

為長者提供的健康服務

A. 引言

審計署曾就衛生署及醫院管理局("醫管局")為長者提供的公共健康服務進行審查。

背景

2. 根據政府統計處的資料，推算本港65歲或以上長者的人數將由2013年的100萬人增加至2021年的145萬人，到2031年更會增加至220萬人。長者在全部人口中所佔的比例亦會由2013年的14%增至2021年的19%，到2031年更會增至26%。長者佔人口比例及長者人數日後大幅增加，對現行醫療系統帶來重大挑戰及壓力。

3. 長者的公共健康服務主要由衛生署及醫管局提供。衛生署提供的長者醫療服務以基層醫療護理服務為主，目的是提高長者的自我照顧能力、找出健康風險和偵測疾病，以便適時介入。衛生署推出的健康計劃如下：

- 在18區每區設立的長者健康中心為65歲或以上長者提供的健康評估服務及治療服務；
- 長者健康評估先導計劃在兩年的試驗期內，資助1萬名透過參與計劃的非政府機構招募的70歲或以上長者接受健康評估服務及跟進諮詢服務。先導計劃自2013年7月起已開始運作；
- 在18區每區設立的長者健康外展隊伍為安老院舍及其他與長者有關的機構("非安老院舍")的長者及照顧者提供的健康教育推廣活動和健康諮詢服務；及
- 資助70歲或以上長者使用私營機構醫療服務的長者醫療券計劃。

上述服務在2014-2015年度的預算開支為10億3,400萬元。

為長者提供的健康服務

4. 醫管局透過轄下73間普通科門診診所提供基層醫療護理服務，並透過各間醫院及47間專科門診診所提供第二及第三層醫療護理服務。醫管局在2013-2014財政年度的運作開支為500億元，用於長者病人的開支佔醫管局該年度總開支約46%(即230億元)。

委員會報告書

5. 委員會報告書載列委員會從證人收集所得的證供。報告書分為以下部分：

- 引言(第A部)(第1至9段)；
- 衛生署的長者健康評估服務(第B部)(第10至30段)；
- 衛生署的長者健康外展隊伍所提供的健康教育和諮詢服務(第C部)(第31至38段)；
- 衛生署的長者醫療券計劃的管理(第D部)(第39至47段)；
- 醫管局為長者病人提供的專科門診服務(第E部)(第48至61段)；及
- 結論及建議(第F部)(第62至64段)。

公開聆訊

6. 委員會於2014年12月16日及2015年1月5日舉行了兩次公開聆訊，以聽取證人證供。

食物及衛生局局長發表序辭

7. 在公開聆訊開始時，**食物及衛生局局長高永文醫生**發表序辭。序辭全文載於**附錄19**，其內容綜述如下：

為長者提供的健康服務

- 衛生署會積極跟進就長者健康中心服務進行的檢討、提升長者健康外展隊伍舉辦健康推廣活動的服務效益，以及改善長者醫療券計劃的管理；
- 醫管局會致力縮短專科門診服務的輪候時間、優化預約安排、擴展跨網轉介安排，以及為更多安老院舍提供社區老人評估小組服務；及
- 為加強長者醫療服務，以應付人口老化帶來的挑戰，醫管局已推出普通科門診公私營協作計劃，先在數個地區試行，以紓緩醫管局門診服務的壓力。視乎對該計劃的反應，政府當局會考慮在未來數年將該計劃逐步擴展至其他地區。

衛生署署長發表序辭

8. 在公開聆訊開始時，**衛生署署長陳漢儀醫生**發表序辭。序辭全文載於**附錄20**，其內容綜述如下：

- 衛生署會參考審計署的建議，檢討長者健康中心的服務能力及策略方針，以縮短登記成為會員以接受首次健康評估的輪候時間。該項檢討亦會參考推行長者健康評估先導計劃所取得的經驗；
- 會着手檢視為何不同長者健康中心的專職醫療輔導服務輪候時間有差異，以及長者缺席專職醫療輔導服務的原因，以實施相關的改善措施；
- 會檢視長者健康外展隊伍舉辦健康推廣活動的運作模式，以改善服務；及
- 衛生署將於2015年年中就長者醫療券計劃進行全面檢討，並會繼續鼓勵長者及醫療服務提供者參與該計劃。

為長者提供的健康服務

醫院管理局行政總裁發表序辭

9. 在公開聆訊開始時，醫管局行政總裁梁栢賢醫生發表序辭。序辭全文載於**附錄21**，其內容綜述如下：

- 醫管局會繼續推行各項措施，以縮短專科門診診所的輪候時間，例如轉介病情穩定及不屬複雜個案的病人到家庭醫學專科診所及普通科門診診所診治，以減輕專科門診診所的壓力；加強專科門診診所的人手以進一步提升其服務能力；以及探討可否就需求較大但非緊急的專科門診服務在專科門診診所推行公私營協作計劃；
- 為增加透明度，會在專科門診診所範圍內及在醫管局網站展示全面、一致和最新的輪候時間資料；
- 醫管局會在合適情況下考慮擴展跨網轉介安排至其他專科；
- 醫管局會改善及協調專科門診個案的預約程序，以優化預約安排，例如實行超額預約制度，以填補取消預約或沒有應約病人騰出的時段，從而充分善用其服務能力；及
- 醫管局會繼續檢視社區老人評估小組的服務模式，為居於安老院舍的長者提升醫療服務質素，包括在合適情況下為更多安老院舍提供社區老人評估小組服務。

B. 衛生署的長者健康評估服務

10. 一如審計署署長報告書第2.3段指出，慢性疾病正不斷增加香港醫療系統的負荷，也是導致死亡的主要原因。委員會知悉，由食物及衛生局局長擔任主席的基層醫療工作小組¹在2012年發表的《香港長者護理參考概覽——長者在基層醫療的預防護理》("《參考概覽》")確認，以目標和社區為本的積極方式推行預防疾病護理，較提供下游急症護理更具成本效益。隨

¹ 基層醫療工作小組由食物及衛生局局長擔任主席，成員包括醫護專業人員。《參考概覽》為本港所有醫護專業人員提供通用參考，方便他們為社區的長者提供持續、全面和以實證為本的護理服務。

為長者提供的健康服務

着長者人數日後大幅增加，長者健康中心為長者提供的健康評估服務顯然在醫療系統擔當重要角色，因為這有助於較早階段及早針對性地介入各類健康風險。

11. 一如審計署署長報告書第2.6段及2.7段所述，在過去10年，本港的長者人口已由2004年的831 000人增加至2013年的1 049 000人，但18間長者健康中心為長者進行的健康評估，每年仍只有不足4萬次，而18間長者健康中心的人手多年來維持不變。這顯示長者健康中心的服務能力並無適時提升，以配合長者人口的增長。鑒於長者健康評估服務在醫療系統中的重要性，委員會詢問衛生署為何未有適時提升長者健康中心的服務能力，以配合長者人口的增長。

12. **食物及衛生局局長**回應時表示：

- 政府當局已估算因人口老化而令長者醫療服務需求不斷增長所帶來的挑戰。政府在這方面的政策是透過公私營並行的雙軌醫療制度，確保以可持續的方式為市民(包括長者)提供具效率及符合成本效益的醫療服務。單靠衛生署應付長者的所有醫療需要，即使並非不可能，亦屬不可行。為此，政府當局會致力透過各項醫療政策及措施，讓公私營醫療界別在提供服務以應付人口(包括長者)的長遠醫療需要方面保持適當的平衡；
- 事實上，私營機構是基層醫療護理服務的主要提供者，約70%的門診服務由私家醫生提供。為鼓勵長者使用私營機構的基層醫療護理服務，政府當局已推出一連串措施，包括長者醫療券計劃，資助長者使用私營機構的醫療服務；及
- 在每區設立長者健康中心的目的，並非單純的服務提供，而是為公共健康監測及質素保證訂立基準，並作為在社區層面提供綜合及跨專業的基層醫療護理服務的模範，讓私營機構及非政府機構有所依循。儘管如此，政府當局會在撥款許可的情況下，致力對長者健康中心的服務能力作出適當的提升，以應付長者對基層醫療護理服務不斷增加的需求。

為長者提供的健康服務

登記成為長者健康中心會員和接受首次健康評估的輪候時間

13. 委員會知悉，長者登記成為長者健康中心會員並接受首次健康評估服務需要輪候一段長時間。審計署就長者健康中心於2013年進行的健康評估所作的分析顯示，長者健康中心進行首次及繼後健康評估分別所佔的比重有很大差異。假設長者健康中心的會員人數沒有增減，就18間長者健康中心的平均數字而言，需時3.7年才能為所有正在輪候的長者進行首次健康評估。在某些地區，如灣仔及油麻地，輪候時間²可長達超過9年。委員會進而知悉，根據一項就超過38 900名在2012年接受健康評估的長者所作的分析，在約5 000名於2012年接受首次評估的長者中，發現有健康問題的佔32%，但在約33 900名於2012年接受繼後健康評估的長者中，發現有新增健康問題的只佔7%(審計署署長報告書第2.10段)。因應上述情況，委員會詢問：

