



致長者服務計劃未來發展事宜小組委員會
立法會福利事務委員會議員台鑑：

立法會CB(2)1530/15-16(03)號文件
LC Paper No. CB(2)1530/15-16(03)

就長者服務的可持續財政安排的發表意見

全民退保未落實 「院舍券」及「社區照顧券」的方向 長者基層健康開支被忽略

我們是「香港社區組織協會」(社協)及「香港老人權益聯盟」(老權)，2016年為特首第四份施政報告明言，要『應對人口老化，65歲或以上長者佔整體人口比例，由2014年的15%的107萬，增加至2064年的36%，昂258萬』，可惜特區政府於2016年對**長者以下的施政(包括退休保障、院舍服務、**

社區照顧服務、基層健康開支，均令基層長者極度失望的一年：

- 2015年12月至2016年6月，於特首第4年任期進行退休保障諮詢，林鄭司長承諾就全民退保或不論貧富退保方案，本屆政府不會落實任何退保政策；
- 根據2014年與2013年貧窮長者比較，長者貧窮人口由2013年的28.5萬增加至2014年的29.4萬，即貧窮長者人口增加了9,000人，政府表明待「凝聚社會共識」才推行退休保障計劃；
- 2015年5月因為大埔劍橋安老院事件，以至政府煞停「院舍券」的推行，至2016年中政府又準備再次推行「院舍券」，而「院舍券」將擴展至私營安老院去推行；
- 至2016年第3或第4季，政府準備會第2階段推行1800張「社區照顧服務券」，介時將開放予私人機構(包括私營安老院等)，而致今政府未能提出令公眾信服的「監管私營安老院服務質素方案」；
- 2016施政報告清楚未來50年醫療開支會大增，但沒有面對基層健康開支不足，以至對未來50年醫療開支未能造成策略上的控制。

(1) 全民退保假諮詢 2017一定唔得

由2015年施政報告提出「全民退休保障」的可持續性、可承擔性、穩定性的討論，至2016年施政報告提出要「凝聚社會共識」來回應退保保障諮詢，可見政府是有步驟地要反對「全民退休保障方案」，特區政府在2016年的退保諮詢期進行中，已定調要推翻周永新教授在2014年「政府委託而研究完成的」全民退保，政府先提出「對年輕人不公義」、再提出「可持續性的問題」、「改變周永新教授推算數字由2041年推演至2064年」、今年更提出要「凝聚社會共識」，政府一方面漠視有學者已把周永新方案可擴展至2064年的討論，而1994年(22年前)已因商界反對而未能落實「全民退休保障」，故政府本年拋出「凝聚社會共識」，根本是預計到「部份商界不願參與供款」而定下「扼殺全民退保的方法」！

(2) 「全民退休金」方案及「有經濟需要長者」方案的可持續性問題

2015 年 1 月及 2 月的施政報告及財政預算案，均提及討論全民退保有「可持續性問題」，根據周永新教授方案全民退保可持續至 2041 年，而現時政府提及人口老化期持續至 2064 年(50 年後)，表示結構性赤字會提前 5 年來臨，但政府沒有提及的是：**若未來 50 年全數政府開支支付所有長者福利(綜援/長者生活津貼/第三種福利(即「有經濟需要長者」方案)，造成政府財政極不穩健(因是政府獨資負擔而非三方供款)，未來 50 年及之後，政府單方面面對更大加稅壓力！**

(3) 「院舍券」及「社區照顧服務券」走向私營化 「公帑用於私營服務」的監管問題

政府於 2016 年立法會文件提及「居家安老為本、院舍照顧為後援」是政府基本安老政策。至 2016 年 4 月 30 日，全港合格輪候資助院舍宿位長者人數為 33,531 人，而平均輪候護理安老院為 35 個月，而至 2016 年 3 月 31 日，私營安老院宿位佔 67%(私營安老院 41,450 宿位+買位宿位 8,048 宿位)，非私營安老院佔 33%(資助宿位 18,772 宿位+自負盈虧宿位 5,102 宿位)，反映私營院舍服務仍然主導市場，而數年前政府委託顧問團隊提出了「院舍券」及「社區照顧服務券」的外判化/私營化方向，表面上是因減低了整體政府開支而「財政可持續發展」，**實際上是政府有計劃地加強私營市場佔有率(院舍券增加速度難免會快於資助院舍: 2014/15-2018/19(五年間)政府才增加約 2000 個資助宿位)，但同時沒有回應要「監管私營院舍服務」而引發的「巨大監管成本」**，因為當服務外判及私營化時，監管的難度巨大，2015 年「大埔劍橋安老院事件」只是冰山一角，可惜未見到政府提出「獨立的私營安老院的監管研究」，至 2016 年第 3-4 季，政府已計劃好增加 1,800「社區照顧服務券」推到私人市場，居家安老? 服務質素未能保障! 何以安老???

