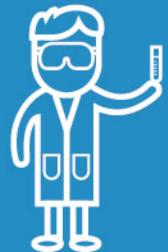
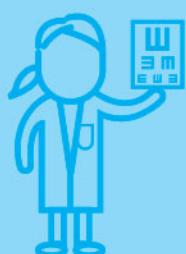


醫療人力規劃和 專業發展策略檢討

報告



香港特別行政區政府
食物及衛生局



序言

醫療人力規劃和專業發展策略檢討督導委員會主席
食物及衛生局局長

高永文醫生，B.B.S.，J.P.



多年來，本港的醫療系統因應社會需要和期望不斷演變和發展。我們的醫療專業人員勤奮能幹，竭誠盡責，憑着他們的努力，本港的醫療系統與日俱進，在國際間冠絕大部分醫療範疇，港人壽命已為全球之首。我們的成績得來不易，但面對社會不斷老化，市民對醫療服務的期望日漸提高，我們不能滿足於現狀。為了市民的健康福祉和本港的未來發展，一個可持續發展的醫療系統至為重要，亦必須配以充足的醫療專業人手支援。我們必須未雨綢繆，為將來投放資源，當機立斷，作出必需的轉變。基於醫療改革的需要，醫療人力規劃和專業發展策略檢討督導委員會在二零一二年成立，由本人擔任主席。

過去數年，督導委員會及其轄下六個小組的成員以委託兩間大學進行的研究為基礎，展開深入及透徹的討論和分析，進行全面的檢討，本報告是集眾人智慧的成果。兩項研究分別由香港大學（港大）和香港中文大學（中大）進行，港大負責探討醫療人力推算，中大則負責研究醫療專業發展及規管。督導委員會及其轄下六個小組的全體成員一直不吝提出真知灼見，為檢討工作全力以赴，無時怠懈，我謹此衷心致謝。我也感謝港大和中大努力為這項檢討提供專業意見和技術支援。此外，醫療專業人員及社會其他相關持份者提供了不少寶貴的意見和建議，我謹在此一併致謝。

在檢討期間，我們以互相合作和尋求共識為目標，並盡量在檢討結果中吸納和整合眾多的意見和建議，藉着這個過程，我們得以找出

問題所在，深入加以研究，最後定出檢討結果和建議，實在令人欣喜。這份報告的結果和建議會為醫療人力規劃奠定穩固的基礎，也會為我們培育更優秀和出色的醫療專業人員訂下未來路向，確保他們能繼續以卓越的服務，贏得市民的尊敬和信任。

檢討完成後，政府會隨即展開更新人力推算工作，諮詢相關持份者，並會邀請各醫療專業的管理局和委員會就如何推行檢討所提出的建議，提交詳盡和具體的方案，務求在推行建議時能顧及個別專業的獨特情況。長遠而言，我們會竭盡所能，令醫療專業的人力供求大致平衡。這是政府與督導委員會及其諮詢小組全體成員的一致目標，相信也是香港人的共同熱切期望。

醫療服務關乎所有市民的福祉。要建立可持續發展的醫療系統，你們的寶貴意見和積極參與必不可少。希望大家能抽空詳閱這份報告，並就醫療人力規劃、專業發展和規管廣抒己見，多提建議，我們定必逐一聆聽，仔細考慮。

醫療人力規劃和專業發展
策略檢討督導委員會主席
食物及衛生局局長
高永文醫生，B.B.S.，J.P.
二零一七年六月

醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告

目錄



行政摘要

第一部分：	概況	1
	背景	1
	策略檢討	4
第二部分：	人力規劃和推算	6
	概況	6
	各醫療專業的人力推算結果	14
	建議措施	54
第三部分：	專業發展及規管	61
	概況	61
	建議措施	63
	個別專業的關注事項	76
第四部分：	建議及落實建議	83
	A. 醫療人手	83
	B. 專業發展及規管	88
第五部分：	致謝	93

第一章 — 香港的醫療系統及醫療專業人員

1.1	概況	1
1.2	醫療衛生開支	3
1.3	醫療人手	3
	須進行法定註冊的醫療專業	8
	醫生	8
	牙醫	14
	牙齒衛生員	18
	護士	19
	助產士	24
	中醫	26
	藥劑師	29
	職業治療師	32
	物理治療師	34
	醫務化驗師	36
	視光師	38
	放射技師	40
	脊醫	42
	無須進行法定註冊的醫療專業人員	43

第二章 — 醫療人力規劃和專業發展策略檢討

2.1	概覽 - 醫療改革的背景	45
2.2	策略檢討	47
2.3	委員會架構	47
2.4	檢討範圍	48
2.5	委託研究	50

第三章 — 委託研究 — 人力推算

3.1	現行的醫療人力規劃	51
3.2	港大的研究	51
3.3	醫療人力推算的挑戰和限制	51
3.4	通用推算模型	52
3.5	需求推算	53
3.6	供應推算	54
3.7	人力差距	55
3.8	研究結果	56
3.8.1	醫生	56
3.8.2	牙醫	57
3.8.3	牙齒衛生員	58
3.8.4	護士	59
3.8.5	助產士	61
3.8.6	中醫	62
3.8.7	藥劑師	63
3.8.8	職業治療師	64
3.8.9	物理治療師	66
3.8.10	醫務化驗師	67
3.8.11	視光師	68
3.8.12	放射技師	69
3.8.13	脊醫	70

第四章 — 委託研究 — 專業發展和規管理制度研究

4.1	本港現行的規管架構	71
4.2	中大的研究	81
4.3	研究結果	83
4.4	個別專業的關注事項	93

第五章 — 強化醫療人員團隊 — 建議和落實建議

5.1	主要觀察 - 醫療人力	97
5.2	建議措施 - 醫療人力	103
5.3	建議措施 - 個別專業的情況	107
5.4	主要觀察 - 專業發展及規管	115
5.5	建議措施 - 專業發展及規管	116
5.6	建議及落實建議 A. 醫療人力 B. 專業發展及規管	120 122

致謝

125

附件

附件1	授權範圍	127
附件2	成員名單	129
附件3	醫療人力規劃的常用方法	135
附件4	香港與其他地區醫療專業人員的規管架構比較	136

行政摘要

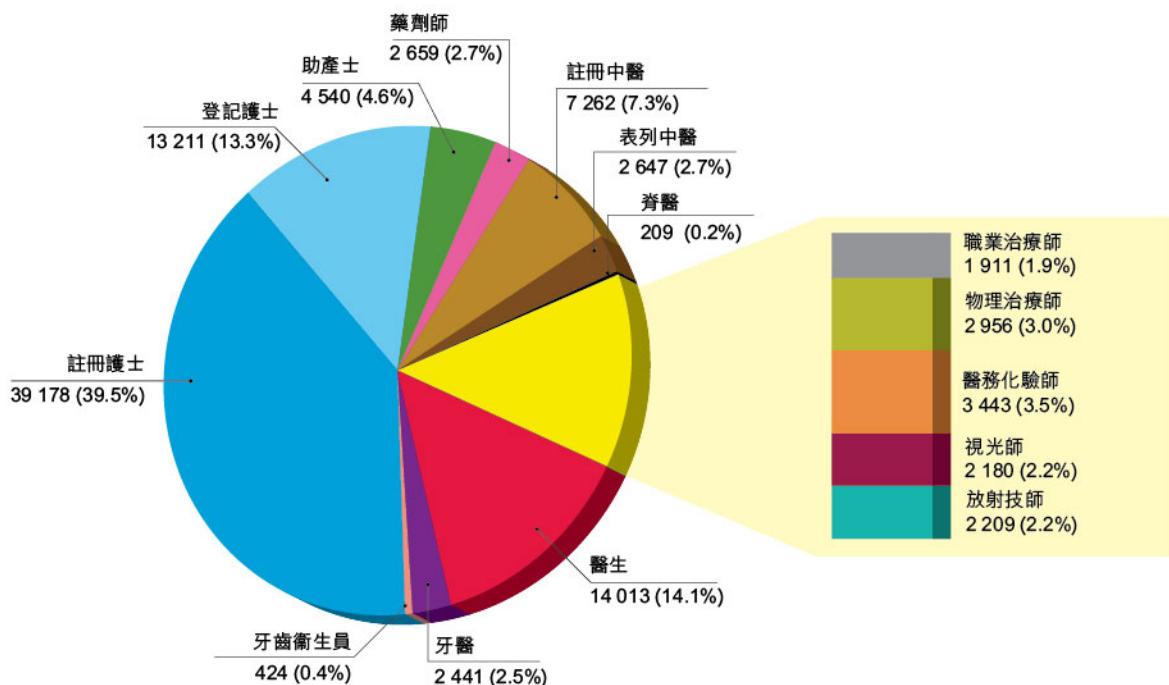
第一部分：概況

背景

經過多年發展，香港建立了一個高效的醫療系統，為市民提供卓越的醫療服務。目前，以多個健康指標(如預期壽命和嬰兒死亡率)而言，本港都處於世界最佳水平之列。本港的醫療服務水平和質素享譽全球，在尖端醫療科技方面穩佔領先地位，與其他先進經濟體系相比，本港的醫療服務十分出眾。

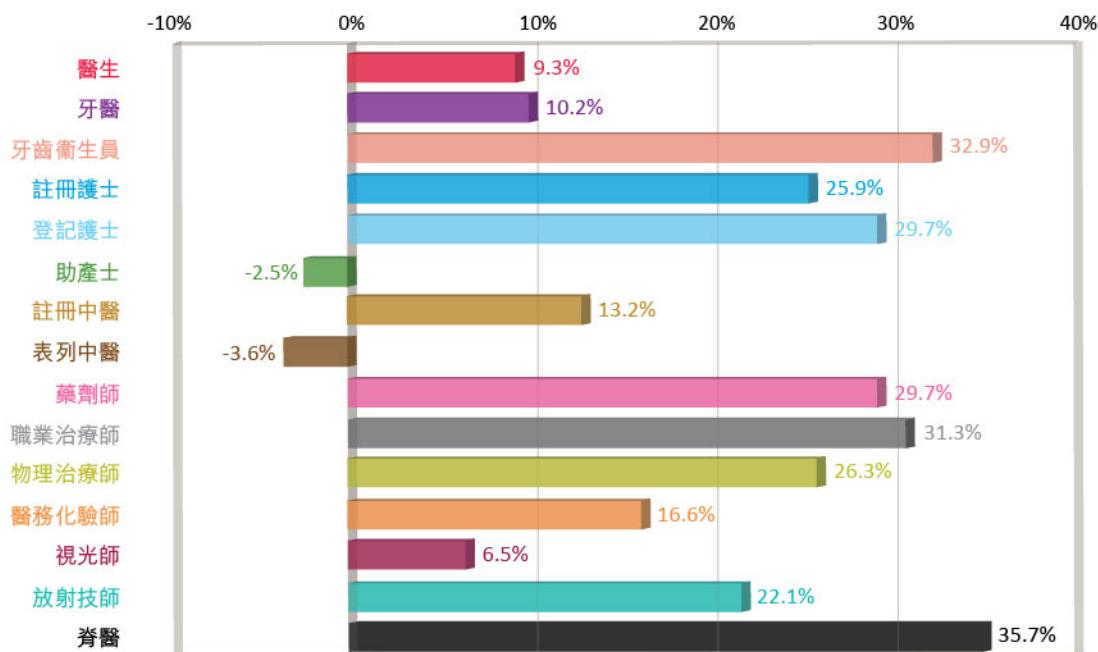
2. 本港的醫療系統由多個專責的醫療隊伍組成。在二零一一年，全港約有83 000名人員來自13個須進行法定註冊的醫療專業。截至二零一六年年底，有關數目已增至超過99 000名。

圖 1. 醫療專業人員的數目(截至2016年年底)



資料來源: 衛生署

圖 2. 2011年至2016年醫療專業人員的增長

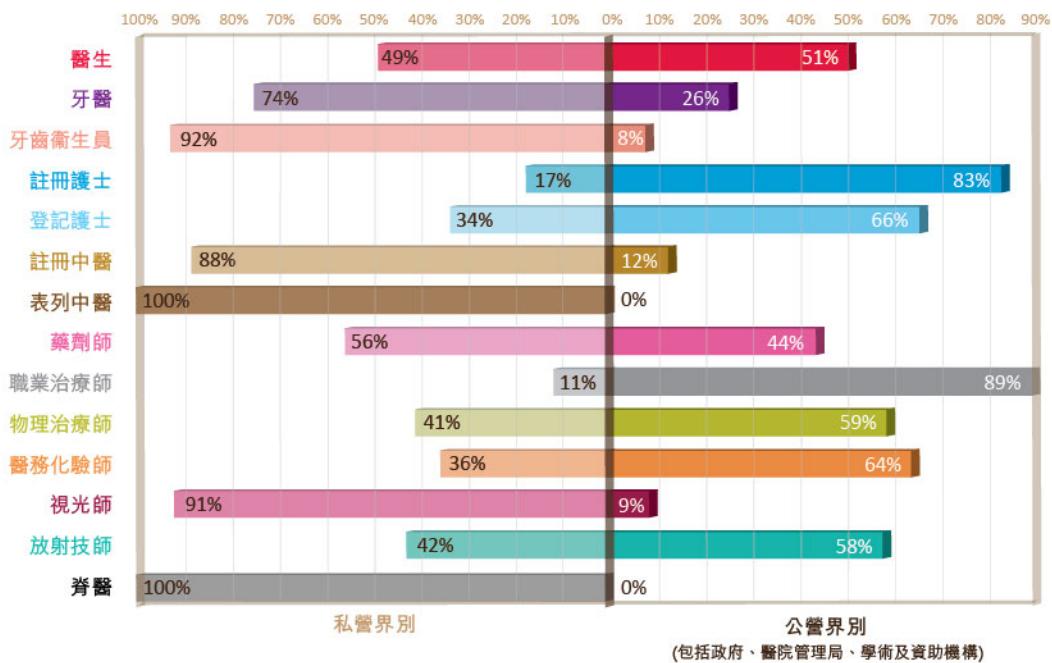


資料來源：衛生署

3. 大部分醫生、護士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師和放射技師受聘於公營界別¹，而牙醫、牙齒衛生員、中醫、藥劑師、視光師

和脊醫等醫療專業人員則大多數在私營界別提供服務。

圖 3. 醫療專業人員按工作界別的分佈



資料來源：醫療衛生服務人力統計調查

¹ 公營界別包括醫院管理局、衛生署、學術和資助機構。

4. 一如眾多先進經濟體系，本港的醫療系統面對不少重大挑戰，包括人口老化、與生活模式相關的疾病與日俱增，以及公眾對醫療服務的期望逐漸提高。面對這些挑戰，政府聯同醫院管理局(醫管局)與私營醫療界別合作，在過去數年對醫療系統進行了重大改革，以確保系統能持續發展。

5. 除了改善基層醫療服務、藉提升基礎設施和加強規管(包括對私營醫療設施的規管)來推動醫院服務的發展、改善公營醫療系統、推動以公私營協作的方式提供醫療服務，以及推出自願醫保計劃外，政府更致力制訂醫療人手策略，確保有充足的合資格人員應付未來的需要及支援本港醫療系統的可持續發展。

圖 4. 醫療改革下的主要措施



策略檢討

6. 在上述的背景下，政府在二零一二年成立督導委員會，就本港的醫療人力規劃及專業發展進行策略檢討。

策略檢討的目的

7. 督導委員會負責提出建議，以－
(a) 應付預計的醫療人力需求；及
(b) 促進醫療專業的專業發展；
以確保醫療系統得以健康持續發展。

圖 5. 策略檢討的目的



督導委員會的架構

8. 督導委員會由食物及衛生局局長擔任主席，三十多名委員來自不同背景，包括知名海外專家。督導委員會轄下成立了一個統籌委員會，以支援督導委員會的工作。統籌委員會由食物及衛生局常任秘書長(衛生)擔任主席，成員

包括六名非醫療背景的督導委員會代表，他們出任統籌委員會的非官方委員，並分別擔任六個諮詢小組的主席。這六個諮詢小組是醫療小組、牙醫小組、護士及助產士小組、傳統中醫小組、藥劑師小組及其他醫療專業人員小組，合共有逾100名成員，負責聽取並整理醫療人員及社會上其他持份者的意見。

圖 6. 督導委員會的架構



檢討範圍

9. 檢討範圍主要涵蓋13個須進行法定註冊的醫療專業，包括醫生、牙醫及牙齒衛生員、護士及助產士、中醫、藥劑師、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師、放射技師和脊

醫。至於無須進行法定註冊的醫療專業，可透過其他醫療專業人員小組提供的平台，在諮詢過程中適當地反映該等專業未來發展的意見。

圖 7. 檢討涵蓋的範圍

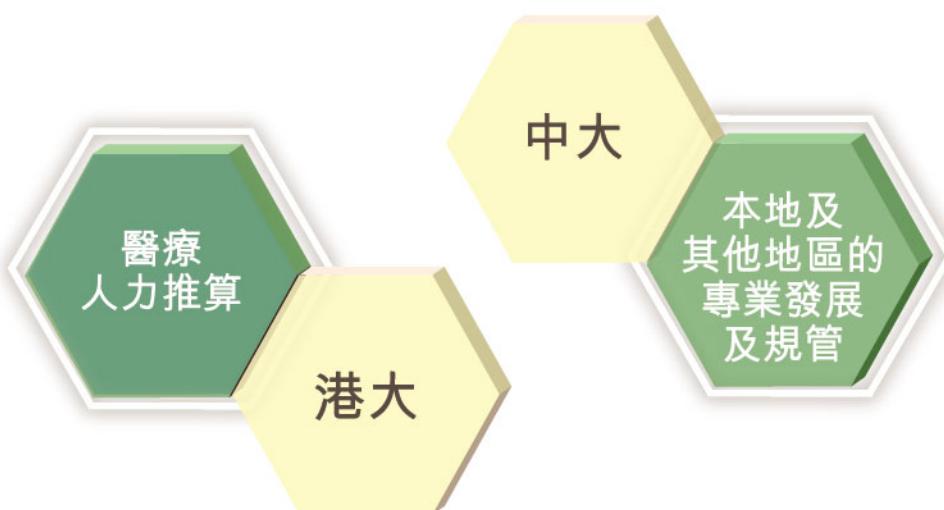


委託進行的研究

10. 督導委員會委託香港大學(港大)和香港中文大學(中大)分別進行兩項研究，以提供專業意見和技術支援。港大負責相關專業的醫療人力

推算，中大則負責研究香港和其他地區的醫療專業規管。兩間大學的獨立研究已在二零一六年完成。

圖 8. 委託進行的研究



第二部分： 人力規劃和推算

概況

11. 隨著本港人口老化，對醫療服務的需求隨之增加。科技進步，加上市民對醫療服務的期望日漸提高，更令持續上升的醫療服務需求百上加斤。本港的確需要更多醫療專業人員去應付這些挑戰。可是，醫療專業人員的培訓不但成本高昂，而且需時多年，而醫療服務的需求卻時有波動(尤其是私營醫療服務)，無論推算模型如何精確，也無法完全準確地反映有關影響。

12. 在雙軌並行的醫療系統下，私營醫療界別發展蓬勃，私人執業的醫療專業人員可增加其服務能力，或多或少應付中短期服務需求的變動。醫療技術創新也會令整體或某類醫療專業人員的人力需求改變。

圖9. 影響人力推算的因素



13. 鑑於人力供求情況複雜多變，督導委員會認為，應以審慎和循序漸進的方式，妥善規劃醫療人手的供應。

14. 醫療服務的供應取決於醫療專業的人手供應。假如人手短缺的情況可能會持續一段長時間，則須在長遠措施見效之前，確保公營醫療界別有穩定的人手供應為市民提供服務。

15. 如預期個別專業人手充足，亦不一定需要調整供應，反而可藉此機會計劃改善及/或擴展服務。如各醫療專業的人手供應得以紓緩，公營醫療系統和社福界別會有更大空間和靈活性規劃服務及推行嶄新或改良的服務模式，以應付人口老化為社會帶來的需要和挑戰。

圖10. 人手差距的詮釋

應以審慎和循序漸進的方式妥善規劃醫療人手的供應



過去十年持續增加的培訓學額

16. 人口持續老化，醫療人手普遍出現短缺，但本港醫療服務不斷擴展。為此，政府已自二零零九/一零的三年規劃期起增加醫生、護

士、藥劑師和專職醫療人員的大學教育資助委員會(教資會)資助培訓學額。詳情如下 -

圖 11. 教資會資助的第一年學士學位課程學額

醫療專業	2005/06 - 2008/09	2009/10 - 2011/12	2012/13 - 2015/16	2016/17 - 2018/19
醫生	250	320	420	470
牙醫	50	53	53	73
註冊護士(普通科)	兩科合共 518 - 550	560	560	560
註冊護士(精神科)		30	70	70
註冊中醫	79	79	79	79
藥劑師	30	50	80	90
職業治療師	40	46	90	100
物理治療師	60	70	110	130
醫務化驗師	35	32	44	54
視光師	35	35	34	40
放射技師	35	48	98	110

17. 增加教資會資助培訓學額有助增加醫療專業人手的供應，從而滿足部分人手需求。以藥劑師為例，我們以往依靠非本地培訓人員來滿足本港藥劑師的人手需求，但增加教資會資助培訓學額後令藥劑師的人手需求得以紓緩。其他專業(包括醫生、牙醫、護士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師和放射技師)由於人手供應未能追上需求的增長，因此正面對人手短缺。至於中醫，由於表列中醫和註冊中醫的人手供應穩定，教資會資助培訓學額在過去十年也維持穩定的數目。

18. 由於培訓醫療專業人員並非朝夕之事，加上教資會資助的高等院校受基礎設施所限，難以在中短期內增加培訓能力，因此，單靠增加公帑資助的培訓學額，並不足以解決現時各個醫療專業的人力不足問題。

圖 12. 醫療專業的培訓周期

醫療專業	學習年期 (註冊前的實習年期)
醫生 ²	6(1)
牙醫 ²	6
牙齒衛生員	2
註冊護士	5
登記護士	2
註冊中醫	6
藥劑師	4(1)
職業治療師	4
物理治療師	4
醫務化驗師	4
視光師	5
放射技師	4

自資界別

19. 為應付人手短缺的問題，近年自資界別的角色愈趨重要。

20. 舉例來說，自資界別提供的護理培訓學額已大幅增加，包括 -

- (a) 香港公開大學在二零零五年開辦護理學位課程；
- (b) 醫管局在二零零八年重開其護士學校；
- (c) 東華學院在二零一二年開辦護理學位課程；以及
- (d) 明愛專上學院在二零一五年開辦護理學位課程。

² 至少需要六年才能獲得專科資格。

圖 13. 護理自資培訓學額的增加



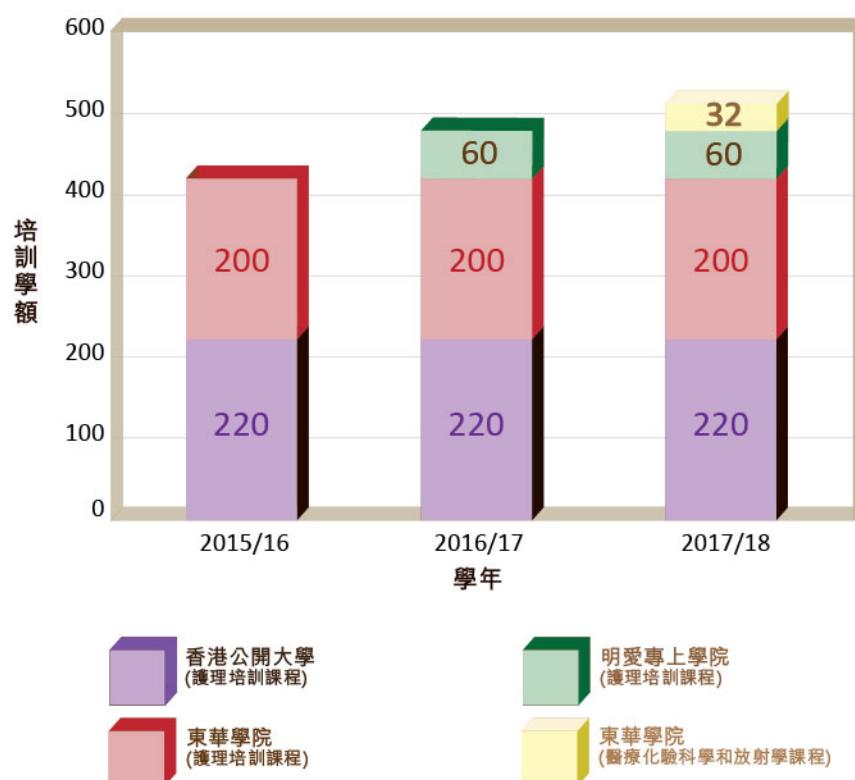
21. 在二零一五/一六學年，指定專業/界別課程資助計劃³資助了420個護理培訓學額，在二零一六/一七和二零一七/一八學年進一步增至480個。該計劃運用自資界別的人手供應紓緩市場上護士人手短缺的問題。

22. 自資界別也開始開辦部分專職醫療(例如職業治療、醫療化驗科學和放射治療學)課程。在二零一七/一八學年，指定專業/界別課程資助計

劃額外資助32個由東華學院開辦的醫療化驗科學和放射治療學課程學額。自資界別不斷發展，與公帑資助院校互相配合提供本地醫療人員培訓課程，這趨勢日趨普遍和成熟。

³《二零一四年施政報告》提出指定專業/界別課程資助計劃先導計劃，會試行三屆(即二零一五/一六學年至二零一七/一八學年)。每屆資助約1 000名學生修讀選定範疇的指定全日制經本地評審自資學士學位課程。

圖 14. 指定專業/界別課程資助計劃下獲資助的醫療課程學額



23. 人手需求主要來自私營界別的專業，其人手需求較易受經濟周期變動影響。督導委員會認為，維持醫療專業人員供應穩定的最有效方法，是以教資會資助學額以及自資學額的適當配合來維持穩定的本地培訓畢業生人數。我們應以本地培訓畢業生作為醫療人手的主要來源，有需要時可透過既定機制以合資格的非本地培訓畢業生短期補充人手。

港大的人力推算

24. 雖然政府已採取措施增加醫療專業人員的人手供應，但根據港大的推算，在未來十年以至更長時間，情況仍然充滿挑戰。

25. 港大建立的通用人力預測模型既切合本地情況，又可按個別專業不同的使用率參數作出調整。這個人力預測模型⁴旨在量化醫療專業人員人手的需求與供應之間的差距(以相當於全職人員數目計算)。

⁴ 此模型假設基準年(即二零一五年)的需求處於供求平衡的水平，並計及二零一五年底公營及資助界別已知的醫療專業人員人手短缺。人手需求以精密的電腦模型推算，計及人口結構的轉變及其他相關因素(包括外在因素和政策影響的需求)，亦包括已知和已規劃服務/發展的數據。人手供應是根據現有和已規劃的本地課程，以及持有非本地資格的新註冊人員而推算的。

圖 15. 港大的需求模型

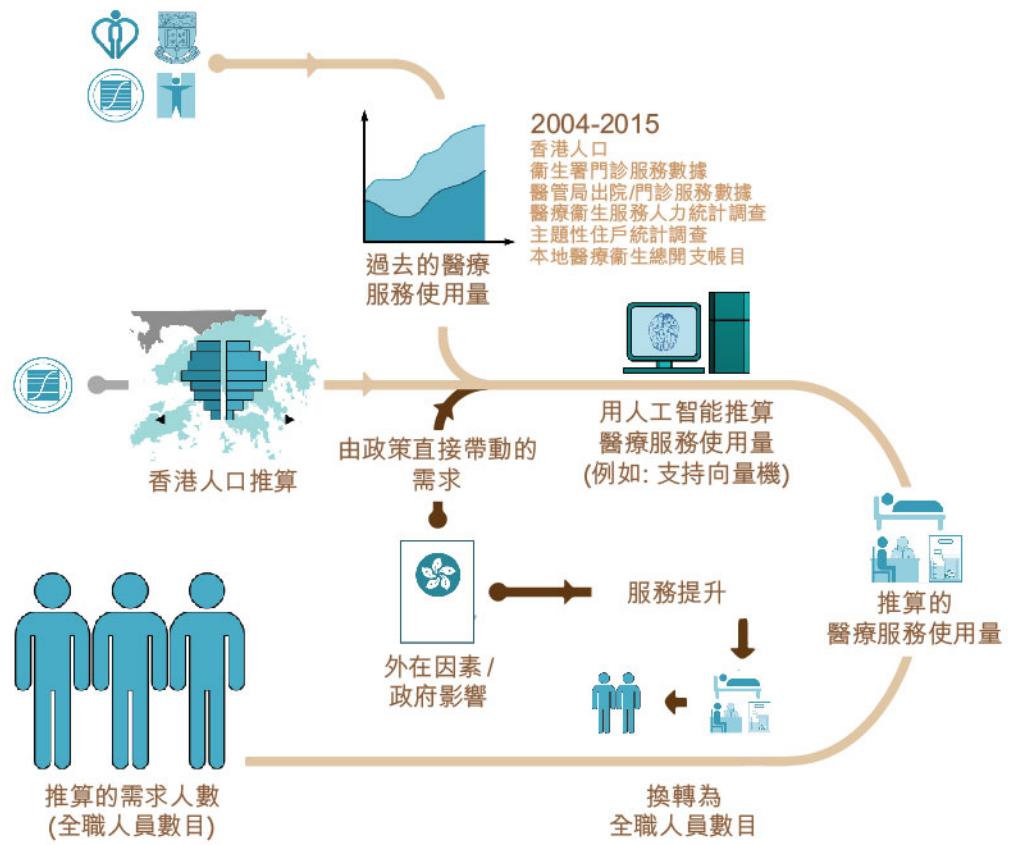
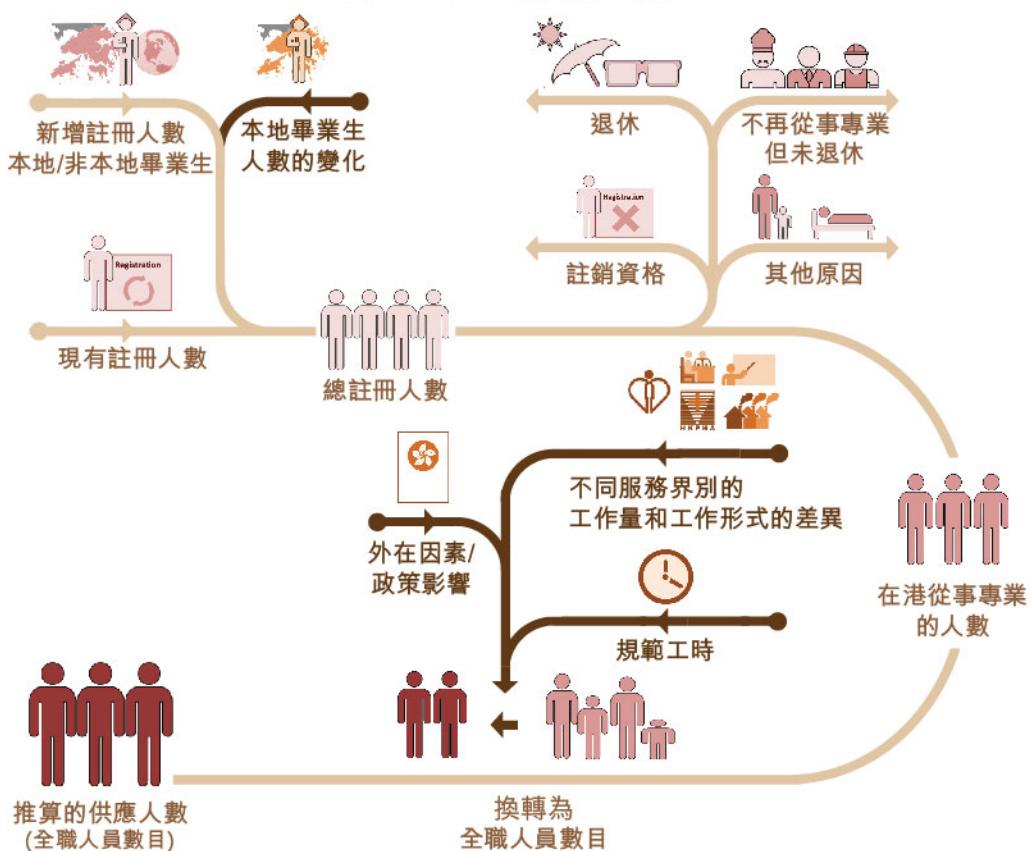


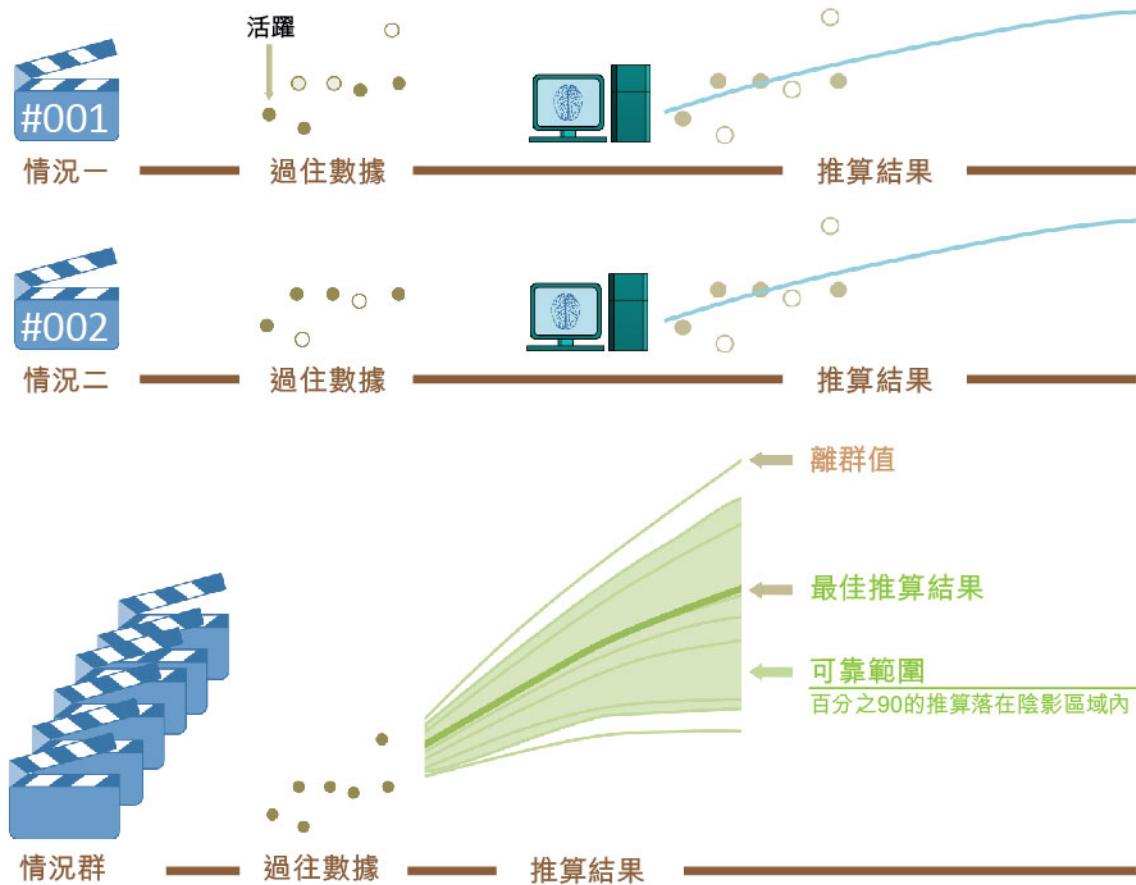
圖 16. 港大的供應模型



26. 下文概述各個須進行法定註冊的醫療專業的人力推算結果。基於人力推算的性質和模型本身固有的限制，我們應按情況理解推算結果。在詮釋推算結果時，重點應放在推算的趨勢而非絕對差距之上。如日後出現一些現時未有所料的情況，中長期的預測可以出現大幅改變。

圖 17. 可信間距

理解人力差距：可信間距



各醫療專業的人力推算結果

27.1 醫生 主要數據

正式註冊醫生	14 013
臨時註冊醫生	379
有限度註冊醫生	134
暫時註冊醫生	81
註冊專科醫生	6 797
醫生人口比例	1 : 526
公營及私營工作界別比例	51% : 49%

醫管局聘請超過40%本港註冊醫生。

規管機構
香港醫務委員會
(醫委會)

醫生培訓
香港中文大學(中大)
香港大學(港大)

專科醫生培訓
香港醫學專科學院(醫專)

訓練一名專科醫生需時，至少經過13年訓練(6年基本
醫學訓練、1年醫管局駐院實習訓練和至少6年專科訓
練)。

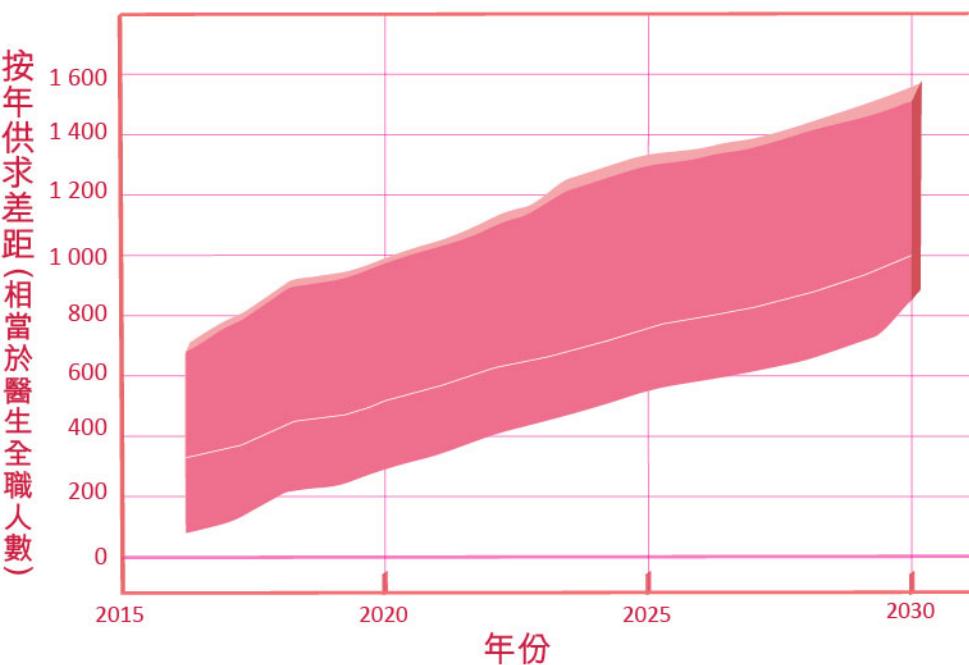
男女比例	68% (男性); 32% (女性)
------	-----------------------

年齡中位數	46
年齡分佈	
20-29	10.1%
30-39	23.6%
40-49	25.8%
50-59	19.7%
≥60	20.8%

*根據13 689名正式註冊醫生(佔正式註冊醫生總人數
約98%)的出生日期資料統計所得。

人力推算

人力差距（相當於全職人數）



註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 在進行人力推算時，公營機構的職位空缺數目、公營和私營界別的已知和計劃的醫院發展和擴建項目以及自願醫保計劃的預期影響已計算在內。
3. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
4. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

本地培訓醫生

27.1.1 督導委員會注意到...

隨著人口老化，醫療服務的需求日漸增加，預計醫生人手在中短期會出現短缺。本地培訓醫科畢業生是公營界別醫生的最主要來源。

27.1.2 督導委員會建議...

因應醫生的供求情況，政府應考慮進一步增加醫科培訓學額。

公營界別的醫生人手

27.1.3 督導委員會認為...

在考慮如何解決醫生人手短缺的問題時，督導委員會留意到，私營界別能夠靈活地因應市場需求調節其服務量，部分意見更指出私營界別有剩餘的服務量。督導委員會認為，由於全港近九成的住院服務和大約三成的基層醫療服務是由醫管局提供，因此政府應優先解決醫管局的人力差距問題。

挽留醫生在醫管局工作

27.1.4 督導委員會歡迎...

醫管局為新招聘的人員訂定較高的退休年齡，在二零一五年六月一日或以後開始受聘的人員，退休年齡為65歲。

醫管局採取措施，以先導形式重新聘用退休的醫療專業人員，聘用期為兩年，直到他們年滿62歲。醫管局透過重聘計劃在二零一五/一六和二零一六/一七年度聘請了63名醫生、48名護士、9名專職醫療人員和884名醫療支援人員。督導委員會支持醫管局透過二零一七/一八年度的退休後重聘特別計劃，繼續重新聘用合適的退休人員。

透過有限度註冊聘請非本地培訓醫生

27.1.5 督導委員會建議...

為紓緩人手短缺的問題，醫管局應繼續透過有限度註冊聘請非本地培訓醫生來港執業。督導委員會留意到政府已向立法會提交修訂條例草案修訂《醫生註冊條例》，讓有限度註冊的有效期及續期有效期由不多於一年延長至不多於三年。若條例草案獲得通過，將有助醫管局透過有限度註冊聘請更多非本地培訓醫生，在短期內紓緩其醫生人手短缺的問題。

非本地培訓醫生

27.1.6 督導委員會歡迎醫委會的下列措施...

- 增加執業資格試的次數
- 修訂執業資格試的豁免要求
- 修訂駐院實習評估要求

通過執業資格試第三部分(臨床考試)的人數，在二零一四年約有70人，而在二零一五年和二零一六年則分別有40人和41人，與二零零九年至二零一三年這五年間的平均每年30人比較，人數大幅增加。

27.1.7 督導委員會注意到...

政府已向醫委會增撥資源，為執業資格試考生設立網上平台，增加執業資格試的透明度。



27.2 牙醫 主要數據

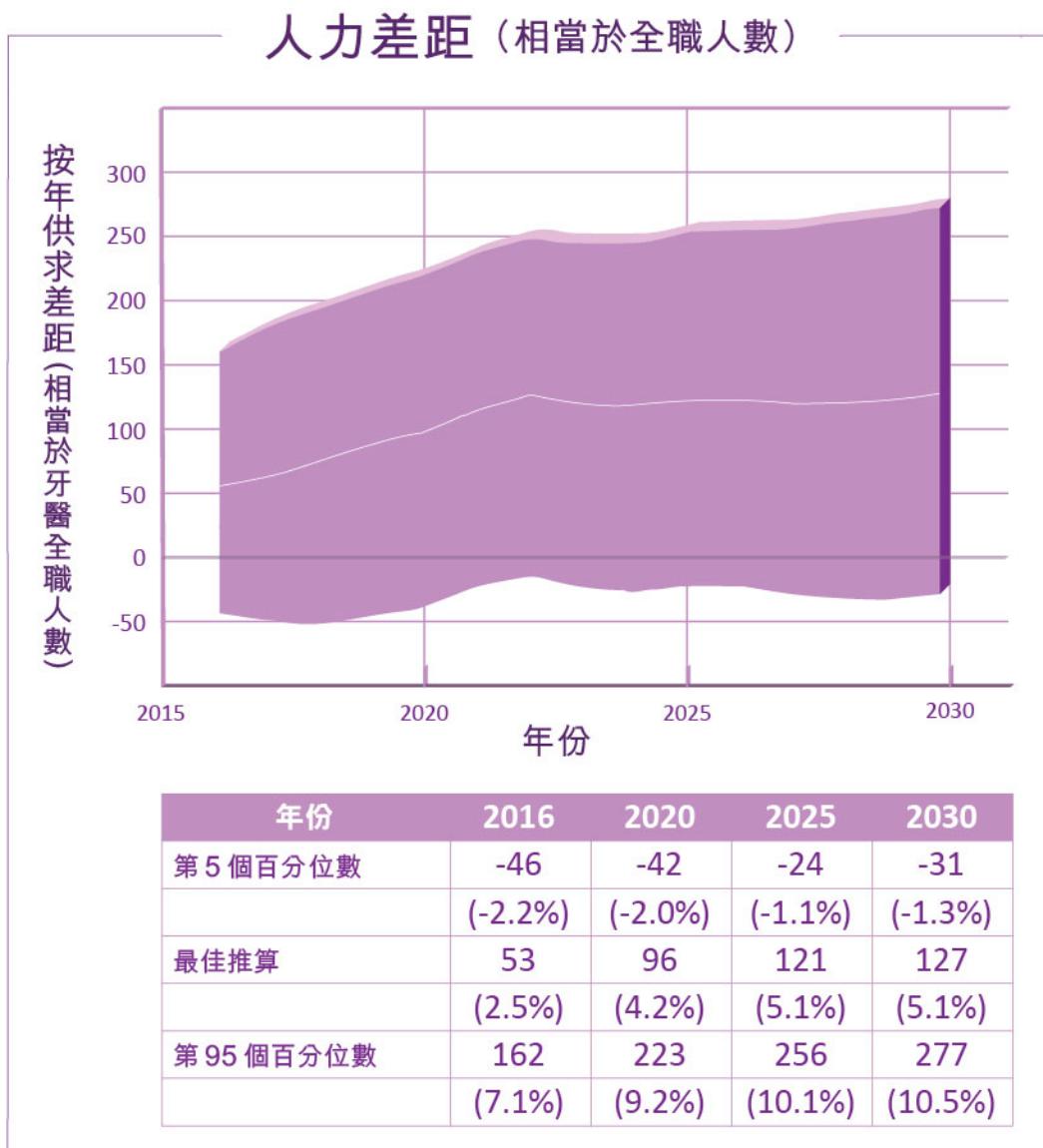
註冊牙醫	2 441
註冊專科牙醫	260
牙醫人口比例	1 : 3 021
公營及私營工作界別比例	26% : 74%
大部分註冊牙醫在私營界別執業。	
男女比例	68% (男性); 32% (女性)

規管機構	香港牙醫管理委員會
牙醫培訓	港大
港大牙醫學院乃全港唯一一間提供牙醫學士課程的院校。	
專科牙醫培訓	醫專 (香港牙科醫學院)
訓練一名專科牙醫需時，至少經過12年訓練(6年基本牙科醫學訓練和至少6年專科訓練)。	

年齡中位數	48
年齡分佈	
20-29	12.0%
30-39	21.6%
40-49	20.7%
50-59	27.9%
≥60	17.8%

*根據2 392名註冊牙醫(佔總註冊人數約98%)的出生日期資料統計所得。

人力推算



註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 在進行人力推算時，公營機構的職位空缺數目，以及公營界別已知和計劃的項目已計算在內。
3. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
4. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

本地培訓牙醫

27.2.1 督導委員會注意到...

預計牙醫人手在中短期會出現短缺。本港人口日漸老化，加上市民的牙科保健意識有所提高，社會對私營牙科服務的需求與日俱增。隨着政府推出新的牙科措施，特別是長者牙科外展服務計劃、關愛基金的長者牙科服務資助項目，以及智障人士牙科服務先導計劃，市民對資助牙科服務的需求持續增加，令牙醫人手需求也相應增加。

27.2.2 督導委員會建議...

政府應持續監察牙醫的人手供應，並視乎情況考慮增加公帑資助的培訓學額。

非本地培訓牙醫

27.2.3 督導委員會歡迎...

由二零一五年起，香港牙醫管理委員會每年為非本地培訓的牙醫舉辦兩次許可試。該會已在二零一五年改善了許可試某些部分的安排，包括考生如在許可試個別試卷的某些部分不及格，可保留及格部分的成績，只須重考不及格的部分。香港牙醫管理委員會也修訂了其成績保留政策和參加考試安排。

27.2.4 督導委員會建議 ...

為牙醫訂立一套有限度註冊制度，以在有需要時短期補充本地人手。



27.3 牙齒衛生員 主要數據

登記牙齒衛生員 424

公營及私營工作界別比例 8% : 92%

超過9成牙齒衛生員在私營界別執業。

男女比例 5%(男性);
95%(女性)

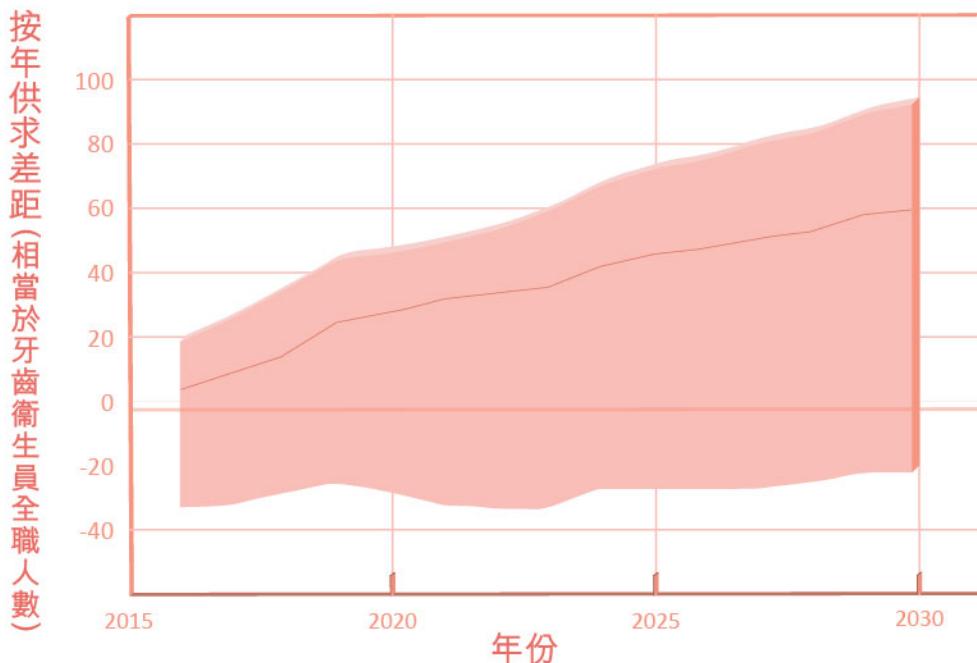
絕大部分牙齒衛生員為女性。

規管機構 香港牙醫管理委員會

牙齒衛生員培訓 港大附屬學院

人力推算

人力差距（相當於全職人數）



註：

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
3. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

牙齒衛生員人力推算

27.3.1 督導委員會注意到…

預計牙齒衛生員人手在中短期會出現短缺。

27.3.2 督導委員會認為…

由於牙齒衛生員在登記後便會一直名列在名冊中，無需每年續期。政府應考慮制訂更完備的機制，備存有關牙齒衛生員的最新登記資料。



27.4 護士 主要數據

註冊護士(普通科)	36 555
註冊護士(精神科)	2 612
註冊護士(弱智科)	5
註冊護士(病童科)	6
登記護士(普通科)	11 719
登記護士(精神科)	1 492

護士(包括註冊護士和登記護士)佔本港整體醫療人手超過一半。

規管機構	香港護士管理局
護士培訓	由院校、醫管局和私家醫院舉辦的獲認可護理訓練課程

除了教資會資助院校的護理訓練課程外，自資界別的護理培訓課程亦非常蓬勃。中大、港大和香港理工大學(理大)每年合共提供630個及125個公帑資助的護理學第1年及高年級學士學位課程學額。醫管局、私家醫院及其他高等院校也開辦各類自資課程，每年提供約2 200個學額。每年合共有約3 000個護理培訓學額。

護士人口比例	1 : 141
--------	---------

公營及私營工作界別比例	註冊護士： 83% : 17%
	登記護士： 66% : 34%

男女比例	註冊護士： 15% (男性)； 85% (女性)
	登記護士： 11% (男性)； 89% (女性)

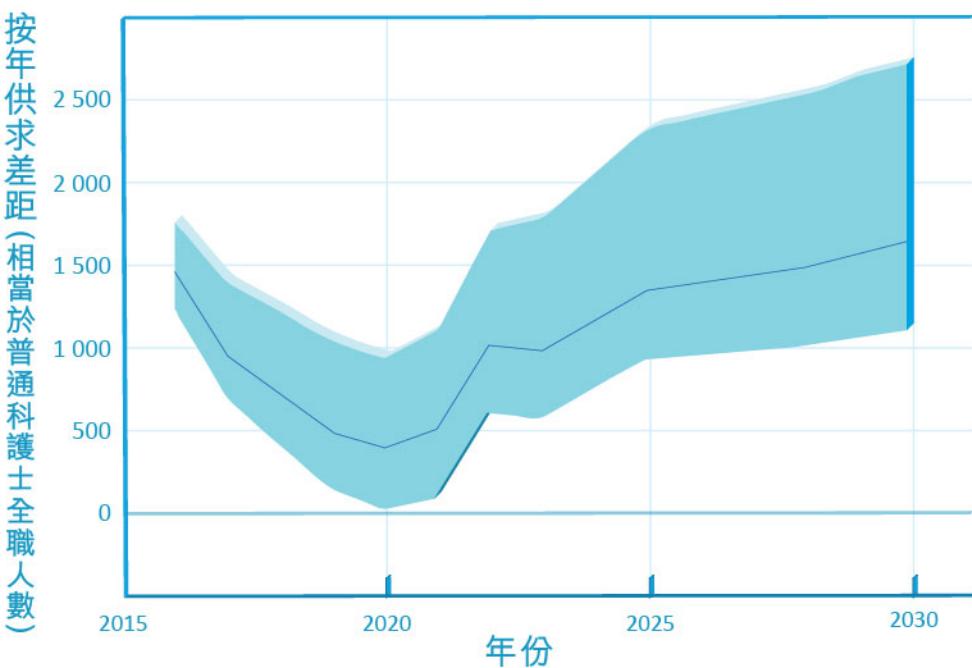
大部分護士為女性。

年齡中位數 (註冊護士)	42
年齡中位數 (登記護士)	41
年齡分佈	
20-29	22.8%
30-39	21.5%
40-49	25.5%
50-59	21.4%
≥60	8.8%

*根據38 954名登記護士和13 144名登記護士(佔總註冊及登記人數約99%)的出生日期資料統計所得。

人力推算－普通科護士

人力差距（相當於全職人數）

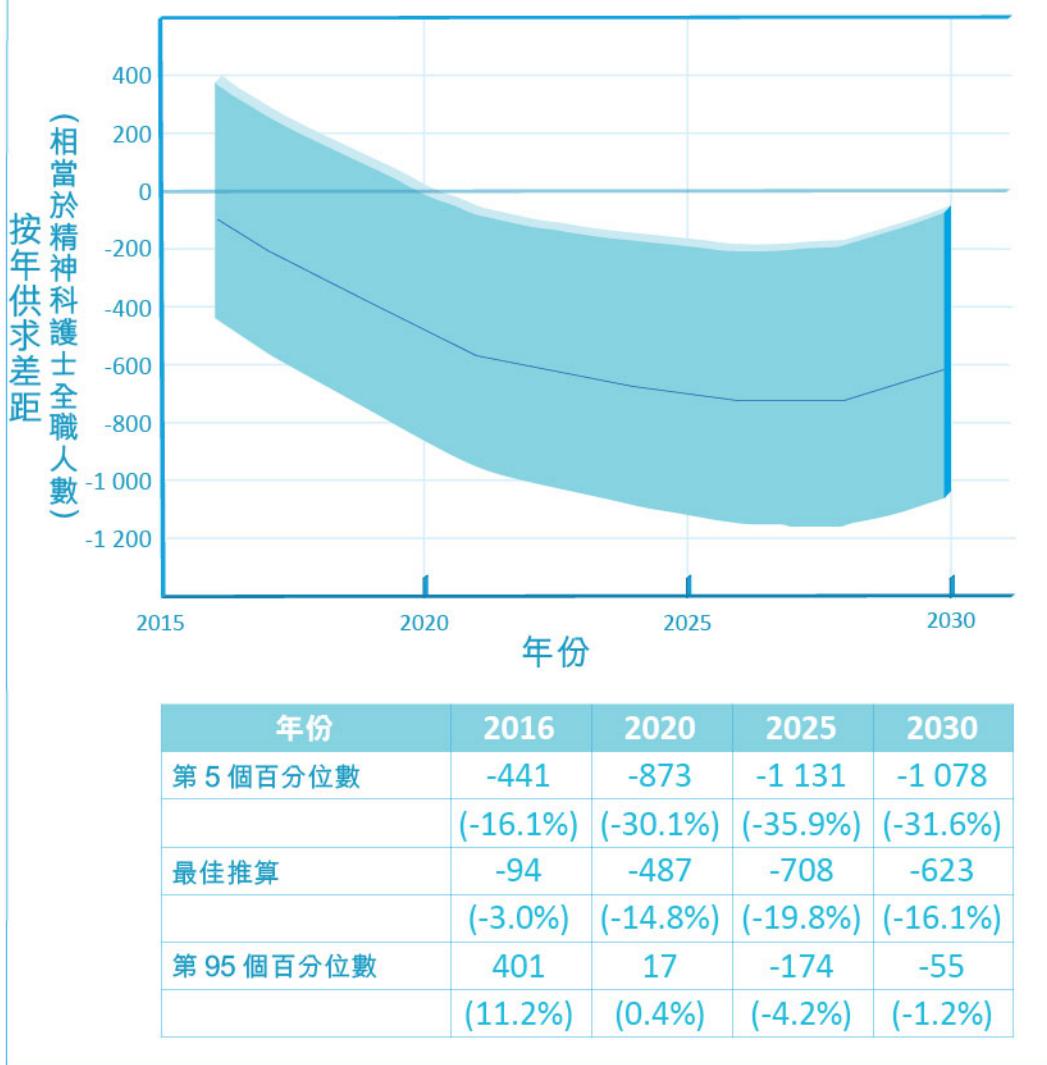


註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 在進行人力推算時，公營機構的職位空缺數目，以及公營和資助界別已知和計劃的項目已計算在內。
3. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
4. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

人力推算－精神科護士

人力差距（相當於全職人數）



註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 在進行人力推算時，公營機構的職位空缺數目，以及公營和資助界別已知和計劃的項目已計算在內。
3. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
4. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

本地培訓護士

27.4.1 督導委員會注意到...

除了教資會資助院校開辦的護理課程外，自資界別專門提供的護理培訓課程發展也相當蓬勃。中大、港大和理大每年合共提供630個教資會資助的第一年學士學位課程學額和125個高年級收生學額。醫管局、私家醫院及其他高等院校也開辦各類自資護理培訓課程，每年提供約2 200個學額。總括來說，每年提供的護理培訓學額約有3 000個。

政府已大量資助符合指定專業/界別課程資助計劃所訂準則，並根據該計劃的機制選定的護理課程。在二零一五/一六學年獲資助的自資護理培訓學額共有420個，在二零一六/一七及二零一七/一八學年進一步增加至480個。

人力推算-普通科護士

27.4.2 督導委員會注意到...

預計普通科護士人手在中短期會出現短缺。隨着政府推行多項改善措施加強安老及康復服務的護理支援，社福界對普通科護士的需求不斷增加。

27.4.3 督導委員會認為 ...

政府在研究應否增加教資會每年資助的護理培訓學額時，應考慮護士的培訓周期以及自資市場能靈活迅速地回應需求等因素。

人力推算-精神科護士

27.4.4 督導委員會注意到...

假設推算期內服務水平及模式維持不變，而且不會推出新的服務，預計精神科護士人手在短時期內大致平衡，中期人手充足。事實上，醫療服務的供應和規劃與醫療人手供應是否充足息息相關。既然在現有的服務水平和模式下，精神科護士的人手供應會增加，醫管局和社福機構等服務提供者可以藉此規劃如何更妥善和充分利用精神科護士，支援現有醫療服務或提供

新服務。此外，自資界別應變力強、靈活性高，可因應護士的供求情況自然調整。

本地培訓護士

27.4.5 督導委員會歡迎...