- 衛生署採取了甚麼措施，以解決首次評估的輪候時間甚長的問題；及
- 鑒於首次評估對於找出健康問題十分重要，衛生署有否就每間長者健康中心提供服務的比重制訂策略方針，例如相對於進行繼後評估，為一些首次評估輪候時間甚長的地區增撥人手以進行首次評估。

14. **衛生署署長**在聆訊席上作出回應時表示及**食物及衛生局局長**在其2014年12月24日的函件(載於**附錄22**)中補充：

- 衛生署已定期檢討長者健康中心首次評估輪候時間的中位數。在2007年，衛生署已採取措施，例如採用一套簡化的健康評估問卷及精簡現有會員接受健康評估的程序，並增撥資源和人手，以滿足更多正在輪候服務的長者的需要。結果，輪候時間中位數由2007年的38.3個月縮短至2011年的10.4個月；
- 不過，由於對有關服務的需求不斷增加，輪候時間中位數由2011年開始再次上升。衛生署隨後決定探討採

² 輪候時間指由長者申請成為長者健康中心會員當日起計至成功登記成為會員的日期(即接受首次健康評估的日期)為止的一段時間。

為長者提供的健康服務

用其他服務提供模式的可行性，如在2013年推出長者健康評估先導計劃；及

- 為應付長者健康中心的服務需求，衛生署已成功爭取額外人手，以供瀝源和灣仔兩間長者健康中心分別在2014-2015和2015-2016財政年度增設兩隊臨床小組。

至於重新編配首次評估與繼後評估分別所佔比重的建議，**衛生署署長**解釋，個別長者健康中心的首次及繼後健康評估分別所佔的比重取決於多項因素，包括申請成為新會員的長者人數的增長率、現有會員申請續會比率、尋求治療服務的會員人數等。儘管如此，政府當局同意審計署的建議，認為有需要檢討個別長者健康中心首次及繼後健康評估分別所佔的比重，將更多時段分配予首次評估，以解決輪候時間甚長的問題。

15. **食物及衛生局局長**補充時表示：

- 長者醫療券計劃於2009年以試驗計劃形式設立，目的是在現行公營醫療服務以外，為長者提供更多基層醫療護理服務的選擇。由於試驗計劃採用“錢跟病人走”的概念，讓長者可靈活分配醫療資源，以滿足本身的醫療需要，政府當局認為試驗計劃令市場上的醫療資源運用更具效率。長者可使用醫療券，向他們選擇的私家醫生獲取健康評估服務；及
- 衛生署在2014-2015財政年度提供長者醫療服務的預算開支為10億3,400萬元，當中長者健康中心的營運開支佔1億2,300萬元，而長者醫療券計劃的開支則為8億4,600萬元。透過在2014年把長者醫療券計劃轉為恆常計劃，並把每年的醫療券金額增至2,000元，政府當局希望引入私營機構的醫療資源，應付長者的基層醫療護理服務需求，並減輕公共醫療系統的壓力。

16. 至於縮短首次評估輪候時間的具體措施，**食物及衛生局局長**於公開聆訊後在其2014年12月24日函件(載於附錄22)中作出補充時表示，衛生署會：

為長者提供的健康服務

- 監察長者使用長者健康中心的治療服務的情況，並在治療服務使用率較低的長者健康中心增加健康評估的時段。現時有9間長者健康中心實施這項措施；
- 檢討由長者健康中心提供治療服務的理據，並探討為治療服務設定每天限額的可行性，從而分配更多時段進行健康評估；
- 檢討所有長者健康中心的首次及繼後健康評估的比重，以期縮窄各間長者健康中心之間的差異，以及縮短首次健康評估的輪候時間；及
- 在長者健康服務的網站及各間長者健康中心展示所有長者健康中心最新的輪候時間中位數，以增加透明度，以及方便長者選擇在輪候時間較短的中心申請成為會員。

長者健康中心人手的有效運用

17. 對於長者健康中心會在下午為長者提供治療服務，委員會詢問，鑒於醫管局已透過普通科門診診所提供類似服務，長者健康中心提供治療服務的理據為何。由於當局曾在1997年舉行的臨時立法會衛生事務委員會一次會議上提及，會就長者健康中心及普通科門診診所均提供治療服務這兩套制度並行的運作情況進行檢討(審計署署長報告書第2.15段)，委員會進而詢問，當局是否已進行該項檢討。**醫管局行政總裁**回答時表示，在2003年前，普通科門診診所由衛生署管理，而在1997年，由於兩套制度當時在同一部門下運作，遂有要求認為該兩套制度並行的情況應予以檢討。普通科門診診所其後於2003年7月轉由醫管局管理。自此以後，長者健康中心及普通科門診診所提供治療服務的模式已有所不同。普通科門診診所提供治療服務的重點較着重風險管理的角度，而非以病人的年齡為依據。

18. 委員會指出，各間長者健康中心進行的首次及繼後健康評估所佔的比重，以及所進行的治療服務次數，在不同地區有很大差異，顯示由於不同地區的服務需求有別，部分長者健康

為長者提供的健康服務

中心可能有剩餘的服務能力。委員會詢問衛生署曾否進行研究，以確定：

- 不同地區的服務需求水平，所考慮的因素包括每區的人口特徵、社會經濟狀況及其他相關因素；及
- 每間長者健康中心有多少剩餘服務能力，

以便各長者健康中心的人手資源可作出調整或重新調配，應付不同程度的服務需求。

19. **衛生署署長**回應時表示：

- 每間長者健康中心都設有一隊臨床小組，成員包括1名醫生及3名護理人員。各間長者健康中心每年進行的評估總數大致相同，由此可見，各間中心的服務能力已差不多盡用；
- 由於每區只有一隊臨床小組，當局不可能把長者健康中心的人手重新調配到不同地區，否則會影響為有關地區提供的服務；
- 考慮到審計署的建議，每間長者健康中心的臨床小組會檢討其服務提供模式，並會盡量調整其服務比重，以更切合服務需求；及
- 衛生署會探討灣仔及瀝源兩間長者健康中心分別在2014-2015年度和2015-2016年度新增的兩隊臨床小組可如何分配，為部分長者健康中心正在輪候首次評估的長者進行健康評估。新增的臨床小組除留駐所屬的長者健康中心外，或可輪流調派到一些輪候人數眾多的長者健康中心，為這些長者健康中心提供額外的服務時段。

20. 委員會詢問，在增撥兩隊新增的臨床小組後預計可縮短多少輪候時間。**食物及衛生局局長**於公開聆訊後在向委員會作出的回覆(載於附錄22)中表示，衛生署會密切監察全部18間長者健

為長者提供的健康服務

康中心的統計數據，並因應每間長者健康中心的輪候人數和環境配套(有關長者健康中心是否有空間容納多一隊臨床小組)靈活調配人手。當局預計每隊新增的臨床小組每年可進行2 125次健康評估。不過，衛生署認為現階段無法預測可縮短多少輪候時間。衛生署會在採取改善措施後密切監察有關輪候時間。

21. 委員會詢問，衛生署有否進行任何檢討或研究，以確定每個地區的健康評估服務需求。**食物及衛生局局長**於公開聆訊後在向委員會作出的回覆(載於附錄22)中補充，衛生署曾於2002年就健康評估服務需求進行檢討，並曾於2007年檢討，有何措施可縮短登記成為長者健康中心會員的輪候時間。在2002年進行的首項檢討的結論是，長者健康中心的服務方向應由單純的服務提供轉型為規範基準及作健康監察的角色，而在2007年進行的第二項檢討則建議推行措施，以縮短長者接受首次評估的輪候時間。為滿足社會上不同對象羣組的需要，政府當局正計劃在各地區設立地區性的社區健康中心，所考慮的因素包括不同地區的優先次序、目標人口的人數及人口特徵，以及該區的醫護人手。

長者醫療券計劃在補足長者健康中心服務方面的角色

22. 委員會知悉食物及衛生局局長的下述言論：不應把長者健康中心視為提供基層醫療護理服務的唯一來源，而當局已推出長者醫療券計劃，藉此以其他模式提供服務，應付長者的需要。委員會要求當局提供以下統計數字：

- 有多少名正輪候成為長者健康中心會員以接受首次健康評估服務的長者，已選擇透過使用醫療券在私營機構取得服務；及
- 有關長者使用醫療券的情況，按"醫健通"系統³收集所得的資料，長者將醫療券用於健康評估及其他預防性護理服務的比例。

