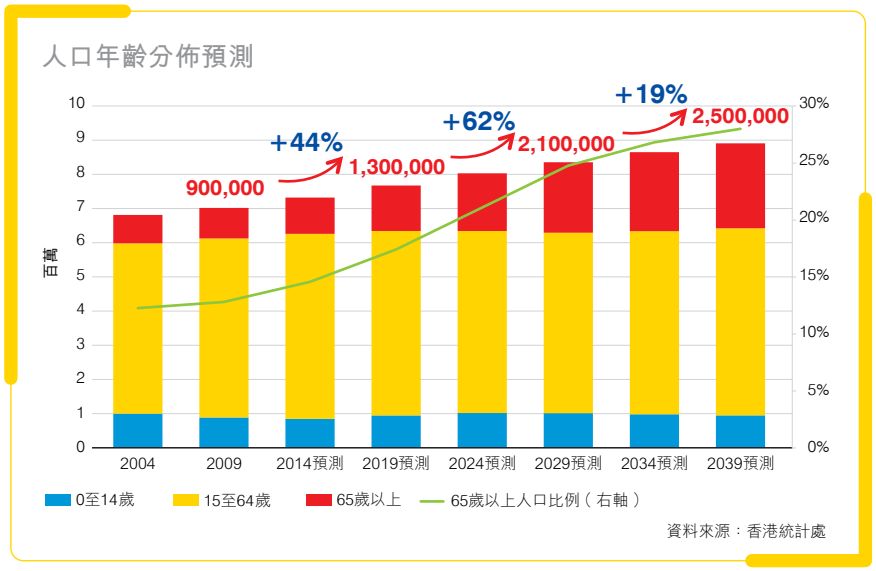
二、香港優秀的醫療體系正瀕臨崩潰——需求大增但供應停滯，勢將在未來幾年使醫療體系百上加斤

