

各位立法會議員和政府官員：

感謝你們在百忙中撥冗聆聽中醫業界的聲音，本人作為前線中醫師，一直關注香港中醫發展，現希望向各位闡述香港中醫發展的狀況、問題和可行之解決方法，協助香港推動中醫發展。

一、 香港中醫藥發展具有國家中醫藥發展戰略意義

2016 年底，國家十二屆全國人大常委通過《中醫藥法》¹，目的為加大政府對中醫藥事業的扶持保障力度，同時堅持扶持與規範並重。其實在國內，中醫發展一直存在不少問題²，最重要的一點是國內的中醫師同時兼備中西醫執業資格，臨床上往往都傾向使用西醫西藥，不少中醫專家及老中醫認為國內現時「中醫西化」的問題非常嚴重³。可幸的是，香港享有一國兩制的待遇，中醫和西醫在制度上清楚分開，同時，香港亦具備國際聲譽。如果香港在規範和推動中醫的初期，便能有正確的方向，並落實健康發展，**有機會成為領先世界的中醫藥基地**，將創新而有效的發展模式倒過來讓國家參照，甚至配合國家「一帶一路」發展將中醫推廣至世界。

二、 政府需於中醫發展上投放更多

2015-2016 年度香港醫療衛生公共開支是 545 億，而 18 間三方合作中醫教研中心(「公營」中醫診所)獲得的經常性撥款一共只有 6400 萬(按每間支助最多不超過 356 萬計算)，僅佔總開支約 0.1%。而根據 2014-2015 醫管局年報所示，政府對西醫服務作出 89.2%的經常性補助，而「公營」中醫診所則只有約 10% (按 429,000 元的季度性補助及每季約 3 百多萬元總支出計算)。就連醫管局負責推動的「中西醫協作先導計劃」⁴，亦因為收費相對高昂(病人住院費\$100 一天，但要接受中醫服務須每天多付\$200)而令計劃參與人數欠佳。

¹ <http://npc.people.com.cn/BIG5/n1/2016/1225/c14576-28975005.html>

² http://news.xinhuanet.com/fortune/2006-11/27/content_5395923.htm

³ http://news.ifeng.com/shendu/fzzm/detail_2013_06/19/26555974_0.shtml

⁴ <https://cmk.ha.org.hk/zh-cht/information-index/news/icwm>

可見，現時的「公營」中醫服務實際上是自負盈虧。而日後的中醫院，醫管局仍然堅持同樣採用自負盈虧的模式運作。⁵

在香港，中醫並一個正待發展的行業，同時卻又是關乎市民生命和健康的專業，不可能完全靠自由市場模式帶動，需要政府扶持並投入更多的資源。而**臨床服務是醫學專業提高水平的根本**，欠缺高水平的中醫師人才及足夠病人數目，難以提高醫療水平和推動醫學研究。如果有設計和規劃好的中醫臨床服務，以及足夠的病人數目，再配合「大數據」的時代，中醫的發展可預期能帶來不俗的成果。一個有為的政府應對社會發展有更前瞻性和創新性的預判，在此刻決定加大力度推度中醫，否則將錯過最好的時機。

三、 政府相關中醫決策，需要由熟悉香港中醫發展的中醫師主導

現時在政府公務員架構中，不論是食衛局、衛生署還是醫管局，都沒有「中醫師」這個職位，更沒有薪酬架構。所有中醫相關政策，一直只靠行政官員、西醫負責推動，中醫只有義務性質的委員會為政府提供意見，不可能真正有效推動中醫藥發展。在各大營運中醫服務的 NGO 中，中醫師也僅僅是作為僱員提供服務，很少中醫師能真正參與中醫決策。政府過去於 2013 年成立中醫中藥發展委員會，負責討論本港中醫發展問題，但開會的次數寥寥可數，會議內容亦不公開，更重要的是本地前線中醫師的意見未能在委員會得到全面反映。因此，為了確保香港中醫的持續發展，我認為**必須於食衛局內常設專責發展中醫部門，由首長級以上官員領導，定時和業界溝通。**