香港護士管理局由二零一六年開始，把非本地培訓護士執業資格試的筆試次數由每年一次增至每年兩次。



27.5 助產士 主要數據

註冊助產士

4 540

規管機構

香港助產士管理局

助產士人口比例

1 : 1 624

助產士培訓

威爾斯親王醫院助產士學校(臨床實習在香港助產士管理局認可的臨床訓練場所的產科部門進行)

公營及私營工作界別比例

85% : 15%

男女比例

0%(男性);
100%(女性)

威爾斯親王醫院助產士學校是本港現時唯一一間提供助產士訓練的機構。該校開辦為期18個月的助產士文憑課程，課程只供註冊護士修讀。任何人士須先通過香港助產士管理局舉辦的執業試方可於香港助產士管理局註冊執業。

註冊助產士可以同時註冊為護士，約95%的助產士同時持有註冊護士資格。

觀察所得

截至二零一六年年底，全港共有4 540名助產士。據我們所知，由於本港出生率偏低，因此只有約40%助產士從事助產士和婦產科範疇的工作。由於助產士可同時持有註冊護士和註冊助產士的專業資格，而醫管局和私家醫院均會調派護士從事助產士和婦產科範疇的工作，因此未能就助產士作出適當的人力推算。鑑於本港出生率偏低，對助產士的需求穩定，因此助產士的人手供應大致可滿足需求。



27.6 中醫 主要數據

註冊中醫	7 262
表列中醫	2 647
有限制註冊中醫	47

規管機構	香港中醫藥管理委員會
中醫培訓	香港浸會大學(浸大) 中大 港大

近年註冊中醫的人數不斷增加，而表列中醫的人數則不斷減少。

男女比例 (註冊中醫)	63% (男性); 37% (女性)
男女比例 (表列中醫)	76% (男性); 24% (女性)

有意成為中醫的人士，不論是於本地或非本地培訓，必須已圓滿地完成香港中醫藥管理委員會轄下中醫組認可的中醫執業訓練本科學位課程，或與該課程相當的課程，方可參加執業資格試，以在本港註冊執業。

本港3間大學(即浸大、中大和港大)所舉辦的6年制中醫本科學位課程，均是獲香港中醫藥管理委員會認為可參加中醫執業資格試的課程。這些課程的學額在過去10年一直維持穩定，每年約80人。

中醫人口比例	1 : 744
註冊中醫在公營及私營工作界別 比例	12% : 88%

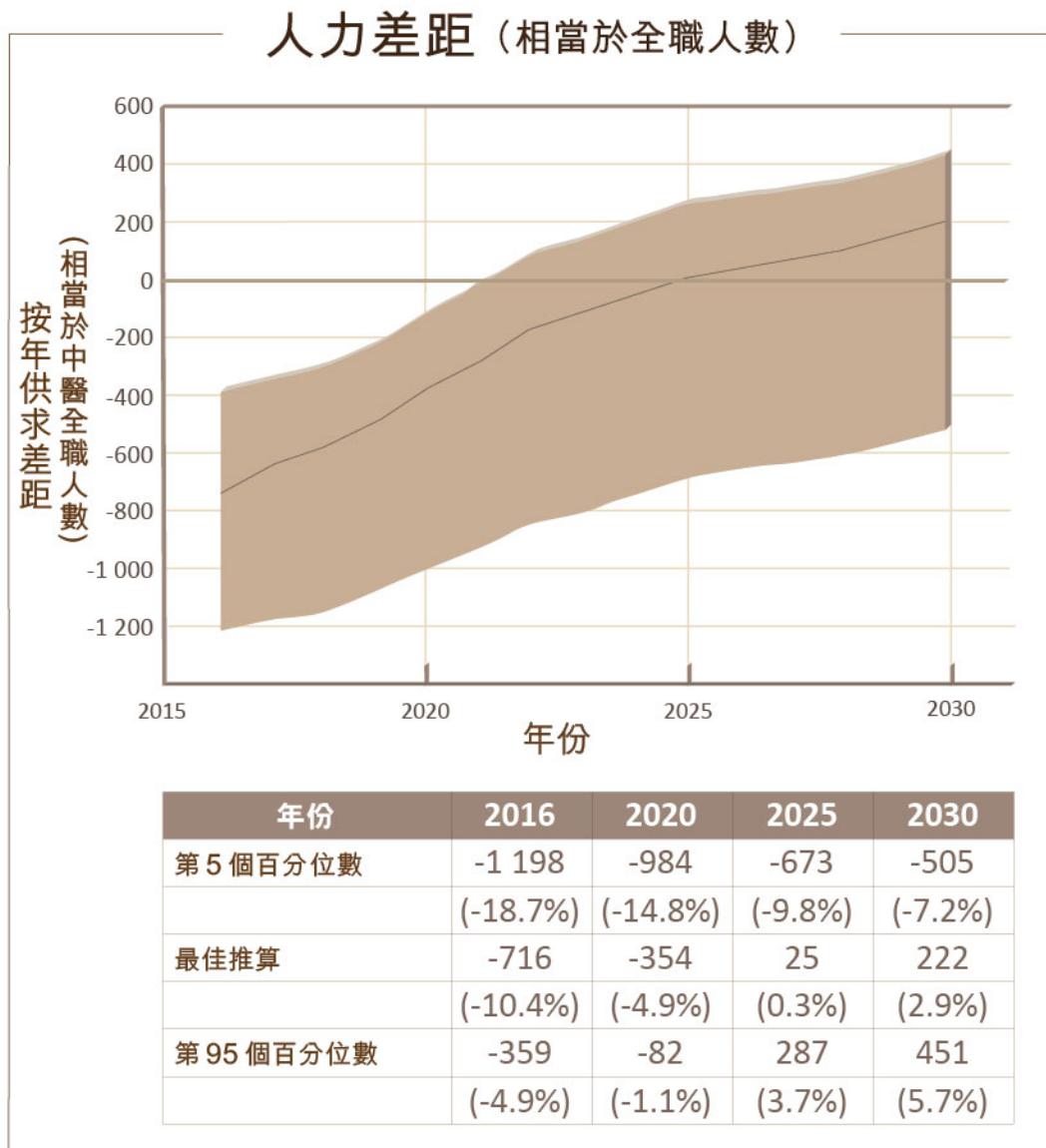
中醫人口比例	1 : 744
公營及私營工作界別比例	12% : 88%

絕大部分註冊或表列中醫在私營界別執業。

年齡中位數 (註冊中醫)	59
年齡中位數 (登記中醫)	66
年齡分佈	
20-29	5.2%
30-39	11.4%
40-49	8.6%
50-59	20.6%
≥60	54.2%

相比起其他醫療專業，中醫專業年齡偏高。

人力推算



註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 根據香港中醫藥管理委員會提供的資料顯示，2012年至2016年期間通過執業資格試並獲取註冊的考生人數每年平均約為200人。
3. 在內地修讀獲香港中醫藥管理委員會認可的中醫藥本科學位課程的本港學生人數已由2013/14學年的高峰約470人回落至2015/16學年的約260人。這對中醫人手供應的潛在影響，需要在掌握更多數據之後作進一步評估，例如畢業率、畢業生在港執業的意願及畢業生通過執業資格試的比率。
4. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
5. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

中醫人力推算

27.6.1 督導委員會注意到…

預計中醫專業在短期會有充足人手，中期會出現人手短缺。

27.6.2 督導委員會認為…

由於中醫專業在二零二五年前人手充足，因此目前並無迫切需要調整中醫的培訓學額。

在內地修讀中醫課程的本港學生

27.6.3 督導委員會注意到…

在中醫小組進行商議期間，有成員關注到本港學生在內地修讀中醫課程的趨勢。

根據香港中醫藥管理委員會提供的統計數據，二零一二年至二零一六年每年通過執業資格試的考生人數平均約為200人。

2012	2013	2014	2015	2016
189	255	190	204	233

我們觀察到在內地修讀香港中醫藥管理委員會認可的中醫藥本科學位課程的本港學生人數已由二零一三至一四年學年的高峰約470人回落至二零一五至一六年學的約260人。有關趨勢對中醫人手供應的潛在影響，在取得更多資料(例如畢業率、畢業生在港執業的意願，以及畢業生通過執業資格試的比率)後，有待進一步評估。

督導委員會認為政府應繼續留意本港學生在內地修讀中醫課程的趨勢及通過執業資格試的考生人數，並評估本港學生在內地修讀中醫課程對中醫整體人手供應的影響。



27.7 藥劑師 主要數據

註冊藥劑師

2 659

過去5年(2012年至2016年)，非本地培訓藥劑師人數佔新增藥劑師人數總數約56%。

藥劑師人口比例

1 : 2 774

男女比例

47% (男性);
53% (女性)

公營及私營工作界別比例

44% : 56%

年齡中位數

39

年齡分佈

20-29	20.5%
30-39	31.8%
40-49	23.0%
50-59	14.6%
≥ 60	10.1%

*根據2 478名藥劑師(佔總註冊人數約93%)的出生日期資料統計所得。

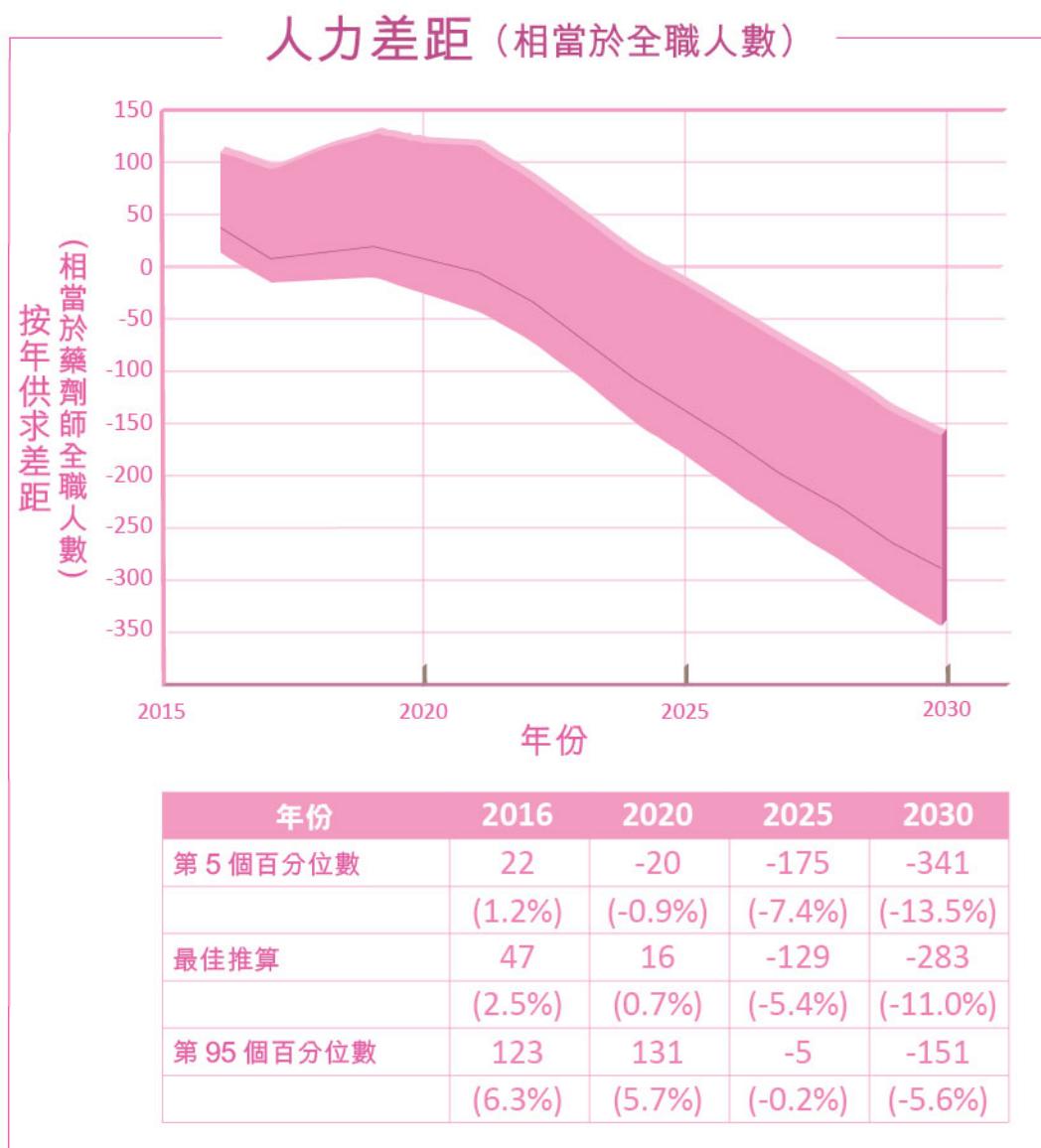
藥劑師專業相對年輕。

規管機構

香港藥劑業及毒藥管理局

藥劑師培訓
中大
港大

人力推算



註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 在進行人力推算時，公營界別的措施和私營界別的發展已計算在內。
3. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
4. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

藥劑師人力推算

27.7.1 督導委員會注意到...

預計藥劑師人手在短期內會有輕微短缺或大致平衡，中期人手充足。

加強藥劑服務

27.7.2 督導委員會認為...

本地培訓的藥劑師人手如維持在每年90人左右，將有助部分服務提供者(包括醫管局)籌劃如何更妥善及充份地利用藥劑師，以提供新的服務和改善措施，例如提供臨床藥劑服務以應付人口老化帶來的挑戰。

私營界別對社區藥劑師的需求

27.7.3 督導委員會注意到...

私營界別對社區藥劑師的需求，視乎經濟和零售市場的狀況而定。經濟的起伏會影響零售市場，令供求關係迅速改變。經濟蓬勃時，社區藥劑師的人手供應會變得緊張，甚至出現人手短缺的情況，但經濟衰退時，社區藥劑師的人手則可能會出現短暫人手充足的情況。

下一輪藥劑師人力推算

27.7.4 督導委員會建議...

政府應參考零售市場的最新變動，利用下一輪人力推算(二零一九/二零至二零二一/二二的三年期的人力推算工作會在二零一七年下半年展開)所得的資料，再行評估有關藥劑師(尤其是社區藥房)的人手供求情況。



27.8 職業治療師 主要數據

註冊職業治療師	1 911
職業治療師人口比例	1 : 3 859
公營及私營工作界別比例	89% : 11%
男女比例	33% (男性); 67% (女性)

年齡中位數	33
年齡分佈	
20-29	35.1%
30-39	45.4%
40-49	15.3%
50-59	3.6%
≥ 60	0.6%

*根據有1 413名職業治療師(佔總註冊人數約74%)的出生日期資料統計所得。

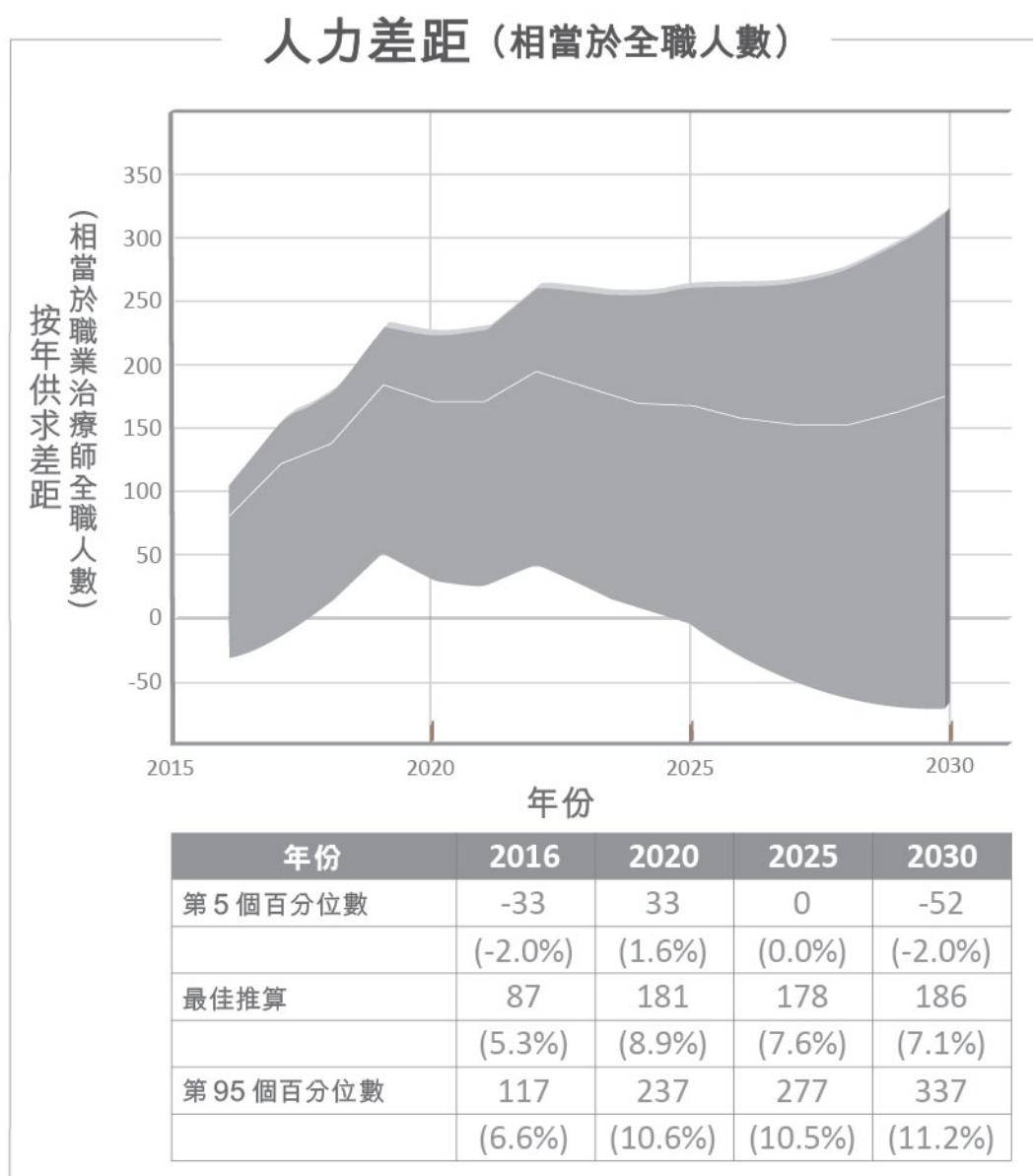
規管機構	輔助醫療業管理局 職業治療師管理委員會
職業治療師培訓	理大 東華學院(課程現在接受評審)

東華學院

東華學院於2013/14學年開始開辦職業治療學的自資課程，每年提供約50個學額。有關課程現正接受輔助醫療業管理局的認證評審，首屆學生會在2017年畢業。

職業治療師專業相對年輕。

人力推算



註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 在進行人力推算時，社會福利署規定的人力需求比例，以及公營及資助界別的已知和計劃項目已考慮在內。
3. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
4. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

職業治療師人力推算

27.8.1 督導委員會注意到...

預計職業治療師在中短期會出現人手短缺。

社福界的人手短缺問題

27.8.2 督導委員會注意到...

社福界關注因應人口老化和服務供應日增，而面對職業治療師人手短缺的問題。可是，目前只有一間教資會資助院校(即理大)開辦職業治療師培訓課程。

為紓緩社福界職業治療師人手短缺的問題，理大由二零一二年一月起開辦兩年制的自資職業治療學碩士課程。為鼓勵該課程的畢業生投身社福界，社會福利署(社署)推行了一項培訓資助計劃，向非政府機構提供撥款，為獲有關機構錄取的學生提供學費資助。受資助的學生畢業後必須於有關的非政府機構工作最少兩年。第一屆和第二屆課程約30名學生已分別於二零一四年一月和二零一六年一月畢業。理大於二零一六/一七年度再度與社署合作，推出第三期職業治療學碩士課程，提供約24個學額，畢業生必須承諾在社福界工作最少三年。

自資培訓

27.8.3 督導委員會注意到...

東華學院在二零一三/一四學年開辦了職業治療學的自資課程，提供約50個學額。該課程現正接受輔助醫療業管理局評審，首屆學生會在二零一七年畢業。若把東華學院的畢業生計算在內，中期而言職業治療師人手充足。

27.8.4 督導委員會認為...

自資界別增加培訓學額，會有助醫療服務提供者(尤其是社福機構)規劃新服務及/或改善現有服務。

社福界的需求

27.8.5 督導委員會注意到...

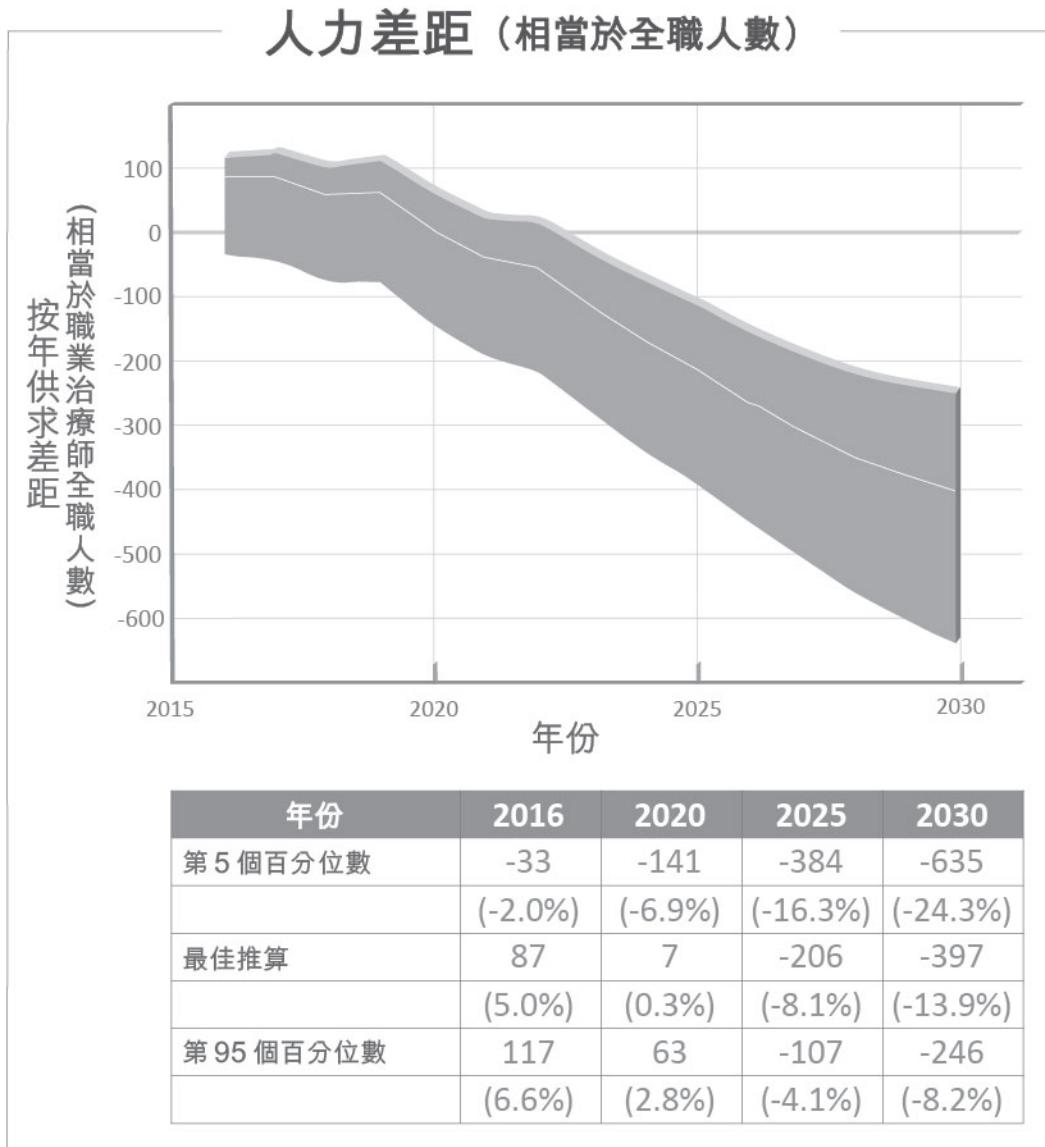
由於人手短缺，社福界對職業治療師的需求長期以來一直處於被壓抑的情況。因此，職業治療師實際上可能有人手不足的情況。

下一輪職業治療師人力推算

27.8.6 督導委員會建議...

政府可待全面掌握社福界對職業治療師的新增人手需求後，在進行下一輪人力推算(二零一九/二零至二零二一/二二的三年期的人力推算工作會在二零一七年下半年展開)時，再行評估職業治療師的人手供求情況。

情景分析 (把東華學院每年 50 個畢業生計算在內)



註：

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 假設東華學院開辦的職業治療學課程可提供額外人手供應。



27.9 物理治療師 主要數據

註冊物理治療師	2 956
物理治療師人口比例	1 : 2 495
公營及私營工作界別比例	59% : 41%

男女比例	46% (男性); 54% (女性)
------	-----------------------

年齡中位數	37
年齡分佈	
20-29	23.3%
30-39	36.1%
40-49	25.2%
50-59	13.2%
≥ 60	2.2%

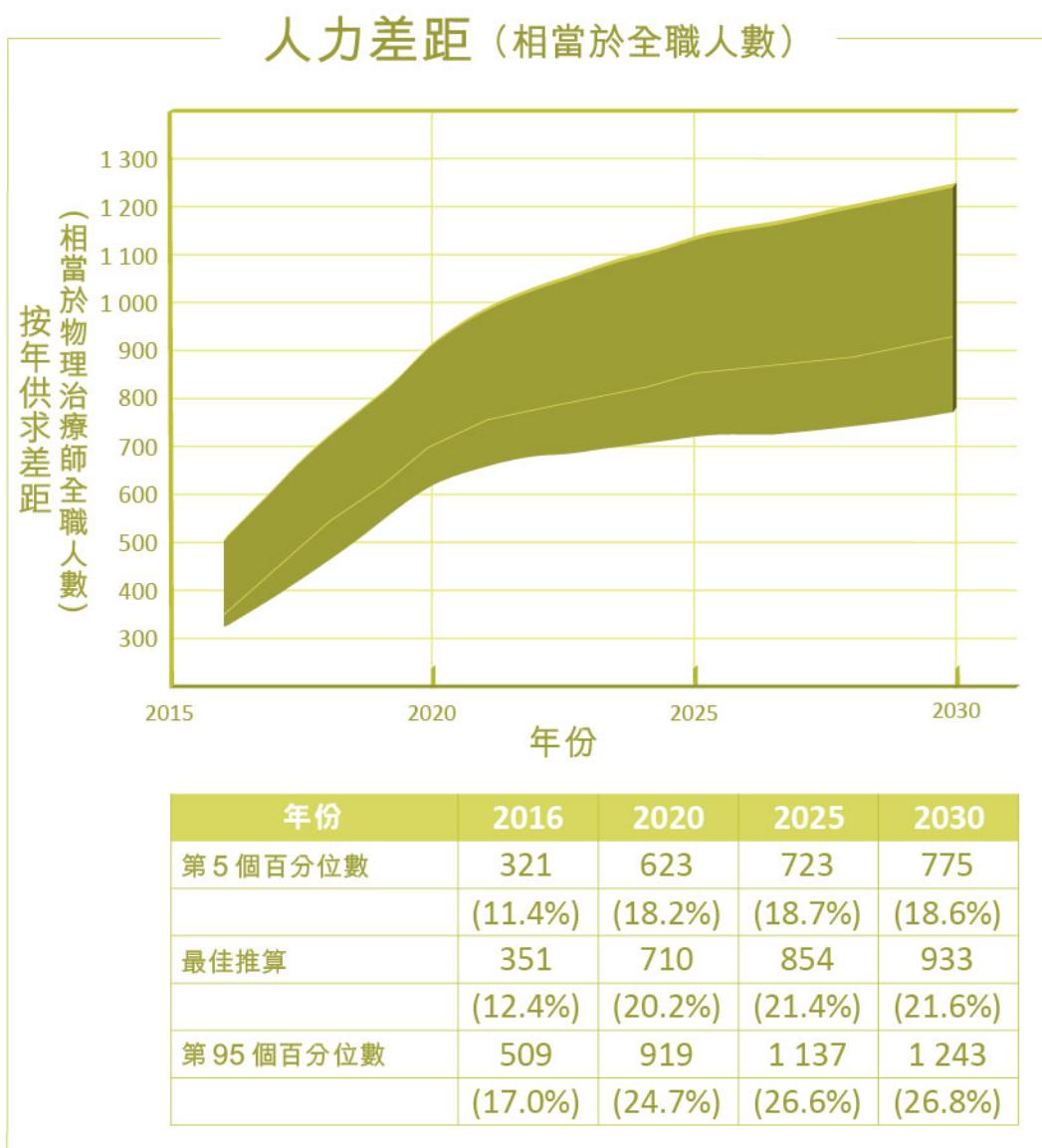
規管機構	輔助醫療業管理局 物理治療師管理委員會
------	------------------------

物理治療師培訓	理大
---------	----

理大是本港唯一一間提供物理治療培訓的院校。

物理治療師專業相對年輕。

人力推算



註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 在進行人力推算時，資助界別的職位空缺數目、公營和資助界別已知和計劃的項目已計算在內。
3. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
4. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

物理治療師人力推算

27.9.1 督導委員會注意到…

預計物理治療師在中短期會出現短缺。

社福界的人手短缺問題

27.9.2 督導委員會注意到…

社福界關注，因應人口老化和服務供應日增而面對物理治療師人手短缺的問題。可是，目前只有一間教資會資助院校(即理大)開辦物理治療師培訓課程。

為紓緩社福界物理治療師人手短缺的問題，理大由二零一二年一月起開辦兩年制的自資物理治療學碩士課程。為鼓勵畢業生投身社福界，社署推行了一項培訓資助計劃，向非政府機構提供撥款，為獲有關機構錄取的學生提供學費資助。受資助的學生畢業後必須於有關的非政府機構工作最少兩年。第一及第二屆課程約30名學生已先後於二零一四年一月和二零一六年一月畢業。理大於二零一六/一七年度再度與社署合作，推出第三期物理治療學碩士課程，提供約48個學額，畢業生必須承諾在社福界工作最少三年。

自資培訓

27.9.3 督導委員會建議…

除了增加公帑資助的學額外，政府也應借鏡職業治療師的經驗，鼓勵自資界別開辦物理治療課程。



27.10 醫務化驗師 主要數據

註冊醫務化驗師	3 443
醫務化驗師人口比例	1 : 2 142
公營及私營工作界別比例	64% : 36%

男女比例	46% (男性); 54% (女性)
------	-----------------------

年齡中位數	36
年齡分佈	
20-29	24.6%
30-39	40.5%
40-49	27.8%
50-59	5.4%
≥ 60	1.7%

*根據有2 224名醫務化驗師(佔總註冊人數約65%)的出生日期資料統計所得。

規管機構
醫務化驗師管理委員會
輔助醫療業管理局

醫務化驗師培訓
理大
東華學院
港大專業進修學院

東華學院

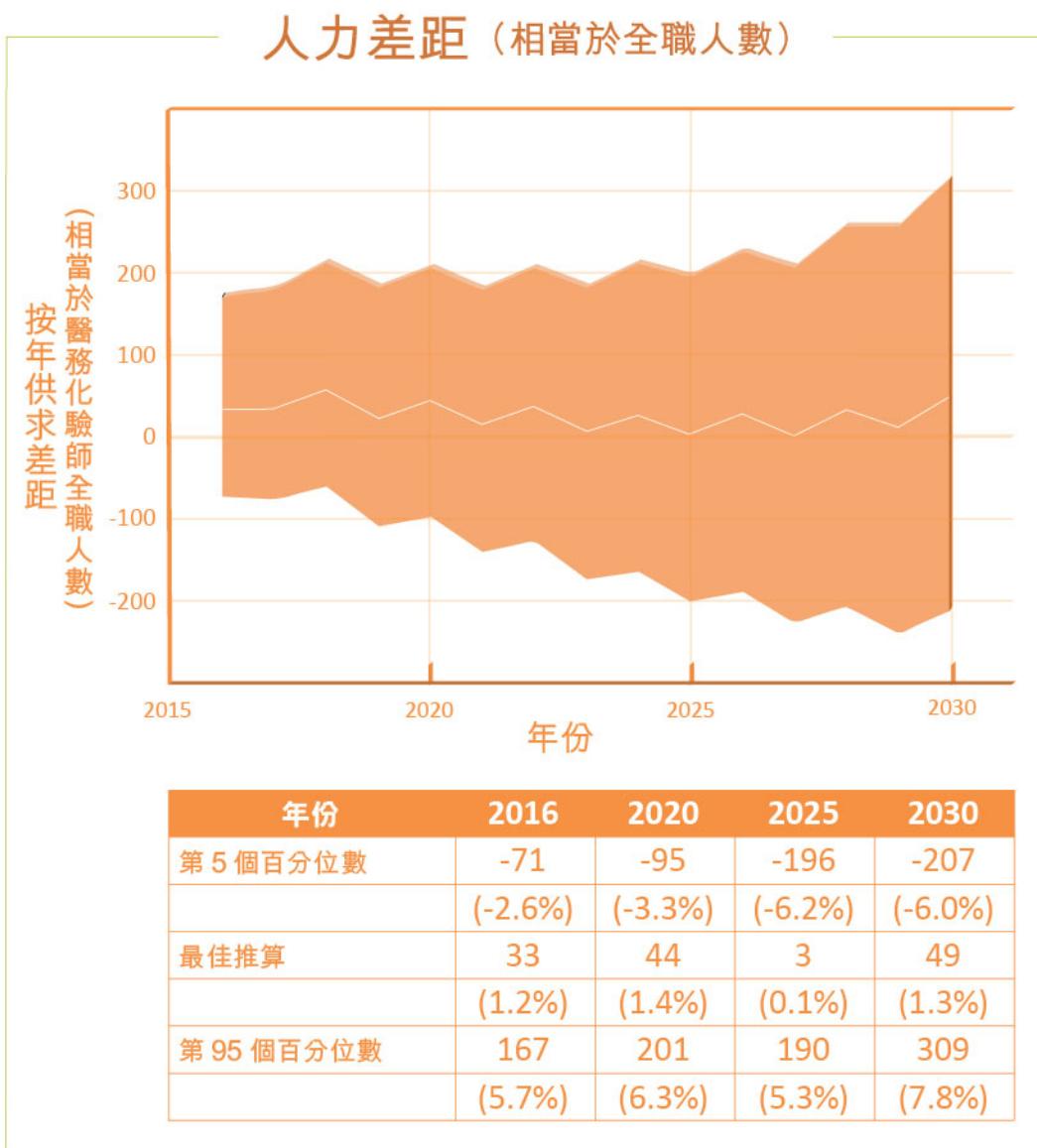
東華學院自2012/13學年起開辦自資的醫療化驗科學課程，提供約20個學額。輔助醫療業管理局已在2016年8月通過有關課程認證的專業評審，首屆學生已於同年畢業。

指定專業/界別課程資助計劃

鑑於本港對醫務化驗師的需求殷切，以及東華學院的課程亦已通過輔助醫療業管理局的專業評審，政府決定在2017/18學年將東華學院醫療化驗科學課程的20個學額納入指定專業/界別課程資助計劃內。

醫務化驗師專業相對年輕。

人力推算



註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
3. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

醫務化驗師人力推算

27.10.1 督導委員會注意到…

預計醫務化驗師人手在中短期會有輕微短缺或大致平衡。

27.10.2 督導委員會認為…

政府應監察市場上醫務化驗師的人手供應情況。

自資培訓

27.10.3 督導委員會注意到…

公私營界別對醫務化驗師的需求不斷增加。透過增加學額和舉辦自資課程將有助應付日增的需求。

考慮到本港對醫務化驗師的需求殷切，而且東華學院的課程已通過輔助醫療業管理局的專業評審，政府決定在二零一七/一八學年透過指定專業/界別課程資助計劃，為東華學院醫療化驗科學課程的20個學額提供資助。



27.11 視光師 主要數據

註冊視光師	2 180
視光師人口比例	1 : 3 383
公營及私營工作界別比例	9% : 91%

規管機構	輔助醫療業管理局 視光師管理委員會
視光師培訓	理大

絕大部分視光師在私營界別執業。

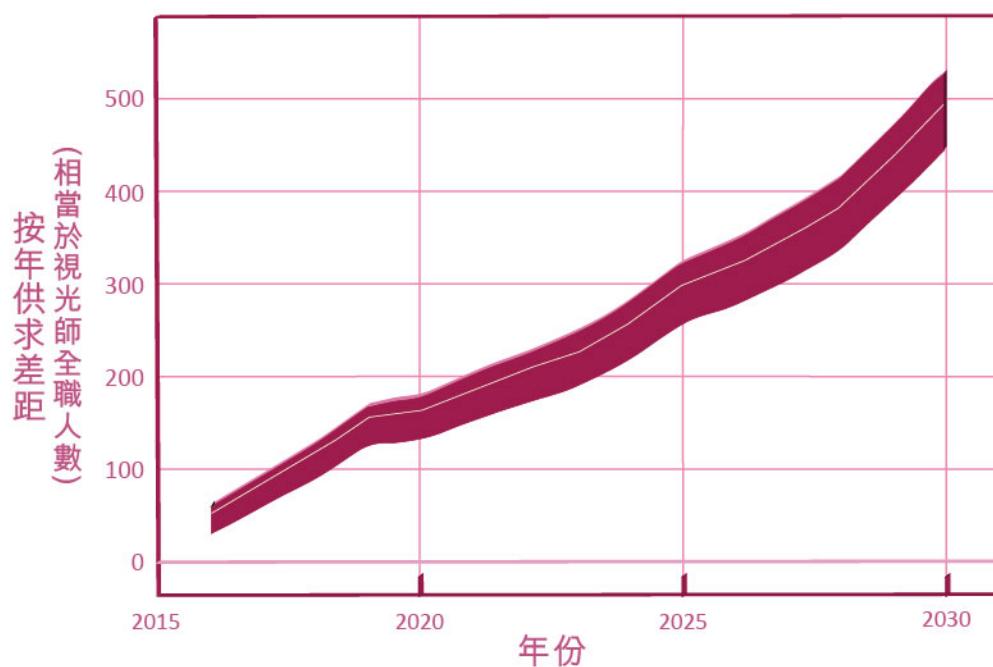
理大是本港唯一一間提供視光學培訓的院校。

男女比例	76%(男性); 24%(女性)
------	---------------------

年齡中位數	50
年齡分佈	
20-29	10.4%
30-39	15.0%
40-49	24.0%
50-59	32.4%
≥60	18.2%

人力推算

人力差距（相當於全職人數）



年份	2016	2020	2025	2030
第 5 個百分位數	31	134	259	446
	(1.7%)	(7.0%)	(13.2%)	(22.2%)
最佳推算	56	167	302	497
	(3.0%)	(8.6%)	(15.0%)	(24.1%)
第 95 個百分位數	63	181	326	533
	(3.3%)	(9.2%)	(16.0%)	(25.4%)

註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
3. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

視光師人力推算

27.11.1 督導委員會注意到...

預計視光師人手在中短期會出現短缺。

27.11.2 督導委員會建議...

除了增加公帑資助的培訓學額外，政府也應鼓勵自資界別開辦視光學課程。

在私營界別執業的視光師

27.11.3 督導委員會注意到...

與藥劑師的情況相似，私營界別對視光師的需求也取決於經濟和零售市場的狀況。

27.11.4 督導委員會注意到...

本港絕大部分(90%以上)視光師是在私營界別執業，因此用作人力推算的數據的質量，有可能未及其他大多數在公營界別服務的醫療專業。市場調整和私人執業視光師可靈活地改變業務模式均可使中短期的人手短缺得以紓緩。如在私營市場的執業視光師選擇在公營機構的一般退休年齡後繼續工作，預計會減輕人手短缺問題。

下一輪視光師人力推算

27.11.5 督導委員會建議...

因應零售市場的最新發展及考慮其他相關因素，政府應在進行下一輪人力推算(二零一九/二零至二零二一/二二的三年期的人力推算工作會在二零一七年下半年展開)時，再行評估視光師的人手供求情況。



27.12 放射技師 主要數據

註冊放射技師	2 209
註冊放射技師（診斷類）	1 842
註冊放射技師（治療類）	367
放射技師人口比例	1 : 3 339
公營及私營工作界別比例	
註冊放射技師（診斷類）	57% : 43%
註冊放射技師（治療類）	62% : 38%
男女比例	55%(男性); 45%(女性)
年齡中位數	41
年齡分佈	
20-29	22.5%
30-39	23.8%
40-49	26.7%
50-59	20.4%
≥ 60	6.6%

規管機構	輔助醫療業管理局 放射技師管理委員會
放射技師培訓	理大 東華學院

東華學院

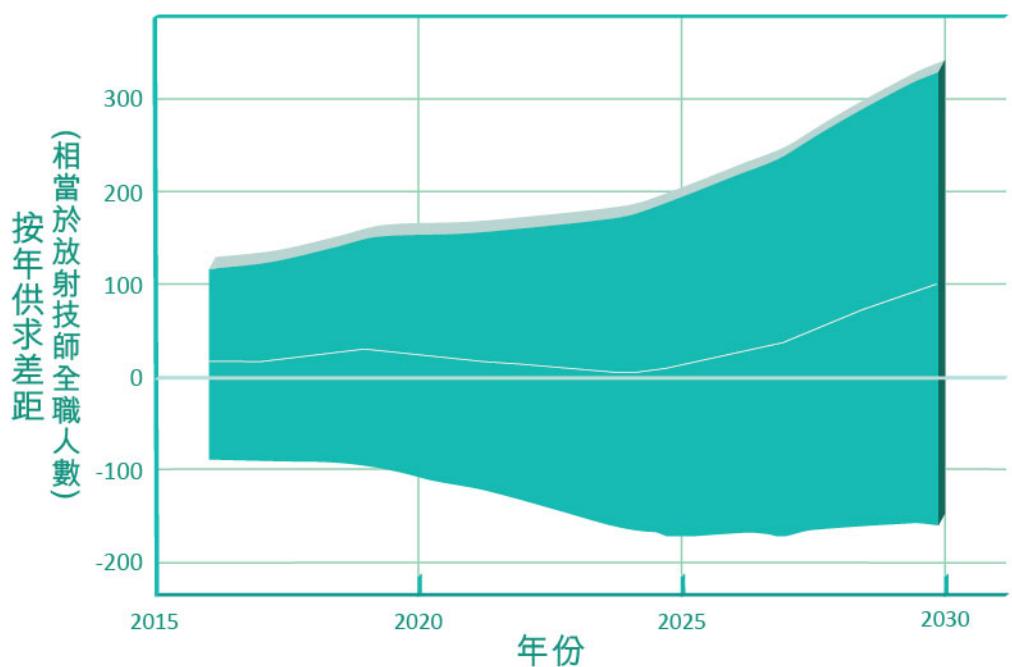
除理大外，東華學院由2012/13學年起開辦自資的放射治療學課程，提供約15個培訓名額。在2016年，輔助醫療業管理局已通過有關課程認證的專業評審，首屆學生於同年畢業。

指定專業/界別課程資助計劃

鑑於本港對放射技師的需求殷切，以及東華學院的課程亦已通過輔助醫療業管理局的專業評審，政府決定在2017/18學年將東華學院放射治療學課程的12個學額納入指定專業/界別課程資助計劃內。

人力推算

人力差距（相當於全職人數）



年份	2016	2020	2025	2030
第 5 個百分位數	-94	-114	-178	-166
	(-4.9%)	(-5.2%)	(-6.9%)	(-5.7%)
最佳推算	18	26	14	106
	(0.9%)	(1.1%)	(0.5%)	(3.3%)
第 95 個百分位數	123	161	202	349
	(5.8%)	(6.5%)	(6.8%)	(10.2%)

註:

- 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
- 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

放射技師人力推算

27.12.1 督導委員會注意到…

預計放射技師在中短期會有輕微人手短缺或大致平衡的情況。

27.12.2 督導委員會認為…

政府應監察市場上放射技師的人手供應情況。

自資培訓

27.12.3 督導委員會注意到…

考慮到本地對放射技師的需求甚殷，而東華學院的課程已通過輔助醫療業管理局的專業評審，政府決定在二零一七/一八學年透過指定專業/界別課程資助計劃，為東華學院放射治療學課程的12個學額提供資助。

下一輪放射技師人力推算

27.12.4 督導委員會注意到…

本港的註冊放射技師共分為兩類，即放射診斷技師和放射治療技師。雖然兩類放射技師各有不同的技能，而且工作的性質也不相同，但港大的人力推算是就整個專業進行的。是次檢討中所作的人力推算將所有放射技師視為同一個類別處理。政府會在下一輪人力推算工作中考慮應否及如何分別為兩類放射技師進行人力推算。



27.13 脊醫 主要數據

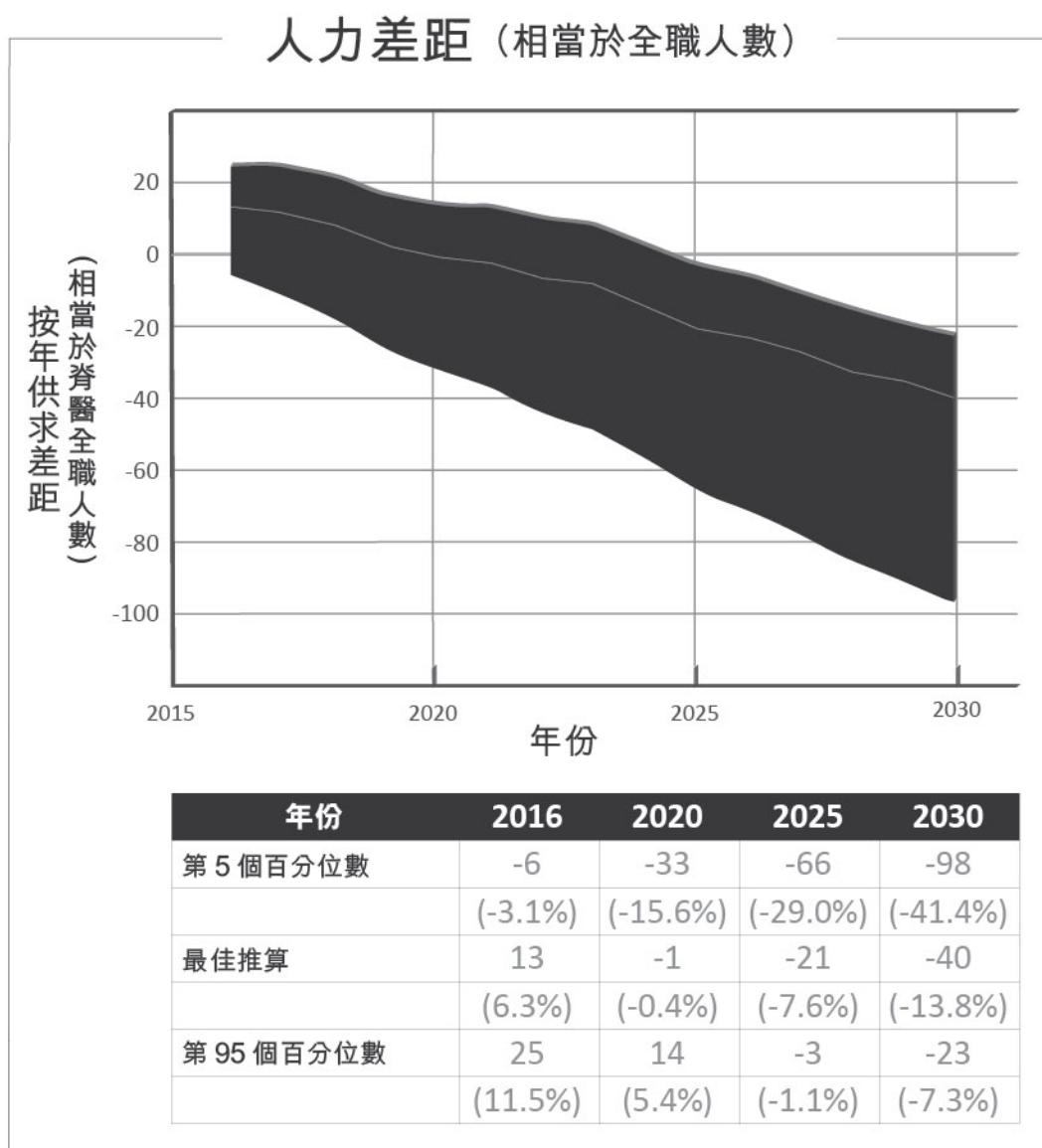
註冊脊醫	209
脊醫人口比例	1 : 35 287
公營及私營工作界別比例	0% : 100%

規管機構	脊醫管理局
脊醫培訓	本港沒有脊醫培訓課程

所有註冊脊醫均在私營界別執業。

男女比例	70% (男性); 30% (女性)
年齡中位數	42
年齡分佈	
20-29	10.0%
30-39	35.4%
40-49	23.0%
50-59	15.8%
≥60	15.8%

人力推算



註:

1. 正數表示人手短缺，負數表示人手充足(或模型下的人手過剩)。
2. 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
3. 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

觀察所得及建議

脊醫的人力推算

27.13.1 督導委員會注意到...

預計脊醫人手供求在短期大致平衡，中期人手充足。

就脊醫而言，鑑於目前的需求情況，非本地培訓的畢業生應足以應付本港中短期的人手需求。

27.13.2 督導委員會認為...

現時所有脊醫均在私營界別工作，因此與視光師的情況一樣，脊醫的人力推算須小心詮釋。
政府應在下一輪人力推算工作中與多方合作，提升私營界別所得數據的質量。

建議1

本地來源－公帑資助的醫療培訓

政府應考慮為中長期仍面對人手短缺的醫療專業增加教資會資助的培訓學額。

28. 督導委員會認為，本地培訓的醫療專業應繼續為本港醫療人手的基石。為應付與日俱增的醫療服務需求，督導委員會建議政府應考慮為中長期仍面對人手短缺問題的醫療專業增加教資會資助的培訓學額。

建議2

本地來源－自資的醫療培訓

政府應善用自資界別提供培訓，以協助應付部分對醫療專業日益增加的人手需求(特別是護士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師及放射技師)，並應在基礎設施和資金方面提供所需支援。

政府應適當地透過指定專業/界別課程資助計劃，繼續為修讀面對人手短缺的醫療專科(特別是專職醫療學科)的學生提供資助，以支持自資高等教育界別健康持續發展，並配合教資會資助界別，提供更廣和更多元化的學習機會。

33. 為培育人才以應付社會和經濟需要，政府已決定由二零一八/一九學年起，把指定專業/界別課程資助計劃定為恆常措施，以資助學生修讀指定的自資學士學位課程。每年的資助學額會由約1 000個增至3 000個。目前修讀指定課程的學生由二零一八/一九學年起也會獲得資助，預計每學年約有13 000名學生受惠。

34. 督導委員會建議，政府應繼續為修讀面對人手短缺的醫療專科(特別是專職醫療學科)的學生提供資助，以支持自資高等教育界別健康持續發展，並配合教資會資助界別，提供更廣和更多元化的學習機會。

29. 目前，全港有兩間醫學院(即港大和中大)、一間牙醫學院(即港大)，以及一間教資會資助提供專職醫療人員培訓的大學(即理大)。教資會資助學額成本高昂，規劃期一般較長。受基礎設施所限，這些院校難以在中短期大量增加培訓。

30. 高等院校透過開辦更多及更廣的自資訓練課程，協助應付本港部分醫療人手的需求。督導委員會留意到，公開大學、東華學院、理大、明愛專上學院和港大專業進修學院都正朝這個方向發展。

31. 督導委員會建議政府應善用自資界別提供培訓，以協助應付部分對醫療專業人員日益增加的人手需求，並提供基礎設施和資金方面所需支援。

32. 開辦自資的護理和專職醫療人員課程，有助更靈活地應付市場的需求。這些課程的畢業生可能會更積極投身不同界別，例如在一向有招聘困難的社福機構工作。護理專業是首個自資培訓界別蓬勃發展的醫療專業。護理培訓的經驗顯示，自資界別的積極參與，有助於在合理時間內有效解決護士人手短缺的問題。

建議3

公營界別的醫療人手

醫管局應盡力挽留現有的醫療專業人員，並吸引退休醫生及其他醫療專業人員在退休後繼續在公營界別服務。

醫管局應更積極地透過有限度註冊聘請非本地培訓的醫生。

挽留醫生在醫管局工作

35. 為解決中短期的人手短缺問題，督導委員會建議醫管局採取更積極的措施，吸引及挽留現有的醫療專業人員(包括醫生)在公營界別服務，有助紓緩醫管局醫生人手短缺的情況。

透過有限度註冊方式聘請非本地培訓醫生

36. 為紓緩人手短缺的問題，醫管局應繼續透過有限度註冊聘請非本地培訓醫生來港執業。政府已向立法會提交修訂條例草案修訂《醫生註冊條例》，讓有限度註冊的有效期及續期有效期由不多於一年延長至不多於三年。若條例草案獲得通過，將有助醫管局透過有限度註冊聘請更多非本地培訓醫生，在短期內紓緩其醫生人手短缺的問題。

37. 督導委員會認為，雖然應採取措施協助非本地培訓醫生來港執業，但對這些醫生的質素和能力水平要求絕對不存在任何妥協。醫委會應繼續秉持醫生的專業水準，以保障本港病人的安全和利益。

建議4

非本地培訓的醫療專業人員

在維持專業水平的前提下，管理局及委員會應考慮適度調整現行的安排，包括但不限於有關執業資格試、實習和有限度註冊(如適用)的安排。

政府應積極加強在海外推廣及宣傳有關註冊安排，並主動推行針對性的招聘計劃，吸引非本地培訓的醫療專業人員(特別是香港居民和與香港有深厚關係的人士)來港執業。

38. 雖然本地培訓的醫療專業人員應為醫療人手的主要來源，有需要時應可透過既定機制以合資格的非本地培訓人員短期補充人手。

39. 非本地培訓的醫療專業人員可透過不同途徑來港執業。就透過應考執業資格試獲得正式註冊的醫療專業而言，督導委員會注意到，醫委會、香港牙醫管理委員會和香港護士管理局已增加了執業資格試的次數，並適當地提高了實習安排的靈活性(圖18)。

圖 18. 為協助非本地培訓的醫療專業人員來執業的措施



在保持專業水平和質素的前提下，進一步推出措施，
協助非本地培訓的醫療專業人員來港執業

40. 至於專職醫療專業，一般而言，非本地培訓的專職醫療人員只須擁有認可資格便可獲正式註冊，無須需通過執業資格試。由於相關的執業資格試通常只吸引少數人士應考，因此無需增加執業資格試的舉行次數。

41. 不過，就本地人手供應短缺的專業，督導委員會建議政府應積極加強在海外推廣及宣傳有關註冊安排，並主動推行針對性的招聘計劃，吸引非本地培訓的醫療專業人員(特別是香港居民和與香港有深厚關係的人士)來港執業。舉例來說，政府曾在二零一六年十一月率團訪英以招募當地的醫療專業人員(尤其是職業治療師和物理治療師)來港工作。政府應透過駐海外經濟貿易辦事處，加大力度吸引非本地培訓的醫療專業人員來港執業。

42. 就藥劑師和脊醫而言，非本地培訓的醫療專業人員亦是香港人手供應的另一重要來源。至於中醫，本港學生在內地修讀中醫課程的趨勢，有需要倍加留意，並密切監察這趨勢對本港未來整體中醫人手供應的影響。

建議5

醫療人力規劃和推算

政府應配合教資會的三年規劃期，每三年進行一次醫療專業人員人力規劃和推算工作。

43. 現時的人力推算工作和港大設計的人力推算模型，為政府奠定了穩固的基礎定期進行人力規劃。為繼續監察醫療專業人員的人手情況，督導委員會建議政府應配合教資會的三年規劃期，每三年進行一次醫療專業人員人力規劃和推算工作。下一輪(二零一九/二零至二零二一/二二的三年期)的人力推算工作會在二零一七年下半年展開。

44. 督導委員會建議，政府應訂立更完備的數據收集機制，協助未來的人手推算。政府也應繼續與各個醫療專業保持溝通，以掌握醫療專業人員人手供應的最新情況。

圖 19. 每三年進行一次醫療人力規劃和推算



第三部分： 專業發展及規管

概況

45. 本港的醫療制度素以優質、高效和具成本效益見稱。我們在醫療方面卓有成就，有賴醫療專業人員盡責能幹、服務市民的熱誠和對工作的承擔。他們辛勤工作，表現出色，多年來獲得市民的信任和尊重。市民的信任是專業自我規管理制度的重要元素。本港的醫療專業奉行專業自我規管理制度，數十年來一直為社會所接受。反觀其他地方的醫療專業規管近年經歷重大轉變。香港作為一個開放型大都會，專業自我規管的模式須與時並進，不斷改善，以跟上社會現行規範和價值觀。

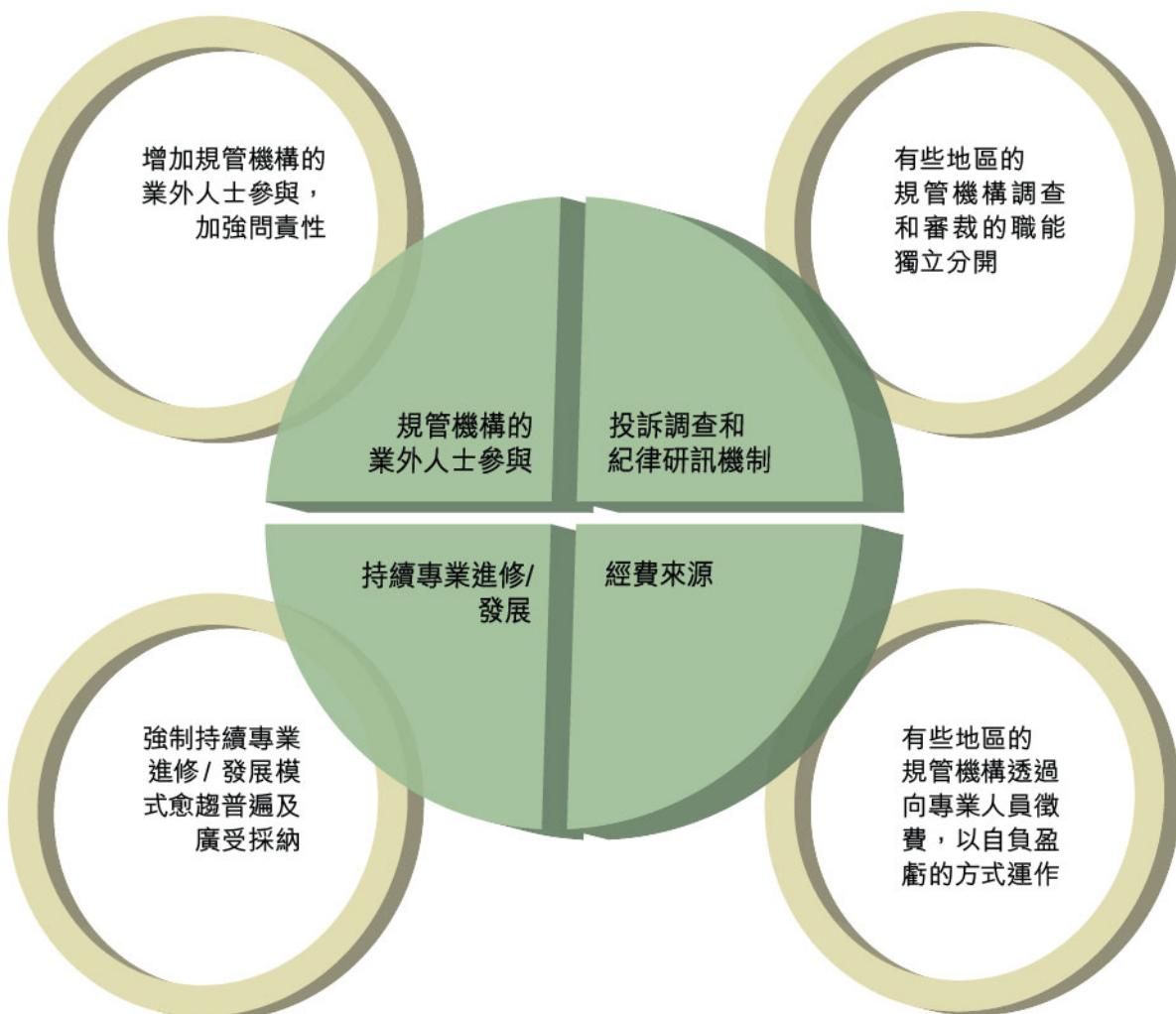
中大的研究結果

46. 政府委託中大進行的研究全面檢視了世界各地醫療專業的最新規管模式。研究結果和觀察所得顯示，由於規管理制度因地而異，世界上沒有一套方案可放諸四海皆準。西方已發展經濟體系的規管理制度朝着更現代化的方向發展一務求提高公開性、加強問責性、其投訴調查和紀律研訊機制更為獨立，並更注重持續專業進修和發展(見圖20)。雖然亞洲地區一般以較傳統的專業自我規管配以政府嚴密的監督，有趨勢顯示這些地區正努力建立更現代化的規管架構。

47. 督導委員會提出建議時採取全面而持平的考量一方面考慮醫療專業人員及社會上其他持份者所表達的意見和關注，另一方面亦參考中大的研究結果和觀察所得。我們完全認同，在推行專業規管時確保制度穩定至關重要。任何改變現行制度的建議均必須有充分理據證明其有助提升專業水平，並且有利於維持市民對醫療專業人員的信任。我們感激各醫療專業人員對社會作出的貢獻。我們會採取平衡各方所需的措施，一方面維持專業自主，一方面回應社會上對增加公信力和加強問責性的合理訴求，

確保醫療專業人員多年來貢獻社會所建立的互信得以延續。

圖 20：醫療專業人員規管理制度的國際發展趨勢



建議6

管理局及委員會的業外人士參與

管理局及委員會須確保有適量的業外人士參與，包括其組成須至少有25%的業外委員。

48. 督導委員會認為，有需要確保有適量的業外人士參與各個管理局及委員會。維持恰當比例的業外委員(即既非因職務需要而獲委任的當然委員，亦非屬於受監管專業的委員)，有助引入一些新思維和多角度的看法。在專業自我規管的同時，適量的業外委員能加強制度的公眾問責性。

49. 督導委員會認為，業外委員應佔管理局及委員會委員總人數最少25%。就管理局及委員會目前業外人士參與的情況顯示(見圖21)，共有11個管理局及委員會的業外委員比例相等於或超過25%，業外委員比例不足25%的有兩個(即醫委會和香港助產士管理局)。

圖 21：管理局及委員會目前業外人士參與情況

	總委員數目	業外委員數目 (百分比)
醫委會	28人	4人 (14%) [4名業外人士]
香港牙醫管理委員會	12人	3人 (25%) [1名業外人士及2名醫生]
香港護士管理局	15人	3 ⁵ 至6人 (20%至40%) [3名業外人士、 1名由醫管局提名的委員，以及 從一組獲提名人士（由每所開辦認可護理課程 的大專院校提名）中挑選出來的2名成員]
香港助產士管理局	18人	4人 (22%) [2名業外人士及2名醫生]
香港中醫藥管理委員會	19人	6 ⁶ 至8人 (32%至42%) [主席、 2名公職人員、 2名來自香港教育或科研機構的人士，以及 3名業外人士]
香港藥劑業及毒藥 管理局	11人	3人 (27%) [2名醫生及1名律師]
輔助醫療業管理局	15至18人	6 ⁷ 至13人 (33%至72%) ⁸ [主席、 副主席、 4名公職人員， 4名非公職人員的其他人士以及 分別由中大、港大及理大提名的3名人士]
職業治療師管理委員會 物理治療師管理委員會 醫務化驗師管理委員會 視光師管理委員會 放射技師管理委員會	8至11人	2 ⁹ 至3人(18%至27%) ¹⁰ [主席、 1名醫生， 以及1名具備專門資格就專業教育 提供意見的人士]
脊醫管理局	10人	5人 (50%) [4名業外人士及1名公職人員]

5 假如醫管局提名的1名委員和從一組獲提名人士(由每所開辦認可護理課程的大專院校提名)中挑選出來的2名成員並不視作為業外委員，該管理局的業外委員人數會減少3名。根據過往記錄，這些委員通常是註冊護士。

6 假如來自香港教育或科研機構的2名人士並不視作為業外委員，該委員會的業外委員人數會減少2名。根據過往記錄，這2名委員通常是註冊中醫或與中醫藥範疇有關人士。

7 假如4名並非公職人員的其他人士及3名分別由中大、港大及理大提名的人士並不視作為業外委員，該管理局的業外委員人數會減少7名。根據過往記錄，除理大提名的人士外，這些委員通常是其他醫療專業的註冊人士。

8 在計算業外委員比例時，假設委員總人數為18名。

9 假如1名具備專門資格就專業教育提供意見的人士並不視作為業外委員，該管理局的業外委員人數會減少1名。根據過往記錄，這名委員通常來自教育機構並且為該輔助醫療業的註冊人員。

10 在計算業外委員比例時，假設委員總人數為11名。

50. 有關修訂《醫生註冊條例》的三方平台已就醫委會業外人士的參與進行討論¹¹。政府衡量所有相關考慮因素(包括督導委員會的建議和三方平台的商討結果)，以平衡整體社會利益為大前提提出修例建議。政府已在二零一七年六月七日向立法會提交修訂條例草案，藉以—

- (a) 改善醫委會的投訴處理和紀律研訊機制，以提升其效率、問責性和公信力；
- (b) 增加醫委會的業外委員人數，以提升其公信力及問責性；以及
- (c) 讓醫委會可批准有限度註冊有效期由不多於一年延長至不多於三年。

51. 至於香港助產士管理局，督導委員會認為該管理局應商討其業外人士參與是否足夠，然後告知政府商討結果。如該管理局認為其業外人士參與不足，應向政府提交改變組成的建議，以進一步增加業外人士參與。

52. 就其他管理局及委員會而言，督導委員會留意到，法例容許部分成員席位可由業內或業外人士擔任。以香港護士管理局為例，其中三個委員的席位可由護士或業外人士擔任，因此該管理局的業外委員實際人數每年可有所不同，取決於上述席位是由護士還是業外人士擔任。此外，有些委員席位也可由公職人員擔任(不論以個人身分或基於職務需要而擔任)或由其他專業人士擔任(例如醫生和律師)。督導委員會認為，這些管理局及委員會可自行商討，並在有需要時按理提出改善其組成的建議，確保有適量的業外人士參與，加強其公眾問責性。

