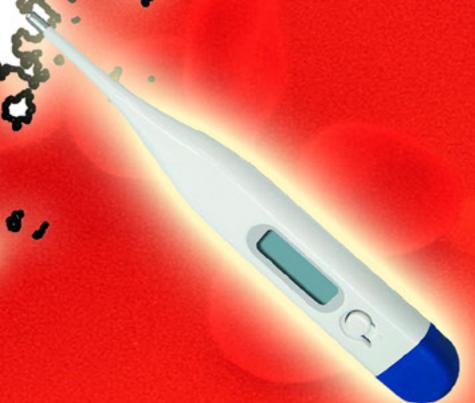
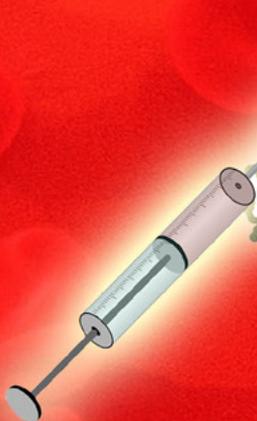


如何建立  
世界級醫療體系





鄧子超 • 吳欣誼 • 歐肇朗 • 林子傑 • 區智恆 • 楊瑋婷 • 楊棟 • 陳麗璇 • 曾維謙 • 林奮強

意見及垂詢：[franklin@hkgolden50.org](mailto:franklin@hkgolden50.org)

# 目錄

- P. 4      **1: 擇要：香港的醫療體系全球首屈一指但已問題叢生——現在是時候把我們醫療體系造好造大，由更好投資及組織我們的醫療硬件和人才做起**
- P. 6      (1) 13個我們必須擴充醫療服務容量的原因
- P. 10     (2) 香港能提供世界級醫療服務的四大理據
- P. 10     (3) 兩個香港醫療體系質量正在下跌的徵兆
- P. 12     (4) 十個我們必須作出的改進以滿足不斷上升的需求，實現香港成為世界級醫療樞紐的潛能
- P. 14     **2: 香港優秀的醫療體系正瀕臨崩潰——需求大增但供應停滯，勢將在未來幾年使醫療體系百上加斤**
- P. 14     (1) 醫療服務需求將加速上升
- (1.1) 人口老化：香港的老年人口（即65歲或以上）預期將於二〇二九年前幾乎增加一倍至逾二百萬人（每年增加4%）
- (1.2) 老年人的住院需求差不多是年輕人口的六倍
- (1.3) 人口增長：根據政府預測，我們的人口至二〇三九年將增加190萬到890萬，或30年增長27%（每年增長0.8%）
- (1.4) 區內對優質醫療服務的需求大增：中國大陸的病人對非產子醫療服務需求在過去四年大增50%（約每年增長11%）。這個增速預期將繼續高企，箇中原因正如訪港旅客在二〇〇九至一一年增加50%一樣
- P. 20     (2) 醫生人手停滯不前
- (2.1) 退休潮：隨著我們老化的人口需求空前龐大的醫療服務，5,000名屬嬰兒潮的醫生（或現時共12,800名醫生人手的40%）卻將於未來二十年退休。這意味著醫生能提供的工作時數相對社會所需，距離將愈來愈遠——醫療人手的短缺將由二〇〇九年的4%增加至二〇一九年的25%（自二〇〇九年至二〇一九年每年增加2.1個百分點）、二〇二九年的45%（自二〇一九年至二〇二九年每年增加2.0個百分點）和二〇三九年的47%（自二〇二九年至二〇三九年每年增加0.2個百分點）。這反映我們頂尖的醫療系統現已或快將到達負荷的臨界點
- (2.2) 能力差距：一個退休醫生理所當然比年輕醫生更有經驗和資歷，接棒即將退休的嬰兒潮醫生的每年420個醫學院學生要到二〇一八年方可畢業。個人而言，他們的經驗與由現在起到二〇三〇年將達退休年齡的5,000個醫生有一段距離。每年420個本地訓練的醫生，要到二〇二〇年代中期，方能累積足夠經驗成為專科醫生
- (2.3) 年代差距：與社會正在改變的常規一樣，年輕醫生希望減短工作時數、更佳的工作與生活平衡以及選擇更低挑戰性的專科

- (2.4) 更多女醫生：每百名男醫生的女醫生數目過去三十年上升了一倍，由19升至現在的40。女醫生通常因為產子及照顧家庭，會在三十多歲選擇退休或轉為兼職。這趨勢將減少醫生的工作時數
- (2.5) 對海外合資格醫生的限制門檻極嚴：二〇〇六至一〇年間的合格率僅5至8%，平均每年只有九名海外合資格醫生（每年新醫生人數的2%）加入本地醫療人手
- (2.6) 支援人手不足：支援人手（如護士、行政人員等）將進一步加重醫生負擔，減低醫療人員和設施的效率

P. 31 (3) 醫院設備日益不足

- (3.1) 公立醫院設施十年如一日：雖然總人口及住院病人在過去十年分別增加6%及8%，但床位數目卻只增加1%，新落成醫院則一間也沒有，但再早十年卻有八間；公立醫院佔總住院病人人次和床位數目80%和75%
- (3.2) 醫療設備投資不足：二〇〇〇至〇九年間的預算減少導致嚴重的硬件不足；36%的公立醫院設備已使用超過十年，正逐漸過時
- (3.3) 私家醫院供應極受政府的制約所限：四分之一病人輪候手術房需要至少十日；私家醫院希望擴充，但政府政策卻不配合

P. 39 3: 香港極有條件成為世界級醫療樞紐

P. 39 (1) 香港的醫療服務質素極佳，物超所值

- (1.1) 最佳排名：香港人的平均預期壽命世界最長，嬰兒夭折率亦是全球最低之一、癌症存活及器官移植存活率全球最高之一
- (1.2) 最佳醫學院：香港大學醫學院在亞洲排名首兩位，中文大學及理工大學的世界級學院亦有相當多在國際得獎的醫療研究和治療方法
- (1.3) 醫療服務物超所值：我們的人均醫療開支在發達國家中屬最低之一，只有美國的三分之一、英國的三分之二、經合組織平均的72%
- (1.4) 病人滿意度極高：超過80%病人給予公立醫院系統「非常好」或「極佳」的評價，只有3%對佔全港總住院病人人次80%的醫管局服務不滿

P. 47 (2) 香港醫療體系的紕漏：醫療事故增加及冗長等候時間都使我們的優良系統蒙上陰影

- (2.1) 醫療事故增加
- (2.2) 冗長等候時間會延誤治療及影響病人康復

P. 51 4: 十個我們必須作出的改進以滿足不斷上升的需求，實現香港成為世界級醫療樞紐的潛能

P. 53 **行動一：建立世界級醫療軟件**

- (1) 增加醫學院收生名額，由每年420個增至約800個（+90%）
- (2) 引入海外合資格醫生以應付即將出現的專科醫生短缺
  - (2.1) 引入新的「有約束註冊」聘用海外合資格專科醫生
  - (2.2) 引入預先認可的醫學院名單，令世界頂尖醫學院畢業生能在不需通過執業資格試下便可經「有限度註冊」在港行醫
  - (2.3) 通過「僱前津貼」吸引海外頂尖醫學院的三年級學生和畢業生回港執業
  - (2.4) 改善海外醫生執業資格試的透明度與實用相關性
  - (2.5) 改組醫務委員會會員的組成，加快其對社會需求的反應
- (3) 成立委員會以統一中央計劃人力資源
- (4) 主動幫助欲回醫管局之私營市場執業醫生
- (5) 擴充醫療支援人員最少三分之一
  - (5.1) 在大學外培訓綜合醫療保健人員
- (6) 增強社區的基層醫療
  - (6.1) 投資予綜合療法
  - (6.2) 建立跨專科社區中心及護理院予長者
  - (6.3) 探索採用部分日本家庭護理「黃金計劃」的可能性
  - (6.4) 建立精神健康中心
  - (6.5) 「回到工作」計劃以支持殘疾公民
- (7) 推廣醫療旅遊

P. 78 **行動二：建立世界級醫療硬件**

- (8) 興建新醫院和擴充現有設施的容量以增加5,000張病床（現時共35,525張病床的14%）
  - (8.1) 興建新公立醫院
  - (8.2) 醫療硬件嚴重不足的地區興建護理院和增加醫院病床
  - (8.3) 增加私家醫院容量
  - (8.4) 在機場環球薈發展醫療中心
- (9) 更換和升級十年以上的醫療設備
- (10) 擴充港大及中大醫學院設施

# 一、擇要：香港的醫療體系全球首屈一指但已問題叢生—— 現在是時候把我們醫療體系造好造大，由更好投資及組織我們的醫療硬件和人才做起

這是香港黃金五十的第四份研究報告。香港黃金五十為一獨立非牟利研究組織，旨在透過客觀的事實和數據，闡釋香港社會和政府必要完成的重大任務，以期把我們稱為「黃金五年」的二〇一〇至一四年間湧入的商機、人才和資金，轉化為一個更繁盛、更富動力、更人性化社會的基礎給我們的下一代。香港黃金五十有兩大核心信念：（一）香港最美好的五十年在我們面前，而非過去；（二）接棒把香港建得更美好的將是我們教育水平最好的「八十後」。

「如何建立世界級醫療體系」建基於我們首三份研究報告，並指出香港在黃金五年內必須作出的行動，以躍升國際都會。一個國際都會吸引世界各地的人才，亦是每個國際公民夢寐以求可以落地生根、成家立室的地方，因此其中一個國際都會必需的條件就是當我們的健康因疾病、意外或年老，都會得到最佳醫療照顧的這種安全感。這種保障和其他因素（詳見我們第二份報告「實現香港潛能 躍升國際都會：借鏡倫敦」第3頁）都是一個國際都會不可或缺的質素，皆因金錢換不到健康，所以疾病帶來的風險，只能透過世界級的醫療體系來減低。

本報告旨在警醒香港人，雖然我們中西醫療都達世界級水平，但由於硬件和醫療人員的短缺，我們的醫療體系已在崩潰邊緣。考慮到可以令香港成為區內主要醫療服務樞紐的有利因素，以及醫療體系正面對自我誘發的公共及私人醫療投資減少帶來的瓶頸，我們在此列出十三個把香港醫療體系容量擴充的原因。

沒有世界級醫療體系，香港躍升國際都會的美夢勢將落空

我們的醫療體系確是世界一流，但由於日益嚴重的硬件及醫療人員短缺，現已瀕臨崩潰

## (1) 13個我們必須擴充醫療服務容量的原因

### 一、醫療服務需求將加速上升

(1) 人口老化：香港的老年人口（即65歲或以上）預期將於二〇二九年前幾乎增加一倍至逾二百萬人（每年增加4%）；

(2) 老年人的住院需求差不多是年輕人口的六倍；

(3) 人口增長：根據政府預測，我們的人口至二〇三九年將增加190萬到890萬，或30年增長27%（每年增長0.8%）；

(4) 區內對優質醫療服務的需求大增：中國大陸的病人對非產子醫療服務需求在過去四年大增50%（約每年增長11%）。這個增速預期將繼續高企，箇中原因正如訪港旅客在二〇〇九至一一年增加50%一樣

### 二、醫生供應正在減少

(1) 退休潮：隨著我們老化的人口需求空前龐大的醫療服務，5,000名屬嬰兒潮的醫生（或現時共12,800名醫生人手的40%）卻將於未來二十年退休。這意味著醫生能提供的工作時數相對社會所需，距離將愈來愈遠——醫療人手的短缺將由二〇〇九年的4%增加至二〇一九年的25%（自二〇〇九年至二〇一九年每年增加2.1個百分點）、二〇二九年的45%（自二〇一九年至二〇二九年每年增加2.0個百分點）和二〇三九年的47%（自二〇二九年至二〇三九年每年增加0.2個百分點）。這反映我們頂尖的醫療系統現已或快將到達負荷的臨界點；

(2) 能力差距：一個退休醫生理所當然比年輕醫生更有經驗和資歷，接棒即將退休的嬰兒潮醫生的每年420個醫學院學生要到二〇一八年方可畢業。個人而言，他們的經驗和能力都由現在起到二〇三〇年將達退休年齡的5,000個醫生有一段距離。事實上，每年420個本地訓練的醫生，要到二〇二〇年代中期，方能累積足夠經驗成為專科醫生；

(3) 年代差距：與社會正在改變的常規一樣，年輕醫生希望減短工作時數、更佳的工作與生活平衡以及選擇更低挑戰性的專科；

(4) 更多女醫生：每百名男醫生的女醫生數目過去三十年上升了一倍，由19升至現在的40。女醫生通常因為產子及照顧家庭，會在三十多歲選擇退休或轉為兼職。這趨勢將減少醫生的工作時數；

(5) 對海外合資格醫生的限制門檻極嚴：二〇〇六至一〇年間的合格率僅5至8%，平均每年只有九名海外合資格醫生（每年新醫生人數的2%）加入本地醫療人手；

(6) 支援人手不足：支援人手（如護士、行政人員等）將進一步加重醫生負擔，減低醫療人員和設施的效率

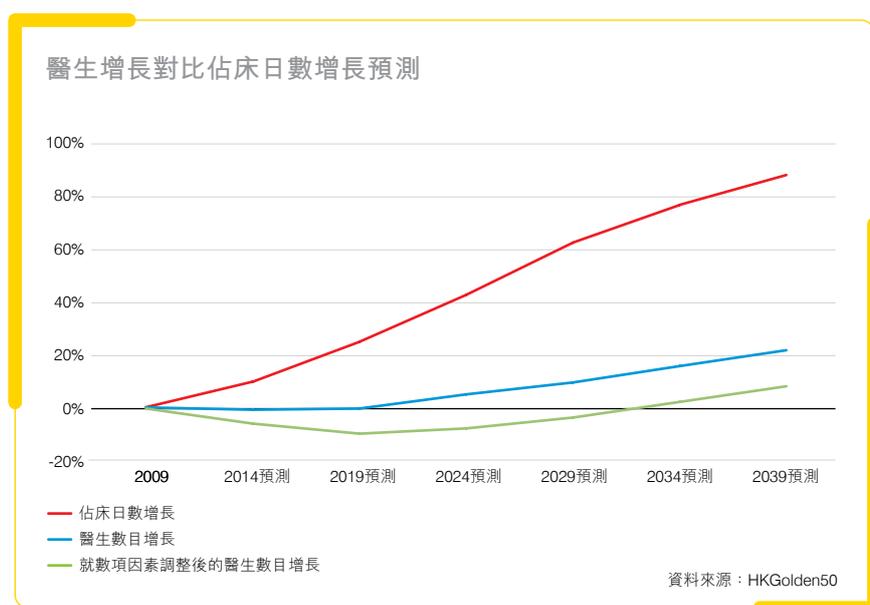
### **三、醫院設備日益不足**

(1) 公立醫院設施十年如一日：雖然總人口及住院病人在過去十年分別增加6%及8%，但床位數目卻只增加1%，新落成醫院則一間也沒有，但再早十年卻有八間；公立醫院佔總住院病人人次和床位數目80%和75%；

(2) 醫療設備投資不足：二〇〇〇至〇九年間的預算減少導致嚴重的硬件不足；36%的公立醫院設備已使用超過十年，正逐漸過時

(3) 私家醫院供應有限：四分之一病人輪候手術房需要至少十日；私家醫院希望擴充，但政府政策卻不配合

下圖展示對醫療服務需求與醫生服務供應日益擴大的差距——此趨勢實令人憂慮，需要即時（增加供應需較長時間的滯後）及積極的供給反應（因供求差距並不會縮小）：



醫療服務的需求與供應差距  
將為香港歷來最大

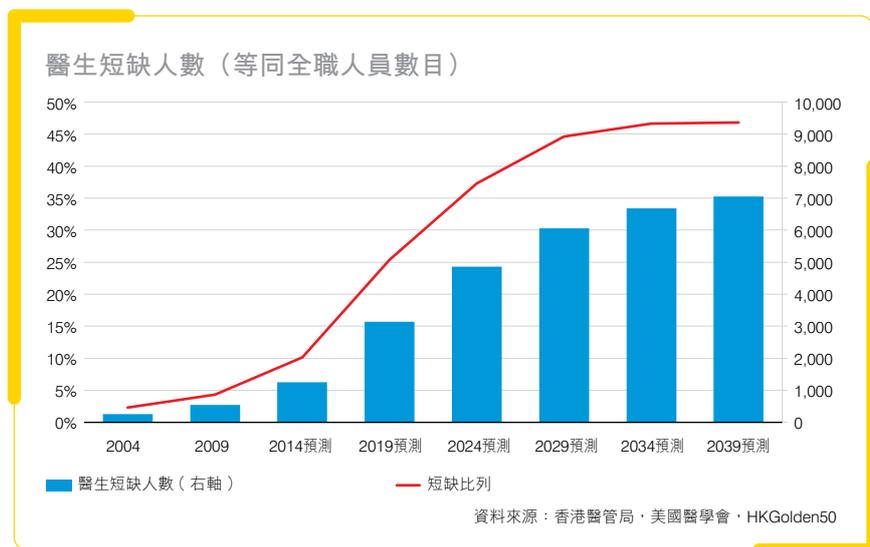
加權因素：

- i. 年輕醫生較早離開公營系統，亦因此在三十多歲後期工作時數將減少
- ii. 女醫生工作時數比男醫生少2.8%（根據美國醫學會數字）

5,000名屬嬰兒潮（現45至54歲）的醫生（或現時總醫生人手的40%）將於未來二十年退休，而香港老年人口亦將在二〇二九年增至破紀錄的二百萬（幾乎是二〇一二年的兩倍；每年增長4%）。不同研究均指出在二〇〇九年，現時醫管局內的醫生短缺已達200人（或整體醫生人手1.5%）。我們的推算亦發現香港現時已達4.5%的醫生短缺將在未來二十年以每年280人（約整體醫生人手2%）的速度惡化。長此下去，至二〇二九年，我們將總共缺少6,050名（或約45%）醫生，至二〇三九年更將增至7,000名（或46%）醫生。

這些數字反映，假如像沙士般的疫症再度襲港，我們已瀕臨崩潰的醫療系統將無法應付，病人將得不到所需的醫療照顧。我們訪問過的醫生亦表示，他們相信如現時的醫療體系沒有任何「冗餘容量」，根本無法容納如此衝擊。

現時已達4.5%的醫生短缺將以每年2個百分點的速度惡化。數字顯示假如沙士再次襲港，我們瀕臨崩潰的醫療系統將無法應付



## (2) 香港能提供世界級醫療服務的四大理據

縱然如此，香港的醫療服務無容置疑是世界一流。第三章將列出四個指標解釋為何香港有條件成為世界級醫療樞紐：

四大理據論證香港能提供世界級醫療服務

(1) 最佳排名：香港人的平均預期壽命世界數一數二，嬰兒夭折率亦是全球最低之一、癌症存活及器官移植存活率全球最高之一；

(2) 最佳醫學院：香港的醫學院在亞洲排名首兩位，我們世界級的學院亦有相當多在國際得獎的醫療研究和治療方法；

(3) 醫療服務物超所值：香港的人均醫療開支在發達國家中屬最低之一，只有美國的三分之一、英國的三分之二、經合組織平均的72%；

(4) 病人滿意度極高：超過80%病人給予公立醫院系統「非常好」或「極佳」的評價，只有3%對佔全港總住院病人人次80%的醫管局服務不滿

## (3) 兩個香港醫療體系質量正在下跌的徵兆

雖然我們的醫療水平世界一流，但我們的醫療體系已紕漏處處，百病叢生：

(1) 醫療事故增加：嚴重醫療事故二〇〇九至一〇年間增加三分之一，和解二〇〇六至一一年間600多宗醫療事故糾紛花費共港幣4,000萬港元；

(2) 冗長等候時間：當急症服務等候時間長達3.5小時，專科醫療服務更要等上一年，病人可獲的醫療服務實相當有限

這些是我們系統不勝負荷的先兆，印證我們的推算。第8及9頁的兩圖明確指出聘請更多醫生的需要，然而訓練一個專科醫生需十年時間。換句話說，即使我們現時立即行動，增加醫學院收生，我們的新增醫學生也要到二〇二五年才可以成為專科醫生。因此，由現在起至二〇二五年的13年「真空」期，增加聘請海外醫生以減輕負擔實在無可避免。

現時海外合資格醫生在港執業受「醫生註冊條例」第八條所限，基本上非港大或中文畢業生便不能在港成為合資格醫療人員，除非他/她：

- (1) 已通過執業資格試
- (2) 完成一段時間醫委會批准類型的全時間醫學訓練（一般為12個月）

要令引入海外醫生更具靈活性，醫生註冊條例的相關條例需要修訂。雖然基本法142條訂明專業團體「可自行審核和頒授專業資格」，但需注意此條例並不限制專業團體只能自行審核和頒授專業資格。條例使用「可」一字顯表這是一個可行選項，而非必需要求。

基本法142條亦訂明政府「可根據社會發展需要並諮詢有關方面的意見，承認新的專業和專業團體」。換句話說，政府有權按需要引入一個新的專業團體，與醫委會一同或獨立運作。法例並訂明政府可「自行制定有關評審各種專業的執業資格」，故此政府其實有廣泛權力重訂醫生執業資格的評審辦法。

#### (4) 十個我們必須作出的改進以滿足不斷上升的需求，實現香港成為世界級醫療樞紐的潛能

在第四章我們將述改善我們醫療體系硬件和軟件的行動綱領和目標，以確保我們的醫療體系長遠有充足資源支持我們的社區，同時令香港成為醫療服務樞紐，以同時服務本地與外地病人，保障所有人的身心健康。

我們有責任讓香港的醫療體系在人口老化下免陷崩潰：在黃金五年的首四年預期出現共3,500億財政盈餘下投放更多資源在醫療體系中。醫療體系必需建立冗餘容量，以應付隨時降臨的災害，但過去十年我們卻背道而馳（一間新醫院也沒建）。坐言起行，由現在起為我們的市民投資一個更健康的未來，刻不容緩。

