

就傷殘津貼檢討意見書

「看不見的殘疾」也是殘疾，我們也要傷津

2017年5月4日

對於經歷多年的傷殘津貼檢討，本來已經看到政府提出的檢討方向。就政府於2016年初建議刪去「喪失100%賺取收入能力」提述，及在進行醫療評估時，以沒有使用外置康復或機械器材時的情況作評估；就完全植入體內的康復或機械器材，醫生應務實按病人使用後的殘疾情況作評估，我們對於此兩項建議表示歡迎。

可是，政府於2016年5月3日的立法會福利事務委員會的會議上，歪曲出席的民間殘疾組織的意思，以民間組織未有共識為由，強行撤回刪去「喪失100%賺取收入能力」提述的執行建議，並完全拒絕更改傷殘津貼的「醫療評估表格」，我們對此表示憤怒。另外，我們對於局方單方面更改有關使用復康器具的殘疾人士的評估準則，只把義肢、助聽器和人工耳鍋的應用獲豁免於傷津於評估之外，變相把其他復康器具納入評估的做法極不合理，因此，我們必須重申以下立場。

集合眾持份者的意見，我們製作了一份包括以下建議的「民間傷殘津貼醫療評估表格」，希望勞工及福利局積極考慮採納我們的建議，有關表格已載於此意見書最後的部分。

1. 刪去「醫療評估表格」內有關「喪失100%賺取收入能力」提述

目前的「醫療評估表格」第1部分引導醫生於評估時將殘疾類別與「喪失100%賺取收入能力」提述，事實上，傷殘津貼是不論收入、資產和工作的福利金制度，有部分醫生會因為上述提述而把傷殘津貼與申請人是否有就業或工作機會掛鉤，容易令醫生被誤導，令原本應獲批傷殘津貼的人士被拒申請。事實上殘疾的嚴重程度與是否「喪失100%賺取收入能力」沒有直接關係，於評估殘疾兒童的時候運用此準則更是荒謬，因此我們強烈要求刪去「醫療評估表格」內有關「喪失100%賺取收入能力」提述。

2. 反對刪去在醫療評估表格中「從事原有的職業及擔任其適合的任何其他種類的工作」的項目

目前的醫療評估中共有四項，其一為「從事原有工作」、二為「自我照顧及處理個人衛生」、「維持平衡及轉換位置」、「基本社交及溝通」。我們認為，政策修訂應以改善及容讓更多殘疾人士受惠為目標，我們認為若刪去「從事原有的職業及擔任其適合的任何其他種類的工作」的項目，將令部份原以此項目獲批核傷殘津貼的殘疾人士不再獲批。

此等安排實是一種倒退，我們認為此刪除是不合適的。有不少「看不見的殘疾」，如帕金森症、腎衰竭、地中海貧血、早期肌肉萎縮、腦瘤症、精神病患者等，其實他們的殘疾情況，已對身體、社會活動參與造成影響，可是現行的審批情況，卻有不少這類殘疾人士不被批核傷津，在刪去該等部份後可能受惠人數會更少。

3. 反對刪去原表格中的B 部份殘疾類別

原表格中的設有一個B 部份，所包括的殘疾類別為：器質性腦綜合徵、弱智、精神病、神經官能病、人格障礙、導致完全喪失心智機能的任何其他情況。我們反對刪去此B 部份，以免曾受惠於政策當中的殘疾人士在修改後不能受惠。

4. 反對只有三類復康器具被豁免於評估的考慮之外

於2016年12月更新的傷津政策中，只有義肢、人工耳鍋及助聽器能夠於傷津評估上獲豁免考慮其功能對殘疾申請人的影響。局方於訂定此三項復康器具前完全沒有諮詢殘疾人士團體，當中有很多不同的復康器具，包括輪椅，都不被納入豁免範圍，變相醫生可以因為殘疾申請人有使用復康器具而殘疾情況得到改善為由，被誤判其殘疾程度。