¹¹ 政府成立三方平台，以促進醫生、代表病人權益及消費者權益的人士和立法會議員就《醫生註冊條例》的了解及溝通，並就修例建議提出意見和討論。

建議7

持續專業進修及/或持續專業發展

管理局及委員會應致力維持醫療專業人員的專業水平，包括強制規定持續專業進修及/或持續專業發展。

53. 持續專業進修/持續專業發展是維持專業水平的重要一環。要推動良好醫療水平，醫療專業人員維持及發展其技術、專業知識及執業能力是不可或缺的。有關人員可參與專業發展、提升專業水平，以及參與其他有助確保專業能力的活動。

54. 督導委員會欣悉，醫療專業人員認同持續專業進修持續專業發展十分重要。然而，各個醫療專業的執業要求和法例規定各有不同(見圖22)，例如註冊中醫師必須符合強制持續進修的規定方可繼續執業¹²，而在專科醫生名冊上的醫生¹³和牙醫也必須符合延續教育的規定。至於普通科醫生和普通科牙醫，他們可自願參與分別由醫委會和香港牙醫管理委員會推行的持續專業發展計劃和持續進修計劃，但並非如其專科同業必須接受和完成持續專業進修課程。此外護士、助產士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師、放射技師和脊醫所屬的管理局及委員會，亦有推行自願參與的持續專業進修/持續專業發展計劃，有關計劃的內容撮要載於圖22及圖23。至於牙齒衛生員和藥劑師，有關的管理局及委員會沒有推行持續專業進修/持續專業發展計劃。

¹² 根據《中醫藥條例》(第549章)第82(2)條，中醫組須決定有關進修中醫藥學的規定，而該等規定則是任何執業證明書根據該條例第76或77條續期之前所須符合的。

¹³ 根據《醫生註冊條例》(第161章)和《牙醫註冊條例》(第156章)，任何註冊醫生和註冊牙醫如擬申請把其姓名列入專科醫生名冊，必須符合延續教育的規定。

圖 22：有關13 個醫療專業參與持續專業進修/持續專業發展的規定

所有從業員 強制參與	專科人員 強制參與	設有 自願參與計劃	不設 自願參與計劃
<ul style="list-style-type: none">• 註冊中醫師	<ul style="list-style-type: none">• 專科醫生• 專科牙醫	<ul style="list-style-type: none">• 非專科醫生• 非專科牙醫• 護士 (註冊護士和登記護士)• 助產士• 職業治療師• 物理治療師• 醫務化驗師• 視光師• 放射技師• 脊醫	<ul style="list-style-type: none">• 牙齒衛生員• 藥劑師

圖23：自願持續專業進修/持續專業發展計劃一覽表

	註冊人數 (截至2016年年底)	持續專業進修/ 持續專業發展計劃	推行日期	截至2016年 年底的情況
醫生	14 013 (當中6 782名醫生 在專科名冊上)	普通科醫生自願延 續醫學進修計劃	2001年10月1日	在2016年獲頒發延 續醫學教育修業證 書的醫生人數： 1 091 獲准使用「延續醫 學進修證書」名銜 的醫生人數：1 268
牙醫	2 441 (當中260名牙醫在 專科名冊上)	自願性質的執業牙 醫持續專業發展計 劃	2002年7月1日	獲頒發2015年度持 續專業發展證書的 牙醫人數：575
護士	註冊護士：39 178 登記護士：13 211	供所有註冊/登記 護士自願參與的持 續護理教育制度	2006年11月1日	見註1
助產士	4 540	供所有註冊助產士 自願參與的註冊後 助產士產科教育先 導計劃	2006年11月1日	見註2
職業治療師	1 911	自願性質的註冊職 業治療師持續專業 發展計劃	2006年10月1日	2015/16年度符合 持續專業發展計劃 指定要求的職業治 療師人數：101
物理治療師	2 956	自願性質的註冊物 理治療師持續專業 發展計劃	2005年7月1日	2015/16年度符合 持續專業發展計劃 指定要求的物理治 療師人數：166
醫務化驗師	3 443	自願性質的註冊醫 務化驗師持續專業 發展計劃	2005年1月1日	2015/16年度符合 持續專業發展計劃 指定要求的醫務化 驗師人數：72
視光師	2 180	自願性質的註冊視 光師持續專業發展 計劃	2004年11月1日	2015/16年度符合 持續專業發展計劃 指定要求的視光師 人數：138
放射技師	2 209	自願性質的註冊放 射技師持續專業發 展計劃	2006年1月1日	符合持續專業發展 計劃指定要求的放 射技師人數：38
脊醫	209	自願性質的註冊脊 醫持續專業發展計 劃	2010年1月1日	符合持續專業發展 計劃指定要求的脊 醫人數：5

註1 共有123個機構獲香港護士管理局認可籌辦持續護理教育，持續護理
教育學分和證書由獲香港護士管理局認可的機構授予計劃/活動參加
者

註2 共有19個機構獲香港助產士管理局認可舉辦助產士註冊後產科教
育，助產士註冊後產科教育學分和證書由獲香港助產士管理局認可
的機構授予計劃/活動參加者

55. 督導委員會認為，持續專業進修/持續專業發展不應只屬自願參與性質，也不應規定只有專科人員才須參與。持續專業進修/持續專業發展的規定應廣泛執行，並應最終成為法定註冊醫療專業人員必須遵從的強制規定。要順利推行強制持續專業進修持續專業發展，必須仔細籌劃推行的過程，並充分考慮現時情況、有關專業是否作好準備，以及在法律和資源方面的影響等因素。督導委員會認為，在尊重專業自我規管的原則下，有關的管理局及委員會除了可考慮透過修例推行強制規定外，也可商討將持續專業進修/持續專業發展規定成為其專業標準必須符合的規定，例如透過專業守則，並設立機制監察醫療專業人員是否符合這些規定。有關管理局及委員會如就如何強制推行持續專業進修/持續專業發展有初步看法，應徵詢業內人員的意見，並考慮各項相關因素(包括有關規定在法律上的可行性、是否切合實際情況、持續性，以及可執行性)，以制訂實施計劃。此外，在強制推行持續專業進修/持續專業發展之前，有關的管理局及委員會須確保有充足的培訓課程。

建議8

投訴調查和紀律研訊機制

管理局和委員會應檢討並按需要改善投訴調查和紀律研訊機制—

- 有關管理局和委員會應檢討並按需要改善投訴調查和紀律研訊機制，務求盡量減少潛在的利益衝突，並縮短處理涉及違規或失當行為投訴所需時間；
- 管理局和委員會的秘書處應適當地透過包括精簡現行行政程序等措施，提供更加便利的服務；以及
- 有關管理局和委員會應適當地探討在處理不涉及專業失當的投訴時使用調解的可行性。

檢討並改善出現因投訴個案數目超出有關投訴調查和紀律研訊機制的負荷而導致個案拖延甚久的機制

56. 有關13個醫療專業的投訴，無論在投訴個案數目和審理案件(包括作出調查及在有需要時進行紀律研訊)所需時間各異。各個管理局及委員會在二零一四年至二零一六年間接獲的投訴個案數目概列於圖24。

圖24：投訴個案的數目及處理個案所需的時間

管理局及委員會	註冊人數 (截至2016年年底)	接獲的投訴 個案數目			平均所需時間 (月)		
		2014	2015	2016	偵委會初步考慮階段 (如有)及偵委會階段	研訊 階段	總數
醫委會	14 013	624	493	628	36	36	72
香港牙醫管理委員會	2 441	173	126	132	22	12	34
香港護土管理局	52 389	38	25	52	12	6	18
香港助產土管理局	4 540	2	0	0	12	6	18
香港中醫藥管理委員會	9 956	361	186	209	1	8	9
藥劑業及毒藥管理局	2 659	3	0	0	3 ^{註1}	6	9
醫務化驗師管理委員會	3 443	4	4	1	7	7	14
職業治療師管理委員會	1 911	4	1	2	7	7	14
視光師管理委員會	2 180	9	6	12	7	7	14
放射技師管理委員會	2 209	1	2	2	7	7	14
物理治療師管理委員會	2 956	9	7	10	7	7	14
脊醫管理局	209	5	8	9	7	7	14

註1 藥劑業及毒藥管理局沒有偵委會。如接獲投訴，會交由管理局考慮。管理局約需3個月以決定是否對有關藥劑師進行研訊。

57. 大部分的投訴個案向醫委會提出。在過去三年(即二零一四年至二零一六年)，醫委會每年平均接獲的投訴個案已達580宗。督導委員會明白，這反映醫生在醫療系統中至為重要，基於其專業性質，醫生往往被認為需為病人生死負上最終責任。因此，由於投訴個案數量，加上涉及的問題愈來愈複雜，投訴量已遠超醫委會目前的負荷，以致投訴個案拖延甚久。醫委會秘書處估計，拖延情況在未來數年將進一步惡化，平均所需時間會長達72個月。

58. 在過去三年(即二零一四年至二零一六年)，香港中醫藥管理委員會每年平均收到250宗投訴，而香港牙醫管理委員會則有140宗。向其他管理局及委員會作出的投訴為數不多，每年由0宗至52宗不等。由於投訴個案數目少，這些管理局及委員會能夠在較合理的時間內完成調查工作並透過紀律研訊(如有需要)審理投訴個案。即使是香港牙醫管理委員會，審理須進行紀律研訊的個案平均所需的時間約為34個月，而香港中醫藥管理委員會則需時約9個月。

59. 管理局及委員會及早處理投訴個案，這對公眾和醫療專業人員雙方的利益都至為重要。督導委員會認為，管理局及委員會須盡力設法透過行政措施來提高其投訴調查和紀律研訊機制的效率，甚至在有需要時修訂法例作出改善。

60. 督導委員會留意到，政府在二零一六年三月提交條例草案，即《2016年醫生註冊(修訂)條例草案》，以修訂《醫生註冊條例》，其目的之一是提高條例下投訴調查和紀律研訊機制的效率。然而，該條例草案未能在二零一六年七月第五屆立法會的任期(二零一二至二零一六年度)完結前完成立法程序。督導委員會又留意到，有關修訂《醫生註冊條例》的三方平台已就此事進行商討。督導委員會期望有關各方能夠提出切實可行的建議，解決現行機制下的樽頸從而提高效率，並回應社會上提出在醫委員下分拆調查和紀律研訊職能的強烈訴求，以配合國際趨勢。

61. 督導委員會認為，香港牙醫管理委員會和香港中醫藥管理委員會應各自檢討現行機制，確定其是否周全和能否有效率地應付目前的個案數目及未來數年的預計個案數目，並就此進行商討。如相關委員會認為有需要改變現行機制，應向政府提出修訂有關法例的建議。

62. 督導委員會認為，其他管理局和委員會應適當地檢討其投訴調查和紀律研訊機制。同時，這些管理局和委員會應密切留意有關情況，如有迹象顯示有需要作出改變，應從速開始內部討論。

63. 醫療規管機構把投訴調查和審裁的職能分開，或將之交由外間機構負責，已成為國際趨勢。由管理局/委員會成員參與投訴調查或審裁工作的情況相當有限，在某些地區甚至沒有。把投訴調查和審裁職能分開獨立進行，可加強公眾對紀律研訊程序的信心。督導委員會認為，管理局和委員會在討論此議題時，應充份考慮國際趨勢，以決定應否將這兩個職能分開，如決定分開則應考慮該如何制訂其投訴處理和紀律研訊機制。

64. 調解是以合作和共識為本的解決爭議方法，適用於許多不同業務範疇(包括公營和私營領域)，在本港獲廣泛應用和推廣。調解藉着訓練有素而身分中立的第三方，讓爭議各方能透過有溝通和談判，在友好的氣氛下有效解決糾紛。督導委員會認為，須處理大量投訴個案數目的管理局和委員會應適當地探討透過調解處理不涉及專業失當投訴的可行性。涉及專業失當的個案則不能透過調解來解決，而調解本身也不能完全取代行之有效的投訴處理機制。

建議9

收回管理局及委員會的運作成本

政府應收回管理局及委員會的運作成本

65. 政府現時負責各管理局及委員會的運作經費，並全數支付有關的秘書處開支以及與其工作和決定有關的法律費用。這些開支有部分由根據相關法例向醫療專業人員收取的費用所抵銷(見圖25)。

66. 督導委員會留意到，中大的研究結果顯示，現時這些管理局及委員會的經費安排，與研究下的已發展經濟體規管機構的慣常做法有所不同。英國、美國、加拿大、澳洲及新西蘭的規管機構，均透過向專業人員徵費以自負盈虧的方式運作。

67. 有關安排亦有別於醫療界別以外其他專業自我規管機構的做法。舉例來說，香港會計師公會以自負盈虧的方式營運，透過徵費應付運作開支，包括與紀律處分程序有關的費用和開支。香港律師會(律師會)和香港大律師公會(大律師公會)在財政上同樣獨立於政府，但相關法例訂明法律程序的費用由政府承擔¹⁴。

68. 政府的政策是根據“收回成本”以及“用者自付”原則，把各項政府服務的收費大致定於足以收回提供有關服務所涉全部成本的水平¹⁵。督導委員會認為，衛生署應就各管理局及委員會的全部開支(包括法律費用)進行全面的檢討。此外，督導委員會亦認為衛生署應檢討現行法例所訂的收費水平。對於未能收回全部成本的項目，理應調整收費，以收回管理局及委員會的運作成本。

14 根據《法律執業者條例》，律師和大律師的紀律處分程序由各自的紀律審裁組進行。這些紀律審裁組獨立於律師會和大律師公會，而紀律處分個案由律師會和大律師公會分別轉介予各自的紀律審裁組審裁。

15 財政司司長在二零一三至一四年度財政預算案演辭中強調，政府有必要有系統地檢視各項收費，以維護“用者自付”原則，並應優先處理一些多年未有調整而又不會直接影響民生的項目，以及一些收回成本比率較低的項目。在二零一四年，衛生署就醫療專業人員註冊(包括執業資格試)的法定收費進行檢討(不包括《藥劑業及毒藥規例》(第138A章)附表9、《藥劑業及毒藥(藥劑業及毒藥上訴審裁處)規例》(第138D章)及《藥劑師(紀律處分程序)規例》(第138E章)中訂明的收費)。上一次調整這些收費是在二零零零年至二零零六年間，有些收費項目於訂立後更從未調整過。衛生署的成本檢討顯示，當時這些項目的收回成本水平由11%至116%不等。為逐步達到收回全部成本的目標和避免收費飆升，當局建議上調117個項目的收費，增幅由7%至20%不等，餘下一項的收費則下調14%。在調整收費水平後，這些現行法定收費項目的收回成本比率為13%至100%不等。

圖25：有關法例所訂收費項目的收回成本比率

	收回成本比率 (2016年前)	收回成本比率 (2016年後)
《醫生註冊（費用）規例》（第161C章）	11% 至 94%	13% 至 100%
《牙醫（註冊及紀律處分程序）規例》（第156A章）	44% 至 84%	50% 至 92%
《牙科輔助人員（牙齒衛生員）規例》（第156B章）	61%	70%
《護士（註冊及紀律處分程序）規例》（第164A章）	33% 至 52%	40% 至 60%
《登記護士（登記及紀律處分程序）規例》（第164B章）	36% 至 52%	43% 至 60%
《助產士註冊（費用）規例》（第162B章）	43% 至 89%	13% 至 98%
《中醫（費用）規例》（第549B章）	11% 至 116%	14% 至 100%
《職業治療師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359B章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《物理治療師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359J章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《醫務化驗師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359A章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《視光師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359F章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《放射技師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359H章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《脊醫註冊（費用）規例》（第428A章）	34% 至 81%	41% 至 89%

建議10

有關無須進行法定註冊的醫療專業人員的規管

政府應為無須進行法定註冊的醫療專業人員推行認可註冊計劃。

69. 督導委員會留意到，目前本港無須進行法定註冊的醫療專業，大部分透過學會為本的自願註冊安排進行規管。督導委員會認同，學會為本的自願註冊安排重要而且有效，但亦認為可設立一個更可靠和有系統的計劃，以推廣醫療專業人員的優質服務水平，為有意使用其專業服務的市民提供更多資訊。

70. 督導委員會支持政府為本港現時無須進行法定註冊的醫療專業人員推行自願認可註冊計劃的措施。這計劃有助在專業自主的原則下，加強目前以學會為本的註冊安排，確保醫療人員的專業水平，並為市民提供更多資訊，協助他們作出決定。這做法符合國際趨勢，即按醫療專業對公共衛生構成的風險水平施加適度的規管。

71. 在2016年年底，政府推出認可註冊先導計劃。先導計劃涵蓋現時立法會衛生服務界功能界別內15個無須進行法定註冊的醫療專業。這些醫療專業可按本身的意願和情況，選擇參與先導計劃。如上述以外的其他醫療專業有意參與先導計劃，其申請會獲個別考慮。預期於2017年年底公布先導計劃的認證結果。

個別專業的關注事項

72. 除前面章節提及的整體概況外，督導委員會也在檢討過程中收集了個別專業的關注事項。根據六個小組的討論，加上委託中大進行的研究，特別是醫療專業人員參與的強弱機危綜合分析，我們得知更多與個別專業的規管和發展有關的情況及關注事項。督導委員會知悉，現時醫療專業人員(尤以護士、中醫、藥劑師和其他專職醫療人員為然)要求作出改變，冀能加強其職能及更有效地發揮其所長，以促進其業的發展。部分醫療專業人員正積極發展自願參與和以行政方式推行的專科教育和認可認可註冊制度，期望最終在專科訓練、資歷認可和專科工作方面確立一套完備的制度。各專業的情況和意見撮錄於下文。



有迫切需要改善醫委會的投訴處理和紀律研訊機制

- 幾乎所有意見都一致強烈要求改善投訴調查和紀律研訊機制，使投訴個案得以在合理的時間內審結
- 明確要求增加醫委會的業外委員人數
- 在審議和辯論《2016年醫生註冊(修訂)條例草案》期間，各方對醫委會的組成建議持強烈和不同的意見。因此應鼓勵更多持份者參與討論，促進溝通和了解，祈能藉此收窄各方的分歧
- 在醫委會機制以外處理的醫療糾紛，多年來是透過調解機制來解決。探討把調解機制引入為醫委會投訴調查和紀律研訊機制的一部分

專科醫生的人力推算

- 建議按不同專科為醫生進行人力推算，以作更好的人力規劃



非本地培訓牙醫

- 在本港為牙醫訂立一套類似醫生所採用的有限度註冊機制，讓按照訂明條件從事教學、研究及醫院工作的合資格非本地培訓人員以牙醫身分在港執業，並在實施有限度註冊後廢除“當作為註冊”的安排¹⁶
- 為受聘/應邀來港從事臨床教學、研究或學術交流的牙醫引入臨時註冊安排

專科培訓

- 確保持續為本港牙醫提供具質素的專科培訓，讓牙醫具備專科能力提供專業的牙醫醫療服務

專科牙醫的人力推算

- 建議按不同專科為牙醫進行人力推算，以作更好的人力規劃

¹⁶ 《牙醫註冊條例》(第156章)訂明，從海外受聘在港大牙醫學院從事教學和醫院工作的牙醫有“當作為註冊”的安排。根據《牙醫註冊條例》採取的紀律處分程序並不適用於這些牙醫。



牙齒衛生員

檢討有關規例

- 修訂規管牙齒衛生員的法例¹⁷，以達到多項目的，包括訂立牙齒衛生員的法定註冊制度及法定紀律處分框架，以維持牙齒衛生員的專業操守，保障病人利益

牙齒衛生員的角色

- 檢討牙齒衛生員的工作範疇
- 探討加強牙齒衛生員職能的可能性

規管其他牙科輔助人員

- 有意見認為，應規管《牙醫註冊條例》(第156章)下的其他牙科輔助人員，包括牙科治療師及牙科手術助理員



護士

在香港護士管理局引入經選舉產生的成員

- 有意見強烈主張盡快於香港護士管理局增設選任成員，以符合《1997年護士註冊(修訂)條例》的規定

護士工作的專科發展

- 認同護士進行高級護理工作及提升其臨床專科護理質素在醫療體制的轉變上擔當十分重要的角色。護士專科化是護理行業邁向專業發展的重要里程碑。香港護理專科學院於二零一一年成立，致力提供有系統的護理培訓，並促進專科護士和高級護理的專業發展。政府已成立一個具護理專業人員廣泛參與的專責小組，研究有關護士工作專科化的重要事宜，以期定出未來路向，長遠為護士工作專科化訂立法律框架

¹⁷ 《牙科輔助人員(牙齒衛生員)規例》(為《牙醫註冊條例》(第156章)的附屬法例)，授權香港牙醫管理委員會為牙齒衛生員登記並予以規管。該委員會備存已登記的牙齒衛生員名冊。



中醫

非本地培訓中醫

- 有意見認為港人在內地修讀中醫課程的趨勢對中醫未來人手供應構成影響
- 有意見認為應審慎檢討執業資格試的嚴謹度和合適性，以及非本地培訓中醫是否須在本地實習(現時沒有此規定)，以確保非本地培訓中醫的質素和水平

發展專科執業和專科註冊

- 為中醫設立法定的專科註冊制度和專科資格審查。中醫中藥發展委員會在二零一三年二月成立，以探討中醫藥的四大範疇，分別為中醫服務發展、人才培訓及專業發展、科研發展和中藥業的發展(包括中藥檢測)。為配合中醫院的發展及提升中醫服務的水平，政府與中醫中藥發展委員會已着手探討中醫專科發展的未來路向。中醫中藥發展委員會轄下成立了中醫業小組委員會，就這議題進行研究，並會與業界保持溝通，適時向政府提出建議

中醫與中藥分開規管

- 現時，中醫與中藥受同一法例規管。有意見認為，中醫作為一個專業，應受另一項法例獨立規管

中醫的角色和職能

- 在研究如何加強中西醫協作時，應顧及各方意見，包括中醫應獲賦權指示病人接受一般造影及化驗檢查(例如X光檢查)，以及把病人直接轉介給專職醫療人員跟進



藥劑師

非本地培訓藥劑師

- 有意見認為應審慎檢討執業資格試的嚴謹度和合適性，以及非本地培訓藥劑師是否須在本地實習(現時沒有此規定)

藥劑師的規管

- 對成立獨立的規管機構有不同意見—
 - 藥劑師的規管方式應與其他醫療專業人員(例如醫生、牙醫和護士)的法定安排看齊，長遠應以設立獨立的藥劑師管理局為目標，而非如現時的做法，把藥劑師和藥劑業界、藥物與毒藥歸入同一法定架構下規管。成立獨立的規管機構，對建立藥劑師的專業形象及鼓勵市民使用藥劑服務都有正面作用
 - 無必要設立藥劑師管理局，因為香港藥劑業及毒藥管理局已能有效規管這個專業，而且除了設立獨立的規管機構外，還有許多其他措施可加強藥劑師的角色及貢獻
 - 有些在中小企工作的社區藥劑師擔心，如設立獨立的規管機構，他們的利益未必可獲充分保障

把藥劑師及藥物分開規管

- 現時，藥劑師與藥物受同一法例規管。有意見認為，藥劑師作為一個專業，應受另一項法例獨立規管

加強藥劑師的角色

- 鑑於本港藥劑師的人手供應有所增加，參考外地的經驗，藥劑師應在醫療服務(特別是醫管局所提供的醫療服務)擔當更重要的角色。舉例來說，應把臨床藥劑師逐步納入臨床護理團隊，讓他們在不同臨床範疇(例如醫管局的腫瘤科、兒科及慢性疾病治理工作)就病人護理方面提供臨床服務。此外，醫管局也可調派更多藥劑師為獲處方長期藥物的高風險病人提供藥物意見，以加強補充藥物服務。此舉可提高病人的用藥安全和減少浪費藥物

專職醫療人員 (職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師和放射技師)



輔助醫療業管理局及其管理委員會的職能

- 有意見認為，應檢討輔助醫療業管理局及其法定管理委員會的架構。該局及其委員會目前負責規管五個專業，包括職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、放射技師和視光師
- 設立法定規管機構並無最佳模式，不同模式各具優點

18 目前，輔助醫療業管理局及其轄下五個管理委員會的主席一職，並非由相關專業人員出任。

19 目前，輔助醫療管理局轄下各管現委員會均因應個別專業的情況，就非本地培訓醫療專業人員訂立註冊規定。

輔助醫療業管理局及其法定管理委員會的組成

- 有意見認為管理委員會的主席應由所屬專職醫療人員出任¹⁸

非本地培訓的專職醫療人員

- 有意見認為應檢討現行的評核制度¹⁹，並探討可否實行統一註冊考試，以評核應考者是否符合註冊資格

加強在基層醫療服務中擔當的角色

- 加強5個專業在提供基層醫療服務方面的角色，包括加強在服務模式中的跨專業合作元素
- 有意見認為醫務化驗師的註冊應分科別/專科



脊醫

要求提供本地培訓課程及公營脊醫服務

- 有意見認為應在本港提供脊醫培訓課程
- 有意見認為醫管局應推行脊醫服務

實行統一註冊考試

- 有意見認為應實行統一註冊考試

第四部分：建議及落實建議

73. 督導委員會提出了十項建議撮述如下。要落實督導委員會的建議，有賴政府、醫管局、有關規管機構、醫療專業人員和其他相關持份者的共同努力。

A. 醫療人手

建議1

本地來源－公帑資助的醫療培訓

建議

- 政府應考慮為中長期仍面對人手短缺的醫療專業增加教資會資助的培訓學額。

落實建議

政府應…

就面對人手短缺的醫療專業而言

- 考慮在二零一九/二零至二零二一/二二學年的教資會三年撥款期，為人手短缺的醫療專業增加公帑資助的學位課程學額。但須考慮教資會資助院校在提供學位方面的限制，以及保持他們在配置教資會資助第一年學士學位學額的靈活性(即若第一年學士學位課程學額須維持在每年15 000個，如何處理同樣面對人手短缺的非醫療專業學科)，以及市場上是否有自資課程等因素；以及
- 就教資會三年規劃期的工作諮詢各個專業的相關持份者。

就人手充足的醫療專業而言

- 鼓勵醫療服務提供者考慮並適當地規劃加強及/或擴展服務。

建議2

本地來源－自資的醫療培訓

建議

- 政府應善用自資界別提供培訓，以協助應付部分對醫療專業日益增加的人手需求(特別是護士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師及放射技師)，並提供基礎設施和資金方面所需支援。
- 政府應透過指定專業/界別課程資助計劃，繼續適當地為修讀面對人手短缺的醫療專科(特別是專職醫療學科)的學生提供資助，以支持自資高等教育界別健康持續發展，並配合教資會資助界別，提供更廣和更多元化的學習機會。

落實建議

政府應…

- 鼓勵專上院校繼續為護士及專職醫療人員開辦自資訓練課程，靈活而迅速地回應市場的需求；
- 協助更多高等院校適當地提供更多自資的醫療專業培訓課程，以應付醫療、社會福利以至教育界別對醫療專業日益增加的人手需求；
- 考慮和審批由有興趣並已作好準備舉辦醫療培訓課程的高等院校所提出的申請；以及
- 在指定專業/界別課程資助計劃下，適當地資助學生修讀面對人手短缺醫療專業的自資課程。

建議3 公營界別的醫療人手

建議

- 醫管局應盡力挽留現有的醫療專業人員，並吸引退休醫生及其他醫療專業人員在退休後繼續在公營界別服務。
- 醫管局應更積極地透過有限度註冊聘請非本地培訓的醫生。

落實建議

醫管局應...

- 制定計劃，並向政府匯報就挽留退休的醫療專業人員和透過有限度註冊聘請非本地培訓醫生的情況；以及
- 應更積極地透過有限度註冊聘請非本地培訓醫生。

政府應...

- 向醫管局提供財政資源，以挽留現有的醫療人員，吸引退休醫生及其他醫療專業人員，以及有限度註冊形式聘請非本地培訓醫生。

建議4 非本地培訓的醫療專業人員

建議

- 在維持專業水平的前提下，管理局及委員會應考慮適度調整現行的安排，包括但不限於有關執業資格試、實習和有限度註冊(如適用)的安排。
- 政府應積極加強在海外推廣及宣傳有關註冊安排，並主動推行針對性的招聘計劃，吸引非本地培訓的醫療專業人員(特別是香港居民和與香港有深厚關係的人士)來港執業。

落實建議

政府應…

就面對人手短缺的醫療專業而言

- 向有關機構提供所需的支援，從海外積極招聘醫療專業人員(包括醫生、牙醫和專職醫療人員)，以應付短期醫療、社會福利和教育界別人手不足的情況，以待本地人手供應長遠而言足以應付需求；
- 修訂《醫生註冊條例》，把非本地培訓醫生的有限度註冊有效期及續期有效期由不多於一年延長至不多於三年；以及
- 積極加強在海外推廣及宣傳有關註冊安排，並主動推行針對性的招聘計劃，吸引非本地培訓的醫療專業人員(特別是香港居民和與香港有深厚關係的人士)來港執業。

就依賴非本地來源的醫療專業而言

- 密切監察現有人手供應是否足以應付需求。

就中醫專業而言

- 密切監察在內地修讀中醫課程的本港學生對本港中醫整體人手供應的影響。

管理局及委員會應…

- 在秉持專業水平的前提下，檢討非本地培訓醫療專業人員(特別是來自香港的人士)來港執業的行政安排。

建議5 人力規劃和推算

建議

- 政府應配合教資會的三年規劃期，每三年進行一次醫療專業人員人力規劃和推算工作。

落實建議

政府應...

- 繼續就未來的人力規劃和推算工作諮詢有關持份者；以及
- 制訂更完備的數據收集機制，以協助將來的人力推算。

B. 專業發展及規管

建議6

管理局及委員會的業外人士參與

建議

- 管理局及委員會須確保有適量的業外人士參與，包括其組成須至少有25%的業外委員。

落實建議

政府應...

- 權衡所有相關的因素，包括督導委員會的建議和三方平台的討論結果，然後就醫委會的業外人士參與事宜作出一個平衡社會整體利益的決定。

管理局及委員會應...

香港助產士管理局

- 商討其業外人士參與是否足夠，然後告知政府其商討結果。如該管理局認為其業外人士參與不足，應向政府提交改變組成的建議，以進一步增加業外人士參與。

其他管理局及委員會

- 鑑於法例容許部分成員席位可由業內或業外人士擔任，因此應自行商討，並在有需要時按理提出改善其組成的建議，確保有適量業外人士參與，加強其公眾問責性。

建議7 持續專業進修及/或持續專業發展

建議

- 管理局及委員會應致力維持醫療專業人員的專業水平，包括強制規定持續專業進修及/或持續專業發展。

落實建議

管理局及委員會應...

- 在充分考慮現時情況、有關專業是否已作好準備以及法律和資源方面的影響等因素，並確保可以順利推行持續專業進修/持續專業發展下，商議實施強制性持續專業進修/持續專業發展的安排。有關的管理局及委員會除了考慮透過修例推行強制規定外，也可商討將持續專業進修/持續專業發展定為其專業標準中必須符合的規定，並設立機制來監察醫療專業人員是否符合這些規定；
- 徵詢業界的意見，並考慮各項相關因素(包括有關規定在法律上的可行性、是否切合實際情況、持續性，以及可執行性)，然後制訂實施計劃；以及
- 在強制推行持續專業進修/持續專業發展前，確保有充足的培訓課程。

建議8 投訴調查和紀律研訊機制

建議

- 管理局和委員會應檢討並按需要改善投訴調查和紀律研訊機制－
 - 有關管理局和委員會應檢討並按需要改善投訴調查和紀律研訊機制，務求盡量減少潛在的利益衝突，並縮短處理涉及違規或失當行為投訴所需的時間；
 - 管理局和委員會的秘書處應適當地透過包括精簡現行行政程序等措施，提供更加便利的服務；以及
 - 有關管理局和委員會應適當地探討在處理不涉及專業失當的投訴時使用調解的可行性。

落實建議

政府應...

- 在考慮包括有關修訂《醫生註冊條例》的三方平台的討論後，提交所需的法例修訂，讓醫委會可以加快其投訴處理程序。

管理局及委員會應...

所有管理局及委員會

- 設法透過行政措施來提高其投訴調查和紀律研訊機制的效率，甚至在有需要時以修訂法例形式作出改善；以及
- 充份考慮國際趨勢，即醫療規管機構把投訴調查和審裁的職能分開或將之交由外間機構負責，討論和考慮該如何制訂其投訴處理和紀律研訊機制。

投訴個案較多的管理局和委員會

- 探討適當地以調解方式處理不涉及專業失當的投訴的可行性。

香港牙醫管理委員會和香港中醫藥管理委員會

- 檢討現行機制，確定其是否周全和能否有效率地應付目前的個案數目及未來數年的預計個案數目，並就此進行商討，如認為有需要作出改變，應向政府提出修訂有關法例的建議。

其他管理局和委員會

- 適當地檢討其投訴調查和紀律研訊機制，並留意有關情況，如有迹象顯示有需要作出改變，應從速展開內部討論。

建議9

收回管理局及委員會的運作成本

建議

- 政府應收回管理局及委員會的運作成本。

落實建議

政府應…

- 就各管理局及委員會的全部成本(包括法律費用)進行全面檢討；以及
- 檢討現行法例所訂的收費水平。對於未能回全部成本的項目，理應調整收費，以收回各管理局及委員會運作成本。

建議10

有關無須進行法定註冊的醫療專業的規管

建議

- 政府應為無須進行法定註冊的醫療專業人員推行認可註冊計劃。.

落實建議

政府應...

- 監察認可註冊先導計劃的實施情況，在考慮所得經驗後，檢討和改善有關計劃；
- 加強與無須進行法定註冊的醫療專業人員的溝通；以及
- 長遠而言，考慮就無須進行法定註冊的醫療專業制訂規管框架。

未來路向

74. 為了快捷有效地推行第4、6、7 及8 項建議，督導委員會提議政府應邀請管理局及委員會在**6至12個月**內提交建議，闡述如何在其專業推行各項建議。政府也應考慮個別專業的情況、現時的環境、國際慣例，以及推行有關建議可能涉及的法例修訂，全面檢討現行規管各個醫療專業的法例。

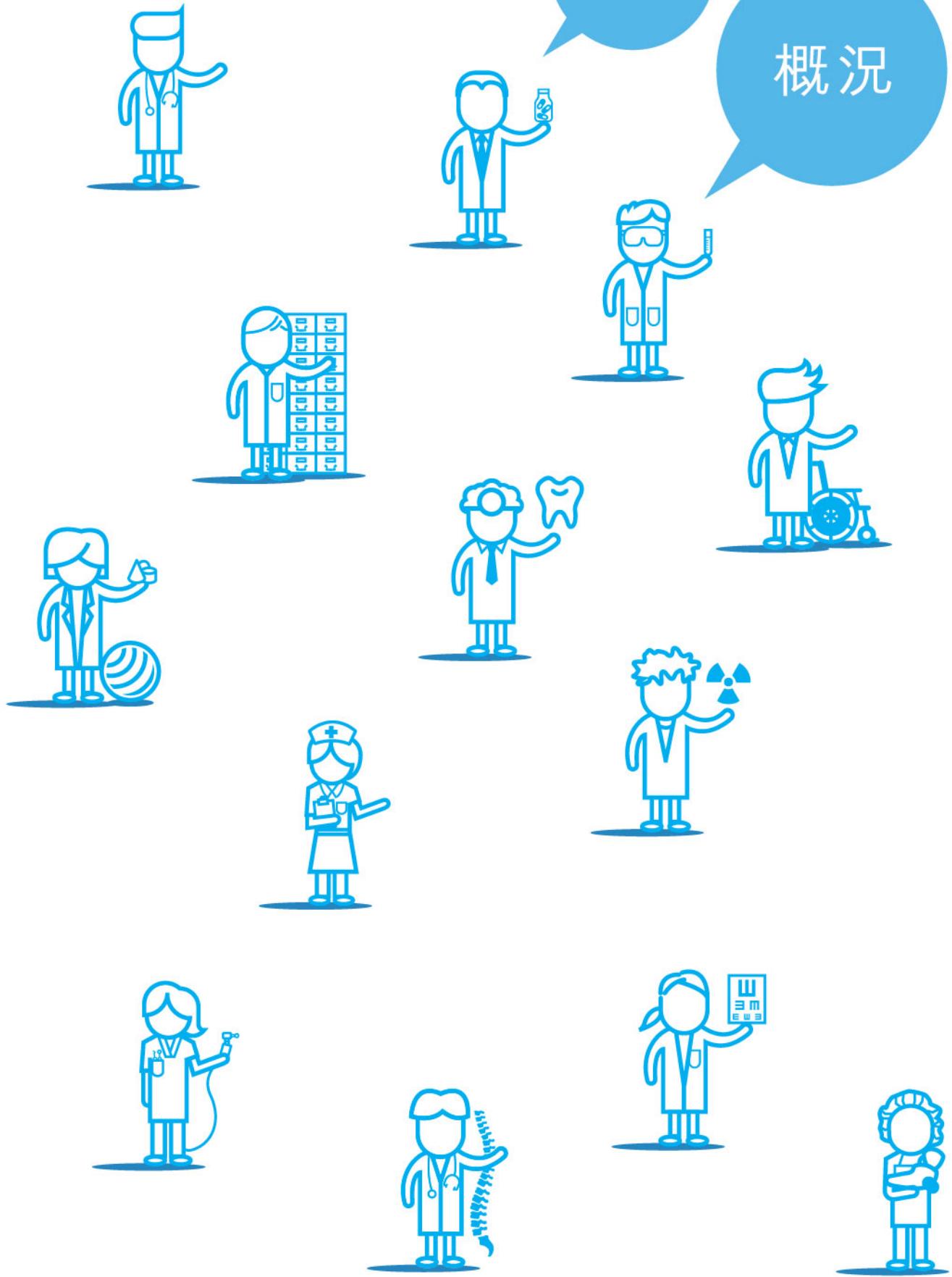
第五部分：致謝

75. 我們謹此致謝督導委員會、統籌委員會和六個諮詢小組的成員在檢討中鞠躬盡瘁，提出了不少真知灼見，貢獻良多。我們也感謝港大和中大為此檢討提供專業意見和技術支援。此外，我們亦在此致謝醫療專業人員及社會其他相關持份者，特別是立法會衛生事務委員會醫療保障計劃小組委員會、立法會議員、醫管局、衛生署、社署、教育局和醫療服務提供者的代表，提出了非常具建設性的意見和建議。

76. 有關港大所制訂的推算模型和就個別專業作出的人力推算詳情，以及中大檢討香港及香港以外地方醫療人員規管理制度的詳細結果，請參閱分別由港大及中大擬備的報告，作為本檢討報告的補充文件。兩間大學擬備的報告備有電子檔案供網上瀏覽(網址：www.hpdo.gov.hk)。

1.1

概況



第一章

香港的醫療系統及醫療專業人員



1.1.1 過去數十年，香港建立了一個高效而且優質的醫療系統，為市民提供方便以及可負擔的醫療服務。本港的醫療人員勤奮盡責，敬業樂業，努力不懈發揮專業精神，使本港在公共衛生方面的成績斐然。嬰兒死亡率由1970年的每1 000名活產嬰兒有19.6名夭折下降至2015年的每1 000名活產嬰兒只有1.5名夭折。在1971年，男性和女性出生時的預期壽命分別為67.8歲和75.3歲，在2015年則分別延長至81.4歲和87.3歲。目前，就多個健康指標（包括預期壽命和嬰兒死亡率）而言，本港均名列前茅。

1.1.2 本港的醫療系統以穩健的公營醫療界別和蓬勃發展的私營醫療界別雙軌並行的模式運作。公營醫療系統由政府資助，主要由衛生署及醫院管理局（醫管局）提供醫療服務。衛生署負責公共衛生職能，包括促進健康、預防疾病，以及規管藥物、醫療專業人員和醫療設施。醫管局透過轄下42間醫院、47間專科門診診所、73間普通科門診診所、18間中醫門診診所及社區外展隊，提供多項由政府大幅資助的醫療和復康服務。

1.1.3 政府的既定政策是確保本港不會有人因經濟困難而得不到醫療服務。因此，公營醫療系統為全港市民的安全網，讓他們以可

負擔的費用接受公營醫療服務。所有使用公營醫療服務的病人，不論其負擔能力，都只須支付相當於實際服務成本一小部分的費用。綜合社會保障援助受助人或獲批醫療費用減免的人士，更可獲全額豁免支付醫療費用。

1.1.4 本港的私營醫療系統與公營醫療系統互相補足，讓有能力且願意負擔醫療費用的人士可以自費更靈活地選擇醫療服務。私營界別包括各類具規模的服務提供者，包括11間私家醫院和數千間診所、護養院、社區藥房、醫務化驗所、診斷成像中心和眼鏡店等，在提供醫療服務方面擔當重要角色。

1.1.5 本港的日間醫療服務主要由私營醫療系統提供，佔所有接受醫生和牙醫診治人次的約70%，當中主要是在基層醫療層面提供治療。就基層醫療而言，本港市民最常前往求診的是私家西醫，其次是衛生署／醫管局轄下門診部的西醫及私家中醫¹。

1.1.6 目前，第二層及第三層醫療服務主要由公營醫療系統提供。本港有42間公營醫院和11間私家醫院，分別提供約27 800張及4 200張病床。醫管局轄下的公營醫院處理約80%入院個案，佔整體病床日數近90%。現時，差不多所有緊急個案都由公營醫院急症室處理。

¹ 《主題性住戶統計調查第58號報告書》，政府統計處（2015）。



1.2



醫療衛生
開支



1.3



醫療人手

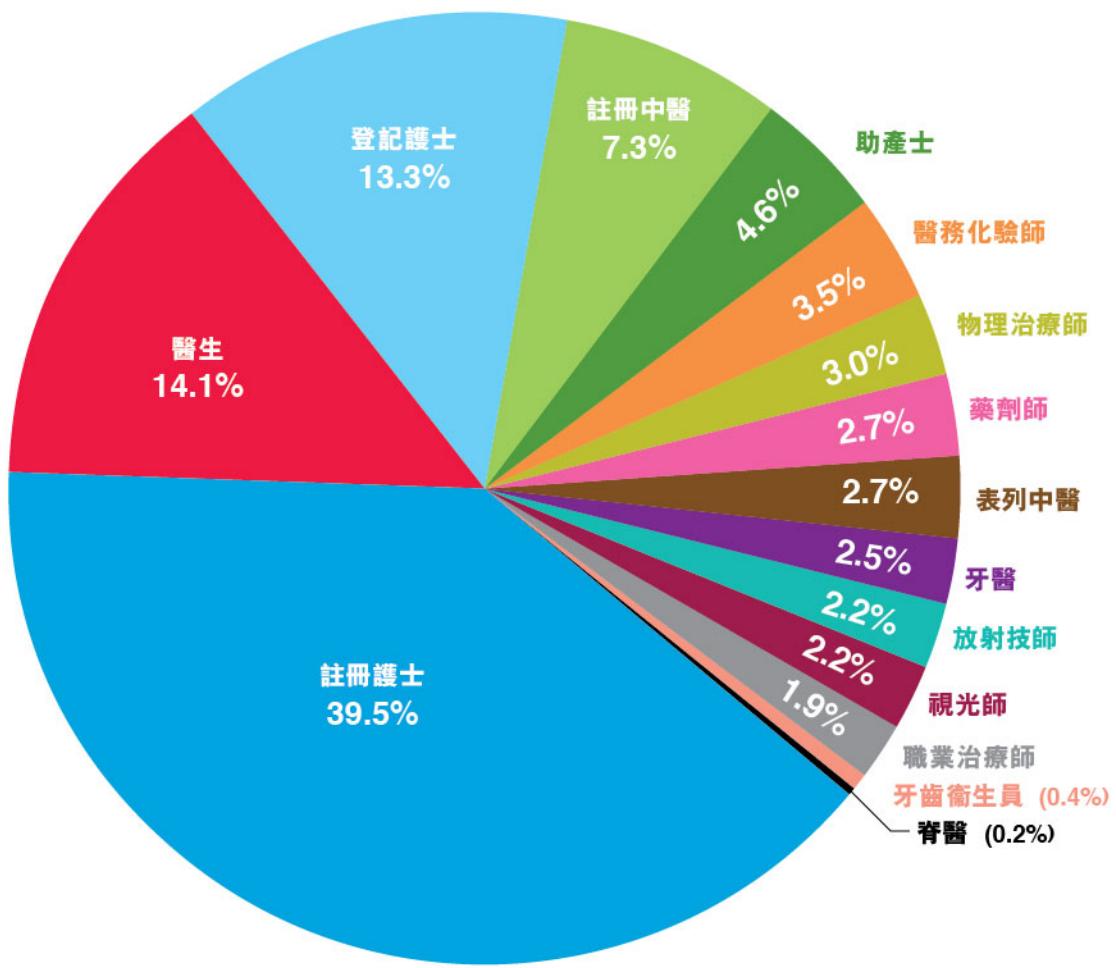
1.2.1 政府投入大量資源維持本港醫療系統的優質服務。在1989-99年度至2013-14年度期間，本港的醫療衛生總開支佔本地生產總值的百分比由3.6%增至5.7%，而同期公共醫療開支佔全港醫療衛生總開支的比例，則由39%增至49%。

1.2.2 政府對醫療的重視有目共睹，不斷投放更多資源。2015-16年度，政府在醫療方面的經常開支達560億元，佔政府經常開支總額17%，較2010-11年度增加54%。受惠於政府持續投放資源，市民得以繼續享用高度資助的公營醫療服務。現時，近93%的公營醫療服務成本由公帑資助。政府的醫療開支大部分用於人力資源，員工薪酬佔醫管局經常開支總額約70%。

1.3.1 本港擁有世界一流的醫療系統和極專業的醫療隊伍。在2011年，本港約有83 000名須法定註冊的13個醫療專業人員。截至2016年年底，須法定註冊的13個醫療專業人員增至99 000名，包括14 013名醫生、2 441名牙醫、424名牙齒衛生員、52 389名註冊護士及登記護士²、4 540名助產士²、9 909名註冊中醫及表列中醫、2 659名藥劑師、1 911名職業治療師、2 956名物理治療師、3 443名醫務化驗師、2 180名視光師、2 209名放射技師及209名脊醫。

²以註冊人數計算。有個別人士或會持有兩個甚至三個註冊，如同時為註冊護士、登記護士及註冊助產士。

圖1.1 醫療專業人員的數目（截至2016年年底）

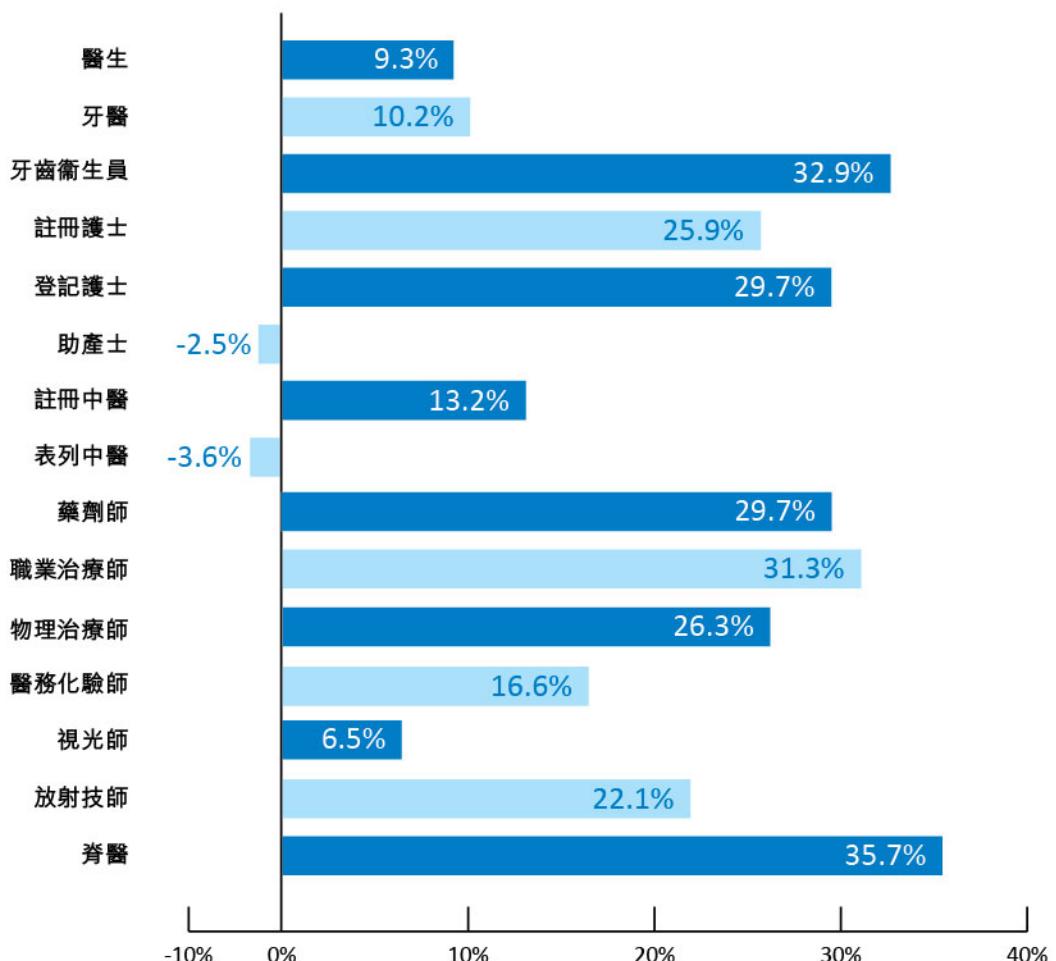


資料來源：衛生署

註冊護士 39 178 (39.5%)	表列中醫 2 647 (2.7%)
醫生 14 013 (14.1%)	牙醫 2 441 (2.5%)
登記護士 13 211 (13.3%)	放射技師 2 209 (2.2%)
註冊中醫 7 262 (7.3%)	視光師 2 180 (2.2%)
助產士 4 540 (4.6%)	職業治療師 1 911 (1.9%)
醫務化驗師 3 443 (3.5%)	牙齒衛生員 424 (0.4%)
物理治療師 2 956 (3%)	脊醫 209 (0.2%)
藥劑師 2 659 (2.7%)	

註：括號中的百分比表示該醫療專業人員佔總人數的比例

圖1.2 2011年至2016年醫療專業人員的增長



資料來源: 衛生署

圖1.3 1990年至2016年醫療專業人員數目（按每1 000人口計算）³

	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2016年
醫生	1.1	1.3	1.5	1.7	1.8	1.9	1.9
牙醫	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
護士(註冊及登記)	4.8	5.6	6.0	5.2	5.7	6.9	7.1
助產士	1.7	1.8	1.8	0.7	0.7	0.6	0.6
中醫	不適用	不適用	不適用	1.2	1.3	1.3	1.3
藥劑師	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4
職業治療師	不適用	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3
物理治療師	不適用	不適用	0.2	0.3	0.3	0.4	0.4
醫務化驗師	不適用	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5
視光師	不適用	不適用	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
放射技師	不適用	不適用	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3
脊醫	不適用	不適用	不適用	0.01	0.02	0.03	0.03

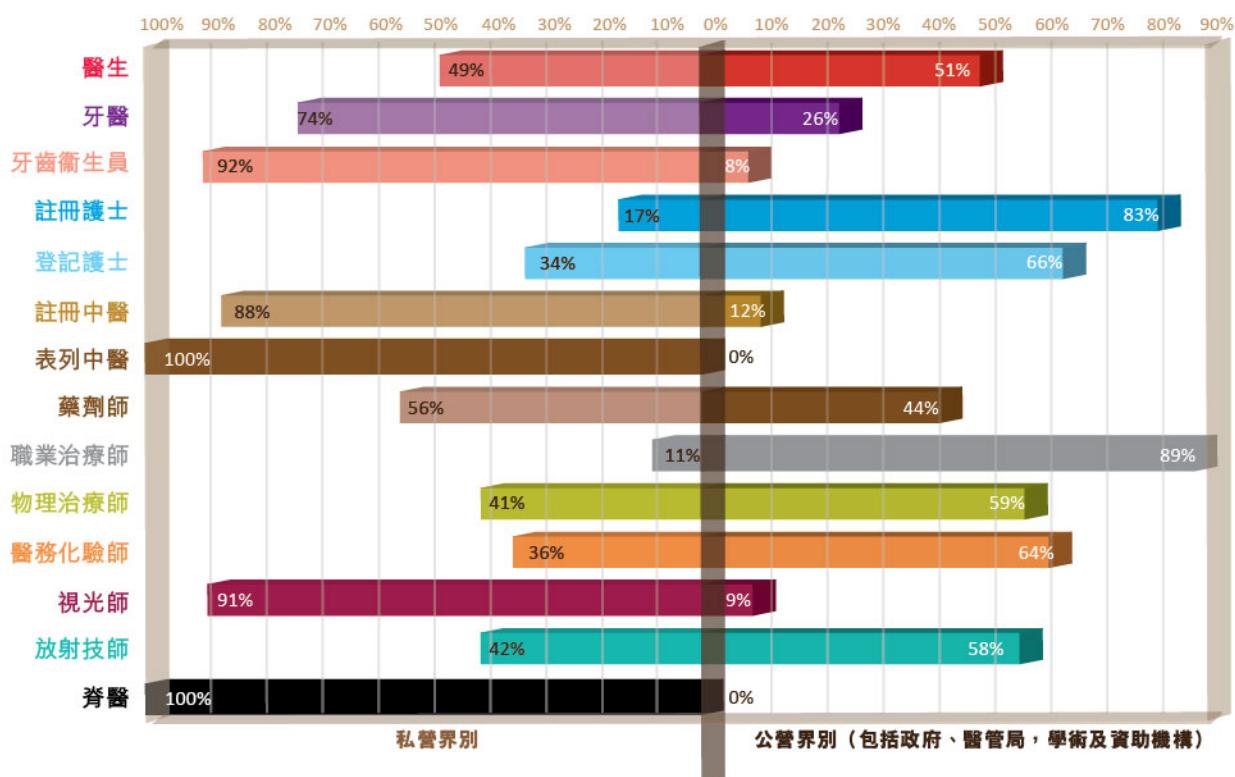
資料來源: 衛生署

³ 有關年份年底的數字，除了受人員入職和離職影響以致數字有所變動外，2001年的助產士人數及2005年的護士人數與前一年相比有明顯跌幅，原因是部分人員（逾7 000名助產士及10 000名護士）未能按規定取得有效執業證明書，當局最終從相關名冊中除名。有關年份之前的數字分別為已向發牌當局註冊或登記的助產士及護士的累計總人數。合資格的醫療專業人員或已於其後的年份重新註冊／登記。

1.3.2 根據最新醫療衛生服務人力統計調查，有51%的醫生在公營界別⁴工作。大多數護士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師和放射技師在公營界別工作，而牙醫、牙齒衛生員、註冊及表列中醫、藥劑師、視光師及脊醫一般大部分在私營界別工作。

⁴ 除非特別註明，公營界別包括政府、醫管局、學術及資助機構。

圖1.4 醫療專業人員按工作機構界別分佈



資料來源: 衛生署醫療衛生服務人力統計調查

須進行法定註冊的醫療專業

醫生 主要數據（截至2016年年底）

正式註冊醫生	14 013
臨時註冊醫生	379
有限度註冊醫生	134
暫時註冊醫生	81

註冊專科醫生	6 797
--------	-------

醫生人口比例	1 : 526
公營及私營工作界別比例	51% : 49%

醫管局聘請超過40%本港註冊醫生。

男女比例	68% (男性); 32% (女性)
------	-----------------------

年齡中位數	46
年齡分佈	
20-29	10.1%
30-39	23.6%
40-49	25.8%
50-59	19.7%
≥60	20.8%

* 根據13 689名正式註冊醫生（佔正式註冊醫生總人數約98%）的出生日期資料統計所得。

規管機構	香港醫務委員會 (醫委會)
------	------------------

醫生培訓	香港中文大學(中大) 香港大學(港大)
------	------------------------

專科醫生培訓	香港醫學專科學院 (醫專)
--------	------------------

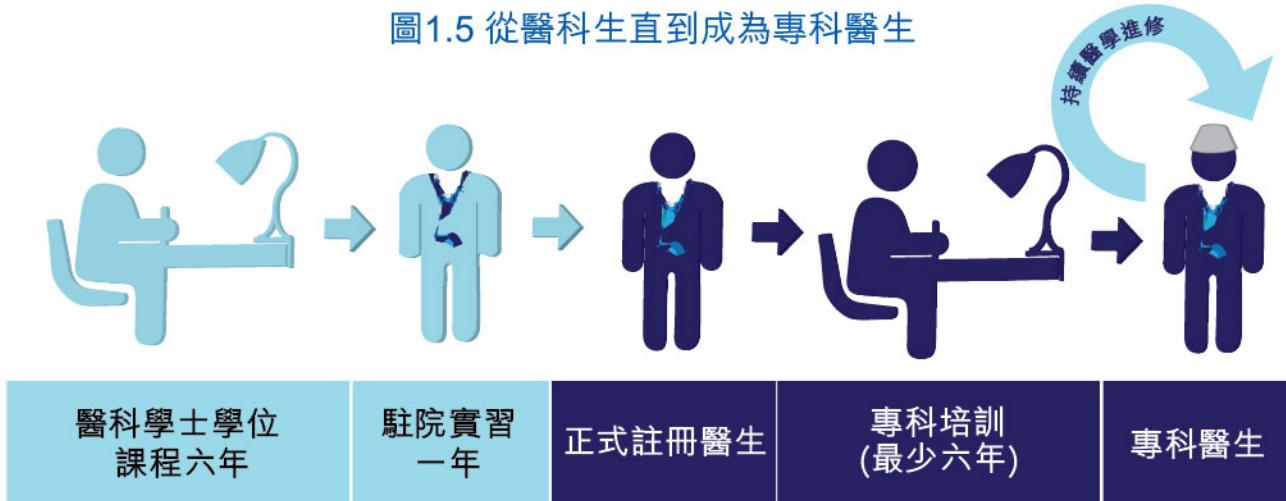
訓練一名專科醫生需時，至少經過13年訓練（6年基本醫學訓練、1年醫管局駐院實習訓練和至少6年專科訓練）。

1.3.3 截至2016年年底，本港共有14 013名正式註冊醫生及134名有限度註冊醫生，其中，有6 797人為註冊專科醫生。本港的醫生人數一直穩步上升。在1980年，本港有3 632名醫生，到了1985年則有4 887名，按每1 000人口計算的醫生比例分別為0.7和0.9。隨着本港第二間醫學院的成立及其首批學生於1986年取得醫科學位後，按每1 000人口計算的醫生比例在1990年進一步增至1.1，在2016年再增至1.9。

1.3.4 在港執業的醫生約有51%在公營界別（包括醫管局、衛生署、資助和學術機構）服務，其餘則在私營界別工作。註冊醫生的年齡中位數為46歲。約32%的註冊醫生為女性，68%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為27%及73%。

1.3.5 現時本港有兩間醫學院提供基本醫學訓練。有志成為醫生的人士，必須修讀為期6年的醫科課程，以取得由中大或港大頒授的內外全科醫科學位。獲頒授醫科學位的學生須以臨時註冊在醫管局接受1年駐院實習訓練，以符合資格向醫委會申請成為註冊醫生。

圖1.5 從醫科生直到成為專科醫生

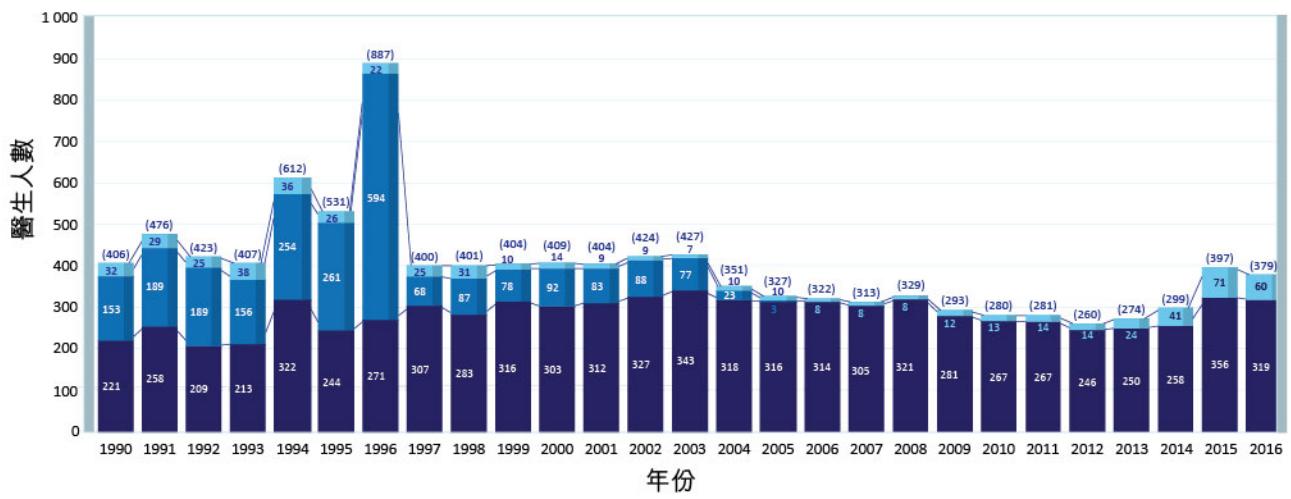


1.3.6 完成駐院實習訓練的醫生方有資格申請接受專科培訓。醫專為本港提供專科培訓的法定機構，轄下15間專科學院提供66個專科（包括牙科）的培訓。受訓的醫生經過至少6年的培訓，在通過畢業考試後可獲授醫專院士資格，可向醫委會申請註冊成為專科醫生。專科醫生須進行持續醫學進修以維持其專科資格。

1.3.7 在1996年9月前，英聯邦國家所頒授的醫學資格獲醫委會認可，持有該等資格的畢業生可在本港註冊。因此，當時非本地培訓的醫科畢業生是本港醫生人手供應的重要來源。其後，所有非本地培訓的醫科畢業生⁵都必須通過執業資格試，並須完成指明期限的駐院實習評估，才可在本港成為正式註冊醫生執業。因此，具備非本地醫學院醫學資格的新增註冊醫生所佔比例由1992年至1996年的5年期間的每年平均56%下降至2012年至2016年的13%。

