



OUR HONG KONG
FOUNDATION
團結香港基金

10TH 週年紀念
Anniversary

促中醫系統發展 助全人照顧實踐

二〇二四年十月

序章

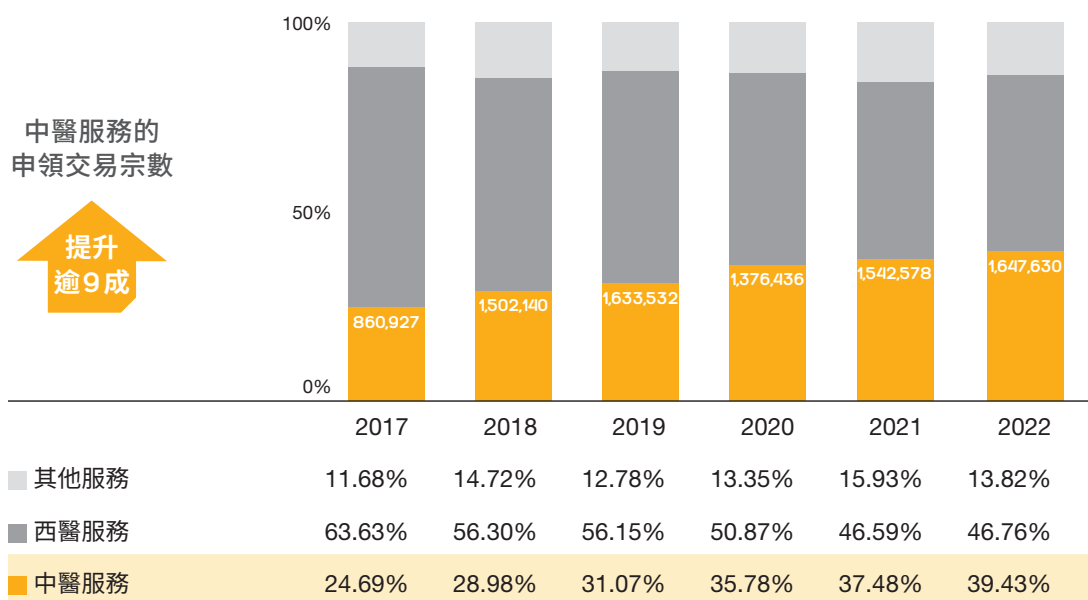
中醫發展概況

近二十多年間，中醫專業化進展顯著，越來越多市民信任中醫的療效，並認識到中西醫治療各具獨特優勢。在此背景下，政府亦積極推動中醫的發展，以迎合市民對醫療健康的多元化需求。

中醫以固本培元、辨證論治、整體觀念與溫和調理等特點，展現出與西醫不同的獨特優勢，在預防和保健方面填補了香港以治療為基礎的醫療體系 (Wong et al., 2012；國立中國醫藥研究所, 2002a, 2002b；孫其新, 2008；馬萬里&劉昭純, 2019)，不僅符合《基層醫療健康藍圖》的願景，也有助改善市民整體健康，長遠而言減輕社會醫療和財政負擔。

近年來，長者日益重視中醫在預防保健和整體調理上的優勢，這一趨勢在中醫服務於長者醫療券計劃中的申領交易宗數及佔比明顯體現。中醫服務的申領交易宗數從2017年的860,927宗上升至2022年的1,647,630宗，增幅達到91.38%。同時，其佔比從2017年的24.69%顯著上升至2022年的39.43%。這些變化反映了老年人群對中醫的偏好和需求增加 (Department of Health, 2019, 2024; Legislative Council, 2023)。

圖1 長者醫療券中醫服務的使用趨勢



資料來源：衛生署 (2019、2024)、立法會 (2023)

世界衛生組織與傳統醫學

世界衛生組織一直關注傳統醫學在基層醫療發展中的角色與作用。1978年發表的《阿拉木圖宣言》，強調傳統醫師在提供基層醫療及轉診服務中，對改善當地公眾健康發揮重要作用（World Health Organization, 1978）。此外，世界衛生組織在2002、2013、2018和2022年分別就傳統和補充醫學提供指導原則，將其納入基層醫療和轉介系統，並進一步闡明其在基層醫療實踐中可發揮的重要作用，即預防和管理慢性疾病、緩解症狀或控制疾病情況，以及提升醫療服務可及性，從而改善公眾健康（World Health Organization, 2002, 2009, 2013, 2017, 2018, 2019）。

《基層醫療健康藍圖》

《基層醫療健康藍圖》肯定了「中醫藥在基層醫療健康範疇發揮著重要角色，與其他醫療行業共同努力，保障公眾健康和福祉」（Health Bureau, 2022e）。為進一步加強中醫在基層醫療服務中的作用，該藍圖提出一系列方式，例如：中醫在參考概覽中的參與、策略性採購、培訓計劃的制定。由此可見，推動中醫發展既能滿足市民需要，亦與國際趨勢及香港政策方向不謀而合。