## 十項投資改進我們的醫療體系

建立世界級醫療軟件	資本開支 十億港元	每年營運支出 十億港元
(1) 增加醫學院收生名額，由每年420個增至約800個(+90%)	N.A.	1
(2) 引入海外合資格醫生以應付即將出現的專科醫生短缺	N.A.	0.5
(2.1) 引入新的「有約束註冊」聘用海外合資格專科醫生		
(2.2) 引入預先認可的醫學院名單，令世界頂尖醫學院畢業生能在不需通過執業資格試下便可在港經「有限度註冊」在港行醫		
(2.3) 通過「臨床年級招聘計劃」吸引海外頂尖醫學院學生和畢業生回港執業		
(2.4) 建立精神健康中心		
(2.5) 改組醫務委員會會員的組成，加快其對社會需求的反應		
(3) 成立委員會以統一中央計劃人力資源	N.A.	0
(4) 主動幫助欲回醫管局之私營市場執業醫生	N.A.	0.5
(5) 擴充醫療支援人員最少三分之一	N.A.	5
(5.1) 在大學外培訓綜合醫療保健人員		
(6) 增強社區的基層醫療	10	3
(6.1) 投資予綜合療法		
(6.2) 建立跨專科社區中心及護理院予65歲以上長者		
(6.3) 探索部分採用日本家庭護理的黃金計劃		
(6.4) 建立精神健康中心		
(6.5) 「回到工作」計劃以支持殘疾公民		
(7) 推廣醫療旅遊	N.A.	0
<b>建立世界級醫療硬件</b>		
(8) 興建新醫院和擴充現有設施的容量以增加5,000張病床	20	10
(8.1) 興建新公立醫院		
(8.2) 嚴重不足的地區興建護理院和增加醫院病床		
(8.3) 增加私家醫院容量		
(8.4) 在機場環球發展醫療中心		
(9) 更換和升級十年以上的醫療設備	7	2
(10) 擴充港大及中大醫學院設施*	3	N.A.
<b>總和</b>	<b>40</b>	<b>22</b>

我們誠摯希望您覺得本報告資料齊備，有所價值。請隨時把您寶貴的意見電郵至[friends@hkgolden50.org](mailto:friends@hkgolden50.org)，並瀏覽我們的網頁[www.hkgolden50.org](http://www.hkgolden50.org)。

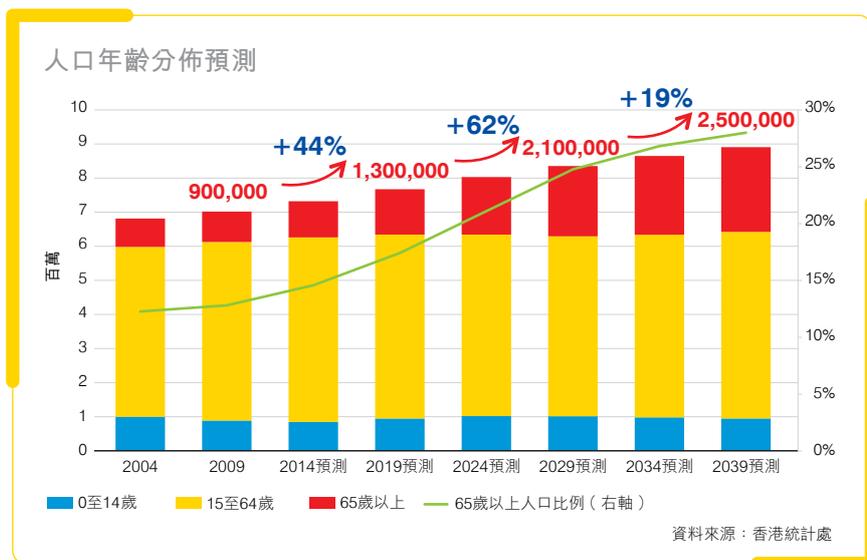
## 二、香港優秀的醫療體系正瀕臨崩潰——需求大增但供應停滯，勢將在未來幾年使醫療體系百上加斤

### (1) 醫療服務需求將加速上升

(1.1) 人口老化：我們的老年人口（即65歲或以上）預期將於二〇二九年前幾乎增加一倍至逾二百萬人

我們的人口數字顯示，香港的人口分布正經歷一次前所未有的改變。老年人口（65歲以上）將在二十年內由約九十萬大增一倍至約二百一十萬（每年增加4%），並在二〇三九年幾乎增加兩倍（由九十萬增至二百五十萬，增加170%）。這對社會的含義重大：我們的長者服務需求，包括醫療服務必將急增，但供應卻遠追不上。

醫療需求將在十五年內急增，而人口老化將為社會資源分配帶來前所未有的改變

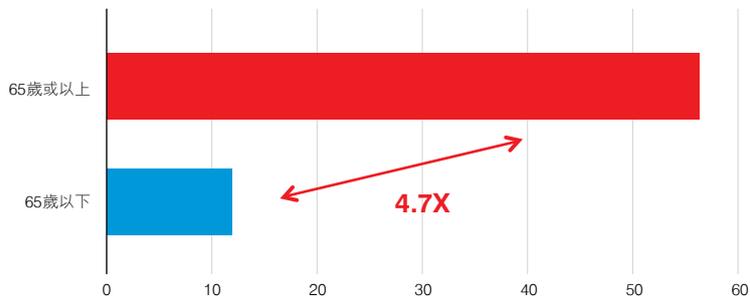


### (1.2) 老年人的住院需求差不多是年輕人口的六倍

老年人的住院需求差不多是年輕人口的六倍——一個長者病人平均入院次數是非長者的4.7倍，而平均留院日數是非長者的1.3倍。換句話說，即使香港的人口停止增長，醫療服務需求依然會以香港從未經歷的步伐增長，更遑論我們的人口將以每年0.7%增長。只以公立醫院而論，長者便佔整體住院人數的42%。

老年人的住院需求差不多是  
年輕人口的六倍

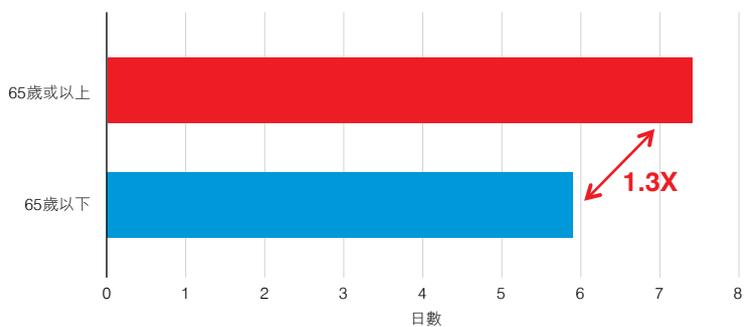
每百人平均入公立醫院次數



資料來源：香港醫管局

長者病人平均入院次數是非長者的4.7倍

平均留院日數



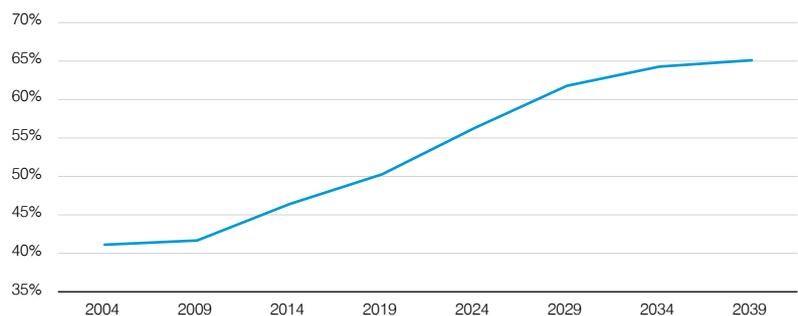
資料來源：香港醫管局

長者病人平均留院日數是非長者的1.3倍

在二〇〇〇年至二〇〇九年，長者人口共增加了165,000人（或23%），同期長者佔整體住院人數比例已由38%增至42%，這比例預期於二〇一九年增至50%（每年增加1.9個百分點），於二〇二九年增至62%（每年增加2個百分點）。

長者佔整體住院人數比例由二〇〇〇的38%增至〇九年的42%，同期長者人口增加了165,000（或23%）

65歲以上長者佔公立醫院住院人次百分比

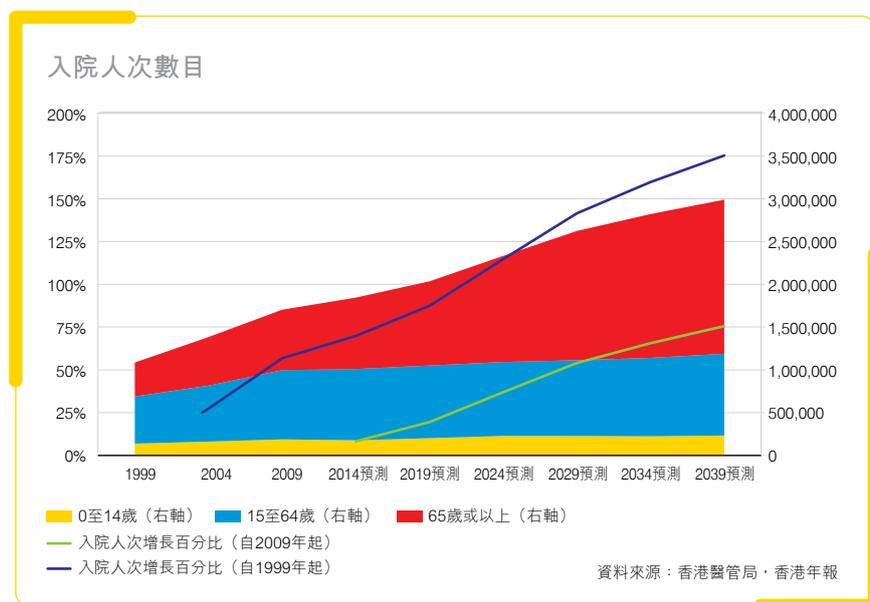


資料來源：香港醫管局

### (1.3) 人口增長：根據政府預測，我們的人口至二〇三九年將增加190萬到890萬，或27年增長27%

根據政府預測，我們的人口至二〇三九年將增加190萬到890萬，或27年增長27%。考慮到人口增長與老化的影響，即使我們假設病人將來不會要求更多醫療服務（我們相信在香港不大可能），我們的人口分布都將會令香港的住院人次在二十年間增加55%（或約90萬人次），三十年則增加75%（或約130萬人次）。換言之，香港的住院病人數目每年將增加1.9%，比人口增長速度快1.1%。假如我們無法處理自二〇〇三年增加了每年42,000宗，至現時89,000個的新生嬰兒，我們如何期待醫療體系可以支撐額外130萬住院人次？任何身有重疾的人看過後頁圖表都應該會盤算未來二、三十年應該移居何地。

現時，香港每年有約170萬住院病人，在二十年間這將增加55%，三十年則增加75%；假如我們連應付每年新生嬰兒數目增加42,000宗（或90%）也疲於奔命，如何期望醫療體系可以支撐多130萬住院病人？

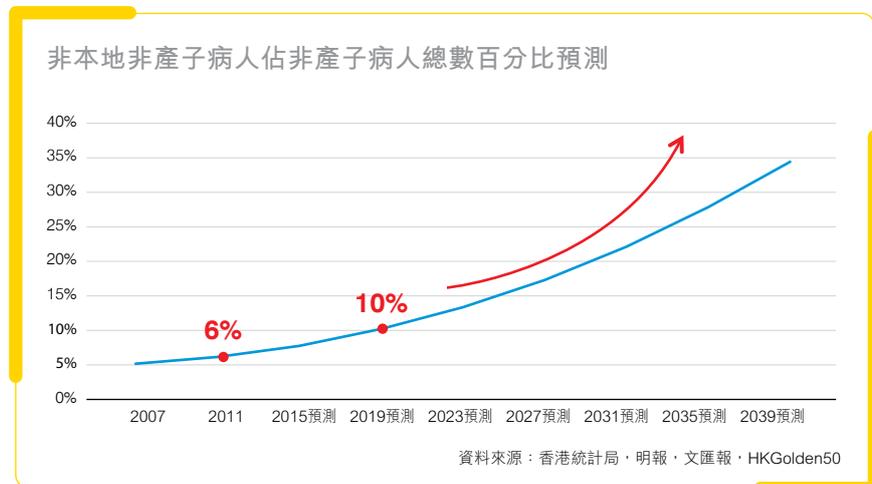


(1.4) 區內對優質醫療服務的需求大增：中國大陸的病人對非產子醫療服務需求在過去四年大增50%（約每年增長11%）

。這個增速預期將繼續高企，箇中原因正如訪港旅客在二〇〇九至一一年增加50%一樣

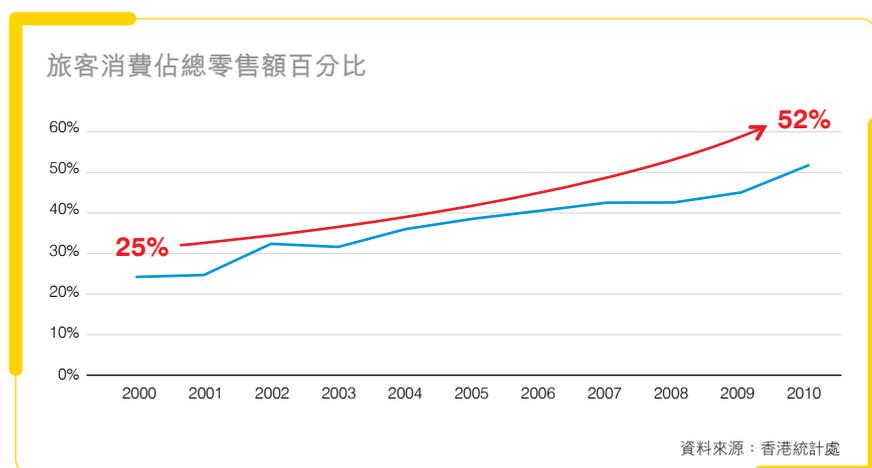
除了本地對醫療服務的需求增加，內地對我們的醫療服務需求同樣與日俱增。過去數年，傳媒有關內地人對來港產子的殷切需求早已大量報導，然而這現象並非單一事件——二〇〇七至一一年間，私家醫院中非本地非產子病人增加了50%，每年增速達11%，比本地病人的增速（年均6%）快一倍。未來二十年，非本地非產子病人佔總私營醫療體系需求將持續增加，預計到二〇三〇年將達五分之一，二〇三九年更達35%。

內地非產子醫療服務使用者在二〇〇七至一一年間以每年11%的速度增加



內地人對醫療服務需求的增加與內地訪港旅客以每年16%增長勢頭如一，後者自〇七年起至今已增加80%。隨著愈來愈多內地旅客訪港並發現我們除了一流的零售業，還有世界級的醫療服務，內地旅客很快便會「著了香港醫療服務迷」（有關香港與內地醫療質素的巨大差異，詳見第三部分）。此一勢頭早在形成——一所48,000平方呎的醫療中心便在「內地遊客密集區」尖沙咀的海洋中心十二樓全層開幕。另外，明德國際醫院醫務所、醫匯醫務中心和其他私人醫療服務提供者都可以服務在廣東道購物後的內地旅客。

這一上升勢頭很可能與內地訪港旅客（自二〇〇七年起增加80%）呈「J曲線」上升一樣



一般而言，內地中產人士先消費香港的品牌貨品，接著是優質服務如醫療、教育等。隨著耗資620億港元建造的廣深港高速鐵路在二〇一六年初開幕，香港將可以為48分鐘車程以內富裕的廣東城市如廣州、東莞和深圳等提供優質醫療服務。因此，我們的醫療服務需求很有可能與在港旅客消費增長相若——二〇一〇年，入境旅遊相關消費佔本港零售額52%，自二〇〇〇年起增加近30個百分點。

二〇一六年起，富裕的廣州中產人士與香港的優質醫療服務，在廣深港高速鐵路通車後，只有48分鐘距離

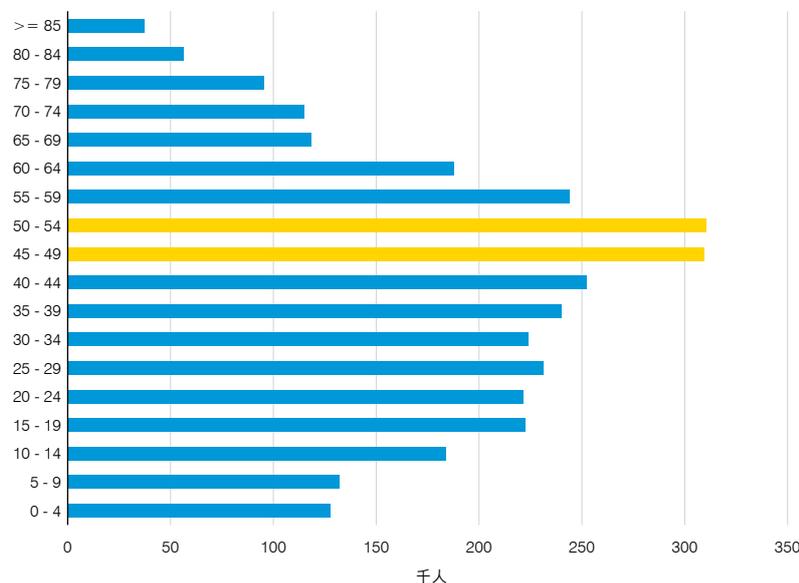
## (2) 醫生人手正在縮減

(2.1) 退休潮：隨著我們老化的人口需求空前龐大的醫療服務，5,000名屬嬰兒潮的醫生（或現時共12,800名醫生人手的40%）卻將於未來二十年退休。這意味著醫生能提供的工作時數相對社會所需，距離將愈來愈遠——醫療人手的短缺將由二〇〇九年的4%增加至二〇一九年的25%（自二〇〇九年至二〇一九年每年增加2.1個百分點）、二〇二九年的45%（自二〇一九年至二〇二九年每年增加2.0個百分點）和二〇三九年的47%（自二〇二九年至二〇三九年每年增加0.2個百分點）。這反映我們頂尖的醫療系統現已或快將到達負荷的臨界點

我們的第三份報告已指出退休潮的影響——我們的勞動人口過去十年增加了約10%，但隨著嬰兒潮在未來一、二十年退休，我們的勞動力將在未來十年減少6%，醫生的情況亦相若。以醫管局內的醫生（佔所有已登記醫生四成）為例，便有1,100名46歲或以上的醫生，佔公營醫療體系醫生數目的兩成。這些醫生很多都相當資深而且醫術精湛，但未來二十年，這些醫生都將會退休（希望他們屆時已把知識技術傳授給新一代）。私營體系的情況更甚，因為很多醫生在事業的早期便成立自己的醫務所。約4,000名46歲或以上的醫生仍然登記為在私人市場執業，加上醫管局內的1,100名同一年齡層的醫生，這約5,000名46歲或以上醫生便佔醫生總人數的40%。

醫療服務需求上升加上醫生退休潮足可令我們的系統崩潰

佔香港男性最多的年齡群：45-54歲(黃金五十)

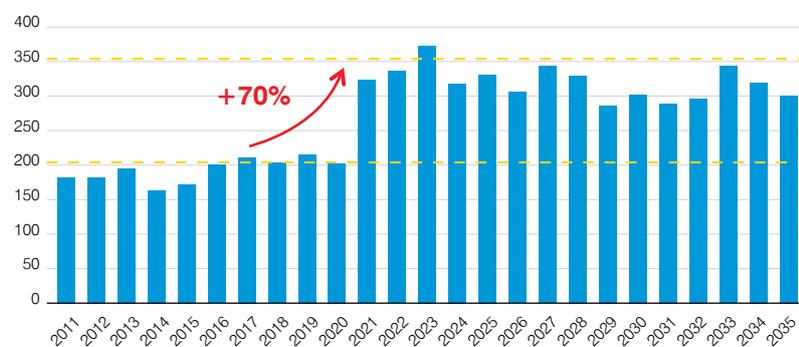


資料來源：香港統計處

至二〇二〇年代初，退休人數將會急增，每年將有逾300名醫生退休。將來數年醫生的退休人數將急增70%，在二〇二五至三五年的十年間，將會有共3,000個醫生退休，佔醫生總人數25%。換言之，我們四分一的醫生將會在我們老年人口增至破紀錄的200萬（佔香港人口四分之一）時退休。急切增加醫療硬件與軟件，實在刻不容緩。

將來數年醫生的退休人數將急增70%，在二〇二五至三五年的十年間，我們四分之一的醫生都將會退休

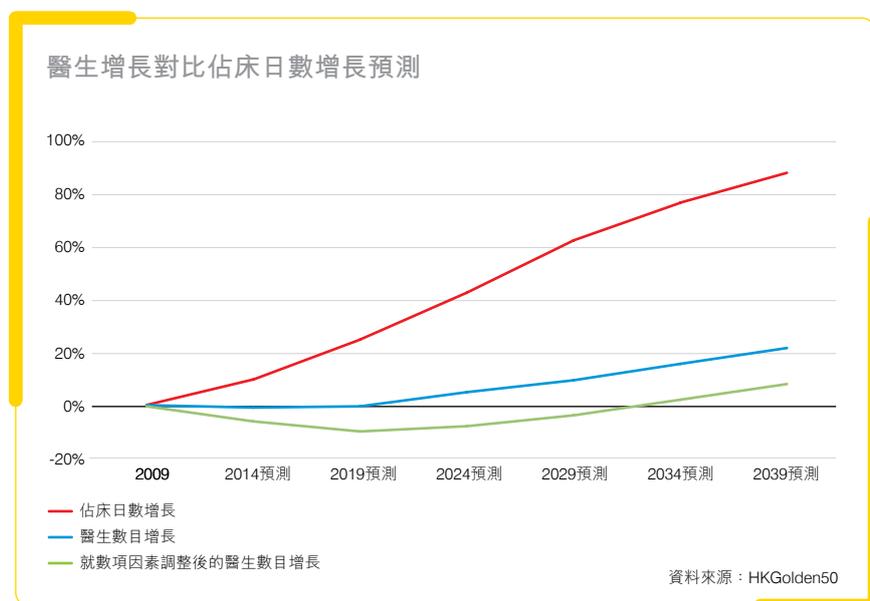
每年退休醫生數目預測



資料來源：香港年報，香港醫管局

當5,000名醫生將會退休而過去十年年均只有280名新力軍加入，醫生總數在未來十年將會停滯。至二〇一九年，醫生總數目將僅12,400個，基本上與二〇〇九年數目相同，但同期的住院服務需求卻會增加25%。至二〇二九年，當住院服務需求增加了約63%，醫生總數目將只增加10%至13,600個。二〇三九年，醫生總數目亦只會增加至約15,000個，即比二〇〇九年增加20%，但住院人次卻將因老年人口的增加而上升88%。醫生人手的嚴重短缺迫在眉睫。