⁵ 除了按《醫生註冊條例》第35條過渡性條文獲註冊的非本地培訓的醫科畢業生。

圖1.6 新增註冊醫生所持學歷（1990年至2016年）

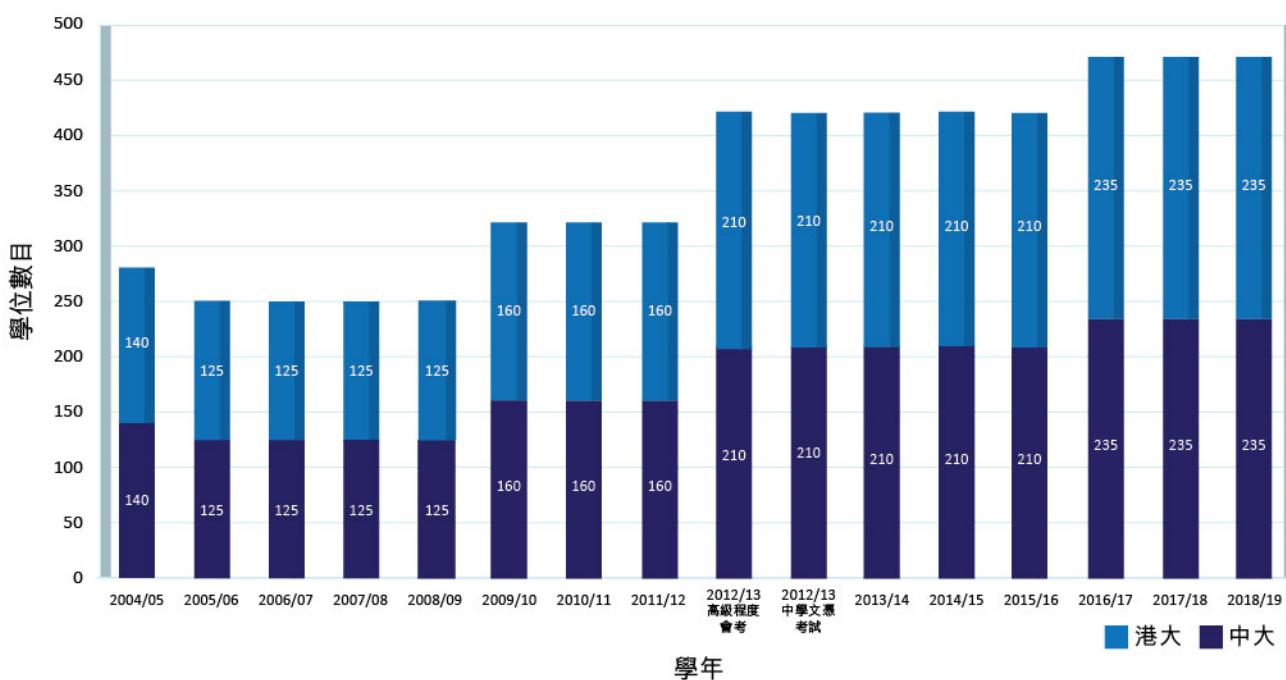


資料來源: 醫委會

1.3.8 本地醫科畢業生現已成為本港醫生人手供應的主要來源。本地兩間醫學院的收生額持續增加，收生額由2005/06學年的250個

增至2009/10學年的320個及2012/13學年的420個，再增至2016/17學年的470個。

圖1.7 公帑資助的醫科學士學位課程學額



資料來源：大學教育資助委員會（教資會）

註：由於學制的轉變，教資會資助院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

非本地培訓的醫生 通過執業資格試並完成駐院實習評估後獲得正式註冊

1.3.9 非本地培訓的醫科畢業生須通過醫委會舉辦的執業資格試，並須在醫管局完成指明期限的駐院實習評估，方可在本港註冊執業。

1.3.10 執業資格試由3個部分組成，分別是專業知識考試（第1部分）、醫學英語技能水平測

驗（第2部分）和臨床考試（第3部分）。執業資格試以往每年舉行1次。由2014年開始，醫委會增加執業資格試的次數，由每年1次增至每年2次。過去5年執業資格試的應考人數和合格率載於圖1.8。

圖1.8 醫委會執業資格試的應考人數和合格率

年份	專業知識考試 (第1部分)		醫學英語 技能水平測驗 (第2部分)		臨床考試 (第3部分)	
	應考人數	合格人數 (合格率)	應考人數	合格人數 (合格率)	應考人數	合格人數 (合格率)
2012	237	61 (26%)	74	67 (91%)	108	47 (44%)
2013	280	102 (36%)	115	103 (90%)	143	46 (32%)
2014	307	60 (20%)	105	80 (76%)	155	74 (48%)
2015	297	59 (20%)	98	80 (82%)	128	40 (31%)
2016	295	36 (12%)	97	90 (93%)	132	41 (31%)

資料來源: 醫委會

1.3.11 醫委會已就具備專科資格的非本地培訓醫生的實習訓練作出較具彈性的安排。在新安排下，已通過執業資格試的人士，若其擁有相等於醫專院士的專科資格，可向醫委會申請豁免相關專科實習訓練。有關實習訓練可由1年縮短至半年。在2015年，醫委會進一步調整執業資格試的豁免要求。就執業資格試的第3部分，即臨床考試，申請有關科目豁免的所需經驗由10年減至6年。就承認專科資格的要求，原先須獲執照組認為表現卓越的國際知名醫生，現改為申請人在申請豁免的科目上擁有相等於醫專院士的專科資格便可。

有限度註冊

1.3.12 此外，受聘於醫委會公告指定機構並具備相關經驗和知識的非本地培訓醫生可向醫委會申請有限度註冊。有限度註冊最長為期1年，期滿後，有關人士可向醫委會申請續期，續期的期限同樣為1年。

1.3.13 醫委會曾作出12項有限度註冊的公告。第1、5、6、7、8及11號公告所關乎的受僱工作類別已不再存在。現時有6項公告仍然生效，詳情如下：

圖1.9 生效的有限度註冊公告

公告編號	受僱工作	刊登憲報 的日期
第2號公告	有關人士須受僱擔任下述類別的全職工作： (a)受僱於政府為醫生，以從事衛生署署長指明的研究工作、醫療臨床工作或特別醫護服務； (b)受僱於醫管局為醫生，以從事該局指明的研究工作、醫療臨床工作或醫院工作； (c)受僱於中大或港大為醫生，以從事醫學院的教學、研究工作或執行醫院工作	23.12.1994
第3號公告	該等人士的姓名於1964年年底之前已記入衛生署診療所註冊主任所備存的名冊內，並受指定提供基層健康護理，負責管理豁免受《診療所條例》(第343章)第7條規管診療所內醫療事務的人士	3.11.1995
第4號公告	該等人士的姓名於1964年年底之前已記入衛生署診療所註冊主任所備存的名冊內，及已根據或曾根據醫委會公告第3號作有限度註冊，並獲任用提供基層健康護理，負責執行根據《診療所條例》(第343章)註冊的診療所的醫務管理工作	9.11.2001
第9號公告	受僱於就路政署工程合約編號HY/2012/08屯門至赤鱲角連接路 — 北面連接路海底隧道段工程，監督一切與在壓縮空氣中進行建築工程相關而產生的醫療事務	20.3.2015
第10號公告	受僱於獲香港律師會註冊的律師行，在香港為人進行身體檢查，而目的純粹是為該人擬備醫學專家報告，以供在香港法院待決的法律程序中使用	17.7.2015
第12號公告	受僱於一年一度的欖球賽事“世界七人欖球系列賽”	21.8.2015

資料來源: 醫委會

1.3.14 截至2016年年底，全港共有134名有限度註冊醫生，分別受聘於兩間醫學院（79人）、醫管局（14人）、獲豁免受《診療所條

例》第7條規管的診療所（27人）、根據《診療所條例》註冊的診療所（12人）和承辦路政署工程合約的公司（2人）。

圖1.10 有限度註冊的數字

公告	截至 2012年年底	截至 2013年年底	截至 2014年年底	截至 2015年年底	截至 2016年年底
第2號公告	118	115	97	104	93
中大	(62)	(58)	(51)	(62)	(52)
港大	(45)	(45)	(33)	(30)	(27)
醫管局	(11)	(12)	(13)	(12)	(14)
衛生署	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
第3號公告	41	36	34	31	27
第4號公告	16	15	15	13	12
第9號公告	-	-	-	2	2
第10號公告	-	-	-	0	0
第12號公告	-	-	-	0	0
總數	175	166	146	150	134

資料來源：醫委會

新增註冊醫生（本地及非本地培訓）

1.3.15 2012年至2016年，持本地資格的新增正式註冊醫生的每年平均人數為280人(87%)，而持非本地資格的新增正式註冊醫生的平均人數為42人(13%)。



牙醫 主要數據（截至2016年年底）

註冊牙醫	2 441
註冊專科牙醫	260

牙醫人口比例	1 : 3 021
--------	-----------

公營及私營工作界別比例	26% : 74%
-------------	-----------

大部分註冊牙醫在私營界別執業。

男女比例	68% (男性); 32% (女性)
------	-----------------------

年齡中位數	48
年齡分佈	
20-29	12.0%
30-39	21.6%
40-49	20.7%
50-59	27.9%
≥60	17.8%

*根據2 392名註冊牙醫（佔總註冊人數約98%）的出生日期資料統計所得。

規管機構	香港牙醫管理委員會
------	-----------

牙醫培訓	港大
------	----

港大牙醫學院乃全港唯一一間提供牙醫學士課程的院校。

專科牙醫培訓	醫專 (香港牙科醫學院)
--------	-----------------

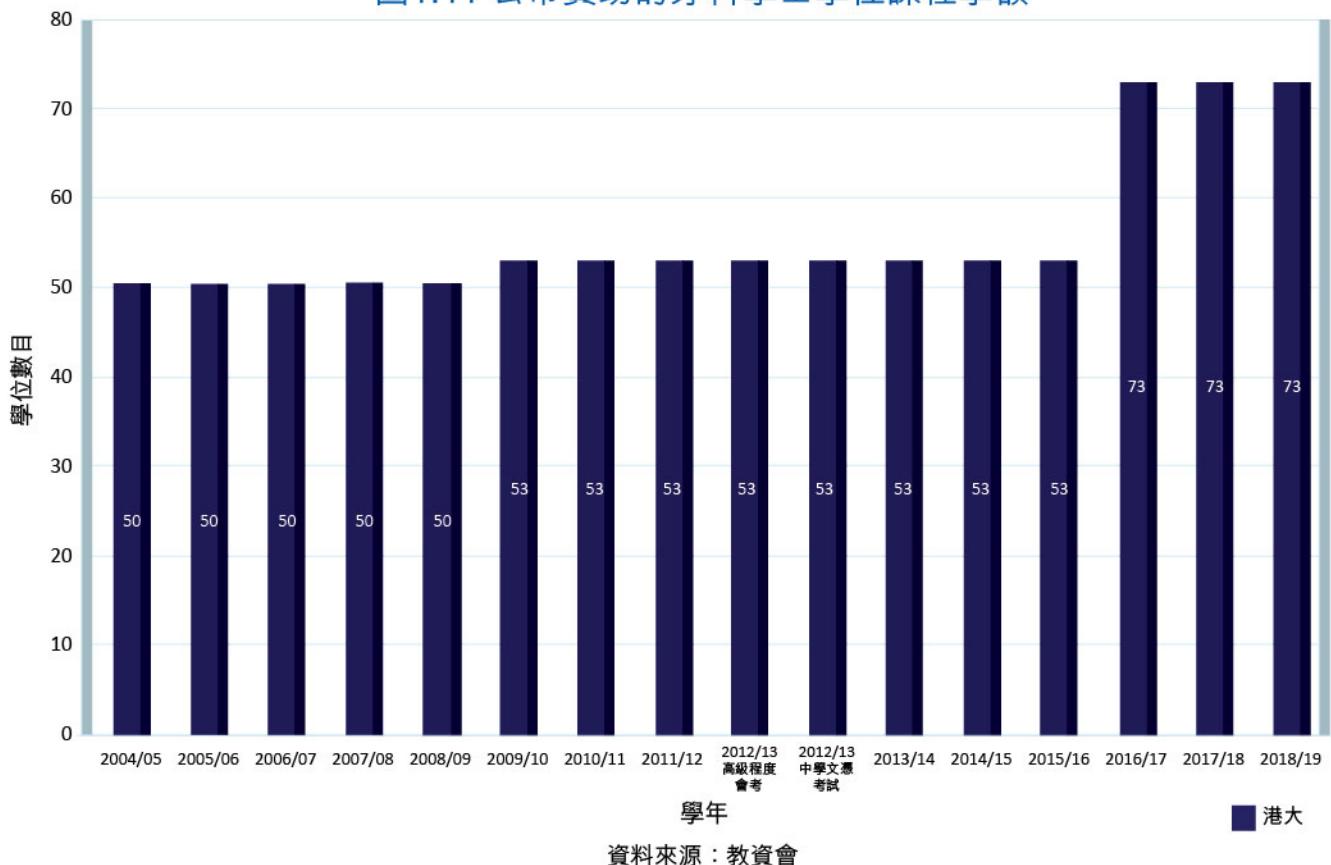
訓練一名專科牙醫需時，至少經過12年訓練（6年基本牙科醫學訓練和至少6年專科訓練）。

1.3.16 截至2016年年底，全港共有2 441名註冊牙醫，當中有260人為專科牙醫。在港執業的牙醫有74%以上在私營界別工作，其餘則受聘於政府牙科診所或公營醫院的口腔頷面外科及牙科部，資助機構及學術機構。註冊牙醫的年齡中位數為48歲。約32%的註冊牙醫為女性，68%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為27%及73%。

1.3.17 以往，本港一直依賴非本地培訓的牙醫，直至1985年港大牙醫學院的第一批牙科學生畢業。時至今日，港大仍然是全港唯一一間提供牙醫學士課程的院校，過去每年錄取約53名學生，在2016/17學年起每年錄取約73名學生。有志成為牙醫的人士，必須修讀為期6年的課程，以取得港大頒授的牙醫學位。畢業生無須經過實習，可直接向香港牙醫管理委員會註冊在港執業。

1.3.18 醫專轄下的香港牙科醫學院組織、監督、評估及認可牙醫專科培訓。有志向香港牙醫管理委員會註冊成為專科牙醫的人士，可接受為期最少6年的專科培訓。

圖1.11 公帑資助的牙科學士學位課程學額



資料來源：教資會

註：由於學制的轉變，教資會資助院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

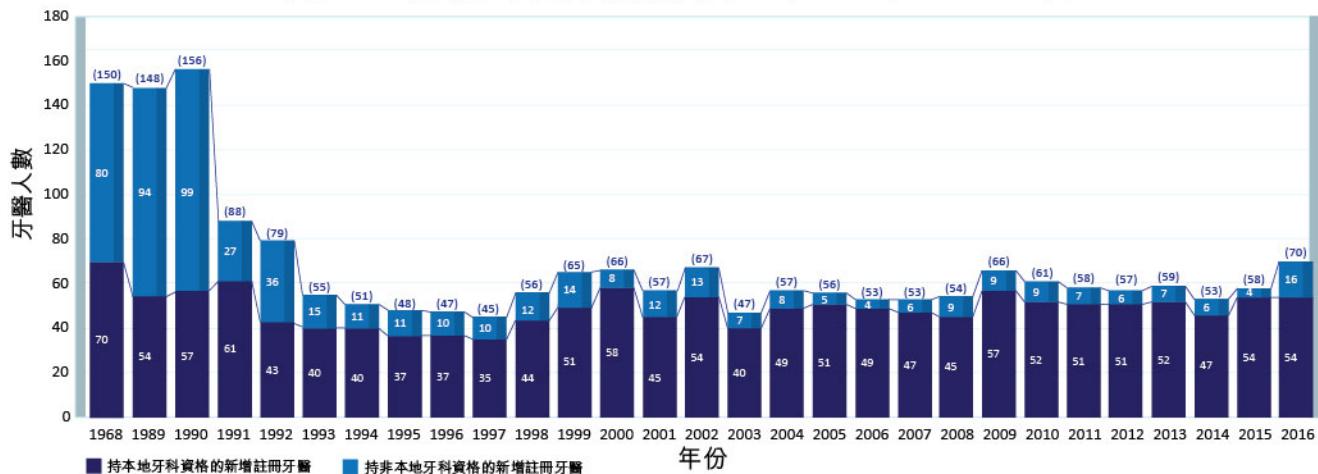
非本地培訓的牙醫

1.3.19 非本地培訓的牙醫必須通過香港牙醫管理委員會舉辦的許可試，才符合資格在本港註冊執業。與醫生的情況相似，在1992年10月前，所有持有認可資格（包括在英聯邦國家取得的資格）的非本地培訓牙科畢業生均可在港註冊⁶。其後，所有非本地培訓牙醫必須通過許可試。因此，具備非本地牙科資格的新增註冊

牙醫比例由1988年至1992年5年期的平均每年54%下跌至2012年至2016年5年期的13%。

⁶ 自1990年4月1日起，持有由澳洲、加拿大、美國和南非所頒授的基本牙科認可資格的人士必須通過香港牙醫管理委員會的許可試，作為註冊的先決條件。由1992年10月1日起，持有由英國、愛爾蘭、新加坡和新西蘭所頒授的基本牙科認可資格的人士必須通過香港牙醫管理委員會的許可試，作為註冊的先決條件。

圖1.12 新增註冊牙醫所持學歷（1988年至2016年）



資料來源：香港牙醫管理委員會

1.3.20 為非本地培訓牙醫舉辦的許可試由3個部分組成，分別是筆試（第1部分）、實務考試（第2部分）和臨床考試（第3部分）。過去5年執業資格試的應考人數和合格率載於圖1.13。由2015年開始，香港牙醫管理委員會增加為非

本地培訓牙醫舉辦許可試的次數，由每年1次增至每年2次⁷。

⁷ 香港牙醫管理委員會通過由2015年起將許可試的次數，由每年一次增加至每年兩次。作為過渡安排，2015年僅舉辦了一次許可試，2016年則舉辦了三次許可試。

圖1.13 香港牙醫管理委員會許可試的應考人數和合格率

年份	筆試 (第1部分)		實務考試 (第2部分)		臨床考試 (第3部分)	
	應考人數	合格人數 (合格率)	應考人數	合格人數 (合格率)	應考人數	合格人數 (合格率)
2012	46	4 (9%)	28	9 (32%)	10	7 (70%)
2013	45	4 (9%)	16	3 (19%)	8	6 (75%)
2014	53	17 (32%)	27	7 (26%)	8	3 (38%)
2015	40	3 (8%)	17	7 (41%)	18	12 (67%)
2016	89	20 (22%)	47	13 (28%)	32	19 (59%)

資料來源：香港牙醫管理委員會

1.3.21 由2015年起，香港牙醫管理委員會進一步就個別部份的許可試作出改善安排，包括容許考生保留部分考試合格的成績，僅重考不合格的部分。香港牙醫管理委員會亦就其成績保留政策⁸及應試安排⁹作出新指引。

⁸ 過往考生只可保留合格考試成績兩年。經修訂的政策下，考生可在未來四次考試或四年保留第1、第2及第3部分考試的合格成績，兩者以較早發生者為準。此規定適用於在2015年或以後的許可試中取得合格成績的考生；或持有在2013年或/及2014年的許可試中取得而在舊有成績保留政策下仍有效的合格成績的考生。

⁹ 過往考生須通過第1部分考試，才可參加第2部分，及於通過第2部分考試，才可參加第3部分。在修訂的政策下，在通過第1部分考試後，考生可在同一試中：
(i) 參加第2部分考試；或
(ii) 不論是否通過第1部分考試，同時參加第2及第3部分考試。

新增註冊牙醫（本地及非本地培訓）

1.3.22 2012年至2016年，每年持本地資格的新增註冊牙醫的平均人數為52人(87%)，而持非本地資格的新增註冊牙醫的平均人數為8人(13%)。



牙齒衛生員 主要數據（截至2016年年底）

登記牙齒衛生員 424

公營及私營工作界別比例 8% : 92%

超過9成牙齒衛生員在私營界別執業。

男女比例 5% (男性);
95% (女性)

絕大部分牙齒衛生員為女性。

規管機構 香港牙醫管理委員會

牙齒衛生員培訓 港大附屬學院

1.3.23 牙齒衛生員是指按《牙科輔助人員（牙齒衛生員）規例》（第156B章）第3條符合資格並獲香港牙醫管理委員會接納登記成為牙齒衛生員的人士。牙齒衛生員的工作範圍主要包括清洗牙齒及刮牙、拍攝口腔X光照片及按照註冊牙醫的指示就與牙齒衛生有關的事宜提供意見。牙齒衛生員在登記後便會一直名列在名冊中，無須每年續期。截至2016年年底，全港共有424名已登記的牙齒衛生員，超過90%的牙齒衛生員在私營界別工作。約95%的牙齒衛生員為女性，5%為男性。女性和男性的比例與2007年大致相約。

1.3.24 港大附屬學院為有志成為牙齒衛生員人士提供牙科衛生護理高級文憑課程，課程由菲臘牙科醫院協助舉辦。牙齒衛生員必須向香港牙醫管理委員會登記。現時其他牙科輔助人員（例如牙科護士、牙科技術員和牙科治療師）無須登記或註冊。



護士 主要數據（截至2016年年底）

註冊護士（普通科）	36 555
註冊護士（精神科）	2 612
註冊護士（弱智科）	5
註冊護士（病童科）	6
登記護士（普通科）	11 719
登記護士（精神科）	1 492

護士（包括註冊護士和登記護士）佔本港整體醫療人手超過一半。

護士人口比例	1 : 141
--------	---------

公營及私營工作界別比例	註冊護士： 83% : 17%
	登記護士： 66% : 34%

男女比例	註冊護士： 15% (男性) ; 85% (女性)
	登記護士： 11% (男性) ; 89% (女性)

大部分護士為女性。

年齡中位數（註冊護士）	42
年齡中位數（登記護士）	41
年齡分佈	
20-29	22.8%
30-39	21.5%
40-49	25.5%
50-59	21.4%
≥60	8.8%

*根據有38 954名註冊護士和13 144名登記護士（佔總註冊及登記人總數約99%）的出生日期資料統計所得。

規管機構	香港護士管理局
------	---------

護士培訓	由院校、醫管局和私家醫院舉辦的獲認可護理訓練課程
------	--------------------------

除了教資會資助院校的護理訓練課程外，自資界別的護理培訓亦非常蓬勃。中大、港大及香港理工大學（理大）每年分別提供630個及125個公帑資助的護理學第1年及高年級學士學位課程學額。醫管局、私家醫院及其他高等院校開辦自資課程，每年提供約2 200個學額。每年合共有約3 000個護理培訓學額。

1.3.25 護士(包括註冊護士和登記護士)佔本港整體醫療人手超過一半。護士必須向香港護士管理局註冊或登記，方可在本港執業。在2016年年底，全港有52 389名護士(以註冊數目計算，由於個別人士持有多於一項註冊，實際人手數字會較少)，包括39 178名註冊護士和13 211名登記護士，或可分類為48 274名普通科護士和4 104名精神科護士及11名弱智科和病童科護士。

1.3.26 約有83%的註冊護士和66%的登記護士在公營界別工作。註冊護士和登記護士的年齡中位數分別為42歲和41歲。約85%的註冊護士為女性，15%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為88%及12%。至於登記護士，約89%的登記護士為女性，11%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為92%及8%。

1.3.27 註冊護士的訓練為高級/專業文憑或學位課程，訓練為期3至5年，視乎個別課程結構而定。登記護士的訓練屬兩年制文憑或高級文憑課程。登記護士修畢兼讀課程或轉職課程後，可成為註冊護士。不論是註冊護士或登記護士學生，均可選修普通科或精神科護士訓練。

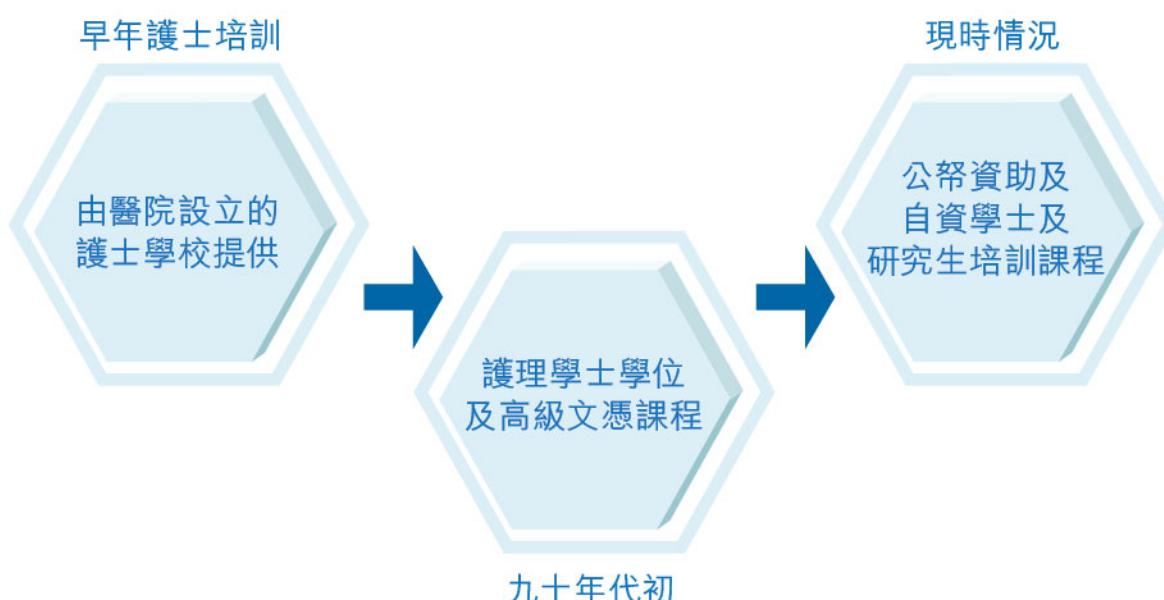
圖1.14 註冊護士和登記護士的培訓



1.3.28 早年的護士培訓主要為以醫院設立的護士學校提供。當時的護士訓練為學徒制度形式，護士學生透過在病房全職工作學習，並輔

以導修課堂。直至90年代初，大學才陸續開辦護理學士學位及高級文憑課程。

圖1.15 護士培訓的演變



1.3.29 為紓緩社福界護士人手短缺情況，社署自2006年起與醫管局合辦2年制登記護士（普通科）／登記護士（精神科）訓練課程，至今已舉辦共14班訓練課程，提供合共約1 800個訓練名額。訓練課程全數由政府資助。學員須簽署承諾書，同意畢業後在社福界連續工作2年。首11班訓練課程的畢業學員當中，逾9成於畢業後投身社福界。

1.3.30 現時本港有多間機構提供護士訓練。三所大學（中大、港大及理大）每年分別提供630個及125個公帑資助的護理學第1年及高年級學士學位課程學額。同時，香港公開大學、港大專業進修學院、港大附屬學院、東華學院、明愛專上學院、醫管局4間護士學校及4間由私家醫院開辦的護士學校以自資形式每年提供約2 200個學額。

圖1.16 本港護士的培訓



圖1.17 護理自資培訓學額的增加



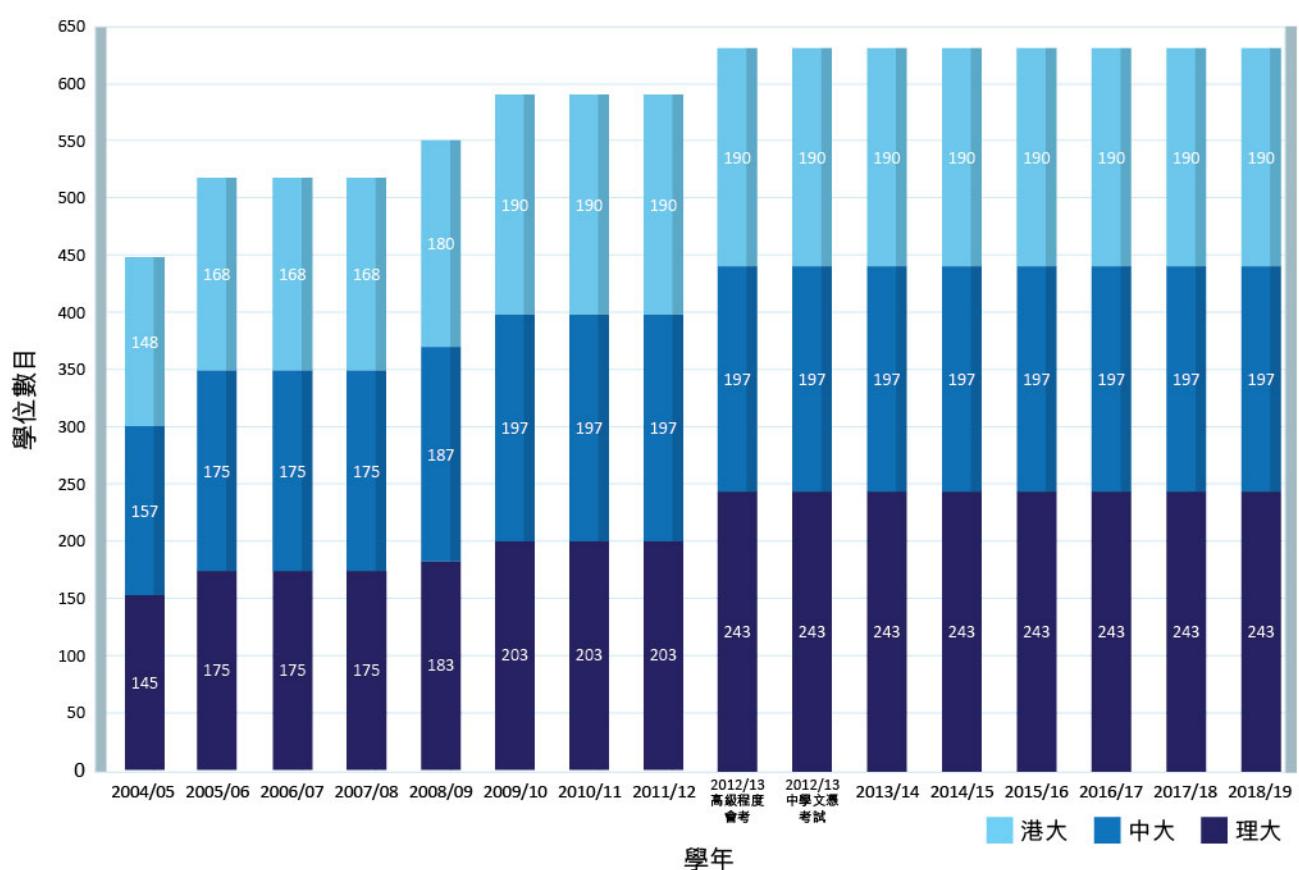
1.3.31 政府推出指定專業/界別課程資助計劃，自2015/16學年起資助每屆約1 000名學生修讀有殷切人力資源需要的指定範疇（包括護理）的選定經本地評審全日制自資本地學士學位課程。該計劃將於2018/19學年恆常化，並增加資助學額至每屆約3 000個。透過這計劃下，2015/16學年獲資助的護理課程學額為420個¹⁰。

2016/17及2017/18學年，則分別有480個護理課程學額獲得資助¹¹。

¹⁰ 包括由香港公開大學開辦的150個普通科護士和70個精神科護士培訓學額，以及200個由東華學院開辦的護理訓練課程學額。

¹¹ 包括60個由明愛專上學院開辦的護理訓練課程學額，以及註釋10中所述的420個學

圖1.18 公帑資助的護理學學士學位課程學額



資料來源：教資會

註：由於學制的轉變，教資會資助院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

非本地培訓的護士

1.3.32 非本地培訓的護士如有意在港執業，必須符合香港護士管理局訂明的註冊規定，包括通過香港護士管理局舉辦的執業試。為非本地培訓護士舉辦的執業試由筆試和實習試兩部分組成。過去5年執業試的應考人數和合格率載於圖1.19。

**圖1.19 香港護士管理局執業試的應考人數和合格率
(普通科註冊及登記護士)**

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	192	98 (51%)	176	41 (23%)
2013	182	61 (34%)	162	50 (31%)
2014	204	70 (34%)	152	29 (19%)
2015	177	62 (35%)	127	40 (31%)
2016	145	60 (41%)	98	32 (33%)

資料來源：香港護士管理局

1.3.33 由2016年開始，香港護士管理局增加為非本地培訓護士舉辦的執業試筆試次數，由每年1次增至每年2次。

新增註冊及登記護士 (本地及非本地培訓)

1.3.34 2012年至2016年，持本地資格的新增註冊護士的每年平均人數為1 695人(98%)，而持非本地資格的新增註冊護士的平均人數為27人(2%)。同期，持本地資格的新增登記護士的每年平均人數為792人(98%)，而持非本地資格的新增登記護士的平均人數為13人(2%)。



助產士 主要數據（截至2016年年底）

註冊助產士	4 540
助產士人口比例	1 : 1 624
公營及私營工作界別比例	85% : 15%
男女比例	0% (男性); 100% (女性)

註冊助產士可以同時註冊為護士。約95%助產士同時持有註冊護士資格。

規管機構	香港助產士管理局
助產士培訓	威爾斯親王醫院助產士學校 (臨床實習在香港助產士管理局認可的臨床訓練場所的產科部門進行)

威爾斯親王醫院助產士學校是本港現時唯一一間提供助產士訓練的機構。該校開辦為期18個月的助產士文憑課程，課程只供註冊護士修讀。任何人士須先通過香港助產士管理局舉辦的執業試方可於香港助產士管理局註冊執業。

1.3.35 威爾斯親王醫院助產士學校是本港現時唯一一間提供助產士訓練的機構。該校開辦為期18個月的助產士文憑課程，課程只供註冊護士修讀。

1.3.36 據悉約95%助產士同時持有註冊護士資格。由於本港出生率低，只有約40%助產士從事助產士和婦產科範疇的工作。

非本地培訓的助產士

1.3.37 非本地培訓的助產士如有意在港執業，必須符合香港助產士管理局訂明的註冊規定，包括通過香港助產士管理局舉辦的執業試。執業試由筆試和「客觀有系統臨床考試」(Objective Structured Clinical Examination) 兩部分組成。

執業試結果（本地及非本地培訓）

1.3.38 任何人士如有意在港執業成為助產士，必須通過執業試並向香港助產土管理局註冊。

2012年至2016年的執業試的應考人數和合格率如下。

圖1.20 香港助產土管理局執業試的應考人數和合格率

年份	筆試		客觀有系統臨床考試	
	應考人數	合格人數 (合格率)	應考人數	合格人數 (合格率)
2012	81	81 (100%)	81	80 (99%)
2013	95	93 (98%)	96	95 (99%)
2014	86	84 (98%)	87	83 (95%)
2015	68	66 (97%)	67	65 (97%)
2016	89	88 (99%)	88	88 (100%)

資料來源：香港助產土管理局

新增註冊助產士（本地及非本地培訓）

1.3.39 2012年至2016年，持本地資格的新增註冊助產士的每年平均人數為79人(96%)，而持非本地資格的新增註冊助產士的平均人數為3人(4%)。



中醫 主要數據（截至2016年年底）

註冊中醫	7 262
表列中醫	2 647
有限制註冊中醫	47

近年註冊中醫的人數不斷增加，而表列中醫的人數則不斷減少。

男女比例（註冊中醫）	63% (男性); 37% (女性)
男女比例（表列中醫）	76% (男性); 24% (女性)

中醫人口比例	1 : 744
--------	---------

註冊中醫在公營及私營 工作界別比例	12% : 88%
----------------------	-----------

絕大部分註冊或表列中醫在私營界別執業。

年齡中位數（註冊中醫）	59
年齡中位數（表列中醫）	66
年齡分佈	
20-29	5.2%
30-39	11.4%
40-49	8.6%
50-59	20.6%
≥60	54.2%

相比起其他醫療專業，中醫專業年齡偏高。

規管機構	香港中醫藥管理委員會
中醫培訓	香港浸會大學（浸大） 中大 港大

有意成為中醫的人士，不論是於本地或非本地培訓，必須已圓滿地完成香港中醫藥管理委員會轄下中醫組認可的中醫執業訓練本科學位課程，或與該課程相當的課程，方可參加執業資格試，以在本港註冊執業。

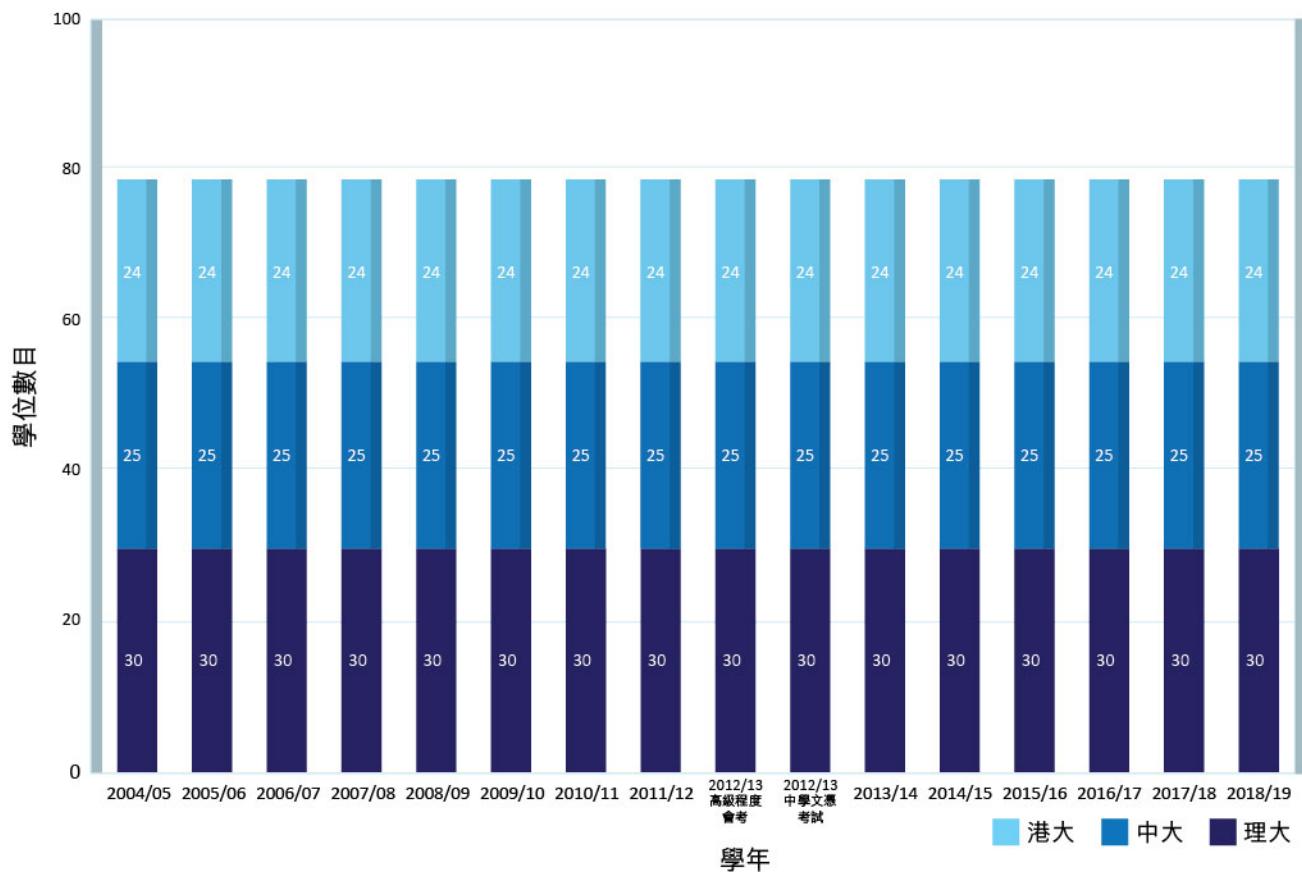
本港3間大學（即浸大、中大和港大）所舉辦的6年制中醫本科學位課程，均是獲香港中醫藥管理委員會認可為可參加中醫執業資格試的課程。這些課程的學額在過去10年一直維持穩定，每年約80人。

1.3.40 截至2016年年底，本港共有7 262名註冊中醫和2 647名表列中醫。只有註冊中醫方可處方《中醫藥條例》（第549章）附表1所載的中藥材。接近90%的註冊中醫在私營界別執業。註冊中醫的年齡中位數為59歲，表列中醫的年齡中位數則為66歲。約37%的註冊中醫為女性，63%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為30%及70%。至於表列中醫，約24%的表列中醫為女性，76%為男性，與2007年大致相約。

1.3.41 政府在1999年制訂《中醫藥條例》（第549章）時提供了過渡性安排，讓當時所有執業中醫以表列中醫的身份繼續執業，直至他們按執業經驗和學歷，循直接註冊、通過註冊審核或通過執業資格試等途徑成為註冊中醫。該條例訂明，表列中醫可在本港合法執業，直至一個由食物及衛生局局長公布的日期為止。近年註冊中醫的人數不斷增加，而表列中醫的人數則不斷減少。

1.3.42 本港3間大學（即浸大、中大和港大）所舉辦的6年制中醫本科學位課程，均是獲香港中醫藥管理委員會認可為可參加中醫執業資格試的課程。這些課程的學額在過去10年一直維持穩定，每年約80人。

圖1.21 公帑資助的中醫學士學位課程學額



資料來源：教資會

註：由於學制的轉變，教資會資助院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

1.3.43 註冊中醫必須持續進修中醫藥學，才可每3年續領執業證明書一次。本港目前並沒有為中醫提供專科訓練或專科註冊。

1.3.44 與醫生的情況相似，《中醫藥條例》准許合資格非本地培訓的中醫作有限制註冊，在指定的機構（現時為醫管局、浸大、香港城市大學、中大、港大和理大）作臨床教學及/或研究工作。

執業資格試結果

1.3.45 有意成為中醫的人士，不論是於本地或非本地培訓，必須已圓滿地完成香港中醫藥管理委員會轄下中醫組認可的中醫執業訓練本科

學位課程，或與該課程相當的課程，方可參加執業資格試，以在本港註冊執業。2012年至2016年的執業資格試結果如下。

圖1.22 香港中醫藥管理委員會執業資格試的應考人數和合格率

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

新增註冊中醫（本地及非本地培訓）

1.3.46 2012年至2016年每年通過執業資格試並取得註冊的人數平均為204人，當中包括表列中醫(2人；1%)、本地培訓畢業生(104人；51%)及已完成香港中醫藥管理委員會轄下中醫組認可的中醫執業訓練本科學位課程或與該課程相當的課程的非本地培訓畢業生（98人；48%）。



藥劑師 主要數據（截至2016年年底）

註冊藥劑師 2 659

過去5年（2012年至2016年），非本地培訓藥劑師人數佔新增藥劑師人數總數約56%。

藥劑師人口比例 1 : 2 774

男女比例 47% (男性);
53% (女性)

公營及私營工作界別比例 44% : 56%

年齡中位數 39

年齡分佈	
20-29	20.5%
30-39	31.8%
40-49	23.0%
50-59	14.6%
≥60	10.1%

*根據2 478名藥劑師（佔總註冊人數約93%）的出生日期資料統計所得。

藥劑師專業相對年輕。

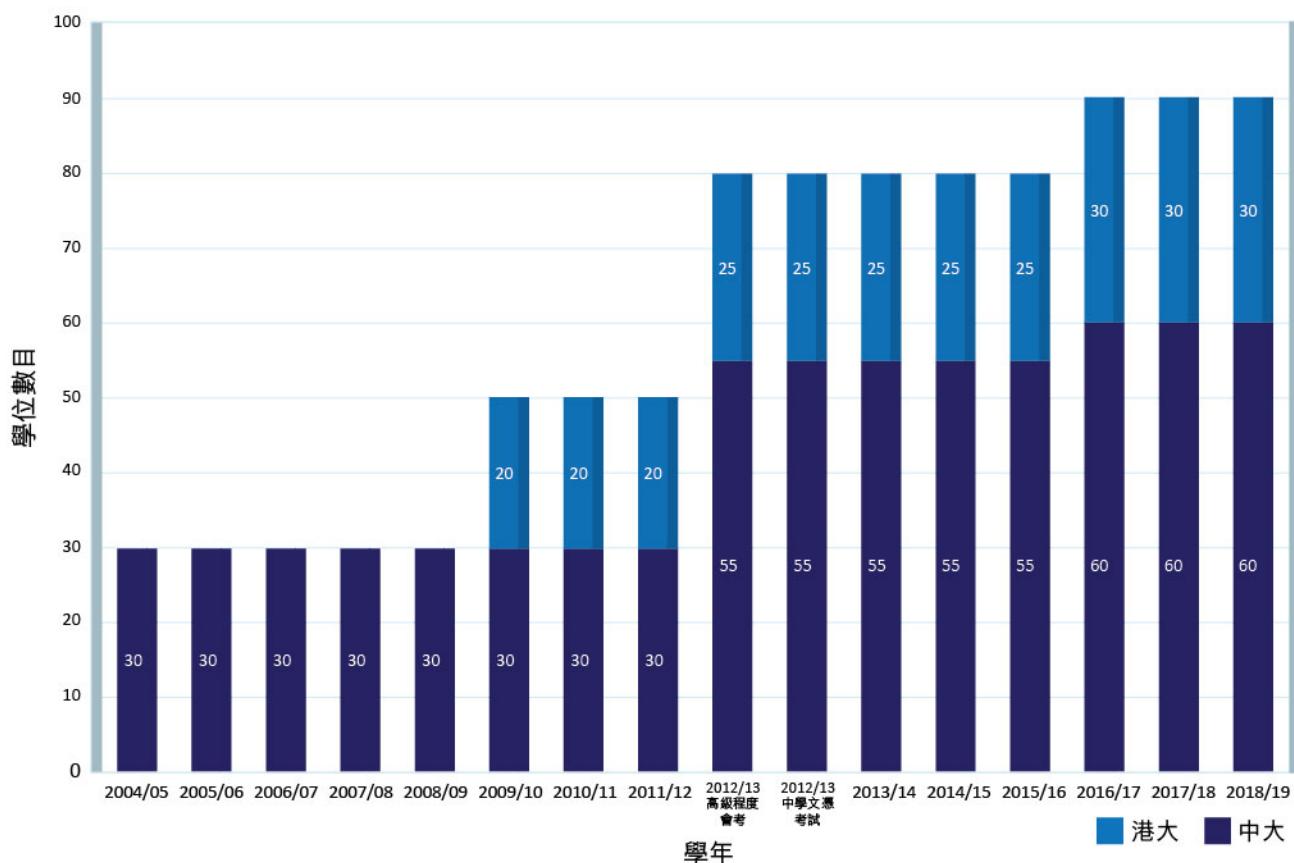
規管機構 香港藥劑業及毒藥管理局

藥劑師培訓 中大
港大

1.3.47 截至2016年年底，全港共有2 659名藥劑師，當中約44%在公營界別工作，其餘則受聘於私營界別。他們的年齡中位數為39歲。約53%的註冊藥劑師為女性，47%為男性。在2007年，男女比例大致相等。

1.3.48 中大和港大於2016/17學年提供共90個4年制藥劑學學士學位課程學額。畢業生須於香港藥劑業及毒藥管理局認可的培訓機構，完成1年實習（包括在醫院接受為期6個月的基本訓練，以及在醫院、社區藥房或藥品製造/批發公司接受為期6個月的專科訓練），才符合資格向香港藥劑業及毒藥管理局註冊。

圖1.23 公帑資助的藥劑學學士學位課程學額



資料來源：教資會

註：由於學制的轉變，教資會資助的院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

1.3.49 雖然本港沒有強制規定醫藥分工，但公營醫院和私家醫院一直實行有關安排。藥劑師在公營醫院和私家醫院負責藥物管理職務，包括採購、儲存和分配藥物，並監督配藥員日常的支援和配藥工作。近年，醫院藥劑師的工作範圍已擴大至提供臨床藥劑服務，及為病人在入院及出院時提供藥物協調服務。

1.3.50 社區藥劑師主要負責配藥和提供用藥輔導服務。《藥劑業及毒藥條例》（第138章）訂明，某些類別藥物只可於註冊藥房處所內由註冊藥劑師，或在註冊藥劑師在場監督下銷售。

非本地培訓的藥劑師

1.3.51 非本地培訓藥劑師必須達到香港藥劑業及毒藥管理局訂明的標準，方可註冊在港執業。有關標準包括通過由香港藥劑法例、藥劑執業和藥理學3個部分組成的註冊考試。2012年至2016年註冊考試的結果如下。

圖1.24 香港藥劑業及毒藥管理局註冊考試的應考人數和合格率

年份	香港藥劑法例		藥劑執業		藥理學	
	應考人數	合格人數 (合格率)	應考人數	合格人數 (合格率)	應考人數	合格人數 (合格率)
2012	193	89 (46%)	155	82 (53%)	268	61 (23%)
2013	179	81 (45%)	128	80 (63%)	221	105 (48%)
2014	184	74 (40%)	156	71 (46%)	205	107 (52%)
2015	216	87 (40%)	199	57 (29%)	174	38 (22%)
2016	159	68 (43%)	194	46 (24%)	181	44 (24%)

資料來源：香港藥劑業及毒藥管理局

新增註冊藥劑師（本地及非本地培訓）

1.3.52 2012年至2016年，新增的本地培訓藥劑師人數每年平均約為57人(44%)。同期，持非本地學歷的新增藥劑師人數每年平均約為73人(56%)。

專職醫療專業

1.3.53 下列5個專職醫療專業（包括職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師和

放射技師）受《輔助醫療業條例》（第359章）的法定規管。

職業治療師 主要數據（截至2016年年底）

註冊職業治療師	1 911
職業治療師人口比例	1 : 3 859
公營及私營工作界別比例	89% : 11%
男女比例	33% (男性); 67% (女性)

年齡中位數	33
年齡分佈	
20-29	35.1%
30-39	45.4%
40-49	15.3%
50-59	3.6%
≥60	0.6%

*根據1 413名職業治療師（佔總註冊人數約74%）的出生日期資料統計所得。

職業治療師專業相對年輕。

規管機構	輔助醫療業管理局 職業治療師管理委員會
職業治療師培訓	理大 東華學院 (課程現正接受評審)

東華學院

東華學院自2013/14學年開辦職業治療學的自資課程，提供約50個學額。有關課程現正接受輔助醫療業管理局的認證評審，首屆學生會在2017年畢業。

1.3.54 截至2016年年底，全港共有1 911名職業治療師，當中約89%在公營界別工作。職業治療師的年齡中位數為33歲。約67%的註冊職業治療師為女性，33%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為68%及32%。任何人士如有意在港成為職業治療師，必須向職業治療師管理委員會註冊。

1.3.55 理大是本港唯一一間開辦職業治療學公帑資助學士學位課程的院校。在2016/17學年提供100個學額。為紓緩社福界專職醫療人員人手短缺的問題，理大由2012年1月開始以自資的方式開辦兩年制職業治療學碩士課程。為鼓勵該課程的畢業生投身社福界，社會福利署(社署)推行了一項培訓資助計劃，向非政府機構提供撥款，為獲有關機構錄取的學生提供學費資助。受資助的學生畢業後必須於有關的非政府機構工作最少2年。第1屆及第2屆課程各約30名的學生已分別於2014年及2016年畢業。理大於2016/17年度再與社署合作，推出第3期的職業治療學碩士課程，提供約24個學額。

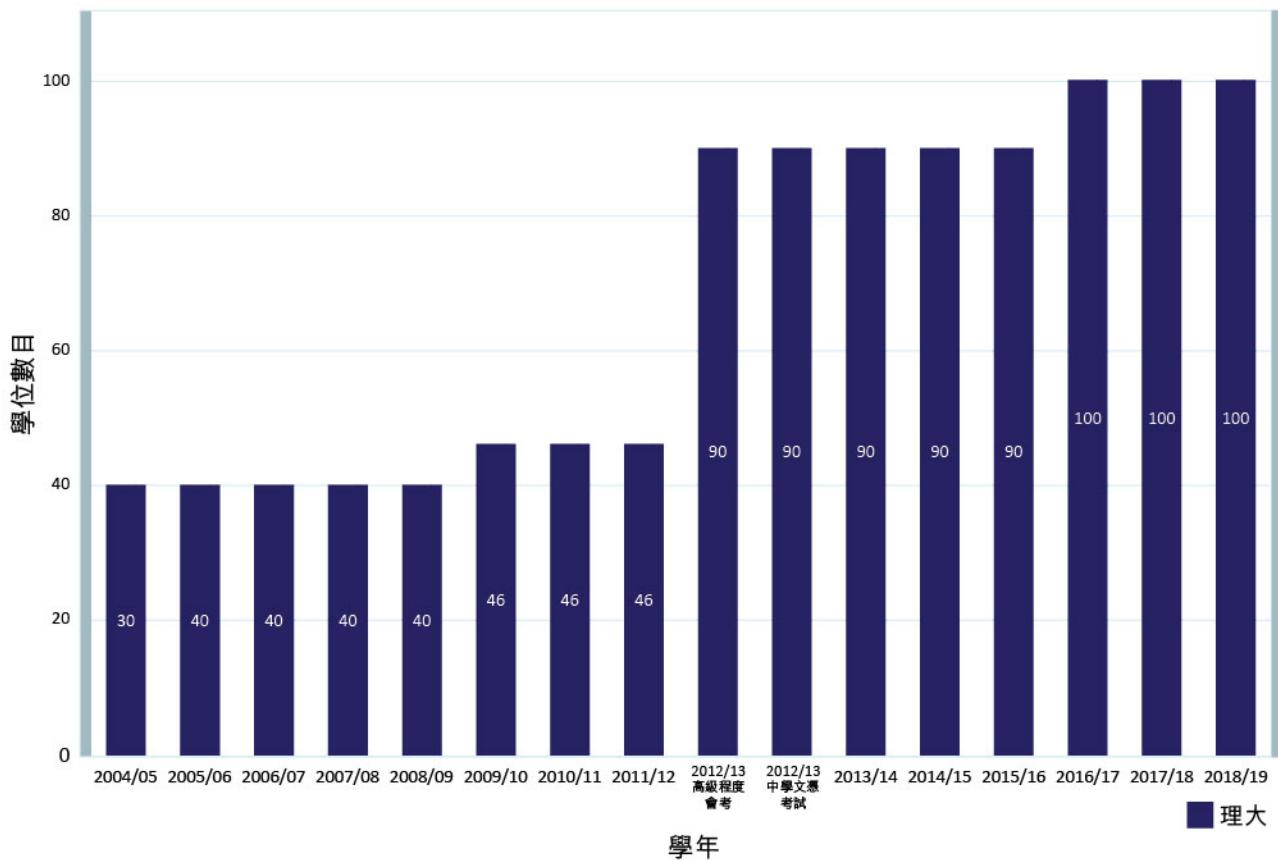
1.3.56 東華學院於2013/14學年開始開辦職業治療學的自資課程，每年提供約50個學額。有關課程現正接受輔助醫療業管理局的認證評審，首屆學生會在2017年畢業。

非本地培訓的職業治療師

1.3.57 非本地培訓的職業治療師須具備職業治療師管理委員會認可資格方可申請註冊在港執業。有關申請按個別情況作出評估，

職業治療師管理委員會可直接批准具備認可資歷的人士註冊或要求持有其他資格的人士參加註冊考試。

圖1.25 公帑資助的職業治療學學士學位課程學額



資料來源：教資會

註：由於學制的轉變，教資會資助的院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

新增註冊職業治療師 (本地及非本地培訓)

1.3.58 2012年至2016年，新增的本地培訓職業治療師人數每年平均為73人(74%)。同期，持非本地學歷的新增職業治療師人數每年平均為26人(26%)。



物理治療師 主要數據（截至2016年年底）

註冊物理治療師	2 956
物理治療師人口比例	1 : 2 495
公營及私營工作界別比例	59% : 41%

男女比例	46% (男性); 54% (女性)
------	-----------------------

年齡中位數	37
年齡分佈	
20-29	23.3%
30-39	36.1%
40-49	25.2%
50-59	13.2%
≥60	2.2%

物理治療師專業相對年輕。

規管機構	輔助醫療業管理局 物理治療師 管理委員會
------	----------------------------

物理治療師培訓	理大
---------	----

理大是本港唯一一間提供物理治療培訓的院校。

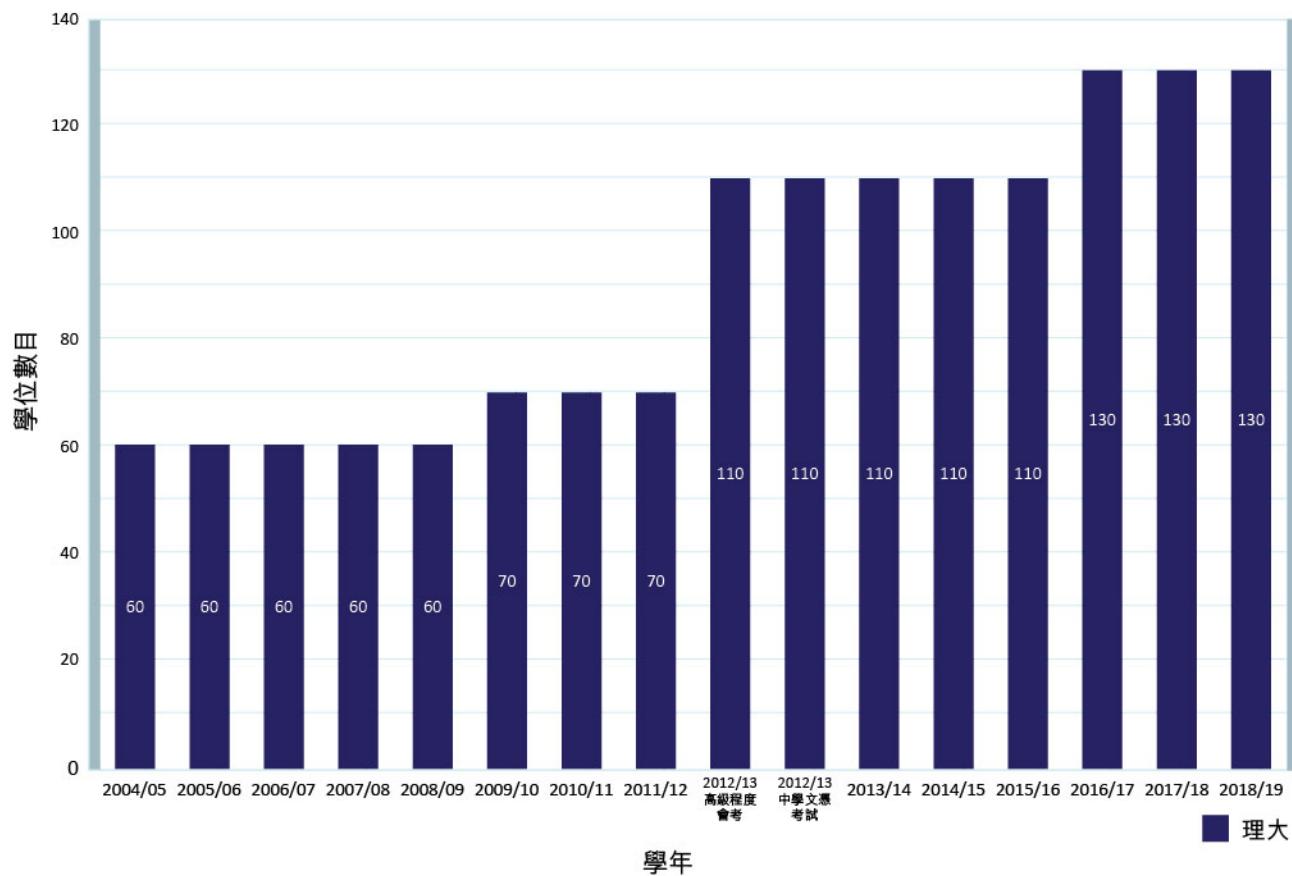
1.3.59 截至2016年年底，全港共有2 956名物理治療師，當中約59%在公營界別工作。物理治療師的年齡中位數為37歲。約54%的註冊物理治療師為女性，46%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為57%及43%。任何人如有意在港成為物理治療師，必須向物理治療師管理委員會註冊。

1.3.60 理大是本港唯一一間開辦物理治療學公帑資助學士學位課程的院校，在2016/17學年提供130個學額。與職業治療師一樣，理大由2012年1月開始以自資的方式開辦兩年制物理治療學碩士課程。為鼓勵該課程的畢業生投身社福界，社署推行了一項培訓資助計劃，向非政府機構提供撥款，為獲有關機構錄取的學生提供學費資助。受資助的學生畢業後必須於有關的非政府機構工作最少2年。第1屆及第2屆課程各約30名的學生已分別於2014年及2016年畢業。與職業治療學碩士課程一樣，理大於2016/17年度再與社署合作，推出第三期的物理治療學碩士課程，提供約48個學額。

非本地培訓的物理治療師

1.3.61 非本地培訓畢業生必須達到物理治療師管理委員會訂明的標準，方可註冊在港執業。註冊申請按個別情況處理。物理治療師管理委員會可直接批准具備認可資歷的人士註冊，或要求具備其他資歷的人士參加註冊考試。

圖1.26 公帑資助的物理治療學學位課程學額



資料來源：教資會

註：由於學制的轉變，教資會資助的院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

新增物理治療師（本地及非本地培訓）

1.3.62 2012年至2016年，新增的本地培訓物理治療師人數每年平均為96人(71%)。同期，持非本地學歷的新增物理治療師人數每年平均為39人(29%)。



醫務化驗師 主要數據（截至2016年年底）

註冊醫務化驗師	3 443
醫務化驗師人口比例	1 : 2 142
公營及私營工作界別比例	64% : 36%

男女比例	46% (男性); 54% (女性)
------	-----------------------

年齡中位數	36
年齡分佈	
20-29	24.6%
30-39	40.5%
40-49	27.8%
50-59	5.4%
≥60	1.7%

*根據2 224名醫務化驗師（佔總註冊人數約65%）的出生日期資料統計所得。

醫務化驗師專業相對年輕。
規管機構

輔助醫療業管理局
醫務化驗師
管理委員會

醫務化驗培訓	理大 東華學院 港大專業進修學院
--------	------------------------

東華學院
東華學院自2012/13學年起開辦自資的醫療化驗科學課程，提供約20個學額。輔助醫療業管理局已在2016年8月通過有關課程認證的專業評審，首屆學生已於同年畢業。

指定專業/界別課程資助計劃
鑑於本港對醫務化驗師的需求殷切，以及東華學院的課程亦已通過輔助醫療業管理局的專業評審，政府決定在2017/18學年將東華學院醫療化驗科學課程的20個學額納入指定專業/界別課程資助計劃內。