／／ 中醫師和家庭醫生一樣，
可提供基層醫療服務和持續護理。

私人執業中醫師

研究目的、框架及方法

在推動中醫發展的過程中，政府需要從多方面入手，包括完善軟硬體的配套，並增強中西醫在整個醫療體系中的協調。這種全面的方法不僅對滿足不斷增長的醫療需求至關重要，還能通過充分利用傳統與現代醫療的優勢，顯著改善香港患者的治療效果。有見及此，本研究將探討如何系統地推廣中醫，並使其更好地融入醫療體系。

參考世界衛生組織框架，要加強醫療系統，應從以下六大構成要素著手，包括：（一）管治能力、（二）服務供應、（三）人力資源、（四）醫療融資、（五）信息系統，以及（六）醫療科技及臨床研究（World Health Organization, 2007）。本報告採用這框架，對中醫服務在香港醫療體系，特別是基層醫療服務中的角色和作用進行全面評估。

為達到這一目標，本研究結合了以下兩個質性調查：針對服務使用者、中醫及其他醫療界別的主要持份者分別進行焦點小組及深入訪談並分析結果。

圖2 分析框架



資料來源：世界衛生組織 (2007)

加強中醫管治 強化中醫角色

1.1 中醫行業組織焦點不一

目前，中醫行業在香港的組織結構相對鬆散。根據《行政長官選舉條例》(第569章)，為中醫界界別的團體多達56個 (HKSARG, 2024c)，不同團體在行業內各自擁有一定的影響力，但彼此之間缺乏緊密的合作與協調。由於它們可能持有不同的立場和目標，難以匯聚各團體的力量以共同推動行業統一發展。其次，由於團體眾多，政府在制定政策時亦難以獲得全面而有共識的回饋和建議，政策制定過程可能因此產生偏差或遺漏，無法充分滿足行業的實際需求和發展方向。

1.2 委員會難以充分推動專業自主

中醫中藥發展委員會在促進專業發展方面亦面對制約。其職責雖然涵蓋了審視和探討中醫中藥業在人才培養、服務質量、科研創新及產業發展等多方面的需求，並負責建議及監督優先發展項目的實施策略，但實際執行中卻遇到不少困難 (Health Bureau, 2023)。

有評論指出，委員會會議次數有限，難以及時回應行業內的需求和挑戰。同時，現時香港缺乏具體而深入的中醫臨床實踐指引，致委員會難以向政府提出針對性強且實行性高的具體建議，從而限制了中醫中藥行業自主發展的步伐。

1.3 建議1： 成立中醫專家小組

- 政府應成立由權威學者及中醫師組成的中醫專家小組。小組可設立於中醫醫院架構下，定期制定並更新臨床指引，為政府、參考概覽專家小組、中醫醫院、以及其他中醫師提供專業臨床指引。
- 專家小組應基於實證醫學及辨證論治，針對優勢病種，制定具體臨床指引，並定期更新，反映最新研究成果。
- 政府需加強與中醫專家小組的溝通，以確保制定政策時充分考慮行業意見。

如果能建立一個提供臨床專業知識的專家團隊，
將有助政府為涉及中醫師的各項計劃制定相關臨床指南。

醫務衛生局中醫藥處職員

1.4 建議2： 提升中醫中藥發展委員會效能

- 委員會應增加會議頻率、優化會議議程，加強委員間的溝通與協作。
- 委員會應與政府及專家小組緊密合作，積極參與相關政策的制定與修訂。
- 委員會應委託研究機構進行深入研究，以明確中醫藥業的發展方向並爭取政府支持，以開拓更多發展機會。

全面檢討服務 優化現有模式

2.1 中醫診所暨教研中心營運模式有待更新

過去20年間，中醫診所暨教研中心（中心）服務使用量持續上升，服務項目亦發生變化（HKSARG, 2022c）。然而在此過程中，政府並未對中心醫、教、研三方面進行系統性檢討，以致中心持續沿用舊有安排，長遠而言是否可以滿足市民的服務需求成疑。

醫療方面

a) 服務可及性有待增強

i / 人手及診療空間不足

現時，中心為市民提供多元化的中醫服務，但現有的設施和人力資源尚未能完全滿足市民對中醫服務的需求。隨著政府每年資助門診配額從62萬個增加到80萬個，現有的設施承載壓力愈發沉重，而人手短缺的問題更進一步限制服務質量的提升（HKSARG, 2022c）。

