



立法會張國柱議員辦事處就

安老服務計劃方案「訂定範疇階段」

第一節公眾參與意見書

引言

2014年1月15日，行政長官梁振英於施政報告中正式宣佈會委託安老事務委員會籌劃「安老服務計劃方案」，於兩年內為長者安老服務作出規劃。今年十月，安老事務委員會委託香港大學顧問團隊正式就安老服務計劃進行第一節公眾參與活動，首先就訂定方案範疇進行諮詢，下一階段為訂定方案建議，最後階段為方案建立共識。

早於2010年，本辦事處已要求政府檢視長者政策和服務，提早為未來人口老齡化重新規劃為社會福利和社會發展藍圖。本辦事處先後發表「香港政府落實馬德里世界老齡大會行動戰略民間報告」、「民間長者政策初議」、「民間長者政策倡議書」，希望政府能及早制定全方位的長者政策。事實上，任何社福政策、健康政策、醫療政策和房屋政策等，皆涉及土地、人手的規劃和訓練，非朝夕所能完成，面對急劇增加的長者人數，長者政策的制定實是急不容緩。

根據政府推算，至2041年全港65歲以上的長者人口達256萬，佔香港總人口約30%，而當中70歲以上長者人數達204萬。有見及此，政府實在需要盡快為長者安老做好計劃和支援工作，讓人人能安享晚年。然而，安老政策不只指向福利政策，更包括長者退休保障、長者醫療及長者住屋等等。可惜，是次「訂定方案範疇」的諮詢文件卻未有包涵上述三項範疇，因此本辦事處將在此作出補充，希望顧問團隊能在下一階段諮詢中就這些範疇訂定方案建議。

1. 促進社會參與，活出黃金晚年

要長者能於社區安居，一個讓長者能安心、安全地生活和進行社交活動的友善社區是不容忽視的。友善社區包括能便利長者在社區中的生活和有更多的參與，提供足夠的服務和休憩空間；為長者提供能負擔、安全和可靠的交通設施；確保長者能取得全面、正確和合時的資訊，及建立敬老文化。友善的社區經濟活動亦是不可或缺，我們需要為長者提供便利的購物設施，以及價格合理的服務。讓長者恆常和方便地參與社區活動不但能令他們感覺到自己仍是社區的一份子，亦能促進長者的身心健康，推動長者更積極地參與社會。對於設立友善社區和社區安老方面，我們有以下建議：



1.1 交通設施

- 1.1.1 政府向非政府機構提供資源以營運和加強復康巴士服務，為區內有需要人士提供便宜和足夠的復康巴士服務，使長者預訂服務的時間縮減至 24 小時內；
- 1.1.2 政府應資助提供公共交通服務的公司，為交通服務不足的地區提供便利和無障礙的交通服務有需要長者；
- 1.1.3 盡快擴大長者乘車優惠至專線小巴和所有公共渡輪服務；
- 1.1.4 撥款予區議會專門改善舊區的道路設計，使舊區的所有道路設施能便利體弱長者使用。

1.2 社區設施及資訊

- 1.2.1 增撥資源供地區的長者中心，加強長者外展服務，為缺乏社區設施地區的長者提供更多服務；
- 1.2.2 增撥資源以便機構於假日開放長者地區中心、長者鄰舍中心和長者活動中心，讓長者在假期都能使用中心服務；
- 1.2.3 增撥資源以延長長者日間護理中心的服務，由上午 8 時開放至晚上 8 時，以配合家庭護老者的上下班時間；
- 1.2.4 開設「一戶一寬頻和電腦計劃」，及教導長者使用智能電話，讓有需要的體弱長者能於家居得到社會資訊和與外界聯繫；
- 1.2.5 改建公共屋邨內空置的停車場或其他設施為街市或休憩場所，為區內長者提供足夠的實惠購物商店和休憩的地方；
- 1.2.6 為長者提供優惠使用公共設施，包括免費使用博物館、康樂設施等。