³ "醫健通"系統是當局因應推行長者醫療券計劃而設立的電子平台，供參與計劃的醫療服務提供者管理長者"醫健通"戶口的登記，以及就長者所使用的醫療券向衛生署提交申報資料。

為長者提供的健康服務

23. **衛生署署長**回答時表示，衛生署並無備存相關的統計數字。“醫健通”系統是專為收集與管理長者醫療券計劃相關的資料而設計的系統。已登記的醫療服務提供者可把一些基本資料輸入系統，例如長者的個人資料、已使用的醫療券金額及長者求診的理由。衛生署不可能從“醫健通”系統抽取具參考價值的資料，以判斷長者健康中心輪候名單上的長者實際上有否使用醫療券在私營機構接受健康評估服務。

24. 委員會指出，一如審計署署長報告書第4.16段所述，在2009年至2013年的5年間，長者醫療券主要用於支付治理急性病症的醫療費用，只有小部分(少於9%)用於預防性護理服務。委員會質疑，長者醫療券計劃是否有助於解決登記成為長者健康中心會員以接受首次健康評估的輪候時間甚長的問題。**衛生署署長**回應時表示：

- “醫健通”系統只收集有關長者使用醫療券求診的理由的基本資料。若沒有就醫療券的用途進行詳細的分析，不能從現有數據得出明確的結論；
- 儘管如此，據衛生署了解所得，長者醫療券主要用於治療疾病，用於預防性護理屬較低優先次序。當局需要做更多工作，鼓勵長者把醫療券用於基層醫療護理服務，包括健康評估；及
- 衛生署會在2015年年中就長者醫療券計劃進行全面檢討，以收集有助於加強及進一步發展該計劃的相關統計數字及資料。

25. **食物及衛生局局長**補充，若能進行一項調查，以了解在輪候登記成為長者健康中心會員的名單中，是否有長者已透過其他方法取得基層醫療護理服務(例如使用長者醫療券在私營機構獲得有關服務)，對促進長者醫療券計劃的發展亦甚有助益。儘管如此，依他之見，即使長者可透過其他方法滿足他們在基層醫療護理服務方面的需要，亦不應從輪候名單剔除該等長者，因為長者健康中心能為他們提供全面的基層醫療護理服務。

為長者提供的健康服務

推行審計署建議的計劃及時間表

26. 對於衛生署署長已同意審計署在審計署署長報告書第2.18段提出的建議，委員會詢問衛生署所採取的跟進行動的詳情。**食物及衛生局局長**在其2014年12月24日的函件(載於附錄22)中表示：

- 因應第2.18(a)段，衛生署已推出多項措施(如長者健康評估先導計劃及長者醫療券計劃)，以應付長者對基層醫療護理服務的各項需求。一如較早時所作解釋，單靠長者健康中心的服務能力應付長者人口的增長並不可行。衛生署將於2015年年中對長者醫療券計劃進行一項全面檢討，並於2015年年底前就長者健康評估先導計劃進行評估，而在檢討長者健康中心的策略方針時會參考這些研究的結果；
- 至於第2.18(b)及(c)段，衛生署會因應輪候名單上的長者人數及有關地區對繼後評估及治療服務的需求，對每間長者健康中心進行檢討，研究可否調整個別長者健康中心的服務比重。此外，衛生署已成功爭取在2014-2015和2015-2016財政年度增設兩隊臨床小組。待設立兩隊新增的臨床小組並就其運作經驗進行檢討後，衛生署將於2016年探討制訂服務表現承諾的可行性；及
- 有關第2.18(d)段，衛生署會每月編製相關統計數字，以持續監察每間長者健康中心正在輪候登記成為會員和接受首次健康評估的輪候名單。

27. 委員會特別指出，除非當局作出服務表現承諾，並就該服務承諾訂定實踐時間表，否則無法有效解決登記成為長者健康中心會員以接受首次健康評估的輪候時間甚長的問題，這點至為重要。**食物及衛生局局長**確認衛生署署長所作下述答覆：待兩隊新增的臨床小組投入服務後，衛生署才會探討就登記成為長者健康中心會員以接受首次健康評估的輪候時間制訂服務表現承諾的可行性。他表示，除非提供足夠資源以擴大長者健康中心的服務能力，否則在現階段難以作出服務表現承諾。

為長者提供的健康服務

28. 委員會進一步詢問，為何衛生署為每名長者健康中心會員每18個月進行一次繼後健康評估，但卻沒有就首次健康評估的輪候時間訂定目標或服務表現承諾。**食物及衛生局局長**於聆訊後在向委員會作出的回覆(載於附錄22)中表示，按照《參考概覽》，建議每隔1至3年為獨立和沒有已知慢性疾病的長者進行健康評估，對於患有慢性疾病或具有風險因素的長者，健康評估應更為頻密，如每年一次。在2013年，在長者健康中心的會員中，96%患有慢性疾病。長者健康中心作為為長者提供持續及全面健康照顧的模範，已達到這項實證為本的建議標準。大幅度縮短輪候時間的唯一方法是擴大長者健康中心的服務量，但在無法確定有否新增資源及醫護人手(尤其是醫生)現時嚴重短缺的情況下，當局難以訂定饒具意義的目標。

29. 委員會詢問，衛生署會否就長者健康中心的運作模式進行全面檢討，以更切合長者人口在未來數十年的增長。**食物及衛生局局長**於聆訊後在向委員會作出的回覆(載於附錄22)中表示，作為健康監測及質素保證的基準，長者健康中心在18區定點收集關於長者健康狀況的重要資料。為處理對首次健康評估輪候時間甚長所提出的關注，衛生署將會因應透過推行新的服務提供模式(包括長者醫療券計劃及長者健康評估先導計劃)所取得的經驗，檢討長者健康中心的策略方針。

長者健康評估先導計劃的成效

30. 委員會關注到，參與長者健康評估先導計劃的人數甚少。**衛生署署長**在公開聆訊席上回應時表示，計劃的參與人數在過去數月有大幅增長。參與人數增加的原因是參與計劃的非政府機構使用了更多有效渠道接觸合資格的長者。委員會詢問，衛生署有何計劃提高參與該計劃的長者人數。**食物及衛生局局長**於公開聆訊後在向委員會作出的回覆(載於附錄22)中補充：

- 衛生署與非政府機構一直緊密合作，向合資格的長者推廣長者健康評估先導計劃。非政府機構已透過其社區網絡進行各類宣傳活動，包括與提供長者服務的其他非政府機構合作、派發宣傳信件及單張、進行家訪及致電邀請長者參與、在社區中心舉行健康講座、在

為長者提供的健康服務

公共屋邨設置推廣站，以及透過網站、電視、電台、報章及橫額等進行推廣；

- 一 衛生署亦透過該署的網站、長者地區中心、長者鄰舍中心、長者活動中心及醫管局的普通科門診診所推廣長者健康評估先導計劃。此外，衛生署亦主動向正在輪候長者健康中心的長者推廣該計劃，而長者健康服務外展隊伍亦於不同地區的社區中心作介紹講座。為進一步加強宣傳，衛生署最近亦透過安老院舍、非政府機構的長者報刊及電台節目推廣長者健康評估先導計劃；及
- 一 在加強宣傳後，參與長者健康評估先導計劃的長者人數已逐步上升。截至2014年12月8日，已有超過5 000名長者參與計劃。

C. 衛生署的長者健康外展隊伍所提供的健康教育和諮詢服務

長者健康外展隊伍舉辦健康推廣活動的服務效率

31. 委員會知悉，長者健康外展隊伍自1998年起投入服務，在安老院舍及其他與長者有關的機構實地舉辦健康推廣活動和教育活動，以加強長者醫療服務，從而提高長者的自我照顧能力和健康意識。在2014-2015財政年度，這項服務的預算開支為5,310萬元。

32. 一如審計署署長報告書第3.5及3.6段的例子所反映，委員會知悉，長者健康外展隊伍所舉辦的健康推廣活動成效不彰，因為部分活動甚少長者及照顧者參與。年內在部分安老院舍及非安老院舍舉辦健康推廣活動的次數甚多，但出席人次卻偏低。委員會詢問，為何部分健康推廣活動的出席人次偏低，以及可否以更有效的方式運用編配予長者健康外展隊伍的資源，例如將長者健康外展隊伍的醫療及護理人員重行調配至長者健康中心進行健康評估，以縮短首次評估的輪候時間。

