

# 競選政綱

林哲玄

為專業構建未來  
為全民成就安康



davidlam.2025election@gmail.com  
青山道702-704號合興工業大廈B座10樓F室1001號房

各位同事、朋友：

疫情後，復常了。但經濟仍然不景：私家醫生、牙醫的病人數目斷崖式下跌。北上就醫已成常態；南下的人少了。

公立醫院專科門診仍看到晚上八時；回家了，可晚飯也錯過了；孩子叫聲爸、媽就要睡了。

累沒累要，但盡了力，還被投訴。多做可以，頂硬上沒所謂，出意外了責任都推到身上，值得嗎？

公私營協作好，大家都來幫忙！十年了，費用沒調整，租金、藥物、器械、人工都加了，比十年前帶回家的收入卻少了，退還是不退？

追求生活、追求事業，不應該嗎？

尊重、理解、體諒，多一點可以嗎？

同事的心聲，我知道，我都聽到。

未來必須是光明的、充滿希望的；只要努力都能夠成就事業；只要願意都可以擁抱生活 -- 哪怕是一點空間！

我的政綱，為大家而寫，更希望與大家一起寫。今天是個起步，讓我們一起修改 -- 在天際、在地上我們一起描畫。

哲玄

未來，一起追  
YOUR FUTURE  
MY COMMITMENT

## 目 錄

回顧篇	2
為政篇	5
醫療收費和融資改革	
基層醫療的進一步發展	
智慧醫療	
康復治療策略的全盤規劃、體系建立和政策制訂	
打造兩個名牌：香港醫護品牌和醫管局品牌	
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	
適時檢討和優化各項公私營協作計劃	
仿醫療健康服務巡查打擊	
現有政策穩步向前、逐步落實	
懷仁篇	20
中醫藥發展西醫面對的挑戰	
牙醫的困境	
藥劑師	
視光師	
護理專業	
物理治療師、職業治療師	
脊醫	
認可醫療專業註冊計劃的 5 個專業過渡法定註冊	

## 回顧篇

時間飛逝，我在立法會的任期已經到了尾聲。回望 4 年，我戰戰兢兢、夙夜匪懈，凡事不敢怠慢，唯恐辜負重托。作為醫療衛生界的代表，我堅持以專業的觀點出發，在民生相關議題上建言獻策，以民為本。具體醫療發展諸如基層醫療、社區藥房都是我 4 年前的選舉政綱。推動至今，成果可說豐碩。

首先與各位回顧一下我 2021 年的選舉政綱「團結專業，創造互惠共贏；社區醫療，舒緩公院壓力」。

醫療衛生業界是個充滿默契的家庭。現今在基層醫療的框架下，家庭醫生擔任病人和家人的「健康總經理」，藥劑師解答服藥疑難並提升服藥依從性，而物理治療師和職業治療師即將開展免轉介安排。公立醫院中、西醫協作範圍持續擴大，提供中、西醫協同服務的香港中醫醫院即將啟用。可見中、西、脊醫之間，醫藥之間，醫護之間以及專職醫療和醫生之間找到了多點契合，開啟了和諧共處優勢互補的大門，福澤社會。一家人不等於意見永遠一致；在不同意見中尋找最大公因數，解決問題、求同存異，在大家的支持下，今天我們基本上做到了。

我提倡發展社區醫療，概念上與基層醫療相同。行政、立法共同努力打造的基層醫療體系有目共睹。以醫健通聯通的多專業社區醫療網絡輪廓漸顯，家庭醫生加盟基層醫療指南不在少數。下一步要增加指引的涵蓋範圍，發展醫健通的智慧功能以及透過實證醫學臨床指引規範服務、提升質素。可惜，公立醫院壓力未見舒緩，穩定慢性疾病也未見批量轉症家庭醫生，社區康復治療也缺乏整全策略。

我重視提升教育以推動社會階梯流動，提出鼓勵創科、扶助創業、與國家發展融合：「俯仰神州、馳騁天下，拋開一城之思想囹圄才是自由的開端」。在動盪初平之時，我強調只有和平，人民才得以安居樂業、社會才有所發展。

