**長者基層醫療健康意見書**

**香港社區組織協會 香港老人權益聯盟**

**2018年6月**

**（一）前言**

 香港社區組織協會(社協)及香港老人權益聯盟(老權)多年來積極組織基層長者，關注包括長者貧窮、長者長期照顧服務，護老者支援等等社會問題。近年由於醫療服務規劃失當，疾病模式改變及人口老化，基層長者依靠瀕臨崩潰的醫療健康安全網愈見「老無所醫」。政策發展緩慢及服務嚴重不足，不單影響長者健康，同時做成不必要的長期照顧需要，照顧者壓力及帶來高昂私營醫療費的經濟壓力。醫療健康政策影響全港市民，惟本港三十多萬貧窮長者年輕時多為口奔馳，年老時健康退化使他們的醫療健康需要尤其急切，基層長者貧病交加下，改善基層醫療健康政策及服務實刻不容緩。

 有見及此，自2016年起社協及老權組織「長者健康關注組」收集長者意見，並向深水埗、黃大仙及觀塘等地區長者進行健康需要調查，同時與二十多個長者健康持份者包括專業團體、學者、長者組織、病人組織、醫管局、衛生署、議員、食物及衛生局及私營服務提供者等會面交流，收集各界對政策及服務的意見。2017年施政報告提出成立「基層醫療健康發展督導委員會」，承諾大力推動基層醫療健康發展，社協及老權於委員會首次會議前，已就長者基層醫療健康向委員會表達初步意見。

 《長者基層醫療健康意見書》收集整理貧窮長者面對基層醫療健康服務不足的實際情況，社區調查結果及不同持分者的意見，就基層長者健康的三個困難，提出現時基層醫療健康政策及服務的四大問題，並詳列長者對改善服務的具體建議，促請政策以社區健康為本，跨界別合作確保基層健康平等。

**（二）基層長者面對問題：老、病、貧**

香港的公營衛生系統服務負責全港九成的住院服務需要，急症室、門診及專科等服務亦覆蓋全港有需要市民，政府同時向長者提供「長者醫療券」及「長者健康中心」等健康服務。然而，社協及老權特別關注三十多萬基層長者的健康狀況，基層長者除面對整體**醫療服務不足**，同時面對**老化帶來的服務需求**及因**貧窮相關的健康問題**，在老、病、貧三個困難交煎更引起長期照顧等社會問題。

**2.1 醫療服務供不應求**

近年公營醫療服務備受壓力，惟即使公共衛生開支有所增加，服務量卻遠未滿足公眾需要，專科輪候時間可長達數年，長者難以預約門診服務，而急症室等候時間愈來愈長。公立醫院病床經常超出負荷，每當流感高峰期時，本已搖搖欲墜的公營醫療系統便面臨崩潰，過去一年的夏季及冬季流感期間，更急需向私家醫院「買位」以解燃眉之急，可見服務量嚴重不足。

 病床等硬件方面，根據規劃署在2015年10月修訂的《香港規劃標準與準則》，每1,000人口應設5.5張病床[[1]](#footnote-1)（包括公立及私立醫院各類型病床）。以2017年本港人口739萬計算，共需40,645張病床，現有公私營病床合共只有約32,300張，即欠約8,300張病床。政府雖於2016/17年度及2018/19年度財政預算案宣佈合共預留5,000億元，在未來二十年增加約8至9,000張病床，惟因人口老化等因素，可見未來病床仍是供不應求。

 醫療人手等軟件方面，根據香港大學以需求為本的推算，整體醫護人手現時已出現嚴重短缺，而隨著人口老化引致的服務需求，醫護人手短缺情況在中長期將進一步惡化。據推算，現時整體醫生人手欠缺285人，2030年將惡化至欠缺1007人; 整體護士人手欠缺1485人，2030年將惡化至欠缺1669人[[2]](#footnote-2)，此外與長者健康服務息息相關的專職醫療人手如牙醫、物理治療師及職業治療師等現時均出現人手短缺，中長期短缺情況持續惡化。換言之，在維持現有服務水平下，醫療人手短缺問題仍然會持續多年，更何況推算未有計及因改善服務質素而需額外增加的人手數目。在整體人手不足下，為基層市民提供醫療保障的醫院管理局亦出現人手短缺，據醫管局推算，2016年欠缺400位醫生及100位護士[[3]](#footnote-3)，天水圍醫院因此出現急症室只能有限度開放，有設施無人手運作。

 軟硬件不足下，專科輪候時間極為漫長，以長者最常求診的專科包括眼科、內科及骨科等為例，其穩定新症輪候時間分別可長達153星期(九龍東聯網眼科)，102星期(九龍中及新界東內科)及178星期(新界東骨科)[[4]](#footnote-4)。病人求診等候時間達2-3年，而且服務需求急增下，情況無改善跡象，根據醫管局數字，內科及骨科等長者常用專科，即使每年服務量提升愈一成多仍只能勉強維持現時等候時間，遑論縮短輪侯時間。急症服務同樣備受關注，第四第五類別(半緊急及非緊急)求診者平均等候時間為114分鐘及127分鐘[[5]](#footnote-5)，流感期間更出現等候48小時仍未能上病房的慘況。一些病人因未能預約門診，或欠夜診服務而被迫到急症室求診，只能無奈於急症室通宵達旦輪候。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 穩定新症90百份值輪侯時間 | 每年需增加多少服務量方能維持現有輪侯時間[[6]](#footnote-6) |
| 內科 | 98週 | 16.9% |
| 眼科 | 94週 | 7.9% |
| 骨科 | 127週 | 4.2% |

**2.2 老化帶來的服務需求**

香港市民的平均預期壽命持續延長。根據世界衛生組織定義，當65歲或以上人口佔總人口比例達7%時，即踏入「高齡化社會」，於2017年本港65歲或以上人口比例已達16.4%，並預期將逐步上揚至2040年的30%[[7]](#footnote-7) ，可見香港早已步入高齡社會，並即將踏入「超高齡社會」(指65歲或以上人口佔總人口比例達20%)。2017年香港居民的出生時平均預期壽命，男性達81.7歲，女性達87.7歲。

隨著人口老化，長者人口對醫療健康服務的需求明顯較高，而患有慢性病的比率亦隨年齡上升而增加。根據統計署於2016數字，65歲或以上長者於過去30天內曾向西醫求診的比率為35.8%，遠高於全港平均21.9%; 於過去30天內曾入住醫院的比率為18%，為全港平均9.3%的兩倍。於患有慢性疾病的比率方面，74.3%長者患有一種或以上慢性疾病，亦遠高於全港平均28.4%。於患有慢性疾病及入住醫院比率方面，55-64歲及更年長人士需要亦高於其他年齡群組[[8]](#footnote-8)。醫院管理局數字亦顯示，65歲或以上長者佔公營醫院總體住院日數的50%[[9]](#footnote-9)，由此可見長者面對服務不足比一般市民更首當其衝。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 30天內曾向西醫求診比率 | 30天內曾入住醫院比率 | 患有慢性疾病比率 |
| 65歲或以上長者 | 35.8% | 18% | 74.3% |
| 55-64歲組群 | 24% | 10.1% | 44.5% |
| 全港平均 | 21.9% | 9.3% | 28.4% |

長者求醫頻繁，根據統計處2009年調查估算，約四份之一長者自我照顧能力低[[10]](#footnote-10)，於日常生活需要別人協助，因此日常求診及各種慢性病護理亦需要陪診、特別接送及上門護理等等協助，本會2017年進行年長護老者調查[[11]](#footnote-11)，發現「陪診及外出」是照顧弱老最大需要，佔受訪照顧者92.5%，同時60.3%表示交通費因此增加，可見不少長者除面對醫療問題外，更需面對為求醫而安排照顧者，交通費及申請家居服務等等問題。

**3.3 貧窮相關的健康問題**

表面上，香港的公營醫療系統為全民提供保障，政策保障「沒有人會因經濟困難而得不到適當的醫療服務」。公立醫療服務收費廉宜，而有經濟需要長者可透過綜合社會保障援助計劃(綜援)及其他醫療費用減免機制獲得保障; 事實上，基層長者雖然老病交加，卻因貧窮而未能獲平等健康權利，政策亦未有針對改善貧窮人口健康問題。香港大學公共衞生學院2013年公佈全港住戶調查研究亦顯示貧窮戶患慢性病較多，抑鬱問題更嚴重，但所獲醫療健康支援更少