本地大學中醫畢業生經過公開考試歷練，具備高等教育學歷，較過去老一輩的中醫師在社會認知和學術水平上較有保證；同時相較習慣中西醫結合的國內來港專才，本地畢業生對香港現況和中醫主導的模式更為熟悉。本地中醫畢業生不少擁有在內地中醫院實習、「公營」中醫服務及中西醫協作服務的前線臨床工作經驗，這些背景能更好地構想真正為推動中醫發展的中醫政策。

⁵ http://orientaldaily.on.cc/cnt/news/20140519/00184_003.html?facebook=

四、 中醫行業缺乏專業規劃

中醫發展的問題不全來自政府的不支持或西醫的打壓，中醫業現時在香港也確實缺乏足夠的專業性。譬如說，中醫業界團體眾多，代表眾多，山頭林立，但各團體的背景不盡相同，難以達到共識。而中醫缺乏專業性的另一主因，是因為行內缺乏統一標準或認證機制，致使大部份學歷、培訓進修、名銜資格均流於空泛，欠缺實效，無法反映中醫師的臨床或水平。

此外，還有一個更根本的問題，是香港缺乏對中醫人力資源的有效規劃，儘管「醫護人力規劃和專業發展策略檢討」已就相關問題進行研究，但相關檢討無法應對「香港中醫人力供應大部份並非來自本地大學」的現實。如果缺乏有效措施調控香港中醫人數，香港中醫人數比例過多，容易引致行業內惡性競爭^{6,7}，影響中醫行業專業發展。畢竟中醫是一門關乎市民生命和健康的專業，畢業生所投資的時間和金錢亦不少(本地大學中醫課程需讀6年)，一個合理的專業發展環境和待遇，才能確保有足夠好的人才推動香港中醫發展。因此，現階段中醫管理委員會有須要就「註冊中醫執業試」的內容和模式進行檢視。

五、 結語

此外，本人謹附上過往我在報章及媒體上撰寫過有關香港中醫發展的建議書，尤其是有關中醫醫院的內容。希望能協助各位增加對香港中醫發展的認識和了解其對香港發展的必要性，謝謝。

⁶ <http://hk.apple.nextmedia.com/news/art/20170116/19898567>

⁷ <http://hk.apple.nextmedia.com/news/art/20170202/19915225>

1. 《本地年輕中醫師對發展中醫醫院的意見》

行政長官在二零一四年施政報告中，預留了土地用作發展中醫醫院，而在今年的施政報告中，亦決定由政府負責出資興建，可見政府有意加強對中醫醫院的支持。然而，香港第一所中醫醫院日後到底應如何運作，世界上未有可作為參考的例子，中醫業內一直就此進行討論。

對於中醫醫院實際應如何運作，暫時雖然未有定案，但過往有些意見認為，可參考內地的中醫醫院運作模式。對於這種建議，我們前線中醫表示憂慮。一些年輕中醫同道過去更曾發表過一篇名為《不要偽中醫院》的文章，但其重點也並非「反對與西醫共同營運中醫院」，而是對於國內一直以來的所謂「中西醫結合」模式，不表認同。國內的「中西醫結合」模式，是「一位醫生同時處方中藥西藥」、「以西醫的思維處方中藥」、「以西醫的標準評價中醫療效」、「以西醫的診斷指導中醫治療」等等。本地大學畢業的年輕中醫師，不少都有多年在國內中醫醫院見習實習的經歷，親身明白到這種「中西醫結合」的模式，對中醫療效的影響，尤其巨大。因此，香港需要自行尋找和建立發展中醫醫院的獨有路徑。我們認同林志秀院長所言：「療效比起自尊重要」，但自主並不是為了自尊，而是為了確保中醫能為病人提供選擇的可能，以及有別於西醫的療效。正正是因為擔心中醫的療效受到「中醫西化」的影響而不斷下降，本地的年輕中醫師才會積極發聲。