我提出為公立醫院前線同事「找回生活、找回工作的成就感、滿足感」。幾年後，醫管局在 2024 年成立公立醫院系統管理檢討委員會全面檢討醫管局管治和運作，我是委員之一。

我也提出發展跨專業社區醫療網絡，把社區打造成無牆的醫院。

另外，我也作出了以下多項建議：

1. 持續專業進修必須專業自主，並建議由政府資助發展（後來提出具體建議由政府建立跨專業電子 CPD 系統）。
2. 護理專科進一步發展，可惜任內沒有進展。
3. 「認可醫療專業註冊計劃」下的專業過渡法定註冊，也可惜任內沒有進展。
4. 《牙醫註冊條例》修訂時更新牙科執業的定義，涵蓋矯齒漂白等程序。上述更新已寫入《牙醫註冊（修訂）條例》，令人鼓舞。
5. 學童牙科保健服務推展至中學，結果衛生署 2025 年 3 月推出「青少年護齒共同治理先導計劃」。
6. 設立由藥劑師監督的安老院舍藥房：與政府商討後，建議改為社區藥劑師主導的藥房為安老院按處方定時發出多藥單劑包裝藥物，減低發藥錯誤機率。藥劑師服務亦可拓展至社區為市民解答用藥疑難、提醒注意事項、及早發現副作用等服務，提升服藥依從性。結果政府 2024 年推出「社區藥房計劃」，內容大致與建議相符。

以上所有意見和建議，絕不出自個人，而是醫療衛生同業的集體智慧。身為業界代表，必須敞開心扉、虛心學習、細心聆聽，集眾人的智慧提取精粹，加以整理作為政策倡議的藍本。

展望未來，我們尚未完成的工作仍很多，包括：

1. 醫療開支持續上升，需要融資改革、優化安全網，把有限資源導向最有經濟需要的病人群體；
2. 醫健通條例修訂完成，措施仍有待落實，方能做到「一人一病歷」和「看病流程一站通」；
3. 進一步優化智慧醫療，建立醫護人員的 AI 副駕駛( co-polit )系統，協助診斷、草擬治療計劃、藥物配發等功能，提升病人安全和舒緩前線工作壓力；
4. 隨着人口老化和慢性疾病的併發症增加，我們急需系統化社區康復治療並增加服務量；
5. 公立醫院服務壓力龐大，急需與基層醫療重新分配工作，把穩定慢性疾病病人分流到社區。因此也必須提升基層醫療的承載量，以科學實證指引規範服務以及建立跨專業服務體系。

承先啓後，2025 年的政綱既是 2021 年政綱的延續，更是幾年來行政、立法工作成果的延續和展望。

## 為政篇

### 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，我主要聚焦四個議題：醫療收費和融資改革、全面康復治療政策、基層醫療進一步發展，以及智慧醫療。

#### 聚焦一：醫療收費和融資改革

醫療是政府的第二大財政支出，增長高企，已瀕臨不可持續。

公共醫療服務為市民提供安全網；安全網的目的必須清晰——把有限資源導向有醫療所需的經濟困難群體。任何人都可以使用的安全網太寬，昂貴藥物和治療的資助門檻又太高，所以必須持續改革。

要鼓勵市民使用私營醫療，就必先解決市民對自付醫療費用部分的憂慮。私營醫療收費與醫療保險賠償的透明度和確定性必須並肩而行，實現差額透明 (known gap)。

#### 聚焦二：基層醫療的進一步發展

基層醫療必須以民為本，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。

### 聚焦三：智慧醫療

長遠而言，人工智能與機械人定將開創未來：為醫護發展出協助診斷和擬就治療方案的「副駕駛」（即 co-pilot）、分析大數據發出臨床路徑依從性的提示（臨床路徑 = clinical pathway）、為病人進行遠程臨床監察、發佈健康預警提醒照顧者和醫護、開拓智慧發藥系統以及執行護理服務，減少錯漏、提升工作效率。

短期目標是醫健通落實一人一病歷和醫療服務一站通。技術挑戰包括建立醫健通與診所和醫院系統間之兼容、對沿用紙本病歷醫護人員的數碼支援、確保網速足夠和系統穩定，擬定系統異常或當機之應急方案。私隱和安全隱患亦不容忽視，包括病人存入資料的自主決定權如何體現？醫生使用電子病歷是否等於已盡保管病歷記錄責任？醫護面臨訴訟時的病歷檢視權如何保障？以及私營醫療軟件的數據安全是否足夠？