1.3 社會參與

- 1.3.1 增撥資源予各長者中心，以加強推廣在社區內建立長者義工隊，讓長者的專長得以發揮。並為長者義工提供交通津貼，以鼓勵長者參與義務工作，投入社區；
- 1.3.2 「積極樂頤年」項目中加強舉辦促進長者議政的活動、退休後生涯規劃探討和實踐工作坊等；區議會設立長者事務委員會，專責收集和跟進長者對社區的意見；
- 1.3.3 增加長者學苑的課程種類和參加名額，讓更多長者可以參與合適的學習活動。鼓勵和吸納有學識及技能的長者出任課程導師，貢獻才能；
- 1.3.4 修改持續進修基金的規定，讓 65 歲以上人士都能申請基金，以鼓勵及提供更多機會予長者持續進修；
- 1.3.5 鼓勵政府、機構聘請長者做兼職工作；例如照顧一些社區生活的年老長者。

1.4 推廣敬老文化

- 1.4.1 增撥資源予地區的長者中心或團體在各地區持續舉辦長幼共融活動，達至互助了解、接納及尊重，加強鄰里關係，推廣敬老氣氛；並善用和發揮長者的



才能，繼續貢獻社區，建立積極的形象；

1.4.2 增撥資源予地區的長者中心以關注與子女同住長者的服務需要和為其提供服務，並尋找和處理區內的虐老個案，以及推行防止虐老的公眾教育。

2. 制訂服務規劃，協調資源分配

2.1 長者服務規劃

現時政府沒有因應未來長者人口變化具體規劃未來長期護理服務的需求及資源投放。而政府於前期的長者健康維護工作投放不足，以致長者一旦出現缺損，短期內身體機能便下降至中度或嚴重缺損的水平，加重長期護理服務的需求。可是，過去多年政府其實一直投放不少資源於長者身上，但卻因過於分割，大部份焦點皆集中於勞工及福利局身上，以致政府未能從整全角度制定長者政策，令不同長者服務協調不足。就此，我們有以下建議：

2.1.1 未來的長者政策應超越安老事務委員會及勞福局，讓政府從跨部門層面進行政策制定及協調工作；

2.1.2 政府應按未來老年人口比例及增長推算，制訂未來 5 年、10 年、15 年及 20 年護老服務的短、中、長期規劃，並據此預留土地發展護老服務及培訓人手，以確保長期護理服務能長遠應付社會需求；

2.1.3 因應人口老齡化下，用於資助長期護理服務的公共資源需要相應增加，政府應務實推行稅制改革，改革現時簡單稅制，引入具資源分配效果的稅項，令能者多付，如：開徵大額股息稅、推行累進利得稅、開徵物業資產增值稅、重推遺產稅等。長遠令長者的各類社會服務得以持續發展；

2.1.4 香港目前並沒有開徵股息稅及任何資產增值稅，而應評稅收入或利潤亦不計算股息收入。建議政府徵收大額股息稅，超越股息免稅額的股息收入，須計入應評稅收入或利潤。如果個人股息免稅額訂為 25 萬元，以現時平均股票息率 2.5% 計算，即相當於擁有 1,000 萬元股票資產的人士，才需要開始繳付股息稅。此外，政府亦可豁免強積金或認可退休保障計劃繳付股息稅，以保市民的退休收入。就物業資產增值稅方面，建議政府徵收物業資產增值稅，非自住物業買賣增值收入的 90%，須計入應評稅收入。2012 年底非自住私人房屋的比率 33.1%，假設有 90% 交易須繳付物業資產增值稅，估計稅收約為 45 億元；

2.1.5 在未來多年的財政盈餘下，財政司每年應調撥適當數目的盈餘成立「長者服務基金」，應付未來長者服務增加的需要。

2.2 社區及院舍照顧人手規劃

由於政府資助不足，及晉升機會少，且專職醫療人員除專業工作外，還需要



協助處理很多行政事務，日常工作較為繁複，故服務營運機構很難聘請到職業治療師(OT)、物理治療師(PT)和護士等專業員工。另一方面，輔助醫療和前線照顧人員的工作辛苦，職業地位偏低、欠缺發展前途，薪酬追不上市場價格，又需輪班當值，故難於聘請，人手短缺亦十分嚴重。就此，我們有以下建議：