中醫醫院除提供傳統中醫服務及西醫的支援服務外，可考慮同時設立中西醫協作的模式(由具備足夠西醫知識的臨床中醫師負責管理)，確保「中醫」、「西醫」及「中西醫協作」三者獨立而相互配合地運作。這種多元化而分界清晰的服務劃分，除了能提供多種不同的服務給予市民選擇外，也能提供一個平台讓中西醫充份及平等地進行交流，更重要的是避免西醫的學術內涵在醫院的運作過程中，破壞中醫自身的發展規律，造成「中醫西化」的後果。除了實質運作模式外，香港前線中醫聯盟亦認為，中醫醫院應由政府承擔大部份開支，做到真正的「公營」，確保普羅大眾都能接受中醫住院服務，否則無法真正探討中醫於醫療體系內的實際價值。而中醫醫院的管理層，亦須由中醫背景及熟悉中醫臨床運作的人為主要組成，否則一所不是由中醫自主的中醫醫院，是很難作出長遠有利中醫發展的決策。

今日社會容易出現兩極化，其原因是不少人容易將觀點簡單二分。發展中醫醫院是一件非常複雜的事，各種不同的意見和觀點需要仔細分析。我們謹希望清晰表達年輕中醫師關注中醫醫院發展的立場，讓業界和社會能更深入地進行討論，集思廣益。

2. 《政府在中醫發展上應更有作為》

候任行政長官林鄭月娥女士在政綱中，以及不止一次公開表示，新一屆政府將「確立中醫藥在公營醫療系統的定位，並按此規劃首間中醫醫院的運作模式和改善目前十八區中醫診所的三方合作模式，和中醫師的專業發展。」另一方面，食衛局及醫管局已計劃在今年內就中醫醫院的營運進行招標，並正以諮詢會的形式向業界收集意見。然而，就現時的諮詢內容來看，政府似乎仍堅持中醫醫院將會採用「由 NGO 自負盈虧」的模式營運，這明顯與候任行政長官提出「確立中醫藥的公營定位」的願景相違背。因此，現時所進行的諮詢，以及即將進行的招標，要如何和日後政府的中醫政策相配合，實有進一步探討的必要。

中醫醫院成功與否的關鍵是中醫藥的角色定位

由董建華至梁振英的每一任特首，都一直說要發展香港中醫藥事業。但遺憾的是，香港的醫療政策和資源一直都由西醫所把持。政府每年用於醫療約 600 億元的經常性開支中，只有不到 0.2%用於中醫服務。如果連第一間中醫醫院也要以「自負盈虧」的方式營運，根本難以實現中醫「教學、科研」的目標。現時醫管局有份參與的十八間三方合作中醫診所，由不同 NGO 以「自負盈虧」模式營運，但這些診所的教學、培訓、科研水平，一直缺乏監察，為人所詬病。香港前線中醫聯盟 2015 年曾進行問卷調查，訪問於多間三方合作中醫診所工作的中醫師，其中對「三方合作中醫診所提供的培訓質量」所給予的平均分只有 3.82 (10 分為滿分)。可見，在自負盈虧、資源有限的情況下，實難有良好的中醫培訓環境，更遑論推動中醫業發展。如果政府和醫管局真的認為中醫醫院以「自負盈虧」的方式營運是可行的話，或者應該先以香港兩間西醫教學醫院 - 瑪麗醫院和威爾斯醫院作為試點，來說服市民大眾「自負盈虧」的教學醫院是可以做到醫教研並重的。

中醫醫院要如何做到真正的「中醫主導」

除了中醫藥的角色定位外，另一個影響中醫醫院成敗的因素是能否做到真正的「中醫主導」。國內的中醫醫院，「中醫西化」的情況已是不爭的事實。據國家中醫藥管理局資料顯示，2015 年度全國中醫醫院住院院均收入是 5,938 萬元(人民幣/下同)，其中檢查化驗收入 1096 萬(18.4%)，手術收入 319 萬(5.4%)，西藥收入 1737 萬(29.3%)，但中藥的收入只有 554 萬(9.3%)。可見，國內的所謂中醫醫院，真正營運中醫住院服務的比例是非常低的，難以作為香港首間中醫醫院的參考對象。有見及此，香港的中醫醫院，臨床服務應包括純中醫服務、中西醫協作(中醫主導)、中西醫協作(西醫主導)，以及純西醫治療(轉介制度)四種層次：一般門診及復康理療，可以純中醫模式進行。而在臨床跨學科病類中，具中醫治療優