據政府2016年最新數字，本港65歲或以上長者貧窮率（恆常現金政策介入後）為31.6%，即三十四萬長者生活於貧窮線以下[[12]](#footnote-12)，而基層住戶獲政府分配的醫療福利比例於2001年至2016年十五年間呈下降趨勢，顯示政府未有集中支援貧窮弱勢住戶，間接加劇健康不平等。雖然住戶獲分配的平均醫療福利由2001年的1089元上升至2016年的1630元，惟按十等分劃分，最低收入的第一等分，於2001所有住戶每月獲分配總醫療福利的百分比為22.1%，於2006年下降至18.2%，2011年再下降至16.6%，至2016年更下降至只佔16.1%（即十年間的減幅為27.1%）。可見政府雖整體增加醫療開支，貧窮人口卻未能相應地獲得更多支援，對比最高收入的第十等分，獲分配比例由5.5%上升至6.9%（即十年間的升幅為25.5%），更出現富者愈富，貧者愈貧[[13]](#footnote-13)。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2001年 | 2006年 | 2011年 | 2016年 |
| 第一等分 (最低收入) 獲分配醫療福利比例 | 22.8% | 18.2% | 16.6% | 16.1% |
| 第十等分 (最高收入)獲分配醫療福利比例 | 5.5% | 6.7% | 7.6% | 6.9% |
| 全港所有住戶平均獲分配醫療福利金額 | 1089元 | 1090元 | 1230元 | 1630元 |

由此可見，香港公共醫療出現「逆向照顧」，最需支援的貧窮弱勢群組，未能最受惠於公共醫療開支增加，反之收入最高的人口獲分配醫療福利比例卻見上升。貧窮長者於所獲醫療健康服務的質素、醫療健康服務的可達性及健康管理意識三方面均處於弱勢。意見書第二章將詳細討論有關健康不平等問題。

**（三）基層醫療健康四大問題**

面對人口老化，過去十年公共醫療衛生撥款一直有所增長。舉例而言，醫院管理局每年開支平均增加7.4%[[14]](#footnote-14)，但服務仍明顯供不應求。除增加衛生服務的財政承擔外，國際研究證據不斷指出改善基層醫療健康系統，是解決上述三大困難的關鍵。問題是香港自九十年代起多次改革，為何未竟全功?

聯合國世界衛生組織在1978年9月於前蘇聯的阿拉木圖（Alma Ata）舉行基層醫療健康國際會議，134個出席國家共同簽署「阿拉木圖宣言」（Declaration of Alma-Ata），呼籲所有政府擬訂出政策、戰略及行動計劃，在各有關部門的協作下，發起並持續開展作為醫療體系重要組成部分之一的基層醫療，以確保社會公義及全民健康。於本地而言殖民地政府亦早於1989年成立「基層健康服務工作小組」（工作小組），承認香港缺乏清楚及合時的基層醫療政策，並建議：「將本港健康服務政策的重點放在基層健康服務這一方面」，報告由現任特首林鄭月娥負責撰寫。政府當時接納了「工作小組」報告大部份建議，落實服務措施包括實施學生健康服務，增設婦女健康中心及長者健康中心等等。

至千禧年代，政府再次提出加強基層醫療健康，於2010年發表《香港的基層醫療發展策略文件》，列出多項策略發展方向包括設立家庭醫生名冊、改善公營基層醫療服務及資助市民接受預防性護理等等，並成立「基層醫療統籌處」。現時有關基層醫療健康服務的發展，如：長者醫療券、大腸癌篩查先導計劃、社區健康中心等等便由此而來。

 本港基層醫療健康改革自90年代至今近30年，惟基層長者仍然面對上述三大困難，社協及老權參考世界衞生組織2008年的世界衞生報告《初級衞生保健：過去重要，現在更重要》(Primary Health Care: Now More Than Ever)為框架，向貧窮長者進行調查，收集長者及持份者意見後，於健康不平等、服務模式、衛生政策及服務協調四個範疇，分析現時基層醫療健康系統的四大問題。

**3.1 健康不平等**

*「基層醫療健康的不公平，源於體系對某些群組的排斥，體現於醫療健康服務的可達性、可獲得性、服務質量以及支付負擔」世界衞生報告, 2008*

 健康是一項基本人權，不論年齡、性別、貧富等等差異，良好的基層醫療健康系統有責任確保各組群的健康權利獲得平等保障。本港的衛生政策以「沒有人會因經濟困難而得不到適當的醫療服務」為大原則，為無法負擔醫療費的人士提供費用減免，表面上已提供全民保障，惟因基層醫療健康缺陷，排斥弱勢組群令社會出現健康不平等。香港大學公共衞生學院2013年公佈全港住戶調查研究指出本港醫療健康系統的「逆向照顧」，基層長者健康狀況較差，服務需要較大，但獲得的服務反而較少。

缺乏健康教育

***個案例子***

*何婆婆72歲，獨居於公屋單位，因頭暈到急症室求診後發現患上高血壓及痛風症。服用醫生處方的降血壓藥後出現咳嗽及不適等副作用，故自行停藥。*

*何婆婆說話有口音，數月後覆診時亦未能準確描述副作用，醫生顯得有些不耐煩，匆匆表示某些副作用是正常反應，如有緊急問題便到急症室求助。何婆婆目不識丁，無子女陪診，亦無錢看家庭醫生諮詢，感到非常無助。*

*現時何婆婆只會間中服藥，由於家中堆積的剩餘藥物太多，她將剩下的藥物沖進馬桶…*

 基層長者少時面對戰亂及貧窮，亦未有享受現時十五年免費教育等等社會福利，故統計處數字顯示基層長者普遍教育程度低，本地研究亦指出約六至七成長者健康意識不足[[15]](#footnote-15)，同時發現獨居長者的健康意識較其他長者為差，以及健康識能低 (low health literacy) 的長者普遍跌倒風險較高，需入住醫院的比率亦較高。本會針對貧窮線下長者進行的調查亦發現[[16]](#footnote-16)，基層長者的社會資本薄弱，於日常健康管理及遇到健康問題時均欠缺支援。舉例而言，只有有不足一成半基層長者有家人朋友支援，提供健康或疾病資訊，同時更有25%沒有任何渠道獲得健康資訊(如飲食資訊、健康生活習慣)，26.3%長者沒有任何渠道獲得疾病資訊或預防建議方面(如預防大腸癌、高血壓)。

 本會訪問資深長者服務社工、學者及醫護人員，均觀察到貧窮長者健康識能差，自我健康管理能力較差，亦較難理解健康檢查，健康生活習慣等等較抽象概念。舉例而言，不少基層長者未能理解藥物標籤及副作用，亦無家人朋友可幫忙，故自行停藥或自行更改劑量，亦未能了解治療效用及監察病情，故護理質素更差及出現健康危機。

 針對基層長者健康意識問題，現時衛生署於十八區設「長者健康中心」及「長者健康外展隊伍」。但長者健康中心會員人數約4萬人，只覆蓋全港約3-4%長者(見下文3.3)，接觸面嚴重不足，亦未有針對弱勢長者 (如獨居、貧窮、健康意識差)進行健康教育; 外展隊伍方面，衛生署職員雖不定期於地區團體提供健康講座，但未能穩定及有系統地持續向長者提供健康資訊，難以監察成效及覆蓋率，此外由於服務並非雙向溝通，長者面對健康問題時亦無任何渠道查詢或獲得支援。相比之下，同樣為健康需要龐大的群組，政府透過學生健康服務有系統及定期地接觸絕大部份中小學生，而長者健康教育只透過「長者健康中心」及「長者健康外展隊伍」，與學生健康服務近九成的覆蓋率相去甚遠。

**不少基層長者目不識丁，教育水平及健康意識均較差。政府雖設長者健康中心卻只服務極少數長者，欠缺如學生健康服務般的健康教育系統，協助長者提升健康及護理能力。因此不少長期病長者不懂何時求醫，對病情一知半解，亦不知如何預防疾病及管理病情。**

難以獲得服務

 基層長者未能負擔私人醫生費用，衛生署統計亦指出收入愈低者，有家庭醫生的比例愈低[[17]](#footnote-17)。本會調查亦發現只有8%基層長者有家庭醫生[[18]](#footnote-18)，故研究指出基層長者身體出現問題時較傾向使用公營服務，惟研究同時亦指出公營基層醫療服務的可達性(accessibility)、連貫性及護理質素均較私人家庭醫生相去甚遠，影響長者求診意欲[[19]](#footnote-19)[[20]](#footnote-20)[[21]](#footnote-21)。低收入長者的醫療健康需要較其他長者為高，但使用服務的頻率卻較其他長者為低，可見即使需求較大貧窮長者在獲得服務上卻處於劣勢。

於可達性方面，本會調查發現長者難以預約普通科門診，五成半受訪基層長者表示公營普通科門診的電話預約系統「非常不方便」及「不方便」，並平均需致電2.8次方能成功預約，可想而知於流感或服務高峰期時更是一籌難求，不少長者因籌數不足更被系統分派至同區較遠診所或跨區求診，更有兩成長者表示因未能預約而放棄求醫。公營門診籌數不足，而需要一天前預約而非提供即時協助令不少長者卻步，同時普通科夜診服務非常短缺，全港只有13間設夜診服務的公營診所，故貧窮長者因此放棄求診或逼於無奈前往急症室求診。