(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。

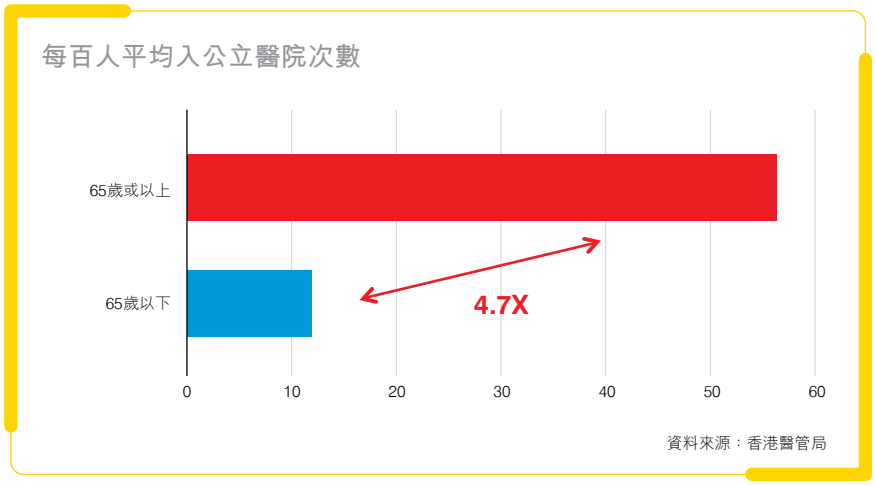
醫療需求將在十五年內急增，而人口老化將為社會資源分配帶來前所未有的改變



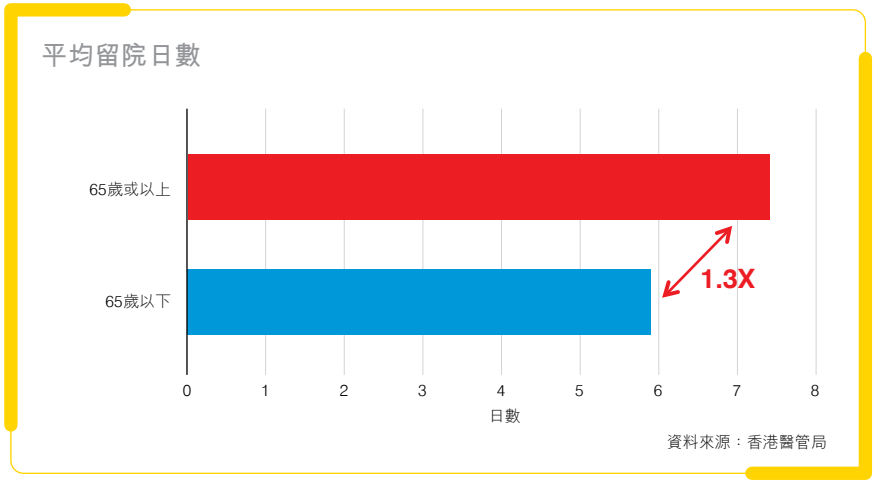
(1.2) 老年人的住院需求差不多是年輕人口的六倍

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



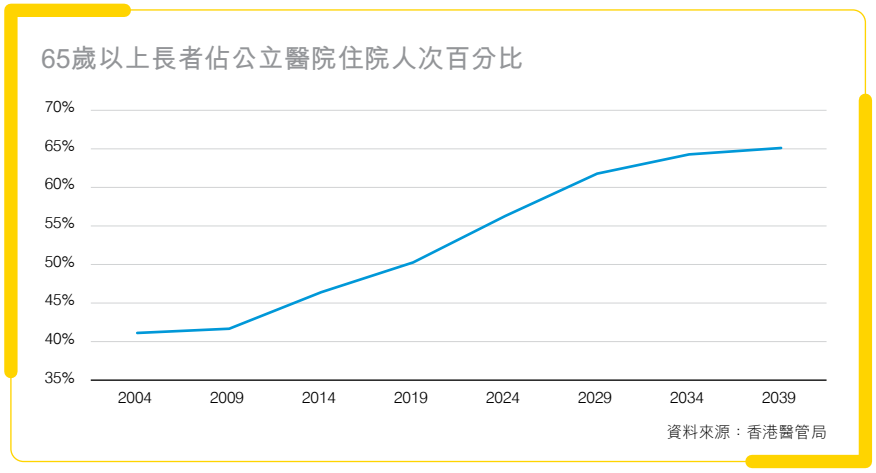
長者病人平均入院次數是非長者的4.7倍



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）。

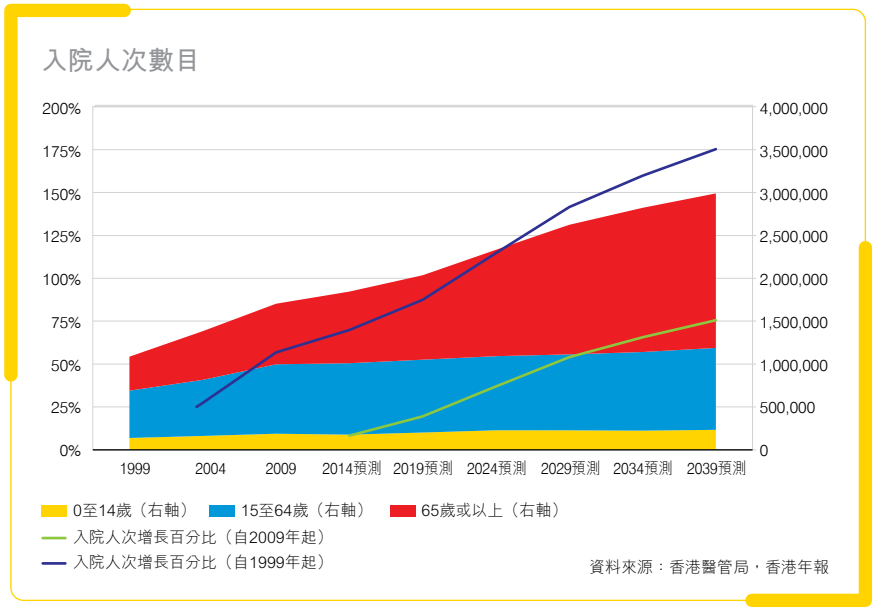
長者佔整體住院人數比例由二〇〇〇的38%增至〇九年的42%，同期長者人口增加了165,000（或23%）



(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。

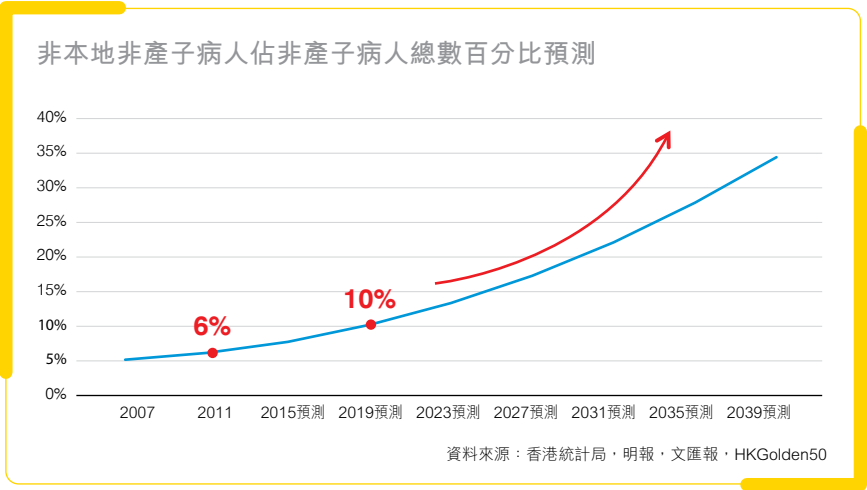
現時，香港每年有約170萬住院病人，在二十年間這將增加55%，三十年則增加75%；假如我們連應付每年新生嬰兒數目增加42,000宗（或90%）也疲於奔命，如何期望醫療體系可以支撐多130萬住院病人？