為長者提供的健康服務

33. **衛生署署長**解釋，設立長者健康外展隊伍的目的，是在安老院舍及非安老院舍實地為長者及照顧者舉辦健康推廣活動，例如健康講座及技巧訓練等。由於長者健康外展隊伍的服務性質與長者健康中心有所不同，因此不能調撥長者健康外展隊伍的人手，以支援長者健康中心所提供的服務。在部分情況下，長者健康外展隊伍有需要為規模較小而且資源較匱乏的安老院舍舉辦較多涵蓋不同主題的健康推廣活動，以提升為長者提供的服務質素。然而，她承認有關例子所反映的情況並不理想。為解決部分健康推廣活動的出席人數偏低的情況，當局會加強向安老院舍及非安老院舍的長者及照顧者推廣有關服務，並提醒照顧者及長者參與已經編排的健康推廣活動。

34. 委員會詢問，衛生署會採取甚麼措施，以提高長者健康外展隊伍的服務效率，並有效推廣出席人數偏低的健康推廣活動。**衛生署署長**回答時表示，長者健康外展隊伍日後會選擇在規模較大的安老院舍／非安老院舍舉辦較多健康推廣活動。然而，有一點應該留意，長者健康外展隊伍未必可以減少為人手資源較少的安老院舍提供健康推廣活動及健康諮詢服務的次數，因為這些安老院舍可能需要較多協助，以找出可予改善之處及提升服務水平。

35. **衛生署助理署長(家庭及長者健康服務)李敏碧醫生**補充：

- 長者健康外展隊伍每年檢視安老院舍的情況，透過進行綜合評估，評估院舍的服務水平；長者健康外展隊伍會藉此找出可予改善之處，並為有關院舍制訂專門的培訓計劃；及
- 為有效推展健康推廣活動，長者健康外展隊伍會主動接觸安老院舍／非安老院舍，以確定其服務需要，以及適當調整健康推廣活動的舉辦次數和內容，以更切合其需要。

為長者提供的健康服務

長者健康外展隊伍所提供的諮詢服務

36. 委員會提述審計署署長報告書第3.14段時詢問，衛生署是否同意擴大檢查健康紀錄的涵蓋範圍，以涵蓋所有非私營安老院舍及已把健康紀錄輸入電腦的私營安老院舍。**衛生署署長**回應時表示，由於很多私營安老院舍都沒有為院友設立一套妥善的健康紀錄系統，長者健康外展隊伍會每年檢查私營安老院舍的長者健康紀錄，藉此評估院舍備存健康紀錄的水平，並提供適當的建議及培訓。衛生署接納了審計署的建議，會檢討長者健康外展隊伍不檢查非私營安老院舍及已把健康紀錄輸入電腦的私營安老院舍的健康紀錄的做法。衛生署可考慮採用風險為本的方式，並相隔一段較長時間(例如每5年一個周期)才檢查該等安老院舍的健康紀錄。

37. 委員會知悉，衛生署同意檢討長者健康外展隊伍舉辦健康推廣活動的運作模式，以期推出改善服務的措施(審計署署長報告書第3.12段)。委員會詢問衛生署這方面的計劃為何。**衛生署署長**表示：

- 社會福利署會定期向衛生署提供全部非安老院舍的最新名單。長者健康外展隊伍會主動為過往較少探訪的非安老院舍舉辦健康推廣活動；
- 長者健康外展隊伍會每3個月檢討健康推廣活動的內容，以確定是否需要作出修訂；及
- 長者健康外展隊伍會提醒安老院舍／非安老院舍的職員，照顧者需要陪同長者出席健康推廣活動，才可為長者提供適當協助。

38. 委員會認為，衛生署應考慮在切實可行的範圍內盡量在星期六、星期日或公眾假期舉辦部分健康推廣活動，以便長者的家人可以出席，從而加強家庭成員為屬意居家安老的長者提供的支援。**衛生署署長**回答時表示，衛生署會考慮此建議。

為長者提供的健康服務

D. 衛生署的長者醫療券計劃的管理

39. 委員會知悉，長者醫療券計劃於2009年以試驗計劃形式設立，其後於2014年1月轉為經常項目。長者年屆70歲或以上，即符合資格參加長者醫療券計劃。該計劃旨在資助長者採用私營的基層醫療護理服務。透過為長者提供部分資助，該計劃落實"錢跟病人走"的概念，讓長者在所屬社區選擇最切合其需要的私營醫療服務。根據該計劃，每名長者可透過其"醫健通"系統的戶口，每年獲發為數2,000元的醫療券金額。未使用醫療券的累積金額上限為4,000元。截至2014年3月，已參加長者醫療券計劃的長者有556 000人，參加率為75%，而已參加／登記參與該計劃的私營醫療服務提供者約有4 100名。2014-2015年度用以支付醫療券申報的預算開支為8億4,600萬元。

私營醫療服務提供者參與長者醫療券計劃的情況

40. 委員會從審計署署長報告書第4.4段及表九知悉，93%的醫療券申報關乎由已登記西醫和已登記中醫提供的服務，但西醫和中醫的登記率分別只佔私人執業服務提供者估計人數的34%及23%。委員會詢問，衛生署將如何提升西醫及中醫參加該計劃的比率，尤以深受長者歡迎的中醫服務為然。

41. **衛生署署長**回答時表示，私營醫療服務提供者參與該計劃純屬自願性質。就此，衛生署已加強長者醫療券計劃的宣傳工作，例如利用在電視及電台播放的政府宣傳信息，加強公眾對該計劃的認識。第二，衛生署一直向相關的專業團體(如香港中醫藥管理委員會)作出呼籲，請其協助鼓勵醫療服務提供者(尤其是中醫)參與該計劃。第三，當局亦致力改善該計劃以提高其吸引力，例如把每年的醫療券金額增加一倍，由2013年每年1,000元調整至2014年的每年2,000元，又把醫療券的面值由每張50元改為1元，同時把累積金額上限提高至4,000元。由於採取了這些措施，有更多醫療服務提供者回應時表示，他們較以往更願意參與該計劃。

42. 委員會進而詢問，有何具體的鼓勵措施可改善私營醫療服務提供者參與該計劃的情況，例如可否推行嘉許計劃，嘉許參

為長者提供的健康服務

與長者醫療券計劃的私人執業醫生。**食物及衛生局局長**回答時表示：

- 將醫療券金額增加至每年2,000元，目的是吸引私營醫療服務提供者參與該計劃，因為此舉令長者向私營醫療服務提供者尋求醫療服務時更為方便，亦有更多選擇；
- 有多個限制因素窒礙某些類別的私營醫療服務提供者參與該計劃。舉例而言，在約5 000名私人執業西醫中，約2 000名提供專科服務。他們參與該計劃的誘因較少，因為專科服務的收費往往頗為昂貴，以致其病人利用醫療券支付醫療費用的可能性較低。此外，由於部分傳統中醫沒有使用電腦，以致無法安裝"醫健通"系統，亦令這些中醫無法參與該計劃；及
- 至於推行嘉許計劃以鼓勵更多私營醫療服務提供者參與該計劃的建議，**食物及衛生局局長**提出警告時表示，推行這項建議必須深思熟慮，因為由香港醫務委員會頒布的《香港註冊醫生專業守則》訂有清晰的指引，訂明醫生不得宣傳其服務。衛生署會繼續與專業醫療團體合作，向其會員推廣長者醫療券計劃，並鼓勵他們參加該計劃。

"醫健通"系統及長者醫療券戶口的管理

43. 委員會詢問，衛生署會否考慮要求已登記的醫療服務提供者在"醫健通"系統輸入更多資料，令該系統可編製詳盡的統計數字，以評估長者醫療券計劃在推廣使用私營醫療服務及紓減公營醫療系統壓力方面的成效。**衛生署署長**回答時表示，已登記的醫療服務提供者只須在"醫健通"系統輸入相關資料，以便當局管理長者醫療券計劃，包括支付醫療券申報的開支。若要求已登記的醫療服務提供者在"醫健通"系統輸入更多有關每次診症的詳細資料，可能會增加這些服務提供者的行政工作，對吸引他們參與該計劃產生負面影響。衛生署可考慮另外進行一次調查，以收集長者病人及私營醫療服務提供者對長者醫療券計劃的意見。

為長者提供的健康服務

44. 委員會從審計署署長報告書第4.20段知悉，"醫健通"系統不會結束已去世長者的醫療券戶口，而會繼續向這些戶口發出醫療券。結果，截至2014年3月31日，該系統就10萬名已去世長者的未使用醫療券累積所得的金額達2億6,200萬元。此外，衛生署在2014-2015財政年度的開支預算中為長者醫療券計劃預留撥款時未有多加留意，把已去世長者的醫療券數目計算在內，以致2014-2015財政年度的有關撥款增加了約9,200萬元。委員會詢問，未使用的撥款有否退還予一般收入帳目或撥入其他政府撥款，以及自長者醫療券計劃推行至今，已退還的未使用撥款的總額為何。