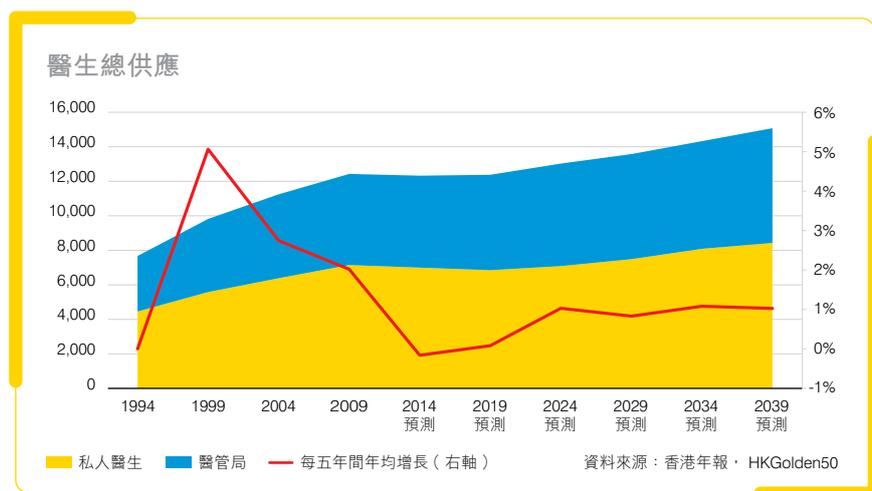
醫生總數在未來十年將會停滯，而未來三十年亦只會增加25%



(2.2) 能力差距：一個退休醫生理所當然比年輕醫生更有經驗和資歷，接棒即將退休的嬰兒潮醫生的每年420個醫學院學生要到二〇一八年方可畢業。個人而言，他們的經驗與由現在起到二〇三〇年將達退休年齡的5,000個醫生有一段距離。每年420個本地訓練的醫生，要到二〇二〇年代中期，方能累積足夠經驗成為專科醫生

雖然政府已撥出資源，由二〇一二年起增加醫學院收生人數至每年420人（比一九九〇年代高出30%，更比二〇〇〇年代高出約50%），以期補回過去十年的嚴重不足。但是，補充的速度實在不足以滿足未來十年不斷上升的需求。這420名新生要到二〇一八年方能畢業，而他們的經驗和能力都可能跟現在起到二〇三〇年將達退休年齡的5,000個醫生有一段距離。事實上，每年420個本地訓練的醫生，要到二〇二五年方能累積足夠經驗成為專科醫生。因此，我們不但不能在數字上補回足夠醫生，在經驗和資歷上的補充更是不足。

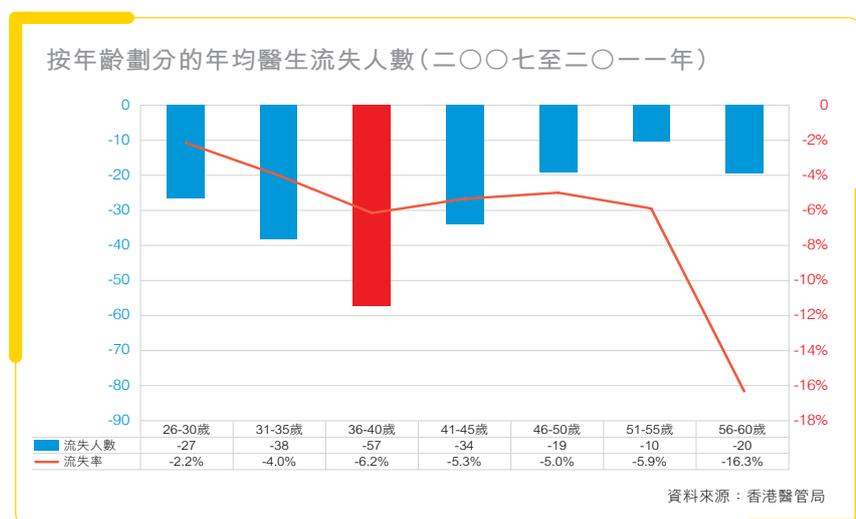
補充的速度不夠——所有醫生的三分之一將在未來二十年退休



### (2.3) 年代差距：與社會正在改變的常規一樣，年輕醫生希望減短工作時數、更佳的工作與生活平衡以及選擇更低挑戰性的專科

隨著醫療需求日益增加而醫生供應繼續下跌，年輕的醫生更要求較短的工作時數——這在新世代中並不罕見。與消防員要求每星期工作48小時相比，醫生要求每星期工時少於65小時（相較於現時的逾70小時）亦不為過。中文大學校長沈祖堯醫生在二〇一二年四月南華早報的訪問中亦指「年輕醫生的社會價值觀正在改變」。他們要求較短的工作時間，正好反映他們重視工作與生活的平衡，並可能在更大程度上把醫生工作視為職業而非使命。因此，他們當中很多人在36至40歲間取得專科資格後便選擇投身工時較短亦較靈活的私營體系。下圖顯示此一趨勢——約30%離開醫管局的醫生正來自這一年齡組別。這年齡組別的流失率為眾多組別第二高（每年6.2%），僅次於56至60歲的16%——而後者的高流失率是由於他們年近退休，自然不過，但36至40歲醫生離開的原因卻多是因為他們在獲得專科資格後轉投私家醫院。這趨勢必使香港需要更多的醫生。

對較短工時的期望使對醫生數目的需求更高



## 新一代的醫生選擇較低挑戰性的範疇

除了要求較佳的工作與生活平衡，年輕醫生亦較少選擇具挑戰性的專科如內科。在收入相若但工時明顯較長的情況下，數字顯示新一代的醫生不大願意選擇要求苛刻的專科範疇。過去兩年，只有兩名醫生登記成為內科專科醫生。內科專科對老化的人口尤為重要，皆因所有嚴重疾病的病人都需要內科專科醫生。這關鍵專科人手的增加數字相比加入因工作時數較短及較少需要通宵工作而成為年輕醫生間之新貴麻醉科的二十人，可謂軟弱無力。

### 新註冊專科醫生數目

專科	5年增長 (2006-2010)	5年增長幅度 (2006-2010)	10年增長 (2001-2010)	10年增長幅度 (2001-2010)
內科	0	0%	2	2%
小兒外科	9	7%	28	26%
兒科	48	11%	139	41%
婦產科	38	12%	75	26%
整形外科	5	12%	15	47%
外科	66	20%	168	71%
麻醉科	64	25%	157	93%
老人科	21	27%	46	85%
精神科	79	46%	149	145%
急症科	82	57%	164	260%
總專科醫生	984	24%	2169	76%

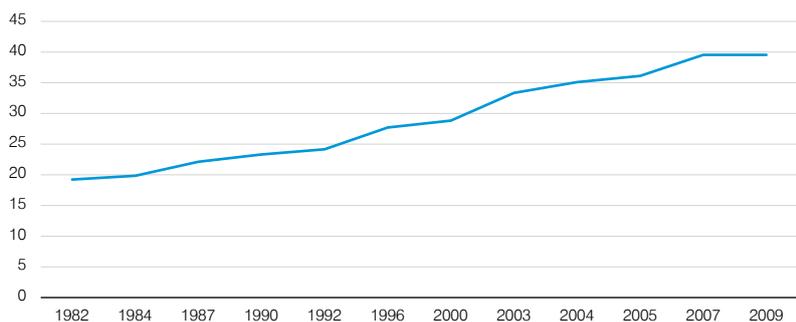
資料來源：香港醫管局

(2.4) 更多女醫生：每百名男醫生的女醫生數目過去三十年上升了一倍，由19升至現在的40。女醫生通常因為產子及照顧家庭，會在三十多歲選擇退休或轉為兼職。這趨勢將減少醫生的工作時數

過去三十年，每百名男醫生的女醫生數目上升了一倍，自19一路升至現在的40。這趨勢預期將繼續，尤其當香港兩所醫學院在二〇〇四至〇九年的五年間，有三年女學生人數都比男學生多。

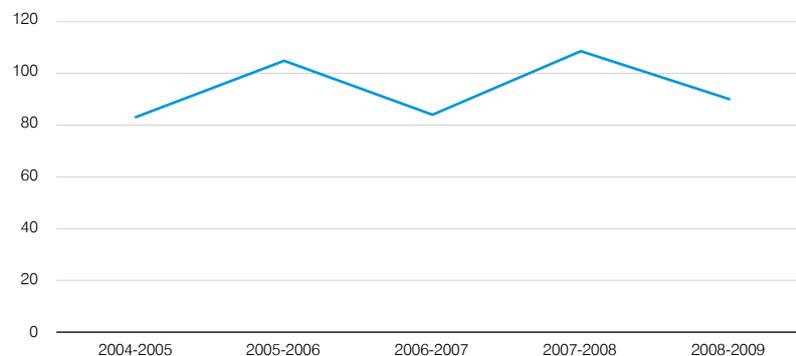
過去三十年，每百名男醫生的女醫生數目上升了一倍，自19一路升至現在的40

每一百名男性醫生的女性醫生數目比例



資料來源：香港衛生署

每一百名男性醫科生的女性醫科生數目比例

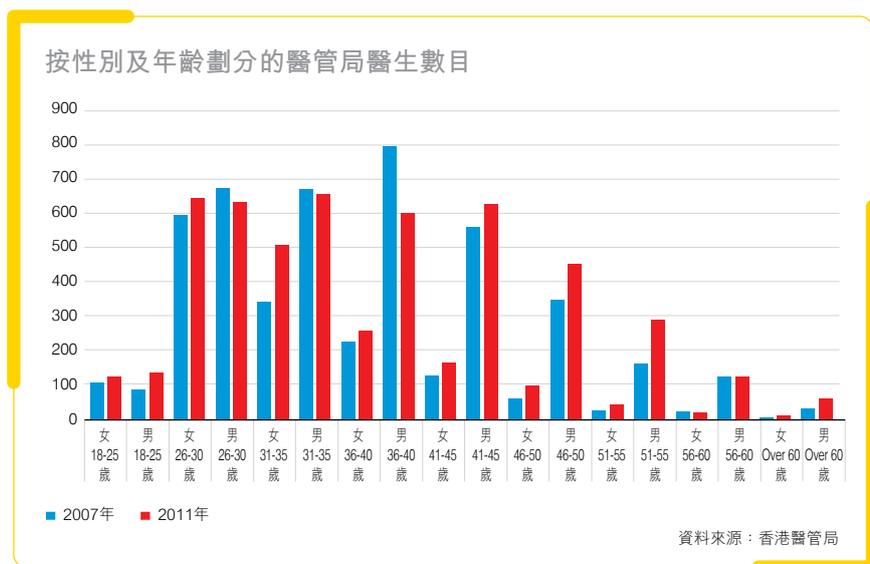


資料來源：香港大學、香港中文大學

女醫生相比男醫生，通常會較早退休或轉為兼職。香港女醫生協會的一項查發現，逾七成女醫生表示她們與家人相處的時間不足，而65%的女醫生希望每星期工作時數不多於45小時，只有10%願意一星期工作多於56小時。今天接近50%醫學院畢業生為女性，表示所有醫生的總工作時數將隨著女醫生步入三十歲而逐步減少。二〇〇七至一一年間，15%的女醫生（約100名）在三十歲出頭離開醫管局體系（比男醫生的3%高12個百分點）。

我們現時的人生有30%是女醫生，她們比較多人會較早退休或轉為兼職

女性對於家庭與工作的掙扎比男性大相當自然，她們選擇到較靈活的私營體系工作亦很合理。海外研究亦指出，女醫生的工作量相對較少。美國醫學會的一項研究發現女醫生的工作時數平均是男醫生的97.2%。雖然香港暫未有這方面的正式研究，但從大量女醫生在獲得專科後離開醫管局看出推斷，我們可粗略估計香港女醫生的工作時數比美國女醫生更低。亦因此，女醫生比例增加將減少醫生的總工作時數。



(2.5) 對海外合資格醫生的限制門檻極嚴：二〇〇六至一〇年間的合格率僅5至8%，平均每年只有九名海外合資格醫生（每年新醫生人數的2%）加入本地醫療人手

現時，香港醫生的供應仍是非常倚重本地畢業生，每年招收的海外合資格醫生僅維持在單位數字。在二〇〇六至二〇一〇年間，平均每年只有九名海外醫生（每年新醫生人數的2%）加入香港醫療體系。我們現時的制度要求海外醫生通過三個執業資格試並完成十二個月的實習，才可獲得正式執業醫生資格。

執業資格試在香港每年舉行一次，分為三個部分：

**第一部份：專業知識考試**

**第二部份：醫學英語技能水平測驗**

**第三部份：臨床考試**

理論上，執業資格試應是一個透過防止水平不夠的醫生來港執業而影響香港醫療服務質素的良方。可是，執業資格試制度卻為不少醫生詬病，主要原因為下：

- (1) 透明度不足：考生不能輕易取得詳細考試範圍及過往試卷，卻要以口口相傳的方式得知考核課題來應試；
- (2) 流於課本/ 技術性/ 不實用的試題種類：第一部分考試主要考核課本知識，不少試題的情況均甚少出現在現實的臨床個案中。很多富經驗醫生已執業多年，卻由於試題中知識在日常診症中無需應用，而不能輕易解答試題。不少醫生皆批評資格試制度已過時，並未能有效分辨能力高的醫生。

(3) 低合格率：執業資格試在過去五年合格率徘徊在5至8%的低水平。試卷是否太難或許仍有待商榷，但很多經驗豐富的本地醫生亦指出若他們要在今天應考資格試，由於考試範圍太偏於學術、不合實際需要，也難以合格。稍作比喻，要求富經驗醫生應考執業資格試，其實好比要求一個獲諾貝爾獎的粒子物理學教授先通過會考物理科才准許加入國際原子能機構——就算一個經驗極豐富的人，也難以通過一個考核其求學時期課本知識的考試。

### 執業資格試合格率

年份	應考專業知識考試（執業試第一部份）考生數目	批出執照數目	合格率
1999	165	16	10%
2000	132	10	8%
2001	124	10	8%
2002	104	7	7%
2003	76	9	12%
2004	77	7	9%
2005	81	10	12%
2006	105	5	5%
2007	117	8	7%
2008	138	9	7%
2009	158	12	8%
2010	168	11	7%

資料來源：香港醫委會

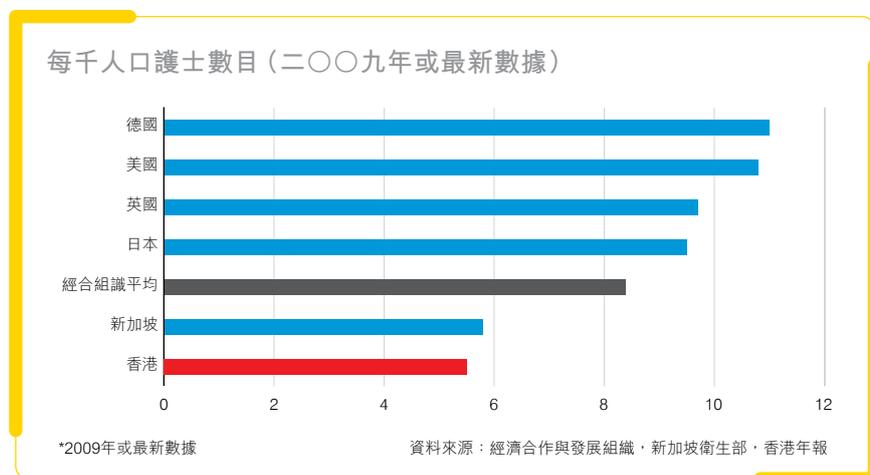
僵化的執業資格試制度令醫管局只能聘請現時已有專科資格或極少數通過三個執業資格試並完成12個月實習的醫生，大大限制了專科醫生的供應。長達十年的培訓期使我們根本不能通過自行培訓應付急增的醫療服務需求，故此聘請海外醫生是我們維持醫療服務質素最可行的方法。一些管理階層的醫生粗略估計，香港若把執業門檻降至合理水平，每年可招聘約150至200名（相當於醫生總數1%）海外合資格醫生。

放寬現時的要求可每年增加  
150名（相當於醫生總數1%）  
醫生

## (2.6) 支援人手不足：支援人手（如護士、行政人員等）將進一步加重醫生負擔，減低醫療人員和設施的效率

護士和相關的醫療專業人員以及行政人員都是醫生工作的重要支援人員，對提供優質醫療服務不可或缺。可惜，不論是公營還是私營，護士的人手都同樣短缺。隨著一九九九至二〇〇八年間護士訓練學校的關閉，香港每年訓練的護士由1,391名下跌76%至每年336名。醫管局內的護士總數由一九九九年的20,435名，下跌5.6%至二〇〇八年的19,273名——雖然期內的公立醫院的住院人次增加了17%。二〇〇八年護士訓練學校重開後，訓練護士的速度亦加快，但增長速度仍然不足以填補過去十年的人力流失。結果，本港的護士相對人口比率由每千人口5.8名護士在該九年內下跌至5.4名，遠比國際經合組織平均的8.4低。雖然近年愈來愈多護士訓練學校及相關副學士課程，香港的護士相對人口比率仍然極低，與其他發達國家（國際經合組織平均仍為8.4）相比可謂危險水平（每千人口5.5名護士）。就連醫管局亦承認即使去年花了兩億港元增聘1,600名護士，公營體系仍有1,000名護士（約2.5%）的短缺。

醫生的支援人員也相當不足

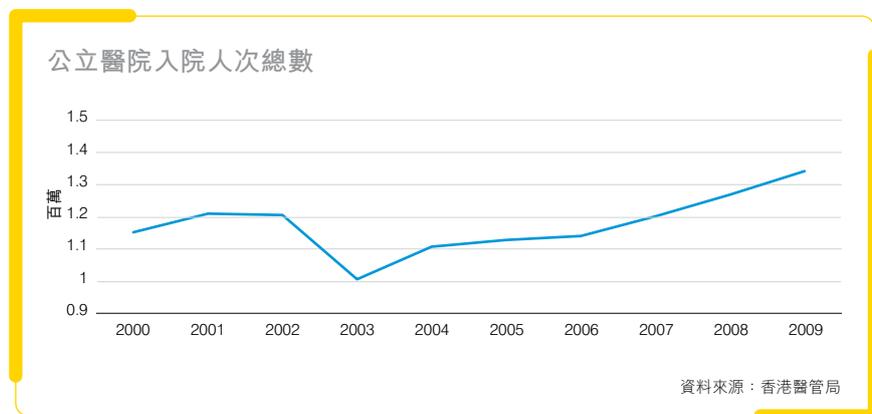


### (3) 醫院設施不足日益嚴重

(3.1) 公立醫院設施十年如一日：雖然總人口及住院病人在過去十年分別增加6%及8%，但床位數目卻只增加1%，新落成醫院則一間也沒有，但再早十年卻有八間；公立醫院佔總住院病人人次和床位數目約80%和75%

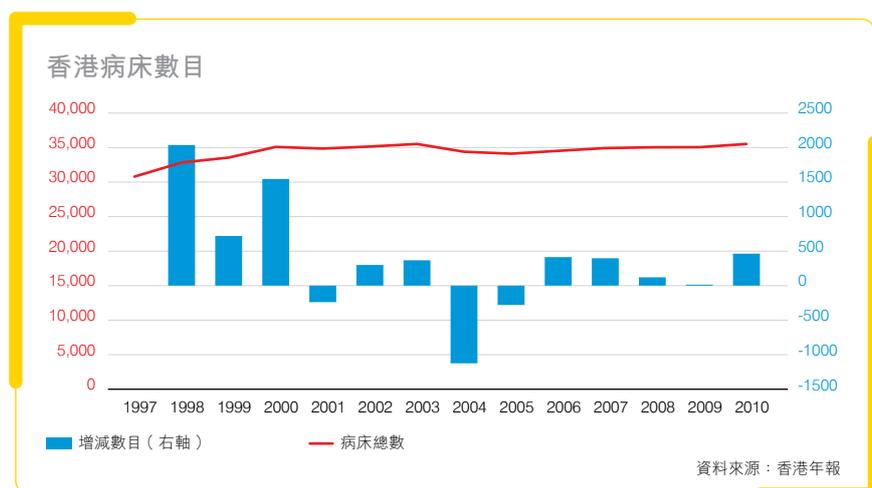
過去十年，香港人口增加5.5%（或約380,000），公立醫院的住院人次亦增加了8%（或約90,000），但我們的醫療設施卻沒有隨醫療需求上升而相應增加。香港廿一世紀首十年（二〇〇一至一〇年）在醫院建設上可謂「迷失十年」——連一間新落成醫院都欠奉，與一九九〇至二〇〇〇年間政府積極興建了八間醫院的態度有雲泥之別。縱使現時有興建新醫院之計劃，沒有任何一間可以在二〇一六年前投入運作。

