及其畢業後3年的醫師培訓任務）與研究工作。

公營中醫診所實際不屬公營體系

從政府在市民（包括綜援人士）於公營中醫診所每次就診收費及所需成本上的補貼、政府公務員醫療福利、公營中西醫診所收費、醫管局標準服務、經常政府補助，及公營醫療系統員工編制、薪酬及待遇等方面來看，這些公營中醫診所實際上不屬於公營醫療體系！當中最重要的關鍵，是政府為了控制醫療開支，把這些診所以自負盈虧的形式經營，且不納入醫院管理局或衛生署的正規架構及服務（註）。因此，診所只能以提高市民就診費用、壓抑各級中醫師與中藥人員待遇與福利、降低藥物成本等三方面控制成本。而中醫藥人員待遇福利低，導致人才不斷流失，2013年10月8日《明報》一則名為〈醫管局中醫師鬧人才荒〉報道，其中當時任職醫管局中醫部主管謝達之博士就表示，公營中醫診所面臨「難內地挖角」及本地畢業生不少人會轉投私營或大學診所的問題。本人在公營中醫診所

任職中醫服務主任（CMCOS）已近 6 年，在此藉過去診所的經驗，就如何把中醫納入公營醫護體系提出一些建議。

中醫診所納入公營醫療 助減西醫負擔

公營中醫診所納入公營醫療體系的目的，是令相當一部分患有疾病而經濟上有困難的市民，在政府合理的資助下，於基層醫療上能減輕對西醫的依賴，透過中醫即能解決或減輕自身的疾病，以紓緩目前公營西醫的負擔及補充西醫醫護人手的不足。另一方面，也能透過公營醫療體系的管理與資助，更好地規範目前的公營中醫診所，令其更專注於中醫專業，而不是以「商業運作」為原則，並有效地解決當前這些診所出現的問題，以提高其醫、教、研三方面的質量與效率。為此，政府亟需重新分配醫療資源，把中醫正式納入公營醫療體系，撥出應有的財源與支持給中醫，以「優化中醫藥」為重要目標，如此才可能令中醫藥在公營醫療體系發揮真正的作用。

政府補貼 令市民享真正公營中醫

在中醫藥納入公營醫療體系下，針對目前 18 間中醫教研中心：其一，統一市民在公營中西醫診所每次就診所需成本的資助或補貼比例，並統一各公營中醫診所的各項中醫診療收費（包括中醫各科及其專家收費）；其二，低收入人士、長期病患者及貧困年長病人，符合醫療費用減免機制者，在 18 間公營中醫診所內也可以享用費用減免服務；其三，把公營中醫診所的醫療服務納入醫管局的標準服務，並令全體的政府公務員享有中醫藥醫療福利服務；其四，把公營中醫診所的中醫藥人員納入公營醫療體系的編制，提升及統一其薪酬、升遷（評核）、工時、福利（如年假、約滿酬金、各種津貼等等）及「長約」制度等至合理水平；其五，目前中醫診所的本地培訓及考核制度，較偏重於「中醫學西醫」，若能重新檢視「中醫學中醫」以提升各級中醫師對中醫理論及思維的認識及其在臨牀上的運用，將可在臨牀上發揮更大的中醫特色，為病人帶來更高的療效；其六，檢討中醫藥人員的職稱及評核制度，加強其中藥傳統鑑別、炮製及製劑等方面的培訓及考核機制，設立中央藥房，針對重要常用藥材進行統一採購、評估及檢測，以控制藥物來源、質量及成本，並以發揮中醫藥固有的最大特色與作用為目標。

香港的醫療同時擁有中醫與西醫，這是世界上少有的；而政府早已經把中醫納入公營醫療體系作為施政目標。上述經驗與建議，希冀有助政府具體踏出第一步，並成為未來中醫院經營模式的重要經驗，令日後更多市民能真正受惠，也令香港的中醫能發展出真正的中醫特色，成為香港醫療的另一個重要標誌。

註：李凱平，〈香港公營中醫診所應納入公營醫護體系〉，《香港中醫雜誌》，2017

年第 12 卷第 1 期

作者是靈實中大中醫教研中心中醫服務主任兼高級中醫師

附件二：公營中醫院造福市民，業界發展植根專業自主

一) 私營運作模式屬政策倒退

倡議政策需要根據研究結果方能緊貼現實，中大亞太研究所在 2015 年發表研究，指出年長及低收入群組已不再是中醫的主要使用者。趙永佳教授及施德安指出：「因為中醫專業化後不被納入公營醫療系統，年長及低收入的群組不能如以前一般負擔逐漸昂貴的私營中醫收費，很難再享用廉價的中醫服務。」(明報，2017/02/20)