我們要求局方必須就著復康器具的豁免全面諮詢殘疾人士界別，並擴闊獲轄免復康器具的類別。

5. 設審批小組而不只依賴醫生進行評估

在現行制度下，主要以醫生進行評估，我們認為，政府應考慮以一評估小組做整體的審批，包括職業治療師、教育心理學家、註冊社工、物理治療師等不同專業人士，整全評估殘疾人士的需要，這樣亦對醫生公平，就日常生活影響能夠有不同角度及專業作出評估。

6. 就傷殘津貼的審批年期方面的建議

近年，部份屬永久殘疾的殘疾人士(在現行醫學技術下無法改變其殘疾情況)，在申領傷殘津貼時，仍需要定期作出續期，有些情況更是逐年續期，實是影響殘疾人士的生活，也增加行政成本。我們認為若屬永久殘疾類別，應當批核永久傷殘津貼，或儘管需要續期，也應以較長年期，以便利殘疾人士和減省行政成本。

7. 長期住院個案的傷殘津貼事宜

現行政策中，如遇殘疾人士或長期病患者因事入院接受治療，在超過60天時，會由高額傷殘津貼轉為普通額傷殘津貼，我們建議將這個期限提升至180天。另外，由於現時關愛基金之特別護理津貼，需要申請人有高額傷殘津貼的資格，故當身份轉換為普通額傷殘津貼時，連同申領關愛基金項目的資格也一併失去，我們建議儘管在津貼額由高額轉為普通額，其申請關愛基金的身份不應轉變。

8. 對於特殊學校需住宿舍之學生的長假期發放傷殘津貼安排

現行特殊學校宿生只能領取普通額傷殘津貼，我們建議於學校長假期，包括暑期、農曆新年、復活節及聖誕節假期中，為合資格學生發放高額傷殘津貼。

9. 長遠而言，應考慮推行殘疾人士社會保險制度

現時的傷殘津貼制度，只能讓「嚴重殘疾人士」受惠，計算整體殘疾人士人口，現在獲批核傷殘津貼的殘疾人士比例實是偏低，長遠而言，我們認為政府應考慮推行殘疾人士社會保險制度，擴展受惠層面至「普通殘疾人士」，提供不同津貼金額及以一個共同承擔的制度，以全面保障殘疾人士及其家庭的需要。同時，應全面檢討及提高傷殘津貼的金額，以讓殘疾人士更能應付因殘疾引起的開支。

撰寫人：盧浩元、葉健強

便箋

發文人：社會福利署
 _____ 社會保障辦事處主任

檔 號： _____
 電 話： _____
 日 期： _____

受文人： _____ *醫院/診所

主診醫生
 (經*醫務社會服務部/指定人士)

來文檔號： _____
 日 期： _____

有關： _____ *先生/女士

香港身份證/出生證明書號碼： _____

地址： _____

醫院/診所： _____

下次覆診日期： _____

年齡： _____

電話： _____

檔號： _____

專科/病房*： _____

上述人士聲稱患有 _____ (疾病、損傷或變形)，並已申請公共福利金計劃下的傷殘津貼。*他/她已允許本署進行醫療查詢。

1. 有關上述人士的傷殘津貼*及/或醫療記錄的已有資料如下：

- 新申請
 普通傷殘津貼的現有受惠人
 高額傷殘津貼的現有受惠人

2. 最近一份醫療評估報告^的副本*現隨本便箋附上/無法提供/並不適用。

3. 請填寫本表格後頁各有關欄目，並於 _____ 或之前，把填妥表格的正本交回下開簽署人。如需電話商談，請致電與下開簽署人聯絡，或致電 _____ 與 _____ *先生/女士聯絡。

簽署： _____

姓名： _____ 代行

(請以正楷填寫)

_____ 社會保障辦事處主任

(只適用於新申請個案)