### 聚焦四：全面復康治療規劃

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指定復康政策。

## 1. 醫療收費和融資改革

醫療開支升幅長期高於本地生產總值，嚴重影響財政可持續性。

2023–24 財政年度的醫療衛生經常性開支港幣 2,512 億，佔本地生產總值 8.3%，其中 52% 屬於公共醫療開支，48% 屬於私營醫療開支。2025–26 年財政預算案的醫療開支佔政府開支 17%。

### 1.1. 安全網做到名乎其實

公共醫療服務為市民提供安全網，目的必須清晰 – (1) 為經濟困難群體提供適切的醫療健康保障、為所有人提供 (2) 危症以及 (3) 重症治療、(4) 培育醫療專業人員。任何人都可以使用的安全網太寬，昂貴藥物和治療的資助門檻又太高，所以必須持續改革。

### 1.2. 清晰有效的分層資助

分層資助必須清晰，讓市民一早就知道資助比率，免卻生病時為診費焦慮。診費必須有效分流、又照顧到基層群體需要。舉例說，急症服務成本 2,080 港幣 (2023–24)，劃一資助診費 400 港幣對基層群體昂貴，優化後的減免機制可舒解基層群體的擔憂，但無助分流經濟能力較強的群體。我建議進一步拉闊分層資助比率。

### 1.3. 《個人及家庭醫療儲蓄戶口》

共付費用讓市民停一停、想一想，與醫生商量最合適自己的治療方案，也承擔照顧自己健康的責任，是減少公共醫療資源濫用的重要措施。

不過，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，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 18,000，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 36,000，資金更充裕。

#### 1.4. 持續優化公私營協作

策略採購私營醫療服務不等於外判(out-sourcing)，也可以是招募醫護到公營機構內提供服務，補充人力需求(in-sourcing)，目標是充分善用全港的醫療人力資源。外判不必招標、價低者得；我倡議由採購方（醫管局或策略採購辦公室）訂立條件和收費合約，容許專業資歷達標的醫護自由參與，並容許個別服務提供者收取在相關服務平臺公佈的共付費。公開合約招募比招標更能善用人力資源、引入持續良性競爭，更為市民提供多元選擇。

#### 1.5. 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。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，但我們認同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。

##### 1.5.1. 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，以致搜尋不方便；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：

- a) 醫療服務及收費資訊平台由政府管有和維護；
- b) 平台公開面對公眾，以簡易方法搜尋治療某疾病或提供某手術的醫生列表。用戶可進一步輸入屬意的私家醫院、房間等級以及健康狀況（慢病、BMI、相同部位手術歷史）；
- c) 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；

#### 1.5.2. 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。萬一出現併發症，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倍增。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：

- a) 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；
- b) 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；
- c) 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；
- d) 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。上述建議已與局方溝通，來年將積極跟進。

### 1.6. 收費透明與保險賠償透明並肩而行

$$\text{自付費用} = \text{醫療費用} - \text{保險賠償}$$

病人關注自付費用。自付費用即醫療收費與保險賠償之間的差額。因此，醫療費用與保險賠償兩者都必須透明，病人才清楚自付費用 (known gap)，而且應該入院前就知道。下列建議針對兩個議題：保險賠償透明確定、醫療所需。

1.6.1. 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、醫學界和保險業商討，打造跨保險公司的統一平台，讓醫生在病人入院（或日間中心）前填報各項收費預算，上傳保險公司，讓各保險公司按照病人選擇使用的保單順序預先批核賠償金額。保險賠償預先批核對於病人、醫生和保險公司都有好處：病人對自付費用心裏有數，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。

1.6.2. 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。

1.6.3. 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。

## 2. 基層醫療的進一步發展

### 2.1. 繼續推動一家人一家家庭醫生

目標是在社區建立跨專業醫療網絡，以醫健通連接，由地區康健中心或家庭醫生統籌服務，以家庭醫生擔任市民的健康總經理。

家庭醫生為市民：

- a) 提供預防性治療，治理（有需要時與專科醫生以及跨專業團隊共同治理）慢性疾病和偶發性疾病；
- b) 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；
- c) 設計全人生週期健康計劃，促進家庭整體及個別成員的健康。

