



2025 施政報告建議 林哲玄議員 (醫療衛生界)

18.07.2025



序

政策目標 —— 回應民生所需、助力專業發展

政策發展必須回應民生所需，我的建議主要聚焦三個議題：**基層醫療進一步發展、醫療收費和融資改革，以及整全復康治療規劃。**

基層醫療必須以民為本，設計上繼續堅持以家庭醫生為市民的健康總經理，地區康健中心為統籌機構，發展多專業、多服務點的良性競爭之社區醫療網絡，按部就班、穩步落實各項措施，拼出基層醫療健康藍圖下的宏大計劃。

公共醫療服務為市民提供安全網；公共醫療收費牽動民心，不少市民表示憂慮負擔能力，希望政府公佈清晰的減免機制。輔助融資方案包括優化現有自願醫保計劃以及重新考慮個人或家庭醫療戶口值得再次探討。私營醫療收費的透明度以及醫療保險賠償的透明度應該並肩而行，讓患者預先得知自負費用。

本港缺乏整全的復康治療政策，以致早期復康治療後的後續治療無以為繼，影響患者功能恢復和自我照顧能力，也增加照顧者和社會負擔。我建議政府成立高層次委員會檢視香港復康服務並制定復康政策。

其他建議包括下列幾項：一、建立香港醫護以及醫管局名牌，繼續醫管局改革，控制工作量和提升員工士氣；二、為認可醫療專業註冊計劃下的專業過渡法定註冊；三、制定機制定時檢討各項公私營協作計劃；四、保障市民，對仿醫療健康服務加強巡查打擊。此外，我支持繼續推進各項現有計劃。



林哲玄
2025年7月18日

快速搜尋：

市民角度 —— 希望醫療服務：

- 方便、快捷基層醫療的進一步發展（第 1 部分）
- 可負擔、性價比高、價格透明、資訊暢達、可信賴服務（第 2, 2.2, 2.3 部分）
- 家庭醫生和社區醫療服務增值服務（第 1.1, 1.2, 1.3 部分）
- 分層資助、費用和共付清晰（第 2.1.1, 2.1.2 部分）
- SOPC 服務提升，輪候期縮短（第 1.3.2 部分）
- 社區復康治療（第 3 部分）

業界角度：

- 主要關注為經濟有待復甦時的行業發展、行業競爭和政策扶持（各醫療衛生專業面對的挑戰列於附錄）

1. 基層醫療的進一步發展

1.1. 家庭醫生

目標是在社區建立跨專業醫療網絡，以醫健通連接和統籌服務，以家庭醫生為市民的健康總經理。

市民參加任何基層醫療服務計劃必須先登記家庭醫生的現行規定值得支持。家庭醫生為市民：

- 1.1.1. 預防疾病、治療慢病和偶發性疾病；
- 1.1.2. 每年為個人和家庭成員回顧健康狀況、設定來年的健康目標和落實方案；
- 1.1.3. 設計全人生週期健康，促進家庭整體及個別成員的健康。

1.2. 社區醫療網絡

現有政策：

社區藥房提供藥劑師的專業服務，不是賣奶粉、保健產品的商店，更不應非法售賣管制藥物。政府擴大社區藥房網絡、訂定社區藥房的實務守則以及吸納合規的大藥房經營社區藥房的計劃值得支持。

地區康健中心為市民登記各項基層醫療計劃、配對家庭醫生、提供健康教育和日常健康檢查。

建議 -- 向前看，基層醫療政策：

1.2.1. 應進一步扶持藥劑師以個人或組合形式設立社區藥房；社區藥房必須由專業藥劑師主導和負責。同時應盡快訂立社區藥房的執業規範，優化對藥劑師的專業監管制度。藥劑師按市場需要建立社區藥房可更好服務市民，也給予自身創業的空間。

1.2.2. 應按社區醫療網絡的建成，由基層醫療署穩步推出跨專業協作計劃。

1.2.3. 應鼓勵私人執業的物理治療師和職業治療師加入基層醫療指南／名冊，參與跨專業協作計劃為市民提供合適的免醫生轉介服務。

1.2.4. 應要求地區健康中心須聘任當區缺乏的基層衛生護理專業人員，補漏拾遺提供當區沒有的服務：例如營養師、足部理療師等服務。

1.2.5. 應要求地區康健中心為出院病人統籌康復治療，善用中心內以及社區醫療網絡上的服務，完善中風、心臟病、關節置換手術後等的康復治療服務。患者恢復得越好，照顧者的重擔就越輕。

