



中華人民共和國香港特別行政區立法會  
LEGISLATIVE COUNCIL  
OF THE HONG KONG SPECIAL ADMINISTRATIVE REGION  
OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA

# 26-27 財政預算案建議書



林哲玄

二零二六年二月三日

建議	具體內容
增加煙草稅	按世界衛生組織建議，增加煙草稅至零售價格 75%，並設自動調整機制，未來調整無須立法
不贊成進一步寬減各類酒稅	醫療衛生界不贊成進一步寬減各類酒稅；建議政府進一步調整前須觀察與酒精相關疾病的趨勢最少 5 年
公共醫療服務定位、優化分層資助	確立公共醫療安全網定位，優化分層資助，公帑導向有經濟需要人士，同時降低昂貴自費項目資助門檻，提升私營醫療收費透明度等多項措施
設立家庭或個人醫療儲蓄戶口	為市民早作儲備，為公共醫療費用和共付費用提供資金來源
長者醫療券目標為本內地報銷	長者醫療券內地定點報銷旨在鼓勵及方便回鄉安老長者就醫而非轉移香港對市民的醫療責任；新設報銷地點應選擇港人退休地區而非關口附近
策略採購廣納服務提供者	以招標選擇服務提供者導致參與者少，市民沒有選擇；建議開放合約，凡資歷達標的醫護人員均可參加，為市民提供更多選擇，促進良性競爭
策略採購清晰界定資助服務範圍	策略採購項目設計階段宜多諮詢前線人員，多考慮可操作性和具體挑戰，設定每一價格單元的服務範圍，避免供需雙方爭議或濫用
定時檢討公私營協作計劃	設立機制定時檢討各公私營協作計劃的操作流程設計和資助額，並向立法會衛生事務委員會報告
預留資源聘任新畢業醫護人員	公立醫院及衛生署各醫護專業職系流失下降，空缺減少，但過去數年不斷增加本科學額，須預留資源盡數聘任本地新畢業港人以及盡量提供工作機會予境外畢業回流本港居民。
確保公營機構醫護經驗足夠	醫管局不再聘任兼職醫護人員，又減少重聘退休醫護人員，以致經驗流失，初級醫護人員比例上升，恐影響服務質素及安全。醫管局應訂定初級專業人員比例，適度聘任經驗退休、兼職或全職人員，保障服務質素與安全。
新畢業中醫規範培訓	鼓勵新畢業中醫參與 18 區中醫診所暨教研中心及香港中醫醫院提供的規範培訓，可考慮職位輪替增加接觸面，並統一訓練期薪酬
發展醫療樞紐	打造香港成為亞太區進階醫療意見(2 <sup>nd</sup> opinion)樞紐，處理複雜個案並提供治療，以科研、人才培訓、嚴格監管以及專業服務共同帶動
專業牌照智慧管理	建立可供各專業（不限於醫療衛生）使用的數碼化專業進修管理系統，對接牌照系統，數碼化續領程序，提升效率與精準度，減少人力需求
加強建造業監管	針對建造質素欠佳、工地安全欠妥和工人出糧不準時三個難題，建議進一步加強市建局或新獨立監管機構，全權負責監督及保障，並賦權勞福局局長因應上述問題勒令工地停工

## - 前言 -

本港金融服務持續強勁上升，旅遊產業顯著成長，地產市場稍見回暖，但市民消費仍疲弱而且信心不足。

醫療服務需求持續增加，開支持續膨脹。公共醫療服務收費改革雖初見分流病人成效，卻無助於削減開支。公營醫療仍主導市民求醫習慣，超越安全網角色。市民較多北上就醫，令本港私營醫療服務面臨供應過剩的挑戰。醫療人手訓練持續增加，但市場收縮，導致部分專業的畢業生（視光、物理治療、職業治療等）找不到工作。醫護學生普遍對畢業後就業前景有所疑慮。