### 2.2. 社區醫療網絡

社區內的醫生星羅棋布，是極好的醫生網絡基礎，但缺乏其他專業的支援；政府對病人接受跨專業醫療服務也缺少統籌和資助。統籌工作可由地區康健中心負責：為市民登記各項基層醫療計劃、為沒有慣常醫生的病人配對家庭醫生、提供健康教育和日常健康檢查。

社區藥房提供藥劑師的專業服務，而非賣奶粉、保健產品的商店，更不可違規售賣管制藥物。我建議政府在擴大社區藥房網絡的同時、訂定社區藥房的實務守則加強規管。

我的倡議 —— 向前看，基層醫療政策：

- a) 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。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。
- b) 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。

- c) 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。
- d) 應要求地區健康中心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。
- e) 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。

### 2.3. 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：

- a) 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；
- b) 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症家庭醫生，輔以適當的社區藥劑師和社區護理服務，讓患者社區治病。

## 3. 智慧醫療

老齡化社會對照顧者的需求定必增加，但勞動力卻減少。無論是管控慢病或者照顧病患，我們將越發依靠科技。人工智能輔助診斷、人工智能擬就治療方案都有助提升醫療效率、減少錯漏，也減省人手。扶抱、轉身、床浴等重複性照顧工作將更多交由機械人輔助。

維生指數、活動和康復指標監測器械日新月異，廣受康復病患和家屬歡迎，但系統之間、系統與醫健通之間並不兼容，以致數據流失和無法整合分析。

- 3.1. 我建議醫健通發展成為外掛醫療系統的兼容平台：醫健通辦公室可訂定兼容標準，鼓勵醫療器械開發商對接，傳輸有用資料至醫健通。據悉，2026 年政府將立法監管醫療器械，釐定標準，登記達標的器械。醫療數據的準確性十分重要，因此兼容醫療器械須通過嚴謹篩選。我建議只有獲登記的醫療器械才可向醫健通存入數據。
- 3.2. 我期待醫健通發展出副駕駛功能輔助醫生診斷，列出鑑別診斷 (differential diagnoses)、提出排除建議並撰寫治療方案初稿。
- 3.3. 醫健通條例修訂通過後，私營醫療機構的存入資料量正急速上升，但也揭示了電子病歷系統的隱患，包括：
  - 3.3.1. 技術性挑戰：診所電子病歷紀錄系統 (eMR) 一旦當機便無法使用系統，也沒法看病人；沿用紙本病歷的醫生轉用 (eMR) 需時適應；鄉郊地區和老舊大廈網速緩慢；
  - 3.3.2. 私隱挑戰：醫健通尚未建立「病人拒絕存入指令」功能；有 eMR 租用外國商業機構的雲端硬碟，以致病人資料外洩風險有待管控；第三方 (例如保險公司) 要是取得病人同意 (例如購買醫保時一般簽署的無限時同意) 獲取醫療信息，醫健通拒絕披露的法理基礎穩固性存疑；
  - 3.3.3. 醫護人員保管病歷的責任：保管病歷是醫生的責任，eMR 將資料放到雲端是否等於醫生已經履行相關責任？一旦病歷遺失或外洩，責任誰屬？醫生離休後病歷的保管責任不會終止，萬一遭遇醫療訴訟時病歷是醫生最有力的辯護證據，但停止租用 eMR 後資料如何處理和如何取回的問題還沒有清楚答案。

業界代表必須謹記科技是雙刃劍，醫護人員不是科技專家；政府倡導醫健通時必須保障醫護人員的合法權利和合理權益。

#### 4. 康復治療策略的全盤規劃、體系建立和政策制訂

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。康復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。

康復成效影響的不只是患者，還有照顧者以及社會勞動力。以今天的康復科技，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，便要面對進一步康復治療安排的困擾、往往茫無頭緒。

以社區為本的全面康復治療政策並不完善。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康復治療又顧不得言語訓練。現時社區康復資源零散：日間社區康復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？我倡議政府制定整全的康復治療策略，建立體系、制定政策，並有下列建議：