勢的病類，可用中西醫協作(中醫主導)模式；西醫治療具優勢，中醫協作能提高療效的，則可用中西醫協作(西醫主導)模式；而當中醫沒有在診治上能起到任何作用的時候，就應該轉送西醫院。這種分層模式的好處是在確保病人能及時得到適切處理的同時，亦能保持中醫的獨立性及發展空間。此外，日後中醫醫院有關員工薪酬、藥物和服務使用量、收入支出等各項明細、各類病症的診治手段，需要以中醫及西醫為範疇以作分類，並對外公開。同時，中醫醫院應邀請中醫業界，尤其是以傳統中醫為主要執業及研究的人士，參與管治，確保中醫醫院能真正做到「中醫主導」。

政府在中醫發展上應更有作為

中醫發展的關鍵，在於系統而具規模的臨床服務上，而非在於實驗室或學術論壇之中。如果下屆政府真有智慧和決心推動中醫發展，那在中醫醫院建設上，亦必須同樣有「新風格」，甚至更應該及早加大資源，培訓中醫臨床及管理人員，以及理解和接受中醫的西醫團隊。從更宏觀的角度而言，在面對不斷擴闊的疾病譜和抗藥性細菌病毒，良好和正確的中醫的發展，能為人類提供有別於西醫的另一選擇，是關乎全球人類福祉的議題，而不應只是一項政治決策。

3. 《我們能否對中醫院有所期望？》

中醫中藥發展委員會委員余秋良醫生 8 月 21 日《明報》撰文《香港中醫院的盈虧新思》，用「真好！」開首，用「可喜可賀」結尾，將中醫院發展現況描寫得很正面。筆者認為當中不少論點值得商榷，特此撰文回應。首先，余醫生在第三段寫道：「中醫院既有中醫治療，理應屬醫管局所管轄（轄）。」為何有中醫治療就應屬醫管局管轄？文章未有解釋。接著又說「中醫院自負盈虧，好像一般私家醫院，但又不全是私家醫院運作方法。」到底自負盈虧的醫院如何做到不全是私家醫院運作方法，亦未加以詳述。更奇怪的是文章隨後直接跳到「這個模式是一個新嘗試，幸好各方面配合發展順利」這一幕美好場景，彷彿中醫院的問題都已解決。但事實又是否如此？

中醫院發展其實並不順利

7 月 12 日葉劉淑儀議員在立法會提出諮詢，要求食衛局交代中醫院擬行的中西醫協作模式細節，她其後更在社交平台上指「政府對該院的營運模式、人手安排和時間表等細節欠奉.....反映政府對如何營運中醫院仍未有清晰思路。」李國麟議員亦擔心協作模式會變成以西醫主導的中醫院，要求局方交代醫院如何營運。此外，不少前線中醫師曾反映，現時醫管局統籌的中西醫協作項目，因收費昂貴故很少病人參加(病人須在公立醫院每天\$100 收費上，額外每天付\$200)。可見，政府在中醫院的準備和投入上，未能滿足實際需要，中醫院發展現況談不上是順利。

中醫院不能靠病患老人補貼

余醫生其後提出中醫院要解決「自負盈虧」，可透過附設「病老服務院舍」賺取資金，支持中醫院的營運。但《明報》2 月 20 日一篇題為《香港需要怎樣的中醫服務？》一文，引述政府數字指「65 歲或以上長者求診中醫比例比起中壯年組別都為低。」而同一天亦有另一篇《中醫人手過剩？從需求角度看醫療人力資源問題》文章，提及「年長群組較傾向認為中醫收費高...在求診前要先考慮經濟因素。」這些具備客觀數據支持的論點，似乎與余醫生「很快爆滿」的構想不太相符。如果再考慮到現時醫療保險未能充份涵蓋中醫服務，以及長者醫療券未加碼，「病老中醫院」的構想似乎更難以樂觀。更重要的是，從社會責任來看，不給予長者優惠，反而從其身上收益補貼其他服務，實在不太合理。