非本地醫療廣告充斥市面，部分誇張失實，吸引市民接受具創傷性又未必有醫療需要的治療，已構成公眾威脅，理應修法取締。本地部分廣告含有治療腫瘤、止痛等醫療聲稱，誤導市民，明顯屬於非法行醫，卻礙於法例行文而在過去控訴舉證無效，理應修法，予以取締保障市民健康。

與顧問團隊討論後，我提出 14 項與財政有關的建議，包括 13 項醫療衛生範疇和一項與樓宇建造維修安全有關的建議（見左表）。



## 1. 增加煙草稅

吸煙是主要可預防死因，吸煙可導致多種癌症、心臟病、中風以及嚴重呼吸道疾病。根據香港大學 2024 年的研究報告，離世時年齡 35 歲或以上人士之中，每 100 人就有 26.3 人的死亡由吸煙導致。與吸煙有關的直接醫療支出 2021 年 26.6 億港幣（下同），二手煙導致的醫療開支 3.5 億，經濟損失 99 億。

根據世界衛生組織，增加煙草稅是單一最有效控煙策略，目標稅額是零售價格的 75%。雖然過去我們連續兩年加煙草稅，但煙草商跟着加價，抵銷了煙草稅佔比。現時煙草稅佔零售價約 65%，有上調空間。

我感謝政府推出了強而有力的控煙措施，進一步增加煙草稅將加強控煙措施的效果。

**建議：煙草稅調升至佔零售價格的 75%，並按零售價變動而自動調整，維持佔比。**

*Ng CS, Yu CW, Leung L et al: Economic costs of tobacco-related disease in Hong Kong in 2021; BMJ: <http://dx.doi.org/10.1136/tc-2024-058817>*

## 2. 不贊成進一步寬減各類酒稅

根據衛生署衛生防護中心的資料，酒對健康可構成即時和長遠的影響。短時間內大量飲酒可引致意外、暴力、酒精中毒甚至死亡。酒被列為第一類人類致癌物，飲酒可導致口腔癌、咽喉癌、食道癌、肝癌、大腸癌和乳腺癌等多種癌症。長遠而言飲酒會增加罹患多種長期病患的

風險，例如胃潰瘍、肝硬化、肥胖、高血壓、心臟病、腦血管疾病和精神病。飲酒的孕婦較高機會誕下有缺陷及有生長及發展問題的嬰兒。飲酒與家庭暴力等嚴重社會問題有關。

酒精導致的疾病不少需時顯現，故此必須長期監察。政府去年降低烈酒稅，我們必先檢視港人酒精攝取的變化以及酒精有關疾病的發生率、嚴重個案比例以及死亡率。監察一般需時5年以上方為穩妥，因此現階段切勿進一步減稅。

### 3. 公共醫療服務定位、優化分層資助

公共醫療的定位是安全網。2005年《創建健康未來探討日後醫療服務模範討論文件》提出公共醫療的任務包括：救急扶危、貧苦大眾、複雜重症和專業培訓。對私人醫療的要求之一是其可及性：為收入水平一般的市民提供能夠負擔的服務。20年過去了，今天，病人流向仍由公共醫療主導；公共醫療的安全網太寬，沒有門檻，任何人都可以受惠；但昂貴治療資助的門檻又過高，令中產階級家庭望門輕嘆。

理想的公共醫療應以市民能力分級資助，最有經濟能力的付足成本價，經濟收入最低和弱勢社群持續獲得高資助或免費治療。昂貴治療資助門檻則按價格適度調整，涵蓋經濟能力較佳但無法長期支付昂貴治療的家庭。元旦日實施的公共醫療收費改革正是在這路上起步了，值得鼓掌，並須穩步前進。