硬件不足；迷失十年（二〇〇一至一〇年）沒有一間醫院落成，但同期住院人次增加8%



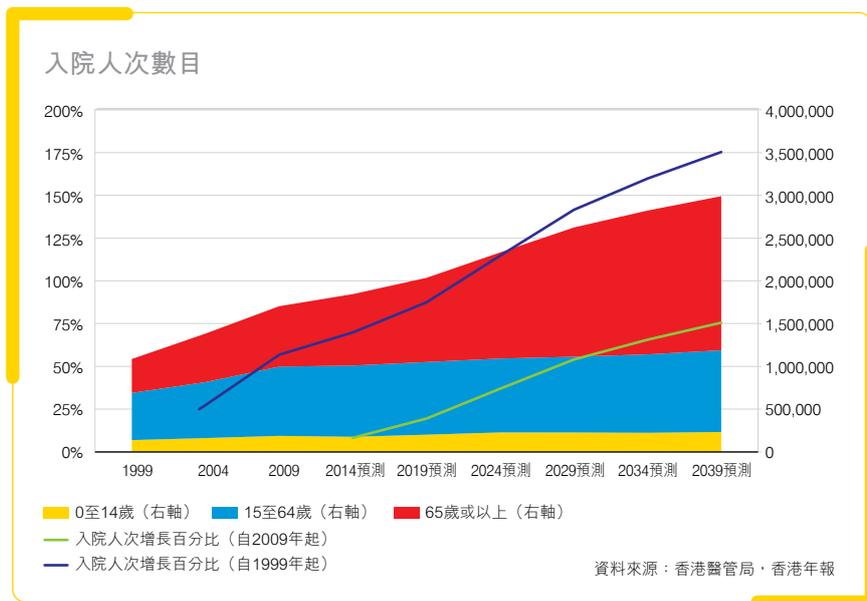
二〇〇〇年起床位數目幾乎停滯不前。二千年時本港有34,860張床位，但至二〇一〇年只增加了2%至35,525張。全港只有11間醫院有超過1,000張床位，當中有三間的使用率都高達90%。如此高使用率相當危險，特別是國際間普遍建議的安全水平為85%。在緊急情況下，充足床位十分關鍵。將軍澳醫院、瑪嘉烈醫院和屯門醫院的負擔都接近飽和。這三間醫院不時都要使用帆布床以滿足床位需要，把接受治療或正在康復的病人安置在冷冰冰的走廊——床位不足實在大大打擊了我們醫療體系的水平。

醫院床位只增加了2%，主要醫院已達崩潰邊緣



很多香港市民都明白醫療資源如何短缺，惟獨是政府對於我們瀕臨崩潰的醫療系統沒有顯示出必需的急切性。雖然住院人次在瑪麗醫院和廣華醫院重建完成時將增加25至35%，但兩間醫院的重建項目亦沒有增加任何床位。對床位的需求在重建完成時的二〇二〇及二五年完成時會增加是必然之，因此沒有趁重建項目增加床位，絕對是錯失良機。

政府方面仍欠缺積極規劃——兩間主要醫院的重建並沒有增加任何床位，但預期當重建完成時，住院人次將增加25至35%



### (3.2) 醫療設備投資不足：過去數十年的預算減少導致嚴重的硬件不足；36%的公立醫院設備已使用超過十年，正逐漸過時

二〇〇〇年起醫管局減少預算，很多醫院都無法負擔按時替換設備。現時36%公立醫院中的醫療設備都已用了超過十年。醫療設施根本沒有充足的設備及時準確地檢測疾病。高級管理層的醫生都指出曾經有醫院甚至要拒絕善長人翁慷慨捐贈的新醫療設備，皆因醫院根本沒有足夠的經常性預算以定期維護設備。很多醫生都要求更換使用超過二十年的設備，但他們的訴求都沒有得到回應，使員工的士氣大受打擊。

現時36%公立醫院中的醫療設備都已用了超過十年



瑪麗醫院外科總管盧寵茂醫生指，公立醫院的醫療設備幾乎可比第三世界，部分設備由於缺乏資金更換和維護，在使用時發生故障。據香港大學感染及傳染病中心總監何栢良醫生指出，感染及傳染病中心差不多100%儀器至少已使用20年以上，即使是用作快速測試及基因診斷的紫外光箱也是由中心職員「自家製作」。醫護人員的創新精神固然可嘉，但香港還未潦倒到連更換儀器也沒有錢，特別是當政府財政盈餘高達6,990億港元，我們實在沒有藉口要香港忍受第三世界水平的醫院設施。生死攸關，投資在此絕對有理。

*生死攸關——6,990億港元的  
財政儲備大可避免因醫療設  
備過時而造成的醫療事故*

(3.3) 私家醫院供應極受政府的制約所限：四分之一病人輪候手術房需要至少十日；私家醫院希望擴充，但政府政策卻不配合

### 私家醫院住院病人及病床數目增長（二〇〇七/ 二〇一一）

私家醫院住院人次	2007	2011	增長
總和	301,400	387,900	29%
總和，非產子	270,530	337,565	25%
本地，非產子	268,900	334,700	24%
<b>非本地，非產子</b>	<b>13,500</b>	<b>20,200</b>	<b>50%</b>
非本地，產子	19,000	33,000	74%
私家醫院床位增長	3,438	4,098	19%

資料來源：香港統計處，明報，文匯報，HKGolden50

在香港13間私家醫院輪候的時間愈來愈長。平均而言，多過四分之一的病人輪候手術房都要多於十日才可以進行手術。很多醫生，包括心臟科權威劉柱柏教授，都開始因為不能確保有床位進行手術，有時候被迫拒絕為病人從速進行手術的要求。現時私家醫院提供共4,000張床位（全港床位的11%）根本不足以容納即將急速上升的住院病人需求。正如第一章第四部份所述，私家醫院總住院人次在二〇〇七至一一年增加近30%（年均增加7.5%），當中非本地非產子服務更增加50%。

私人醫療體系的硬件同樣短缺

### 公立和私家醫院住院人次

住院人次	2009	2010
醫管局轄下醫院	1,341,885 (79%)	1,423,705 (79%)
私家醫院	361,563 (21%)	381,554 (21%)
總和	<b>1,703,448 (100%)</b>	<b>1,805,259 (100%)</b>

資料來源：香港醫管局，香港年報

## 香港醫院床位分佈（二〇〇九至二〇一一年）

床位數目	2009	2010	2011
公立醫院	26,824 (77%)	26,981 (76%)	27,041 (75%)
私家醫院	3,818 (11%)	3,949 (11%)	4,098 (11%)
護養院	3,573 (10%)	3,803 (11%)	4,190 (12%)
懲教署轄下院舍	799 (2%)	792 (2%)	792 (2%)
總和	35,014 (100%)	35,525 (100%)	36,121 (100%)

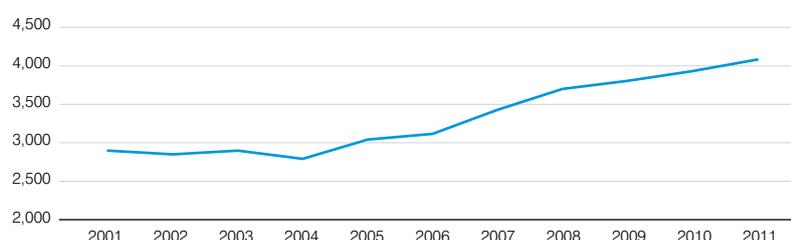
資料來源：香港醫管局，香港年報

## 公立和私家醫院床位數目

床位數目	2009	2010	2011
醫管局轄下醫院	26,824 (88%)	26,981 (87%)	27,041 (87%)
私家醫院	3,818 (12%)	3,949 (13%)	4,098 (13%)
總和	30,642 (100%)	30,930 (100%)	31,139 (100%)

資料來源：香港醫管局，香港年報

私家醫院床位數



資料來源：立法會秘書處

與公立醫院相比，私家醫院面對醫療需求的增加，反應則明顯較快：私家醫院的總床位數目由二〇〇七年至一一年間增加19%，由3,438張增至4,098張。然而，增加的速度仍然不及私家醫院總住院人次的29%增幅。偏偏，愈來愈多擴建工程卻因空間不足而被擱置。養和醫院希望興建兩座廿一層樓高的大樓以增加服務容量，但該項目仍因空間有限及政府限制而在拖延當中。

包括護養院及懲教署轄下院舍，香港於二〇一一年總共有36,121張病床。14%位於護養院及懲教署轄下院舍內，75%為醫管局轄下病床，剩餘的11%位於私家醫院內

撇除護養院及懲教署的床位，香港醫管局及私家醫院共設31,139張病床。其中，醫管局的病床數目佔87%

私家醫院正對市場需求作出反應，但擴充所需的空間不足問題依然嚴重

#### 四幅私院發展用地



黃竹坑

淨面積：2.5公頃  
預計可建層數：6至8層



大埔

淨面積：2.6公頃  
預計可建層數：6至8層



將軍澳

淨面積：2.2公頃  
預計可建層數：8層



大嶼山東涌

淨面積：1.6公頃（單獨發展）及2.4公頃（公私營合作發展）  
預計可建層數：8至9層

資料來源：食物及衛生局

興建新的私家醫院亦在計劃當中。四塊位於大埔、將軍澳、大嶼山及黃竹坑預留作私家醫院的土地自二〇〇九年起吸引了超過30份標書。然而，討論仍在進行，四塊土地至今依然閒置。四月中出台的招標指明每個項目都必需提供至少300張床位。如此拖延，令私家醫院要到二〇一七年提供至少5,500張床位的目標很難達到，亦拖低我們的醫療水平。

*四塊預留以供興建私家醫院的土地已拖延超過三年——政府實需要加快審批過程以舒緩私人醫療市場中的瓶頸*



建議二〇一四年在清水灣興建的私家醫院仍然拖延中，皆因城規會嚴格的地積比率限制了原本可以提供300張床位的計劃，現時只能提供235張，根本不足以舒緩該聯網的床位不足。根據國際標準，一間少於300張床位的醫院根本無法達至規模經濟。故此，在九龍東的醫療服務實在嚴重不足下，地積比的限制應予重新考慮。此例實反映出我們醫療規劃的不足以及政府在醫療投資上的不合理。

清水灣醫院原本計劃可以提供300張床位以達規模經濟，但政府現在限制只能提供235張

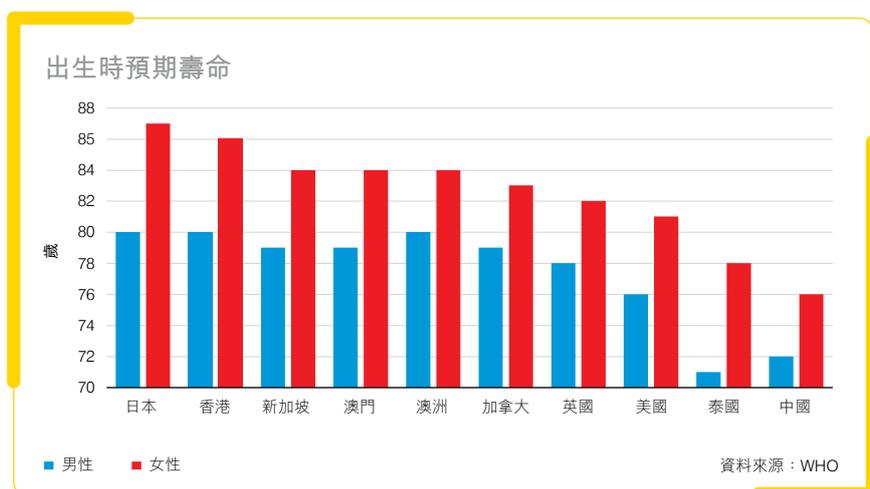
# 三、香港極有條件成為世界級醫療樞紐

## (1) 香港的醫療服務質素極佳，物超所值：

(1.1) 最佳排名：香港人的平均預期壽命世界最長，嬰兒夭折率亦是全球最低之一、癌症存活及器官移植存活率全球最高之一

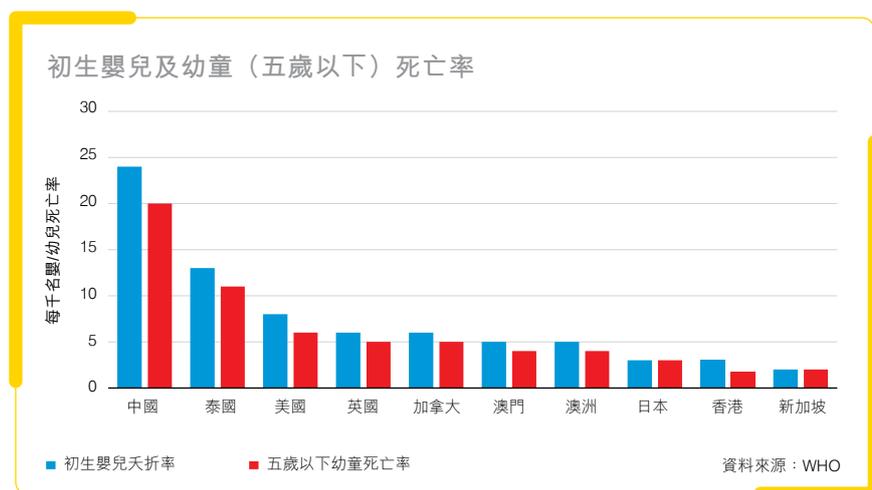
儘管存在如本篇報告第二部分提到的種種硬件和軟件的限制，香港的醫療條件在世界上依然位於前列。男性平均壽命為80歲，在世界上排名第一；女性為86，在世界上排名第二，與第一名日本的87歲非常接近。

香港的醫療潛力急需被釋放——我們擁有先進的技術和質量，但是醫療硬件和軟件上的規劃不善限制了香港作為一個服務出口地區的發展



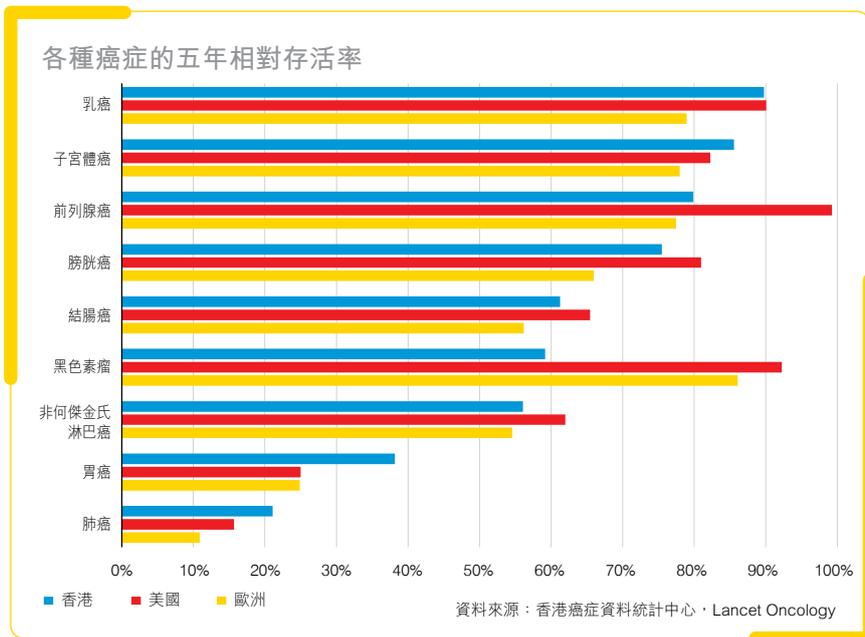
嬰兒夭折率也是衡量醫療服務優質與否的一個重要的指標。香港的幼兒夭折率為千分之二，在世界上為最低；嬰兒夭折率千分之三，與擁有最低夭折率的新加坡十分接近。

世界上最底的幼兒（小於5歲）夭折率和倒數第二底的嬰兒夭折率



香港非常幸運地擁有一群世界一流的治愈癌症的專家。與歐洲和北美的癌症患者相比，患有乳腺癌，子宮體癌和前列腺癌這些香港躋身前十名最常見的癌症的患者，享有更高的五年相對存活率。在香港患乳腺癌的相對存活率是89.8%，僅以0.2%的微弱差距低過作為公認的最好的治療乳腺癌的醫療中心美國。香港在治療胃癌方面以五年生存率高過13個百分點擊敗了歐洲和美國城市。同時，香港治療肺癌和子宮體癌的存活率在世界上也處於領先地位。

世界上最底的幼兒（小於5歲）夭折率和倒數第二底的嬰兒夭折率



如果我們按照前五名的最常見的癌症存活率來排名，香港已在所有種類超越歐洲，同時在大部分種類緊貼美國。三地間排名如下：（1為最佳，3為最差）

前五位最常見的癌症類型的生存率，香港已超越歐洲、緊貼美國

### 五種最常見癌症生存率：香港、美國、澳洲間排名

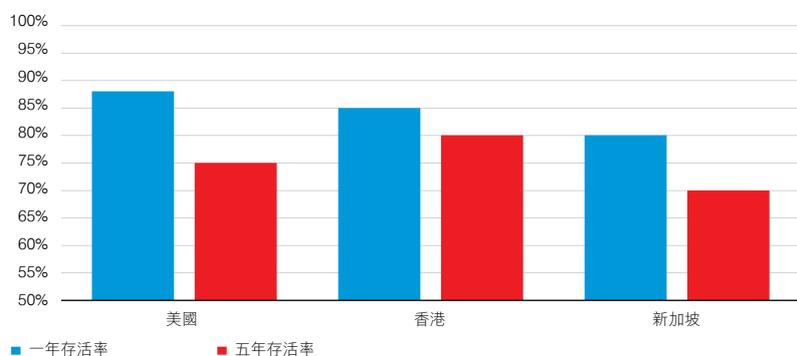
	香港	美國	歐洲
直腸癌	2	1	3
肺癌	1	2	3
乳癌	2	1	3
前列腺癌	2	1	3
肝癌	2	1	3

資料來源：香港癌症資料統計中心，國際癌症研究署，美國癌症協會

在美國，大約88%的患者存活了心臟移植手術後的第一年，75%可以生存五年。香港的心臟移植一年年和五年存活率同美國標準類似，在二〇〇七年分別為85%和80%。到二〇一一年，一年存活率提高到92%，超過美國。

香港的器官移植生存率首屈一指

### 心臟移植手術存活率

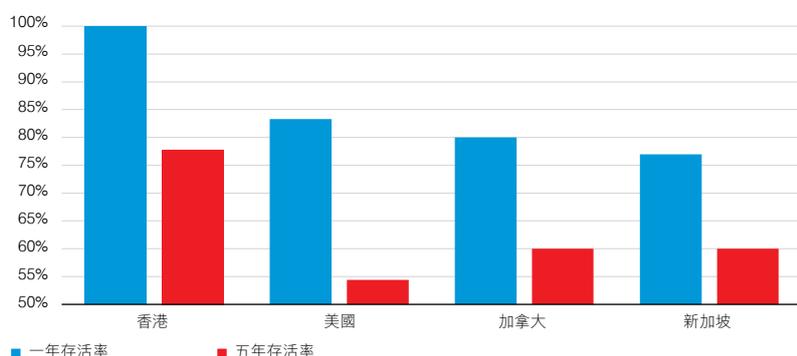


資料來源：美國國家心肺血液研究所，香港移植學會，新加坡心臟基金會

香港的肺移植醫療技術再次在全球內名列前茅，同時優於美國和加拿大。一年和五年存活率分別高達100%和78%。這比正在努力發展成為移植醫療中心的新加坡高出20多個百分點。二〇〇九年三月，新加坡政府通過了器官銷售合法化，這吸引了許多外國居民去獅城享受肺移植的醫療服務。香港雖然可能不是一個器官移植中心，但在高技術手術方面的高深道行依然遠勝新加坡。

肺移植存活率冠絕全球

### 肺移植手術存活率



資料來源：美國器官移植統計資料庫，加拿大公眾衛生局，新加坡保健集團

## (1.2) 最佳醫學院：香港大學醫學院在亞洲排名首兩位，中文大學及理工大學的世界級學院亦有相當多在國際得獎的醫療研究和治療方法

種種疾病治療成果的世界排名顯示香港擁有最好的醫療服務——這並不是一個意想不到的榮譽，因為我們醫學研究和教育方面有堅實的基礎。香港在醫學方面的精湛的技術起源於150多年前。香港第一間醫學院——香港大學醫學院——成立於一八八七年，其創始人帕特里克•曼森爵士被稱為「熱帶醫學之父」。這個同樣創立了倫敦熱帶醫學學院的紳士帶來的不僅是他擁有的關於熱帶醫學的淵博的知識，同時還有將香港發展成為一個「不僅是商品也是科學的中心和分銷商」的願望和遠見。這個理念被付諸行動的直接成果是香港醫學院發展在當時成為亞洲熱帶醫學先驅中心，來自亞洲各地的醫學研究人員前往香港汲取熱帶醫學專業知識。

直至今日，香港的醫療教育依然同一個世紀前一樣保持著世界一流的質量和水平。在二〇一〇至一一年的臨床、臨床前和健康大學排名中，泰晤士高等教育機構將香港大學醫學院排名22，意味著該醫學院在亞洲獨列前茅。東京大學在二〇一一年超過了香港大學醫學院排名，但香港仍然保持其領先地位，名列新加坡之前。