***個案例子***

*陳婆婆74歲，與76歲丈夫居於深水埗唐樓，因樓下的普通科門診經常無籌，故通常預約石硤尾的診所「個到有斜路，有嗰長者行唔到，容易嗰約」*

*陳婆婆患有關節炎，高血壓及高鉀血症，最近陳婆婆出現腳腫，腳痛問題引致行動不便，同時覺到頭暈眼花。丈夫著他看醫生，陳婆婆堅持不求醫「唔使錢咩，你比錢我搭的士上去? 搞足一日醫生都係比止痛藥我」*

*晚上陳婆婆頭暈，在丈夫陪伴下到急症室求醫，婆婆沒有申請綜援，故180元的收費令她很「肉痛」…*

除預約困難外，因求診者基層醫療服務不足，故於診所等候服務時間極長，但診症時間卻非常不足，不少長者因「等三個鐘先睇三分鐘」醫生而放棄求助。根據醫管局數字，即使事前預約好時間的專科診症，近四成比約定時間遲一小時以上，更有一成比原定時間遲兩小時以上，加上藥房等候時間經常超過一小時及地點不便造成的交通時間，每次求診便需半天，可想而知未有預約的急症服務等候時間更長，而全港四份之一長者日常生活需要別人協助下，對行動不便或需要陪診(對需要付時薪購買陪診服務者尤甚) 的長者而言，求診變得極為困難。

此外，經濟負擔仍為影響基層長者求診意欲的重要因素，由於公營服務可達性不足，不少長者因求診及陪診交通費上升。本會調查訪問年長護老者，逾六成長者表示因陪診外出令交通費上升。同時公營醫療未有覆蓋的中醫，牙科服務等等亦對貧窮長者帶來經濟壓力。根據本會調查，除去醫療劵資助後，基層長者每月醫療及相關支出達$366元，全年支出達$4392元[[22]](#footnote-22)，可見公營服務雖為免費，交通及公營醫療未有保障的項目卻帶來經濟壓力。

已領取綜援長者雖可透過「醫療費用豁免證明書」免費使用醫療服務，惟因社會污名化、與家人同住長者 (佔全港長者六成多) 未能獨立申請等問題，令不少長者雖有經濟需要而未有領取綜援，無法獲得醫療減免，同時領取高額長生津者，雖然在申請長生津時早已接受經濟審查，但亦要待75歲方獲自動豁免。雖然醫管局聲稱非綜援受助人，可透過非綜援醫療費用減免機制申請減免，但本會接觸申請醫療費用減免機制長者發現申請手續複雜，實拒人於千里之外，問題包括:

1, 長者需要每半年至一年到醫院預約申請，每次申請減免或需多次來回醫院，對行動不便長者做成壓力

2, 與家人同住長者需接受全家經濟審查，長者家人或子女需請假於辦工時間到醫院申請減免，不少長者為免影響子女而放棄

3, 機制繁複，例如長者需在申請前一天到銀行打簿，又需請家人宣誓，聲明每月提供多少經濟援助，以及地址証明，收入証明及資產証明等等

 **基層長者未能負擔私人醫療服務收費，依靠公營服務時面對難預約、等候時間長、需跨區求診交通費貴、欠缺夜診及申請減免收費困難種種障礙。因此雖然醫療需要大，但無家庭醫生下較難獲得服務，使用醫療服務反而較少，出現「逆向照顧」。**

**3.2 醫院為本的服務模式**

*「所有國家的衛生系統，如果不重視建立具持續性及具綜合性醫療健康服務，則不可能很好的應對慢性非傳染病日益增長的需求」世界衞生報告, 2008*

 本港近七成半長者患有長期病，長者常見長期病包括高血壓，糖尿病及高血脂 (三高) 及骨質疏鬆 (一低) 等等。長者往往同時患有多種長期病，隨藥物治療外亦需要健康生活習慣，長期監察病情及日常護理支援等服務，此外長期病患需要了解藥物反應及副作用，面對病情變化亦需要一個穩定及信賴的接觸點，提供便捷的門診或健康諮詢服務，世衛指出上述「以人為本」（people-centered）[[23]](#footnote-23)的服務，可大大減少對醫院服務的需求及提升護理質素。

 面對長者對健康及疾病管理的全面需要，政府「基層健康服務工作小組」報告早於1990年已指出香港的醫療系統以「醫院為本」(hospital-based)，過分著重專科，急症室及住院服務等等第二，第三層護理，忽視基層醫療健康，缺乏綜合性及持續性的服務。分割零散的服務令基層長者遇到問題時不必要地使用急症室及專科，同時日常護理質素欠佳令健康惡化，形成惡性循環，由此可見如不改革基層醫療健康服務，即使服務量有所提升，公立醫院病床及急症室爆滿情況仍將非常嚴峻。

**服務模式對比 (世界衞生報告2008)**

|  |  |
| --- | --- |
| 傳統門診服務 | 以人為本的基層醫療健康服務 |
| 以疾病及治療為本 | 以健康為重點 |
| 醫患關係局限於診症時 | 醫患關係穩定長久 |
| 偶發性疾病 | 全面及持續的保健 |
| 責任限於就診時為病人提供意見及指示 | 責任為社區中所有人的長期健康，包括環境中影響健康的因素 |
| 單向接受所購買的服務 | 共同參與管理自己及社區的健康 |

有攞藥無跟進

不少研究均指出病人互助小組，定期的飲食及營養建議有助改善三高患者的病情，同時減少使用醫療服務，可惜政府資源集中於傳統醫院治療，並未大力推動服務。舉例而言獲政府資助之「病人自強計劃」2017/18年只服務一萬四千人[[24]](#footnote-24)，相比全港約135萬長期病患只是九牛一毛。根據本會調查，少於一成基層長者表示公營醫療 (包括普通科門診及專科門診) 有提供健康資訊或疾病資訊。本會收集患長期病基層長者意見，不少表示對日常長期病護理一無所知，求醫時只獲提供書面資料，醫生無暇講解。

本會訪問醫療服務團體及慢性病患組織，均表示現時服務非常單一，過分集中於藥物治療，對慢性病風險評估不足，舉例而言，部份醫護人員表示因人手緊張，對糖尿病患者的風險評估由每年一次改為隔年一次，故監察病情 (如血壓，血脂及血糖指數等) 只能依靠基層長者自行管理，或由個別社區服務提供者提供。基層長者健康意識差，部份更不通文字，實在難以恆常自行記錄血壓等指標，並以紙筆記錄供醫生參考。事實上，不少基層長者表示公營醫療只提供「攞藥」，其餘健康需要只能自求多福。

***個案例子***

*張伯伯68歲，獨居於舊區劏房，患有三高長期病。約6年前被診斷患有糖尿病後，醫院播放了長約10分鐘的教育短片，護士花了5分鐘提醒張伯伯留意生活習慣。從此以後張伯每三個月到醫院「攞藥」一次，張伯對糖尿病的認識只限於數年前的15分鐘，現時他仍有吸煙，每天以即食麵作早餐及貪平買肥豬肉煮飯。*

*最近天氣乾燥，張伯雙腳痕癢出現傷口，劏房鄰居告訴他糖尿病人會「爛腳」需要截肢。等不及2個月後覆診，張伯唯有到急症室苦等6個小時求醫，醫生匆匆處方藥膏，惟他仍非常憂心，每日食不下嚥…*

然而在藥物方面，藥物諮詢及跟進亦非常不足，基層長者難以管理多種藥物及理解副作用，故護理質素參差。根據醫管局進行之病人經驗調查[[25]](#footnote-25)，專科門診中48.7%病人表示醫護人員沒有解釋藥物的副作用，除此以外52%表示醫護人員沒有告知離開診所後要留意的危險徵狀，69.9%表示醫護人員沒有提供求診後如擔心身體情況可聯絡誰人跟進。醫管局亦將以上持續照顧項目，列為「有待改善」的範疇。

欠缺社區健康介入，以及監察護理，藥物諮詢服務下，基層長者即使患有數種長期病，唯一獲得的服務只是相隔數個月見醫生診症一次，根據審計署數字，老人科等專科平均藥物處方時間長達八十四日，惟在人手緊張下見醫生時間亦非常不足，本會調查發現65%長者表示見醫生時間不足，75%的受訪者認為醫生未能解釋病情，50%認為醫生未能令他們了解病情，當中亦有47.9%的長者認為醫生未能回答長者問題。本會2017年與香港電台合作探討診症時間問題，政府回應自2014年起於普通科門診設8分鐘診症時間基準，惟因人手不足亦無力為病人提供更長時間服務，同時不少媒體亦反映公營醫療前線醫生每小時需處理十個症，往往無力處理同時有多個健康問題的病人。