1.3. 慢性疾病共同治理計劃

慢性疾病共同治理計劃為市民篩查三高，初步成果斐然。接下來我們應該：

1.3.1. 擴大疾病篩查至退化性疾病（包括關節骨骼肌肉退化及認知障礙）、兒童視力篩檢及近視控制、長者眼疾、常見癌病；

1.3.2. 以策略採購模式安排公立醫院專科門診的穩定慢性疾病患者批量轉診家庭醫生，輔以適當的社區藥劑師和社區護理服務，讓患者社區治病。

2. 醫療收費和融資改革

2.1. 公共醫療收費進一步改革

3月25日，政府公佈公營醫療收費改革，做到能者多付，將有限度的資源導向最有經濟需要的群體。各項公共醫療收費增加時，同樣重要是擴大減免機制，讓更多有需要人士得到費用減免的安全保障，並且落實公共醫療費用封頂，讓市民免於因病致窮。共付費用讓市民停一停、想一想，與醫生商量，因為進階造影化驗不一定是每個情況的最合理選擇。

從市民角度出發，急症室、住院、藥物等服務帳面收費增加，再加上進階服務的共付費用，令低收入家庭擔憂負擔能力。我建議《分層資助資格認證申請》以及《個人及家庭醫療儲蓄戶口》回應市民訴求。

建議：

2.1.1. 《分層資助資格認證》

計劃的目標是讓市民預先清楚獲知他和家人使用公共醫療服務的減免幅度。計劃是參考了新加坡的社區健康補助計劃（Community Health Assist Scheme CHAS）：每一名新加坡國民都可隨時網上申請，預先得知自己享有的醫療費用減免水平。減免分五級，按就業人士的收入或退休人士所擁有房屋的租值分五層資助。

政府不妨考慮設立清晰的分層資助資格認證申請計劃，鼓勵市民提早申請，預先知道自己和家人的公共醫療收費減免幅度，免除就診時不必要的擔憂。

2.1.2. 《個人及家庭醫療儲蓄戶口》

長期藥費、住院費、共付費對於較低收入的非綜援家庭來說是個可觀的數字。我們得為較低收入人士想想資金來源。撇除動用強積金和使用長者醫療券，我建議為市民設立《個人及家庭醫療儲蓄戶口》，由政府或市場金融機構管理，惟須確保存款追上通脹。市民投入勞動市場時開始供款，如果25歲開始月供款50元，一年600元，到55歲時有18000元，足以繳付住院費或共付費。要是政府願意1比1投放，市民55歲時戶口累積達36000元，資金更充裕。

2.1.3. 公立醫院服務多元化 —— 自願醫保公院優等床位：

兩個醫院建設計劃如火如荼，公立醫院床位正逐步增加，應該足夠應付未來需要。根據醫管局數據，平均住院成本每天 7000 元，收費改革後每天費用 300 元，資助率還在 95% 以上。資助率高不值得驕傲，資源投放用得其所才是目標。

醫管局不妨考慮設立較舒適寬敞的優等床位，費用以自願醫保報銷，公立醫院即使未能收回成本，資助比例也大減——估算補貼可由 95% 下降到約 50% 甚至 33%。所吸引的，應該不是原本打算入住私家醫院的病人，而是縱有醫保，卻沒有信心使用的人，他們今天無論如何還會光顧公立醫院的。提升病人使用醫療保險的信心原本就是自願醫保的初心。請政府考慮在公立醫院設立優等床位以自願醫保報銷的建議。

2.2. 私家醫療收費透明度和確定性

私營醫療收費以住院和大型手術最為昂貴，因此費用透明、確定是醫患的共同目標。我們鼓勵患者先諮詢家庭醫生，按病情所需轉介合適的專科醫生，但我們不可忽視市民訪尋專科醫生的權利以及事先得知診金和手術費的需求。

2.2.1. 透明度：私營醫療服務和費用搜尋

提高私家醫院收費透明度先導計劃 2016 年實施以來，涵蓋所有私家醫院和 30 種常見手術。醫生須向住院接受手術的病人提供醫生和醫院收費預算，而醫院須集合數據並於網站公開醫生和醫院的收費統計。可惜數據分散各醫院本身的網站，以致尋找不方便；市民對 90 百分位數和中位數也不一定理解。資訊必須易於尋找、易於明白。據悉，政府有意打造統一數碼平台集中所有醫院數據，以淺白和易於尋找的方式表述。對此，我表示贊同，並有以下建議：