香港的醫學院擁有150多年悠久的歷史

醫學教育在亞洲名列前茅

醫學院	2010	2011
香港大學	#22	#34
東京大學	#37	#32
新加坡國立大學	#39	#41

資料來源：泰晤士高等教育

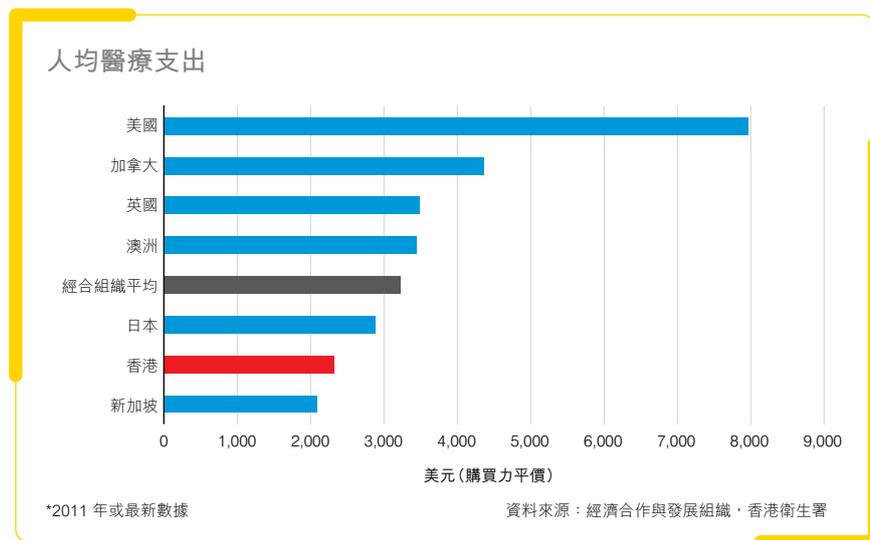
香港的醫學研究成果同樣是各個領域的先驅。香港大學醫學院有超過140篇論文在國際期刊上被廣泛引用，這樣的成績在世界排名1%以內。這些研究成果對醫學上的重大突破有深遠影響，如發現利用中國中草藥枸杞子來緩解阿爾茨海默氏病的症狀等等。另外一間著名的醫療機構，香港中文大學（中大）在今年一月剛剛慶祝成立30周年。中大也擁有一個強勁的醫學研究團隊同時取得了很多重要的突破，如發明新的工具來檢測型糖尿病患者的腎臟疾病。值得驕傲的是，中大的趙慧君教授所發表的關於非侵入性產前診斷的臨床應用的研究成果憑藉其重大突破性獲得兩項享譽盛名的國際獎項——國際臨床化學和實驗室醫學聯合會授予的「2011年度青年研究新人獎」及英國臨床生物化學系講座教授協會授予的「2011年度傑出學人獎」（2011 Professors' Prize）。

今年四月，在第40屆日內瓦國際發明展亮相中的1,000項發明成果裏，香港的醫療發明奪走了三個獎項。香港理工大學與複康機器人技術有限公司合作研發的希望之手勇奪至高榮譽大獎。便携式機器人設備可以幫助中風幸存者重新學習如何使用自己的肌肉信號移動受影響的手臂，這是一項突破性的發明。理工大學的鄭永平教授的憑藉使用三維超聲波無輻射測評脊柱側彎的發明獲得金獎，而袁進華教授和葉曉雲博士亦憑著抗真菌藥物微膠囊快速治療香港腳的衛生襪贏得金牌。100萬港元的研發成本創造出屢獲殊榮的疫病解藥，這充分說明了只要更多一點點的醫療研發資金，便可以刺激和帶動我們的本地創新，充分發揮香港作為國際醫療中心的潛力。

頂尖的師資裝備培養出享譽  
世界的研究治療成果

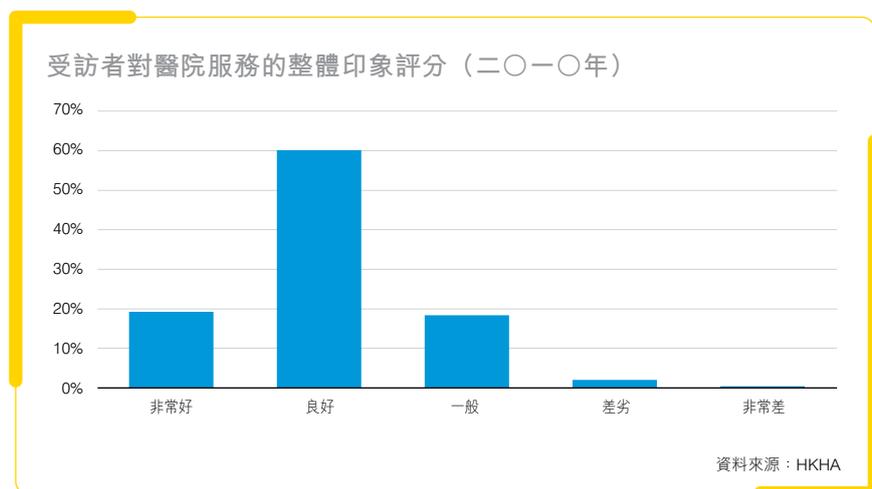
對香港在醫療技術和治療成  
果方面的卓越成就，我們知  
之甚少

(1.3) 醫療服務物超所值：香港的人均醫療開支在發達國家中屬最低之一，只有美國的三分之一、英國的三分之二、經合組織平均的72%



高質素的醫療服務可輕易以金錢換得；以低廉成本供應高質素的醫療服務才是真正世界級的成就。香港醫療服務的成本差不多是在發達國家中最低的。我們的人均醫療開支僅美國的三分之一、英國的三分之二、經合組織平均的72%；但香港的服務水平已可與這些發達國家媲美，甚至比它們更勝一籌。這些數據反映我們已擁有世界級的醫療體系，不單服務質素優異，更能以低廉的開支達至這高服務水平。

(1.4) 病人滿意度極高：超過80%病人給予公立醫院系統「非常好」或「極佳」的評價，只有3%對佔全港總住院病人人次80%的醫管局服務不滿



香港的公立醫院服務亦廣受病人好評。醫管局在二〇一〇年發佈的「病人服務滿意度調查」報告指出整體醫療服務的滿意度高達80%，95%的病人滿意醫院設施，也有88%病人表示對醫務人員的素質有信心。評分稍遜的一環為人手充足度——有25%病人認為醫院裡不夠護士。

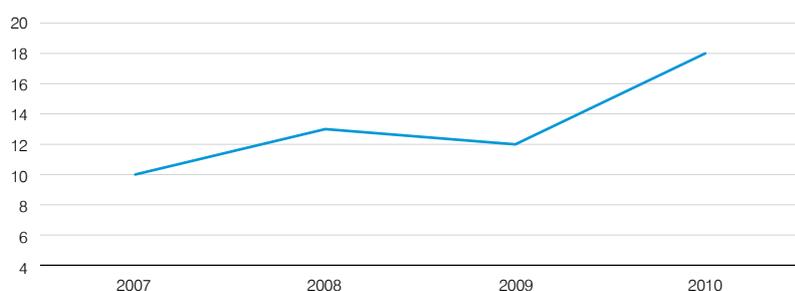
## (2) 香港醫療體系的紕漏：醫療事故增加及冗長等候時間都使我們的優良系統蒙上陰影

### (2.1) 醫療事故增加

我們擁有全亞洲最佳醫學院的頂尖醫學知識，和一支專業和盡心盡力、曾征服沙士和H1NI流感等疫症的醫生隊伍——香港的醫生和醫療研究員無疑是讓這個城市健康和平安的守護天使。可是，近年來香港的醫生犯錯卻多了。醫管局的「嚴重醫療事件」自二〇〇九年的33宗急升三分一至二〇一〇年的44宗，手術後在體內遺留工具或其他物料的事故自二〇〇九年至二〇一一年更增加了八宗（增加60%）。在較輕微的醫療事故方面，醫管局在過去五年逾600宗個案花費了4,000萬港元。

人手短缺正令我們的頂級體系蒙受沉重壓力

進行外科手術/ 介入手術程序後在病人體內遺留工具或其他物料，以致需要替病人再次進行手術或有關程序的事事故次數



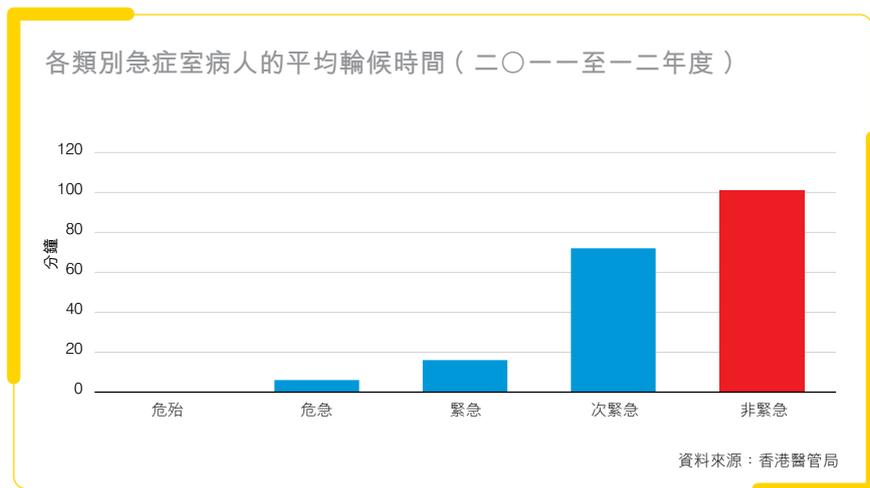
資料來源：香港醫管局

醫生們日復一日不斷增加的工作量實是刻不容緩的問題，應盡快解決以避免士氣繼續惡化。創新高的醫生流失數目反映公共醫院的醫生已不如過往般對公共醫療體系鞠躬盡瘁——由於公營醫療佔整體住院服務達85%，這情況繼續下去將對香港整體的醫療服務構成嚴重威脅。

## (2.2) 冗長等候時間會延誤治療及影響病人康復

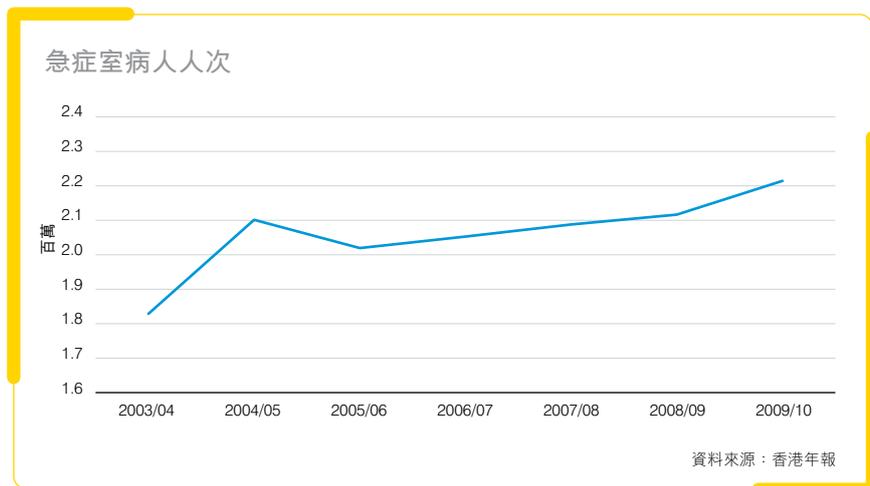
病情並非緊急的病人在急症室候診的平均等候時間接近2小時，而在高峰時間，這些病人的等候時間更長達3.5小時。

急症室輪候時間竟可達3.5小時



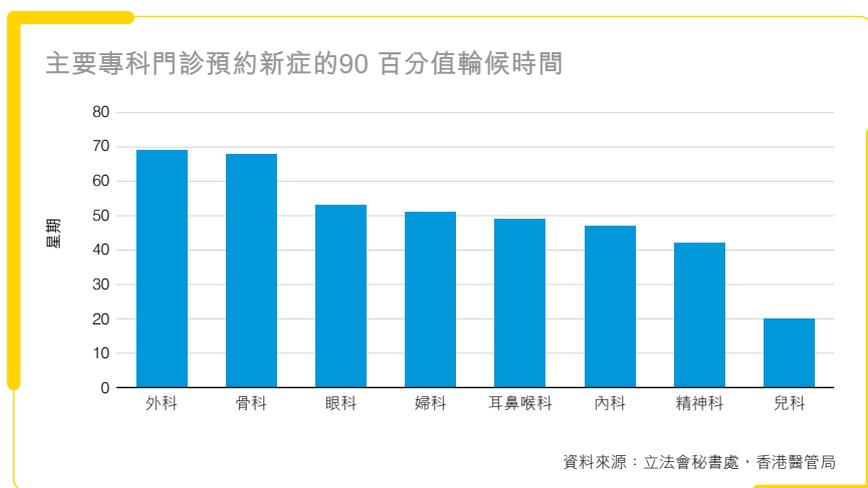
雖然急症室病人在不斷上升（約每年3%），很多當初選修急症的實習醫生都因為受不了過度繁重的工作，而在經過一至兩年的培訓後退出急症專科。去年，醫院管理局公開招募42個急症室醫生的職位，但只能填到25名醫生的空缺，而同時又有大約20名醫生離開急症崗位。直至二〇一二年一月，醫院管理局估計全港面臨30個急症室醫生的短缺。由於急症室是整個醫療系統的最前線，急症醫生的短缺情況對我們醫療系統的影響尤其深遠。如果這趨勢持續下去，甚至會影響醫治嚴重急性病患者的能力。

輪候時間過長的罪魁禍首乃醫生供不應求：從二〇〇三到二〇一〇年之間，急症室病人數目增加了22%，但同期選擇以急症作為專科的醫生卻越來越少



同樣地，在公立醫院的門診輪候名單亦是長如江河。非緊急個案的病者，包括像等候白內障手術或矯形治療等專科治療的病人，都必須等待數個月甚至數年才能得到治療。在八個主要的專科當中，有四個專科的平均輪候時間都超過一年以上。

專科門診同樣不能倖免



在香港各個主要區域裡面，九龍東及九龍西的居民的門診輪候時間特別長。而由於這兩個恰恰是老年人口最稠密的地區，問題亦變得相對更為迫切。另一個輪候時間較長的醫院是新界西聯網裡的屯門醫院，不幸地該院的醫生的平均經驗亦相對較淺。在該院的輪候名單上，泌尿科輪候患者需要等待長達六年才接受治理，而大部分等待內科和老年科專科治療的老人也需要等待至少10個月。在輪候名單上90%的病人都需要等待至少20週。

醫生的人手短缺使門診輪候名單長達336週

## 各區各專科輪候週數的90百份值數

整體90百份值數	香港東	香港西	九龍中	九龍東	九龍西	新界東	新界西
耳鼻喉	23	28	11	<b>106</b>	42	80	52
婦科	20	21	29	<b>144</b>	31	70	39
內科	46	29	36	47	57	64	48
眼科	41	17	45	90	34	99	45
骨科	42	36	49	<b>113</b>	<b>101</b>	83	49
兒科	7	29	12	31	13	32	14
精神科	19	58	25	55	32	76	29
外科	50	56	39	<b>129</b>	<b>103</b>	70	34

資料來源：香港醫管局

香港的醫療體系擁有優秀的專業知識，而且總體成本較低，實有龐大潛力成為世界級的醫療樞紐。如果因為硬件和醫務人員方面的短缺而導致我們的優質醫療服務不保，將會是莫大的遺憾。坐擁6,690億港元的財政儲備，我們絕對有充足的資源來解決現有的種種問題和漏洞。在下一節，我們將詳細討論三個能夠協助香港發展成為世界級醫療中心的主要行動綱領。

坐擁6,690億港元的財政儲備，香港其實可輕易解決醫療系統的現有問題，並進一步發展成為世界級醫療樞紐

# 四、十個我們必須作出的改進 以滿足不斷上升的需求，實現 香港成為世界級醫療樞紐的潛 能

只要基建和制度上正拖著醫療體系前進的瓶頸能從速清除，香港絕對有潛能與動力成為世界級醫療樞紐。我們在此闡述改善我們醫療體系硬件和軟件的行動綱領和目標，確保我們的醫療體系長遠有充足資源支持我們的社會，同時令香港成為醫療服務樞紐，同時服務本地與外地病人，保障所有人的身心健康。

## 十項投資改進我們的醫療體系

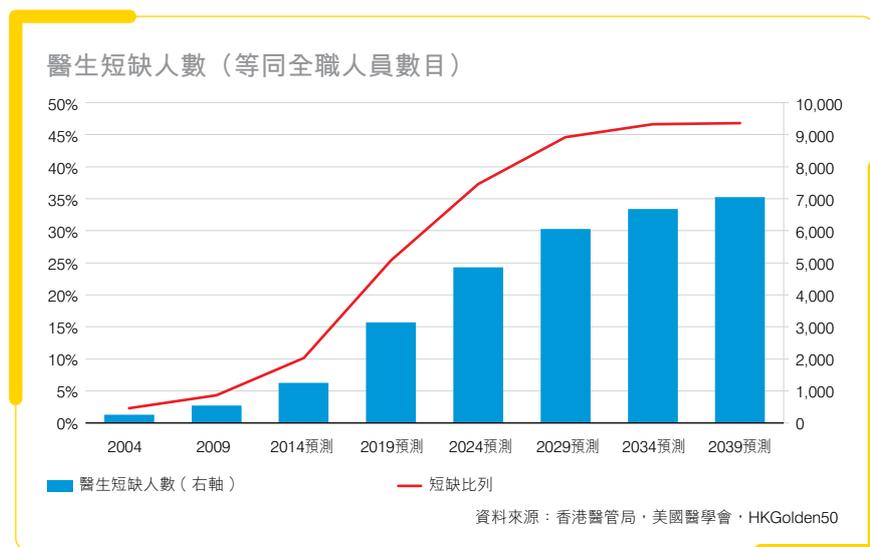
建立世界級醫療軟件	資本開支 十億港元	每年營運支出 十億港元
(1) 增加醫學院收生名額，由每年420個增至約800個(+90%)	N.A.	1
(2) 引入海外合資格醫生以應付即將出現的專科醫生短缺	N.A.	0.5
(2.1) 引入新的「有約束註冊」聘用海外合資格專科醫生		
(2.2) 引入預先認可的醫學院名單，令世界頂尖醫學院畢業生能 在不需通過執業資格試下便可在港經「有限度註冊」在港行醫		
(2.3) 通過「臨床年級招聘計劃」吸引海外頂尖醫學院學生和畢業生 回港執業		
(2.4) 建立精神健康中心		
(2.5) 改組醫務委員會會員的組成，加快其對社會需求的反應		
(3) 成立委員會以統一中央計劃人力資源	N.A.	0
(4) 主動幫助欲回醫管局之私營市場執業醫生	N.A.	0.5
(5) 擴充醫療支援人員最少三分之一	N.A.	5
(5.1) 在大學外培訓綜合醫療保健人員		
(6) 增強社區的基層醫療	10	3
(6.1) 投資予綜合療法		
(6.2) 建立跨專科社區中心及護理院予65歲以上長者		
(6.3) 探索部分採用日本家庭護理的黃金計劃		
(6.4) 建立精神健康中心		
(6.5) 「回到工作」計劃以支持殘疾公民		
(7) 推廣醫療旅遊	N.A.	0
<b>建立世界級醫療硬件</b>		
(8) 興建新醫院和擴充現有設施的容量以增加5,000張病床	20	10
(8.1) 興建新公立醫院		
(8.2) 嚴重不足的地區興建護理院和增加醫院病床		
(8.3) 增加私家醫院容量		
(8.4) 在機場環球發展醫療中心		
(9) 更換和升級十年以上的醫療設備	7	2
(10) 擴充港大及中大醫學院設施*	3	N.A.
<b>總和</b>	<b>40</b>	<b>22</b>

\*成本已包括在我們第三份報告「如何為我們的將來投資一千億」中150億港元增加大學學額的預算中

## 行動一：建立世界級醫療軟件

### (1) 增加醫學院收生名額，由每年420個增至約800個(+90%)

我們的醫療體系在未來二十年將每年短缺360名醫生，盡快增加醫生供應實在刻不容緩。



要增加醫生人數不外乎兩個途徑：

- 一、訓練更多本土醫生
- 二、吸引海外醫療人才

在香港訓練一個醫生需要300萬港元，而每年的醫生人數則取決於大學教資會的資金多寡。

相比過去十年，大學教資會只有足夠資金提供平均每年280個醫學院學額，現時香港兩間醫學院合共提供每年420個學額已經是香港史上最多。這個名額跟經濟週期息息相關——二〇〇三年經濟不景，教資會只能資助每年220個醫學院學額。如此規劃方法實不合理，因為經濟週期並不反映醫療服務需求。

人力規劃應取決於醫療服務需求，並獨立於經濟週期

即使我們保持醫學院名額在每年420個，到二〇三九年我們仍然短缺8,000名醫生。訓練一名醫生需費300萬港元，換言之，教資會每年開支的4%用在醫學院上。理想而言，即使香港的醫學院有足夠容量支持每年420個學生，並假設我們撥出每年額外8億港元的相關營運資助予醫學院，我們的醫療體系依然不夠有充足資歷的醫生而最終，整體醫療質素依然低於水準，因為我們的新晉醫生太多，但資歷和經驗都不及上一代醫生。我們深信訓練本地醫生至關重要，但更重要的是我們需要具充足資歷的醫生，以帶領和指導新晉醫生。

到二〇三九年，我們至少需要每年額外260名醫生以滿足需求

考慮到在廿七年後的二〇三九年將短缺的7,000名醫生，我們現在便需要每年額外約三百個醫生。我們因此建議增加香港大學和香港中文大學醫學院名額，由420個增至每年約800個，當局亦可考慮增設第三所醫學院。