 **基層長者面對數種長期病患，只能依靠「三個月見三分鐘」醫生，既不清楚藥物副作用，亦不懂監察病情，對日常健康生活習慣及飲食習慣如何改善病情等等都只是一知半解。長期「攞藥」的長者，只能自求多福希望中風等併發症不會發生。**

專科服務滾雪球

患有一種或數種長期病的基層長者，與偶發疾病 (如傷風感冒) 的需要截然不同，同時基層長者欠缺健康教育，故此需要持續的基層醫療及健康服務。具體而言，在醫療上患有多種疾病的長者需要持續一致的治理、藥物及評估互相配合，病歷資訊流通; 同時長者(尤其不通文墨的長者)需要穩定及能信任的關係、恆常不變的地點及服務提供者。國際研究及本地研究均指出，持續而連貫的服務可以減少不必要使用醫院服務，減少使用專科，改善護理的質素提升健康及減低長期病的併發症。相反而言，分散零碎的服務前後不連貫，複雜的醫療系統亦令長者無所適從，求助無門下往往誤用急症室。(\*上圖淺色部份未能參與電子病歷互通)

於服務提供者的持續性而言，基層長者主要使用公營第二，第三層的住院及專科服務，在醫管局內能病歷互通。惟在基層醫療健康服務上，自2007年政府成立電子健 康紀錄互通督導委員會至今11年，病歷互通發展仍是長路遙遠，大部份服務提供者卻未能參與取覽及寫入病歷，只有部份家私家醫生能加入計劃。大部份基層醫療健康服務提供者仍未能互通資訊，影響質素。舉例而言，社區護士未能參閱長者過住的血壓及血糖等記錄，提供健康諮詢及日常護理建議; 社區物理治療師及職業治療師未能得知長者的跌倒記錄，提供訓練及家居改善; 視光師未能參閱長者於眼科專科求診時的檢查結果，故需要重覆檢查; 社工及地區健康工作者，未能得知那位長者中心會員患有糖尿病，針對性提供健康講座及生活習慣介入。

***個案例子***

*張婆婆76歲未婚，獨居於公屋單位，他她日常要到廣華醫院看骨科、老人科、心臟科; 到明愛醫院看眼科、外科、家庭醫學專科、耳鼻喉科; 又要到瑪嘉烈醫院看精神科，到九龍醫院看胸肺科。加上言語治療、物理治療及職業治療，張婆婆要到四間醫院看十一個專科及專職醫療，日曆上密密麻麻都是覆診日期。*

*婆婆行動略為不便，每次看醫生都花上半天，因為未有申請綜援，張婆婆要自付診金及藥費很大壓力。最近張婆婆有尿頻及間中失禁，雖然有九位專科醫生為他治療，但張婆婆不明白，應該向那一位求助…*

現時基層長者普遍同時於多個專科求診，舉例而言不少長者因關節退化及視力退化使用骨科及眼科，膽固醇問題使用老人內科，聽力問題而使用耳鼻喉科，加上種種常見前列線、失禁、心肺等等疾病，生活在社區長者動輒要到四五科專科求診，除造成服務負擔外長者亦飽受早晚求醫之苦，因分工非常明細長者亦不明白應該向那一專科求助。據醫療服務提供者表示，因專科醫生人手過分分緊張，診症時間不足，亦間接鼓勵醫生轉介至其他專科而非詳細了解病情，香港老年學會會長梁萬福醫生形容情況猶如「滾雪球」，令專科服務需求不斷提升，惡性循環下服務質素只會每況愈下。

 公營醫療服務分工明細，專科醫生局限於單一疾病，無法協助長者全面醫療健康需要，同時本會調查發現只有8%長者有家庭醫生，欠缺全面服務下，長者無法建立穩定的服務接觸點及信任關係，故不少研究指出本港「經常轉任醫生」情況普遍。長者反映服務「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，舉例而言，有長者到專科求診時表示傷風咳嗽及背痛，專科醫生卻因非所屬專科而拒絕治療。最終長者兩天後成功預約門診，門診醫生表示因時間緊迫，每次只能處理一種病症故只處理傷風，著他回家後再次預約門診。

本會訪問不同社區健康服務的持份者，均表示相較其他病人，長者(尤其基層長者)較難理解抽象的健康概念 (例如預防流感或預防大腸癌非常重要)，極需要與健康服務提供者穩定的個人關係，方能影響生活習慣及願意接受服務。在欠缺穩定的服務接觸點下，健康服務 (例如注射疫苗，參加大腸癌篩查計劃) 往往難以接觸有需要長者。總而言之，欠缺持續性令長者在醫療及健康服務方面，均難以獲得全面服務，更造成不必要醫療需求。

**公營醫療頭痛醫頭，腳痛醫腳，令多病長者專科「愈睇愈多科」，惟基層長者遇到問題時卻不知向誰求助。離開醫院後，在醫療方面，公院病歷資料不能與社區醫護專業互通，求診時只能浪費時間為長者重覆量血壓等檢查; 在健康方面，基層長者沒有家庭醫生等穩定接觸點，難以改善生活習慣及明白預防的重要。**

**3.3 政策重醫療輕健康**

*「衛生資源配置集中於高額的治療服務費用，卻忽略了初級預防及健康教育可能預防高達70%的疾病負擔」世界衞生報告, 2008*

健康作為一項基本人權，並不限於疾病的治療，亦理應包含促進全民健康的教育，疾病的預防及早期的篩查及風險評估等等。世界衛生組織不斷提出「達到盡可能高的健康水平，是全球最重要的社會目標之一」，重視健康而非只醫療的衛生政策，除了保障全民的基本健康權，亦確保弱勢社群如基層長者於健康上的社會公義。在財政及社會整體成本上，更健康的社會減少昂貴的專科及住院服務需求，節省成本及提高全人生活質素，減少長期照顧 (如老人院及照顧者) 的開支，這一點早已是國際共識。

政府自九十年代至今多次提出醫療改革，可惜至今近三十年衛生政策仍是「重醫療，輕健康」，過去十年衛生開支及服務雖然拾級而上，但投放健康的資源不足，健康服務量不足輪候經年，亦難以針對老病貧的基層長者。同時，服務範圍過於狹窄，忽視基層長者由家居改裝至身體檢查的全面需要。

健康服務嚴重不足

近年政府財政資源非常豐厚，2018/19年財政預算案更提出大福增加衛生開支13.3%，衛生開支亦突破過去訂下17%的「緊箍咒」佔整體經常開支的17.5%顯示「理財新哲學」。可惜自2008/09年度政府再次發展基層醫療工作至今已十年，衞生署基層醫療服務的開支由2008/09年度約16億元逐步增加至今65億，健康對比醫療服務開支仍不足十分之一。表面上，健康開支自14/15年佔6.8% 慢慢上升至18/19年10.4%，重醫療輕健康情況似有改善，惟仔細分析下健康開支增加的主因是2014年醫療券金額調升，及至17/18年放寬至65歲長者及18/19年一次性增加$1000元醫療券。醫療券原意為鼓勵長者使用基層醫療服務，故列入「預防疾病」開支，可惜運作至今並未達到政策目標，據政府數字顯示只有少數長者以醫療券作「預防疾病」，另外，以現金券形式的健康服務出現濫用及不當使用等問題，對「健康」的幫助成疑。

 雖然國際間對基層醫療佔整體政府衞生開支沒有公認的水平，但美英曾有研究反映基層醫療的開支佔當地衞生開支10%至24%不等[[26]](#footnote-26)[[27]](#footnote-27)。即使將健康效用非常成疑的醫療券開支計算在內，健康開支仍不及衞生開支預算十份之一。可見近十年整體公共衛生資源投放仍是「重醫療輕健康」。

**健康與醫療間的公共資源分配**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開支預算 (百萬元) | 2008/09 | 2009/10 | 2010/11 | 2011/12 | 2012/13 | 2013/14 | 2014/15 | 2015/16 | 2016/17 | 2017/18 | 2018/19 |
| 衞生署基層醫療 | 1,603.6 | 2,203.1 | 1,816.6 | 2,037.4 | 2,513.2 | 2,988.1 | 3,269.8 | 3,402 | 4,261.4 | 5,068.6 | 6,512.9 |
| 醫管局 | 30,462.2 | 33,041.4 | 34,364.9 | 38,553.3 | 42,886.9 | 46,180 | 47,973 | 49,876 | 51,588.9 | 55,283.0 | 62,395.5 |
| 衞生開支 | 32,586 | 35,692 | 36,923 | 39,904 | 44,672 | 48,765 | 52,373 | 54,502 | 57,288 | 61,935 | 71,158 |
| 兩者比率 (%) | 5.3 | 6.7 | 5.3 | 5.3 | 5.9 | 6.5 | 6.8 | 6.8 | 8.3 | 9.2 | 10.4 |
| 基層醫療佔衞生開支比例 (%) | 4.9 | 6.2 | 4.9 | 5.1 | 5.6 | 6.1 | 6.2 | 6.2 | 7.4 | 8.2 | 8.7 |