此外，服務使用者表示即便成功預約到中醫服務，等待治療的時間可以長達數小時，這反映出中心的軟硬件可能已到達上限，無法有效應對當下的服務量，從而導致中心未能提供全面及優質的中醫服務。

ii / 資助籌額不足 調動缺乏彈性和透明度

在焦點小組中，多位服務使用者均強調中心資助籌額不足，甚至需要耗費數天時間才能成功預約，令他們對中心的服務滿意度下降。

此外，有聲音指出中心資助籌額調動的彈性和透明度較低。目前，各區中心資助籌額的分配缺乏明確準則。鑑於中心的資助服務由當值醫師提供，且不允許指定醫師，部份中心的非資助服務受歡迎程度較低，難以達到政府在服務協定上對資助籌額的要求。然而，其他地區則面臨資助籌額不足的問題。以上均反映資助籌額調動缺乏彈性，造成籌額錯配，可見資源分配尚待改善。

教學方面

b) 教學關注度有待提升

在當前條件下，中心主要專注於應對服務使用者的需求和維持日常運作。然而，初級中醫師和中醫學生需要足夠的實踐和指導，以掌握紮實的醫療技能和知識。當前重醫輕教的模式導致有經驗的中醫師無法為初級中醫師和中醫學生提供分足的指導和培訓，影響學習效果和專業發展。

c) 晉升階梯有改進空間

中心的中醫師聘用條款和薪酬待遇由各自運營機構制定，導致薪酬體系並不統一。中醫師薪酬待遇未像其它醫療專業人員般有政府薪級表作參考及進行調整，導致中心出現人流失和專業人才斷層問題。

/// 醫管局應於服務協議中加入大學派中醫教授到診所
定期進行臨床帶教的要求。現時大學多派學生到診所跟診，
但很少安排臨床帶教。

中醫診所暨教研中心職員

研究方面

d) 研究投入需加強

在三方協作的模式下，大學應主要負責推動中心的研究發展，然而，隨着大學設立獨立診所作教研用途，其對中心發展的投入程度亦有所下降。在中心中醫師人手不足的情況下，自負盈虧的非政府機構更多聚焦於滿足醫療服務需求（包括政府於服務協議上對資助籌額的要求，以及提供足夠非資助服務以支撐營運成本），缺乏誘因去推動科研工作的開展。

2.2 中醫於基層醫療發展參與在較初始階段

為幫助基層醫療醫護人員在社區為市民提供持續、全面和以實證為本的護理，政府成立參考概覽專家小組，負責編制參考概覽。

政府在《基層醫療健康藍圖》中指出將進一步探討中醫藥在參考概覽中的參與，以善用中醫藥在健康管理中的潛在優勢，促進基層醫療健康服務的跨專業合作。然而，現時中醫治療手法未被納入參考概覽，政府亦並未就更新相關概覽訂立具體時間表。

中醫獨特的治療理念和手法在慢性疾病管理發揮著重要的補充作用。然而，在慢性疾病共同治理先導計劃中，中醫並未被納入服務提供者的範疇內。這在一定程度上減少了患者的治療選擇，亦限制管理慢性疾病的效果。

2.3 中醫服務提供者間之間的轉介安排尚未釐清

未來，中醫醫院門診部會接受來自不同醫療服務提供者的轉介，並且有望成為轉介中心（Health Bureau, 2022a, 2022b）。然而，現時業界就中心、私營中醫師與中醫醫院之間的轉介安排尚未達成共識，轉介準則和機制有欠清晰，分工及角色有待釐清。

2.4 中醫與其他醫療服務提供者之間的轉介安排尚未制定

根據《輔助醫療業條例》第359H章、《註冊放射技師專業守則》及《註冊醫務化驗師專業守則》，放射技師和醫務化驗師現時均無法接受中醫的轉介。

為增強中醫和其他醫療服務提供者之間的協作並提升醫療服務質量，於2023年年初，香港註冊中醫學會、香港中醫專科發展工作組與香港醫學專科學院初步同意讓註冊中醫師轉介病人接受部分影像及化驗室檢查。然而，以上具體安排、《輔助醫療業條例》及相關專業守則的細節仍有待公布及修訂。

2.5 建議3： 優化中醫診所暨教研中心營運模式

醫療方面

a) 優化設施配置

- 政府應評估服務需求，適時擴建中心及推行公私營合作計劃，滿足市民不同的服務需求。

b) 擴充人力資源 完善晉升機制

- 中心應建立合理的薪酬和晉升機制，吸引並挽留有經驗的人才。
- 中心應提供教學、研究和行政等多方面的發展機會，擴展員工的職業發展途徑和前景。

c) 完善預約制度

- 醫管局和中心應優化服務預約流程，引入24小時全自動電話預約系統及改善手機應用程式，透過提供非資助服務的選項和等候名單等安排，增加預約的靈活性、便利性和效率，從而提升市民滿意度。