增加醫學院名額由每年420個至約800個

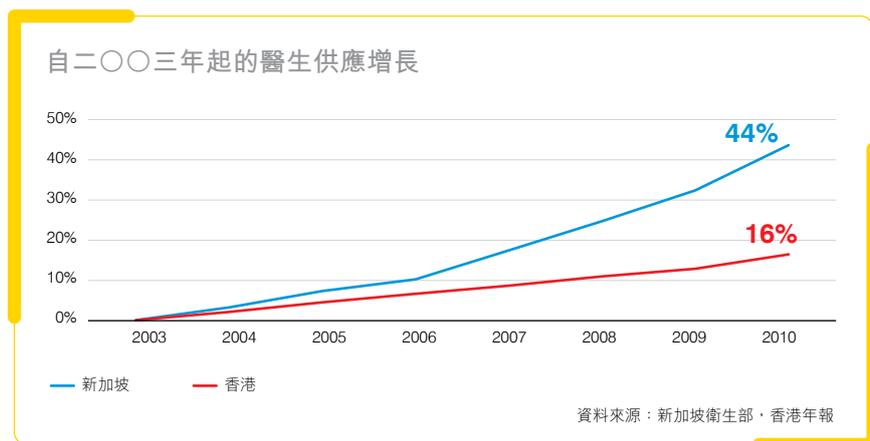
## (2) 引入海外合資格醫生以應付即將出現的專科醫生短缺

醫療需求不斷上升，我們必須引入海外合資格醫生解決短缺問題，因為醫學院畢業生需要十年時間才可成為專科醫生。香港公共醫療醫生協會訪問過協會中超過1,000名醫生，九成被訪者表示公立醫院醫生不足，而八成贊成引入海外合資格醫生有助舒緩短缺。

九成公立醫院的醫生認為公立醫院醫生不足

海外例子證明入口醫生有助增加醫生供應及舒緩人手短缺問題。例如，新加坡自二〇〇三年放寬海外醫生入口的政策後，新加入醫生數量在二〇〇三至二〇一〇年之間增加了40%，同期香港只得16%。

新加坡自二〇〇三年放寬海外醫生入口的政策後，新加入醫生數量在二〇〇三至二〇一〇年之間增加了40%，同期香港只得16%



香港需要引入海外合資格專科醫生，基於三大理由：

- 一、舒緩公營體系內中層醫生的負擔
- 二、令公營醫生的知識背景更闊，並可向頂尖海外醫療體系借鏡
- 三、可以訓練每年420個增至每年800個新晉醫生

無論如何，醫管局都必須聘請更多醫生，但醫管局一直都控制開支，並經常強調總開支的73%都用在醫療人員的薪金上。聘請更多醫生固然會增加開支，但對於醫管局總開支而言只是九牛一毛，更遑論與政府開支相比。平均而言，一個中層管理層的醫生薪金約為每月10萬港元。以二〇〇九年為例，我們的公共醫療體系短缺160名醫生，增聘所需的醫生每年只需額外32億港元，或醫管局總薪金開支的1%。因此，當每年政府財政盈餘達每年700億港元，增聘醫生需要鉅額開支的理據實在不成立。

聘請醫生需額外開支——這是不聘請醫生的理由嗎？

### (2.1) 引入新的「有約束註冊」聘用海外合資格專科醫生

我們建議一個新的註冊類別：「有約束註冊」。在此類別中，海外合資格專科醫生可以在通過一專科考試後在他們的專科範疇內在本港執業。此專科考試應旨在考核申請人在其專科範疇內執業的能力，並不包括整個執業資格試的範圍。新增的有約束註冊目的是容納突然出現的醫療需求，因為海外合資格醫生可以立即行醫，令聘用專科醫生更加靈活。現時，醫管局的聘任過程十分僵化，並不容許短時間內聘請更多專科醫生。

### (2.2) 引入預先認可的醫學院名單，令世界頂尖醫學院畢業生能在不需通過執業資格試下便可經「有限度註冊」在港行醫

面對醫生不足，醫管局邀請海外合資格醫生以「有限度註冊」方式公立醫院執業。160個申請人中，醫管局只成功聘請到九位海外醫生（成功率只有5.6%）。這九位醫生不需通過執業資格試，但被限制只能在公立醫生工作。

頂尖醫學院如哈佛大學及史丹佛大學的畢業生在香港執業應該綽綽有餘

只有8至12位海外合資格醫生通過執業資格試，我們的醫生供應將主要倚賴只能提供新畢業生的本地供應。現時兒科、新生嬰兒重症、內科、婦產科已出現嚴重醫生不足，負擔接近飽和，令醫院不斷拒絕病人。現時，九位醫管局聘請的海外合資格醫生只能在急症室和麻醉科工作。醫管局應重新審視我們需要更多醫療人員的範疇，並透過有限度註冊，增聘更多海外合資格醫生以滿足目前的醫生短缺。

我們應把此有限度註冊計劃擴充，令所有世界頂尖醫學院的畢業生都合乎有限度註冊資格。合資格的醫院名單應該盡量靈活，隨著環境情況增刪，正如新加坡的名單一樣。自二〇〇三年起，新加坡擴大了被其承認的醫學院的名單，以吸納海外合資格醫生舒緩醫療人手短缺。

向其他頂尖醫療體系學

習——新加坡吸引頂尖海外醫生的制度有效舒緩了醫療人手短缺

### 全球排名前十位的醫學院

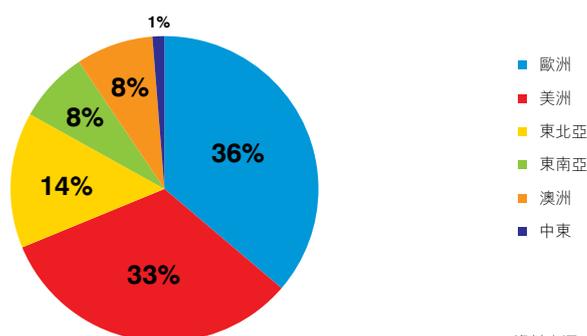
排名	大學
1	牛津大學
2	哈佛大學
3	倫敦帝國學院
4	劍橋大學
5	約翰霍普金斯大學
6	史丹福大學
7	倫敦大學學院
8	耶魯大學
9	加州大學洛杉磯分校
10	杜克大學

資料來源：泰晤士高等教育

### 按地理劃分新加坡承認的醫學院數目

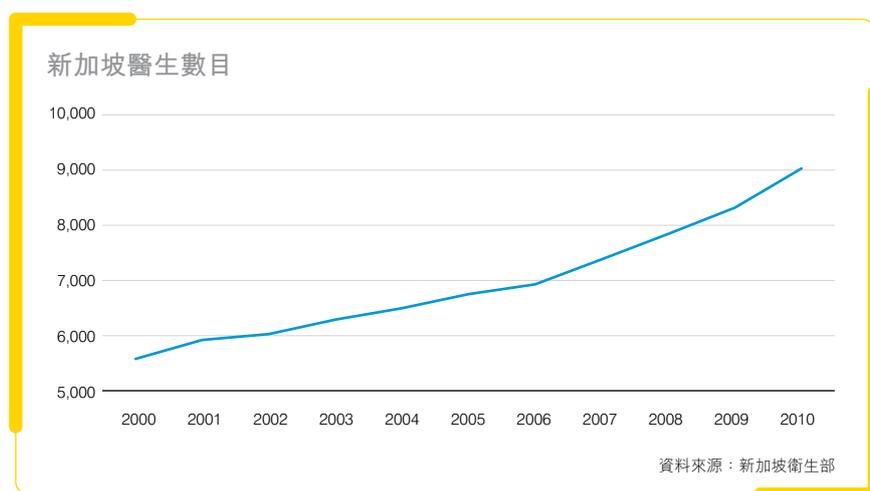
	1971	2003	2006	2007	2009
美洲	13	28 (+15)	42 (+14)	52 (+10)	52 (-)
歐洲	8	28 (+20)	54 (+26)	56 (+2)	58 (+2)
東北亞	0	2 (+2)	7 (+5)	15 (+8)	23 (+8)
東南亞	0	0 (-)	2 (+2)	12 (+10)	12 (-)
澳洲	2	12 (+10)	12 (-)	12 (-)	13 (+1)
中東	0	0 (-)	2 (+2)	2 (-)	2 (-)
總和	23	70 (+47)	119 (+49)	149 (+30)	160 (+11)

獲新加坡承認的海外醫學院地理分佈



資料來源：新加坡醫藥理事會

新加坡成功引入海外合資格醫生以紓緩其人力短缺及滿足未來醫療需求的經驗極為值得香港借鏡。與香港相比，新加坡的系統較為靈活，容許醫院自由從世界各地聘請人手，滿足不同部門的住院需求。該國讓畢業於認可的海外醫學院並受聘於新加坡醫院的醫生進行有限度註冊。而認可的海外醫學院在二〇〇三年亦由23間增至140間，以滿足不斷上升的醫療需求，至二〇一〇年，新加坡亦成功吸引多40%海外合資格醫生。

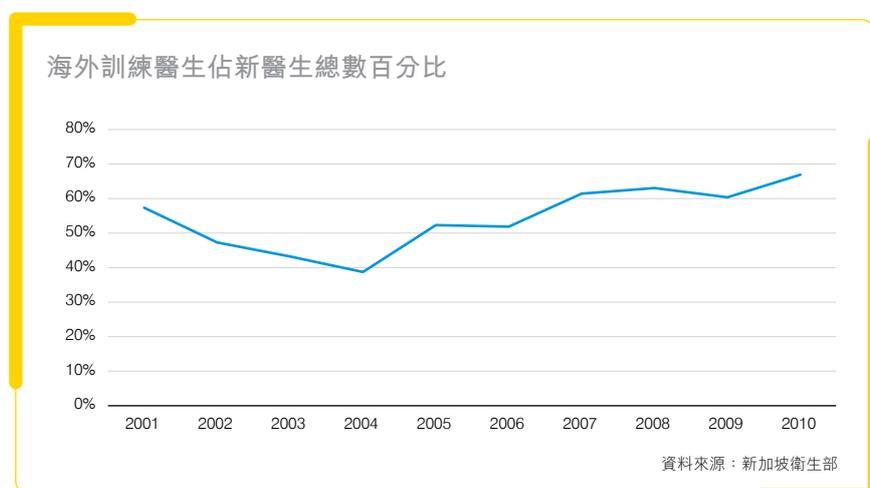


新加坡透過積極地聘請海外醫生，新加坡在二〇〇〇至一〇年間幾乎把醫療人手增加一倍，醫生數目在十年間增加3,500名，年均增長達5%。如此人手增加大大減輕新加坡醫生的工作量。在二〇〇〇年，每名新加坡醫生平均要照顧70名病人，這數字在二〇一〇年減低30%至55人，讓醫生能更專心照顧每位病人。

新加坡在十年間增加醫療人手60%；放寬認可海外學校成關鍵

在新加坡，醫療人力的增加大部分來自放寬政策吸納更多海外醫療人才。新加坡在二〇〇〇年便明白，單憑國內兩間醫學院每年訓練150名醫生，即使在十年內增加學額50%，新加坡依然不夠新晉醫生。因此，獅城採取積極政策，擴充醫學院之亦開放大門引入海外合資格醫生。至二〇一〇年，海外訓練的醫生便佔新加坡新晉醫生的67%。如此擴充對於新加坡於二〇〇三至一〇年增加人均醫生數目達四成的目標極為重要。

海外醫生佔新加坡新晉醫生  
70%

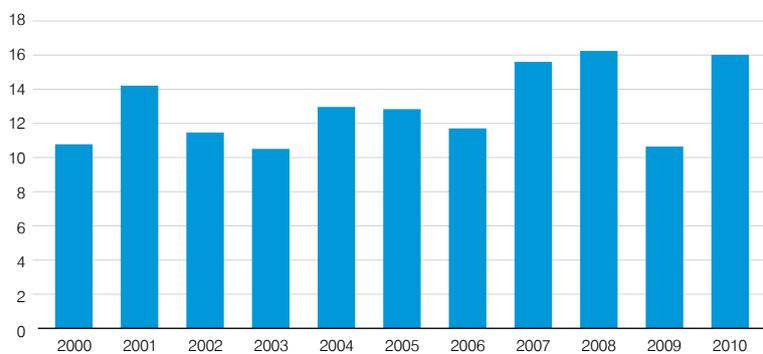


雖然人手大量增加，但新加坡的醫療水平並無因此下降。男性肺結核死亡率持續下跌，癌症死亡率亦然。女性癌症死亡率在過去十年雖間中有波動，亦見下跌，反映醫療質素改善。

新加坡過去十年在醫療人力  
規劃的往績實為絕佳先例，  
顯示質量齊升絕對可行，並  
無矛盾

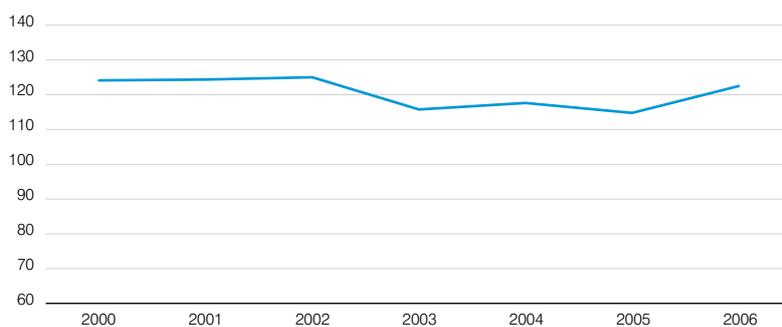
每千名醫生的投訴宗數在大量引入海外合資格醫生後亦維持不變，我們相信新加坡之經驗指出，假如香港實行類似政策，醫療質素亦應不會下降。

新加坡每一千名醫生投訴宗數



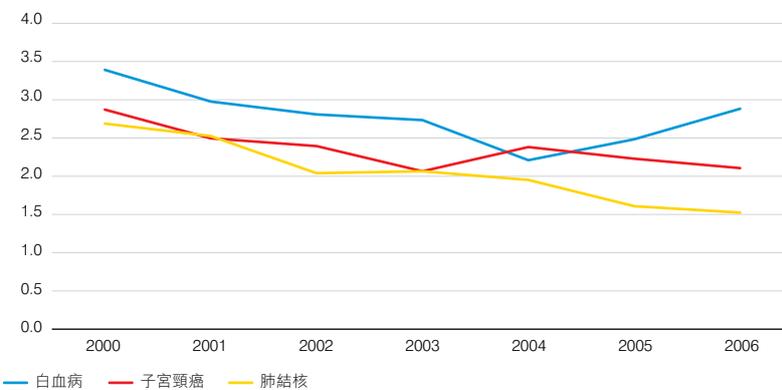
資料來源：新加坡醫藥理事會

新加坡癌症總死亡率（每十萬人口）



資料來源：世界衛生組織

新加坡數種疾病死亡率（每十萬人口）



資料來源：世界衛生組織

新加坡政策的成效在上圖一清二楚。由二〇〇一年至二〇一〇年，新加坡的醫生總人數增加不止一倍，相反香港同期只增加了20%。更不幸地，香港不止增加醫療人手上顯得無力，就連打破本地醫生過去十年的保護主義以保障我們市民福祉的決心亦明顯不足。我們實有需要盡快衝開這些障礙，引入更多合資格的海外醫生填補不足，同時增加本地訓練的人生以保障香港人的利益。

身為一個非政府組織，我們未能獲取二〇〇六年後的數據，但我們深信港大和中大與新加坡衛生部和新加坡國立大學李光耀公共政策學院的關係必定更為緊密，定能分享吸納新醫生的經驗。這些知識分享可大幅減低我們因為未能及時培訓本土醫生填補中期醫生短缺，而需入口醫生時的執行風險。

透過積極的醫療人手規劃，新加坡在過去十年增加了60%醫生數目。至二〇一二年，新加坡的醫生人數將會超越香港。在新加坡人手擴充的過程中，針對醫生的投訴數字維持低企，病人的死亡率亦沒有上升，意味著新加坡的醫療質素並沒有因為引入海外醫生而下降。很多新加坡醫生亦認同政府致力減輕醫生工作量，從而改善服務質素。獅城經驗正好顯示，質、量齊升絕對是可行之道。

星洲情況與香港大相逕庭

新加坡的經驗——港大和中大可深入研究；我們可通過委託李光耀公共政策學院作研究，從外人的新角度分析问题

至二〇一二年，新加坡的醫生人數將超越香港

### (2.3) 通過「臨床年級招聘計劃」吸引海外頂尖醫學院學生和畢業生回港執業

另一個招攬海外醫療人才的策略就是吸引他們在海外落戶前回到本港。我們可考慮吸引海外頂尖醫學院已完成臨床前訓練的學生回港，繼續完成他們的臨床訓練。新加坡便實行「雇前津貼」，吸引在海外受訓的新加坡醫學生回到國家。新加坡衛生部長許文遠在二〇一〇年建議提供每年24萬港元津貼予海外醫科學生，條件是他們畢業後要在新加坡公立醫院工作三年。我們可就計劃初期反應決定是否引入同類津貼。

香港很多有志從醫的同學只因香港的大學學額不足而無法考進醫學院。只計及優先取錄計劃便有180多個會考取得六優或以上成績的同學把醫學院列為第一選擇，但只有63%獲得取錄。餘下的70多人只能入讀他們不大感興趣的學科，當中更有同學需遠赴海外進修並執業，繼續力圓他們的行醫夢。假如我們落實招攬海外醫科生的計劃，這些醫學院學生在海外頂尖醫學院完成學業後回港執業，我們每年便可增加70名的醫生人手（每年新醫生人數的17%）。

聘用海外醫學院學生和畢業生

很多有志從醫的人其實都是最頂尖0.5%的學生，只因香港的大學學額不足而遭拒絕

明顯地，我們想成為在港執業醫生的出色學生很多，在他們於海外完成臨床前訓練或完整訓練後聘用他們回港執業對他們及病人而言是雙贏計劃。如此計劃確保這些海外畢業回流的醫生能跟本地病人溝通和了解其文化，並熟悉本土流行的疾病。這計劃能解決不少人對海外受訓醫生可能未能符合本地要求的擔心。此外，只提供最後兩年的醫科課程訓練將是一個有效率增加醫科畢業生的方法。此計劃的學額可按香港對醫生的需求快速調整。

醫管局已為本地放射治療師提供全面訓練，包括安排25個見習治療師到英國接受專科訓練，條件是他們須在醫管局內工作至少五年。同樣地，醫管局於二〇一〇年亦聘請了共36名海外放射治療師，主要來自英國，以舒緩本地治療師的沉重工作量，並縮短磁力共振及電腦斷層掃描的輪候時間。這些都是可行辦法，應在其他部門應用。

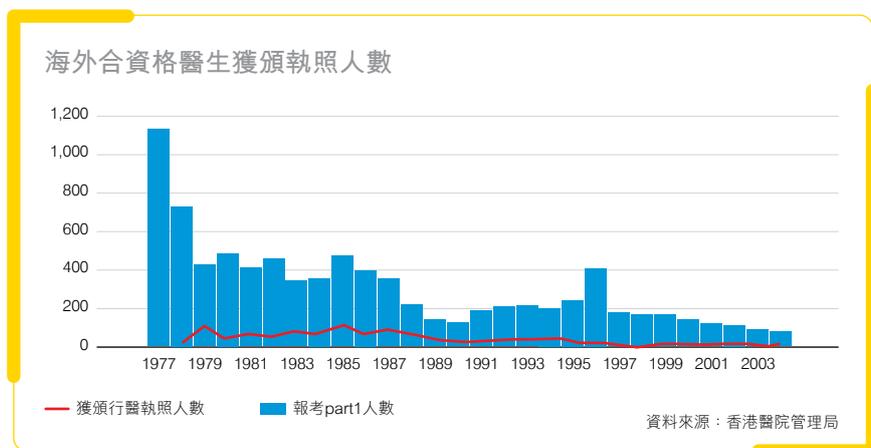
明顯地，我們想成為醫生的出色學生很多，在他們於海外完成訓練後聘用他們回港執業對他們及病人而言是雙贏計劃

香港已開始引入海外放射治療師的計劃，這可延伸至其他醫療人手

## (2.4) 改善海外醫生執業資格試的透明度與實用相關性

一九九七年前，在英聯邦國家的合資格醫生在香港這前英國殖民地自動獲得執業資格，而在其他地方獲得資格的醫生亦可以通過簡單考核而在公立醫院取得訓練空缺。可是，九七年後，我們的城市不再歡迎海外——即使是在可靠的英聯邦國家——醫生在此行醫。不論在任何地方受訓、不論資歷如何深厚的醫生，都要通過三重執業資格試才可獲得一個完全的執照在港行醫。理論上，這是絕佳方法讓我們的市民免受不合資格的醫生之害，但當連哈佛大學和劍橋大學醫學院的畢業生亦因為未能通過考試（只有8至10%合格率）而無法在港行醫，很多人不禁懷疑，此試到底是否為了保護本地醫生利益而設。

一九九七年起，海外合資格醫生在港行醫需要通過只有8至10%合格率的執業資格試



九七年後，批給海外合資格醫生的執照大幅下跌

我們建議改善海外醫生執業資格試的透明度與實用相關性。現時，海外醫生執業資格試並無以往試題可供參考。我們訪問曾參與該考試的醫生，我們得知該考試包涵大量實際行醫上不大需要或相關的教科書知識。舉例說，執業資格試好像只反映外科醫生能否緊記他們在醫學院時的教科書內容，而非外科醫生施手術的技術和能力。醫學會實應重新審視執業資格試的範圍，讓考試與實際行醫更加相關。

改善海外醫生執業資格試，讓其更有效反映醫生行醫能力

全球各地都有醫生希望在港執業，但卻面對連教科書與詳細考試範圍都欠奉的執業資格試望而卻步。執業資格試的考生只能依靠曾參加考試的醫生口口相傳。如此考試有保護主義之嫌，阻礙海外資歷深厚的醫生進入本港市場。我們希望執業資格試可以共布其詳細範疇以及過往試題，令考試更加透明。

提升執業資格試和歷屆試題的透明度，確保考試系統對每個考生都公平

僵化的執業資格試制度令醫管局聘請海外醫生困難重重，大大限制了醫生供應。在對醫療服務需求預期將不斷增加下，修改這項政策刻不容緩。一些管理階層的醫生粗略估計，香港若把執業門檻降低，每年可招聘約150至200名（相當於醫生總數1%）海外合資格醫生。更多海外合資格醫生的流入將能舒緩香港醫療人才的短缺。