(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

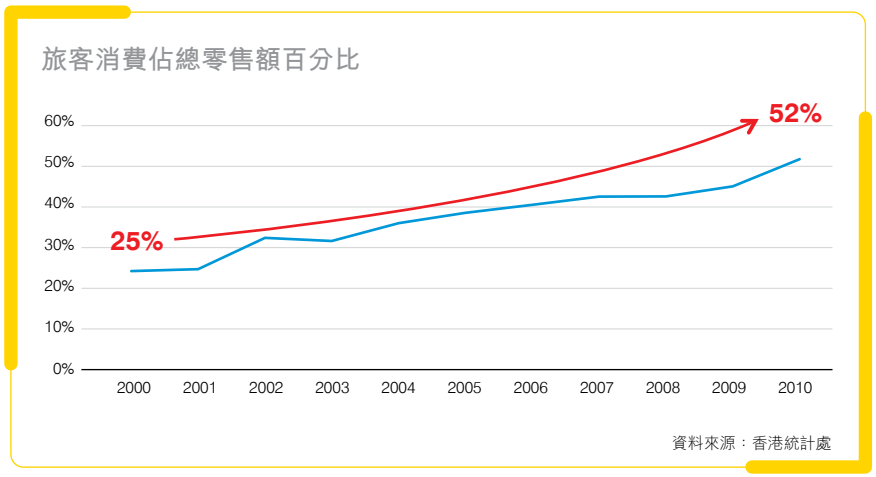
除了本地對醫療服務的需求增加，內地對我們的醫療服務需求同樣與日俱增。過去數年，傳媒有關內地人對來港產子的殷切需求早已大量報導，然而這現象並非單一事件——二〇〇七至一一年間，私家醫院中非本地非產子病人增加了50%，每年增速達11%，比本地病人的增速（年均6%）快一倍。未來二十年，非本地非產子病人佔總私營醫療體系需求將持續增加，預計到二〇三〇年將達五分之一，二〇三九年更達35%。

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。

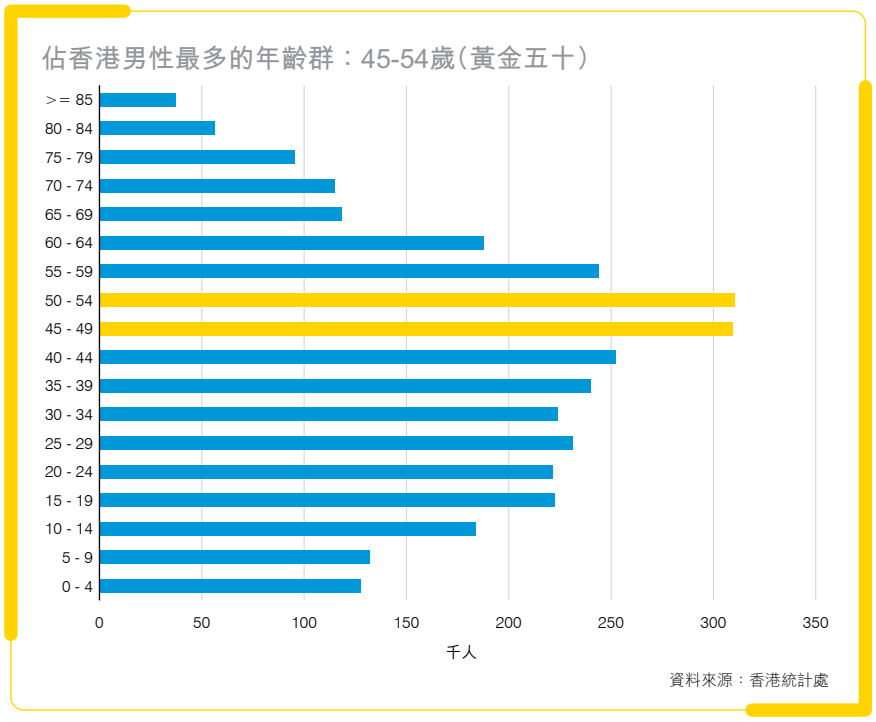
二〇一六年起，富裕的廣州中產人士與香港的優質醫療服務，在廣深港高速鐵路通車後，只有48分鐘距離