發文人： _____ *醫院/診所
 _____ 醫務社會工作者

檔 號： _____

電 話： _____

日 期： _____

發文人： 社會福利署

_____ 社會保障辦事處主任

來文檔號： _____

日 期： _____

有關： _____ *先生/女士

香港身份證/出生證明書號碼： _____

地址： _____

醫院/診所： _____

年齡： _____

電話： _____

檔號： _____

上述人士已申請公共福利金計劃下的傷殘津貼。

4. 現付上上述人士的醫療報告(見後頁)，並補充資料如下：

(正式印章)

_____ *醫院/診所

醫務社會工作者簽署： _____

姓名： _____

(請以正楷填寫)

^ 最近一份醫療評估報告指：(i) 以仍然生效的傷殘津貼個案而言，即最近一份證明申請人患有嚴重殘疾的醫療評估報告；或(ii) 以先前未符合傷殘津貼申請資格而重新申請傷殘津貼的個案而言，即最近一份證明申請人並非患有嚴重殘疾的醫療評估報告，而評估日期為現有申請日期前的一年內。

* 請刪去不適用者。

發文人：社會福利署
 _____ 社會保障辦事處主任
 檔 號： _____
 電 話： _____
 日 期： _____

受文人： _____ *醫院/診所
 主診醫生
 (經*醫務社會服務部/指定人士)
 來文檔號： _____
 日 期： _____

公共福利金計劃
 醫療評估表格

(資料由社會保障辦事處填寫)

有關： _____ *先生/女士 香港身份證/ 社會保障辦事處
 出生證明書號碼： _____ 個案編號： _____

在進行醫療評估時，請參閱載於隨文便箋第 1-3 段所提供的申請人資料。
 請在下列適當的方格內加上“☑”號及在線上空白地方填妥有關資料：

請按照適用的情況填寫第(I)部或(II)部，及(III)部

(I) 殘疾性質/程度

(選取以下第I部(A)第i至xvii其中一項，即代表該申請人已基本符合申領普通傷殘津貼的殘疾程度要求)

(A) 適用於嚴重殘疾**的申請人，申請人的情況如下：

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> i 喪失二肢功能 | <input type="checkbox"/> viii 器質性腦綜合徵 |
| <input type="checkbox"/> ii 喪失雙手或雙手的姆指和所有手指的功能 | <input type="checkbox"/> ix 智障 |
| <input type="checkbox"/> iii 喪失雙腳功能 | <input type="checkbox"/> x 精神障礙 |
| <input type="checkbox"/> iv 完全失明 | <input type="checkbox"/> xi 神經官能病 |
| <input type="checkbox"/> v 全身癱瘓(四肢癱瘓) | <input type="checkbox"/> xii 人格障礙 |
| <input type="checkbox"/> vi 下身癱瘓 | <input type="checkbox"/> xiii 導致完全喪失心智機能的其他情況 |
| <input type="checkbox"/> vii 因疾病、損傷或變形而導致長期卧床 | |

因任何下文所註明的其他身體或精神狀況(包括器官殘障)而導致完全殘疾：

申請人患有 _____ (疾病、損傷或變形)
 ，造成嚴重殘疾，以致該名申請人與其他同齡人士比較，該名申請人在進行下列最少一項或多項日常活動時，受到甚大限制、或並無能力或不能自主進行下列日常活動，極為需要依賴他人的協助：

- xiv 從事原有的職業或擔任其適合的任何其他種類的工作
- xv 自我照顧及處理個人衛生，例如進食、穿衣、整理儀容、如廁/或沐浴(如有需要，請詳細說明)
- _____
- xvi 日常生活中需要站立或坐下時，可維持個人的姿勢及平衡，在室內轉換位置之度外床/椅、地面/椅、如廁)，前往診所、學校、工作地點(如有需
- _____
- xvii 表達自己、與別人溝通和互動、維持認知能力(對時地人的定向、專注力、集中力、記憶、判斷力、思維、學習能力等)、維持情緒控制和一般社交行為@ (如有需要，請詳細說明)
- _____