- a. 設立高層次督導委員會，籌劃全港性、跨專業的復康服務；
- b. 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康復治療並於病情穩定後，安排在社區內延續跨專

業復康治療；

- c. 對於社區缺乏的康復服務專業人員，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。
- d. 每個社區設立日間中心，結合日間護理和康復治療，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。

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/非法行醫加強巡查打擊，並考慮立法禁止。現分述如下：

## 5. 打造兩個名牌：香港醫護品牌和醫管局品牌

### 5.1. 「香港醫護」品牌

「香港醫護」是一面金漆招牌，我們的水平和道德操守為國際所認可和推崇。醫療服務首要任務是滿足內需，也應與國際競爭，提升自身水平。把高水平服務推向全國以致全球最有益於醫患雙方，更可為業界開闢廣闊的新天地。

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，與世界接軌。香港醫生道德操守嚴謹：例如我們不賣廣告，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益處的醫療廣告說服，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為依歸，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）。

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、提升香港的國際聲望。政府推廣香港時應同時標榜香港醫護的高水平醫療、透明的診費、嚴謹的監管，打造「香港醫護國際醫療樞紐」品牌。

## 5.2. 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資深醫護人員的集中地，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。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。

我建議如下：

- a) 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。
- b) 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。
- c) 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勵計劃，鼓勵富經驗專業人員更用心培育後輩。
- d) 任何地方必須優先照顧本地畢業生，每年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，醫管局實不宜緊貼七月前一季內先聘任非本地畢業醫生佔據熱門專科職位。本地醫科畢業生都無比優秀，不怕直接競爭，但不可讓非本地生在入職時間搶佔優先。

## 6. 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。由於註冊並非使用專業名稱以及執業的法定條件，指定監管機構也無可奈何，可見現存制度對市民保障不足。

建議：為五個專業推行法定註冊可以將其納入專職醫療業條例，或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，值得探討。

## 7. 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。

7.1. 自願醫保計劃(VHIS)的契約條款優於一般醫保，對受保人有更好的保障，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。過去十多年藥物治療、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。我建議 VHIS 涵蓋指定治療目的之昂貴藥物，請政府及時檢討 VHIS。

7.2. 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，診費多年沒有檢討。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並無修訂。醫生多次表

示，設施費用已然上升，但計劃診費不變，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。

## 8. 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：

8.1. 為醫療衛生服務定義，規定非註冊醫療衛生專業人員不可提供定義的醫療衛生服務。具體而言，我建議《醫生註冊條例》第 28 條第 1 款加入(d)項：建議行文為「任何人並非已註冊，而向他人針對任何疾病、傷患、殘疾和疼痛提供任何形式的治療，即屬犯罪」；並優化第 3 款，即指明上款不適用於中醫、牙醫、脊醫、藥劑師、護士、助產士以及專職醫療人員提供法律規定或其專業守則容許的治療，以及不適用於衛生署的認可醫療專業註冊計劃下的專業人員提供計劃規定或符合其專業守則的治療。

8.2. 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。

8.3. 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。

## 9. 現有政策穩步向前、逐步落實

- 9.1. 香港藥械監督管理中心（政府於 2025 年 5 月 26 日公佈時間表和第一層審批工作路線圖）
- 9.2. 中醫藥發展藍圖（2025 年底發表）
- 9.3. 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
- 9.4. 真實世界研究及應用中心將於 2025 年底前成立

## 總 結

回顧過去，展望將來，醫療發展過去四年有長足進步，基層醫療和社區藥房初具規模，醫藥科研屢有突破、藥械監管註冊如箭在弦、智慧醫療正逐步推廣，但政策落地砂石未清、社區醫療體系建構未成、醫健通+落戶私營體系挑戰重重，醫療開支屢屢破頂，亟需改革維持持續性。

醫療發展雖千頭萬緒，可幸道路方向清晰，有待完成的項目繁多，工作力度必須加強。過去四年，我自問克己盡責，與業界保始終持密切溝通，與政府建立了良好互信，對政策自問熟悉。凡此種種，都是服務市民和業界的先決條件，我懇請各位醫療衛生界的同事，12 月 7 日立法會換屆選舉投票日投下您神聖的一票，支持林哲玄。