(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

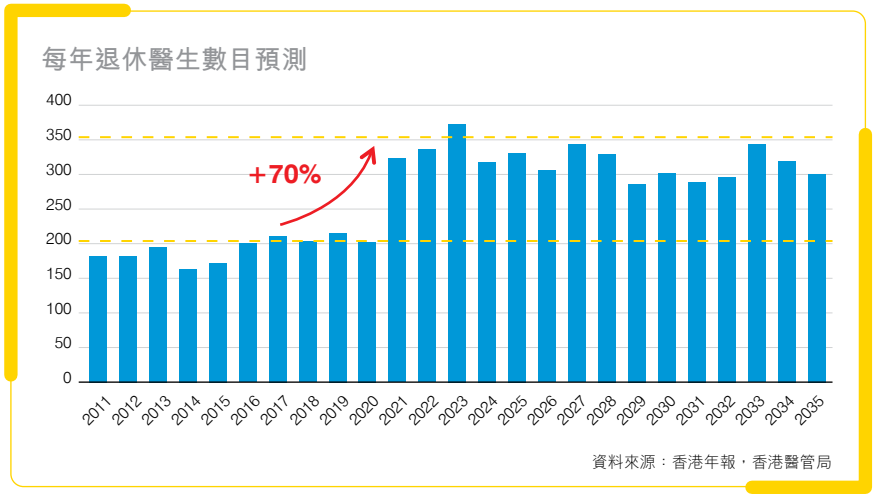
醫療服務需求上升加上醫生退休潮足可令我們的系統崩潰

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%。



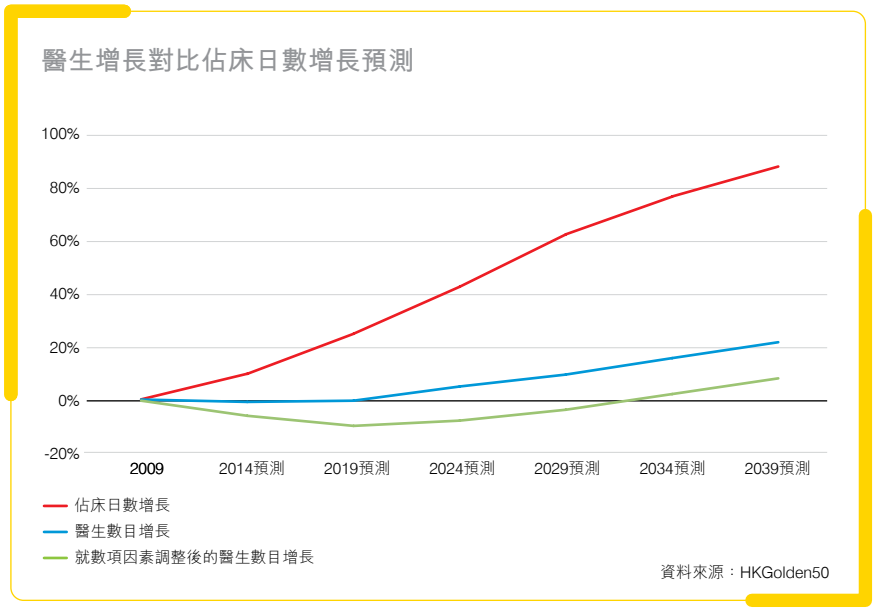
至二〇二〇年代初，退休人數將會急增，每年將有逾300名醫生退休。將來數年醫生的退休人數將急增70%，在二〇二五至三五年的十年間，將會有共3,000個醫生退休，佔醫生總人數25%。換言之，我們四分一的醫生將會在我們老年人口增至破紀錄的200萬（佔香港人口四分之一）時退休。急切增加醫療硬件與軟件，實在刻不容緩。