在財政承擔不足下，健康服務發展並未追上人口老化及慢性病增加的趨勢。未有針對性的健康教育之下，基層長者的健康意識本已不高，主動尋求健康服務的動力不大又難以接觸到服務，可惜即使主動申請健康服務 (如身體檢查)，輪候時間亦長達1-2年。現時長者最主要的基層健康服務為衛生署於18區所設的「長者健康中心」，主要為65歲以上長者提供每年身體檢查服務，但自90年代至今未有配合長者人口增加資源，整個服務在基層醫療健康政策的角色不清，同時服務量嚴重不足。據最新數字顯示，現時申請成為健康中心會員，屯門及沙田區需輪候24及20個月，即使較快的深水埗及藍田區亦需等候11及13個月[[28]](#footnote-28)。

**長者健康中心會員人數及其佔65歲以上長者人口比例**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **年份** | **長者健康中心會員人數** | **65歲或以上長者人口** | **長者健康中心覆蓋率** |
| 2000年 | 42700 | 723,100 | 5.9% |
| 2005年 | 37600 | 835,600 | 4.5% |
| 2010年 | 38500 | 9181,500 | 4.2% |
| 2015年 | 42400 | 1,117,300 | 3.8% |
| 2016年 | 44000 | 1, 163,153 | 3.8% |

***個案例子***

*譚伯伯66歲，與一對子女同住，雖然身體尚算健康，惟不時仍感到心跳不正常及略感頭暈。最近譚伯在街上覺到頭暈眼花，立即到就近急症街求助。*

*醫院專介譚伯到心臟專科及輪候檢查，檢查日期在2年之後，譚伯獲友人告之「長者健康中心」有提供心電圖等等長者全身檢查，他嘗試到中心登記後，同樣獲告之檢查日期在2年之後。*

*譚伯擔心自己將隨時心臟病發，故寢食難安，但退休後儲蓄只剩下9萬元左右，實在不捨得到私家醫院檢查身體…*

 即使簡單涉及三高一低的身體檢查，亦能幫助長者預早求助及管理健康，事實上「病向淺中醫」已是基本常識。根據本會對基層長者健康需要的調查數據分析，對比「有定期身體檢查」及「沒有定期身體檢查」群組的受訪者，發現前者自評健康較佳，有統計學上極顯著差異(p<0.01); 在醫療開支及求診次數方面，對比「有定期身體檢查」及「沒有定期身體檢查」群組的受訪者，發現前者平均每月醫療支出少$135.4元，每年用於醫療的開支少1624.8元，即「有定期接受身體檢查」群組的每月醫療支出比「沒有定期身體檢查」少三成多 (33%)。另外，前者平均每年求診次數，比後者少7.7次， 即「有定期接受身體檢查」群組的求診次數比「沒有定期身體檢查」少四成多(41%)[[29]](#footnote-29)。可見定期身體檢查的長者在開支及求診需要上均較低。

基層長者無力負擔私營的健康檢查費用，故「長者健康中心」提供極有限的服務已是不少基層長者獲得檢查的唯一途徑。根據本會調查，只有27.4%長者有定期進行身體檢查，而其中逾半 (57.7%) [[30]](#footnote-30)為於長者健康中心進行，因此輪候時間長及覆蓋率低，令基層長者難以及早預防。

**衛生政策忽視基層健康，投放於健康服務的資源長期不足十分之一，因此服務量無法配合人口老化而增加。就最主要的身體檢查服務而言，國際及本地證據均指出檢查對減少醫療服務需求有顯著幫助，惟只有極少數長者受惠公營體檢，基層長者捉襟見肘下只能繼續輪候檢查。**

欠牙科及其他重要疾病預防

在整體衛生政策重醫療輕預防下，老病貧的基層長者往往直到身體狀況出現大問題時，方能獲得醫療服務，除身體檢查之外，常見的長者健康需要如牙科護理、預防跌倒、認知障礙評估、中醫治療等等，均未有服務提供。基層長者對自己是否有健康需要並不清楚，例如是否需要補牙，會否患認知障礙，是否跌倒的高危人士，當問題出現時往往只剩下安老院一條出路。

長者與兒童牙科需要同樣龐大，惟就長者牙科服務而言，政府未有如學童般設立全民性的保健及教育服務。基層長者欠缺牙科保健支援，根據本會調查，近半（48.9%）長者沒有任何渠道得到牙科健康資訊（包括刷牙、使用牙線及假牙護理、口腔疾病等）[[31]](#footnote-31)。同時即使政府透過關愛基金推展長者牙科服務，卻設有70歲的年齡限制及一生人只能使用一次，不少長者因未夠年齡或擔心只能申請一次，故忍受牙痛而不求助。基層長者飽受牙患之苦，只能依賴衛生署牙科街症服務，但服務局限於緊急脫牙及止痛，長者無法得到適當治理。再者，牙科街症服務點極度不便 (例如全香港島只有一間牙科街症)，一星期只服務兩天及需清晨輪侯，不少長者需於清晨跨區輪侯服務，令長者得不到即時護理及飽受折磨。

**現時長者主要牙科治療服務及其限制**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **服務** | **申請資格** | **主要問題** |
| 長者醫療劵 | 65歲或以上 | 金額不足以應付牙科需要，長者亦需以醫療劵承擔其他醫療開支 |
| 關愛基金牙科服務 | 70歲或以上，領取長者生活津貼 | 年齡限制，一生人只能獲得一次服務，局限於提供假牙，無助長者牙科保健 |
| 綜援長者牙科津貼 | 綜援受助人 | 局限於綜援長者，津貼金額亦設有上限，無助長者牙科保健 |
| 牙科街症 | 持有香港居民身份証 | 只提供緊急脫牙及止痛，服務點不足，一星期只服務兩日及需清晨輪侯 |

除牙科需要外，政府亦未有投放資源發展其他預防性服務，以減輕長者各種主要的健康危機。舉例而言，跌倒、中風、患有認知障礙症等等，均為長者失去日常照顧能力，而需要使用住宿照顧服務(如入住老人院)，或社區照顧服務(如送飯服務)的主要原因。然而在這些常見問題的預防及早期篩查 (如跌倒風險評估、三高篩查、及認知能力評估)方面，現時的醫療健康系統均是後知後覺。

研究亦顯示六十五歲或以上長者中，每三人中便有一人於過去一年內會經歷至少一次或以上跌倒[[32]](#footnote-32)，尤其患有骨質疏鬆的長者如不幸跌倒，更可能做成骨折及種種長期照顧的需要，跌倒及因此引起的傷害亦是導致長者殘疾或死亡的主因。除影響長者生活質素外亦帶來巨大社會成本。預防是應對長者跌倒的最佳治療，但現時公共資源只集中於長者跌倒後的住院醫療開支，安老照顧開支，並未提供全面的跌倒風險評估，預先為高危長者提供防跌的物理治療訓練，家居改裝等等服務，令高危長者暴露於長期住院的風險中。

***個案例子***

*謝婆婆70歲，獨居於深水埗公屋。謝婆婆患有三高，骨質疏鬆及雙眼均患白內障正在輪候手術治療，因為腰痛及膝蓋退化，婆婆現時出入均使用手杖輔助。*

*因為行動不便及視力「朦查查」，謝婆婆不時在家撞損手腳，尤其如廁後沒有扶手站起時感到吃力，沖身時也經常感到腳軟。最近婆婆在家滑倒，幸而沒有骨折，婆婆怕再次滑倒，於是自行用菜刀在舊鞋上劃痕，希望幫助防跌。*

*社工發現後希望為婆婆安排家居改裝及物理治療，但醫院表示婆婆沒有入院及骨折，不能提供服務，現時謝婆婆走路提心吊膽…*

根據世界衛生組織的分析研究，現時並沒有根治認知障礙症的有效方法，早期介入是減慢患者退化的唯一方法[[33]](#footnote-33)。然而在認知障礙症的預防，早期評估方面及確診方面，公營醫療健康支援極有限。根據本會2018年針對認知障礙症調查，患認知障礙的基層長者認為醫院人手緊張，醫生診症時間不足未有深入了解病情，故表現被動及延誤確診，更有不少長者因此放棄求診，錯失早期治療的黃金時間[[34]](#footnote-34)。政府自2016年提出，推行智友醫社同行計劃，由地區社會服務機構及醫管局互相配合服務2000位長者，相比本地研究推算，全港60歲以上共有十多萬位患者[[35]](#footnote-35)，服務名額仍是九牛一毛，可見在認知障礙方面的基層醫療健康服務仍只是剛剛起步，要發展至全民性的早期檢測仍是大落後。

 衛生政策過分重視治療，面對最常見的數種長者疾病均未有大規模的針對預防，更遑論與中醫及其他醫療健康服務的協作，導致部份高危的基層長者未能防微杜漸，最終失去健康。社會同時亦付出巨大醫療成本，以牙科為例，一般牙科檢查及洗牙只需數百元，但如要配假牙，按關愛基金長者假牙資助成本為14,390元[[36]](#footnote-36); 「長者健康中心」每次全身檢查的成本只為$1395元，但如長者不幸跌倒或中風，每日住院的成本為$5390元，每位出院療養病人的醫療成本更高達24萬元[[37]](#footnote-37)。