- 2.2.1 政府增加撥款，以便機構可增加薪酬至與醫管局看齊；此外，亦需增加晉升職位及機會，改善職業前途，以加強吸引專職醫療人員投身業界服務及留職發展；
- 2.2.2 政府需增加資源，改善業界人手編制，增設行政職位，減少專職醫療人員負責的行政工作，讓他們專注於提供專業直接服務；
- 2.2.3 要求大學增加培訓 OT、PT、護士的名額，包括全日制課程及兼讀制課程，長遠增加專業人手供應。此外，亦需繼續開辦 OT 及 PT 碩士課程，短期內改善人手短缺問題；
- 2.2.4 在目前專業人手仍然不足的情況下，政府需提供額外津助，以便機構可按需向私營公司購買 OT、PT、護士等定期到場專業服務，解決急切的人手不足問題，滿足使用者的服務需求；
- 2.2.5 短期方法政府需從速改善薪酬和福利架構，例如增加輔助醫療和前線照顧人員薪酬 3 個增薪點工資及夜班額外津貼，增強吸引新人入職；
- 2.2.6 增加輔助醫療和前線照顧人員人手編制，例如 1 名護理員最多照顧 4 名體弱長者，尤其是照顧認知障礙症長者的護理員，更可提高至 1:3 的人手比例，減少超標工作的壓力、改善工作環境及服務質素，以減低流失率；
- 2.2.7 改善輔助醫療和前線照顧人員的職業架構、增強培訓課程和資歷認可，從而提升業界職業地位、形象及薪酬，讓年輕人有晉升階梯及職業發展機會，吸引他們入行和留職發展。例如「護理員」受訓後可晉升為「照護師、高級照護師」等專業職位；
- 2.2.8 取消服務投標制度，採用實報實銷制度，訂定服務標準人手編制，從而改善業界服務及人力資源，根本解決業界面對的問題。

2.3 服務資源分配

現時有經安老服務統一評估評為中度或嚴重缺損長者，由於不習慣使用護理、物理治療、職業治療等服務，只需要個人照顧、簡單護理或其他支援服務(如：家居服務、膳食服務等)，而被轉介使用「綜合家居照顧服務(普通個案)」，令「普通個案」服務更供不應求。我們早前曾接觸 24 隊綜合家居照顧服務隊，當中百分之二十普通個案(超過 1100 人) 屬中度或嚴重缺損長者，服務錯配的情況顯而易見。

按現時的撥款模式，綜合家居照顧服務的運作開支已納入整筆撥款的「其他費用」內，當中食品成本佔相當部份的撥款比例。過往「其他費用」的金



額是按政府整體物價調整因素作每年調整，然而撥款調整幅度完全不符合實際需要。根據社聯早前報告指出，當局由 2003-04 年度至 2012-13 年度「其他費用」的撥款累積升幅為 6.3%，而綜合消費物價指數累積升幅則為 21.8%，可見調整幅度根本追不上通貨膨脹。大部份服務營運者需要額外補貼因食品成本上漲的開支，才能維持服務。

綜合家居照顧服務(普通個案)供不應求，其中送飯服務和家居清潔最為急切。以送飯服務為例，有營運機構為了讓有需要的長者能夠得到適切的支援，在資源不足的情況下，只好攤薄現有資源，例如將一份資源兩人分：長者 A 星期一、三、五享用送飯服務，而長者 B 則為星期二、四、六。令有需要的長者得不到合理的服務。就此，我們有以下建議：

- 2.3.1 於「改善家居及社區照顧服務」增設個案資助額較低之「輕裝」隊伍，專責提供個人照顧、簡單護理或其他支援服務，讓長者可選擇接受所需的個人照顧服務項目，而綜合家居照顧服務(普通個案)中評為中度或嚴重缺損的長者可轉到「輕裝」隊伍，一方面讓長者可暫時使用簡單的個人照顧或其他支援服務之時，亦不致加重「綜合家居照顧服務(普通個案)」的服務壓力，同時減少其輪候時間；
- 2.3.2 當局須檢討綜合家居照顧服務的撥款金額，按每年綜合消費物價指數升幅來調整食品資助金額，以及調整膳食服務收費，減輕服務營運者需要額外補貼食品開支的營運成本；
- 2.3.3 擴大長者鄰舍中心的食堂或膳食服務，或研究資助由志願團體開設的社區飯堂，讓行動尚可的長者可到中心進餐，既可紓緩送飯服務需求、減省上樓送飯的成本開支，亦可藉此建立鄰里關係網絡，為長者提供一個適切友善的社區環境。

