

今日香港＋公共衛生

香港政府自2003年起逐步設立中醫教研中心，至2014年全港18區每區都設有一所中心，為市民提供中醫服務。2016年施政報告提出，在將軍澳預留土地發展中醫醫院，連同籌備興建的中藥檢測中心，制訂《香港中藥材標準》。亦有中醫學院，除了要求兼修中西醫理論，也希望以大量相關研究填補中醫臨床療效的缺陷，增加其認受性。中西醫整合似乎是大勢所趨。

■林曦彤 特約資深通識科作者



■香港中醫藥發展逐步完善。圖為去年年底中大醫學院團隊成立亞洲首個中醫臨床科研數據網上資料庫「證視中西醫理」。

資料圖片

中醫結合西法 增臨床認受性

今日香港＋公共衛生

1. 細閱以下資料：

資料A：有關中西醫整合看法

現時香港的中醫學院，除了要求兼修中西醫理論，以求將兩者整合，也希望以大量相關研究填補中醫臨床療效的缺陷，增加其認受性。

有醫院積極推廣中西醫結合療法，以利用中醫理論優勢，幫助現代醫學攻克慢性疾病。

同時，政府積極地將中藥標準化，着手發展鑑定中藥品質的科研產業。

與中醫微觀診斷、分科而治不同，中醫較為宏觀地以調整和平衡人體運作系統為目的，自成一套醫學體系。惟問題在於中醫缺乏相應科技配合，無

法以數據檢視身體情況，難以將臨床結果化為案例印證醫藥療效。當然，中醫藥的療效難以否定，但也面臨無法反覆檢驗及傳播的困境，缺乏客觀準則的參照，暫未被國際社會廣泛接受。

資料來源：綜合本港報刊

資料B：近年本港推廣中西合璧療程措施舉隅

1999年：自《中醫藥條例》在同年實施後，醫院管理局設立中醫部，加強中西醫協作服務。

2002年：醫院管理局為前線醫護人員提供基本中醫學培訓課程。

2006年：東華三院及廣華醫

院開設中西醫會診病房，治療柏金遜症、結腸癌、骨質疏鬆症等11項病種。

2007年：內地與港府簽署《中醫藥領域的合作備忘錄》，內容其中一項為加強中西醫醫療衛生服務體系。

2012年：香港防癌會與香港

浸會大學中醫藥中心合作，試行中西醫結合治療住院服務，主治中風後遺症。

資料來源：綜合本港報刊、醫院管理局中醫服務網站、中國醫師協會中西醫結合醫師分會

資料C：有關中醫問卷調查數據#

1. 如你患上一般傷風感冒，你會首先挑選中醫或西醫服務？
- | | | |
|-------|-------|-------|
| 中醫 | 西醫 | 無特別 |
| 24.7% | 60.6% | 14.7% |
2. 你是否同意某些慢性疾病，例如癌症、糖尿病、血壓高等，以中醫方法治療會有特別幫助？
- | | | |
|-------|-------|-------|
| 同意 | 不同意 | 無意見 |
| 53.0% | 22.0% | 25.0% |
3. 你認為香港中醫服務是否需要進一步發展和普及？
- | | | |
|-------|------|------|
| 需要 | 不需要 | 無意見 |
| 87.4% | 3.8% | 8.8% |

#註：受訪人數1,006人。

資料來源：綜合本港報刊、「市民對本港中醫服務調查」

資料D：中醫藥在香港面對部分困難

- 中醫藥理論難與西方醫學原理融合，部分中醫師沒有接受西醫的診症訓練；
- 中藥在海外市場被視為自然健康產品，不能稱為具有療效的正式藥物；
- 與內地的合作不夠，難以開發中藥產品市場。

資料來源：香港集思會

想一想

- (a) 參考資料，指出及說明香港發展中西醫整合對港人生活素質的影響。
- (b) 參考資料，政府可如何改善中醫藥發展的困難？試舉出3項，解釋你的答案。

2. 細閱以下資料：

資料A：香港有關罕見病患者報道

一名結節性硬化症病人在立法會公聽會哭求政府援助罕見病患者，隨後兩周內即病逝的事件受社會關注。病者及家屬指出，其藥物費用達每年數十萬至數百萬元，希望醫院管理局放寬藥物資助名冊，令病人可在公立醫院以標準費用使用藥物。

香港罕見疾病聯盟估計，目前香港罕見病患者共約2,500名，每年藥物開支合計約3億元。

資料來源：綜合本港報刊

資料C：有關「藥物專利權」說法

藥物專利的原意為保護藥廠研發出新藥的知識產權，因研製新藥涉及巨額投資。根據世界貿易組織訂立的《與貿易有關的知識產權協議》，藥廠可為研發及製藥的過程和成品申請專利，期限為最少20年。

專利權保障原研發藥廠享有獨家生產權，禁止其他藥廠複製或仿製，同時禁止世貿成員國進口仿藥物（或稱同名藥物），但部分發展中國家因難以負擔專利藥的高價，可延後實施限制入口的規例。如發現仿製藥物，藥廠可以提出民事訴訟，禁止侵權行為。

專利期限過後藥廠須公開配方，其他藥廠可依配方配製藥物，即仿製藥。仿製藥價格比專利藥便宜得多，較易負擔。

研發藥物是一項龐大投資，藥廠為求保障自身權益，會為藥物申請專利權，確保藥物獨家生產，導致藥物價格高企，除了令政府用藥開支負擔沉重，也會有病人因藥物太貴而放棄治療。