余醫生文章最後提到另一個中醫院的「賣點」－ 有分量的西醫。他認為「西醫在參與治療過程...以顧問身分巡房，會容易找到有分量的西醫。」但筆者認為，中醫院既然以中醫為主導，在參考西醫意見後，還是應當以中醫師作為主要決策

者。中醫院真正需要的，是願意協助中醫解決問題，了解並尊重中醫的西醫，而不一定需要「有分量的顧問西醫巡房」。否則，就很容易會落得與國內中醫院同樣的結局 – 主要收入都來自西醫的檢查、手術和西藥，而中醫中藥只是病人住院時的娛樂節目或出院時帶走的紀念品。

筆者明白任何爭議都須作出妥協，但妥協始終有底線，現實考慮不能凌駕原則問題，國內中醫院的前車不可不鑒。更何況，在現時中醫院發展未成定局之際，我們理應繼續向政府爭取，沒必要先提出「袋住先」方案。

香港中醫發展到底由誰主導

香港中醫發展和中醫院建設，一直掌握在由西醫主導的食衛局和醫管局手中。而「中醫中藥發展委員會」和「中醫藥管理委員會」這些諮詢和管理架構，其委員全部由政府委任，並無民選代表，更無本地畢業的前線醫師。對比近年西醫醫委會組成的爭議，實在難以想像食衛局會作出這樣的安排。不少本地畢業年青醫師多年來多次發表和遞交有關中醫院和香港中醫發展的意見，提出過不少具體建議，但從未獲政府回應或反駁，亦未曾接納我們會面請求。儘管如此，我們仍希望憑藉我們的專業，向大眾解釋中醫相關問題，至少能協助政府做好「期望管理」，讓市民減低對中醫院的期望，或許仍算裨益於社會。

4. 《發展中醫的關鍵是良好的中醫人力規劃》

政府、媒體，以至整個社會一直對中醫相關政策發展都缺乏足夠關注，近期有關中醫發展的討論大都集中在中醫院的建設，但香港中醫發展其實需要面對一個更為迫切的問題 - 中醫的人力規劃問題。在政府剛剛公布的《醫護人力規劃和專業發展策略檢討報告》(下稱《報告》)中，其實已表明在短期內中醫人手確實出現過多情況(在 2016 年有 716 人手過剩)。截至 2017 年 3 月為止，全港中醫人數共 9940 人。反觀全港西醫人數卻只有 14013 人(截至 2016 年底為止)，考慮到 42 間公營醫院和接近 150 間公營診所及健康院所能吸納的西醫，以及在香港通常選擇求診中醫和西醫的人數比例約為 1:9 (統計處主題性住戶統計調查)，如果其他醫療專業的同寅們都不太認同自己的行業出現人手短缺，那現時香港的中醫人數可以說是嚴重泛濫了。

雖然《報告》中亦有表示「目前並無迫切需要調整中醫的培訓學額」，但其計算模型實情上並未有將近數年「大量本港學生回內地修讀中醫藥本科學位課程」的現象考慮在內，亦沒有足夠真確的數據反映現時絕大部份均為私人執業中醫師的就業實況(如工時、收入、病人數目)，否則《報告》推算到 2030 年時的中醫人手，相信仍然是會過剩。雖然如《報告》中解釋，「本港學生回內地修讀中醫藥課程」的現象確實存在很多變數和不確定性，但這正好帶出了現時香港中醫人力規劃中最重要問題 - 「香港每年新增的中醫師並非以本港大學本科培訓的為主」。現時本港三所大學每年培訓約 80 名中醫本科畢業生，但國內 30 所中醫院校則無收生人數限制，不少未能在本港升讀大學的學生都爭相報讀。《報告》中指出，2013-2014 年度本港學生到內地修讀中醫藥本科學位課程的人數有約 470 人，是本港三所大學收生總人數近 6 倍，而根據一些內地院校網站數字和業界反映，實際數字可能更高。事實上，在 2011 年共有 320 人報考註冊中醫執業試，2016 年已上升到 437 人，合格人數由 190 人升至 237 人，可見非本地培訓的中醫師比率不斷上升，相信在未來數年更會迎來高峰期。這情況與本港其他主要醫療專業的構成比例大相逕庭：西醫近 4 年的非本地培訓率平均是 13%，牙醫的非本地培訓率也是 13%，護士的非本地培訓率則只有 2%。如果中醫師大部份來自非本地培訓的情況持續，那無論中醫的人手日後出現過剩或短缺，本港實際上都無法自行作出調節。