私人醫療價格雖由市場主導，但醫療始終有其公益性，不可以純商業運作，因此可加強政策調控（包括現行的策略採購以合約定價，以及

未有實行的以公營醫療各項服務成本作為市場參考值，和直接市場參與調控價格）。

**建議：**

- 一、 定時檢討公共醫療收費，穩步增加費用佔成本比分，並優化分級資助，讓資源更精準導向有需要群體：基層和弱勢群體得到充足資助，中等收入家庭得到合理補助，較有經濟能力人士按能力承擔，富裕人士繳付成本價；
- 二、 適度調整昂貴治療自費項目的資助門檻，讓中等收入家庭受惠；
- 三、 進一步提升私人醫療收費透明度以及保險賠償預審透明度；
- 四、 訂定方案償付重大併發症開支，令私營醫療開支更確定；
- 五、 推出市場調控機制穩定私人醫療價格。

## 4.設立家庭或個人醫療儲蓄戶口

即使政府大幅補貼公共醫療，包括共付費用在內的醫療費用對於基層市民始終構成負擔。應對策略有二：其一，慢性疾病盡量轉介家庭醫生；其二，設立個人或家庭帳戶儲蓄資金。

家庭醫生知識面廣、服務全面，常見慢性疾病只要穩定，應付卓卓有餘。不必多看幾個專科，診金自然減少，也方便了市民。這正是進一步發展基層醫療的方向之一。

醫藥費和各項共付費用大了，就要幫病人想想錢從何來。我建議政府重新考慮設立個人或家庭醫療帳戶。假設 25 歲投入工作時開始供款，每月 50 元，一年有 600，10 年 6000，到 55 歲時 18000 元。若政府一對一投放，存款達 36,000 元，足以繳交公共醫療開支。當然，帳戶管

理機構必須保證利息追上通脹。每月 50 元的供款，大部分市民都可以負擔，值得考慮。

**建議：設立家庭或個人醫療儲蓄戶口，由個人和政府一比一供款，用以支付公共醫療開支，包括常規費用、共付費用以及自費項目。**

## **5.長者醫療券目標為本內地報銷**

醫療券容許長者在內地指定地點報銷，目標在於鼓勵長者回鄉退休就醫，而非方便居港市民到比鄰城市求醫。本地醫療體系始終是市民健康的第一責任人，不應轉嫁內地加重當地醫療負擔。

**建議：增加使用點時，考慮較多市民回鄉退休的城市，而棄選比鄰香港的社區。**

## **6.策略採購廣納服務提供者**

策略採購例如康復治療、護理服務、言語治療等基層醫療服務須為市民提供多元選擇，多服務點。政府慣常以招標形式外判服務，以致每區只有單一或少數服務提供者，導致市民沒有選擇。部分較為成功的公私營協作計劃把合約開放給所有合資格的專業人員，系統內設質量監控機制，行之有效。開放合約安排較能吸引服務提供者，為市民帶來更多選擇，促進良性競爭。

**建議：推出公私營協作計劃 / 策略採購項目時，多使用對所有合資格醫護人員開放的合約，而非招標。**

## 7. 策略採購清晰界定資助服務範圍

策略採購項目由私人執業醫護人員為市民提供服務，費用由政府補助、病人共付。醫護人員最清楚提供服務的限制和具體挑戰。因此，項目設計離不開諮詢前線醫護人員、重視他們的意見，包括理順作業流程、界定服務範圍、監控服務質素、防止濫用和釐定資助原則。良好溝通、互信是項目成敗的關鍵。

試例舉如下：服務範圍不清是「慢性疾病共同治理先導計劃」的缺陷之一。不少病人要求醫生多治療幾個疾病，但計劃既不為診斷數目設限，更不按診斷數目或工作量調整資助，以致不少醫生對計劃不滿。