我使用電話預約時常常遇到困難，
不能確定是因為時段已滿還是電話線路問題。
而醫管局普通科門診電話預約系統則更為清晰，
能知悉預約是否已滿或者線路是否故障。

病人焦點小組受訪者

d) 加強資助籌額管理

- 醫管局應建立公開透明的資助籌額分配準則，按實際需要彈性分配資源，確保籌額用得其所。

教學方面

e) 加強提供持續的專業培訓

- 醫管局應與各中心合作，評估人力情況，制定針對不同範疇和級別的標準化培訓計劃，確保中醫師接受持續規範培訓。

- 醫管局應鼓勵中醫師參加大學或中醫醫院的臨床分科治療、教學、研究或行政培訓，以拓寬其職業發展路徑並提升專業能力。
- 醫管局應在服務協議中規定大學必須定期派遣中醫教授到中心進行臨床帶教，增強大學在中心的參與，同時減輕資深中醫師負擔。

研究方面

f) 加強與大學的合作

- 醫管局應就大學與中心合作的臨床研究項目設立最低要求（如每年一個），以強化科研合作並共享資源。

g) 放寬服務協議上對外部研究資金和合作夥伴的要求

- 醫管局應修改服務協議，放寬對尋求外部研究資金和合作夥伴的限制，使中心能有更高自由度與其他學術機構合作並獲得資金，從而提升研究成果。

2.6 建議4： 推動中醫參與基層醫療發展

- 短期內，政府應把中醫代表納入參考概覽專家小組，以確保在準備參考概覽時納入中醫的觀點和治療模式。
- 長遠而言，小組應定期回顧和更新參考概覽，以反映最新的臨床研究成果。
- 政府亦可考慮推進中醫參與慢性疾病共同治理先導計劃，於基層醫療層面促進中西醫協作。

2.7 建議5： 建立中醫服務轉介機制

- 政府應諮詢各持份者，建立從基層醫療轉介至中醫院分科服務的明確機制。政府於訂立機制時亦應將其他情況納入考量，如因應病人病情需要，判斷為需長期觀察和研究，繼而安排轉介。

2.8 建議6： 明確規定中醫和其他醫療服務提供者之間的 轉介權限和程序

- 政府應分兩階段放寬並明確規定中醫和醫務化驗師、放射技師之間的轉介安排，要求中醫師接受培訓和指導，並通過相關考核後才可獲得轉介權限。
- 第一階段：允許中醫醫院內的放射技師和醫務化驗師接受院內中醫師的轉介。
- 第二階段：實現院外中醫師轉介病人到其他放射技師及醫務化驗師。
- 此外，中醫師需使用醫健通系統，以獲取影像及化驗室報告及上傳中醫診斷資料，確保資訊互通。

圖3 建議中醫和醫務化驗師、放射技師之間的轉介權限和程序



優化人手安排 培育專業人才

3.1 中醫人手估算不足

全港超過九成中醫師在私營市場為市民提供基層醫療服務 (HKSARG, 2024b)，但政府仍未全面掌握私營中醫師實際服務人數及每年服務量。香港教育大學早前的調查顯示，僅有48%中醫師地址及聯絡電話能成功獲得確認 (趙永佳 et al., 2020)；部分中醫師可能因診所搬遷，退休或去世而難以聯絡。此外，香港衛生署2020年人力統計調查結果顯示，僅19.9%註冊中醫參與調查，可見參與人數未能有效反映中醫服務的實際供求情況 (Department of Health, 2020)。

3.2 中醫師資格試缺乏臨床技能考核

在考試制度方面，執業資格試包括筆試及臨床考試兩部分。筆試合格後，考生方可參加臨床考試。臨床考試以中醫臨床科目為主 (CMCHK, 2021)，考生需分析病例並口述回答問題要點。然而，臨床考試不涉及直接面對病人，缺乏實際評估望、聞、問、切及其他治療方法 (如針灸) 的應用，限制了對臨床實踐能力的全面評估。

在中醫教育方面，有持份者指出，目前中醫本科畢業生較缺乏系統性的培訓計劃與臨床訓練，實習亦缺乏標準化考核來評估實習成效，這限制了學生的臨床能力和專業發展 (Lee, 2024)。雖然香港中醫課程為學生提供了臨床實習的機會，但多數情況下，學生僅能觀察診療過程，缺乏足夠機會應用所學技巧。相比之下，西醫學生必須通過包括與病人互動的臨床技能考試才能獲臨時註冊，並在醫院中完成一年實習，才能獲得正式執業資格，反映出中醫臨床訓練的不足。

3.3 中醫培訓機制尚未系統化

目前，由不同資源配備的中心和中醫相關團體所提供的進修培訓，在教學內容、資源和質量上均存在明顯差異。依靠這些零散的培訓渠道可能會導致部分中醫師未能獲得充足的進修資源和機會，加劇了中醫師之間的專業差距，影響病人的治療效果和安全性，並影響整體中醫行業的發展和形象。