3. 改善安老服務，確保服務質素

3.1 安老服務統一評估機制

由 2000 年 11 月起，社署開始推行「安老服務統一評估機制」(MDS-HC)，為長者在護理方面的需要進行評估，並編配合適的長期護理服務。事實上，現時 MDS-HC 機制已累積約 23 萬宗個案，當中包括長期護理服務使用者的臨床及人口分布的資料。然而，這個龐大的資料庫一直被擱在一旁未有再將之善加運用，以致未能準確提供合適的服務。

另外，目前評估機制偏重評估長者身體機能缺損情況，未能有效評估認知障礙症長者的需要，以至不少患認知障礙症長者未能獲得需要的服務，認知情況每況愈下，他們的照顧者愈來愈心力交瘁。就此，我們有以下建議：

- 3.1.1 社署在 MDS-HC 機制檢討中，於檢視及更新評估工具時，須充分反映認知障礙症長者的狀況和需要；



3.1.2 整理及分析 MDS-HC 機制的個案資料，除可評估和調整現有服務的質素，且能作為日後規劃和推行新服務的參考，有效地分配資源。

3.2 院舍服務質素

現時香港老人服務的認證計劃共有 4 種，每項計劃參與的機構由 15 間至 60 間不等。當中的評審準則、程序、收費、及獲發認證後的覆檢各有不同，有些費用全免，有些高至近七萬元才能完成認證審核。就此，我們有以下建議：

- 3.2.1 改善向私營安老院買位的政策，由現時只購買 50% 院舍宿位，增加至購買 70% 宿位，以便私營安老院能得到足夠及穩定的營運經費，聘請質素良好的照顧員，以維持提供良好的服務；
- 3.2.2 提高領取綜援的長者的住宿私營院舍津助金額，增加至相當於政府購買位私院宿位的價額，以便院舍獲得足夠收費提供良好服務；
- 3.2.3 加強監管，規定外勞的薪酬、待遇、福利及工作條件，以保障外勞和本地勞工的權益，維持服務質素；
- 3.2.4 檢視各認證計劃的優劣之處，向這些第三方認證單位提供主要的評審準則及範疇、就認證提供資助、並要求必須定期覆檢；
- 3.2.5 參考外國的社會服務質素保證機制，要求審核小組須加入使用者為小組成員，以助維護和宣揚長者友善政策。

3.3 改善家居及社區照顧服務

改善家居及社區照顧服務自 2001 年 4 月 1 日推行以來已有十三年，不論是服務的需要，或是營運機構服務提供的經驗、成效均是毋庸置疑的，加上現時已有監察制度確保服務質素，採用期限性招標的方式只是架床疊屋，亦有違當局提倡的「持續照顧」的目標。

政府於 2014 年年初公佈把合約即將於 2015 年 2 月 28 日完結的「改善家居及社區照顧服務」重新招標，事件在業界和服務使用者的強烈反對下，約 5700 個現有名額的合約由 2015 年 2 月底延長兩年，至 2017 年 2 月底。然而，此舉治標不治本，因為即使將現有服務延續若干年，屆時合約完結又要重新招標，問題只會周而復始。就此，我們有以下建議：

- 3.3.1 為達致服務能持續發展，以維持服務質素、減少長者的重新適應煩擾及保障過千名員工的穩定，首要工作的是以常規資助模式取代現時以期限性招標制推行；
- 3.3.2 當局及顧問團隊，不可借節省成本或提高效率為由，逐步將社區照顧服務私營化，逃避服務不足的問題，最終惡果卻要業界同工和服務使用者承受，「改善買位計劃」便是一個沉重的教訓。



3.4 長者社區照顧服務券試驗計劃

社署推出「錢跟人走」的長者社區照顧服務券，卻「俾少少錢，要求多多野」。先是沒有計算服務成本、人力資源、場地、治療儀器，再而，要求認可服務提供者（RSP）在資訊不透明的情況下「假」競爭，社會資源花費了，長者卻得不到合適的社區照顧服務。議辦認為政府應堅守「居家安老為本，院舍照顧為後援」的原則，就長者社區照顧服務券試驗計劃我們有以下的意見：