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



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。

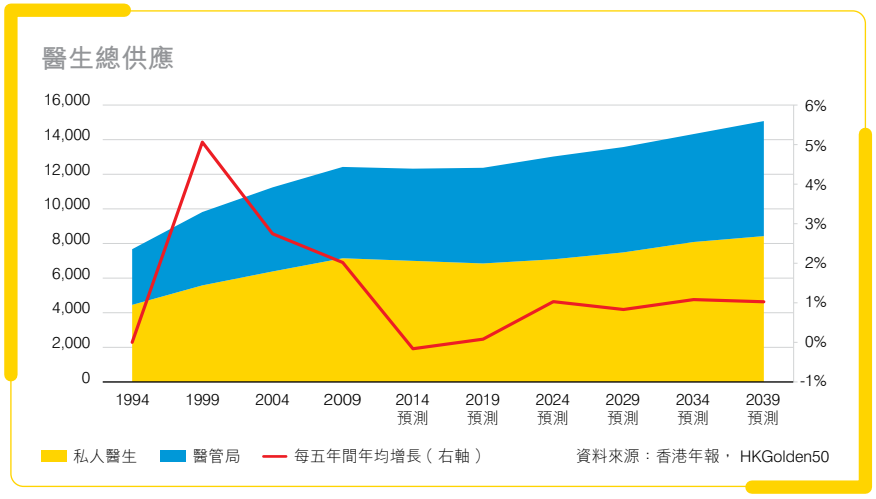
醫生總數在未來十年將會停滯，而未來三十年亦只會增加25%



(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

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

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充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。

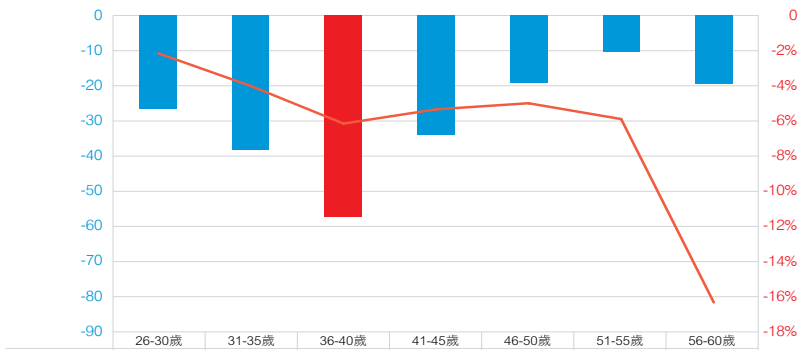


(2.3) 年代差距：與社會正在改變的常規一樣，年輕醫生希望減短工作時數、更佳的工作與生活平衡以及選擇更低挑戰性的專科

對較短工時的期望使對醫生數目的需求更高

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。

按年齡劃分的年均醫生流失人數（二〇〇七至二〇一一年）



	26-30歲	31-35歲	36-40歲	41-45歲	46-50歲	51-55歲	56-60歲
流失人數	-27	-38	-57	-34	-19	-10	-20
流失率	-2.2%	-4.0%	-6.2%	-5.3%	-5.0%	-5.9%	-16.3%

資料來源：香港醫管局

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

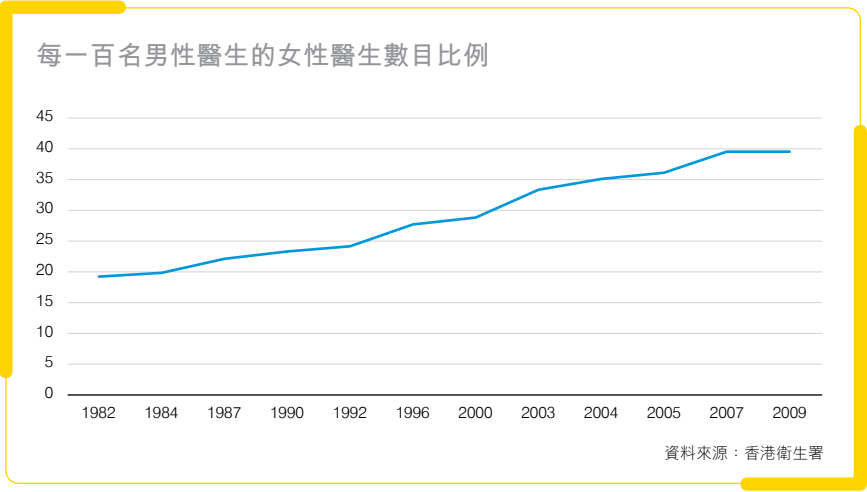
專科	5年增長 (2006-2010)	5年增長幅度 (2006-2010)	10年增長 (2001-2010)	10年增長幅度 (2001-2010)
內科	0	0%	2	2%
小兒外科	9	7%	28	26%
兒科	48	11%	139	41%
婦產科	38	12%	75	26%
整形外科	5	12%	15	47%
外科	66	20%	168	71%
麻醉科	64	25%	157	93%
老人科	21	27%	46	85%
精神科	79	46%	149	145%
急症科	82	57%	164	260%
總專科醫生	984	24%	2169	76%

