

# 香港醫療政策的挑戰 邁向健康香港

方玉輝 羅天昇 吳沕銓 陳錦良



香港社區健康學院

更新日期: 2026 年 3 月 4 日



## 編輯的話

香港長期在「確保市民不會因經濟困難而無法獲得適當的醫療服務」的政策下，實現了全民健康 (health for all) 和全民受健康覆蓋 (universal health coverage)，為符合資格或有資格的居民提供了世界上最好的醫療保健保障。衛生服務系統效率很高，健康的成果非常可觀，僅花費約7%的GDP，就實現了男性和女性在世界上最長的預期壽命。香港的醫療系統是一個公營和私營的雙軌系統，在過去四十年中，公、私營系統平均地分擔了總醫療支出。私營服務在自負盈虧的自由市場體系中主要提供基層醫療服務，約佔基層醫療服務的70%。公營服務主要提供近九成的昂貴二級和三級駐院醫療服務，為所有居民提供了安全網，但政府的補貼高達97%。然而，受社會和人口變化的影響，醫療衛生系統的效率、品質和可持續性極需正視、討論和研究。

由於大部分市民嚴重依賴公營醫療體系的高補貼服務，政府承擔了巨額的公營醫療支出。過去三十年政府每年在公共支出預算中，公共醫療服務預算已從佔總體公共支出的11%增至最新的接近19%，差不多翻了一番，就可見一斑。這種現象不能單單套用人口老齡化加劇、疾病種類的轉變、先進醫療和技術的昂貴成本、醫療通貨膨脹高、公私營之間的需求不平衡，以及通貨膨脹等原因來解釋。香港的醫療系統以良好的表現和「高效率」而聞名，但它正面臨著能否長期可持續發展的問題。雖然政府、學術界和醫護業界在過去都沒有深入討論效率和質量的課題，但政府最近表達了可持續性的重要性。醫務衛生局局長在2022年12月發表的《基層醫療健康藍圖》的序言中寫道：「我們深信本藍圖提出的建議將引導我們醫療系統的發展方向，讓我們能維繫一個可持續和健康的系統，在未來數十年支持每位香港市民。」「可持續」一詞在文件中總共出現了八次。

隨著人口老齡化、醫療費用持續上漲，以及公眾期望和需求高企，公費補貼的服務可能難以為繼。香港的稅基狹窄，加上近年香港面對本地財政史上並不常見的赤字預算，實在難以持續為過千億巨額的公共醫療開支提供資金。此外，公營系統長期存在資源配置不當的情況，這是政府採用「整筆撥款」津助制度安排資助包括醫院管理局（醫管局）在內之法定機構和非政府機構等的結果，還有其他因素導致融資模式單一和可持續性存疑等問題。醫管局在2023-24年度的資助額為909億元，但是醫管局同時擔負著公立醫院系統的監管者和提供者之雙重角色；因此，醫管局不僅缺乏獨立和客觀性的監察，因而出現了效率和質量等方面的問題，其管理人員不用問責，內部也存在利益衝突的情況。此外，醫管局作為由90,000名員工和擁有30,000張床位組成的龐大組織，七個聯網之間缺乏協調，甚至與個別醫院之間也缺乏協調。公立醫院系統在疾症

大流行期間出現了失誤和服務落差，在每年流感爆發期間常常應變不佳，並非沒有原因。在公共衛生危機期間，最脆弱的群體是安老院舍的長者，這些院舍由勞工及福利局及其轄下的社會福利署負責；而當院友需要醫療服務時，則由醫務衛生局、衛生署和醫管局負責。

政府內部架床疊屋，存在明顯的角色、功能和服務重疊。自1980年代起，原先全權負責所有醫療服務的醫務衛生署已改組成為今日的醫務衛生局（前身為食物及衛生局、衛生及福利局及衛生福利科）、衛生署、衛生防護中心、醫院管理局及基層醫療署。衛生署、衛生防護中心、醫務衛生局和醫管局提供的服務存在重疊，特別是在社區和基層醫療方面。美國哈佛大學團隊在1999年「醫療改革：為何要改、為誰而改？」的諮詢報告中強烈批評這種分裂列隔離的問題。實質上有需要將所有醫療護理服務統一由一個部門負責和統籌，通過集中全面治理、策劃、預算、人員配備、設施和採購來實現效率和效力。同樣，審計和表現評核應由一個獨立機構進行，最佳是政府的審計署，以確保公共資源得到適當和有效的使用，以造福市民大眾。

我們在2004年出版了「香港醫療體制的前瞻」，事隔二十年，現今這本書由香港社區健康學院出版，並邀請多位各界的學者和專業人士，共同探索醫療政策帶來的挑戰和機遇，就醫療系統的復原力和能力提供建議，邁向健康香港。

註：本書的章節，會在完成編輯每一份稿件之後，先行在學院的網頁發表。

# ——目錄——

## 編輯的話

### 第一章 概況

- 一、香港社會的整體概況（自然、人口、人均壽命、老齡化等） - 佘雪婷
- 二、香港醫療體系的概況 - 萬恩彤、方玉輝
- 三、香港醫療政策的梳理 - 羅天昇
- 四、全球主要經濟體(如英、美、新加坡、日本等) 醫療體系的概況 - 王睿麟
- 五、香港醫療在全球主要經濟體中的定位和角色 - 徐家健、陳健緯

### 第二章 香港醫療體系的問題及成因

- 一、歷史成因 - 何小冰
  - 中醫藥條例存在的問題 - 蕭漢松
- 二、政治原因
- 三、政策制約
  - 對於中醫藥領域的探索 - 左沛鑫、董博文
- 四、利益壁壘
- 五、市民觀念 - 謝雪兒

### 第三章 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

- 一、醫療政策的層面 - 羅天昇
- 二、醫療體系的架構設置 - 林欣河
- 三、基層醫療的改革 - 方玉輝
- 四、公共衛生措施 - 方玉輝
  - 促進健康的挑戰及影響因素分析 - 王佩瑜
- 五、私營醫院的基層醫療服務 - 趙志輝
- 六、公立醫療服務 - 李詠思
- 七、私營醫療服務 - 李偉德、陳縉庭
- 八、中醫藥發展及中西醫結合
  - 中醫在香港醫療體系的角色 - 陳錦良、孔慶瑜、羅祖榮
  - 中醫藥的發展 - 黎紀希、周嘉俊、董梓光、藍柏齡
  - 中西醫結合 - 趙志輝

- 中西醫協作治療工傷病患 - 劉錦偉
- 九、醫社合作 – 從未病先防到全人健康管理 - 徐家健、許美婷
- 十、醫療護理的教育和人才培養 - 陳偉樑、伍時豐
  - 專職醫療人員的發展及監管 - 方乃權
- 十一、公務員隊伍的履職 - 李偉章、林偉基
- 十二、專業團體的貢獻 - 胡美怡
- 十三、非政府機構在醫療服務扮演的角色及貢獻 - 陳英儀
- 十四、與內地（包括大灣區）的協作和交流 -
  - 粵港澳大灣區跨境醫療合作助力香港老齡化與健康之可持續發展 - 李家寧、梁靜嫻
  - 香港跨境長者醫療服務品質研究 - 黃曉彤、梁靜嫻
- 十五、藥物註冊及醫療器械的監督管理 - 張穎心、水志偉、董梓光、藍柏齡
- 十六、家居藥物回收措施 - 袁尚文，鄭華安，黃舜敏
- 十七、長期護理和居家安老服務 - 顧慧賢
- 十八、電子健康和醫療科技 - 林雷、伍時豐
  - 基於人工智能的香港醫療信息化建設與發展：探索香港智慧醫療的前景和挑戰
  - 人工智能與基層醫療 - 區兆倫
- 十九、醫療廢物的處理 - 趙宏健、方玉輝
- 二十、醫療體系《固本培元》的《獨步單方》 - 馮宜亮
- 二十一、健康促進學校 - 方玉輝

## 第四章 政策建議

- 一、政策層面
- 二、法律層面 - 湯嘉偉
- 三、機構層面
- 四、需求層面
- 五、人員層面
  - 香港智慧醫療人才引進與管理 - 董博文、肖欣然
- 六、資源層面
- 七、市民層面 - 方玉輝

## 第五章 結論

- 一、香港醫療制度的優化方案 - 方玉輝、羅天昇

# 第一章

## 概況

### 一、香港社會的整體概況（自然、人口、人均壽命、老齡化等）

余雪婷

#### （一）身體健康

2022 年的香港政府統計處資料顯示，香港男性和女性的預期壽命已分別達至 83.2 歲和 87.9 歲，超越了以長壽著名的日本，摘下了世界第一。<sup>1</sup> 在預期壽命「摘金」的同時，本港醫療系統的發展如何應對社會人口的變遷，成為了本書探討的主題，與讀者一同建設健康香港。

香港 65 歲或以上的人口比例已由 2001 年的 11.6%，大幅升至 2021 年的 20.5%，亦即每五個人就有一名長者。<sup>2</sup> 在長者人口持續增長的同時，15 歲以下和 15 至 64 歲人口比例則見下跌。這個變化，意味著 15 至 64 歲人口需要照顧越來越多長者，我們下一代的照顧責任越來越重。此現象反映於 2001 年至 2021 年的老年撫養比例：撫養每位 65 歲或以上長者的 15 至 64 歲人士，由 2001 年的 6 人減少至 2021 年的 3 人，<sup>3</sup> 可見社會上要照顧長者的負擔大了。而全港年齡中位數亦不斷上升，由 2001 年的 37.2 歲升至 2021 年的 47.3 歲時，加上人均壽命越來越長，意味著照顧者的年齡同時向上推移，可以瞥見將來以老護老的趨勢。

	2001	2006	2011	2016	2021
年中人口（'000）	6,714.3	6,857.1	7,071.6	7,336.6	7,413.1
性別比率 （男性數目相對每千名女性的比率） <sup>^</sup>	1,021	971	948	925	910
人口百分比 <sup>^</sup>					
15 歲以下	16.9	14.2	12.1	11.8	11.4
15 至 64 歲	71.5	73.0	74.0	71.6	68.2
65 歲及以上	11.6	12.9	13.9	16.6	20.5
總撫養比率 <sup>^</sup>	399	370	352	397	467
老年撫養比率 <sup>^</sup> （65 歲及以上人口數目 對每千名 15 至 64 歲人口的比率）	163	176	188	231	300

<sup>1</sup> 政府統計處（2022）。香港人口趨勢 1991-2021。  
[https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat\\_report/product/B1120017/att/B1120017052022XXXXB0100.pdf](https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/B1120017/att/B1120017052022XXXXB0100.pdf)

<sup>2</sup> 同上。

<sup>3</sup> 同上。

少年兒童撫養比率 <sup>^</sup> (15 歲以下人口數 目對每千名 15 至 64 歲人口的比率)	237	194	164	165	167
年齡中位數 (歲) <sup>^</sup>	37.2	40.1	42.4	44.3	47.3
出生時平均預期壽命 (年)					
男	78.4	79.4	80.3	81.3	83.2
女	84.6	85.5	86.7	87.3	87.9

表 1 《香港人口趨勢 1991 至 2021》統計報告資料 (「<sup>^</sup>」代表該數據已撇除外籍家庭傭工後計算)

隨著人口高齡化，社會對醫療、社會福利的需求隨之增加。2012 至 2022 年間公營及私營醫院 65 歲或以上的出院人數及死亡人數顯示，儘管 2020 年至 2022 年出現了具高傳染性的 2019 冠狀病毒病，令入院求醫人數大幅上升，但使用醫院的人數確實有上升趨勢，反映大眾對醫療服務的需求有所增長。

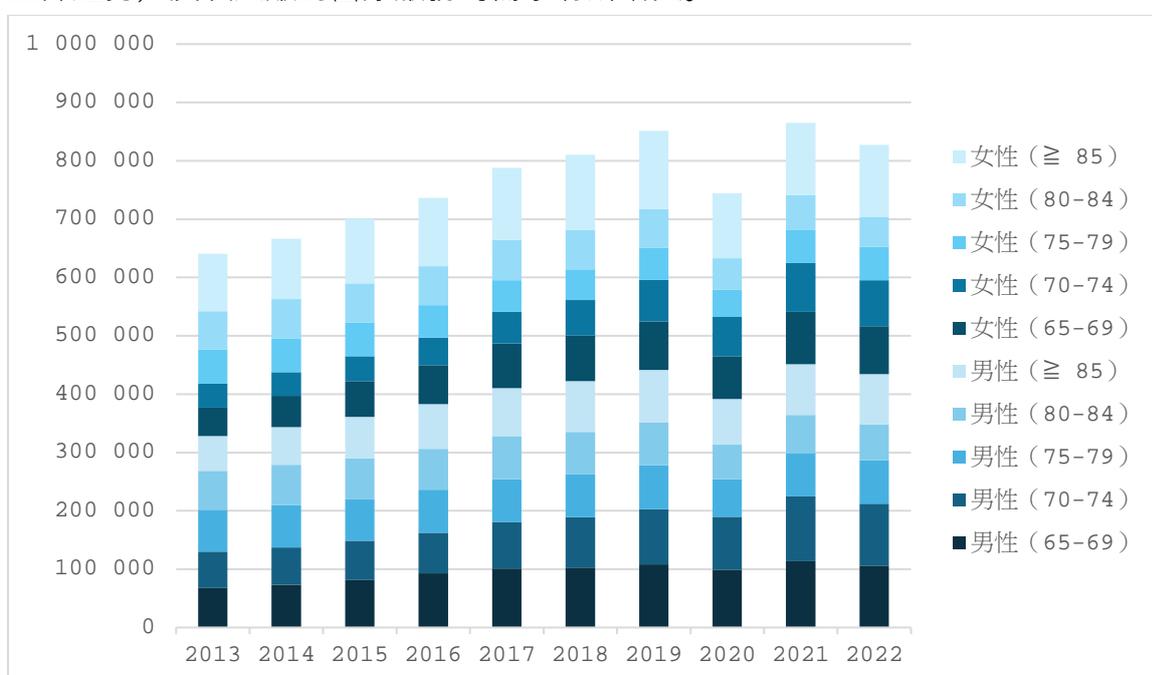


圖 1 2013 至 2022 年間公營醫院的 65 歲或以上住院病人及日間住院病人出院人次及死亡人數

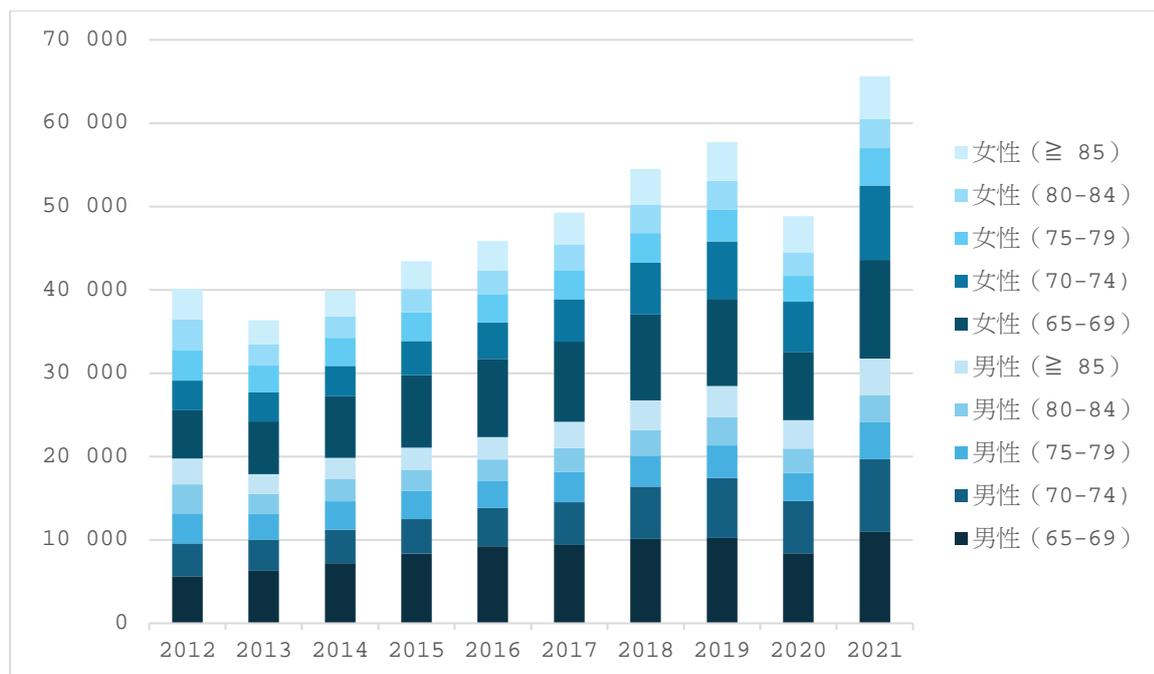


圖 2 2012 至 2021 年間私營醫院的 65 歲或以上住院病人及日間住院病人出院人次及死亡人數

2020 年初突然爆發的 2019 冠狀病毒病，在 2020 至 2022 年間導致了近 285 萬人染病，高居傳染性疾病呈報個案之首。撇除 2019 冠狀病毒病這一例外，2012 至 2022 年間本港頭三位的傳染病有水痘、結核病和猩紅熱。但可以見到這三種傳染病的呈報個案量在 2020 至 2022 年間均減少了，相信是因為 2019 冠狀病毒病在社區爆發期間，政府實施了隔離政策，大大減少人與人之間的接觸，以致這些傳染病的感染率隨之減少。經歷 2019 冠狀病毒病一役後，市民的衛生意識都加強了。大家仍會利用口罩、洗手等方法來保持衛生，減少傳染病風險。待最新的 2023 年統計數字出現，即可見到疫情期間個人衛生方面的公共教育和宣傳成效是否長遠，市民的衛生健康意識有否因此提高。

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
2019 冠狀病毒病							8 847	3 842	3 803	2 842
結核病	4 664	4 705	4 418	4 346	4 250	4 268	4 003	3 656	3 716	3 200
水痘	10	7 800	8 746	8 879	9 347	7 591	6 898	1 987	1 589	1 002
猩紅熱	926	1 100	1 238	1 210	1 466	2 353	2 098	1 602	262	88
社區型耐甲氧西林金黃葡萄球菌感染	1 100	990	997	1 046	1 164	1 258	1 218	1 236	813	582
										416

表 2 2013 至 2022 年間傳染病呈個案量首 5 位

相比傳染病，非傳染性疾病更影響市民健康。有統計數據指出顯示，約有三成人口（約 2,159,700 人）確診慢性疾病，包括高血壓、膽固醇過高、糖尿病、心臟病和癌症，當中以 55 歲或以上人口為主，佔約百分之七十，而且女性比男性較多。<sup>4</sup> 而惡性腫瘤是頭號殺手，在 2012 至 2021 這十年間，每一千人就有大約 2 個人因此病逝<sup>5</sup>，當中以肺癌、大腸癌和乳癌首 3 位常見癌症。<sup>6</sup> 縱使非傳染性疾病一直影響著市民健康，其標準化死亡率仍見下降趨勢，這或與有效的醫療施政方針有關。以惡性腫瘤為例，列入了香港醫院管理局藥物名冊的癌症治療藥物均設有資助，加上非政府機構的藥物資助計劃，例如癌症基金會、香港防癌會、撒馬利亞基金和香港乳癌基金會，病人的醫療費用負擔得以紓緩，從而獲得治療。<sup>7</sup> 另外，衛生署先後推出了大腸癌篩查計劃<sup>8</sup>、子宮頸普查計劃<sup>9</sup> 和乳癌篩查先導計劃<sup>10</sup>，鼓勵合資格市民參與計劃進行檢查，以及早發現惡性腫瘤，進行治療，同時提高公眾的健康意識，為自己預防嚴重疾病，或及早接受治療，提升生活質素。2019 年，醫務衛生局發表了《香港癌症策略 2019》，為癌症防控工作制訂全面計劃，提升市民生活質素。<sup>11</sup>

---

<sup>4</sup> 政府統計處（2021）。主題性住戶統計調查第 74 號報告書。  
[https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat\\_report/product/C0000015/att/B11302742021XXXXB0100.pdf](https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/C0000015/att/B11302742021XXXXB0100.pdf)

<sup>5</sup> 政府統計處（2023）。香港的女性及男性 - 主要統計數字（2023 年版） - 醫療與健康。  
[https://www.censtatd.gov.hk/tc/wbr.html?ecode=B11303032023AN23&scode=180#section\\_7](https://www.censtatd.gov.hk/tc/wbr.html?ecode=B11303032023AN23&scode=180#section_7)

<sup>6</sup> 香港癌症資料統計中心（2023 年 10 月）。2021 年香港癌症統計概覽。醫院管理局。  
<https://www3.ha.org.hk/cancereg/tc>

<sup>7</sup> 香港綜合腫瘤中心（不詳）。癌症資助機構及藥物資助計劃。  
<https://www.hkioc.com.hk/cancer-treatment-methods/癌症資助機構及藥物資助計劃/>

<sup>8</sup> 衛生署（2024 年 4 月 29 日）。大腸癌篩查計劃。  
<https://www.colonscreen.gov.hk/tc/public/index.html>

<sup>9</sup> 衛生署（2024 年 6 月 19 日）。子宮頸普查計劃。  
<https://www.cervicalscreening.gov.hk/tc/index.html>

<sup>10</sup> 醫務衛生局（2021 年 9 月 5 日）。局長網誌 - 乳癌篩查先導計劃。  
[https://www.healthbureau.gov.hk/blog/cn/2021/post\\_20210905.html](https://www.healthbureau.gov.hk/blog/cn/2021/post_20210905.html)

<sup>11</sup> 醫務衛生局（2019）。香港癌症策略 2019。  
[https://www.healthbureau.gov.hk/download/press\\_and\\_publications/otherinfo/190700\\_hkcs/c\\_hkcs\\_fully.pdf](https://www.healthbureau.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/190700_hkcs/c_hkcs_fully.pdf)

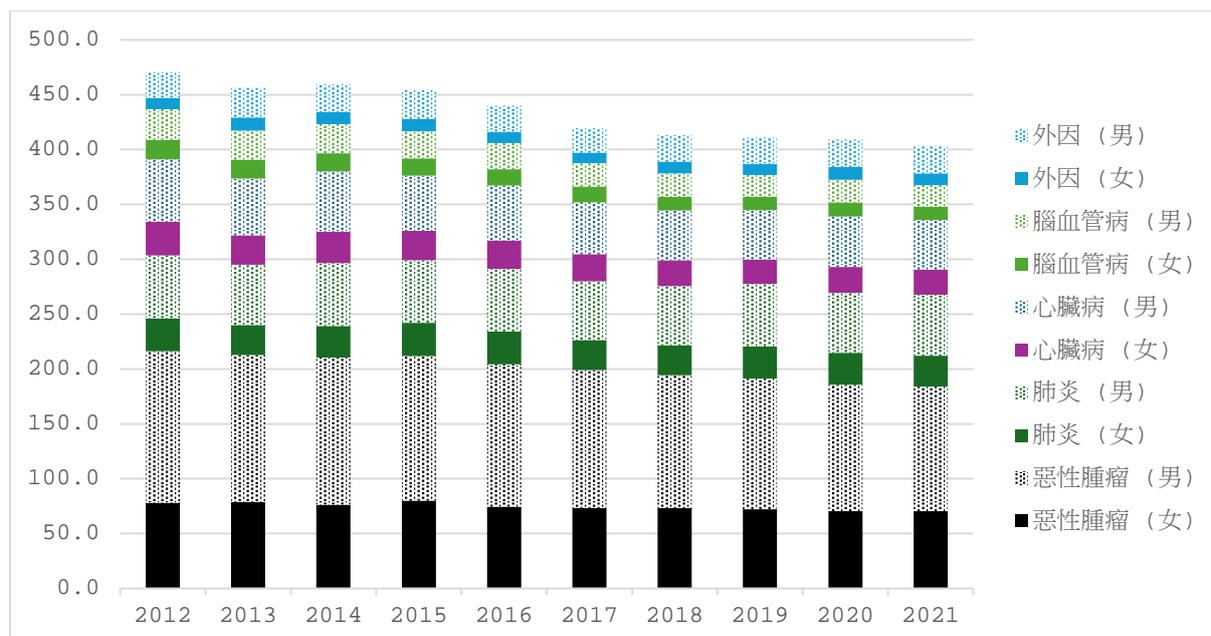


表 3 2012 至 2021 年間的標準化死亡率 (按每十萬標準人口計算的登記死亡人數)

## (二) 精神健康

除了身體的健康，市民的精神健康在近年亦受到關注。香港的生活節奏急促，加上近年經濟低迷，使得不同年齡層都承受著相當的精神壓力。回望 2013 至 2022 年的數據，到公營醫院精神科門診就診的人次有上升趨勢。尤其 2019 年出現社會運動及 2020 年爆發 2019 冠狀病毒病後，移民潮的出現，以及隔離政策，減少了人與人之間的接觸，令兒童和青少年在成長期間缺少了與人面對面溝通的機會；<sup>12</sup> 青少年面對朋友移民，朋輩支援網絡變得分散，壓力亦隨之增加；<sup>13</sup> 家庭同樣面對分離，父母帶同子女移民，到外國尋求升學教育，留下了家中長者在香港，增加長者的孤獨感。<sup>14</sup> 這一切的社會變遷都影響著社會大眾的精神健康，對精神科的醫療服務和相關的社會服務需求變得更加殷切。

<sup>12</sup> 呂嘉鴻 (2022 年 12 月 8 日)。新冠疫情衝擊下香港基層家庭及兒童面臨哪些心理健康挑戰。BBC News 中文。<https://www.bbc.com/zhongwen/trad/chinese-news-63898580>；聯合國 (不詳)。論 COVID-19 青少年的危機和心理健康。學術影響。<https://www.un.org/zh/166753#:~:text=隔離, 缺乏与同龄人,好的各种压力。>

<sup>13</sup> 星島日報 (2022 年 12 月 23 日)。教育要聞|調查：移民潮離愁別緒 22% 中六生感到困擾。星島日報。<https://std.stheadline.com/daily/article/2503703/日報-教育-教育要聞-調查-移民潮離愁別緒-22-中六生感到困擾#:~:text=有機構調查高中生,慣於隱藏情緒有關。>

<sup>14</sup> am730 (2024 年 3 月 18 日)。長者孤獨感增致自殺升 葉兆輝倡移民子女保持聯絡。am730。<https://www.am730.com.hk/本地/長者孤獨感增致自殺升-葉兆輝倡移民子女保持聯絡/438016>

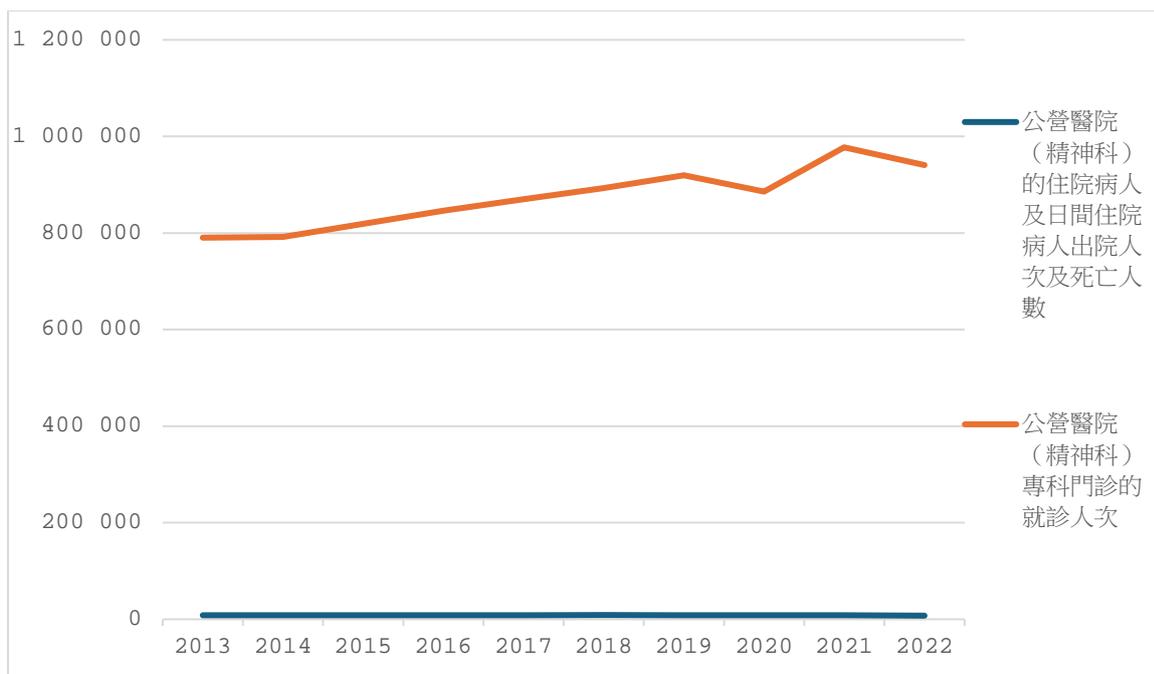


圖 3 公營醫院 (精神科) 的住院病人及日間住院病人出院人次及死亡人數及專科門診的就診人次

此外，青少年面對著學業成績、家長期望和家庭關係三方面的張力，累積一定的情緒壓力，<sup>15</sup> 但他們一方面未有好好開放面對自己的情緒，會為生活放棄快樂，認為不予理會就會消化掉負面情緒。<sup>16</sup> 另一方面，即使承受著負面情緒，他們亦不想其他人擔心而裝作積極，<sup>17</sup> 亦只有少數人願意尋求專業人士的幫助。<sup>18</sup>

成年人同樣面對著不同壓力：經濟環境差，工作變得不穩定，但同時需要兼顧不同的照顧責任<sup>19</sup>。根據心晴行動慈善基金的調查顯示，香港市民的精神健康指數平均分為 47.67 分，是由 2018 年起，連續 5 年處於不合格水平，而年齡介乎 35 至 54 歲、大專或以上教育程度、離婚或分居的精神健康指數顯著較差，工作、個人前途和財政狀況是影響精神健康的首三個負面情緒因素。<sup>20</sup> 面對種種壓力，他們同樣不懂得如何

<sup>15</sup> 家福會 (2023)。香港青少年精神健康調查研究摘要。  
[https://www.hkfw.org.hk/assets/files/reserch\\_reports/\\_20231011.pdf](https://www.hkfw.org.hk/assets/files/reserch_reports/_20231011.pdf)

<sup>16</sup> 突破機構 (2023)。「青少年正負面情緒與自尊感」研究報告。[https://ir.breakthrough.org.hk/wp-content/uploads/2024/01/EmotionAcceptance\\_Research-Report\\_Final.pdf](https://ir.breakthrough.org.hk/wp-content/uploads/2024/01/EmotionAcceptance_Research-Report_Final.pdf)

<sup>17</sup> 菁研工作小組 (2023 年 11 月 13 日)。青年情緒受困只五成求助 情緒污名化礙求助意欲 正面傾訴經驗成青年困擾出口。突破青少年研究資料庫。<https://ir.breakthrough.org.hk/btr77/>

<sup>18</sup> 呂諾君 (2022 年 2 月 1 日)。自殺、吸毒情況增 調查揭示六成年青人有精神困擾拒求助。香港 01。  
<https://www.hk01.com/18區新聞/731102/自殺-吸毒情況增-調查揭示六成年青人有精神困擾拒求助>

<sup>19</sup> 心晴行動慈善基金 (2022)。2022 全港精神健康指數調查：新常態下的重新出發。  
[https://www.jmh.org/\\_files/ugd/df7e3c\\_98c08f4b68de4df5b02f7890fe7fc631.pdf](https://www.jmh.org/_files/ugd/df7e3c_98c08f4b68de4df5b02f7890fe7fc631.pdf)

<sup>20</sup> 同上。

尋求情緒出口，向專業人士尋求幫助。心晴行動慈善基金的調查指出，只有不足一半的受訪者表示會向專業人士求助。<sup>21</sup> 而社會上亦缺乏社會服務幫助這個夾心階層，彷彿沒有任何照顧者、病者、家長或其他有需要人士這些角色，就難以得到社會服務的支援。

至於長者，他們面對家人離去的孤獨，患病和機能衰退的煎熬，工作能力和機會下滑，也會容易出現抑鬱症狀，出現自殺念頭。2022 年的統計資料顯示，60 歲或以上的自殺身亡個案佔整體個案 44%。<sup>22</sup> 為提升公眾對長者精神健康的關注和了解，政府推出了《活出安康樂耆年 – 長者精神健康手冊》，不同非政府機構亦推出了不同項目以支援長者及其照顧者的精神健康，盼能為長者添加一份支持，提高生活質素。

### (三) 環境氣候

人類的健康和福祉與環境氣候息息相關。然而，全球暖化的氣候危機，香港亦難以倖免。近年的香港氣溫不斷破錶，天文台不時傳出「打破紀錄」的消息<sup>23</sup>，包括最高氣溫、降雨量等。炎熱和潮濕的天氣有利蚊子繁殖，或會擴闊其影響區域，延長疾病的傳播季節，增加登革熱、瘧疾和日本腦炎的染病率；另會增加脫水、中暑、熱衰竭和心血管等疾病風險，<sup>24</sup> 特別危及戶外工作人員的健康和生命。而過多的雨水會導致水浸，或會污染供水系統，對食水安全產生不良影響。颱風的侵襲亦會變得更加頻繁，強度增加，破壞房屋和其他基建設施，造成直接傷亡。

資料顯示，2003 至 2023 年間，酷熱天氣（日最高溫度達 33 攝氏度或以上）及熱夜（日最低溫度達 28 攝氏度或以上）的日數約有 3 倍增加，分別由 2003 年的 14 日和 20 日，攀升至 2023 年的 54 日和 56 日。而極端酷熱天氣（日最高溫度達 35 攝氏度或以上）亦見上升，2022 年更高達 15 日。除了日數的增加，炎熱月份亦有所增加。2003 年，錄得酷熱天氣的日子主要集中於七月；及至 2013 年，錄得酷熱天氣的日子主要集中於六至八月；至 2023 年，錄得酷熱天氣的日子則由五月橫跨至十月，長達半年之久。

---

<sup>21</sup> 同上。

<sup>22</sup> 容嘉儀（2023 年 7 月 29 日）。去年本港自殺率創 15 年新高 當中長者佔最多達 44%。香港 01。  
[https://www.hk01.com/article/924586?utm\\_source=01articlecopy&utm\\_medium=referral](https://www.hk01.com/article/924586?utm_source=01articlecopy&utm_medium=referral)

<sup>23</sup> 例如天文台於 2024 年 3 月 24 日錄得最高氣溫 31.5 度，打破了 1973 年 3 月 31 日的 30.1 度；2023 年 9 月 7 及 8 日遇上「五百年一遇」的暴雨，錄得 158.1 毫米的一小時雨量，是自 1884 年有記錄以來的最高紀錄，黑色暴雨警告亦生效了七小時，打破了 1999 年 8 月 23 日 5 小時 47 分鐘的紀錄。

<https://www.hko.gov.hk/tc/天氣隨筆/108240/9月7至8日的破紀錄暴雨>

<sup>24</sup> 衛生防護中心（2018）。氣候變化與健康。衛生署。  
<https://www.chp.gov.hk/tc/healthtopics/content/460/47430.html#>

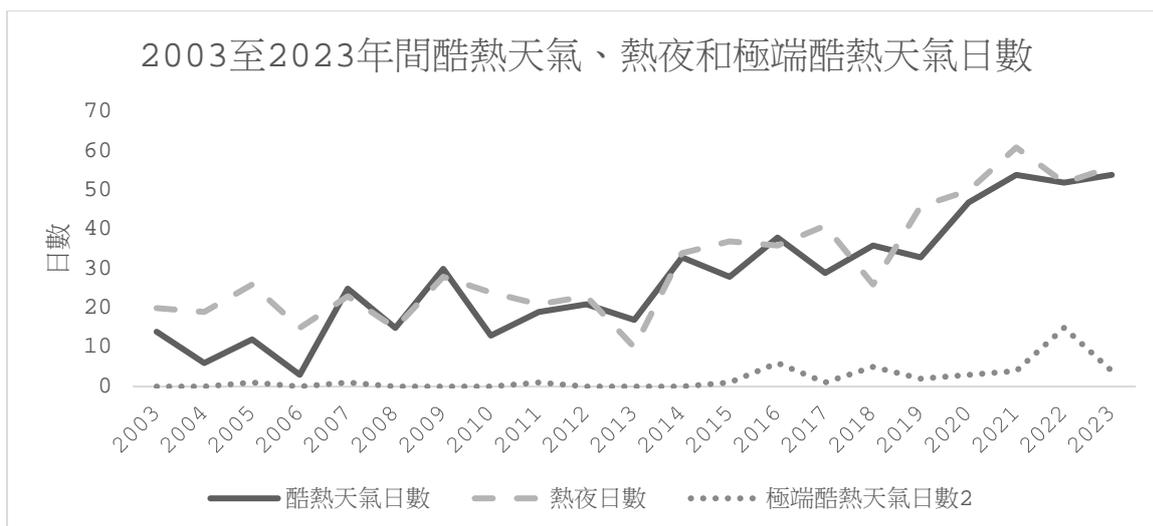


圖 4 2003 至 2023 年間酷熱天氣、熱夜及極端酷熱天氣日數

天氣越熱，一般人會用得越多冷氣設備，用電量便越高，排放出來的熱氣及溫室氣體隨之增加，形成氣候暖化的惡性循環。全球科學家已作出警告，所有人必須傾盡全力控制全球氣溫，不要讓它比工業革命前水平高出攝氏 1.5 至 2 度，以減緩暖化的負面影響。<sup>25</sup> 環保署亦隨即訂立目標，在 2050 年前實現碳中和，落實「淨零發電」、「節能綠建」、「綠色運輸」和「全民減廢」四大策略。<sup>26</sup>

影響著大眾健康的除了酷暑，還有空氣污染。不同年紀及健康狀況的人，對於空氣污染物的濃度、化學特性、接觸時間都有不同的反應，加上氣候、排放源頭與接觸者的距離這些因素，空氣污染物都對人類造成不同影響。因此，需要長時間在戶外工作或活動的人，空氣污染物對他們的影響一般較大。研究顯示，嚴重空氣污染與呼吸系統及心血管疾病入院及過早死亡有顯著關係，而且戶外空氣污染物也會增加大眾患癌風險<sup>27</sup>。以下是最常見的空氣污染物對健康的影響。

空氣污染物	對健康的影響
一氧化碳	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 降低紅血球的帶氧能力</li> <li>- 對健康的影響視乎接觸時間與濃度</li> <li>- 吸入低濃度一氧化碳時會感到頭痛、暈眩及疲倦；吸入高濃度一氧化碳時更會造成視力模糊、失去協調能力，甚至死亡</li> </ul>

<sup>25</sup> United Nations. (n.d.) The Paris Agreement. *Climate Action*. <https://www.un.org/en/climatechange/paris-agreement>

<sup>26</sup> 環保署 (2023 年)。《氣候行動—碳中和》。環境及生態局。 <https://cnsd.gov.hk/tc/climate-ready/>

<sup>27</sup> 衛生防護中心 (2020 年)。《空氣污染對健康的影響》。衛生署。 <https://www.chp.gov.hk/tc/healthtopics/content/460/3557.html#>

<b>二氧化氮</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 會刺激眼睛、鼻、咽喉及呼吸道的黏膜</li> <li>- 接觸低濃度的二氧化氮會令支氣管過敏，加劇哮喘病人對致敏原的反應</li> <li>- 令慢性呼吸系統病患者的病情加劇</li> <li>- 長時間接觸會減弱肺部功能，降低呼吸系統抵抗疾病的能力</li> </ul>
<b>臭氧</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 會刺激眼睛，引致呼吸系統的毛病</li> <li>- 增加呼吸系統受到感染的風險，令原有的呼吸系統疾病惡化</li> </ul>
<b>懸浮粒子</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 粒子越細，吸入後越能深入肺部</li> <li>- 心血管疾病和慢性呼吸疾病患者更易受影響</li> <li>- 已被國際癌症研究機構界定為人類致癌物（第 1 類）</li> </ul>
<b>二氧化硫</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 會刺激眼和鼻</li> <li>- 吸入後會引致氣管收縮</li> <li>- 對哮喘病患者及慢性呼吸系統病患者的影響更為明顯</li> </ul>
<b>鉛</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 進入人體後會損害神經系統及腎臟，妨礙身體製造血紅素</li> <li>- 過量會引致兒童學習障礙，認知功能受損</li> </ul>

表 4 最常見的空氣污染物與健康的關係。參考自衛生防護中心（2020 年）的《空氣污染對健康的影響》。

根據環保署 2022 年的香港空氣質素報告，自 1997 年以來，香港的整體空氣質素有顯著改善，因實施了多項減排措施，自 1999 年以來本港路邊及大氣中的主要空氣污染物包括可吸入懸浮粒子（RSP）、微細懸浮粒子（FSP）、二氧化氮（NO<sub>2</sub>）和二氧化硫（SO<sub>2</sub>）的濃度亦見穩步下降了 35%至 85%。<sup>28</sup> 然而，二氧化氮水平雖較 2011 年的最高水平下降了 48%，但仍超出香港空氣質素指標限值，同受到區域光化學煙霧問題影響的大氣臭氧（O<sub>3</sub>）仍在上升。

#### （四）醫療、社會福利設施及人手比例

正當社會面對種種健康威脅，醫療設施和人手則持續短缺，尤其近年發生社會運動和 2019 冠狀病毒病來襲以後，離職移民潮的出現及醫護人手需求的急升，令醫護人員應接不暇。

香港的醫療服務有公、私營之分。公營醫療服務由醫務衛生局以保障和促進市民健康為前題，負責制訂政策和分配資源，並確保政策的有效推行。轄下有負責公共衛生的衛生署，管有多間診所和健康中心，為香港市民提供資助醫護服務，同時監管《私

<sup>28</sup> 環境保護署（2023 年）。《2022 年香港空氣質素》。環境保護署。

營醫療機構條例》（第 633 章）下的持牌私營醫療機構及按《診療所條例》（第 343 章）註冊的診療所。公立醫院則由《醫院管理局條例》（第 113 章）所設立的醫院管理局（醫管局）提供，透過全港七個聯網向市民提供資助的醫療及康復服務。<sup>29</sup> 截至 2022 年，全港共有 43 間公營醫院和 13 間私家醫院，提供近 3 萬 6 千張病床，即每千人有約 4.3 張病床。<sup>30</sup> 而本港註冊醫生數目於 2013 至 2022 年間維持在每千名人口約有 2 個醫生，註冊護士數目則由 2013 年的每千名 6.4 名增至 2022 年的 8.9 名。綜合目前香港的醫護人手比例，仍較世界衛生組織（世衛）識別出的需要比例為高。按全球比較，世衛認為每千名人口最少要有 4.9 位醫護人員（醫生、護士及助產士）。<sup>31</sup>

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
註冊醫生數目	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
註冊護士數目	6.4	6.6	6.9	7.1	7.3	7.6	7.9	8.3	8.7	8.9
公、私營醫院病床數目	4.0	4.0	4.0	4.1	4.1	4.2	4.2	4.2	4.3	4.3

表 5 醫療衛生資源

可是，當我們深入看精神健康的醫護人手比例時，就會發現未能達致世衛標準。根據醫務委員會的 2022 年年報，截至 2022 年 12 月 31 日，香港只有 447 名註冊精神科醫生。<sup>32</sup> 政府統計處的數字顯示，2022 年年底人口有 7,333,200 人，<sup>33</sup> 亦即每萬名人口只有 0.61 位註冊精神科醫生，低於世衛每一萬人至少要有一名精神科醫生的標準。

<sup>34</sup> 當普羅大眾的精神健康挑戰來越大，精神科醫護人手不足實在是個值得關注的問題。

為減輕公營醫療負擔，政府開始推動以預防為重的健康政策，在各區設立地區康健中心，由不同非政府機構營運，以公私合營、醫社合作的跨專業模式為各區市民提供

<sup>29</sup> 香港特區政府（2023 年）。《香港醫療體制簡介》。  
<https://www.gov.hk/tc/residents/health/hosp/overview.htm>

<sup>30</sup> 政府統計處（2024 年）。《表 930-92083：按區域及機構類別劃分的設有病床的醫療機構》。  
[https://www.censtatd.gov.hk/tc/web\\_table.html?id=930-92083](https://www.censtatd.gov.hk/tc/web_table.html?id=930-92083)

<sup>31</sup> World Health Organization. (2024). WHO health workforce support and safeguards list.  
<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/who-health-workforce-support-and-safeguards-list#:~:text=WHO%20recommends%20refraining%20from%20active,from%20countries%20with%20workforce%20vulnerabilities.>

<sup>32</sup> The Medical Council of Hong Kong. (2023). *Annual Report 2022*.  
[https://www.mchk.org.hk/files/annual/files/2022/Annual\\_Report\\_2022\\_Eng.pdf](https://www.mchk.org.hk/files/annual/files/2022/Annual_Report_2022_Eng.pdf)

<sup>33</sup> 政府統計處（2023 年）。二零二二年年底人口數字。  
[https://www.censtatd.gov.hk/tc/press\\_release\\_detail.html?id=5199](https://www.censtatd.gov.hk/tc/press_release_detail.html?id=5199)

<sup>34</sup> Burvill P. W. (1992). Looking beyond the 1:10,000 ratio of psychiatrists to population. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26(2), 265–269.

社區復康服務、健康推廣和疾病預防及管查，務求成為基層醫療服務及資源的樞紐。

<sup>35</sup>核心團隊成員包括管理及行政人員、護士、物理治療師、職業治療師、營養師、藥劑師和社工。2019年，政府在葵青區設立首間地區康健中心，然後在深水埗、南區、荃灣、屯門、黃大仙及元朗設立另外6間地區康健中心。而在尚未設立地區康健中心的11個地區，則設立屬過渡性質的地區康健站，為市民提供基層醫療健康服務，再慢慢發展為當區的地區康健中心。

除了醫療設施及人手，社會福利的服務和人手亦關係著市民的整體福祉，在社區層面推動基層醫療健康政策。截至2024年，全港共有27,901名註冊社工，<sup>36</sup>但估計2023/24年度的在職社工人數只有19,234。<sup>37</sup>按社會福利署分類，社工分別在家庭及兒童福利服務、安老服務、醫務社會服務、康復服務、違法者服務、青少年福利服務和社區發展及支援服務工作，照顧各階層市民的需要。目前提供社會服務的模式包括社區中心、院舍設施和外展服務，可以在社區的不同層面接觸市民，透過提供社會福利資訊及資源作即時支援，紓緩有需要人士的身心壓力，同時從中推廣預防疾病和健康生活模式，讓服務兼具補救與預防的功能。

	服務單位數目	個案數目
<b>為戒毒康復者提供的服務</b>		
戒毒治療及康復中心/中途宿舍	12	209
濫用精神藥物者輔導中心	11	2,336
戒毒輔導服務中心	2	276
<b>家庭服務</b>		
輔導個案（綜合家庭服務中心）	41	22,842
	（社會福利署）	（社會福利署）
	24	14,611
	（受資助機構）	（受資助機構）
露宿者登記	不適用	1,441
日間幼兒中心	15	1,032
住宿幼兒中心	3	193
共享親職支援中心	5	1,007

<sup>35</sup> 醫務衛生局（2022）。地區康健中心的主要功能及特色。  
[https://www.dhc.gov.hk/tc/key\\_functions\\_and\\_features.html](https://www.dhc.gov.hk/tc/key_functions_and_features.html)

<sup>36</sup> 社會工作者註冊局（2024）。註冊社工統計數字。[https://www.swrb.org.hk/tc/statistic\\_rsw.asp](https://www.swrb.org.hk/tc/statistic_rsw.asp)

<sup>37</sup> 社會福利署（2023）。社會工作人力需求系統2022年報告書。  
[https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/96/tc/SWMRS\\_Annual\\_Report\\_2022\\_TC\\_Final.pdf](https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/96/tc/SWMRS_Annual_Report_2022_TC_Final.pdf)

<b>安老服務</b>		
護理安老院	120	14,000
護養院	6	1,491
合約院舍	40	2,947
長者活動中心	1	1,467
長者鄰舍中心	172	199,993
長者地區中心	41	87,782
長者日間護理中心	96	8,149
綜合家居照顧服務	61 (隊數)	26,901
		(普通及輕度缺損 個案數目)
		5,654
		(傷殘及體弱 個案數目)
長者支援服務隊	41 (隊數)	47,151
改善家居及社區照顧服務	31 (隊數)	12,766
<b>醫務社會工作服務</b>		
醫務社會服務部	36	207,370
<b>社區發展</b>		
社區中心	13	64,374
鄰舍層面社區發展計劃	17	258,721
		(參加活動人次)
<b>為青少年提供的服務</b>		
兒童中心	5	9,570
青年中心	4	2,631
青少年中心	13	19,033
綜合青少年服務中心	139	332,805
學校社會工作服務	462	33,832
<b>康復服務</b>		
幼稚園暨幼兒中心兼收計劃	330	1,924
特殊幼兒中心	47	2,198
早期教育及訓練中心	59	4,179
到校學前康復服務	60	9,949
住宿特殊幼兒中心	6	107

兒童之家（輕度弱智兒童）	30	126
精神綜合社區中心	24	33,227
中途宿舍	37	1,487
長期護理院	7	1,571
嚴重殘疾人士護理院	24	1,120
中度弱智人士宿舍	50	2,782
嚴重弱智人士宿舍	71	4,044
嚴重肢體傷殘人士宿舍	16	702
輔助宿舍	33	819
殘疾人士地區支援中心	21	7,079
盲人護理安老院	11	721
為視覺受損人士而設的傳達及資訊服務	1	43,061
聽覺受損人士綜合服務中心	2	912
殘疾人士社交及康樂中心	16	26,337
嚴重殘疾人士家居照顧服務	6	4,769
嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務	2	1,189

表 6 社會福利署 2022-23 年度社會服務單位統計

然而，即使已有不同單位提供服務，輪候服務的個案依然不少。根據社會福利署的統計，2022-23 年度仍有 14,040 人正在輪候護理安老院服務，逾 5 千人輪候中度及嚴重智障人士宿舍。

服務類別		輪候服務個案數目
<b>安老服務</b>	護理安老院	14,040
	護養院	2,796
<b>康復服務</b>	早期教育及訓練中心	1,197
	幼稚園暨幼兒中心兼收計劃	482
	特殊幼兒中心	1,191
	到校學前康復服務	3,079
	住宿特殊幼兒中心	46
	兒童之家（輕度弱智兒童）	108
	中途宿舍	517
	長期護理院	2,450
	嚴重弱智人士宿舍	2,417
	中度弱智人士宿舍	2,798

嚴重肢體傷殘人士宿舍	329
嚴重殘疾人士護理院	438
盲人護理安老院	31

表 7 社會福利署 2022-23 年度社會服務輪候個案數目

在服務供不應求的情況下，市民的身心福祉亦會受到不同程度的威脅。

## (五) 健康相關的醫療及社會福利政策

為建設健康社會，政府不斷推出和改善醫療及社會福利政策，讓市民活得健康、有尊嚴。2008 年，香港政府已啟動改革醫療體系的討論，希望加強以預防為重的基層醫療政策，因而公佈「掌握健康 掌握人生」的諮詢文件。及後在 2010 至 2012 年間，醫務衛生局推出了「香港的基層醫療發展策略文件」和《基層醫療指南》，為改善基層醫療服務提出主要策略和方案。衛生署亦於 2010 年設立了當時的基層醫療統籌處，加強推行該策略。2017 年，政府成立了基層醫療健康發展督導委員會，為基層醫療健康服務的可持續發展制訂藍圖。然後在 2019 年，成立基層醫療健康辦事處，與基層醫療統籌處合併，監察及督導基層醫療健康服務的發展，並在同年於葵青區成立了首間地區康健中心。在往後的數年間，全港 18 區都設有地區康健中心或康健站，向市民大眾推廣健康，提高大家對疾病的預防意識。2023 年末，醫務衛生局進一步推出慢性疾病共同治理先導計劃，資助 45 歲或以上、未曾患有糖尿病或高血壓的香港居民，透過地區康健中心或康健站登記參加計劃，進行糖尿病及高血壓的篩查，度身訂造健康管理方案，控制慢性疾病風險因素，及早預防慢性疾病。政府在 2024 年 7 月成立了基層醫療署，專責管理與基層醫療相關的服務供應、標準制定、質素保證和人員培訓，並透過策略採購統籌處，以策略採購方式規劃基層醫療健康服務及分配資源，從而加強整體基層醫療服務。

政府於 2023 年施政報告<sup>38</sup>中指出，會成立「香港藥物及醫療器械監督管理中心」籌備辦公室，以加快新藥和醫療器械的註冊申請審批和臨床應用，並提升原有的「醫健通」至「醫健通+」，統一存放電子病歷，以便市民隨時翻查和攜帶電子病歷，並預約服務。有見醫護人手的莫大需求，政府亦會更新牙醫及護士註冊制度，引入合資格的非本地培訓的牙醫及護士。另外，中醫藥亦獲得推動發展，政府會建構「數碼化中藥平台」，並制訂全面的《中醫藥發展藍圖》。

面對人口少子化的挑戰，政府透過推出有利生育的政策來鼓勵市民生育，例如一筆過 2 萬元的新生嬰兒獎勵金、居屋和公屋的優先安排，以及提高住屋相關的稅務優惠，更會增加公營輔助生育服務名額和相關稅務優惠。除了生育，政府亦推出政策支援幼

<sup>38</sup> 香港特區政府（2023 年）。《行政長官 2023 年施政報告》。  
[https://www.policyaddress.gov.hk/2023/public/pdf/policy/policy-full\\_tc.pdf](https://www.policyaddress.gov.hk/2023/public/pdf/policy/policy-full_tc.pdf)

兒的成長，以減輕父母的照顧壓力，並釋放家庭勞動力，包括增加在職家庭津貼、推展學前兒童課餘託管服務、加強「社區保姆」服務。

在面對少子化的同時，社會亦正面對高齡化的挑戰。政府實施政策從外地輸入護理員，以補足院舍相關人手，提升院舍服務，並將「長者社區照顧服務券試驗計劃」恆常化，將其推展至護養院宿位，讓更多合資格長者不用輪候就可入住參與院舍。同時，政府亦重視樂齡科技的發展與應用，會於 2024-25 年度向「樂齡及康復創科應用基金」額外注資，讓合資格的安老和康復單位購置、租借和試用科技產品，提升長者和殘疾人士的生活質素，減輕照顧者的壓力。

而在康復服務方面，殘疾人士都難逃高齡化問題。因此，政府亦會增加院舍護理人員的人手，以及增加展能中心延展照顧計劃及職業康復延展計劃的服務名額，讓較年長或身體健康轉差的殘疾人士都得到照顧。另外，政府亦增加康復諮詢委員會殘疾人士和照顧者的代表，以掌握他們的需要。

另外，一個人的健康亦靠賴照顧者無私的照料。因此，政府亦推出政策加強對照顧者的支援，包括動用「關愛隊」、擴展暫託服務網絡、加強朋輩支援網絡和利用科技改善有需要人士及其照顧者的生活質素，減輕照顧者的壓力。

## 二、香港醫療體系的概況

萬恩彤、方玉輝

### (一) 引言

香港醫療制度的優勢與國際評價

香港擁有高水平的醫療專業團隊和高效率的醫療體系，多項健康指標均處於世界前列。例如，本港居民的平均預期壽命位居全球最高之列（2023 年男性 82.5 歲、女性 88.1 歲），嬰兒死亡率僅約 1.6%；這些數據反映出香港人口的健康狀況極為優良。值得注意的是，以上成就是在相對適中的財政投入下取得的：2022/23 年度政府公共醫療經常開支僅約相當於本地生產總值的 4.1%，明顯低於經濟發達地區的平均水平 **Error! Bookmark not defined.**。儘管開支佔比不高，香港的醫療體系依然能提供全面覆蓋並維持國際一流的醫療質量，在 2020 年彭博醫療效能指數中，香港的醫療體系綜合表現更名列全球第二，充分體現了其成本效益與卓越成效。<sup>39</sup>

公私雙軌結構簡介與本章探討動機

<sup>39</sup> 立法會衛生事務委員會 提升公營醫療服務的最新進展

<https://www.legco.gov.hk/yr2025/chinese/panels/hs/papers/hs20250711cb3-1078-5-c.pdf.pdf>

香港的醫療服務採用公私並行的**雙軌模式**，由公營和私營兩個體系共同提供醫療保障。公營醫療一直是香港醫療體系的基石和安全網，由政府提供近 98%的高額資助以確保市民能以可負擔的費用獲得基本醫療服務<sup>40</sup>。醫管局轄下的公立醫院和診所承擔了全港將近九成的住院治療及專科醫療服務，負責大部分重大疾病治療和住院照護。相對而言，私營醫療部門包括私家醫院、診所和個人執業醫生，為有能力自費或擁有醫療保險的市民提供更個人化和即時的服務，在基層醫療及非緊急專科診療方面扮演重要角色，統計顯示全港約七成的門診診症由私營醫生提供<sup>41</sup>。政府近年來也強調公私協作的原則，透過鼓勵私家醫療市場發展等政策紓緩公營部門的壓力，為市民提供更多元的診療選擇<sup>42</sup>。即使如此，龐大的醫療需求仍導致公營系統長期處於高負荷狀態：僅在 2022/23 年度，公立專科門診服務量便超過 800 萬人次，基層醫療診症達到 531 萬人次，反映出公共醫療服務使用率之高。

## 本章研究重點與內容結構預覽

整體而言，香港這套公私並行的醫療制度具有明顯的優勢與挑戰並存。一方面，公營醫療的全民可及性和政府高額補貼確保了醫療服務的公平性與普及性，讓全體市民都能獲得所需的基本醫療照護；同時體系在有限資源下仍創造了卓越的健康成果，例如超乎國際水平的平均壽命等指標。私營醫療的存在則為市民提供了多元選擇和先進服務，在一定程度上分擔了公營系統的壓力。另一方面，雙軌體系也面臨諸多結構性壓力：公立醫院長期人滿為患、輪候時間過長，人口老齡化和慢性病高發病率使公共醫療需求節節上升，資源壓力日益沉重。然而，公私資源分配的不均衡以及醫護人力短缺等問題，均對體系的可持續發展構成挑戰。本章接下來將圍繞上述主題展開，介紹香港醫療體系的架構及運作概況，分析其現行表現與挑戰，並為之後的章節探討相關政策與未來改革方向，為全面了解香港醫療體系的現狀與前景奠定基礎。

## (二) 制度沿革與組織架構演變

### 醫療政策演進基礎

---

<sup>40</sup> 香港政府新聞公報 醫務衛生局回應消費者委員會就醫療價格透明度的建議

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202503/06/P2025030600422.htm?fontSize=1>

<sup>41</sup> The Foundation for Research on Equal Opportunity

<https://freopp.org/hong-kong-12-in-the-2022-world-index-of-healthcare-innovation>

<sup>42</sup> 醫務衛生局 私家醫院發展

[https://www.healthbureau.gov.hk/cn/our\\_work/health/sth3.html](https://www.healthbureau.gov.hk/cn/our_work/health/sth3.html)