若中醫院私營運作，在自負盈虧的壓力下收費難以維持在該群體能負擔的水平，豈不是等同把年長及低收入群組市民拒諸門外？

二) 罔顧中醫業界主流意見

現時中醫十八區中醫教研中心，名為「公營」，實為外判予非牟利團體自負盈虧。三方合作的管理模式，素為中醫前線專業人員所垢病。醫師要追逐門診量「跑數」，繼而出現重醫輕教研。而 NGO 管理人員非中醫藥出身，難言專業自主。中醫院使命重大，絕不應重蹈覆轍。

三) 設立西醫式臨床方案不等同中醫學術發展

「中西醫結合」已提倡了數十年，意圖創立「中西醫融合」的「新醫學」但未有成功。扭曲的評核反而帶來破壞，所謂「辛辛苦苦五十年，培養中醫掘墓人」。中醫學術發展和評核亦應建基立於中醫理論及研究，與及臨床實務與教學能力，避免「中不中，西不西」。政府應借中醫院的機遇，創立「中醫學術發展」機制，完善制度，以期向國際推廣中醫藥事業。

首先，中醫必須合理審核標準，以中醫方式評核臨床水平；

第二，中醫專科發展應從中醫角度分科，而非現代醫學的解剖角度；

第三，政府撥款於中醫院內進行臨床研究。世界衛生組織已肯定傳統中醫藥能治療多種常見疾病及痛症，可以開始務實臨床試驗 (pragmatic trial) 與真實世界研究 (real world study)。另一方面，加強中醫理論及經典研究，以提高中醫臨床水平。

美國國家衛生局（National Institute of Health）於 1993 年成立補充替代醫中心，資助各類型替代醫學研究（包括中醫藥）。中國 973 科研基金、社科基金等，並重點支持傳統中醫藥研究課題。澳洲於二十年前已有符合中醫理論的臨床務實研究實施。然而香港較中外研究動向，仍頗為落後。

四) 市民應提防「不中不西」之醫說

近年時有兼具中西醫療資格者嘗試解說傳統醫學。然而吾等發現內容往往「不中不西」，說西醫離當代研究頗遠，說中醫按中醫理論難言合理，現簡述重點如下。

- 1) 中藥提取有效成份開發新藥投入大而成效不高，因中藥較少以單成份作用，而且需要「辨證」。現有網絡藥理學已證實寒熱狀態的物質基礎，非一方可輕言通治某西醫病。
- 2) 傳統式「病藥相對」的西藥式研究模式已判斷不適用於中醫藥研究，中醫藥研究應按「務實臨床研究」，在滿足中醫辨證條件下檢證療效。
- 3) 中醫學以中醫理論及經典作核心內容，並已獲當代務實臨床研究驗證。以為具有業外資歷者必然等同優秀中醫，實屬定位錯誤。
- 4) 「中西醫結合」，不符西醫臨床實驗要求，亦未符中醫「辨證」的個體化論治要求。中醫界及國家《中醫藥國情調研》報告均對該模式早已否定。現階段「中西協作」才是保持兩者優點最佳方案。
- 5) 部份學術界人士，明知上述內容仍持續散佈「結合」(意圖融合中西醫但失敗)一詞而不用詞義清晰的「中西協作」，讓人難以理解。
- 6) 原則上各種研究方法可並行不悖，但中醫研究基金只能以西醫式研究申請；中醫職銜只能按西醫研究評核，令業界極失望，因為名不符實。而非中醫專業人員未具中醫學術水平，竟又意圖主導中醫藥發展及行政的話語權，則屬行政錯配。政府官員必須脫離該等誤導及迷思，為中醫藥體制重新定位。

五) 總結：理性務實，突破發展瓶頸

上述議題，早已業界共知。而位居中醫中藥發展委員會內的成員竟然置若罔聞，證實了諮詢架構的極大問題。現時委員會成員全由政府委任，其運作、會議議程、會議內容等透明度極低，業界亦無從得知，亦無從問責。

感謝今屆政府聆聽選委訴求，成立不歸屬於西醫架構的中醫藥處，與及提供五億的應用研究基金。我們認為其首要工作是改革這些諮詢委員會，在業界內票選代表出任委員，體現專業自主，實踐學術為重；其次則是盡快落實中醫研究資金的政策，糾正歷年香港無真正中醫研究的問題。

本文已刊登於 [hk01 博評](#)

作者：

關家倫

行政長官選舉委員會 中醫界別委員；中文大學中醫藥學院哲學博士；香港註冊中醫

陳家豪

香港大學醫學院哲學博士；香港註冊中醫

林振邦

北京中醫藥大學碩士（中醫臨床基礎：傷寒論）、香港註冊中醫、中國執業中藥師