45. **衛生署署長**回應時表示，衛生署已着手更改"醫健通"系統，以管理已去世長者的醫療券戶口，確保在制訂長者醫療券計劃的預算時，不會把這些長者的戶口計算在內。**食物及衛生局局長**在公開聆訊後提供資料(載於附錄22)，說明長者醫療券計劃下的未使用撥款不會分配予衛生署作其他用途，而會保留在一般收入帳目。長者醫療券計劃自2009年推出以來的估算和實際開支載於附錄22。

監察醫療券申報

46. 委員會知悉，部分已登記醫療服務提供者的做法有欠妥當(審計署署長報告書第4.34段)，並詢問當局曾採取甚麼跟進行動處理此問題，以及發現了多少宗不恰當的個案。**衛生署署長**回答時表示：

- 衛生署已就審計署署長報告書所提出的個案採取跟進行動，包括致電有關長者，以確定他們有否接受醫療服務，以及提醒有問題的醫療服務提供者日後避免犯錯；
- 由於自2014年7月起，醫療券的面值已改為每張1元，要求長者為每張所使用的醫療券簽署一份同意書的欠妥做法將會大大減少；及

為長者提供的健康服務

- 在2009年1月1日至2014年3月31日期間，衛生署共進行了大約7 700次巡查。

衛生署助理署長(家庭及長者健康服務)補充，約有1 950宗醫療券申報屬不恰當的申報個案。

47. 委員會詢問，衛生署將會採取甚麼行動，以回應審計署在審計署署長報告書第4.37段就監察長者醫療券計劃所提出的建議。**衛生署署長**表示，衛生署會：

- 檢討監察醫療券申報的巡查程序，例如避免採用一套標準模式進行例行查核，以及考慮進行突擊查核；
- 考慮對那些做法有欠妥當的醫療服務提供者採取更嚴厲的措施，例如當局向其發出指引但未見有所改善時，便會視乎需要發出勸諭信或警告信；
- 衛生署曾跟進處理審計署所發現的錯漏個案。至今未有發現欺詐的做法；及
- 衛生署將會以在2011年就長者醫療券計劃進行中期檢討時所採用的方法為藍本，在2015年年中全面檢討長者醫療券計劃，以全面收集長者及已登記醫療服務提供者對下述事宜的意見：醫療券的使用、對該計劃的認識及參與、對該計劃的滿意程度及該計劃對求醫行為的影響。

E. 醫管局為長者病人提供的專科門診服務

48. 委員會知悉，有47間專科門診診所為病人提供專科診症服務。一如審計署署長報告書第5.4段所指出，在2009-2010年度至2013-2014年度期間，到7個主要專科(即耳鼻喉科、婦科、內科、眼科、矯形及創傷外科、精神科及外科)的專科門診診所求診的長者病人由188萬人次增加至211萬人次，增幅為12%。在2013-2014年度，長者病人佔7個主要專科門診診所總求診人次的37%。

為長者提供的健康服務

49. 普通科門診診所特別為長者病人預留診症名額，但專科門診診所則因應對病人的個別需要和臨床狀況所作評估而提供服務，而非單單以他們的年齡為準。專科門診診所會按病人的臨床狀況，把獲轉介接受專科治療的新症病人分流為第一優先類別(緊急)、第二優先類別(半緊急)或例行類別3種個案。醫管局為第一優先及第二優先類別個案制訂的目標輪候時間中位數分別為兩個及8個星期，例行類別個案則沒有制訂目標輪候時間。

專科門診診所的新症長者病人輪候時間有所延長

50. 委員會從審計署署長報告書第5.9段知悉，在過去5年間，就例行類別個案新症長者病人而言，他們的輪候時間普遍有所延長。委員會詢問，醫管局為縮短輪候時間而採取的改善措施(即審計署署長報告書第5.8段所述的措施)是否成效不彰，醫管局將會採取甚麼進一步行動，以有效處理這情況。

51. **醫管局行政總裁**在公開聆訊席上回應時表示並在2015年1月14日的函件(載於**附錄23**)中進一步補充：

- 由於本港人口老化，以及患上慢性疾病的人口比率提高，對專科門診診所服務的需求也日漸增加。另一方面，公營醫療系統近年亦面對人手不足的情況。結果，病人(尤其是病情不甚嚴重的非緊急病人)的輪候時間在過去數年有所延長；及
- 儘管如此，醫管局採取了以下措施，以應付專科門診診所服務輪候時間甚長的問題：
 - 加強基層醫療護理服務，令病情穩定及較不複雜的病人可由家庭醫學專科診所及普通科門診診所診治，以紓減專科門診診所的壓力；
 - 聘請兼職醫生和"有限度註冊"醫生，以增加人手，並就額外服務發放特別津貼，以提升醫管局的服務能力；

為長者提供的健康服務

- 探討可否就需求較大但非緊急的專科門診服務推行公私營協作計劃，以紓減公營醫療系統的壓力，同時為病人提供更多選擇；及
- 於2013-2014年度及2014-2015年度在不同的聯網推出特定計劃，以增加醫生應診時段，並將非緊急個案分流至家庭醫學專科診所，以清理積壓的例行類別個案。

跨網安排

52. 鑒於不同聯網的專科門診診所的長者病人輪候時間有差異，委員會認為，將跨網轉介安排擴展至長者病人眾多的專科(即內科、矯形及創傷外科和精神科)可縮窄輪候時間差異，並紓解部分專科門診診所輪候時間甚長的問題。

53. **醫管局行政總裁**回應時表示，若病人的輪候時間在不同聯網之間有差異，目前設有將病人作跨網轉介的機制。然而，若有關專科在所有聯網的輪候時間均頗長，則儘管個別聯網的輪候時間有差異，亦不適宜採用跨網轉介安排。此外，若病人行動不便或需要在居住社區內作長期的臨床跟進或支援，他們沒有太大誘因轉到另一聯網接受服務。儘管如此，醫管局會繼續檢討和監察不同聯網在輪候時間方面的差異，並會盡量擴展跨網轉介安排。

54. 委員會知悉，雖然醫管局准許新症病人根據"由病人主動提出的跨網預約安排"，按其意願選擇到任何一個聯網的專科門診診所求診，但部分聯網並不准許來自其他聯網的病人在其專科門診診所進行預約(審計署署長報告書第5.33段)。**醫管局行政總裁**回答時表示，醫管局會採取措施，提醒專科門診診所的員工，在臨床狀況和服務能力許可的情況下，准許病人到他們選擇的專科門診診所求診。他在公開聆訊後於2015年1月14日的函件(載於附錄23)中補充，醫管局將會製作海報，介紹專科門診診所新症預約的程序和方法，供市民及醫管局職員參考。海報將於2015年上半年備妥。

為長者提供的健康服務

專科門診診所的預約安排及披露輪候時間資料

55. 一如審計署署長報告書第5.18及5.19段指出，不同的專科門診診所採取不同的預約安排，以致未能充分利用預約時段，亦未能以最具效率的方式運用已取消預約的時段。委員會詢問，醫管局將會採取甚麼措施增加預約系統的效率，以期更善用可供預約的時段。

56. **醫管局行政總裁**回應時表示，醫管局會就專科門診診所的預約安排進行全面檢討，並會向全部聯網發出有關指引，以劃一專科門診診所的預約安排。他在公開聆訊後於2015年1月14日的函件(載於附錄23)中補充，醫管局會採取以下措施，以提高預約系統的效率：

- 醫管局於2011年在九龍中聯網推行專科門診電話查詢系統的先導計劃。該系統可解答有關專科門診診所的查詢，並設有其他相關功能，包括病人可透過該系統預先通知專科門診診所擬取消預約或更改預約的時間。專科門診診所因此可以充分利用因而騰出的預約時段，將有關時段編配予其他病人。醫管局計劃於2015-2016年度將該先導計劃擴展至另外6個聯網；
- 醫管局將於2015-2016年度向全部聯網發出《專科門診運作手冊》，以劃一各專科門診診所不同的預約安排；及
- 部分聯網在預約安排上採用良好做法，令服務能力得以充分善用；醫管局會向各聯網加以推廣，以鼓勵其他專科門診診所採用這些良好做法。

57. 對於委員會就披露輪候時間資料提出的問題，**醫管局行政總裁**回應時表示，在8個專科中，醫管局現時把其中5個專科(即耳鼻喉科、婦科、眼科、矯形及創傷外科和兒科)的輪候時間資料上載至其網站。醫管局計劃於2015年上半年將餘下3個主要專科的輪候時間資料上載至其網站。此外，醫管局會在2015年上半年在專科門診診所展示全面、一致和最新的輪候時間資料，讓病人了解有關輪候時間的情況，在掌握充分資料下決定治療方案。