香港醫療體系的架構在殖民地時期至 1990 年代經歷了重要的演變。早期的醫療服務主要由華人慈善機構提供（如 1872 年成立的東華醫院是首間華人慈善醫院），至 20 世紀中期政府成為公共醫療服務的主要提供者<sup>43</sup>。殖民地政府透過政策文件確立了「人人可得」的醫療保障目標：1964 年的《香港醫療服務發展》白皮書提出政府應向無法從其他途徑獲得醫療服務的市民提供低廉或免費的醫療服務，1974 年的《香港醫療衛生服務的進一步發展》白皮書則強調保障和促進公眾健康，並確保為有需要的市民提供醫療服務。然而，隨着社會發展和醫療需求增加，舊有體制在資源調配和服務效能方面出現壓力。政府於 1980 年代開始檢討公立醫院管理模式：1985 年的顧問報告《醫院提供的醫療服務》建議建立一個由獨立於政府架構管理的醫院制度、引入部分成本分擔措施，並著手研究設立「醫院管理局」以脫離公務員體系來統籌公營醫療服務。

### 醫療服務統一管理的開端

這些改革建議導致了醫療體制的大規模重組。1989 年 4 月 1 日，政府將原本統管醫療衛生的「醫務衛生署」一分為二：成立衛生署（負責公共衛生和基層醫療）及臨時的醫院事務署（專責管理公立醫院），為新架構鋪路<sup>44</sup>。其後，《醫院管理局條例》（香港法例第 113 章）於 1990 年獲立法通過，設立醫院管理局（醫管局）為獨立法定機構<sup>45</sup>。醫管局於 1990 年 12 月 1 日正式成立，並於 1991 年 12 月全面接管了當時政府醫院事務署轄下的所有公立醫院及政府資助的慈善醫院，統一管理香港的公立醫院。作為香港公營醫療體系的核心支柱，醫管局負責執行政府醫療政策、管理公共醫院服務、培訓醫護人員及進行醫療研究等職能，並透過政府撥款（輔以部分服務收費）營運。醫管局成立後引入了更靈活集中的人事財務制度（非公務員編制），將原本分散於政府部門和慈善機構的醫院服務納入單一架構，有效提升了公立醫院服務的統籌協調效能。在醫管局統一管理下，資源分配得以按地區和服務需求重新整合（例如自 1993 年起推行「醫院聯網」模式整合區域醫療資源），行政效率相對以往有所提高<sup>43</sup>。

---

<sup>43</sup> 中國評論學術出版社 香港醫療衛生制度變遷及其啟示

<https://hk.crntt.com/crn-webapp/cbspub/secDetail.jsp?bookid=31962&secid=32004#>

<sup>44</sup> 醫院管理局歷史

<https://zh.wikipedia.org/zh-tw/%E9%86%AB%E9%99%A2%E7%AE%A1%E7%90%86%E5%B1%80>

<sup>45</sup> 《醫院管理局條例》

<https://www.elegislation.gov.hk/hk/cap113!zh-Hant-HK>

研究指出，醫管局成立後香港醫療服務的質量和效率在某些方面穩步改善，市民滿意度亦維持較高水平。然而，舊體制的問題並非一朝解決醫管局接管初期曾出現員工編制及退休福利等爭議，而急症室收費等公共醫療收費問題亦引起討論。總體而言，公立醫院管理從政府直轄轉為法定機構主導，使體制在資源運用和服務提供上更具彈性，但同時亦開始面對擴張後的新挑戰。

### 公共衛生系統的現代化

醫管局成立後，原有的衛生署職能定位也隨之調整強化。衛生署在 1989 年重組後定位為政府的衛生事務顧問和公共衛生執行部門，專責提供基層醫療與預防保健服務，並履行各項監管職能，例如傳染病防控、藥物和醫療專業規管等<sup>46</sup>。特別是 2003 年「沙士」（SARS）疫情暴發後，政府深刻認識到公共衛生體系改革的必要。在 2004 年，香港醫療體制進一步重組：政策制定與資源統籌職能集中由決策局（當時的衛生福利及食物局，現為醫務衛生局）掌握；衛生署則重新聚焦於三大領域，包括為政府提供衛生政策意見、直接提供社區層面的基層醫療和預防保健服務，以及承擔公共衛生與醫療行業的監管職責<sup>47</sup>。同年 6 月，政府在衛生署架構下成立了衛生防護中心（CHP），授予該中心必要的法定權責，專責統籌香港傳染病及非傳染病的預防與控制工作。衛生防護中心由衛生署轄下總監領導，下設傳染病監測及流行病學處、公共衛生化驗服務處、感染控制處等六個核心分處，透過跨部門協作來強化本港對各類新發和現有傳染病的監測應對能力。這一改革是香港公共衛生體制的重要里程碑，不但回應了沙士事件揭露的防疫漏洞，也使衛生署的定位更明確：衛生署日後專注於公共衛生政策執行、基層醫療服務和專業監管，與醫管局所提供的醫院服務形成分工協作的局面。

### 現行醫療體制的轉型成果與壓力

經過上述演變，香港現行的醫療體系架構已較殖民時期更趨完善，但同時亦面臨新的挑戰和要求。一方面，醫管局的統一管理確實在一定程度上改善了舊有體制的資源重疊和效率不彰問題，公共醫療服務的質素提升有目共睹；衛生署和衛生防護中心的組織重整也增強了本港對社區健康推廣及疫症防控的能力，在回歸後歷經多次公共

---

<sup>46</sup> 醫務衛生局 加強基層醫療服務管理

<https://www.primaryhealthcare.gov.hk/bp/tc/supplementary-documents/strengthen-governance/>

<sup>47</sup> 衛生署 香港便覽

[https://www.gov.hk/tc/about/abouthk/factsheets/docs/health\\_department.pdf](https://www.gov.hk/tc/about/abouthk/factsheets/docs/health_department.pdf)

衛生危機（如禽流感、2003 年沙士及 2019 新冠狀病毒疫情）中發揮了關鍵作用。然而，現行制度下亦產生了一些新問題：人口老化令醫療服務需求不斷上升，公立醫療體系長期承受沉重的服務壓力和財政負擔；醫護人手短缺、公私營醫療發展失衡等問題日益突出<sup>44</sup>。由於公營醫療採取高度資助模式，缺乏經濟誘因去促進資源節約，仍存在醫療資源運用效率有待提高的空間。整體而言，1990 年代以來的制度革新為香港建立了政策、執行、監管分工明確的醫療架構，新體制在提升服務質素和應對公共衛生事件方面取得進步，同時也需要持續面對醫療融資、人才培訓和長期規劃等方面的新挑戰，以確保香港醫療體系的可持續發展。

### （三） 香港醫療體系的基本構造

香港採用公私營並行的雙軌醫療制度，公營與私營兩部分共同提供從基層到專科、住院等不同層面的醫療服務。公營醫療體系由政府大幅資助，確保市民不會因經濟原因而得不到醫療照顧；私營醫療服務則為有能力負擔的市民提供更多元的選擇。兩者在職能上互補：私家醫生提供約七成的門診服務，而公立醫院承擔超過九成的住院服務（以病床日計）。

香港醫療體系的運行依賴於兩大核心機構的協作與分工

首先，醫管局<sup>48</sup>是一個獨立的法定機構，根據《醫院管理局條例》於 1990 年成立，負責管理全港 43 家公立醫院及相關醫療機構。醫管局通過覆蓋全港的七個醫院聯網整合轄下多間醫院、日間醫院、專科診所、普通科門診診所、中醫服務及社區外展服務，為市民提供高質素的資助醫療和復康服務下設有多個委員會，例如審計委員會、人力資源委員會、資訊科技諮詢委員會和醫療服務發展委員會，以推動服務模式的轉變。

其次，衛生署（Department of Health, DH）是政府在醫療體系中的主要執行機構，負責公共衛生事務、法例監管及醫療機構註冊，並就衛生政策向政府提供專業意見。其服務範圍涵蓋疾病預防、健康推廣及基層層面的預防性護理，包括疫苗接種、傳染病防控、健康教育，以及透過長者健康中心、母嬰健康院等設施，為特定社群提供基本健康服務。

---

<sup>48</sup> 香港政府一站通 香港醫療體制簡介

<https://www.gov.hk/tc/residents/health/hosp/overview.htm>

為應對人口老齡化及慢性疾病負擔上升，香港政府近年逐步推動基層醫療體制重整，並成立基層醫療署（Primary Healthcare Commission），作為統籌及規劃基層醫療政策的專責機構。該署負責制訂基層醫療發展方向、協調不同服務提供者，並推動以社區為本、以預防為導向的醫療模式。其中，地區康健中心（District Health Centre, DHC）成為基層醫療改革的重要支柱，主要為市民提供健康評估、慢病管理、健康教育及轉介服務，從而強化家庭醫生制度及社區層面的連續照護。在此架構下，政府亦逐步將部分以治療為主的基層門診及相關服務，由衛生署轉移至基層醫療署統籌之下，藉此明確區分公共衛生與預防職能（由衛生署負責）與基層醫療服務整合及協調職能（由基層醫療署負責）。此一制度轉型旨在減少服務重疊、改善資源配置，並透過加強社區層面的把關功能，紓緩公營專科及急症服務的長期壓力。

#### 醫院管理局的聯網架構與區域分佈

全港公立醫院系統按照地理劃分為七個醫院聯網，每個聯網涵蓋若干行政區，以服務區內約百萬人口為目標進行資源配置。有關聯網包含港島東、港島西、九龍東、九龍中、九龍西、新界東及新界西，各聯網內的醫院和診所協調合作，確保病人在所在區域能獲得連貫的治療和護理服務。目前醫管局管理着 43 間公立醫院和醫療機構、73 間普通科門診診所及 49 間專科門診診所，透過上述聯網體系為全港市民提供統一和高效的公營醫療服務。

#### 私營醫療系統的概況

香港私營醫療領域涵蓋多間私家醫院，以及由個人或醫療集團經營的專科及普通科診所。私營機構通常採用自費的收費模式（病人直接付款或透過醫療保險支付），收費相對公營為高，但提供更個人化、即時的服務選擇。為保障私營醫療服務質素，政府近年實施了《私營醫療機構條例》（第 633 章），對私家醫院、日間醫療中心和診所等私營醫療機構實行發牌制度，加強監管其服務水準。衛生署透過私營醫療機構規管辦公室按該條例及《診療所條例》（第 343 章）對所有持牌私營醫療機構進行註冊、巡查和執法，並調查醫療事故及處理投訴，確保私營醫院和診所遵守相關法例與實務守則。此外，所有在本港執業的醫生均須向法定機構香港醫務委員會註冊，由其監管專業操守，以維持醫療專業水準。

總括而言，香港醫療體系中公私兩部分各有側重：公營體系肩負大部分住院及專科服務，私營界別提供主要的基層門診服務，雙方協調滿足市民的醫療需求。一般情況下，市民的就醫流程從基層醫療開始（例如先向家庭醫生或醫管局普通科門診求診），如有需要再由醫生轉介接受專科診療，嚴重或複雜的病症則安排入院治療，形

成「基層→專科→住院」的醫療服務銜接模式。這種公私並行的架構確保了市民可按需要於適切的體系獲得治療，同時體現香港醫療體系的組織分工和運作模式。

#### (四) 基層與專科醫療的服務結構與困境

##### 公營家庭醫學門診支撐基層但資源緊絀

目前，香港的公營基層醫療主要由醫管局的家庭醫學門診診所提供服務。家庭醫學門診每年提供超過五百萬人次的門診服務（2021年約630萬人次），對象以長者、低收入人士和長期病患者為主，同時亦服務症狀較輕的偶發疾病個案<sup>49</sup>。該等診所每次診症收費50元（將於2026年1月1日起升至150元）且提供基本化驗、藥物等配套，肩負着公共基層醫療安全網的功能。家庭醫學門診在慢性病管理方面扮演重要角色，為大批病情穩定的高血壓、糖尿病等長期病患者提供定期覆診和健康教育支援。然而，整體而言，大部分市民的基層醫療需求仍由私營基層醫生滿足，每年私家醫生門診診次約達2,000萬人次，公營基層所佔比重相對有限。公營基層服務長期供不應求，預約名額經常爆滿，也限制了其在分流病人方面的作用。

##### 地區康健中心逐步拓展社區健康網絡

為加強社區層面的基層保健，政府近年推行「地區康健中心」（DHC）計劃。在2019年於葵青區設立首間康健中心後，政府逐步在全港十八區推展該模式<sup>50</sup>。截至2022年底，各區已設立由政府資助、非政府機構營運的康健中心或過渡性質的地區康健站，實現了「十八區全覆蓋」的初步目標<sup>51</sup>。地區康健中心以社區為本、預防為重，提供健康促進、健康風險評估、疾病預防篩查、慢性疾病管理支援以及社區復康等服務。透過與地區醫生、醫療專業團隊協作，康健中心著重加強市民的健康意識和自我管理能力，並在慢性病管理中擔當協調者和個案經理的角色。雖然新冠疫情一度影響中心發展，但隨著社會復常，各區康健中心會員人數近年大幅增加；例如2019/20年度新登記會員約2,900人，至2022/23年度已激增至約8.9萬人。截至2023年底，十八區康健中心累計會員人數約20.56萬。初步數據反映，地區康健中心網絡正逐漸建

---

<sup>49</sup> 立法會二題：普通科門診服務

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202402/28/P2024022800456.htm>

<sup>50</sup> 立法會衛生事務委員會 成立基層醫療署及基層醫療發展

<https://www.legco.gov.hk/yr2024/chinese/panels/hs/papers/hs20240510cb4-547-5-c.pdf>

<sup>51</sup> 立法會十一題：地區康健中心及地區康健站

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202403/27/P2024032700577.htm>

立，預期長遠可在社區層面強化對慢性病患者的支援，減低市民對醫院專科服務的過度依賴。

#### 專科門診需求激增致輪候嚴重延誤

公立醫院的專科門診服務屬第二層醫療，主要處理經轉介的較複雜或嚴重個案，包括內科、眼科、骨科等八大專科<sup>52</sup>。近年人口老化和慢性病增多使專科門診需求不斷上升。醫管局轄下專科門診診所每年就診人次已達約 800 萬，當中每年新增轉介個案約 90 萬宗。在醫護人手短缺下，公營專科服務出現沉重壓力，輪候時間長的問題日益嚴峻。以眼科和骨科為例，非緊急新症需等待約 3 至 4 年方能首次就診；過去資料亦顯示眼科及內科的新症輪候時間分別可高達 173 星期和 142 星期。長期的輪候不單影響患者及早診治，亦反映公立專科資源供不應求的現況。專科門診超負荷運作同時造成覆診積壓，一些病情穩定的慢性病患者無法及時轉回基層跟進，進一步加劇專科服務的負擔。

#### 基層服務錯配導致急症與專科資源緊張

上述困境的背後是香港醫療體系中「醫療錯配」現象：基層醫療發展不足，未能有效扮演分流和把關角色，導致大量患者傾向直接湧向急症室或專科門診求醫。統計顯示，全港公立醫院急症室每年約有近 200 萬人次求診，而當中超過一半屬非緊急或次緊急個案。許多市民因家庭醫學（普通科）門診名額有限或不諳私家基層醫生的選擇，而把急症室當作一般門診使用，使得超過五成急症室資源用於處理非危急病人<sup>53</sup>。這不但影響真正危重病病人的服務質素，亦顯示出市民對基層醫療的信心和可及性不足。另一方面，專科門診的高需求中，有相當部分其實是病情相對穩定或輕微的個案，如果基層醫療體系完善，本可在社區層面獲得較快處理和長期跟進。醫務衛生局指出，基層與第二、第三層醫療服務長期嚴重失衡，缺乏有效的雙向轉介機制，令大批本可於基層跟進的穩定病人滯留在專科系統。這種結構性的「上熱下冷」（重醫院治療、輕基層預防）是導致公營醫療壓力難以緩解的核心原因。

---

<sup>52</sup> 立法會十四題：縮短專科門診服務輪候時間

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202305/31/P2023053100531.htm>

<sup>53</sup> 急症室逾半病人屬次緊急非緊急 醫管局稱合適時候檢視收費

<https://news.rthk.hk/rthk/ch/component/k2/1796519-20250320.htm>

## 政策回應與藍圖推動下的基層醫療轉型

為破解基層薄弱與醫療錯配的困局，政府自 2018 年以來推出了一系列政策措施加強基層醫療力量。2017 年政府成立高層次督導委員會制定基層醫療發展藍圖，並於 2019 年 3 月設立基層醫療健康辦事處，在政策局層面專責統籌地區康健中心等基層項目 50。首間地區康健中心於 2019 年在葵青投入服務後，政府按計劃推展餘下各區的中心設立。經過數年準備，政府在 2022 年 12 月正式發布《基層醫療健康藍圖》，明確將醫療體系重心從以醫院治療為主轉向以預防為本、社區和家庭為中心的基層醫療體制。藍圖提出通過加強地區康健中心作樞紐、建立「一人一家庭醫生」制度、推行協定的雙向轉介機制等舉措，提升基層醫療承載能力，促進公私營協作，讓穩定的長期病患者可及時在社區獲得持續護理。為落實藍圖，政府在 2024 年將原本的基層醫療健康辦事處升格為獨立部門「基層醫療署」（藍圖原建議成立「基層醫療健康管理局」），以統一管理基層醫療服務資源、制定服務標準和監察質素。同時，醫管局近年也採取多管齊下的措施支援分流，例如強化家庭醫學專科診所與專科醫生的協作，並透過「普通科門診公私營協作計劃」引入「共同醫治模式」，將部分專科跟進個案轉介社區私家醫生治理。該模式自 2021 年底起在內科、骨科、精神科試行，截至 2023 年 4 月已有超過 1,500 名專科門診病人受邀轉由私營基層醫生跟進治理<sup>52</sup>。此外，政府亦推行長者醫療券等措施鼓勵市民使用私營基層醫療服務。2023 年 11 月起當局開展「慢性疾病共同治理先導計劃」，透過共同分擔費用機制，將部分有經濟能力的慢性病人轉介予私營家庭醫生長期管理，同時將公營普通科門診資源更集中於經濟有困難的群組<sup>49</sup>。上述策略初步顯現一定成效：地區康健中心網絡逐漸成形，公私營協作計劃下部分專科病人獲較早處理。然而，基層醫療的強化對紓緩專科輪候壓力的作用尚需時間觀察。未來仍有賴持續投入資源和政策支持，落實「預防為先、分級診療」的理念，方能從根本上改善香港醫療體系的結構性失衡問題。

### （五）醫療資源與人力狀況

整體醫護人手增長緩慢，護士供應略有改善

香港整體醫護人手增長緩慢，護士供應略有改善。截至 2023 年底，本港註冊醫生約 16,180 人（每千人口約 2.1 人）、註冊及登記護士約 68,752 人（每千人口約 9.1 人）；藥劑師約 3,317 人，其他專職醫療人員（如物理治療師、職業治療師、醫務化驗師等）也有數千人<sup>54</sup>。政府統計顯示，2020 至 2023 年間，每千人口醫生數字基本維持 2.1 左右，護士數由 2020 年的 8.3 人增至 2023 年的 9.1 人，反映護士供應有所

<sup>54</sup> 第十九章：醫務衛生 - 香港年報 2023

<https://www.yearbook.gov.hk/2023/tc/pdf/C19.pdf>

增加。面對人口老化和服務需求增長，醫管局近年亦持續擴充人手；2023/24 年度公立醫院全職醫生人數升至 7,350 人<sup>55</sup>，較上年度增加 305 人，創近年升幅新高；但公立醫院護理人員則已連續兩年減少，2023/24 年度共 28,865 人，較前一年減少 734 人。

**表 5.1：香港主要醫療專業人員數目及人口比例 (2023)**

醫療專業人員	總人數 (2023)	每千人口比例	趨勢分析
註冊醫生	16,180	2.1	增長緩慢，遠低於國際標準
護士 (註冊及登記)	68,752	9.1	供應略有改善，但公院流失率高
藥劑師	3,317	0.45	維持穩定

(數據來源：整理自香港年報 2023 及衛生署醫療人力統計)

公私醫療人手分布失衡，公院流失壓力沉重

除了總量不足，更嚴峻的問題在於「人手與服務量的錯配」。根據衛生署最新的醫療衛生服務人力統計，全港醫生在公私營機構的分佈呈現嚴重失衡：

- **公營系統 (醫管局 + 衛生署)**：合計僅聘用約 **41.7%** 的註冊醫生<sup>56</sup>。
- **私營界別**：吸納了逾 **58%** 的醫生人手。

然而，公營系統卻承擔了全港超過 **90%** 的住院服務需求。這種「四成醫生照顧九成病人」的局面，直接導致公立醫院醫生長期超負荷工作，進而推高了流失率。2023/24 年度，公立醫院全職醫生流失率約為 **6.1%**，護理人員則高達 **9.5%**<sup>57</sup>。雖然較高峰期有所回落，但近三年累計流失逾千名醫生及六千名護士，經驗人才的斷層已成為公營服務質素的最大隱憂。

國際比較：醫生比例顯著偏低

就人口比例而言，香港醫護人手相對其他先進經濟體屬偏低水平。2023 年本港每千人約有 2.1 名醫生，遠低於新加坡 (約 2.8)、日本 (2.7) 和韓國 (2.6) 等鄰近地

<sup>55</sup> 第十九章：醫務衛生 - 香港年報 2024

<https://www.yearbook.gov.hk/2024/tc/pdf/C19.pdf>

<sup>56</sup> 2023 年有關醫生的醫療衛生服務人力統計調查

[https://www.dh.gov.hk/textonly/tc\\_chi/statistics/statistics\\_hms/keyfinding\\_dr23.html](https://www.dh.gov.hk/textonly/tc_chi/statistics/statistics_hms/keyfinding_dr23.html)

<sup>57</sup> 醫管局統計年報

<https://www3.ha.org.hk/data/HAStatistics/DownloadReport/5?isPreview=False>

區；護士每千人約 9.1 名<sup>58</sup>，加總醫生及護士合計約 11.2 人，仍高於世界衛生組織建議之每千人 4.9 名基本醫護需求水平，但人力結構嚴重傾斜。世界衛生組織曾指出，發達地區平均每千人口應有 4.9 名醫生及護士（包括助產士）才能維持基本服務，香港總體尚高於此標準，但醫生供應明顯不足，拖累整體服務能力。

### 醫學與護理教育制度

醫學教育與專業註冊方面，香港現有兩所醫學院：香港大學(港大)及香港中文大學(中大)的內外全科醫學士課程。政府近年大幅增加醫科學額，由 2008/09 學年的每年 250 名增至 2022/23 學年的 590 名；港大與中大於 2023 年共收生 614 人。施政報告指，2025/26 學年起醫學院學額將再增至每年 650 名<sup>59</sup>，並研究籌建第三所醫學院以培育更多醫生。政府於 2025 年 11 月 18 日宣布由香港科技大學成立第三所醫學院，並計畫在 2028 年開始收生。香港醫務委員會負責醫生專業註冊與執業試，非本地培訓醫生通過執業資格試後可申請在港執業，2023 年共有 77 名非本地醫科畢業生通過該試。根據《醫生註冊條例》修訂，政府於 2021 年引入特別註冊制度，截至 2023 年 6 月共有 100 項獲認可的非本地醫學資格，並積極在內地及海外招聘這些醫生<sup>60</sup>。香港醫學專科學院（HKAM）為法定機構，下轄 15 所分科學院，負責醫生的專科培訓與考核；2023/24 年度醫管局聘約 440 名醫生接受專科培訓，約 300 人獲頒發專科資格。對於護士，香港護士管理局（NCHK）於 1999 年成立，根據《護士註冊條例》（第 164 章）行使法定註冊及監管職能，負責護士註冊、認可護理培訓課程、舉辦護士執業試及行使紀律處分權等。本地護士教育由高等院校和護理專科學院等提供，學生完成培訓並通過執業試後即可在本港執業。

### 政府雙軌補人策略：擴招生源與引進外地人才

政府為增加醫療人力供應實施多項政策：一方面透過法律修訂及計劃引入非本地醫療人才，已於 2021 年通過修訂《醫生註冊條例》，設立特別註冊制度。醫管局與衛生署自 2022 年起積極招攬通過資格試的非本地醫生，截至 2025 年 8 月底已有 330 名

---

<sup>58</sup> 醫務衛生局 醫療衛生資源

[https://www.healthbureau.gov.hk/statistics/cn/health\\_statistics.htm#:~:text=2024%202023%202022%202021%202020,5](https://www.healthbureau.gov.hk/statistics/cn/health_statistics.htm#:~:text=2024%202023%202022%202021%202020,5)

<sup>59</sup> 政府新聞網 增學額建新醫學院培育更多醫生

[https://www.news.gov.hk/chi/2024/10/20241017/20241017\\_182658\\_946.html](https://www.news.gov.hk/chi/2024/10/20241017/20241017_182658_946.html)

<sup>60</sup> 立法會三題：非本地培訓醫生及醫科畢業生

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202404/24/P2024042400447.htm>

非本地培訓醫生在醫管局執業或交流<sup>61</sup>；同期亦推動非本地護士引入計劃，截至同日已有 324 名非本地培訓護士加入醫管局系統。另一方面，政府持續加強本地培訓，增加院校學額及資助力度：自 2009/10 年度起，教資會已逐步增撥資源擴充醫生、護士、藥劑師和其他專業醫護人員的培訓名額<sup>62</sup>。未來數年內，本地醫療培訓學額（包括資助與自資課程）將持續上調，並提供獎學金和在職進修津貼，以吸引更多學生投身醫護界。這些政策綜合實施，有助緩解人手短缺情況，但鑑於人口老化及健康需求增長，醫護人手短缺仍是長期結構性挑戰，需要持續檢討和調整。

## （六）醫療開支與融資制度

### 醫療衛生總開支增長趨勢

過去十年間，香港醫療衛生總開支呈顯著增長趨勢。根據衛生署公布的數據，2013/14 年度本地醫療衛生總開支約為 1,238.28 億元<sup>63</sup>，而 2023/24 年度增至約 2,512 億元（增加約 8.6%）<sup>64</sup>。按 GDP 佔比計算，2023/24 年度醫療經常性開支佔本地生產總值約 8.3%，較 2013/14 年度（約 5.7%）大幅上升。南華早報引述衛生局數據指出，公營醫療開支由 2013/14 年的 2.9% GDP 增至 2023/24 年的 4.3% GDP（增長近五成）<sup>65</sup>。整體而言，醫療衛生開支的名義增長超過 GDP 增速，反映人口老化、慢性病負擔和醫療成本上升等因素所致。

**表 6.1：香港十年的醫療衛生總開支數據**

年度	總開支 (億元)	經常性開支佔 GDP (%)	公營醫療佔 GDP (%)
2013/14	1238.3	5.70%	2.90%
2023/24	2512	8.30%	4.30%

(數據來源：衛生署本地醫療衛生總開支帳目 63)

<sup>61</sup>立法會十二題：公營醫療人手

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202510/08/P2025100800348.htm>

<sup>62</sup>醫務衛生局 規劃基層醫療人手

<https://www.primaryhealthcare.gov.hk/bp/tc/supplementary-documents/reinforce-manpower/>

<sup>63</sup>本地醫療衛生總開支帳目 (DHA) 2013-2014

[https://www.healthbureau.gov.hk/statistics/download/dha/cn/a\\_estimate\\_1314.pdf](https://www.healthbureau.gov.hk/statistics/download/dha/cn/a_estimate_1314.pdf)

<sup>64</sup>醫務衛生局發表二〇二三 / 二四年度《本地醫療衛生總開支帳目》

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202510/16/P2025101500853.htm>

<sup>65</sup>Spending on healthcare as proportion of Hong Kong's GDP grows by 50% (SCMP)

<https://www.scmp.com/news/hong-kong/health-environment/article/3329291/spending-healthcare-proportion-hong-kongs-gdp-grows-50>

### 醫療開支佔 GDP 及政府經常開支比重

最新年度數據顯示，醫療開支對公共財政負擔已日益加重。2023/24 年度公共醫療衛生經常性開支約 1,300.7 億元，佔 GDP 約 4.3%。與十年前 14.2% 長者人口佔比同期大致相若（2013 年約 14.2% 增至 2023 年約 21.8%），這一上升趨勢凸顯老齡化推高政府醫療支出的壓力。按照財政預算案，2024/25 年度醫療經常性開支預算約 1,015 億元，約佔政府經常性支出的 19%<sup>66</sup>。較早期的數據顯示，2022/23 年度醫療衛生經常性開支佔政府經常性支出約 22.7%<sup>67</sup>。可見醫療開支已成為政府財政的重要項目，其佔比在過去十年穩步上升。

### 公共資助與個人自付份額

從資金來源來看，政府與私人（包括保險及自付）分擔的比例亦有變化。2013/14 年度公共醫療衛生支出佔總支出的 49%，私人支出佔 51%；而 2023/24 年度公共支出佔 51.8%、私人佔 48.2%。私人支出中，自付（以家庭開支為主）依然是最大部分 2013/14 年度私人自付佔私人支出約 69%，即是總支出的 35%；近年隨着保險市場擴張，保險支出比重顯著提高。2023/24 年度，私人醫療第二、第三層支出中，醫療保險比例已由 2013/14 年的 33.4% 升至 44.8%<sup>64</sup>，顯示保險融資正成為個人承擔醫療費用的重要途徑。整體而言，公共資助略有增加，但市民仍大量依賴自付及保險，由此亦引發政府擴大醫療保險和補助計劃的思考。

### 醫療支出可持續性挑戰

香港高齡化社會及慢性病負擔日增，對醫療財政可持續性構成挑戰。公立醫院候診大堂經常人滿為患，多數患者（尤其長者）依賴公共醫療服務。統計指，全港所有病人及 65 歲以上病人的住院日數，公營醫院分別佔 91.7% 及 95.3%，長者平均治療成本是非長者的 4.3 倍。政府估算，65 歲以上人口將由 2023 年約 164 萬增至 2036 年約 244 萬，並在 2046 年達 275 萬<sup>64</sup>，隨着慢性病患者增加，公營系統壓力料持續加劇。政府因此推動優化資源配置，包括加強基層醫療服務以前移治療和管理慢性病，以及公私協作、提升私營醫療透明度等政策，以期減緩公營醫療需求急升的壓力。

### 自願醫保計劃的角色與前景

自 2019 年推出自願醫保計劃（VHIS）以來，已成為公私醫療融資的重要補充。該計劃為符合標準的個人醫療保險產品提供稅務優惠，以鼓勵市民投保。最新數據顯示，截至 2024 年底，VHIS 認可產品的保單約達 142.8 萬張，估計佔本港個人償款住

---

<sup>66</sup> 2024/25 年度財政預算案

<https://www.budget.gov.hk/2024/chi/budget32.html>

<sup>67</sup> 醫務衛生局 整合基層醫療健康資源

<https://www.primaryhealthcare.gov.hk/bp/tc/supplementary-documents/consolidate-resources/>

院保險市場的三分之一。較早的立法會答覆亦指出，截至 2024 年 3 月約有 1,341,000 張保單，過半數投保人年齡 40 歲以下<sup>68</sup>。投保人多趨年輕化，有助分散風險。政府相信，長遠而言 VHIS 有望成為個人醫保市場的主流規範，增強市民使用私營服務和承擔部分醫療費用的意願，從而減輕公營醫療制度的負擔。未來可繼續監察 VHIS 滲透率，優化產品及鼓勵參與度，例如調整稅扣額或擴大涵蓋範圍，以配合人口老化和醫療需求變化，穩健推進醫療融資的多元化。

### **(七) 醫療體系挑戰：老齡化、慢性疾病負擔與服務失衡**

人口老化與慢性病盛行

香港人口快速老化：根據衛生署的估算，香港 65 歲及以上人口由 2021 年的 150 萬（佔總人口 20%）增至 2039 年的 252 萬（31%），80 歲以上長者亦由 40 萬增至 93 萬<sup>69</sup>。老年人口倍增帶來龐大醫療負擔。2020/21 年度約 31% 的香港人（約 220 萬人）患有慢性疾病，其中 47% 為 65 歲以上長者。高血壓和糖尿病在長者中最高為常見。衛生署估計如不及早治療，未被診斷的慢病患者數目可能達已確診數的兩倍，整體慢病患者將於 2039 年前增至約 300 萬<sup>69</sup>。長者慢性病若控制不佳，病況惡化將嚴重影響生活質素和經濟生產力，亦加重醫療財政壓力。

**表 7.1：香港人口老化數目及慢性病病患人數預測**

---

<sup>68</sup> 立法會五題：自願醫保計劃

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202412/04/P2024120400319.htm>

<sup>69</sup> 醫務衛生局 藍圖 香港的醫療健康挑戰

<https://www.primaryhealthcare.gov.hk/bp/tc/blueprint-2/>

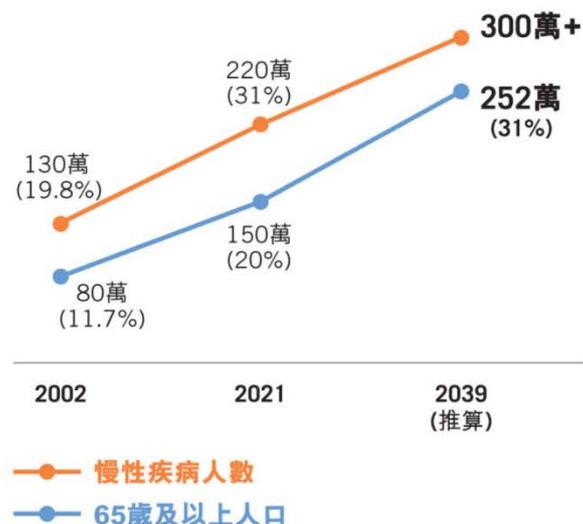
## 65歲及以上人口 (2039年預測)



## 慢性疾病病患人數 (2039年預測)



## 65歲及以上及慢性疾病人數趨勢



(數據來源：醫務衛生局藍圖 69)

## 長者醫療資源使用強度

長者對公營系統的依賴 正如第五章所述的人力短缺問題，當其遇上人口老化的浪潮，後果便被倍數放大。數據顯示<sup>69</sup>，長者對公立醫療資源的使用強度極高：65歲以上長者僅佔人口約兩成，卻消耗了全港約一半的住院日數和急症室資源。在基層醫療層面，約六成求診者患有慢性病。然而，由於第四章提及的公私營失衡，大量貧困或缺乏資訊的長者無法在私營市場獲得持續照顧，只能依賴公營急症室或專科門診。這種依賴導致了一個惡性循環：人手本已不足的公立醫院（僅佔全港四成醫生）需應對全港最複雜、消耗最大的長者慢病群體，結果必然是服務崩緊與質素風險。

## 輪候與基層分流挑戰

人手不足與需求激增的直接後果，是醫療服務的可及性下降。前文提及的專科輪候時間（如內科穩定新症需等候逾百週），對於年輕患者或許只是不便，但對於有多重慢性病的長者而言，漫長的等待可能導致病情惡化，甚至錯過治療黃金期。同時，分流機制的失效使得急症室持續受壓。醫管局數據顯示<sup>70</sup>，2021/22年度內科穩定新症（第三、四組）之輪候時間第90百分位達122週以上。同時，約56%的急症室首次求診個案屬半緊急或非緊急，反映不少可由基層處理的個案仍湧入急症室。本港只有約23%人口擁有固定家庭醫生，缺乏完善的家庭醫生照顧，令基層醫療協調與分流

<sup>70</sup> 醫務衛生局 基層醫療健康藍圖 附篇

[https://www.primaryhealthcare.gov.hk/bp/cms-assets/Primary\\_Healthcare\\_Blueprint\\_Supplement\\_Perfect\\_Binding\\_Chi\\_6d47c606ea.pdf](https://www.primaryhealthcare.gov.hk/bp/cms-assets/Primary_Healthcare_Blueprint_Supplement_Perfect_Binding_Chi_6d47c606ea.pdf)

功能不足。結果是急症室、專科門診及公立醫院服務過於集中，而等候時間延長，例如專科新症的輪候中位數多達數年，甚至百週。

### 區域資源分佈與弱勢群體

香港各區醫療需求增長不均。最新人口推算顯示，2031年港島區人口將減少、新界區顯著增加<sup>71</sup>。港島東西兩網絡未來人口僅百萬左右，因此計劃將港島東、西聯網合併為一個網絡；而隨着新界人口持續上升，政府擬於適當時候增設新界北醫院網絡，並調整新界東、西網絡的服務範圍。此外，社會經濟地位亦影響醫療可及性。醫管局將「低收入人士及弱勢社群」列為服務優先範疇，並強調所有合資格港人均可使用公營醫療，不設居港時限<sup>72</sup>。然而，基層家庭、長者和新移民往往面對語言、資訊及經濟障礙，對私營基層服務的負擔能力弱，且部分地區私營基層服務網絡較匱乏，使他們更仰賴公立系統且難獲得及時照顧。

### 政府應對措施與成效分析

政府近年推行多項措施紓緩上述挑戰。自2009年起實施的「長者醫療券計劃」向合資格長者每年發放2,000元醫療券（累積上限8,000元）以鼓勵他們使用私營基層醫療<sup>73</sup>。社會福利署亦先後分階段推出「長者社區照顧服務券試驗計劃」，截至2019年11月，第二階段計劃已累計發放10,439張社區照顧服務券，已有4,077名長者使用。這些券額補貼部分減輕長者的就醫費用負擔，但評估指醫療券主要促進了偶發病治療服務的使用，對於慢性病追蹤和治療的效果相對有限。另一方面，政府於2026年推行公立醫院收費改革，擴大醫療費用減免機制的資助範圍，將申請上限調高，預計超過140萬人受惠<sup>74</sup>。醫管局表示，收費改革並不會阻礙弱勢病人獲得治療，改增收費後新增收入將全數用於加強對危重或罕見病患者的支援<sup>74</sup>。儘管如此，專家指出單靠費用補貼難以根本扭轉服務失衡，仍須加強地區基層服務、整合公私資源以及完善服務協調，才能切實緩解高齡社會下公營醫療系統的長遠壓力。

---

<sup>71</sup> 立法會衛生事務委員會 醫院管理局聯網規劃及有關安排

<https://www.legco.gov.hk/yr2025/chinese/panels/hs/papers/hs20250214cb3-166-5-c.pdf>

<sup>72</sup> 立法會二題：移居海外人士回港接受福利及服務

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202501/08/P2025010800387.htm>

<sup>73</sup> 醫療券 合資格長者及每年醫療券金額

[https://www.hcv.gov.hk/tc/hcvs/service\\_area.html](https://www.hcv.gov.hk/tc/hcvs/service_area.html)

<sup>74</sup> 政府新聞公報 醫院管理局推動收費改革 理順醫療服務 加強保障病人

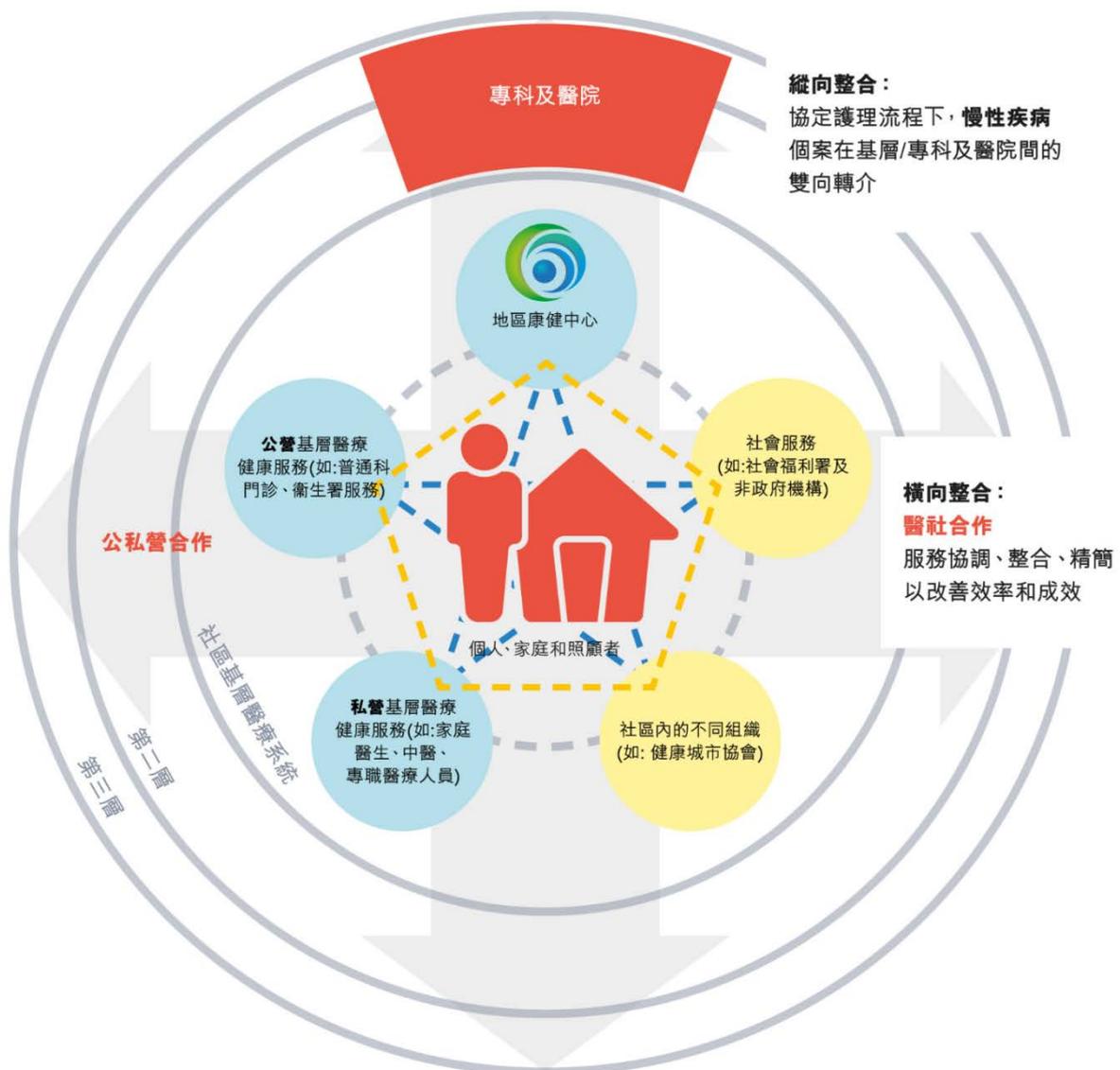
<https://www.info.gov.hk/gia/general/202503/25/P2025032500555.htm>

## (八) 改革與未來展望

### 政府主導的基層醫療改革

政府已就基層醫療推動多項結構性改革，旨在建構以社區和家庭為本的醫療體系。2022年12月公布的《基層醫療健康藍圖》提出，政府將在全港各區逐步建立地區康健中心（DHC），以加強地區為本的基層醫療服務<sup>69</sup>。地區康健中心採取政府資助、非政府機構營運的模式，透過區內網絡整合醫護資源、連繫公私營和社會服務單位（即推動「醫社合作」），提高公眾對疾病預防和自我健康管理的意識，為慢性病患者提供支援，並紓緩專科和醫院服務的壓力。政府並強調「一人一家庭醫生」的概念，鼓勵每名市民由一位家庭醫生負責協調健康護理，建立長期醫患關係，提高診療連貫性。為配合分級轉診體系，政府亦計劃設立電子轉介平台，並於若干專科制定臨床轉介指引，以優化分流制度、確保合適患者得到適切的轉介和治療。

**表 8.1：政府地區康健中心（DHC）計畫**

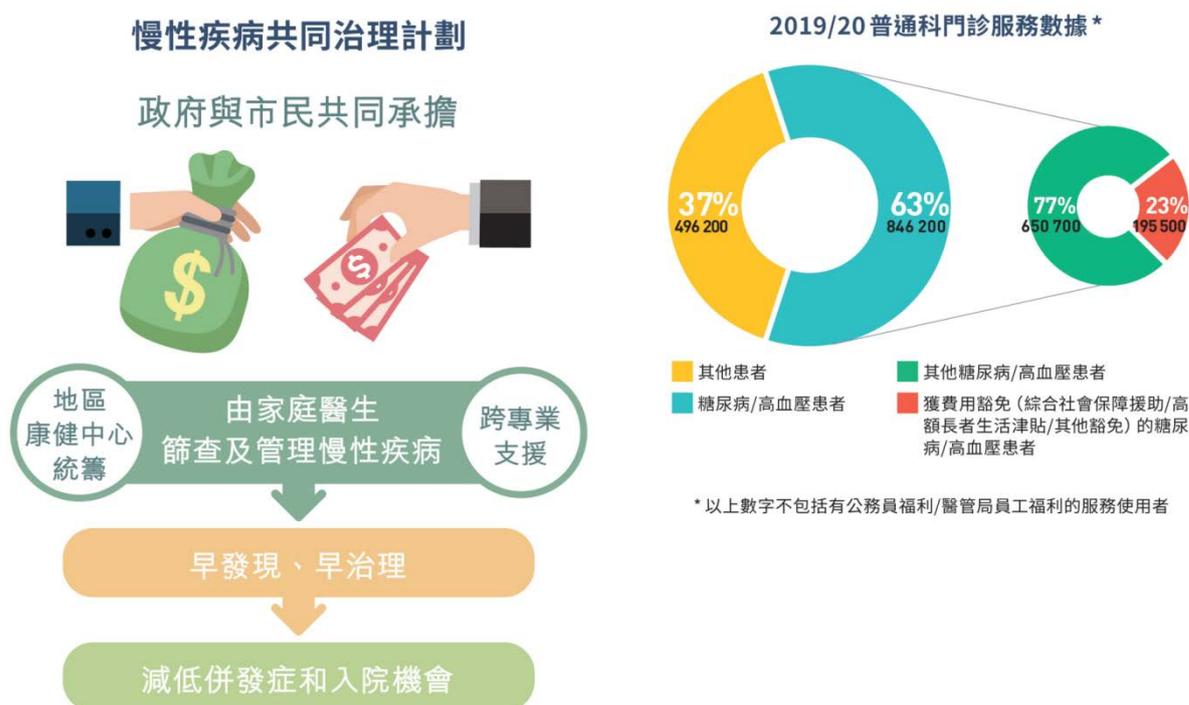


(數據來源：醫務衛生局藍圖 69)

## 公私協作與醫社合作新機制

在深化公私營協作方面，政府近年推出多項試點計劃。2023 年 11 月起實施的「慢性疾病共同治理先導計劃」便是典型例子，資助 45 歲或以上合資格人士在私營市場接受糖尿病和高血壓篩查，並由參加者自行選擇的家庭醫生進行後續長期跟進<sup>75</sup>。截至 2025 年 5 月底，約有 131 200 名市民參與該計劃，其中約六成已完成篩查；篩查結果陰性的參加者可由地區康健中心協助訂立健康目標並接受生活模式干預，而如被診斷患病，政府則資助家庭醫生繼續跟進治療。此外，政府強調整合社福界資源，推進醫社合作。例如，DHC 的核心團隊已拓展涵蓋護士、治療師、營養師、物理治療師、社工等多專業背景，並與香港社會服務聯會合作開辦「社會工作者基層醫療健康」證書課程，鼓勵將社工力量納入基層醫療網絡。透過公私夥伴關係和跨界別協同，政府希望更有效善用私營資源緩解公營醫療壓力，提升醫療體系整體可持續性。

表 8.2：政府慢性疾病共同治理計劃



(數據來源：醫務衛生局藍圖 69)

## 數碼健康與醫療科技應用

<sup>75</sup>基層醫療署 慢性疾病共同治理先導計劃的介紹

<https://www.primaryhealthcare.gov.hk/cdcc/tc/gp/introduction.html>

政府大力發展數碼醫療平台與科技應用，加強資訊互通和智能化服務。電子健康紀錄互通系統（醫健通）已成為全港性平台，政府持續擴大其跨專業、跨機構的應用範圍（包括中西醫業界），以便不同醫護機構取閱患者歷史紀錄，提高診斷效率和護理協調<sup>76</sup>。在科技方面，香港積極引入人工智能（AI）及大數據協助診療。例如，政府已與國家癌症中心簽署合作框架，就癌症篩查、規範化診斷、治療及大數據應用等方面加強合作。此外，遠程醫療服務在近年迅速推展：醫管局自 2019 新冠病毒疫情期間起，在不同專科門診、護士診所及外展服務中積極運用遙距診症，並透過 HA Go 手機應用程式進行遙距診症試行<sup>77</sup>。政府亦在 2022 年施政報告提出，將加強遙距醫療服務以改善病人體驗，並在發展基層醫療的同時研究遠程醫療的可行性和配套措施。未來可望進一步擴充 AI 輔助診斷工具和遠程健康監控平台，並推動公私營機構共同開發健康數據應用，以促進預防醫學和精準醫療。

### 應對未來挑戰的醫療政策

面對人口老化與慢性病負擔上升等長期挑戰，政府政策着力「由治療轉向預防」。官方分析指出，香港的 65 歲以上人口將由 2021 年的 20% 增至 2039 年的 31%，同時 65 歲以上人士慢性病患者率極高。人口老化和慢性病增加將推高醫療需求，單靠不斷加大醫院開支既限制 GDP 增長又不可持續<sup>69</sup>。因此，政策報告強調必須透過社區基層醫療系統加強疾病預防，減少不必要的住院；藍圖明確提出建立以社區為本、家庭為重的醫療架構，扭轉「重治療、輕預防」的現況。同時，醫療人手嚴重不足，政府已多管齊下增培訓配額及吸引海外人才，但資料顯示醫生和護士短缺在短中期內仍將擴大<sup>78</sup>；基層醫療界別尤其需要穩定供應（如通過專門培訓和執業誘因留住醫生）。財政方面，由於公共醫療衛生開支多年保持高於 GDP 增長，若不改革融資體系支撐醫療服務，財政可持續性亦堪憂。政府目前除推出遙距醫療、慢病共治等創新措施外，亦在推進自願醫保、檢討收費機制等，以分擔醫療成本和鼓勵早診早治等。

### 建議與展望

總括而言，香港醫療體系的改革仍在進行中。可進一步建議政府加快地區康健中心全港覆蓋和功能落實，加強對家庭醫生的培訓及支援（例如基層醫療署可設立家庭

---

<sup>76</sup> 2025 年政府施政報告

[https://www.policyaddress.gov.hk/2025/public/pdf/policy/policy-full\\_tc.pdf](https://www.policyaddress.gov.hk/2025/public/pdf/policy/policy-full_tc.pdf)

<sup>77</sup> 立法會三題：遠程醫療服務

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202302/15/P2023021500628.htm>

<sup>78</sup> 醫務衛生局 規劃基層醫療人手

<https://www.primaryhealthcare.gov.hk/bp/tc/supplementary-documents/reinforce-manpower/>

醫生註冊或資助機制），並引入明晰的慢性病照護協定流程。此外，可建立跨部門協調機制，將社會福利、長者照護與基層醫療更緊密結合，例如由康健中心統籌需要社會關懷的高危長者的健康計劃，拓闊家庭醫生與社服單位的合作範圍。數碼化方面，建議完善醫健通共享及隱私保護機制，推動 AI 輔診和健康管理應用的制度化落地，如研擬針對 AI 醫療工具的監管框架。藍圖附篇亦建議制定慢性病共護路徑、強化家庭醫生角色和分流機制<sup>69</sup>。此外，應定期評估各項改革成效、檢討基層署運作和資源配置，並因應長者醫療需求及醫護人手變化，靈活調整政策。總體而言，香港正朝着「社區基層醫療優先」的方向邁進，未來需不斷整合公私資源、創新服務模式，以維護醫療體系的公正和可持續發展。

## （九）結語

縱觀香港醫療體系的整體結構，本地制度以「公私並存」為核心特徵：公營體系透過高度資助確保全民可及，私營體系則承擔大量門診與多元化服務供應。此模式在長期以來支撐香港的公共健康表現，但也形成明顯的結構性張力：當公營醫療體系承擔大部分住院與專科服務，而基層分流與社區照護未能同步強化時，輪候、擠逼與資源錯配便會反覆出現，成為制度運作中的「常態壓力」。

主要矛盾歸納：需求上升、資源瓶頸與公平議題交織

香港面對的人口老化與慢性病負擔，是推高醫療需求的根本驅動，而醫護人手短缺、地區資源分布差距與公私人力配置不均，則構成供應端的長期瓶頸。當需求與供應失衡加劇，問題不僅體現在輪候時間拉長、急症室被非緊急個案佔用，也反映在服務公平性上：基層家庭、長者及需要長期跟進的慢病患者，往往更依賴公營系統，因而更直接承受制度壓力帶來的延誤與不確定性。

政策方向啟示：以基層為樞紐的重心轉移勢在必行

近年政府推動的改革（例如地區康健中心網絡、慢性病共同治理、公私協作及數碼健康平台）顯示政策思路正由「以醫院為核心」逐步轉向「以社區與預防為核心」。若要提升制度可持續性，關鍵不僅是增加資源投入，更在於重新配置服務流程：強化家庭醫生與基層治理能力、建立有效雙向轉介、把部分可在社區處理的穩定病人導回基層，並把公營專科與住院資源集中於急重、複雜與高風險個案，方能在財政與人力受限下提升整體效率。

與後續章節銜接：由「概況」走向「問題—成因—對策」

本章旨在提供香港醫療體系的結構性全貌，並以制度沿革、服務分工、資源與融資、以及主要挑戰作為分析基礎。下文若要進一步回應「香港醫療體系的問題及成因」與「政策建議」，可在本章基礎上更聚焦於：輪候與錯配如何被制度設計放大、財政負擔與補貼機制的取捨、公私協作的可行邊界，以及基層治理能否成為扭轉失衡的關鍵支點。這樣的鋪陳，能使整份報告從描述現況自然過渡到診斷問題與提出可執行的改革方案。

### 三、香港醫療政策的梳理

羅天昇

### 四、全球主要經濟體(如英、美、新加坡、日本等) 醫療體系的概況

王睿麟

### 五、香港醫療在全球主要經濟體中的定位和角色

徐家健、陳健緯

## 第二章

# 香港醫療體系的問題及成因

### 一、歷史成因

何小冰

#### 引言

香港公共衛生政策的發展方針受政治、社會及人口結構影響。1840 年代香港開埠初期至二次大戰前，由於財政緊絀，港英政府力圖節約開支，並沒有向華人提供醫療服務；而為免文化衝突觸發管治危機，有鑑華人傾向使用中醫藥而忌用西醫藥，因此如非爆發重大疫症如 1894 年鼠疫，政府基本上以相對放任政策（hands-free policy）管理佔多數人口比例的華人醫療問題，以免引起華人不滿。<sup>79</sup> 惟香港為「移民城市」，人口增長主要依賴內地移民，人口流動性大，無疑此不穩定性增加衛生管治的困難，尤其傳染病隨人口遷移擴散至香港。踏入二十世紀，中國政局頻頻變動，大量人口南遷，促使香港人口急速增長。綜觀十九世紀、戰前及戰後三個階段的香港人口結構大不相同，由此衍生各種醫療問題，港府急需因應時勢重新制訂醫療政策。公共衛生、醫療與人口結構三者密不可分，故本章將回顧 1841 年至 1980 年代人口結構的轉變如何影響香港公共衛生的政策方針，以了解以往重大衛生問題及衛生政策的發展。

#### 戰前

港府於 1846 年修訂《登記及普查條例》，華人戶主須向政府報告其戶籍內死亡人口的資料，然而當時居港的華人並非穩定的常住人口，加上忌諱客死異鄉，不少於染病後返回內地家鄉，因此政府文獻提供的華人死亡人口不獨未能完全反映華人染病實況，同時曝露港府未能掌握人口與疾病及衛生之問題。<sup>80</sup> 香港是一個移民社會，內地人民大量遷港可簡單歸納為兩個原因，一方面香港開埠為投機者帶來經濟機會，對於早期的人口結構，1845 年港府有如下描述：

英國軍隊到達香港島前，約有 4,000 人，當中 1,500 人種米為生，2,000 人捕漁。[...] 英軍的到來，因為供應物資可帶來豐厚利潤，很快便吸引一批漁民到港。英軍所提供的庇護令香港成為犯罪口岸，鴉片走私者及清政法律所不容之人，皆來到此地。

---

<sup>79</sup> Yip, Ka Che, *A Documentary History of Public Health in Hong Kong* (Hong Kong: The Chinese University Press, 2018), p. 45.

<sup>80</sup> *Hong Kong Annual Administration Reports 1841-1941*, Volume 1: 1841-1886, p. 168.

在此期間，公共和私人的工程皆需要勞工，吸引數千人來到香港人，當中主要為客家人和流浪者。<sup>81</sup>

第二方面是人們來港避難，又例如 1850 年代內地太平天國起事，不少人來港逃避戰禍，人口在此時急速上升，由 1849 年不足三萬人增至超過七萬人，增幅超過一倍。姑勿論甚麼原因，其時所錄得的人口多屬於不穩定的暫居者，以香港為謀生之地而已，而非永久居住地，影響所及他們對香港的住屋環境需求甚低，其中最為人垢病的莫過於港島太平山區，人口稠密度極高，房屋設計狹長，光線難以透入，同樣通風效果亦不足，加上房屋鮮配置馬桶，遑論廁所，橫街上後巷佈滿排泄物，衛生情況十分惡劣。儘管因此染疾，由於華人抗拒向西醫求診，到西醫醫院接受治療者甚少。華人領袖有見及此，向政府申請撥地興建醫院卻遭拒絕。<sup>82</sup> 直至 1869 年，政府借助新興的華人精英成為政府與市民之間的橋樑，委任他們為華人代表，處理華人衛生及醫療事務。1870 年東華醫院成立，當時以中醫診症，以照顧華人需要。<sup>83</sup>

直至 1894 年鼠疫爆發，導致 2,552 人染疫死亡，<sup>84</sup> 引發前所未有的重大醫療問題，港府遂採取多種措施，包括進行家居搜索及隔離病人、消毒房屋及街道、宣佈香港為疫埠等。這是 1841 年港英管治以來最大型的公共衛生措施，這自然激起華人民怨。儘管港府採取強硬措施，但多針對公共衛生而非醫療服務，足顯港府一貫政策，盡量不插足華人事務。同時，鼠疫一事令東華醫院引入西醫治療，至 1905 年留醫病人中已有半數選用西醫方法診治，可見西醫已開始進入華人圈子。<sup>85</sup>

表一：1841 至 1941 年香港人口數目和增長率

年	人口 (人)	年增長率	年	人口 (人)	年增長率
1841	7,450	不詳	1872	121,985	-1.80
1860	94,917	9.20	1876	139,144	3.30
1861	119,321	25.70	1881	160,402	2.90
1862	123,511	3.50	1891	221,441	0.38
1863	124,850	1.10	1897	246,907	0.12

<sup>81</sup> "Report by Samuel Fearon", 24 June, 1845, CO 129/12.

<sup>82</sup> 何佩然：《城傳立新：香港城市規劃發展史 1841-2015》（香港：中華書局，2016），頁 47。

<sup>83</sup> 有關東華醫院歷史，可參考冼玉儀之 *Power and Charity: A Chinese Merchant Elite in Colonial Hong Kong* 及丁新豹之《善與人同：與香港同步成長的東華三院》。

<sup>84</sup> Historical and Statistical Abstract of the Colony of Hong Kong (Hong Kong: Noronha & Co., 1932), p. 17.