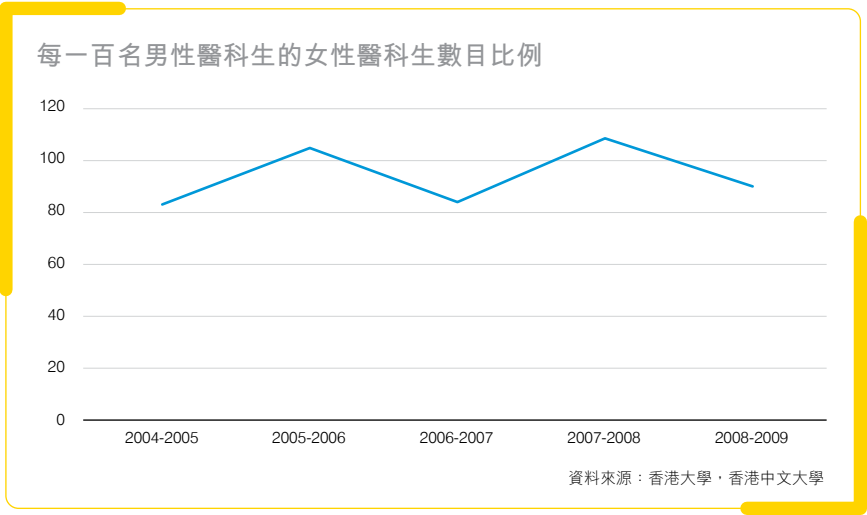
資料來源：香港醫管局

(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

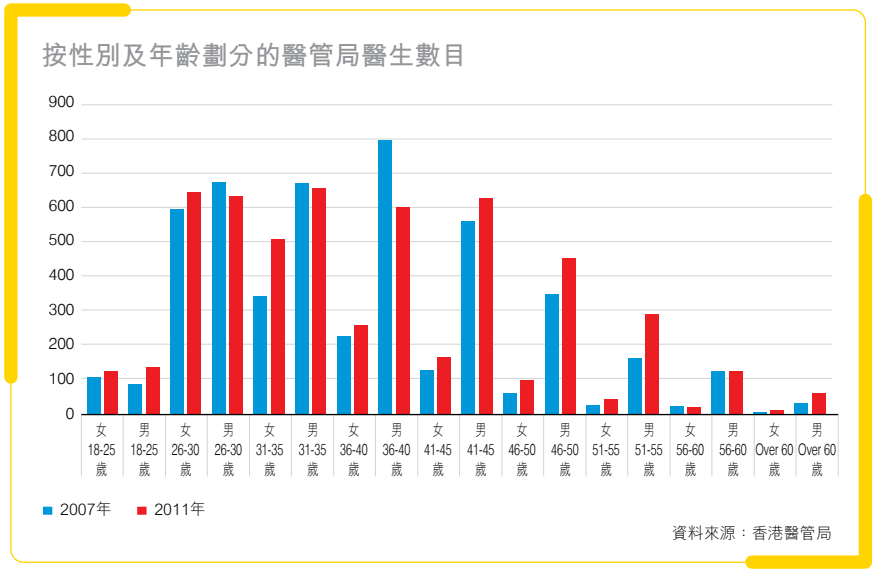




女醫生相比男醫生，通常會較早退休或轉為兼職。香港女醫生協會的一項查發現，逾七成女醫生表示她們與家人相處的時間不足，而65%的女醫生希望每星期工作時數不多於45小時，只有10%願意一星期工作多於56小時。今天接近50%醫學院畢業生為女性，表示所有醫生的總工作時數將隨著女醫生步入三十歲而逐步減少。二〇〇七至一一年間，15%的女醫生（約100名）在三十歲出頭離開醫管局體系（比男醫生的3%高12個百分點）。

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OO六至一O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