同時，目前醫療體系中尚未為中醫提供系統性基層醫療培訓課程。現階段雖有中西醫結合醫學會提供的中醫基層醫療證書課程，但這單一渠道無法滿足整個行業的培訓需求（香港中西醫結合醫學會，2022）。缺乏較為系統性的基層醫療培訓不僅限制了中醫在基層醫療服務中發揮其「治未病」的作用，也阻礙中醫更有效融入香港的醫療系統。

此外，中醫醫院將設置分科服務，包括中醫內、外、婦、兒、骨傷及針灸，但當前香港缺乏分科培訓（Health Bureau, 2022b）。中醫醫院即將投入服務並承擔分科服務重任，其培訓資源卻主要集中於內部員工，未能充分推動和引領中醫專業化培訓。

再者，業界對於中醫專業化發展的方向和路徑仍缺乏廣泛的共識，導致培訓機構和課程設計難以精準對接醫療系統的需求。因此，如何有效整合中醫醫院、獲認可的進修項目機構，以及大學的資源，構建統一且適用於香港醫療環境的中醫培訓體系，成為了當前一個重要課題。

／／現時考試制度只有筆試和口試，沒有臨床評估，
導致不少畢業中醫師缺乏臨床技巧。
例如他們知道不同的藥方、針灸手法，
但並未能掌握應用方法。

中醫診所暨教研中心部門主管

圖4 建議培訓模式



3.4 建議7： 評估中醫人手 完善服務規劃

- 香港應實施全面的中醫師人力統計調查，以準確估計在職中醫師數量和服務需求，有助於策略性採購計劃的制定。
- 中醫藥管理委員會應更新中醫續領執業證明書流程，包括強制要求中醫師在修讀進修項目及續領中醫師執業證明書時更新聯絡方式、鼓勵加入電子健康記錄系統，並持續更新中醫師人手的記錄。

3.5 建議8： 檢討現行中醫師資格試

- 參考內地實踐技能考試及中醫客觀結構化臨床考試 (OSCE) 的模式，中醫業界應與大學合作改革中醫師資格考試，增設臨床評估，確保學生臨床決策能力。
- 視乎中醫服務承載量，中醫學生應先完成一年實習，才可申請正式註冊。

3.6 建議9： 加強系統性持續進修及培訓

- 基層醫療署應制定全面的中醫培訓課程框架，針對健康教育、全科醫療服務及居民健康管理，並借鑒內地基層醫療規範化培訓，為香港中醫師提供規範化培訓。
- 政府應與中心及非政府機構合作，提供流動中醫診所服務，增強中醫師的訓練和實踐機會。

／／ 許多中醫師不知道自己正在提供基層醫療服務。
透過系統性的基層醫療培訓，業界可以更好地融入
基層醫療系統，更緊密地與其他醫療專業人士合作。

中醫診所暨教研中心職員

- 中醫醫院應與香港中醫藥管理委員會中醫組、認可的「提供進修項目機構」及本地大學合作，建立策略培訓框架，制定完善及統一的課程標準、培訓體系及評估機制，深化中醫師及學生對中醫理論的掌握與分科實踐，同時加強中醫對現代醫療體系、醫院運營及管理中醫服務機構等知識的了解。
- 中醫醫院應計劃於未來推廣其分科培訓計劃至醫院外的中醫師，以促進專業化培訓和提升臨床技能。

4

充分運用資源 推動策略採購

4.1 醫療融資方式有限

相對於西醫，現行中醫採用的醫療融資方式十分有限。西醫採用的醫療融資方式更為多元，除了政府提供的資助服務、長者醫療券和自費形式外，市民還可以選擇以自願醫保使用西醫服務。此外，許多人也選擇購買其他私人醫療保險，以便在需要時能夠得到更全面的醫療保障。相較之下，中醫的醫療融資方式較少，主要為於中心的資助服務、長者醫療券，以及自費形式。同時，根據政府的自願醫保單範本，標準計劃保障範圍並不涵蓋中醫藥服務。目前，政府通過中心提供80萬個資助的門診配額，以支持市民接受資助中醫治療，又透過者醫療券資助長者使用醫療服務，包括中醫服務。

4.2 私營服務潛力有待發掘

超過九成中醫師選擇在私人市場執業，可見當前公私營界別之間的服务佔比分配不均。這不僅限制了中醫服務的整體效能，還對醫療系統的可持續性構成挑戰。

中心往往因為資源有限而面臨巨大的服務壓力。相比之下，私營中醫診所有如獨立於醫療體系之外運作，未必能夠充分配合醫療體系的發展方向。同時，私營中醫診所亦面臨患者不足、設備利用率有待提升等問題。私營診所之間甚至可能存在過度競爭的現象，導致不必要的資源重疊與浪費。