**建議：策略採購項目推出前多與前線醫護人員溝通，尊重實際經驗，並定時檢討（見下）。資助金額可按服務量調整，或允許醫生按已公佈收費表增收共付費用。**

## 8. 定時檢討公私營協作計劃 / 策略採購項目

醫管局的「耀眼行動」（白內障手術協作計劃）、「青光眼治療協作計劃」、「腸道檢查公私營協作計劃」（腸道協作）以及衛生防護中心的「大腸癌篩查計劃」都是比較成熟而成功的公私營協作計劃。多年來透過各計劃受益的市民數以十萬計，參與的醫生人數不少。各計劃多有操作上值得改進之處，卻多年來只有主管機關的小修小補，而且檢討透明不足，諮詢架構不一定包括參與計劃的醫生。有些計劃資助額10年沒有調整，但器械、手術室、耗材等的價格則拾級而上，以致醫生實際收入不升反降。

**建議：建立透明機制定時檢討各公私營協作計劃 / 策略採購項目的作業流程及資助額等，邀請參與計劃的醫護人員加入檢討諮詢架構。**



## 9. 預留資源聘任新畢業醫護人員

我們有責任優先保障本地畢業生的工作機會，包括新畢業醫護人員。過去多年醫護人力資源緊張，公共醫療以及社福機構千方百計招募新血、挽留員工；各大學和院校大幅增加學額。由於流失率下滑，空缺減少，今年已有新畢業視光師、職業治療師和物理治療師找不到工作。

2025 兩大醫學院入學新生 650 人，全港新畢業護士超過 3600 人。各職系對入職前景不無擔憂。

**建議：醫管局作為主要醫護人員雇主以及最重要的專業培訓基地，應聯同衛生署預留資金盡數聘任新畢業醫護人員，為老齡化下的香港提供足夠而又訓練充分的公共醫療專業人員。**

*註：2025 年醫管局醫生人手共 7,040 人，全港醫生人數約 17,000 人。醫管局護士 30200，全港護士人數 75000、助產士 4200 人。*

## 10. 確保公營機構有足夠經驗人員

人力資源包括人數和經驗。根據前線醫護人員反饋，一年來，醫管局不再續聘 locum 兼職醫護人員，大幅減少重聘退休醫護人員，以致寶貴經驗隨着資深人員離去而流失，資深醫護人員比例下降，恐影響服務質素及安全。

**建議：醫管局訂定資淺（註冊後三年內）專業人員比例，適度聘任具經驗的退休、兼職或全職人員，保障服務質素與安全。**

## 11. 新畢業中醫規範培訓

18 區中醫診所暨教研中心、香港中醫醫院可為新畢業中醫師提供在職培訓，提升能力、累積經驗。規範化的職位輪調訓練更可擴大接觸面，令訓練更全面。畢業後規範培訓並非註冊要求，純屬自願性質，但值得鼓勵。

**建議：為所有願意參加規範培訓的本地中醫畢業生提供充足機會，期間薪資待遇宜劃一，完成規範訓練後頒授可援引資歷。**

## 12. 發展醫療樞紐

醫療服務的首要目標是滿足內需，我們是香港市民健康的第一責任人。基於醫療的公益性，產業化必須秉持專業倫理，不宜純商品化，更不可以追求利益為首要目的。在「一國兩制」的制度優勢下，我們的科研接軌國際；在「一園兩區、一所一中心」的佈局下，我們的生命科技研發已趨成熟，既有新藥投入市場，亦有器械獲得國家藥品監督管理局審批，等待投產。

**建議：充分利用制度優勢及本港潛力，打造香港成為亞太區高階醫療樞紐，輸出醫療服務，提供複雜個案的進階醫療意見（2nd opinion）並提供治療。香港發展高階醫療樞紐，應以科研、專業服務、嚴格監管和人才培訓共同帶動。為保障市民得到全面的醫療服務，我們必須避免單一或狹窄範圍發展，避免人才集中到盈利科室而犧牲為市民提供全面服務。**