為長者提供的健康服務

社區老人評估小組所提供的服務

58. 委員會從審計署署長報告書第5.24段知悉，社區老人評估小組為居於安老院舍的長者院友提供的外展診症服務，能有效減少安老院舍長者院友到急症室求診和入住醫院的人次。然而，社區老人評估小組服務的涵蓋範圍過去數年一直維持不變。委員會詢問，醫管局有否計劃擴大社區老人評估小組的服務範圍，以惠及更多居於安老院舍的長者院友。**醫管局行政總裁**回答時表示，鑒於公營醫療系統現時人手短缺，醫管局在運用珍貴的資源時必須訂定優先次序，以應對不斷增加的服務需求。醫管局會繼續監察對社區老人評估小組服務的需求，透過2016-2017年度及往後各年的年度工作計劃，以應付安老院舍服務有所擴展的地區對社區老人評估小組服務的需要。

將老人科重新指定為一個獨立專科

59. 委員會詢問醫管局會否從有效運用醫療資源的角度，考慮將老人科重新指定為一個獨立專科，以更切合長者病人的需要。

60. **食物及衛生局局長**和**醫管局行政總裁**回答時表示：

- 醫管局的專科及附屬專科服務的劃分，一般是按照香港醫學專科學院及相關學院的界定；
- 為病人提供的服務應以病人的醫療需要為依據，而非以病人的年齡為準；
- 很多長者病人患有多種病症及功能障礙，除內科及老人科外，亦須因應個別病人的臨床狀況，由多個其他專科及附屬專科共同治理及護理；
- 醫管局已設立系統，為各專科及附屬專科的相關專業人員設立平台，讓他們就如何治療患有某一特定病症的病人共同提出意見；及
- 從為長者及非長者病人提供服務的整體角度，各專科／附屬專科的現有架構符合成本效益。

為長者提供的健康服務

61. **醫管局質素及安全總監區結成醫生**補充，內科設有多隊專科小組，為長者提供醫療服務。在未來數年，醫管局會密切留意長者病人的醫療需要，在有需要時會重新審視是否有需要把老人科重新指定為一個獨立的專科。

F. 結論及建議

整體意見

62. 委員會：

- 一 對下述情況深表關注：雖然立法會已批撥龐大開支予衛生署，用以提供長者醫療服務(在2014-2015年度為10億3,400萬元)，亦已批撥龐大開支予醫院管理局("醫管局")，用於為長者病人提供服務(估計在醫管局2013-2014年度為數500億元的全年開支中佔230億元)，但衛生署及醫管局並未有效管理這些資源，亦未能善用獲分配的大量資源，為長者提供適時、有效率及物有所值的服務；這點由以下有欠理想的表現可見：
 - (a) 根據首次及繼後健康評估在2013年分別所佔的比重，同時假設長者健康中心的會員人數沒有增減，就18間長者健康中心的平均數字而言，需時3.7年才能為所有正在輪候登記成為長者健康中心會員的長者進行首次健康評估。在部分地區，如灣仔及油麻地，輪候時間更需時超過9年；
 - (b) 在長者健康評估先導計劃首年運作時，只有2 274名長者(其目標參加人數是1萬名長者)登記參加。該計劃在招募屬計劃優先服務對象的體弱長者(即沒有接受過健康評估、沒有定期接受跟進醫療服務及獨居)方面，成效暫時未能確定；
 - (c) 長者健康外展隊伍提供的健康推廣活動的服務效率欠佳，因為在安老院舍及其他與長者有關的機構("非安老院舍")舉辦的多項健康推廣活動的出

為長者提供的健康服務

席人次偏低。由於部分健康推廣活動必須有照顧者陪同長者出席，以便為長者提供所需協助，長者健康外展隊伍應先確定照顧者會陪同長者出席；

- (d) 私營醫療服務提供者參與長者醫療券計劃及長者使用醫療券的比率均偏低。在監察醫療券申報方面亦出現管理問題，由以下兩點可見：審計署在檢視同意書⁴時發現多項錯漏，以及衛生署未有就如何正確填寫同意書向已登記參與長者醫療券計劃的醫療服務提供者發出指引。已去世長者的醫療券戶口仍未結束，反映長者醫療券計劃管理不善；及
- (e) 長者病人的例行類別個案⁵在專科門診診所的輪候時間不斷延長，而跨網轉介安排只限於3個專科(即耳鼻喉科、婦科和眼科)；

- 對長者的健康狀況或會在長時間輪候衛生署及醫管局提供的醫療服務期間惡化深表關注，並認為衛生署及醫管局應該及可以多做些工作，以應付長者不斷增加的醫療需要；
- 促請衛生署及醫管局改善其服務效率，並以適時、物有所值及以長者為本的方式提供最切合長者需要的醫療服務；
- 建議醫管局從有效運用醫療資源及更切合長者病人需要的角度，探討在專科門診診所設立老人科專科或長者病人專責單位的可行性，以有效應對因人口老化而預期有所增加的醫療服務需求；

⁴ 長者透過使用醫療券接受醫療服務後須填寫及簽署同意書。衛生署會檢視長者所簽署的同意書是否妥當，以查證已登記參與長者醫療券計劃的醫療服務提供者所作的申報是否屬實。

⁵ 專科門診診所會按臨床狀況，把獲轉介接受專科治療的新症病人分流為第一優先類別(緊急)、第二優先類別(半緊急)或例行類別3種個案。醫管局為第一優先及第二優先類別個案制訂的目標輪候時間中位數分別為兩個及8個星期，例行類別個案則沒有制訂目標輪候時間。

為長者提供的健康服務

長者健康中心首次健康評估輪候時間甚長

一 對以下情況深表關注：

- (a) 在過去10年，雖然長者人口增加了26%，由831 000人增加至1 049 000人，但18間長者健康中心同期每年維持為長者提供不足4萬次的健康評估。長者健康中心的服務能力並無適時提升，以配合長者人口的增長；
- (b) 雖然長者健康中心首次健康評估輪候時間⁶甚長的情況持續，但衛生署未有掌握長者對服務的需求有多大，以致未能分配足夠資源應付服務需求；這點由以下情況可見：
- 僅分別於2002年及2007年就長者健康中心的健康評估服務需求及縮短輪候時間的措施進行兩次檢討；
 - 並無就長者健康中心提供治療服務與醫管局普通科門診診所提供治療服務這兩種制度同時並行的理據進行檢討；
 - 衛生署未有確定在長者健康中心進行首次及繼後健康評估和治療服務所產生的不同服務需求，其後亦未有據此規劃各間長者健康中心的人手資源；及
 - 首次健康評估輪候時間在不同長者健康中心之間差異甚大，顯示有空間在不同長者健康中心之間重新分配人手，以助縮短那些輪候名單上有較多長者的長者健康中心的輪候時間；
- (c) 儘管相對於繼後健康評估，首次健康評估所發現的健康問題較多，衛生署未有檢討長者健康中心

⁶ 輪候時間指由長者申請成為長者健康中心會員當日起計至成功登記成為會員的日期(即接受首次健康評估的日期)為止的一段時間。

為長者提供的健康服務

首次及繼後健康評估分別所佔的比重，以提供更多首次健康評估⁷；及

- (d) 衛生署已制訂讓每名長者健康中心會員約每18個月接受一次繼後健康評估的目標，但並無就長者登記成為長者健康中心會員以接受首次健康評估的輪候時間制訂該類目標或服務承諾；
- 不同意食物及衛生局局長的下述言論：長者醫療券計劃或已補足長者健康中心所提供的評估服務，而長者健康中心會員輪候名單上的長者或已使用醫療券來滿足其健康評估的需要。委員會之所以不同意上述言論，是因為審計署署長報告書顯示，在2009至2013年間，長者使用的醫療券只有少於9%用於預防性護理服務。此外，衛生署並無任何相關的統計數字支持有關言論；
- 對食物及衛生局局長和衛生署署長在公開聆訊中就如何解決登記成為長者健康中心會員輪候時間甚長的問題所作的以下言論深表關注：
- (a) 對於審計署在審計署署長報告書第2.18(a)段建議，衛生署署長應審慎檢討長者健康中心的服務能力，以確定能否配合長者人口的增長，食物及衛生局局長和衛生署署長表示，當局不可能提升長者健康中心的服務能力，以配合長者人口的增長；長者健康中心的方向不應只是提供服務，亦不能單靠長者健康中心應付所有長者的醫療需要；及
- (b) 對於審計署在審計署署長報告書第2.18(b)段建議，衛生署署長應探討可否為登記成為長者健康中心會員的輪候時間制訂服務表現承諾，食物及衛生局局長和衛生署署長表示，衛生署只會根據兩隊將在2014-2015年度及2015-2016年度設立的

⁷ 長者健康中心為長者提供首次及繼後健康評估。各間長者健康中心分配予首次及繼後健康評估的評估時段的比例並非劃一。部分長者健康中心為首次健康評估分配較多時段，但其他中心則沒有這樣做。