- 2.2.1.1. 醫療服務及收費資訊平台由政府管有和維護；
- 2.2.1.2. 平台公開面對公眾，提供常見手術搜尋以及點擊人體圖像選擇部位、器官和手術。用戶可進一步輸入屬意的私家醫院、房間等級、醫生資料，以及健康狀況（慢病、BMI、相同部位手術歷史）；
- 2.2.1.3. 系統按用戶輸入數據羅列醫生列表，顯示每位醫生和醫院、日間中心組合的費用估算；

2.2.1.4. 系統可進一步涵蓋醫生門診各項收費，例如診金、疫苗接種等。

2.2.2. 確定性 — 應對併發症費用

就手術而言，最大不確定因素在於出現併發症。

私家醫院手術費用分為醫生和醫院兩部份。醫生所付出不過時間成本，因此只要醫生願意，手術收費的確定性可以很高；但手術時間一旦延長，護士團隊、器械、麻醉藥等資源定必增加，因而增加醫院的實際開支。萬一出現併發，病人需要多做一次補救性手術，術後深切治療等開支比預期可能培增。醫療的特性之一正是其不確定性。醫生都支持收費透明，在始料不及的情況下定必以救人優先，因而產生的巨大額外開支不代表醫生收費不透明。

收費確定的辦法有四：

- 2.2.2.1. 由醫院承擔：醫院制定全包式套餐，無論病人有否併發症，是否需要多做一次手術，收費不變；
- 2.2.2.2. 病人入院時購買一次性的併發症保險，萬一出現併發症，費用由併發症保險賠償；
- 2.2.2.3. 醫保視併發症為第二個診斷，由併發症引起的治療與入院時的原診斷分開理賠，讓併發症病人得到進一步的賠償保障；
- 2.2.2.4. 設立基金繳付部分併發症開支，為病人自費開支封頂。

醫院既非保險機構，也非導致收費增加的始作俑者，因此不應是承擔風險的合理責任人。

2.3. 收費透明與保險賠償透明並肩而行

自付費用 = 醫療費用 – 保險賠償

費用要透明，保險賠償也要透明，否則病多久，病人就忐忑多久 — 擔憂沒法負擔療開支。下列建議針對兩個議題：保險賠償透明確定、醫療所需。

- 2.3.1. **保險賠償透明確定：**我建議廣泛使用保險賠償預先批核：由政府與醫學界和保險業商討，打造統一平台，讓醫生在病人入院（或日間中心）前線上填報各項收費預算，上傳資料交保險公司預先批

核，同時作為向及病人提供之收費預算。保險賠償預先批核對於病人、醫生和保險公司都有好處：病人對自付費用心裡有數，自然較有信心使用私營醫療，對舒緩公營醫療壓力不無幫助；保險公司對賠償金額有所預算；對醫生而言填報手術或內窺鏡等費用也不難。

- 2.3.2. 保險賠償預先批核常與免找數出院安排掛勾，少數保險公司慣性拖延轉帳給醫院和醫生的行為必須得到管制。
- 2.3.3. 醫療所需：醫療程序是否需要、是否合適，剛成立的「醫學實證與臨床卓越研究所」將訂立常見疾病的臨床路徑，為醫生、病人和保險業提供診斷治療程序的客觀參考。

3. 復康治療全盤規劃

全球正面對人口老齡化、出生率下降、人口萎縮，香港不會獨善其身。隨着長者人數增加，糖尿病、高血壓的併發症例如中風、心臟病、心臟衰竭也將逐漸增加。復康治療可有效恢復患者的自我照顧能力、提升生活素質、減輕對照顧者的依賴，甚至重拾工作能力，讓患者再次活出精彩。

復康成效影響的不只是患者，還有照顧者以及社會勞動力。以今天的復康科技，中風病人重新步行、說話、自我照顧甚至工作都是可及的治療目標。但是，病人在醫院接受了密集的早期康復治療之後，便要面對進一步復康治療安排的困擾、往往茫無頭緒。

以社區為本的全面復康治療政策並不存在。照顧者忙於尋找治療師外，不少還要上班，顧得帶病人接受活動功能的復康治療又顧不得言語復康。**現時社區復康資源分散：**社區復康日間中心由社會福利署管轄、地區康健中心由基層醫療署管轄、普通科門診一般不提供復康治療、私人治療師價格不菲。**整體康復服務缺乏統籌**，甚至責任誰屬也不清晰：是勞福局還是醫衛局？我促請政府制定整全的康復政策，並有下列建議：