因此，在香港的中醫人力規劃中須要正視這一個關鍵問題，在本科課程設計及執業資格上需要作出改革。我認為香港中醫藥管理委員會有必要盡快檢視現時執業試的具體安排，包括提高筆試合格分數要求(2016 的筆試合格率達 80%)、增加傳統中醫和中醫經典的考核內容、加入本地實習要求和實際臨床考核部份，務求讓執業試的內容更貼近本港中醫醫療環境和病人的需求。長遠而言，本港大學中醫本科課程的提供者，須按照本地中醫行業環境，制訂有別於

國內的課程與教材(包括更重視中醫臨床操作和中醫經典內容)，並聘任更適合相關課程內容的師資，才能逐漸發展出一套更優質的專業試考核制度，推動香港中醫專業發展，解決中醫人力規劃問題。

曾有一些同寅和意見認為，中醫行業應以自由市場原則，優勝劣敗，自然淘汰。這種看法明顯是無視了醫療行業的專業性和培訓成本。首先，醫學往往存在很多複雜性和不確定性，市民很難完全以「口碑」作為選擇求診的依據。何況中醫本身已予人「睇中醫係睇同病人夾唔夾」的印象，其實已正正是專業化不足的反映。此外，培訓一個中醫需要六年時間，無論是從社會公帑，或個人付出的成本來算，都不可能單單用「自由市場原則」就能說得過去。如果中醫就業市場變得困難(筆者認為相關現象已經開始浮現)，很容易會促使業界中惡性競爭，短時間可能會有中醫以低價收費招來病人，令大眾覺得受惠；但長遠下去更可能會有更多不正當的業務宣傳、預繳式收費、推銷貴價藥材，甚至是濫發病假等情況出現。更加嚴重的是，這些現象會大大減弱中學畢業生選讀中醫的意願，令成績優異的學生放棄加入中醫行列，令中醫界人才流失，那最終受害的也是中醫的專業發展、整個香港社會，以及普羅大眾的健康。

中醫是一個具發展潛力的行業，在香港有其獨特價值，但同時需要政府有為地協助推動。希望新一屆政府，能更有智慧和勇氣在中醫政策上注入新思維，並下定決心將中醫正式納入公營醫療體系，認清中醫院的建設方向和處理中醫人力資源規劃這些當務之急。

5. 中醫院創建的具體建議

目標和願景

- 中醫醫院應以公營模式營運，確保有足夠資源，成為香港中醫醫療、教育、研究的核心和頂尖領導者，驅動香港中醫發展，並將中醫推廣至國際。

管治架構

- 建議修改《醫院、護養院及留產院註冊條例》，由註冊中醫擔任中醫醫院的最高負責人及掌管中醫醫院的運作，以確保中醫醫院的最終決策能最有利中醫的整體發展。
- 長遠而言，政府應在醫管局以外成立「專責發展及管理中醫服務」的公營部門(如「中醫局」)，並在食衛局中設立相關的部門，聘請中醫任職，將中醫正式納入政府及公營構架。
- 中醫醫院不應由 NGO 負責營運。由於現時 18 間中醫教研中心的培訓及研究成果存疑，可見 NGO 缺乏對中醫發展的承擔和願景，中醫醫院須避免重蹈覆轍。
- 除政府及醫管局(或中醫局)代表、不同的醫療專業及社會各界人士外，中醫醫院需在管治架構中凸顯出「中醫主導」的方針，邀請中醫業界及不同專業人士，尤其是以傳統中醫為主要執業及研究的人士，參與管理及商討，並作出最終決策。