<sup>85</sup> 丁新豹：《善與人同：與香港同步成長的東華三院（1870-1997）》（香港：三聯書店（香港有限公司），2010），頁 111。

## 第二章 香港醫療體系的問題及成因

<b>1864</b>	121,498	-2.70	<b>1901</b>	386,229	47.0
<b>1865</b>	125,504	3.30	<b>1906</b>	404,814	0.9
<b>1866</b>	115,098	-8.30	<b>1911</b>	456,739	2.4
<b>1867</b>	117,471	2.10	<b>1921</b>	625,166	-3.5
<b>1869</b>	119,326	0.80	<b>1931</b>	840,473	-28.3
<b>1871</b>	124,198	2.00	<b>1941</b>	1,639,337	52.9

註：各年人口數目均來自於人口普查。

資料來源：*Hong Kong Blue Book; Hong Kong Annual Administration Reports 1841-1941. Hong Kong Blue Book ; Historical and Statistical Abstract of the Colony of Hongkong.*

從表一可見，人口攀升幅度以 1910 及 1930 年代為主，其中 1911 年辛亥革命爆發及 1938 年廣州淪陷，更導致大量難民湧入香港，1911 年及 1941 年的增長率分別是 2.4% 及 52.9%。新來港的人口多生活在惡劣環境，同時因貧窮造成的營養不良，加上華人隨地吐痰惡習，令不少人患上瘧疾、呼吸系統疾病及腳氣病。<sup>86</sup> 在二十世紀初期鼠疫仍然於香港橫行，呼吸系統疾病佔 1911 年死亡人口的 35%，瘧疾和因營養不足而患上腳氣病的同樣佔 8%。<sup>87</sup> 1911 年至 1920 年，華人死亡率超過 20%，遠高於非華裔人口。<sup>88</sup> 由此可見，踏入二十世紀，政府改善衛生的速度遠不及及人口增加的幅度。

### 戰後

1945 年二戰結束後，香港人口急速上升，第一個上升期為 1946 年，因戰爭離港的人口陸續回流，回復至戰前水平，由 1945 年戰爭結束時約 60 萬，增至 1946 年年底的 160 萬，急增 158.3%。<sup>89</sup> 二戰後內地爆發內戰，不少居民因逃避戰火而遷居香港，促使 1950 年出現第二個人口上升期，由 1949 年 185.7 萬增至 1950 年 223.7 萬，增幅為 20.5%。（見表二）大部分移民來港後成為社會低下階層，不少居住在環境惡劣

<sup>86</sup> “Medical and Sanitary Report for the Year 1932”, *Administration Reports for the Year 1932*, p. M32. “Public Health”, *Administration Reports for the Year 1938*, pp. 7-8, 13. “Annual Medical Report for the Year 1938”, *Administration Reports for the Year 1938*, p. M13. T. W. Wong, “Tsan Yuk Hospital and the Japanese Occupation of Hong Kong”, *Hong Kong Medical Journal*, Vol. 28, no. 1 (2022): pp. 93-95.

<sup>87</sup> Phillips, David R., *The Epidemiological Transition in Hong Kong* (Hong Kong: Centre of Asia Studies, University of Hong Kong, 1988), p. 24.

<sup>88</sup> Phillips, David R., *The Epidemiological Transition in Hong Kong*, p. 25.

<sup>89</sup> *Hong Kong Annual Report 1946*, p. 9. *Hong Kong Annual Report*, p. 23.

的寮屋，在 1953/54 年度的醫務衛生報告指出當時全港有 35 萬名寮屋居民。<sup>90</sup> 高人口密度帶來房屋、公共衛生及與之相關的傳染疾病問題，<sup>91</sup> 如死亡率高的天花。人口集中在九龍市區及附近的寮屋區，加劇公共衛生問題，以致與肺部相關、以空氣傳染的疾病一直未能受控，以肺炎和肺結核病（俗稱肺癆）尤其嚴重，兩者佔全港死亡人口超過三分之一。隨著人口在 1949 年大量增加，因肺炎死亡的人數多達 4,391 人，雖然至 1950 年代回落至約 3,000 人，但依然是其時在香港錄得的主要死亡原因。<sup>92</sup> 肺結核方面，1950 年死亡人數較 1949 年多 26.4%，1953/54 年度的醫務衛生報告甚至估計有接近 95% 的 14 歲以上人口感染肺結核。<sup>93</sup>

整體而言，戰後初期人口急增，港府不願增加社會福利以吸引移民來港，故無打算大幅增加醫療服務，資源主要集中在治療護理（curative care），即是與治療急性偶發疾病及傷患有關的醫療服務。預防疾病措施方面，港府較積極針對危險的傳染病，<sup>94</sup> 其中包括增加天花疫苗注射，1947 年共提供 85 萬劑天花疫苗，<sup>95</sup> 有助控制致命傳染疾病的傳播，死亡率由 1946 年 10.8% 跌至 1949 年 8.8%。<sup>96</sup> 針對肺結核問題，港府先推廣兒童接種卡介苗（BCG），1956 年至 1957 年間共為兒童注射 5 萬多劑疫苗；同時加強對新生嬰兒接種疫苗，為全港大型母嬰院內出生 2 至 3 日的新生嬰兒接種卡介苗，至 1958 年 10.6 萬名嬰兒中接種疫苗者佔 46.8%，對比 1950 年代初，1958 年因感染肺結核死亡的 0 至 5 歲兒童死亡率減半。<sup>97</sup> 然而，港府仍難以應急增人口的醫療需求，故依賴非牟利機構提供廉價的醫療服務予基層市民，包括街坊福利會、宗教團體（如明愛）、慈善團體等。<sup>98</sup>

---

<sup>90</sup> *Annual Departmental Report by the Director of Medical and Health Services for the Financial Year 1953-54*, p. 12.

<sup>91</sup> Hambro, E., *The Problem of Chinese Refugees in Hong Kong*, p. 63.

<sup>92</sup> "In-Patients Treated in Government and Government Assisted Hospitals, Classified According to International Standard Classification Intermediate List of 150 Causes", *Hong Kong Annual Departmental Report by the Director of Medical and Health Services, 1953-1959*.

<sup>93</sup> *Hong Kong Annual Departmental Report by the Director of Medical and Health Services for the Financial Year 1953-54*, p. 33.

<sup>94</sup> Yip, Ka Che, *A Documentary History of Public Health in Hong Kong*, pp. 288-289.

<sup>95</sup> *Report of the Director of Medical Services for 1947*, pp. 27 & 321.

<sup>96</sup> *Annual Departmental Report by the Director of Medical Services for the Financial Year 1<sup>st</sup> January 1948 to 31<sup>st</sup> March, 1949*, p. 11.

<sup>97</sup> *Hong Kong Annual Departmental Report by the Director of Medical and Health Services for the Financial Year 1958-59*, p.43.

<sup>98</sup> Yip, Ka Che, *A Documentary History of Public Health in Hong Kong*, p. 289.

年	人口	增長率 (%)	年	人口	增長率 (%)
1945	約 600,000	不詳	1961	3,129,648	不適用
1946	1,550,000	158.3	1966	3,708,920	3.5
1947	1,750,000	12.9	1971	3,936,630	1.2
1948	1,800,000	2.9	1976	4,402,990	2.1
1949	1,857,000	3.2	1981	5,109,812	3.3
1950	2,237,000	20.5	1986	5,495,488	1.5

註：1945 至 1950 年人口數目為估算的年中人口，其增長率指年增長率。1961 至 1986 年人口數目為人口普查和中期人口的統計數字，其增長率為前五年內的平均年增長率。

資料來源：Hong Kong Annual Report 1959；Hong Kong Statistics 1947-1967。歷年人口普查和中期人口統計報告。

1960 年代至 1970 年代內地政局漸趨穩定，香港人口卻無減少跡象，蓋因戰後移民無意返回內地故里，他們選擇以香港為家繁衍下一代，當中 1960 年代初粗出生率更達到 30% 以上的高水平，<sup>99</sup> 這沉重人口壓力導致不少政治及社會問題，影響所及管治，港府需要改變以往緊急救濟方式以回應社會的做法，轉而主動釐清為市民服務的範圍。<sup>100</sup> 但相對龐大人口而言，醫療服務只為杯水車薪。1964 年發表的健康政策白皮書《香港醫療衛生服務發展白皮書》（*The Development of Medical Services in Hong Kong*），指出政府未有足夠資源向全港提供全面醫療服務，故只能資助無法負擔的市民，或向他們提供免費的醫療及個人健康服務。<sup>101</sup> 在資源緊張的情況下，港府針對傳染疾病推行針對性的政策，如為市民接種疫苗，成功控制大多數傳染病，然而醫療服務仍見明顯不足。

除醫療服務外，1960 年代至 1970 年代，港府開始正視房屋問題，興建徙置房屋及其後發展公營廉租屋，有助改善傳染病的問題。1953 年石硤尾大火後，港府著力興建徙置區及清拆寮屋，然而，徙置區的生活環境惡劣，廁所和廚房等基礎生活設施欠缺。1972 年港督麥理浩提出「十年建屋計劃」並發展新市鎮，如荃灣、屯門、沙田、大埔

<sup>99</sup> Census and Statistics Department, *Hong Kong Statistics 1947-1967* (Hong Kong: Census & Statistics Department, 1969), p. 39.

<sup>100</sup> 呂大樂：《凝聚力量——香港非政府機構發展軌跡》（香港：三聯書店（香港）有限公司，2010），頁 79。

<sup>101</sup> Working Party on the Development of Medical Services, *The Development of Medical Services in Hong Kong* (Medical White Paper, 1964) (Hong Kong: Government Printer, 1964).

等地，以疏導市區人口，同時令低收入市民有更合理的居住環境。<sup>102</sup> 由傳染病引致的死亡數量持續下跌，尤其是白喉的呈報數目銳減，由 1961 年每 10 萬人中超過 40 宗個案，減少至 1970 年 5 宗以下。另外，隨著排污系統及衛生環境改善，經由污水傳染的痢疾和腸熱大幅度減少。<sup>103</sup> 由 1970 年代末開始，疾病模式開始改變，使嚴重傳染病對人口健康的威脅減低，由於人口增長開始穩定，經濟起飛後人均收入增加，住居環境改善，以及教育水平提升，有助改善個人及公共衛生條件，主要死亡原因由肺結核等傳染病變成癌症、心臟病、腦血疾病等非傳染病。

1970 年代經濟發展迅速，市民開始不滿足於政府緊急針對性的醫療政策，出現促進發展基層醫療的聲音，並開始審視社區基層醫療的不足。<sup>104</sup> 1974 年政府推出健康政策白皮書《香港醫療衛生服務的進一步發展》（*Further Development of Medical and Health Services*），強調需保障及促進整體公眾健康，及向市民提供醫療及個人健康設施，並按循序漸進的發展方向，按區域安排醫療及健康服務；社區醫療將越受重視，不單要控制傳染病，亦需注意其他醫療健康服務，包括健康教育和康復治療服務。<sup>105</sup> 當中成立社區護理（community nursing）及中央健康教育組（Central Health Education Unit），在社區層面教育公眾及展開預防性醫療。<sup>106</sup>

1980 年代，公立醫院和診所的服務供應仍難以滿足市民需求。表三顯示，雖然政府醫院的病床數目在 1965 年至 1985 年期間增加超過一倍，但按當時全港人口計算，每千人可獲分配病床數目僅由 2.9 張升至 4 張，與目標每千人 5.5 張仍有一段距離。<sup>107</sup> 有見及此，港府於 1985 年委託澳洲顧問公司 W. D. Scott Pty. Co 檢視香港公立醫院的營運。其所發表的《司恪報告書》（*Scott Report*）指出香港醫療體制僵硬，未能應付社會各項問題，如人口結構變化及醫療服務供應，建議成立獨立的醫院管理局，以提高服務效率。港府遂於 1989 年重組醫務衛生署，分拆成衛生署及醫院事務管理

---

<sup>102</sup> 何佩然：《城傳立新》，頁 167。

<sup>103</sup> “Notification rate of major infectious diseases”, in *Director of Medical and Health Services 1985-1986 Departmental Report*.

<sup>104</sup> Hong Kong Museum of Medical Sciences Society, *Plague, SARS and the Story of Medicine in Hong Kong* (Hong Kong: Hong Kong University Press, 2006), p. 261.

<sup>105</sup> *The Further Development of Medical and Health Services in Hong Kong*, July 1974 (Hong Kong: Government Printer, 1974).

<sup>106</sup> Hong Kong Museum of Medical Sciences Society, *Plague, SARS and the Story of Medicine in Hong Kong*, p. 261.

<sup>107</sup> Yip, Ka Che, Leung, Yuen Sang, and Wong, Man Kong Timothy, *Health Policy and Disease in Colonial and Post-colonial Hong Kong, 1841-2003* (London: Routledge, 2016), p. 80.

## 第二章 香港醫療體系的問題及成因

署，前者執行醫護政策和法定職責，後者負責管理公營、補助醫院和專科診所的臨時部門。翌年醫院管理局正式成立，負責管理全港公立醫院及相關的醫療服務。<sup>108</sup>

表三：1965年至1985年政府醫院病床數目

	1965	1970	1975	1980	1985
公立醫院	4,769	6,299	8,108	9,297	11,883
政府診所	402	489	432	387	-
政府母嬰 院/診所	-	-	-	-	405
政府補助 醫院	5,975	7,533	7,849	8,585	9,622
總計	11,146	14,321	16,389	18,269	21,910

資料來源：各年醫務衛生年報。

總結而言，1841年至1980年代，人口、醫療及社會政策三方面息息相關，港府因應人口結構的變化，調整醫療健康護理制度。由緊急救濟、處理突發疫症或嚴重傳染病，轉而開始向長遠方向計劃醫療服務政策，包括增建醫院、診所、教育公眾等。除增加醫療服務供應外，還需不定時審視人口結構變化，靈活運用資源，並配合各類政策，包括改善居住環境及各類公共設施才能有效解決問題。<sup>109</sup> 戰後初期，改善住屋扮演重要角色以處理持續增長的人口，以及解決居住環境惡劣帶來的各樣社會問題。隨著教育水平提升、居住環境改善，傳染病開始受控，非傳染疾病成為新的健康問題，市民對醫療服務的需求仍有增無減，反而需要更全面及可持續的醫療健康服務。人口老化亦成為重點議題，故此在回歸後特區政府需建立基層醫療系統，如在2000年發表的《你我齊與、健康伴我行》的醫護改革諮詢文件，提出推廣家庭醫學，減低市民對住院服務的依賴。<sup>110</sup>

### 第一節 中醫藥條例存在的問題

蕭漢松

中藥源遠流長，千百年來廣泛應用在防病、治病方面，縱然大多數中藥的毒性低，但並非「有病治病，無病強身」之品，毒性取決於劑量，所以「是藥三分毒」這個說

<sup>108</sup> 劉蜀永、嚴柔媛、林思行：《香港醫療衛生簡史》（香港：香港城市大學出版社，2023），頁142。

<sup>109</sup> Phillips, David R., *The Epidemiological Transition in Hong Kong*, p. 80.

<sup>110</sup> 劉蜀永、嚴柔媛、林思行：《香港醫療衛生簡史》，頁205–206。

法更為合適。《中國中藥資源誌要》共收載了動物、植物、礦物等藥用資源共 12,694 種，據統計單已發現 2,033 種藥用植物在本港生長。由於產地眾多，部份親緣植物之間外觀及成份甚為相近，同名異物、同物異名等現象十分普遍。

香港自回歸後，成功設立了《中醫藥條例》<sup>111</sup>，經過官產學研多年的努力，業界水平不斷提升。縱使如此，中藥事故亦時有發生，希望繼續通過政府部門、學術機構與業界積極溝通，收集不同建議，致力完善制度，共同守護市民的健康。

## 中藥事故記事<sup>112</sup>

### (一) 錯誤辨別及配發藥物<sup>113</sup>

#### 1. 白英錯誤配以尋骨風

2004 年一間持牌中藥批發商誤把尋骨風當作白英出售，尋骨風內含馬兜鈴酸，長期過量服用含有馬兜鈴酸的中藥，會導致腎衰竭及尿道癌，事件中一名長期自行服用白英的病人出現腎衰竭的症狀，並患有尿道癌病。

#### 2. 芒硝錯誤作牙硝出售

2004 年一間持牌中藥批發商誤把牙硝當作芒硝出售，並已供應予 20 個中藥材零售商。牙硝為化學產品，不會當作中藥使用，高純度的牙硝會抑制人體正常的血紅蛋白攜帶氧和釋放氧的功能，因而引致人體組織缺氧。其中毒的主要臨床表現為全身皮膚青紫、周身無力、心悸、頭暈或呼吸困難等。

#### 3. 乾蟾皮錯誤配以蟾酥

2007 年一間中藥店舖因店內沒有乾蟾皮炭，藥店東主建議前來配藥的患者以蟾酥代替處方中的乾蟾皮炭開水沖服，患者服藥後兩小時後在醫院內猝死。蟾酥為《中醫藥條例》附表 1 中列明中藥，具有毒性，須經註冊中醫處方才可配發，並須嚴格遵從煎煮和服用指引。《中國藥典》2025 版列明，內服用量為 0.015~0.03g，多入丸散用。根據政府化驗師檢驗結果，估計死者已使用 3,700 毫克，重量為服用上限的 100 倍。涉事東主承認並未受過正規訓練，只知蟾酥有毒，對其毒性、成效及劑量等不甚理解。

#### 4. 凌霄花錯誤配以洋金花

2010 至 2011 年期間，兩間持牌中藥材零售商誤將洋金花當作凌霄花配發，洋金花收載於《中醫藥條例》附表 1<sup>114</sup>中藥材名單內，內含莨菪烷生物鹼，屬毒

<sup>111</sup> 香港中醫藥管理委員會 <https://www.cmchk.org.hk/>

<sup>112</sup> 衛生署-新聞公告 [https://www.dh.gov.hk/tc\\_chi/press/press.html](https://www.dh.gov.hk/tc_chi/press/press.html)

<sup>113</sup> 中華人民共和國藥典 <https://ydz.chp.org.cn/#/main>

<sup>114</sup> 中藥規管法例 [https://www.cmro.gov.hk/html/b5/overview\\_of\\_regulation/regulation\\_of\\_cm.html](https://www.cmro.gov.hk/html/b5/overview_of_regulation/regulation_of_cm.html)

## 第二章 香港醫療體系的問題及成因

性中藥的一種。共涉及 5 名病人，洋金花其中毒的主要臨床表現為暈眩、瞳孔散大及神志混亂等。

### 5. 白附子錯誤配以白附片

2012 至 2013 年期間，一所中醫診所及一間牌中藥材零售商，同樣地把白附片錯誤配以白附子給病人服用，兩者當中只有白附片內含烏頭類生物鹼。烏頭類生物鹼中毒的主要臨床表現為口唇和四肢麻痺、噁心、嘔吐及四肢無力等不適症狀，嚴重者更會引致危害生命的呼吸困難和心律失常。衛生署調查發現持牌中藥材零售商有關員工承認未能將兩者作出分辨。

### 6. 配發中藥飲片與處方量不同

2018 年一名病人服用藥物後出現暈眩及嘔吐等症狀。調查結果顯示，藥物來源於一間持有中藥材零售商牌照的藥行，當中 5 款中藥材的重量比處方量為高。

### 7. 配發高劑量毒性藥物

- i. 2012 年一名 83 歲女子，服用由註冊中醫開具處方的藥物後死亡，最終裁定是由於濫用生附子、熟附子及細辛三種中藥所引致。
- ii. 2015 年一名註冊中醫為兩名病人處方藥物，當中附子的劑量為 400 克。根據《中國藥典》附子的建議用量上限分別為 15 克，超過建議用量上限近 27 倍。

## 探討及建議:

現行《中醫藥條例》中申領中藥材批發商牌照東主、合夥人或董事等毋須具備相關中藥資歷，亦毋須提名負責監管中藥材人士，而申領中藥材零售商牌照則須提名具有相關學歷及經驗人士，方可申領配發中藥材項目。監控中藥材的真偽、品質理應從批發商開始，因此建議增加申領中藥材批發商牌照時必須具備中藥師資格或中藥相關學歷及經驗人士的要求。《中醫藥條例》實施以來並未為中藥師及中藥配劑員進行註冊制度，通過註冊制度既能為中藥從業人員的質素把關，亦可加強對藥物把關工作，確保中藥合理使用。另外《中醫藥條例》附表 1 的中藥材全部均具有毒性或烈性，應受到嚴格監管。建議必須有中藥師監督下，方可配發附表 1 中藥材，亦須增強培訓及教育作以免同類事情再發生。

## (二) 銷售偽冒中藥

2014 及 2017 年本港三間連鎖超級市場所出售的預先包裝的中藥湯包，分別被發現以草石蠶冒充冬蟲夏草及以平貝母冒充川貝母出售，價格相差十倍。

## 探討及建議:

現行《中醫藥條例》對申領中藥材零售商牌照處所內不進行中藥材配發，則無須提名負責監管中藥材配發人員，亦不須提名具有相關學歷及經驗人士對藥物進行監控。為杜絕偽冒中藥在市面銷售，建議出售中藥材店舖須具備中藥師資格或中藥鑒別資歷人士對藥物採購及鑒定進行監管，並加強培訓。此外，加強推廣教育工作讓市民提高警覺。

### (三) 非法管有第 1 部毒藥及未經註冊藥劑製品

1. 2006 年兩款聲稱可以強筋壯骨，用於治療腰痠背痛的中成藥，經檢驗後發現均含有西藥成分－雙氯芬酸 (diclofenac)，雙氯芬酸屬於非類固醇消炎藥，會引起腸胃不適的副作用，包括胃痛、噁心、腹瀉、嘔吐、胃潰瘍及出血。
2. 2009 年一款聲稱有助心臟健康的中成藥，被檢驗出含有西藥成分昔多芬 (Sildenafil)，昔多芬是用於治療勃起功能障礙的處方藥物，其副作用包括低血壓、頭痛、嘔吐、頭暈及暫時性視力模糊。不當使用昔多芬可對健康構成危險，對有心臟問題人士的影響尤其嚴重。
3. 2010 年一款聲稱可以止癢及鎮痛的中成藥，經檢驗後發現摻雜西藥成分水楊酸 (salicylic acid)，水楊酸為外用鎮痛劑。
4. 2017 年一款活絡油被驗出含有西藥成分吡羅昔康 (piroxicam)，吡羅昔康屬非類固醇消炎藥，用以消炎止痛，其副作用包括腸胃不適、噁心、胃潰瘍和腎功能受損等。
5. 2011 年起發生多宗由中醫師處方的自行調製的製劑中發現含有多種皮質類固醇藥物，如地塞米松 (dexamethasone)、倍他米松 (Betamethasone)、丙酸氯倍他索 (clobetasol propionate) 和潑尼松 (prednisone) 等。部分更摻雜一種，甚至多種西藥成分，如咪康唑 (miconazole)、二羥丙茶鹼 (diprophylline)、撲熱息痛 (paracetamol)、氯苯那敏 (chlorpheniramine)、匹可硫酸鹽 (picosulfate)、西甲硅油 (simeticone) 和地喹鉍 (dequalinium) 等。長期或不適當使用皮質類固醇的副作用包括水腫、導致下肢腫脹、情緒波動或情緒出現變化、食慾增加導致體重增加。而長期服用口服皮質類固醇，可出現庫欣氏症候群、白內障、青光眼、高血糖、高血壓、鈣質從骨骼中流失，從而導致骨質疏鬆症和骨折等副作用。

### 探討及建議:

現行《中醫藥條例》對由任何註冊或表列中醫為了向一名由他直接治理的病人施用或供應的中成藥，而該中成藥是在其執業的處所或在其監管下合成的可獲豁免註冊。

為杜絕同類型事件發生，建議整個生產過程中，必須具備中藥師資格或中藥製劑生產資歷人士進行監管。除此之外，增強對認可人員的培訓及教育作為市民把關。

### (四) 進口、生產及銷售有問題中藥

#### 1. 中藥產品微生物限度超標

- i. 2010 年一間本地持牌中成藥製造商生產的中成藥含過量微生物。調查後推測生產工序出現問題，衛生署即時指令回收所有其生產的共 14 款口服產品。
- ii. 2020 年衛生署對一間持牌中藥材批發商銷售的單味中藥顆粒進行微生物限度檢驗，結果顯示其澤瀉及桂枝顆粒樣本總細菌數分別達每克 470,000 個及 1,300 個，超出上限約為 470 倍及 1.3 倍。

#### 2. 中藥產品重金屬超標

- i. 2005 年至 2017 年期間市面有多種註冊中成藥被發現含鉛量超出標準，當中包括祛疤丸、白鳳丸、六神丸、血府逐瘀湯、五子衍宗丸、天麻丸、烏雞白鳳丸和養顏丸等超過了中成藥含鉛量的最高限量，最高含量超出上限近 9 倍。長期攝入過量的鉛，可引致貧血及身體包括關節、腦部及腎臟等受損。
- ii. 2009 年至 2019 年期間種註冊中成藥被檢驗出水銀含量超出中成藥建議每日攝取上限，當中包括五寶丸、疳積散、鼻炎片、保嬰丹、治療脫髮和烏雞白鳳丸，最高含量超出上限 13.6 倍。長期攝入汞可引致麻痺及觸覺、視覺、聽覺或味覺逐漸減退，亦可引致神經系統病徵和腎功能受損。
- iii. 2011 年兩款聲稱用於治咽喉疾病的註冊中成藥，均被檢驗出砷含量超出標準限度，其中一個樣本超出限量標準約 17.5 倍，急性砷中毒能引致嚴重嘔吐、腹瀉、神志不清及昏迷，而長期攝入砷則可引致肝、腎，以及心臟功能受損。

#### 3. 中成藥及中藥飲片含有不能使用的農藥或農藥殘留超標

- i. 2011 年一間本地持牌中成藥批發商所銷售的花旗參製劑，其煎煮後的藥湯經檢驗後顯示內含的五氯硝基苯、六六六及六氯苯共三種農藥殘留量超標，進食過量可影響神經系統及肝臟。
- ii. 2018 年至 2022 年期間，衛生署從三間持牌中藥材批發商中獲得中藥飲片樣本，經煎煮後的藥湯進行檢測，當中山茱萸被驗出每千克藥材含 0.09 及 0.14 毫克三唑磷，而澤瀉則被驗出每千克藥材含 0.26 毫克三唑磷和 0.15 毫克毒死蜱。根據香港中醫藥管理委員會制定的標準，中藥材經煎煮後的藥湯不得檢驗出三唑磷或毒死蜱殘留。長期大量攝取三唑磷或毒死蜱，可能會對神經系統造成影響。

#### 4. 中藥受有毒物質污染

##### i. 中藥飲片受莨菪烷生物鹼污染

2004 年至 2013 年期間，本港發生多宗中藥飲片受莨菪烷生物鹼污染的報導，當中包括味牛膝、蒼朮、羌活、威靈仙、大棗、黃精、海馬及黨參，上述中藥均不應含有莨菪烷生物鹼。莨菪烷生物鹼則能引致抗膽鹼能病徵，包括視力模糊、口乾、頭暈，以及神志不清，嚴重更可導致死亡。

##### ii. 中藥飲片受烏頭類生物鹼污染

2010-2015 年期間，本地發生多宗市民服用中藥後，出現烏頭類生物鹼中毒事件，經調查發現，事件主要由於服用受污染的中藥飲片所引致，當中在藁本、羌活及川斷樣本中檢驗出烏頭類生物鹼，而上述中藥飲片不應含有烏頭類生物鹼。烏頭類生物鹼中毒徵狀包括口部及四肢麻痺、噁心和嘔吐、四肢無力、呼吸困難及心律紊亂。

#### 5. 中藥飲片含有在港禁用的成份

2012 年一間持牌中藥材零售商的防己被檢驗出含有馬兜鈴酸，長期過量服用含有馬兜鈴酸的中藥，會導致腎衰竭及尿道癌。從 2004 年 6 月 1 日起，香港已禁止進口及銷售馬兜鈴屬的中藥材及其製劑。

#### 探討及建議:

中藥來源甚廣且品種繁多，存在品質參差不一情況。原料、生產設備、環境或工藝不當等可造成微生物的污染，導致微生物限度檢查不合格。灌溉用水、土壤、空氣和使用含有重金屬的有機肥料等均可導致藥物重金屬超出限定標準。長期服用農藥殘留超標的藥物會累積在使用者的肝臟和腎臟之中，對健康可構成不良影響。建議中藥材批發商、中成藥製造商須具備中藥師或中藥檢測資歷人士，加強對中藥品質的監督和管理以及加強認可人員的培訓，避免質量不符合要求的中藥飲片及中成藥在港生產和銷售。並加強推廣教育工作以免市民使用有問題中藥。

#### (五) 部分常用中藥不屬《中醫藥條例》規管

2016 年有政黨抽查市面出售的中藥飲片，發現共 7 種中藥飲片樣本農藥殘留量超出歐盟標準，當中的菊花、金銀花及枸杞子不屬《中醫藥條例》規管的中藥材，視為食物，受食環署規管。

#### 探討及建議:

一些傳統以來可作藥食兩用的中藥，例如：枸杞子、山藥、龍眼肉、大棗、蓮子和芡實等均不在《中醫藥條例》附表 1 及附表 2 中藥材名單之中，由食物環境衛生署負

責監管品質及安全等事宜。建議增強認可人員培訓及仿倣澳門新增食藥兼用及/或有其他用途藥材表，以及加強推廣教育工作，讓市民認識日常食用的中藥。

## 二、政治原因

## 三、政策制約

### 第一節 對於中醫藥領域的探索

左沛鑫、董博文

#### 論文摘要

依托於自身的高品質標準，香港的中醫藥獲得國際上的廣泛信任，並在世界中醫藥事業發展中佔有重要的地位。基於香港的區位優勢，香港如何依托於粵港澳大灣區建設機遇，進一步發展中醫藥產業的獨特優勢，成為目前關注的熱點話題。本文建議香港在保持自身研發和中醫院建設的同時，加強與內地尤其是粵港澳大灣區企業間的合作，推動廠商的藥品生產質量管理規範認證，作為中醫藥產業的重要橋梁，實現中醫藥走向國際化。

#### 1.引言

中醫藥在香港有著悠久的歷史，一直受到香港社會的關注。自1999年香港政府通過《中醫藥條例》確認中醫的專業地位後，香港政府近三十年推動了中醫藥行業的快速發展。在疫情期間，中醫藥也被納入防疫抗疫的醫療系統中，並發揮了重要作用。在2018年香港政府的施政報告中，中醫藥正式被納入香港醫療系統。然而在中醫藥行業的繁榮背後，近年來出口增幅緩慢，進口下滑等問題凸顯，引發了中醫藥從業者的擔憂。本文將從醫療政策的角度入手，探討香港中醫藥領域的未來。

#### 2.香港中醫藥行業發展現狀

中醫藥作為數千年中華民族的智慧結晶，至今已成為社會醫療體系的重要組成部分，並持續為人類健康做出卓越貢獻。相較於西藥，中藥在診斷和治療一些慢性疾病效果較為明顯，例如針灸在慢性虛損類疾病上的療效，得到大眾，甚至是西方國家居民的認可。然而，由於中醫藥在藥理研究方面普遍缺乏充足的循證依據，且具體機制尚不清晰，導致其面臨一定的質疑。由此，隨著技術的發展，如何為中醫藥融入現代化元素，構建嚴謹且高效的“醫、學、研”路徑，成為中醫藥現代化和產業化的重要課題。

香港憑藉其獨特的地理位置和“一國兩制”的制度優勢，成為中西方科學研究成果的樞紐，也是中國面向世界的窗口，更是中醫藥現代化發展的前沿地區。自確立中醫藥的產業地位以來，香港政府持續引導中西醫合作發展模式，推動中醫藥的標準化與臨床化，以提升其全球認可度。香港於1999年成立了中醫藥管理委員會，負責監管中醫藥的執業、使用、製造及銷售。截至2022年，衛生署已頒布十冊《香港中藥材標準》（Hong Kong Chinese Materia Medica Standards），共設置了超過330項中藥材參考標準，並詳細列出了每種中藥材性狀，鑒別，以及測定成分的方法細節。2010年，香港成立“香港檢測和認證局”，下設“中藥行業檢測和認證服務小組”，為經過檢測認證的中藥產品頒發資質證書。在高標準、嚴要求的法定監管下，10%-20%的香港市民在身體不適時會優先考慮選擇中醫問診。此外，香港的中成藥，如太和洞久咳丸、保濟丸等也受到了內地居民的熱捧，價格不斷上漲。

在科研領域，香港的多所高校，包括香港大學、中文大學、浸會大學和都會大學等，均開設了中醫藥的本科和研究生課程。得益於政府的資助，研究領域涵蓋中藥、針灸、中醫基礎理論及臨床研究，科研成果相對豐碩。香港每年約有數百篇中醫藥相關論文發表，其中不少論文刊登於《Gastroenterology》等國際頂級期刊。

然而，香港中醫藥產業的發展仍有很大空間。根據2022年香港中醫藥統計數據，香港的中藥製造機構僅有170家，從業人員約2630人，主要的貿易對象為韓國、澳門和中國內地（佔比高達70%），貿易總額長期維持在7至8億港元的低水平。與疫情前的數據相比，香港市場進一步萎縮，內地對其出口額自2017年跌至第三位後連續兩年下降。香港作為全國中藥商品轉口貿易集散地的優勢逐漸喪失，越來越多的採購商選擇直接從產地採購。這表明，香港極需尋求新的突破，推動中醫藥產業的發展。

### 3.香港中醫藥領域的政策法規制約因素

香港中醫藥的發展依賴社會各界的共同努力，其中政策法規起到了至關重要的作用。根據《2022年香港中醫藥統計》，中醫藥業包括以下三個方面：（1）中藥的製造；（2）中藥的分銷；（3）中醫服務。本文將分別對以上三個方面進行分析。

#### 3.1. 中藥的製造：資金限制導致缺乏國際認證

在中藥製造方面，雖然政府制定了詳細的中藥材參考標準，但香港的中藥製造企業在現代製藥品質保障上仍顯不足。例如，藥品生產質量管理規範（Good Manufacturing Practices, GMP）是全球公認的現代製藥質量標準。然而，截至疫情前，香港註冊的244家中成藥製造商中，僅有19家獲得了GMP認證（錢林霞，2020）。儘管香港政府近年來大力鼓勵和支持製造商完成GMP認證，但因藥廠規模較小且資金不足，導致認證進展緩慢。由於銷售市場局限於香港，企業難以獲取更多資金來實現

和維持 GMP 認證。相比之下，內地大多數中藥廠商已獲得 GMP 認證，令香港製造商在市場競爭中處於不利地位。

### 3.2. 中藥分銷：法規差異增加了多次注册的負擔

在中藥分銷方面，不同地區的法規差異使中藥流通面臨挑戰。以香港和內地為例，香港中成藥的申報資料僅需提供製劑的重金屬、農藥殘留和微生物限度等檢測報告，而內地則要求更多材料，包括輔料、包裝材料和長期毒性試驗報告等。此外，香港在中成藥新藥註冊方面，對於含單一化學成分的藥物，需按照西藥新藥的標準進行註冊；中藥注射劑及適應症增加的藥品也需按照新藥註冊，而這些在內地並不屬於中藥新藥的範疇（孫昱，2019）。這樣的規定差異意味著，中藥若想在兩岸四地銷售，需分別註冊四次，極大地增加了分銷成本，阻礙了中藥的流通。

### 3.3. 中醫服務：缺乏系統化的指導

在中醫服務方面，香港一直積極推動中西醫結合，但中醫的臨床服務依然缺乏系統化的指引。中醫的可信度在很大程度上依賴於臨床實踐，而香港的法規僅允許中醫師根據中醫理論進行診療（厚勝田，2022）。這要求中醫師具備扎實的辨證思維能力和臨床診治水平。然而在香港中醫館缺乏足夠的支持。一方面，政府撥款較少。據統計，2022-2023 年度政府向醫館所撥款 2.29 億元以發展中醫服務，佔醫管局撥款總額（904 億元）只有 0.25%（洪嘉禧，2022）。中醫館擴大規模進行臨床實踐條件有限；另一方面，由於中醫館缺乏足夠的支持以及系統化的臨床實踐指南，許多中醫師在診療時只能依賴個人經驗，存在潛在的風險。儘管香港可依賴內地發布的高質量中醫臨床實踐指南（如腦中風、失眠、慢性胃炎等方面），但仍有許多病症缺乏標準化的指導文件。

## 4. 香港中醫藥領域的未來探索

2019 年，《粵港澳大灣區發展規劃綱要》的提出，佔據全國 1/3 的人口和 1/3 經濟總量的大灣區市場融合，為香港中醫藥產業的發展提供了新的機遇。

### 4.1. 中藥的製造：積極推動大灣區合作，引領 GMP 認證

香港廠商因資源有限難以獨立解決 GMP 認證問題。借助大灣區的政策支持，香港中藥製造商可與內地企業合作，結合自身的研發優勢和內地的資源優勢，在實現銷售增長的同時逐步完善 GMP 認證。這將使香港廠商能夠更好地利用區位優勢，進軍國際市場。

#### 4.2. 中藥的分銷：發揮香港的中藥科研和檢測優勢，塑造大灣區中成藥共同市場

香港作為國際化都市，在中西醫結合方面具有獨特優勢。通過與內地企業的合作，香港可利用其在中藥科研和國際化檢測上的優勢，推動中醫藥市場的進一步發展。目前，香港特區政府衛生署與國家藥品監督管理局簽署了《關於中藥檢測及標準研究領域的合作安排》，這標誌著香港與內地藥物監管機構的緊密合作，推動了中藥邁向國際化的重要一步。

#### 4.3. 中藥服務：與內地中醫院合作，構建“課堂-實驗室-臨床教學”一體化

相比香港，內地擁有更豐富的臨床經驗和實踐機會。通過與內地中醫院的合作，香港可以為中醫師提供更多的臨床實踐機會，幫助他們將學術知識與臨床技能結合起來。例如，香港醫院管理局近期推出了中醫師培訓項目，選派經驗豐富的中醫師前往內地中醫院進行進修。這些中醫師不僅能夠提高臨床技能，還能夠將所學帶回香港，有助本地中醫服務的標準化發展。

#### 參考文獻

- 香港特別行政區政府衛生署 中醫藥規管辦公室 (2022)。〈香港中醫藥標準第十冊〉。擷取自網頁 <https://www.cmro.gov.hk/files/hkcmms/vol10/main.html>
- 洪嘉禧 (2022)。〈香港中醫規範之路〉。香港商報。 [https://www.hkcd.com/hkcdweb/content/2022/09/05/content\\_1362096.html](https://www.hkcd.com/hkcdweb/content/2022/09/05/content_1362096.html)
- 香港特別行政區政府統計處(2023)。〈2022年香港的中醫藥統計〉。擷取自網頁 [https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat\\_report/product/FA100089/att/B72311FA2023XXXXB0100.pdf](https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/FA100089/att/B72311FA2023XXXXB0100.pdf)
- 韋驊 (2021)。〈香港與內地簽署《關於中藥檢測及標準研究領域的合作安排》〉。新華社。擷取自網頁 [https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/16/content\\_5618306.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2021-06/16/content_5618306.htm)
- 錢林霞 (2020)。香港中醫藥的繁華與隱憂。新經濟,1,19-25.
- 孫昱 (2019)。中國香港與中國內地中藥註冊分類及技術性申報資料要求的對比。藥物評價研究, 42(8), 1503-1508.
- 徐弘毅 (2024)。〈“大灣區進階中醫臨床培訓計劃”開班 首批香港中醫師在粵開展臨床工作〉。新華社。擷取自網頁 [https://mp.weixin.qq.com/s?\\_\\_biz=MzAxNzE5ODM1NQ==&mid=2650937833&idx=1&sn=7b919a0cd73173f7a30ab5a3abafbc56&chksm=81dd49a989b121ae03c62c589fc6969e0b162e87b81fc433e7b8782aadd85224d0e47de57c3b&scene=27](https://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MzAxNzE5ODM1NQ==&mid=2650937833&idx=1&sn=7b919a0cd73173f7a30ab5a3abafbc56&chksm=81dd49a989b121ae03c62c589fc6969e0b162e87b81fc433e7b8782aadd85224d0e47de57c3b&scene=27)
- 侯勝田 (2022)。中醫醫館發展報告。北京：中國商業出版社。

中共中央、國務院(2019)。〈粵港澳大灣區發展規劃綱要〉。擷取自網頁 [https://www.gov.cn/zhengce/202203/content\\_3635372.htm#1](https://www.gov.cn/zhengce/202203/content_3635372.htm#1)

### 四、利益壁壘

### 五、市民觀念

謝雪兒

香港作為一個國際化的都市，其醫療體系一直以來都是市民關注的焦點之一。然而隨著人口老化，近年香港醫療體系面臨著日益嚴峻的挑戰，當中包括醫療資源分配不平衡、緊急救援和應急準備不足、公營醫療新症輪候期過長及醫療成本上漲等問題。香港的醫療體系可簡分為公營和私營，本文旨在探討香港市民對香港公私營醫療體系的觀念，並分析其背後的成因。

#### 香港市民對公營醫療的觀念和觀感

香港公立醫療制度向來備受香港市民信賴和倚重。多年來，這套醫療系統為香港民眾提供了可負擔和優質的醫療服務，成為香港健康安全網的重要一環。

#### 普及性和公平性

首先，香港公立醫療制度擁有高度的普及性和公平性，無論任何階層，只要有病，就能到公立醫院就醫，這是其深受市民信賴的關鍵所在。根據 2022 年的統計數據，香港約有七成的住院和門診服務由公立醫院提供。公立醫院的收費低，大大減輕了市民的醫療負擔。相比之下，私營醫療服務的收費卻高很多，一般市民如果沒有購買醫療保險，未必能夠負擔。即使經濟能力能夠負擔得起的市民，但由於價格差距太大，亦未必願意投向私營醫療。這種來者不拒的醫療服務模式，雖然有效確保了基本醫療資源的公平分配，讓所有市民，不分階層，都能享有基本的醫療權利，但卻為公營醫療帶來沉重的負擔。

#### 服務質素

香港公立醫療系統的服務質素以往都是備受肯定的。多年以來，公立醫院嘗試不斷提升服務水平，引入先進的醫療技術和設備，聘請優秀的專業醫護人員，確保為病人提供優質的醫療照顧。

醫管局於 2013 年委託香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院在七間急症公立醫院進行「病人服務滿意度調查」，合共訪問了 3,566 名出院病人。調查結果顯示，超過八成受訪者認為醫護人員的治理及照顧屬於好或非常好，同時亦有超過八成受訪者一直對診治的醫生及照顧的護士具有信心，至於診治和護理的整體評價亦屬良好，約七成六受訪者認為好或非常好。至於新一輪醫管局的病人經驗意見調查，已於 2023 年 10 月展開，結果有待公佈。

醫管局亦於 2021 年進行了「專科門診病人經驗調查」，調查結果亦是正面的。調查同樣由香港中文大學醫學院賽馬會公共衛生及基層醫療學院進行，以電話方式訪問逾 13,300 名曾使用 26 間選定醫管局專科門診服務的病人。調查涵蓋病人由「診期前」至「離開專科門診」過程中的服務範疇，其中因應服務模式的轉變和手機應用程式「HA Go」日漸普及，問卷亦新增疫情下專科門診的服務安排、「HA Go」使用經驗、專科門診新設備，以及社區支援服務資訊等問題。近九成受訪病人對 26 間醫管局專科門診服務的整體經驗評分在 7 分或以上（以 10 分為滿分），平均評分達 7.9 分，與 2018 年同類型調查相同。

這些調查不僅反映了公營醫療服務水平的提升，也顯示了公眾對公營醫療系統的高度信任。有些市民認為公立醫院的醫療水平與私家醫院不相上下，甚至有過之而無不及。這種廣泛認同，進一步鞏固了公眾對公立醫療體系的依賴。

### 可靠性和穩定性

公營醫療系統的可靠性和穩定性也是市民信任的重要支撐。相比私營醫療機構，公立醫院擁有龐大的醫療資源和完善的醫療網絡，能夠在緊急情況下提供及時和全面的醫療服務。

2020 年初爆發的新冠肺炎疫情，公立醫院的抗疫表現贏得了市民的高度讚賞。儘管在疫情初期醫療資源一度緊張，但公立醫院仍能堅守崗位，全力以赴救治確診患者，充分展現了其穩定和可靠的服務能力。這種在危急關頭依然能提供支援的表現，鞏固了公眾的信任。

### 改革和創新

公立醫療的持續改革和創新，也增強了市民的滿意度。近年來，公立醫院積極引進嶄新的醫療技術，如機械人輔助手術、影像診斷等，大幅提升了診治效率和醫療水平。同時，醫院也不斷優化就診流程，改善就診環境，讓患者就醫的體驗大為改善。這些正面變革，無疑贏得了公眾的高度認可和支持。

## 第二章 香港醫療體系的問題及成因

總括來說，香港公營醫療系統之所以備受市民信靠和依賴，源於其服務質素、普及性、公平性以及持續創新等多方面的優勢。這種制度性優勢，不僅造就了香港醫療健康事業的長期穩定發展，也鞏固了香港市民對公營醫療的深厚信任。

雖然香港公營醫療體系普遍獲得市民的信賴和高度依賴，但仍不乏一些問題和市民對其不滿。以下是針對香港人對公立醫療體制的不滿意見及其背後的原因：

### 輪候時間

首先，長期的輪候時間一直是公眾關注的焦點問題。根據政府數據，在 2023 年，公立醫院門診的平均等候見醫生時間為逾 4 個小時。部分專科，如骨科和眼科的新症輪候期更長達數年。這樣的輪候時間大大地影響了病人的就診體驗，也引發了市民的不滿情緒。住院及專科服務資源有限，隨著人口老化，實在無法完全滿足龐大的就醫需求。這個問題的主要原因是由於香港過去的醫療體系著重於住院及專科門診，卻忽視了基層醫療的發展。要解決這問題，必須加強基層醫療的發展及公私營合作。

### 人手不足

根據立法會 2023 年的數據，香港每 1,000 人口的醫生比率只有 2.1，低於眾多發達國家及地區。香港要培訓一個新醫生，從醫科生學位開始計算，由學生變成實習醫生這個過程，至少要花上六年時間。遠水不能救近火，因此在新血加入之前，公營醫療保留舊血絕對是重中之重。近年由於移民潮及退休潮的種種原因，公營醫生的離職率有急升的趨勢，令公營醫療體系雪上加霜。而在離職醫生當中，以急症科的情況最為嚴重，離職率由 2017 年的 6.3%，大幅提升至 2022 年的 11%，可謂醫生離職潮的重災區。大批急症專科醫生離職，大概就是非緊急急症等候時間在這幾年間上升了 20% 至 30% 的原因。

跟據《醫管局統計年報 2022-2023》，單單在這一年間，就有超過 800 萬人次使用專科門診服務，而使用基層醫療服務的亦達到 531 萬人次。香港人口大概為七百多萬，公營醫療體系卻要應付數以千萬計的服務人次，單看這些數字，就能想像到香港的公立醫院有多忙碌。

公立醫院的醫護人手嚴重不足，醫生和護士普遍工作時間過長，壓力沉重，這不僅影響了他們的工作效率，也可能影響醫療服務的質素，實在是一個惡性循環，令公營醫療體系難以挽留和吸引更多優秀人才加入。即便政府近年加大了醫療人力資源的栽培及投入，但仍未能完全緩解公立醫院的人手短缺困境。

### 管治體制

公立醫院的管治體制也引發了公眾的關注。有批評指，公立醫院受政府過度干預，缺乏自主性和彈性，難以因應市場變化而靈活調整。同時，公立醫院的財政和人事管理也存在一定限制，無法完全滿足醫療領域的實際需求。這種僵化的管治體制，阻礙了公立醫院的進一步改革和升級。

最後，公眾對公營醫療系統的整體透明度和問責制度也表示關注。有意見認為，公立醫院在資源分配、醫療質量監管等方面的資訊披露不足，缺乏有效的公眾監督機制。這不僅影響了公眾對系統的信任，也阻礙了持續改革的推進。

總括來說，儘管香港公營醫療體系普遍獲得市民的信賴，但仍不乏一些值得關注的問題，如漫長的輪候時間、醫護人手短缺及僵化的管治體制等，這些問題引發了公眾的不滿和憂慮。

### 香港市民對私營醫療體系的觀念和觀感

香港的私營醫療系統一直是社會熱議的話題。對於香港人來說，私營醫療既有吸引力，也存在一些令人擔憂的問題。以下是香港人對香港私營醫療質素和費用的觀念及看法。

#### 私營醫療的質素

在香港，私營醫療一直以高質素的醫療服務著稱。這些服務通常包括較短的等候時間、更個人化的照顧以及先進的醫療設備。對於一些需要緊急治療或專科診治的患者來說，私營醫療提供了更快捷便利的途徑。

#### 專業水平

許多香港人認為私營醫療的專業水平較高。私營醫院和診所通常會聘請經驗豐富的醫生和醫護人員，並且提供更先進的醫療設施，讓患者感到更有信心。比如一些私家醫院的設備和技術更能夠與國際標準接軌，提供尖端的醫療服務。

#### 服務質素

私營醫療機構在服務質素方面也得到不少稱讚。這些機構往往提供更為周到和個人化的服務，從預約到治療的過程中，患者可以享受更高水平的關懷和照顧。這在公營醫療體系中，基於人手不足和資源緊張，往往難以實現。

#### 環境與設施

私立醫院的環境和設施通常較為優越。整潔、舒適的病房，先進的醫療設備，以及良好的病房服務，這些都使得患者感到更為安心和舒適。與公立醫院相比，私立醫院的患者通常能享受更好的住院條件和更便捷的就醫過程。

### 私營醫療的費用

然而私營醫療的高質素無庸置疑伴隨著高昂的費用。這也是許多香港人對私營醫療心存顧慮的主要原因之一。關於市民對私營醫療費用的觀念，可以分為以下三部分：

#### 1. 昂貴的費用

私營醫療的費用高，是許多香港人對其望而卻步的原因之一。診金、檢查費用、住院費用、雜項等各項開支逐一計算，遠超公營醫療的費用。至現時(2024年)為止，公營醫療大部分項目的收費只是\$200以下，住數天醫院，進行一系列檢查甚至手術，亦只需付住院費每天\$120。同樣的程序，在私家醫院進行，恐怕也至少以萬計結帳，收費相差或有100倍之多！所以即使等候時間長，單憑極低收費這一點，便足以讓百萬計的中低收入家庭繼續依靠公營醫療，去交托自己的健康和生命。

#### 2. 保險覆蓋

香港雖然有不少保險公司提供醫療保險服務，但並非所有人都能夠負擔得起。再者，大部分個人購買的保險只覆蓋住院部分，如需要涵蓋門診部分，便需要支付更高的保費。除此之外，已有的疾病及相關的問題一般都會被拒保，而有些保險計劃的覆蓋範圍有限，即患者在使用私營醫療服務時，仍需支付一部分甚至大部分的費用。政府提出的自願醫保是其中一個解決方案。

#### 3. 費用透明度

費用透明度也是一個問題。許多患者在選擇私營醫療服務時，往往無法提前預知最終的費用，這使得財務規劃變得困難。有些患者在治療結束後，才發現費用遠超預期，導致了一些不滿和投訴。現時一些私營醫院採納套餐式收費，可算是其中一個改善方案。

儘管費用高昂，仍有不少香港人選擇私營醫療，尤其是在涉及診斷嚴重疾病或需要快速治療的醫療情況下。對於這些患者和家人來說，私營醫療的速度和服務質素是公營醫療無法取代的。

### 公私營雙軌制醫療的優勢與挑戰

香港公營和私營醫療雙軌制醫療體系某程度上保障了市民的醫療權益，但也帶來了不少挑戰和矛盾。

香港公營醫療的診所和醫院覆蓋全港，而且價錢低廉，提供從基層醫療到專科醫療至入院的全面服務，確保所有市民都能獲得基本的醫療保障。但是面對人口老化、人手短缺及資源緊張的問題，公立醫院的輪候時間越來越長，特別是在專科門診和非急症治療方面。

香港私營醫療相對能夠提供快速診治及比較個人化的服務，令患者毋須長時間等候，也讓患者和其家人得到更貼心的照顧。而醫療設施方面，許多私立醫院擁有先進的醫療設備和設施，能夠提供高水平的醫療服務。可惜醫療費用高昂，一般沒有購買醫療保險的病人未必能長期負擔。此外，私營醫療的收費亦和公營相差太遠，令一些原本能夠負擔醫療支出的病人不期然地選擇公營醫療。

香港人無論在選擇公營或是私營醫療時，均會權衡多方面的因素。公立醫療的優勢在於普及性和可負擔性，但需要非常長的輪候時間，而且服務相對較為公式化。私營醫療則提供更個人化及優質的體驗，但成本卻較高，並無法完全覆蓋所有人。

隨著人口老齡化和醫療需求持續增加，香港的醫療保健系統面臨著巨大的挑戰，其中一個重要的改革方案便是發展基層醫療。多年來基層醫療一直被忽視，而醫療政策側重於重病和住院治療，以致忽視了疾病的預防及病人的自理，市民更加沒有一人一家醫生的概念。有見及此，政府於2022年12月19日公佈《基層醫療健康藍圖》，為強化香港的基層醫療健康系統制定發展方向及策略。政府亦將於2024年七月成立基層醫療署，推動基層醫療的發展及公私營合作。

此外，政府近年來亦推出了多項措施，如「自願醫保」、「醫療券」和「安老按揭計劃」。這些計劃通過稅務優惠和其他誘因，鼓勵香港人自行購買私營醫療保險及提高市民對私營醫療的參與度。政府希望透過這些措施，能夠減輕公營醫療系統的負擔，同時為市民提供更多可靠的醫療選擇。不過，這些計劃也面臨著一些挑戰。部分市民擔心保費過高或保障範圍不足，而且對保險計劃的了解和參與程度也有待提高。政府正努力通過教育和宣傳，提高公眾對私人醫療保險的認知和接受程度。

總括來說，公營和私營醫療體系在滿足香港人的醫療需求中扮演著不可或缺的角色。隨著人口老齡化和醫療需求的增加，醫療體系正面臨著重大的挑戰，這需要政府、醫療機構、醫護人員、社會各界和公眾之間的持續溝通和協調，才能建立一個公平、可持續的醫療體系，保障市民的健康。

## 第三章

# 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

### 一、醫療政策的層面

羅天昇

### 二、醫療體系的架構設置

林欣河

### 三、基層醫療的改革

方玉輝

現時醫療體制「重治療、輕預防」，公共的資源和壓力嚴重傾向公營醫院。政府用於公營醫院服務的開支佔總醫療開支的比重超過八成，資助基層醫療護理的開支則不足兩成。九成的醫院服務由公營醫院負擔，約七成的基層醫療服務由私家醫生、牙醫、中醫師及私營機構提供。隨着人口持續老齡化及慢性病日益普遍，公營醫療系統的可持續性正面臨重大的挑戰。政府承諾會重整醫療體制，目標是由目前以治療為主、以醫院為中心的格局，轉向以預防為重、以社區為中心的體制，投放更多資源推動基層醫療<sup>1</sup>。政府在1989年8月成立了一個由醫學教授、醫療界、社會人士及官方代表組成的「基層健康服務工作小組」，檢討香港的基層醫療系統。小組在1990年12月向政府提交報告，建議加強健康教育、家庭健康服務、防疫注射工作、傳染病和非傳染病的控制，以及基層健康服務的組織和管理，特別是社區的參與及其他醫療範疇的統籌。該報告提出不少建議，譬如在職業健康、普查、醫療資訊、醫護服務研究、社區健康護理及康復工作等方面引進新思維，建議成立「基層健康管理局」負責基層健康服務，並由衛生署執行任務，署下設有各區的地區健康系統；報告並建議衛生署成立新的學童健康服務，取代原來的學童保健計劃，以及提倡培訓家庭醫生和基層醫護專業人員。在針對昂貴的醫院服務方面，小組建議政府進行特別檢討，以制定將來支持醫護服務的醫療融資政策。可是至今一直沒有落實基層健康服務工作小組報告的許多建議，到2019年才於葵青區成立第一間地區康健中心，做成今天基層醫療系統的嚴重缺乏。

---

<sup>1</sup> 立法會七題：基層醫療服務  
<https://www.info.gov.hk/gia/general/202211/30/P2022113000472.htm?fontSize=1>

在 2003 年嚴重急性呼吸系統綜合症（「沙士」）一疫之後，政府於翌年於衛生署轄下成立衛生防護中心，中心設有健康促進處。健康促進處的主要工作範疇包括：負責與「健康城市」計劃的社區伙伴合作，發展和進行健康促進活動，並執行與健康促進有關的社區聯絡工作；在健康促進方面進行研究和建構能力；與社區團體合作籌劃、推行和評估健康促進計劃；和與本地及海外機構合作，加強健康促進的成效。衛生防護中心的功能已概括了不少基層醫療的工作，但卻不列入官方的基層醫療發展的背景<sup>2</sup>。在 2008 年政府公布「掌握健康掌握人生」醫療改革諮詢文件中，提出了加強基層醫療發展，特別是提供持續、預防性、全面，及全人的醫療服務。基層醫療工作小組亦於當年 10 月重新成立。2010 年，當時的食物及衛生局公布「香港的基層醫療發展策略文件」，提出改善基層醫療服務的主要策略和路徑，包括 (i) 發展由跨專業團隊提供的全面醫療服務，特別是要配合長期病患者及長者多方面的醫療需要。(ii) 改善個人醫療服務的持續性，提高預防疾病和治理的成效，令資源運用更具效率。(iii) 改善不同界別的醫護專業人員之間服務的協調，減少重複的服務，有助病人根據個人需要獲取最佳的醫療服務。(iv) 加強以預防性的方針，應付主要疾病所帶來的負擔，包括推廣健康行為、及早偵測疾病，提供更佳的疾病治理以防止病情惡化和出現併發症。(v) 加強跨界別協作，以改善提供優質的醫療服務，尤其是為長期病患者提供的醫療服務。(vi) 着重以人為本的醫療服務和提升病人能力，從而加強病人對治療的遵從和提升護理質素。(vii) 支援專業發展和質素改善，有需要重新訂定方向，着重以人為本的護理，以及與不同界別的醫療服務提供者合作。(viii) 加強架構及基礎設施的支援以應付轉變，例如資訊科技的使用。衛生署轄下的基層醫療統籌處於同年成立，支援推行上述加強基層醫療的策略。同時，《基層醫療指南》的西醫及牙醫分支指南和中醫分支指南分別於 2011 年 4 月和 2012 年 10 月推出。另外，基層醫療統籌處亦推出了涵蓋成年糖尿病及高血壓患者，以及兒童及長者在基層醫療的預防共四份參考概覽框架。

2017 年，行政長官在其施政報告中提出在葵青區設立地區康健中心，以先導計劃形式進一步加強公私合營和醫社合作，提高市民對保持健康生活、預防疾病及管理個人健康的意識，並對長期病患者提供更多支援；其後亦提出積極推展在其他地區成立地區康健中心的工作。同年政府成立基層醫療健康發展督導委員會，負責全面檢視基層醫療服務的規劃，並為香港基層醫療健康服務可持續發展制訂藍圖。前食物及衛生局於 2019 年 3 月 1 日成立直屬的基層醫療健康辦事處，在決策局層面監察及督導基層醫療健康服務的發展，並於 2019 年 10 月 1 日和衛生署轄下的基層醫療統籌處合併。基層醫療健康辦事處的主要工作包括：發展地區康健中心，以地區為本為原則，及以