- 3.1. 設立高層次督導委員會，籌劃全港性、跨專業的復康服務；**
- 3.2. 地區康健中心為病人安排護士擔任個案經理，與公立醫院配合，按出院的治療方案為病人制定具體康復治療計劃，讓病人於公立醫院完成前期復康治療並於病情穩定後，安排在社區內延續跨專業復康治療；**
- 3.3. 對於社區缺乏的復康服務專業人員，例如言語治療師，地區康健中心理應補漏拾遺，提供相關服務。**
- 3.4. 每個社區設立日間中心，結合日間護理和復康治療，提供足夠的名額照顧未能自我照顧的患者。此舉應有效釋放照顧者的勞動力，讓家人下班時接病人回家，鼓勵患者居家康復。**

4. 打造兩個名牌：香港醫護品牌和醫管局品牌

4.1. 「香港醫護」品牌

香港醫生不賣廣告，因為我們深知醫、患在專業知識上不對稱，以致市民較容易被標榜醫療程序益處的廣告說服，從而接受沒有需要的服務。我們的專業守則以病人最大利益優先，以醫生應有的奉獻精神規範自己；香港醫生守法以外，還要守規（《香港註冊醫生專業守則》），否則可被醫務委員會從名冊上除名。

香港的醫學專科水平位於世界前列；專科醫生訓練全港統一、考核相同。不少專科學院與國際頂尖專科醫學院聯試，由本地聯同海外考官主考。通過考試的醫生同時獲頒香港醫學專科學院和海外專科醫學院的資格。

背靠祖國、面向國際，香港有能力成為華南的醫療樞紐，為內地以致世界各國的人民提供優質醫療服務，同時提升香港的國際聲望。

4.1.1. 建議：與旅發局合作對外推廣香港醫護，提供樸實無華的統一資料庫提供搜尋平台，配以收費透明機制，打造國際醫療樞紐。

4.2. 打造「醫管局品牌」

醫管局擁有作為名牌的條件：作為全港最大單一醫療服務機構以及醫療衛生專業人員的僱主，醫管局是訓練專業人員的重要基地。醫管局照顧弱勢社群、治療危急重症、擁有最先進的醫療設施，而且案例數目巨大、人員經驗豐富。**醫管局新任行政總裁上任之際，我希望指出：改革必須聚焦舒緩員工過大的工作量和提昇士氣。士氣高昂的機構是不愁不夠員工的。**

建議：

4.2.1. 管理層必須採取主動，提升員工士氣，讓員工感受到機構的優越條件、看到自己工作的專業價值和公益性，令員工以身為醫管局的一份子感到自豪，做到只有最好的員工才可以留任——這是打造醫管局名牌的先決條件。

- 4.2.2. 優勞多得可引發醫護的動力提昇工作效率，但必須嚴防奉承文化的出現，以及為求表面效率而捨難取易，令病情複雜患者得不到適切關注。
- 4.2.3. 醫者承傳重在學術追求和行醫態度，成功的導師都克己盡職、身先士卒。醫管局不妨設立優秀導師獎，鼓勵富經驗專業人員更用心培育後輩。
- 4.2.4. 任何地方必須優先照顧本地畢業生，而七月正是新畢業醫生完成實習，申請入職的季節。畢業生都希望選擇心儀的專科，當聘任非本地畢業醫生入職年中無休時，七月份本地生求職時專科選擇一旦不如理想，就很容易認為專科職位都分給了先前入職的海外畢業生了。當局請考慮或同時聘任本地畢業生與非本地畢業生，或將兩者的聘任時間距拉闊，避免雙方產生誤會。

5. 臨床心理學家、教育心理學家、言語治療師、聽力學家和營養師法定規管

認可醫療專業註冊計劃 2016 年推出至今，各指定註冊機構業已順利通過了兩次外部評審，證明各機構水平達標。由於註冊並非法定要求，非註冊人士亦可自稱計劃下的專業人員執業。非註冊人士不受指定監管機構規管，水平沒有保證；即使是註冊人員，一旦被違規審查便動輒退出註冊繼續執業。由於註冊並非法定條件，指定監管機構也無可奈何，可見現存制度對市民保障不足。