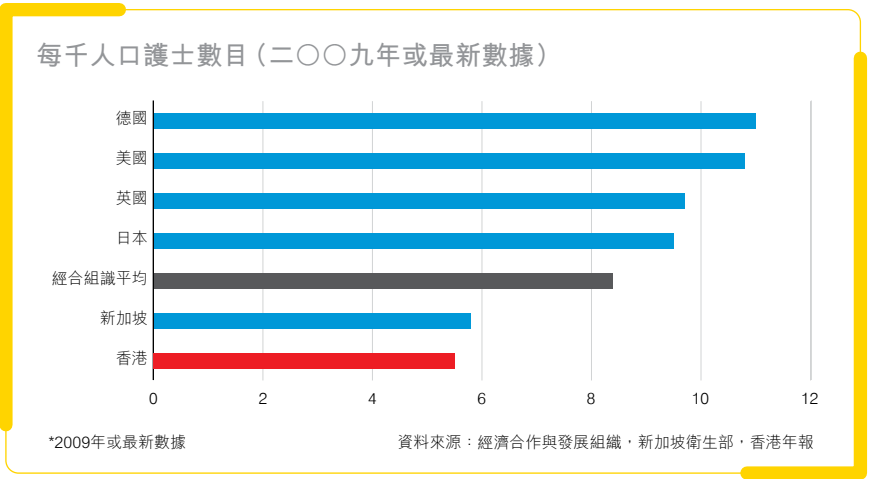
僵化的執業資格試制度令醫管局只能聘請現時已有專科資格或極少數通過三個執業資格試並完成12個月實習的醫生，大大限制了專科醫生的供應。長達十年的培訓期使我們根本不能通過自行培訓應付急增的醫療服務需求，故此聘請海外醫生是我們維持醫療服務質素最可行的方法。一些管理階層的醫生粗略估計，香港若把執業門檻降至合理水平，每年可招聘約150至200名（相當於醫生總數1%）海外合資格醫生。

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

醫生的支援人員也相當不足

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。

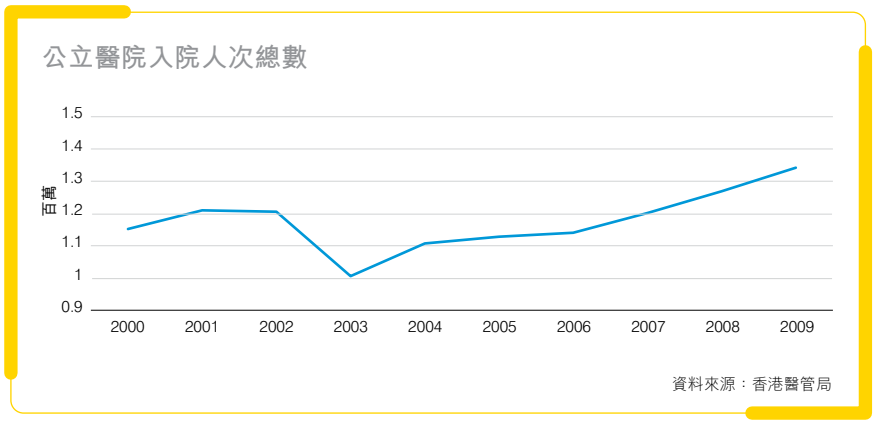


(3) 醫院設施不足日益嚴重

(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%

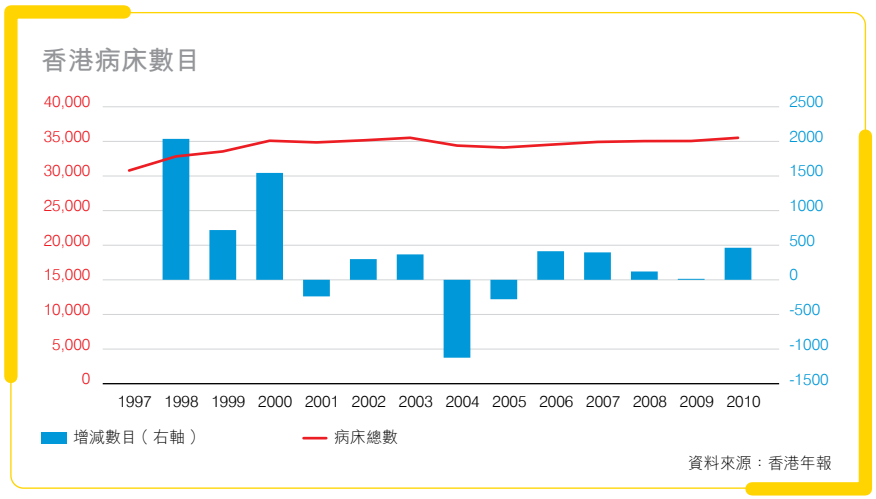
過去十年，香港人口增加5.5%（或約380,000），公立醫院的住院人次亦增加了8%（或約90,000），但我們的醫療設施卻沒有隨醫療需求上升而相應增加。香港廿一世紀首十年（二〇〇一至一〇年）在醫院建設上可謂「迷失十年」——連一間新落成醫院都欠奉，與一九九〇至二〇〇〇年間政府積極興建了八間醫院的態度有雲泥之別。縱使現時有興建新醫院之計劃，沒有任何一間可以在二〇一六年前投入運作。