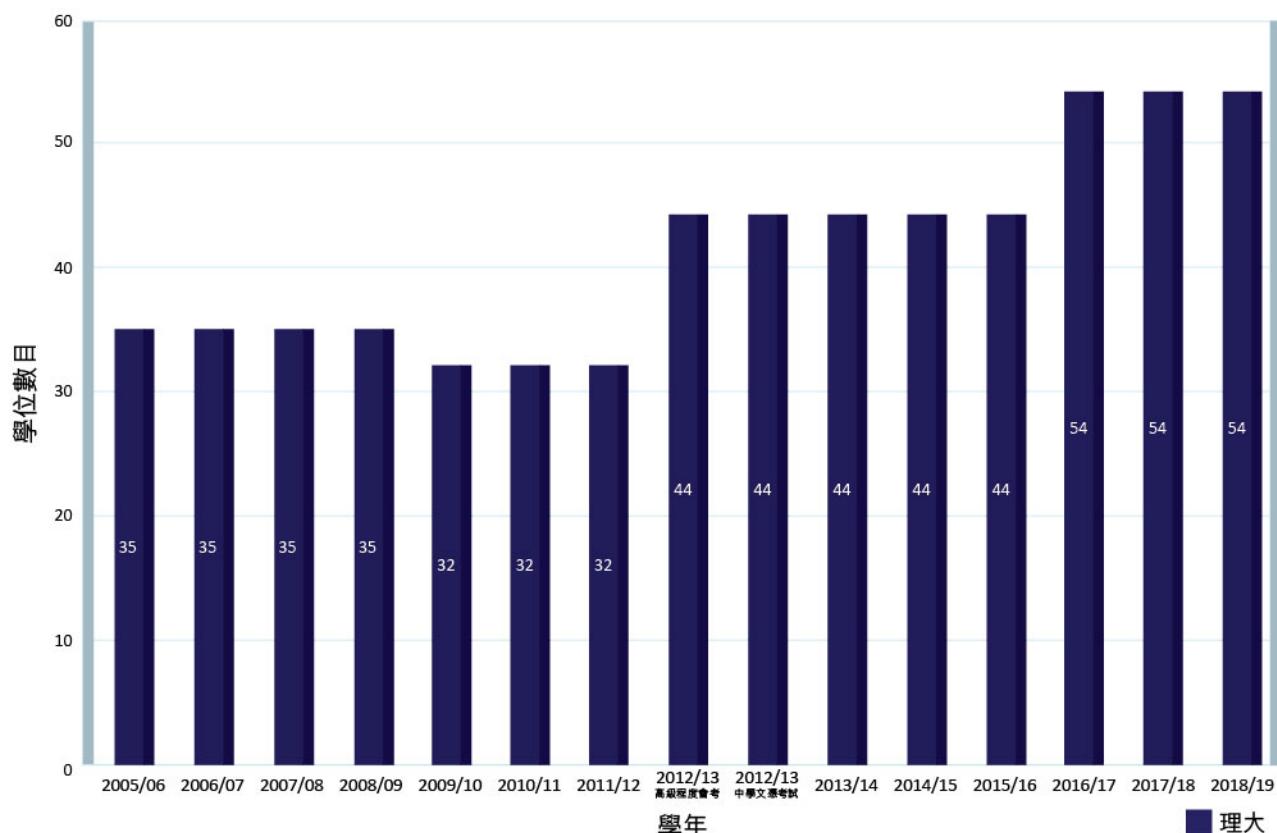
1.3.63 截至2016年年底，全港共有3 443名醫務化驗師，當中約64%在公營界別工作。醫務化驗師的年齡中位數為36歲。約54%的註冊醫務化驗師為女性，46%為男性。在2007年，女性和男性的比例分別為53%及47%。任何人士如有意在港成為醫務化驗師，必須向醫務化驗師管理委員會註冊。

1.3.64 理大是本港唯一開辦醫務化驗科學公帑資助學士學位課程的院校，在2016/17學年提供54個學額。除了由理大提供的教資會資助學額外，港大專業進修學院也開辦了醫療化驗科學高級證書課程，每兩年提供約70個培訓學額。此外，東華學院亦自2012/13學年起開辦自資的醫療化驗科學課程，提供約20個學額。輔助醫療業管理局已在2016年8月通過有關課程認證的專業評審，而首屆學生已於2016年畢業。考慮到本港公營和私營機構對醫學實驗室技術人員的需求不斷增加，而東華學院的課程亦已通過輔助醫療業管理局的專業評審，政府決定在2017/18學年將東華學院醫療化驗科學課程的20個學額納入指定專業/界別課程資助計劃內。

非本地培訓的醫務化驗師

1.3.65 非本地培訓的醫務化驗師必須達到醫務化驗師管理委員會訂明的標準，方可註冊在港執業。醫務化驗師管理委員會會按個別情況作出評估，包括可直接批准具備認可資歷的人士註冊，或要求具備其他資歷的人士參加註冊考試。

圖1.27 公帑資助的醫療化驗科學學士學位課程學額



資料來源：教資會

註：由於學制的轉變，教資會資助的院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

新增醫務化驗師（本地及非本地培訓）

1.3.66 2012年至2016年，新增的本地培訓醫務化驗師人數每年平均為99人(77%)。同期，持非本地學歷的新增醫務化驗師人數每年平均為29人(23%)。



視光師 主要數據（截至2016年年底）

註冊視光師	2 180
視光師人口比例	1 : 3 383
公營及私營工作界別比例	9% : 91%

絕大部分視光師在私營界別執業。

男女比例	76% (男性); 24% (女性)
------	-----------------------

年齡中位數	50
年齡分佈	
20-29	10.4%
30-39	15.0%
40-49	24.0%
50-59	32.4%
≥60	18.2%

規管機構	輔助醫療業管理局 視光師管理委員會
------	----------------------

視光師培訓	理大
-------	----

理大是本港唯一一間提供視光學培訓的院校。

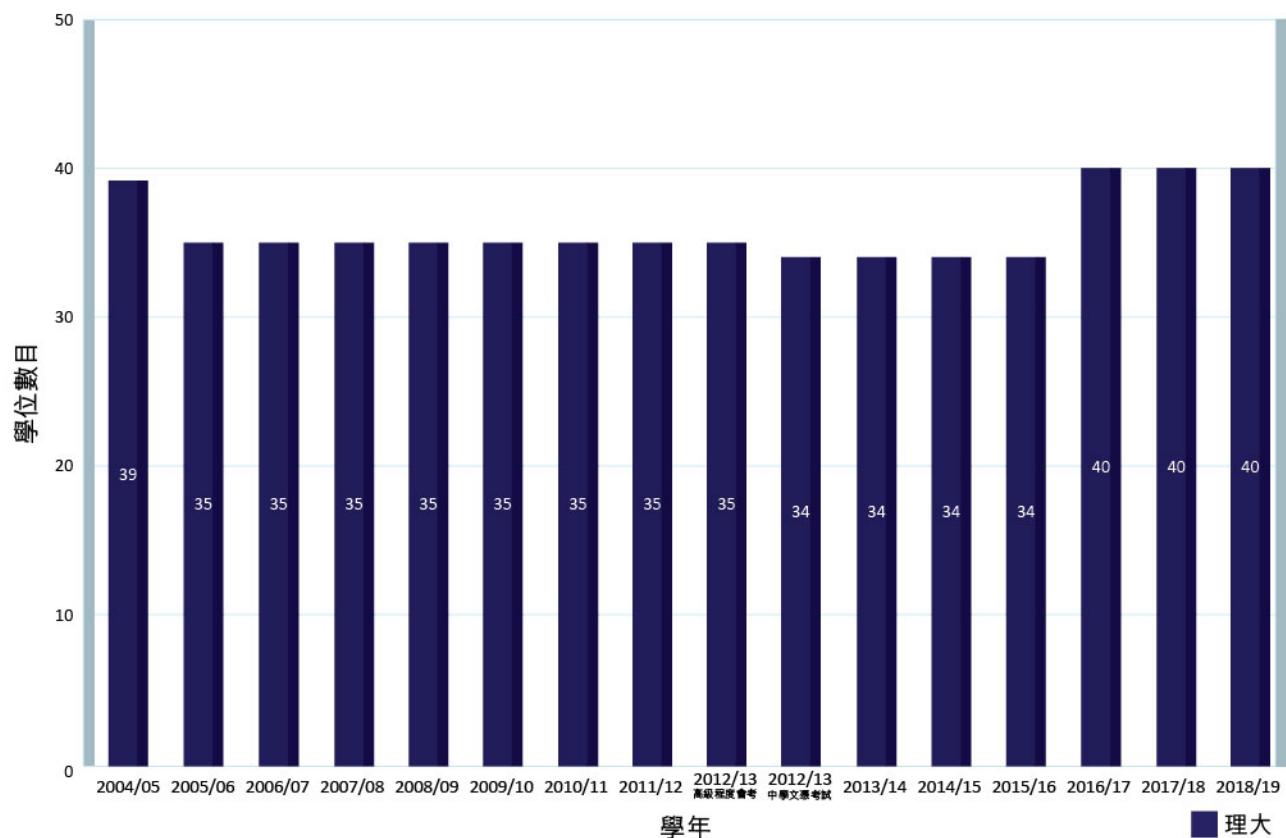
1.3.67 截至2016年年底，全港共有2 180名視光師，當中超過90%在私營界別工作。視光師的年齡中位數為50歲。約24%的註冊視光師為女性，76%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為19%及81%。

1.3.68 理大是本港唯一一間開辦眼科視光學公帑資助學士學位課程的院校，在2016/17學年提供40個學額。任何人士如有意在港成為視光師，必須向視光師管理委員會註冊。

非本地培訓的視光師

1.3.69 非本地培訓的視光師必須達到視光師管理委員會訂明的標準，方可註冊在港執業。視光師管理委員會會按個別情況作出評估，並直接批准具備認可資歷的人士註冊。具備其他資歷的人士，視光師管理委員會會根據理大頒授本地學士的資格，個別考慮申請人是否持有相等資歷。

圖1.28 公帑資助的眼科視光學學士學位課程學額



資料來源：教資會

註：由於學制的轉變，教資會資助的院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

新增視光師（本地及非本地培訓）

1.3.70 2012年至2016年，新增的本地培訓視光師人數每年平均為37人(89%)。同期，持非本地學歷的新增視光師人數每年平均為4人(11%)。



放射技師 主要數據（截至2016年年底）

註冊放射技師	2 209
註冊放射技師（診斷類）	1 842
註冊放射技師（治療類）	367

放射技師人口比例	1 : 3 339
----------	-----------

公營及私營工作界別比例	
註冊放射技師（診斷類）	57% : 43%
註冊放射技師（治療類）	62% : 38%

男女比例	55% (男性); 45% (女性)
------	-----------------------

年齡中位數	41
年齡分佈	
20-29	22.5%
30-39	23.8%
40-49	26.7%
50-59	20.4%
≥60	6.6%

規管機構	輔助醫療業管理局 放射技師 管理委員會
------	---------------------------

放射技師培訓	理大 東華學院
--------	------------

東華學院

除理大外，東華學院也由2012/13學年起開辦自資的放射治療學課程，提供約15個培訓名額。在2016年，輔助醫療業管理局已通過有關課程認證的專業評審，首屆學生於同年畢業。

指定專業/界別課程資助計劃

鑑於本港對放射技師的需求殷切，以及東華學院的課程亦已通過輔助醫療業管理局的專業評審。政府決定在2017/18學年將東華學院放射治療學課程的12個學額納入指定專業/界別課程資助計劃內。

1.3.71 截至2016年年底，全港共有2 209名放射技師，放射診斷技師及放射治療技師分別有1 842名和367名。當中約60%在政府及醫管局工作。放射技師的年齡中位數為41歲。約45%的註冊放射技師為女性，55%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為48%及52%。任何人士如有意在港成為放射技師，必須向放射技師管理委員會註冊。

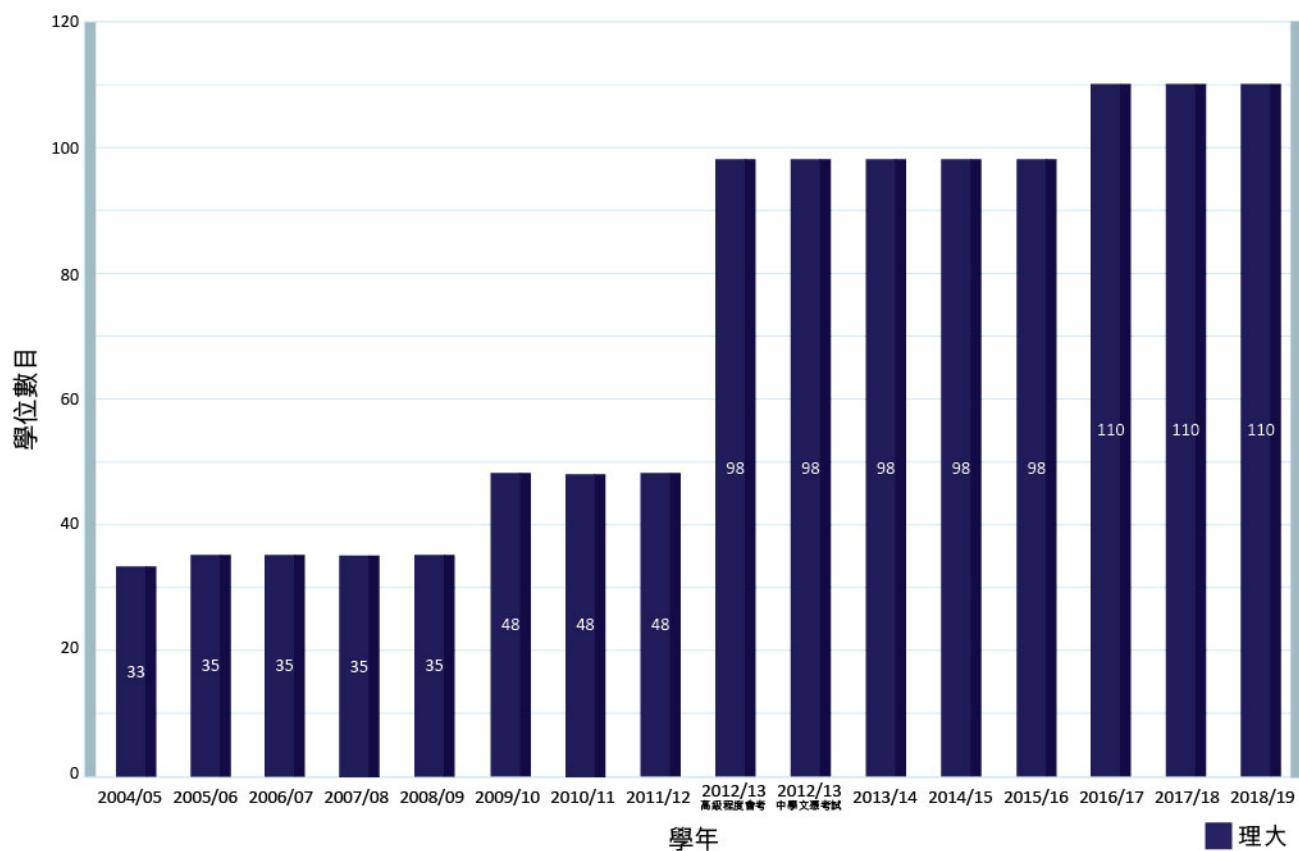
1.3.72 理大是本港唯一開辦放射學公帑資助學士學位課程的院校，在2016/17學年提供110個學額。除理大外，東華學院也由2012/13學年起開辦自資的放射治療學課程，提供約15個培訓名額。在2016年，輔助醫療業管理局已通過有關課程認證的專業評審，首屆學生於同年畢業。鑑於本港對放射技師的需求殷切，以及東華學院的課程亦已通過輔助醫療業管理局的專業評審。政府決定在2017/18學年將東華學院放射治療學課程的12個學額納入指定專業/界別課程資助計劃內。

非本地培訓的放射技師

1.3.73 非本地培訓的放射技師必須達到放射技師管理委員會訂明的標準，方可註冊在港執業。放射技師管理委員會會按個別情況作出評估，並可直接批准具備認可資歷的人士註冊。放射診斷技師的申請人如不符合直接註冊的資格，放射技師管理委員會或會要求申請人參加註冊考試¹²。

¹² 現時並沒有舉辦放射治療技師的註冊考試。

圖1.29 公帑資助的放射學學士學位課程學額



資料來源：教資會

註：由於學制的轉變，教資會資助的院校在2012/13學年同時錄取舊學制和新學制的學生。

新增放射技師（本地及非本地培訓）

1.3.74 2012年至2016年，新增的本地培訓放射技師人數每年平均為72人(74%)。同期，持非本地學歷的新增放射技師人數每年平均為26人(26%)。



脊醫 主要數據（截至2016年年底）

註冊脊醫	209
脊醫人口比例	1 : 35 287
公營及私營工作界別比例	0% : 100%
所有註冊脊醫均在私營界別執業。	
男女比例	70% (男性); 30% (女性)
年齡中位數	42
年齡分佈	
20-29	10.0%
30-39	35.4%
40-49	23.0%
50-59	15.8%
≥60	15.8%
規管機構	脊醫管理局
脊醫培訓	本港沒有脊醫 培訓課程

1.3.75 截至2016年年底，本港有209名脊醫，他們全部在私營界別執業。脊醫的年齡中位數為42歲。約30%的註冊脊醫為女性，70%為男性。在2007年，女性和男性的比例則分別為24%及76%。

1.3.76 本港並無脊醫培訓課程。脊醫如要在港執業，必須符合脊醫管理局的註冊規定，包括須具備認可的脊醫資歷。現時大部分本港的註冊脊醫持有美國、澳洲、加拿大及歐洲學歷。

無須進行法定註冊的醫療專業人員

1.3.77 現時有大量從事不同專業的醫療人員為本港的醫療行業提供服務。當中，除了13個須進行法定註冊的醫療專業外，亦有其他無須進行法定註冊的醫療專業人員，包括聽力學家、聽力學技術員、足病診療師、臨床心理學家、牙科手術助理員、牙科技術員/技師、牙科治療師、營養師、配藥員、教育心理學家、製模實驗室技術員、視覺矯正師、義肢矯形師、科學主任（醫務）和言語治療師¹³等。

1.3.78 現時，本港無須進行法定註冊的醫療專業人員，大部分都實行以學會為本屬自願參與性質的註冊。在學會為本的註冊制度下，專業團體推行入會註冊制度，並公開其會員名單，讓公眾在尋求相關醫療服務時作為參考。該等專業團體也可以制定專業守則加強自我規管，並鼓勵會員作持續的專業發展，獲取認可資格，提升專業水平。專業團體更設立質素保證和紀律機制，以確保其會員均為合資格的醫療專業人員。

¹³ 按542章《立法會條例》第20I條，衛生服務界功能界別中，15個無須進行法定註冊的醫療專業。

第二章 醫療人力規劃和專業發展策略檢討



2.1 概覽－醫療改革的背景

2.1.1 如眾多先進經濟體系，本港的醫療系統面對不少巨大挑戰，包括醫療需求隨人口結構轉變而不斷上升，與生活模式相關的疾病日漸增加，醫療成本因科技進步而持續上漲，以及醫療開支增幅較經濟增長高。這些挑戰將會增加我們下一代的負擔。

2.1.2 眾多挑戰中，人口結構轉變對醫療服務需求的影響最為迫切。二零一六年中，本港人口為734萬人，推算本港人口會在二零四三年年中達至頂峰的822萬人。到二零六四年，每三人中約有一人為65歲或以上¹⁴。本港老年撫養比率(即65歲或以上人口數目與每千名15至64歲人

口相對的比率)會由二零一六年的218增加至二零六四年的567¹⁵。就醫院病床使用率而言，65歲或以上人士的需求較年輕人士高約九倍，而85歲或以上人士的病床使用率較65歲以下人士高接近20倍。每名長者每次入院的平均住院日數為9.7日，非長者的病人則為5.3日。

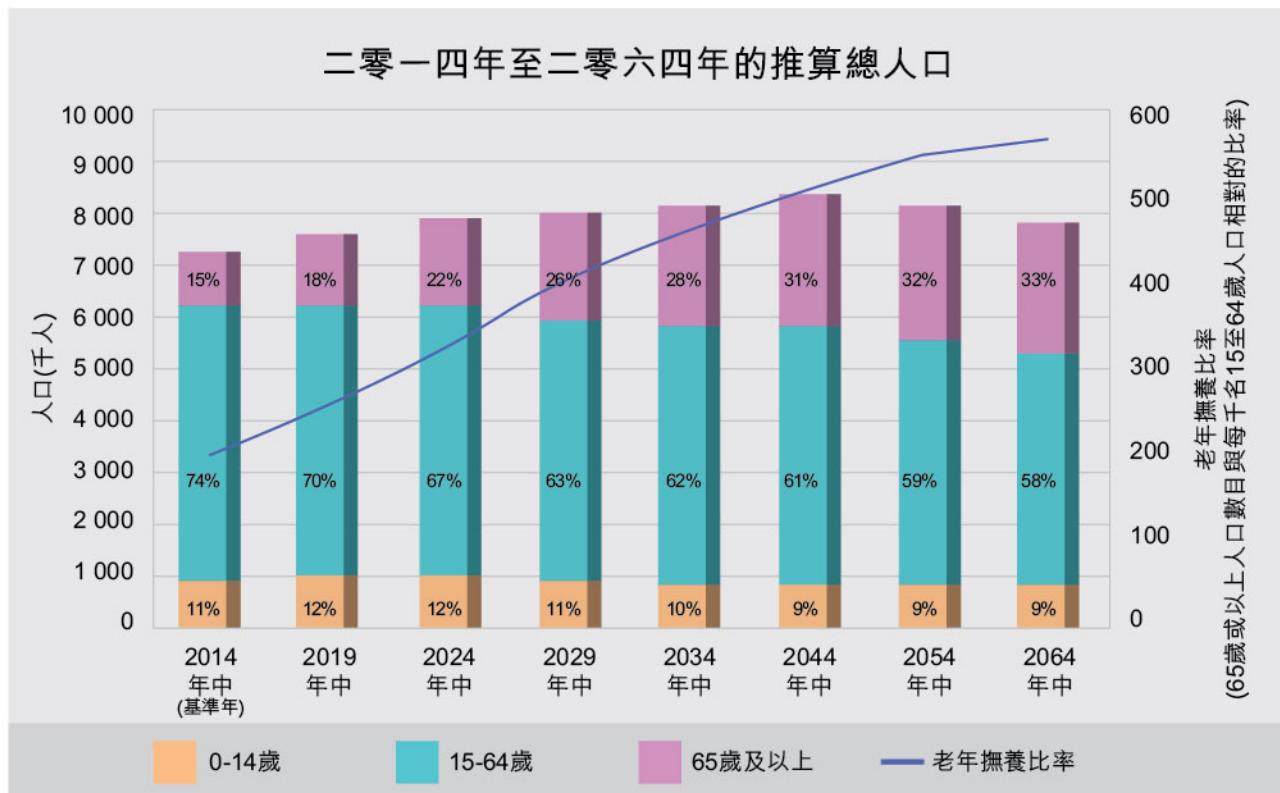
14 資料來源：香港人口推算2015-2064，政府統計處。

15 二零一四年日本的老年撫養比率為424，德國為328，英國為266，台灣為162，新加坡則為152。

圖2.1 人口老化對醫療服務的影響



圖2.2 香港的人口老化情況



2.1.3 面對上述挑戰，政府及醫管局透過與私營醫療系統合作，在過去數年對醫療系統進行了重大改革，以確保系統得以持續發展。除了改善基層醫療服務、透過加強基礎設施和規管(包括改善私營醫療設施規管)以推動醫院服務的發展、改善公營醫療系統和推動以公私營協作方式提供醫療服務及推行自願醫保計劃外，政府

更致力制訂醫療人手策略，以確保有充足的合資格醫療人員應付未來的需求及支援醫療系統的發展。

圖2.3 香港的醫療改革



圖2.4 醫療改革下的主要措施



2.2 策略檢討

2.2.1 為確保醫療系統長遠持續發展，政府根據二零零八年和二零一零年的公眾諮詢結果，對醫療系統推行重大改革。除了致力增加醫療服務量、提高醫療服務質素和加強規管理制度

外，亦就醫療人力規劃事宜進行全面檢討。政府明白，要讓醫療系統蓬勃發展，必須確保有充足的醫療人手，並透過持續教育和專業發展，提供優質的服務。

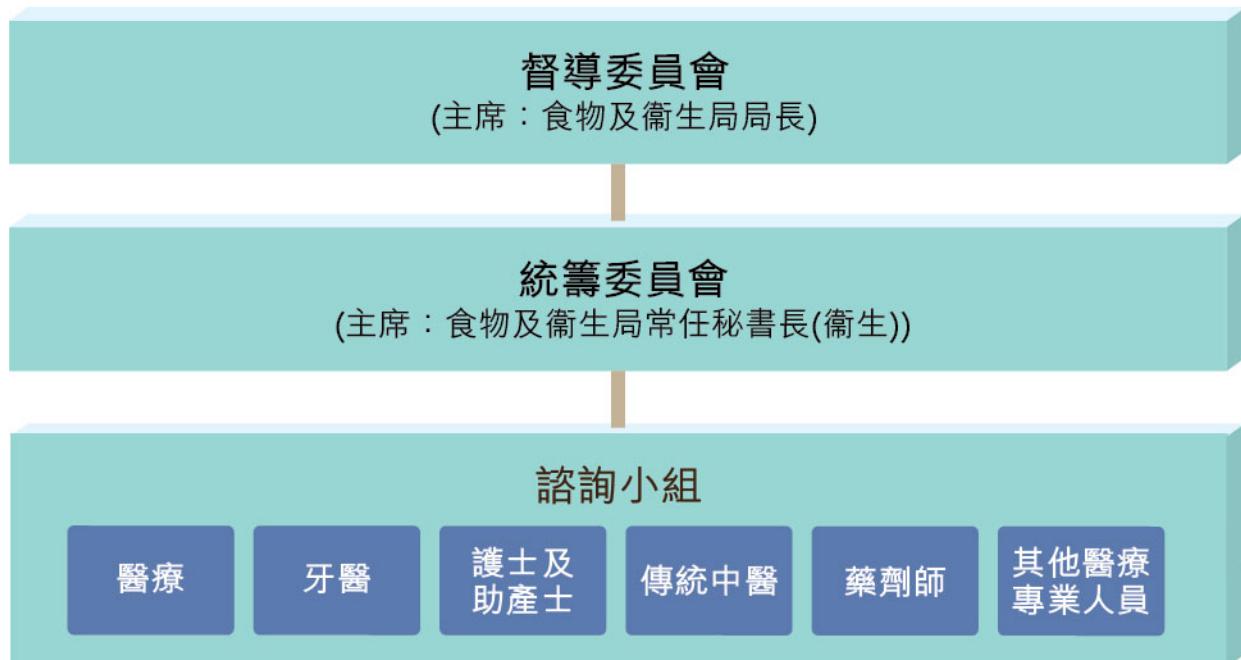
2.3 委員會架構

2.3.1 繼行政長官在《二零一一年施政報告》中宣布有關構思後，食物及衛生局在二零一二年一月成立了一個督導委員會，就醫療人力規劃和專業發展進行策略檢討。督導委員會負責就如何應付預計的醫療人手需求及促進醫療專業的專業發展提出建議，以確保醫療系統得以健康持續發展。

2.3.2 督導委員會由食物及衛生局局長擔任主席，三十多名委員來自不同背景，包括知名海

外專家。督導委員會轄下成立了一個統籌委員會，以支援督導委員會的工作。統籌委員會由食物及衛生局常任秘書長(衛生)擔任主席，並由六名非醫療背景的督導委員會代表出任非官方委員，而六名委員分別擔任六個諮詢小組(共有逾100名成員)的主席。諮詢小組聽取並整合醫療人員所提出的意見。督導委員會、統籌委員會和各諮詢小組的授權範圍載於**附件1**，成員名單則載於**附件2**。

圖2.5 督導委員會的架構



2.4 檢討範圍

2.4.1 策略檢討的目的是評估各個醫療專業的人力需求，當中會考慮不同因素，包括由人口增長和人口老化所引致的醫療需求、醫療服務提供模式，以及公營和私營醫療服務的需求，提出建議以應付人手需求。

2.4.2 除評估人力需求外，策略檢討也會就醫療專業的未來發展方向和改善醫療專業規管提出建議。

圖2.6 檢討的目標



2.4.3 具體而言，策略檢討涵蓋13個須進行法定註冊的醫療專業，他們分別由六個諮詢小組代表，詳情如下—

醫療小組

- 根據《醫生註冊條例》(第161章)註冊的醫生

牙醫小組

- 根據《牙醫註冊條例》(第156章)註冊的牙醫
和根據《牙科輔助人員(牙齒衛生員)規例》
(第156B章)登記的牙齒衛生員

護士及助產士小組

- 根據《護士註冊條例》(第164章)註冊和登記的護士
- 根據《助產士註冊條例》(第162章)註冊的助產士

傳統中醫小組

- 根據《中醫藥條例》(第549章)註冊和表列的中醫

藥劑師小組

- 根據《藥劑業及毒藥條例》(第138章)註冊的藥劑師

其他醫療專業人員小組

- 根據《輔助醫療業條例》(第359章)及《職業治療師(註冊及紀律處分程序)規例》(第359B章)註冊的職業治療師
- 根據《輔助醫療業條例》(第359章)及《物理治療師(註冊及紀律處分程序)規例》(第359J章)註冊的物理治療師
- 根據《輔助醫療業條例》(第359章)及《醫務化驗師(註冊及紀律處分程序)規例》(第359A章)註冊的醫務化驗師
- 根據《輔助醫療業條例》(第359章)及《視光師(註冊及紀律處分程序)規例》(第359F章)註冊的視光師
- 根據《輔助醫療業條例》(第359章)及《放射技師(註冊及紀律處分程序)規例》(第359H章)註冊的放射技師
- 根據《脊醫註冊條例》(第428章)及《脊醫(註冊及紀律處分程序)規則》(第428B章)註冊的脊醫

2.4.4 由於時間所限，對於現時無須進行法定註冊的醫療專業，這次策略檢討不擬逐一探討。不過，其他醫療專業人員小組提供一個平台，讓相關醫療專業在諮詢過程中可適當地反映與其未來發展有關的意見。

圖2.7 檢討涵蓋的範圍



2.5 委託研究

2.5.1 為協助督導委員會在掌握充分資料的情況下，就確保醫療專業人員供應充足及加強醫療專業人員專業發展的方法和措施提出建議，委員會委託了港大和中大就是次策略檢討提供專業意見和技術支援。

2.5.2 港大根據從社會廣泛不同來源蒐集所得

的客觀數據，利用統計學方法和情況模擬進行分析和整合，並考慮相關因素，推算各醫療專業的人力需求。中大則就本地及國際間的規管進行比較檢討，內容涵蓋醫療專業人員的註冊、發牌、資歷和專業操守，以及訂立和維持專業水準和持續專業能力的機制。這兩項研究的結果將在第三章及第四章詳述。

圖2.8 委託研究



第三章 委託研究－人力推算



3.1 現行的醫療人力規劃

3.1.1 現時，政府會配合教資會的三個學年規劃周期¹⁶，評估醫療專業的人手需求，以協助高等院校進行學術規劃。在作出長遠的人力推算時，政府會考慮多項因素，包括每年的退休人數、人手流失的趨勢、人口結構的改變、社會對個別服務範疇的特別需要，以及醫療專業及科技的發展趨勢。

3.1.2 多間機構亦有進行醫療人力推算及統計調查。醫管局作為聘用最多醫療專業人員的機構和主要的醫療服務提供者，也有為公營醫療界別進行人力規劃和推算。醫管局在推算未來醫療人力需求時，除了全面考慮轄下各項服務的使用率外，也會考慮其他因素，包括人口增長和老化的趨勢、服務模式的轉變、醫療技術的進步，以及新服務的發展。由一九八零年開始，衛生署為本港的醫療人員進行了一系列的醫療人力統計調查，目的是收集有關本港醫療人員的特性和就業情況的最新資料。其他機構如醫專和香港工商專業聯會，也不時進行醫療專業的人力規劃檢討。

3.1.3 上述人力推算、統計調查和檢討為港大提供了有用的資料，進行全面和深入的醫療人力規劃研究。

¹⁶ 政府和教資會以三個學年為一個周期，為教資會資助院校進行規劃。每隔三年，政府和教資會便會重新制訂未來三年資助周期的學術發展路向，包括學位數目、各學科的學位分佈情況和相應的撥款。

3.2 港大的研究

3.2.1 作為研究的開端，港大首先探討文獻所載的推算模型，以及國際組織、海外國家和本地機構規劃醫療人手時採用的方法。港大也參考了世界衛生組織和經濟合作及發展組織的人力規劃和推算方法，並審視了九個海外地區（即澳洲、加拿大、日本、荷蘭、新西蘭、蘇格蘭、新加坡、英國和美國）的推算方法和人力推算模型參數。此外，港大也考慮了上文第3.1.2段提及的本地機構使用的規劃方法。

3.3 醫療人力推算的挑戰和限制

3.3.1 港大指出在本港進行人力推算時面對的各種挑戰。醫療服務的需求受不同因素影響，包括轉介模式的轉變、提供服務界別（公營和私營機構）、科技發展、執業範圍、女性人員數目、醫療政策和服務模式的規管等。此外，人口結構持續轉變、醫療專業人員和病人在地區之間和公私營界別之間的流動，以及醫療服務使用模式的轉變，也令人力推算的工作更加複雜。

3.3.2 我們從上述研究中得知，醫療人力規劃是極為複雜的工作，不論是在文獻記錄或是研究涵蓋的地區中，皆沒有推算醫療人力的通用模型。較常見的推算方法包括採用工作人口與整體人口的比例、按需求/使用量或需要為基礎的模型，以及供應模型。各類模型的簡介載於附件3。不過，每種推算方法都各有其優點和限制，在推算過程中往往須作出妥協、簡化和假設。

3.3.3 此外，人力推算是一項需要大量數據的工作。雖然公營界別的住院和門診服務數據可用作進行人力推算，但有一定比例的醫療服務是由私營界別的醫療機構和社會服務機構提供，而這些服務的使用數據一般較為零散、不完整或並非可供即時應用。現時亦未有界定生產力的標準，這亦有礙評估工作量。

3.4 通用推算模型

3.4.1 以醫療人力推算的種種限制和挑戰為鑑，港大建立了一套切合本地情況的通用推算模型。港大的人力推算模型旨在量化醫療專業人員人手的預測需求與供應之間的差距，即以相當於全職人員的數目來推算人力差距。

3.4.2 港大所採用的模型以使用率為本（以內源性並根據過往數據建立的基本情況為基礎），以目前使用率（代表人力需求）及存量和流量模式（代表人力供應）來推算人力供求情況。這個複雜的模型採用過往的醫療服務使用率數據，並根據人口增長及人口變化加以調整，推算出本港人口的醫療服務使用率，從而推算未來數年的醫療專業人員需求，而當中已經計及已知和已規劃服務和發展的數據。至於未來的人手供應量，則根據現有和已規劃的本地課程，以及持有非本地資歷的新註冊人員來推算。有關推算其後會按外在因素及政策引致的需求再作調整。

3.4.3 這個模型除了考慮醫療界別的需求外，也考慮社福界別的需求，同時顧及醫療和社福不同層次的服務（即基層、第二層和第三層護理），以及醫療專業人員工作的不同界別/設定。

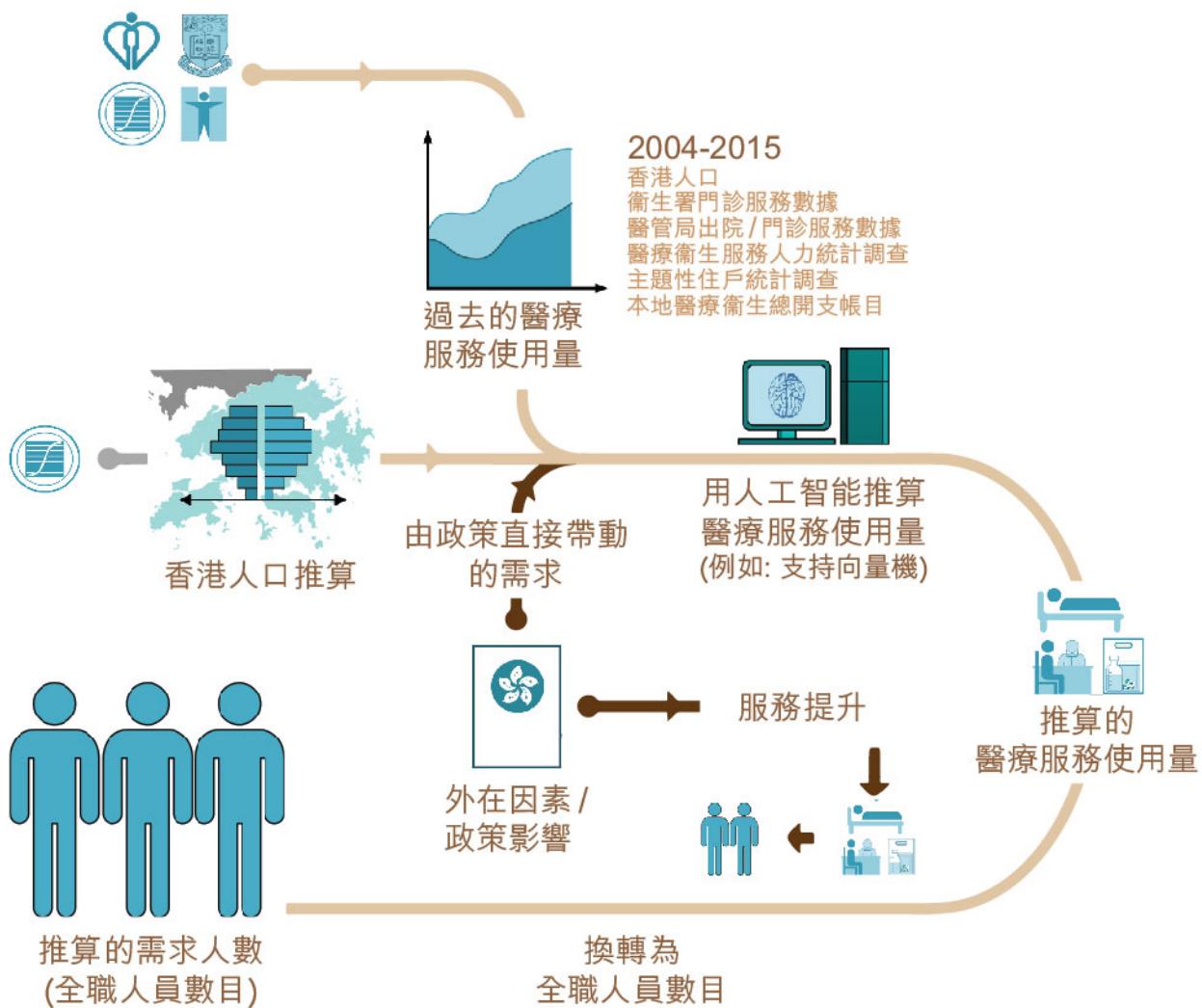
3.4.4 這個模型假設基準年（即二零一五年）的人力狀況處於供求平衡的水平，並計及截至二零一五年底公營及資助界別的已知醫療專業人員人手短缺。

3.5 需求推算

3.5.1 圖3.1顯示人力需求的推算模型。有關過程採用過往的醫療服務使用率數據及本港的人口預測數字，推算出按年齡和性別劃分的人

口組別的醫療服務使用率。這些推算所得的數字會換算成相當於全職人員的數目，其後按外在因素及政策影響的需求再作調整。

圖3.1 港大的人力需求推算模型

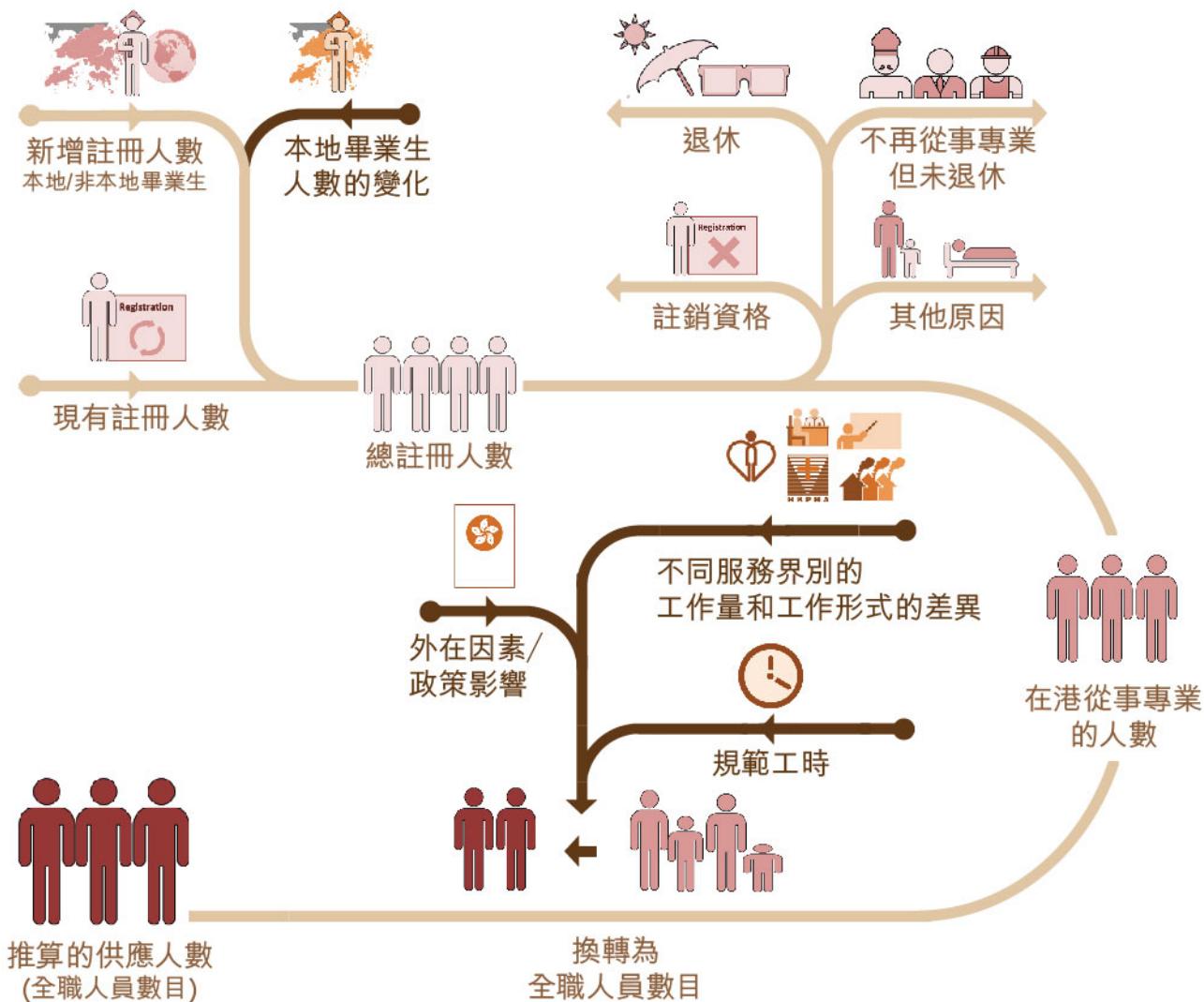


3.6 供應推算

3.6.1 人力供應推算模型屬非同質性的馬可夫（Markov）鏈模型。當中的人力系統是以“存量和流動”的概念來表達。圖3.2顯示該人力供

應推算模型。這些推算所得的數字會換算成相當於全職人員的數目，其後按外在因素及政策影響再作調整。

圖3.2 港大的人力供應推算模型



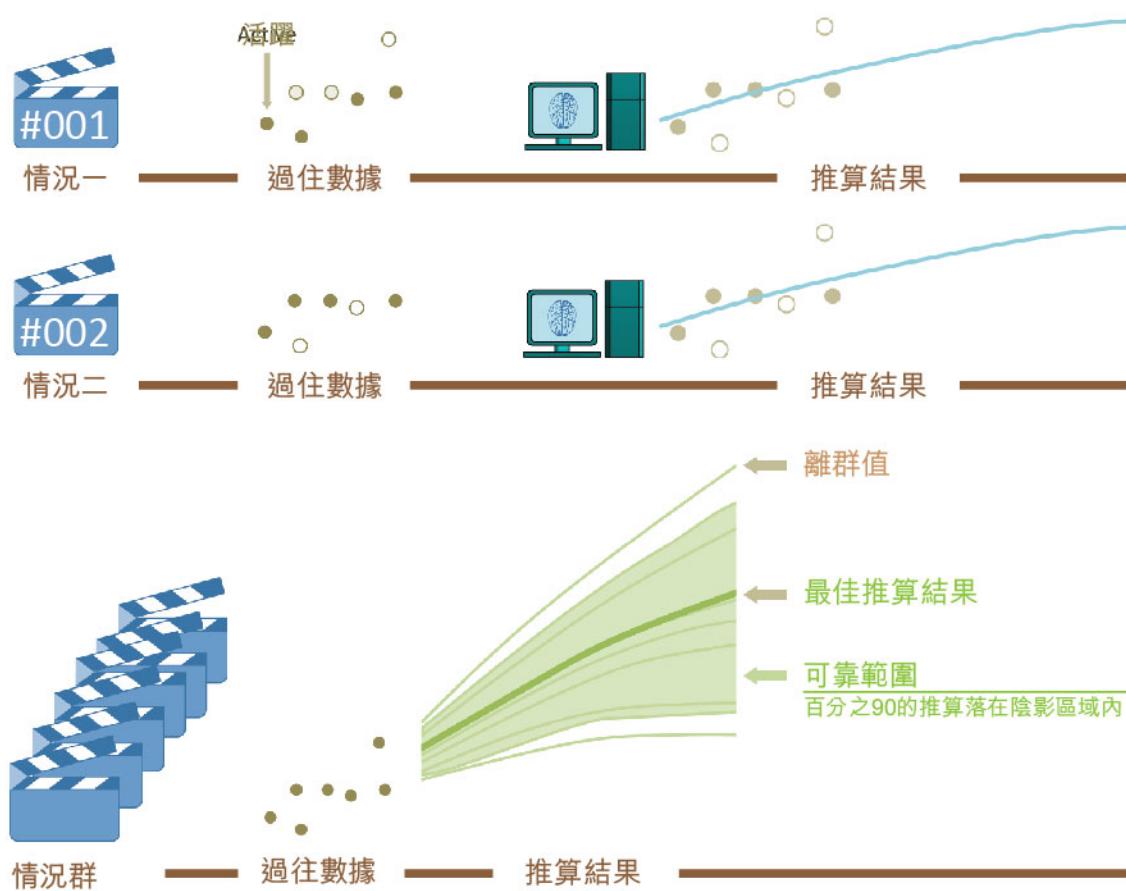
3.7 人力差距

3.7.1 人力差距分析旨在就“基本情況”（即以過往的使用率趨勢為基礎並因應人口增長和人口結構轉變予以調整）量化各醫療專業在人力需求與供應之間的差距（以相當於全職人數目計算）。在運算多個模擬情形後，可測試在不同資料數據下所得出的結果，從而得出可信間距及最佳推算（圖3.3）。

3.7.2 須進行法定註冊的醫療專業人力推算結果概述於第3.8部。基於人力推算的性質和模型本身固有的限制，應小心詮釋有關推算結果。在詮釋推算結果時，重點應放在推算的趨勢而非絕對差距。日後如發生一些現時未知的情況，中長期的預測有機會出現大幅改變。

圖3.3 可信間距

理解人力差距：可信間距



3.8 研究結果

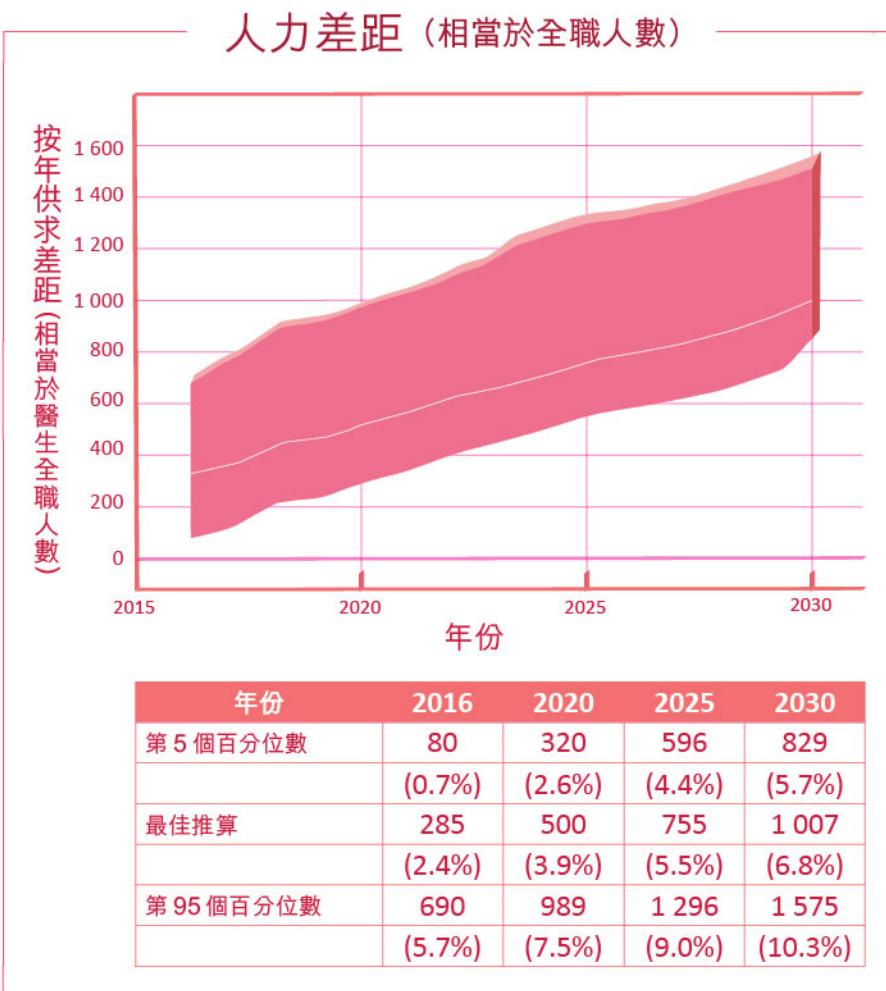
供應

3.8.1 醫生

需求

3.8.1.1 醫生的人力需求是根據服務的預計使用率推算。公營界別方面計及醫管局和衛生署的數據，而私營界別的數據則來自私家醫院及政府統計處進行的主題性住戶統計調查。來自學術、教育及培訓界別的需求亦已考慮在內。需求推算已因應外在因素（例如公私營醫院的最新發展和推行自願醫保計劃）作出調整。

3.8.1.2 本港醫生的人力供應來源包括在本地受訓畢業並向醫委會註冊的醫生、有限度註冊醫生，以及通過醫委會舉辦的執業資格試和完成駐院實習評核並向醫委會註冊的醫生。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地和非本地培訓畢業生的註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 1.正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 2.在進行人力推算時，公營機構的職位空缺數目、公營和私營界別的已知和計劃的醫院發展和擴建項目，以及自願醫保計劃的預期影響已計算在內。
- 3.人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 4.參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



3.8.2 牙醫

需求

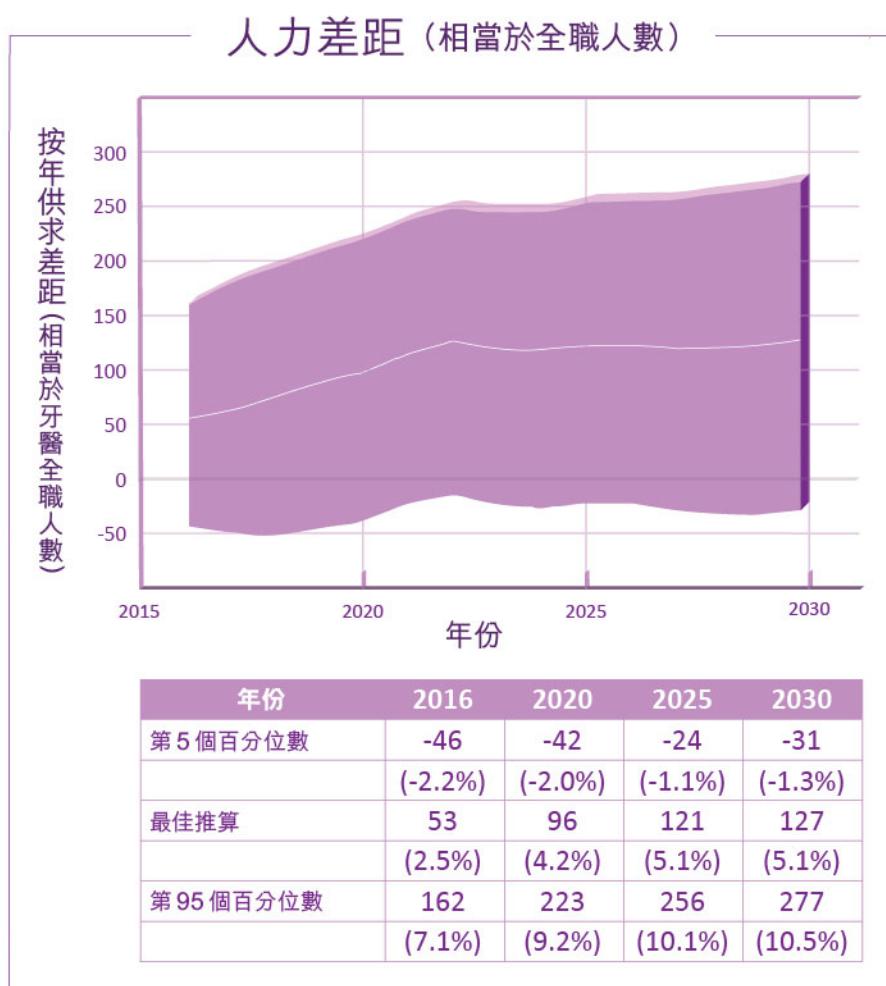
3.8.2.1 牙醫的人力需求是根據服務的預計使用率推算。公營界別方面計及醫管局和衛生署的數據，而私營界別和社福界別(包括非政府機構)的數據則來自政府統計處進行的主題性住戶統計調查。來自學術、教育和培訓界別的需求亦已計算在內。

3.8.2.2 本港人口日漸老化，加上市民的牙科保健意識有所提高，社會對私營牙科服務的需求因而與日俱增。此外，隨着政府推出新的牙科措施，特別是長者牙科外展服務計劃、關愛

基金的長者牙科服務資助項目，以及智障人士牙科服務先導計劃，市民對資助牙科服務的需求持續增加，這亦相應增加牙科的人手需求。有關推算已因應這些因素作出調整。

供應

3.8.2.3 本港牙醫的人力供應來源包括本地培訓畢業生，以及通過香港牙醫管理委員會的許可試並向該會註冊的牙醫。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地和非本地培訓畢業生的註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 1.正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 2.在進行人力推算時，公營機構的職位空缺數目，以及公營界別已知和計劃的項目已計算在內。
- 3.人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 4.參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



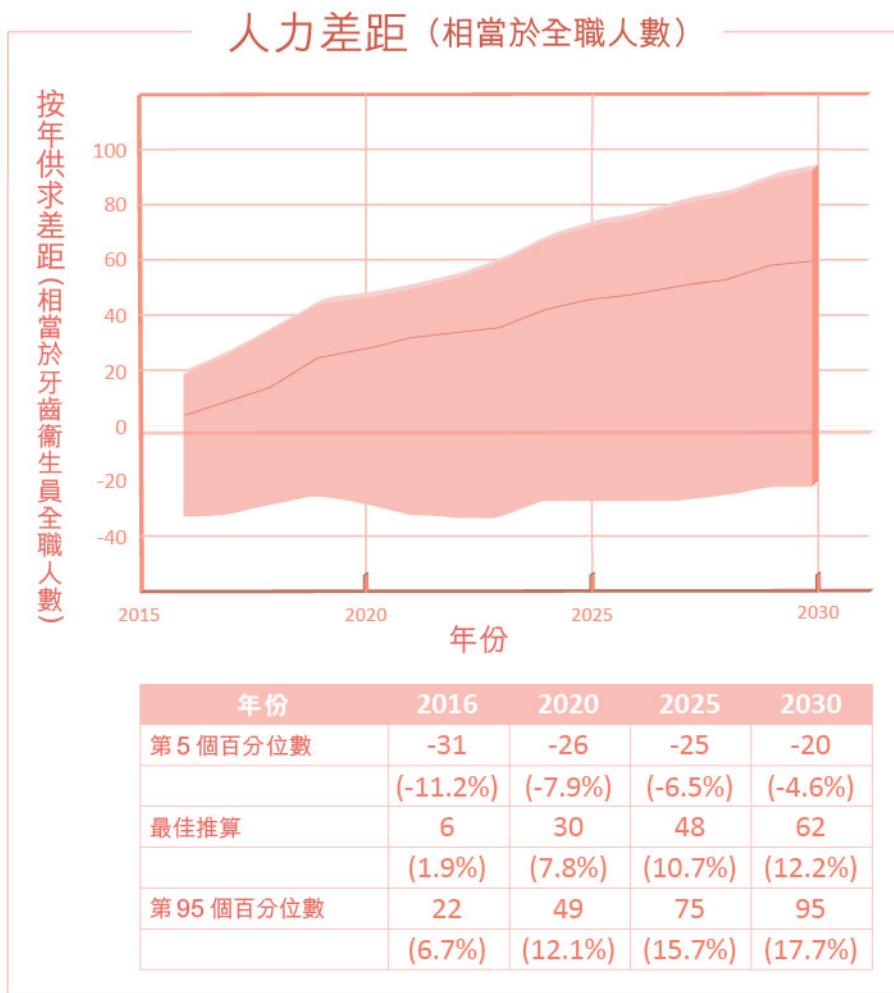
3.8.3 牙齒衛生員

需求

3.8.3.1 牙齒衛生員的人力需求主要來自私人執業的牙醫，另有部分來自衛生署。有關牙齒衛生員服務的預計使用率，公營界別方面計及衛生署政府牙科診所門診服務的使用量，而私營界別的數據則以商業機構和非政府機構的診症次數（以牙醫與牙齒衛生員的比例）推算。

供應

3.8.3.2 本港牙齒衛生員的主要人力供應來源是持有菲臘牙科醫院和港大專業進修學院頒發的牙科衛生護理高級文憑資格的已登記人士。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地培訓畢業生的註冊人數、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數，數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



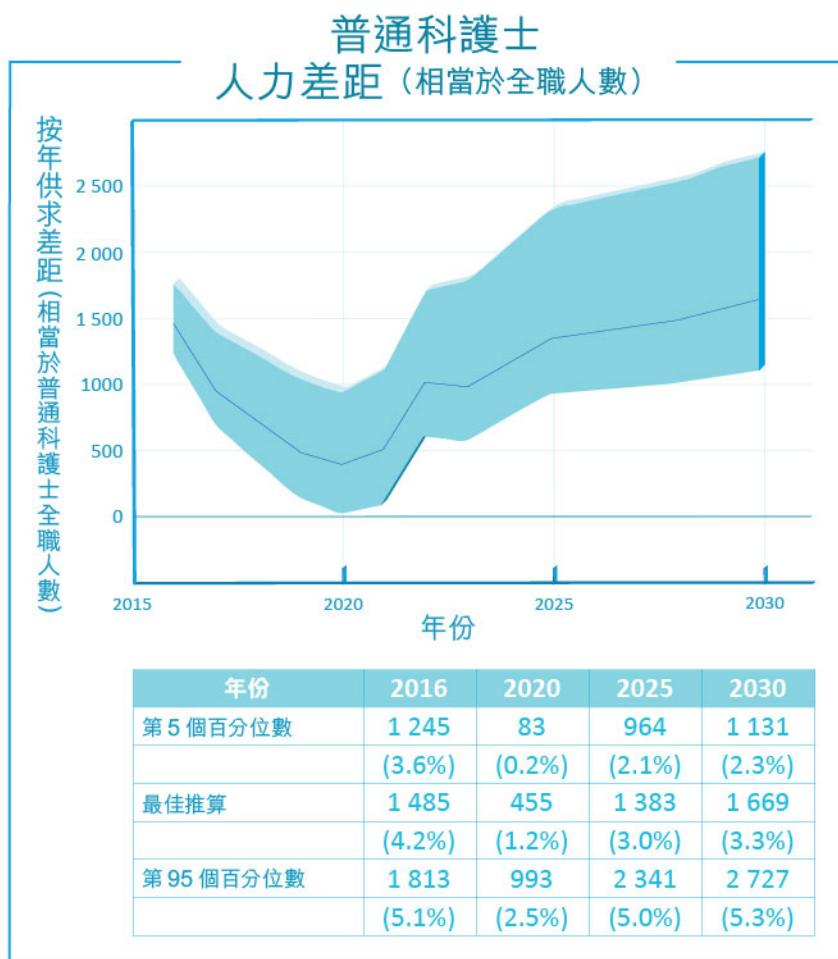
3.8.4 護士

需求

3.8.4.1 護士的人力需求是根據服務的預計使用率推算。公營界別方面計及醫管局和衛生署的數據，而私營界別和社福界別的數據則來自私家醫院及政府統計處進行的主題性住戶統計調查。來自學術、教育和培訓界別的需求亦已計算在內。此外，亦有計及公營及受資助界別的已知和已規劃計劃。

供應

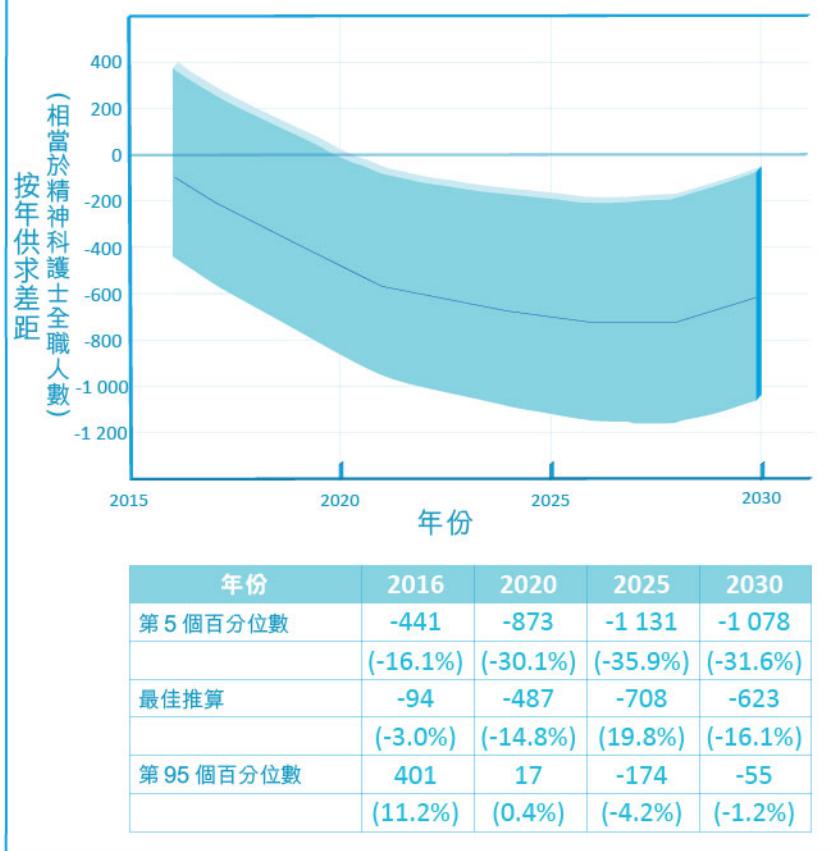
3.8.4.2 本港護士的人力供應來源包括完成本地經評審的教資會資助課程和自資課程的畢業生，以及通過香港護士管理局執業考試並向該局註冊/登記的護士。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地和非本地培訓畢業生的註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數，在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 1.正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 2.在進行人力推算時，公營機構的職位空缺數目，以及公營和資助界別已知和計劃的項目已計算在內。
- 3.人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 4.參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