增加更多資助籌額將面臨許多挑戰，例如診間和人手不足。
不如考慮加資助籌額到私營中醫服務，
試點計劃可由有自己的診所及有中心運營經驗的非政府組織開始。

中醫診所暨教研中心職員

4.3 建議10： 採用多管齊下的醫療融資方法

- 政府應探索多元化的融資模式，如與保險公司合作，提高對中醫服務的保險金額和覆蓋範圍。
- 參考韓國與韓醫藥相關的國民健康保險政策，政府應將中醫藥服務納入自願醫保標準計劃中的條款，推動其它保險產品覆蓋相關範疇。
- 借鑑台灣經驗，中醫專家小組應與保險業界合作，共訂詳細的保險索賠資訊標準，包括診斷及治療資訊的詳細程度。保險業界亦應聘請中醫師參與保險審核，確保診斷可信性。

4.4 建議11： 充分利用私營服務 發展公私營協作

- 政府應策略性採購私營中醫師服務，通過治療優勢病種，推動公私營的協作，提升資助中醫服務的可及性，並減輕公營醫療系統中患者長時間等待治療的問題。
- 政府應透過醫健通，建立一個公私營及中西醫之間的轉介機制，確保患者能順利銜接不同場景的治療。
- 政府應制定並執行中醫診所的質量標準和監管指南，並建立患者回饋機制，以確保服務品質和患者安全，並持續改進服務。
- 政府應基於專家小組制定的臨床指引，將中醫納入慢性疾病共同治理先導計劃，促進跨專業合作，提供個人化的治療選擇。

提升資訊流通 擴大互通效率

5.1 中醫電子健康紀錄使用率不理想

儘管自2022年3月，中醫電子健康紀錄（包括醫管局為中心研發的中醫醫療資訊系統以及為私營中醫診所研發的「醫承通」）已與醫健通互通，然而，系統仍未在中醫界別中被廣泛使用。根據香港立法會數據，截至2023年3月，中醫師登記醫健通的人數約有640人，即只有6%中醫師使用醫健通（HKSARG, 2023c）。

5.2 電子健康紀錄互通範圍有限

目前中醫電子健康紀錄互通範圍有限。由表1可見，在中醫界別內部，與診斷相關的互通內容僅包括中醫診斷、中醫療法及中藥處方，其他資訊如患者主訴、現病史等資料並不在互通範圍內（醫管局中醫部，2022）。同時，中醫師可以取覽的其他醫療界別資料亦受限制。與其他醫療專業人員取覽資料範圍（表1）相比，中醫師可取覽範圍僅包括患者個人資料、敏感及藥物不良反應、中醫診斷、中醫療法、中藥處方與住院、到診及預約資料（醫管局中醫部，2022）。對於其他資料如其他所有醫療專業人員可以獲得的轉診記錄、其他檢查報告等資訊，中醫師均無法取得，造成資訊障礙，進而影響醫療服務的質量和效率。

值得關注的是，私營中醫在進行診斷和治療時，大多數只能依賴病人自行轉述影像檢查結果及化驗室檢查數據。例如，對於有腎病的病人，中醫師需要參考患者的腎絲球過濾率（GFR）。然而，有持分者提出醫管局對中西醫協作服務的內部指引指，當患者的腎絲球過濾率低於一定數值時，中醫師不應對病人開出中藥。由於私營中醫無法參考有關數據，中醫只能依賴病人自行提供的數據，而病人可能因為記憶模糊或手記錯誤而提供不準確的數據。這不僅可能導致診斷的延誤，也可能導致治療過程中的重複和不必要的風險。因此缺乏全面的病歷資訊可能限制了中醫師對患者整體病情的全面評估和綜合治療。

表1 不同醫療專業人員的電子健康紀錄互通範圍

	中醫師	醫生/ 助產士/ 護士/牙醫	藥劑師/ 視光師 (第一部分)	職業治療師/ 物理治療師	放射技師	醫務 化驗師
個人資料	●	●	●	●	●	●
敏感和藥物不良反應	●	●	●	●	●	●
觀察及生活方式紀錄	●	●	●	●	●	●
診斷	● 	●	●	●	●	●
手術及醫療程序	● 	●	●	●	●	●
藥物	● 	●	●	●	●	●
住院、到診及 預約資料	●	●	●	●	●	●
臨床紀錄/摘要	●▲	●	●	●	●	●
防疫接種記錄	●	●	●	●	●	●
化驗報告	●	●	●	●	●	●
放射報告	●	●	●	●	●	●
醫療轉介資料	●	●	●	●	●	●
出生記錄	●	●	●	●	●	●
其他檢查報告	●	●	●	●	●	●

註：● 一般取覽限制 ● 特殊取覽限制 ● 無取覽權限  只能取覽中醫相關紀錄 ▲ 只能取覽特定計劃相關紀錄

資料來源：醫健通 (2023)