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%



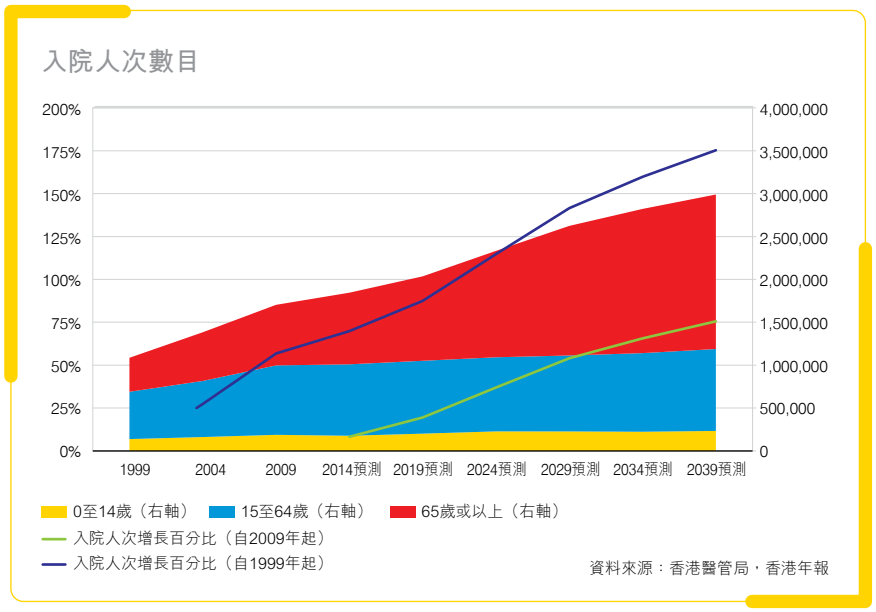
二〇〇〇年起床位數目幾乎停滯不前。二千年時本港有34,860張床位，但至二〇一〇年只增加了2%至35,525張。全港只有11間醫院有超過1,000張床位，當中有三間的使用率都高達90%。如此高使用率相當危險，特別是國際間普遍建議的安全水平為85%。在緊急情況下，充足床位十分關鍵。將軍澳醫院、瑪嘉烈醫院和屯門醫院的負擔都接近飽和。這三間醫院不時都要使用帆布床以滿足床位需要，把接受治療或正在康復的病人安置在冷冰冰的走廊——床位不足實在大大打擊了我們醫療體系的水平。

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，很多醫院都法無負擔按時替換設備。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紂所限：四分之一病人輪侯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%
非本地，非產子	**13,500**	**20,200**	**50%**
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

私人醫療體系的硬件同樣短缺

在香港13間私家醫院輪侯的時間愈來愈長。平均而言，多過四分之一的病人輪侯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%。

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	**1,703,448 (100%)**	**1,805,259 (100%)**

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

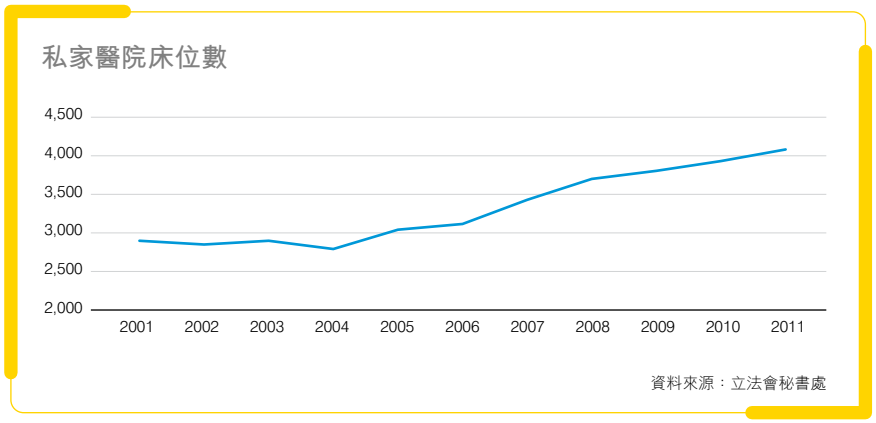
包括護養院及懲教署轄下院舍，香港於二〇一一年總共有36,121張病床。14%位於護養院及懲教署轄下院舍內，75%為醫管局轄下病床，剩餘的11%位於私家醫院內

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

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%



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。

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