(2015 年 12 月 31 日輪候資助「綜合家居照顧服務」有 3,750 個長者個案)

基層健康開支被長期忽視 政府未有面對未來 50 年 「醫療開支龐大的可持續性問題」

相比於醫療開支，基層健康開支長期停留於少於 7% 水平，當社會更多長者面對長期病，更多長者需要住院醫療服務時，社會應關注到醫療成本遠比基層健康成本超出很多(例如每天每張病床平均成本超過 3000 元)，及早處理長者健康需要可大幅減低社會醫療成本，可惜政府在廿五年前提出基層健康只是一份報告，港府沒有在資源上大幅增加基層健康服務，所以香港仍以醫療服務為主導。

圖表：基層醫療及醫院管理局的開支預算 Budget allocation to primary care and Hospital Authority

預算(百萬元)	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16

基層醫療 (*)	1,816.6	2,037.4	2,513.2	2,988.1	3,269.8	3,402
醫院管理局	34,364.9	38,553.3	42,886.9	46,180	47,973	49,876
所佔比例 (%)	5.3	5.3	5.9	6.5	6.8	6.8

* 數字包括衛生署用於預防疾病及推廣健康的項目

未有全民長者保健政策

根據政府資料顯示，本港 65 歲及以上長者人口在 2015 年為 112 萬人，並預期在 2021 年增長至 145 萬人，到 2031 年更會增加至 220 萬人。而選六十五歲或以上長者在人口中所佔的比例，將會由 2013 年的 14% 增加至 2021 年的 19% 及 2031 年的 26%。然而，長者的醫院使用率卻超過 50% (以留院日子計算)，反映長者對醫護服務需求極大，而且隨著老年化的加劇，這樣的需求還在不斷的增加。在應付這龐大需求時，良好的基層醫療系統發揮著重要的作用。然而，長者主要面對三個基層醫療問題：普通科及專科服務不足、長者健康中心會員輪候時間過長、及牙科保健未有納入公共醫療網絡。我們認為政府忽視了相關問題的嚴重性。

醫療券金額不足，70 歲年齡下限太高，監管不足

醫療券每年 2000 元的資助額並不足以應付大部分長者的預防及急性疾病治療的醫藥支出。而所設的年齡限制為 70 歲或以上，令 60 至 69 歲的長者未能受惠。2014 年《審計處處長第 63 號報告書》指出醫療券出現管理問題，社協基層長者亦投訴有濫收費用的情況，顯示現行的監管及巡查不足。

長者健康中心輪候時間過長，基層長者難以獲得健康檢查服務：18 間長者健康中心多年來的服務並

未有因應長者人口增加而提升。根據審計處就長者健康中心於 2013 年的評估顯示，長者平均要等 3.7 年才能成為會員及接受首次健康評估，部份地區如灣仔及油麻地，輪候時超過 9 年，18 間長者健康中心每年為長者提供的健康評估不足 4 萬次。政府雖於 2013 年推出長者健康評估先導計劃，惟計劃推出首年，只有不足 2300 名長者參加，這數字對於整體長者人口而言，只是冰山一角。若政府不積極推動長者的基層醫療保健，長遠而言只會增加醫療成本，令更多有需要的病人未能得到適切的服務。

牙科保健範圍太窄：牙科保健方面，政府牙科診所只提供止痛及脫牙服務、而且服務時間跟配額亦有

所限制，一般基層長者亦難以負擔昂貴私家收費。關愛基金的牙科資助項目亦只涵蓋 80 歲或以上的長者，政府未有具體時間表，80 歲以下的長者何時才能受惠？

就政府面對人口老化,有以下可持續性建議:

1) 儘快推行(勞/資/官)三方供款的「全民退休金」，為每位年滿 65 歲長者提供不少於 3,500 元退休金，以

減低政府單方面負擔的財政壓力；

- 2) 增加「資助安老院宿位」，定出縮短輪候資助安老院的時間表；
- 3) 在推行「院舍券」及「社區照顧服務券」前，就「監管私院服務」進行獨立研究報告，及政府應提出「令公眾信服」改善私營安老院服務的政策及法例；
- 4) 未來5年有步驟增加「長者基層健康開支」佔整體「醫療開支」所佔百分比；
- 5) 60歲或以上長者可以使用醫療券，大幅增加醫療券金額，加強醫療券監管；
- 6) 效法學童保健計劃，為60歲或以上長者提供「全民保健服務」；
- 7) 儘快為60歲或以上長者提供牙科津貼服務，政府培訓更多牙科醫生。

香港社區組織協會
香港老人權益聯盟
長者健康關注組
長者醫療關注組
院舍服務關注組
長期照顧關注組
2016年5月17日