為長者提供的健康服務

臨床小組⁸在運作方面取得的經驗，探討制訂服務表現承諾的可行性；

- 促請衛生署署長盡快採取措施，以解決登記成為長者健康中心會員以接受首次健康評估的輪候時間甚長的問題，並就輪候時間制訂服務表現承諾及訂定達致該目標的時間表；
- 建議衛生署署長：
 - (a) 就長者健康中心的運作模式進行全面檢討，以更切合未來數十年人口老化所帶來的服務需求增長；及
 - (b) 收集相關統計數字，以確定長者醫療服務的需求，以及在多大程度上已經／將由所推出的各項措施(如長者醫療券計劃及長者健康評估先導計劃)滿足該等需求；

長者健康評估先導計劃的成效

- 對長者健康評估先導計劃的成效深表關注，其成效從長者的參與率偏低可見一斑；
- 認為衛生署應探討有何方法可提高參與長者健康評估先導計劃的長者(特別是體弱長者)人數，例如與合辦該計劃的非政府機構更緊密合作，以及加強長者健康評估先導計劃的宣傳工作；

長者健康外展隊伍所提供服務的效率

- 對長者健康外展隊伍的服務效率有欠理想表示極度關注，並認為不可接受；這點由以下情況可見：

⁸ 兩隊臨床小組將分別於2014-2015年度在瀝源長者健康中心和2015-2016年度在灣仔長者健康中心增設。

為長者提供的健康服務

- (a) 在部分安老院舍／非安老院舍舉辦健康推廣活動的次數甚多，但長者及其照顧者的出席人次卻偏低；
 - (b) 很多健康推廣活動的內容沒有更新；
 - (c) 長者家人出席健康推廣活動的人次極低；及
 - (d) 長者健康外展隊伍沒有檢查非私營安老院舍及已把健康紀錄輸入電腦的私營安老院舍所備存的健康紀錄；
- 察悉衛生署會推行措施，提高長者健康外展隊伍的服務效率，例如主動接觸安老院舍／非安老院舍，以確定其服務需要，以及適當調整健康推廣活動的舉辦次數和內容，以更切合他們的需要，並會檢討長者健康外展隊伍舉辦健康推廣活動的運作模式，以期改善服務；

長者醫療券計劃的管理

醫療服務提供者的參與情況及長者使用醫療券的情況

- 對以下情況表示極度關注：
- (a) 長者對已登記西醫和已登記中醫的服務需求最為殷切，因為這些服務佔所有已登記參加長者醫療券計劃的醫療服務提供者所作醫療券申報的93%；儘管如此，西醫和中醫的登記率分別只佔私人執業服務提供者估計人數的34%及23%；
 - (b) 長者居住地區附近的私營醫療服務提供者沒有登記參與計劃，可能窒礙長者使用醫療券；
 - (c) 截至2013年12月，近75%(或415 000人)已參加計劃的長者持有未使用醫療券，當中有10%(或41 844人)從沒有使用過獲發的醫療券。該

為長者提供的健康服務

- 415 000 名長者的未使用醫療券總值達 4 億 9,100萬元；
- (d) 截至2014年1月，近10%(或53 000人)長者的未使用醫療券的價值超出3,000元的累積金額上限，因而令其未使用的醫療券被取消。被取消的醫療券總值達960萬元；及
 - (e) 長者把大部分醫療券用於支付治理急性病症的醫療費用，而非用於預防性護理服務；
- 察悉衛生署推行以下措施，以提高醫療服務提供者的參與率，並向長者推廣更廣泛使用醫療券：
- (a) 為提高計劃的吸引力，把每名合資格長者的每年醫療券金額增加一倍，由2013年每年1,000元調整至2014年的每年2,000元；把醫療券的面值由每張50元改為1元；以及把累積金額上限提高至4,000元；
 - (b) 加強長者醫療券計劃的宣傳工作，例如利用在電視及電台播放的政府宣傳信息及其他有效渠道，加強公眾對該計劃的認識；及
 - (c) 向醫療專業團體作出呼籲，尋求他們的支持，鼓勵其會員參與計劃；

長者醫療券計劃的管理問題

- 對下述情況表示極度關注，並認為不可接受：衛生署對長者醫療券計劃的管理和行政工作成效不彰、態度散漫，以致未能確保該計劃得以妥善執行；這點由以下情況可見：
- (a) 已去世長者的醫療券戶口未有結束，而衛生署繼續向有關戶口發出醫療券。截至2014年3月，已去世長者的未使用醫療券累積金額達2億6,200萬元；

為長者提供的健康服務

- (b) 在2014-2015財政年度的開支預算中為長者醫療券計劃預留撥款時未有多加留意，把已去世長者的醫療券數目計算在內，以致有關撥款增加了9,200萬元；及
 - (c) 衛生署進行的例行及跟進巡查有不足之處，以致未能遏止部分已登記的醫療服務提供者採取有欠妥當的做法，例如要求長者就一次診症簽署過量及留空的同意書；
- 對長者醫療券計劃的"醫健通"系統⁹的功能有限深表關注，該系統未能收集在評估該計劃成效時必不可少的資料及統計數字；
 - 察悉衛生署將採取以下改善行動：
 - (a) 檢討監察醫療券申報的巡查程序，如進行突擊查核；
 - (b) 考慮對那些做法有欠妥當的醫療服務提供者採取更嚴厲的措施，例如當局向其發出指引但未見有所改善時，便會視乎需要發出勸諭信或警告信；
 - (c) 跟進同意書發現錯漏的情況，如沒有填報資料及資料出錯，以及醫療服務提供者所採取的欠妥做法，包括如審計署所發現者，要求長者簽署過量及留空的同意書。至今未有發現欺詐的做法；及
 - (d) 為優化計劃，在2015年年中全面檢討長者醫療券計劃，以全面收集長者及已登記醫療服務提供者對下述事宜的意見：醫療券的使用、對該計劃的認識及參與、對該計劃的滿意程度及該計劃對求醫行為的影響；
 - 建議衛生署考慮加強"醫健通"系統的功能，令該系統可編製更詳盡的統計數字，從而評估該計劃的成效；

⁹ "醫健通"系統是當局因應推行長者醫療券計劃而設立的電子平台，供參與計劃的醫療服務提供者管理長者"醫健通"戶口的登記，以及就長者所使用的醫療券向衛生署提交申報資料。

為長者提供的健康服務

醫管局向長者病人提供的專科門診服務

— 知悉以下情況：

- (a) 在2009-2010年度至2013-2014年度期間，到7個主要專科(即耳鼻喉科、婦科、內科、眼科、矯形及創傷外科、精神科及外科)的專科門診診所求診的長者病人由188萬人次增加至211萬人次，增幅為12%。在2013-2014年度，長者病人佔7個專科的總求診人次的37%；及
- (b) 內科是長者病人求診人次最高的專科。老人科現時是內科之下的一個附屬專科；

— 知悉醫管局為長者病人提供醫療服務時沒有將老人科指定為一個獨立專科所提出的以下理據：

- (a) 為病人提供的服務應以病人的醫療需要為依據，而非單以病人的年齡為準；
- (b) 很多長者病人患有多種病症及功能障礙，除內科及老人科外，亦須因應個別病人的臨床狀況，由多個其他專科及附屬專科共同治理及護理；
- (c) 醫管局已設立系統，為各專科及附屬專科的相關專業人員設立平台，讓他們就如何治療患有某一特定病症的病人共同提出意見；及
- (d) 從為長者及非長者病人提供服務的整體角度，各專科／附屬專科的現有架構符合成本效益；

— 促請醫管局考慮採取措施，以更切合長者病人不斷增加的醫療需要；恒常檢討有關情況，並在有需要時重新審視是否有需要把老人科重新指定為一個獨立的專科；

為長者提供的健康服務

專科門診診所的新症輪候時間及跨網安排

- 對以下情況表示極度關注：
 - (a) 雖然醫管局已實行多項措施，以縮短專科門診診所的新症輪候時間，但專科門診診所的例行類別個案的輪候時間普遍有所延長；
 - (b) 跨網轉介安排目前只適用於3個專科(即耳鼻喉科、婦科及眼科)，而長者病人例行類別個案的輪候時間在不同聯網有很大差異，顯示或許尚有空間可擴大跨網轉介安排；
 - (c) 雖然醫管局准許新症病人按其意願選擇到任何一個聯網的專科門診診所求診，但部分聯網並不准許來自其他聯網的病人在其專科門診診所進行預約；及
 - (d) 在專科門診診所展示的輪候時間資料及在醫管局網站展示的輪候時間資料並非最新和全面的，而且所展示的資料並不一致；
- 促請醫管局制訂有效措施，以縮短專科門診診所的例行類別個案輪候時間，並把跨網轉介安排盡量擴大至更多專科，使醫療資源得以有效運用，以惠及更多長者病人；
- 知悉引入跨網轉介安排的可能性視乎多項因素而定，如病人的意願及不同聯網在輪候時間方面是否有很大差別；
- 察悉醫管局將採取步驟，提醒所有聯網專科門診診所的員工，在臨床狀況和服務能力許可的情況下，准許病人到他們選擇的專科門診診所求診，並按適當情況適時披露全面和最新的輪候時間資料；