---

<sup>2</sup> 基 層 醫 療 發 展 的 背 景  
[https://www.healthbureau.gov.hk/pho/main/background\\_of\\_primary\\_care\\_development.html?lang=0](https://www.healthbureau.gov.hk/pho/main/background_of_primary_care_development.html?lang=0)

嶄新的營運模式促進公私營及醫社合作，提供基層醫療健康服務；加強不同專業、界別及團體之間在基層醫療範疇的協調；制訂、更新及推廣基層醫療健康服務的參考概覽；管理及推廣使用《基層醫療指南》；推廣基層醫療、家庭醫生的概念及家庭醫學<sup>3</sup>。基層醫療健康專員於2022年11月7日履新，隨後政府於2022年12月19日公布基層醫療健康藍圖<sup>4</sup>，旨在針對香港醫療系統的服務提供、管治、資源、人力及科技等範疇，以制定有助提升全民健康、提高市民生活質素的基層醫療健康系統發展的路線圖，分階段將醫務衛生局轄下的基層醫療健康辦事處改組成基層醫療署<sup>5</sup>，務求透過單一架構，就提供基層醫療健康服務、標準制訂、質素保證及基層醫療專業人員的培訓做好管理，並要求所有提供基層醫療健康服務的家庭醫生和醫療專業人員（包括護士）登記加入《基層醫療名冊》，以保證基層醫療服務的質素，及建立基層醫療服務與專科及醫院之間的雙向轉介機制，強化基層醫療服務提供者的個案管理角色及把關作用。

世界上的醫護服務趨勢均著重基層醫療的工作，包括健康教育、疾病預防、長期護理及康復治療等，而這些服務必須在社區而並非在醫院內提供。世界衛生組織認為基層醫療是綜合的健康服務，滿足人們一生的健康需求；並通過多部門政策和行動解決更廣泛的健康問題決定因素；和增強個人、家庭和社區的能力，使他們能夠掌控自己的健康<sup>6</sup>。推動基層醫護服務，作為醫療體系的基石，不但可以減少醫院服務的需求，為政府和社會減輕財政上的負擔，又可以加強預防疾病和減少病發的機會。「預防勝於治療」是永遠通用的不朽原則，適用於任何年紀、性別、教育程度、財富、職業類別和健康狀況的人士。政府衛生署管轄的基層醫療未獲重視，以致多年來原地踏步，跟醫管局公營醫院的距離愈拉愈遠。1999年哈佛大學的專家顧問小組獲香港政府邀請對香港的醫療服務進行入的檢討，小組在其醫護改革報告指出香港沒有充份發展基層醫療服務。政府在2003年的施政報告政策綱領中，建議在公營醫療機構推行多元基層護理模式，加強基層醫療服務；這樣不但對財赤起了很大的舒緩作用，也制定了正確的醫療政策和發展趨勢。但是政府又一次沒有積極落實有關建議。

基層醫護是希望社群中的每個人及每個家庭都能夠容易地獲得基本的醫療衛生和健康服務，達致全民有健康的保障，這些服務是市民在醫護體系的首個和持續的接觸點，

---

<sup>3</sup> 基層醫療健康辦事處的主要工作  
[https://www.healthbureau.gov.hk/pho/main/about\\_us.html?lang=0](https://www.healthbureau.gov.hk/pho/main/about_us.html?lang=0)

<sup>4</sup> 基層醫療健康藍圖  
[https://www.healthbureau.gov.hk/download/press\\_and\\_publications/otherinfo/221200\\_primary\\_healthcare/c\\_primary\\_healthcare\\_blueprint.pdf](https://www.healthbureau.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/221200_primary_healthcare/c_primary_healthcare_blueprint.pdf)

<sup>5</sup> 政府公布《基層醫療健康藍圖》  
<https://www.info.gov.hk/gia/general/202212/19/P2022121900560.htm>

<sup>6</sup> World Health Organization. Primary Health Care. [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1)

在整個系統中擔當非常重要的角色，其概括的範圍極廣。在基層醫護的系統中，需要注意下列各項組合：

- 一、 哪些人需要服務：年齡、性別、教育、居住地區、社會階層的不同；
- 二、 為何要提供服務：社群需要、人力資源、社會及政府的承擔能力、服務的社群和醫護效益、長期和短期的成果考慮等；
- 三、 誰是服務提供者：除了醫生、中醫師、牙醫、護士、藥劑師和專職醫療之外，還有其他各專業及一般的社區服務者；
- 四、 怎樣提供：要留意地區的特色，以及其社群的特性及文化背景等；
- 五、 何處：以最接近社群為佳；
- 六、 何時：在什麼時候和情況下轉介專科或入院作進一步護理。

香港基層醫療系統的主要服務包括：

#### (一) 門診服務

門診服務分為公營及私營。公營服務主要由公立醫院及衛生署的門診部提供。全香港有九成的門診服務由私家診所提供，大多數是個別的註冊醫生自僱獨立工作，有些以合伙的形式或與牙醫、中醫師共用一個診所，亦有「連鎖」式及醫療集團和上市公司提供私家門診的服務。在這些診所及醫療中心工作的醫生，差不多全部是受僱人士。另外，亦有少數門診採用聯網聯營的模式，個別獨立運作的診所會互相轉介病人和聯合一起向醫療服務公司、保險公司及公私營機構提供相關的服務，採用集團式運作機制。私家門診的服務多元化，在醫生分科方面，沒有公營的那麼界限分明。公立醫院的專科門診必需由醫生轉介，病人可以由私家醫生、公立門診及醫院的醫生寫介紹信。

家庭醫生在基層醫療的服務裡擔當很重要的角色，是市民看病的第一站，提供全面性、持續性、同時又收費合理的醫護服務。家庭醫學著重身（身體）、心（心境、情緒）、社（社群、工作、家庭）對健康的影響和對疾病的形成；因此，家庭醫生在照顧病人及其家人的同時，會考慮身、心、社三方面的因素，作出適當的治理、諮詢和藥物一起處方，以醫治病者的問題。家庭醫生重視建立和患者之間的良好關係，從而有效地進行健康教育、疾病預防、及輔導等工作，幫助患者更全面地處理健康問題。在需要轉介病人見專科醫生時，家庭醫生有責任跟進，向專科醫生了解診治詳情，以便為病人解答疑問和作出日後的跟進護理。另外，疾病的預防、健康的促進和教育都是家庭醫生的工作。

家庭醫生的概念已存在一般人的心目中，一些市民有固定的醫生為他們及家人看病。家庭醫學是世界的大趨勢<sup>7</sup>，近年在香港的發展亦是比較顯著。而香港家庭醫學學院是

---

<sup>7</sup> 家 庭 醫 學 （ 修 訂 版 ）  
[https://cup.cuhk.edu.hk/index.php?route=product/product&path=59\\_69\\_101&product\\_id=711](https://cup.cuhk.edu.hk/index.php?route=product/product&path=59_69_101&product_id=711)

這門醫學在香港的專業組織，成立於半個世紀前，起初名為香港全科醫學學院。公營醫院也設有家庭醫學門診，除了為市民提供基層的門診服務外，也擔當培訓家庭醫生的責任。發展家庭醫學有助於確保基層醫療服務的質素，又可解決因服務架構「分裂隔離」而引起的問題。基層醫療服務工作小組在1990年建議發展家庭醫學，但香港的醫療服務的重點和公營資源分配，仍然是以高成本、高科技的醫院服務為主。

市民一般很難知道甚麼才是正確的醫療服務方式、可以對醫生有甚麼要求，也不容易判斷誰是「好」醫生。家庭醫學未能在香港全力發展，當中主要的原因包括：

- 一、 人口流動頗快，很多人都在數年內搬家一次；
- 二、 醫療保險及僱員醫療計劃的指定醫生及診所名單，與公營醫院的家庭醫學門診一樣，公司及保險計劃有指定醫生(Panel Doctor)，一般不容許受保人士每次看病都選擇同一位醫生，這個錯配影響看病的持續性。另外，指定的醫生亦不時轉變，其中涉及的合約純為商業性質。
- 三、 市民對家庭醫生的認識不足，也不知道持續地跟進健康的重要；
- 四、 有些人因為私隱的原因而不會長期看同一位醫生，或者全家人看同一位醫生。

不過，近年因為市民著重診症的素質，要求也高了，不少醫生都進修了大學及香港家庭醫學學院提供的文憑課程和持續進修教育，為香港的家庭醫學服務打好了穩固的根基，直接有助基層醫護的發展，亦大大提升了我們醫護體系的改善空間。

中醫藥的服務一向都存在，相當普及，有多年的歷史。中醫藥服務大多以中藥店的方式營運，由中醫師駐診。中醫藥的使用受《中醫藥條例》監管，香港中醫藥管理員委員會便是根據此條例成立，規管中醫的執業及中藥的使用和銷售；設立中醫評審和規管制度，包括中醫註冊、考試和紀律；以及設立監管機制，通過註冊、發牌和標籤制度，規管中藥的製造、銷售、零售和進出口。除了傳統的中藥店之外，近年多了中醫師自設獨立診所開業，亦有大學和一些醫療機構開辦中醫醫療中心。政府在全港十八區設立公營的中醫診所暨教研中心，提供中醫藥服務，進行臨床研究工作，制定治療標準和發展中西醫藥互相銜接的模式，發展中西醫藥合作。政府積極推動中醫藥發展<sup>8</sup>，於2018年成立中醫藥處，在政策層面推動香港中醫藥發展政策的整體規劃及統籌工作。為進一步推動香港中醫藥的全方位發展，政府由2023/24年度起強化中醫藥處的職能，並於2024年5月委任中醫藥發展專員一職<sup>9</sup>，統籌中醫藥專業及政策發展，帶領醫務衛生局中醫藥處積極與中醫藥界持份者保持緊密聯繫，共同構建《中醫藥發展藍圖》以勾劃未來發展願景及策略，完善政策頂層設計，並監督與香港中醫醫院及

<sup>8</sup> 中醫藥發展 <https://www.policyaddress.gov.hk/2023/tc/p148.html>

<sup>9</sup> 醫 務 衛 生 局 委 任 中 醫 藥 發 展 專 員  
<https://www.info.gov.hk/gia/general/202404/10/P2024041000262.htm>

政府中藥檢測中心發展、中醫藥服務、專業、產業、教育、研究及公眾教育等範疇相關的政策事宜，以及加強中西醫協作，全方位推動香港中醫藥的高質量發展。與此同時，與中醫藥界攜手，讓香港在粵港澳大灣區中醫藥高地建設中擔當更重要的角色，進而貢獻國家中醫藥發展大局，助力國家推動中醫藥走向世界。

牙科方面，大部分牙科服務由私人執業的牙醫提供，一般收費不便宜。他們大多是個別成立診所，有部分用合伙型式，有些牙醫和西醫共用一間診所，近年更出現聯網及集團式的運作模式。政府衛生署屬下有五十多間牙科門診，向公務員及其家屬提供全面性的牙科服務。自1980年起，政府成立學童牙科保健，為所有小學生提供牙科護理服務，並促進口腔健康和衛生及教育的工作。衛生署轄下其中11間政府牙科診所，每周劃出特定時段，為有需要的市民提供免費緊急牙科治療（俗稱「牙科街症」），服務包括治理急性牙患、處方藥物止痛、治理口腔膿腫和脫牙。牙醫也會按個別病人的需要，向他們提供專業意見。行政長官在2022年《施政報告》宣布全面檢視政府提供或資助的牙科服務，並在2022年年底成立口腔健康及牙科護理工作小組，檢討口腔健康及牙科護理的政策方針、推展策略、服務範疇和提供模式。行政長官參考了工作小組中期報告的建議，在2023年《施政報告》提出一系列措施，以加強不同年齡層和目標群組的牙科護理服務<sup>10</sup>。工作小組提出，未來牙科服務發展應該配合《基層醫療健康藍圖》的策略，為市民發展基層牙科護理服務，以保存牙齒及提升市民口腔健康整體水平為目標。政府亦認同工作小組的意見，考慮以公帑資助治療性牙科服務時，必須顧及長遠的財務可持續性，把重點放在預防性基層牙科服務將更具成本效益，以達致提升市民口腔健康的整體水平，而同時對個別難以獲得牙科護理服務的弱勢社群，提供針對性的協助。

#### (二) 健康促進及教育

衛生署設有健康促進處，而醫管局總部有健康資訊天地，負責推廣健康知識，印製單張及海報等，並且策劃有關的科研工作。健康教育對加強社會大眾關注身心健康，實在非常重要，故此參與健康教育活動的機構及人士不勝其數。藥劑業也印備健康及疾病的資料單張，方便醫生派發給市民，業界亦贊助舉辦和協辦健康教育的活動。另外，醫療業界的專業組織、大學、學校、民間組織、區議會、宗教團體、慈善機構、公立醫院、私家醫院、報章、雜誌、電台、電視台、網站等，都提供健康教育的服務。一些電台、電視台、報章及社交媒體設有健康熱線，為市民解答問題。

#### (三) 學生健康

推行多年的學童保健計劃於1995年由衛生署推出的學生健康服務取代，為小一至中七的日校學生，提供一系列的健康普查及健康教育服務，促進學童的身心健康。範

---

<sup>10</sup> 立法會十四題：加強牙科服務的措施  
<https://www.info.gov.hk/gia/general/202401/10/P2024011000281.htm>

圍包括生長、營養、血壓、視力、聽覺、脊柱、青春期發育及社會心理健康等，以便及早發現健康方面的問題，從而轉介予健康評估中心或專科診所跟進。學生健康服務亦提供個別輔導及健康教育的服務，費用全免。學童的健康，家長及學校均有責任，使學童在身、心和知識快速發展的階段，健康和快樂地成長。

#### (四) 長者健康

衛生署自 1998 年開始在各區成立長者健康中心，以家庭醫學模式，由跨專業團隊為長者提供服務<sup>11</sup>。65 歲或以上的長者均可申請成為會員，接受身體檢查、健康評估、輔導、治療及健康教育的服務。由於中心會員的流轉量不高，所以新申請人士一般需輪候一段較長時間，約十至三十三個月。這是政府的長者健康服務的一個項目，其他還有公共健康及行政與有關資料的蒐集和分析。長者健康服務，旨在加強為長者的基層健康服務和提高他們的自我照顧能力，減輕社會、家庭及個人的負擔。長者健康中心亦設有外展隊伍，在社區籌辦促進健康活動和定期為長者提供防疫注射。公立醫院設有老人科，亦設有社區外展隊，後者到區內的安老院為長者跟進已有的慢性病和提供社康護理等服務，減少他們到醫院覆診及使用急症服務的次數。其他的長者健康和醫療服務。除了部分由私人醫生和私家醫院提供之外，很多相關的服務和活動都是由非牟利、宗教、慈善和專為長者而成立的組織所提供。這些機構都得到政府或其他社會資源的資助。

#### (五) 婦女健康

無論在社會和家庭裡，婦女均扮演重要和多重的角色，包括促進健康，對子女、家人及社會人士的健康有重大的影響。婦女佔勞動人口的四成以上，大學生中有過半數是女性，故此婦女在社會裡的各方面都有肯定的參與和貢獻。很多婦女同時要承擔妻子、母親、僱員及僱主等各式責任，難以做到樣樣稱職。部分婦女的個人壓力、家庭和夫婦間的不協調、不和諧，往往由此而起。政府在 2001 年成立婦女事務委員會，向政府提供策略和制定目標以促進婦女的權益和福利。另外，衛生署設有母嬰健康院和婦女健康中心<sup>12</sup>，為 64 歲或以下的女性提供家庭計劃指導、健康教育、婦女身體檢查、個別輔導和專科的服務，根據婦女在不同人生階段的健康需要而提供促進健康的服務。

#### (六) 男士健康

香港男士的預期壽命已趨八十，打破以往「人生七十古來稀」的傳統說法，男性的死亡因素以癌症、心臟病、中風、受傷、自殺為主。香港的醫療發展向來偏重婦幼保健工作，男士健康的概念在香港的起步較遲，針對男士健康的醫療服務亦相對缺乏，主要由私營及非政府機構提供服務。男士健康所涵蓋的範圍相當廣泛，由大眾關注的性功能障礙，以至男士常見的不良生活習慣、高危行為等。衛生防護中心設立男士健

---

<sup>11</sup> 長者健康服務 [https://www.dh.gov.hk/tc\\_chi/main/main\\_ehs/main\\_ehs.html](https://www.dh.gov.hk/tc_chi/main/main_ehs/main_ehs.html)

<sup>12</sup> 婦女健康服務 [https://www.fhs.gov.hk/tc\\_chi/main\\_ser/woman\\_health.html](https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/main_ser/woman_health.html)

康資訊專頁<sup>13</sup>，加強市民對男士健康的意識，鼓勵男士多關注自己的健康，實踐健康的生活模式、戒掉有損健康的壞習慣、積極與家人朋友溝通，以及有需要時盡早尋求醫療協助。

#### (七) 社康護理服務

社康護理服務由醫院管理局提供<sup>14</sup>，目的是為病者提供全面及持續的家居護理服務。為有需要的人士進行居家護理和促進健康的工作，包括傷口護理、胃喉、尿喉等日常衛生及更換。社康護理服務亦為病人進行全面性評估，因應病人及家庭的個別需要，制定相關的護理計劃及執行措施。該服務定時進行檢討及監察成效，以能提升病人的自我照顧能力及其照顧者的照顧技巧，積極為病人解決健康問題，促進康復。對病情較複雜的慢性疾病病人，社康護士會以個案管理模式為其提供各種適切的護理。社康護士為病者及其家人提供護理、指導、健康教育、普通衛生和防範喉管等發生意外的知識，從而大大減少病人使用醫院服務的需要。

#### (八) 地區康健中心

由於人口老化，慢性和複雜疾病日趨普遍，香港的公共醫療系統正承受巨大的壓力；與此同時，市民普遍仍然偏重以治療為主的醫療服務。為扭轉「重治療、輕預防」的醫療體制和觀念，政府在 2018 年的《施政報告》提出在全港 18 區成立地區康健中心（康健中心），提倡基層醫療以減輕醫管局的壓力，透過醫社合作及公私營合作模式提供基層醫療健康服務，提升市民自我管理健康的能力及支援長期病患者。

首間位於葵青區的健康中心於 2019 年 9 月底啟用，政府其後於深水埗、黃大仙、屯門、南區、荃灣及元朗設立地區康健中心，並於另外 11 區設立地區康健站。地區康健中心的服務包括健康推廣、疾病的預防及篩查、慢性疾病管理和社區復康服務，由護士、物理治療師、職業治療師、營養師、藥劑師及社工組成的團隊提供；因為團隊中沒有醫生和中醫師，地區康健中心或康健站亦會向私營服務提供者購買服務（例如看病和化驗）。

地區康健中心和地區康健站建立得很快和急促，而且營運的非政府組織多是社福機構，缺乏基層醫療概念與社區健康服務的經驗。另外，地區康健中心的計劃和建設有些基本問題，為何不深化和優化已存在多年的基層醫療服務而另外設立新的中心？不但多了額外的支出，也與現有的服務重疊；它們又不提供中、西醫的服務，致使服務先天不足而不全面。因此，很難期望政府能夠建立一個足以提升全體市民健康、提高市民生活質素的基層醫療健康系統。

---

<sup>13</sup> 男士健康計劃簡介 <https://www.chp.gov.hk/tc/static/80001.html>

<sup>14</sup> 社康護理服務 [https://www.ha.org.hk/visitor/ha\\_visitor\\_index.asp?Content\\_ID=10090&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent\\_ID=10089](https://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10090&Lang=CHIB5&Dimension=100&Parent_ID=10089)

醫務衛生局在 2023 年 11 月推出「慢性疾病共同治理先導計劃」<sup>15</sup>（「慢病共治計劃」），45 歲或以上、未有已知糖尿病或高血壓病歷的香港居民可經任何一間地區康健中心參加該計劃，配對家庭醫生作糖尿病和高血壓篩查和長期跟進。盡早開始管理自己的健康狀況可防患未然，以及做到「早發現、早治療」，提升自己的健康狀況。合資格人士將透過共付模式，自行負擔一定的共付額，並在政府資助下於私營醫療市場接受糖尿病和高血壓篩查、醫生診症和化驗，以及按個人健康狀況獲處方藥物，接受護士診所和專職醫療服務跟進。家庭醫生為參加者診症後，會安排他們接受化驗以及解釋診斷結果。經篩查後確認未有糖尿病或高血壓等情況的參加者可獲地區康健中心協助制訂健康管理目標，以及按需要獲安排參加有助改善生活方式的活動等，以保持其健康體魄。若參加者被診斷為血糖偏高，或已患有糖尿病或高血壓，他們會獲政府資助，由其選定的家庭醫生長期跟進。

#### (九) 基層醫療署

近年特區政府在公營醫療機構推行多元化的基層護理模式，在基層醫療健康發展督導委員會的帶領下，政府已發表了基層醫療健康藍圖，具體的政策方向和重點包括以下五項：

- 一、 建立以地區為本、家庭為重的社區基層醫療系統；
- 二、 加強基層醫療服務的管理；
- 三、 善用私營醫療服務，改善基層醫療服務的融資安排；
- 四、 加強基層醫療人手規劃及培訓；及
- 五、 加強疾病監察及健康紀錄互通。

特區政府於七月十五日在醫務衛生局轄下成立基層醫療署<sup>16</sup>，承接現有基層醫療健康辦事處的工作，專責管理與基層醫療相關的服務供應、標準制定、質素保證和人員培訓，並透過策略採購統籌處，以策略採購方式規劃基層醫療健康服務及分配資源，從而加強整體基層醫療服務。政府亦同時成立了基層醫療委員會，協助基層醫療署有效發揮其職能及行使其職權。衛生署會繼續維持其公共衛生職能，規劃全香港整體公共衛生策略，以及擔當規管和執法的角色，包括優化監管藥物器械的審批註冊。醫管局則會集中為市民提供公立醫院服務及相關醫療和康復服務，並在基層醫療署制定的政策下，專注為弱勢社群，尤其是無力負擔醫療費用者提供不可或缺的安全網。有關

---

<sup>15</sup> 「慢性疾病共同治理先導計劃」下周一起接受市民報名參加 <https://www.info.gov.hk/gia/general/202311/06/P2023110600221.htm>

<sup>16</sup> 政府今日成立基層醫療署 持續積極推動基層醫療發展 [https://www.info.gov.hk/gia/general/202407/15/P2024071500323.htm?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR1quYiEBWLP8-wGRsWOoxEiLdloidlyn2Tp7Y2LI2FY\\_FNV62vJS7s1Qwl\\_aem\\_XI7-iiieDYEkCKAf7yL1qA](https://www.info.gov.hk/gia/general/202407/15/P2024071500323.htm?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR1quYiEBWLP8-wGRsWOoxEiLdloidlyn2Tp7Y2LI2FY_FNV62vJS7s1Qwl_aem_XI7-iiieDYEkCKAf7yL1qA)

分工將有助把基層醫療定位為醫療服務金字塔的基礎，同時為醫院及醫療機構的第二層和第三層專科醫療服務把關。

政府會研究制定新法例，賦予基層醫療署權限和法定權力，包括界定基層醫療服務提供者、審核和監察相關人員的服務質素、訂立適用於私營基層醫療服務提供者的服務標準，以及設立服務質素保證機制等。基層醫療署將在下列三個範疇，以更全面、經協調、有系統和有助保證質素的策略，推動各項重點工作：

- 一、 統籌基層醫療服務，加強跨界別及跨組織協調。基層醫療署將與醫管局重新檢視普通科門診的服務範圍，與衛生署商討重整婦女健康中心和長者健康中心服務，並強化地區康健中心作為基層醫療服務樞紐及個案經理的角色，同時透過策略採購規劃服務和分配資源，研究設立社區藥物名冊及社區藥房計劃；
- 二、 制定標準和協定護理流程，確保基層醫療服務質素。基層醫療署將建立更有系統的病人轉介機制，以便在共同協定護理流程下管理病人轉介，連貫各地區康健中心，並透過電子健康紀錄互通系統作為中央平台整合及互通資訊。將來醫健通的「e+轉介」功能會提供實時、安全的電子轉介系統，協助基層醫療健康服務提供者履行其個案管理和把關的角色；及
- 三、 加強基層醫療專業人員培訓。基層醫療署將會設立涵蓋所有基層醫療專業人員的《基層醫療名冊》，並為《名冊》內的醫療專業人員訂定資歷和培訓要求，持續提升基層醫療服務的質素。基層醫療署亦會繼續與不同學術／培訓院校合作，為基層醫療專業人員設計和提供相關培訓，以及探討吸引醫療專業人員在基層醫療健康領域尋求事業發展的措施。

### 基層醫療護理的發展

香港的醫療體系目前所面臨的主要問題和挑戰不少，基層醫療發展滯後。任何國家和地區的醫療策略都要注重基層醫護服務，除了家庭醫生（又稱「全科醫生」）的服務和主要衛生健康的問題之外，基層醫護還包括：促進健康及教育、環境衛生、感染控制、防止意外、職業健康、生育計劃、母嬰資料、傳染病的監察及控制、慢性疾病的預防及控制、營養、復康服務、控制吸煙、教育酒精的禍害、防止濫用毒藥、營養、運動、精神健康、口腔護理等。

雖然人人都會死亡，但是基層醫護之目的在於預防過早的死亡，減少併發症和身體殘缺的出現，以及治理能夠醫治的疾病，希望減輕和舒緩市民的受創和痛苦。醫療體系內其他服務的素質和效益，也受基層醫護服務所影響。在資源有限和人口老齡化的情況下，要提供適切、全面而價錢平宜的基層醫護服務，肯定是一個重大的挑戰，但是必定要積極推行。

第一接觸、全面性、連貫性及統籌性都是優質基層醫療護理的四個基本特點，旨在

創造一個比較平衡的社區醫療健康系統，使資源用於促進健康和預防疾病，也用於疾病的醫治。

基層醫療的醫生在接近他們服務的社群中執業，建立了強大的社區聯系、個人護理的傳統，對社區的需要作出全面性的反應。這些在社區執業的家庭醫生需要洞悉最新的臨床醫學發展，關心個人、家庭及社區的狀況，令病患者獲得最佳的健康服務，人人受惠，又可以提升醫生的形象。醫院服務的重要性不會因而降低，仍然要擔當另一層次，即是第二、三層醫療的工作和職能。專科醫護服務、特別的檢查、複雜的手術、新科技的研究和發展、高技術的治療、專科醫護人員的培訓和本科生的教育等，均在醫院內進行，以保持香港醫療水準的國際級地位。當然，由於近年科技發展迅速，不少醫療服務（包括檢驗和治療），都不一定需要住院進行，有些可以在日間醫院、診所及設備充足的醫療中心完成，從而減少資源的消耗。發展日間手術和護理服務是醫療發展的趨勢，加上現代醫學科技的配合，既可減輕社會負擔，又可更有效益地運用資源和人手，也方便了市民大眾。所有醫療單位都要積極推廣，為可持續發展的醫療系統出一分力。

醫院服務的提供必須適當，否則不但會形成浪費，其社會成本也很高。政府應加強對市民的教育，指導市民如何有效和適當地使用公共醫護服務，特別是減低市民對公立醫院及其急症室服務的倚賴；另外，多些向社會推廣基層護理及保持身體健康的訊息，市民身體健康，對住院服務的需求自然就能減少。政府又必須以廣闊視野去協調整個醫療架構，定時檢討並改進基層醫療服務的政策，與社區攜手合作推行多元化的基層護理模式，在公共衛生及基層醫療等工作方面加碼，共創光輝的一頁。在醫療融資短缺的情況下，現時世界性的趨勢是借助家庭醫生在預防疾病和做好「守門員」的角色，以減少過度倚賴昂貴的醫院和專科服務。

社會的資源並非無限，適當地運用資源可以為大家帶來幸福和快樂，達到安居樂業的開心境界。市民健康的促進和維持，以及疾病的預防和治療，均有其代價，多年來政府的公共醫療開支和市民私人支付的金額各佔整體醫療開支的一半。處於「福利水平」的收費體制存在一定程度的濫用，加上用者和服務提供者都毋須為資源的使用直接負上責任，公費醫療開支在過去三十年翻了幾番，佔政府每年的公共開支由原先的11%上升至現在的19%。在香港這個低稅率、窄稅基的「非福利」城市中，政府不可能無止境地承擔日益昂貴的醫療經費。

任何改革都一定會帶出新的問題。改革的過程必定不會是平坦的，亦會帶來一些利益受影響人士的不滿和怨氣。但是在有成效地和有效率地運用資源的大前提下，推行合情合理的改革工作，是政府、業界和市民的責任。改革要達到善用寶貴的資源，摒棄不必要的浪費，並且按步就班進行，與時並進，不斷地檢討和改善。政府必須制定整體而全面的醫療政策，把社會整體健康和公共衛生置於首位，務求將公共醫療服務

做到維護和保障每位市民的身心健康，作為體系的基礎；用務實的取向去強化醫護政策的制定工作，配合其他相關的政策與社會服務，培訓人才，達致合理佈局和可持續發展的目標，才是整個醫療體系的核心。

#### 四、公共衛生措施

方玉輝

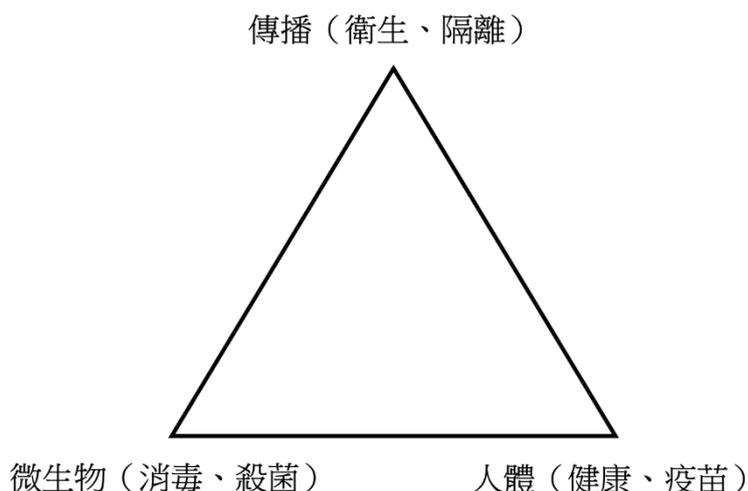
香港曾經發生嚴重的疫症有天花、鼠疫、霍亂、肺結核、狂犬病、流行性感冒及非典型肺炎(「沙士」)等，在 2003 年「沙士」非典型肺炎奪去近三百名香港市民及醫護人員的寶貴生命，是香港開埠以來其中一場影響較大的瘟疫；喚起政府和所有市民對傳染病的關注，以及公共衛生的重要性。

香港在 1887 年曾經爆發大規模的天花感染，造成五百人死亡。此後數十年，天花並未絕跡，每次爆發都有上千人死亡。1888 年，港府引入了接種牛痘的方法，預防疫苗是從牛隻身上直接取出，香港曾因疫苗不足而需要向英國和澳洲等地入口疫苗；直至 1906 年，現今醫學博物館前身的病理學院直接生產牛痘疫苗。香港經歷了近百年的「抗戰」才成功打敗天花，自 1979 年起，香港市民已毋須接種預防天花的牛痘。1894 年，鼠疫爆發，短短三個月內就有二千五百五十人死於疫症之下，歷時整整三十年才受到控制，總死亡人數超過二萬。當年香港只有「潔淨局」負責公共衛生，1908 年，政府又成立「潔淨署」，作為「潔淨局」的行政部門，進行實際的公共衛生工作，包括在電燈柱上掛上老鼠箱，收集居民所捕捉到的老鼠。預防疫苗在疫症爆發二十年後才面世，至此鼠疫才得以平息。

隨著醫學的進步、衛生設施的改善，我們對疫情的控制都比過往有把握。公共衛生學主要負責整體社群和公用地方及措施的衛生狀況，推動健康教育、公民意識及環境衛生等。經歷了 2003 年的「沙士」，以及 2020 至 2023 年的「新冠」疫情大流行之後，全球各國各地都提高了警覺，對於傳染病的預防和控制，加強了相關措施和意識，而市民的生活和社會的文化亦出現了新常態。

傳染病得以傳播和致病，受到三個重要因素的影響：（一）微生物；（二）傳播方式及（三）人體。感染控制的原理和守則都是針對這三個因素：

- (1) 消滅微生物及其源頭：消毒、殺菌、隔離
- (2) 防止傳播：衛生措施、滅蚊滅蟲、隔離、保護身體受侵
- (3) 加強抵抗及防疫能力：強身健體、促進健康、教育、注射疫苗



微生物包括病毒（流感、水痘、肝炎、冠狀病毒）、細菌（金黃葡萄球菌、肺炎鏈球菌）、真菌（癬）、原蟲（亞米巴）、蟲（肝蟲）等。不少微生物生存於我們身體的一些部位，例如口腔及腸，屬於正常的細菌群，很少侵襲身體的組織，與我們共存。致病的微生物傳播的途徑包括呼吸氣道（空氣、飛沫）、腸胃（食物、糞便、口腔）、接觸（皮膚、血液、深層體液）和媒介（蚊、禽畜、貓、狗）。當微生物入侵人體之後，會繼續繁殖，造成破壞；身體對其免疫的反應亦會引致破壞。侵襲和破壞導致身體不適，引發病徵，成為可傳染的疾病。不良的個人及環境衛生容易導致傳染病，而抵抗力弱的人，包括老、弱、殘，容易感染傳染病。預防傳染病，要保持身體健康，留意均衡飲食、經常運動、充足的休息和睡眠、適當的娛樂活動和保持身心愉快。個人衛生也非常重要，堅持良好的生活習慣、保持清潔、常洗手和避免接觸病源。還有，環境衛生影響所有居民，地方必須保持清潔；妥善處理垃圾和廢料、清除污水、確保公共設施的安全、控制人流、確保空氣流通、改善屋宇的設計和教育人人都有公德心。防災防疫，人人都要參與；官方、專業、民間組織以及個別人士都通過不同渠道和媒體，教導大眾預防傳染病的基本原則和方法。

公共衛生服務與每一位市民都有密切的關係，衛生署在香港特別行政區的醫療體系擔當重要的角色，是政府的衛生事務顧問，亦是執行政府衛生政策和法定職責的部門。透過促進健康、預防疾病、醫療護理和康復服務，以及加強社區協作和國際合作，保障香港市民的健康。衛生署屬下的衛生防護中心是在「沙士」一疫之後，於2004年6月成立，旨在提升香港的公共衛生系統，理想是成為卓越的疾病預防及控制中心，以應付公共衛生的挑戰；其使命是與本港及國際的主要衛生機構合作，有效地預防及控制疾病。透過建立疾病監測網絡、加強感染控制、提升化驗診斷能力、進行風險通報及健康促進活動、發展應用研究及培訓計劃，以及擬定緊急應變計劃。衛生防護中心致力預防傳染病和非傳染病，以實踐保障市民健康、推廣健康生活以及與相關各方建

立伙伴關係的承諾。<sup>17</sup> 衛生防護中心設立七個分處，包括：

- 公共衛生服務處主要工作範疇包括：宣傳社區傳染病預防及控制工作；為香港的傳染病監測工作提供所需協助；為胸肺科疾病(胸肺服務)、愛滋病(特別預防計劃)、性病及皮膚病(社會衛生服務)提供專科臨床治療服務；支援傳染病的策畧發展；和為愛滋病及性病科學委員會提供秘書處服務。轄下單位有胸肺服務、特別預防計劃及社會衛生服務。
- 公共衛生化驗服務處主要工作範疇包括：為疾病監測和控制、健康促進及疾病預防的工作提供化驗診斷服務；提供有關公共衛生檢測服務的專業顧問建議；為爆發事故的調查工作提供化驗支援；和作為參比實驗室，提供確定診斷服務，並為化驗人員提供技術轉移。轄下單位有微生物科、組織病理及細胞科和化學病理及血液科。
- 傳染病處主要工作範疇包括：監測傳染病；就疫症爆發進行流行病學調查；為中央科學顧問委員會、新發現及動物傳染病科學委員會、腸道傳染及食物傳播疾病科學委員會、疫苗可預防疾病科學委員會及傳病媒介疾病科學委員會提供秘書處支援服務；執行香港法例第 599 章《預防及控制疾病條例》及《國際衛生條例》的條文，及實施其他相關公共衛生措施，以預防傳染病。服務單位有流行病學科、監測科和港口衛生科。流行病學科專責管理傳染病綜合通報網絡，並就疫症爆發進行詳細流行病學調查。監測科負責收集、整理、分析及發放傳染病監測數據，監測範圍包括法定須呈報的傳染病以及其他重要的傳染病，並設有定點監察系統。港口衛生科是衛生工作的主要邊境防線，執行香港法例第 599 章和《國際衛生條例》的條文，監察來港的人士和負責運載他們入境的交通工具的衛生情況，特別是那些從疫區來港的人士，預防傳染病的輸入。
- 感染控制處主要工作範疇包括：制定、推廣及評估感染控制指引；為醫護及社區提供感染控制訓練；支援傳染病爆發的流行病學調查；監測感染風險；為感染控制科學委員會提供秘書處支援；和預防及監控抗菌素耐藥性的工作。轄下單位有抗菌素耐藥性事務科、感染控制促進及聯絡科和醫療質素提升科。
- 緊急應變及項目管理處主要工作範疇包括：制定突發事故應變計劃及舉行練習和演習，以提升處理公共衛生危機的整體準備及應變能力；就公共衛生緊急情況，協調衛生署各服務單位及其他政府部門並參與應變行動；就制訂衛生防護中心的目標、策略和網絡，以及為支援衛生防護中心跨組別的主要職能，擔當統籌角色；策劃、執行及評估各項疫苗注射計劃，包括季節性流感、肺炎球菌疫苗及香港兒童免疫接種計劃下的學童免疫注射；協調及支援與衛生防護中心相關的有關傳染病的應用科學研究項目；及支援及統籌為區議會和民政事務處

<sup>17</sup> 衛生防護中心 <https://www.chp.gov.hk/tc/index.html>

提供的健康建議及推行的聯絡活動。轄下單位有應急準備及地區關係科、緊急應變及演習科、項目管理及疫苗計劃科和行政事務科。傳染病對公共衛生影響很大，預防疫苗注射服務覆蓋每一位初生嬰兒，無論在公立或私家醫院出生，都會接受既定的注射計劃，由政府診所免費提供，衛生署亦派員到學校免費替學童注射。故此，學童接受疫苗注射的覆蓋率達 98% 以上。

- 健康促進處主要工作範疇包括：與「健康城市」計劃的社區伙伴合作，發展和進行健康促進活動，並執行與健康促進有關的社區聯絡工作；在健康促進方面進行研究和建構能力；與社區團體合作籌劃、推行和評估健康促進計劃；和與本地及海外機構合作，加強健康促進的成效。轄下單位有傳染病及風險傳達科、社區聯絡科、精神健康促進科、預防非傳染病科和研究及能力提升科。健康促進處於 1978 年 1 月成立。一直以來，健康促進處的架構及職能不斷因應服務需要而改變。隨著衛生署於 2002 年重新界定工作範圍及方針，健康促進處已成為核心服務單位，成為促進健康服務的領導者，以建設一個健康的香港。可是其工作沒有受到重視，政府在 2017 年大力推動基層醫療，在政策局層面設立基層醫療健康辦事處，架床疊屋。
- 非傳染病處主要工作範疇包括：監測及控制對香港市民有重要影響的非傳染病，並制定有關預防策略及計劃，以及為「防控非傳染病督導委員會」提供秘書處支援服務；監督癌症篩查服務及防控的工作，以及為「癌症事務統籌委員會」及「癌症預防及普查專家工作小組」提供秘書處支援服務；提供環境衛生和毒物安全監察事項專業意見；及聯絡海外衛生部門有關預防非傳染病的國際策略發展。轄下單位有大腸癌篩查科、環境衛生及毒物安全監察科、健康項目科、衛生統計科、公共衛生資訊科和風險傳達科。

衛生署於 2004 年與其他公共及私營服務提供者攜手合作，開展全民性的子宮頸普查計劃，目的是提高本港婦女接受子宮頸細胞檢驗的覆蓋率。全力支持癌症事務統籌委員會的工作，為本地制定全面的癌病基本預防及控制措施。癌症事務統籌委員會轄下的癌症預防及普查專家工作小組，經標準化審閱科學證據後，為主要癌症的預防方法和普查提供建議。2005 年設立公共衛生資訊系統，幫助提高搜集、整理、分析及發放健康數據的能力。透過香港健康寶庫這網站，使用者可取得與健康狀況相關的資訊和數據，包括報告、資料表、圖表及地圖等不同形式。

在 2007 年，衛生署、醫院管理局、香港中文大學、其他有關的政府部門和學術機構聯合成立了香港中毒防控網絡，加強對中毒事故的預防和控制。環境衛生及毒物安全監察科與有關方面合作加強流行病學監測的能力，以提高識別社區的中毒風險、有關物質、情況和所涉及的人口，並加強調查中毒事故的能力以便及早推行控制措施。

環境衛生有助於衛生防護的工作，該組集中密切監察本地及外地有關環境危害的報告、對一些受市民大眾關注的環境危害進行健康風險評估及風險傳達、就環境衛生事項提供專業意見，以及提高市民大眾對環境衛生的意識。

自 2008 年起，政府推行了防控非傳染病的策略框架，並成立了一個由醫務衛生局局長主持的高級別督導委員會，當中的成員由政府、公營及私營機構、學術界、專業團體、業界代表和其他主要合作夥伴組成，以研討並監察實施行動的整體路線圖。督導委員會下成立了三個工作小組，其中兩個工作小組致力於促進健康飲食、體能活動和減少酒精相關危害。為了對抗非傳染病造成的威脅，並配合世界衛生組織（世衛）的《二零一三至二零二零年防控非傳染病全球行動計劃》（《非傳染病全球行動計劃》），督導委員會於 2018 年制定了《邁向 2025 香港非傳染病防控策略及行動計劃》<sup>18</sup>，須在 2025 年或之前現 9 項本地目標，以及一系列可持續及有系統並透過採取貫穿人生歷程的介入措施，來預防非傳染病的出現和增長，藉此減少非傳染病在香港造成包括殘疾和早逝的社會負擔。

控煙酒辦公室<sup>19</sup>（控煙酒辦）是衛生署為了進一步加強及協調政府對反吸煙工作所作出的努力而成立的，其首要工作是作為《吸煙(公眾衛生)條例》(香港法例第 371 章)的主要執法機構，協助法定禁煙區管理人、透過宣傳及健康教育以推廣無煙文化，以確保公眾遵守該條例，協調衛生署的戒煙服務及協助醫務衛生局檢討控煙條例，政府於 2023 年諮詢公眾有關「活力健康、無煙香港」的控煙策略<sup>20</sup>。控煙酒辦亦執行《2018 年應課稅品(修訂)條例》以禁止任何人為營商目的銷售或供應酒精飲品予未成年人；新法例禁止任何人在業務過程中，不論是透過當面或遙距分發的方式，向 18 歲以下的未成年人士售賣和供應令人醺醉的酒類，防止青少年接觸酒類，減少酒精相關危害。涵蓋範圍包括遊藝會、節慶活動或展覽會中銷售或以商業為目的而提供酒精飲品等，但不適用於沒有商業意圖的家庭聚會或社交活動。法例亦禁止在銷售機售賣酒類飲品<sup>21</sup>。食物對健康的影響很大，其衛生、安全和管制由隸屬於食物環境衛生署轄下的食物安全中心負責。中心的理想是致力成為各方信賴的食物監管領導機構，保障市民健康。其使命是通過政府、食物業界和消費者三方面合作，確保在香港出售的食物安全和適宜食用。食物安全中心通過成立委員會和舉辦論壇，就食物風險問題與專家、學者、食物業界人士、消費者和市民進行定期溝通。

<sup>18</sup> 《邁向 2025 香港非傳染病防控策略及行動計劃》  
[www.chp.gov.hk/files/pdf/saptowards2025\\_fullreport\\_tc.pdf](http://www.chp.gov.hk/files/pdf/saptowards2025_fullreport_tc.pdf)

<sup>19</sup> 控煙酒辦公室 [https://www.dh.gov.hk/tc\\_chi/main/main\\_taco/main\\_taco.html](https://www.dh.gov.hk/tc_chi/main/main_taco/main_taco.html)

<sup>20</sup> 「活力健康 無煙香港」控煙策略公眾諮詢 <https://www.healthbureau.gov.hk/tobacco-free/tc/index.html>

<sup>21</sup> 衛生署明日開始執行新控酒法例  
<https://www.info.gov.hk/gia/general/201811/29/P2018112900317.htm?fontSize=1>

環境衛生由食物環境衛生署(食環署)負責策劃和督導各方面的環境衛生服務，管理公眾街市，管理公眾墳場、骨灰安置所及火葬場，負責小販管制及各類牌照等事宜，以及監督與屋宇署共同成立處理滲水問題的聯合辦事處。食環署全面統籌各分區的環境衛生工作與設施，包括管理街市、收集垃圾、潔淨街道、管理公廁、管理小販、巡查持牌店鋪，以及採取執法行動；定期檢討和規劃該五個分區的環境衛生服務及設施；統籌與流感和冠狀病毒疾病相關的事宜；以及監督防治蟲鼠事務諮詢組及策劃防治蟲鼠運動和教育活動。

公共衛生一向未能吸引年輕的醫生參與，又不能容易獲得撥款。但經過 2003 年「沙士」和 2020 年「新冠」肺炎疫情之後，情況引起各方面的關注，公共衛生及基層醫護都要強化，培訓人才、架構重組及資源運用恰當，都是首要的工作。

## 五、私營醫院的基層醫療服務

趙志輝

## 六、公立醫療服務

李詠思

## 七、私營醫療服務

李偉德、陳縉庭

## 八、中醫藥發展及中西醫結合

### 第一節 中醫在香港醫療體系的角色

陳錦良、孔慶瑜、羅祖榮

#### 中醫在香港回歸後的發展

中醫歷史悠久，是中華文化的重要組成部分。隨著香港特別行政區政府對中醫藥的重視和支持，中醫藥在香港的發展取得了顯著的進展。回歸後，香港浸會大學、香港中文大學和香港大學先後設立中醫學院，加強人才培訓。1999 年 7 月，香港《中醫藥條例》在立法會獲得通過，建立了中醫註冊制度，標誌著中醫藥在香港有了合法的地位。至 2003 年起醫院管理局（醫管局）與非政府機構和大學以三方協作模式，在全港十八區開展營運中醫診所暨教研中心，推動中醫服務。在發展中醫住院服務方面，醫管局在 2014 年推出「中西醫協作項目先導計劃」，為指定疾病的住院病人提供中西醫協作治療服務。從 2014 年僅在三間醫院推行，現已逐步把服務擴展至涵蓋八間

醫院。同時，本港亦正在籌備首間中醫醫院並預計將於 2025 年年中起分階段投入服務，除了主要提供中醫服務外，也會提供中西醫結合的醫療護理方案，冀為病人帶來最好的治療。

此外，香港特區政府在 2018 年成立中醫藥處，在政策層面推動香港中醫藥發展政策的整體規劃及統籌工作。翌年 6 月亦啟動了五億元的中醫藥發展基金，支持中醫藥界。這項基金旨在全面提升中醫藥的整體水平，包括培養中醫醫院所需的人才、促進中醫藥相關的科研、協助業界改善設施設備，以及加強市民對中醫藥的認識等，從而全方位推動中醫藥在香港的發展。2021 年政府施政報告確立中醫藥在本港醫療發展，明確將中醫藥納入香港的醫療系統。2022 年，政府亦指出中醫師在基層醫療服務中有著重要角色，並提出應進一步探討中醫藥在《基層醫療健康藍圖》的參與。2024 年初中醫藥專員上任，進一步推動香港中醫藥的全方位發展。

隨着香港第一所中醫醫院即將成立，現嘗試討探中醫在香港醫療體系的角色，完善公營醫療系統，發展具香港特色的中西醫協作模式，令醫療資源能夠用得其所，提升市民的生活質素。

#### 疫情下的中醫機遇

2022 年初，香港爆發 2019 冠狀病毒病第 5 波疫情，情況嚴峻，公營醫療系統不勝負荷，部分病人未能得到及時治理，揭示了香港醫療系統的不足，以及建設穩健基層醫療的迫切性。與此同時，中醫積極投入參與抗疫工作，療效得到了社會大眾的認同。截至 2022 年 8 月底，全球已累計報告逾 5.97 億名確診 2019 冠狀病毒病（新冠病毒）病例，逾 640 萬名患者死亡。在香港，政府公佈的累計陽性檢測個案超過 140 萬宗，其中確診個案有 36 萬宗，死亡個案有 9,550 宗。疫情個案最初主要由西醫主理，直至 2021 年起，醫管局於亞洲博覽館的新冠治療中心及北大嶼山醫院香港感染控制中心推展「住院病人中醫特別診療服務」，讓中醫能夠盡早介入。2022 年初，香港爆發 2019 冠狀病毒病第 5 波疫情，情況嚴峻，每日確診新冠人數屢創新高，當中安老院舍影響甚大，逾 50% 死亡個案來自安老院舍及殘疾人士院舍，而且超過 95% 死亡個案為 60 歲或以上長者。有見及此，醫管局與大學及中醫業界合作，展開「安老院舍中醫診療服務」計劃中醫診療服務，為確診院友提供遙距或外展服務，發揮中醫治療新冠的優勢。同年 4 月，世界衛生組織亦發佈《世界衛生組織中醫藥救治新冠肺炎專家評估會報告》，明確肯定中醫藥治療新冠肺炎的有效性和安全性。可見大眾各界逐漸接受及認可中醫的有效性。

#### 中醫的醫療優勢

### 第三章 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

中醫藥建基於中國的傳統文化，運用其自身陰陽五行的獨特理論，以整體觀念和辨證論治為特點。相對於西方醫學著眼於人體細胞組織、細菌、病毒等結構的病變；中醫著眼於人在自然關係之中身體的功能狀態，強調整體治療。以疫情為例，西方醫學針對病毒的結構，研發疫苗及特效藥來防治疫情；中醫則以人的整體表現，根據體徵症狀來辨證施治，病毒並不是其重點。由此可見，產生於不同的文化土壤的中西醫學，為兩種完全不同的醫學體系。同時，正因為兩者截然不同，各有長處和優勢，才能相互補足。

疫情中，中醫療效不容置疑，其優勢體現於診療手段、治療方法、療效、優良依從性、良好的安全性等方面。事實上，除了2019冠狀病毒病，中醫針對多種疾病也有其優勢，國家中醫藥管理局已先後推薦了259項中醫優勢病種。對於中醫藥的優勢，國醫大師孫光榮總結了六個方面，包括：中醫確切的臨床療效、相對安全的天然中藥、中醫靈活的治療方式、低廉的費用、巨大的創新潛力及廣闊的發展空間。

#### 香港醫療體系現狀

##### 醫療服務情況

香港醫療服務主要可以分為兩個界別：公營及私營醫療服務。兩個醫療界別同時並行，並提供不同層面的醫療護理，由基層至較專門的第二層，以至第三層的醫療護理，一應俱全。當中，私營醫療界別主要提供基層醫療，同時，亦透過提供各項專科和醫院服務，與公營醫療界別互相補足。然而，根據2017年所發表的《醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告》，西醫在公營及私營界別工作比例相約，分別是51%和49%，但中醫則以私營市場為主，公私營比例分別是12%及88%。

香港公營醫療服務主要由醫管局所負責，以提供西醫服務為主，轄下包括43間公立醫院和醫療機構、49間專科門診及73間普通科門診。在中醫服務方面，醫管局由2003年開始，經政府資助，與非政府機構和本地大學以三方伙伴協作的模式，設立及營運中醫診所暨教研中心。現時，全港十八區每一區都現設有一所中醫教研中心提供診症服務。

##### 求診情況

數據顯示，求診人次按年上升，醫管局專科門診於2020至2021年度的求診人次達747萬，較十年前（2010至2011年度）增加約84萬。管理局和衛生署的專科服務輪候需時，新症輪候時間最長的是眼科，其次是內科，個別醫院聯網的眼科和內科輪候時間分別可達至173星期及142星期。此外，按政府數據，求診中醫的人次亦有所提升，對比2015年，2021求診中醫的人次由110萬上升至接近128萬，增加了16%。

另一方面，根據統計處 2021 年出版《主題性住戶統計調查第 74 號報告書》所顯示的求診情況，85.3%香港市民在統計期間曾向西醫求診，18.6%曾向中醫求診，包括中醫全科、骨傷科及針灸。與公私營醫療服務提供情況符合，患者求診公私營西醫的百分比相約，分別是 40.8%和 35.2%，而求診私營中醫的百分比大幅遠離公營界別中醫，分別是 21.4%和 0.8%。

#### 醫療人力情況

香港擁有一個專業的醫療人材隊伍，當中包括法定註冊的 13 個醫療專業人員：醫生、牙醫、牙齒衛生員、護士、助產士、中醫、藥劑師、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師、放射技師及脊醫。按醫管局截至 2021 年底的統計數字，醫管局人手由十年前的五萬八千多逐年上升至 2021 年的八萬八千多。然而，根據目前政府資料顯示，香港的醫生人手仍然落後其它先進國家，按每 1,000 名人口比例而言，香港市民只能對應 2 名醫生，比起英美國家的 2.6-3.0 名，以及亞洲鄰近國家日本、韓國和新加坡的 2.4-2.5 名有一段距離。同時，前食物及衛生局公布的《醫療人力推算 2020》亦指出醫生人手將會長期持續短缺，根據本港人口結構變化推算，到 2030 及 2040 年的時候，本港分別將會短缺 1,610 名和 1,949 名醫生。另一方面，《醫療人力推算 2020》指出中醫行業未來出現人手過剩的情況，到 2030 及 2040 年時，中醫數目分別將會比需求多出 1,671 名和 1,458 名。

上述各項情況反映香港醫療服務仍主要為西醫主導，中醫在公營醫療的比例不大，以私營市場為主，參與公營醫療的部分主要是指三方合作的教研中心。求診人次按年上升，醫療需求日漸增加，漫長的專科新症輪候時間反映公營醫療服務供不應求。另一方面，中醫求診人次增加，反映市民漸漸接受中醫服務。隨著未來西醫人力不足，中醫人手過剩，政府應當重新探討人力資源安排，藉著香港第一所中醫醫院即將成立的契機，明確中醫在香港醫療系統所擔當的角色，以完善現時的醫療系統，發展具香港特色，提升市民的健康及生活質素。

#### **中醫在香港醫療體系的角色**

##### 中醫基層醫療的定位

求診人數持續上升。加上未來人口老化問題加劇，據香港統計處報告，居港人口將由 2016 年年中的 734 萬增加至 2043 年年中 822 萬的頂峰。預期人口將持續老化，65 歲及以上長者的比例，推算將由 2016 年的 17%，增加至 2036 年的 31%，再進一步上升至 2066 年的 37%，即約有 259 萬人。故此，可預見醫療需求將只會不斷增加，當中，基層醫療需求首當其衝。根據食物及衛生局於 2010 年發表的《香港的基層醫療發展策略文件》指出，基層醫療是指個人和家庭在一個持續醫護過程當中的

首個接觸點，為他們提供方便、全面、持續、協調和以人為中心，配合其家庭及社區環境的護理，並透過健康推廣、疾病預防、疾病管理及醫療支援促進市民的健康。中醫「治未病」的理念，以「未病先防、既病防變、瘥後防復」為中心思想，在預防疾病、醫療及復康三個階段均有其獨特的治療優勢，正好符合基層醫療的需要。中醫認為，疾病是由於人體的陰陽失衡所導致，一言蔽之，即是人不能自我調節體內的平衡，或不能適應自然之變化而致病。故此，中醫治病就是要幫助患者回復體內的陰陽平衡，或整體概念下，使未病之人能夠調節自身的陰陽，順應自然的變化生活而不會失去平衡。

在治未病的角度，中醫一方面強調人與自然和諧相應的整體觀念，一方面亦強調「正氣存內、邪不可干」的養生理念。因應每個人的體質，四時之變化，有不同的中醫養生預防疾病的方法。以在香港第五波疫情為例，中央政府援港抗疫中醫專家組在內地使用中醫藥抗疫的經驗及基礎上，根據香港疫情的具體情況，擬定了一套「中醫藥抗疫臨床應用方案」，就不同層面及對象提供中醫藥指引。當中就包括了中醫藥的預防治療方案，分別為本病常見的「寒」、「熱」、「虛」、「濕」四種體質，擬定了以中成藥、食療及保健運動為手段來提升「正氣」的預防方案。除了針對新冠疫情，中醫健康資訊平素亦能夠廣泛推廣，教育大眾日常養生方法，提升公眾的健康水平，以達到疾病預防，以及疾病管理的目標，從而減輕醫療需求。可見靈活的中醫防病方式使其在基層醫療中具有巨大潛力及發展空間。

事實上，現時中醫的培訓以全科教育為主，大部分於私營市場工作的中醫，亦是經常作為病人的在醫療系統中的首個接觸點。數據顯示，求診私營中醫的人次按年上升，由此可見，未來的中醫為基層醫療其中重要一員。現時，香港為發展基層醫療，已成立七個地區康健中心，並接納中醫加入地區康健中心網絡提供者，轉介病人至相關中醫服務提供者。這無疑對於完善醫療系統又進了一步。然而，中心核心團隊的醫療成員並未有包括中醫，可見，中醫要在基層醫療擔任主導角色，仍有一段距離。

未來，政府應該考慮加強中醫在基層醫療角色，把中醫作為基層醫療的主要服務提供者，積極推廣中醫健康教育及加強中醫基層醫療服務。首先，教育可以從小開始培養，建議可於中小學加強中醫的知識傳播，使公眾能夠自小對中醫有基本了解，從而更能接受除了西醫以外的醫療資訊。第二，多舉辦中醫相關的推廣活動，並提高公眾在中醫預防疾病及醫療服務的知識。同時，政府亦可以考慮把公立醫院合適的病人，轉介至公營，甚至私營中醫診所，以減輕公立醫院的人手壓力。中醫人手偏重於私營市場，若政府能夠加以運用人手充裕的私營市場來完善醫療系統，透過加強公私營中醫的合作，病人就能夠快捷方便地得到基層醫療的服務。

### 中醫專科的發展

現時，香港未有實行中醫專科註冊制度。按《中醫藥條例》規定，註冊中醫師可在其「中醫」或「中醫師」的名銜外加稱「全科」、「針灸」和「骨傷」的稱謂。但此等稱謂，僅為表明該中醫在中醫執業方面的「科別」，並非中醫專科資格。若果中醫自稱為某專科醫師，則會觸犯法例，可能會被檢控。然而，中醫走向專科化為未來的中醫發展趨勢。

自 2014 起，醫管局透過與三方協作的中醫教研中心合作，為公營醫院的住院病人推出中西醫協作先導計劃，針對患上中風、癌症以及痛症的病人，提供中西醫協作服務。現時，計劃服務已在八間公立醫院推行，涵蓋全部七個醫院聯網，相關成效與經驗不但為研究發展中醫住院服務營運模式，亦為未來中醫專科發展提供了重要的經驗參考。另外，政府成立的「中醫中藥發展委員會」亦已就中醫專科發展事宜開始進行討論。可見，中醫專科化為一個值得探討的發展方向。

中西醫協作先導計劃成效正面，然而，現時只為數個病種提供服務，病種亦以慢性病為主。中醫優勢病種眾多，未來，除了中風、癌症以及痛症外，可以考慮優先發展中醫皮膚科、婦科、骨傷科等這幾個項目。另外，發展的病種亦不應限於慢性疾病，還可以包括傳染病等。同時，亦可以考慮擴大有關專科中醫住院服務的範疇，並增加參與醫院的數目，讓中醫可以更多參與住院的服務，加強中西醫協作服務。2025 年中醫醫院啟用，為專科發展提供契機。中醫醫院將提供純中醫、以中醫為主及中西協作的住院及門診服務予不同病人，透過臨床分析及總結，若能歸納出中醫治療某病種的方案，將有助日後建立及優化中醫專科的規範及框架。中醫專科化後，相關病人便可以較容易尋求合適的中醫，接受西醫以外的治療。現在，專科服務輪候時間過長，中醫專科不但可以分擔部分專科門診的負荷，更可擴闊中醫在醫療系統的應用範圍。

#### **展望未來中醫醫院發展**

中醫醫院作為香港中醫的旗艦機構，將會以推動本地中醫藥服務發展、教學及培訓、創新及科研為目標，執行和落實政府的中醫藥政策，及促進中醫藥在本港和海外的發展。在醫療服務方面，中醫醫院將提供住院、日間門診和社區的中醫藥服務，服務涵蓋基層、第二和第三層的醫療護理服務。相對於目前佔業界多數的診所服務，中醫醫院住院服務可以提供一個較佳機會去治療一些複雜病種，為一些需要時刻觀察的疾病提供中醫服務，擴大中醫的治療範圍。作為香港第一所中醫醫院，醫院亦應與學術界及其他相關機構合作，為本港相關的中醫和西醫專業人員提供特定的醫療培訓和學習機會，並提供科研基地，推動中醫科研發展。現時，中醫醫院正在建設臨床試驗和研究中心，以進行高水平的臨床試驗（第一和第二期），期望日後中醫醫院能夠好好運用這個設施，與各界合作，實踐多學科交流，中西醫相互合作。這種合作不僅可以發揮中醫和西醫各自的優勢，還可以為患者提供更全面的治療方案，造福社會。

#### 總結

國家「十四五」規劃明確中醫藥發展目標任務和重點措施，重點提升中醫藥健康服務能力建設優質高效中醫藥服務體系。香港素以西醫為主導，中醫正處於萌芽階段，具有巨大的創新潛力及廣闊的發展空間。未來，可以增強中醫在基層醫療的比重，提升中醫藥在預治、治療、復康的持續服務，以及加強中醫藥健康宣傳。中醫藥專科化發展，不僅只是針對慢性病調理，中醫亦應參與突發傳染病的防治和公共衛生事件。同時，在社會層面上，亦應提高香港醫療系統內中西醫協作的意識水平。

## 第二節 中醫藥的發展

黎紀希、周嘉俊、董梓光、藍柏齡

中醫藥是中華文化的瑰寶，發展歷史已超過五千年，一直在養生保健、預防和治療疾病方面為人類健康作出重大貢獻。中醫以陰陽、五行及整體觀等古哲學為理論基礎，運用中藥和其他療法達到疏通經絡、平衡陰陽及調整臟腑功能的作用，有別於著重循證醫學的西醫。<sup>22</sup>

中醫藥在香港的發展源遠流長。自開埠以來，中醫藥為居民治病保健，其後在殖民地時代曾備受忽略及打壓，回歸以後在西醫主流的醫療制度下，仍面對各種挑戰。縱觀香港這百多年來的中醫發展，其發展的道路崎嶇曲折，但仍屹立不倒，可見中醫確實有其療效和價值。鑒於香港特殊的歷史文化背景，中醫藥有其獨特的發展進程，遠觀未來，中醫藥在香港將有長足的發展勢頭。本文將從多方面探討香港中醫藥的發展。

### 香港中醫藥的發展歷史

香港開埠初期，人們主要依賴中醫藥治療。由於西醫的治療方法具有入侵性，華人保持身體完整性，避免損傷身體髮膚的價值觀構成衝突，西醫在華人社會並不普及<sup>23</sup>，因此香港十九世紀的公共醫療由中醫主導。1872年成立的東華醫院是香港首間服務華人的中醫醫院，為居民擔任保健的工作。<sup>24</sup>東華醫院的門診和住院服務均由中醫師負

---

<sup>22</sup> 林志秀 (2016年10月17日)。中醫用西方科學離經叛道？。明報，檢自：<https://www.scm.cuhk.edu.hk/zh-tw/articles-redirect/238-ming-pao/353-2016-10-17>。

<sup>23</sup> 東華三院 (2011)。從廣華醫院看中西醫此消彼長。東華通訊。檢自：<https://www.tungwah.org.hk/newsletter/%E5%BE%9E%E5%BB%A3%E8%8F%AF%E9%86%AB%E9%99%A2%E7%9C%8B%E4%B8%AD%E8%A5%BF%E9%86%AB%E6%AD%A4%E6%B6%88%E5%BD%BC%E9%95%B7/>。

<sup>24</sup> 謝永光 (1998)。香港中醫藥史話。香港：三聯書店。

責，病人亦會服用中藥。根據 1986 年東華醫院調查的報告書，香港二十四萬人口當中每年有十一萬零六千一百五十名人口使用東華醫院的中醫診治服務。相反，前往提供西醫服務的國家醫院就醫的大多為西歐人和印度人。<sup>25</sup> 同時，港英政府在《南京條約》下對中醫亦採取不干預政策，借承諾尊重和允許保留中國傳統風俗習慣為名邊緣化中醫。<sup>26</sup> 港英政府將中醫藥視為傳統文化習俗，由民政事務局而非醫務衛生署管轄。<sup>27</sup> 中醫師只需向稅務局辦理商業登記成為「生草藥販賣者」，毋須通過資格考核便可掛牌行醫。<sup>28</sup> 中醫的專業性不被政府承認，亦不被納入公營醫療系統。

香港於 1894 年爆發鼠疫，港英政府開始管制中醫藥業。由於大多華人染疫者信奉中醫，他們拒絕被送往政府醫院躉船接受西醫治療，並前往東華醫院治病，導致部分西醫和政府不滿。<sup>29</sup> 與此同時，港英政府在東華醫院發現二十個未經確診的鼠疫病例，隔離措施欠佳<sup>30</sup>，故此港英政府指責東華醫院的防疫工作不足，並成立委員會進行調查。《1896 年調查東華醫院委員會報告書》認為使用中醫中藥治病的做法合理，彌補了國家醫院的不足。<sup>31</sup> 但報告書同時建議東華醫院引入西醫服務，聘任華人西醫，並增設由港英政府社會名流擔任的永遠顧問。<sup>32</sup> 此乃東華醫院首次引入西醫服務。

1938 年，政府透過財政支援逐步收緊對東華三院及中醫的監管。東華三院在面臨財政緊拙的情況下獲取政府的醫療經費補助，但輔助條件之一是轄下三間醫院需逐漸廢除用中醫藥治療病人，同時東華三院亦需按政府要求成立醫務委員會。<sup>33</sup> 自此，東華三院的醫務被納入政府，逐漸確立西式的管理模式。

---

<sup>25</sup> 同上。

<sup>26</sup> Griffiths, S., & Chung, V. (2009). Development and regulation of traditional Chinese medicine practitioners in Hong Kong. *Perspectives in public health*, 129(2), 64–67. <https://doi.org/10.1177/1757913908101611>

<sup>27</sup> 林麗群、潘利欽、莊濤湧、陳利國 (2023)。香港公營中醫發展轉變。香港中醫雜誌，18 (3)。檢自：<http://www.hkjtcm.org/journals/2023%E5%B9%B4%E7%AC%AC%E5%8D%81%E5%85%AB%E5%8D%B7%E7%AC%AC%E4%B8%89%E6%9C%9F/15.%20%E9%A6%99%E6%B8%AF%E5%85%AC%E7%87%9F%E4%B8%AD%E9%86%AB%E7%99%BC%E5%B1%95%E8%BD%89%E8%AE%8A.pdf>。

<sup>28</sup> 謝永光 (1998)。香港中醫藥史話。香港：三聯書店。

<sup>29</sup> Ayres, P. B. C., & Lawson, J. A. (1894). Report on the Outbreak of Bubonic Plague in Hongkong, 1894 to the International Congress of Hygiene and Demography Held at Buda-pest, 1894. Printed at the China Mail Office.