 **身體檢查服務不足外，公營健康服務同時欠缺牙科護理，防跌，早期認知障礙介入等等最常見的長者健康服務。高危長者往往直至健康惡化至難以挽回，方耗用大量醫療服務，基層長者付出晚年健康及生活質素，社會則付出沉重醫療及照顧成本。**

**3.4 角色混亂**

*「政府需為建設衛生系統承擔最終責任，但這並不代表政府應在基層醫療健康改革中寡斷獨行，不同群組均在改革中佔一席位」世界衞生報告, 2008*

能夠針對弱勢群組確保健康平等、同時提供具持續性及全面性服務、以健康為本而非只治療疾病為本的衛生系統，需要有統一明確的政策及政府內不同部門的溝通合作，包括醫管局、衛生署、社會福利署等等主要部門。與之同時，不同持分者包括私營服務提供者、社區健康工作者、地區團體等等亦需同時參與基層醫療健康系統，方能確保基層長者本身、照顧者、鄰居及各專職人員參與社區健康建設。

面對公營服務失衡，基層醫療健康發展緩慢，醫療融資及人手等問題，政府多次提出改革但至今仍是無功而還，問題積壓多年。單就基層醫療健康而言，近期的改革為2010年推出的《香港的基層醫療發展策略文件》以及基層醫療統籌處的成立，轉眼已近十年，改革仍是蝸行牛步，政府內改革只涉醫院管理局，醫療為本老調重彈; 政府外公私協作乏人問津，醫療券醜聞百出。

健康服務欠缺統籌平台

 基層長者尤其長期病患者，同時接受長期照顧、醫療及健康等各方面服務，各部門提供服務有所重疊，亦無法提供穩定及一致的，資訊令長者無所適從。於社會服務而言，社會福利署長者地區及鄰舍中心地區網絡完善，於全港各區設立逾200個辦事處，且與長者建立較長期穩定關係，例如曾家訪了解屋住環境及長者生活習慣，惟長者中心在舉辦健康支援服務 (如健康檢查及講座) 時，卻無從了解中心內會員的病歷亦無醫護技術支援; 於醫療服務而言，醫管局具有專業全面的醫護人員，亦提供治療及處方藥物，惟在長期病護理方面，卻無暇詳細了解長者生活狀況及居所危機 (例如誰可協助長者處理藥物，藥物儲存狀況，家居環境等) ; 於健康服務而言，健康中心具提供預防性檢查的技術及醫護人員，同時專責健康教育，卻未能發掘及接觸社區內的隱蔽長者。

 健康服務角色混亂，至今醫管局、衛生署及社會福利署三者的服務角色仍未見統籌協調。舉例而言，衞生署及醫管局各自營辦健康中心、社署及衞生署，以至醫管局內私護士診所各自提供健康教育、社署及醫管局亦各自提供上門健康服務，當中有所重疊的主要長者基層醫療健康服務如下。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 醫管局 | 衛生署 | 社會福利署 |
| 疾病治療 | 普通門診 | 長者健康中心內的門診 |  |
| 上門護理服務 | 社康護士服務護院支援服務 |  | 社區照顧服務 |
| 健康檢查及風險評估 | 社區健康中心 | 長者健康中心 | 長者地區及鄰舍中心 |
| 健康教育 | 護士診所 | [長者健康外展隊伍](https://www.elderly.gov.hk/tc_chi/service_providers/promotion.html) | 長者地區及鄰舍中心社區照顧服務 |
| 物理治療服務 | 醫院物理治療部 | 長者健康中心 | 社區照顧服務 |

基層醫療統籌處隸屬衞生署，職能上難以協調長者各種健康服務需要，協調及監察跨局的醫社合作，除現有服務「各有各做」外，要推動基層醫療健康的新服務亦顯得無從入手，例如「安老服務計劃方案」提出未來長者地區及鄰舍中心等，需要加強健康支援服務，現時仍未有平台協調醫社之間如何合作。基層長者教育水平及健康意識不高，部份更目不識丁，但由於欠缺統一的資訊平台，現時服務協調及統籌的責任最後往往落在長者身上，出現混亂及重覆服務。

在資源分配及成效監察上，各部門的基層醫療健康服務均以活動為本 (activity-base) 量化，而非健康表現為本（Health-outcome-based）。舉例而言，只監察診症人次，參加健康講座人次，上門服務次數等等。同時因服務架床疊屋，各部門無法分清權責，從而針對性監察長者的健康狀況是否有改善。如此資源分配及成效監察制度，型成各部門只重視活動 (activity) 愈多愈好，而忽視對長者的實際成效。審計署亦指出同樣問題，例如審計報告指出衛生署健康教育講座，出席人數少而活動重覆，在一間只有九位住客的長者院舍中一年舉辦十五次講座，全年只有一位長者曾經參加活動[[38]](#footnote-38)，可見資源浪費未能有效改善長者健康。

**長者健康涉及不同政策局及部門，卻欠缺協調統籌平台，因此分工權責不清及角色混亂。此外資源分配及成效監察制度落後，鼓勵各部門「各有各做，愈多愈好」忽視成效，基層長者住住獲得重覆及前後矛盾的服務及資訊。**

***個案例子***

*陳婆婆83歲，獨居於公共屋村，患有三高等長期病。最近陳婆婆感到耳鳴及頭痛，使用醫療券到屋村的私家醫生求診，醫生於是問陳婆婆的病歷及服藥情況。陳婆婆不識字，隨身拿出一個破膠袋。*

*膠袋裡有衛生署的紅色記錄冊、醫管局的黃色記錄冊、社署長者中心量血壓的綠色記錄冊、數張覆診紙、不同部門的健康飲食單張，到其他私家醫生求診的藥單收據、物理治療卡等等。翻箱倒櫃後，醫生仍未知陳婆婆現正服用什麼藥，婆婆回答: 一些紅色的大粒，一些黃色的細粒….*

公私協作乏人問津

 多年來的醫療改革不斷提出「公私營醫療協作」改革目標，以加強基層醫療健康及改善公私營服務失衡，疏導公立醫院人手及服務壓力。2015年財政預算更向醫管局撥款100 億元作為種子基金發展公私協作服務。可惜服務推行多年仍只流於口號，包括疫苗注射、門診協作、大腸癌計劃等等服務參加率低反應不理想，對疏導公立醫院壓力極為有限，過往更有計劃因參加人數過少而被「腰斬」。此外，花費最多公帑的醫療券計劃，雖然為基層長者提供公院爆滿外的另一出路，卻將健康資源管理的責任放在欠缺醫療健康意識的長者上，未能達到加強護理的政策目標，更間接導致奸商哄騙長者，從中取利。

 本會訪問學者及私營服務提供者，均反映香港的衛生政策多年來重醫療輕預防，且在基層醫療健康上欠缺穩定的接觸點，導致使用醫院服務的健康行為 (health behavior)牢不可破，同時長者的健康行為模式以觀察式學習(observational learning)及人際關係影響為主，難以輕易被電視及海報等宣傳改變。

舉例而言，2014年推出「普通科門診公私營協作計劃」，邀請患有高血壓或同時患糖尿病、高膽固醇而在醫管局長期覆診的病人參加，參加者每年可獲資助十次私家門診費及藥物，惟計劃至今推行4年只服務不足2萬人，對比醫管局逾千萬的專科及普通科門診服務人次只是九牛一毛，服務參加率只有一成多，顯示吸引力不足。據本會收集長者意見，計劃只邀請在醫管局長期覆診的病人，因此被邀請長者早已養成固定健康行為。此外，計劃只以書面邀請長者，並無職員解釋計劃內容及重點，故長者莫名其妙下收到大批書面資料，擔心一旦離開醫管局需要重新輪候服務，以及擔心額外收費等等而無人可問。由此可見公私營協作計劃需及早在長者並未養成於醫管局求診的健康行為前推行，此外亦需與長者有穩定關係的基層醫療健康工作者，向長者解釋及鼓勵改變健康行為。

其他公私營醫療合作計劃亦面對同樣問題，舉例而言，於2016年推出「大腸癌篩查先導計劃」參與率只有一成多，380,000位合資格年長人士中只有65000人參加[[39]](#footnote-39)，2017年施政報告雖然提出撥款九億四千萬及恆常化計劃，惟計劃與原訂三成的政策目標相去甚遠，有必要檢討參加率不足原因。此外，長者疫苗資助推行多年，惟注射率仍只有約四成[[40]](#footnote-40)，與世衛所建議的七成半相去甚遠。根據本會2018年進行疫苗調查，65歲或以上基層長者注射疫苗的主因是受到專業人士 (如社工，護士)的鼓勵 (41.3%)，次要原因為受到家人朋友的鼓勵(23.9%)[[41]](#footnote-41)。調查結果印證基層長者的健康行為，主要受人際關係及專業人員影響鼓勵，可見日後各種公私協作等等基層醫療健康服務，必需具穩定的接觸點及建立信任關係，只透過發信件及大眾媒體宣傳，即使上述數個項目均為免費仍極難提升參加比率。