5.1. 建議：推行法定註冊

為五個專業推行法定註冊可以將其納入專職醫療業條例，也可以新訂條例賦予指定機構法定監管和註冊權。後者既符合專業自主的原則，又不必以公帑補貼監管和註冊事宜。

6. 適時檢討和優化各項公私營協作計劃

自願醫保計劃、大腸癌篩查計劃以及多項公私營協作計劃“年久失修”，多年來沒有檢討。我建議政府為所有計劃設定清晰透明的檢討機制，並諮詢業界意見。

6.1. 自願醫保計劃(VHIS)的契約條款相對一般醫保而言，對受保人有更優越的保障，可惜賠償額落後於醫療開支的上升，賠償額越發不足，卻多年來沒有檢討。 VHIS 現行保障涵蓋非手術癌症治療，卻不包括癌症以外的非手術治療。過去十年藥物治療、免疫治療和標靶治療發展迅猛，對自身免疫疾病等療效顯著，但費用高昂。**如果 VHIS 涵蓋指定治療目的之昂貴藥物，對患者將是福音。** 我促請政府及時檢討 VHIS。

6.2. 各項公私營協作計劃並沒有既定檢討機制，醫生發現的問題也鮮有修補，付費多年沒有檢討。 以大腸癌篩查計劃為例，自 2016 年推出以來，除了病理表格選項有些微修改之外毫無修訂。醫生多次表示，設施費用已然上升，但計劃付費不變，以致醫生收入逐步下降；計劃也不容許醫生參加多年後修改共付費用。凡此種種，在在減低醫生對策略採購服務的參與熱誠，無助於更好善用全港醫生人力資源。

7. 仿醫療健康服務巡查打擊

市面上充斥痛症中心以及名稱五花八門之仿醫療健康服務、部分更施行危險頸部拗扯，最嚴重者可導致脊椎斷裂、肢體癱瘓。法例沒有為醫療健康行為定義——各專業註冊條例只限制非註冊人員不可冒充註冊人員。法例規範提供正規醫療衛生服務的處所，卻對仿醫療健康服務毫無監管。先撇除不良營商手法不談，法例毫無疑問對市民保障不足。我建議政府：

- 7.1. 為醫療衛生服務定義，規定非註冊醫療衛生服務者不可提供定義的醫療衛生服務。
- 7.2. 加強巡查，打擊非註冊人士聲稱提供物理治療、中醫、脊醫或其專有範圍之服務，並確保處所符合《私營醫療機構條例》及《專職醫療業條例》等的法定要求，對違規行為提控，保障市民得到專業的醫療衛生服務。
- 7.3. 加強教育：衛生署應廣泛推行公眾教育，教育市民善用專業醫療服務和提防仿醫療健康服務冒充正規專業。

8. 現有政策穩步向前、逐步落實：

- 8.1. 香港藥械監督管理中心（政府於 2025 年 5 月 26 日公布時間表和第一層審批工作路線圖）
- 8.2. 中醫藥發展藍圖（2025 年底發表）
- 8.3. 粵港澳大灣區國際臨床試驗所已所在河套深港科技創新合作區香港園區啟動
- 8.4. 真實世界研究及應用中心將於 2025 年底前成立
- 8.5. 醫健通+的法例修訂以及數碼醫療的進一步發展
- 8.6. 基層醫療健康藍圖的逐步落實、基層醫療名冊的建立

附錄：醫療衛生各專業面對的挑戰

中醫：

1. 期待加入基層醫療各項資助計劃，參與慢病共治以及社區復康治療
2. 面向國際輸出中醫服務

中藥：

1. 期待建立中藥認証標準，打造香港成為面對全球的中藥港

西醫：

1. 疫情後至今病人數目大幅萎縮
2. 保險公司通過網絡限制醫生作業並控制費用
3. 醫療保險賠償不透明不確定
4. 公立醫院工作量持續增加，人力資源卻有所縮減，例如退休重聘計劃緊縮

牙醫、西醫：

1. 面對市民北上就醫，病人大幅減少
2. 希望打造香港醫生品牌，發展香港成為全球高端醫療中心
3. 配合科研製藥和先進醫學器械研发的第一層審批以及產業化，转化成果率先在港使用

藥劑師：

1. 期待強化藥劑師在基層醫療的角色，以及社區藥房的進一步專業化發展
2. 希望政策鼓勵個別或小組藥劑師籌建社區藥房良性競爭，避免 NGO 以籌款資源割喉式競爭驅逐競爭者

視光師：

1. 強化在基層醫療的角色
2. 兒童眼睛和屈光篩查、近視治療
3. 畢業面對生失業危機，亟待關注

物理治療師、職業治療師、放射師：

1. 畢業生擔憂出路、失業危機

認可醫療專業註冊計劃的 5 個專業：

1. 期待法定註冊