<sup>30</sup> 同上。

<sup>31</sup> 謝永光 (1998)。香港中醫藥史話。香港：三聯書店。

<sup>32</sup> 東華三院 (無日期)。發展史簡表。檢自：<https://www.tungwah.org.hk/about/milestones/>。

<sup>33</sup> 東華三院 (2011)。從廣華醫院看中西醫此消彼長。東華通訊。檢自：<https://www.tungwah.org.hk/newsletter/%E5%BE%9E%E5%BB%A3%E8%8F%AF%E9%86%AB%E9%99%A2%E7%9C%8B%E4%B8%AD%E8%A5%BF%E9%86%AB%E6%AD%A4%E6%B6%88%E5%BD%BC%E9%95%B7/>。

其後於 1940 年代二次大戰期間，香港中醫藥業經歷了重大轉變。根據東華三院的統計資料，中醫贈醫施藥的人數是西醫的八倍。<sup>34</sup> 為了應付華人對中醫藥的龐大需求，東華三院駐院中醫師合編了《備用藥方彙選》，將 81 條藥方編成固定號碼，並且將藥方的藥劑研製成粉末，藥量比煎藥少。<sup>35</sup> 病人拿著醫生處方的號碼到藥房取藥，毋須煎藥便能服藥，節省了候診時間和藥量開支。<sup>36</sup> 日佔時期，東華三院經費不敷使用，加以中藥資源非常匱乏及其煎煮手續煩瑣，日軍政府下令取消用中醫藥治療住院病人，只保留西醫治病。<sup>37</sup> 東華三院在 1944 年亦停止中醫贈醫施藥。<sup>38</sup> 同時，二戰期間抗生素盤尼西林的發明，令中醫在治病的優勢逐漸被西醫取代，形成中消西長的局面。<sup>39</sup>

戰後的香港中醫藥業依然面臨管制上的挑戰。中藥中毒事件例如 1960 年的禁止雄黃事件和 1988 年孕婦誤服斑蝥墮胎致死，喚起社會對中醫藥規管的關注。<sup>40</sup> 而 1989 年的假龍膽草中毒事件中，兩名市民誤食被標籤為龍膽草的有毒中藥「鬼臼」導致昏迷不醒，促使政府在同年 8 月成立「中醫藥工作小組」。<sup>41</sup> 工作小組就香港中醫執業情況、中醫藥使用情況和中醫藥的安全使用作出調查。1995 年，政府按工作小組在 1994 年發表的報告書成立香港中醫藥發展籌備委員會。委員會旨在為政府提供制定促進、發展和規管中醫藥政策的建議。<sup>42</sup> 委員會在 1997 年發表報告書，建議成立由中醫中藥業內人士組成的「香港中醫藥管理局」來確保中醫藥行業的專業性，促進公眾的健康及保障消費者的權益。<sup>43</sup> 「香港中醫藥管理局」包含「中醫管理委員會」及「中藥管理委員會」，分別負責中醫和中藥行業的法定管理工作，以註冊形式規管中醫藥

---

<sup>34</sup> 東華三院 (2011)。從廣華醫院看中西醫此消彼長。東華通訊。檢自：<https://www.tungwah.org.hk/newsletter/%E5%BE%9E%E5%BB%A3%E8%8F%AF%E9%86%AB%E9%99%A2%E7%9C%8B%E4%B8%AD%E8%A5%BF%E9%86%AB%E6%AD%A4%E6%B6%88%E5%BD%BC%E9%95%B7/>。

<sup>35</sup> 香港記憶 (無日期)。《備用藥方彙選》。檢自：[https://www.hkmemory.hk/MHK/collections/TWGHs/All\\_Items/images/202003/t20200306\\_9411\\_0\\_cht.html?cf=classinfo&cp=%E5%88%8A%E7%89%A9&ep=Publications&path=/MHK/collections/TWGHs/All\\_Items/10266/10278/10283/index\\_cht.html](https://www.hkmemory.hk/MHK/collections/TWGHs/All_Items/images/202003/t20200306_9411_0_cht.html?cf=classinfo&cp=%E5%88%8A%E7%89%A9&ep=Publications&path=/MHK/collections/TWGHs/All_Items/10266/10278/10283/index_cht.html)。

<sup>36</sup> 謝永光 (1998)。香港中醫藥史話。香港：三聯書店。

<sup>37</sup> 同上。

<sup>38</sup> 東華三院 (無日期)。發展史簡表。檢自：<https://www.tungwah.org.hk/about/milestones/>。

<sup>39</sup> 謝永光 (1998)。香港中醫藥史話。香港：三聯書店。

<sup>40</sup> 同上。

<sup>41</sup> 數百中藥性霸道服食過量有損健康 (1989 年 3 月 5 日)。華僑日報，第 2 版。

<sup>42</sup> 中醫藥工作小組 (1994)。《中醫藥工作小組報告書》。香港：中醫藥工作小組。

<sup>43</sup> 香港特別行政區衛生署 (1997)。《香港中醫藥發展籌備委員會報告書》。檢自：[https://www.dh.gov.hk/tc\\_chi/press/1997/24\\_4\\_97.html](https://www.dh.gov.hk/tc_chi/press/1997/24_4_97.html)。

行業。<sup>44</sup> 另外，報告書中亦提出中醫藥在教育、科研以及如何納入中醫藥在香港的醫療體系內的建議。<sup>45</sup>

二十世紀八十年代末期，香港草擬《基本法》第 145 條時曾刪除「促進中西醫發展」的字眼，但經業界多番爭取，有關字眼終獲保留。<sup>46</sup> 《基本法》第 138 條列明「香港特別行政區政府自行制定發展中西醫藥和促進醫療衛生服務的政策。社會團體和私人可依法提供各種醫療衛生服務」，確立了中醫的法定地位。<sup>47</sup>

1997 年香港回歸中國，行政長官發表首份《施政報告》論述了對中醫藥的發展方針，表示：「為保障公眾健康，我們計劃在下一個立法年度提交條例草案，設立法定架構，以評核和監管中醫師的執業水平、承認中醫師的專業資格，以及規管中藥的使用、製造和銷售。一套完善的規管系統，會為中醫和中藥在香港醫療體系內的發展奠定良好基礎。我深信香港具備足夠條件，能夠逐步成為一個國際中醫中藥中心，在中藥的生產、貿易、研究、資訊和中醫人才培訓方面都取得成就，使這種醫療方法得到進一步發展和推廣。」<sup>48</sup> 從這份施政報告中可見特區政府發展中醫藥的決心和方向，同時有意把中醫藥納入醫療體制內。其後，《中醫藥條例》於 1999 年制定，用以規管中醫藥業，自此政府開展推動中醫藥發展的工作。

中醫藥業歷經百年滄桑，發展道路崎嶇曲折，隨著香港政府對中醫藥由採取忽略冷漠的態度轉變為積極支持，中醫中藥在香港的發展未來可期。以下內容會就中醫藥規管、中醫藥教育培訓、中醫藥納入香港醫療體系及中醫藥科研四大綱領進行討論。

### 香港中醫藥規管

中醫中藥監管之必要在於保障公眾健康，維持中醫的專業水平和確保中藥的安全、質量及成效。

現時香港中醫中藥的規管措施由香港中醫藥管理委員會負責。香港中醫藥管理委員會是按《中醫藥條例》成立的法定組織，旨在「確保中醫專業和中藥業者的執業水平和操守，並確保業者適當地使用中藥材；同時，亦就中成藥的安全、品質及成效等方面進行規管。」<sup>49</sup> 管理委員會轄下設有中醫組和中藥組，分別負責各項事務。

---

<sup>44</sup> 同上。

<sup>45</sup> 同上。

<sup>46</sup> 謝永光 (1998)。香港中醫藥史話。香港：三聯書店。

<sup>47</sup> 《基本法》(第 6 章第 138 條) (1997)。

<sup>48</sup> 香港行政長官 (1997)。一九九七年施政報告。檢自：  
[https://www.policyaddress.gov.hk/pa97/chinese/pa97\\_c.htm](https://www.policyaddress.gov.hk/pa97/chinese/pa97_c.htm)。

<sup>49</sup> 香港中醫藥管理委員會 (2022)。香港中醫藥管理委員會 2022 年年報印刷版本。檢自：  
[https://www.cmchk.org.hk/pdf/CMCHKAR2022pp/ch1\\_2022c.pdf](https://www.cmchk.org.hk/pdf/CMCHKAR2022pp/ch1_2022c.pdf)。

中醫組轄下設有五個小組，分別為註冊事務小組、考試小組、中醫學位課程評審小組、紀律小組及道德事務小組。註冊事務小組就處理中醫註冊的申請及進修中醫藥學向中醫組提出建議；考試小組就中醫執業資格試前所需的資格或訓練向中醫組提出建議；中醫學位課程評審小組負責評審中醫學位課程的準則和參加中醫執業資格試的認可課程向中醫組提出建議，以及評核課程結構和教學水平；紀律小組負責建議中醫組就中醫的專業操守問題舉行研訊；而道德事務小組就中醫專業守則有關業務宣傳的條文，及有關中醫專業守則及操守的事宜向中醫組提出建議。<sup>50</sup>

中藥組轄下設有三個小組，分別為中藥管理小組、中藥業管理小組及中藥業監管小組。中藥管理小組處理有關中成藥的註冊規定和標準的事宜；中藥業管理小組負責處理中藥業者牌照相關的工作；而中藥業監管小組則就中藥業者的操守情況進行調查，採取適當行動，並向中藥組作出建議。<sup>51</sup>

#### 中醫的規管

根據《中醫藥條例》，所有欲在本港作中醫執業的人士必須先向中醫藥管理委員會中醫組註冊。除了已獲中醫組通知須參加執業資格試的表列中醫外，申請人必須已圓滿完成中醫組認可的中醫執業訓練本科學位課程或與該課程相當的課程，並在執業資格試及取得合格成績，才可申請成為註冊中醫。<sup>52</sup>

中醫行業歷史悠久，但由於中醫以往不受政府監管，欠缺中醫執業情況的數據。香港中醫藥發展籌備委員會在1995年推行香港中醫登記計劃，為日後制訂註冊準則作出準備，該計劃共獲得6890名中醫登記。<sup>53</sup>其後，立法會通過《中醫藥條例》規管中醫註冊。為確保在中醫註冊制度實施前已長期執業的中醫師不會受註冊制度影響而需要即時停止執業，《中醫藥條例》制訂了中醫註冊過渡性安排。如果中醫師在2000年1月3日已在香港執業，他們可先申請成為表列中醫。中醫組再按其執業途徑和學歷分成五個類別，安排循三種途徑申請成為註冊中醫，包括直接註冊、參加註冊審核或通過執業資格試。<sup>54</sup>

---

<sup>50</sup> 同上。

<sup>51</sup> 同上。

<sup>52</sup> 香港中醫藥管理委員會（2022）。香港中醫藥管理委員會 2022 年年報印刷版本。檢自：[https://www.cmchk.org.hk/cmp/chi/index.html#../chi/main\\_public\\_annual2022pp.htm](https://www.cmchk.org.hk/cmp/chi/index.html#../chi/main_public_annual2022pp.htm)。

<sup>53</sup> 香港中醫藥管理委員會世界衛生組織傳統醫藥合作中心香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部（2012）。檢自：[https://www.cmro.gov.hk/html/b5/useful\\_information/public\\_health/publication/DHCMD\\_WHOC\\_Cbooklet.html](https://www.cmro.gov.hk/html/b5/useful_information/public_health/publication/DHCMD_WHOC_Cbooklet.html)。

<sup>54</sup> 香港中醫藥管理委員會（2022）。香港中醫藥管理委員會 2022 年年報印刷版本。檢自：[https://www.cmchk.org.hk/cmp/chi/index.html#../chi/main\\_public\\_annual2022pp.htm](https://www.cmchk.org.hk/cmp/chi/index.html#../chi/main_public_annual2022pp.htm)。

此外，《中醫藥條例》亦設有限度註冊中醫制度，吸引中醫專才在指定機構擔任教育和科研人員，在中醫藥學方面進行臨床教學或研究。<sup>55</sup>

為確保中醫的專業水平和執業操守，註冊中醫和表列中醫分別受《香港註冊中醫專業守則》及《表列中醫守則》監管。他們需要在紀律、專業責任、專業道德、醫療行為、業務規範和宣傳方面符合有關要求。若中醫違反規定，委員會將按《中醫(紀律)規例》予以紀律研訊。<sup>56</sup>

截至 2023 年 11 月，本港共有 8,415 名註冊中醫、30 名有限制註冊中醫及 2,137 名表列中醫。<sup>57</sup>

### 中藥的規管

根據《中醫藥條例》，中藥材和中成藥分別主要受中藥商發牌制度和中成藥註冊制度規管。<sup>58</sup> 中藥材的名單載列於《中醫藥條例》的附表 1 和附表 2。附表 1 包含 31 種毒性中藥材，管制要求較高，而附表 2 列出 574 種常用中藥材。<sup>59</sup> 中成藥則指純粹由任何中藥材，慣常獲華人使用的任何源於植物、動物或礦物的物料，或上述兩項條件中提出的任何藥材和物料作為有效成分所組成，配製成劑型形式，並已知或聲稱用於診斷、治療、預防或紓緩人的疾病或症狀，或用於調節人體機能狀態的專賣產品。<sup>60</sup>

根據中藥商發牌制度，所有欲經營中藥材零售、中藥材批發、中成藥批發或中成藥製造的人士，必須向中醫藥管理委員會的中藥組申領牌照，並在獲批牌照後才可經營業務。<sup>61</sup>

中成藥註冊制度要求所有進口、在香港製造和銷售的中成藥必須先經中醫藥管理委員會的中藥組註冊。中成藥的註冊類別分為「固有藥類別」、「非固有藥類別」及「新藥類別」，按中成藥的組成、用途和銷售歷史區分。<sup>62</sup>

---

<sup>55</sup> 同上。

<sup>56</sup> 同上。

<sup>57</sup> 香港中醫藥管理委員會 (2023 年 12 月)。香港中醫藥管理委員會中醫組通訊。檢自：[https://www.cmchk.org.hk/cmp/news/cmp\\_newsletter2312\\_tc.htm](https://www.cmchk.org.hk/cmp/news/cmp_newsletter2312_tc.htm)。

<sup>58</sup> 香港中醫藥管理委員會 (無日期)。中藥規管制度。檢自：[https://www.cmchk.org.hk/pcm/chi/#main\\_rpcm.htm](https://www.cmchk.org.hk/pcm/chi/#main_rpcm.htm)。

<sup>59</sup> 香港中醫藥管理委員會 (無日期)。毒性中藥常識。檢自：[https://www.cmro.gov.hk/html/b5/useful\\_information/public\\_health/pamphlet/General\\_Knowledge\\_of\\_Toxic\\_Chinese\\_Herbal\\_Medicines.html](https://www.cmro.gov.hk/html/b5/useful_information/public_health/pamphlet/General_Knowledge_of_Toxic_Chinese_Herbal_Medicines.html)。

<sup>60</sup> 香港中醫藥管理委員會 (2004)。中成藥註冊申請手冊。檢自：[https://www.cmchk.org.hk/pcm/pdf/reg\\_handbook\\_c.pdf](https://www.cmchk.org.hk/pcm/pdf/reg_handbook_c.pdf)。

<sup>61</sup> 香港中醫藥管理委員會 (2022)。中藥商牌照申請手冊。檢自：[https://www.cmchk.org.hk/pcm/pdf/hb\\_acmtl\\_c.pdf](https://www.cmchk.org.hk/pcm/pdf/hb_acmtl_c.pdf)。

<sup>62</sup> 香港中醫藥管理委員會 (2004)。中成藥註冊申請手冊。檢自：

固有藥類別 - 除中藥注射劑外，若中成藥的處方為古方，古方加減，藥典方或國家藥品標準，並沒有改變原有的劑型，便視作固有藥類別。<sup>63</sup>

非固有藥類別 - 若中成藥具備調節人體機能狀態功能，或符合中成藥定義的單位中成藥顆粒，則視作非固有藥類別。<sup>64</sup>

新藥類別 - 若處方包含新發現的藥材，或藥材新的藥用部位，或藥材中提取的有效部位，或複方中提取的有效部位群的製劑，或中藥注射劑，或新的中藥處方製劑，或改變給藥途徑的中成藥，或增加新主治病證的中成藥，或改變劑型的中成藥，便視為新藥類別。<sup>65</sup>

中成藥的註冊組別則分為第 I、第 II 及第 III 組別。<sup>66</sup> 中成藥註冊申請所涉及的專業和技術性問題由中成藥註冊評審小組負責提出意見。<sup>67</sup>

另外，為確保中藥材的安全和品質，香港政府於 2002 年開始推行香港中藥材標準計劃，進行中藥材檢測和科研工作，為本港常用中藥材制訂參考標準。在 2020 年出版的《香港中藥材標準第十冊》，涵蓋的常用中藥材已增至 330 種。<sup>68</sup>

#### 中醫藥教育培訓

香港早期的中醫由師徒傳授或祖傳醫術為主。同時，香港早期的中醫教育由中醫開辦的私立中醫學校和本地中醫藥團體提供，但不被港英政府承認或資助。香港首間中醫學校—慶保中醫夜校由陳慶保醫師於 1917 年成立。<sup>69</sup>

根據 1995 年中醫藥發展籌備委員會推行的「香港中醫登記計劃」，6,890 名登記的中醫師中，有 3,385 人的專業培訓以祖傳或師傅為主，約佔登記中醫師的一半。另外，有 2,888 人報稱修讀中醫全科課程而獲得專業培訓。<sup>70</sup>

---

[https://www.cmchk.org.hk/pcm/pdf/reg\\_handbook\\_c.pdf](https://www.cmchk.org.hk/pcm/pdf/reg_handbook_c.pdf)。

<sup>63</sup> 同上。

<sup>64</sup> 同上。

<sup>65</sup> 同上。

<sup>66</sup> 同上。

<sup>67</sup> 同上。

<sup>68</sup> 香港特別行政區政府衛生署中醫藥規管辦公室（無日期）。香港中藥材標準之發展簡介。檢自：[https://www.cmro.gov.hk/html/b5/useful\\_information/hkcmms/index.html](https://www.cmro.gov.hk/html/b5/useful_information/hkcmms/index.html)。

<sup>69</sup> 劉小斌、陳永光（2021）。香港百年中醫發展史略（二）。香港中醫雜誌，16（1）。檢自：<http://www.hkjtcm.org/journals/2021%E5%B9%B4%E7%AC%AC%E5%8D%81%E5%85%AD%E5%8D%B7%E7%AC%AC%E4%B8%80%E6%9C%9F/01.%20%E9%A6%99%E6%B8%AF%E7%99%BE%E5%B9%B4%E4%B8%AD%E9%86%AB%E7%99%B>。

<sup>70</sup> 香港特別行政區政府衛生署中醫藥規管辦公室（2007）。邁進新紀元的香港中醫藥。檢自：[https://www.cmro.gov.hk/files/b5/useful\\_information/public\\_health/publication/A\\_New\\_Era\\_of\\_Chinese\\_Medicine\\_in\\_Hong\\_Kong\\_\(2007\).pdf](https://www.cmro.gov.hk/files/b5/useful_information/public_health/publication/A_New_Era_of_Chinese_Medicine_in_Hong_Kong_(2007).pdf)。

直至二十世紀九十年代，《基本法》第 138 條指出政府會發展中西醫藥，確立了中醫的地位，由此可以預計香港的中醫藥行業發展會有轉變。<sup>71</sup> 為了應付社會日後對中醫的需求，高等學府開始籌辦中醫藥進修課程和中醫學位課程。香港大學專業進修學院於 1991 年率先開辦中醫藥進修證書課程，及後還開設有關於中醫基礎、臨床、針灸等不同的證書文憑課程。<sup>72</sup> 1997 年，中醫藥發展籌備委員會的報告書提出提供全日制中醫學位課程的建議。<sup>73</sup> 香港浸會大學、香港中文大學和香港大學相繼開辦全日制中醫學位課程，為香港培養中醫人才。

為維持註冊中醫的專業水平及確保其專業知識與時並進，《中醫藥條例》規定註冊中醫在續領執業證明書時，必須符合香港中醫藥管理委員會中醫組規定的進修中醫藥學方面要求。<sup>74</sup> 進修機制要求註冊中醫在進修週期內參與進修活動如中醫藥學進修課程和學術會議，並取得最少 60 分進修分數，才可保持執業資格。<sup>75</sup>

### 中醫藥發展現況

近年政府積極推動中醫藥發展，推行多項中醫藥發展措施，推動中醫融入本港醫療體系和提升中醫藥界的水平。

醫院管理局在 2003 至 2014 年之間，逐步在全港 18 區設立中醫診所暨教研中心。中醫診所暨教研中心由醫院管理局、非政府機構和本地大學三方協作營運，除了為市民提供政府資助的中醫服務，亦提供教學和研究的用途。<sup>76</sup> 本地大學的中醫藥學生和畢業生能在教研中心獲取實習和培訓的機會。中醫診所每年平均提供超過 120 萬人次

---

<sup>71</sup> 《基本法》(第 6 章第 138 條) (1997)。

<sup>72</sup> 香港特別行政區政府衛生署中醫藥規管辦公室 (2007)。邁進新紀元的香港中醫藥。檢自：[https://www.cmro.gov.hk/files/b5/useful\\_information/public\\_health/publication/A\\_New\\_Era\\_of\\_Chinese\\_Medicine\\_in\\_Hong\\_Kong\\_\(2007\).pdf](https://www.cmro.gov.hk/files/b5/useful_information/public_health/publication/A_New_Era_of_Chinese_Medicine_in_Hong_Kong_(2007).pdf)。

<sup>73</sup> 香港特別行政區政府衛生署中醫藥規管辦公室 (無日期)。香港中醫藥規管與發展背景。檢自：[https://www.cmro.gov.hk/html/b5/about\\_us/development.html](https://www.cmro.gov.hk/html/b5/about_us/development.html)。

<sup>74</sup> 《中醫藥條例》(第 549 章) (1999)。

<sup>75</sup> 香港中醫藥管理委員會 (2022)。香港中醫藥管理委員會 2022 年年報印刷版本。檢自：[https://www.cmchk.org.hk/pdf/CMCHKAR2022pp/ch2\\_2022c.pdf](https://www.cmchk.org.hk/pdf/CMCHKAR2022pp/ch2_2022c.pdf)。

<sup>76</sup> 醫院管理局 (2022)。醫院管理局三方協作中醫診所暨教研中心簡介。檢自：<https://www.ha.org.hk/chinesemedicine/intro.asp?lan=chi>。

的服務。<sup>77</sup> 政府自 2020 年 3 月起於中醫診所暨教研中心提供 62 萬個資助門診配額，<sup>78</sup> 並於 2023 年 10 月將配額提升至 80 萬個，以應付市民對資助中醫服務的需求。<sup>79</sup>

此外，政府在 2014 年展開中西醫協作先導計劃，為公立醫院的中風、癌症紓緩、肌肉及骨骼痛症的住院病人提供中西醫協作治療。<sup>80</sup> 計劃屬自願性質，中西醫團隊會先評估住院病人有沒有接受中醫治療的需要，再為病人制訂合適的中醫治療方案，每次中醫治療的診治費用在政府資助下為港幣 120 元。<sup>81</sup> 截至 2023 年共有 3,560 位病人參與計劃，總診症量達 58,000 人次。<sup>82</sup> 有見中西醫協作服務累積了多年經驗，醫管局於 2023 年將服務常規化，更於 2024 年將服務擴展至七個醫院聯網轄下 26 間公立醫院，指定服務點已由原來八個增加至現時共 53 個。<sup>83</sup>

除了推行中西醫協作計劃，政府亦籌備中醫醫院。在《2014 年施政報告》中，政府指出已預留一幅將軍澳的土地來興建中醫醫院。<sup>84</sup> 其後，政府在《2017 年施政報告》表示政府對於將軍澳中醫醫院的管治架構和主要範疇的發展框架進行諮詢工作。<sup>85</sup> 在《2018 年施政報告》中，政府更明確表示同意確立中醫藥在香港醫療發展的地位，資助日後中醫醫院的門診和住院服務。<sup>86</sup> 同年，醫務衛生局成立中醫醫院發展計劃辦事

---

<sup>77</sup> 香港特別行政區政府（2023 年 11 月 8 日）。立法會三題：政府資助中醫門診服務。香港特別行政區政府新聞公報。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/202311/08/P2023110800350.htm>。

<sup>78</sup> 香港政府新聞網（2021）。政府致力發展中醫藥。檢自：[https://www.news.gov.hk/chi/2021/07/20210704/20210704\\_115839\\_055.html](https://www.news.gov.hk/chi/2021/07/20210704/20210704_115839_055.html)。

<sup>79</sup> 香港特別行政區政府（2023 年 9 月 30 日）。增加中醫診所暨教研中心政府資助中醫門診服務籌額。香港特別行政區政府新聞公報。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/202309/30/P2023093000298.htm>。

<sup>80</sup> 香港特別行政區政府（2024 年 3 月 14 日）。醫院管理局擴展中西醫協作服務至 53 個服務點。香港特別行政區政府新聞公報。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/202403/14/P2024031400704.htm>。

<sup>81</sup> 醫院管理局（無日期）。中西醫協作計劃。檢自：<https://cmk.ha.org.hk/zh-cht/information-index/news/icwm/intro>。

<sup>82</sup> 香港特別行政區政府（2023 年 11 月 22 日）。立法會六題：中西醫協作項目先導計劃。香港特別行政區政府新聞公報。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/202311/22/P2023112200363.htm>。

<sup>83</sup> 香港特別行政區政府（2024 年 3 月 14 日）。醫院管理局擴展中西醫協作服務至 53 個服務點。香港特別行政區政府新聞公報。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/202403/14/P2024031400704.htm>。

<sup>84</sup> 香港行政長官（2014）。二零一四年施政報告。檢自：<https://www.policyaddress.gov.hk/2014/chi/p178.html>。

<sup>85</sup> 香港行政長官（2017）。二零一七年施政報告。檢自：[https://www.policyaddress.gov.hk/2017/chi/policy\\_ch05.html](https://www.policyaddress.gov.hk/2017/chi/policy_ch05.html)。

<sup>86</sup> 香港行政長官（2018）。二零一八年施政報告。檢自：[https://www.policyaddress.gov.hk/2018/chi/policy\\_ch06.html](https://www.policyaddress.gov.hk/2018/chi/policy_ch06.html)。

處，監督和推動中醫醫院的規劃和發展，並委託合適的非牟利團體營運中醫醫院。<sup>87</sup> 香港浸會大學最後成功投標，成為中醫醫院的承辦機構。中醫醫院估計於 2025 年分階段投入服務。<sup>88</sup>

中醫醫院除了提供醫療服務外，亦是教學及培訓、科研、多方協作和創造健康價值的平台，進一步促進中醫藥發展。<sup>89</sup> 同時，中醫醫院亦肩負中醫藥文化傳承的重任。醫院各樓層已預留空間作展覽用途，以博物館形式向市民展示傳統中醫藥文化的深厚底蘊，促進中醫藥文化的傳承。醫院亦將以嶄新科技推動中醫服務數碼化和智能化，並與毗鄰的政府中藥檢測中心互相協作，為中藥的品質設立科學標準，推動中醫藥的循證醫學發展，建立中醫藥現代化的形象，促進中醫藥文化的國際傳播。

中醫藥界整體水平亦需要同時提升，才能配合推動中醫藥界發展的政策。為提升中醫藥界的發展和水平，政府在 2019 年啟動中醫藥發展基金，為中醫藥界提供財政資助，並由香港生產力促進局負責執行，醫務衛生局中醫藥處進行監督。中醫藥發展基金分為「企業支援計劃」和「行業支援計劃」兩部分，分別為個別從業員、診所或廠商，以及提升中醫藥業界的專業知識水平和促進業界發展的項目提供資助。<sup>90</sup>

中醫藥發展基金資助的項目範疇多元化，涵蓋人才培訓、診所設施、中成藥生產質量管理系統、研究等方面，惠及中醫藥界各方面的從業員和機構。截至 2024 年 2 月，基金已批出近 7,700 宗資助申請，惠及超過 215 萬中醫藥界人士或機構。<sup>91</sup> 在疫情期間，基金透過資助由香港中醫中藥界聯合總會統籌的抗疫項目，動員近 720 名私人中醫師，提供中醫藥遙距診症及復康治療服務予 42,000 名新冠確診病人和受新冠後遺症困擾的人士。<sup>92</sup> 有見基金多方面推進中醫藥發展，有助社會各界靈活調動人手以提供服務，政府於《2023-24 年財政預算案》宣布向中醫藥發展基金額外注資五億元，使基金總額達十億元，以進一步支援中醫藥界的發展。

另外，政府致力推動中藥檢測科研。政府中藥檢測中心於 2017 年運作，負責利用先進的科技制訂中藥的參考標準，確保中藥的安全和品質。檢測中心的工作也包括改

---

<sup>87</sup> 香港特別行政區政府醫務衛生局（無日期）。中醫醫院的規劃和發展進度。檢自：[https://www.healthbureau.gov.hk/cn/chinese\\_medicine/about\\_cmh/index.html](https://www.healthbureau.gov.hk/cn/chinese_medicine/about_cmh/index.html)。

<sup>88</sup> 香港政府新聞網（2021）。中醫醫院料 2025 年第二季啟用。檢自：[https://www.news.gov.hk/chi/2021/06/20210628/20210628\\_160808\\_705.html](https://www.news.gov.hk/chi/2021/06/20210628/20210628_160808_705.html)。

<sup>89</sup> 香港特別行政區政府醫務衛生局（無日期）。中醫醫院的定位。檢自：[https://www.healthbureau.gov.hk/cn/chinese\\_medicine/about\\_cmh/positioning.html](https://www.healthbureau.gov.hk/cn/chinese_medicine/about_cmh/positioning.html)。

<sup>90</sup> 中醫藥發展基金（無日期）。中醫藥發展基金簡介。檢自：<https://www.cmdevfund.hk/tc/about-us/#page-intro>。

<sup>91</sup> 香港特別行政區政府（2024 年 3 月 8 日）。中醫藥發展基金成果展今日起至下周一舉行。香港特別行政區政府新聞公報。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/202403/08/P2024030800237.htm>。

<sup>92</sup> 同上。

### 第三章 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

善鑒別及檢測中藥的方法，透過性狀、顯微、化學和 DNA 技術，建立中藥材參考 DNA 序列庫、分析中藥材指標和鑒別容易混淆的中藥成分。<sup>93</sup> 檢測中心亦完成建立首階段的數碼中藥資料平台的工作，把中藥標本的全方位資料結合與統一，作中藥鑒別或教育用途。<sup>94</sup>

#### 結語

在香港獨特的歷史文化背景下，香港的中醫藥發展道路迂迴曲折。中醫藥在香港開埠初期曾是華人所推崇的治病方法，其後在殖民地政府的壓制和漠視下，歷盡滄桑，造成中消西長的局面。直至香港回歸中國，中醫藥的地位再次備受政府重視。為促進中醫藥發展和將中醫藥融入醫療體制，政府推行了一系列的規管中醫藥、教育培訓、資助中醫藥業界的財政措施，同時興建相關的設施。中醫藥在香港的地位逐漸提升，相信將來能在醫療體制下發揮更大的影響力，改善人民的健康和生活質素。

### 第三節 中西醫結合

趙志輝

### 第四節 中西醫協作治療工傷病患

劉錦偉

#### 引言

隨著職安健法例的推行，因工業意外而導致身體受傷的個案的確比以往減少了許多。可是，一些經常參與體力勞動的工作者，如地盤工人、搬運工人或從事交通運輸行業的人士（如職業司機）等，因意外（工傷）而導致身體受傷的個案仍然十分普遍。

一般而言，工傷患者在受傷後大多會先向急症科、家庭醫生或骨科專科醫生求診。患者經醫生診斷後，會被給予適當的止痛藥物或被轉介接受物理治療服務，當中亦有小部份患者選擇直接向中醫求診。而有一些患者會先向西醫求診，但由於經過一段時間的治療仍未見好轉，故轉向尋求中醫治療。

隨著《僱員補償條例》就有關承認註冊中醫治療之修訂生效，僱員若在 2008 年 9 月 1 日或之後，在受僱工作期間因工作遇意外而導致身體受傷，而其選擇向註冊中醫求診時，倘若註冊中醫願意為他的工傷發出病假紙，僱主必須在該僱員喪失工作能力

---

<sup>93</sup> 香港特別行政區政府衛生署中醫藥事務部（2021 年 8 月）。政府中藥檢測中心最新進展。檢自：<https://www.itc.gov.hk/ch/doc/area/CCM-Paper-02-2021.pdf>。

<sup>94</sup> 香港行政長官（2023）。二零二三年施政報告。檢自：<https://www.policyaddress.gov.hk/2023/tc/p148.html>。

期間，向該僱員支付工傷病假工資。此外，在新規定下，如患者接受註冊中醫的治療，僱主須承擔法規下的每天不多於港幣 300 元額的醫療費用，相關資助的金額與現時僱員求診西醫治療一樣。因此，工傷患者選擇直接向中醫求診的數字亦有所上升。

西醫和中醫在診斷和治療腰背痛各有千秋。隨着社會對中醫的認可漸漸增加，中西醫結合治療腰背痛病患亦漸趨普遍。筆者希望跟據過往 10 年運用中西協作治療治愈數百位工傷患者的經驗，以此文與讀者分享就中西醫協作治療工傷病患的體會。

#### 中西醫結合治療發展

首先，因應市民的需求及國家中醫政策對中醫醫院的長遠發展，醫院管理局自 2014 年 9 月正式推行第一期「中西醫協作項目」先導計劃，主要針對急性下腰痛住院病人，為他們提供中西醫會診，亦因應病患的需要為他們在病房提供針灸及中藥治療。當然，病者在出院後亦會有中醫繼續跟進其病情。整個結合治療期長達半年，而相關計劃有數百位病人參與。中大醫學院亦於 2014 年 9 月在沙田威爾斯親王醫院開設本港首間中西醫結合醫學研究所，主力推行中西醫結合治療各類病患，其中亦包括中西醫結合治療因工受傷的僱員。

#### 常見工傷病患 種類、成因及其常見症狀

工傷病患種類繁多，其中頸肩、腰部、手腕手肘及腳足踝之傷患較常見。就受傷程度而言，輕則是表面皮膚擦傷、肌肉軟組織拉傷，嚴重則可能是韌帶、筋腱撕裂或骨折。若患者遇到更嚴重的情況（如交通或工業意外等），則可能因此傷及腦部、脊髓，導致肢體短暫癱瘓，或面臨截肢甚至終身殘障。

#### 成因

工傷的成因主要包括急性和非急性創傷性兩大類，急性創傷一般是僱員因交通意外、工業意外、跌倒等導致身體出現骨折或軟組織撕裂。而非急性創傷性受傷的成因多數是患者長期維持不良姿勢工作或肢體不停重複單一動作而引致肌肉、關節過度勞損而產生損傷疼痛的症狀。

#### 常見症狀

一般而言，因急性工作導致肢體肌肉軟組織受傷的四大常見症狀包括：紅、熱、腫、痛。如不幸出現骨折，可能會經歷十分劇烈的局部疼痛，受傷部位甚至無法活動或負重。若骨折移位或關節在受創出現脫位時，更可能會見到異型物。而急性筋骨軟組織在受傷時，局部肌肉可能因緊張而出現繃緊現象。而若神經線受損，病患一般會出現

麻痺、皮膚感覺異常等跡象，情況嚴重時更可出現因失去皮膚感覺或肢體發軟乏力而失禁。

#### 如何檢查和診斷工傷病患程度

西方醫學一般會根據病人的病史及臨床檢查生理及病理檢查所得的結果，診斷出工傷病患發病的原因。在個別個案中，醫護會以X光、磁力共振、電腦掃描等檢測試來評估患者骨骼、關節、肌肉、筋腱、韌帶、血管、椎間盤及神經系統等的受影響程度及損傷情況，從而就患者的工傷病患問題提供適當的治療。

中醫普遍認為由工傷衍生的痛症主要由於筋脈受損，氣血不通，不通則痛。所以中醫一般會通過望、聞、問、切的診斷方法，跟據患者筋脈經絡的陰陽、氣血運行去判斷患者身體之寒熱虛實，並以整體的觀念去調整患者的身體氣血運行，貫徹通則不痛的思維，從而改善病患情況。

#### 中西醫治療工傷病患的方法和機理

從西方醫學角度而言，物理治療一般為受痛症困擾之工傷病患提供一些治療方案，包括冷熱敷、鎮痛電療、超聲波，磁療、舒整關節、牽引治療及肌肉強化和心肺耐力訓練等。以上治療普遍可達到鎮痛、消炎及改善血管微循環等效果，使受傷部位快速復原甚至優化該部位之功能，從而使受傷僱員可以盡快重返崗位工作。

從中醫學角度而言，其治療方案普遍會根據僱員的受傷情況，給予病患推拿、針灸、中藥等治療。針灸能通過調和機體陰陽平衡而達致鎮痛效果；推拿則有助氣血運行，使受損部份柔軟度增加；中藥則有助改善患者整體體質而使患者傷患之處得以快速復原。

#### 中西醫可如何協作處理工傷病患的流程

當僱員因工作受傷後，會由骨科或其他專科醫生為患者檢查傷勢而篩選出一些較急或嚴重的個案，如：神經受損或嚴重受壓而出現肌肉無力、麻痺及劇痛、急性出血或感染性或傳或脊髓受損而引起、大便失禁、尿瀦留等後，而為其提供手術治療。就一般個案而言，醫生會先處方藥物給予工傷患者，有需要時或會轉介患者接受物理治療。與此同時，病人亦可能會被轉介到註冊中醫作檢查及接受合適中醫治療，包括針灸、推拿、拔罐等手法治療。故此，患者有機會同時接受西藥及中醫針灸治療，或在同一階段接受物理治療及中醫藥治療，目的是透過中西醫協作治療而優化受傷僱員的治療效果。

#### 中西醫協作治療的好處

中西醫協作治療的優勢主要有兩方面。其一，該治療能最大限度降低藥物治療的副作用；其二，中醫所主張的「整體觀念」，有助提高患者整體的身體健康程度。

筆者希望根據以往一宗實際的臨床個案，從而分享中西醫協作治療的優點。曾經，一位僱員在外出工作期間因走過崎嶇路段而意外扭傷踝關節，且其右踝連接腓骨之足踝韌帶有部份撕裂，從而引致足踝局部發炎發熱及水腫血腫（血瘀）。筆者透過物理治療手法，如冰敷、磁療、超聲波等分別達致降溫、消炎、止痛的效果。與此同時，筆者亦為該患者處方清熱涼血消腫的中藥，以加強局部降溫效果及減少血腫。隨著患者踝部的瘀血漸漸浮現，筆者進一步使用物理治療中的熱敷改善血液循環，且處方了活血化瘀的中藥，以加快瘀血消散，使新血得以充盈，筋脈得以滋養，加速軟組織的修復。根據以上病例，我們能深刻體現中西醫結合治療的優勢。

## 結論

透過這篇文章，筆者希望讀者能了解中西醫如何協作治療工傷病患以及其好處。

## 參考資料

瀏覽先導計劃工傷復康辦事處網站 [www.prp-wiro.gov.hk/tc](http://www.prp-wiro.gov.hk/tc)

中西醫對治筋骨傷患 | CUHKUPDates | 香港中文大學  
<https://www.iso.cuhk.edu.hk/chinese/publications/CUHKUPDates/article.aspx?articleid=3889>

勞工處 - 《僱員補償條例》有關承認註冊中醫核證修訂已於 2008 年 9 月 1 日生效  
<https://www.labour.gov.hk/tc/news/NewAdmendmentECO.htm>

## 九、醫社合作 – 從未病先防到全人健康管理

徐家健、許美婷

2024 年 7 月，筆者執筆撰寫此文之時，喜見政府宣布醫務衛生局轄下的基層醫療署正式成立。回望過去，政府早於 1989 年已成立「基層服務工作小組」，以促進基層醫療工作。該小組展望以「預防性護理」及「社區為本」作方向，從疾病源頭著手。回歸後，我們亦見歷屆政府積極完善香港的基層醫療系統：

- 2005 年，當時的健康與醫療發展諮詢委員會曾對醫療系統的服務提供模式，包括基層醫療系統，進行檢討及建議，亦促使政府在 2008 年的醫療改革諮詢文件《掌握健康 掌握人生》中提出加強基層醫療，特別是提供持續、着重預防、全面和全人的醫療服務。
- 2010 年食物及衛生局的「香港的基層醫療發展策略文件」中，明確提出改善本港

基層醫療服務的主要策略應包括「發展由跨專業團隊提供的全面醫療服務」、「加強跨界別協作」及「加強以預防性的方針」等。

- 2017 年，行政長官施政報告更提出以「三層預防」、「社區為本」、「醫社合作」等概念，並開展十八區地區康健中心的建設工作。

於 2020 年開始爆發的新冠肺炎疫情，大大地改變了全球公共衛生系統的生態，亦凸顯了擁有強大社區基層醫療健康系統的重要性。2022 年 12 月公佈的「基層醫療健康發展藍圖」，明言進一步發展一個「社區為本、家庭為中心」的社區醫療健康系統。正如醫務衛生局局長盧寵茂教授當時所言：「香港需要就醫療系統進行系統性改革，將焦點從治療轉向至預防疾病，扭轉現時『重治療、輕預防』的醫療體制和觀念。」

此文將重點探討醫社合作在香港的潛力和挑戰。然而，由於醫社合作是一個廣泛而複雜的主題，加上字數及篇幅的限制，筆者僅闡述其中的一些重要觀點和議題。

#### 第一部份：對「醫社合作」概念的理解

「醫社合作」是一個廣義的概念，指不同醫療和社會服務領域的專業人士之間的合作，這種合作旨在提供全面的醫療服務，並解決病患者在健康管理和康復過程中所面臨的問題。外國文獻指醫社合作是以跨專業的互動協作，來完成單靠醫護界或社會福利界等單一專業無法達成的目標<sup>95</sup>。

醫社合作是一個國際性的趨勢，在美國<sup>96</sup>及荷蘭<sup>97</sup>等西方國家近年亦探索試行大大小小的醫社合作項目，當中的經驗相當值得香港借鏡。而對醫社合作的興趣，源自於在當今社會，人們對健康的關注日益增加，並且意識到僅依靠傳統意義上的醫療系統，無法實現預防疾病以至全人健康。近代越來越多研究顯示，社會因素如教育、就業、住屋及社交等對健康的影響非常明顯及重要<sup>98</sup>。另一方面，全球大部份地區均要面對

---

<sup>95</sup> Bronstein, Laura R. "A model for interdisciplinary collaboration." *Social work* 48.3 (2003): 297-306.

<sup>96</sup> Fleming, Mark D., et al. "Between health care and social services: Boundary objects and cross-sector collaboration." *Social Science & Medicine* 320 (2023): 115758.

<sup>97</sup> van Vooren, Natascha JE, et al. "Cross-Sector Collaboration for a Healthy Living Environment—Which Strategies to Implement, Why, and in Which Context?." *International journal of environmental research and public health* 17.17 (2020): 6250.

<sup>98</sup> National Academies of Sciences, Medicine Division, and Committee on Integrating Social Needs Care into the Delivery of Health Care to Improve the Nation's Health. "Integrating social care into the delivery of health care: Moving upstream to improve the nation's health." (2019).

人口老化及「醫療通脹」的問題，令公共醫療成本每年不斷攀升，而醫社合作正正為各地政府提供了一個可以降低相關成本的機會<sup>99</sup>。

從公共衛生的角度，香港有一張非常亮麗的成績單：由 2014 年起，連續 7 年蟬聯為全球最長壽地區。2023 年香港人男性及女性的平均預期壽命達 82.5 歲及 87.9 歲；但另一方面，香港中文大學近年的研究結果顯示，香港人雖然長壽，但長者在離世前伴隨殘疾的時間大幅增加<sup>100</sup>。長壽結合長期、慢性及嚴重疾病，這種情況勢必會令公營醫療系統百上加斤，輪候服務(特別是專科)的時間亦會變得更遙遙無期。因此醫社合作是一個相當令人期待的發展方向，去解決這些單靠醫護界難以處理的結構性問題。

概念上，相信沒有人反對政府去運用各種社會資源，多快好省地令居民達至全人健康的政策目標。但是由誰去做、怎樣做，卻令這個議題變得相當複雜。

## 第二部份：不同視角下的角色與責任

現時，醫療界在香港主要擔當著治療的角色。醫院、醫療機構以及專科醫療服務等屬於第二、三層的醫療服務<sup>101</sup>。醫生、護士等醫療專家是香港醫療服務的核心，他們在醫學上專注於治療病人和協助病人康復以提升病人個人的健康水平，尤其著重於處理病人個人的急性或慢性健康問題，而非在提升整體社會健康中發揮作用<sup>102</sup>。由此可見，預防疾病範疇並非現時香港醫療界的主要角色。

在以上框架下，很多人對醫社合作的理解是：從醫療角度來看，醫生和其他醫護專職人士的角色是提供醫療診斷和治療，並確保患者的身體健康；而從社會福利角度來看，社工的角色是關注患者的社會問題，例如貧困、孤獨和失業等。然而，隨著對影響疾病的社會因素的認識增加，醫生的角色也擴展到需要關注患者的生活質素和身心健康。另一方面，社工的責任是提供社會資源和支持，以幫助患者解決因疾病而產生的各種個人及家庭問題，促進其康復和融入社會。此合作方式是「醫護為主，社福為

---

<sup>99</sup> Fichtenberg, Caroline, et al. "Health And Human Services Integration: Generating Sustained Health And Equity Improvements: An overview of collaborations, partnerships, and other integration efforts between health care and social services organizations." *Health Affairs* 39.4 (2020): 567-573.

<sup>100</sup> Chung, Gary Ka-Ki, et al. "Secular trends of life expectancy and disability-free life expectancy at age 65 and associated gender and area-level socioeconomic inequalities in Hong Kong: a serial cross-sectional study between 2007 and 2020." *The Lancet Regional Health-Western Pacific* 41 (2023).

<sup>101</sup> 醫務衛生局：〈基層醫療健康藍圖〉，[https://www.primaryhealthcare.gov.hk/bp/cms-assets/Primary\\_Healthcare\\_Blueprint\\_Saddle\\_Stitch\\_Chi\\_1d729e9754.pdf](https://www.primaryhealthcare.gov.hk/bp/cms-assets/Primary_Healthcare_Blueprint_Saddle_Stitch_Chi_1d729e9754.pdf)，2022 年 12 月 19 日。

<sup>102</sup> Schoeb, Veronika. "Healthcare service in Hong Kong and its challenges. The role of health professionals within a social model of health." *China Perspectives* 2016.2016/4 (2016): 51-58.

輔」，以基層醫療的角度出發，亦是醫院內的醫務社工、病人資源中心、社區復康網絡以及病人互助組織等醫務社會工作 (Medical Social Work) 服務的源起。

但香港的醫社合作發展空間之多樣化，往往會出乎很多人的意料。除了醫院，在香港參與「醫社合作」的單位，還有更多來自社會福利界的安老服務及復康服務。

本文其中一位筆者長年從事長者及復康服務工作，親身見證著社會福利界在基層醫療領域中所擔任的重要角色。安老服務及復康服務單位，一直透過不同類型的社會服務，高度參與基層醫療服務，例如長者服務及復康服務裡的社區中心、日間護理中心、家居照顧隊及各類院舍等，都直接涉及長者和各類殘疾人士的健康管理，並會聘用護士等專職醫療人員處理健康及護理工作。而部份資深護士及治療師更會晉升至有關機構的管理階層，處理跨單位的服務發展工作。上述單位的數目，單是由社會福利署資助的單位，已經超過 1,100 個，還未計上一些由社會服務機構自付盈虧，或透過申請其他界別撥款 (如香港賽馬會、商界等) 的服務。此外，很大部份的地區康健中心及地區康健站，其實也是由社會服務機構營運和管理。

過去三十年，社福界、學術界及醫護界曾多次合作，策劃發展了不少創新性及實驗式的基層醫療服務。而在長者服務及復康服務的日常運作上，社工因應服務單位的類型和社會福利署的「運用津貼及服務協議」(Funding and Service Agreement)，要定期提供服務促進服務使用者健康、預防疾病或提高服務使用者自我健康管理能力。除了社工直接提供服務外，還需要動員社區持份者，發掘地區資源，以提高個人和社區的健康管理意識和行為。

不過筆者認為，上述的分析仍然欠缺一個病人及照顧者的視角。從用家角度，怎樣的醫社合作模式，會令病人和他的家人得到最大的效用呢？舉例說：有研究顯示，在香港看病時，病人認為醫生並不會與他們談及疾病預防相關的資訊。此外，病人認為醫生比較繁忙，看診時間一般較短，並認為向醫生諮詢與病情非相關的事情可能會耽誤醫生的工作，故此病人普遍不會主動向醫生諮詢有關疾病預防方面的資訊。然而，他們希望醫生能夠針對自身的身體狀況，例如病歷、年齡、家族病史等，去建議個人化的預防疾病方法，並向病人建議應該做的身體檢查項目<sup>103</sup>。其實，考慮到長期及嚴重疾病所帶來的痛苦、經濟壓力及其他個人及家庭因素，相信足夠令大部份人有動機去主動進行個人健康管理，從而做到「未病先防」。

在醫護界，政府正打算發展以社區為本，以家庭為中心的社區醫療健康系統。同時，以預防疾病為目標，跟從「早發現，早治理」的策略，並強化「一人一家庭醫

---

<sup>103</sup> Tam, D. Y., Lo, Y. Y., & Tsui, W. (2018). Knowledge, practices and expectations of preventive care: a qualitative study of patients attending government general outpatient clinics in Hong Kong. *BMC Family Practice*, 19, 1-8.