3.4.1 資源及審查機制

- 3.4.1.1 反對在社區照顧服務引入的經濟狀況審查機制；
- 3.4.1.2 為日間護理名額少於 10 個的單位，按服務名額提供某百分比的種子基金，以使單位有足夠的資金購買儀器；
- 3.4.1.3 放寬選購有「治療」的字眼物資或儀器，讓服務使用者的身體狀況得以改善及復康。

3.4.2 服務券計劃的服務

- 3.4.2.1 放寬 8 小時家居照顧訓練（混合模式），讓服務單位彈性處理長者社區照顧服務，例如：家居清潔、送飯、陪診服務；
- 3.4.2.2 增加上門接送服務接送獨居及痴呆症長者，現時由 PCW、WW、RN 負責接送，人手嚴重不足；
- 3.4.2.3 容許服務券使用者同時使用綜合家居照顧服務的上門接送服務；
- 3.4.2.4 增加單一家居照顧模式，讓長者自主選擇；
- 3.4.2.5 容許單一服務模式的 RSP 變混合服務模式，讓 RSP 有機動性以迎合長者的服務需要。

3.4.3 人手問題

- 3.4.3.1 因應業界在聘請人手時面對很大的困難，現時服務人手多是半職同工，擔心影響服務質素，服務券的價值應增加至 11,000 元，以符合基本的服務成本，以保障長者的生活質素；
- 3.4.3.2 就人手不足問題，建議社署盡快改善前線工作人員的工作條件，並提供晉升職級，提高薪金，社會地位及分拆工種等；再與其他教育機構合辦培訓護理及專職人手的課程；
- 3.4.3.3 增加職業治療師和物理治療師的培訓，減輕單位聘請人手的困難。

3.4.4 個案經理



- 3.4.4.1 試驗計劃採用作服務配對、質量監察和成本控制的個案管理模式，如果服務券持有人的護理計劃由服務提供者執行，個案經理為服務券持有人擬訂該等計劃時會否偏頗不公。加上，現時 RSP 欠缺宣傳的渠道，只能向負責工作人員（RW）宣傳，RSP 的角色被動；加上 RW 對各 RSP 的計劃理解有限，服務使用者及家人需要詳細解說以了解服務券內容。社署應設立個案經理作服務轉介，減少利益衝突；
- 3.4.4.2 建議社署設專職負責工作人員公平公正地處理長者個案申請、轉介及跟進，介紹「試驗計劃」（資源：獎券基金；負責部門：IFSC 或服務券辦公室）；
- 3.4.4.3 社署應向服務對象發信宣傳當區服務提供者清單，及容許當區 RSP 聯絡服務對象。

3.4.5 宣傳及行政工作

- 3.4.5.1 建議政府於月頭或月尾結算，減輕服務單位的行政工作及財政壓力；
- 3.4.5.2 如長者因回鄉、生病、經濟負擔等原因要求暫停使用服務券，而他/她表示日後繼續使用該單位的服務，為減少離開與進入（In & Out）的繁瑣行政工作，建議只簽同意書，保留長者的使用權；
- 3.4.5.3 各區宣傳的工作讓當區服務單位有份，研究聘請幾個專職人員在使用率低的區域加強宣傳，提高使用率。

3.4.6 第二階段服務券試驗計劃

- 3.4.6.1 現時服務供過於求，而政府已投放資源給 62 間 RSP，故應充分利用現有資源及服務名額，故不建議在第二階段開放給私人市場；
- 3.4.6.2 將服務對象擴充至身體機能輕度缺損，及有社區照顧服務及／或院舍照顧服務的長者；
- 3.4.6.3 取消經濟狀況審查機制。

3.5 護老者支援政策

護老者亦即長者的照顧者，他們的身體狀況、社交生活、財政狀況及情緒壓力等方面都面對很大的生活壓力。政府必須重視照顧者的社會角色，先認同照顧者的工作，以制定福利政策保障照顧者的生活質素。就此，我們有以下建議：