精神科護士 人力差距（相當於全職人數）



註：

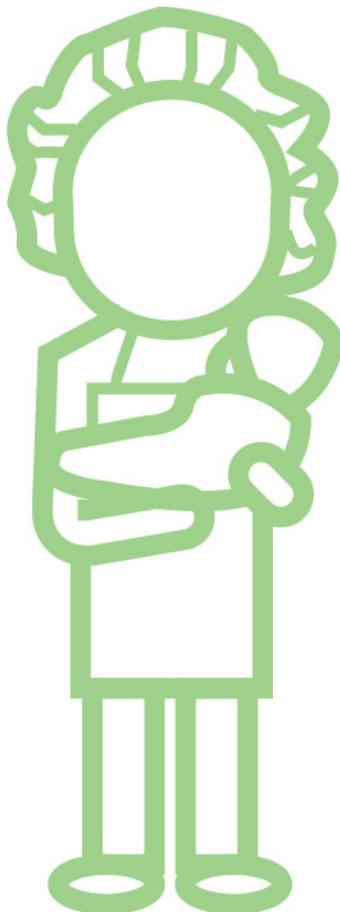
- 1.正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 2.在進行人力推算時，公營機構的職位空缺數目，以及公營和資助界別已知和計劃的項目已計算在內。
- 3.人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 4.參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



3.8.5 助產士

觀察所得

3.8.5.1 截至二零一六年年底，全港共有4 540名助產士。據我們所知，由於本港出生率偏低，因此只有約40%的助產士從事助產士和婦產科範疇的工作。由於助產士可同時持有註冊護士和註冊助產士的專業資格，而醫管局和私家醫院都會調派護士從事助產士和婦產科範疇的工作，因此未能就助產士作出具意義的人力推算。鑑於本港出生率持續偏低，對助產士的需求穩定，因此助產士的人手供應大致可應付需求。





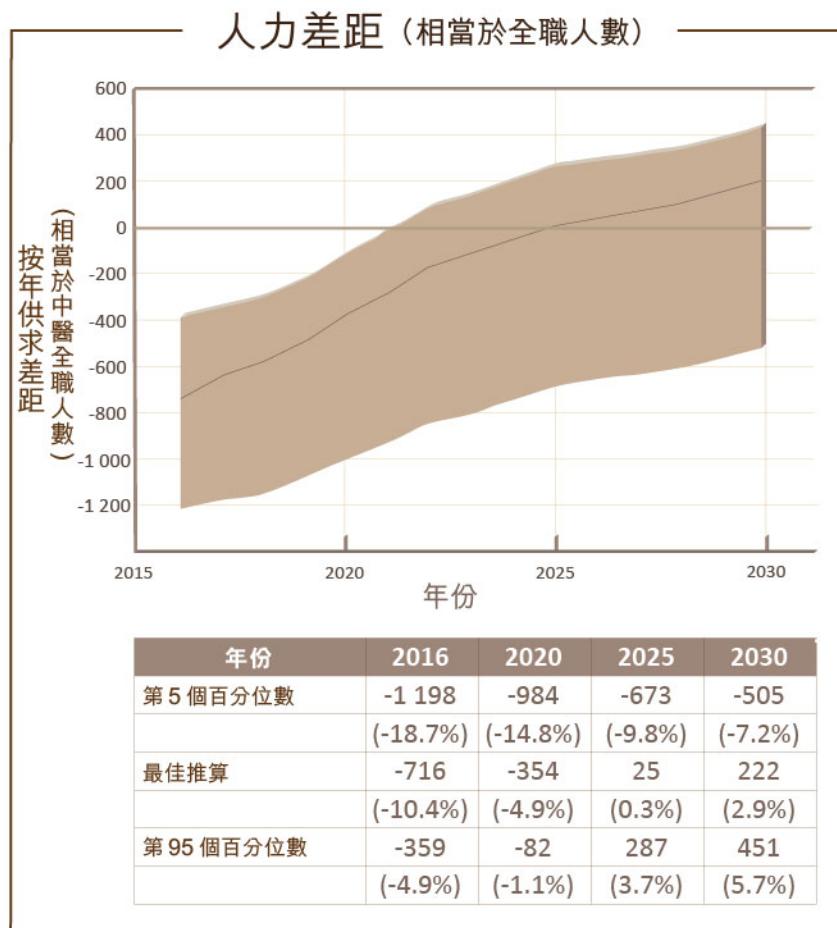
3.8.6 中醫

需求

3.8.6.1 中醫的人力需求是根據各類門診服務的預計使用率推算，數據來自政府統計處的主題性住戶統計調查，以及衛生署的醫療衛生服務人力統計調查中就私營和社福界別營運的中醫診所的預計服務使用率。來自學術、教育和培訓界別的需求亦已計算在內。

供應

3.8.6.2 本港中醫的人力供應包括註冊中醫、通過香港中醫藥管理委員會舉辦的執業資格試的人士和表列中醫。供應推算按在不同門診環境下所估計的中醫人數作出調整。供應推算調整。供應推算的考慮因素包括符合資格的註冊人數、本地和非本地培訓畢業生的註冊數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 根據香港中醫藥管理委員會提供的資料顯示，2012年至2016年期間通過執業資格試並獲取註冊的考生人數每年平均約為200人。
- 在內地修讀獲香港中醫藥管理委員會認可的中醫藥本科學位課程的本港學生人數已由2013/14學年的高峰約470人回落至2015/16學年的約260人。這對中醫人手供應的潛在影響，需要在掌握更多數據之後作進一步評估，例如畢業率、畢業生在港執業的意願，以及畢業生通過執業資格試的比率。
- 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



3.8.7 藥劑師

需求

3.8.7.1 除公營界別及學術、教育和培訓界別的需求外，藥劑師的人力需求也來自獲授權毒藥銷售商（藥房）、私家醫院和藥物相關行業（藥劑製造商和經銷商等藥品公司，以及藥物研發公司）。藥劑師的人力需求是根據醫管局、衛生署及私家醫院服務的預計使用率、政府統計處的主題性住戶統計調查，以及香港藥劑業及毒藥管理局提供的資料而推算。需求推算已因應外在因素（包括醫管局加強臨床藥劑

服務及藥劑師在藥品公司的角色有所擴大）而作出調整。

供應

3.8.7.2 藥劑師的人力供應來源包括本地培訓畢業生，以及通過香港藥劑業及毒藥管理局藥劑師註冊考試並向該局註冊的人士。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地和非本地培訓畢業生的註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 1.正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 2.在進行人力推算時，公營界別的措施和私營界別的發展已計算在內。
- 3.人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 4.參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



3.8.8 職業治療師

需求

3.8.8.1 職業治療師的人力需求是根據醫療、社福界和學術界的服務使用量推算。數據來自醫管局、衛生署、社署和教育局的服務使用率，以及衛生署的醫療衛生服務人力統計調查和學術、教育和培訓界別的預計需求。職業治療師的人手需求推算已根據社署、社福界別和教育局已知和計劃的服務作進一步調整。

供應

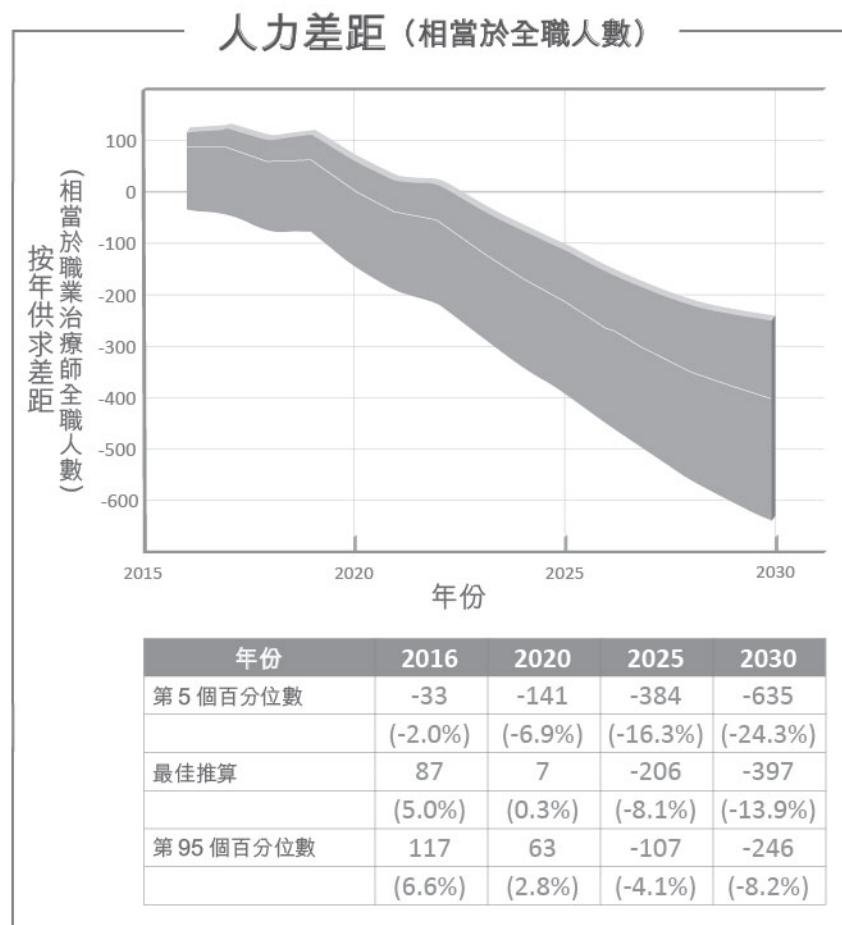
3.8.8.2 職業治療師的主要人力供應包括本地畢業生，以及持有職業治療師管理委員會認可的非本地資歷的人士。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地和非本地培畢業生的註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 在進行人力推算時，社署規定的人力需求比例，以及公營及資助界別的已知和計劃項目已考慮在內。
- 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

情景分析 (把東華學院 50 個畢業生計算在內)



註:

1.正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。

2.假設東華學院開辦的職業治療學課程可提供額外人力供應。



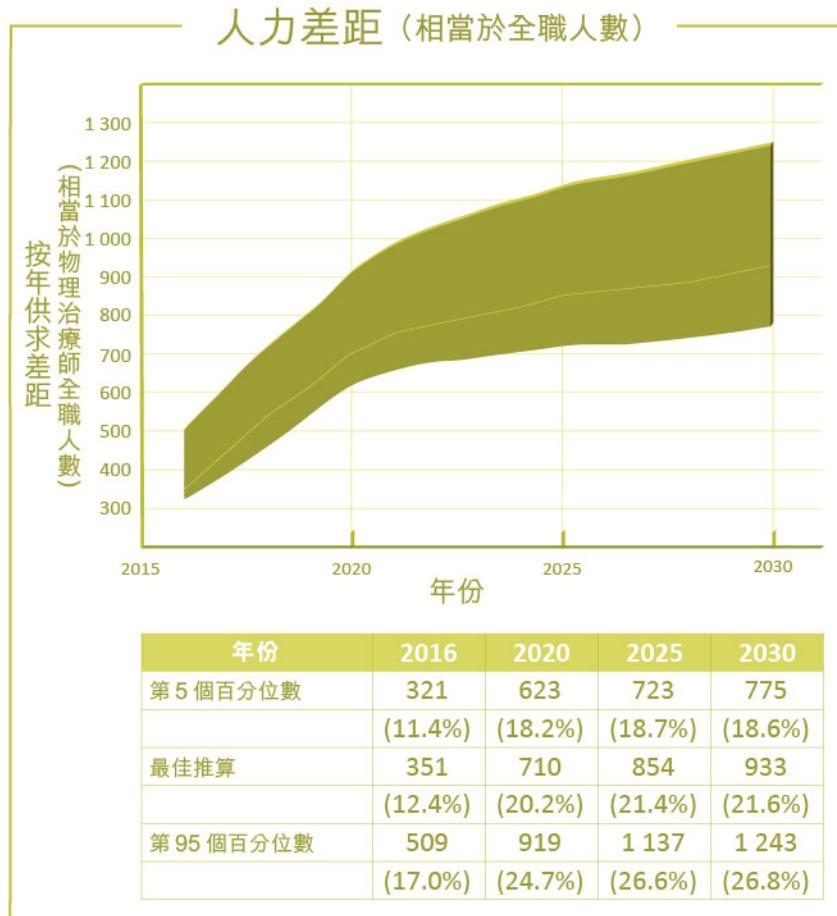
3.8.9 物理治療師

需求

3.8.9.1 與職業治療師一樣，物理治療師的人力需求是根據醫療界、社福界和教育界的服務使用量推算，數據計及醫管局、衛生署、社署和教育局的服務、衛生署進行的醫療衛生服務人力統計調查，以及學術、教育和培訓界別的預計需求。物理治療師的人力需求推算已根據社署、社福界別和教育局已知和計劃的服務作進一步調整。

供應

3.8.9.2 物理治療師的主要人力供應包括本地畢業生，以及持有物理治療師管理委員會認可的非本地資歷的人士。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地和非本地培訓畢業生的註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 1.正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 2.在進行人力推算時，資助界別的職位空缺數目；公營和資助界別已知和計劃的項目已計算在內。
- 3.人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 4.參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



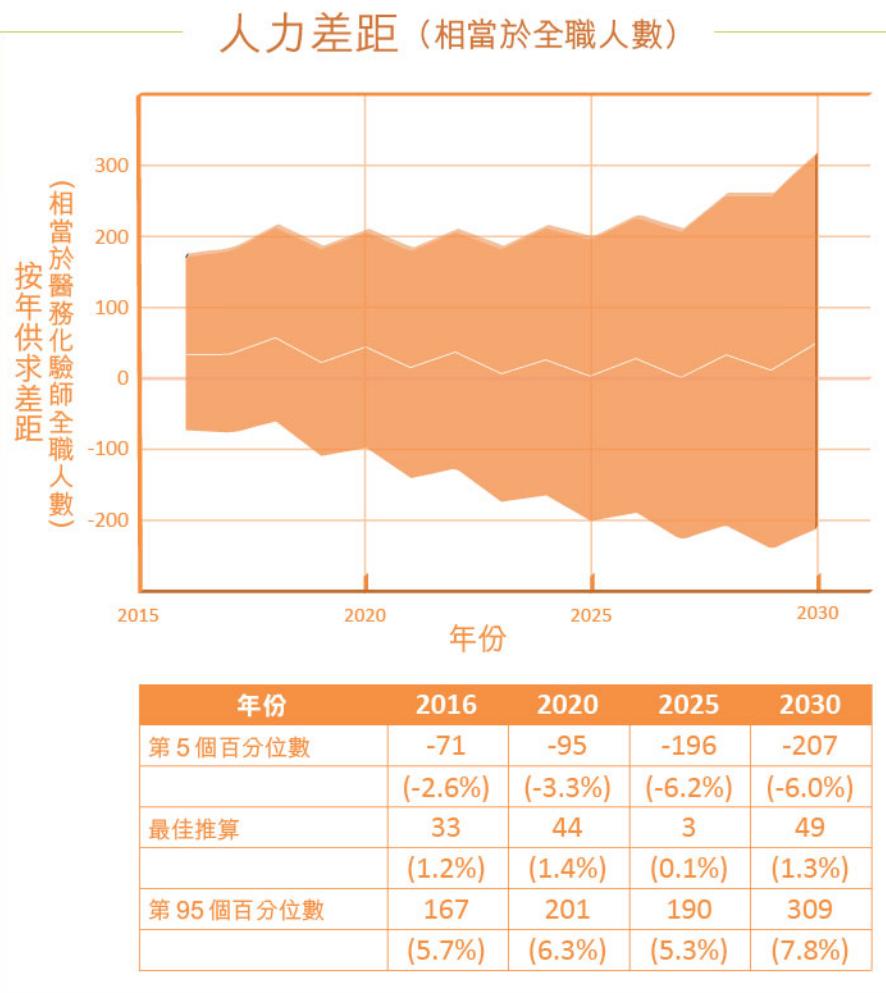
3.8.10 醫務化驗師

供應

需求

3.8.10.1 醫務化驗師的人力需求是根據服務的預計使用率推算。公營界別方面計及醫管局和衛生署過往的數據，而私營界別的數據則來自政府統計處就私家醫院出院病人和私家診所/化驗所的化驗項目進行的主題性住戶統計調查。來自學術、教育和培訓界別的人手需求亦已考慮在內。

3.8.10.2 醫務化驗師的人力供應來源包括本地畢業生，以及持有醫務化驗師管理委員會認可的非本地資歷的人士。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地和非本地培訓畢業生的註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



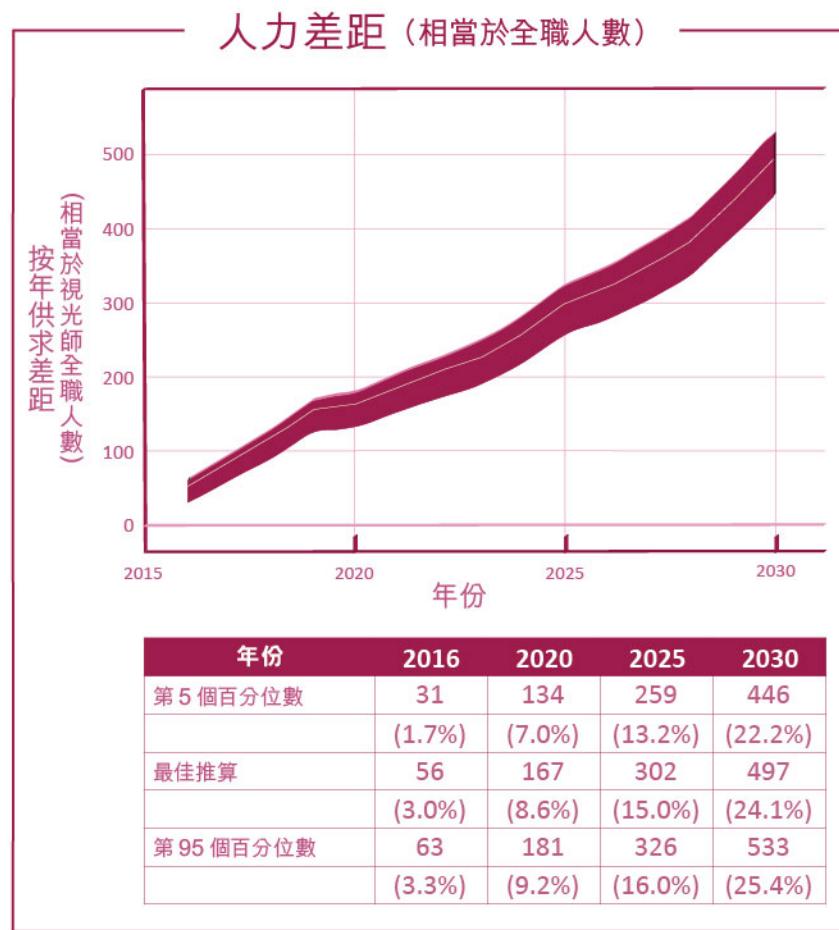
3.8.11 視光師

需求

3.8.11.1 視光師的人力需求是根據服務的預計使用率推算。公營界別方面計及醫管局以及衛生署的服務；私營界別的數據則來自本地醫療衛生總開支帳目、政府統計處的主題性住戶統計調查，以及本地多項就涉及視光師服務範疇的眼疾檢查和眼鏡店銷售率進行的統計調查。來自學術、教育和培訓界別的人力需求亦已考慮在內。

供應

3.8.11.2 視光師的主要人力供應來源包括本地畢業生，以及持有視光師管理委員會認可的非本地資歷的人士。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地和非本地培訓畢業生的註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註：

- 正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



3.8.12 放射技師

需求

3.8.12.1 放射技師的人力需求是根據服務的預計使用率推算。公營界別方面計及醫管局和衛生署的服務，而私營界別的數據則來自私家醫院、私家診所及化驗所，以及學術、教育和培訓界別的預計人力需求。

供應

3.8.12.2 放射技師的主要人力供應來源包括本地畢業生，以及持有放射技師管理委員會認可的非本地資歷的人士。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、本地和非本地培訓畢業生的註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。



註:

- 正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。



3.8.13 脊醫

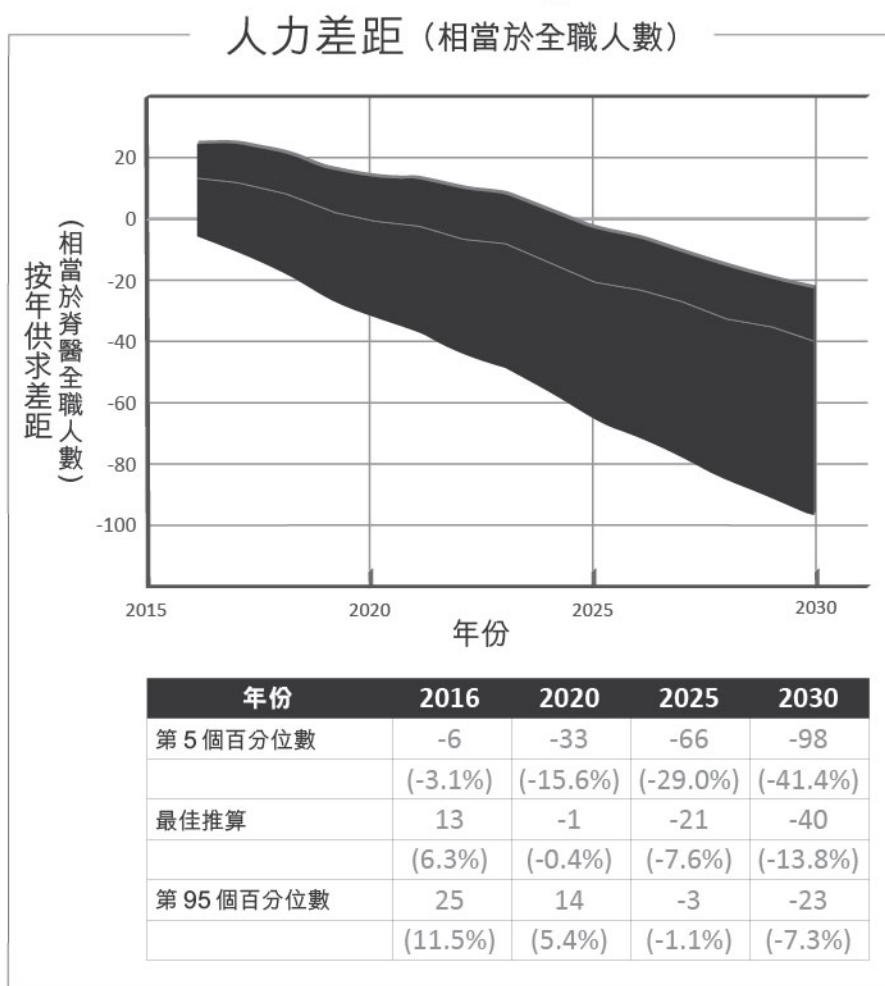
需求

3.8.13.1 脊醫的人力需求推算以使用率為基礎，數據主要是醫療衛生服務人力統計調查以及主題性住戶統計調查所得的資料¹⁷。

供應

3.8.13.2 非本地培訓的脊醫（大多持有美國、澳洲、加拿大或歐洲的專業資格）是本港脊醫的人力供應來源。供應推算的考慮因素包括符合資格的新註冊人數、註冊續期比例、提供臨床服務的執業註冊人數比例、自然流失/退休人數、在職人士參與率、工作量及工作模式。

¹⁷ 由於未能得知上述兩項調查有否少報脊醫診症數目，加上該求診人次不多，因此由脊醫報告或醫療衛生服務人力統計調查估算的門診求診數目，應較主題性住戶統計調查所得的數據可靠。



註:

- 正數表示人手短缺，負數表示人手充足（或模型下的人手過剩）。
- 人力推算計及年齡、性別特徵參數。
- 參考醫療衛生服務人力統計調查的退休模式。

第四章 委託研究－專業發展和規管



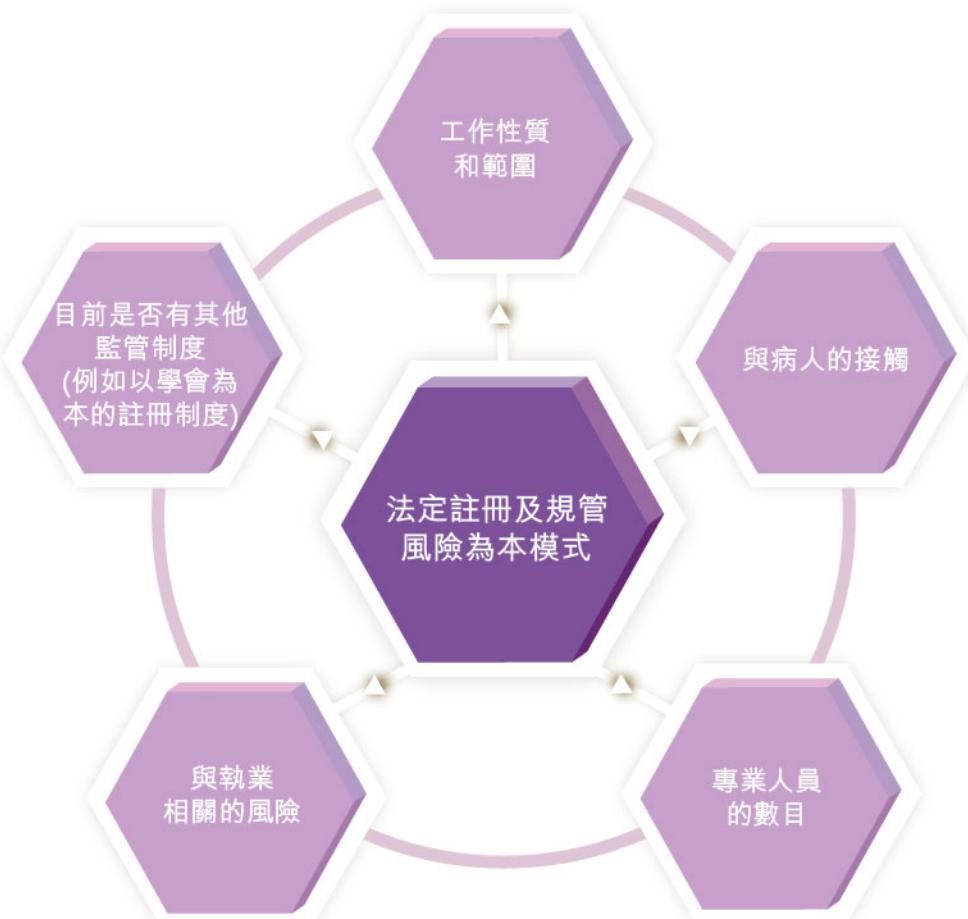
4.1 本港現行的規管架構 概況

4.1.1 本港現行的規管理制度

4.1.1.1 本港一直採用風險為本的模式來評估某類醫療專業是否須進行法定註冊及受法定規管。主要考慮因素是專業人員的工作性質和範圍，以及與他們執業相關的風險。其他考慮因

素包括專業人員與病人的接觸、專業人員的數目、在公私營界別的就業人數分佈，以及目前是否有其他監管制度（例如以學會為本的註冊制度）。一般而言，政府會先對該些進行入侵性或重要醫療程序的醫療專業人員實行法定註冊及規管。

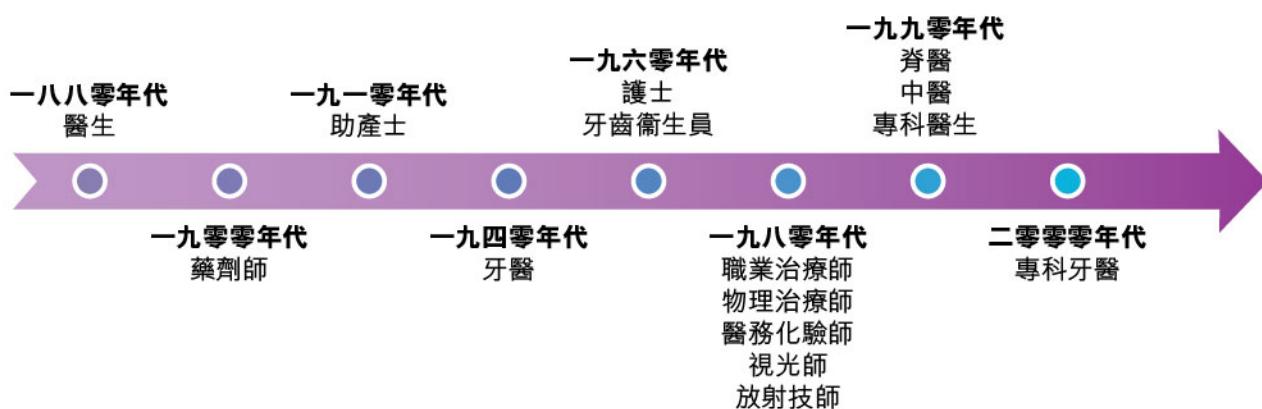
圖4.1 風險為本模式



4.1.1.2 本港對醫療專業的法定註冊制度及規管，始自一八八零年代。《醫生註冊條例》（第161章）於一八八四年制定，藥劑師的註冊可追溯至一九零八年的《藥劑條例》。《助產士條例》（第162章）和《牙醫註冊條例》（第156章）則分別於一九一零年及一九四零年制定。到了一九六零年代，護士和牙齒衛生員也相繼受到法

定規管。一九八零年制定的《輔助醫療業條例》（第359章）進一步對職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師和放射技師這五類醫療專業實行法定規管，而脊醫和中醫則分別在一九九三年和一九九九年開始受到規管。此外，專科醫生及專科牙醫分別在一九九七年及二零零五年被納入法定規管範圍。

圖4.2 本港對醫療專業人員的法定註冊及規管



4.1.1.3 截至二零一六年底，全港13個須進行法定註冊的醫療專業共有逾99 000名醫療專業人員。這些醫療專業受8項條例和32項附屬法例規管。當局根據法例共成立了13個法定管理

局和委員會，並賦權這些管理局和委員會制訂註冊規定、處理和調查投訴，以及對違規的註冊醫療專業人員進行紀律處分。

圖4.3 有關本港13個須進行法定註冊醫療專業的主要數字



4.1.1.4 與其他地方比較，本港的醫療專業規管奉行專業自主原則。各個醫療專業的法定管理局和委員會獨立執行其法定職能，包括處理註冊事宜、管理執業資格試、訂立資格和標準、

制定專業守則，以及處理投訴和進行紀律研訊。在完成研訊後，管理局和委員會可發出紀律制裁命令，包括將嚴重違規者從專業名冊中除名。

圖4.4 法定管理局/委員會的主要職能

各個醫療專業的法定管理局和委員會－ 按照專業自主的原則運作

註冊

- 管理註冊名冊

維持專業水平

- 教育和評審
- 專業守則
- 執業資格試

調查和紀律研訊

- 調查
- 進行研訊和紀律處分程序

4.1.2 各個管理局和委員會的組成和業外人士參與

4.1.2.1 各個醫療專業的管理局和委員會以專業自主原則運作，成員包括相關醫療專業人員、政府代表，以及業外人士。圖4.5載列各個管理

局和委員會業外委員（並非因職務需要而獲委任的當然成員或受規管專業的委員）的人數。

圖4.5 管理局及委員會目前的業外人士參與情況

	總委員數目	業外委員數目 (百分比)
醫委會	28人	4人（14%） [4名業外人士]
香港牙醫管理委員會	12人	3人（25%） [1名業外人士及2名醫生]
香港護士管理局	15人	3 ¹⁸ 至6人（20%至40%） [3名業外人士、 1名由醫管局提名的委員，以及 從一組獲提名人士（由每所開辦認可護理課程 的大專院校提名）中挑選出來的2名成員]
香港助產士管理局	18人	4人（22%） [2名業外人士及2名醫生]
香港中醫藥管理委員會	19人	6 ¹⁹ 至8人（32%至42%） [主席、 2名公職人員、 2名來自香港教育或科研機構的人士，以及 3名業外人士]
香港藥劑業及毒藥管理局	11人	3人（27%） [2名醫生及1名律師]
輔助醫療業管理局	15至18人	6 ²⁰ 至13人（33%至72%） ²¹ [主席、 副主席、 4名公職人員、 4名非公職人員的其他人士以及 分別由中大、港大及理大提名的3名人士]
職業治療師管理委員會 物理治療師管理委員會 醫務化驗師管理委員會 視光師管理委員會 放射技師管理委員會	8至11人	2 ²² 至3人（18%至27%） ²³ [主席、 1名醫生，以及 1名具備專業資格就專業教育 提供意見之人士]
脊醫管理局	10人	5人（50%） [4名業外人士及1名公職人員]

¹⁸ 假如醫管局提名的1名委員和從一組獲提名人士（由每所開辦認可護理課程的大專院校提名）中挑選出來的2名成員並不被視為業外委員，該管理局的業外委員人數會減少3名。根據過往記錄，這些委員通常是註冊護士。

¹⁹ 假如來自香港教育或科研機構的2名人士並不視為業外委員，該委員會的業外委員人數會減少2名。根據過往記錄，這2名委員通常是註冊中醫或與中醫藥範疇有關人士。

²⁰ 假如4名並非公職人員的其他人士及3名分別由中大、港大及理大提名的人士並不視為業外委員，該管理局的業外委員人數會減少7名。根據過往記錄，除理大提名的人士外，這些委員通常是其他醫療專業的註冊人士。

²¹ 在計算業外委員比例時，假設委員總人數為18名。

²² 假如1名具備專門資格就專業教育提供意見的人士並不視為業外委員，該管理局的業外委員人數會減少1名。根據過往記錄，這名委員通常來自教育機構並且為該輔助醫療業的註冊人員。

²³ 在計算業外委員比例時，假設委員總人數為11名。

4.1.3 管理局和委員會的秘書處及法律和財政支援

4.1.3.1 所有管理局和委員會均以公帑資助運作，由衛生署提供秘書處支援服務，並主要由律政司提供法律服務。管理局和委員會的開支，有部分由按照有關法例收取的醫療專業人員註冊費用及收費（包括執業資格試費用）抵銷。

4.1.3.2 在二零一四年，衛生署就醫療專業人員註冊的法定收費（包括執業資格試費用）進行檢討²⁴。上一次調整這些收費是在二零零零年至二零零六年間，有些收費項目於訂立後更從未調整過。衛生署的成本檢討顯示，當時這些項目的收回成本水平由11%至116%不等²⁵。為逐步達到收回全部成本的目標和避免收費飆升，當局建議上調117個項目的收費，增幅由7%至20%不等，餘下一項的收費則下調14%。在調整收費水平後，這些現行法定收費項目的收回成本比率為13%至100%不等。

²⁴ 不包括《藥劑業及毒藥規例》（第138A章）附表9、《藥劑業及毒藥(藥劑業及毒藥上訴審裁處)規例》（第138D章）及《藥劑師(紀律處分程序)規例》（第138E章）中訂明的收費。

²⁵ 醫生執業資格試為其他地區的醫科畢業生提供註冊途徑，讓他們可以向醫委會註冊成為醫生。執業資格試一直由中大和港大舉辦。與上次在二零零六年調整收費時一樣，是次調整收費建議並沒有把兩間大學的開支（包括擬備試題、提供主考人員，以及在醫院環境和病人的參與下測試考生）計入單位成本內。現時的收回成本比率只按醫委會秘書處安排考試所涉及的開支計算。為免收費過高，令有意報考執業資格試的合資格考生卻步，衛生署認為暫時不應改變現行的計算方法。不過，日後當這些考試費用全部調整至差不多全數收回醫委會秘書處所需成本的水平時，當局會再檢討計算的方法。

圖4.6 有關法例所訂收費項目的收回成本比率

	收回成本比率 (2016年前)	收回成本比率 (2016年後)
《醫生註冊（費用）規例》（第161C章）	11% 至 94%	13% 至 100%
《牙醫（註冊及紀律處分程序）規例》（第156A章）	44% 至 84%	50% 至 92%
《牙科輔助人員（牙齒衛生員）規例》（第156B章）	61%	70%
《護士（註冊及紀律處分程序）規例》（第164A章）	33% 至 52%	40% 至 60%
《登記護士（登記及紀律處分程序）規例》（第164B章）	36% 至 52%	43% 至 60%
《助產士註冊（費用）規例》（第162B章）	43% 至 89%	13% 至 98%
《中醫（費用）規例》（第549B章）	11% 至 116%	14% 至 100%
《職業治療師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359B章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《物理治療師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359J章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《醫務化驗師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359A章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《視光師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359F章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《放射技師（註冊及紀律處分程序）規例》（第359H章）	26% 至 84%	31% 至 93%
《脊醫註冊（費用）規例》（第428A章）	34% 至 81%	41% 至 89%

4.1.4 管理局和委員會的職能

4.1.4.1 下列各段載列適用於各個管理局/管理委員會在註冊、訂立標準及紀律事宜方面的共通點－

註冊

4.1.4.2 13個醫療專業的專業人員註冊資格已在有關法例內訂明。各管理局和委員會獲授權決

定申請人是否適合註冊，以及已註冊的專業人員是否適合執業。非本地培訓的醫生、牙醫、中醫、護士、助產士和藥劑師在獲准持正式牌照在港執業前，須先通過由有關管理局或委員會舉辦的執業資格試，而醫生更須先在港完成指明期限的駐院實習評核。至於職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師、放射技師和脊醫，有關管理局和委員會訂明申請人在註冊前必須完成認可課程及/或具備某些關鍵能力。

圖4.7 非本地培訓醫療專業人員的註冊規定



專業水平和能力標準

4.1.4.3 管理局和委員會負責維持有關醫療專業人員的道德標準、執業準則和專業操守。管理局和委員會會制訂專業守則，以及在訂明的情況下可下令把違規人員從專業名冊除名。

4.1.4.4 持續專業進修/持續專業發展在各醫療專業中廣受重視。然而，各個醫療專業的執業要求和法例規定各有不同（見圖4.8），註冊中醫必須符合強制持續進修中醫藥學的規定方可繼續執業，而在專科醫生名冊上的醫生和牙醫也必須符合持續進修的規定。至於非專科的醫

生和牙醫，他們可自願參與分別由醫委會和香港牙醫管理委員會推行的持續醫學進修計劃和持續專業發展計劃，但並非如其專科同業必須接受和完成持續專業進修課程。此外，護士、助產士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師、放射技師和脊醫所屬的管理局或委員會，也推行自願參與的持續專業進修/持續專業發展計劃，有關計劃的內容撮要載於圖4.9。至於牙齒衛生員和藥劑師，其所屬的管理局或委員會沒有推行持續專業進修/持續專業發展計劃。有關本地醫療專業人員持續專業進修持續專業發展的規定概述如下－

圖4.8 本港醫療專業人員的持續專業進修/持續專業發展規定

所有從業員 強制參與	專科人員 強制參與	設有 自願參與計劃	不設 自願參與計劃
<ul style="list-style-type: none">• 註冊中醫師	<ul style="list-style-type: none">• 專科醫生• 專科牙醫	<ul style="list-style-type: none">• 非專科醫生• 非專科牙醫• 護士 (註冊護士和登記護士)• 助產士• 職業治療師• 物理治療師• 醫務化驗師• 視光師• 放射技師• 脊醫	<ul style="list-style-type: none">• 牙齒衛生員• 藥劑師

圖4.9 自願持續專業進修/持續專業發展計劃一覽表

	註冊人數 (截至2016年年底)	持續專業進修/ 持續專業發展計劃	推行日期	截至2016年 年底的情況
醫生 	14 013 (當中6 782名醫生在專科名冊上)	普通科醫生自願延續醫學進修計劃	2001年10月1日	在2016年獲頒發延續醫學教育修業證書的醫生人數：1 091 獲准使用「延續醫學進修證書」名銜的醫生人數：1 268
牙醫 	2 441 (當中260名牙醫在專科名冊上)	自願性質的執業牙醫持續專業發展計劃	2002年7月1日	獲頒發2015年度持續專業發展證書的牙醫人數：575
護士 	註冊護士：39 178 登記護士：13 211	供所有註冊/登記護士自願參與的持續護理教育制度	2006年11月1日	見註1
助產士 	4 540	供所有註冊助產士自願參與的註冊後助產士產科教育先導計劃	2006年11月1日	見註2
職業治療師 	1 911	自願性質的註冊職業治療師持續專業發展計劃	2006年10月1日	2015/16年度符合持續專業發展計劃指定要求的職業治療師人數：101
物理治療師 	2 956	自願性質的註冊物理治療師持續專業發展計劃	2005年7月1日	2015/16年度符合持續專業發展計劃指定要求的物理治療師人數：166
醫務化驗師 	3 443	自願性質的註冊醫務化驗師持續專業發展計劃	2005年1月1日	2015/16年度符合持續專業發展計劃指定要求的醫務化驗師人數：72
視光師 	2 180	自願性質的註冊視光師持續專業發展計劃	2004年11月1日	2015/16年度符合持續專業發展計劃指定要求的視光師人數：138
放射技師 	2 209	自願性質的註冊放射技師持續專業發展計劃	2006年1月1日	符合持續專業發展計劃指定要求的放射技師人數：38
脊醫 	209	自願性質的註冊脊醫持續專業發展計劃	2010年1月1日	符合持續專業發展計劃指定要求的脊醫人數：5

^{註1} 共有123個機構獲香港護士管理局認可籌辦持續護理教育，持續護理教育學分和證書由獲香港護士管理局認可的機構授予計劃/活動參加者。

^{註2} 共有19個機構獲香港助產士管理局認可舉辦助產士註冊後產科教育，助產士註冊後產科教育學分和證書由獲香港助產士管理局認可的機構授予計劃/活動參加者。

紀律事宜

4.1.4.5 各個的管理局和委員會在收到涉及醫療專業人員的投訴或資料後，會按程序把投訴或資料轉交其初步偵訊委員會（偵委會）²⁶或紀律小組進行調查。調查完成後，偵委會或紀律小組可決定駁回投訴，還是把投訴轉交有關的管理局、委員會或研訊委員會展開紀律研訊。研訊完成後，管理局、委員會或研訊委員會可發出紀律制裁命令，最嚴重的紀律處分是把註冊人員從註冊名冊中除名。

4.1.4.6 各管理局和委員會在二零一四年至二零一六年間收到的投訴個案數目，載列於圖4.10。

²⁶ 根據《護士（註冊及紀律處分程序）規例》（第164A章）及《登記護士（登記及紀律處分程序）規例》（第164B章），“Preliminary Investigation Committee”稱作「初步調查小組」。另外，根據《助產士（註冊及紀律處分程序）規例》（第162C章），“Preliminary Investigation Committee”稱作「初步調查委員會」。

圖4.10 投訴個案的數目及處理個案所需的時間

管理局及委員會	註冊人數 (截至2016年年底)	接獲的投訴個案數目			偵委會初步考慮階段及 偵委會/紀律小組階段	研訊 階段	總數
		2014	2015	2016			
醫委會	14 013	624	493	628	36	36	72
香港牙醫管理委員會	2 441	173	126	132	22	122	34
香港護土管理局	52 389	38	25	52	12	6	18
香港助產土管理局	4 540	2	0	0	12	6	18
香港中醫藥管理委員會	9 956	361	186	209	1	8	9
藥劑業及毒藥管理局	2 659	3	0	0	3 ^{註1}	6	9
職業治療師管理委員會	1 911	4	1	2	7	7	14
物理治療師管理委員會	2 956	9	7	10	7	7	14
醫務化驗師管理委員會	3 443	4	4	1	7	7	14
視光師管理委員會	2 180	9	6	12	7	7	14
放射技師管理委員會	2 209	1	2	2	7	7	14
脊醫管理局	209	5	8	9	7	7	14

^{註1}藥劑業及毒藥管理局沒有偵委會。如接獲投訴，會交由管理局考慮。管理局約需3個月以決定是否就有關藥劑師的行為操守進行研訊。

4.1.5 以學會為本的註冊安排

4.1.5.1 目前，本港無須進行法定註冊的醫療專業大部分透過以學會為本的自願註冊安排接受規管。在學會為本的制度下，由專業團體執行註冊，並公開其會員名單，讓公眾在選擇某類醫療服務時作為參考。這些專業團體也可制訂有關的專業守則，用以加強自我規管，並鼓勵會員參與持續專業進修及/或持續專業發展，獲取認可資格，從而提升其專業水平。部分專業團體更會設立質素保證和紀律處分機制，藉以維持會員的專業水平。

4.1.5.2 督導委員會認同以學會為本的自願註冊安排是重要而且有效的。與此同時，督導委員會認為可設立一個更有系統、更具公信力和更可信賴的計劃，以推廣醫療專業的優質服務水平，為有意使用醫療服務的市民提供更多資訊。認可註冊計劃可讓市民和病人識別達到一定水平的醫療專業人員，並在選擇醫療專業人員時掌握更多資料。

4.1.5.3 督導委員會支持政府為本港現時無須進行法定註冊的醫療專業設立認可註冊計劃的措施。這項計劃有助在專業自主的原則下，加強目前以學會為本的註冊安排，確保醫療專業人員的專業水平，以及為市民提供更多資訊，協助他們作出決定。按醫療專業對公共衛生構成的風險水平施加適度的規管符合國際的趨勢。

4.1.5.4 在二零一六年年底，政府推出「認可註冊先導計劃」(先導計劃)。先導計劃按「一個專業、一個專業團體、一份名冊」的原則運作。就每個專業而言，由衛生署委任的認證機構會為每個專業認可一個符合認可標準的專業團體。獲認可的專業團體須負責管理有關專業的名冊。在認可程序完成後，公眾可透過獲認可的醫療專業團體查閱其醫療專業人員名冊。認可有效期為3年，如相關醫療專業團體能持續表現符合先導計劃的標準，方可獲續期。先導計劃涵蓋現時立法會衛生服務界功能界別內15個無須進行法定註冊的醫療專業²⁷。這些醫療專業可按本身的意願和情況，選擇參與先導計劃。

4.2 中大的研究

4.2.1 政府委託中大就本地及其他地區的規管架構進行比較研究，檢視醫療專業人員的註冊、發牌、資歷和專業操守，以及有關訂立及保持專業水平和能力的機制。這個研究涵蓋11個地區，包括英國、澳洲、新加坡、馬來西亞、美國、加拿大、中國內地、台灣、新西蘭、德國和芬蘭。

研究目的

4.2.2 中大研究的目的如下－

- (a)就醫療專業的現行法例、規管和監管架構，檢視香港以外地方的經驗；
- (b)檢討本港維持醫療專業人員專業水平及質素的現行規管架構；以及
- (c)識別本港各類醫療專業現行規管架構中值得注意的範疇，並找出推動醫療專業發展所面對的挑戰，以便日後研究和討論。

²⁷ 包括聽力學家、聽力學技術員、足病診療師/足病治療師、臨床心理學家、牙科手術助理員、牙科技術員/技師、牙科治療師、營養師、配藥員、教育心理學家、製模實驗室技術員、視覺矯正師、義肢矯形師、科學主任(醫務)及言語治療師。

研究方法

4.2.3 中大採用了“4Ps”分析框架，從決策者、服務提供者、專業人員及病人的角度，分析醫療專業的規管。首先就規管醫療專業的最佳做法進行文獻研究，並就其他規管醫療專業的經驗進行資料研究，然後與多個地區及香港

的決策者和規管機構代表會晤。中大又在本港舉行了座談會，邀請研究所涵蓋的醫療專業人員及其他持份者出席，就本港規管理制度的優點及不足之處發表意見，並就未來的機遇和挑戰進行討論。

圖4.11 “4Ps” 分析框架



4.3 研究結果

4.3.1 其他地區的規管架構

4.3.1.1 下文各段概述中大的研究結果，並列舉英國、澳洲和新加坡醫療專業人員的示例加以說明。研究涵蓋的地區內每個專業的概況載於附件4。

4.3.2 非本地培訓醫療專業人員的註冊安排

4.3.2.1 中大的研究指出，很多國家正轉向從外地引入非本地培訓的畢業生，以解決本地醫療人手短缺的問題。各地區聘用外地醫療畢業生的準則都不同，有些地方（例如美國某些州份和台灣）舉辦執業資格試，有些地方（包括英國、德國、芬蘭、加拿大、澳洲、新西蘭、馬來西亞和新加坡）則制訂認可合資格海外院校名單，聘用從該等院校畢業的非本地培訓醫療專業人員。這些畢業生或須接受某些專業評估，才可在醫療機構工作；有些地區還規定畢業生須完成指明期限的培訓，以代替參加執業資格試或實習。

示例：英國非本地培訓醫生的註冊類別

持有歐洲經濟區成員國 或瑞士頒授的資格

捷克共和國
塞浦路斯
保加利亞
克羅地亞
奧地利
比利時
丹麥
西班牙
葡萄牙
瑞典
瑞士
波蘭
愛沙尼亞
匈牙利
愛爾蘭
芬蘭
法國
德國
希臘
冰島
拉脫維亞
意大利
立陶宛
盧森堡
馬耳他
荷蘭
挪威
斯洛伐克共和國
斯洛文尼亞
羅馬尼亞

其他資格

獲認可的基礎醫學資格
世界醫學院名錄/國際醫學教育目錄
(World Directory of Medical Schools/
International Medical Education Directory)
及
知識及技能證明
專業和語言評估委員會考試
(Professional and Linguistic Assessment Board Test)
或 獲認可的保證機構保證
或 獲認可的研究生資格

臨時註冊

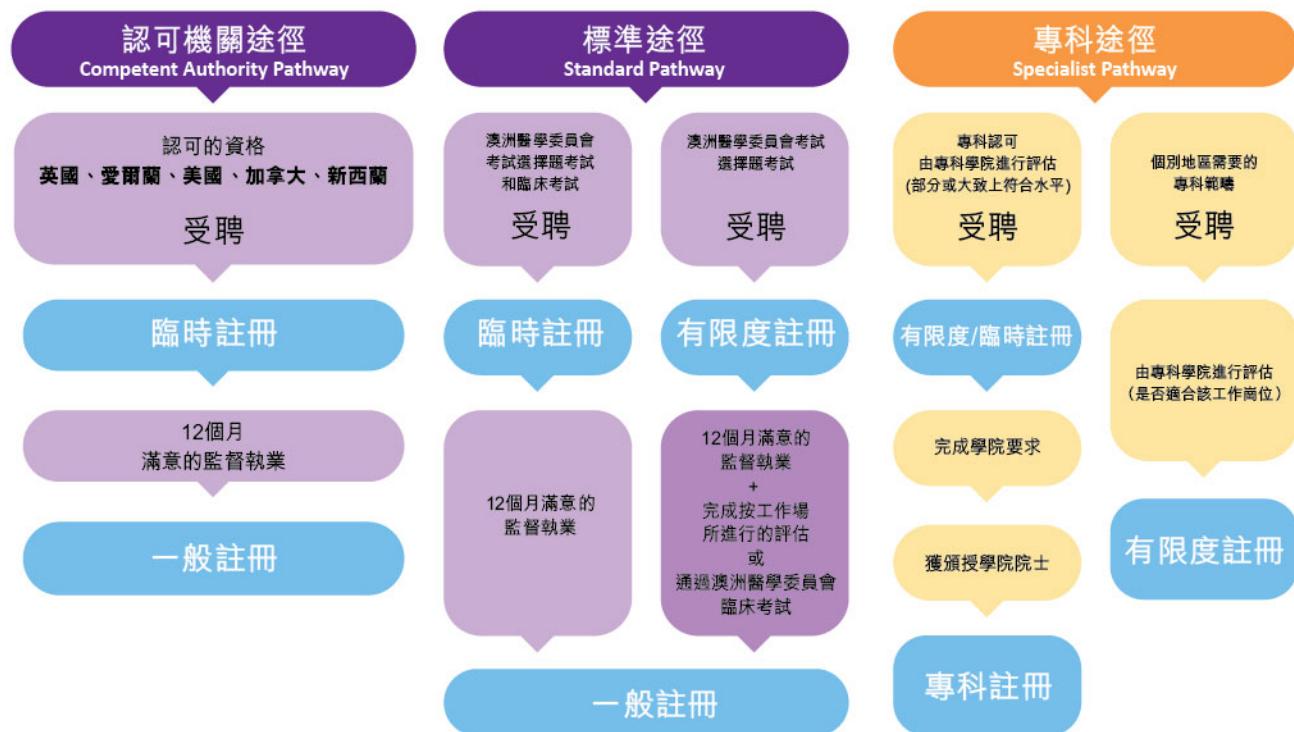
在海外或英國
完成為期12個月認可的實習

正式註冊

正式註冊

-- 執業資格試並非必要條件 --

示例：澳洲非本地培訓醫生的註冊類別



-- 執業資格試並非必要條件 --

示例：新加坡非本地培訓醫生的註冊類別



-- 不設執業資格試 --

4.3.3 規管機構的業外成員比例

4.3.3.1 就規管架構而言，國際的趨勢是朝着更公開和加強問責的方向發展，包括讓更多業外人士參與規管機構。在英國，醫療規管機構有半數成員是業外人士，而在加拿大、澳洲和新

西蘭，業外人士佔醫療規管機構成員人數的三分之一。然而，新加坡和馬來西亞的醫療規管機構受到政府嚴密的監督，不設業外成員。

示例：英國醫療規管機構的組成



示例：澳洲醫療規管機構的組成



示例：新加坡醫療規管機構的組成



4.3.4 持續專業發展

4.3.4.1 醫藥和醫療科技發展一日千里，為確保醫療專業人員保持專業能力，持續專業進修及持續專業發展是不可或缺的。強制醫療專業人員參與持續專業發展以維持他們的專業水平，

是國際慣常做法。有些地區(例如美國、英國、加拿大和新西蘭)更進一步制訂措施，例如重新評審和重新考核，以協助醫療專業人員維持其專業能力。

示例：英國的重新評審和資格審查

重新評審

- 在英國，所有持牌醫生須進行“重新評審”，定期證明自己在相關領域掌握最新的醫學知識和技術，並適宜執業，能為病人提供良好治療。目的是確保醫生的執業資格定期獲其僱主及英國醫學總會評審，使病人對醫生更有信心。
- 重新評審由二零一二年十二月三日起實施，持牌醫生均須接受重新評審，通常每五年一次。
- 英國醫學總會根據評核人員的評估，重新評審持牌醫生的執業資格。評核人員通常是有關機構的醫務總監或其副手，評核結果大致分為三類：
 - 確認有關醫生掌握最新知識技術並適宜執業，建議讓其通過重新評審；
 - 提出需要更多資料作出評核，並要求延後作出決定(原因可能是未有足夠證據證明有關醫生適宜執業，或該醫生正涉及一項當地的程序)；或
 - 建議不讓有關醫生通過重新評審(原因是該醫生未能通過任何當地的機制或程序(例如工作評核)，足以支持其重新評審申請)。
- 在二零一二年十二月三日至二零一六年十一月三十日期間，英國醫學總會吊銷了3 413個沒有參與重新評審的醫生的牌照。

資格審查

- 英國醫學總會正研究訂立一套新的資格審查程序，就醫生(尤其是現時沒有接受專科培訓的醫生)的能力作出認可。訂立新架構的主要目的，是要為病人提供保障，確保未來的醫療發展安全有效。
- 資格審查旨在透過下述措施，加強對醫療人員的規管和對病人的保障：
 - 就有限度規管或不受規管的範疇訂立一套標準和資格認可制度；
 - 為病人提供有關醫生的專業能力和專科範疇的資料；
 - 就醫生的能力作出認可，向公眾、服務提供者、官員和僱主確保獲認可的醫生在其專科範疇達到英國所訂標準，並會維持所需水平；以及
 - 改進醫生能力資格認可制度，以配合更靈活的人手調配，加強專業人員的流動性，以及支援醫科研究生教育及培訓 (Shape of Training) 檢討所建議的醫科研究生培訓新框架。

示例：澳洲的持續專業發展和重新評審

持續專業發展和重新評審

- 所有註冊醫生(非執業註冊醫生除外)必須定期參加與其執業範圍有關的持續專業發展。
- 所有醫生提出註冊續期申請時，必須作出聲明，表明他們已達到有關標準，並已完成所需的持續專業發展。
- 澳洲醫學委員會正考慮如何透過重新評審，確保執業醫生維持及提升其專業能力和知識，並適宜繼續執業。澳洲醫學委員會正尋求專家的建議，並聽取有關專業人員和社會人士的意見，以務實、有效及切合澳洲醫療環境的方法進行重新評審。

示例：新加坡的延續醫學進修

強制延續醫學進修規定

- 自二零零五年一月一日起，所有正式註冊及有條件註冊醫生，必須符合其延續醫學進修資格期內的強制延續醫學進修規定，其執業證明書方可獲得續期。

4.3.5 紀律處分機制

4.3.5.1 在某些地區(例如英國和澳洲)，規管機構的調查和紀律處分職能是分開和各自獨立運作的，這樣有助在查處專業表現欠佳個案時減少出現利益衝突的情況，令規管理制度更加公正，從而加強公眾問責性。

示例：英國的投訴調查和紀律研訊機制

英國醫學總會和醫療審裁處

英國醫學總會

- 就有關醫生的個案進行調查並採取行動，把須進行研訊的個案轉介醫療審裁處

醫療審裁處

- 執行紀律處分職能
- 管理 –
 - ▶ 醫療審裁處聆訊
 - ▶ 臨時命令審裁處聆訊
(為保護公眾，如有需要，可在調查進行期間暫停或限制有關醫生執業)
- 向英國醫學總會負責，但決策及獨立於英國醫學總會
- 每年向國會報告

示例：澳洲的投訴調查和紀律研訊機制

澳洲醫療執業者管理局、澳洲醫學委員會、審裁處

澳洲醫療執業者管理局

- 澳洲醫療執業者管理局(AHPRA)代表國家委員會(澳洲醫學委員會)接獲有關醫生的投訴
- 澳洲醫學委員會任命調查員(透過AHPRA)對投訴進行調查

澳洲醫學委員會

- 澳洲醫學委員會可根據調查結果進行聆訊，並把嚴重個案提交審裁處審理

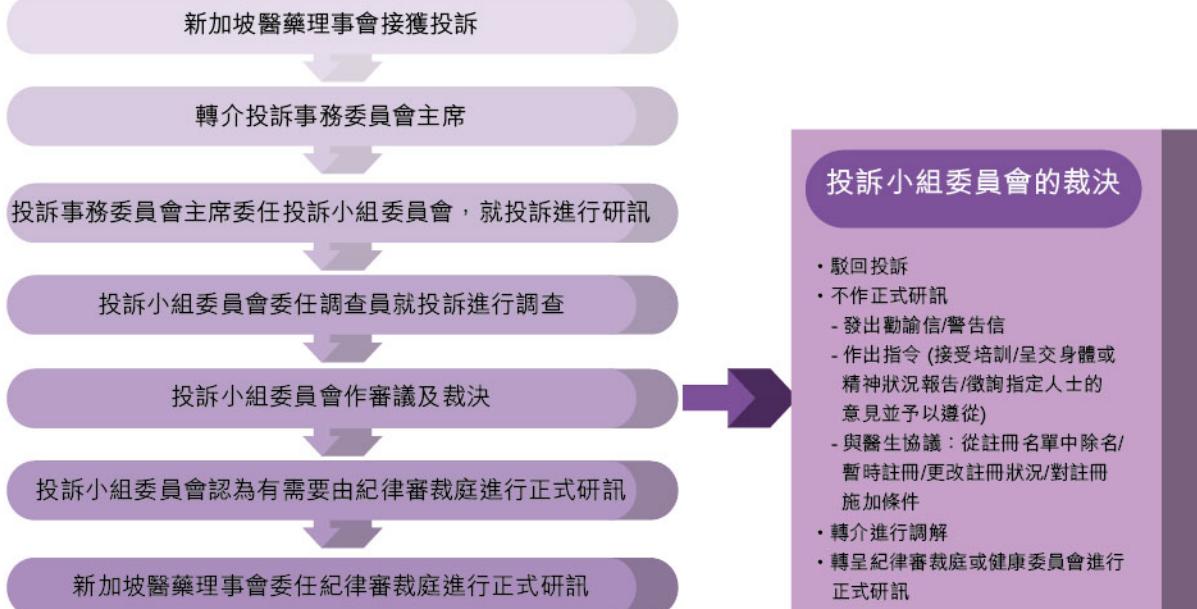
審裁處

- 各省及領地都設有審裁處，醫學委員會須把個案轉介往所涉行為發生地點所屬的省或領地的審裁處審理

省/領地	審裁處
新南威爾斯	民事及行政審裁處
澳洲首都地區	民事及行政審裁處
北部地區	民事及行政審裁處
昆士蘭	民事及行政審裁處
南澳洲	醫療執業者審裁處
塔斯曼尼亞	醫療執業者審裁處
維多利亞	民事及行政審裁處
西澳洲	國家行政審裁處

示例：新加坡的投訴調查和紀律研訊機制

新加坡醫藥理事會及其投訴處理和紀律研訊機制



新加坡醫藥理事會及其投訴處理和紀律研訊機制

投訴事務委員會

組成

- > 10 名新加坡醫藥理事會成員
- > 10 名至 ≤ 100 名年資不少於10年的醫生
- > 6 名至 ≤ 50 名業外人士，由部長指定
- 主席及副主席為新加坡醫藥理事會成員

投訴委員會 (由投訴事務委員會主席委任)

組成

- 3 名成員 (來自投訴事務委員會)
- 1 名主席：屬新加坡醫藥理事會成員的事務委員會委員
- 1 名成員：屬醫生的事務委員會委員
- 1 名成員：屬業外人士的事務委員會委員

紀律審裁處 (由新加坡醫藥理事會委任)

組成

- 主席 (由部長委任的事務委員會委員)，而他/她屬一
 - 具備 ≥ 20 年經驗的醫生；或
 - 最高法院法官/司法專員；或
 - 具備 ≥ 15 年經驗的訟務律師/事務律師；或
 - 新加坡法律人員
- 2 名屬醫生的事務委員會委員
- 1 名屬業外人士的觀察員/1名並非醫生的主席候選人為委員 (如審裁處主席為醫生)