生」的概念<sup>104</sup>。現時，香港的不同地區都設立了地區康健中心，接下來的日子還有更多的地區康健中心在香港其他地區落成。地區康健中心網絡服務提供者包括中醫師、營養師、職業治療師、視光師、物理治療師、足病診療室和言語治療師等，服務包含健康評估、健康推廣、慢性疾病管理和社區復康服務，有糖尿病或者高血壓人士更會被轉介約見醫生<sup>105</sup>。市民可以在地區康健中心獲得預防疾病的資訊，並且評估自己的健康水平；若有患上疾病的先兆，便可以及早發現從而以盡早控制病情及康復。

除了在社區的地區康健中心，政府更設立了網站讓市民能夠上網搜尋適合自己的家庭醫生，合資格人士更可以參加「慢性疾病共同治理先導計劃」以獲得全方面和個人化的醫療服務，而家庭醫生會按市民的健康狀況去安排化驗及檢查<sup>106</sup>。市民也可以在網上尋找已登記成為基層醫療服務提供者的西醫、牙醫及中醫<sup>107</sup>。這些措施都能讓市民在有患病風險或病情最初期時已獲得控制及治療，並獲得針對市民自身身體狀況的個人化醫療服務及建議，從而提升市民整體的健康水平。

因此，香港的醫社合作，有心之士如果可以用不同的視角、結合兩大界別擁有的龐大資源及網絡去全盤考量，相信必定可以提供大量想像與發揮空間，有更多及時和到位的點子可以惠澤社群。

### 第三部份：醫社合作的現實與挑戰

現實中，香港及世界各地在推動醫社合作時，均會遇到不同的困難及挑戰。由於各地的醫療系統五花八門，因此所產生的基層醫療生態亦大有不同，建基於這些生態系統之上的醫社合作模式亦會有多樣化的展現。縱然如此，各地醫社合作所遇到的挑戰，卻是相當接近。

跨界別合作中，最重要的是各持份者首先要有共同的目標，讓大家可以把心力及資源投放到同一個方向。而在新加坡<sup>108</sup>的經驗上，發現醫護界及其他界別的專業人員仍然有各自為政的心態，令醫社合作變得緩慢而困難。除了山頭主義，在香港、美國及

---

<sup>104</sup> 香港特別行政區政府：〈立法會一題：公營醫療服務的人手及資源〉，<https://www.info.gov.hk/gia/general/202406/26/P2024062600513.htm>，2024年6月26日。

<sup>105</sup> 醫務衛生局：〈地區康健中心的背景〉，[https://www.dhc.gov.hk/tc/healthcare\\_service\\_providers.html#scope-of-service](https://www.dhc.gov.hk/tc/healthcare_service_providers.html#scope-of-service)，2023年9月27日。

<sup>106</sup> 醫務衛生局：〈慢性疾病共同治理先導計劃的介紹〉，<https://www.primaryhealthcare.gov.hk/cdcc/tc/gp/introduction.html>，2023年11月28日。

<sup>107</sup> 醫務衛生局：〈基層醫療指南〉，[https://www.pcdirectory.gov.hk/main/home\\_page.html?lang=0](https://www.pcdirectory.gov.hk/main/home_page.html?lang=0)，2023年11月24日。

<sup>108</sup> Ong, Suan Ee, et al. "Health systems reforms in Singapore: A qualitative study of key stakeholders." *Health Policy* 122.4 (2018): 431-443.

英國等地的醫社合作上，遇到的另一個問題是「醫護為主，社福為輔」的思考方式仍然佔據著主導位置。原因很簡單，因為基層醫療一直是以醫護界作為領頭羊及執行者，而這種思考方式亦泛見於香港的政策文件。而兩個界別的不對等合作，Fleming 指出醫護界相對較大的權力會導致社會服務走向醫療化<sup>109</sup>，引致醫護界中常見的生物醫學邏輯 (biomedical logic)，包括所引伸的個人化診斷、病理治療，以及更廣泛地將醫學語言、衡量標準和工作目標滲透到社會各服務領域中。當中的問題，早年的文獻已清晰指出 (例如 Bywaters<sup>110</sup> 認為在社工的角度，在治療的過程中，醫生較少重視病人的個人病患經驗，亦較不重視病人與病人在病患過程中所產生，如何應對疾病的集體智慧)。此外，以「頭痛醫頭」的病理角度去處理非病理的問題，會令服務變得碎片化。一個病人可能要走訪不同的單位，尋找不同的專業人士，去處理他身上的疾病復康及福利問題。所產生的後果，會令行動困難及有經濟困難的長者、殘疾人士及其照顧者處於更不利的位置。

要改變病人的求醫心態也是醫社合作所面對的一大困難。以新加坡為例<sup>111</sup>，即使新加坡人認為公營基層醫療的服務質素不亞於醫院，許多人還是寧願到醫院接受服務。這主要是由於醫院提供較高的財務支援 (即付出較少金錢，便可獲得同等級數的服務)，以及一般大眾認為基層和社區醫療不如醫院的那麼專業。這些想法套用在香港，也是大同小異，甚至產生了多年來濫用公立醫院服務的趨勢。

#### 第四部份：未來發展與建議

為實現全面健康管理和優質基層醫療服務，我們需要推動不同界別的合作，加強跨界合作和協調機制，並提升公眾對基層醫療服務的認知和支持。這將有助於提高基層醫療服務的效率和效果，並促進社會的健康發展。因此，政府、醫療專業人士、社工、教育機構和社區組織等各界別應共同努力，實現基層醫療服務的可持續發展。

政府的支持，除了是提供經費支持和政策指導，並建立跨界合作的平台和機制，以確保各界別能夠有效合作外，更重要的是發揮其規劃和監管的角色，建立相應的政策和法規，促進不同界別的合作。同時，加強公眾對基層醫療服務的認知是必要的。這可以通過開展宣傳和教育活動，提高公眾對基層醫療服務的重要性的認識。政

---

<sup>109</sup> Fleming, Mark D., et al. "Between health care and social services: Boundary objects and cross-sector collaboration." *Social Science & Medicine* 320 (2023): 115758.

<sup>110</sup> Bywaters, Paul. "Social work and the medical profession—Arguments against unconditional collaboration." *The British Journal of Social Work* 16.6 (1986): 661-667.

<sup>111</sup> Lim, J., & Joshi, V. (2008). Public perceptions of healthcare in Singapore. *Annals Academy Medical Singapore*, 37, 91-95.

府可以在媒體上宣傳基層醫療服務的成就和效果，並向公眾提供相關的教育資訊，以增加對基層醫療的了解和認知。

此外，培訓跨領域 (Transdisciplinary) 的專業人員非常重要。在香港，培訓醫療專業人員或社會工作員在多學科團隊 (Multi-disciplinary team) 中工作一直素有成果。但要真正達至跨界合作，就必須要有具備跨領域視野、知識及技能的專業人員參與其中，以創新思維及手法帶動醫社合作的發展。

我們亦認同社群的力量。因此，建立公眾參與的機制亦相當重要。公眾可以通過參與基層醫療服務的規劃和評估，提供意見和建議，以確保服務能貼近公眾的需求。政府可以建立相應的參與機制，例如成立基層醫療服務的公眾諮詢小組，定期聽取公眾意見。

### **結論：醫社合作「跨界別」的提昇及超越**

筆者以三個英文字彙「Multidisciplinary」、「Interdisciplinary」及「Transdisciplinary」作為這篇文章的終結。這三個字的中文解釋同樣是「跨界別」，但意義卻大有不同。香港的醫社合作，最初是以「Multidisciplinary」的方式進行：來自南轅北轍的醫護界及社會福利界的人走在一起，共同為病患的福祉而努力。漸漸，香港的基層醫療健康服務成形，在這個平台上，醫護界及社會福利界在多年的合作中互相磨合、改變。社會福利界因應服務發展，引進不同類別的專職醫護人員如護士、職業／物理／言語治療師、臨床心理學家、保健員等，形式一支龐大的「跨界別」(Interdisciplinary) 團隊；而醫護界亦走出醫院、走入社區，發展外展服務。而最後，我們期望發展為一個 Transdisciplinary、醫社合作的大團隊，亦呼應了世界衛生組織所提出「將健康融入所有政策(Health in All Policies)」的框架。

## **十、醫療護理的教育和人才培養**

陳偉樑、伍時豐

### **第一節 專職醫療人員的發展及監管**

方乃權

#### **引言**

本章基於香港的醫療保健行業監管的歷史及現況，運用 SWOT 分析法- 優勢 (strengths)、劣勢 (weaknesses)、機會 (opportunities)、威脅 (threats)，與英國 (普通法管轄區) (common law jurisdiction) 的監管情況進行比較，並得出對香港專職醫療人員監管發展的結論。

#### 監管的定義

「監管」(regulation) 一詞意味著監管對象、監管方式以及監管者。根據 Warren (2018) 的觀點，醫療保健監管的三個目標是：(1) 保護公眾；(2) 維護公眾對醫療行業的信心；(3) 宣揚並維護專業標準。儘管由於人為失誤和意外事故，臨床錯誤無法完全消除，但前兩個目標可以透過同儕監督和控制，向公眾提供一個開放、透明、可問責的體系來實現 (Allsop & Saks, 2002)。如今，監管原則與公眾面臨的風險程度成正比——這已在不同國家的司法管轄區得到實踐，成為醫療保健行業監管現代化的一種方式 (Fletcher et al., 2018)。關於最後一個目標，許多已開發國家分別透過法定或非法定組織對醫療保健專業人員實施法定或非法定監管。專業組織的職責包括：1) 制定能力標準；2) 維護專業人員名冊；3) 提供繼續教育；以及 4) 調查投訴 (如有)，並確定註冊人員的「執業能力」(fitness to practice) (Warren, 2018)。在英國，有 32 個醫療保健專業受到監管 (Warren, 2018)，其中 15 個受衛生和護理專業委員會 (Health and Care Professions Council) (HCPC) 監管，而其他專業，例如醫生、牙醫、護士、驗光師、脊椎按摩師、藥劑師等，則由其他機構監管。

#### 香港醫療專業規管路徑的歷史

香港醫療行業的規管採用普通法管轄，部分法例可追溯至英國殖民時期。根據高永文醫生於 2017 年 6 月向立法會提交的答覆，香港採用以風險為基礎 (risk-based approach) 的規管模式 (2017 年立法會三題)。目前，衛生署轄下有 9 條條例，規管 12 個專業 (表一)。紀律處分規管的製定年份及生效年份各不相同 (表一)。最早的規管是香港法例第 161 章《醫師註冊條例》，該條例規管香港醫務委員會轄下的醫生。162《助產士 (註冊及紀律處分程序) 規例》是香港具有歷史意義的法例之一，因為婦女分娩最早是由醫院外的助產士而非醫生和護士提供支持。1980 年制定的《輔助醫療業條例》(第 359 章) 旨在為輔助醫學的醫療專業提供監管。根據該條例，輔助醫療業管理局成立。首兩個受監管的專業是醫務化驗師和職業治療師，其他專業則在之後的不同年份陸續受到監管 (表 1)。香港藥劑業及毒藥管理局第 3 條對藥劑師的監管一直持續到 1997 年第一批在香港中文大學完成藥劑學學位課程的本地培訓藥劑師畢業。對於所有受註冊監管的醫療保健專業，每個學科都有一個由法定組織 (statutory organization) (即管理相關專業的理事會/委員會 (機構)) 進行的單獨註冊。對於目前無需法定註冊的醫療專業，政府於 2016 年底推出了「認可醫療專業註冊計畫」(簡稱「認可註冊計劃」) (Accredited Registers Scheme for Healthcare Professions or the AR scheme)。該試驗計劃採用自律原則，透過自願的社團註冊，規管五個初級專業，即聽力學家、臨床心理學家、營養師、教育心理學家和言語治療師。認可註冊計劃的運作原則是，符合認可註冊計劃規定的“專業團體”，將被認可為該特定醫療專業

的“認可機構”。1997 年香港回歸後，香港特區政府於 1999 年制定了第 549 章《中醫藥條例》，對中醫師進行監管。在 1997 年之前，中醫師專業可能由於政治原因而未被合法承認。

### 透過紀律處分程序規範公眾的專業行為

除了專業機構對不專業行為(unprofessional conducts)的監管（主要基於同儕審查）外，最高的舉證標準是刑事訴訟(criminal proceedings)，且該訴訟必須排除合理懷疑(beyond reasonable doubt)。根據香港醫務委員會 (MCHK) 的《註冊醫生專業行為守則》(2022 年 10 月修訂)，醫生如被裁定犯有任何可判處監禁的罪行，無論該罪行是否涉及專業失當行為，均須接受 MCHK 的紀律處分程序。然而，如果該罪行可能影響醫生的執業資格，則會啟動 MCHK 的紀律處分程序。

例如，最近一宗法庭案件「香港特別行政區訴麥韻玲 [2019] HKCFA 37; [2022] HKCA 387; [2020] HCCC 437/2015」。註冊醫生麥韻玲於 2020 年 12 月 1 日因「重大過失殺人罪」(GNM) 被判入獄三年半。2012 年 10 月 10 日，她與集團老闆周向榮、和實驗室經理陳冠忠在代表 DR 美容中心（銅鑼灣）有限公司進行 CIK/ AI 治療後，非法殺害了一名患者。總而言之，麥醫生被指控：1) 違反謹慎責任(breach of the duty of care)，因為該 CIK/ AI 療法未經科學證實；2) 未對病人的安全採取合理謹慎措施 (reasonable care)；3) 未確保該患者充分了解該療法所涉及的風險 (fully informed of the risks involved in the said therapy)；4) 未依照香港醫務委員會發布的《專業行為準則》的規定，獲得香港醫務委員會相關倫理委員會和衛生署的批准，進行臨床試驗；5) 「重大疏忽」(gross negligence)與病人的死亡有重大因果關係。本案表明，香港的醫療專業也受到普通法管轄。儘管嚴重疏忽 (GNM) (gross negligence manslaughter) 在香港並不常見，但香港終審法院於 2022 年 3 月 9 日駁回了麥醫生的上訴[CACC 5/2018]，判囚 3 年半，理由是其「重大疏忽」的客觀合理性標準（香港大學醫學倫理與法律中心，2021 年）。新聞資料顯示，周向榮已於 2023 年 2 月，經醫委會聆訊後被從醫生名冊永久除名；麥允齡則在 2022 年經研訊後，從普通科醫生名冊中除名，為期 5 年(The Witness, 2024)。

表一 香港醫療專業、專業團體規例及紀律處分生效年份

條例（香港電子法例， <a href="https://www.elegislation.gov.hk/hk/cap359">https://www.elegislation.gov.hk/hk/cap359</a> ）	監管機關	專業	專業註冊 生效年份

### 第三章 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

Cap. 161 Medical Registration Ordinance 第 161 章 醫生註冊條例	Medical Council of Hong Kong 香港醫務委員會	Practitioners in medicine and surgery 內科及外科執業醫生	1957
Cap. 156 Dentists Registration Ordinance 第 156 章 牙醫註冊條例	Dental Council of Hong Kong 香港牙醫管理委員會	Dentists 牙醫	1959
Cap. 162 Midwives Registration Ordinance 第 162 章 助產士註冊條例	The Midwives Council of Hong Kong 香港助產士管理局	Midwives 助產士	1960
Cap. 164 Nurses Registration Ordinance 第 164 章 《護士註冊條例》	The Nursing Council of Hong Kong 香港護士管理局	Registered nurses 註冊護士 Enrolled nurses 登記護士	1970
Cap. 359 Supplementary Medical Professions Ordinance 第 359 章 《輔助醫療業條例》	Medical Laboratory Technologists Board 醫務化驗師管理委員會	Medical Laboratory Technologists 醫務化驗師	1990
	Occupational Therapists Board 職業治療師管理委員會	Occupational Therapists 職業治療師	1990

	Optometrists Board 視光師管理委員會	Optometrists 視光師	1994
	The Radiographers Board 放射技師管理委員會	Radiographers 放射技師	1995
	The Physiotherapists Board 物理治療師管理委員會	Physiotherapists 物理治療師	1997
Cap. 138 Pharmacy and Poisons Ordinance 第 138 章 《藥劑業及毒藥條例》	Pharmacy and Poisons Board of Hong Kong 香港藥劑業及毒藥管理局	Pharmacists 藥劑師	1997
Cap. 156 Dentists Registration Ordinance 第 156 章 《牙醫註冊條例》	Cap. 156B Ancillary Dental Workers (Dental Hygienists) Regulations 第 156B 章 《牙科輔助人員(牙齒衛生員)規例》	Dental Hygienists 牙齒衛生員	1997
Cap. 549 Chinese Medicine Ordinance 第 549 章 《中醫藥條例》	Chinese Medicine Council of Hong Kong 中	Chinese medicine practitioners 中醫師	1999

	醫藥管理委員會		
Cap. 428 Chiropractors Registration Ordinance 第 428 章《脊醫註冊條例》	Chiropractors Council 脊醫管理局	Chiropractors 脊醫	2001

### 香港醫療專業監管控制強弱的機率分析

表 2 展示了香港醫療專業監管的各項情況，並採用優勢、劣勢、機會和威脅 (SWOT) 分析法與英國進行比較。儘管香港對公眾安全和利益的監管控制問責機制透明 (transparent accountability of regulation controls)，但對醫生的公共問責機制卻一直受到批評，原因包括缺乏公眾參與，調查和紀律處分程序耗時過長，及由醫生主導。

另一個缺點是，醫療行業監管法規的製定年份不同 (表 1)。儘管政府早在 1990 年就根據《醫療衛生條例》為五個輔助醫療專業設立了委員會，但所有委員會成員均由政府任命，現任主席均為執業醫生、牙醫或其他非醫療行業，而非各自輔助醫療專業的人士。這違反了專業自律原則 (professional autonomy)，並阻礙了專業自主性的發展 (LCO3, 2017)。

雖然「認可註冊」(AR scheme) 計劃下的「認可機構」(accredited bodies) 涵蓋了廣泛的專業領域，但與其他受法定機構監管的醫療專業不同，目前初步確定的五個醫療專業仍未獲得法定註冊。除這五個專業外，其他醫療專業，例如義肢矯形師，仍未受到任何監管。此外，認可註冊計劃還要求專業機構對其專業的自願註冊進行自我評估和外部同儕審查。

目前，患者應先由醫生診斷，才能轉介至輔助醫療專業 (視光師除外) 接受治療，以確保轉介理由充分。這對輔助醫療專業不公平，因為如果沒有獲得轉介，他們將面臨違反執業守則 (breach of the codes of practice) 的風險，並受到紀律處分 (LCO3, 2017 年)。這對相關的醫生也不公平，例如黃卓儀醫生訴香港醫事委員會 [2019] HKCA 1332 一案，儘管其中三名護士已被香港護士管理局指控犯有不專業行為 (guilty of unprofessional conduct)，但香港醫務委員會仍指控黃醫生兩項紀律處分中的一項，因為他沒有指導 (failing to instruct) 護理人員傷口的醫療狀況 (近期案件，香港大學醫學倫理與法律中心，2019 年)。

最終，政府於 2025 年 3 月 19 日宣布，《2025 年輔助醫療專業 (修訂) 條例草案》(《條例草案》) 將於 2025 年 3 月 21 日刊憲 (Press Release, LegCo, 2025)。條例草案建議將「輔助醫療專業」更名為「專職醫療專業」；取消一些過時的限制，並提供法律框架以促進跨學科合作，包括允許病人在特定情況下無需醫生轉介即可接受物

理治療和職業治療服務，以及讓專職醫療專業人員能夠接受中醫師的轉介。此外，為進一步提升專職醫療專業的人力資源，條例草案引入了一條新的途徑，允許符合資格的非本地培訓專職醫療專業人員在指定機構執業，以解決公共醫療系統內特定專職醫療專業的人力短缺問題。條例草案亦引入持續專業進修(continuing professional development) (CPD) 作為所有專職醫療專業人員的強制性要求(mandatory requirements)，以確保專職醫療專業的整體專業水準。為促進專職醫療專業的發展，條例草案建議優化輔助醫療專業管理局（將改名為專職醫療專業管理局）（管理局）及其五個成員委員會的組成和架構，以確保其更有效地履行規管職責，並進一步提升其代表性和公信力。最後，輔助醫療專業（修訂）條例於 2025 年 7 月 25 日頒布（現已更名為《專職醫療專業條例》）。

**表 2 香港與英國醫療專業監管的 SWOT 分析**

	香港	英國
<b>Strengths 優勢</b>	透明問責，維護公眾安全和利益 (transparent accountability for the public safety and interest)	對公共安全和利益的透明問責 (Leslie et al., 2021)
<b>Weaknesses 劣勢</b>	不同行業的規章制度由不同的監管機構制定， 制定時間也不同，而且不同行業的法定和非法定方式(statutory and non-statutory) 也不統一。  對醫生的公共問責制度受到批評，因為調查和紀律程序缺乏公眾參與，即由醫生主導。	各行業的監管由 10 個法定機構負責，但 HCPC 監管 15 個行業(Leslie et al., 2021)
<b>Opportunities 機遇</b>	1997 年香港回歸後，新增中醫師和藥劑師	政府改革以實現專業監管現代化(Leslie et al., 2021)  法院管轄權(court jurisdictions) 根據循證方法和醫療保健發展趨勢進行更新
<b>Threats 威脅</b>	專職醫療機構自行定義其執業範圍 (scope of practice)	HCPC 專業機構自行定義其執業範圍(Leslie et al., 2021)

## 結論

醫療保健是香港監管最嚴格的行業之一，目前香港專職醫療人員的監管控制措施是公平的，但也有上述的不足。我們有必要進一步努力，在所有醫療保健行業中建立統一的監管模式，並改善調查和紀律程序，以追究公眾安全和利益的責任。

## 參考

Allsop, J., & Saks, M. (2002). *Regulating the health professions*, p.166. London: Sage.

Annual Report 2012, Pharmacy and Poisons Board of Hong Kong. Accessed Nov 15, 2022 from [https://www.ppbhk.org.hk/eng/report/pharmacy\\_poisons\\_board\\_of\\_hong\\_kong\\_2012report.pdf](https://www.ppbhk.org.hk/eng/report/pharmacy_poisons_board_of_hong_kong_2012report.pdf)

Chiu, P. (2022). Pharmacy in Hong Kong during the transition years, 1985-1997. *Pharmaceutical Historian*, 52(2). Accessed Nov 15, 2022 from <https://www.ingentaconnect.com/contentone/bshp/ph/2022/00000052/00000002/art00001?crawler=true&mimetype=application/pdf>

Editorial, Centre for Medical Ethics and Law, The University of Hong Kong. (2021). Doctor's conviction of Gross Negligence Manslaughter in Hong Kong. Accessed Nov 26, 2022 from <https://www.cmel.hku.hk/resources-detail.php?id=50>

Fletcher, M., Interligi, L., & Robertson, C. (2018). Right-touch regulation in practice: International perspectives. Professional Standards Authority for Health and Social Care. Accessed Nov 23, 2022 from <https://www.professionalstandards.org.uk/publications/detail/right-touch-regulation-in-practice-international-perspectives>.

Hong Kong e-Legislation, <https://www.elegislation.gov.hk/hk/cap359>

LCQ3: Regulation on healthcare professionals. Press Releases (2017). The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. Accessed Nov 15, 2022 from <https://www.info.gov.hk/gia/general/201706/07/P2017060700644.htm>

LCQ17: Accredited registers scheme for healthcare professions (2018). The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. Accessed Nov 15, 2022 from <https://www.info.gov.hk/gia/general/201812/05/P2018120500353.htm>

Lesile, K., Moore, J., Robertson, C., Bilton, D., Hirschhorn, K., Langelier, M. H., & Bourgeault, I. L. (2021). Regulating health professional scopes of practice: comparing institutional arrangements and approaches in the US, Canada, Australia and the UK. *Human Resources for Health*, 19, 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00550-3>

Code of professional conduct: For the guidance of registered medical practitioners (2016). Medical Council of Hong Kong. Accessed Nov 15, 2022 from [https://www.mchk.org.hk/english/code/files/Code\\_of\\_Professional\\_Conduct\\_2016.pdf](https://www.mchk.org.hk/english/code/files/Code_of_Professional_Conduct_2016.pdf)

Final report, Chinese University of Hong Kong. Accessed Nov 26, 2022 from [https://www.healthbureau.gov.hk/download/press\\_and\\_publications/otherinfo/180500\\_sr/cuhk\\_report\\_on\\_regulatory\\_frameworks\\_for\\_healthcare\\_professionals.pdf](https://www.healthbureau.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/180500_sr/cuhk_report_on_regulatory_frameworks_for_healthcare_professionals.pdf)

The Witness (2024.11.22). DR 醫學美容案 3人誤殺罪成 醫務化驗師陳冠忠被除牌. Accessed Oct 8, 2025 from <https://thewitnesshk.com/dr%E9%86%AB%E5%AD%B8%E7%BE%8E%E5%AE%B9%E9%9B%86%E5%9C%98%E6%A1%88-3%E4%BA%BA%E8%AA%A4%E6%AE%BA%E7%BD%AA%E6%88%90-%E9%86%AB%E5%8B%99%E5%8C%96%E9%A9%97%E5%B8%AB%E9%99%B3%E5%86%A0%E5%BF%A0%E8%A2%AB/>

Press Release, LegCo. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2025). Government to introduce Supplementary Medical Professions (Amendment) Bill 2025 into LegCo. Accessed Oct 4, 2025 from <https://www.info.gov.hk/gia/general/202503/19/P2025031900434.htm>

Recent cases, Centre for Medical Ethics and Law, The University of Hong Kong (2019). Hong Kong court decision: Dr. Wong Cheuk Yi v The Medical Council of Hong Kong [2019] HKCA 1332 - Dismissal of appeal by Hong Kong doctor who did not notice from medical records nurses' wrongful management. Accessed Nov 26, 2022 from <https://www.cmel.hku.hk/resources-detail.php?id=29>

Warren, M. (2018). Insights into regulation: Professional healthcare regulation in the UK explained. Professional Standards Authority for Health and Social Care. Accessed Nov 17, 2022 from <https://www.professionalstandards.org.uk/news-and-blog/blog/detail/blog/2018/04/10/professional-healthcare-regulation-explained>

## 十一、公務員隊伍的履職

李偉章、林偉基

## 十二、專業團體的貢獻

胡美怡

## 十三、非政府機構在醫療服務扮演的角色及貢獻

陳英儀

香港擁有較完善的醫療衛生服務體系和良好的衛生狀況。香港市民的健康指數位居世界前列，2023年香港男女的平均預期壽命分別是81和87<sup>112</sup>，成為全球長壽地區之一。一方面是本港的基本醫療政策，使所有香港市民不會因為經濟貧困而無法獲得適當的醫療服務；另一方面也有賴慈善機構、非政府機構在提供醫療服務上扮演著重要的角色。以下從四個不同年代去了解非政府及非政府機構的貢獻。

### (一) 1840 - 1900

香港是一個國際城市，時至今日，中西醫在香港雙軌並行。有趣的是，香港在開埠初期，市民大眾傾向接受中醫治療，甚至香港於1894年爆發鼠疫，死亡率高達95%，

---

<sup>112</sup> 香港特別行政區政府統計處網站：www.censtatd.gov.hk 2024年10月。

當時華人普遍不信任西醫，對防疫措施十分抗拒，例如他們會假裝沒有染疫，以逃避檢查。<sup>113</sup>

早在 1848 年，港府已設立國家醫院<sup>114</sup>，提供西醫治療。可是由於收費昂貴，更重要是佔人口多數的華人，多數對西醫沒有信心，所以只會看中醫。當時本地有名望的華人紳商集資興辦醫院，成為於 1872 年正式開幕的東華醫院，向華人提供服務。1870 年東華三院是香港開埠初期依據法律成立的慈善機構<sup>115</sup>，亦是非政府組織，它的性質獨特，為當時的居民提供急切的中醫服務。當然隨著社會的不斷發展，東華三院於過去一百五十年在醫療方面迎合社會需求，為市民繼續提供收費低廉的服務。此外，東華三院更每年籌款，承擔數百張免費病牀的費用。

雖然在整個十九世紀，傳統中醫仍以香港華人醫療的主流，但是教會向廣大華人提供西醫服務的規模越來越大，質素也不斷提高。使很多華人也開始向西醫求診。1881 年有西醫在太平山區教堂內開設診所，為華人義診。後來更將診所命名為「拿打素醫局」。1887 年倫敦傳道會得到何啟捐助，興辦創立「雅麗氏利濟醫院」，率先向本地華人提供免費西醫治療，其後發展為「雅麗氏何妙齡那打素醫院」<sup>116</sup>，推廣全人健康及關懷文化的信念。同年何啟等人又興辦香港華人西醫書院，培訓華人做西醫，而當中最出名的畢業生就是孫中山先生。而此西醫書院，日後成為香港大學醫學院。

#### (二) 1900 - 1960

非政府機構在提供醫療服務和改善醫療設施方面發揮了重要作用，例如香港大學於 1911 年成立了醫學院，為培養醫學專科人才作出貢獻。另外一些非政府機構、慈善團體捐贈大量金錢，興建醫院和診所，協助政府應付不斷增長的醫療需求。其中的例子包括除上文提及的東華三院外，還有對防癆不遺餘力的香港防癆心臟及胸病協會。1940 年代末期香港剛經歷了第二次世界大戰，人民生活困苦，當時更有大量難民湧入香港。很多人只能居住在環境簡陋，臨時搭建的寮屋，在缺乏醫療設施，加上居住環境擠迫，肺結核病（俗稱肺癆病）傳播速度很快，不少人因此失去生命<sup>117</sup>，在 1948 年的時候每十萬人中有 108.9 死於肺結核病。<sup>118</sup>

---

<sup>113</sup> 羅婉嫻 (2018)。香港西醫發展史 1842-1990。中華書局 (香港)。

<sup>114</sup> 崔永健 (2015)。香港歷史系列。第三章：香港早期醫療衛生與管治。長春社文化古蹟資源中心。

<sup>115</sup> 何佩然 (2009)。源與流—東華醫院的創立與演進。三聯書店 (香港)。

<sup>116</sup> 莫裕生 (2023)。主席的話。雅麗氏何妙齡那打素慈善基金會。<https://www.nethersole.org.hk>

<sup>117</sup> 香港的結核病和抗癆服務歷史。衛生署衛生防護中心胸肺服務。[https://www.info.gov.hk/tb\\_chest/tb-chi](https://www.info.gov.hk/tb_chest/tb-chi)

<sup>118</sup> 香港防癆心臟及胸病協會歷史。[https://www.antitb.org.hk/tc/about\\_us](https://www.antitb.org.hk/tc/about_us)

防癆會創始人之一 J·H·律敦治，有見長女 Tehmi 於 1943 年死於肺結核病，遂聯同一班社會賢達，周錫年、顏成坤、岑維休、D·賓臣等<sup>119</sup>，於 1948 年 10 月 22 日正式成立香港防癆會。可是創會只是困難的開始，因為患病的人必須入住有適當設備、專業人員的醫院才能把病治好。當時既缺乏醫護人員、治療醫院，而政府官員不接受使用新藥卡介苗預防接種。及後經過香港防癆會積極爭取，才獲得政府同意將皇家海軍醫院轉交香港防癆會作為治療肺結核病人醫院。可是當時皇家海軍醫院殘破不堪，根本不能立刻投入服務，幸好 J·H·律敦治捐贈 80 萬港元維修及改建海軍醫院成為律敦治療養院。他並且與愛爾蘭聖高隆龐修會(St. Columban Mission of Ireland)達成協議，由該修道會派出以區桂蘭醫生(Sister Aquinas)為首的專業醫護人員，處理療養院的日常運作，並於 1950 年初引進預防結核病的卡介苗疫苗為市民接種，由 1948 年開始一直服務至 1988 年。防癆會成立的目的主要是對抗及治理癆病，並且從事癆病治療的研究。一直以來與香港政府機構如衛生署、醫院管理局及其他志願團體合作，先後建立律敦治療養院，院舍一直服務肺癆病人至 1991 年律敦治醫院新大樓建成才拆卸。協會更於 1956 及 1957 年建立傅麗儀療養院及葛量洪醫院專治肺癆病人，在預防及治理癆病方面作出不少貢獻。在 1970 年代，由於社會轉變，癆病病人數目減少，葛量洪醫院開始發展心臟醫療技術，分別於 1967 年 10 月及 1968 年 7 月開始進行密閉性心臟手術(closed heart surgery)及直視心臟手術(open heart surgery)。

近年來，葛量洪醫院不時引入尖端醫療科技及技術，並進行香港首宗心／肺移植<sup>120</sup>，在本地醫療歷史上屢創突破。

#### (三) 1960 - 2000

在這段時期，非政府機構擴大了醫療服務的範圍，並提供了更多種類的醫療服務。例如香港防癌會成立於 1963 年<sup>121</sup>，致力於癌症的研究、預防和治療。兒童心臟基金會成立於 1994 年，致力服務先天性心臟病兒童及其家人。<sup>122</sup>上世紀 60、70 年代，各地區（港島、九龍及新界）醫療衛生服務的提供仍存著差異，當時新界區是郊外地區，位置偏遠，交通並不方便，亦缺乏由政府設立的公立醫院。至於屯門醫院、北區醫院及威爾斯親王醫院等都是 1970 年代後期才建立，醫療服務主要由慈善機構提供，例如荃灣的仁濟醫院及元朗的博愛醫院等。此外一些慈善機構、非政府組織還通過設立社區藥房、流動醫療車和屋邨社區診所為居民提供基層醫療服務。

---

<sup>119</sup> 香港防癆心臟及胸病協會 60 週年紀念特刊 (2008)。防癆會歷史 P.47。

<sup>120</sup> 香港防癆心臟及胸病協會 60 週年紀念特刊 (2008)。葛量洪醫院 P.55。

<sup>121</sup> 香港防癌會里程碑。https://www.hkacs.org.hk

<sup>122</sup> Children Heart Foundation since 1994. https://www.childheart.org.hk/

設立社區藥房的非政府組織有香港聖公會麥理浩夫人中心，該中心成立於 1973 年，一直以社區發展工作模式，服務弱勢社群，並推動社區人士協助透過「自助互助」共同回應及解決問題。機構於 2011 年成立社區慈惠藥房<sup>123</sup>，由專業註冊藥劑師為病患者提供配藥、藥物諮詢及教育服務。另一方面，為了推動「身、心、靈」健康三方面的全面照顧，以及更有效地發展「醫社結合」的模式，1990 年代末更與區內的瑪嘉烈醫院及葵涌醫院合作，為社區內的體弱長者及長期病患者提供各類的醫社結合支援服務。這些都是非政府機構補足正規醫療以外的有效配套服務，也是千禧年以後醫社合作的最佳例子。

非政府機構補足政府服務不足的例子，莫過於牙科服務的需求。很多基層市民睇牙困難，私營市場價錢昂貴，政府牙科服務不足，市民甚至通宵排隊，為求取得名額免費睇牙。有不少非政府機構在上世紀 70、80 年代已設立牙科診所，其中香港醫藥援助會（「醫援會」）為香港市民提供非牟利牙科服務超過四十年，該會創辦人丘平醫生 (Dr. James Turpin) 於 1961 年創立國際醫藥援助會<sup>124</sup>，致力推動基層醫療及各項促進健康活動。香港醫藥援助會於 1985 年正式註冊為非牟利慈善團體，提供四大服務範疇，包括牙科、眼科服務、中醫以及健康推廣。

丘平醫生於 1963 年獲得捐助，創立友愛醫船，該船停泊於油麻地、佐敦避風塘一



帶，船上更設有牙科及 X 光儀器。丘平醫生在船上為求診的漁民細心診治，這正是流動牙科服務一直秉持「近在咫尺，關懷備至」的核心價值，為低收入人士提供及維持非牟利服務。

醫援會於 1979 年推行創新的服務，以配有牙科設備的大型車輛在

新界四個地區開展流動牙科服務<sup>125</sup>，踏入 1980 年代流動牙科服務更擴展至其他地區以應付不斷增加的需求。

<sup>123</sup> 李紹鴻 (2013)。繼往開來·服務社群·新界醫療的發展：非政府機構 P.119。香港中文大學崇基學院。

<sup>124</sup> James W. Turpin with Al Hirshberg (1966). Vietnam Doctor, the story of Project Concern P.57-65. McGraw-Hill Book Company, New York, United States of America.

<sup>125</sup> 香港醫藥援助會六十周年特刊 (2021)。六十年的人與事 P.26。

### 第三章 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

醫援會在 1980 年代開始發展屋邨牙科診所服務，分別於九龍的彩雲邨、慈雲山、白田邨、李鄭屋邨及港島興民邨開設牙科診所。醫援會的董事局有見當時元朗及屯門人口增長，對牙科服務有著急切需求，故從 1980 年開始一直與有關政府部門商議，尋覓一合適的地點開設牙科診所。香港房屋委員會於 1982 年批准醫援會申請，租出元朗邨單位，提供牙科服務，但 1997 年元朗邨清拆，牙科診所只能搬遷到新的發展區天水圍天悅邨。1990 年代尾天水圍仍是剛發展之地區，天悅邨診所之位置，更是塵土飛揚，仿如置身地盤之中；經過種種努力，排除萬難，香港醫藥援助會天悅邨牙科診所於 2001 年開展服務，一直深受當地居民歡迎，因為它首間在天水圍地區提供牙科服務的非牟利機構，為市民提供洗牙、補牙、脫牙服務外，更有根管治療、鑲牙、牙橋等複雜治療，解決市民牙患之苦。



#### (四) 2000 - 現在

1990 年根據〈醫院管理局條例〉成立的醫院管理局是法定公營機構，管理所有公立醫院，而前身為補助醫院由慈善團體經營的醫院也收歸到醫院管理局的編制，享有統一的待遇及福利，1997 年香港回歸，香港醫療衛生制度也有所改變，除公營、私營醫院外，開始引入中醫到醫療體制。香港立法會於 1999 年通過〈中醫藥條例〉設立了香港中醫藥管理委員會。<sup>126</sup>

中醫在香港有著悠久的歷史，與西醫同為香港人主要使用的醫療方法。1997 年前，港英政府對中醫採取無視的態度。1997 年後，香港特區政府對中醫發展較進取，除了由教育資助委員會資助三間大學開設全日制中醫藥學士學位課程，更設立中醫註冊及規管制度。<sup>127</sup> 非政府機構這時候扮演更靈活的角色，開設中醫診所聘用中醫師，這些註冊中醫師畢業後因為沒有機會到政府醫院或診所就業，他們大部份都會到非政府機構設立的中醫診所上班及培訓。少部份會流入私人市場，為配合政府推動中醫藥的發展，醫院管理局於 2000 年開始與非政府機構及本地大學，以三方夥伴協作模式於全港多區分別設立中醫教研中心。於早期開辦中醫教研中心的都是一直在區內有提供中醫

<sup>126</sup> 伍鳳蘭、黃涓 (2007)。香港醫療衛生制度變遷及其啟示。中國評論學術出版社。

<sup>127</sup> 趙永佳、施德安 (2018)。香港中醫就診趨勢回顧 (1993 - 2015)。香港社會科學學報第五十一期 2018 年春／夏季。

服務的非政府機構，例如博愛醫院、仁濟醫院、東華三院等。之後加入的有靈實協會、香港防癆會、仁愛堂、香港佛教聯合會、基督教家庭服務中心等。

經過二十多年的努力，現時全港十八區都有由政府資助，由 NGO 營運的中醫診所<sup>128</sup>，中醫藥在新冠疫情期間發揮顯著療效。疫情期間，醫院管理局聯同 18 區中醫診所，分別為住院確診者、康復者及安老院舍院友等，提供不同的中醫診療服務，其中「中醫門診特別診療服務」為 2019 冠狀病毒病人出院後六個月內提供 10 次免費中醫內科門診服務，廣受市民歡迎。中醫門診直至 2023 年 1 月已為超過十萬名康復病人，提供逾 44 萬人次診療<sup>129</sup>，可見市民對中醫服務的信心及需求持續上升。

新冠疫情下除中醫外牙科服務的需求亦非常殷切，疫情下常現基層市民通宵排隊「等剝牙」人龍<sup>130</sup>，醫援會努力維持門診及流動牙科服務，繼續與香港大學牙醫學院舉辦預防性的網上「愛牙潔齒活動」。在過去多年求診的病人當中，有超過 55%來自深水埗、黃大仙及元朗。根據統計處 2016 年中期人口普查，以上三個地區的人均每月

收入都是較低的地區，這亦反映低收入人士對非牟利牙科服務的需求。2020 年新冠疫情爆發打擊經濟，市民收入大大減少，甚至失去工作，牙齒有問題亦會延誤醫治。為秉承服務的宗旨，醫援會在疫情下繼續為經濟困難人士，向不同機構、慈善團體申請提供牙科治療的資助，包括關愛基金長者牙科服務資助，智障人士及貧困學童家庭支援計劃，香港公益金長者脫牙優惠，賽馬會口腔護理津助計劃等。<sup>131</sup> 本港牙科服務需求大，除了註冊牙科醫生外，對牙科手術員的需求將與日俱增，而專門培訓牙科手術助理員的機構也為數不多，為提升業界的專業知識，醫援會由 2018 年開始與嶺南大

**Lingnan Life**  
嶺南大學持續進修學院  
LINGNAN INSTITUTE OF FURTHER EDUCATION

**香港醫藥援助會**  
PROJECT CONCERN HONG KONG

香港醫藥援助會創立於1961年，宗旨是在香港、九龍、新界各地區為低收入人士設立及維持非牟利之醫療及牙科門診，以及其他慈善性質之社會服務。

**第七屆牙科手術助理員證書**  
2024-2025  
Certificate in Dental Surgery Assisting  
嶺南大學持續進修學院與香港醫藥援助會合辦

**課程特色**

- 由專業牙醫、資深牙科手術助理員及醫療 / 牙科專業從業員任教
- 包括29小時臨床實習及10小時臨床培訓

**課程目標**

- 牙科手術輔助基礎
- 牙科手術輔助進階技術

**入學要求**

- 香港中學文憑考試五科（包括中國語文及英國語文）達到第二級或以上；或
- 成功修畢毅進文憑課程；或
- 年滿二十一歲並具備最少一年健康護理相關之工作經驗；或
- 經學額評審的其他同等學歷

**上課日期**

2024年10月14日（星期一）

**上課時間**

理論課：2024年10月14日至11月18日及2025年1月6日至3月10日（逢星期一晚上7時至10時）

實習課：2024年11月至12月2025年3月至6月（逢星期一/四晚上7時至10時）

**上課時數** 90小時

**上課地點** 理論課：嶺南大學栢宜教學中心 實習課：深水埗李鄭屋新學鄰座商場地下113號牙科診所

**報讀語言** 粵語輔以英語

**報名費用** 港幣200元正

**課程費用** 港幣14,600元正

**截止報名日期** 2024年8月4日（星期日）

歡迎原嶺南大學中文憑試畢業生 踴躍或有志投考牙科專業的人工師請

**詳情及報名**

LLPD@LN.edu.hk 2776 9081 / 2616 7255

<sup>128</sup> 18 區中醫診所。https://cmk.ha.org.hk/zh-cht/18cmclinics

<sup>129</sup> 香港特別行政區政府新聞公報。立法會：新冠肺炎長期綜合後遺症治療 2023 年 2 月 15 日。https://www.info.gov.hk/gia/general/202302/15/P2023021500400.htm

<sup>130</sup> 畢嘉敏、張焯琳。「牙醫人手荒」，明報專題，Health Care。2022-08-16。

<sup>131</sup> 香港醫藥援助會牙科援助項目。http://www.projectconcern.org.hk

學持續進修學院合辦「牙科手術助理員證書課程」<sup>132</sup>，為牙科手術助理員的專業培訓出一分力。課程特別為牙科手術助理員及期望投身牙科手術助理員行業的人士度身設計，由專業牙醫、醫療、感染控制專家、資深牙科手術助理員任教，除課堂講授，包括臨床實習及培訓，課程更著重學術與實踐並重，故該課程已得到持續進修基金認可獲發還款項課程名單內。此外，該課程並已在資歷架構下獲得認可為第三級。畢業的學員發展理想，除到私人診所、醫療集團就業外，部份學員更獲聘為醫院管理局、衛生署的醫療人員，協助業界舒緩牙科人手短缺問題。

香港市民平均壽命位居世界前列，但人口老化會帶來不同疾病，亦會為社會帶來沉重的醫療負擔，例如認知障礙症是老年人最常見的腦神經退化毛病之一。根據衛生署的資料顯示，本港每十名70歲或以上長者中，便有一人患上認知障礙症。而每三名85歲或以上長者中，則有一人患上認知障礙症根據精神健康檢討報告（2017），認知障礙症患者高達100,000人。<sup>133</sup>患者腦部功能衰退，從而影響記憶、思考、行為及個人自理能力。患者與家人的生活質素均會下降。雖然認知障礙症未能根治，但越早介入及接受治療，便可更有效舒緩及減輕病情。一些有心的機構例如香港認知障礙症協會於1995年成立<sup>134</sup>，是全港第一間專門提供認知障礙症服務的非牟利機構，致力為認知障礙症患者、家屬及照顧者提供專業及多元化非藥物治療及服務，同時提供不同程度的培訓和教育，以期達致早檢測、早診治、早準備，抵禦大腦退化。此外聖雅各福群會也與時並進，於1999年開辦健智支援服務中心。而賽馬會耆智園亦於2000年開始為腦退化人士提供全面多元服務，並為照顧者及專業同工進行專業培訓。以上三個非政府機構憑藉對腦退化症人士需要的敏銳觸角，不斷推動創新項目，透過日間照顧服務，亦能舒緩家屬照顧者的照顧壓力。

近年亦有一些非政府機構引入藥物管理系統，從下游減輕醫療負擔。因香港人口老化問題嚴重，長者或多或少每天都要服食不同的藥物，病人對藥物認知不足，院舍人手緊張，在處理及分派藥物過程難免出現錯誤。有見及此，非政府組織香港藥學服務基金於2007年成立，回應相關問題，推出到訪藥劑師服務，協助院舍改善管理藥物程序。因人手處理藥物難免有疏漏，香港藥學服務基金將醫院電子化的藥物管理經驗引進院舍，並設計一套具系統化管理流程的「配安心藥物管理系統」<sup>135</sup>，不單止節省人手，更重要是令派藥流程安全無誤。經過幾年的努力，現時（2023年）香港澳門約有30間院舍使用這系統，亦有院舍購置了自動化藥物包裝機器，靈活地配合系統使用。

---

<sup>132</sup> 牙科手術助理員證書課程。 <http://www.projectconcern.org.hk/node/769>

<sup>133</sup> 香港特別行政區政府衛生署長者健康服務。健康資訊：認知障礙症。 [https://www.elderly.gov.hk/tc\\_chi/health\\_information/dementia/dementia.html](https://www.elderly.gov.hk/tc_chi/health_information/dementia/dementia.html)

<sup>134</sup> 香港認知障礙症協會。認知障礙症在香港的情況。 <https://www.hkada.org.hk/types-of-dementia>

<sup>135</sup> 香港藥學服務基金。配安心藥物管理系統。 <https://www.pcfhk.org/hk/smms>

總體而言，非政府機構在醫療服務中扮演著多種角色，包括提供基層醫療服務，創新服務，彌補公營服務不足之處，推動醫學研究，促進公共健康和疾病預防。近年非政府機構更積極推動醫社合作，發展社區為本概念，配合政府發展基層醫療。在 18 區的地區康健中心或康健站的基層醫療服務都是由政府提供資源，由非政府機構營運，推動未有患病的人士建立良好生活習慣，提高健康意識，透過簡單檢查，協助有潛在健康風險的高危人士及早發現健康問題和治理，推廣以預防為重，早發現早治理策略<sup>136</sup>，以達致改善市民整體健康，長遠減輕醫療系統的負擔。展望未來，相信各非政府機構一定會堅守崗位，作出貢獻，繼續在各區提供卓越的基層醫療服務，推廣預防疾病的知識，以改善全民健康及提高大眾生活質素為目標。

## 十四、與內地（包括大灣區）的協作和交流

### 第一節 粵港澳大灣區跨境醫療合作助力香港老齡化與健康之可持續發展

李家寧、梁靜嫻

#### 1. 研究背景

作為全球最長壽的地區之一，香港連續 10 年蟬聯全球最長壽地區榜首（Ni et al., 2021）。截至 2023 年，香港人均預期壽命達 85.5 歲，且 65 歲及以上長者佔總人口的比例已超過 22%，正式邁入超老齡化社會（聯合國開發計劃署，2024）。根據香港特區政府統計處數據顯示，到 2046 年香港老年人口比例將攀升至 36%，屆時每 3 名香港居民中即有 1 名長者（香港特區政府統計處，2023）。與此同時，香港本地的養老醫療資源供需矛盾突出，公立社區照顧服務平均輪候時間長，私立機構費用高。並且，香港醫療系統長期存在專科門診輪候時間過長、醫護人力資源緊缺等問題。相較於鄰近的許多亞洲地區與國家每一千人口配備近 2.6 至 2.8 個醫生，乃至歐美國家每一千人口配備超過三個醫生而言，香港每千位居民僅能配備 2.16 個醫生，可見香港醫療人力資源配備極為緊缺（香港特別行政區立法會，2023）。因此，粵港澳大灣區跨境醫療合作的出現、發展與持續擴展，是緩解香港老齡化壓力的關鍵路徑，也是助力區域健康可持續發展的重要戰略選擇。

在 21 世紀的全球化浪潮中，區域合作、跨境合作是推動經濟社會發展的重要動力。作為中國開放程度最高、經濟活力最強、人才聚集程度最高、產業發展最完善的區域之一，粵港澳大灣區以其獨特的地理位置與政策優勢，引領著跨境醫療合作的發展趨勢，

<sup>136</sup> 基層醫療健康藍圖附篇（2023）。我們對基層醫療健康系統的願景 P.15。香港特別行政區政府醫務衛生局。

不僅提高了區域內居民對便捷、高效跨境醫療服務的可及性，更為香港應對老齡化挑戰、實現健康可持續發展提供有力支撐。本文結合政策實踐與國際經驗，對粵港澳大灣區跨境醫療合作的背景、現狀、面臨的挑戰與機遇，以及其對香港老齡化與健康可持續發展的深遠影響進行深入挖掘與分析，並提出有針對性的對策建議與未來展望。

## 2. 粵港澳大灣區跨境醫療合作的背景及社會效益

### 2.1. 粵港澳大灣區跨境醫療合作的背景

粵港澳大灣區由廣東省的廣州、深圳、珠海等九市以及香港與澳門兩個特別行政區組成，這一區域經濟發達、醫療資源相對充裕。而香港作為長壽之都，面臨著日益嚴峻的老齡化趨勢。一方面，老年人口的大量增加，醫療衛生服務的需求量大幅提升，造成醫療資源供需矛盾日益突出，給香港醫療系統帶來了巨大的挑戰。另一方面，老齡化的加劇對香港的經濟建設發展、社會保障體系帶來了嚴峻的考驗。

在此背景下，粵港澳大灣區跨境醫療合作應運而生。這一合作旨在通過政策創新、資源共享、人才交流等方式，打破跨區域醫療服務壁壘，實現跨區域醫療服務互聯互通，為區域內的居民提供更加優質、便利的醫療保障服務，既緩解香港醫療壓力，也有助於促進大灣區的醫療水準整體提升，為健康可持續發展奠定堅實基礎。

### 2.2 香港老齡化的現狀

#### 2.2.1 人口結構與養老資源失衡

香港的老齡化速度遠超全球平均水平。根據聯合國《世界人口展望》報告，香港的老年撫養比（65歲以上人口與15-64歲人口比例）將從2023年的34%上升至2050年的71%，遠超同期日本的63%與新加坡的47%（United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024）。快速老齡化加劇了養老服務供求的矛盾，首當其衝的便是養老服務供給不足的問題。截至2024年，香港輪候資助長者社區照顧服務的人數達7874人，平均輪候時間長達8個月（香港社會福利署，2024）。其次，香港醫療系統處於超負荷狀態。2022年香港病人接受電腦掃描造影、乳腺X光造影與磁力共振掃描造影的輪候時間達16星期或以上（香港特別行政區立法會，2023）。截至2024年12月31日，香港公立醫院專科門診針對穩定新症患者的輪候時間非常長，最高為眼科科室，輪候時間達183周（香港特別行政區醫院管理局，2024）。根據香港醫管局統計，截至2025年2月，公立醫院病床使用率高峰期可達131%。

#### 2.2.2. 香港社會福利與醫療制度的局限性

儘管香港實行全民公保醫療制度，但其跨境醫療福利的不可攜帶性成為長者北上養老的主要障礙。

首先，醫療券使用存在限制。香港長者醫療券雖已擴展至大灣區內地 9 市，但大多限於基層醫療服務（如門診）使用，部分醫院的專科治療與住院費用仍需自費。以廣州中山大學附屬第一（南沙）醫院為例，長者醫療券不適用於住院診療服務、預付式醫療護理服務及門診日間手術程序（廣州南沙發佈，2024）。

其次，醫保制度存在差異。香港的自願醫保計劃在內地覆蓋範圍有限，且理賠流程繁複。粵港澳大灣區現行社會保障體系及相關制度具備明顯的區隔特徵，具體體現在基本醫療保險制度的參數設定層面。各城市在保費基準、報銷比例（涵蓋定點醫療機構類別與疾病譜系覆蓋範圍）等核心參數上存在階梯式差異性，從而對於跨境醫療協同構成了結構性制約。此外，值得注意的是，內地醫療機構尚未系統建立符合國際循證醫學標準的認證體系（如 JCI 認證），導致其服務流程與服務質量等難以與國際商業醫療保險的賠付標準形成有效對接，這種認證空缺在客觀上構成了跨境醫療支付的制度性壁壘（盧寵茂，2022）。

#### 2.3. 跨境醫療的社會效益

儘管發展粵港澳大灣區跨境醫療合作困難重重，面臨諸多問題，但其帶來的社會效益不容小覷。具體表現在以下方面：

##### 2.3.1. 緩解香港醫療壓力

跨境就醫能夠分流香港公立醫院患者，緩解香港醫療壓力。根據深圳市衛健委所公開發佈的資料顯示，2023 年深圳市醫療機構共為香港居民提供了超過 70 萬人次的診療服務。以皮膚科濕疹醫療為例，香港公立醫院皮膚科新症預約需要輪候兩年或以上，而若到私家診所注射，則需要支付生物製劑每針港幣 7500 至一萬元不等的高額費用。相較於香港每針生物製劑逾萬元的價格，港大深圳醫院通過國家集中採購機制所獲得的同類藥物，其終端執行價格穩定在每針約人民幣三千元，為在粵就醫的香港患者節省了三分之二醫療費用（李雨夢，2024）。

##### 2.3.2 提升區域健康公平性

根據香港衛生署的統計資料顯示，年滿 65 周歲的香港長者可以通過長者醫療券政策獲得每年 2000 港元的醫療券金額，每年最高可累積 8000 港元，大大降低了老年人醫療保健費用支出。此外，粵港澳大灣區推出的病人先導計劃取得了階段性成果，制定出

### 第三章 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

了粵港澳三地跨境診療標準化流程。依託該計劃，實現了香港居民在內地定點醫療機構的門診服務常態化，累計服務香港長者及覆診患者 15.8 萬餘人次（深圳市衛生健康委員會，2024）。越來越多的香港居民可以通過多元化的跨境醫療政策享受到公平、普惠、優質的醫療服務。

#### 2.3.3. 促進產業經濟協同

跨境醫正向帶動了大灣區生物醫藥產業的集群發展。2023 年，依託「3+5+7」產業生態體系，即 3 個國家級醫療器械創新中心（廣州、深圳、珠海），5 大百億級產業集群（醫學影像設備、體外診斷試劑、高值耗材、康復器械、智慧醫療），以及 7 個專業領域年產值超 50 億元的細分賽道（含人工關節、心血管介入等），廣東省生物醫藥與健康產業集群實現營收 6638 億元，並且在醫療器械產業呈現持續領跑態勢，連續第七年蟬聯省級行政區產值榜首（新華社，2025）。這種發展動能得益於雙區驅動戰略下形成的「廣深港澳科技創新走廊」與產業集聚效應。以珠海市為例，珠海市政府助力澳門中醫藥企業中成藥註冊審批簡化政策，為港澳中藥品進入內地市場銷售提供便利。目前已成功推動澳門張權破痛油中藥廠的「張權破痛油」與澳門澳邦藥廠有限公司的「止痛活絡摩擦膏」獲內地註冊准予。同時粵澳醫療機構中藥製劑中心項目的建設，目前已建成顆粒劑等 6 個劑型生產線（珠海市市場監督局，2024）。

因此，持續推進粵港澳大灣區跨境醫療合作不僅關乎社會持續發展，也為區域經濟發展提供了增長的新動能，是區域協調發展下的創新嘗試。

### 3. 粵港澳大灣區跨境醫療合作的政策與實踐探索

近年來，粵港澳大灣區在跨境醫療合作方面取得了顯著成效。根據廣東省衛生健康委所公佈的數據可知，2023 年港澳居民來粵住院量多達 3 萬餘人次，相較於 2018 年與 2019 年的人數分別增長了 125.6%與 58.6%。該增長態勢得益於多方面的制度創新，也折射出港澳居民對診療質量要求的持續升級。在政策層面，中央政府與地方政府相繼出臺了一系列支持政策，如「港澳藥械通」政策。該政策通過特別審批程序，使得大灣區內地九市的指定醫療機構臨床急需港澳上市藥械的定向引進得以實現，同時填補了中國內地部分臨床治療藥械的空白，極大地豐富內地患者的治療選擇。以佛山複星禪誠醫院為例，該院為佛山市首批獲「港澳藥械通」政策批准的指定醫療機構，於 2023 年 2 月起引進了多款國際先進藥械，為眾多患者帶來了福音。2024 年 7 月 10 日，佛山複星禪誠醫院成功為一名 7 歲患兒實施人工耳蝸植入術，採用的植入體系通過「港澳藥械通」政策引進的新型人工耳蝸設備（南方都市報，2024），標誌著粵港澳大灣區醫療合作政策取得了重要應用成果。

除了藥品與醫療器械在粵港澳大灣區內的流通，醫療人才交流也是跨境醫療的重中之重。尤其是針對醫療體系差異較大的區域合作而言，人才交流有助於打破跨區域的制度壁壘，幫助實現醫療體系的完善與趨同。「大灣區醫療人才交流計劃」是由香港醫院管理局與內地醫療機構開展的幫扶計劃，旨在幫助建立一個永續的跨區域人才交流機制，促進粵港兩地醫務人員的互訪、交流、培訓與合作。這計劃不僅能夠提升醫務人員的專業素養，更是促進了兩地醫療文化的交流與融合。

在實踐層面，粵港澳大灣區內的醫療機構紛紛著手於開展更多元、更全面、更高質量的跨境醫療服務。通過組建跨區域專科醫療聯盟、引進香港特色醫療管理模式、聯合開展學術交流與人才培養項目等舉措，粵港澳大灣區醫療機構構建起醫療資源多維度協同創新機制，有效推動了區域醫療資源優化配置與服務水平的同質化發展，使區域內的醫療機構實現了資源共享與優勢互補。例如，香港大學深圳醫院作為大灣區跨境醫療實踐的示範性標杆，通過系統性綜合香港國際化的全流程醫療品質管制體系與智慧醫療技術應用方案，實現各類創新要素的跨境高效流動，幫助建立起覆蓋珠三角九市的跨機構技術研發協作平臺與臨床轉化研究聯合體，形成具有典型示範效應的區域協同創新模式（深圳市衛生健康委員會，2024）。

#### 3.1 跨境養老產業與醫康養融合典型實踐例子

截至目前，粵港澳跨境醫療的實例豐富，以下將會通過跨境醫療政策基礎、跨境醫療服務與支付、跨境醫療人才交流與服務模式協同、跨境養老產業與醫康養融合等四個方面列舉典型實踐案例：

##### 3.1.1 跨境醫療政策基礎

自《粵港澳大灣區發展規劃綱要》發佈以來，粵港澳大灣區的跨境醫療合作現已取得顯著進展。其中，「港澳藥械通」政策是推進大灣區醫療資源流通的重要舉措之一。該政策允許在港澳地區已上市、而內地尚未獲批的急需進口藥械在大灣區醫療機構中使用，加快了國際先進醫藥科技在內地的落地應用。