放寬現時的要求可每年增加150名（相當於醫生總數1%）醫生

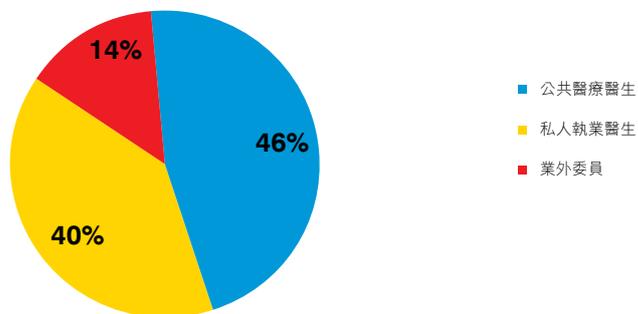
#### (2.5) 改組醫務委員會會員的組成，加快其對社會需求的反應

執業資格試由28位成員組成的醫務委員會監管，醫生註冊條例第3條列明何人可獲委任為醫務委員會成員。雖然條例沒有訂下委任公營或私營市場成員的限額，近半成員為在私營市場執業的醫生，其餘則為在公營醫療系統執業的醫生、不同大學的教授和醫生、以及行外成員。其他系統（如英國、澳洲與新西蘭）的醫務委員會行外成員佔逾一半，以確保公眾利益凌駕醫生利益。本港系統只容許四位行外成員由行政長官委任，故比較下香港醫務委員會並不中立。如此醫務委員會的決策究竟偏側於醫生利益，還是真正顧及公眾利益，值得存疑。

醫務委員會現時成分醫生成員比例高，行外成員不足，影響委員會公正運作

我們建議改組醫務委員會成分，增大行外成員比率；最理想逾50%成員（共28人之中的14人）為行外成員。

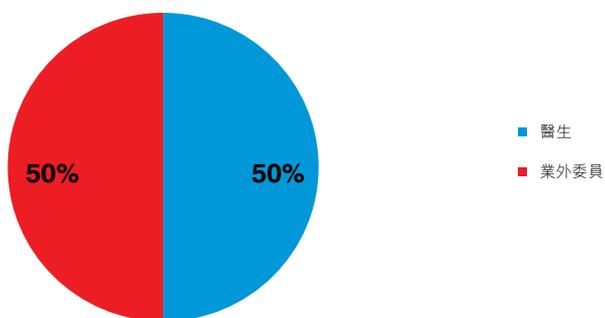
### 香港醫務委員會成員分佈



\*2012年6月情況

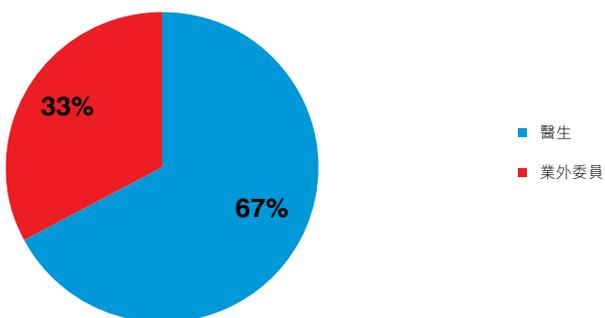
資料來源：香港醫委會

### 英國醫學總會成員分佈



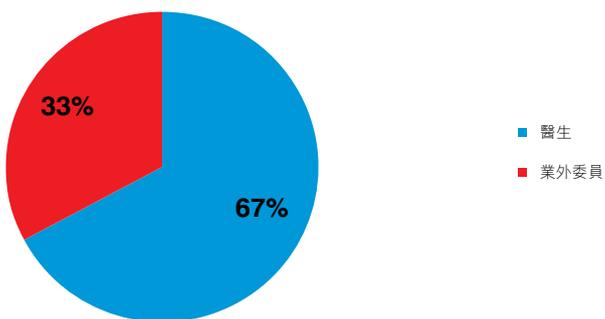
資料來源：英國醫學總會

### 澳洲醫學公會成員分佈



資料來源：澳洲醫學公會

### 新西蘭醫藥理事會成員分佈



資料來源：新西蘭醫藥理事會

### (3) 成立委員會以統一中央計劃人力資源

現時沒有委員會以全面計劃人力資源——大學教育資助委員會（教資會）規劃每年醫學生入學學額，而這程序與規劃聘請公共醫院醫生和護士的醫管局分離。若醫管局需要更多醫生和護士，教資會可拒絕訓練更多醫學和護理學學生的要求，故我們應該要有一委員會以統一中央計劃人力資源，審視包括公營及私營的整個醫療生態系統，包括治療師、護士以至健康服務助理，參閱同行（如經合組織國家）為數量、薪酬、工時及格其他數字訂下基準，並根據人口及其他社會趨勢追蹤我們醫療服務的發展。委員會的目標為確保醫療生態系統跨界別人力資源統籌合作。

委員會的目標為確保醫療生態系統跨界別人力資源統籌合作

### (4) 主動幫助欲回醫管局之私營市場執業醫生

我們在私營市場執業的世界級醫生應有回醫管局幫助訓練初級醫生的機會，以確保我們的資深醫生能將他們的世界級知識和經驗傳授給初級醫生。醫管局應繼續建立其「旋轉門」制度，讓在私營市場執業的醫生參與導向課程更容易回到公營系統。

我們在私營市場執業的世界級醫生應有回醫管局幫助訓練初級醫生的機會，以確保我們的資深醫生能將他們的世界級知識和經驗傳授給初級醫生

### (5) 擴充醫療支援人員最少三分之一

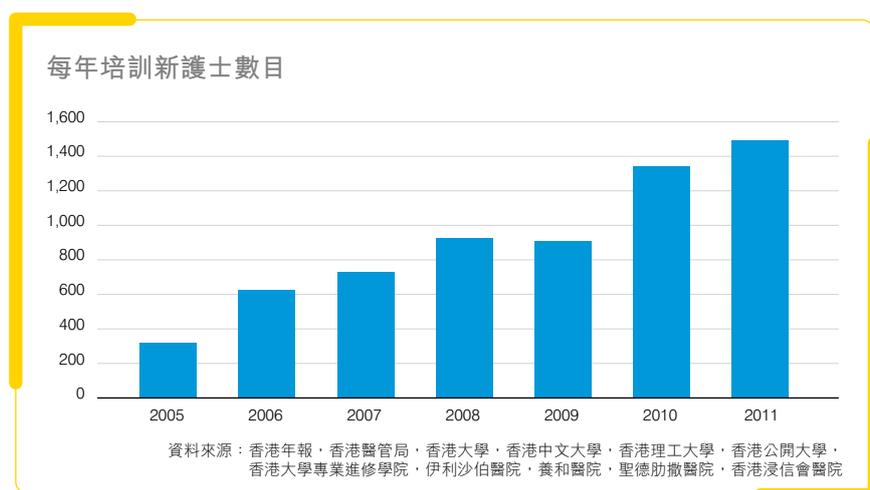
一個有效的醫療系統需要部門內外的團隊合作，醫生需要稱職的護士、健康服務助理、治療師及綜合醫療保健人員團隊以全面照顧病人需要。

現時香港尤其缺乏老年科和精神科的護士和健康服務助理，精神健康尤其因精神病住院病人的病床缺乏而備受忽略，不少慢性病導致抑鬱，應由治療師而非醫生治療，而健康服務助理能頻密家訪以確保精神病人定時服藥。隨著將臨的老年人口急升，我們必須聘請並培訓醫療支援人員以支援醫生，推廣病人的精神與身體健康。

### (5.1) 在大學外培訓綜合醫療保健人員

重設護理學校為正確的政策，應在其他所有醫療支援人員系統實施。自二〇〇八年重設護理學校以後，護士數量增加逾100%。私家醫院如養和、浸信會和聖德肋撒醫院護士短缺，以至於給訓練期間的護理學生付每月7,000至8,000港元以吸引更多學生。隨著我們社會老化，醫療需求只會繼續攀升，故政府及職業培訓學校應分配更多資源培訓綜合醫療保健人員，如物理治療師及放射治療師，以應付醫療需求。

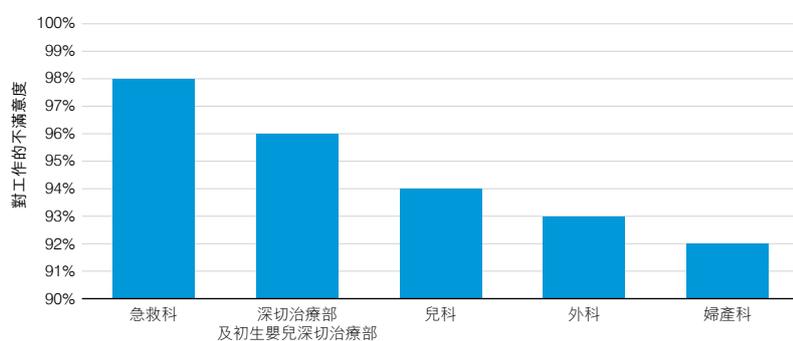
隨著我們社會老化，醫療需求只會繼續攀升，故政府及職業培訓學校應分配更多資源培訓綜合醫療保健人員，如物理治療師及放射治療師，以應付醫療需求。



雖然護理專才人數增加，公營系統仍然缺乏護士，流失率高達每年5%，個別專科（如婦產科及兒科）更達8至9%。護士協會一項調查顯示，護士對病人比率持續急跌，尤其是夜更。國際標準建議護士對病人比率在1：4與1：6之間，香港的情況卻平均為1：20至1：24，比建議比率高四至五倍。人手最緊絀的專科不滿程度亦最高，這些專科需要更多護士，無論在醫院裡、社區中心還是護理院。

	早更	午更	通宵更
2011年	1 : 12 - 14	1 : 14 - 16	1 : 22 - 24
2010年	1 : 10 - 12	1 : 12 - 14	1 : 20 - 22
2009年	1 : 8 - 10	1 : 11 - 12	1 : 20 - 21

五個壓力最大的護士專科



資料來源：香港護士協會

## (6) 增強社區的基層醫療

香港一直缺乏基層醫療，隨著將臨的住院護理需求上升，增強我們的基層醫療可紓緩我們醫院的壓力。世衛組織已指出基層醫療的最終目標是所有人均有更好的健康，如此一成功的基層醫療系統需要充足的家庭醫生供應，以更符合成本效益的作把關、提供持續醫療進程及防治疾病。

增強基層醫療為全球趨勢，研究顯示基層醫療系統較強的國家，人口一般也較健康。連杜拜健康醫療局最近也在卓美亞（Jumeirah）買地興建最先進的基層醫療中心，貫切其對基層醫療中心作為令人口健康更好的前線之信念。

除了所有人更好的健康，世衛組織和不少政府鼓勵基層醫療，因為其符合成本效益。住院成本高昂，而基層醫療能從根本防治疾病，由此減低住院比率。香港近年引入一些預防措施，但整體來說篩選和預防計劃資金嚴重不足，如此若我們投資更多予基層醫療，香港的醫療開支可更符合成本效益。

現時基層醫療基本上由私營家庭醫生供應，市民需自掏腰包，因此基層醫療因下列原因被批評為過於零碎及協調不當——家庭醫學並不當作專科、習慣選購醫生、缺乏清晰診所標準、缺乏註冊基層醫療人員、及缺乏全面資料系統。

基層醫療符合成本效益——  
更多基層醫療投資，為投資  
在醫療的每一元運用的更有效

基層醫療被批評為過於零碎  
及協調不當

我們應儘快投資予社區醫療中心，一站式提供診斷及醫藥服務。這種概念的社區醫療中心在過往20年不少報告中已提出過，但香港政府至今仍未準備改革。香港現有巨額儲備，在將臨的醫療需求上升前，現在正是投資予一健全的基層醫療系統之時，帶領全球供應最符合成本效益的世界級醫療系統。

### (6.1) 投資予綜合療法

綜合療法結合西醫與另類療法，如中醫。香港市民長久以來一直以自己的方法使用綜合療法，如不少癌症病人以中藥紓緩化療的副作用。創新的診所與醫院，如廣華醫院，並不會無視病人服用中藥，而是發展一種協調的綜合療法，為病人提供中藥，記錄他們的劑量。

香港正在獨一無二的位置以成為全球綜合療法之首，因為我們已有中藥的硬件與軟件，亦有長期成功調合最先進西醫與中醫學的紀錄。香港的中藥中心已根據病人的詳細劑量紀錄將整套系統電腦化，先進技術令中醫藥更有系統，增強病人的自我信心，他們現在能在劑量中分辨到不同的草藥，將混和了的藥粉沖熱水飲用；這技術的躍進增進中藥的質素。

正好機會成為全球綜合療法  
之首

發展中醫藥亦為長者帶來莫大裨益。長者最大風險之一為滑倒意外，一旦長者需要做髖關節置換手術，他們的健康便會急速惡化。研究顯示若長者打太極，腿肌肉增強尤其，他們的滑倒意外風險會大幅降低。此外，中藥為有效的基層醫療策略的重要一環，推廣全面醫療，如針灸和推拿療法適合長者，可定期提供給他們，逐漸推廣健康，預防急性衰竭。隨著將臨的長者人口急升，發展綜合療法能紓緩醫院的負擔，並向香港市民推廣更好的健康。

隨著中醫持續並愈加得到全球科學家的關注，香港應乘勢加緊發展中醫，尤其我們有充足中醫醫生供應，當中不少是未被注目的專家。不過現時香港中醫業的成長受制於中醫藥研究及發展資源分配不足與行業前景黯淡——新入行中醫起薪遠低於如護士、生理學家或職業治療師等西醫支援人員，遑論註冊西醫。二〇一〇年政府分配的微薄7,700萬港元中醫藥研究經費遠遜於給予控制傳播疾病的4.5億港元西醫藥研究經費。此行業發展空間無限，我們這國際都會的臥虎藏龍正是中醫藥專家，我們為國際病人和香港的老化人口提供中西兩個世界之中的最好。我們建議投資更多予大學的中醫藥研究，並為所有公共醫院和診所投資予綜合療法。

滑倒意外十分常見，為對長者健康一大威脅；中藥及基層醫療能協助他們預防這些風險

## (6.2) 建立跨專科社區中心及護理院予長者

隨著嬰兒潮年紀增長，社區中心及護理院需求有增無減，我們必須開始發展這些中心並訓練護士及其他綜合醫療保健人員以照顧我們的長者；這些措施目的為提升我們長者的生活質素。我們的平均壽命為全球最高之一，當然並不希望我們的長者受更長期的折磨。

為所有人更好的健康，我們應帶頭資助所有合資格市民的預防治療及衛生防護中心建議的全部疫苗計劃；這些投資減低市民患病機會，符合長遠成本效益。

## (6.3) 探索部分採用日本家庭護理的黃金計劃

除了通過本地培訓和海外招聘大幅提高人力資源供應，我們也可以借鏡日本以家庭護理模式減低住院需求。日本於一九八九年開展了一個雄心勃勃的10年計劃，目標是建設國家的基礎設施以照顧其人口老化，而同時降低成本。這後來被稱為黃金計劃，投資400億美元，比過去十年增長了4倍。該計劃將從醫院和護理院長期住院轉變為以社區康復設施為基礎護理家庭計劃。根據大阪大學隆大森教授，該方案節省國家生產總值的1.3%。在九十年代政府鼓勵家務助理，人數從一九九一年的40,900人增加至一九九九年的100,000人，護理病床數目從約144,600張增至240,000張。從那時起，日本每十年計劃一次長者醫療服務（其後每隔五年），包括提供足夠的醫療設施以應付長者人數增長。

*日本黃金計劃的一課——家庭護理能節省金錢；培訓家庭護理人員*

#### (6.4) 建立精神健康中心

由於快節奏的生活和狹小居住空間，在香港居住非常大壓力。700萬人口中估計100至170萬人有精神障礙，估計有70,000至200,000人患有嚴重精神病。根據醫管局二〇一〇至二〇一五年成年人精神健康服務計劃，大約有40,000人被診斷為精神分裂症患者，38,000人躁狂抑鬱症（抑鬱與躁狂抑鬱症），32,000人神經質、與壓力相關的及軀體形式障礙，還有8000名診斷有老年癡呆症。

我們需要加強對精神疾病的支援，並建立精神健康中心，以治療日益增加的精神病患者人口。精神健康中心將為精神病康復者提供空間，在一個壓力相對小的環境中和專業人員的監督下康復，與社區融合。精神病患者門診設施和服務明顯不足，導致精神病患者離開醫院後犯罪。世衛組織已確定至二〇三〇年抑鬱症是在世界上的頭號疾病，因此香港認真對待精神病和建立社區支持和心理健康中心，對於我們的公民至關重要。

### (6.5) 「回到工作」計劃以支持殘疾公民

我們需要社區支持以讓更多殘疾公民康復後進入勞動力市場。許多殘疾患者，特別是那些滑倒意外後的，離開了醫院，身體康復了，但精神上無法接受他們的殘疾現況。目前非政府組織與私人僱主合作支持殘疾公民，政府可進一步通過一個正式的「回到工作」計劃幫助他們重拾自信，並返回合適的工作崗位回報社會。最終，醫療保健的目的是將我們的患者帶回我們的社區，因此我們應該看到患者確實離開醫院，繼續以可接受的生活質量生活著。

### (7) 推廣醫療旅遊

中國日益富裕，尤其是在我們面前的1.04億人口腹地廣東省，人口最多和最富有的省，還有全國最高收入的深圳市，將造就極大香港醫療需求，尤其是外科手術服務。這種需求與我們經濟之前從零售到融資的J曲線一樣。

不用思量也知道跟隨未來醫療服務的需求熱潮，我們現時只在這種發展模式的早期階段。由於過去5年15萬以上內地母親在港生育帶來問題的壞經驗，當我們的私營醫療被淹沒在各種醫療服務需求者中，將可能更糟糕。正確的做法是歡迎這機遇以提升我們的醫療行業，顯著增加我們醫學院的容量與本領，並同時招聘海外人才。

建好他們自然來——香港的醫療服務需求結構將以J曲線上升——未來的「蝗蟲」問題

我們可以跟從新加坡成功的例子推動醫療旅遊。新加坡政府於二〇〇三年成立Singapore Medicine，一個多機構的政府行業組織，以發展成一個醫療中心吸引醫療遊客為目標。由衛生部和旅遊局主導，成功利用新加坡的高品質醫療服務，積極推廣和加強新加坡作為東南亞領先的醫療保健提供者。Singapore Medicine積極向潛在醫療旅客推廣，並有營銷預算、贊助，如「Patients Beyond Borders」出版物和行業會議。他們的營銷策略已使他們在二〇〇七年和二〇〇八年連續兩年成為TravelWeekly（亞洲）最好的醫療保健旅遊目的地。

這些誘因使新加坡的私人醫療保健擴張，醫療旅客於2006年超過40萬，是2003年的雙倍。醫療旅客的組成也明顯多元化，超過10%的醫療旅客來自擁有先進醫療的國家；加拿大、美國和英國的醫療旅客佔所有的9%，忍受8至20小時長途飛行都願意到新加坡接受醫療服務。平均而言，美國醫療旅客到新加坡所付的只是美國同等待遇的三分之一。

獅城目標為增加醫療服務容量一倍以上，至二〇一二年服務100萬外國病人。Frost & Sullivan報告顯示，二〇〇九年新加坡外國病人以達66萬，比二〇〇八年升3%。二〇一〇年再增加約70萬名醫療旅客，很快就在二〇一二年或以前達到100萬病人的目標。

新加坡目標明確，發展成為  
亞洲醫療中心

新加坡在二〇〇四至二〇〇  
八年醫療服務總支出增長近  
30%

二〇〇六年以來，新加坡已  
計劃增加醫療服務容量一倍  
以上，至二〇一二年服務100  
萬外國病人

預見到即將到來的醫療需求，新加坡政府過往10年積極招募了3,500名醫生（其醫生供應增加一倍）。在二〇〇〇年一個新加坡醫生平均照顧70名病人，二〇一〇年下降28%至50名，反映新加坡政府在醫療人力資源規劃所起的積極作用。由於新加坡政府批准的外國醫療學校名單在二〇〇三年從23間擴大至140間，醫生的人數每年平均增長5%。

新加坡積極聘請海外受訓醫生

## 行動二：建立世界級醫療硬件

(8) 興建新醫院和擴充現有設施的容量以增加5,000張病床（現時共35,525張病床的14%）

當「服務差距」在未來十年隨增長速度擴大，公營部門在整體醫療系統中所佔的份額將會上升。目前香港人口的43%

（290萬人）有權通過他們的就業安排使用私營醫療服務。只有大約35%香港人口（240萬人）自行購買私人醫療保險。隨著即將到來的退休潮，許多公司保險所涵蓋的300萬人將不再受公司保險覆蓋。香港只有一至兩間保險公司提供65歲或以上住院保險計劃，而65歲或以上加入計劃後保險公司會多收50%保費，高昂保費令不少欲購買自己保險計劃的人卻步。

目前只有38%的55至64歲人口已有私營醫療保險。換句話說，在未來十年內將有50萬人退休，將要依靠公共醫療，他們將令公立醫院的病人數目增加80%。如果我們甚麼也不做，公立醫院等候名單十年後將是現在的兩倍長。情況很清楚——我們需要興建更多公立醫院以應付這升勢，或將他們其中一些轉移到迅速增長的私人服務。