為長者提供的健康服務

不同專科門診診所的預約安排

- 對以下情況深表關注：
 - (a) 部分專科門診診所採取不同的預約安排，以致不同診所為不能預計的個案預留的不作預約安排的時段數目不一。這可能是導致可供預約時段未能充分利用的因素；及
 - (b) 部分已取消預約的時段未有適時騰出，供重新預約；
- 促請醫管局就各間專科門診診所的預約安排和預約系統進行全面檢討，以更善用可供預約的時段；

社區老人評估小組提供的外展診症服務

- 知悉社區老人評估小組為居於安老院舍的長者院友提供的外展診症服務，能有效減少安老院舍長者院友到急症室求診和入住醫院的人次；
- 對以下情況深表關注：
 - (a) 雖然社區老人評估小組的服務卓具成效，但其服務的涵蓋範圍過去數年一直維持不變；
 - (b) 截至2014年3月，約4 500名居於77間安老院舍的長者未能獲得社區老人評估小組的服務；及
 - (c) 老人科小組委員會¹⁰轄下的工作小組曾於2012年對社區老人評估小組服務進行檢討，所得結論是，除非取得額外資源，否則社區老人評估小組的服務涵蓋範圍不會擴大；及

¹⁰ 老人科小組委員會的成員包括醫管局各聯網／醫院的內科及老人科醫生。小組委員會每3個月開會一次，討論與老人科服務有關的專業事宜，包括服務發展、質素保證、人手和培訓等。

為長者提供的健康服務

- 促請醫管局擴大社區老人評估小組的服務涵蓋範圍，將更多安老院舍納入其中，為居於安老院舍的長者提升醫療服務質素。

具體意見

63. 委員會：

衛生署的長者健康評估服務

- 對以下情況深表關注：

- (a) 儘管長者人口在過去10年有上升的趨勢，但18間長者健康中心每年為長者提供的健康評估次數仍維持於不足4萬次的水平；長者健康中心的服務能力並無適時提升，以應付長者對健康評估服務的需求；
- (b) 在長者健康中心輪候首次健康評估的長者人數在過去數年不斷上升。除非首次及繼後健康評估分別所佔的比重予以調整或提升其服務能力，否則長者健康中心需時3.7年，而部分更需時超過9年，才能清理積壓的首次健康評估工作；
- (c) 各間長者健康中心提供治療服務的次數有很大差別(在2009年至2013年期間，平均每天提供治療服務的次數由16次至33次不等)，顯示部分長者健康中心或許有剩餘的服務能力，可進行更多的健康評估；
- (d) 衛生署的長者健康中心及醫管局的普通科門診診所均提供治療服務。儘管如此，當局並無就長者健康中心提供治療服務的理據進行檢討；
- (e) 不同長者健康中心的專職醫療輔導服務輪候時間有明顯差別，由1.1至11個星期不等；及

為長者提供的健康服務

- (f) 截至2014年7月中，在長者健康評估先導計劃首年運作時，只有2 274名長者(其目標參加人數是1萬名長者)登記參加；

一 知悉衛生署：

- (a) 已推出多項措施，如長者健康評估先導計劃及長者醫療券計劃，以其他服務提供模式應付長者對健康評估服務的需求；
- (b) 將會定期檢討及監察每間長者健康中心的工作量，務求推出措施，以提高服務效率及縮短首次評估的輪候時間；
- (c) 待設立兩隊新增的臨床小組並就其運作經驗進行檢討後，將於2016年探討就輪候時間制訂服務表現承諾的可行性；
- (d) 將會因應透過推行新的服務提供模式(包括長者醫療券計劃及長者健康評估先導計劃)所取得的經驗，檢討長者健康中心的策略方針；
- (e) 將會檢討專職醫療人員的工作安排，並調整其輪值表，以增加他們到一些輪候時間較長的長者健康中心當值的次數；及
- (f) 已同意審計署在審計署署長報告書第2.18、2.26及2.32段提出的建議；

長者健康外展隊伍所提供的健康教育和諮詢服務

一 對以下情況表示極度關注，並認為不可接受：

- (a) 長者健康外展隊伍沒有備存一份完整的非安老院舍名單，以致部分非安老院舍的長者及照顧者可能沒有機會接受健康教育；
- (b) 在部分安老院舍及非安老院舍舉辦健康推廣活動的次數甚多，但出席人次卻偏低；

為長者提供的健康服務

- (c) 未有進行檢討，以評估長者健康外展隊伍提供的健康推廣活動的成效；及
 - (d) 長者健康外展隊伍沒有檢查非私營安老院舍及已把健康紀錄輸入電腦的私營安老院舍所備存的健康紀錄；
- 知悉衛生署署長已同意審計署在審計署署長報告書第3.11及3.16段提出的建議；

長者醫療券計劃的管理

- 對以下情況表示極度關注，並認為不可接受：
- (a) 長者對已登記西醫和已登記中醫的服務需求最為殷切，但他們的登記率分別只佔私人執業服務提供者估計人數的34%及23%；
 - (b) 長者醫療券計劃的登記醫生對合資格長者的比例在18區並不平均。部分地區沒有醫療服務提供者登記參與計劃，或會影響長者使用醫療券；
 - (c) 截至2013年年底，415 000名長者持有未使用醫療券(這些未使用醫療券總值達4億9,100萬元)。在這些長者當中，約有10%(即41 844名長者)從沒有使用過獲發的醫療券；
 - (d) 約10%(53 000人)已參加計劃的長者的未使用醫療券因超出累積金額上限而被取消；
 - (e) 由於有10萬名已去世長者在"醫健通"系統的醫療券戶口未有結束，當局遂繼續向有關戶口發出醫療券。結果，已去世長者戶口的未使用醫療券累積金額達2億6,200萬元，而2014-2015財政年度開支預算亦因此增加了9,200萬元撥款；
 - (f) 衛生署一直採用一套標準模式進行例行查核。審計署審查了5 031宗申報的同意書，發現704宗錯漏事項，並發現部分醫療服務提供者採取多種有

為長者提供的健康服務

欠妥當的做法，如要求長者簽署過量及留空的同意書；

- (g) 在2009年至2013年的5年期間，用於預防性護理服務的醫療券少於9%；及
- (h) 自長者醫療券計劃改為經常項目後，當局從未就該計劃進行全面檢討；

— 知悉衛生署：

- (a) 已加強長者醫療券計劃的宣傳工作，並透過醫療專業團體鼓勵私營醫療服務提供者參與計劃；
- (b) 已着手更改"醫健通"系統，以管理已去世長者的醫療券戶口，確保在制訂長者醫療券計劃的預算時，不會把這些長者的戶口計算在內；
- (c) 將會避免採用一套標準模式進行例行查核，並視乎需要採取更嚴厲的行動，如向有問題的醫療服務提供者發出勸諭信或警告信；
- (d) 將會在2015年年中就長者醫療券計劃進行全面檢討；及
- (e) 已同意審計署在審計署署長報告書第4.9、4.21、4.37及4.40段提出的建議；

為長者病人提供的專科門診服務

— 知悉以下情況：

- (a) 在醫管局2013-2014年度的營運開支當中，有46%用於長者病人；及
- (b) 在2009-2010年度至2013-2014年度期間，到7個主要專科(不包括兒科)的專科門診診所求診的長者病人由188萬人次增加至211萬人次，增幅為12%；

為長者提供的健康服務

- 對以下情況表示極度關注：
- (a) 在2009-2010年度至2013-2014年度的5年間，例行類別個案新症長者病人在專科門診診所的輪候時間普遍有所延長；
 - (b) 就長者病人例行類別個案第90個百分值的輪候時間而言，不同聯網的輪候時間的差異甚大；
 - (c) 不同的專科門診診所採用不同的預約安排。在監察專科門診診所的預約時段和預約安排方面有可予改善之處；
 - (d) 跨網轉介安排只適用於3個專科(即耳鼻喉科、婦科及眼科)。部分聯網並不准許來自其他聯網的病人在其專科門診診所進行預約；及
 - (e) 在專科門診診所展示的輪候時間資料及在醫管局網站展示的輪候時間資料並非全面、適時和最新的；及
- 知悉醫管局行政總裁已同意審計署在審計署署長報告書第5.13、5.22、5.27、5.35及5.41段提出的建議。

跟進行動

64. 委員會希望政府當局繼續向其報告落實委員會及審計署各項建議的進展情況。