謝謝！

## 懷仁篇

### 政策目標 – 回應民生所需、助力專業發展

公營醫療專業人員的關注：生活和事業的矛盾和平衡

公營醫療體系管理層的責任：提升員工士氣、管控前線工作量

#### 中醫藥發展

##### 一、中醫轉介診斷造影和醫學化驗

1. 法律已然修訂允許放射技師和醫務化驗師接受中醫的診斷造影和醫學化驗轉介，但到落實還需面對不少挑戰：
  - a. 哪些臨床狀況適合使用診斷造影或醫學化驗？
  - b. 使用科技的中醫師須具備哪些條件？
2. 中醫務必採取主動，以科學數據和臨床經驗為基礎與相關專業委員會通過商討制定指引。

##### 二、中醫健康教育

1. 中醫藥是我國傳統文化的瑰寶，推廣中醫藥就是推廣傳統文化；
2. 學校應加強中醫健康普及教育；
3. 醫務衛生局中醫藥處應與教育局攜手合作推動中醫健康教育；
4. 教材可由政府資助中醫業界和學術界制定。

### 三、中醫納入慢病共治計劃

基層醫療慢性疾病共同治理計劃正處於草擬臨床指引階段，目標是跨專業協作。把中醫納入三高診治的跨專業協作指引須參考內地經驗和臨床科研數據。

### 四、中醫專科發展

這是時機的問題，中醫業界應採取主動，由中醫藥管理委員會配合資歷認證。

### 五、中藥標準、中藥交易市場：

期待建立中藥認証標準，打造香港成為面對全球的中藥交易市場，以香港作為跳板推向國際。

## 西醫面對的挑戰

### 一、醫科畢業生面對非本地訓練醫生競爭受訓專科選擇

1. 醫管局應優先聘任本地醫科畢業生，聘任非本地醫生目標在於填補人力缺口；
2. 本地畢業生不怕公平競爭，但不應在聘任時間上讓非本地醫生佔優。

### 二、公立醫院工作量

1. 專科門診病人過多，看病時間過度壓縮影響診治素質，管理階層必須有效管控工作量；
2. 近日退休重聘步伐倒退，醫管局需要檢視對人力資源的影響並檢討措施；
3. 公立醫院專科門診穩定慢病患者可批量轉症家庭醫生，舒緩同事的工作壓力；

4. 應調整公立醫院的撥款政策，透過政策鼓勵部門轉症家庭醫生。

三、與保險公司建立互信，攜手邁向保險賠償「差額透明」(known gap)

1. 部分保險公司憂慮少數病人和醫生濫用保險；
2. 部分保險公司透過網絡醫生安排影響醫生臨床決定並控制費用；
3. 醫生與保險公司應達成互信，攜手提升醫療收費及保險賠償透明度；我建議由政府建立開放給所有醫生、適合所有醫療保單的跨保險公司統一保險賠償預先批核平台。

### 牙醫的困境

聚焦：病人數目斷崖式下跌

- 香港充斥境外牙科廣告，內容誇大、過度誘使市民使用服務，或已違反醫學倫理；
- 服務只在境外提供，廣告聲稱便無法核實，也無法保障市民不被誤導，理應禁止或嚴格限制；
- 醫療首要任務滿足內需，但也應該面向世界，與國際競爭，吸引高端病人，提升自身質素；
- 香港醫生的優勢在於專業、可信、與國際接軌，足以建立「香港醫護」名牌，打造國際高階醫療服務樞紐。

監管境外醫療服務廣告的具體建議：

1. 在《商品說明條例》下新訂附屬法例，規範醫療廣告：訂明醫療廣告只能包括指定資訊 (specified information)；

2. 修訂《不良廣告（醫藥）條例》附表 1 及 2，禁止牙科治療廣告：
  - a. 修訂附表 1 「禁止或限制發布的廣告所涉及的疾病及病理情況」，在第一欄加入「任何口腔頷面疾病」；第二欄加入豁免情況，即「以施用於身體外部的藥物治療口腔潰瘍、含片舒緩口腔疼痛情況」，以及
  - b. 修訂附表 2 「禁止為以下目的而為任何藥物、外科用具或療法作廣告宣傳」加入「植牙外科手術」；
3. 對於宣傳境外服務之廣告，由於本港執法機關（海關）無法查證商品說明的真確性，執法機關應要求商戶提交充分證據證明所聲稱的服務內容容屬實； 以及
4. 衛生署對違反《牙醫註冊條例》，在港通過醫療廣告聲稱為牙醫或可提供牙科治療的人士採取法律行動。