4.3.6 經費來源

4.3.6.1 在研究所涵蓋的某些地區(例如英國、美國、加拿大、澳洲和新西蘭)，規管機構按自負盈虧的方式運作，經費來自專業人員繳交的費用。其他則由政府資助。

4.3.7 規管架構改革

4.3.7.1 中大的研究結果顯示，多個地區正進行規管架構改革，目的是使病人權益得到更佳保障，確保病人安全和改善醫療服務的質素。

改革往往持續進行，並受到下列因素影響：

- 公眾對參與醫療事務和管治的期望逐漸改變；
- 公眾希望提高透明度；以及
- 因發生事故而引發加強問責性的訴求。

4.3.7.2 在改革規管架構的過程中，修改法例是重要一環。舉例來說，澳洲採用總體法律框架的方式，確保對不同的醫療專業實行一致的規管，並成立如澳洲醫療執業者管理局等統一的規管機構，讓不同專業建立共通的價值觀和運作程序。

澳洲醫療執業者管理局

- 受Health Practitioner Regulation National Law 所規管，該法規於每個州和領地均屬有效
- 在國家註冊和認證計劃 (National Registration and Accreditation Scheme) 下，14個醫療專業須接受同一法例規管
- 向14個負責規管醫療專業的管理委員會(National Boards)提供支援
- 各管理委員會分別與澳洲醫療執業者管理局(AHPRA)簽訂專業協議，其中列出了醫療專業人員應付費用，各管理委員會的年度預算和AHPRA應提供的服務



4.3.7.3 研究所涵蓋的地區採用不同的規管模式，包括自我規管、業界與公眾共同規管，以及政府高度監察的規管。在亞洲的地區，如新加坡、馬來西亞、中國內地和台灣，政府的監察相對較嚴密，而在部分西方的地區，如英國、澳洲和新西蘭，則由規管機構在規管醫療

專業方面擔當較重要的角色。觀察所得，醫療專業的規管正從自我規管以保護業界利益，逐漸過渡到與公眾共同規管以加強保障公眾的利益。此外，各地區也設法加強對規管機構的監察。有關香港與海外地區在規管架構方面的比較，請參閱 [附件4](#)。

圖4.12 醫療專業的規管

	香港	國際趨勢
非本地培訓醫療專業人員的註冊安排	非本地培訓的醫療專業人員須通過執業資格試(視屬何情況而定)，醫生還須符合駐院實習要求	制訂合資格海外院校的認可清單
規管機構的業外委員人數	規管機構的業外成員比例偏低	規管機構的業外成員比例持續增加
維持專業能力的機制	自願參與持續專業進修/持續專業發展(中醫、專科醫生和專科牙醫的情況則屬例外)	大部分專業人員須強制參與持續專業進修/持續專業發展；部分地區實施重新評審/重新考核安排，作為額外保障措施
投訴調查和紀律研訊機制	調查和紀律處分的職能由規管機構執行	調查和紀律處分的職能並非由規管機構負責
經費來源	由政府資助	由專業人員自行承擔

4.4 個別專業的關注事項

4.4.1 中大進行的研究，特別是醫療專業人員參與的強弱危機綜合分析，指出多與個別專業的規管和發展有關的情況及關注事項。現時醫療專業人員（尤以護士、中醫、藥劑師和其他專職醫療人員為然）要求作出改變，冀能加強

其職能及更有效地發揮其所長，以促進其專業的發展。部分醫療專業人員正積極發展自願參與和以行政方式推行的專科教育和認可註冊制度，期望最終能在專科訓練、資歷認可和專科工作方面確立一套完備的制度。各專業的情況和意見撮錄於下文。



有迫切需要改善醫委會的投訴處理和紀律研訊機制

- 幾乎所有意見都一致強烈要求改善投訴調查和紀律研訊機制，使投訴個案得以在合理的時間內審結
- 明確要求增加醫委會的業外委員人數
- 在審議和辯論《2016年醫生註冊（修訂）條例草案》期間，各方對醫委會的組成建議持強烈而且不同的意見。因此應鼓勵更多持份者參與討論，促進溝通和了解，祈能藉此收窄各方的分歧
- 在醫委會機制以外處理的醫療糾紛，多年來是透過調解機制來解決。探討把調解機制引入為醫委會投訴調查和紀律研訊機制的一部分

專科醫生的人力推算

- 建議按不同專科為醫生進行人力推算，以作更好的人力規劃



非本地培訓牙醫

- 在本港為牙醫訂立一套類似醫生所採用的有限度註冊機制，讓按照訂明條件從事教學、研究及醫院工作的合資格非本地培訓人員以牙醫身分在港執業 並在實施有限度註冊後廢除“當作為註冊”的安排
- 為受聘/應邀來港從事臨床教學、研究或學術交流的牙醫引入臨時註冊安排²⁸

專科培訓

- 確保持續為本港牙醫提供具質素的專科培訓，讓牙科專業具備專科能力提供專業的牙醫醫療服務

專科牙醫的人力推算

- 建議按不同專科為牙醫進行人力推算，以作更好的人力規劃

²⁸ 《牙醫註冊條例》(第156章)訂明，從海外受聘在港大牙醫學院從事教學和醫院工作的牙醫有“當作為註冊”的安排。根據《牙醫註冊條例》採取的紀律處分行動，不適用於這些牙醫。



牙齒衛生員

檢討有關規例

- 修訂規管牙齒衛生員的法例²⁹，以達到多項目的，包括訂立牙齒衛生員的法定註冊制度及法定紀律處分框架，以維持牙齒衛生員的專業操守，保障病人利益

牙齒衛生員的角色

- 檢討牙齒衛生員的工作範疇
- 探討加強牙齒衛生員職能的可能性

規管其他牙科輔助人員

- 有意見認為，應規管《牙醫註冊條例》(第156章)下的其他牙科輔助人員，包括牙科治療師及牙科手術助理員



護士

在香港護士管理局引入經選舉產生的成員

- 有意見強烈主張盡快在香港護士管理局增設選任成員，以符合《1997年護士註冊(修訂)條例》的規定

護士工作的專科發展

- 認同護士進行高級護理工作及提升其臨床專科護理質素，在改革醫療體制上擔當十分重要的角色。護士專科化是護理行業邁向專業發展的重要里程碑。香港護理專科學院於二零一一年成立，致力提供有系統的護理培訓，並促進專科護士和高級護理的專業發展。政府已成立一個具護理專業人員廣泛參與的專責小組，研究有關護士工作專科化的重要事宜，以期定出未來路向，長遠為護士工作專科化訂立法律框架

²⁹ 《牙科輔助人員(牙齒衛生員)規例》(為《牙醫註冊條例》(第156章)的附屬法例)，授權香港牙醫管理委員會為牙齒衛生員登記並予以規管。該委員會備存已登記的牙齒衛生員名冊。



中醫

非本地培訓中醫

- 有意見認為港人在內地修讀中醫課程的趨勢對中醫未來人手供應構成影響
- 有意見認為應審慎檢討執業資格試的嚴謹度和合適性，以及非本地培訓中醫是否須在本地實習（現時沒有此規定），以確保非本地培訓中醫的質素和水平

發展專科執業和專科註冊

- 為中醫設立法定的專科註冊制度和專科資格審查。中醫中藥發展委員會在二零一三年二月成立，以探討中醫藥的四大範疇，分別為中醫服務發展、人才培訓及專業發展、科研發展和中藥業的發展（包括中藥檢測）。為配合中醫院的發展及提升中醫服務的水平，政府與中醫中藥發展委員會已着手探討中醫專科發展的未來路向。中醫中藥發展委員會轄下成立了中醫業小組委員會，就這議題進行研究，並會與業界保持溝通，適時向政府提出建議

把中醫與中藥分開規管

- 現時，中醫與中藥受同一法例規管。有意見認為，中醫作為一個專業，應受另一項法例獨立規管

中醫的角色和職能

- 在研究如何加強中西醫協作時，應顧及各方意見，包括中醫應獲賦權指示病人接受一般造影及化驗檢查(例如X光檢查)，以及把病人直接轉介給專職醫療人員跟進



藥劑師

引入非本地培訓藥劑師

- 有意見認為應審慎檢討執業資格試的嚴謹度和合適性，以及非本地培訓藥劑師是否須在本地實習(現時沒有此規定)

藥劑師的規管

- 對成立獨立的規管機構有不同意見
 - 藥劑師的規管方式應與其他醫療專業人員(例如醫生、牙醫和護士)的法定安排看齊，長遠應以設立獨立的藥劑師管理局為目標，而非如現時的做法，把藥劑師和藥劑業界、藥物與毒藥歸入同一法定架構下規管。成立獨立的規管機構，對建立藥劑師的專業形象及鼓勵市民使用藥劑服務有正面作用
 - 無必要設立藥劑師管理局，因為香港藥劑業及毒藥管理局已能有效規管這個專業，而且除了設立獨立的規管機構外，還有許多其他措施可加強藥劑師的角色及貢獻
 - 有些在中小企工作的社區藥劑師擔心，如設立獨立的規管機構，他們的利益未必可獲充分保障

把藥劑師及藥物分開規管

- 現時，藥劑師與藥物受同一法例規管。有意見認為，藥劑師作為一個專業，應受另一項法例獨立規管

加強藥劑師的角色

- 鑑於本港藥劑師的人手供應有所增加，參考外地的經驗，藥劑師應在醫療服務(特別是醫管局所提供的醫療服務)擔當更重要的角色。舉例來說，應把臨床藥劑師逐步納入臨床護理團隊，讓他們在不同臨床範疇(例如醫管局的腫瘤科、兒科及慢性疾病治理工作)就病人護理方面提供臨床服務。此外，醫管局也可調派更多藥劑師為獲處方長期藥物的高風險病人提供藥物意見，以加強補充藥物服務。此舉可提高病人的用藥安全和減少浪費藥物

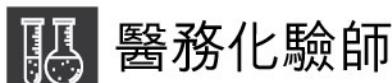
專職醫療人員



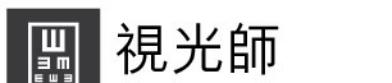
職業治療師



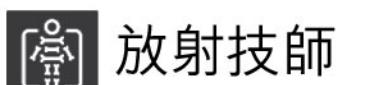
物理治療師



醫務化驗師



視光師



放射技師



脊醫

要求提供本地培訓課程及公營服務

- 有意見認為應在本港提供脊醫培訓課程
- 有意見認為醫管局應推行脊醫服務

實行統一註冊考試

- 有意見認為應實行統一註冊考試

輔助醫療業管理局及其管理委員會的職能

- 有意見認為，應檢討輔助醫療業管理局及其法定管理委員會的架構。該局及其委員會目前負責規管五個專業，包括職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、放射技師和視光師
- 設立法定規管機構並無最佳模式，不同模式各具優點

輔助醫療業管理局及其法定管理委員會的組成

- 有意見認為管理委員會的主席應由所屬專職醫療人員出任³⁰

非本地培訓的專職醫療人員

- 有意見認為應檢討現行的評核制度³¹，並探討可否實行統一註冊考試，以評核應考者是否符合註冊資格

加強在基層醫療服務中擔當的角色

- 加強這五個專業在提供基層醫療服務方面的角色，包括加強在服務模式中的跨專業合作元素
- 有意見認為醫務化驗師的註冊應分科別/專科

³⁰ 目前，輔助醫療業管理局及其轄下五個管理委員會的主席一職，並非由相關專業人員出任。

³¹ 目前，輔助醫療業管理局轄下各管理委員會均因應個別專業的情況，就非本地培訓醫療專業人員訂立註冊規定。

第五章

強化醫療人員團隊－建議和落實建議



5.1 主要觀察－醫療人力

5.1.1 隨著本港人口老化，醫療服務的需求隨之增加。科技進步，加上市民對醫療服務的期望日漸提高，更令持續上升的醫療服務需求百上加斤。本港的確需要更多醫療專業人員去應付這些挑戰。可是，醫療專業人員的培訓不但成本高昂，而且需時多年，而醫療服務的需求卻時有波動(尤其是私營醫療服務)，無論推算模

型如何精確，也無法完全準確地反映有關影響。

5.1.2 在雙軌並行的醫療系統下，私營醫療界別發展蓬勃，私人執業的醫療專業人員可增加其服務能力，或多或少應付中短期服務需求的變動。醫療技術創新也會令整體或某類醫療專業人員的人力需求改變。

圖5.1 影響人力推算的因素



5.1.3 鑑於人力供求情況複雜多變，督導委員會認為，應以審慎和循序漸進的方式，妥善規劃醫療人手的供應。

5.1.4 醫療服務的供應取決於醫療專業的人手供應。假如人手短缺的情況可能會持續一段長時間，則須在長遠措施見效之前，確保公營醫療界別有穩定的人手供應為市民提供服務。

5.1.5 如預期個別專業人手充足，亦不一定需要調整供應，反而可藉此機會計劃改善及/或擴展服務。如各醫療專業的人手供應得以紓緩，公營醫療系統和社福界別會有更大空間和靈活性規劃服務及推行嶄新或改良的服務模式，以應付人口老化為社會帶來的需要和挑戰。

圖5.2 人力差距的詮釋

應以審慎和循序漸進的方式妥善規劃醫療人手的供應



滿足醫療人力需求的措施

5.1.6 鑑於人口增長及老化，醫療服務不斷增加。可是，醫療人手短缺，無法應付服務需求。

過去十年持續增加培訓學額

5.1.7 政府已自二零零九/一零的三年規劃期起增加醫生、護士、藥劑師和專職醫療人員的教資會資助培訓學額。詳情如下－

圖5.3 教資會資助的第一年學士學位課程學額

醫療專業	2005 / 06 - 2008 / 09	2009 / 10 - 2011 / 12	2012 / 13 - 2015 / 16	2016 / 17 - 2018 / 19
醫生	250	320	420	470
牙醫	50	53	53	73
註冊護士(普通科)	兩科合共 518 - 550	560	560	560
註冊護士(精神科)		30	70	70
註冊中醫	79	79	79	79
藥劑師	30	50	80	90
職業治療師	40	46	90	100
物理治療師	60	70	110	130
醫務化驗師	35	32	44	54
視光師	35	35	34	40
放射技師	35	48	98	110

5.1.8 增加教資會資助培訓學額有助增加醫療專業人手的供應，從而滿足部分人手需求。以藥劑師為例，我們以往依靠非本地培訓人員滿足本港藥劑師的人手需求，但增加教資會資助培訓學額後令藥劑師的人手需求得以紓緩。其他專業(包括醫生、牙醫、護士、職業治療師、

物理治療師、醫務化驗師、視光師和放射技師)由於人手供應未能追上需求的增長，因此正面對人手短缺。至於中醫，由於表列中醫和註冊中醫的人手供應穩定，教資會資助培訓學額在過去十年也維持穩定的數目。

5.1.9 由於培訓醫療專業人員並非朝夕之事，加上教資會資助的高等院校受基礎設施所限，難以在中短期內增加培訓能力，因此，單靠增

加公帑資助的培訓學額，並不足以解決現時各個醫療專業的人手不足問題。

圖5.4 醫療專業的培訓周期

醫療專業	學習年期 (註冊前的實習年期)
醫生 ³²	6(1)
牙醫 ³²	6
牙齒衛生員	2
註冊護士	5
登記護士	2
註冊中醫	6
藥劑師	4(1)
職業治療師	4
物理治療師	4
醫務化驗師	4
視光師	5
放射技師	4

自資界別

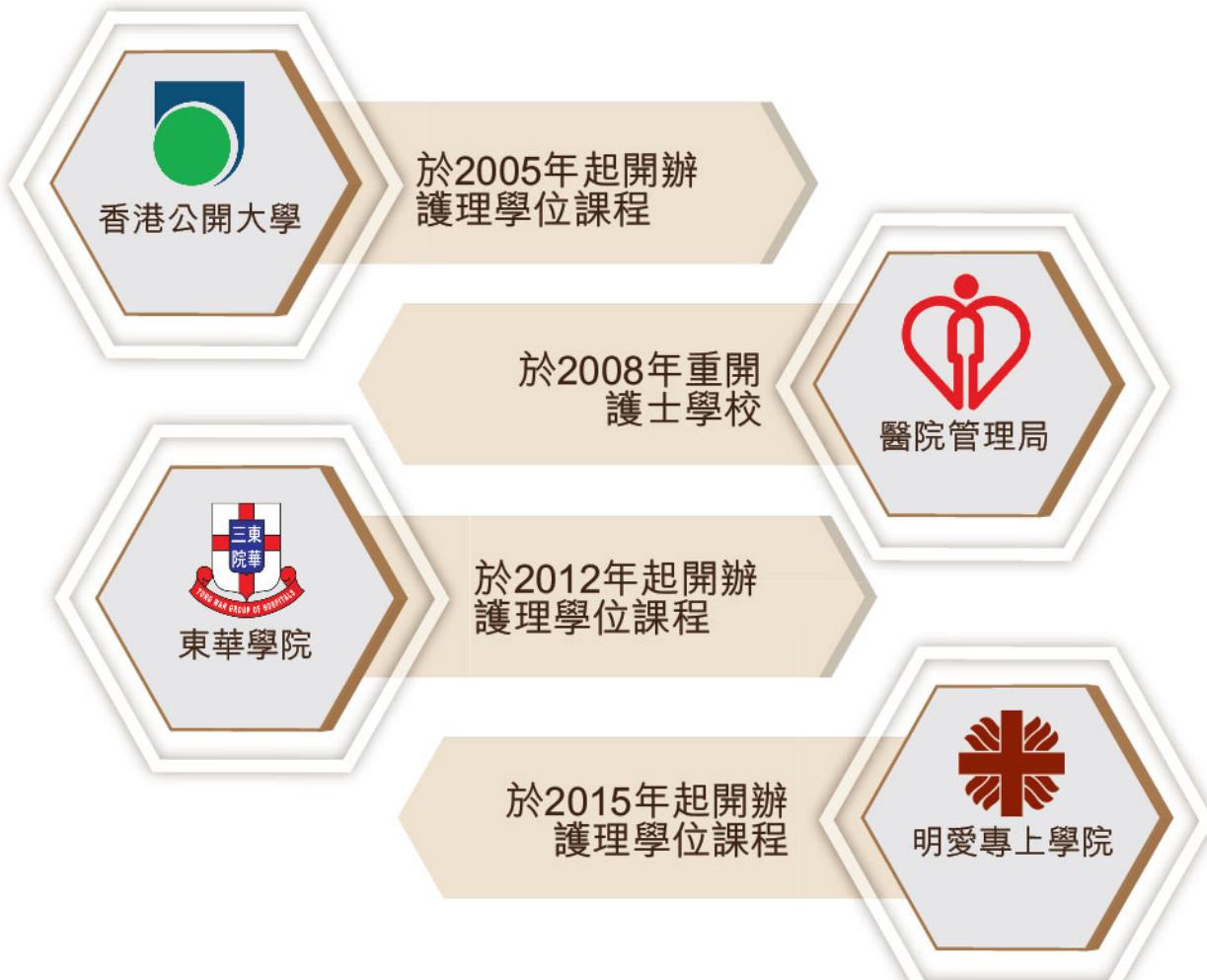
5.1.10 為應付人手短缺的問題，近年自資界別的角色愈趨重要。

5.1.11 舉例來說，自資界別提供的護理培訓學額已大幅增加，包括—

- (a) 香港公開大學在二零零五年開辦護理學位課程；
- (b) 醫管局在二零零八年重開其護士學校；
- (c) 東華學院在二零一二年開辦護理學位課程；以及
- (d) 明愛專上學院在二零一五年開辦護理學位課程。

³² 至少需要六年才能獲得專科資格。

圖5.5 護理自資培訓學額的增加

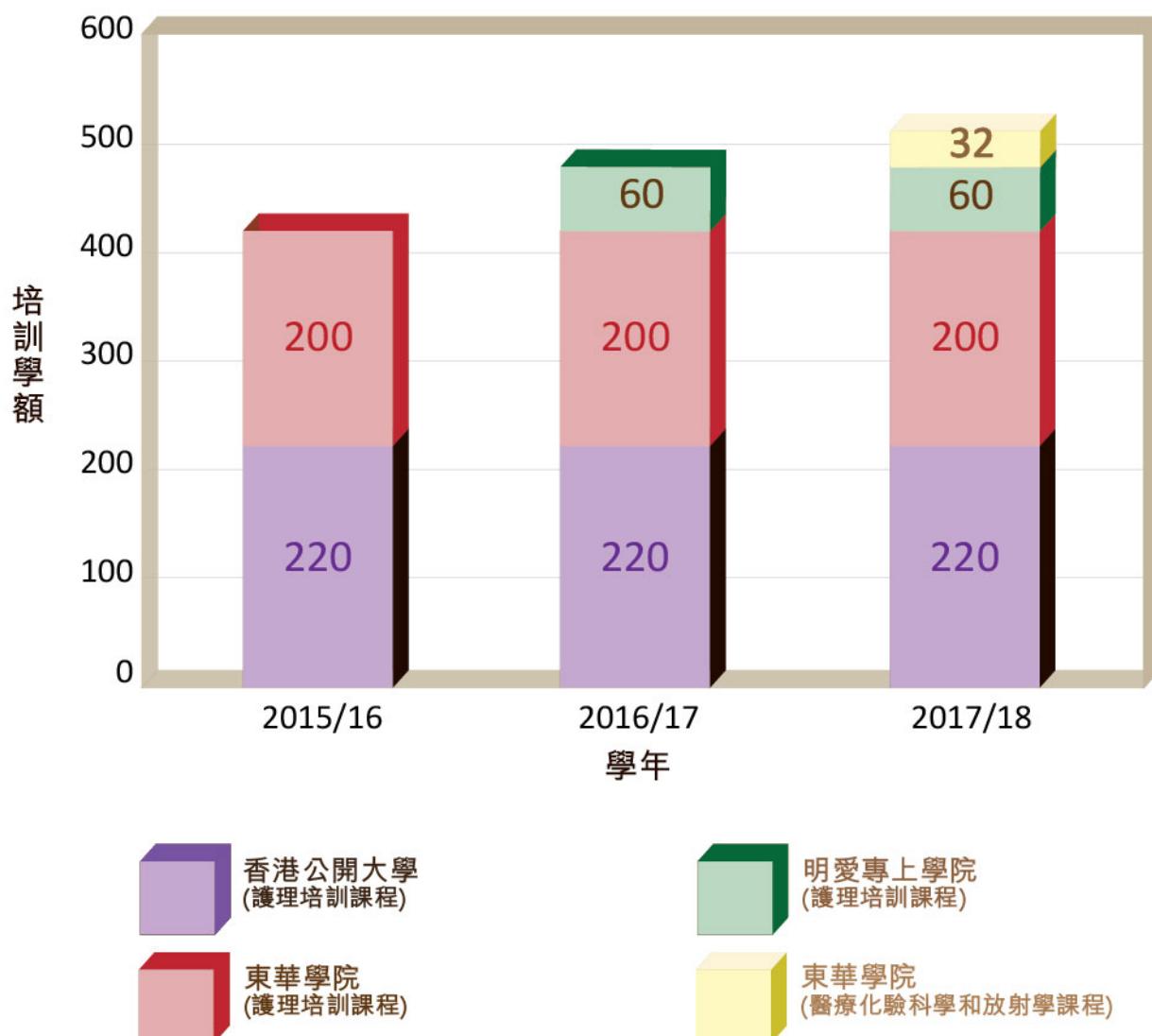


5.1.12 在二零一五/一六學年，指定專業/界別課程資助計劃³³資助了420個護理培訓學額，在二零一六/一七和二零一七/一八學年進一步增至480個。該計劃運用自資界別的人手供應來紓緩市場上護士人手短缺的問題。

5.1.13 自資界別也開始開辦部分專職醫療(例如職業治療、醫療化驗科學和放射治療學)課程。在二零一七/一八學年，指定專業/界別課程資助計劃額外資助32個由東華學院開辦的醫療化驗科學和放射治療學課程學額。自資界別不斷發展，與公帑資助院校互相配合提供本地醫療人員培訓課程，這趨勢日趨普遍和成熟。

³³ 指定專業/界別課程資助計劃為先導計劃，會試行三屆(即二零一五/一六學年至二零一七/一八學年)。每屆資助約1 000名學生修讀選定範疇的指定全日制經本地評審自資學士學位課程。

圖5.6 指定專業/界別課程資助計劃下獲資助的醫療課程學額



5.1.14 人手需求主要來自私營界別的專業，其人手需求較易受經濟周期變動影響。督導委員會認為，維持醫療專業人員供應穩定的最有效方法，是以教資會資助學額和自資學額的適當

配合，從而維持穩定的本地培訓畢業生人數。我們應以本地培訓畢業生作為醫療人手的主要來源，有需要時可透過既定機制以合資格的非本地培訓畢業生短期補充人手。

5.2 建議措施 - 醫療人力

建議1

本地來源－公帑資助的醫療培訓

政府應考慮為中長期仍面對人手短缺的醫療專業增加教資會資助的培訓學額。

5.2.1 督導委員會認為，本地培訓的醫療專業應繼續為本港醫療人手的基石。為應付與日俱增的醫療服務需求，督導委員會建議政府應考慮為中長期仍面對人手短缺問題的醫療專業增加教資會資助的培訓學額。

建議2

本地資源—自資的醫療培訓

政府應善用自資界別提供培訓，以協助應付部分對醫療專業日益增加的人手需求(特別是護士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師及放射技師)，並在基礎設施和資金方面提供所需支援。

政府應適當地透過指定專業/界別課程資助計劃，繼續為修讀面對人手短缺的醫療專科(特別是專職醫療學科)的學生提供資助，以支持自資高等教育界別健康持續發展，並配合教資會資助界別，提供更廣和更多元化的學習機會。

5.2.2 目前，全港有兩間醫學院(即港大和中大)、一間牙醫學院(即港大)，以及一間教資會資助提供專職醫療人員培訓的大學(即理大)。教資會資助學額成本高昂，規劃期一般較長。受基礎設施所限，這些院校難以在中短期大量增加培訓。

5.2.3 高等院校透過開辦更多及更廣的自資訓練課程，能協助應付本港部分醫療人手的需求。督導委員會留意到，公開大學、東華學院、理大、明愛專上學院和港大專業進修學院都正朝這個方向發展。

5.2.4 督導委員會建議政府應善用自資界別提供培訓，以協助應付部分對醫療專業日益增加的人手需求(特別是護士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師及放射技師)，並提供基礎設施和資金方面所需支援。

5.2.5 開辦自資的護理和專職醫療人員課程，有助更靈活地應付市場的需求。這些課程的畢業生可能會更積極投身不同界別，例如在一向有招聘困難的社福機構工作。護理專業是首個自資培訓界別蓬勃發展的醫療專業。護理培訓的經驗顯示，自資界別的積極參與，有助於在合理時間內有效解決護士人手短缺的問題。

5.2.6 為培育人才以應付社會和經濟需要，政府已決定由二零一八/一九學年起，把指定專業/界別課程資助計劃定為恆常措施，以資助學生修讀指定的自資學士學位課程。每年的資助學額會由約 1 000 個增至 3 000 個。目前修讀指定課程的學生由二零一八/一九學年起也會獲得資助，預計每學年約有 13 000 名學生受惠。

5.2.7 督導委員會建議，政府應繼續為修讀面對人手短缺的醫療專科(特別是專職醫療學科)的學生提供資助，以支持自資高等教育界別健康持續發展，並配合教資會資助界別，提供更廣和更多元化的學習機會。

建議3 公營界別的醫療人手

醫管局應盡力挽留現有的醫療專業人員，並吸引退休醫生及其他醫療專業人員在退休後繼續在公營界別服務。

醫管局應更積極地透過有限度註冊聘請非本地培訓的醫生。

挽留醫生在醫管局工作

5.2.8 為解決中短期的人手短缺問題，督導委員會建議醫管局採取更積極的措施，吸引及挽留現有的醫療專業人員(包括醫生)在公營界別服務，有助紓緩醫管局醫生人手短缺的情況。

透過有限度註冊方式聘請非本地培訓醫生

5.2.9 為紓緩人手短缺的問題，醫管局應繼續透過有限度註冊聘請非本地培訓醫生來港執業。督導委員會留意到政府已向立法會提交修訂條例草案修訂《醫生註冊條例》，讓有限度註冊的有效期及續期有效期由不多於一年延長至不多於三年。若條例草案獲得通過，將有助醫管局透過有限度註冊聘請更多非本地培訓醫生，在短期內紓緩其醫生人手短缺的問題。

5.2.10 督導委員會認為，雖然應採取措施協助非本地培訓醫生來港執業，但對這些醫生的質素和能力水平要求絕對不存在任何妥協。醫委會應繼續秉持醫生的專業水準，以保障本港病人的安全和利益。

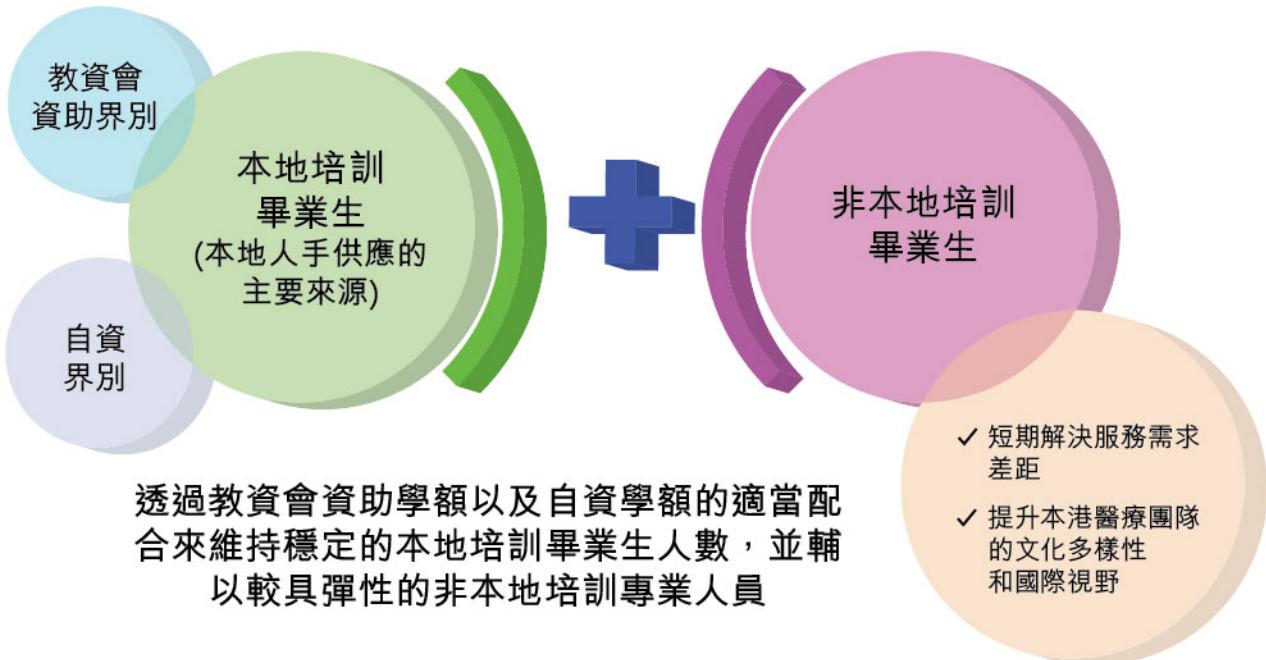
建議4 非本地培訓的醫療專業人員

在維持專業水平的前提下，管理局及委員會應考慮適度調整現行的安排，包括但不限於有關執業資格試、實習和有限度註冊(如適用)的安排。

政府應積極加強在海外推廣及宣傳有關註冊安排，並主動推行針對性的招聘計劃，吸引非本地培訓的醫療專業人員(特別是香港居民和與香港有深厚關係的人士)來港執業。

5.2.11 雖然本地培訓的醫療專業人員應為醫療人手的主要來源，有需要時應可透過既定機制以合資格的非本地培訓人員短期補充人手。

圖 5.7 本港的醫療人手供應來源



5.2.12 非本地培訓的醫療專業人員可透過不同途徑來港執業。就透過應考執業資格試獲得正式註冊的醫療專業而言，督導委員會注意到，

醫委會、香港牙醫管理委員會和香港護士管理局已增加了執業資格試的次數，並適當地提高了實習安排的靈活性。

圖 5.8 為協助非本地培訓的醫療專業人員來港執業的措施



在保持專業水平和質素的前提下，進一步推出措施，
協助非本地培訓的醫療專業人員來港執業

5.2.13 至於專職醫療專業，一般而言，非本地培訓的專職醫療人員只須擁有認可資格便可獲正式註冊，無須通過執業資格試。由於相關的執業資格試通常只吸引少數人士應考，因此無需增加執業資格試的舉行次數。

5.2.14 不過，就本地人手供應短缺的專業，督導委員會建議政府應積極加強在海外推廣及宣傳有關註冊安排，並主動推行針對性的招聘計劃，吸引非本地培訓的醫療專業人員(特別是香港居民和與香港有深厚關係的人士)來港執業。舉例來說，政府曾在二零一六年十一月率團訪英以招募當地的醫療專業人員(尤其是職業治療師和物理治療師)來港工作。政府應透過駐海外經濟貿易辦事處，加大力度吸引非本地培訓的醫療專業人員來港執業。

5.2.15 就藥劑師和脊醫而言，非本地培訓的醫療專業人員亦是本港人手供應的另一重要來源。至於中醫，香港學生在內地修讀中醫課程的趨勢，有需要倍加留意，並密切監察這趨勢對本港未來整體中醫人手供應的影響。

建議5

醫療人力規劃和推算

政府應配合教資會的三年規劃期，每三年進行一次醫療專業人員人力規劃和推算工作。

5.2.16 現時的人力推算工作和港大設計的人力推算模型，為政府奠定了穩固的基礎定期進行醫療人力規劃。為繼續監察醫療專業人員的人手情況，督導委員會建議政府應配合教資會的三年規劃期，每三年進行一次醫療專業人員人力規劃和推算工作。下一輪(二零一九/二零至二零二一/二二的三年期)的人力推算工作會在二零一七年下半年展開。

5.2.17 督導委員會建議，政府應訂立更完備的數據收集機制，協助未來的人手推算。政府也應繼續與各個醫療專業保持溝通，以掌握醫療專業人員人手供應的最新情況。

圖 5.9 每三年進行一次醫療人力規劃和推算



5.3 建議措施 – 醫療人力 個別專業的情況



5.3.1 醫生

本地培訓醫生

督導委員會注意到...

隨著人口老化，醫療服務的需求日漸增加，預計醫生人手在中短期會出現短缺。本地培訓醫科畢業生是公營界別醫生的最主要來源。

督導委員會建議...

因應醫生的供求情況，政府應考慮進一步增加醫科培訓學額。

公營界別的醫生人手

督導委員會認為...

在考慮如何解決醫生人手短缺的問題時，督導委員會注意到，私營界別能夠靈活地因應市場需求調節其服務量，部分意見更指出私營界別有剩餘的服務量。督導委員會認為，由於全港近九成的住院服務和大約三成的基層醫療服務是由醫管局提供，因此政府應優先解決醫管局的人力差距問題。

挽留醫生在醫管局工作

督導委員會歡迎...

醫管局為新招聘的人員訂定較高的退休年齡，在二零一五年六月一日或以後開始受聘的人員，退休年齡為65歲。

醫管局採取措施，以先導形式重新聘用退休的醫療專業人員，聘用期為兩年，直到他們年滿62歲。醫管局透過重聘計劃在二零一五/一六和二零一六/一七年度聘請了63名醫生、48名護士、9名專職醫療人員和884名醫療支援人員。督導委員會支持醫管局透過二零一七/一八年度的退休後重聘特別計劃，繼續重新聘用合適的退休人員。

透過有限度註冊聘請非本地培訓醫生

督導委員會建議...

為紓緩人手短缺的問題，醫管局應繼續透過有限度註冊聘請非本地培訓醫生來港執業。督導委員會留意到政府已向立法會提交修訂條例草案修訂《醫生註冊條例》，讓有限度註冊的有效期及續期有效期由不多於一年延長至不多於三年。若條例草案獲得通過，將有助醫管局透過有限度註冊聘請更多非本地培訓醫生，在短期內紓緩其醫生人手短缺的問題。

非本地培訓醫生

督導委員會歡迎醫委會的下列措施...

- 增加執業資格試的次數
- 修訂執業資格試的豁免要求
- 修訂駐院實習評估要求

通過執業資格試第三部分(臨床考試)的人數，在二零一四年約有70人，而在二零一五年和二零一六年則分別有40人和41人，與二零零九年至二零一三年這五年間的平均每年30人比較，人數大幅增加。

督導委員會注意到...

政府已向醫委會增撥資源，為執業資格試考生設立網上平台，增加執業資格試的透明度。



5.3.2 牙醫

本地培訓牙醫

督導委員會注意到…

預計牙醫人手在中短期會出現短缺。本港人口日漸老化，加上市民的牙科保健意識有所提高，社會對私營牙科服務的需求與日俱增。隨着政府推出新的牙科措施，特別是長者牙科外展服務計劃、關愛基金的長者牙科服務資助項目，以及智障人士牙科服務先導計劃，市民對資助牙科服務的需求持續增加，令牙醫人手需求也相應增加。

督導委員會建議…

政府應持續監察牙醫的人手供應，並視乎情況考慮增加公帑資助的培訓學額。

非本地培訓牙醫

督導委員會歡迎…

由二零一五年起，香港牙醫管理委員會每年為非本地培訓的牙醫舉辦兩次許可試。該會已在二零一五年改善了許可試某些部分的安排，包括考生如在許可試個別試卷的某些部分不及格，可保留及格部分的成績，只須重考不及格的部分。香港牙醫管理委員會也修訂了其成績保留政策和參加考試安排。

督導委員會建議…

為牙醫訂立一套有限度註冊制度，以在有需要時短期補充本地人手。



5.3.3 牙齒衛生員

牙齒衛生員人力推算

督導委員會注意到…

預計牙齒衛生員人手在中短期會出現短缺。

督導委員會認為…

由於牙齒衛生員在登記後便會一直名列在名冊中，無需每年續期。政府應考慮制訂更完備的機制，備存有關牙齒衛生員的最新登記資料。



5.3.4 護士

本地培訓護士

督導委員會注意到…

除了教資會資助院校開辦的護理課程外，自資界別提供的護理培訓課程發展也相當蓬勃。中大、港大和理大每年合共提供630個教資會資助的第一年學士學位課程學額和125個高年級收生學額。醫管局、私家醫院及其他高等院校也開辦各類自資護理培訓課程，每年提供約2 200個學額。總括來說，每年提供的護理培訓學額約有3 000個。

政府已大量資助符合指定專業/界別課程資助計劃所訂準則，並根據該計劃的機制選定的護理課程。在二零一五/一六學年獲資助的自資護理培訓學額共有420個，在二零一六/一七及二零一七/一八學年進一步增加至480個。

人力推算-普通科護士

督導委員會注意到…

預計普通科護士人手在中短期會出現短缺。隨着政府推行多項改善措施加強安老及康復服務的護理支援，社福界對普通科護士的需求不斷增加。

督導委員會認為…

政府在研究應否增加教資會每年資助的護理培訓學額時，應考慮護士的培訓周期以及自資市場能靈活迅速地回應需求等因素。

人力推算-精神科護士

督導委員會注意到…

假設推算期內服務水平及模式維持不變，而且不會推出新的服務，預計精神科護士人手在短期內大致平衡，中期人手充足。事實上，醫療服務的供應和規劃與醫療人手供應是否充足息息相關。既然在現有的服務水平和模式下，精神科護士的人手供應會增加，醫管局和社福機構

等服務提供者可以藉此規劃如何更妥善和充分利用精神科護士，支援現有醫療服務或提供新服務。此外，自資界別應變力強、靈活性高，可因應護士的供求情況自然調整。

非本地培訓護士

督導委員會歡迎…

香港護士管理局由二零一六年開始，把非本地培訓護士執業資格試的次數由每年一次增至每年兩次。



5.3.5 助產士

截至二零一六年年底，全港共有4 540名助產士。據我們所知，由於本港出生率偏低，因此只有約40%助產士從事助產士和婦產科範疇的工作。由於助產士可同時持有註冊護士和註冊助產士的專業資格，而醫管局和私家醫院均會調派護士從事助產士和婦產科範疇的工作，因此未能就助產士作出適當的人力推算。鑑於本港出生率偏低，對助產士的需求穩定，因此助產士的人手供應大致可滿足需求。



5.3.6 中醫

中醫人力推算

督導委員會注意到…

預計中醫專業在短期會有充足人手，中期會出現人手短缺。

督導委員會認為…

由於中醫專業在二零二五年前人手充足，因此目前並無迫切需要調整中醫的培訓學額。

在內地修讀中醫課程的本港學生

督導委員會注意到…

在中醫小組進行商議期間，有成員關注到本港學生在內地修讀中醫課程的趨勢。

根據香港中醫藥管理委員會提供的統計數據，二零一二年至二零一六年，每年通過執業資格試的考生人數平均約為200人。

2012	2013	2014	2015	2016
189	203	190	204	233

我們觀察到在內地修讀獲香港中醫管理委員會認可的中醫藥本科學位課程的本港學生人數已由二零一三/一四學年的高峰約470人回落至二零一五/一六學年的約260人。有關趨勢對中醫人手供應的潛在影響，在取得更多資料(例如畢業率、畢業生在港執業的意願，以及畢業生通過執業資格試的比率)後，有待進一步評估。

督導委員會認為政府應繼續留意本港學生在內地修讀中醫課程的趨勢及通過執業資格試的考生人數，並評估本港學生在內地修讀中醫課程對中醫整體人手供應的影響。



5.3.7 藥劑師

藥劑師人力推算

督導委員會注意到…

在現有的服務水平及模式下，預計藥劑師人手在短期內會有輕微短缺或大致平衡，中期人手充足。

督導委員會認為…

本地培訓的藥劑師人手如維持在每年90人左右，將有助部分服務提供者(包括醫管局)籌劃如何更妥善及充份地利用藥劑師，以提供新的服務和改善措施，例如提供臨床藥劑服務以應付人口老化帶來的挑戰。

私營界別對社區藥劑師的需求

督導委員會注意到…

私營界別對社區藥劑師的需求，視乎經濟和零售市場的狀況而定。經濟的起伏會影響零售市場，令供求關係迅速改變。經濟蓬勃時，社區藥劑師的人手供應會變得緊張，甚至出現人手短缺的情況，但經濟衰退時，社區藥劑師的人手則可能會出現短暫人手充足的情況。

下一輪藥劑師人力推算

督導委員會建議…

政府應參考零售市場的最新變動，利用下一輪人力推算(二零一九/二零至二零二一/二二的三年期的人力推算工作會在二零一七年下半年展開)所得的資料，再行評估有關藥劑師(尤其是社區藥房)的人手供求情況。



5.3.8 職業治療師

職業治療師人力推算

督導委員會注意到...

預計職業治療師在中短期會出現人手短缺。

社福界的人手短缺問題

督導委員會注意到...

社福界關注因應人口老化和服務供應日增而面對職業治療師人手短缺的問題。可是，目前只有一間教資會資助院校(即理大)開辦職業治療師培訓課程。

為紓緩社福界職業治療師人手短缺的問題，理大由二零一二年一月開辦兩年制的自資職業治療學碩士課程。為鼓勵該課程的畢業生投身社福界，社署推行了一項培訓資助計劃，向非政府機構提供撥款，為獲有關機構錄取的學生提供學費資助。受資助的學生畢業後必須於有關的非政府機構工作最少兩年。第一屆和第二屆課程約30名學生已分別於二零一四年一月和二零一六年一月畢業。理大於二零一六/一七年度再度與社署合作，推出第三期職業治療學碩士課程，提供約24個學額，畢業生必須承諾在社福界工作最少三年。

自資培訓

督導委員會注意到...

東華學院在二零一三/一四年度開辦職業治療學的自資課程，提供約50個學額。該課程現正接受輔助醫療業管理局評審，首屆學生會在二零一七年畢業。若把東華學院的畢業生計算在內，中期而言職業治療師人手充足。

督導委員會認為...

自資界別增加培訓學額，會有助醫療服務提供者(尤其是社福機構)規劃新服務及/或改善現有服務。

社福界的需求

督導委員會注意到...

由於人手短缺，社福界對職業治療師的需求長期以來一直處於被壓抑的情況。因此，職業治療師實際上可能有人手不足的情況。

下一輪職業治療師人力推算

督導委員會建議...

政府可待全面掌握社福界對職業治療師的新增人手需求後，在進行下一輪人力推算(二零一九/二零至二零二一/二二的三年期的人力推算工作會在二零一七年下半年展開)時，再行評估職業治療師的人手供求情況。



5.3.9 物理治療師

物理治療師人力推算

督導委員會注意到...

預計物理治療師在中短期會出現短缺。

社福界的人手短缺問題

督導委員會注意到...

社福界關注，因應人口老化和服務供應日增而面對物理治療師人手短缺的問題。可是，目前只有一間教資會資助院校(即理大)開辦物理治療師培訓課程。

為紓緩社福界物理治療師人手短缺的問題，理大由二零一二年一月起開辦兩年制的自資物理治療學碩士課程。為鼓勵畢業生投身社福界，社署推行了一項培訓資助計劃，向非政府機構提供撥款，為獲有關機構錄取的學生提供學費資助。受資助的學生畢業後必須於有關的非政府機構工作最少兩年。第一及第二屆課程約30名學生已先後於二零一四年一月和二零一六年一月畢業。理大於二零一六/一七年度再度與社署合作，推出第三期物理治療學碩士課程，提供約48個學額，畢業生必須承諾在社福界工作最少三年。

自資培訓

督導委員會建議...

除了增加公帑資助的學額外，政府也應借鏡職業治療師的經驗，鼓勵自資界別開辦物理治療課程。



5.3.10 醫務化驗師

醫務化驗師人力推算

督導委員會注意到...

預計醫務化驗師人手在中短期會有輕微短缺或大致平衡。

督導委員會認為...

政府應監察市場上醫務化驗師的人手供應情況。

自資培訓

督導委員會注意到...

公私營界別對醫務化驗師的需求不斷增加。透過增加學額和舉辦自資課程將有助應付日增的需求。

考慮到本港對醫務化驗師的需求殷切，而且東華學院的課程已通過輔助醫療業管理局的專業評審，政府決定在二零一七/一八學年透過指定專業/界別課程資助計劃，為東華學院醫療化驗科學課程的20個學額提供資助。



5.3.11 視光師

視光師人力推算

督導委員會注意到…

預計視光師人手在中短期會出現短缺。

督導委員會建議…

除了增加公帑資助的培訓學額外，政府也應鼓勵自資界別開辦視光學課程。

在私營界別的執業視光師

督導委員會注意到…

與藥劑師的情況相似，私營界別對視光師的需求也取決於經濟和零售市場的狀況。

督導委員會注意到…

本港絕大部分(90%以上)視光師是在私營界別執業，因此用作人力推算的數據的質量，有可能未及其他大多數在公營界別服務的醫療專業。市場調整和私人執業視光師可靈活地改變業務模式均可使中短期的人手短缺得以紓緩。如在私營市場的執業視光師選擇在公營機構的一般退休年齡後繼續工作，預計會減輕人手短缺問題。

下一輪視光師人力推算

督導委員會建議…

因應零售市場的最新發展及考慮其他相關因素，政府應在進行下一輪人力推算(二零一九/二零至二零二一/二二的三年期的人力推算工作會在二零一七年下半年展開)時，再行評估視光師的人手供求情況。



5.3.12 放射技師

放射技師人力推算

督導委員會注意到…

預計放射技師在中短期會有輕微人手短缺或大致平衡的情況。

督導委員會認為…

政府應監察市場上放射技師的人手供應情況。

自資培訓

督導委員會注意到…

考慮到本地對放射技師的需求甚殷，而東華學院的課程已通過輔助醫療業管理局的專業評審，政府決定在二零一七/一八學年透過指定專業/界別課程資助計劃資助，為東華學院放射治療學課程的12個學額提供資助。

下一輪放射技師人力推算

督導委員會注意到…

本港的註冊放射技師共分為兩類，即放射診斷技師和放射治療技師。雖然兩類放射技師各有不同的技能，而且工作的性質也不相同，但港大的人力推算是就整個專業進行的。是次檢討中所作的人力推算將所有放射技師視為同一個類別處理。政府會在下一輪人力推算工作中考慮應否及如何分別為兩類放射技師進行人力推算。



5.3.13 脊醫

脊醫人力推算

督導委員會注意到…

預計脊醫人手供求在短期大致平衡，中期人手充足。

就脊醫而言，鑑於目前的需求情況，非本地培訓的畢業生應足以應付本港中短期的人手需求。

督導委員會認為…

現時所有脊醫均在私營界別工作，因此與視光師的情況一樣，脊醫的人力推算須小心詮釋。政府應在下一輪人力推算工作中與多方合作，提升私營界別所得數據的質量。

5.4 主要觀察 - 專業發展及規管

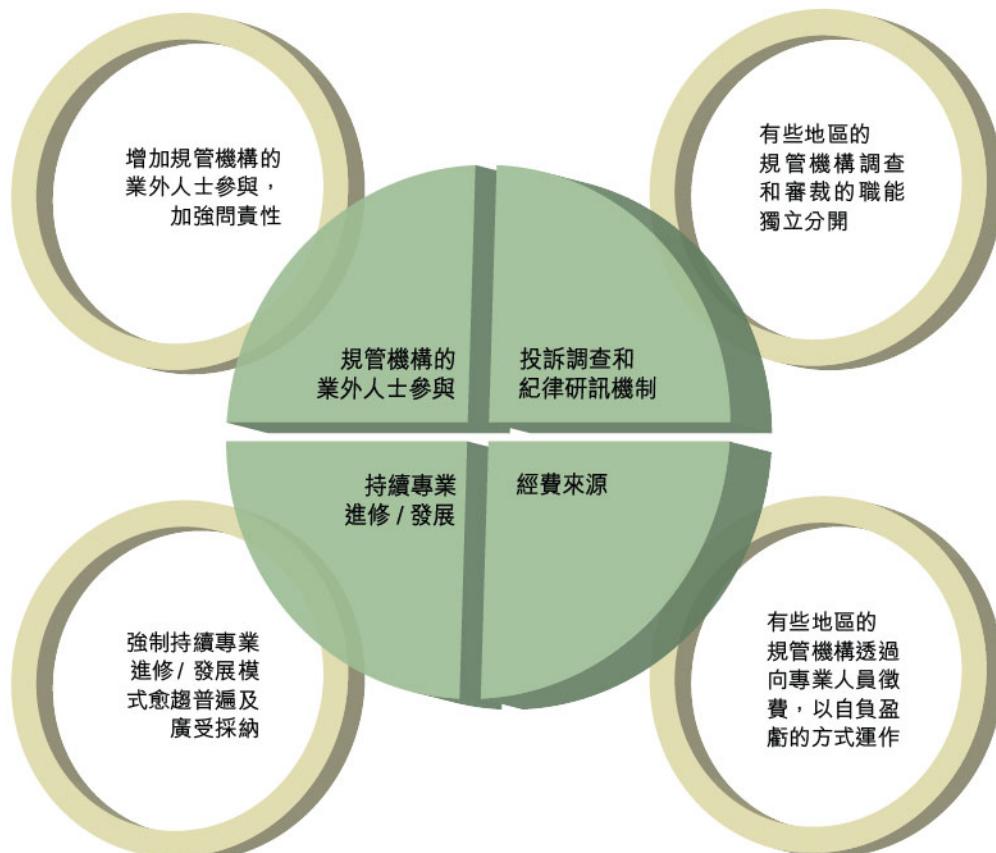
5.4.1 本港的醫療制度素以優質、高效和具成本效益見稱。我們在醫療方面卓有成就，有賴醫療專業人員盡責能幹、服務市民的熱誠和對工作的承擔。他們辛勤工作，表現出色，多年來獲得市民的信任和尊重。市民的信任是專業自我規管理制度的重要元素。本港的醫療專業奉行專業自我規管理制度，數十年來一直為社會所接受。反觀其他地方的醫療專業規管近年經歷重大轉變。香港作為一個開放型大都會，專業自我規管的模式須與時並進，不斷改善，以跟上社會現行規範和價值觀。

5.4.2 政府委託中大進行的研究全面檢視了世界各地醫療專業的最新規管模式。研究結果和觀察所得顯示，由於規管理制度因地而異，世界上沒有一套方案可放諸四海皆準。西方已發展經濟體系的規管理制度朝着更現代化的方向發展－務求提高公開性、加強問責性、其投訴調查和紀律研訊機制更為獨立，並更注重持續專業進

修和發展（見圖5.10）。雖然亞洲地區一般以較傳統的專業自我規管配以政府嚴密的監督，有趨勢顯示這些地區正努力建立更現代化的規管架構。

5.4.3 督導委員會提出建議時採取全面而持平的考量，一方面考慮醫療專業人員及社會上其他持份者所表達的意見和關注，另一方面亦參考中大的研究結果和觀察所得。我們完全認同，在推行專業規管時確保制度穩定至關重要。任何改變現行制度的建議均必須有充分理據證明其有助提升專業水平，並且有利於維持市民對醫療專業人員的信任。我們感激各醫療專業人員對社會作出的貢獻。我們會採取平衡各方所需的措施，一方面維持專業自主，一方面回應社會上對增加公信力和加強問責性的合理訴求，確保醫療專業人員多年來貢獻社會所建立的互信得以延續。

圖5.10 醫療專業人員規管理制度的國際發展趨勢



5.5 建議措施 - 專業發展及規管

建議6 管理局及委員會的業外人士參與

管理局及委員會須確保有適量的業外人士參與，包括其組成須至少有25%的業外委員。

5.5.1 督導委員會認為，有需要確保有適量的業外人士參與各個管理局及委員會。維持恰當比例的業外委員(即既非因職務需要而獲委任的當然委員，亦非屬於受監管專業的委員)，有助引入一些新思維和多角度的看法。在專業自我規管的同時，適量的業外委員能加強制度的公眾問責性。

5.5.2 督導委員會認為，業外委員應佔管理局及委員會委員總人數最少25%。就管理局及委員會目前業外人士參與的情況顯示，共有11個管理局及委員會的業外委員比例相等於或超過25%，業外委員比例不足25%的有兩個(即醫委會和香港助產士管理局)。

5.5.3 有關修訂《醫生註冊條例》的三方平台已就醫委會業外人士的參與進行討論³⁴。政府衡量所有相關考慮因素(包括督導委員會的建議和三方平台的商討結果)，以平衡整體社會利益為大前提提出修例建議。政府已在二零一七年六月七日向立法會提交條例草案，藉以—

- (a)改善醫委會的投訴處理和紀律研訊機制，以提升其效率、問責性和公信力；
- (b)增加醫委會的業外委員人數，以提升其公信力及問責性；以及
- (c)讓醫委會可批准有限度註冊有效期由不多於一年延長至不多於三年。

5.5.4 至於香港助產士管理局，督導委員會認為該管理局應商討其業外人士參與是否足夠，然後告知政府商討結果。如該管理局認為其業外人士參與不足，應向政府提交改變組成的建議，以進一步增加業外人士參與。

5.5.5 就其他管理局及委員會而言，督導委員會留意到，法例容許部分成員席位可由業內或業外人士擔任。以香港護士管理局為例，其中三個委員的席位可由護士或業外人士擔任，因此該管理局的業外委員實際人數每年可有所不同，取決於上述席位是由護士還是業外人士擔任。此外，有些委員席位也可由公職人員擔任(不論以個人身分或基於職務需要而擔任)或由其他專業人士擔任(例如醫生和律師)。督導委員會認為，這些管理局及委員會可自行商討，並在有需要時按理提出改善其組成的建議，確保有適量的業外人士參與，加強其公眾問責性。

建議7 持續專業進修及/或持續專業發展

管理局及委員會應致力維持醫療專業人員的專業水平，包括強制規定持續專業進修及/或持續專業發展。

5.5.6 持續專業進修/持續專業發展是維持專業水平的重要一環。要推動良好醫療水平，醫療專業人員維持及發展其技術、專業知識及執業能力是不可或缺的。有關人員可參與專業發展、提升專業水平，以及參與其他有助確保專業能力的活動。

³⁴ 政府成立三方平台，以促進醫生、代表病人權益及消費者權益的人士和立法會議員就《醫生註冊條例》的了解及溝通，並就修例建議提出意見和討論。

5.5.7 督導委員會欣悉，醫療專業人員認同持續專業進修/持續專業發展十分重要。然而，各個醫療專業的執業要求和法例規定各有不同，例如註冊中醫師必須符合強制持續進修的規定方可繼續執業³⁵，而在專科醫生名冊上的醫生³⁶和牙醫也必須符合延續教育的規定。至於普通科醫生和普通科牙醫，他們可自願參與分別由醫委會和香港牙醫管理委員會推行的持續專業發展計劃和持續進修計劃，但並非如其專科同業必須接受和完成持續專業進修課程。此外，護士、助產士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師、放射技師和脊醫所屬的管理局及委員會，亦有推

行自願參與的持續專業進修/持續專業發展計劃，有關計劃的內容撮要載於圖5.11。至於牙齒衛生員和藥劑師，有關的管理局及委員會沒有推行持續專業進修/持續專業發展計劃。

³⁵ 根據《中醫藥條例》(第549章)第82(2)條，中醫組須決定有關進修中醫藥學的規定，而該等規定則是任何執業證明書根據該條例第76或77條續期之前所須符合的。

³⁶ 根據《醫生註冊條例》(第161章)和《牙醫註冊條例》(第156章)，任何註冊醫生和註冊牙醫如擬申請把其姓名列入專科醫生名冊，必須符合延續教育的規定。

圖5.11 有關13個醫療專業參與持續專業進修/持續專業發展的規定

所有從業員 強制參與	專科人員 強制參與	設有 自願參與計劃	不設 自願參與計劃
<ul style="list-style-type: none"> • 註冊中醫師 	<ul style="list-style-type: none"> • 專科醫生 • 專科牙醫 	<ul style="list-style-type: none"> • 非專科醫生 • 非專科牙醫 • 護士 (註冊護士和登記護士) • 助產士 • 職業治療師 • 物理治療師 • 醫務化驗師 • 視光師 • 放射技師 • 脊醫 	<ul style="list-style-type: none"> • 牙齒衛生員 • 藥劑師

5.5.8 督導委員會認為，持續專業進修/持續專業發展不應只屬自願參與性質，也不應規定只有專科人員才須參與。參與持續專業進修/持續專業發展的規定應廣泛推行，並應最終成為法定註冊醫療專業人員必須遵從的強制規定。要順利推行強制持續專業進修/持續專業發展，必須仔細籌劃推行的過程，並充分顧及當前情況、有關專業是否作好準備，以及在法律和資源方面的影響等因素。督導委員會認為，在尊重專業自我規管的原則下，有關的管理局及委員會除了可考慮透過修例推行強制規定外，也

可商討將持續專業進修/持續專業發展規定成為其專業標準必須符合的規定，例如透過專業守則，並設立機制監察醫療專業人員是否符合這些規定。有關管理局及委員會如就強制推行持續專業進修/持續專業發展有初步看法，應徵詢業內人員的意見，並考慮各項相關因素（包括有關規定在法律上的可行性、是否切合實際情況、持續性，以及可執行性），以制訂實施計劃。此外，在強制推行持續專業進修/持續專業發展之前，有關的管理局及委員會須確保有充足的培訓課程。

建議8 投訴調查和紀律研訊機制

管理局和委員會應檢討並按需要改善投訴調查和紀律研訊機制－

- 有關管理局和委員會應檢討並按需要改善投訴調查和紀律研訊機制，務求盡量減少潛在的利益衝突，並縮短處理涉及違規或失當行為投訴所需的時間；
- 管理局和委員會的秘書處應適當地透過包括精簡現行行政程序等措施，提供更加便利的服務；以及
- 有關管理局和委員會應適當地探討在處理不涉及專業失當的投訴時使用調解的可行性。

檢討並改善出現因投訴個案數目超出有關投訴調查和紀律研訊機制的負荷而導致個案拖延甚久的機制

5.5.9 有關13個醫療專業的投訴，無論在投訴個案數目和審理案件(包括作出調查及在有需要時進行紀律研訊)所需時間各異。

5.5.10 大部分的投訴個案向醫委會提出。在過去三年(即二零一四年至二零一六年)，醫委會每年平均接獲的投訴個案達580宗。督導委員會明白，這反映醫生在我們的醫療系統中至為重要，基於其專業性質，醫生往往被認為需為病人生死負上最終責任。因此，由於投訴個案數量，加上涉及的問題愈來愈複雜，投訴量已遠超醫委會目前的負荷，以致投訴個案拖延甚久。醫委會秘書處估計，拖延情況在未來數年將進一步惡化，平均所需時間會長達72個月。

5.5.11 在過去三年(即二零一四年至二零一六年)，香港中醫藥管理委員會每年平均收到250宗投訴，而香港牙醫管理委員會則有140宗。向其他管理局及委員會作出的投訴為數不多，每年由0宗至52宗不等。由於投訴個案數目少，這些管理局及委員會能夠在較合理的時間內完成調查工作並透過紀律研訊(如有需要)審理投訴個案。即使是香港牙醫管理委員會，審

理須進行紀律研訊的個案平均所需的時間約為34個月，而香港中醫藥管理委員會則需時約9個月。

5.5.12 管理局及委員會及早處理投訴個案，這對公眾和醫療專業人員雙方的利益都至為重要。督導委員會認為，管理局及委員會須盡力設法透過行政措施來提高其投訴調查和紀律研訊機制的效率，甚至在有需要時修訂法例作出改善。

5.5.13 督導委員會留意到，政府在二零一六年三月提交條例草案，即《二零一六年醫生註冊(修訂)條例草案》，以修訂《醫生註冊條例》，其目的之一是提高條例下投訴調查和紀律研訊機制的效率。然而，該條例草案未能在二零一六年七月第五屆立法會的任期(二零一二至二零一六年度)完結前完成立法程序。督導委員會又留意到，有關修訂《醫生註冊條例》的三方平台已就此事進行商討。督導委員會期望有關各方能夠提出切實可行的建議，解決現行機制下的樽頸從而提高效率，並回應社會上提出在醫委員下分拆調查和紀律研訊職能的強烈訴求，以配合國際趨勢。

5.5.14 督導委員會認為，香港牙醫管理委員會和香港中醫藥管理委員會應各自檢討現行機制，確定其是否周全和能否有效率地應付目前的個案數目及未來數年的預計個案數目，並就此進行商討。如相關委員會認為有需要改變現行機制，應向政府提出修訂有關法例的建議。

5.5.15 督導委員會認為，其他管理局和委員會應適當地檢討其投訴調查和紀律研訊機制。同時，這些管理局和委員會應密切留意有關情況，如有迹象顯示有需要作出改變，應從速開始內部討論。

5.5.16 醫療規管機構把投訴調查和審裁的職能分開，或將之交由外間機構負責，已成為國際趨勢。由管理局/委員會成員參與投訴調查或審裁工作的情況相當有限，在某些地區甚至沒

有。把投訴調查和審裁職能分開獨立進行，可加強公眾對紀律研訊程序的信心。督導委員會認為，管理局和委員會在討論此議題時，應充分考慮國際趨勢，以決定應否將這兩個職能分開，如決定分開則應考慮該如何制訂其投訴處理和紀律研訊機制。

5.5.17 調解是以合作和共識為本的解決爭議方法，適用於許多不同業務範疇(包括公營和私營領域)，在本港獲廣泛應用和推廣。調解藉着訓練有素而身分中立的第三方，讓爭議各方能透過有溝通和談判，在友好的氣氛下有效解決糾紛。督導委員會認為，須處理大量投訴個案數目的管理局和委員會應適當地探討透過調解處理不涉及專業失當投訴的可行性。涉及專業失當的個案則不能透過調解來解決，而調解本身也不能完全取代行之有效的投訴處理機制。

建議9 收回管理局及委員會的運作成本

政府應收回管理局及委員會的運作成本。

5.5.18 政府現時負責各管理局及委員會的運作經費，並全數支付有關的秘書處開支以及與其工作和決定有關的法律費用。這些開支有部分由根據相關法例向醫療專業人員收取的費用所抵銷。

5.5.19 督導委員會留意到，中大的研究結果顯示，現時這些管理局及委員會的經費安排，與研究下的已發展經濟體規管機構的慣常做法有所不同。英國、美國、加拿大、澳洲及新西蘭的規管機構，均透過向專業人員徵費以自負盈虧的方式運作。

5.5.20 有關安排亦有別於醫療界別以外其他專業自我規管機構的做法。舉例來說，香港會計師公會以自負盈虧的方式營運，透過徵費應付運作開支，包括與紀律處分程序有關的費用和開支。香港律師會(律師會)和香港大律師公會(大律師公會)在財政上同樣獨立於政府，但相關法例訂明法律程序的費用由政府承擔³⁷。

5.5.21 政府的政策是根據“收回成本”以及“用者自付”原則，把各項政府服務的收費大致定於足以收回提供有關服務所涉全部成本的水平³⁸。督導委員會認為，衛生署應就各管理局及委員會的全部開支(包括法律費用)進行全面的檢討。此外，督導委員會亦認為衛生署應檢討現行法例所訂的收費水平。對於未能收回全部成本的項目，理應調整收費，以收回管理局及委員會的運作成本。

建議10 有關無須進行法定註冊的 醫療專業人員的規管

政府應為無須進行法定註冊的醫療專業人員推行認可註冊計劃。

5.5.22 督導委員會留意到，目前本港無須進行法定註冊的醫療專業，大部分透過學會為本的自願註冊安排進行規管。督導委員會認同，學會為本的自願註冊安排重要而且有效，但亦認為可設立一個更可靠和有系統的計劃，以推廣醫療專業人員的優質服務水平，為有意使用其專業服務的市民提供更多資訊。

³⁷ 根據《法律執業者條例》，律師和大律師的紀律處分程序由各自的紀律審裁組進行。這些紀律審裁組獨立於律師會和大律師公會，而紀律處分個案由律師會和大律師公會分別轉介予各自的紀律審裁組審裁。

³⁸ 財政司司長在二零一三至一四年度財政預算案演辭中強調，政府有需要有系統地檢視各項收費，以維護“用者自付”原則，並應優先處理一些多年未有調整而又不會直接影響民生的項目，以及一些收回成本比率較低的項目。在二零一四年，衛生署就醫療專業人員註冊(包括執業資格試)的法定收費進行檢討(不包括《藥劑業及毒藥規例》(第138A章)附表9、《藥劑業及毒藥(藥劑業及毒藥上訴審裁處)規例》(第138D章)及《藥劑師(紀律處分程序)規例》(第138E章)中訂明的收費)。上一次調整這些收費是在二零零零年至二零零六年間，有些收費項目於訂立後更從未調整過。衛生署的成本檢討顯示，當時這些項目的收回成本水平由11%至116%不等。為逐步達到收回全部成本的目標和避免收費飆升，當局建議上調117個項目的收費，增幅由7%至20%不等，餘下一項的收費則下調14%。在調整收費水平後，這些現行法定收費項目的收回成本比率為13%至100%不等。

5.5.23 督導委員會支持政府為本港現時無須進行法定註冊的醫療專業人員推行自願認可註冊計劃的措施。這計劃有助在專業自主的原則下，加強目前以學會為本的註冊安排，確保醫療人員的專業水平，並為市民提供更多資訊，協助他們作出決定。這做法符合國際趨勢，即按醫療專業對公共衛生構成的風險水平施加適度的規管。

5.5.24 在二零一六年年底，政府推出認可註冊先導計劃。先導計劃涵蓋現時立法會衛生服務界功能界別內15個無須進行法定註冊的醫療專業。這些醫療專業可按本身的意願和情況，選擇參與先導計劃。如上述以外的其他醫療專業有意參與先導計劃，其申請會獲個別考慮。預期於二零一七年年底公布先導計劃的認證結果。

5.6 建議及落實建議

5.6.1 督導委員會提出了十項建議撮述如下。要落實督導委員會的建議，有賴政府、醫管局、有關規管機構、醫療專業人員和其他相關持份者的共同努力。

A. 醫療人手

建議1 本地來源－公帑資助的醫療培訓

建議

- 政府應考慮為中長期仍面對人手短缺的醫療專業增加教資會資助的培訓學額。

落實建議

政府應…

就面對人手短缺的醫療專業而言

- 考慮在二零一九/二零至二零二一/二二學年的教資會三年撥款期，為人手短缺的醫療專業增加公帑資助的學位課程學額。但須考慮教資會資助院校在提供學位方面的限制，以及保持他們在配置教資會資助第一年學士學位學額的靈活性(即若第一年學士學位課程學額須維持在每年15 000個，如何處理同樣面對人手短缺的非醫療專業學科)，以及市場上是否有自資課程等因素；以及

- 就教資會三年規劃期的工作諮詢各個專業的相關持份者。

就人手充足的醫療專業而言

- 鼓勵醫療服務提供者考慮並適當地規劃加強及/或擴展服務。

建議2 本地來源－自資的醫療培訓

建議

- 政府應善用自資界別提供培訓，以協助應付部分對醫療專業日益增加的人手需求(特別是護士、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、視光師及放射技師)，並提供基礎設施和資金方面所需支援。
- 政府應透過指定專業/界別課程資助計劃，繼續適當地為修讀面對人手短缺的醫療專科(特別是專職醫療學科)的學生提供資助，以支持自資高等教育界別健康持續發展，並配合教資會資助界別，提供更廣和更多元化的學習機會。

落實建議

政府應…

- 鼓勵專上院校繼續為護士及專職醫療人員開辦自資訓練課程，靈活而迅速地回應市場需求；
- 協助更多高等院校適當地提供更多自資的醫療專業培訓課程，以應付醫療、社會福利以至教育界別對醫療專業人員日益增加的人手需求；
- 考慮和審批由有興趣並已作好準備舉辦醫療培訓課程的高等院校所提出的申請；以及
- 在指定專業/界別課程資助計劃下，適當地資助學生修讀面對人手短缺醫療專業的自資課程。

建議3 公營界別的醫療人手

建議

- 醫管局應盡力挽留現有的醫療專業人員，並吸引退休醫生及其他醫療專業人員在退休後繼續在公營界別服務。
- 醫管局應更積極地透過有限度註冊聘請非本地培訓的醫生。

落實建議

醫管局應…

- 制定計劃，並向政府匯報就挽留退休的醫療專業人員和透過有限度註冊聘請非本地培訓醫生的情況；以及
- 應更積極地透過有限度註冊聘請非本地培訓的醫生。

政府應…

- 向醫管局提供財政資源，以挽留現有的醫療服務人員，吸引退休醫生及其他醫療專業人員，以及透過有限度註冊聘請非本地培訓的醫生。

建議4 非本地培訓的醫療專業人員

建議

- 在維持專業水平的前提下，管理局及委員會應考慮適度調整現行的安排，包括但不限於有關執業資格試、實習和有限度註冊(如適用)的安排。
- 政府應積極加強在海外推廣及宣傳有關註冊安排，並主動推行針對性的招聘計劃，吸引非本地培訓的醫療專業人員(大部分為香港居民和與香港有深厚關係的人士)來港執業。

落實建議

政府應...