 除參與比率低外，基層醫療健康服務持續性及協調不足，不少計劃參加者在接受健康服務後欠缺基層醫療健康跟進，結果只獲轉介至醫院，可見對減輕第二及第三層服務的壓力幫助不大。舉例而言，2013年政府與九間非政府機構提出「長者健康評估先導計劃」，為長者提供全面身體檢查，除了遭審計署批評參加率低外 (原因已於上文闡述)，大部份長者 (74%) 最終轉介接受公營醫療服務，而非其他公私協作服務。可見公營服務及非政府機構，私營服務提供者等等未有持續及配套服務，在基層醫療健康網千瘡百孔下，最終無助減輕醫院壓力。

 在醫療券方面，綜合以上各點，基層長者於混亂的公營服務中無法建立穩定信任的接觸點，有效影響健康行為; 同時基層長者教育水平及健康意識不足，欠缺專業知識管理健康; 社區亦未有良好的基層醫療健康服務網絡，可以避免使用醫院服務。在以上前提之下，政府只提出現金券式的長者醫療券只是不負責任。根據醫療劵中期檢討，只有約8%的醫療劵被用作預防性護理，亦只有約22%的醫療劵被用作跟進或監察慢性病症[[42]](#footnote-42)，基層長者既不知道自己需要什麼服務，亦不明白如何找到服務(例如不懂使用網上搜尋服務提供者)，即使找到服務亦與醫療系統不協調 (例如家庭醫生未能取覽病歷) 。長者不明白自己的健康需要，亦不清楚某種醫療服務的市場價值，相反某些不法之徒利用專業身份，加上只需身份證便查知長者醫療券尚餘金額，在資訊不對等，及衛生署未有妥善監管下，長者醫療券因此成為奸商「提款機」，醜聞不絕。

**公營服務與其他服務的合作未有針對長者需要，以穩定及長者信任的接觸點鼓勵健康行為及提供跟進，同時各服務配套不足，無法減少長者使用醫院服務，因此即使服務完全免費仍大多乏人問津，跨界別合作流於口號。**

|  |
| --- |
| **長者基層醫療健康四大問題摘要** |
| **範圍** | **內容** | **詳細內容** |
| **健康不平等**基層長者健康需要較大，惟較難獲得醫療服務，出現「逆向照顧」 | **缺乏健康教育**缺乏針對性健康教育，協助教育水平及健康意識不佳的基層長者管理健康 | * 研究顯示本港6-7成長者健康意識不足，推斷基層長者因教育水平不佳情況更嚴重，本會調查發現1/4長者沒有任何途徑獲得健康及疾病資訊，因此健康管理能力較差
* 長者健康服務覆蓋率低，欠缺如學生健康服務般全民保健，沒有針對貧窮、獨居、隱蔽、低健康意識等長者提供健康教育
 |
| **服務可達性不足**基層長者無力負擔私營醫療服務費，惟公營服務可達性較差; 醫療費仍構成長者經濟壓力 | * 基層長者極少有家庭醫生及較少使用私營醫療服務，惟公營醫療服務在預約、開放時間、要跨區求診、時間成本及欠缺陪診方面均有障礙，可達性較私營服務差
* 經濟負擔上，本會調查發現基層長者全年醫療開支達4392元，加上無申領綜援長者，申請醫療費用減免極為繁複，故多病基層長者求醫仍有經濟壓力
 |
| **服務模式問題**衛生系統以醫院為本，欠持續性及全面性，做成不必要醫療需求 | **缺乏持續性**欠缺社區護理服務及藥物諮詢，長期病患只靠三個月見三分鐘醫生 | * 基層長者求診時間不足，醫生無暇解釋病情，因此對疾病管理一知半解。醫管局調查亦顯示各專科未有解釋藥物副作用，注意事項及社區內可如何求助
* 長期病患社區支援不足，欠缺健康生活習慣介入等服務，無助基層長者預防併發症，間接增加急症室及其他醫療服務壓力
 |
| **缺乏全面性**醫院內多病長者同時到數個專科求診; 醫院外病歷未能互通，亦無穩定接觸點。醫院內外長者求助均無所適從 | * 長者有多方面醫療需要，但人手不足及服務壓力下，專科只能「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，服務過分分割增加不必要醫療需求，專科「滾雪球」愈睇愈多
* 社區內欠缺穩定的醫療服務接觸點 (如家庭醫生)，各基層醫療健康服務提供者亦未能與醫院互通病歷，無法在社區提供全面基層醫療服務
 |
| **忽視預防**衛生資源集中醫療而輕視健康，令社會付出沉重住院及專科服務成本 | **資源及服務量不足**投放於健康的財政資源不足，基本健康檢查服務輪候經年，未能因應人口老化減輕醫療需求 | * 即使將醫療券計算作「預防疾病」開支，過去十年間投放於預防的公共衛生資源仍只有8.7%，少於十份之一
* 即使身體檢查有效減少醫療需要及開支，衛生署提供身體檢查的「長者健康中心」服務覆蓋率極底，輪候時間達1-2年
 |
| **健康服務不全面**欠缺基層牙科服務，以及預防長期照顧需求的主要危機如跌倒、認知障礙等 | * 欠缺如學童牙科保健般基層牙科服務，包括洗牙，補牙及牙科檢查等。同時關愛基金牙科服務有年齡限制及「一世人一次」
* 未有針對認知障礙及跌倒等危機進行大規模篩查，令不少長者錯失及早介入的黃金期。其他如中醫藥，職業治療，物理治療等等服務均從缺
 |
| **角色混亂**政府多次推動基層醫療健康改革，但公營服務及公私合作服務協調均不足 | **公營服務無統籌**各部門於健康服務權責不清及角色混亂，長者獲得重覆或前後矛盾的服務及資訊 | * 基層醫療統籌處未能統籌醫管局、衛生署及社署服務，於健康教育、健康監察，護理等等範圍均出現相近服務，令長者資訊混亂，亦未善用資源
* 資源分配及成效監察以活動為本 (activity-base)模式 ，而非健康效果為本（Health-outcome-based），鼓勵各部門只重視活動愈多愈好，忽視實際成效
 |
| **公私營服務成效不彰**公私營服務欠缺配套，無法吸引長者，不少服務即使完全免費仍乏人問津 | * 基層醫療健康系統欠缺穩定及長者信任的接觸點，同時太遲介入及配套不足，令參與率低浪費資源，同時無法促進健康及減少醫療需求
* 醫療券計劃要求欠缺醫療專業知識的長者自行選用服務，令計劃偏離政策原意，部份更淪為奸商提款機
 |

**（四）長者全民保健**

基層長者面對「老、病、貧」三大困難，迫切需要基層醫療健康改革，可惜自九十年代至今數十年間，屢次基層醫療健康改革均是未竟全功，社區健康中心最終淪為擴展了的普通科門診，過去多項建議均成效不彰，部份更被「腰斬」，長者全民健康仍是遙遙無期，當香港下一代享有牙科及學童保健種種全民性健康計劃時，基層長者為建設香港勞碌半生，晚年面對老病貧，實在應享有全民及全面的保健服務。

本屆政府承諾大力發展基層醫療健康，並成立基層醫療健康發展督導委員會規劃藍圖，於兩年內在葵青區試行「地區康健中心」，逐步推動至全港十八區。長者希望改革不再重蹈覆轍，成為十年前提出成立「基層醫療統籌處」及社區健康中心等建議的新瓶舊酒! 本會收集基層長者及不同持份者意見，分析長者基層醫療健康四大問題，促請政府切實採納以下政策及服務建議，針對補足現時健康不平等、重醫療輕預防、服務持續性及全面性不足、欠缺統籌等問題，並透過地區網絡構成穩定接觸點提升長者健康。長者全民保健應包括以下各要點:

**1, 資助長者身體檢查**

* 為60歲或以上人士起提供全民基本健康評估，包括常見三高一低（即高血糖、高血脂、高血壓、低骨質密度）篩查及其他眼科，跌倒風險，認知能力及精神健康評估等等。參考長者健康中心現時包含以上項目的身體檢查，成本為$1395元; 立即為全港所有長者進行檢查成本為20多億元，接近醫療券每年開支。
* 參考新加坡等地設立長者牙科保健，善用牙醫及輔助專業人員，為60歲或以上人士資助定期進行牙科保健，包括牙科檢查，洗牙及補牙等基層護理。同時將關愛基金牙科服務的年齡限制下降至65歲，並因應長者牙科狀況改變，放寬一生只能使用一次限制。長遠增加牙科專業訓練學額應付人口老化需要。