註：具體建議包括修訂法例，請參考：牙醫的困境 – 北上的挑戰（下）廣告規管：<https://www.drdavidlam.net/post/20251031-2>

### 藥劑師

1. 建議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. 建議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 以籌款資源割喉式減價驅逐競爭者。

### 視光師

視光學為嚴謹學科，基礎訓練為五年本科。香港理工大學是本港唯一提供視光師本科訓練的學府，學術地位享譽全球。視光師具備檢查眼睛、視力、屈光以及辨別眼疾的能力，可為市民放瞳檢查眼睛、篩檢視力，是基層醫療的重要一員。往前看，我建議：

1. 強化視光師在基層醫療的角色、更新法例（359 章 附表一）對視光師工作的描述以切合現實和專業發展；
2. 推動由眼科醫生、視光師等跨專業提供的兒童眼睛及屈光篩查、近視治療，長遠有助縮減近視群體，提升市民的視力健康；
3. 面對市民北上驗眼、配鏡，香港對視光師的需求下降。畢業面對生失業危機，須予以關注。

### 護理專業

#### 背景：

1. 註冊或登記人員數目不少，但實際工作人手長期不足，各院校已加緊訓練，全港每年畢業護士達 3,000 人；
2. 工作性質需要輪班，導致生活時間顛倒，作息無常，影響生活質素；
3. 傳統社會女性以家庭為重，為了更好照顧兒女，多有爭取彈性上班或兼職；

#### 建議：

4. 優化兼職安排：兼職不是「散工」，兼職仍可融入部門、接受訓練，即使訓練期長；留住半個員工比丟掉一個員工強；
5. 專科護理和護理執業的發展在業內和學界討論經年，護士管理局亦已備有專科護士名冊；發展已到達關鍵期，政策上應賦予地位，成為高級護理人員的聘任條件。
6. 護理執業可在社區提供多元化的護理服務，強化社區醫療服務，帶動基層醫療升級，政府應予以考慮。

### 物理治療師、職業治療師

1. 免轉介安排順應基層醫療發展，賦權病人選擇第一服務提供者；

2. 基層醫療有跨專業服務安排，鼓勵專業人員加盟基層醫療指南/名冊、醫健通以及收取長者醫療券，並透過策略採購為康復人士在社區提供適切的康復治療服務；
3. 畢業生擔憂出路、失業危機：以 2023 年醫療人力推算，包括物理治療和職業治療的專業人力缺口將數於數年內消失，屆時人力足夠。政府和大學今天就應該做好準備，調整工作性質、增加需求或調節大學學額。

### 脊醫

脊醫廣受市民歡迎，不少患者受惠於脊醫治療，腰背關節長期問題得到紓解。脊醫在港法定註冊經年，其醫療角色卻未受政府關注，也未納入公營醫療體系。

我建議從基層醫療做起，根據臨床科研數據逐步把脊醫納入相關疾病治療的跨專業協作框架，既可提供市民更多元選擇，也善用全港醫療人力資源。

### 認可醫療專業註冊計劃的 5 個專業過渡法定註冊

1. 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；
2. 非註冊人士不受指定監管機構規管，水平沒有保證；
3. 現存制度對市民保障不足，應重提過渡法定註冊；
4. 法定註冊可循專職醫療業方向，在原有《專職醫療業條例》加入新專業，也可以訂立新條例進行註冊。新條例賦予指定機構註冊和相關權力，規定只有指定機構註冊的人士可依法使用專有職稱。新訂條例的方向既尊重專業自主，也不必以公帑補助註冊機構，值得政府探討。

《牙醫的困境 – 北上的挑戰（上）》



《牙醫的困境 – 北上的挑戰（下） 廣告規管》



《醫健通eHealth：展望》



更多文章載於本人選舉網站 [www.drdavidlam.net](http://www.drdavidlam.net)

為專業構建未來  
為全民成就安康