- 3.5.1 定期檢視長者服務的服務名額及模式，加強日間暫顧及住宿暫顧服務，為長者及其照顧者建立連續及長期的照顧制度。讓照顧者得以休息、渡假、處理個人事務及家務等；
- 3.5.2 為 60 歲或以上人士設立個案管理制度。對於照顧者而言，透過個案經理的跟進，運用不同治療技巧，去發掘照顧者的潛能及提升信心和解難能力，改善認知、情感或行為問題；



- 3.5.3 馬上增設照顧者的心理及情緒支援政策；
- 3.5.4 盡快設立照顧者津貼，以紓緩殘疾長者家庭的財政壓力。並增加投放資源以持續地為照顧者提供教育、輔導及支持小組服務；
- 3.5.5 全面檢討現行對照顧者的支援服務、現行服務模式；
- 3.5.6 復恢長者獨立申請綜援的機制，減輕長者的醫療開支；
- 3.5.7 增加津助和多元的住宿服務、日間訓練服務、社區照顧服務、暫顧服務，以紓緩照顧者的壓力及改善殘疾人士和長期病患者的生活質素；
- 3.5.8 探討「社區為本」的政策，訂定照顧者支援政策，支援殘疾長者及其照顧者。

3.6 醫社合作

- 3.6.1 就院舍照顧服務而言，現時居住在院舍的人口老化問題嚴重，長者的護理需要比較大。建議加強院舍的醫療服務，例如：一年一檢、免費牙科服務，如有需要，院舍與醫院或診所加強合作，直接安排服務轉介；
- 3.6.2 以區議會分區增設醫院或診所與社會服務單位的平等溝通平台，互助互利，即時反映各區長者醫療需要轉變，例如兩個月一次聚會。

3.7 其他意見

- 3.7.1 簡化現時申請「照顧癡呆症患者補助金」的程序，包括每一至兩年重新評估受助人申領補助金資格；
- 3.7.2 將「照顧癡呆症患者補助金」的適用範圍擴展至其他社區照顧服務，讓服務營運者有更多資源向只能留在家中的老人癡呆症患者提供服務。

4. 完善醫療配套，保障長者健康

4.1 醫療券

現時 70 歲以上長者可到已登記參與計劃的服務提供者的執業地點出示身份證便可使用醫療券，但不是全部醫療服務提供者都參與計劃。服務提供者要登入「醫健通」系統，完成登記程序。

醫療券計劃帶來繁複登記程序，服務提供者需要額外人手應付登記程序；另外網上登記需要電腦化和上網設備，令小型診所沒有能力應付相關措施下決定不參與醫療券計劃。這令長者不一定在最近自己地方找到醫療服務，為得更便宜醫療服務走得更遠，造成不便。此外，長者可能因而誤到沒有參加醫療券計劃的醫療服務提供者求診，令長者需負擔高昂費用。就此，我們有以下建議：

- 4.1.1 政府應簡化網上登記使用手續，並提供經濟誘因，對一定數量服務的提供者給補貼，以鼓勵更多私家西醫、中醫、牙醫參加醫療券計劃；
- 4.1.2 放寬醫療券的使用年齡至 65 歲，使更多長者受惠。同時政府應多加宣傳，



避免長者誤到不參加醫療券計劃的診所造成損失。

4.2 普通科服務

普通科門診出現供不應求的情況，普通科長者專隊和電話預約名額有限，長者要花多量時間排隊才能獲得治療。醫生人手不足以應付需求，前線醫護壓力相當大。

長者要花多量時間輪候，令長者未能獲即時治療，對更體弱的長者是一艱苦的事，而且因為人數多令下次覆診時間真空期長，可能失去治療時機。醫生也礙於工作太多，只是輕率看病，未能為長者作深入治療，影響服務質素。就此，我們有以下建議：

- 4.2.1 政府應增加普通科門診長者專隊和電話預約名額，令長者免於排隊之苦，並使長者在生病當天得到及時治療；
- 4.2.2 由於很多長者不懂操作現時的電話預約系統，影響他們取得門診的機會，應增設電話預約服務員，讓有需要的長者可選擇直接與其對話及安排預約日期時間；
- 4.2.3 隨著人口老化，可以預期需要普通科門診的長者有增無減，政府應擴建普通科，以應付未來長者需求。此外，醫管局應增聘醫護人員，以減輕前線醫護的壓力以確保長者得到有質素保證的醫療服務。