重要提示：如醫生已選擇上述(I)(A)部(i)至(xvii)其中一項所列的情況或完全殘疾，則須繼續填寫第(I)(B)、(I)(C)部及(III)部。否則，即代表申請人不符合申領傷殘津貼的資格，並只需填寫第4頁第(II)及(III)部。

@「維持情緒控制和一般社交行為」的定義是以醫療診斷系統(例如國際衛生組織的「疾病及相關健康問題的國際統計分類」第10版(ICD-10))為依據

*請刪去不適用者

**

(資料由社會保障辦事處填寫)

有關：_____ *先生/女士 香港身份證/ 社會保障辦事處
 出生證明書號碼：_____ 個案編號：_____

(B) 需要經常護理評估[^](i) 此申請人不需要經常護理

或

(ii) 此申請人需要經常護理 (請於選擇以下其中一項，並加上“☑”)**就年滿18歲的申請人而言** 申請人因身體機能情況，而在日間需要經常照顧，並且在晚間需要長時間或多次照顧

或

 需要持續監管，以免申請人傷害自己或他人，例如嚴重腦退化/智障的申請人**就未滿18歲的申請人而言** 因其身體機能情況，而與一般同齡的人相比，在日間需要照顧的次數大幅增加，並且在晚間需要長時間或多次照顧

或

 需要持續監管和監管的程度遠超出一般同齡的人，以免申請人傷害自己或他人，例如不受控制的過度活躍症或智障的申請人等。

如申請人現時被評估為「此申請人不需要經常護理」，但在上一次醫療評估卻被評估為「此申請人需要經常護理」(例如是高額傷殘津貼的現有受惠人)，請說明原因。

原因：_____

(C) 殘疾情況的持續時間 (適用於上文第(I)(A)項) 第(I)(A)項所述的情況可能會*由申請日期/由最近一份醫療證明的屆滿日期起計，即_____ (日期由社會保障辦事處或醫務社會服務部填寫)，持續：

 少於6個月_____ (不符合申領傷殘津貼資格) 2年以上至3年

(請述明月數)

 6個月 3年至_____ 年齡(請述明) 6個月以上至12個月 直至並包括____歲(請述明以供兒童體能智力測驗服務之用) 1年以上至2年 至永久

如申請人在上一次醫療評估中被證明為永久殘疾，但現時建議殘疾情況的持續時間列為非永久，請說明原因：

 由較低的照顧水平(普通傷殘津貼)轉為需要經常護理的水平(高額傷殘津貼)，需再進行覆檢 其他原因，請述明_____

##社會保障辦事處：如申請人未有在上一次評估中被評為「永久殘疾」，請刪除此項。

*請刪去不適用者

[^]經證明需要經常護理的申請人將符合資格領取較高金額的傷殘津貼，金額為公共福利金計劃下普通金額的 兩倍。

有關： _____ *先生/女士 香港身份證/ 社會保障辦事處
出生證明書號碼： _____ 個案編號： _____

(II) 適用於並非嚴重殘疾的申請人** (若醫生填寫此部份即代表申請人不符合申領傷殘津貼的資格)

- 申請人患有 _____ (疾病、損傷或變形)，
但沒有造成嚴重殘疾。申請人不屬於第(I)(A)(i)至(xvii)項所列的情況或完全殘疾。

(註):

(III) 其他事項

###(A) 就申請公共福利金計劃/綜合社會保障援助計劃而言，申請人的精神狀況是否適宜作出聲明

- 申請人的精神狀況適宜作出聲明 申請人的精神狀況不適宜作出聲明

社會保障辦事處：如不適用，請刪除此項。(例如並沒有懷疑申請人患上精神上的疾病或腦退化症)

(B) 醫生的其他意見 (請於適當的情況下提供一些有關申請人的身體評估結果和支持證明，以幫助其他醫生日後為申請人進行評估)

正式印章

醫生簽署

姓名(請以正楷填寫)

日期

*請刪去不適用者

**