5.3 建議12： 提供誘因鼓勵中醫師加入《基層醫療指南》及使用醫健通

- 政府應要求所有參與政府醫療計劃的中醫師加入《基層醫療指南》、註冊並使用醫健通，以提高服務協調和連貫性。
- 政府和系統開發商應了解中醫師在使用醫健通時遇到的問題，優化系統的使用界面和功能，並連接第三方診所管理系統及醫健通，以提高系統的易用性和效能。

／／ 許多中醫師認為要在兩個系統輸入臨床記錄很麻煩。
如果政府能令第三方診所管理系統內的病歷，
在得到病人的同意下，自動流向醫健通，
可讓更多中醫師使用醫健通。

私人執業中醫師



5.4 建議13： 以患者為中心 擴大取覽資料互通範圍

- 政府應在「病人正接受其護理」和「有需要知道」的基礎上，擴大中醫師對醫療記錄的存取，包括影像和化驗結果，以提升診斷準確性。
- 政府應增加中醫師於醫療記錄的使用和法律責任相關的專業培訓，以促進與其他醫療專業的協作。

建立科研平台 推進技術應用

6.1 中醫研究資源分散

在研究過程方面，目前中醫領域的臨床研究資源顯得較為分散。大學機構、中醫藥發展基金、醫管局各有強項，但合作機會寥寥。這導致許多研究成果無法有效地轉化為本地中醫臨床實踐。

在研究應用方面，目前中醫藥發展基金旗下的中醫藥資源平台為中醫界提供相關資源和實用參考文件，例如電子版藥典、中醫藥相關期刊數據庫和政策法規（中醫藥發展基金，n.d.）。然而，這些資料庫多為內地研究資料庫，並未涵蓋本地研究數據。同時，在香港，中醫師需要使用純中醫的手法進行治療，不能仿效內地中醫師中西藥並用，因此平台數據的參考性有限，未能有效地被應用於實際治療和研究中。

6.2 中醫遙距醫療發展受限

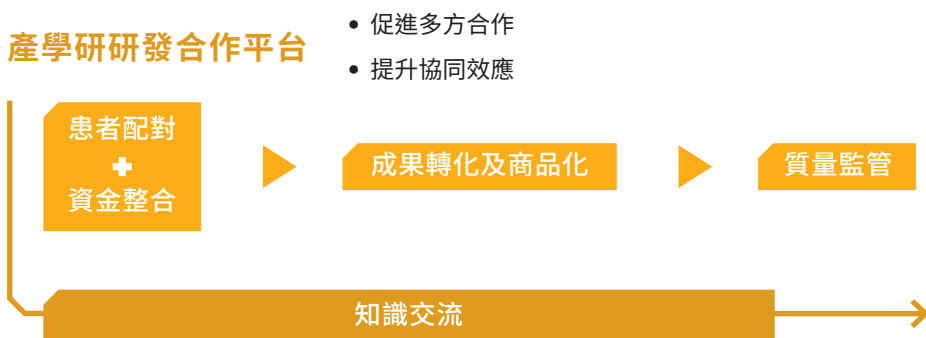
2019新冠疫情期間，遙距醫療變得普及，而當時的食物及衛生局亦透過中醫藥發展基金推出「齊心抗疫 — 中醫藥遙距診療計劃」，資助中醫師為患者提供免費遙距診療和中藥配送服務，除有助舒緩患者症狀，更推動中醫遙距醫療及中醫藥普及化（HKSARG, 2022d）。

與此同時，儘管政府已經增加了中心的資助服務籌額，但市民反映預約中醫服務仍然困難，可見中心的服務量或受硬件限制。有見及此，於中心加入遙距診療服務，或可幫助舒緩新增的服務籌額所帶來的壓力。然而，疫情之後，中醫遙距醫療發展停滯，中心並未能繼續提供遙距診療服務。

6.3 建議14： 構建產學研研發合作平台

- 政府應該建立一個產學研研發合作平台，旨在促進中醫藥發展基金、大學機構、政府中藥檢測中心、醫院管理局，及其他重要持份者之間的合作。該平台應專注於以下五大功能，以整合資源進行中醫藥臨床研究，並推動研究成果的應用及商品化。

圖5 研發合作平台的潛在發展方向



- a) **研究資金整合：**集中並優化資金配置，避免資源重複投入。
- b) **患者配對：**建立網上系統，收集並發布臨床研究資訊，促進患者與項目的配對。
- c) **知識交流：**透過組織本地及國際性的研討會及論壇，促進大學、科研機構、中心、中醫醫院及藥企之間的知識共享。
- d) **成果轉化及商品化：**協助研究成果的應用及商品化、國際市場註冊及推廣。
- e) **質量監管：**與香港標準及檢定中心及其他機構合作，設立並推廣嚴格的質量監控體系。

6.4 建議15： 推動中醫提供遙距醫療服務

- 政府應鼓勵中心加入遙距診療服務，制定相關指導原則和標準，確保服務質量和安全。
- 中醫界別的組織和協會亦可提供培訓課程，教授中醫師如何運用遠程通訊平台進行診療，以確保他們能夠有效地提供遙距中醫服務。

