



評論
t0

政府房策逐步見效 實現更高水平「安居」



韓成科

銳評

特區政府公布《長遠房屋策略》2026年周年進度報告。這份報告不但是對香港未來房屋供應的推算，更是特區政府解決香港安居問題的頂層規劃和部署。這份報告傳達出四個信息：一是今屆特區政府「提速、提量、提質、提效」的房屋政策逐步見效，多個數據都顯示基層上車上樓情況得到顯著改善。二是香港房策主要特點是兼顧樓市穩定和民生保底，在維護樓市穩定的大前提下，實現市民「住大啲、住好啲」，體現「以民為本」。三是對青年住屋問題的關注，透過建立一套多層次、多類型的房屋供應體系，協助青年置業。四是在香港首個五年規劃中，民生問題是重點，房屋問題更是「題眼」，如何在公營房屋步入豐收期之時，加大力度實現市民安居願景，將是下一步工作的重點。

房屋問題是香港市民最為關心的頭號民生難題，也是香港繁榮穩定的基石，樓市穩則社會穩，回歸以來已經驗證過無數遍。香港房屋最大問題是市民的居住空間非常狹窄。根據政府統計處「2021年人

口普查」的最新數據，全港家庭住戶的人均居所樓面面積中位數約172平方呎。而亞洲多個主要城市的人均居住面積，都大於200平方呎以上。固然，人均居住面積的計算涉及不同因素，但這至少是一個客觀的數據，反映香港的安居問題必須及早處理，讓市民從「住有所居」邁向「住有宜居」，全方位回應市民對「安居」的更高期待。

房屋供應進入「收成期」

必須承認的是，過去歷屆特區政府都重視房屋問題，也推出了不少措施解決，但房屋特別是公營房屋的供應始終跟不上需求，輪候屋的人龍愈排愈長，私樓樓價愈升愈高，令不少市民都看不到改善居所的希望，這也是回歸以來香港政治風波不斷的一個根源。新一屆特區政府在香港進入發展新階段之時上任，可以說是回歸以來最有利的施政環境，特區政府也沒有辜負港人期望，在房屋政策上所取得的成績尤為顯著。

就如簡約公屋，雖然近日網上有帖子揶揄部分簡約公屋建於豪宅附近，以低廉租金就可以住豪宅云云，但這種說法沒

有理據，更是轉移了政策重點。簡約公屋只是臨時性安排，主要是解決居所極為惡劣的基層市民迫切的居住需要。這些揶揄簡約公屋的言論，無法改變一個客觀的事實，就是簡約公屋的出現，成功將香港公屋綜合輪候時間大幅縮短，並且短時間內解決數以萬計基層市民的安居需求。有調查顯示，約97%住戶認為入住後不再為居住問題煩惱，約95%感到生活更幸福愉快。這些居民一直住在暗無天日、無立錐之地的「劏房」，有了簡約公屋其生活改變是翻天覆地的。一些人對簡約公屋的揶揄，往往是因為他們體會不了基層市民的住屋之苦，但政策卻是實實在在為市民提供幸福感。

房屋政策的成效要看市民幸福感，也要看具體數據，「公屋綜合輪候時間」是最客觀評估特區公營房屋供應是否足夠的指標。當前「公屋綜合輪候時間」已由本屆特區政府上任前的高位6.1年降至4.8年，連續兩季處於8年多以來最低水平，相信很快可以實現4.5年的目標。自2022年7月至2026年6月本屆政府任內，有超過85500戶申請者獲安排入住出租公屋，房委會和房協亦已推售約4.8萬個資助出

售單位，已有超過13.3萬個家庭獲安排入住公屋或購買房委會和房協出售的資助出售單位，較上任前4年期內的約9.7萬個大幅增加超過35%，升幅極為可觀，這反映今屆特區政府全力「提速、提量、提質、提效」解決房屋問題，方向正確、執行有力、成效顯著。經過前幾年的築牢根基，加上北部都會區的發展，當前香港公營房屋供應將進入「收成期」，為市民的安居帶來了曙光。