**2, 一站式健康管理服務**

* 以個案經理模式，為有需要長者 (例如患多種長期病、教育水平及健康意識不足、欠缺家庭支援等) 提供健康管理服務。包括藥物諮詢，一般健康諮詢，監察疾病，安排預防性檢查如大腸癌篩查計劃，疫苗注射等等，以致建議及轉介長者以醫療券善用家庭醫生服務等。
* 確保個案經理與醫療服務的溝通，舉例而言，在服務分流，覆診安排及藥物方面與醫管局直接聯繫，無需長者到醫院重覆接受評估，減少醫療服務壓力。
* 加快推動電子病歷互通以及擴寬互通範圍，確保不同基層醫療健康持份者及照顧者 (如社區護士，社工，社區的職業治療師等) 在長者授權下可獲得一致的資訊。
* 透過個案經理平台，資助各種跨專業的預防性服務，例如家居安全評估，防跌訓練，痛症舒緩及中醫藥服務等。同時配合其他包括健康飲食，戒煙，減少飲酒等等全民性的非傳染病防控政策，促進長者健康。

**3, 一邨一護士**

* 與現時逾200間長者地區及鄰舍中心及其他地區團體連結，於服務點增聘負責長者健康的個案經理，善用長者服務及地區團體早已建立多年的網絡及與長者的信任關係，擔任個案經理提供健康管理服務 (見上文建議2)。
* 個案經理根據長者需要，協調長者地區及鄰舍中心現有的健康支援服務，及地區團體現有的健康服務，並提供技術支援。善用長者服務及地區團體網絡組織病人互助及健康生活習慣小組，以鄰舍的社會資本促進健康
* 透過長者服務及地區團體的網絡，發掘未與基層醫療健康系統接觸的長者，(例如從未接受健康評估，以及沒有定期使用醫療及健康服務的長者)， 鼓勵進行健康評估，其他健康教育及預防。

**4, 便利基層長者使用服務**

* 提升整體醫療服務量以縮短輪候時間，增加夜診及改善門診預約系統，逐步於十八區設立二十四小時門診，令使用公營服務的長者更容易獲得服務，減少不必要使用急症室
* 將豁免醫療費用的年齡限制由75下降至65歲，並放寬至正領取普通長者生活津貼的長者或「在職家庭津貼」的受助家庭，免卻退休及在職基層長者的醫療費憂慮
* 檢討照顧者津貼，放寬申請資格及增加金額，以應付需要陪診長者的照顧者，日常陪診的交通費等開支

**5, 政策統籌及監察**

* 成立更高層次的行政機構如健康管理局 (Health Authority)，統籌及營運公營及公私營協作的基層醫療健康服務。設立以健康效果為本（Health-outcome-based）模式運作的資源分配及成效監察機制
* 配合人口老化及疾病模式改變，提升公營醫療開支佔本地生產總值至最少達3%，以逐步拉近與發展國家平均投放6.6%於公營醫療的水平。同時增加整體衛生開支由政府經常開支的17%逐步增加至不少於20%，增加基層醫療健康所佔的開支比例，加大對健康的資源投放
* 確保基層長者及各基層醫療健康持份者參與服務監察，參與政策及服務發展
1. 政府規劃署(2016): 香港規劃標準與準則　第三章: 社區設施　 [↑](#footnote-ref-1)
2. 食物及衛生局(2017): 香港醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告 [↑](#footnote-ref-2)
3. 立法會 (2015): 醫生、牙醫和護士的人手推算 (CB(2)978/14-15(03)) [↑](#footnote-ref-3)
4. 醫院管理局 (2018): 專科門診穩定新症輪候時間 (http://ha.org.hk/haho/ho/sopc/dw\_wait\_ls.pdf) [↑](#footnote-ref-4)
5. 食物及衛生局 (2018): 審核二零一八至一九年度開支預算管制人員的答覆，編號FHB(H)005 [↑](#footnote-ref-5)
6. 醫院管理局 (2018): KPI Report No. 37 (https://www.ha.org.hk/haho/ho/cad\_bnc/AOM\_P1373.pdf) [↑](#footnote-ref-6)
7. 政府統計處(2015): [香港人口推算2015-2064](http://www.censtatd.gov.hk/fd.jsp?file=B1120015062015XXXXB0100.pdf&product_id=B1120015&lang=2) [↑](#footnote-ref-7)
8. 政府統計處(2017): 主題性住戶統計調查第 63號報告書 [↑](#footnote-ref-8)
9. 醫院管理局(2012): 長者醫療服務策略 [↑](#footnote-ref-9)
10. 政府統計處(2009): 主題性住戶統計調查第四十號報告書 [↑](#footnote-ref-10)
11. 社區組織協會(2017): 以老護老：基層年長護老者服務需要問卷調查報告 (http://www.soco.org.hk/publication/elderly/elderly%20research\_2017\_3\_5.docx) [↑](#footnote-ref-11)
12. 扶貧委員會(2017): 2016年香港貧窮情況報告 [↑](#footnote-ref-12)
13. 政府統計處(2017): 香港2016年中期人口統計 - 主題性報告：香港的住戶收入分布 [↑](#footnote-ref-13)
14. 07/08至16/17醫管局年報 [↑](#footnote-ref-14)
15. Leung, Angela & Kwan, C.W. & Leung, I.S.M. & Chi, Iris. (2016). Inadequate health literacy and more hospitalisation among frail older adults in Hong Kong. 11. 10-13. [↑](#footnote-ref-15)
16. 社區組織協會(2016): 「基層長者健康需要」問卷調查報告 (http://www.soco.org.hk/publication/elderly/grassroot%20elderly%20health%20research%20report\_2016\_10.docx) [↑](#footnote-ref-16)
17. 衛生署(2017): 二零一四至二零一五年度人口健康調查報告書 [↑](#footnote-ref-17)
18. 見註16 [↑](#footnote-ref-18)
19. Yam, H., Mercer, S., Wong, L., Chan, W., & Yeoh, E. (2018). Public and private healthcare services utilization by non-institutional elderly in Hong Kong: Is the inverse care law operating?. [↑](#footnote-ref-19)
20. Wong, S., Kung, K., Griffiths, S., Carthy, T., Wong, M., & Lo, S. et al. (2018). Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. [↑](#footnote-ref-20)
21. Owolabi, O., Zhang, Z., Wei, X., Yang, N., Li, H., & Wong, S. et al. (2018). Patients’ socioeconomic status and their evaluations of primary care in Hong Kong. [↑](#footnote-ref-21)
22. 見註16 [↑](#footnote-ref-22)
23. WHO | The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). (2018). [↑](#footnote-ref-23)
24. 食物及衛生局 (2018): 審核二零一八至一九年度開支預算管制人員的答覆，編號FHB(H)157 [↑](#footnote-ref-24)
25. 醫院管理君(2015): 專科門診病人經驗及服務滿意度調查 [↑](#footnote-ref-25)
26. Smith J et al (2013), Securing the future of general practice: new models of primary care [↑](#footnote-ref-26)
27. Gold SB & Park BJ (2016), Effective Payment for Primary Care: An Annotated Bibliography [↑](#footnote-ref-27)
28. 衛生署(2018): https://www.elderly.gov.hk/tc\_chi/about\_us/waiting\_time.html [↑](#footnote-ref-28)
29. 見註16 [↑](#footnote-ref-29)
30. 見註16 [↑](#footnote-ref-30)
31. 見註16 [↑](#footnote-ref-31)
32. Older People Safety - RoSPA. (2018) https://www.rospa.com/home-safety/advice/older-people/ [↑](#footnote-ref-32)
33. Towards a dementia plan: a WHO guide. (2018). (http://www.who.int/mental\_health/neurology/dementia/policy\_guidance/en/) [↑](#footnote-ref-33)
34. 香港社區組織協會(2018): 以老護老 - 基層年長護老者 照顧認知障礙症患者研究2018 (http://www.soco.org.hk/publication/elderly/elderly%20carer%20research\_2018\_3\_6.pdf) [↑](#footnote-ref-34)
35. Yu, R. et al. (2010) Dementia Trends: Impact of the Ageing Population and Societal Implications for Hong Kong. [↑](#footnote-ref-35)
36. 立法會(2016): 香港的長者牙科護理服務 [↑](#footnote-ref-36)
37. 財政預算案2018/19 總目140－政府總部：食物及衞生局(衞生科) [↑](#footnote-ref-37)
38. 審計署(2014): 審計署署長63號報告書 [↑](#footnote-ref-38)
39. 食物及衛生局 (2018): 審核二零一八至一九年度開支預算管制人員的答覆，編號FHB(H)453 [↑](#footnote-ref-39)
40. 食物及衛生局 (2018): 審核二零一八至一九年度開支預算管制人員的答覆，編號FHB(H)215 [↑](#footnote-ref-40)
41. 香港社區組織協會(2018): 基層市民應對流感問卷調查 [↑](#footnote-ref-41)
42. 食物及衞生局及衞生署(2011) 長者醫療券試驗計劃中期檢討 [↑](#footnote-ref-42)