總結

隨着香港人口老化，慢性疾病日益普遍，以及中醫服務獲得廣泛關注和認可，現在是時候在醫療系統中加強中醫的角色，並推動中醫系統性發展。這對於建構一個可持續的中西醫綜合醫療系統具有重要意義。

中醫在香港的發展潛力巨大，但要充分發揮此潛力，需要從多個方面進行提升，包括管治、服務、人力資源、醫療融資、健康信息系統及醫療科技。透過對這些領域的綜合強化，中醫將能更好地發揮其特有優勢，為香港市民提供更高質量、更全面的醫療服務。

參考書目

Chan, K. W., Chow, T. Y., Yu, K. Y., Feng, Y., Lao, L., Bian, Z., Wong, V. T., & Tang, S. C.-W. (2022). Effectiveness of Integrative Chinese-Western Medicine for Chronic Kidney Disease and Diabetes: A Retrospective Cohort Study. *The American Journal of Chinese Medicine*, 50(2), 371–388. <https://doi.org/10.1142/S0192415X2250015X>

Lee, K. P. (2024). The Situation and Suggestion of Improvement of Traditional Chinese Medicine Practitioners Licensing Examination in Hong Kong. <https://doi.org/10.12014/j.issn.1002-0772.2024.01.15>

LegCo Research Office. (2022). Development of Chinese medicine. <https://www.legco.gov.hk/yr2023/english/panels/hs/papers/hs20230210cb4-88-5-e.pdf>

Legislative Council Panel on Health Services. (2018). Role and Operation of the Chinese Medicine Centres for Training and Research. <https://www.legco.gov.hk/yr17-18/english/panels/hs/papers/hs20180430cb2-1258-1-e.pdf>

World Health Organization. (2018). Traditional and Complementary Medicine in Primary Health Care. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326299>

國家心血管病中心. (2020). 國家基層高血壓防治管理指南2020版. <https://www.nccd.org.cn/Sites/Uploaded/File/2021/3/国家基层高血压防治管理指南%202020版.pdf>

趙永佳, 鍾偉楊, 梁秋容, 施德安, & 雷恩. (2020). 專業化的長征：香港中醫師對專業發展的態度研究

鳴謝

我們衷心感謝團結香港基金榮譽主席董建華先生、主席陳智思先生對本研究的鼓勵和支持。我們亦謹向團結香港基金總裁李正儀博士致以謝忱，全賴她的支持，本報告才得以順利完成。

團結香港基金感謝就本研究分享專業知識和真知灼見的每一位持份者和官員（按所屬機構英文名稱字母排列），他們的寶貴意見給予本研究極大的幫助。本報告並不代表持份者及官員的立場。

保泰人壽保險有限公司	香港註冊中醫學會有限公司
中醫診所暨教研中心	香港特別行政區政府醫院管理局
中醫中藥發展委員會	花蓮慈濟醫院
博愛醫院中醫服務	醫務化驗師管理委員會
信諾環球保險有限公司	香港浸會大學中醫藥學院
香港大學李嘉誠醫學院臨床腫瘤學系	香港大學李嘉誠醫學院中醫藥學院
香港中醫中藥界聯合總會有限公司	香港中文大學中醫學院
廣州中醫藥大學	香港社區組織協會
香港特別行政區政府醫務衛生局	香港教育大學香港研究學院
香港中西醫結合醫學會	香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院
香港中醫醫院	明醫館中醫診所
香港中文大學香港中西醫結合醫學研究所	

主要顧問

林志秀教授

香港中文大學中醫學院院長

作者

葉文祺，CFA，MRICS

團結香港基金副總裁兼研究部聯席主管

周嘉俊

團結香港基金醫療及社會創新研究主管

楊樂思

團結香港基金助理研究員

莫詩穎

團結香港基金助理研究員

下載簡報



下載參考書目



免責聲明

本報告僅供參考，報告內容並不構成對任何經濟體或行業資訊的分析。本報告的資料出自多個可靠來源，但團結香港基金或任何相關機構均不會就相關資料的完整性或準確性作出任何申述。本報告內之所有預測、意見或建議僅反映團結香港基金截至發布日為止的分析和判斷。團結香港基金將不會就任何因使用該報告而引起的直接或間接損失承擔任何責任。任何合約均不應基於本報告的內容而簽訂。

如中文版本與英文版本有任何不一致或不清晰之處，請以中文版本為準。

關注團結香港基金



網頁



Linkedin



Facebook
(團結香港基金)



Facebook
(政策・正察)

團結香港基金有限公司

香港中環干諾道中88號南豐大廈19樓

www.ourhkfoundation.org.hk

二〇二四年十月 © 版權所有 OHK/202410009E