北都公屋推行「先行先試」

《長策》推算下一個十年期總房屋需求為419300個單位，因而將供應目標定於42萬個單位，並已覓得足夠土地滿足未來十年29.4萬個公營房屋單位供應目標，會致力在未來五年每年平均提供超過3.5萬個公營房屋單位。未來十年公私營房屋供應比例則維持七比三。維持公私營房屋供應比例在七比三，主要是要回應市民多元的住屋需求。基層市民希望盡快上樓公屋，居屋業主想投入私樓市場，中產階層希望可以改善住所。這些訴求都可以通過增加整體房屋供應得到滿足。當下政府的首要工作仍然是讓基層市民盡快上

樓，盡快擺脫惡劣的居住環境，所以要保持7成公營房屋。但同時，政府在保持房屋供應比例的前提下，也在不斷優化結構，顯著擴大資助出售單位供應規模，通過按揭優惠、抽籤加分、轉讓限制放寬、增設青年專屬置業配額等舉措，加快房屋流動，協助青年安居，在政策上更加精準，展現特區政府在房策上的成熟。

國家「十五五」規劃綱要明確提出「實現更高水平住有所居」，宜居安居正是推動人民福祉、社會和經濟發展的核心要素。房策是今屆特區政府施政的一大亮點，但卻不能自滿，特區政府應推動持續有序的拓地建屋計劃，不應因為一時市況而改變，香港要發展成國際大都會，需要持續的房屋供應，不論是公營和私營。更重要的是，政府應拿出決心，明確以提升人均居住面積、改善市民居住環境作為施政目標，不是美好願望而是具體目標，例如以「先行先試」形式提高北都內公屋的人均編配標準，提升標準單位人均面積。同時，增加新建公營房屋中大單位的比例，實現市民安居樂業的美好願景。

香港文化協進智庫高級副總裁、全國港澳研究會會員

五年規劃對症下藥 重塑醫療格局



林順潮

議事論事

香港正進入人口結構和疾病譜加快轉變的階段。最新推算顯示，到2046年，香港65歲或以上人口將增至約274萬，佔總人口逾三分之一。人口老化帶來的醫療壓力，已由長期趨勢轉化為眼前的制度考驗。另一個重要變化，是大灣區融合正在拓展香港醫療的服務和資源空間。隨著「一小時生活圈」逐步形成，跨境養老、就醫和健康管理需求增加，兩地醫療資源互補和融合的重要性亦日益突出。

香港首個五年規劃將深化醫療衛生體系改革列為重要部署，施政報告進一步提出重整醫管局、衛生署和基層醫療署的職能分工，建立以預防為重、防治結合的新型醫療格局。未來五年的着眼點，不能停留在局部補缺，而要從整個體系功能、流程和資源配置入手，同時更好融入和善用大灣區醫療資源。

善用灣區其他城市醫療資源

香港醫療並非投入不足。2024／25年度，全港醫療衛生經常性開支達2625億元，佔本地生產總值8.2%，基層醫療開支佔整體醫療開支的比例亦升至30.4%。但在人口和疾病結構迅速轉變下，單靠增加資源，已很難化解今天面對的壓力。

人手緊張、專科輪候偏長、基層承接

不足，以及公私營和跨境醫療資源未完全整合，表面是幾個不同問題，深一層看則是三組互相牽動的結構性錯配。

首先是持續增長的醫療需求與供給能力之間的錯配。人口老化對公營醫療的影響尤其明顯。公營醫院承擔全港逾九成住院日次，65歲或以上病人使用比例更高。需求持續上升，供給亦在擴容。增加病床和人手只是第一步，還需護理、診斷、康復及行政支援同步配合，才能形成完整有效的服務能力。