4.3 牙科服務

現時政府為合資格人士提供免費緊急牙科治療，但名額有限，現只有 11 間政府牙科診所，每週僅 870 個，出現供不應求的情況。另外，政府為 60 歲或以上受綜合社會保障援助計劃的受助人提供牙科治療費用津貼。

由於名額嚴重不足，長者需要凌晨排隊，十分辛苦。更重要的是，即使早早排隊，可能出現拿不到籌的情況。輪籌成功機會低令他們對排隊卻步，令口腔健康惡化。牙科治療費用津貼合資格人士僅為基層，導致其他有需要長者在牙科支援嚴重不足。就此，我們有以下建議：

- 4.3.1 政府應增加牙科街症服務名額，並增服務類型和建立全面牙科服務，包括牙科檢查和洗牙服務、廉價訂造服務，確保長者得到牙科支援；
- 4.3.2 牙科街症應設長者專隊，便可讓有需要的非受綜合社會保障援助計劃的受助人享有廉價牙科服務。

4.4 藥物名冊

公型醫院現時只會處方名冊內的藥物，名冊外則需自費購買。一些成本更高但更有效的藥物被排除在名冊外，令長者未能獲取最適當藥物作治療，甚



至可能因負擔不起藥物被迫放棄治療，使病情惡化。一些名冊外藥物未有在公立醫院出售，需自行都市面藥房，使長者為購藥而疲於奔命。就此，我們有以下建議：

- 4.4.1 政府應該每年對藥物療效作檢討，以保證藥物質素。同時定期更新藥物名冊，確保藥物能與時並進，更應把一些更貴藥物納入名冊內，舒緩長者在藥物支出上的負擔，長者才能得到適切治療；
- 4.4.2 增加注資撒馬利亞基金，讓更多有需要的長者得到資助。同時公立醫院應開設自費藥物站，為長者提供安全且便宜藥物，使長者不用為購藥而勞碌。

4.5 長者醫院

長者需要各式各樣的醫療服務，不同種類的服務需要到不同診所求醫。長者覆診時需要去不同地區，四出奔走對體弱和長期病患的長者造成困難。長者也需經常外出求診，十分費時。就此，我們有以下建議：

- 4.5.1 增加長者健康中心的人手、數目及接受健康評估的就診名額，以減輕長期護理服務的壓力，以及為長者提供個人健康個案管理；
- 4.5.2 在各區建長者醫院，或擴建地區診所 / 長者健康中心，為區內長者提供健康檢查、門診、專科門診、牙科和住院服務，令長者得到一站式的醫療服務，更可在自己附近的地方而不用到專科門診拿到專科藥物，不用經常外出；
- 4.5.3 應協助安排長者各項覆診於同日進行，令長者不用奔波。

4.6 年老疾病研究

現時很多年老疾病還未找到治療方法。長者可能因疾病出現情緒問題，危及他們精神健康，而且患上相關疾病的長者沒有合適藥物，令患病長者十分辛苦。就此，我們有以下建議：

- 4.6.1 增撥資源供院校和醫療機構就防治年老疾病作出研究，以鼓勵更多專家加入研究行列，發展新治療方法和藥物，以治療長者疾病；
- 4.6.2 在地區長者服務單位聘用專業社工，為有需要長者提供輔導服務，保障長者情緒和精神健康。

5. 落實老有所居 增加長者房屋

政府在六十年代曾推出資助長者宿舍及安老院宿位，向長者提供住宿及帶護理元素的住宿服務。但自 1992 年起，政府停建新的長者宿舍，而長者宿舍的宿位總數亦已由一九九二年的 1976 個下降至 0 個。安老院宿位更已由 2005-06 年度起分階段轉型為提供持續照顧的宿位，單純有住屋需要的健



康長者選擇越來越少。

近年政府努力推動市區重建，以釋放土地增加住屋供應解決港人的住屋需要。然而，在市區重建連同租金飆升的大勢下，有被收回住屋的長者為求頭上片瓦，只好選擇入住質素參差的私營安老院舍。如不願意於安老院舍終老，仍有能力自我護理或料理家務卻無經濟能力的長者，就被迫租住衛生及消防條件惡劣、居住環境惡劣嘈吵的籠屋或劏房等地方。即使是合資格輪候資助安老院舍的長者，亦需要輪候 3 年才能獲編配宿位，輪候期間亦只能被迫租賃私人市場的物業以應付住屋需要。