「港澳藥械通」政策於2021年起開始實施，截至2024年已准予45家大灣區內地城市指定醫療機構使用86種港澳引進的創新藥械，惠及患者近萬人次。藥品涵蓋範圍廣泛，包括腫瘤、免疫、代謝等多個治療領域，醫療器械也涉及多個類別，如眼科、心血管等。第七批粵港澳大灣區內地臨床急需進口港澳藥品醫療器械目錄新增10個藥品、10個醫療器械（深圳特區報，2024）。港大深圳醫院、深圳市人民醫院、羅湖區人民

### 第三章 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

醫院是服務境外人士較多的醫院，成功完成了多例進口器械手術。以港大深圳醫院為例，其作為「港澳藥械通」試點醫院，通過此政策引進的藥品抗 D 免疫球蛋白注射液為痙攣症患兒解決了治療難題，而磁力可控延長鈦棒為脊柱側彎患兒提供微創治療方案（深圳市科技創新委員會，2021）。此類政策不僅突破藥械審批壁壘，更推動了大灣區醫療科技標準的趨同化發展。

#### 3.1.2 跨境醫療服務與支付

##### 3.1.2.1. 跨境醫療資料交換

2023 年 12 月，國家互聯網信息辦公室與香港特別行政區政府創新科技及工業局依據《網絡安全法》及《粵港澳大灣區發展規劃綱要》相關條款，聯合製定並頒佈《粵港澳大灣區（內地、香港）個人信息跨境流動標準合同實施指引》。粵港澳大灣區醫療集團旗下睿達（廣州）醫療門診部有限公司經國家衛健委與香港衛生署聯合審批，成為粵港澳醫療數據互聯互通試點計劃的首個示範性運營主體（南方都市報，2024）。依託其標準化資料共用平臺，該機構成功構建符合《數據安全法》相關規範的醫療數據跨境安全傳輸機制，實現大灣區內地九市香港籍常住居民的電子病歷檔案、多模態醫學影像數據集及實驗室檢驗名額雲端授權調閱功能，為面對跨境診療患者的醫師開展精準診療提供完整的循證醫學數據支持。

##### 3.1.2.2. 跨境救護直通與醫療轉運

2023 年，在《粵港澳大灣區發展規劃綱要》及《「健康中國 2030」規劃綱要》政策框架指導下，廣東省衛生健康委員會、深圳市衛生健康委員會與香港特別行政區政府醫務衛生局簽署合作協定，創新性設立「深港醫療急救綠色通道」試點項目，授權香港大學深圳醫院作為核心實施組織，率先開展基於 5G 智慧急救系統的跨境救護車標準化轉運流程建設，建立包含實時生命體徵傳輸、跨境醫療文書互認、雙語急救團隊合作等要素的院前急救服務協同機制。「粵港跨境直通救護車試行計劃」於 2024 年 11 月 30 日正式實施，實現了深港兩地醫院的「點對點」轉運。2025 年 1 月 10 日，港大深圳醫院順利將一名呼吸衰竭患者從港大深圳醫院經專用綠色通道轉送至香港屯門醫院，全程僅耗時 2.5 小時（深圳市衛生健康委員會，2025）。該機制通過統一急救協定與資料共用平臺，大幅降低了轉運風險。與此同時，珠澳兩地也已簽署《珠澳「醫院—醫院」點對點跨境轉運行政部門備忘錄》，加快推進跨境醫療轉運，這將為兩地居民提供更加便捷的醫療服務。

##### 3.1.2.3. 跨境醫療福利計畫

香港特區政府推出的長者醫療券計劃，鼓勵香港長者用於選擇適合個人的醫療服務，有效補貼了長者的就醫費用。同時，港府也在不斷拓寬醫療券內地允許使用的指定醫院範圍。自 2015 年試點以來，長者醫療券在大灣區內地的使用範圍已擴展至中山大學附屬第一醫院、廣州華僑醫院等多家三甲醫院。截至 2024 年 2 月，該計劃過去 8 年，總使用人次超過 16 萬、金額達 5000 萬港元（李耀，2024）。該政策不僅降低港人北上就醫成本，更間接推動內地醫院服務流程的國際化改造。不僅如此，由香港特區政府推出的支援粵港澳大灣區醫院管理局病人先導計劃，也為居住在大灣區的香港市民在港大深圳醫院等指定醫療機構接受診療服務提供了便利。

#### 3.1.2.4. 跨境醫療保險產品

在《粵港澳大灣區建設三年行動計劃（2023-2025）》及《關於金融支持粵港澳大灣區建設的意見》政策框架下，大灣區保險機構合力推出了跨境醫療保障產品矩陣，涵蓋跨境醫療直付保險、大灣區特疾保障計劃及訂製醫療險等。這些產品旨在滿足不同人群的需求，提升港澳居民對跨境醫療服務的可及性。同時，跨境醫療保險的互聯互通也取得了顯著進展。港澳居民在內地就醫時，可以使用保險金直接支付醫療費用。國家發展與改革委員會與商務部於 2022 年 1 月聯合啟動粵港澳大灣區跨境醫療保險服務相關試點實施方案，創新性構建跨境保險直付的結算機制，允許持有港澳地區保險機構簽發的健康險保單的內地參保人，在深圳市指定醫療機構通過區塊鏈技術支援的跨境保險核賠系統完成實時結算，並同步試點建立境外上市藥品目錄清單制度。此外，通過多部門聯合稽核機制，將臨床急需且符合內地用藥規範的境外藥品納入報帳範圍，實現跨境醫療保障服務規則銜接的突破性探索（德勤，2022）。譬如友邦香港與周大福企業戰略資本協同的大灣區醫療集團構建跨境健康管理戰略聯盟，通過綜合粵港澳大灣區「9+2」城市群的多層級醫療資源網絡，系統性輸出「保險+醫療」的深度融合服務方案。該合作框架依託數字化健康管理平臺，為跨境保險客戶建構起全生命週期健康管理閉環，核心服務模塊涵蓋智慧分診導診系統、住院綠色通道協同機制、慢性病全程干預路徑、疫苗預防接種標準化流程及精準化健康風險評估體系，實現從疾病預防到康復管理的全價值鏈服務覆蓋（普華永道，2024）。

#### 3.1.3. 跨境醫療人才交流與服務模式協同

粵港澳三地開展了「大灣區醫療人才交流計畫」，旨在打造可持續性的交流機制，促進粵港兩地醫療人才的互訪、培訓與合作。該計劃自 2022 年啟動以來，廣東省已有多批醫療人才參與交流，涵蓋了醫生、護士、中醫師等多個專業領域，累計派出 266 名廣東醫護人員赴港支援。與此同時，香港醫院管理局感染控制科、放射治療物理師團隊及專科護理團隊也開展了赴粵專項研修交流（新華社，2024）。此外，香港大學深

圳醫院設立了「深港醫學專科培訓中心」，旨在為內地培養具備國際視野的基層醫療人才。不僅如此，在粵港澳大灣區衛生專業技術人員資格互認相關制度保障下，粵港澳三地協同構建起衛生人才跨境執業標準化管理體系。通過建立三地聯合認證的衛生專業科技資格動態互認目錄，港澳醫療工作者赴大灣區內地九市執業註冊流程得以大幅縮減，並經此完成港澳醫師內地執業註冊認證累計逾 500 例。同時，廣東省創新實施港澳醫師職稱評審特別通道，率先將香港醫管局專科醫師培訓體系與內地高級職稱評審標準銜接，已有近 50 名香港專科醫師通過內地醫師高級職稱評定（中國新聞網，2024）。而港大深圳醫院作為跨境醫療合作的排頭兵，全面引入香港管理模式，加強了粵語導診與文化適應，並提供港式餐飲服務。目前，大灣區內的醫療機構與港澳醫療機構正在逐步建立起緊密的合作關係。

#### 3.1.4 跨境養老產業與醫康養融合

##### 3.1.4.1. 跨境養老社區

影響跨境養老遷移決策的主要制約因素源於長者群體在跨境居住過程中面臨著缺乏支援體系及信息獲取通路不暢的雙重困境。實證研究表明，香港長者對內地養老環境存在顯著的信息不對稱現象，具體表現在對粵港澳大灣區社會支持體系現狀的認知薄弱，以及跨境養老政策銜接運行情況的評估維度不足，形成決策信息支撐鏈條的結構性斷裂（香港社會服務聯會，2024）。因此，功能完善、配備齊全的跨境養老社區推出有助於香港長者快速入住與融入大灣區生活。例如，中國太平保險集團在廣州建設的木棉人家養老社區，引入了香港餐飲文化與智能化管理系統，通過「保險+醫康養」模式，吸引香港長者定居，並配套建設跨境醫療中心，提供遠端會診與藥品配送服務（中國太平，2023）。

##### 3.1.4.2. 醫養結合與數據互通

粵港澳中醫藥協同創新機制實現重要突破——經粵澳合作中醫藥科技產業園「粵澳醫療機構中藥製劑中心」協調推進，嶺南道地中藥製劑首次完成跨境品質認證體系構建，成功進入澳門特別行政區醫療衛生服務體系，實現中藥製劑跨境流通監管規則的技術性銜接，為粵港澳大灣區中醫藥標準化建設提供可複製的制度對接模板。具體實例體現為廣東省中醫院的消渴安膠囊獲批在澳門鏡湖醫院臨床應用。

此外，香港特別行政區政府與香港大學深圳醫院協同構建跨境醫療數據互聯平臺，正式上線「醫健通」數位醫療服務系統。該系統創新性實現粵港澳大灣區電子健康檔案的定向授權共享機制，年滿 65 周歲的香港居民在港大深圳醫院使用醫療券就診時，可通過醫健通移動端應用平臺調取本人近三年完整電子健康檔案，系統採用雙重身份驗

證及端到端加密技術確保資料安全。同時還開放家屬代理授權功能，經生物識別認證的法定監護人可通過專屬許可權模塊完成跨域醫療數據代管服務，有效提升跨境醫療服務的家庭支持效能，大力推動了跨境醫療數據互通與協作（香港大學深圳醫院，2024）。

綜上所述，粵港澳跨境醫療在多個方面取得了豐富的成果，如政策實施、人才交流、跨境醫療服務與支付以及其他跨境醫療合作等。這些實例與數據充分表明了粵港澳跨境醫療的蓬勃發展與顯著成效，為粵港澳地區居民提供了更加便捷、高效的醫療服務。

#### 4.挑戰與機遇：粵港澳大灣區跨境醫療合作面臨的難題與對策建議

儘管粵港澳大灣區跨境醫療合作取得了顯著成效，但目前仍然面臨著諸多的挑戰。

##### 4.1 制度差異與政策碎片化

粵港澳三地的醫療保障政策、藥品監管及數據標準存在較大差異。香港的藥物名冊與內地國家醫保藥品目錄重疊率僅為 58%，導致跨境患者時常面臨「用藥斷檔」的問題。同時，不同地區的醫保政策差異，導致跨境醫療服務的支付結算存在困難。醫療數據的互聯互通也同樣因為三地數據標準與安全要求的不同面臨諸多障礙。

##### 4.2 醫療人才流動壁壘

港澳醫師在內地執業需通過醫師資格考試，且升級標準不一。同時，內地醫生薪酬遠遠低於港澳地區，也成為了港澳醫師留在內地工作的阻礙。

##### 4.3 文化適應與服務質量參差

多數內地養老院缺乏粵語服務與港式管理經驗。在針對跨境養老老人的調查中顯示，住在內地的香港人主要不滿集中在文化差異（43%）與政治體制差異（39%）（香港社會服務聯會，2024）。

然而，挑戰與機遇共存。在應對這些挑戰的過程中，粵港澳三地可以通過共同探索政策創新、信息化建設、人才交流合作等多元化合作，充分利用大灣區內的科技與產業優勢，促進跨境醫療合作進一步發展，推動醫療科技的進步與創新，為跨境醫療合作注入新的活力。

基於此，本文提出以下對策建議：

1. 加強政策創新，推動跨境醫療服務的支付結算體系建設

粵港澳三地政府加強溝通協調，推動醫保政策的互聯互通，建立跨境醫療服務的支付結算機制，實現醫療費用的支付結算。同時，還需要深化香港醫療福利制度與內地的銜接，將長者醫療券的適用範圍逐步擴展覆蓋內地各三甲醫院，並拓展至專科門診與住院服務。通過開展粵港澳跨境醫保直付系統的建立與投入試點，允許香港醫保資金直接用於內地醫療費用結算。

#### 2. 加強信息化建設，實現醫療數據的互聯互通與共享

出臺粵港澳大灣區內統一的醫療數據標準與安全要求，建立粵港澳大灣區跨境醫療資料共享平臺，幫助實現電子病歷、影像資料的實時互通，推動醫療數據的共享與交流。同時，加強醫療數字化的基礎設施建設，提升醫療數據的安全性與可靠性。通過借鑒歐盟《一般數據保護條例》等國際現有的跨區域數據保護規定，制定相應的大灣區醫療健康數據管理條例。

#### 3. 深化人才交流合作，推動醫療人才的跨境流動與認證

建立跨境醫療人才交流機制，推動大灣區醫療人才的培訓與認證的互聯互通，實現醫療人才資源的優化配置。加快大灣區醫療人才流通，降低港澳醫生入境執業門檻，對在內地執業滿一定期限的港澳醫師予以豁免筆試、技能考核等簡化程序促進跨境執業認證與職稱互認，共同建立大灣區醫師管理委員會來統一制定晉升標準與管理條例。不僅如此，三地政府還應當共建科研平臺與人才庫，成立粵港澳大灣區銀髮醫學研究院，聚焦老年人醫藥養需求與智慧養老設備研發。同時，設立跨境醫療人才獎學金，以資鼓勵港澳學生進入內地院校攻讀醫學學位，從人才培養的源頭打破跨境醫療職業壁壘。通過產學研結合，定向培養複合型醫療人才，提升醫療人才的專業素養與服務水平。

#### 4. 加強監管合作，確保跨境醫療服務的質量與安全

建立粵港澳大灣區跨境醫療服務的監管機制，強化醫療服務質量監督與安全評估，確保跨境醫療服務的質量、安全有保障。同時，構建醫療服務標準化流程，保障醫療服務的一致性與整體水準。

#### 5. 推動醫療科技創新與應用，為跨境醫療合作注入新的活力

充分利用粵港澳大灣區內的科技與產業優勢來推動醫療科技的進步與創新，比如促進人工智能、大數據、遠端醫療等科技的應用與成果轉化落地，推動醫療產業的升級與轉型。創新產業模式，推廣公建民營的養老項目，鼓勵港資機構採取 BOT 模式（建設-運營-轉讓）參與到內地公立養老院建設、改造與运营管理當中。養老項目建設可參

考借鑑現行優秀經驗，譬如深圳龍華區的「互聯網+社區+居家」頤養智慧養老院項目，打造更多類似珠海琴澳融合居家社區養老服務標準化試驗區，為長者提供家居照顧、支援服務等一站式服務，並協助長者融入粵港澳大灣區生活。還可以培育跨境醫療服務貿易，譬如通過設立大灣區醫療服務出口基地，帶動中醫藥、高端診療等服務與國際標準接軌，最終實現醫療服務對外開放與出口。

## 5. 國際實例經驗借鑒

### 5.1. 日本「地域醫療連攜」模式

日本通過廣域醫療圈制度，實現不同行政區之間的醫療資源整合與共享（日本厚生勞動省，2022）。例如，位於東京都市圈的埼玉縣與茨城縣建立起心臟病救治體系，患者根據病情嚴重程度實現分級救治轉診。基於此模式，粵港澳大灣區可以通過加強分級診療與雙向轉診制度，防止優質醫療資源的過度集中，搭建跨區域急救平臺，統一調度地區之間的醫療與救護資源。

### 5.2. 歐盟「跨境醫療指令」實踐

歐盟《2011/24/EU 指令》規定成員國公民可跨境享受公保醫療，且費用由母國醫保機構直接支付（The European Commission, 2011）。其核心經驗為立法保障醫療福利可攜帶性，消除制度性障礙。同時，可參考建立適應大灣區需求的健康保險卡系統，實現醫保數據實時核銷。

### 5.3. 新加坡「醫療樞紐」戰略

新加坡通過吸引國際患者，打造出了亞洲醫療旅遊中心。其成功要素首先為對外籍醫師執業限制的鬆綁，對於全球排名前 100 醫學院的畢業生允許直接註冊成為執業醫師。其次，新加坡打造了「從診療到康護」的全週期醫療服務，並為患者提供簽證便利與多語種導診的完善配套服務（Singapore Ministry of Health, 2023）。

## 6. 粵港澳大灣區跨境醫療合作對香港老齡化與健康可持續發展的影響

粵港澳大灣區跨境醫療合作對香港老齡化與健康可持續發展具有重要影響。首先，跨境合作有助於緩解香港的醫療壓力。隨著香港老齡化的日益嚴峻，香港的醫療資源面臨前所未有的壓力。通過跨境醫療服務，香港居民能夠更加方便地享受到內地的醫療服務，從而減輕了本地醫療系統的負擔，降低患者就醫成本。再者，跨境醫療合作有利於區域內醫療要素流動與醫療資源的配置優化，提高醫療服務的效率與質量，為香港居民提供更加優質、便利的醫療服務。

其次，跨境醫療合作有助於提升老年人的生活質量。隨著老年人口的增加，養老、醫療保健服務的需求呈現多樣化發展趨勢。跨境醫療合作能夠更好滿足香港居民對醫療服務個性化、高質量的需求，從而提高老年人的生活質量。此外，跨境醫療合作還能夠以需求帶動供給端創新，促進醫療科技的發展與成果轉化應用，為老年人提供如遠端醫療諮詢、智慧健康監測等更加專業、便利的健康管理服務。

最後，跨境醫療合作有助於香港醫療產業的轉型升級。香港可以通過與內地的醫療機構開展合作與交流，學習到先進的醫療科技與管理經驗，進而提高自身的醫療水準與服務質量。同時，隨著醫療科技在跨境合作中的成果轉化與落地應用，醫療產業將獲取更多創新活力，為香港醫療產業進一步轉型升級與實現可持續發展注入動力。

綜上所述，粵港澳大灣區跨境醫療合作，是實現區域醫療水準整體提升、區域醫療資源協調均衡、健康可持續發展的重要途徑。對於香港而言，其在跨境醫療中的探索不僅能夠有效緩解老齡化帶來的醫療壓力，更能提高老年人的生活質量，助推醫療產業的轉型升級。未來，隨著合作的不斷升級延伸，粵港澳大灣區將在健康可持續發展的道路上邁出更加堅實的步伐。

## 7. 結語

粵港澳大灣區跨境醫療合作將在應對人口老齡化、推動區域內衛生健康高質量可持續發展中發揮越來越重要的作用。通過將粵港澳大灣區打造成區域醫療服務合作、資源共用、互聯互通的新高地，讓粵港澳大灣區居民能夠享受到看得上病、看得好病的醫療服務體系。這不僅是解決香港人口老齡化的關鍵，更是創新區域衛生健康治理模式的新探索。

展望未來，粵港澳大灣區跨境醫療合作將具有更加廣闊的發展前景。隨著政策完善與市場拓展，跨境醫療將更加便捷高效，為區域內的居民帶來更多優質醫療資源與服務。醫療保險公司、醫療器械企業與創新型醫療服務平臺將在促進粵港澳大灣區醫療產業融合發展中發揮積極作用，醫療科技的進步與創新也將為推動醫療產業的升級與轉型注入動力。不僅如此，隨著粵港澳大灣區建設的快速發展與跨境醫療合作的不斷深入，更多國際先進的醫療資源將會加速與國內健康需求接軌，更多新特藥械將走進大灣區乃至全國。粵港澳大灣區跨境醫療合作也將為全國乃至全球跨國醫療合作提供有益經驗、發揮示範效應，大灣區將會成為全球老齡化治理的創新高地。

參考文獻

日本厚生勞動省(2022).進一步深化促進社區綜合養老服務體系建設。日本厚生勞動省。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000938163.pdf>

中國太平(2023).港人養老新選擇, 中國太平大灣區首個康養項目「木棉人家」投運。  
中國太平。  
<https://tplhk.cntaiping.com/aboutwqyl/zxzx/105502.html>

中國新聞網(2024).「健康灣區」加速塑造逾 500 名港澳醫師獲內地執業資格。中國新聞網。  
<https://www.chinanews.com.cn/dwq/2024/02-25/10169533.shtml>

李雨夢(2024).“北上消費”後香港人再興“北上求醫”背後的驚喜與無奈。BBC 新聞。  
<https://www.bbc.com/zhongwen/articles/cwy1eev0y4xo/simp>

李耀(2024).港媒：香港“長者醫療券”首次沖出港深, 計畫在內地迎來“四個突破”。環球時報。  
<https://china.huanqiu.com/article/4GeqIQS76Yb>

南方都市報(2024).大灣區個信跨境備案輕鬆搞掂, 多家企業飲下頭啖湯降本助發展。  
南方都市報。  
<https://www.gdtv.cn/article/9c54fc0189efaf3a58841655f81a6496>

南方都市報(2024).佛山首個!“港澳藥械通”人工耳蝸手術成功進行。南方都市報。  
<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1804282706050799541&wfr=spider&for=pc>

c

香港大學深圳醫院(2024).醫健通。香港大學深圳醫院。  
<https://www.hku-szh.org/xgdxszyy/wqrh/yjt/index.html>

香港社會服務聯會(2024).香港長者於大灣區社區安老的現況與挑戰—質性研究報告。  
香港社會服務聯會。  
<https://www.hkcss.org.hk/> 《香港長者於大灣區社區安老的現況與挑戰-質性/

香港社會福利署(2024).輪候資助長者住宿照顧服務的人數。香港社會福利署。  
[https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/1021/sc/LTC%20Statistics%20CCS\(Chi\)\(Jan%202024\).pdf](https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/1021/sc/LTC%20Statistics%20CCS(Chi)(Jan%202024).pdf)

香港特別行政區立法會(2023).數據透視：醫療人力資源。香港特別行政區立法會。  
[https://app7.legco.gov.hk/rpdb/tc/uploads/2023/ISSH/ISSH09\\_2023\\_20230606\\_tc.pdf](https://app7.legco.gov.hk/rpdb/tc/uploads/2023/ISSH/ISSH09_2023_20230606_tc.pdf)

香港特區政府統計處(2023).香港人口生命表 2016-2046。香港特區政府統計處

。

### 第三章 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

[https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat\\_report/product/B1120016/att/B1120016092023XXXXB01.pdf](https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/B1120016/att/B1120016092023XXXXB01.pdf)

香港特區政府統計處(2023). *香港人口推算 2023-2046*。香港特區政府統計處。

[https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat\\_report/product/FA100061/att/B72310FA2023XXXXB0100.pdf](https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/FA100061/att/B72310FA2023XXXXB0100.pdf)

香港特別行政區醫療管理局(2024). *專科門診穩定新症輪候時間*。香港特別行政區醫療管理局。

[https://www.ha.org.hk/haho/ho/sopc/dw\\_wait\\_ls\\_eng.pdf](https://www.ha.org.hk/haho/ho/sopc/dw_wait_ls_eng.pdf)

珠海市市場監督局(2024). *澳門傳統外用中成藥首次進入內地醫療機構臨床用藥目錄*。珠海市市場監督局。

[https://mpa.gd.gov.cn/xwdt/shijudt/content/post\\_4330891.html](https://mpa.gd.gov.cn/xwdt/shijudt/content/post_4330891.html)

深圳市科技創新委員會(2021). *“港澳藥械通”首械深圳投入臨床使用*。深圳市科技創新委員會。

[https://stic.sz.gov.cn/gzcy/msss/xgzc/content/mpost\\_8799726.html](https://stic.sz.gov.cn/gzcy/msss/xgzc/content/mpost_8799726.html)

深圳特區報(2024). *從「有病沒藥」到「有備無患」 “港澳藥械通”惠及大灣區居民近萬人次*。深圳特區報。

<http://www.zlb.gov.cn/20241011/ba60d66bbc37445b9d33a1dcec395f17/c.html>

深圳市衛生健康委員會(2024). *深圳持續推進公立醫院高質量發展，加快實現“病有良醫”*。深圳市衛生健康委員會。

[https://wjw.sz.gov.cn/wzx/content/post\\_11470477.html](https://wjw.sz.gov.cn/wzx/content/post_11470477.html)

深圳市衛生健康委員會(2025). *粵港跨境直通救護車，「點對點」轉運第一例病患！* 深圳市衛生健康委員會。

[https://wjw.sz.gov.cn/wzx/content/post\\_11954941.html](https://wjw.sz.gov.cn/wzx/content/post_11954941.html)

普華永道(2024). *融合、共贏——“健康灣區”*。普華永道。

<https://www.pwccn.com/zh/research-and-insights/greater-bay-area/integration-healthy-sep2024.pdf>

粵港澳大灣區(2019). *粵港澳大灣區發展規劃綱要*。粵港澳大灣區。

<https://www.bayarea.gov.hk/tc/outline/plan.html>

新華社(2024). *粵港澳共塑「健康灣區」*。新華社。

<https://www.xinhuanet.com/20241217/4562af7d139e4bdca82ef2f07a09ff3b/c.html>

新華社(2025). 錨定萬億元目標 集聚優勢資源 廣東生物醫藥產業向“高”向“新”發力。新華社。

[https://mpa.gd.gov.cn/xwdt/xwfbpt/mtzx/content/post\\_4659012.html](https://mpa.gd.gov.cn/xwdt/xwfbpt/mtzx/content/post_4659012.html)

德勤(2022). 粵港澳大灣區展望：保險業機遇。德勤。

[https://www.boclife.com.hk/f/upload/1264/bocl\\_deloitte-cn-fsi-gba-insurance-outlook-zh.pdf](https://www.boclife.com.hk/f/upload/1264/bocl_deloitte-cn-fsi-gba-insurance-outlook-zh.pdf)

廣州南沙發佈(2024). 14 個科室 24 個專科門診！香港長者醫療券可在南沙使用啦。廣州南沙發佈。

[https://mp.weixin.qq.com/s?\\_\\_biz=MjM5MjMyNzgxNg==&mid=2650598318&idx=1&sn=1f988f2991730829de4062cb5e331480&chksm=bf476459e4157053c77d6f919fc3f100f9d449dcdc5f3ea13eba431be0c2c34e1a0d14abc5a3&scene=27](https://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MjM5MjMyNzgxNg==&mid=2650598318&idx=1&sn=1f988f2991730829de4062cb5e331480&chksm=bf476459e4157053c77d6f919fc3f100f9d449dcdc5f3ea13eba431be0c2c34e1a0d14abc5a3&scene=27)

盧寵茂(2022). 立法會：醫務衛生局局長就「推動跨境醫療合作」議員議案總結發言。

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202211/24/P2022112400413.htm>

聯合國開發計劃署(2024). 2023-24 年人類發展報告：打破僵局：重新構想兩極化世界中的合作。聯合國開發計劃署。

<https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>

Ni, M. Y., Canudas-Romo, V., Shi, J., Flores, F. P., Chow, M. S., Yao, X. I., ... & Leung, G. M. (2021). Understanding longevity in Hong Kong: a comparative study with long-living, high-income countries. *The Lancet Public Health*, 6(12), e919-e931.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00208-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00208-5/fulltext)

Singapore Ministry of Health. (2023). *ACTION PLAN FOR SUCCESSFUL AGEING 2023*. Singapore Ministry of Health.

<https://www.moh.gov.sg/others/resources-and-statistics/action-plan-for-successful-ageing>

The European commission. (2011). *DIRECTIVE 2011/24/EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. The European commission.

<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). *World Population Prospects 2024: Summary of Results (UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9)*.

<https://desapublications.un.org/publications/world-population-prospects-2024-summary-results>

## 第二節 香港跨境長者醫療服務品質研究

黃曉彤、梁靜嫻

### 1. 研究背景

#### 1.1 跨境長者服務政策支持

香港跨境長者醫療服務是粵港澳大灣區社會融合的重要議題，旨在回應長期居於內地（尤其是廣東省）的香港長者醫療需求。當前退休人士呈現出為降低生活成本及提升生活質素而北遷的趨勢。截至 2023 年，約有 93,700 名 65 歲及以上香港長者常住廣東省，較 2018 年增加 11%（立法會數據透視，2024）。據 2020 年的全國人口普查顯示，廣東省是內地港人最主要的聚居地，佔整體內地港人總數的 69%，即超過三分之二，其次是福建省的 12%。

為支援跨境長者，香港政府自 2013 年及 2018 年起推行「廣東計劃」和「福建計劃」，向常住廣東及福建的長者每月提供高齡津貼。其中，廣東計劃受惠人於 2023 年達 2.5 萬人，於 5 年間增加 51%，而 2023-2024 年度相關津貼總額達 9.51 億元（立法會數據透視，2024）。

此外香港社會福利署也積極與廣東相關機構合作，從 2014 年 6 月開始推行「廣東院舍住宿照顧服務試驗計劃」，並在 2020 年 1 月將試驗計劃恆常化在深圳及肇慶兩間由香港社會機構營辦的院舍提供 400 個資助宿位。2023 年 7 月社署擴大了「計劃」受惠長者範圍，也將更多大灣區優秀的安老院加入「計劃」下的認可服務機構（香港社會福利署，2023）。值得關注的是，政府進一步宣布自 2025 年起資助跨境長者入住廣東安老院舍，以改善其晚年生活。

#### 1.2 跨境長者醫療服務

香港人口正在急速老齡化，1997-2023 年間，長者人口增加逾倍至 168 萬人，佔總人口的 22.4%。人口老化趨勢預計在未來會繼續加劇，長者人數到 2033 年將升至 230 萬人，佔總人口的 29.1%（立法會數據透視，2024）。由於社區照顧服務短缺，院舍照顧服務成為長者長期安老服務的重要渠道。目前主要的為透過改善買位計劃及院舍券

計劃資助提供的宿位，雖然大部分長者希望入住居住環境較佳及費用較低的資助院舍，但未來 5 年新增的相關服務宿位預計僅為 3 400 個（立法會數據透視，2024）。宿位的緊缺與長者追求寬敞的居住環境和更低的生活成本相矛盾，由此激發了跨境養老服務。

為滿足長者跨境醫療服務，香港政府自 2015 年 10 月起允許跨境長者於內地指定醫療機構使用長者醫療券，最初僅以香港大學深圳醫院作為試點。2018 年至 2023 年間，港大深圳醫院的醫療券使用金額從 390 萬港元大幅增長逾兩倍至 1,190 萬港元，增幅遠超同期香港本地醫療券使用量的 17%（立法會數據透視，2024）。由於試點計劃進行順利，長者滿意度高。2019 年起試點計劃逐步恆常化，截至 2024 年 9 月，醫療券適用範圍已擴展至大灣區內 8 間醫療機構（包括新增的 7 間牙科及綜合醫院），例如中山陳星海醫院及東莞東華醫院，以擴大服務覆蓋面。

## 2. 香港跨境長者醫療政策服務現狀

### 2.1 香港與內地醫療政策協同現狀

《香港長者跨境養老意願與需求》（2023）顯示，56%的香港長者每年跨境就醫 2-3 次，23%超過 5 次，粵港澳大灣區民政養老領域標準化建設取得突破性進展。為提升區域養老服務品質，三地協定制訂了五項具有示範意義的標準化技術文件，具體包括：《粵港澳大灣區衛生健康合作共識》、《粵港澳大灣區城市民政事業協同發展合作框架協議》、《香港澳門台灣居民在內地參加社會保險暫行辦法》、《關於進一步完善本省港澳台居民養老保險措施的意見》以及《關於共同推進粵港兩地養老合作的備忘錄》（表一）。這些標準體系有效促進大灣區養老服務的專業化與標準化發展。值得關注的是，廣東省人民政府於 2020 年發佈的《廣東省推進粵港澳大灣區建設三年行動計劃（2018-2020 年）》中，明確將社會保障體系銜接作為重點工程。該計劃特別強調建構跨區域養老保險轉移接續機制，透過創新制度設計，實現粵港澳三地養老保險關係的無障礙轉接（廣東省人民政府，2020）。

表一：跨境養老相關政策文件及內容

時間	2019-02	2019-03	2019-11	2023-05	2025-03
發文主體	廣東省衛健委、香港食物及衛生	香港社會福利署、澳門社會工作局、	人社部、國家醫保局	廣東省民政廳、香港特別行政區勞工及福利局	廣東省人社廳、財政廳等

### 第三章 香港醫療體系面臨的挑戰及建議

	局、澳門衛生局	珠三角九市民政部門			
<b>政策文件</b>	粵港澳大灣區衛生健康合作共識	粵港澳大灣區城市民政事業協同發展合作框架協議	香港澳門台灣居民在內地（大陸）參加社會保險暫行辦法	關於共同推進粵港兩地養老合作的備忘錄	關於進一步完善我省港澳台居民養老保險措施的意見
<b>涉及內容</b>	鼓勵投資大灣區醫療衛生服務；支持港澳參與醫療體系建設；共同推進醫養結合；強化人才培養等	推進港澳養老合作：支持港澳辦養老機構；鼓勵跨境社會福利等項目合作	在內地就業、居住和就讀的港澳台居民將可申領社保卡，並享有同等待遇	完善港澳服務提供者來粵興辦養老機構市場準入、土地供應、稅收等與內地機構享受同等待遇	港澳台居民在粵參加養老、醫療保險等

《粵港澳大灣區發展規劃綱要》明確提出，要加強區域醫療合作，促進香港與內地醫療體系的高效對接。在此政策框架下，兩地近年來積極推動跨境醫療服務的互聯互通，包括優化轉診流程、放寬藥物使用限制、試點遠程會診等舉措，逐步實現醫療資源的優勢互補與無縫銜接。截至 2024 年，香港「長者醫療券」適用範圍已擴展至大灣區 8 間指定醫療機構。廣東也積極響應相關政策廣東省設立「港澳藥械通」政策，允許大灣區內指定醫療機構使用香港註冊藥物及醫療設備，強化技術協作（廣東省衛健委，2022）。這些制度的創新完善了大灣區社會保障網絡，更為區域人才流動和民生融合發展提供了關鍵性制度保障。

但兩地醫療協同的問題及現有對策有。問題一：香港與內地醫療政策仍存在顯著差異。香港實行全民免費公立醫療體系，公立醫院由稅收支持，患者僅需支付極低費用（李丹&康詩涵，2020）；而內地以社會醫療保險為主，需個人繳納費用並分段報銷（嶽經綸，2024）。為促進粵港澳大灣區醫療資源融合，香港政府自 2015 年起試行「廣

東計劃」，允許 65 歲及以上合資格長者每年使用 2000 港元醫療券，在廣東省內逾 50 家指定醫療機構（如深圳大學總醫院、東莞東華醫院等）支付門診、牙科、中醫等基礎醫療服務費用。但醫療券適用範圍狹窄，僅覆蓋門診和預防性服務，重大疾病仍需自費或返港治療（王培裴，2023）。問題二：部分進口藥物審批時間長。以深圳前海蛇口自貿區醫院為例，該院通過引入香港註冊抗癌藥物，為跨境腫瘤患者提供治療便利，但在政策實施過程中仍面臨審批機制效能不足與目錄動態調整滯後等系統性障礙，導致部分臨床急需藥物未能實現即時覆蓋。值得注意的是，「港澳藥械通」政策試點作為制度創新的重要突破，正逐步構建大灣區藥械監管協同機制。截至 2024 年 9 月統計數據顯示，廣東省已有 45 家醫療機構納入試點範圍，實現香港上市 39 個創新藥物及 40 類先進醫療器械的臨床應用（季媛媛，2024）。

#### 2.2 跨境養老及醫療資源分布情況

香港工聯會大灣區社會服務社及工聯會康齡服務社於 2023 年 7 月發布的《香港長者跨境養老意願與需求調查》顯示，超過 80% 受訪者有意前往大灣區內地城市長期居住或養老，65-75 歲的長者佔比最高，其中中山、深圳和廣州為最受歡迎的養老目的地。預計未來 5 至 10 年內，大灣區「跨境養老」需求規模將大幅上漲。政府認為中山具備優質的養老環境，其生活節奏舒緩、物價水平合理且居民幸福感高；深圳憑藉毗鄰香港的地理優勢，交通便利利於親屬探訪及長者往返；廣州則擁有發達的交通網絡、宜居城市空間及優質醫療資源等優勢。因此，建議香港特區政府未來擴大的院舍購買計劃，應優先考慮在上述城市實施（香港工會聯合會，2023）。

香港長者在廣東就醫主要集中在深圳、廣州和珠海三地，其中深圳因地理鄰近和港資機構集中成為首選。位於深圳的港大深圳醫院是跨境醫療的核心樞紐，2023 年接診香港患者超 3 萬人次，提供「港式診療」服務（王培裴，2023）。此外，香港賽馬會深圳復康會頤康院作為港資養老機構，配備香港護理團隊，提供雙語服務，但床位僅 350 個，輪候時間長。位於廣州的中山大學附屬第一醫院與香港中文大學合作開展跨境遠程會診，重點服務腫瘤和心血管疾病患者。和睦家等高端私立醫院則通過商業保險直付吸引高收入長者（季媛媛，2024）。珠海市人民醫院與澳門鏡湖醫院合作建立跨境轉診綠色通道對需要慢性病管理和康復護理的跨境長者提供服務。

#### 2.3 長者內地醫療服務使用現狀與滿意度

香港社會服務聯會於 2024 年發布的《香港長者於大灣區社區安老的現況與挑戰質性研究報告》（香港社會服務聯會，2024）通過深度訪談和焦點小組等方式，對 50 位長

期居住在內地的香港長者進行了系統性研究。研究發現，這些長者在跨境就醫方面形成了兩種截然不同的經驗模式：

第一類是「醫療資源依賴型」長者，這類長者大部分對香港醫療體系高度信任，會定期回港覆診，研究表示 75%認可內地三甲醫院水平，但僅 50%滿意基層醫療機構（李丹&康詩涵，2020）。其中也有部分長者是由於負擔不了內地的醫療費用，所以仍會選擇回香港覆診。在對此類長者進行調查後發現該群體中仍存在對內地醫療品質的疑慮，主要疑慮有：認為診斷過程的專業性與全面性有待提升；認為用藥規範與香港標準存在差異；認為個別醫療機構可能存在非制度性收費現象，這些因素均影響其就醫選擇。其中選擇在港大深圳醫院覆診的長者表示現行醫療券每年 2,000 港元的額度仍難以覆蓋全部醫療支出，特別是無法用於支付較香港高出約一倍的掛號費用。

第二類是「在地適應型」長者，比較習慣內地醫療系統。該老年群體在罹患重大疾患時，若香港公立醫療體系的專科診療輪候期超出合理時限，往往更傾向於跨境至內地尋求醫療服務；相應地，對於常見輕微症狀，該群體亦普遍選擇在內地基層社區衛生服務機構接受診治。本研究數據顯示，相當比例的受訪老年群體對跨境醫療體驗給予正面評價。具體而言，部分調查對象指出，在內地醫療機構（含中西醫）接受診療的整體滿意度高於香港同類服務，主要體現在就診等候時長顯著縮短及檢驗結果出具時效性提升等操作層面優勢。然而，深度訪談資料同時揭示結構性困境：針對需要重大醫療幹預的病症案例，未納入內地社會保障體系的香港長者面臨顯著經濟壓力。同時有部分受訪者指出存在語言問題，醫生粵語服務覆蓋率較低。

#### 2.4 小結

近年來，香港與內地醫療政策協同逐步深化，尤其在粵港澳大灣區框架下，跨境醫療服務網絡快速擴展，有超過八成的在港受訪長者表示願意到內地養老。為滿足跨境長者的醫療養老需求香港政府頒布了「廣東計劃」與「福建計劃」，並與內地特定大型醫療機構合作提供醫療券使用服務。粵港澳大灣區也做出積極響應，聯合三地共同為跨境長者養老服務提供政策保障。從鼓勵投資跨境醫療體系建設，到為跨境長者完善養老醫療保險等服務，再到粵港澳財政協同合作為兩地長者醫療服務提供保障等。並針對現有的政策壁壘、跨境藥物互通等問題提出了積極的響應對策。

目前主要的跨境醫療服務集中於粵港澳大灣區的深圳、廣州和珠海三地。香港社會服務聯會對現時居於內地的香港長者進行訪問的結果顯示，會定期回港覆診的長者對內

地基層醫療機構的認可度較低，且認為用藥規範與診療過程香港的可信程度更高。比較習慣內地醫療系統的長者表示，內地就醫輪候時間短，在內地就醫的經驗比香港好。

同時也存在著不可忽視的問題。醫療費用方面，雖然醫療券某程度上可減輕跨境長者的醫療負擔，然而，相較於香港公立醫療系統的收費標準，內地醫療服務價格仍處於較高水平。這經濟壓力在未納入內地社會保障體系的老年群體中表現得尤為顯著。具體而言，該群體需全額承擔醫療費用，導致其醫療支出可支配收入佔比明顯提升，形成顯著的財務負擔；政策差異方面，兩地的醫療政策與醫療體系不同，且存在用藥標準差異的問題；內地醫療資源與服務存在落差，香港長者對三甲醫院和基層醫療機構的滿意度差異較大，且醫療券的使用只能用於特定的醫療合作機構；醫療系統方面，跨境電子病歷互通僅限試點，大多數機構並未普及，在就醫過程中部分跨境長者存在一定的語言障礙；養老配套方面，跨境養老需求集中於中山、深圳、廣州，但優質養老機構的床位稀缺。

### 3. 提升長者跨境醫療服務品質的建議

#### 3.1 跨境醫療體系建設層面

##### 3.1.1 推動醫保跨境結算標準化

長者跨境養老的原因之一是內地的低成本高質量生活，但跨境醫療服務對未能參加內地醫保的長者而言仍有一定經濟負擔，令部分長者望而卻步不得不選擇回港就醫。傳統醫保結算面臨流程繁瑣、報銷周期長、標準不統一等問題。患者需墊付高額費用，後續理賠涉及兩地政策差異，導致糾紛頻繁發生，極需標準化結算機制提升效率。因此極需解決醫保結算差異問題，推動醫保跨境結算標準化可以促進大灣區醫療資源的優化配置和保險市場的健康發展，為跨境養老群體提供更便利的醫療服務。目前，內地與港澳在醫保目錄、賠付比例、藥品准入等方面存在顯著差異。例如，「港澳藥械通」雖已引入 79 種創新藥械，但多數未納入內地醫保報銷範圍，患者需自費或依賴商業保險。標準化結算可打破政策壁壘，促進醫療資源共享。推動醫保跨境結算標準化可從以下方面出發：

一、構建統一的跨境醫保結算信息平台。由政府部門主導，聯合保險公司、醫療機構及第三方管理機構（TPA），建立大灣區醫保結算數據共享平台。整合三地醫保目錄、賠付規則及醫療資源信息，實現費用核算、直付服務、報銷流程的線上化與自動化。例如，可借鑒 TPA 在理賠管理中的技術優勢，開發智能核賠系統，減少人工干預，提升透明度（鄒韻，2025）。

二、實施「分類分級」差異化結算機制。針對不同醫療需求制定差異化政策：對於普通常見病，維持現行本地就醫及醫保報銷模式，跨境醫療需求可通過商業附加險解決；針對重大疾病及創新治療，將「港澳藥械通」目錄藥械納入跨境報銷範圍，可實行階梯式自付比例，並配套商業保險分擔高額醫療支出。階梯式自付比例可為跨境長者減少進口藥物價格高的負擔。

三、完善跨區域政策協作與社會化服務體系。加強粵港澳三地政府協調，簽署醫療保障互認合作框架，明確跨境結算的權責邊界與爭議處置流程；同時引入專業第三方機構參與經辦服務，在費用審核、異地稽核等環節發揮市場化運作優勢，提升跨境醫療保障的服務效能與管理透明度。

#### 3.1.2 兩地建立統一的醫療服務質量認證體系

在全球數字經濟蓬勃發展的背景之下，我國高度重視數據跨境流動相關工作，陸續出台一系列法規政策，逐步建構起完善的數據跨境安全管理體系。近年來，粵港澳大灣區數據跨境流動便利化機制建設進展迅速。《粵港澳大灣區（內地、香港）個人信息跨境流動標準合同實施指引》《「數字灣區」建設三年行動方案》《關於促進粵港澳大灣區數據跨境流動的合作備忘錄》等政策的出台粵港澳大灣區以「數字灣區」建設為引領，持續推進機制對接與規則銜接。在醫療領域，粵港探索醫療數據跨境互通互認。以香港大學深圳醫院為試點，雙方建立了電子健康記錄互通系統，實現病歷資料跨境調閱，便利在粵港籍居民就醫。大灣區醫療集團已與兩地監管部門簽署標準化協議，並完成廣東省網信辦備案，獲准開展醫療數據跨境傳輸。在患者授權前提下，香港醫生可通過專用平台實時查閱內地患者的電子病歷、醫學影像及檢驗報告等診療數據，開展遠程會診服務。這一創新模式不僅顯著提升了診療效率，更大幅降低了患者的就醫成本和時間成本，優化了跨境醫療服務體驗（謝賢保&黃雅君，2024）。

目前跨境醫療數據面臨多重挑戰：政策層面，粵港澳三地法律體系與隱私保護標準不統一，導致數據合規性難以協調；技術層面，醫療信息系統技術標準差異引發數據格式不兼容與互操作性不足；法律層面，數據分級分類規則模糊，且跨境監管機制碎片化，加劇數據洩露風險。此外，隱私空間也面臨著安全威脅與隱私風險。

基於此可採取的對策有：一、構建統一政策協調機制。粵港澳大灣區應立足「一國兩制」制度創新試驗田的定位，充分整合跨境區位特徵與政策優勢，構建融合國際標準與本土實踐的醫療數據治理體系。通過建立跨境數據流動沙盒機制、組建區域標準化協作平台、培育具備國際認證資質的示範機構等創新舉措，打造既能銜接國際規則又

能服務國家戰略的數據治理樣板，從而提升數據安全治理水平（李猛坤等，2024）。二、通過法律保障跨境醫療數據的流動安全。分層強化互操作性，首先制定大灣區共同認可的健康醫療數據跨境流動保護規則；其次三地需定義共同的健康醫療數據格式、互通標準，並關注語義理解以保障系統能夠理解數據的含義，推進健康醫療數據平台數據互認共享；最後站在宏觀視角保障數據傳輸雙方具有相同的目標與期望。同時需要明確醫療數據敏感級別與跨境傳輸範圍並結合國際經驗完善數據主權與隱私權的法律界定（呂群蓉&孫晨瀚，2024）。三、發展可信數據跨境流動空間。基於風險評估模型對跨境醫療數據實施分級分類管理，從出境用途、傳輸範圍、敏感級別及數據規模等維度建立差異化管理機制。運用加密傳輸、區塊鏈存證與零信任架構等技術方案，實現醫療機構、保險機構及科研單位之間的健康數據流轉可溯源、權限可管控。通過可信數據空間構建，在確保患者知情授權的前提下，打通跨境轉診的數據共享通道，同步解決國際醫療協作的合規性與時效性問題，為跨域醫療資源整合提供兼具安全性與協作性的技術框架（吳卓釗&韋冬，2024）。

#### 3.1.3 加大宣傳力度降低兩地醫療信息壁壘

當前跨境就醫信息存在著不可忽視的壁壘，根據嚴祥、韓子璇等人（2024）對 3500 名香港居民進行問卷調查的結果顯示，香港居民對內地醫療質量、醫保體系和醫療收費的了解程度均較低，對於基本的內地醫療問題只有不到 5% 的受訪者表示非常了解，完全不了解的人數約佔 30%。信息壁壘的主要成因是兩地的醫療系統和就醫流程存在的明顯差異，此外國家對醫療廣告有著嚴格的管控等原因導致信息壁壘的產生，這也在一定程度上影響著跨境醫療服務。

因此可以從以下方面降低兩地信息壁壘：一、注重醫療品牌在港的宣傳，通過專業的社區宣講活動，義診活動為香港居民普及內地醫療相關知識。注重在灣區生活的長者社區服務，通過宣傳冊或上門拜訪等手段為有需要的長者提供內地醫療知識普及。二、加快兩地保險、養老旅遊、康養等產業融合創新，提升跨境醫療就診的配套服務。吸引更多香港居民接觸跨境醫療服務（周林麗等，2025）。三、針對不同人群推送不同的信息類型，例如為長者推送跨境長者醫療及養老服務相關信息，為對內地醫療了解較多的人群推送更詳細的醫療政策等。

### 3.2 跨境長者服務層面

跨境養老正日益成為粵港澳大灣區社會保障和民生領域一種新趨勢。2022 年，國務院印發的《廣州南沙深化面向世界的粵港澳全面合作總體方案》也提出了「便利港澳居民

就醫養老」、「打造規則銜接機制對接高地」的兩項重大任務。提高跨境長者服務質量，完善服務體系是大勢所趨。

目前跨境養老服務層面仍面臨著以下困境：一、跨境政策所覆蓋的醫療資源不足。雖然目前已經出台了相關政策，深圳、廣州、珠海等地已陸續有公立醫院加入跨境醫療試點。但就數量來說，截止 2024 年只有 8 家機構納入試點（香港特別行政區政府，2024）。且香港長者醫療券僅限在特定的醫療機構使用，且覆蓋病種有限，難以滿足大病需求（李紹濱等，2024）。二、長者醫療服務標準與質量差異顯著。在醫療水平均質化方面，港澳表現突出，不同醫療單位和醫護人員的專業素質較為接近。相比之下，雖然廣東公立醫療系統近年發展迅猛，整體醫療能力明顯增強，但無論是同等級醫院間的橫向比較，還是同一機構內醫師的縱向對照，均可觀察到顯著的專業水平差異。尤其是養老服務方面，香港的社區養老服務與院舍養老服務較內地均更完善，但內地養老服務仍面臨專業人才短缺問題，行業管理規範尚未形成統一標準。此外，養老機構的設立門檻相對較低，導致從業人員資質參差不齊，整體服務水平難以保障（何建宗&鄔璇，2020）。三、文化差異問題。廣東與港澳具備同源的嶺南文化，在語言、風俗、宗教、飲食等都有高度的相似性。但深圳的外來人口比較多，外來人口主要使用普通話或各地方言。因此在跨境就醫過程中可能存在由於語言障礙造成病情耽誤等問題。

為改善現存問題，改善跨境長者醫療服務體驗，可從以下幾方面出發：一、深化醫療制度對接，擴展服務覆蓋範圍。建議建立區域性醫療中心，推動深港醫療機構轉診合作，並擴大香港醫療券在內地的使用範圍與額度。例如，可將醫療券適用機構擴展至大灣區三甲醫院，並通過商業保險補充大病保障。同時，試點醫保異地結算，簡化跨境報銷流程（李紹濱等，2024）。二、推進醫院國際化評審，促進醫療標準同質化。統一跨境長者服務標準，推動專業人才互認機制。在養老人才培養方面，內地培訓機構可參考香港的護理人員培養模式，積極開設養老相關專業，通過高等教育培育高素質專業團隊，推動養老事業規模化、市場化發展。同時，加強兩地養老領域合作交流，吸引更多人才加入養老行業（李方圓等，2023）。三、針對語言等文化差異問題，建議參與跨境醫療試點的醫療機構組織社會工作群體，在門診安排懂粵語的社區志願者幫助有需要的跨境長者與醫生順利溝通病情及診療情況。此外，在病歷及診療單打印方面加入翻譯手段，為患者提供繁體或英文的電子打印模式，便於患者了解自身情況及用藥情況。

## 4. 結語

本文圍繞香港跨境長者醫療服務品質展開系統研究，從政策支持、長者醫療服務現狀到改進建議層層遞進，深入剖析粵港澳大灣區跨境醫療服務的發展與挑戰。

據調查顯示，有近五成的長者每年赴內地就醫 2-3 次，超過兩成的長者赴內地就醫超過 5 次。當前，主要的養老資源分佈在中山、深圳和廣州，主要的跨境就醫資源集中在深圳、廣州和珠海三地。為提升跨境長者的養老就醫質量，粵港澳三地頒布了多項政策措施促進大灣區養老服務的專業化與標準化發展。同時隨著「港澳藥械通」政策的出台與實施大灣區內指定醫療機構使用，香港註冊藥物及醫療設備互通越來越便捷。香港社會服務聯會在 2024 年對居於內地的香港長者內就醫狀況調查顯示，部分長者會定時回港覆診，另一部分長者更願意在內地就醫。回港覆診的長者對內地基層醫療機構的滿意度不高，兩地用藥標準存在差異，且醫療券的報銷額度不能滿足在內地就醫的醫療支出需求。更願意在內地就醫的長者則認為，在內地就醫輪候時間短，出報告效率高，遇到小病也可在社區康養中心處理十分便捷。但同時也反應了由於兩地醫保系統不聯通而造成的費用較高的問題。

長者醫療服務現狀存在的問題有：醫療費用方面，香港醫療券雖減輕部分負擔，但相比公營醫療仍較昂貴，未參保內地社保的長者壓力較大。政策差異方面，兩地醫療體系、用藥標準不同，醫療券僅限合作機構使用，限制較多。資源與服務方面，長者對三甲醫院滿意度較高，但基層醫療水平參差，資源分布不均。系統互通方面，電子病曆未普及（僅限試點），重複檢查率達 45%，且存在語言溝通問題。養老配套方面，中山、深圳、廣州需求集中，但優質養老機構床位緊缺，供需失衡。

本研究針對跨境養老服務現存問題提出以下政策建議：首先應完善跨境醫療協同機制，包括建立標準化醫保跨境結算體系、構建統一的醫療服務質量認證制度以及加強醫療信息互通與政策宣傳；其次需優化長者服務支持體系，通過深化兩地醫療制度對接並擴大服務覆蓋範圍、推進內地醫療標準同質化建設、加強養老專業人才培養以及建立社區志願者服務網絡來協助解決語言溝通障礙。

香港跨境長者醫療服務在粵港澳大灣區雖取得進展，但仍需突破政策差異、資源不均及服務標準化不足等障礙。通過制度創新、技術協作與區域聯動，有效提升跨境長者醫療體驗，為大灣區社會融合與民生保障提供可持續解決方案，進一步提升跨境長者對內地醫療服務品質。

**參考文獻：**

- 王培裴. (2023). 港人跨境養老存在問題及應對方式研究. 國際公關(17), 89-91. doi:10.16645/j.cnki.cn11-5281/c.2023.17.013
- 李方圓, 徐小平, 林羽文, & 蔡曉. (2023). 香港地區應對人口老齡化措施及對中國內地的啓示. 江蘇衛生事業管理, 34(04), 440-444+453
- 李丹 & 康詩涵. (2020). 粵港澳大灣區養老服務協同發展保障制度研究. 廊坊師範學院學報(社會科學版), 36(03), 84-89. doi:10.16124 /j.cnki.cn13-1390/c.2020.03.013.
- 李猛坤, 李柯錦, 應作斌, & 徐江. (2024). 數據跨境流動視角下粵港澳大灣區健康醫療數據安全治理策略. 創新與創業管理(02), 137-150.
- 李紹濱, 張一偉, & 楊雅琴. (2024). 粵港澳大灣區跨境養老協同發展的現狀、問題及對策建議. 中國民政(17), 35-37.
- 吳卓釗 & 韋冬. (2024). 促進數據要素的可信跨境流動. 中國電信業(12), 34-37.
- 呂群蓉 & 孫晨瀚. (2024). 粵港澳大灣區健康醫療數據跨境流動法律規制研究. 南方論刊(11), 74-76.
- 呂鳳亞. (2024). 粵港澳大灣區養老保障政策協同創新的現狀分析. 秦智(08), 123-125. doi:10.20122/j.cnki.2097-0536.2024.08.040
- 何建宗 & 鄔璇. (2020). 粵港澳大灣區養老福利跨境可攜性機制研究. 港澳研究(04), 81-93+96.
- 季媛媛. (2024). 高端醫療與保險巨頭合作浪潮疊起如何跨境攜手構建無縫服務網絡, p. 011.
- 周林麗, 彭沛, 黃小慧, 師雯琦, 袁聯雄, & 潘瑤. (2025). 港澳居民來粵公立醫院就醫服務的SWOT分析及對策探討. 現代醫院, 25(01), 49-52.
- 香港立法會秘書處資料研究組. (2024). 長者移居廣東. 數據透視. ISSN33/2024
- 香港立法會秘書處資料研究組. (2024). 香港長者院舍照顧服務. 數據透視. ISSN08/2024
- 香港社會福利署. (2023). 廣東計劃：福建計劃小冊子
- 香港特別行政區政府.(2024). 長者醫療券大灣區試點計劃醫療機構名單. 新聞公報. <https://www.info.gov.hk/gia/general/202402/19/P2024021900215.htm>
- 鄒韻. (2025). 粵港澳大灣區跨境醫療保險實施方案探討. 合作經濟與科技(01), 169-172. doi:10.13665/j.cnki.hzjyjkj.2025.01.054
- 謝賢保 & 黃雅君. (2024). 粵港澳大灣區數據跨境流動試點及對我國整體發展的啓示. 通信世界(20), 24-26. doi:10.13571/j.cnki.cww.2024.20.001

廣東省人民政府.(2019).廣東省推進粵港澳大灣區建設三年行動計劃(2018-2020 年).  
[https://sqzc.gd.gov.cn/rdzt/yga/tt/content/post\\_3084598.html](https://sqzc.gd.gov.cn/rdzt/yga/tt/content/post_3084598.html)

嶽經綸.(2024). 建設“社會灣區”:粵港澳大灣區社會政策協同的目標與路徑. 公共治理研究, 36(04), 18-34. doi:10.13975/j.cnki.gdxz.2024.04.004

嚴祥, 韓子璇, 祝怡文, & 何深靜.(2024). 香港居民在粵港澳大灣區跨境就醫的信息壁壘及其破解策略. 熱帶地理, 44(12), 2224-2236. doi:10.13284/j.cnki.rddl.20240350

## 十五、藥物註冊及醫療器械的監督管理

張穎心、水志偉、董梓光、藍柏齡

### 1. 導言

完善的藥物註冊及醫療機械（儀器）監管制度是確保醫療安全中重要的一環，提供有效而安全的治療也是一個醫療體系為市民提供高質素醫療服務的基本要求。《行政長官 2023 年施政報告》（《施政報告》）再一次提出要把香港打造成為醫療創新的樞紐。然而，在全球醫藥發展的趨勢下，提倡以病人為中心的原則，香港的藥物註冊及醫療器械的監督管理成為限制香港醫療體系發展的重要因素之一。本章節將探討藥物註冊及醫療器械監管的現狀，分析所面臨的困難和挑戰，並提出改善建議。

在香港境內銷售的藥物（包括中藥及西藥）均由衛生署負責監管，它們分別受香港法例第 549 章《中醫藥條例》和第 138 章《藥劑業及毒藥條例》管制。根據《藥劑業及毒藥條例》的規定，香港境內銷售的藥物必須註冊以確保藥物安全、有效及品質優良。香港製造的藥物，須由本地製造商申請註冊。在香港以外地方製造的藥物，則須由進口商申請註冊。申請新藥註冊時必須提交證明文件，證實有關藥物的安全程度、功效及素質。所需文件通常包括但不限於藥物的製造及品質管制程序的資料、臨床研究報告及有關產品在國外的售後科學研究報告。已核准註冊的藥物可獲發一個註冊編號，此編號由「HK-」及一個五位數字組成，即如 HK-XXXXX。這個編號須在藥物標籤上加以註明，供市民辨識已註冊及未經註冊的藥物。註冊藥物的標籤上亦須顯示其他重要資料，例如製品及製造商的名稱、有效成分及其含量、貯存條件等。某些藥物的標籤上亦可能須附加額外資料，例如警告字句、劑量、服用方法及次數<sup>137</sup>。已註冊藥物的資料會被詳細列載於衛生署出版的《藥劑製品目錄》，供市民檢查查閱。