服務定位和臨床服務範圍 – 中醫為主、中西醫協作

- 中醫醫院的臨床服務應包括以下四種模式：

模式	服務種類舉例
純中醫治療	門診、治未病、日間護理、針灸、推拿服務等，還可包括具中醫特色的分科如「脾胃科、扶陽科」等
中西醫協作 A (中醫主導)	中風(恢復期)、癌症紓緩治療、痛症、外科(例：糖尿足)、骨傷科(例：骨折)、婦產科(例：先兆流產)、呼吸科(例：流感)、大內科等
中西醫協作 B (西醫主導)	危重病症、急症(如心臟科)、婦產科(臨產)等。
純西醫治療 (轉介服務)	在中醫醫院到無法找到合適西醫進行中西醫協作 B (西醫主導)，將需轉介病人至鄰近醫院急症室

- 中醫醫院無需設有急症室(供大眾求診)，但應有急症科負責處理病人住院期間可能出現的緊急狀況。
- 為部份有合作關係的西醫院，提供中醫會診服務。
- 中醫醫院的中醫治療團隊，需具備良好的純中醫臨床水平，同時具備良好的英語能力以便與西醫溝通及參考西醫臨床檢驗報告和數據。而西醫團隊方面，需要對中醫有興趣以及正確的認識，亦願意配合中醫工作。原則上任何醫師或醫生只能選擇在一種專業範疇(中醫或西醫)下工作。
- 中醫醫院需要成立「中醫專業人力資源委員會」及「中醫專業學術委員會」，加入學界及業界代表，以及前線臨床工作者代表，並設計相關招聘及審核制度，包括筆試考核、專家組面試、業界相互推選、匿名評核、臨床療效認證等多元方式，務求優化人才選拔標準和制度以及專業學術的認證，確保相關人才及行為符合香港實際的中醫臨床運作情況，以及中醫醫院的「中醫主導」模式。
- 要確保「中醫為主」的原則貫徹執行，中醫醫院的管治架構必須有超過一半比例的人是以純中醫及中醫臨床作為其主要工作。其次，中醫醫院有關員工薪酬、藥物使用、服務使用量、收入、支出的各項明細，需要以中醫及西醫

為範疇以作分類，並對外公開，確保中醫醫院以「中醫為主」。更重要的是，中醫醫院需要以其他西醫醫院作比較對象，列出在處理相同類型病人時，所能減免的西醫診療項目(如影像檢查頻次、類固醇及抗生素使用量等)，作為判定中醫醫院是否能真正做到「中醫為主」的最主要判定原則。

- 中醫和西醫是兩種不同的醫學體系，其思維及方法學具有不可通約性，不會可以完全結合起來。因此，中西醫協作是指兩種不同的醫學專業，在保持其各自獨立性的同時，經協調後共同為病人作出最適當的診治。而在中醫醫院中，一般而言應遵從「能中不西，先中後西」的基本原則。
- 有關權責問題，理論上任何時候只有一位醫生/醫師作為主診。因此，在純中醫治療及中西醫協作 A(中醫主導)的模式下，負責的自然是主診中醫師；在中西醫協作 B(西醫主導)的模式下，負責的就是主診醫生。

服務定位和臨床服務範圍 - 中醫臨床支援服務、西醫臨床支援

服務

- 中醫醫院需要有一切常用的中醫診治設施，如艾灸室 (抽風及防火系統)、煎藥室、製藥室、製作醫療器具的工場、針灸、推拿及骨傷治療室、蒸薰及浸浴設備等；另外，中醫醫院應設立一個較大規模的中藥藥膳廚房，以為病人及顧客提供符合中醫特色的飲食。
- 至於西醫輔助設施方面，一些基本的診斷設備也是必要的，如 X 光設備、化驗室。主要決定原則是「有助中醫進行診斷」以及「成本相對可負擔」，一些太貴重而對中醫診斷病情幫助不大的儀器，如 PET SCAN，則未必需要。具體決定應交由中醫醫院「中醫專業學術委員會」決定。
- 在輔助醫護人員方面，中醫醫院應備有一般醫院都具備的輔助醫護人員，如對中醫藥熟悉的護士、助理、中藥師、放射技師、醫務化驗師、物理治療師、職業治療師、臨床心理學家、社工、院牧、餐飲主管、IT 部門等。