根據政府的公屋輪候冊申請人統計數字顯示，近年長者一人和長者家庭的申請數字有所增加，至 2012 年的 7800 個及 3200 個申請，但接受編配的一人公屋卻仍然維持在 3000 個左右，至少有一半的一人長者申請人未獲編配。今年 7 月更有消息指每年編配予單身人士的公屋只有約 2,000 個，可建編配數目嚴重脫離申請需求。

然而，即使長者人口日增，房委會預計的未來四年（2013/14 至 2017/18）新建 1/2 人公屋單位數目卻仍維持在 3200 個的水平。以現時（2014 年 9 月底）長者一人申請者的平均輪候時間為 1.7 年計算（還未計算申請期間的任何凍結時段），可見未來不但仍然有超過一半的長者公屋申請未能滿足，而隨著長者人口增加申請個案增加，輪候時間甚至超過兩年。

政府如要協助長者於社區安享晚年，便應為長者提供能負擔、有素質及多選擇的住房。就此，我們有以下建議：

- 5.1 政府定期對長者的住屋情況進行調查，以使用作城市及土地規劃；
- 5.2 政府應按不同區域之人口變化，定下目標，盡快增加出租房屋供應讓合資格低收入長者得以安居，以糾正以安老院舍應付長者住屋需要的資源錯配問題。如政府應盡快更改一些公營房屋的間隔，以增加長者一人及二人單位的供應，讓他們可加快入住；
- 5.3 其次，政府應放寬容許沒有親屬關係的長者聯合申請公屋單位，以加快長者入住公屋機會；
- 5.4 針對居於分間作居住用途樓宇單位的長者，政府應盡快恢復實施租金管制，保障上述長者的居住權；
- 5.5 政府亦應協助長者業主的自住物業進行維修，續推長者維修自住物業津貼計劃和長者家居環境改善計劃，增加資助名額及金額，放寬申請資格及簡化審批手續，使有需要長者能在長者友善的環境中生活。

6. 保障基本生活 落實全民退保



自 80 年代殖民時期起，民間一直要求政府做好長者的退休生活保障工作。而回歸至今，政府歷經數屆，清楚了解到強積金的保障力度不足、私人儲蓄不足以應付退休生活的情況，退休保障三根支柱的可持續性不足。今屆政府重新設立扶貧委員會，並委託理工大學周永新教授進行退休保障研究。報告由今年中出爐至今，政府仍承諾設立全民退休保障制度，甚至訂定推行的時間表。同時，扶貧委員會只專職關注貧窮長者，未能全面關注整體人口的退休保障。

要讓長者能夠安享晚年，除了制定社區參與政策，提供社區和院舍照顧服務、醫療、房屋外，更重要是落實全民性的退休保障制度。我們認為，政府應盡快設立全民退休保障制度，以免審查方式尊重長者基本生活權利，讓人人能過有尊嚴的晚年生活。

總結

今屆政府推出眾多文件，當中《長遠財政計劃工作小組報告》及人口政策督導委員會發表的人口政策諮詢文件亦提及人口老齡化的問題。然而，兩份文件的討論都未能就長者政策作出規劃的藍圖，因此需要另外進行安老服務的計劃諮詢。我們樂見政府行前一步，嘗試於這方面進行諮詢及規劃。

但畢竟如前言所述，安老政策不應只指向福利政策，更包括長者退休保障、長者醫療及長者住屋。同時，整個長者政策涉及的時間、人力、土地資源甚廣，如要訓練前線的照顧人員和輔助醫療人員需時 1-2 年、院舍規劃及興建需要 5-10 年不等、普通科醫生需要 8 年時間、專科醫生要 10-15 年時間。現在政府再不起步，日後的長者政策只會仍舊是支離破碎，急需服務的長者得不到足夠支援。長者政策實非單一社會福利政策和安老事務委員會可以處理，面對一個如此重要及龐大的政策範疇，政府應該設立跨部門工作小組，全方位制定長者人口政策。

立法會張國柱議員辦事處
二零一四年十一月二十八日