二是病人的實際需要與現有服務路徑之間的錯配。截至2026年6月底，白內障手術輪候冊仍有66277宗預約，中位輪候時間最長達25個月。骨科專科門診穩定新症的中位輪候時間仍介乎23至45周。這些數字一方面反映需求龐大，另一方面亦說明，輪候問題不能只從「服務量不夠」來理解。穩定慢病患者長期留在專科覆診，部分低風險個案未能由基層適切承接，病情穩定後又未能順利回到基層，都會令專科資源承受額外壓力，公私營分工和轉介機制尚有優化空間。施政報告提出以「載上游、放下游、中間分流」重新梳理病人流向，就是從服務路徑著手處理這一問題。

三是香港本地醫療體系，與大灣區其他城市的融合需加大力度。香港土地、人力和醫療設施有其承載上限，大灣區則擁有更廣闊的醫療服務網絡和臨床資源。現時兩地合作已逐步展開，但病歷、轉診和

服務標準等環節仍有很多需要理順的地方。

三組錯配看似各有成因，實際彼此牽動。香港醫療服務下一階段的改善，關鍵就在於理順三件事：資源如何配置、病人如何分流、服務如何銜接。

面對醫療需求持續增加，擴大供給仍是未來五年的基本功。五年規劃提出，把每千人口醫生比率由現時約2.25提升至2030年的2.43；「第一個醫院發展計劃」完成後，公立醫院病床將增至約35000張。人才供應亦開始作中長期部署，以系統性醫療人力推算作為規劃基礎，加強本地培訓及人才引進，第三所醫學院將成為重要一環。人才培育需時，眼前人手壓力仍需同步處理，政策部署宜兼顧長期擴容與短期補位。

因此，未來的人力與服務規劃宜由「補人數」走向「提產能」。可進一步檢視專科護士及其他醫療專業的職能，並善用人工智能和數碼工具減少重複流程，把醫生更多時間留給診斷、治療決策和複雜病例。

醫療資源增加之後，如何配置同樣重要。有限的醫療能力若沒有按照病情、風險和治療階段合理分層，再多新增供給，也可能很快被持續增長的需求吸收。

五年規劃提出，五年內地區康健中心累計會員目標達100萬，其中70萬人進入「基層醫療共同治理網絡」；5年內把七個指定專科門診穩定新症輪候時間縮短一

半。這些部署旨在重新梳理病人流向，讓預防、篩查和穩定慢病更多留在基層，需要專科判斷的患者更快進入醫院；標準化較高、風險相對可控的服務，可由日間醫療和公私協作承接，病情穩定後再回到家醫和社區持續管理。

完善分層診療提升資源效率

要讓分層診療真正落地，筆者認為可從三方面着手。第一，理順標準。可選取輪候較長、診療路徑較成熟的專科或病種作先導，訂立更清晰的分層診療和雙向轉介標準，明確患者何時留在基層、何時轉介專科或日間醫療、何時轉回基層。第二，看分流成效。不宜只看轉出了多少病人，也應關注穩定舊症回到基層後的持續管理、再次轉介比例及不同診療路徑的等候時間。第三，完善配套。資訊互通、支付安排和基層承接能力需要同步跟上，讓病人願意留在基層，專科亦放心把穩定患者轉回基層。

公私協作亦可納入這套分流邏輯。公營醫療集中守好「貧、急、重、危」和複雜病例的安全網，合適服務由私營和日間醫療承接。

香港醫療的承載力，也可放到更大的灣區空間來看。五年規劃提出構建跨境醫療網絡，推動醫療數據流動，擴大跨境就醫和醫療資源共享。筆者此前在建議書中提出擴大跨境長者醫療券、深化「醫健通」

跨境應用及完善跨境轉介，與今次規劃方向互相呼應。隨着人口老化和慢性病增加，可先從長者、慢病管理和康復等服務入手，完善病歷銜接和轉診安排，讓市民在大灣區有更多就醫選擇。

大灣區融合亦可為香港醫療打開新的發展空間。香港在專科醫療、醫療管理和國際化服務方面具有基礎，可善用大灣區龐大市場，發展高質素醫療服務和醫療旅遊，開拓新的經濟增長點。一方面給市民更多就醫選擇，另一方面把香港醫療的「餅」做大，形成服務市民與產業發展相互促進的格局。