---

<sup>137</sup> 香港特別行政區政府衛生署藥物辦公室（2023 年 5 月 3 日修訂）。〈註冊藥物的基本知識〉。取自 [https://www.drugoffice.gov.hk/eps/do/tc/consumer/news\\_informations/knowledge\\_on\\_medicines/general\\_knowledge\\_on\\_medicine\\_registration.html](https://www.drugoffice.gov.hk/eps/do/tc/consumer/news_informations/knowledge_on_medicines/general_knowledge_on_medicine_registration.html)

在醫療儀器方面，香港目前並無專門的法例規管其製造、進口、出口和銷售。然而，視乎有關產品的性質和特點，一些產品可能會受現行法例的管制，例如《藥劑業及毒藥條例》（第 138 章）、《輻射條例》（第 303 章）、《電訊條例》（第 106 章）、《商品說明條例》（第 362 章）、《消費品安全條例》（第 456 章）以及《電氣產品(安全)規例》（第 406G 章）等。此外，衛生署根據《私營醫療機構條例》（第 633 章）公布了《私家醫院實務守則》（《實務守則》），當中制定了私家醫院使用醫療儀器的多方面要求，包括院方須備有醫療儀器記錄冊；設備均須適當採購，並按照製造商的建議，進行適當的安裝、運作、保養及調校；設備均須符合衛生和安全規定；須為可重複使用的醫療儀器訂定清潔、消毒、包裝、殺菌、運送及貯存程序；使用醫療儀器的職員應修畢訓練課程等，遵守《實務守則》的私家醫院方能獲發牌照和得以續牌<sup>138</sup>。

衛生署早在 2004 年設立了自願性質的「醫療儀器行政管理制度」（「行政管理制度」），希望提高公眾對醫療儀器安全的意識，並為長遠的立法規管作準備。「行政管理制度」主要基於全球協調醫療儀器規管專責小組（GHTF）和國際醫療器械監管機構論壇（IMDRF）的建議，逐步表列醫療儀器和貿易商，並推出認證評核機構的認可計劃。根據國際醫療器械監管機構論壇擬定的醫療儀器分級原則，一般醫療儀器可被分為 I、II、III 及 IV 四個等級<sup>139</sup>，而體外診斷醫療儀器則可被分為 A、B、C 及 D 四個等級<sup>140</sup>，其中第 IV 級／第 D 級體外診斷醫療儀器的風險最高，第 I 級一般醫療儀器／第 A 級體外診斷醫療儀器的風險最低，表 1 列出了不同風險評級的相應醫療器械例子。衛生署的「行政管理制度」已涵蓋第 II 至 IV 級（中至高風險）一般醫療儀器，和第 B 至 D 級（中至高風險）體外診斷醫療儀器、本地製造商、進口商、分銷商及認證評核機構。本地醫療儀器負責人可於衛生署醫療儀器科網站提交醫療儀器表列申請，或申請納入「進口商／分銷商列表」等。有關醫療儀器必須符合全球協調醫療儀器規管專責小組建議的《醫療儀器安全及性能基本原則》（《基本原則》）關於安全、品質和性能的要求，方能獲得「行政管理制度」表列資格<sup>141</sup>。惟「行政管理制度」設立至今近二十年，香港仍未有針對醫療儀器而設定特定法例或強制性規管措施。

---

<sup>138</sup> 香港特別行政區政府新聞公報（2023 年 12 月 6 日）。〈立法會九題：醫療儀器的規管〉。取自 <https://www.info.gov.hk/gia/general/202312/06/P2023120600242.htm>

<sup>139</sup> 衛生署醫療儀器科（2024 年 1 月 2 日）。〈一般醫療儀器分級的例子〉。取自 <https://www.mdd.gov.hk/tc/mdacs/classified-examples-of-medical-devices/classified-examples-of-general-medical-devices/index.html>

<sup>140</sup> 衛生署醫療儀器科（2024 年 1 月 2 日）。〈體外診斷醫療儀器分級的例子〉。取自 <https://www.mdd.gov.hk/tc/mdacs/classified-examples-of-medical-devices/classified-examples-of-in-vitro-diagnostic-medical/index.html>

<sup>141</sup> 衛生署（2022 年 12 月）。〈方便營商諮詢委員會 批發及零售業工作小組 醫療儀器行政管理制度〉。WRTF 文件第 73 號。取自 [https://www.gov.hk/tc/theme/bf/pdf/WRTF\\_Paper\\_73\\_Chi.pdf](https://www.gov.hk/tc/theme/bf/pdf/WRTF_Paper_73_Chi.pdf)

表 1 不同風險評級的相應醫療器械例子

一般醫療儀器 風險評級	例子			
	麻醉科	牙科	婦產科	其他例子
風險級別 I	麻醉科凳	拔牙鉗	分娩床	黏性膠布、可調式拐杖
風險級別 II	麻醉包	牙齒貼片、牙科蠟	腹部超音波掃描系統	腺瘤刀、針灸包、針灸電療機、隱形眼鏡、X光片、X射線處理化學品
風險級別 III	注射式麻醉輸液泵、麻醉機、麻醉呼吸器	牙科合成復原材料、窩洞塗劑、假牙床、人造牙	產前胎兒監察器、避孕器	鹽水敷料、膠原蛋白敷料（非浸漬 / 未浸漬）、隱形眼鏡護理藥水、高頻手術用電極刀、人造眼球、X光機
風險級別 IV	硬膜外脊髓麻醉導管	牙科蝕刻凝膠、牙科蝕刻凝膠、牙髓消毒材料	植入式輸卵管夾、子宮環	吸收性止血海綿（手術用）、吸收性縫合線、氣霧劑敷料、膠原蛋白敷料、神經剪刀
體外診斷醫療儀器風險評級	例子			
風險級別 A	體液內酒精分析儀、抗生素敏感紙片分配器、血細胞計數儀			
風險級別 B	過敏性皮膚測試劑、貧血檢測試劑、膽紅素檢測試劑、血氣分析儀			
風險級別 C	腺病毒檢測/鑒定試劑、貧血基因組試劑、血糖分析儀/血壓計、亨廷頓病基因檢測、2019 冠狀病毒快速檢測、肝炎病毒快速檢測試劑			
風險級別 D	血液分類檢測試劑、胎兒成紅細胞增多症基因異常檢測試劑、乙型肝炎檢測試劑、人類免疫缺陷病毒/愛滋病病毒檢測試劑			

## 2. 藥物註冊及醫療器械的監督管理的執行與挑戰

#### 藥物註冊的複雜性與困難

香港新藥註冊制度仍採用「第二層審批」(Secondary Review)，即申請在港銷售或分銷的新藥須先在一個包括 36 個國家或地區的參考名單內，取得至少兩個地方或以上發出的藥劑製品證明書 (CPP)，其後再由香港衛生署進行第二次審查。於 2022 年，中國內地才被加入該參考名單中，政府亦於 2023 年 2 月取消「第二層審批」制度，惟新藥註冊仍須兩個國家或地區的藥物註冊認證才可引入香港。有意見指雖然香港政府逐漸放寬藥物註冊的標準<sup>142</sup>，現時本地藥物註冊的審批制度門檻仍然過高。以澳門為例，當局直接允許只持有內地註冊認證的藥物在當地註冊<sup>143</sup>，從而提供更多種類的藥物供病人及醫生選擇。

最近，特區政府考慮到癌症病人及罕見病患者的需求，推行「1+」新藥審批機制，於 2023 年 11 月 1 日正式生效。此機制適用於本地用以治療嚴重或罕見疾病的新藥註冊申請。經本地專家審核，認為新藥符合本地臨床數據支持等要求，待有關新藥的適用範圍獲認可後，只須提交一個（而非原來的兩個）其他參考國家或地區的藥物監管機構的許可，並建基於藥物在本地進行的臨床試驗數據，便可以在香港申請註冊<sup>144</sup>。

《施政報告》指出，政府為吸引更多藥廠到本地進行研發及臨床試驗，正計劃設立仿效美國食品及藥物管理局 (FDA) 的藥物審批機構，並與 2024 年 6 月成立「香港藥物及醫療器械監督管理中心」的籌辦辦公室<sup>145</sup>，推動香港成為地區醫療創新樞紐的長遠目標<sup>146</sup>。日後香港可逐步及自行進行全面的第一層藥物註冊申請的審批，毋須繼續依靠外國的認證制度。此方案需香港積累足夠的相關知識、策略、人才及資源，逐步完成由初期臨床試驗階段到進入市場後對藥物進行持續的監察與評估。為爭取未來香港藥物審批機構獨立審批的藥物獲得國際的認同，香港積極地加入「國際醫藥法規協調會議」(ICH) 和多邊藥物審查聯盟等計劃。在國家藥品監督管理局 (國家藥監局) 的支持下，特區政府於 2023 年 10 月 31 日正式通過成為 ICH 的觀察員，旨在熟悉和培養相應的監管能力，並與主要藥物監管機構建立合作關係。

---

<sup>142</sup> 文匯網 (2023 年 8 月 6 日)。〈香港研設藥物審批機構 助引入內地靚藥〉。取自 <https://www.wenweipo.com/a/202308/06/AP64ceea17e4b043f3864260bf.html>

<sup>143</sup> on.cc 東網 (2023 年 12 月 10 日)。〈國藥本地註冊難關重重 議員促政府改善藥物註冊制度〉。取自 [https://hk.on.cc/hk/bkn/cnt/news/20230315/bkn-20230315161022248-0315\\_00822\\_001.html](https://hk.on.cc/hk/bkn/cnt/news/20230315/bkn-20230315161022248-0315_00822_001.html)

<sup>144</sup> 香港特別行政區政府新聞公報 (2023 年 10 月 26 日)。「1+」新藥審批機制將於十一月一日生效。取自 <https://www.info.gov.hk/gia/general/202310/26/P2023102600379.htm>

<sup>145</sup> 香港特別行政區政府 (2024 年 6 月 5 日)。衛生署成立「香港藥物及醫療器械監督管理中心籌備辦公室」。取自 <https://www.info.gov.hk/gia/general/202406/05/P2024060500173.htm>

<sup>146</sup> 香港特別行政區政府 (2023 年 10 月 25 日)。〈發展醫療創新樞紐 長遠建立「第一層審批」〉。《行政長官 2023 年施政報告》。

審核藥物註冊的程序越嚴謹，市場上所銷售註冊藥物的保障程度越高。不過，太繁複的程序將造成無謂的時間及資源浪費，亦不利於引入最新且效果更好或價錢更相宜的治療方案。平衡藥物審核的嚴謹性與審批流程的複雜性是相關政策制定的一大難題。香港以往的「第二層審批」機制須得到兩個指定國家或地區的藥物註冊認證方可於本港註冊。該規定適用於所有藥物，卻限制了癌症病人和罕見病患者在治療方案方面的選擇。現時，內地於癌症治療研究方面急速發展，過去五年已有 75 種治療抗腫瘤新藥進入市場<sup>147</sup>。相比之下，香港在近期推出「1+」新藥審批機制一個多月後，才有兩款癌症新藥符合該機制適用範圍獲得批准註冊<sup>148</sup>。

然而，不少香港癌症病人仍受制於「有藥沒得用」的困境。香港本地癌症藥物的選擇有限且價錢昂貴。眼見新藥在內地獲認證安全有效而上市，並被納入醫保處方藥集內，使當地病人能夠負擔，但香港病人卻因該藥尚未得到兩個其他國家或地區的認證而不能於香港註冊；只能在一二線藥物無效的情況下，以「指定病人」的方式自費恩恤使用。這不但對病人構成沉重的經濟負擔<sup>149</sup>，往往耽誤了最佳治療時機，遏減了患者生存的希望。「1+」新藥審批機制通過減少對外地認證的依賴，往後或能更自主地審核臨床數據及判斷藥物的適用性，更主動地加快新藥在香港市場推出的速度，發展香港在「第一層審批」(Primary Review)上獨立審批各種藥物的能力，為打造「香港藥物及醫療器械監督管理中心」成為受國際認可的藥械監管的權威機構鋪路。不過，加強自主審核，使更多有潛質的新藥更快並安全地進入香港市場視乎政府是否能安排足夠的人力資源進行審核。相關審核人員除了需具備醫學及科研知識外，亦應對香港現行的相關法規和標準有充分的了解。當局應制定明確的判斷準則予審核人員跟從，並為相關人員提供足夠的監管科學與政策 (Regulatory Science and Policy) 訓練及應用科學 (Applied Science) 課程，方可達成「1+」機制所設想的效率及安全性，將是次推出新措施的優勢最大化。

---

<sup>147</sup> 馮子健、陸家輝 (2023 年 6 月 8 日)。工聯會冀政府放寬國藥來港容許使用只持有內地註冊藥品。香港 01。取自

[https://www.hk01.com/article/906567?utm\\_source=01articlecopy&utm\\_medium=referral](https://www.hk01.com/article/906567?utm_source=01articlecopy&utm_medium=referral)

<sup>148</sup> 明報新聞網 (2023 年 12 月 8 日)。「1+」新藥審批機制推出一個多月 兩款治療癌症新藥首獲批。取自

<https://news.mingpao.com/ins/%E6%B8%AF%E8%81%9E/article/20231208/s00001/1702038088598/%E3%80%8C1->

<https://news.mingpao.com/ins/%E6%B8%AF%E8%81%9E/article/20231208/s00001/1702038088598/%E3%80%8C1-%E3%80%8D%E6%96%B0%E8%97%A5%E5%AF%A9%E6%89%B9%E6%A9%9F%E5%88%B6%E6%8E%A8%E5%87%BA%E4%B8%80%E5%80%8B%E5%A4%9A%E6%9C%88->

<https://news.mingpao.com/ins/%E6%B8%AF%E8%81%9E/article/20231208/s00001/1702038088598/%E3%80%8C1-%E3%80%8D%E6%96%B0%E8%97%A5%E9%A6%96%E7%8D%B2%E6%89%B9>

<sup>149</sup> on.cc 東網 (2023 年 12 月 10 日)。國藥本地註冊難關重重 議員促政府改善藥物註冊制度。取自 [https://hk.on.cc/hk/bkn/cnt/news/20230315/bkn-20230315161022248-0315\\_00822\\_001.html](https://hk.on.cc/hk/bkn/cnt/news/20230315/bkn-20230315161022248-0315_00822_001.html)

#### 醫療器械的標準和規範

如上所述，本港現時並未有針對醫療器械制定明確的硬性標準或規範。根據衛生署醫療儀器科網站，不符合「行政管理制度」要求的業界持份者或醫療儀器可能會受紀律處分；如被發警告信、從表列中被除名等，被處分的負責人及醫療儀器名單也會在衛生署醫療儀器科網站公佈。而於 2024 年 2 月中查閱的名單上顯示，目前尚未有本地負責人被發警告信，或業界、醫療儀器被除名或暫時除名的記錄。

根據醫務衛生局局長盧寵茂教授於立法會 2023 年 12 月 6 日會議對林哲玄議員之提問的書面答覆，對於已發生事故案例的醫療儀器，衛生署一直透過恆常機制監測本地、其他地區相關監管機構和世界衛生組織就醫療儀器發出的安全警示，按實際情況採取行動，包括其官方網站上公佈有關安全警示、聯絡本地供應商跟進、主動通知有關持份者（如醫院管理局、私家醫院、專業醫療機構）等，令所有公營及私營醫療機構暫停使用涉事的儀器，以保障病人安全。

不過，現時採用的紀律處分制度對業界負責人而言是否有足夠阻嚇力？由於「行政管理制度」為自願性質，假如業界負責人未有就其相關業務或某些醫療儀器進行登記，是否將對其本身有切實顯著的負面影響？如果只能在安全警示公佈後才採取補救行動，會否過於被動？本港能否設立獨立機關為醫療儀器的品質進行評核？

盧寵茂教授指，醫務衛生局和衛生署現正因應近年國際間規管醫療儀器的最新趨勢，全面檢討擬議立法架構，並會研究就高風險醫療儀器規管的不同範疇，包括可追溯性、保養及使用程序等，以期適時提交立法建議。衛生署亦會繼續推廣，增進公眾、使用者和業界對「行政管理制度」的認識，務求將更多醫療儀器納入表列名單，為日後過渡法定規管制度作更充分準備<sup>150</sup>。在上述《施政報告》有關「第一層審批」的建議中，政府將針對藥物及醫療器械監管和審批制度作研究，探討成立「香港藥物及醫療器械監督管理中心」及長遠升格為獨立機構的事宜，加速新藥械臨床應用，帶動藥械研發的新興產業發展。政府亦將按照計劃的具體進度，擬定規管醫療儀器的立法時間表，進一步加強本港對醫療產品的規管。

#### 新技術的審批、引入與監管

隨著藥物方面新技術的發展，政府於 2020 年在《藥劑業及毒藥條例》增補關於「先進療法製品」的規定，其中包括基因療法製品、體細胞療法製品以及組織工程製品。新增的內容著重於界定這些「製品」包括和不包括的範圍，但未有清楚列明若同樣用於治療疾病，先進療法製品在審批、引入與監管方面應與傳統意義上的藥物有何分別。2023 年 8 月，生物科技公司優基科技 (Xellera Therapeutics) 取得首個由香港藥劑業及毒藥管理局發出的先進療法製品 (ATP) 製造商牌照，可生產及為其他認證

<sup>150</sup> 香港特別行政區政府新聞公報 (2023 年 12 月 6 日)。〈立法會九題：醫療儀器的規管〉。取自 <https://www.info.gov.hk/gia/general/202312/06/P2023120600242.htm>

機構提供自體嵌合抗原受體 T 細胞（CAR-T 細胞）作臨床試驗用途<sup>151</sup>，但若要將藥劑用作臨床治療用途，則須再提交更改牌照條款的申請，否則屬違例並可能觸犯刑事罪行。

優基科技目標為香港市民提供個人化的先進療法，第一步針對癌症患者，並會逐步擴展至其他不治的病症。近年，不同地區的科研人員也開始從藥物基因組學方面著手，研究如何根據每位患者獨特的基因，為患上相同或相似疾病的不同病人提供個人化治療，這是因為同一種藥物即使用在患上同一種疾病但擁有不同基因的患者身上，其功效及副作用都可能完全不同。而現時對於藥物的註冊及監管制度，是以一種藥物或治療方式作用於一種疾病為單位進行審批，或不利於新技術及個人化治療的發展和落實，例如若要將 CAR-T 細胞從治療血癌拓展到其他癌症，則可能需要針對每種癌症提交申請，分別審核是否能夠進行臨床試驗，再評估可否進入臨床治療階段。現時 CAR-T 細胞療法也在本技術的傳統基礎上發展出新突破，最新一代的 CAR-T 細胞或能更有效針對實體腫瘤進行攻擊，可見技術上已看到將 CAR-T 細胞從治療血液癌症拓展到其他實體癌症的可能性。

這些針對基因的新治療技術在作用原理上與傳統藥物（例如小分子藥物）不同，是否也需要為同一種療法取得每一種癌症或疾病的實驗數據，分別提交申請，才能被運用於不同癌症或疾病的臨床試驗，之後再進一步針對治療用途提交申請？即使對於傳統小分子藥物，過高的審批門檻也會導致市面上難以有更多治療方法讓醫生根據病人基因去逐一匹配最適合的療法，令現有的成熟治療方案難以與新技術結合。現時除了上述針對嚴重疾病放寬藥物註冊要求的「1+」新藥審批機制外，政府應否從新技術的角度出發，針對先進療法的作用原理及應對未滿足的醫療需求下，制定另一個既安全而不會過於限制新技術應用的審批和相關監管制度？政府可否因應不同情況縮短某些新技術的審批程序，提供一個以病人組別為中心的特殊機制？

### 3. 針對藥物註冊及醫療器械監督管理的建議

#### 改善藥物註冊及審批流程

---

<sup>151</sup> 明報新聞網（2023年10月13日）。優基科技擬生產新興免疫療法「CAR-T」製品稱獲發牌 衛生署：牌照未涵治療用途。取自 <https://news.mingpao.com/ins/%E6%B8%AF%E8%81%9E/article/20231013/s00001/1697191079602/%E5%84%AA%E5%9F%BA%E7%A7%91%E6%8A%80%E6%93%AC%E7%94%9F%E7%94%A2%E6%96%B0%E8%88%88%E5%85%8D%E7%96%AB%E7%99%82%E6%B3%95%E3%80%8Ccar-t%E3%80%8D%E8%A3%BD%E5%93%81%E7%A8%B1%E7%8D%B2%E7%99%BC%E7%89%8C-%E8%A1%9B%E7%94%9F%E7%BD%B2-%E7%89%8C%E7%85%A7%E6%9C%AA%E6%B6%B5%E6%B2%BB%E7%99%82%E7%94%A8%E9%80%94>

透過縮短審批程序，可加快新藥和新醫療技術的上市速度，有助香港市場引入更多治療嚴重或罕見疾病的藥物。美國食品和藥物管理局（FDA）的加速批准程序允許在某些條件下更快上市，如治療嚴重或生命威脅疾病的藥物。透過簡化和加快審查程序，FDA 能夠確保患者更快地獲得創新治療。除了實行更靈活的「1+」新藥審批機制外，對於設立自主藥物審批機構的長遠計劃，香港亦需研究可否針對不同特性、條件的藥物有不同的審批流程，分類並不局限於該藥物是否針對嚴重或罕見疾病，也應涉及新技術的療法製品。CAR-T 細胞甚或新型醫療概念，如利用藥物基因組學分析個人化的治療方案，以針對遺傳性罕見疾病<sup>152</sup>，可能運用另一套完全不同但透明的審核標準，方能令病患真正受惠於科學技術的發展。

除了需要藥物監管及審批方面的經驗及法規知識，還需要有更多翻譯研究（Translational Research），以及更多把基礎科研成果應用於臨床測試及治療上的實例。因此，有關方案的制定可以讓醫療政策制定者與有相關經驗的臨床科研人員進行討論，以確保新審批的流程既高效又不會降低藥物的安全性。由此可見，香港長遠而言可參考歐盟的先進治療醫療產品（ATMPs）規範，創造有利新型生物技術和先進治療產品發展的環境，同時與國際標準接軌。此規範提供了一個用於審核和監管基因治療、細胞治療和組織工程產品的框架，能針對新技術產品的特點，確保這些創新產品在保護患者安全的前提下快速進入市場。

歐盟的先進治療醫療產品規範要求遵守與一般藥品相同的法規標準，包括優良製造標準、樞紐性臨床試驗及小兒試驗計劃等，令研究者及製造商需負擔一定成本。而在一般標準之外，也設立了「醫院豁免行為」（Hospital Exemption）的例外程序。在特定條件下，一些 ATMPs 毋須經歐盟藥物管理局核准亦可在個別歐盟會員國中實施。該規定允許藥廠在醫院或醫生的醫療處方下，進行少量客製化的製造行為。當生產量或頻率達到一定程度，此豁免就會取消。製造商須向藥政機關通報實際製造頻率，因此藥政機關對細胞製造行為仍有管轄權，只是在這些少量個案不要求上市許可。雖然，此做法可以在市場上沒有其他藥物的情況下，不經臨床試驗進行，致使病人陷於生命危險。但使用醫院豁免的醫院和醫療從業人員，須確保從供體到受體之間的产品可追溯性，並建立報告和處理任何有關使用 ATMPs 的不良反應系統，以確保病人的安全和權益。這種做法或更有利個人化治療的應用和發展<sup>153</sup>。

---

<sup>152</sup> 醫管局引入基因療法治療「脊髓肌肉萎縮症」現新曙光（2024年1月2日）。取自 <https://www31.ha.org.hk/hkch/Hospital/MediaMass/20240102#:~:text=%E8%84%8A%E9%AB%93%E8%82%8C%E8%82%89%E8%90%8E%E7%B8%AE%E7%97%87%E6%98%AF,%E6%88%90%E7%82%BA%E6%B2%BB%E7%99%82%E7%9A%84%E6%96%B0%E6%9B%99%E5%85%89%E3%80%82>

<sup>153</sup> 陳誌雄（2023年5月9日）。〈從歐美管制模式，尋找《再生醫療法》立法方向〉。取自 <https://futurecity.cw.com.tw/article/3048>

#### 設立更具針對性的醫療器械監管制度

香港需加建立強制性的醫療器械註冊和監管制度，特別是針對高風險等級的器械，以提高醫療器械的安全性和有效性。有關當局可將衛生署醫療儀器科現有的行政管理制度作為中心化管理的架構，制度下將醫療器械及相關負責人納入列表的做法，可作為日後供應商、製造商、分銷商等在香港經營相關業務的必要條件。已納入列表（註冊）的負責人方可獲得政府的經營許可證，醫療器械亦應經過衛生署或政府認可的評核機構進行風險分級及質量評核才可在市場上出售。政府可於衛生署醫療儀器科另設一個小組，主要為不同風險分級的醫療器械制定規範和標準，並依照此規範和標準對相關負責人和醫療器械執行強制性註冊程序，並評核其是否符合有關要求的工作，之後可納入「香港藥物及醫療器械監督管理中心」的管轄範圍。

政府可設定一個過渡期，讓業界適應和逐步完成列表及評核程序，以取得許可證。過渡期內未能符合有關要求的原有負責人及醫療器械，將被列入暫時除名名單，期間須暫停業務或停售相關醫療器械，並需在一個指定時間內達到標準，其後仍未能達標者將被永久除名。而新經營者或醫療器械需通過評核，並取得許可證後方能合法經營。

#### 建立資訊共享及交流平台

政府可設立一個網絡媒體平台，製作影音短片，介紹有關藥物及醫療儀器監管制度的基本法規，更新政策制定的進展、未來計劃及已註冊藥物及醫療儀器的名單，讓大眾和業界更高效地接觸到相關知識及最新消息，提高公眾對藥物及醫療儀器相關規範和合法性的意識。市民亦可更方便地查閱藥物或醫療儀器的資訊，從而對有關醫療產品有基本概念，保障病人和病人照顧者的知情權，使他們能夠更全面地評估該藥物或醫療儀器對病人的風險。

除了針對公眾的科學普及，平台亦可上載有更多專業知識，作為人員培訓及交流用途。對於政策制定者或執行者、審核人員、業界負責人、醫療儀器使用者以及其他相關醫護人員、慈善團隊等，他們需要比一般大眾更深入和全面的有關知識，因此該網絡媒體平台應設置兩種頁面，方便不同身份和需要的對象使用。政府在推行有關政策時，管理者亦確保相關人員得到有效並專業的培訓，以確保政策執行者和審核人員的質素。

## 4. 結論

#### 香港醫療體系的未來展望及對藥物及醫療器械發展的期待

面對日益增長的醫療需求和科技進步，香港未來在藥物和醫療器械監管制度方面的潛在規劃呈現出明確的方向。特區政府正致力透過改革藥物註冊及醫療器械監管制度，

以加快引入創新治療方法，同時保證有關新藥和醫療技術的安全性和有效性。這不僅體現了對當前醫療挑戰的積極回應，也展現了對於提升公共健康水平的長遠承諾。

隨著藥物註冊和醫療器械監管制度的持續改進，以及對創新技術的積極引入，香港有望在生物醫療領域取得重要進展，為市民提供更多、更好的治療選擇。有關努力不僅促進本地醫療產業的發展，也將有助香港於國際醫療健康領域佔據更重要的地位。通過與全球醫療創新趨勢同步，香港的醫療體系將更加堅韌，將更好地滿足市民的健康需求，為未來的挑戰與機遇做好準備。

## 十六、家居藥物回收措施

袁尚文，鄭華安，黃舜敏

藥物回收指收集市民家中的剩藥和藥餘，即過期或未過期、未使用完或不再需要的藥物。這些剩藥和藥餘包括藥丸、藥水、藥粉及危險藥物，涵蓋處方藥及非處方藥。由於這些藥物含有不同的化學物質，如果不正確處理而隨便儲存、丟棄，會對環境造成嚴重威脅。長久以來，香港缺乏處置剩藥的政策及配套，這不但造成藥物浪費，市民不當棄置剩藥還會影響生態環境，危害個人和公共健康！

現時，香港政府只監管本港的醫院及診所等醫療機構如何處置藥物，但市民如何處置家居藥物則不受任何規管。根據《廢物處置條例》(第 354 章)，醫院及診所等醫療機構所產生的棄用或廢棄藥物(包括針藥)被界定為化學廢物，其儲存、收集、運送及處置均須符合《廢物處置條例》和《廢物處置(化學廢物)(一般)規例》(第 354C 章)的規定。但有關管制措施，並不適用於市民家中所產生的棄用藥物。

按香港現行政策，市民家中的剩餘藥物只會與一般家居固體廢物混合處置，政府沒有特別處置或規管家居棄用藥物，亦沒有提供收集家居剩餘藥物的服務及途徑。醫管局亦建議病人直接把剩餘藥物當作一般家居廢物處理，毋須交回醫院。

不同的本地學術研究均發現，現時這種將家居剩餘藥物與一般固體廢物混合處置的方法，已造成嚴重的本地環境污染。研究人員從本港堆填區收集的垃圾汁內，發現高濃度人類抗生素，水平已達致可產生抗藥性的細菌。另外，研究人員亦在本港河流域驗出抗生素，並在一些本港海灘發現不同醫療廢物(包括棄用藥物)。

要妥善處理剩藥，減少來自家居的棄用藥物，推動家居藥物回收是很重要的一環。為了鼓勵及支援家居藥物回收，政府可以考慮以下措施：

第一，建立家居藥物回收網絡和回收站點。這些回收站點可以設置在社區的不同地點，方便市民將過期或不需要的藥品回收。這些回收站點應該配備適當的容器和標籤，以區分不同類型的藥品，並提供相應的指導和資訊。

第二，加強家居藥物回收宣傳和教育。通過宣傳和教育活動，提高市民對家居

剩藥回收的認識和意識。這可以通過媒體、社交平台、宣傳海報和教育活動等方式進行。同時，應該提供準確的信息，包括家居剩藥回收的重要性、回收站點的位置和操作指南等。

第三，建立家居藥物回收合作機制。與私營醫療機構、藥店、製藥公司及環保組織建立合作關係，共同推動家居藥物回收。這可以包括制定共同的標準和指導方針，共享最佳實踐案例，以及合作開展藥物回收活動。

第四，加強家居藥物回收的法規和監管。制定相應的法律法規，要求市民必須參與家居剩藥回收。此外，建立監管相關機構，負責監督和執行法規，以確保家居藥物回收和處理的有效執行。

第五，推動藥物回收研究和創新。資助藥物回收研究和創新項目，以開發更環保和可持續的剩藥回收和處理技術。這包括開發藥品可回收性包裝材料，利用新技術處理剩藥，以及探索藥物回收後再利用的可能性。

總括而言，家居藥物回收是香港政府和市民必須關注的重要環保議題。通過建立回收網絡和回收站點、加強宣傳和教育、建立合作機制、加強法規和監管，以及推動研究和創新，我們可更有效地處理家居剩藥，並能保護香港環境和提高公共健康安全。全面推動家居藥物回收，絕對是刻不容緩的。

#### 參考資料：

1. GovHK. (2017) *LCQ14: Use and disposal of drugs*.
2. Hong Kong Baptist University. (2018) HKBU study: Antibiotics in landfills pose public health risk.
3. 香港特別行政區立法會：《家居棄用藥物的處置》，2021年。
4. 醫院管理局：《關懷短訊》，2016年。

## 十七、長期護理和居家安老服務

顧慧賢

## 十八、電子健康和醫療科技

林雷、伍時豐

### 第一節 基於人工智能的香港醫療信息化建設與發展：探索香港智慧醫療的前景和挑戰

## 第二節 人工智能與基層醫療

區兆倫

人工智能科技企業專注於開發醫療和健康領域的生成式人工智能，並研發用於醫療和健康的大型語言模型（LLM）和大型視覺語言模型（LVLM），希望運用這些技術創造具有深遠影響的解決方案，以應對醫療領域所面臨的挑戰。近年來，「生成式人工智能」這一詞可能已成為大家耳熟能詳的術語。事實上，生成式人工智能是當前人工智能革命的核心，這技術將影響幾乎每一個專業領域，包括醫療、法律、金融、工業、零售、市場營銷等。究竟什麼是生成式人工智能呢？我們先不談醫療，讓我們先用一個更為大眾所能明白的例子來解釋這一概念——自動駕駛。

### 自動駕駛的難題

讓我們來想像一下：如果你有機會參與設計一套自動駕駛軟件，你會怎麼做呢？我在這裡邀請大家發揮想像，共同思考和探討如何構建一個自動駕駛系統。今天，自動駕駛技術已經非常成熟。但大家有沒有想過，這些自動駕駛車輛是如何運作的？

駕駛行為大致可分解為六種基本操作：踩油門、踩剎車、前進（D 檔）、後退（R 檔）、向左轉和向右轉。當然，這只是為了方便解釋而進行的簡化，例如，我們省略了打燈等其他輔助操作。如果要開發自動駕駛系統，依據直覺和常識，大多數人會認為一個比較合理的方法是：**設計一系列規則，讓自動駕駛系統根據這些規則輸出上述六種基本操作的組合。**

例如，我們可以制定這樣的規則：

**規則 1：**紅燈時，踩剎車停車。

**規則 2：**綠燈時，踩油門開車。

但是，接下來的規則就比較複雜了：在紅燈和綠燈之間的黃燈階段，通常涉及更多判斷。黃燈分為兩種情況，我們先討論第一種：當綠燈轉為黃燈時，司機應該選擇停車還是繼續前進？

根據香港第 374 章《道路交通（交通管制）規例》第 17 條有關交通燈的規例，當綠燈轉為黃燈時，司機原則上應當停車。但有一個例外：如果車輛與燈位太近或車速太高而無法安全停車，司機應該繼續前進。這種情況增加了我們自動駕駛系統設計的複雜性。當自動駕駛系統需要處理這種情況時，它必須計算車輛與交通燈之間的距離及車輛當前的速度，以判斷是否有足夠時間停車。如果判斷結果顯示可以安全停車，則應執行停車操作；反之，如果沒有足夠時間停車，則應繼續向前行駛。這看似是一個簡單的決策過程，但實際上對程序設計者來說是一大挑戰，特別是對那些沒有駕駛

經驗的開發者來說。即便是有駕駛經驗的人也可能發現，將這些概念清晰地解釋給不懂駕駛的開發者，並指導他們編寫相應的程序是充滿挑戰性的。

第二種黃燈的情況則更為有趣：當紅燈轉為黃燈，即紅燈和黃燈同時亮起時，這是交通信號的一個過渡階段，提示即將變為綠燈。在這種情況下，駕駛者應如何反應？是踩油門前進，還是等到綠燈完全亮起後才啟動車輛向前行駛？同樣根據《道路交通（交通管制）規例》第 17 條，當紅燈和黃燈同時亮起時，駕駛者是不應該啟動車輛，這意味著必須等到綠燈完全亮起後才可向前行駛。然而，在實際情況中，我相信大部分香港駕駛者在見到紅黃兩燈亮起時就已經起步，而警察很少會嚴格執法。老實說，在紅黃兩燈情況下不開車，直到綠燈亮起才開始行駛，如果在你後面是不好耐性的司機，他可能會按喇叭催促你呢！

這引出一個關於自動駕駛系統設計的重要問題：自動駕駛是應該嚴格遵守法律，還是根據一般人的駕駛習慣？如果一個自動駕駛系統在黃燈時選擇不啟動，等到綠燈才開車，它可能不會受到市場歡迎，因為這種行為與大多數駕駛者的期望不符。事實上，自動駕駛技術的設計與實施不僅需要考慮技術的精確性和法規的遵循，還應該考慮大眾的習慣和社會行為的實際情況。

而且，考慮到現實世界路面情況的複雜性，大家認為我們的自動駕駛系統需要制定多少條規則來應對這些情況呢？不少於數萬條規則吧？想像一下，如果有三萬條規則，這將對程式設計帶來極大挑戰。實際上，維護一個包含三萬行代碼的程式是非常困難的。每一行代碼都必須精確無誤，因為任何小錯誤都可能導致嚴重後果。例如，如果在處理綠燈轉黃燈的邏輯時，程序員不小心將公里（km）與英里（mile）的單位搞混，這種看似微不足道的錯誤可能會導致車輛在不該加速的時候加速，從而引發嚴重的交通事故。這不僅涉及技術的準確性，更關乎道路安全 and 人命。

即使這三萬行代碼中沒有任何錯誤，我們也可以肯定地說，隨著時間的推移，總會出現第三萬零一種我們未曾預料到的情況，這種例外可能會導致我們的自動駕駛系統失敗。此外，要實現基於規則的自動駕駛系統，僅依靠攝像鏡頭是不夠的；我們還需要其他多種技術和硬件支援，例如激光雷達（LIDAR）。然而，激光雷達裝置非常昂貴，這進一步提高了自動駕駛系統的成本。

#### 生成式人工智能

面對以上難題，十多年前一位智者提出，自動駕駛是不應該依靠規則來實現的。那應該怎麼做呢？這位智者問道：人類是怎樣駕駛的呢？人類在開車時並不會帶著雷達，而是依靠雙眼和大腦，根據路面實際情況做出即時反應和判斷。我們的大腦並不是通過遵循成千上萬的規則來做出駕駛決策的，而是通過對路面狀況的理解和經驗來靈活

應對各種駕駛情境。這位智者因此提出了實現自動駕駛的一個新方向：更多地模仿人類的感知和決策過程，而不是僅依賴硬性的規則和高成本的激光雷達。

這位智者提出的方法涵蓋了兩方面：首先，他建議不用雷達，而僅用攝像鏡頭來模擬人類的雙眼，從而直接通過視覺信息來導航和做出決策；其次，他主張讓人工智能的運作模式仿照人類大腦，能夠即時作出反應並適應不同的駕駛情境。這樣的設計不僅依賴先進的視覺處理技術，也需要深度學習算法，使系統能在各種交通環境中靈活應對。更重要的是，攝像鏡頭的成本相對於激光雷達低得多，如果能夠成功實施，這將大幅降低自動駕駛的成本，促進這種技術的普及。

這種方法聽起來簡單，但實際操作中要如何訓練這樣的人工智能呢？這位智者提出的方案是讓人工智能系統觀看數十億公里的駕駛影片，通過大量視頻數據學習駕駛的各種技巧。**這正是生成式人工智能的運作方式，它不依賴固定的規則，而是從數據中直接學習，當數據量達到一個臨界點時，它便能夠自我進化，產生智慧。**這種方法不僅適用於學習駕駛，同樣也能應用於其他領域。例如，生成式人工智能可以透過觀看大量影片來學習物理定律。OpenAI 最近發表的 Sora 能夠根據文本生成高質量的短片，這些短片中的物理行為也遵循真實世界的物理定律。這背後的技術正是生成式人工智能。

剛才提到的那位智者，大家可能已經猜到他就是伊隆·馬斯克（Elon Musk）。事實上，當他十多年前首次提出使用攝像鏡頭而非依賴激光雷達等輔助裝置來實現自動駕駛時，許多人對此表示懷疑，甚至嘲笑他，當中包括大名鼎鼎的科技公司，認為這種方法是完全不可行的。

然而十多年後的今天，結果如何呢？目前，馬斯克的特斯拉（Tesla）全自動駕駛系統（FSD 版本 12.4）已經能夠實現數萬公里的高度自主駕駛，基本上毋須人工干預。當初嘲笑他的人，他們現在的情況又如何呢？以小鵬汽車為例（澄清一下，他們沒有嘲笑馬斯克），他們的自動駕駛技術是行業中的佼佼者，但其帶有激光雷達的自動駕駛系統大約每行駛 100 公里就需要人工干預一次。現在，許多自動駕駛技術開發者也開始重新思考其策略，並決定採用馬斯克所提倡的生成式人工智能方法。近日報道指出，小鵬汽車於 2024 年第 4 季度推出的全新車型將會移除激光雷達，並採用類似特斯拉的視覺方案。馬斯克當初的想法，看似違反常規，其實顯示了極大的前瞻性。

#### 生成式人工智能在醫學領域的應用

現在，我們來探討一下生成式人工智能在醫療領域的發展。自 2017 年 Google 推出基於注意力的神經網絡架構 — Transformer 模型以來，生成式人工智能的應用已從簡單的預測下一個單詞發展到具備複雜推理能力。例如，Google 的 Med-PaLM 2 和 Microsoft 的 Medprompt 等醫學人工智能模型在美國醫師執照考試（USMLE）中取

得了很好的成績，分別獲得了 86 分和 91 分，顯示這些模型不僅能夠理解和處理醫學知識，而且其表現與人類醫生相媲美。這些進展不僅證明了生成式人工智能在學術和專業領域的應用潛力，也預示著這種技術在未來醫療實踐中的重要角色。

此外，我們利用大量醫療數據訓練生成式人工智能，包括醫學教科書、病例、病歷紀錄、醫學論文以及醫學影像等，隨著這些數據的持續累積，當數據量達到一定程度而產生智慧時，這些醫療人工智能的診斷能力將有可能達到甚至超越經驗豐富的醫生。通過生成式學習，人工智能在醫療領域具有提供高質量診斷和治療決策的巨大潛力，有望顯著改善病患的治療結果並提升整體醫療效率。

然而，生成式人工智能的應用不限於此。以下是生成式人工智能在醫學範疇的其他應用，它們提供了創新的解決方案，並提高診斷和治療的效率和有效性：

1. **藥物發現**：生成式人工智能模型能夠分析大量生物數據，如基因組數據和蛋白質組數據等，從而設計新的候選藥物分子，預測其藥性或進行優化。這極大地加速了新藥物的研發過程，包括靶點識別和驗證、先導化合物的生成、化合物的優化以及臨床試驗的設計，從而加速研發過程和更有效地治療疾病。
2. **醫學影像**：生成式人工智能模型能夠從醫學影像中，如 MRI 和 CT 掃描，生成準確且詳細的圖像。這些生成圖像對於診斷疾病、規劃手術以及監控治療進展非常有幫助。例如，醫護人員可以利用人工智能增強低分辨率的圖像，從而降低患者暴露於輻射的風險。
3. **個人化醫療**：透過分析個人基因、生活方式、環境等數據，生成式人工智能模型能預測疾病風險並設計量身訂製的治療方案。這種方法不僅提高了治療的有效性，也為患者帶來更有效、更安全的醫療體驗。
4. **合成數據生成**：在面對患者數據稀缺或因私隱顧慮而限制數據共享的情況下，生成式人工智能能夠創建模擬真實病例的合成患者數據。這些數據可以用於培訓醫療專業人員或進行醫學研究，同時確保患者的私隱不受侵犯。
5. **醫護人員培訓**：Oxmd 與香港一所著名大學醫學院合作，利用生成式人工智能模擬跨醫學和護理學科的患者情境。該系統基於廣泛的病例數據、醫療條件和治療結果提供動態反饋，讓醫護學生能夠進行接近真實的患者互動。隨著虛擬患者的身體及健康狀態變化，學生可以調整其診斷及治療策略。由生成式人工智能驅動的虛擬患者會展示實時的生命體徵和症狀，這些體徵和症狀能準確回應各種醫療和護理干預。這些先進功能讓學生得以學習監測、解讀和應對患者狀態變化的關鍵技能，顯著提升醫學學科的學習體驗。

這些技術顯示了生成式人工智能在提升醫療品質、患者安全和醫學教育等方面的強大潛力，預示著未來醫療領域的一個新時代。

#### 人工智能與基層醫療

截至 2024 年 3 月 31 日，香港共有 16,459 名醫生，即每 1,000 名人口中僅有 2.16 名醫生，這比例遠低於其他先進經濟體。在醫療體系方面，公營和私營部門的醫生人手各佔約一半，但公營系統卻提供了全港九成的住院服務。這不僅對公營醫院的醫療質量造成壓力，也加劇了醫療服務的不平等，因為私營醫療通常費用較高，並非所有市民都能負擔。這種不均衡的資源分配對醫生和病患都造成了額外的壓力，並可能影響了整體公共健康的長期可持續性。

筆者曾參加一個潰瘍性腸炎和克隆氏症的病友研討會，深入了解到病友們面對長期病患的挑戰。潰瘍性腸炎和克隆氏症需要定期服藥和覆診，而很多病友都是依靠公營醫療系統。根據病友的分享，潰瘍性腸炎和克隆氏的病友們很多時候需要等待數月才能見醫生一次，而每次諮詢時間僅五分鐘。在這極短的時間內，病友們必須向醫生傳達所有關鍵信息，如詳細描述自己的身體狀況和症狀。顯然，這樣的時間分配難以滿足他們的醫療需求，導致無法與醫生充分討論治療計劃和進行適當的健康管理。

在這種背景下，人工智能具有顯著的潛力來幫助病友們改善現狀。筆者推薦病友們使用 0xmd 人工智能平台，特別是針對那些無法即時與醫生會面的病友。0xmd 開發的醫療和健康生成式人工智能可以為病友們提供即時支持，這不僅改善病友們的整體醫療體驗，還能間接地提高醫療服務的效率。例如，病友們與醫生見面前，他們不僅可以根據與人工智能交流所獲得的信息做好充分準備，還可以將與人工智能的交流記錄摘要分享給醫生，使醫生能夠更有效率地進行診斷和制定治療計劃。人工智能系統不僅提高了醫療效率，也在關鍵時刻提供了必要的支持和資源，有效地彌補了醫護人手不足的問題。

#### 與發展中國家合作

在醫生短缺和醫療設施有限的發展中國家，人工智能技術發揮了積極的作用。例如，將醫療生成式人工智能試驗推行，讓居民可以受惠於這種先進技術，旨在通過互聯網和醫療生成式人工智能技術，為一些偏遠地區的居民提供診斷支持和健康管理建議，也減少患者為了獲得基本醫療諮詢而需要長途跋涉的情況。這種技術的應用不僅提升了醫療服務的可及性和效率，也有助於平衡醫療資源的分配，改善居民的健康狀況。

#### 願景

願景並不止於當前的應用。筆者相信人工智能是推動基層醫療的關鍵力量，也是提高人民健康水平的重要工具。例如，現代智能手錶可以監測個人的各種健康狀況，如睡眠時間、血壓、運動量等。通過與生成式人工智能的結合，我們可以為人民提供更個性化的健康建議，幫助他們養成更好的生活習慣。「治未病」正是從源頭減輕醫療

系統壓力的有效方法。我們的使命是提升醫療保健的可及性，創造一個更高效和公平的醫療環境。隨著這個充滿挑戰與機遇的領域中持續創新，我們將能共同改進基層醫療服務，為人民創造一個更友善和平衡的醫療生態系統。

## 十九、醫療廢物的處理

趙宏健、方玉輝

## 二十、醫療體系《固本培元》的《獨步單方》

馮宜亮

## 二十一、健康促進學校

方玉輝

## 第四章 政策建議

### 一、政策層面

### 二、法律層面

湯嘉偉

### 三、機構層面

### 四、需求層面

### 五、人員層面

#### 第一節 香港智慧醫療人才引進與管理

董博文、肖欣然

#### 論文摘要

智慧醫療是未來的趨勢，是提升整體醫療服務水平和效率的重要途徑。雖然香港在醫療領域表現卓越，但是在智慧醫療的發展中面臨創新力不足及訴求無法得到滿足的困境。其中如何吸引智慧醫療相關人才成爲重要話題。本文指出，雖然香港有著得天獨厚的地緣優勢，並在2021年降低人才引進門檻，但是由於智慧醫療人才的稀缺性、強流動性以及職業落差，留住人才及吸引歐美人才依然具有挑戰。本文建議香港需要進一步發揮自身的教育優勢和推動智慧醫療研究和執行條件，以實現吸引並留住智慧醫療人才的目標。

**關鍵詞：**香港、智慧醫療、人才緊缺，福利待遇

#### 1. 引言

隨著數字化技術的成熟，香港政府正積極推動智慧醫療，以進一步提升醫療效率，緩解香港公立醫院存在的“看病難”問題。然而由此帶來的大數據的管理以及智慧醫療的研發活動，都需要依賴大量人才。而在香港本地畢業生積極性不高的情況下，吸引外來智慧醫療人才具有重要戰略意義。此文主要探討香港目前對人才的引進及管理舉

措。

## 2. 香港推動智慧醫療背景

香港作為一個國際化大都市，香港人擁有全球最有效率的醫療護理系統，使香港人成為世界上最為長壽的地區之一。根據香港政府統計處 2024 年 1 月公布的數據，香港男性平均壽命為 80.7 歲，女性平均壽命為 86.8 歲。儘管這成就令人矚目，但香港長期面臨醫療資源不足的困境。許多公立醫院人滿為患，只能以返聘已退休的醫護人員，不斷延長退休年齡等方式來應對日益增長的醫療需求。據統計，醫護人員每月需要值班 5-6 次，每次值班 30 個小時都是常態。根據香港立法會衛生事務委員會的《醫療人力推算 2023》報告，到 2030 年香港醫院人手大短缺，其中醫生和護士都缺過千人；而在過去的 1 年，香港已有近 500 名醫生及 2925 名護士離職。截至 2023 年，全職醫生流失率為 7.1%，而護士流失率為 10.9%。隨著老齡化的加劇，這困境將進一步加劇。

由此，智慧醫療的概念開始被頻繁提及，並成為港府積極推動的解決方案之一。智慧醫療作為“智慧地球”理念的延伸(糜泽花、钱爱兵, 2019)，以電子病歷為基礎，借助物聯網、大數據、雲計算和人工智能等現代信息技術，將患者、醫療設施、醫療服務和管理等方面的信息進行有效連接和實時交互，從而構建一個互通交流的大數據平臺。這平臺有助於優化醫療資源配置，緩解醫療資源分布不均和醫療服務供需的矛盾，提升整體醫療服務水平和效率(刘文生、许定河, 2024)。如今，香港已在這方面取得了一些進展。政府開發了“醫健通”，允許個人監控其健康信息和數據，並定期獲取相應的公共衛生資訊。香港醫院管理局亦推出了“醫管局 go”，協助病人管理其在公營醫療系統中的醫療預約及安排。香港中文大學醫學院已全面推動智慧醫療，例如採用 AI 協助識別病灶，採用電子傳感器等設備協助藥劑師便捷準確取藥等。

然而，與世界先進的醫療護理系統相比，香港在智慧醫療的推進過程中仍面臨諸多挑戰。在瑞士洛桑管理學院發布的“2024IMD 全球智慧城市指數”中，香港僅排名第 20 位。這背後反映出香港在創新技術人才方面的匱乏。每年，許多優秀的香港學子更傾向於選擇商科、金融、醫學和法律等專業，而對於理工科畢業生而言，由於薪酬和社會地位等因素的考慮，他們大多選擇轉行到更具前景的其他行業(錢林霞,2020)。而對於醫學生而言，他們往往缺乏必要的信息技術和數據分析能力來推動智慧醫療的發展。此外，隨著數據量的不斷增加，對於數據安全管理的訴求也在不斷增加(徐苗等, 2024)，然而香港在這方面存在明顯的人才缺口。近年來，港府除了積極推動科技發展宣傳智慧醫療之外，也將人才引進視為保障智慧醫療在香港的順利發展和推行的關鍵。通過引進具有創新精神和技術能力的優秀人才，可以為香港的智慧醫療發展注入新的活力，推動其不斷向前發展。

### 3. 香港智慧醫療人才引進政策的策略與問題

目前香港智慧人才的吸引力主要體現在香港提供的薪酬待遇以及獨特的身份福利。

#### 3.1. 薪酬與福利對內地人才具有吸引力，但對歐美人才吸引力不足。

香港醫療行業平均工資相較於內地頗具吸引力。根據香港政府公開的 2022 年的數據，醫藥研發生產人士的年平均收入可達 60 萬港幣，且未計獎金以及政府提供的多樣化補助。相較於內地，香港的公眾假期比較多，融合了國內與西方的假期制度，同時有著具有吸引力的個人稅率，稅率在 2%到 17%。這些都成為吸引內地人才的重要因素。但是上述薪酬與福利待遇對於歐美地區智慧人才吸引力依然存在不足。首先，國外提供的薪酬待遇相較於香港並不差甚至優於香港。據 Kowarski 和 Wood 於 U.S.News 發表的統計：數據科學家年薪中位數為 108,020 美元，美國數據分析師的平均總工資為 107,588 美元或相當於 52 美元的小時工資。此外，他們的平均獎金為 4,379 美元。薪資估算基於直接從美國僱主和匿名僱員所收集的薪資調查數據，入門級數據分析師（1-3 年經驗）的平均工資為 75,741 美元。另一方面，高級數據分析師（8+年經驗）的平均工資為 133,422 美元。其次，香港高速的生活和工作節奏，較為一般的創新環境，都與歐美人才期望的職業環境存在差距，可能使部分人才望而却步。考慮到目前優秀智慧醫療人才集中在歐美地區（根據千際投行在 2022 年智慧醫療行業研究報告顯示，2022 年，美國智慧醫療市場約佔全球市場份額的 80%，同時全球 40% 以上的智慧醫療設備都產自美國），吸引國外優秀人才來到香港具有難度。

#### 3.2 人才政策吸引目光，但能否長期留住智慧醫療人才存在疑問

香港在 2021 年推出了“高端人才通行證計劃”和“優秀人才入境計劃”，旨在吸引全世界最優秀的人才來香港定居工作。前者要求引進人士年收入達 250 萬港幣或者取得百强名校學士學位；後者則根據申請人的年齡、財政要求、良好品格、語言能力、基本學歷 5 項條件打分，此外對曾獲得傑出成就獎以及對其行業的發展有重大貢獻，進行擇優錄取。其中，特別針對科技創新、醫療服務、軟件與人工智能等計算機科學行業的人才放寬了引入條件。符合條件的人才即可優先獲批，並設置專門崗位；其本人與家庭成員均可獲得香港身份，享受相應的福利。例如，來港人才的子女可享受長達 15 年的免費公立教育，並有機會獲得每月 1400 至 1600 港幣的教育津貼，後續在內地高考時也將享有加分政策。儘管這些政策對吸引人才有一定作用，但智慧醫療人才屬於高知識和學習導向性人才，他們往往具有強烈的成就動機，他們不僅追求物質激勵，更重視精神層面的滿足和具挑戰性的工作環境，單調且加班的工作對他們毫無吸引力。鑒於他們在全球範圍內的稀缺性以及歐美地區的科研吸引力，即便香港的政策吸引了這些人才的目光，要有效留住他們依然是香港面臨的重要挑戰。

#### 4. 人才管理建議及可能舉措

目前，儘管港府的人才吸引政策已初見成效，但在吸引和長期留住全球最頂尖的智慧醫療人才方面仍面臨挑戰。針對此問題，本文提出以下建議：

##### 4.1. 層次性，有側重點的招募智慧醫療人員

針對智慧醫療領域的特定需求，如自動化藥物分包機和配藥系統的操作和維護、醫療信息化和電子健康記錄的大數據分析、人工智能與數據分析研發等，港府和醫管局可加強與各機構的互動，智慧醫療推進難題，掌握和預測智慧醫療領域的需求情況，通過待遇福利的差序設置，制定層次性遞進的招募計劃，進而優先在緊缺領域建立一支高素質、高水平的智慧醫療人才隊伍。此外，港府可以與國際知名院校合作，吸引國內外優秀學生來港交換學習，並提供就業指導和機會，鼓勵他們畢業後來香港發展。同時，也可以積極引進一些已經在智慧醫療領域取得成就的專家，通過吸虹效應，吸引年輕專家人才，提升香港在該領域的專業水平。

##### 4.2. 加速數據採集，完善生態系統，緩解人才職業落差

醫管局需要加強數據採集和分析能力，利用現代信息技術提升醫療服務效率和質量。醫務衛生局表示，醫健通自2016年開始運作至今，本港近八成人口已在這個全港性電子健康紀錄互通平臺登記。政府會在此龐大用戶基礎上推出醫健通+五年計劃，並透過四方面推展。但是到2023年，政府實施的電子健康紀錄互通系統在醫院的實現率依然未達到50%，其中私營醫院只有二成參與了電子健康紀錄互通系統。這說明，目前全港對於信息共享的信任度較低。只有增加居民和醫院對數據平台的認同度，推動醫學研究數據的共享，建立完善的生態系統，才能令智慧醫療人才有“用武之地”，激發人才的工作積極性。在此基礎上，港府應提升人才成果產出的激勵力度，保障具體工作福利的落地，提供最新設備和技術的支持，從而緩解歐美人才來到香港後存在的職業落差。

##### 4.3. 充分利用香港的教育資源，培養智慧醫療人才+留住智慧醫療人才

香港也需要充分利用優質的教育資源來推進人才留任。考慮到香港本土頂尖學子大多會選擇醫科，可將相應的智慧醫療的課程納入到醫科培養體系，實現智慧醫療人才儲備。此外，政府也可加大宣傳力度，吸引個人來香港攻讀計算機等專業學位，通過後續的畢業生落戶政策等留住培養的智慧醫療人才。此外，港府應加強對於外來人才的教育資源支持。考慮到香港的教育體系融合了東西方的教育，對於歐美或者內地人才都有一定的吸引力，類似措施可以確保智慧醫療人才家庭在香港有良好的生活和學

習環境，從而提高他們留港的意願。

### 參考文獻

IMD. (2024). *Smart City Index 2024*. Retrieved from <https://www.imd.org/smart-city-observatory/home/>.

Kowarski & Wood. (2023). 45 Graduate Degree Jobs That Pay More Than \$100K. *U.S. News*. Retrieved from <https://www.usnews.com/education/best-graduate-schools/slideshows/graduate-degree-jobs-that-can-pay-100k-or-more>.

千際投行 (2022)。〈2022 年智慧醫療行業研究報告〉。擷取自網頁 <https://www.21jingji.com/article/20220301/herald/ad0fc5793a852647d5a440d48d7981be.html>。

香港立法會衛生事務委員會 (2023)。〈醫療人力推算 2023〉。擷取自網頁 <https://www.legco.gov.hk/yr2023/chinese/panels/hs/papers/hs20230310cb4-173-1-c.pdf>。

徐苗、宗曉琳、張弼、侯爽、任孟堯、高強、張博、秦夢楠、張鵬俊。(2024).基於 PEST 模型的中國智慧醫療發展環境分析. *醫學信息學雜誌*,45(3),35-39+82.

新聞公報 (2024)。〈二零二四年一月號《香港統計月刊》現已出版〉。擷取自網頁 <https://www.info.gov.hk/gia/general/202401/15/P2024011500261.htm>

劉文生、許定河。(2024). 智慧標杆：十年打造智慧醫療鮮活樣板. *中國醫院院長*,20(7),50-52.

錢林霞。(2020).香港離智慧醫療有多遠? *新經濟*,10,22-27.

糜澤花、錢愛兵。(2019). 智慧醫療發展現狀及趨勢研究文獻綜述. *中國全科醫學*,22(3),366-370.

## 六、資源層面

## 七、市民層面

方玉輝

## 第五章

### 結論

#### 一、香港醫療制度的優化方案

方玉輝、羅天昇