### 13. 專業牌照智慧管理 – 建立數碼化 CPD 及續領執業證系統

醫療、法律、教育、社工、工程、建築、會計等專業人員有數十萬之眾。單是醫療衛生就有 125,000 名註冊專業人員。所有專業人員必須申領或定時續領執業證；各專業要求原則上相近：無專業或刑事定罪紀錄報備、滿足持續專業進修要求，健在並仍然執業。數碼化系統可滿足各專業的相類要求，減少人力操作。幾個要求之中，持續專業進修部分較為複雜。

醫療衛生界的申領執業證系統已投入服務，唯缺少持續專業進修記錄一項，以致申請未能全數碼化。3 年前我曾向衛生署提交建議，建造一套包括行政管理、批核學分以及記錄個別專業人員學分的持續進修管理系統，得到署方初步回應，有待落實。一旦落實，系統可大幅減少行政和文職人員工作，提升效率和精準度。除了醫療衛生 24 個法定註冊及行政註冊行業可以使用外，系統只要按各專業需要微調，可供各專業界別使用。

**建議：建立智慧 CPD 系統，預留微調空間供各專業使用。**

### 14. 加強建造業監管

大埔火災揭示建造業存在長久以來未能解決的問題，包括安全監督、質量監控以及圍標文化。政府計劃擴大市建局功能或新成立「監管局」，為業主委員會 / 立案法團推薦承建商，把採納推薦與資助掛鉤的建議既可有效減低委員會或法團墮入圍標陷阱，又為業主專業評審投標承建商，是敢於作為、勇於承擔的惠民政策，值得支持。

措施雖好，唯未能解決安全監督、質量監控和拖欠工人薪金等問題。  
建議進一步加強市建局或「監管局」功能如下：

**建議：**

- 一、市建局或「監管局」常設安全主任以及工程監督 (Clerk of Works) 團隊，人員只向市建局或「監管局」負責；工程開展時，強制承建商 / 發展商向發展局或「監管局」購買安全主任和工程監督服務；**
- 二、開展工程前，承建商 / 發展商必須向市建局或「監管局」繳付人工資按金，一旦發生拖糧欠薪事故時，市建局 / 「監管局」可動用按金支付工人薪金；**
- 三、賦權勞福局局長在出現拖糧欠薪事故時，可勒令地盤停工。**

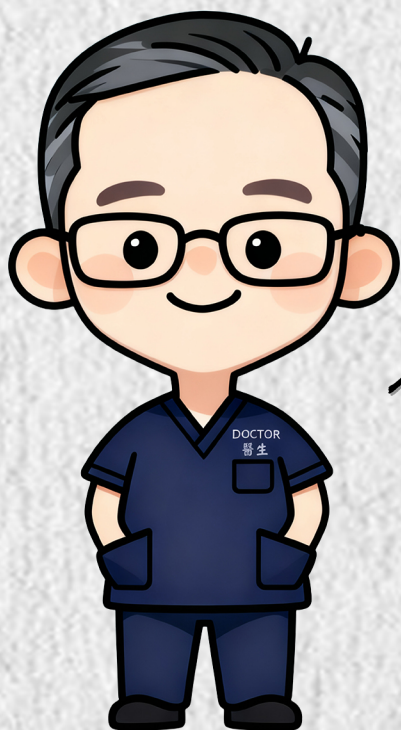


## - 總結 -

我關注醫療服務的可持續性，公營醫療的定位，公帑的運用以及全港醫療人力資源的善用。13 個建議從多角度入手調控上述議題，可算是套組合拳。第 14 個建議因應火災揭示的問題提出，算是門外漢的簡介，希望拋磚引玉。市民都看見了政府的改革決心，往下來行政、立法共同努力，全港同心同德建造安居、安全、安康的社會。

林哲玄

2026 年 2 月 3 日



## 林哲玄立法會議員辦事處

地址：香港中區立法會道1號立法會綜合大樓9樓918室

電話：(852) 5978 7371

電郵：[info@dr-davidlam.com](mailto:info@dr-davidlam.com)