五年規劃為香港醫療訂下清晰時間表和量化目標，讓供給擴容、路徑重整、灣區協同三條改革主線，都有了可持續追蹤的尺度。醫療服務的價值，不能止於資源力度的提升，而在治病救人、守護健康的實效突破。讓慢性病精準防控、癌病早篩早治、診治流程提速、穩定病患回流基層，推動醫療服務體系從「增量擴容」向「提質惠民」的蛻變。

人手、醫院、基層、公私營與大灣區協同能否連成一套順暢運轉的體系，答案始終要體現在病人身上，能不能少等一些、早治一些、康復得更好一些。這才是未來五年醫療改革最該交出的成績單，也應成為政府向市民交代、社會共同監督的一把尺。

港區全國人大代表

拆解醫療人力規劃四大迷思——人手不足還是人手過剩？



范婉雯

澄清事實

近月社會就醫療人手問題有不少討論。有人提到部分護士畢業生面對「畢業即失業」的困境，亦有人質疑引入非本地培訓醫護人員會否影響本地畢業生的就業機會。另一方面，隨着人口老化加速、慢性疾病日益普遍，以及醫療服務需求持續增長，社會同樣關注香港醫療系統是否具備足夠人手應付未來需要，提出香港五年規劃除提升醫生人口比例指標外亦應該包括護士。

然而，醫療人力規劃從來不能以個別專業、個別年份的就業情況作簡單判斷。政府每三年進行醫療人力推算，並配合大學三年規劃期及未來五年服務發展需要，評估各醫療專業包括醫生、護士及其他專職醫療專業的人力供求和配置，主要目的是確保專業醫療體系特別是公營系統能夠有足夠人手持續運作，而並非為保證個別醫護畢業生的就業和前景。

事實上，不同醫療專業的培訓模式、就業市場及服務承擔均有明顯差異。「人手過剩」與「人手不足」並非非黑即白的概念，更不能以同一把尺衡量所有專業，或者以個別醫護畢業生的經歷斷定。

迷思一：醫生供應已經足夠

醫生是所有醫療專業中最特殊的一類。目前全港約六成執業醫生於私營市場工作，只有約四成於公營醫療體系服務。然而，公營醫療系統卻承擔全港絕大部分住院服

務、急症服務及大量專科服務。因此，即使整體醫生數目持續增加，公營醫療體系的人手壓力仍然相當顯著。

更重要的是，醫生是唯一由公營體系提供完整註冊前實習及專科培訓階梯的醫療專業。醫院管理局（醫管局）一直為所有合資格本地醫科畢業生提供註冊前培訓職位，並提供持續專科培訓機會。醫科學額亦已由2009/10學年的每年320個增至2025/26學年的650個，增幅超過一倍，政府亦正籌備第三所醫學院。

但即使如此，香港醫生短缺問題仍未消失。政府最近一輪醫療人力推算顯示，香港醫生人手將持續出現缺口。即使已計及增加本地培訓學額及引入非本地培訓醫生等措施，2030年、2035年及2040年仍分別預計短缺約1570名、1400名及1200名醫生。從服務層面而言，醫管局的醫生空缺近年亦一直維持在數百左右，反映公營系統面對的招募及挽留挑戰依然存在。換言之，目前值得關注的問題並非醫生是否過多，而是如何在改善公營醫療體系的人才流失情況的同時，持續增加醫生特別是專科醫生和家庭醫生的供應。

迷思二：公營體系是護士畢業生唯一出路

護士的情況與醫生截然不同。首先，護士的職業出路遠較一般想像廣泛。除公立及私家醫院外，護士可於安老院舍、社區護理機構、基層醫療服務、復康服務、保險及健康管理機構等多個領域發展。近

年不少護理學學位畢業生亦憑藉其專業知識及管理能力，投身醫療行政、醫療科技、公共政策、教育培训、研究及其他非臨床工作。截至2025年年底，香港約有75000名護士，其中在公營體系任職超過30000人，佔整體約四成，可見護士畢業生的人力流向從來不限於公營醫療系統。