約62%的55至64歲嬰兒潮沒有私人保險，他們在未來十年退休後將要依靠公共提供——這將增加我們目前的負載80%

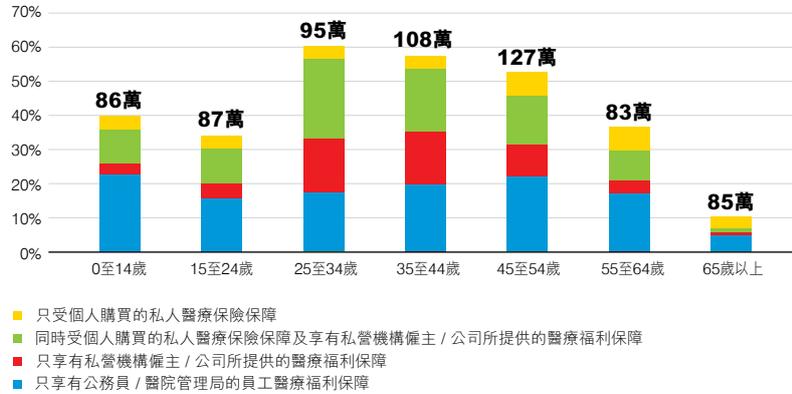
由於目前的容量短缺在未來的十年日益嚴重，轉移部分公共部門的病人到私營部門並不實際，因為私營部門要從公共部門聘請醫生以增長擴大；從本地和海外的人才庫中增加醫生供應為未來十年的重中之重。如何將新增容量從公營分配到私營部門，尤其公共部門將在未來十年接收80%不受保的嬰兒潮，只略為減緩公共開支的負擔覆蓋。這個邏輯的一個最近例子是由將軍澳醫院決定推遲產科病房開放，為吸引來自其他公立醫院的醫生和護士以支持其使用。因此，直到更多醫生可從新源頭供應以前，單單增加設施並非有效率的做法。

一個值得探討的實際選擇是顯著增加公立醫院的「溢價」。例子是，在容量嚴重超荷的時候，私營部門「道德危險」較高（這可能會創造更多的非必要工作），若公共部門佔總醫療系統份額更大，則能整體更有效率提供服務。公立醫院也可作病人入息調查，以便知道這些家庭和病人誰能夠負擔得起更高的醫療費用，減低補貼。目前每名病人的成本回收率為微不足道的7%。我們應該將公共醫療系統改造成不同類別，並允許願意花更多錢的中產階級病人得到溢價服務，如私人房間和菜單選擇。

鑒於醫生未來將短缺，我們的首要目標必須是擴充整體容量，而不是如何分配公營和私營部門之間的功能

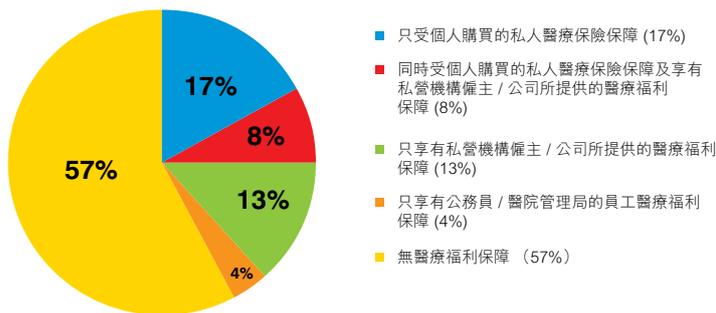
幫助有需要的人——一個更公平的收費制度，向高收入者徵收更高的費用，可以提高公共部門收回成本，從微不足道的7%

按年齡劃分的受醫療保險/福利保障人士比率



資料來源：香港統計局

受醫療保險/福利保障人口比率



資料來源：香港統計局

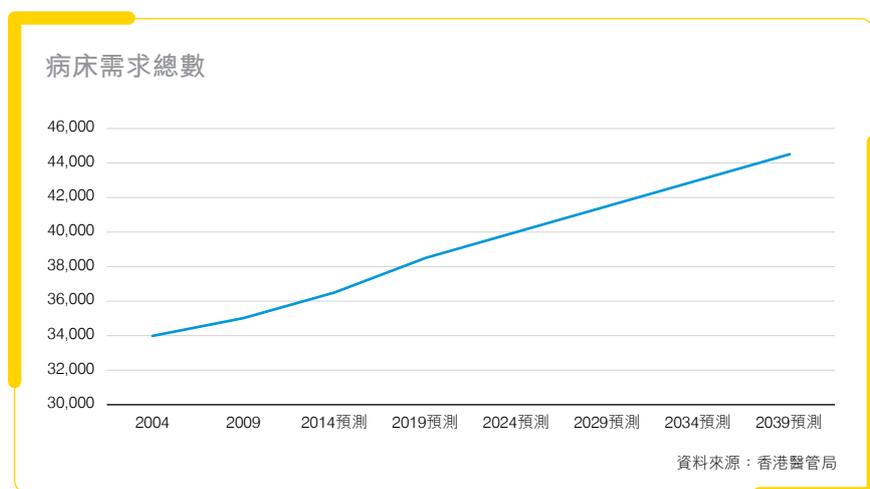
### (8.1) 興建新公立醫院

香港醫院病床數目過去十年僅增加1%，但我們的人口同期已增長了6%，還全部大十歲；醫院容量的增長根本沒有跟上，甚至在新技術和治療方法改進之後。到二〇一四年我們將需要約多270張床（1%），到二〇一九年則需要約多3,000張床（10%）。後者的供應缺口相當於目前病床約10%或兩間瑪麗醫院的病床數目。換句話說，我們需要提供相當於兩間瑪麗醫院的空間，或八間將軍澳醫院的規模，以適應未來八至十年醫院病床的需求增長。

按照目前新床位供應的速度，到二〇一九年我們將缺3000張病床（10%），相當於兩間瑪麗醫院的病床數目

我們面臨的最大問題是在興建新醫院的長期拖延。香港大學外科學系系主任及講座教授盧寵茂提到，瑪麗醫院重建將需十多年。如果需要同樣長的時間興建一間新醫院，我們必須根據我們十幾年後的社會需求（即二〇二二年）開始生產。隨著人口在二〇二四年增加至800萬（+14%），我們將需在未來12年內增加至少5,000張病床（+14%），在未來30年內增加約9,000張病床（+29%）。

考慮到需要長達十年興建一間新醫院，我們在未來十年必須增加約5,000張病床（+14%），規模相當於三間瑪麗醫院



如果我們繼續保持我們目前增加病床的速度，每十年張只增加200張左右，未來二十年內我們的病床將缺20%。政府需要增加至少400至600張病床，現有的擴建和重建應考慮到未來需求的熱潮。廣華和瑪麗醫院的重建計劃在幾個星期前宣布不增加病床，這看起來不合理，因為現有的短缺和需求在未來二十年必然上升。

正如延遲近三年後的沙田至中環線（鐵路）的成本由約港幣300億港元上升至800億港元，在目前環境中，當我們境內有5至8%的高通脹，但全球建材價格低企，我們應把握儘快開始我們的醫療硬件建設；如在沙田至中環線的延遲，已經花費了相當於約四間瑪麗醫院的建築成本。這約5,000張病床的新容量，費用估計為220億港元（目前成本），但成本將在較長時期攤分，實際支出將隨建築工程進一步開展而超過預期。為了慎重起見，我們假定通脹率6至8%，最終成本200億港元。

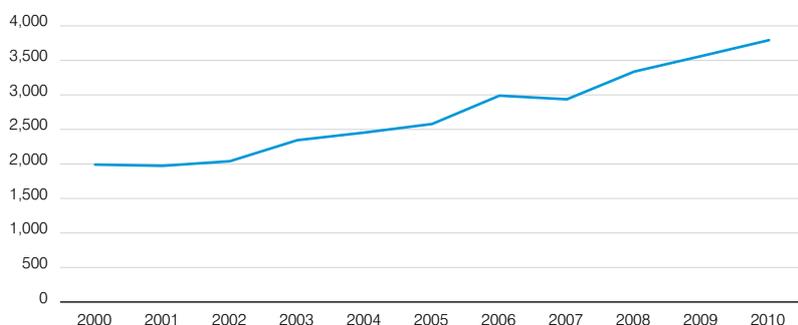
#### (8.2) 醫療硬件嚴重不足的地區興建護理院和增加醫院病床

註冊的香港護理院只有46間，床位4,000餘張，二〇一二年內的輪候名單已經有6,500人，平均輪候時間三年。約75%輪候名單上的長者在政府能答允他們的最後願望之前已去世——願望只是簡單的有人有地方他們可獲照顧。護理院是迫切需要的社會資產，尤其可以減輕長者在醫院的病床空間。目前40%留在公立醫院的病人為65歲或以上，若可以將情況穩定輕微的轉移至護理院，那裡提供專業的醫療照顧老人，則能更好地運用我們的醫院空間，集中處理那些有更緊急或醫療需求更為嚴重的病人。

我們應該加強建設容量，儘快充分把握現時材料成本低，在通脹侵蝕我們的預算前施工

約75%在護理院輪候名單上的長者在等待期間去世

護養院病床數目



資料來源：香港年報

### (8.3) 增加私家醫院容量

私家醫院服務香港總住院病人的20%，但只佔香港總床位的15%。如前所述，床位不足已經迫使一些醫生轉介病人回公營系統。雖然擴大私營醫療供應有潛在的道德風險，醫生的專業知識遠遠超過病人，而那些無良醫生可以引導病人接受並支付不必要的治療，但私家醫院是世界級醫療系統的重要組成部分，為能負擔得起的病人提供選擇。

政府自二〇〇九年以來已預留四幅土地為私家醫院，然而三年後仍沒任何規劃、動工的跡象。決策延遲兩年已由於通脹增加8%成本，此乃原來十多位表示有意在黃竹坑和大埔區興建私家醫院的投標者現在只剩兩位的部分原因。政府需要釋放土地，儘快趕上醫療服務的需求和對沖通脹引起的醫療費用急升。招標要求投標者提供至少300張病床，醫院開始運作後其服務容量的一半為香港居民服務，至少30%容量以套餐收費為本區病人服務，產科病床的數目限制為20%。

醫療中心擴大私營醫療服務的容量，為一石二鳥之舉

	黃竹坑	大埔
總樓面面積	28,050 - 46,750平方米	38,742 - 64,570平方米
土地面積	27,500平方米	54,851平方米
床位	>300	>300

#### (8.4) 在機場環球薈發展醫療中心

我們在第三份報告中提到，在目前位於赤鱸角機場旁邊的高爾夫球場上興建一間多用途綜合中心，這中心（環球薈）可作一站式的醫療綜合中心，服務想得到我們世界級服務的國際旅客。這可以照顧到內地人對香港醫療服務的需求，置換並減輕他們對我們公營和私家醫院的需求壓力。100萬平方呎醫療中心提供400張病床，兩倍於港安醫院。

環球薈空間無限（總樓面面積比目前香港最大的私家醫院——聖德肋撒醫院——大35%），醫療中心並非普通一間醫院，它是一個全面的醫療旅遊目的地，為所有年齡組的顧客提供一站式醫療保健方案。除了醫院的病床和手術間，「休閒保健」設施，如健康水療中心、按摩中心、水上公園和瑜伽俱樂部等，比正規醫院提供更舒適和鬆弛的經驗。醫療中心不僅可為有需要的本地人騰出本地醫院的服務供應，也可跟隨目前在該領域的領導者新加坡定位，建設香港成為主要的醫療旅遊目的地。香港醫療服務的需求隨之湧入，促進我們已經世界領先的醫學研究行業。

### (9) 更換和升級十年以上的醫療設備

醫療設備只佔醫管局約400億港元開支總額的4%（約16億港元）。隨著政府至2009/10兩個財政年度一次性撥款12億港元（我們二〇一二年公共盈餘的僅1%），醫管局將十年以上的主要設備比率從42%減至36%。隨著科學迅速發展，技術快速過時，任何新的設備都很可能比十多年的數倍更有效。當服務容量嚴重超荷，更換舊設備絕對是非常快增加生產力的方法，尤其是當一年財政盈餘的1%支出已可將舊設備比率降低了6%，財政盈餘6%的開支可以更新所有舊設備。

花一年的財政盈餘的6%就可更新我們所有十年以上的醫療設備，並立即提高醫療生產力

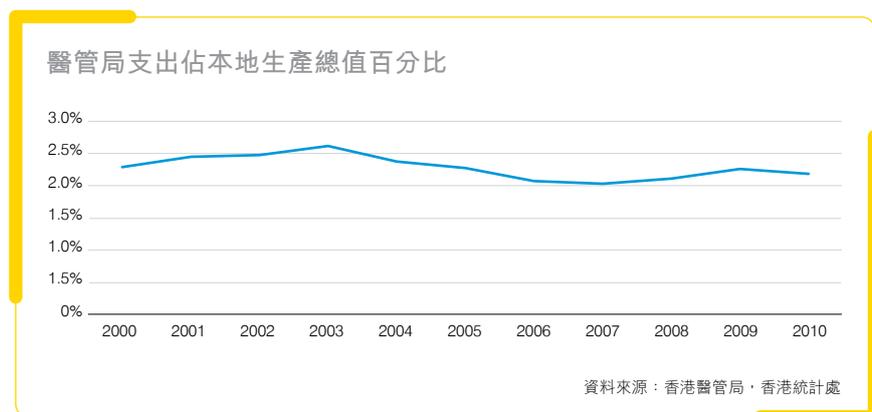
#### 醫管局2007/08至2009/10年度一次性財政資金購置之醫療設備

設備	成本 (百萬港元)
放射線設備	522
生理設備	91
通風機	46
麻醉機	41
病理設備	82
核醫學	17
手術設備	59
手術台	20
腎設備	10
內窺鏡設備	29
滅菌器	20
電話系統	59
眼科設備	12
放射治療設備	144
其他設備（如語音診斷科；走路機，電梯）	128
總數	1,280

資料來源：立法會

## (10) 擴充港大及中大醫學院設施

為了應付每年從420增至約800名醫科學生入學，我們必須擴充港大及中大醫學院設施。我們應該置入先進設備，並聘請世界著名教授，教育我們的下一代成有抱負的醫生。我們的目標是成為世界級醫療中心，培訓一流醫生。

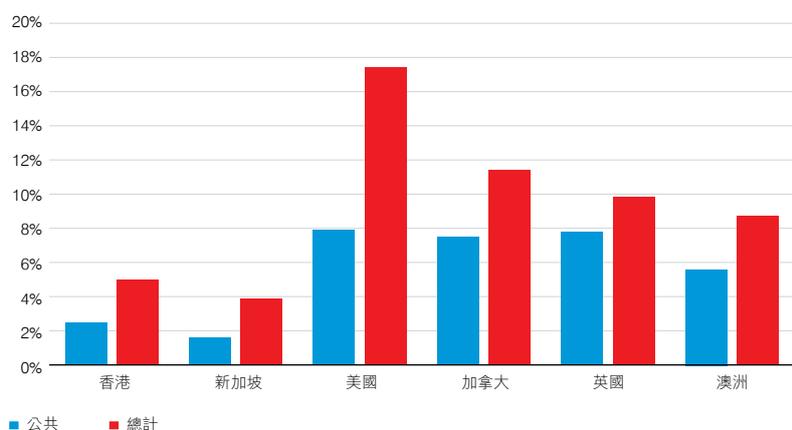


投資在我們的公營及私營醫療服務的容量及能力能創造。我們應秉承應使則使的原則，捍衛我們的核心價值之一——尊敬對社會貢獻良多的老年一輩，不讓長者因財政理由無法享用醫療服務，這情況在我們現在有充裕資金可供投放於醫療體系尤其不能接受。現時，我們公立醫院的開支僅佔本地生產總值2.1%（約每人5,400港元），這數據自二〇〇三年起滑落，在二〇〇七年開始則緩緩反彈。正如前述，我們的人均醫療開支僅美國的三分之一、英國的三分之二、組合組織平均的72%。

應使則使以捍衛我們其中一個核心價值——在我們負擔得起下，決不讓長者因財政理由無法享用醫療服務

我們的總醫療開支為本地生產總值5%，公共醫療開支則為2.5%的低水平。相比之下，絕大部分發達國家（如美國、加拿大、英國、澳洲等）的公共醫療開支均佔其國民生產總值逾5%。

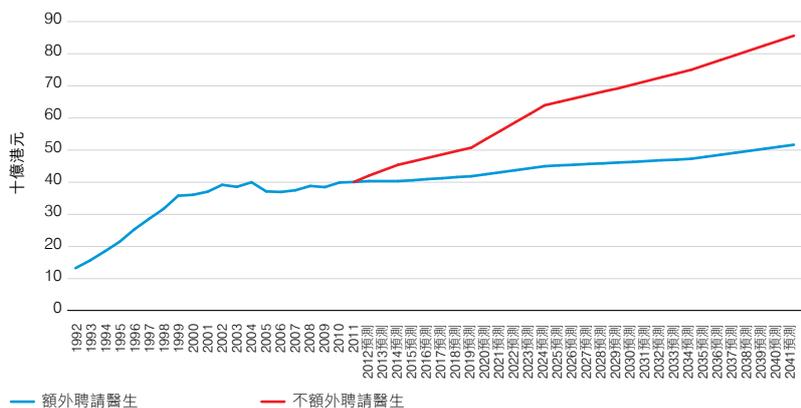
醫療支出佔生產總值百分比



資料來源：世界銀行，經濟合作與發展組織，各地本土醫療數據

我們的總計及公共醫療開支佔生產總值百分比差不多是發達國家中最低

額外聘請或不額外聘請醫生下的每年醫療開支



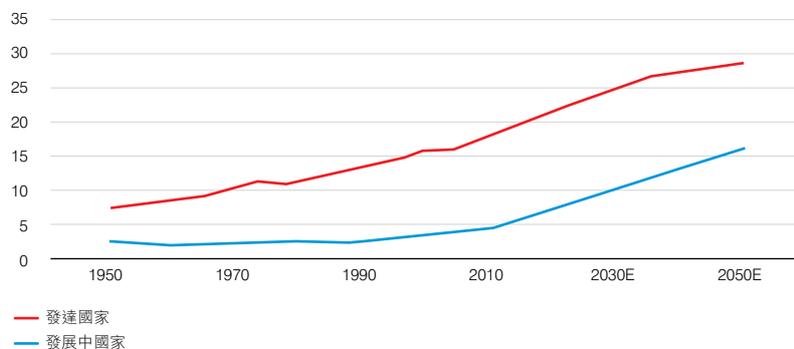
資料來源：香港醫管局，HKGolden50

若我們在公營醫療體系增聘醫生至足夠應付需求的水準，我們的公營醫療開支在二〇一九年將比現時高出88億港元（二〇一一年生產總值的0.5%），在二〇二九年將比現時高出229億港元（二〇一一年生產總值的1.2%），在二〇三九年則會比現時高出319億港元（二〇一一年生產總值的1.7%）

若我們在公營醫療體系增聘醫生至足夠應付需求的水平，我們的公營醫療開支在二〇一九年將比現時高出88億港元（二〇一一年生產總值的0.5%），在二〇二九年將比現時高出229億港元（二〇一一年生產總值的1.2%），在二〇三九年則會比現時高出319億港元（二〇一一年生產總值的1.7%）。我們不但有充裕財力應付這些支出，醫療投資可帶來龐大的正面界外效應。更大的醫療服務容量除直接惠及年老體弱的一群，亦可通過創造大量醫療相關職位，使活躍勞動人口得益。毫無疑問，垂手可得的高質素醫療服務也令普羅大眾更健康快樂。

香港有潛力發展醫療成支柱產業之一，我們擁有的技術、人才、設施，並有提供世界級醫療服務的聲譽，我們缺乏的是將行業規模擴充至可以創造數以百萬計就業機會的承諾。我們需要建立我們的醫療服務容量應付人口老化的需求，以及掌握下一世紀將蓬勃發展的行業流入的機遇，我們需要儘快起行。隨著全球人口老化加劇，香港並非唯一已將出現醫生短缺潮的地方。若我們能現在儘快擴充我們的醫療能力，這將會是我們的優勢。解決方法很簡單——我們需要開始建設我們的醫療硬件——更多醫院、護理院、醫療中心，同時建設我們的軟件，留住並培訓我們所需的醫學人才，保持這個城市的健康和活力。

六十歲以上人口佔全球總人口百分比



資料來源：聯合國

我們希望本報告能為你提供寶貴資料，讓你更明白香港未來五十年面對的重大機遇及挑戰，作為香港這群體的一分子應如何在這關鍵的黃金五年如何前進。如有任何意見和建議，請電郵至[friends@hkgolden50.org](mailto:friends@hkgolden50.org)，並瀏覽我們的網站[www.hkgolden50.org](http://www.hkgolden50.org)查詢我們最新資料。

#### 免責聲明

本報告僅供說明，並非對任何行業或經濟每項重大事實的全面分析。事實陳述乃從可靠來源獲得，但香港黃金五十或任何聯屬公司不會就其完備性或準確性作出聲明。本報告中所有估計、意見及建議構成截至本報告日期的判斷。本報告或當中所發表任何意見不應詮釋為任何類別的意見。香港黃金五十不會就使用本報告或其內容而產生的任何直接或由此招致的損失承擔任何責任。本報告不應與任何合約或承諾予以依賴。



香港黃金五十認為，這座城市在二零一二年的今天再次站在歷史的十字路口。這五年間我們所作的選擇，將為接下來五十年定下基調。資金、人才和機會將在這五年源源不絕湧入香港，倘若香港人能冷靜周詳地規劃，好好把握這前所未有的機遇，香港將能持續繁榮進步，為下一代創造一個更為安穩和諧、互相關愛的生活環境。相反，如果讓機會白白流走，香港很可能會面臨長期衰落，我們也將後悔莫及。

尤其是我們的年輕一代，在黃金五年內應該更加主動，積極建設香港。因為他們這五年內的選擇，將決定香港未來半世紀的命運。

香港黃金五十深信香港人會為自己的未來作出明智選擇。我們希望能喚起社會各界關注一系列與自身利益緊密相連的議題，進而展開廣泛討論和深入研究，引導香港朝正確的方向昂首闊步、勇往直前。



## HKGolden50

香港灣仔駱克道33號  
匯漢大廈1903室  
[www.hkgolden50.org](http://www.hkgolden50.org)



香港黃金五十致力保護環境