教學與培訓

- 中醫醫院的定位應是向本地中醫院校學生及所有中醫師，甚至是全世界的中醫人才提供教學及培訓的場所，其教學及培訓的質量應代表香港及全世界中醫的最高水平。
- 在中醫執業資格試及中醫專業發展(專科)上，中醫醫院能擔當「臨床資歷認證」的重要角色，成為中醫資歷認證或資格考核的重要場地，以確保通過考核後的中醫師能適應本港的環境，滿足本港的中醫臨床服務需求。
- 其與中醫院校的關係應是獨立存在的，中醫醫院更重視的應是臨床專業能力的教學與培訓。
- 為了確保中醫醫院履行其作為培訓機構的責任，中醫醫院在制定醫師工作範疇及內容上，需確保合理和明確的規定。譬如說，所有實習醫師及初級醫師在為病人提供的臨床服務，須在上級醫師定期的指導和監督下完成，而不能只是以純服務的形式進行。
- 中醫醫院應訂定明確的培訓計劃及規定，確保所有醫師都有一定比例的時數參與培訓、學習、研討及科研等工作，而在營運開支及盈餘中，亦須確保一定的比例用作經常性的培訓開支。
- 為了確保培訓的水平和成果，中醫醫院應針對其培訓工作，在管治架構中常設「中醫專業學術委員會」，並邀請中醫業界及不同專業人士，為培訓的成果進行定期的評核和檢討。

科研

- 中醫醫院的科研，應以解決中醫診療問題，以及為中醫師提供有利其診治決策的目的為指導原則。其餘的科研項目應交由其他醫院或機構進行。

其他

- 政府應加大對中醫醫院及中醫產業的投資，並輔助中醫業發展，推動中醫藥產業。至少在中醫醫院上，政府需要有絕大的財政支持，以公營模式來營運。
- 政府及醫管局須就日後中醫醫院的管理人才及早作出規劃和準備，包括為有潛質的註冊中醫提供相關管理的培訓項目和課程。
- 長遠而言，政府應在醫管局以外成立「專責發展及管理中醫服務」的公營部門(如「中醫局」)，並在食衛局中設立相關的部門，聘請中醫任職，將中醫正式納入政府及公營構架，以確保中醫相關政策能以「中醫主導」及「保護中醫發展和利益」的原則進行。
- 在病歷互通上，政府有必要加快中西病歷互通的進行，否則中醫醫院的運作將受到很大的影響。
- 此外，政府亦有責任推動《醫院、護養院及留產院註冊條例》及《註冊醫務化驗師專業守則》的修改，以容許中醫有更大的權力參與醫院的運作及醫務工作。

註冊中醫師

陳文瀚上

香港中醫發展問題 (香港中西醫比較圖，截至 2017 年最新數字)

(2016-2017 年數字)	西醫	中醫
人數	~14000	~10000
公營常駐人數及比例	~6000 (40%)	~150 (1.5%)
公帑開支	~600 億	~6000 萬 (0.1%)
本科培訓時間	6 年	6 年
最低月薪	~\$55,000	從無統計，無從得知
本地培訓比例	~90%	<50%
畢業情況	特首承諾公營系統全數聘用醫科畢業生	畢業後莫說找工作，連執業試也不知能否通過

年份	筆試		實習試	
	應考人數	合格人數 (合格率)	應考人數	合格人數 (合格率)
2012	323	239 (74%)	429	199 (46%)
2013	398	257 (65%)	445	200 (45%)
2014	341	244 (72%)	450	203 (45%)
2015	396	292 (74%)	492	211 (43%)
2016	437	348 (80%)	573	237 (41%)

資料來源：香港中醫藥管理委員會

- 每年本地中醫大學學額：79 人
- 2013 年本港學生入讀國內中醫藥課程人數：約 470 人 (預計將於 2018 畢業)
- 2016-17 本地西醫學額剛好是 470 人
- 國內中醫課程修讀時間：5 年 / 本地中醫課程修讀時間 6 年
- 2017 香港大學中醫全科學士執業試合格率：50%