另一方面，即使醫管局護士流失率由10.9%高峰回落至5.4%，現時仍有約3200個護士職位空缺。2025年約有4000名潛在護士畢業生，當中約3500人成為註冊護士或登記護士。同年應徵醫管局註冊護士及登記護士職位的人數約2500人，佔當年潛在畢業生總數約60%，可見並非所有畢業生願意投身公營醫療系統。而選擇應徵醫管局註冊護士職位並完成面試或評核程序的申請人當中，約99%獲聘。個別畢業生求職需要較長時間，或個別職位競爭較激烈，未必代表整體專業已出現供過於求；更可能反映畢業生與僱主之間在工作地點、服務範疇、職位要求及事業規劃上的配對差異。醫管局一直堅持本地優先原則，優先聘任本地護士。

迷思三：所有醫療專業應由公營體系吸納

不少討論往往以公營機構能否聘用所有畢業生作為衡量標準，但這種思維並不合醫療人力市場的實際情況。事實上，除了醫生及護士外，不少專職醫療專業歷來主要依靠公私營雙軌市場發展。例如藥劑師、物理治療師、職業治療師、放射技

師、醫務化驗師、牙醫及中醫等專業，其畢業生長期以來大多於私營界別就業，私人市場一直是重要僱主。

截至今年中，在已註冊人員當中，於公營體系任職的藥劑師、職業治療師及物理治療師約佔三成；牙醫及中醫則約佔一成或更低。相關專業畢業生除可進入公營醫療機構外，亦可於私家醫院、診所、藥房、社區服務機構、化驗所、復康中心、藥廠及企業等不同範疇發展。因此，若以公營職位或招聘數目直接衡量相關專業的人力需求，往往未能反映整體市場狀況。

迷思四：非本地培訓醫護正在「搶飯碗」

另一常見說法，是引入非本地培訓醫護人員正在取代本地畢業生。然而，現有數據並不支持這項說法。截至今年6月底，非本地培訓醫生佔公營體系醫生總數約3.9%；放射技師約2%；藥劑師約1%。

就最近有言論指醫管局聘請非本地培訓護士是「搶飯碗」，我必須指出，香港過去透過有限度註冊及特別註冊途徑引入的非本地培訓註冊護士人數極少，佔整體註冊護士人數不足0.5%。同年，透過有關安排來港的非本地培訓註冊護士中，近70%屬短期醫療交流、接受本地臨床培訓或分享專業經驗的人員。這對香港持續與外地醫療系統交流、接觸最新醫療趨勢和獲得第一身經驗分享十分重要。非本地培訓註

冊護士在醫管局就職的人數僅約50人，佔醫管局護士總數不足0.2%，完全不影響本地護士畢業生的就業。至於精神科護士方面，醫管局從沒有招聘非本地培訓的精神科護士。

從比例上看，非本地培訓醫護人員目前仍屬補充性質，主要用於支援個別專業範疇的人手需要及促進專業交流。當公營醫療系統本身仍存在相當數量空缺，將目前的人手問題歸因於非本地培訓人員「搶飯碗」，顯然缺乏充分數據支持。

理性看待醫療人力規劃

醫療人力規劃是一項長周期政策工作。政府需要綜合考慮人口結構轉變、疾病譜變化、服務模式改革、培訓能力、市場流動以及退休情況等多項因素，而非只觀察某一屆畢業生的就業情況。數據顯示，醫生及普通科護士在未來一段時間內仍然面對整體人手短缺。同時，不同醫療專業各有不同的人才培育及就業模式：醫生因承擔公營培訓職能而具特殊性；護士擁有跨醫療及非醫療領域的多元發展空間；其他專職醫療專業則一直依靠公私營雙軌市場吸納人才。

因此，討論醫療人力問題時，與其停留在「畢業即失業」或「搶飯碗」等標籤式論述，不如回到數據與事實本身。只有全面理解不同專業的人力供求特徵，才能就香港醫療體系的長遠發展作出更客觀、更理性的判斷。

醫務衛生局副局長