資料來源：綜合本港報刊

想一想

- (a) 參考資料，解釋政府資助罕見病患者用藥可能帶來哪些社會矛盾？試舉出3項。
- (b) 你在多大程度上同意藥物專利制度有助提升罕見病患者的健康水平？參考資料，解釋你的答案。

資料B：全球有關罕見病患報道

多個國家及地區已為罕見病制定政策，例如日本及台灣把罕見病患者納為殘疾人士，按法例提供社會服務；美國《孤兒藥品法》則在研發過程中向藥廠提供協助。

罕見疾病因為市場太小，研發成本相對高昂，藥廠未必願意投資。美國政府給予孤兒藥上市後7年獨賣權，歐洲和日本更長達10年，其間禁止類近藥物註冊，比一般專利潛在利潤較高，在美國還可獲得研發補助及臨床試驗費用50%稅務優惠。

在法案刺激下，美國市場上由原來只有38種孤兒藥，到2015年已批出511種上市，逾200種疾病有新療法。

資料來源：綜合本港報刊



■早前本港有罕見病患者舉辦畫展，透過義賣籌款為其他患者提供緊急支援。

資料圖片

今日香港＋全球化＋公共衛生

3. 細閱以下資料：

資料A

表一：香港長者撫養比率#	
年份	15-64歲工作人口:65歲或以上長者
1981年	10.3：1
2011年	5.3：1
2021年	3.4：1
2031年	2.2：1
2041年	1.8：1
#註：不包括外籍家庭傭工。	
資料來源：綜合本港報刊、政府統計處	
表三：香港長者貧窮情況（恒常現金政策介入前）	
項目	百分比
領取長者生活津貼	39.3%
沒有領取任何社會福利金	25%
領取高齡津貼	23.4%
領取綜援	9.9%
領取傷殘津貼	2.4%
資料來源：綜合本港報刊、《2016年香港貧窮情況報告》	

表二：香港未來醫療開支增長預測	
年份	公共醫療全港開支(億元)
2004年	377
2010年	585
2015年	777
2020年	1,001
2025年	1,275
2030年	1,619
2033年	1,866
年增長	5.7%
總增長	394%
資料來源：綜合本港報刊、《醫療融資諮詢文件》	



■人口老化將增加社會醫療負擔。

資料圖片

資料B：安老政策概況

香港人口老化嚴重，至2033年，每4人就有1個長者。有立法會議員認為，現時香港長者主要靠儲蓄、綜援和強積金支撐生活，但三者各有局限，因此需要推行全民退休保障。

全民退休保障的意義在於扶貧和回饋，扶貧是要協助低收入退休長者維持基本生活，而回饋不止「敬老」，而是尊重長者過去對社會的付出。

由於全民退保採用集資供款形式，資金從何而來成為討論重點。他建議政府可採用三方供款制度，即僱員、僱主及政府，每月各供僱員薪金的5%。

不過，有機構引述過去調查，指月薪約4萬元的階層特別不想供款，僱主也可能反對。

資料來源：綜合本港報刊

資料C：海外安老、退休保障例子

國家/地區	內容
新加坡	設有中央公積金，為所有工作開啟儲蓄戶口。僱員供薪金20%，僱主供款16%，政府保證每年最少有2.5%回報。存款不僅退休時可以取回，退休前也可以用來置業，支付醫療和子女教育開支。
日本	有國民和個人退休金。國民退休金是全民供款、全民收錢，標準供款劃一每月15,000日圓（約1,071港元），如果沒有工作未能支付，將來拿取退休金時需打折扣。個人退休金金額每月65,000日圓（約4,640港元）。
瑞典	設有國營退休基金，任何有工作的人都要供款，供款接近薪金20%。如果想有額外保障，可購買保險公司的退休計劃。瑞典國營退休金的特點，是它並非定額發放，而是根據供款人過去供款、退休時間、基金財政狀況等定期調節，確保收支平衡。
澳洲	獨居長者可能行動不便、無法自理，澳洲政府鼓勵居家安老服務，由政府評為合資格的照顧人員因應長者個人需要，提供家居清潔、煮食、醫療護理、個人衛生等服務，如有需要也可要求24小時服務。若長者仍有需要入住安老院舍，政府也提供過渡家居照顧服務，避免長者直接入住而造成不適應。
加拿大	住屋是長者面對的生活問題之一，加拿大政府為長者住屋提供三方面補貼：租金補貼、維修補貼和稅務優惠。由於老一輩收入不多，政府會根據其家庭總收入調節租金，一般只需交收入的三成作租金，其餘由政府補貼。
資料來源：綜合本港報刊	

想一想

- (a) 根據資料A，描述及解釋香港的長者人口結構面臨怎樣的變化？
- (b) 有人認為「香港並非是長者安老、退休的最佳地方。」你是否同意這說法？參考資料，解釋你的答案。

總結

根據社署資料，本港有約7.6萬個安老宿位，當中約5萬個為非資助，有4萬人入住，另有2.6萬個資助宿位爆滿。有學者認為，宿位輪候時間長是目前最大的難題之一，政府2003年起推行「中央輪候冊機制」，暫停長者宿舍和安老院的申請，新申請人只能選擇護理安老院或護養院。

安老政策長遠要走向家居照顧，但現時本港側重院舍照顧，長者院舍入住率達6.8%，較很多國家及地區高；居家照顧也非以人為本，單是服務時間已受機構所限，反要長者遷就配合。