就面對人手短缺的醫療專業而言

- 向有關機構提供所需的支援，從海外積極招聘醫療專業人員(包括醫生、牙醫和專職醫療人員)，以應付短期醫療、社會福利和教育界別人手不足的情況，以待本地人手供應長遠而言能夠應付需求；
- 修訂《醫生註冊條例》，把非本地培訓醫生的有限度註冊有效期及續期有效期由不多於一年延長至不多於三年；以及
- 積極加強在海外推廣及宣傳有關的註冊安排，並主動推行針對性的招聘計劃，吸引非本地培訓的醫療專業人員(大部分為香港居民和與香港有深厚關係的人士)來港執業。

就依賴非本地來源的醫療專業而言

- 密切監察現有人手供應是否足以應付需求。

就中醫專業而言

- 密切監察在內地修讀中醫課程的本港學生對本港中醫整體人手供應的影響。

管理局及委員會應...

- 在秉持專業水平的前提下，檢討非本地培訓醫療專業人員(特別是來自香港的人士)來港執業的行政安排。

建議5 人力規劃和推算

建議

- 政府應配合教資會的三年規劃期，每三年進行一次醫療專業人員人力規劃和推算工作。

落實建議

政府應...

- 繼續就未來的人力規劃和推算工作諮詢有關持份者；以及
- 制訂更完備的數據收集機制，以協助將來的人力推算。

B.專業及發展及規管

建議6 管理局及委員會的業外人士參與

建議

- 管理局及委員會須確保有適量的業外人士參與，包括其組成須至少有25%的業外委員。

落實建議

政府應...

- 權衡所有相關考慮因素，包括督導委員會的建議和三方平台的討論結果，然後就醫委會的業外人士參與事宜作出一個平衡社會整體利益的決定。

管理局及委員會應...

香港助產士管理局

- 商討其業外人士參與是否足夠，然後告知政府其商討結果。如該管理局認為其業外人士參與不足，應向政府提交改變組成的建議，以進一步增加業外人士參與。

其他管理局及委員會

- 鑑於法例容許部分成員席位可由業內或業外人士擔任，因此應自行商討，並在有需要時按理提出改善其組成的建議，確保有適量業外人士參與，加強其公眾問責性。

建議7 持續專業進修及/或持續專業發展

建議

- 管理局及委員會應致力維持醫療專業人員的專業水平，包括強制規定持續專業進修及/或持續專業發展。

落實建議

管理局及委員會應...

- 在充分顧及當前情況、有關專業是否已作好準備以及法律和資源方面的影響等因素，並確保可以順利推行持續專業進修/持續專業發展下，商議實施強制性持續專業進修/持續專業發展的安排。有關的管理局及委員會除了考慮透過修例推行強制規定外，也可商討將持續專業進修/持續專業發展規定成為其專業標準中必須符合的規定，並設立機制來監察醫療專業人員是否符合這些規定；
- 徵詢業界的意見，並考慮各項相關因素（包括有關規定在法律上的可行性、是否切合實際情況、持續性，以及可執行性），然後制訂實施計劃；以及
- 在強制推行持續專業進修/持續專業發展之前，確保有充足的培訓課程。

建議8 投訴調查和紀律研訊機制

建議

- 管理局和委員會應檢討並按需要改善投訴調查和紀律研訊機制－
 - －有關管理局和委員會應檢討並按需要改善投訴調查和紀律研訊機制，務求盡量減少潛在的利益衝突，並縮短處理涉及違規或失當行為投訴所需的時間；
 - －管理局和委員會的秘書處應適當地透過包括精簡現行行政程序等措施，提供更加便利的服務；以及
 - －有關管理局和委員會應適當地探討在處理不涉及專業失當的投訴時使用調解的可行性。

落實建議

政府應...

- 在考慮包括有關修訂《醫生註冊條例》的三方平台的討論後，提交所需的法例修訂，讓醫委會可以加快其投訴處理程序。

管理局及委員會應...

所有管理局及委員會

- 設法透過行政措施來提高其投訴調查和紀律研訊機制的效率，甚至在有需要時以修訂法例形式作出改善；以及
- 充份考慮國際趨勢，即醫療規管機構把投訴調查和審裁的職能分開或將之交由外間機構負責，討論和考慮該如何制訂其投訴處理和紀律研訊機制。

投訴個案較多的管理局和委員會

- 探討適當地以調解方式處理不涉及專業失當的投訴的可行性。

香港牙醫管理委員會和香港中醫藥管理委員會

- 檢討現行機制，確定其是否周全和能否有

效地應付目前的個案數目及未來數年的預計個案數目，並就此進行商討，如認為有需要作出改變，應向政府提出修訂有關法例的建議。

其他管理局和委員會

- 適當地檢討其投訴調查和紀律研訊機制，並留意有關情況，如有迹象顯示有需要作出改變，應從速展開內部討論。

建議9 收回管理局及委員會的運作成本

建議

- 政府應收回管理局及委員會的運作成本。

落實建議

政府應...

- 就各管理局及委員會的全部成本(包括法律費用)進行全面檢討；以及
- 檢討現行法例所訂的收費水平。對於未能收回全部成本的項目，理應調整收費，以收回各管理局及委員會運作成本。

建議10 有關無須進行法定註冊的 醫療專業人員的規管

建議

- 政府應為無須進行法定註冊的醫療專業人員推行認可註冊計劃。

落實建議

政府應...

- 監察認可註冊先導計劃的實施情況，在考慮所得經驗後，檢討和改善有關計劃；
- 加強與無須進行法定註冊的醫療專業人員的溝通；以及
- 長遠而言，考慮就無須進行法定註冊的醫療專業制訂規管框架。

未來路向

5.6.2 為了快捷有效地推行第4、6、7及8項建議，督導委員會提議政府應邀請管理局及委員會在**6至12個月**內提交建議，闡述如何在其專業推行各項建議。政府也應考慮個別專業的情況、現時的環境、國際慣例，以及推行有關建議可能涉及的法例修訂，全面檢討現行規管各個醫療專業的法例。

致謝



我們謹此致謝督導委員會、統籌委員會和六個諮詢小組的成員在檢討中鞠躬盡瘁，提出了不少真知灼見，貢獻良多。我們也感謝港大和中大為此檢討提供專業意見和技術支援。此外，我們亦在此致謝醫療專業人員及社會其他相關持份者，特別是立法會衛生事務委員會醫療保障計劃小組委員會、立法會議員、醫管局、衛生署、社署、教育局和醫療服務提供者的代表，提出了非常具建設性的意見和建議。

有關港大的推算模型和個別專業的推算詳情，以及中大就香港及其他地區醫療人員規管的研究結果，請參閱分別由港大及中大擬備的報告，作為本報告的補充文件。兩間大學的報告備有電子檔案供網上瀏覽（網址：www.hpdo.gov.hk）。

附件1

醫療人力規劃和專業發展策略檢討督導委員會

授權範圍

1. 就以下事宜向政府提出建議-
 - (a) 確保醫療專業人員供應充足，以持續滿足不同醫療服務現行及將來需求的方案；及
 - (b) 加強不同醫療專業界別專業水平和素質的整體計劃，包括在現有監管制度中提出必要和合理的改革、提出改善培訓和發展的安排、引入措施，讓香港醫療專業的運作和管理更能配合國際的趨勢和最佳做法。
2. 在預測醫療服務需求時，督導委員會必須審視所能預知的因素，包括及不限於因人口老化而對長期護理及精神健康服務需求的增長、對醫療服務提供模式的變化、因服務改革而出現新的或增加的需求、因醫療保障改革而出現新的或增加的需求、因醫療保障計劃而對私營醫療服務需求的增長預期、已知及已預期將會興建的私家醫院，以及外來人口對私營醫療服務需求的預計增長。
3. 在督導委員會下須成立一個統籌委員會及合適數量的諮詢小組，聽取意見及提供建議給督導委員會，以促進討論及協助制定建議。
4. 食物及衛生局局長將委任他認為合適的人選為督導委員會、統籌委員會及諮詢小組的成員。

醫療人力規劃和專業發展策略檢討統籌委員會

授權範圍

1. 提供必要的支援和指引，協助督導委員會引領諮詢小組作討論，包括制定討論議程大綱，制定討論的範圍，提供相關的背景材料，以促進諮詢小組的討論。
2. 有系統和有組織地審視和綜合諮詢小組的意見、評論和建議，包括及不限於整理共通及指出不同的建議，評估其在財政上、法律上、執行上等相關方面的影響。
3. 就技術性的問題（如人力預測計劃）向督導委員會提供建議。
4. 經審視諮詢小組的綜合意見、評論和建議、統籌委員會會員的意見、人力預測計劃的結果及國際的趨勢後，就如何持續確保有充足的醫療人力供應及促進不同醫療專業的發展制定初步方案，以供督導委員會討論和參考。

醫療人力規劃和專業發展策略檢討諮詢小組

授權範圍

1. 透過統籌委員會，就醫療人力規劃和專業發展策略檢討中的有關範疇，向督導委員會提出意見及建議，當中包括：
 - (a) 醫療人力的供應和需求，包括人力預測計劃及確保醫療專業人員供應充足，以持續滿足不同醫療服務現行及將來的需求的方案；及
 - (b) 加強不同醫療專業界別專業水平和素質的整體計劃，包括在現有監管制度中提出必要和合理的改革、提出改善培訓和發展的安要和合理的改革、提出改善培訓和發展的安排、引入措施，讓香港醫療專業的運作和管理更能配合國際的趨勢和最佳做法。
2. 諮詢小組無須就其討論事項達成共識。如有意見分歧，所有的意見、評論和建議，均會經由統籌委員會轉達督導委員會以作考慮。

附件2

醫療人力規劃和專業發展策略檢討督導委員會名單

主席

高永文醫生，J.P.
食物及衛生局局長

成員

陳家亮教授，J.P.
鄭慕智博士，G.B.M.，G.B.S.，J.P.
張仁良教授，B.B.S.，J.P.
何沛謙先生，S.B.S.，J.P.
林煥光先生，G.B.S.，J.P.
梁卓偉教授，G.B.S.，J.P.
梁高美懿女士，S.B.S.，J.P.
李國棟醫生，S.B.S.，J.P.
梁憲孫教授，S.B.S.，J.P.
麥列菲菲教授，G.B.S.，J.P.
彭耀佳先生，G.B.S.，J.P.
蔡永忠先生，J.P.
葉健雄教授，J.P.
葉永堂先生
陳志輝教授，S.B.S.，J.P.
(代表香港中醫藥管理委員會)
劉允怡教授，S.B.S.
(代表香港醫務委員會)
李健民醫生
(代表香港牙醫管理委員會)
李子芬教授，J.P.
(代表香港護士管理局)
梁栢賢醫生，J.P.
(代表醫院管理局)
左偉國醫生，S.B.S.，J.P.
(代表輔助醫療業管理局)

官方成員

食物及衛生局常任秘書長(衛生)
勞工及福利局常任秘書長 (或代表)
教育局常任秘書長 (或代表)
衛生署署長
食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

海外成員

Prof. Sir Cyril Chantler
Prof. Desmond Francis Gorman

已退休或辭任的成員

陳章明教授，S.B.S.，J.P.
張炳良教授，G.B.S.，J.P.
霍泰輝教授，S.B.S.，J.P.
李心平教授
Prof. Harvey V Fineberg (海外成員)

悼念

督導委員會成員劉國輝先生於二零一五年四月不幸離世，督導委員會深感難過和惋惜。劉先生生前積極參與督導委員會的會議，為醫療人力規劃和專業發展的建議提出很多寶貴意見。督導委員會主席及全體成員謹此向劉先生的家人致以最深切的慰問。

醫療人力規劃和專業發展策略檢討統籌委員會名單

主席

聶德權先生，J.P.
食物及衛生局常任秘書長(衛生)

官方成員

衛生署署長
食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

成員

鄭慕智博士，G.B.M.，G.B.S.，J.P.
張仁良教授，B.B.S.，J.P.
何沛謙先生，S.B.S.，J.P.
林煥光先生，G.B.S.，J.P.
蔡永忠先生，J.P.
梁栢賢醫生，J.P.

已退休或辭任的成員

陳章明教授，S.B.S.，J.P.
張炳良教授，G.B.S.，J.P.

醫療小組名單

主席

林煥光先生，G.B.S.，J.P.

江明熙醫生

(代表香港醫療專業人士協會)

替任主席

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

李國棟醫生，S.B.S.，J.P.

(代表香港醫學專科學院)

成員

周浩鼎議員
林志軒先生
林奮強先生，B.B.S.
林本利博士
沈茂輝先生
施榮恆先生，B.B.S.
黃帆風先生，B.B.S.，M.H.
鄔滿海先生，G.B.S.
邱浩波先生，S.B.S.，M.H.，J.P.
容永祺博士，S.B.S.，M.H.，J.P.
陳家亮教授，J.P.
(代表香港中文大學醫學院)
陳沛然議員
(代表香港公共醫療醫生協會)
陳德茂教授
(代表香港大學李嘉誠醫學院)
張漢明醫生
(代表香港醫務委員會執照醫生協會)
張偉麟醫生，J.P.
(代表醫院管理局)

鄧惠瓊教授，S.B.S.，J.P.

(代表香港醫務委員會)

謝鴻興醫生，J.P.

(代表香港醫學會)

楊超發醫生

(代表香港西醫工會)

翁維雄醫生，M.H.

(代表香港私家醫院聯會)

官方成員
衛生署署長 (或代表)

已退休或辭任的成員

張炳良教授，G.B.S.，J.P.

悼念

醫療小組成員張德喜先生於二零一二年五月不幸離世，小組主席及全體成員深感難過和惋惜。謹此向張先生的家人致以最深切的慰問。

牙醫小組名單

主席

蔡永忠先生，J.P.

替任主席

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

成員

陳志育先生

陳祖楹女士

陳文綺慧女士，B.B.S.

蔡海偉先生

彭淑賢女士

張順彬教授

(代表香港大學牙醫學院)

李健民醫生

(代表香港牙醫管理委員會)

李燭康醫生，B.B.S.，J.P.

(代表香港牙科醫學院)

梁世民醫生，B.B.S.，J.P.

(代表香港牙醫學會)

官方成員

衛生署署長(或代表)

護士及助產士小組名單

主席

張仁良教授，B.B.S.，J.P.

替任主席

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

成員

鄭麗玲女士

張滿華博士

蔡黃玲玲女士，M.H.

梁昌明博士，M.H.，J.P.

龐維仁先生

蘇偉文教授，B.B.S.，J.P.

曾建平先生

楊銘澧博士

鄭逸龍先生

(代表香港護士協會)

侯慧莉女士

(代表香港助產士管理局)

顧慧賢女士

(代表香港護理學院)

郭彩鳳女士

(代表香港政府華員會護士分會)

李子芬教授，J.P.

(代表香港中文大學那打素護理學院)

李燕瓊博士

(代表香港公開大學護理學系)

林崇綏博士

(代表香港護理專科學院)

麥國風先生

(代表香港精神健康護理學院)

麥艷華博士

(代表香港護理教育學會)

吳惠英女士

(代表香港助產士會)

潘恩榮先生

(代表醫院管理局)

蘇肖娟女士

(代表香港護士總工會)

羅鳳儀教授

(代表香港大學護理學院)

曾日坤博士

(代表香港護士管理局)

黃金月教授

(代表香港理工大學護理學院)

楊煥中先生

(代表香港政府華員會登記護士分會)

官方成員

衛生署署長(或代表)

已退休或辭任的成員

劉燕卿女士

伍嘉樞女士

傳統中醫小組名單

主席

鄭慕智博士，G.B.M.，G.B.S.，J.P.

替任主席

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

成員

鄭錦鐘博士，B.B.S.，M.H.，J.P.

江炎輝醫生，M.H.

李兆紅女士

崔偉恒先生

葉振都先生，B.B.S.，M.H.，J.P.

陳文瀚中醫師

(代表香港中華中醫學會)

陳永光中醫師，M.H.

(代表香港註冊中醫學會)

許麗冰中醫師

(代表香港中醫師公會)

姜元安教授

(代表香港中文大學中醫學院)

林兆榮博士，J.P.

(代表香港中醫藥管理委員會)

羅道邦中醫師

(代表中華中醫師公會)

李煥昌中醫師

(代表九龍中醫師公會)

盧鼎儒中醫師

(代表國際中醫中藥總會)

呂愛平教授

(代表香港浸會大學中醫藥學院)

謝文賢中醫師

(代表僑港中醫師公會)

王瑞中醫師，M.H.

(代表香港針灸醫師學會)

黃永浩中醫師

(代表港九中醫師公會)

楊卓明中醫師

(代表香港中醫骨傷學會)

楊少蓮中醫師

(代表香港表列中醫協會)

俞明珠中醫師

(代表香港中醫學會)

俞煥彬中醫師，M.H.

(代表新華中醫中藥促進會)

張樟進博士

(代表香港大學中醫藥學院)

謝達之博士

(代表醫院管理局)

官方成員

衛生署署長(或代表)

藥劑師小組名單

主席

何沛謙先生，S.B.S.，J.P.

替任主席

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

成員

陳麟書先生

劉恩沛女士

李愛清女士

吳守基先生，S.B.S.，M.H.，J.P.

鄭綺雯女士

(代表香港執業藥劑師協會)

鄭陳佩華女士

(代表香港藥學會)

崔俊明先生

(代表香港醫院藥劑師學會)

李詩詠女士

(代表醫院管理局)

梁栢行博士

(代表香港大學藥理及藥劑學系)

鄒耀深先生

(代表香港藥劑業及毒藥管理局)

姚凱詩教授

(代表香港中文大學藥劑學院)

官方成員

衛生署署長 (或代表)

其他醫療專業人員小組名單

前任主席

陳章明教授，S.B.S.，J.P.

替任主席

食物及衛生局醫療規劃及發展統籌處處長

成員

鄭麗玲女士

蔡惠琴女士，J.P.

葉傲冬先生

林正財醫生，B.B.S.，J.P.

潘國範先生

葉健民博士

陳顯強脊醫

(代表香港脊醫學會)

陳黃怡女士

(代表香港物理治療師協會)

陳恩賜先生

(代表香港職業治療學會)

鄭荔英博士

(代表香港理工大學康復治療科學系)

鄭偉澤教授

(代表香港執業眼科視光師協會)

朱君璞脊醫

(代表香港執業脊醫協會)

鍾慧儀女士

(代表醫院管理局)

杜志偉博士

(代表輔助醫療業管理局視光師管理委員會)

方恒脊醫

(代表香港專業脊醫學會)

顧惠芬女士

(代表香港醫務化驗師協會)

郭志濂先生

(代表香港醫務化驗學會有限公司)

黎偉健先生

(代表輔助醫療業管理局物理治療師管理委員會)

林小燕教授

(代表香港理工大學眼科視光學院)

林達賢醫生

(代表輔助醫療業管理局)

林葉展美脊醫

(代表香港脊醫管理局)

羅桂媚女士

(代表香港眼科視光師學會)

梁杏媚博士

(代表輔助醫療業管理局醫務化驗師管理委員會)

梁少梅女士
(代表醫事生化科學學會香港分會)
李偉振先生
(代表香港醫務化驗所總會)
劉康龍先生
(代表香港放射治療師協會)
吳鳳亮博士
(代表輔助醫療業管理局職業治療師管理委員會)
潘綺紅女士
(代表香港物理治療學會有限公司)
蕭永碧女士
(代表輔助醫療業管理局放射技師管理委員會)
曾嘉樂女士
(代表香港政府華員會醫務化驗員及化驗師分會)
黃柏良先生
(代表香港放射學技師會)
王鳳恩脊醫
(代表中港澳脊醫學會)
王鼎熙先生
(代表香港放射技師協會)
嚴國斌先生
(代表香港光學會)
葉社平教授
(代表香港理工大學醫療科技及資訊學系)

官方成員
衛生署署長 (或代表)

已退休或辭任的成員
陳章明教授，B.B.S.，J.P.
伍嘉樺女士

附件3

醫療人力規劃的常用方法

以需要為本的模型

1. 以需要為本的模型考慮到人口的健康狀況

轉變和醫療服務的成效，並根據人口數目和特徵(包括年齡、性別、家庭入息、風險行為及自我評估健康狀況)，估計人口的醫療需要。這些模型可推算醫療赤字及醫療服務的需要，並可避免醫療服務系統中持續出現不公平和欠缺效率的情況。與以供應或使用率為本的模式比較，以需要為本的模式較需要更多數據，因此，能否取得流行病學數據，是其中一項重要的限制因素。此模型須取得個別醫療服務對特定健康狀況的成效的詳細資料。此外，此模型假設醫療資源會因應不同程度的需要而作相應運用，但此假設是未經證實的。

以需求/ 使用率為本的模型

2. 以需求/使用率為本的模型根據服務使用數據來推算醫療服務的需求。這些模型假設醫療服務工作量在一段時間內維持不變，而且人口增長會直接導致工作量上升。這些模型一般包括(a)醫療服務需求估算或過往的使用情況；(b)預計執業模式轉變；(c)目前和將會出現的科技帶來的影響，以及(d)政策轉變。有關推算通常限於年齡和性別，但也可包括其他人口特點、市場狀況、架構安排和發病率情況。以往的需求預測模式一般假設所有需要的服務都需要醫生、現有需求適用、年齡和性別特定資源需求不變，以及能夠預測在一段時間內的人口變化。

訂立最佳標準

3. 最佳標準是指當前對合理工作人口的最佳預測。最佳標準是根據醫療人手與人口的比例及現有的醫療服務，對人力需求作出預測。有關地區的社區及醫療規劃準則必須相若，才可以以最佳標準所作的預測進行比較。要使這些模型切合所需，須就人口結構、人口健康情況、醫療保險、生產力及醫療系統結構的差異作出調整。

趨勢分析

4. 趨勢分析是利用過往觀察所得的人口增長和老化趨勢，並根據歷史數據的整體水平和時間序列，推測未來的趨勢。這些模型根據過往的趨勢推算出一個宏觀的模擬系統，假設(a)經濟增長和人均醫生數目兩者有因果關係；(b)未來需求會反映現有需求(例如服務提供者的現有數目、類別和分佈充足)；(c)生產力維持不變；以及(d)人口結構(例如人口增長)與觀察所得的趨勢相符。趨勢分析通常用以推算可能出現的增長，尤其是私營界別的增長。不過，這些模型沒有考慮護理需要、醫生生產力和不同服務提供者人手供應的彈性等方面的发展趨勢。

附件4

香港與其他地區醫療專業人員的規管架構比較

I. 醫生

比較範圍		司法管轄區											
		香港	英國	德國	芬蘭	美國	加拿大	澳洲	新西蘭	中國	台灣	馬來西亞	新加坡
規管性質													
自我規管	✓			✓			✓						
與公眾共同規管		✓ ^{註1}				✓		✓	✓				
政府高度監察			✓		✓					✓	✓	✓	✓
規管機構													
規管者	香港醫務委員會	英國醫學總會	(i) 德國醫學協會 (German Medical Association) (ii) 健康內科醫學會 (State Chambers of Physicians)	國家福利和衛生監督局 (National Supervisory Authority for Welfare and Health)	(i) 州醫學委員會聯盟 (Federation of State Medical Boards) (ii) 州醫學委員會 (State Medical Boards)	(i) 加拿大醫療監管機構聯盟 (Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada) (ii) 13省醫療監管機構 (Provincial and Territorial Medical Regulatory Authorities) (iii) 加拿大醫學會 (Medical Council of Canada)	澳洲醫務委員會 (Medical Board of Australia)	新西蘭醫務委員會 (Medical Council of New Zealand)	(i) 衛生部 (ii) 縣級或以上地方政府衛生行政部門	(i) 衛生福利部 (ii) 衛生福利部醫事司	馬來西亞醫藥理事會 (The Malaysian Medical Council)	新加坡醫藥理事會 (The Singapore Medical Council)	
規管機構成員													
業外人士	4 (14%)	6 (50%)	不適用	不適用	2 (8%)	5 (33%)	4 (33%)	4 (33%)	不適用	不適用	不適用	*政府高度監察	
專業成員(選舉)	14 (50%)	0 (0%)	不適用	不適用	0 (0%)	10 (67%)	0 (0%)	4 (33%)	不適用	不適用	11 (33%)	12 (50%)	
專業成員(委任)	10 (36%)	6 (50%)	不適用	不適用	22 (92%)	0 (0%)	8 (67%)	4 (34%)	不適用	不適用	22 (67%)	12 (50%)	
成員總數	28	12	不適用	不適用	24	15	12	12	不適用	不適用	33	24	
					(紐約州)	(卑詩省)							
規管機構的經費來源													
來自專業人士		✓			✓	✓	✓	✓				✓	
來自政府	✓		✓	✓					✓	✓	✓		
教育和培訓的評審制度													
評審機構與規管機構不同	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓	
對海外畢業生的規定													
(a) 認可的海外教育機構/地區名單	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	不適用	✗	✓	✓	
(b) 強制執業資格試	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	不適用	✓	✗	✗	
(c) 語文能力評核	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	不適用	不適用	不適用	✓	
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	✓	✗	✗	✓ ^{註2}	✓	✓	✓	✓	不適用	不適用	✓	✓	
持續專業發展的規定													
強制參加持續專業發展	只適用於專科醫生	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	
重新評審/重新考核													
重新評審/重新考核	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗	✗	
紀律處分機制													
獨立投訴機構	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	
獨立審裁機構	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	不適用	✓	✗	✗	✗	

註1 朝共同規管的方向發展

註2 指歐盟或歐洲經濟區以外的海外畢業生

* 馬來西亞衛生總監(Director General of Health)是馬來西亞醫藥理事會的當然主席；新加坡醫藥服務總監(Director of Medical Services)是新加坡醫藥理事會的註冊官

不適用 = 沒有資料

II. 牙醫

比較範圍	司法管轄區 ^{註1}									
	香港	英國	美國	加拿大	澳洲	新西蘭	中國	台灣	馬來西亞	新加坡
規管性質										
自我規管	✓			✓						
與公眾共同規管		✓ ^{註2}	✓		✓	✓				
政府高度監察		✓					✓	✓	✓	✓
規管機構										
規管者	香港牙醫管理委員會	牙科服務委員會	(i) 美國牙科管理委員會協會 (American Association of Dental Board) (ii) 州/ 地區牙科管理委員會 (State / Regional Dental Boards)	(i) 牙科規管機關及省/ 地區協會 (Dental Regulatory Authorities & Provincial/Territorial Associations) (ii) 加拿大牙科規管機關聯盟 (Canadian Dental Regulatory Authorities Federation)	澳洲牙科管理委員會 (Dental Board of Australia)	新西蘭牙科管理委員會 (Dental Council of New Zealand)	(i) 衛生部 (ii) 縣級或以上地方人民政府衛生行政部門	(i) 衛生福利部 (ii) 衛生福利部醫事司	馬來西亞牙科管理委員會 (The Malaysian Dental Council)	新加坡牙科管理委員會 (The Singapore Dental Council)
規管機構成員										
業外人士	3 (25%)	12 (50%)	1 (6%)	6 (33%)	4 (33%)	3 (30%)	不適用	不適用	* 政府高度監察	
專業成員(選舉)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	不適用	不適用	10 (42%)	4 (36%)
專業成員(委任)	9 (75%)	12 (50%)	17 (94%)	0 (0%)	8 (67%)	7 (70%)	不適用	不適用	12 (50%)	7 (64%)
當然委員	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	不適用	不適用	2 (8%)	0 (0%)
成員總數	12	24	18	18	12	10	不適用	不適用	24	11
			(紐約州)	(卑詩省)						
規管機構的經費來源										
來自專業人士		✓	✓	✓	✓	✓				✓
來自政府	✓						✓	✓	✓	
教育和培訓的評審制度										
評審機構與規管機構不同	*	*	✓	✓	✓	*	*	✓	*	✓
對海外畢業生的規定										
(a) 認可的海外教育機構 / 地區名單	*	✓	各州不同	✓	✓	✓	不適用	*	✓	✓
(b) 強制執業資格試	✓	*		*	*	*	不適用	✓	*	*
(c) 語文能力評核	*	✓	不適用	各省不同	✓	✓	不適用	不適用	不適用	不適用
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	*	✓	不適用	不適用	✓	*	不適用	不適用	不適用	不適用
持續專業發展的規定										
強制參加持續專業發展	只適用於專科牙醫	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
重新評審/ 重新考核										
重新評審/ 重新考核	*	*	✓	*	*	✓	*	*	*	*
紀律處分機制										
獨立投訴機構	*	*	*	*	✓	✓	*	*	*	*
獨立審裁機構	*	*	*	*	不適用	✓	*	*	*	*

註1 芬蘭和德國的資料從缺

註2 朝共同規管的方向發展

* 馬來西亞衛生總監(Director General of Health)是馬來西亞牙科管理委員會的當然主席

不適用 = 沒有資料

III. 護士及助產士

比較範圍	司法管轄區 ^{註1}									
	香港	英國	美國	加拿大	澳洲	新西蘭	中國	台灣	馬來西亞	新加坡
規管性質										
自我規管	✓				✓					
與公眾共同規管		✓ ^{註4}	✓		✓	✓				
政府高度監察		✓				✓	✓	✓	✓	✓
規管機構										
規管者	(i) 香港護士管理局 (ii) 香港助產士管理局	護士及助產士管理局 (Nursing & Midwives Council)	(i) 國家州立護理委員會 (National Council of State Boards of Nursing) (ii) 國家州立護理委員會 (State Boards of Nursing) (iii) 國家州立產科委員會 (State Boards of Midwifery)	(i) 省省護士及助產士規管機構 (Provincial & Territorial Regulatory Bodies for Nurses / Midwives) (ii) 加拿大註冊護士規管協會 (Canadian Council of Registered Nurse Regulators) (iii) 加拿大執業護士規管協會 (Canadian Council for Practical Nurse Regulators) (iv) 加拿大註冊精神科護士 (Registered Psychiatric Nurses of Canada) (v) 加拿大助產士規管聯盟 (Canadian Midwifery Regulators Consortium)	澳洲護理及助產士公會 (Nursing and Midwifery Board of Australia)	(i) 新西蘭護理協會 (Nursing Council of New Zealand) (ii) 新西蘭產科協會 (Midwifery Council of New Zealand)	(i) 衛生部 縣級或以上地方人民政府衛生行政部門 (ii) 護理及健康照護處	(i) 衛生福利部 醫事司 (ii) 馬來西亞護理局 (Malaysian Nursing Board) (iii) 馬來西亞產科委員會 (Malaysian Midwives Board)	新加坡護理局 (Singapore Nursing Board)	
規管機構成員										
業外人士	(i) 3-6 (20%-40%) ^{註2} (ii) 4 (22%)	7 (50%)	(i) 2 (12%) (iii) 1 (8%)	卑詩省註冊護士學院3 (25%) 卑詩省助產士學院3 (33%)	4 (33%)	(i) 3 (33%) (ii) 1 (13%)	不適用	不適用	* 政府高度監察	
專業成員(選舉)	(i) 0 (0%) (ii) 0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	卑詩省註冊護士學院9 (75%) 卑詩省助產士學院6 (67%)	0 (0%)	(i) 6 (67%) (委任及選舉) (ii) 7 (87%) (委任)	不適用	不適用	0 (0%)	0 (0%)
專業成員(委任)	(i) 8-11 (53%-73%) (ii) 12 (67%)	7 (50%)	(i) 15 (88%) (ii) 12 (92%) (紐約州)	卑詩省註冊護士學院 (College of Registered Nurses in BC) 卑詩省助產士學院 (College of Midwives of BC) (British Columbia))	8 (67%)		不適用	不適用	(i) 15 (71%) (ii) 13 (76%)	15 (88%)
當然委員	(i) 1 (7%) (ii) 2 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	不適用	不適用	(i) 6 (20%) (ii) 4 (24%)	2 (12%)
成員總數	(i) 15 (ii) 18	14	(i) 17 (ii) 13 (紐約州)	卑詩省註冊護士學院12 卑詩省助產士學院9 卑詩省註冊護士學院 (College of Registered Nurses in BC) 卑詩省助產士學院 (College of Midwives of BC (British Columbia))	12	(i) 9 (ii) 8	不適用	不適用	(i) 21 (ii) 17	17
規管機構的經費來源										
來自專業人士		✓	✓	✓	✓	✓				✓
來自政府	✓						✓	✓	✓	
教育和培訓的評審制度										
評審機構與規管機構不同	*	*	✓	✓	✓	*	*	*	*	✓
對海外畢業生的規定										
(a) 認可的海外教育機構 / 地區名單	*	✓	各州不同	✓	✓	✓	不適用	*	✓	✓
(b) 強制執業資格試	✓	*		*	*	*	不適用	✓	*	*
(c) 稟文能力評核	✓ ^{註3}	✓	✓	✓	✓	✓	不適用	不適用	✓	不適用
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	*	✓	各州不同	*	*	*	不適用	不適用	*	不適用
持續專業發展的規定										
強制參加持續專業發展	*	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	*
重新評審 / 重新考核										
重新評審 / 重新考核	*	*	✓	*	*	✓	*	*	*	*
紀律處分機制										
獨立投訴機構	*	*	*	*	*	✓	*	*	*	*
獨立審裁機構	*	*	*	*	*	不適用	✓	*	*	*

註1 芬蘭和德國的資料從缺

註2 如果不把醫管局提名的1名委員和從一組獲提名人士(由每所開辦認可護理課程的大專院校提名)中挑選出來的兩名成員視為業外委員，該管理局的業外委員人數會減少3名。根據過往記錄，這些委員通常是註冊護士

註3 只適用於註冊護士

註4 朝共同規管的方向發展

* 馬來西亞衛生總監(Director General of Health)是馬來西亞護理局和馬來西亞產科委員會的當然主席
不適用 = 沒有資料

IV. 中醫

比較範圍	司法管轄區 ^{註1}									
	香港	英國	美國	註3 加拿大 (卑詩省)	澳洲	新西蘭	中國	台灣	馬來西亞	新加坡
規管性質										
自我規管	✓			✓						
與公眾共同規管		不受法定規管	不受法定規管		✓	不受法定規管				
政府高度監察							✓	✓	✓	✓
規管機構										
規管者	香港中醫藥管理委員會			卑詩省中醫師及針灸師管理局 (The College of Traditional Chinese Medicine Practitioners and Acupuncturists of British Columbia)	澳洲中醫管理局 (The Chinese Medicine Board of Australia)		國家中醫藥管理局	衛生福利部中醫藥司	衛生部傳統與輔助醫藥管理局 (Traditional & Complementary Medicine Division of MOH)	中醫管理委員會 (Traditional Chinese Medicine Practitioners Board)
規管機構成員										
業外人士	6-8 (32%-42%) ^{註2}			3 (33%)	至少50%但不多於三分之二的成員須為專業人士，其餘為業外人士		不適用	不適用	不適用	* 政府高度監察
專業成員(選舉)	0 (0%)			6 (67%)			不適用	不適用	不適用	不適用
專業成員(委任)	10-12 (53%-63%)			0 (0%)			不適用	不適用	不適用	不適用
當然委員	1 (5%)			9			不適用	不適用	不適用	1
成員總數	19						不適用	不適用	不適用	不少於5人但不多於9人
規管機構的經費來源										
來自專業人士				不適用	不適用					不適用
來自政府	✓			不適用	不適用		✓	✓	✓	不適用
教育和培訓的評審制度										
評審機構與規管機構不同	✗			不適用	✗		不適用	不適用	不適用	✗
對海外畢業生的規定										
(a) 可認可的海外教育機構/地區名單	✗			不適用	不適用		✓	✗	不適用	✓
(b) 強制執業資格試	✓			不適用	不適用		✗	✓	不適用	✗
(c) 語文能力考核	✗			不適用	✓		不適用	不適用	不適用	不適用
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	✗			不適用	不適用		✓	不適用	不適用	✓
持續專業發展的規定										
強制參加持續專業發展	✓			✓	✓		✓	✓	✗	不適用
重新評審/重新考核										
重新評審/重新考核	✗			不適用	不適用		✗	不適用	不適用	不適用
紀律處分機制										
獨立投訴機構	✗			不適用	不適用		不適用	不適用	不適用	✗
獨立審裁機構	✗			不適用	不適用		不適用	不適用	不適用	✗

註1 芬蘭和德國的資料從缺

註2 如果不把來自香港教育或科研機構的兩名人士視為業外委員，該委員會的業外委員人數會減少兩名。根據過往記錄，這2名委員通常是註冊中醫師或與中醫藥範疇有關人士

註3 加拿大只有卑詩省和安大略省規管中醫

不適用 = 沒有資料

V. 藥劑師

比較範圍	司法管轄區 ^{註1}									
	香港	英國	美國	加拿大	澳洲	新西蘭	中國	台灣	馬來西亞	新加坡
規管醫療人員的性質										
自我規管	✓			✓						
與公眾共同規管		✓ ^{註2}	✓		✓	✓				
政府高度監察		✓					✓	✓	✓	✓
規管機構										
規管者	香港藥劑業及毒藥管理局	(i) 英國藥劑師總會 General Pharmaceutical Council) (ii) 北愛爾蘭藥劑師協會 (Pharmaceutical Society of Northern Ireland) (北愛爾蘭的規管機構)	(i) 美國藥事局全國聯合會 (National Association of Boards of Pharmacy) (ii) 州藥事管理委員會 (State Boards of Pharmacy)	加拿大國家藥品監管協會 (National Association of Pharmacy Regulatory Authorities)	澳洲藥劑學委員會 (Pharmacy Board of Australia)	新西蘭藥劑師協會 (Pharmacy Council of New Zealand)	(i) 衛生部 (ii) 縣級或以上地方人民政府衛生行政部門 (iii) 國家食品藥品監督管理局	衛生福利部	馬來西亞藥品局 (Pharmacy Board Malaysia)	新加坡藥劑師理事會 (Singapore Pharmacy Council)
規管機構成員										
業外人士	3 (27%)	7 (50%)	2 (18%)	4 (33%)	4 (33%)	2 (25%)	不適用	不適用	* 政府高度監察	
專業成員(選舉)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (67%)	0 (0%)	0 (0%)	不適用	不適用	0 (0%)	0 (0%)
專業成員(委任)	5 (46%)	7 (50%)	9 (82%)	0 (0%)	8 (67%)	6 (75%)	不適用	不適用	16 (89%)	9 (82%)
當然委員	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	不適用	不適用	2 (11%)	2 (18%)
成員總數	11	14	11	12	12	8	不適用	不適用	18	11
規管機構的經費來源										
來自專業人士		✓	✓	✓	✓	✓				✓
來自政府	✓						✓	✓	✓	
教育和培訓的評審制度										
評審機構與規管機構不同	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓
對海外畢業生的規定										
(a) 認可的海外教育機構/地區名單	✗	✓	各州不同	✗	✓	✓	不適用	✗	✓	✗
(b) 強制執業資格試	✓	✗		✓ (魁北克省除外)	✗	✗	不適用	✓	✗	✓
(c) 語文能力評核	✗	✓	✓	✓	✓	✓	不適用	不適用	不適用	✓
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	✗	✓	各州不同	各省不同	✓	✓	不適用	不適用	不適用	✓
持續專業發展的規定										
強制參加持續專業發展	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
重新評審/重新考核										
重新評審/重新考核	✗	✗	✓	不適用	✗	✓	不適用	不適用	不適用	不適用
紀律處分機制										
獨立投訴機構	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗
獨立審裁機構	✗	✗	✗	✗	不適用	✓	✗	✗	✗	✗

註1 芬蘭和德國的資料從缺

註2 朝共同規管的方向發展

* 馬來西亞衛生總監(Director General of Health)是馬來西亞藥品局的當然主席

不適用 = 沒有資料

VI. 職業治療師

比較範圍	司法管轄區 註1及註2						新加坡
	香港	英國	澳洲	新西蘭	台灣	馬來西亞	
規管性質							
自我規管	✓						
與公眾共同規管		✓ 註6	✓	✓			不受法定規管
政府高度監察		✓			✓		
規管機構							
規管者	(i) 輔助醫療業管理局 (ii) 職業治療師管理委員會	醫療護理專業管理局 (Health and Care Professions Council) ^{註7}	職業治療委員會 (Occupational Therapy Board)	新西蘭職業治療委員會 (Occupational Therapy Board of New Zealand)	衛生福利部		專職醫療業管理委員會 (The Allied Health Professions Council)
規管機構成員							
業外人士	(i) 6-13 (33%-72%) ^{註3} (ii) 2-3 (18%-27%) ^{註4}	10 (50%)	至少50%但不多於三分之二的成員須為專業人士，其餘為業外人士	2 (29%)	不適用		不適用
專業成員(選舉)	(i) 0 (0%) (ii) 0 (0%)	10 (50%)		5 (71%)	不適用		不適用
專業成員(委任)	(i) 5-12 (28%-67%) (ii) 8-9 (73%-82%)				不適用		不適用
成員總數	(i) 15-18 (ii) 8-11	20		7	不適用		不適用
規管機構的經費來源							
來自專業人士		✓	✓	✓			✓
來自政府	✓				✓		
教育和培訓的評審制度							
評審機構與規管機構不同	✗	✗	✗	✗	不適用		✗
對海外畢業生的規定							
(a) 認可的海外教育機構/地區名單	✓	不適用	不適用	不適用	不適用		✓
(b) 強制執業資格試	註5	不適用	不適用	不適用	不適用		✗
(c) 語文能力評核	✗	不適用	不適用	不適用	不適用		不適用
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	✗	不適用	不適用	不適用	不適用		不適用
持續專業發展的規定							
強制參加持續專業發展	✗	✓	✓	✓	不適用		✗
重新評審/ 重新考核							
重新評審/ 重新考核	✗	✗	不適用	✓	不適用		不適用
紀律處分機制							
獨立投訴機構	✗	✗	✓	✓	不適用		✗
獨立審裁機構	✗	✗	不適用	✓	不適用		✗

註1 中國、芬蘭和德國的資料從缺

註2 美國和加拿大沒有關於比較範圍的資料

註3 如果不把4名非公職人員以及3名分別由中大、港大及理大提名的人士視為業外委員，該委員會的業外委員人數會減少7名。根據過往記錄，除理大提名的人士外，這些委員通常是其他醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員總人數為18名

註4 如果不把1名具備專科資格就專業進修提供意見的人士視為業外委員，該管理委員會的業外委員人數會減少1名。根據過往記錄，該委員通常是來自香港教育機構並且是該輔助醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員總人數為11名

註5 委員會或會要求持有非委員會認可學歷的申請人參加註冊考試

註6 朝共同規管的方向發展

註7 醫療護理專業管理局還規管另外15個醫療專業

不適用 = 沒有資料

VII. 物理治療師

比較範圍	司法管轄區註1及註2					
	香港	英國	澳洲	新西蘭	馬來西亞	新加坡
規管性質						
自我規管	✓					
與公眾共同規管		✓ ^{註6}	✓	✓		
政府高度監察		✓				✓
規管機構						
規管者	(i) 輔助醫療業管理局 (ii) 物理治療師管理委員會 ^{註7}	保健及護理專業公署 (Health and Care Professions Council)	澳洲物理治療協會 (Physiotherapy Board)	新西蘭物理治療師協會 (Physiotherapists Board)		聯合健康專業委員會 (The Allied Health Professions Council)
規管機構成員						
業外人士	(i) 6-13 (33%-72%) ^{註3} (ii) 2-3 (18%-27%) ^{註4}	10 (50%)	至少50%但不多於三分之二的委員須為專業人士，其餘為業外人士	2 (25%)	8 (75%)	不適用
專業成員(選舉)	(i) 0 (0%) (ii) 0 (0%)	10 (50%)				不適用
專業成員(委任)	(i) 5-12 (28%-67%) (ii) 8-9 (73%-82%)					不適用
成員總數	(i) 15-18 (ii) 8-11	20		8		不適用
規管機構的經費來源						
來自專業人士		✓	✓	✓		✓
來自政府	✓					
教育和培訓的評審制度						
評審機構與規管機構不同	✗	✗	✗	不適用		✗
對海外畢業生的規定						
(a) 認可的海外教育機構/ 地區名單	✓	不適用	不適用	不適用		✓
(b) 強制執業資格試	^{註5}	不適用	不適用	不適用		✗
(c) 語文能力評核	✗	不適用	不適用	不適用		不適用
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	✗	不適用	不適用	不適用		不適用
持續專業發展的規定						
強制參加持續專業發展	✗	✓	✓	✓		✗
重新評審/ 重新考核						
重新評審/ 重新考核	✗	✗	不適用	✓		不適用
紀律處分機制						
獨立投訴機構	✗	✗	✓	✓		✗
獨立審裁機構	✗	✗	不適用	✓		✗

註1 中國、芬蘭和德國的資料從缺

註2 美國和加拿大沒有關於比較範圍的資料

註3 如果不把4名非公職人員以及3名分別由中大、港大及理大提名的人士視為業外委員，該委員會的業外委員人數會減少7名。根據過往記錄，除理大提名的人士外，這些委員通常是其他醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員總人數為18名

註4 如果不把1名具備專科資格就專業進修提供意見的人士視為業外委員，該管理委員會的業外委員人數會減少1名。根據過往記錄，該委員通常是來自香港教育機構並且是該輔助醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員總人數為11名

註5 委員會或會要求持有非委員會認可學歷的申請人參加註冊考試

註6 朝共同規管的方向發展

註7 保健及護理專業公署還規管另外15個醫療專業

不適用 = 沒有資料

VIII. 醫務化驗師

比較範圍	司法管轄區 ^{註1及註2}			
	香港	新西蘭	馬來西亞	新加坡
規管性質				
自我規管	✓			
與公眾共同規管		✓		
政府高度監察				
規管機構				
規管者	(i) 輔助醫療業管理局 (ii) 醫務化驗師管理委員會	新西蘭醫療科學委員會 (The Medical Science Council of New Zealand)		
規管機構成員				
業外人士	(i) 6-13 (33%-72%) ^{註3} (ii) 2-3 (18%-27%) ^{註4}	3 (30%)		
專業成員(選舉)	(i) 0 (0%) (ii) 0 (0%)		7 (70%)	
專業成員(委任)	(i) 5-12 (28%-67%) (ii) 8-9 (73%-82%)			
成員總數	(i) 15-18 (ii) 8-11	10		
規管機構的經費來源				
來自專業人士		✓		
來自政府	✓			
教育和培訓的評審制度				
評審機構與規管機構不同	✗	不適用		
對海外畢業生的規定				
(a) 認可的海外教育機構/ 地區名單	按個別情況評估	不適用		
(b) 強制執業資格試	註5	不適用		
(c) 語文能力評核	✗	不適用		
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	✗	不適用		
持續專業發展的規定				
強制參加持續專業發展	✗	✓		
重新評審/ 重新考核				
重新評審/ 重新考核	✗	✓		
紀律處分機制				
獨立投訴機構	✗	✓		
獨立審裁機構	✗	✓		

註1 英國、澳洲、中國、台灣、芬蘭和德國的資料從缺

註2 美國和加拿大沒有關於比較範圍的資料

註3 如果不把4名非公職人員以及3名分別由中大、港大及理大提名的人士視為業外委員，該委員會的業外委員人數會減7名。根據過往記錄，除理大提名的人士外，這些委員通常是其他醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員總人數為18名

註4 如果不把1名具備專科資格就專業進修提供意見的人士視為業外委員，該管理委員會的業外委員人數會減少1名。根據過往記錄，該委員通常是來自香港教育機構並且是該輔助醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員人數為11名

註5 委員會或會要求持有非委員會認可學歷的申請人參加註冊考試

不適用 = 沒有資料

IX. 視光師

比較範圍	司法管轄區 ^{註1 及 註2}					
	香港	英國	澳洲	新西蘭	馬來西亞	新加坡
規管性質						
自我規管	✓					
與公眾共同規管		✓ ^{註6}	✓	✓		
政府高度監察		✓			✓	✓
規管機構						
規管者	(i) 輔助醫療業管理局 (ii) 視光師管理委員會	視光學總會 (General Optical Council)	驗光師公會 (Optometry Board)	驗光師與配鏡師協會 (The Optometrists and Dispensing Opticians Board)	大馬光學理事會 (The Malaysian Optical Council)	驗光師和配鏡師管理委員會 (Optometrists and Opticians Board)
規管機構成員						
業外人士	(i) 6-13 (33%-72%) ^{註3} (ii) 2-3 (18%-27%) ^{註4}	6 (50%)	至少 50% 但不多於三分之二的成員須為專業人士，其餘為業外人士	1 (13%)	不適用	不適用
專業成員(選舉)	(i) 0 (0%) (ii) 0 (0%)	0 (0%)		7 (87%)	不適用	不適用
專業成員(委任)	(i) 5-12 (28%-67%) (ii) 8-9 (73%-82%)	6 (50%)			不適用	不適用
成員總數	(i) 15-18 (ii) 8-11	12		8	不適用	不適用
規管機構的經費來源						
來自專業人士		✓	✓	✓		✓
來自政府	✓				✓	
教育和培訓的評審制度						
評審機構與規管機構不同	✗	✗	✗	不適用	不適用	✗
持續專業發展的規定						
強制參加持續專業發展	✗	✓	✓	✓	不適用	✗
重新評審 / 重新考核						
重新評審 / 重新考核	✗	✗	不適用	不適用	不適用	不適用
紀律處分機制						
獨立投訴機構	✗	✗	✓	✓	✗	✗
獨立審裁機構	✗	✗	不適用	✓	✗	✗

註1 中國、芬蘭和德國的資料從缺

註2 美國和加拿大沒有關於比較範圍的資料

註3 如果不把4名非公職人員以及3名分別由中大、港大及理大提名的人士視為業外委員，該委員會的業外委員人數會減少名。根據過往記錄，除理大提名的人士外，這些委員通常是其他醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員總人數為18名

註4 如果不把1名具備專科資格就專業進修提供意見的人士視為業外委員，該管理委員會的業外委員人數會減少1名。根據過往記錄，該委員通常是來自香港教育機構並且是該輔助醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員總人數為11名

註5 已有很多年沒有需要舉行註冊考試

註6 朝共同規管的方向發展

不適用 = 沒有資料

X. 放射技師

比較範圍	司法管轄區 ^{註1及註2}					
	香港	英國	澳洲	新西蘭	馬來西亞	新加坡
規管性質						
自我規管	✓					
與公眾共同規管		✓ ^{註6}	✓	✓		
政府高度監察		✓				
規管機構						
規管者	(i) 輔助醫療專業管理局 (ii) 放射技師管理委員會	健康與保健專業委員會 (Health and Care Professions Council) ^{註7}	輻射醫療協會 (Medical Radiation Practice Board)	醫學放射技師委員會 (The Medical Radiation Technologists Board)		
規管機構成員						
業外人士	(i) 6-13 (33%-72%) ^{註3} (ii) 2-3 (18%-27%) ^{註4}	10 (50%)	至少50%但不多於三分之二的成員須為專業人士，其餘為業外人士	3(30%)		
專業成員(選舉)	(i) 0 (0%) (ii) 0 (0%)	10 (50%)		7(70%)		
專業成員(委任)	(i) 5-12 (28%-67%) (ii) 8-9 (73%-82%)			10		
成員總數	(i) 15-18 (ii) 8-11	20				
規管機構的經費來源						
來自專業人士		✓	✓	✓		
來自政府	✓					
教育和培訓的評審制度						
評審機構與規管機構不同	*	*	*	不適用		
對海外畢業生的規定						
(a) 認可的海外教育機構/ 地區名單	✓	不適用	不適用	不適用		
(b) 強制執業資格試	註5	不適用	不適用	不適用		
(c) 等級能力評核	*	不適用	不適用	不適用		
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	*	不適用	不適用	不適用		
持續專業發展的規定						
強制參加持續專業發展	*	✓	✓	✓		
重新評審/ 重新考核						
重新評審/ 重新考核	*	*	不適用	✓		
紀律處分機制						
獨立投訴機構	*	*	✓	✓		
獨立審裁機構	*	*	不適用	✓		

註1 中國、台灣、芬蘭和德國的資料從缺

註2 美國和加拿大沒有關於比較範圍的資料

註3 如果不把4名非公職人員以及3名分別由中大、港大及理大提名的人士視為業外委員，該委員會的業外委員人數會減少7名。根據過往記錄，除理大提名的人士外，這些委員通常是其他醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員總人數為18名

註4 如果不把1名具備專科資格就專業進修提供意見的人士視為業外委員，該管理委員會的業外委員人數會減少1名。根據過往記錄，該委員通常是來自香港教育機構並且是該輔助醫療專業的註冊人士。在計算業外委員比例時，假設委員總人數為11名

註5 委員會或會要求持有非委員會認可學歷的申請人參加註冊考試

註6 朝共同規管的方向發展

註7 健康與保健專業委員會還規管另外15個醫療專業

不適用 = 沒有資料

XI. 脊醫

比較範圍	司法管轄區 ^{註1}							
	香港	英國	美國	加拿大	澳洲	新西蘭	台灣	馬來西亞
規管性質								
自我規管	✓			✓				
與公眾共同規管		✓ ^{註3}	✓		✓	✓		
政府高度監察		✓						
規管機構								
規管者	脊醫管理局	英國脊骨療法總理事會 (The General Chiropractic Council)	聯邦整脊醫學執照核發委員會 (The Federation of Chiropractic Licensing Boards)	加拿大按摩療法協會 (The Canadian Chiropractic Association)	澳洲整脊公會 (Chiropractic Board)	新西蘭脊醫協會 (New Zealand Chiropractic Board)		
規管機構成員								
業外人士	5 (50%)	7 (50%)	不適用	不適用		2 (29%)		
專業成員(選舉)	0 (0%)	0 (0%)	不適用	不適用	至少50%但不多於三分之二的成員須為專業人士，其餘為業外人士	5 (71%)		
專業成員(委任)	6 (60%)	7 (50%)	不適用	不適用				
成員總數	10	14	不適用	不適用		7		
規管機構的經費來源								
來自專業人士		✓	✓	✓	✓	✓		
來自政府	✓							
教育和培訓的評審制度								
評審機構與規管機構不同	註2	✗	✓	不適用	✗	不適用		
對海外畢業生的規定								
(a) 認可的海外教育機構/ 地區名單	✓	不適用	不適用	不適用	不適用	✓		
(b) 強制執業資格試	✗	不適用	不適用	不適用	不適用	✗		
(c) 語文能力評核	✗	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用		
(d) 正式註冊前在指定期限內完成在督導下的工作	✗	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用		
持續專業發展的規定								
強制參加持續專業發展	✗	✓	各州不同	各省不同	✓	✓		
重新評審/ 重新考核								
重新評審/ 重新考核	✗	✗	不適用	不適用	不適用	不適用		
紀律處分機制								
獨立投訴機構	✗	不適用	不適用	不適用	✓	✓		
獨立審裁機構	✗	不適用	不適用	不適用	不適用	✓		

註1 中國、芬蘭和德國的資料從缺

註2 香港沒有脊醫培訓課程

註3 朝共同規管的方向發展

不適用 = 沒有資料

資料來源：香港中文大學