**香港社區組織協會及香港老人權益聯盟**

**立法會候選人長者政策論壇新聞稿**

在1997年港英政府年代，當時 (每年) 長者服務有未來5年規劃，至1997年後社署及勞福局再沒有「長者服務五年規劃」。首屆特首董建華提出「老有所為、老有所養、老有所終」，而原本現屆特首梁振英在首份 (2013年) 施政報告提及：「進行退休保障研究」，可惜直至今年2016年6月政府回到起點，再做半年諮詢期內政府提出對「全民退休保障」的不斷質疑，反映政府無意推行「全民退休保障」，意即在過去十九年三任特首，『空有吸引的口號，沒有長遠的長者政策與規劃』！

香港社區組織協會(社協)及香港老人權益聯盟(老權)多年來致力服務弱勢社群及推動長者權益。2016年為特首第四份施政報告，當中明言要『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%，即258萬』，可惜特區政府在過去19年對長者以下的施政，均令基層長者極度失望，惜逢立法會選舉，本會組織之基層長者籍此與立法會候選人對談，要求訂定協助長者政綱、並敦促政府盡快落實相關政策，回應基層長者在 **(1) 退休保障政策 (2)長者醫療健康政策 及 (3)長者社區照顧及院舍服務** 三方面需要。

 **1, 退休保障政策**

**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) 巳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」！

**強積金推行十五年基層長者不受保障，未有取消強積金對沖時間表**

社會上不少人認為，強積金已實行15年 (始於2000年12月1日)，按以往政府假設是勞工到30年後應可受惠，可惜，政府用15年時間，**成功地證明了94%僱主是以「強積金與遣散費對沖」，即是很大部份勞工已損耗了一半強積金 (僱主已用於遣散僱員)**。另外，最低工資是2011年5月1日才實施，即是月入少於15,000工資中位數 (第3季2015年) 半數近174萬基層勞工，於2000年至2011年11年間，基於沒有受惠於最低工資，以至首11年強積金供款極低，而部份自僱工/散工僱員更沒有供款，我們並未計算因為強積金公司收取過高行政費，或投資失敗，而引致僱員在15年間的損失。所以，強積金雖然已出現了15年，但是否較沒有強積金出現，更能協助 「長者增加退休保障」的成效存疑？事實上，「強積金實施15年」以來，達到的效果是：

* 94%僱主是以「強積金與遣散費對沖」：絕大部份強積金用於遣散僱員自己；
* 過去4年「60歲及以上長者個案」佔「全部綜合社會保障援助個案」持續上升；
* 15年強積金無助「長者退休保障」!

(尚未計算: 2015年第3季有30.7萬勞工月入少於7000元, 僱員部份無需供款)

**2, 長者醫療健康政策**

**忽視基層健康，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(見表一)，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)，及早處理月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，香港仍以第二，三層醫療服務為主導。

預防性護理工作可提升長者健康及減輕醫療開支，可惜公營長者健康中心服務嚴重不足，根據審計署數字，**長者健康中心每年進行健康檢查不足40,000次，比2015年新增長者人口51,400人更少！**長者健康中心服務自1999年推出至今十七年，一直維持只有18間中心，期內長者人口由2001年的74萬上升至2015年的112萬，長者健康中心由成立之始服務5.9%長者人口，下跌至2015年只服務3.8%長者人口 (見表二)，可見服務嚴重落後於需求增長。

**表一：基層醫療及醫院管理局的開支預算**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |
| **所估比例 (%)** | 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

**表二: 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歲及以上****長者人口** | **會員人數佔65歲及以上人口的百分比** |
| 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% |

**專科輪侯時間長達三年，令長者病情惡化**

議員濫用特權事件令公眾關注公營醫院專科輪侯時間問題，在每年增加6萬名長者的服務需求下，長者常用的專科成為輪侯重災區。**部分專科門診新症輪候時間超過2年，其中九龍東骨科穩定新症輪候時間更接近3.5年**(見表三)，漫長的輪候時間為體弱長者帶來生活不便，長者身心均承受極大壓力，錯過最佳治療時機更令病情惡化。

**表三 首四個長者最常求診專科**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **長者佔求診者比率** | **2014年求診人次** | **最長輪候時間 (聯網)** |
| 內科 | 44.2% | 84.7萬人次 | 100星期 (九龍中，新界東) |
| 眼科 | 52.5% | 54.6萬人次 | 106星期 (九龍東) |
| 外科 | 38.8% | 29.1萬人次 | 98星期 (港島西) |
| 骨科 | 30.4% | 17萬人次 | 175星期 (九龍東) |

**醫療劵計劃年齡門檻太高，未能推動長者基層健康**

 當局提出以長者醫療劵推動「共同承擔」及著重預防的基層醫療護理及健康服務，惜對於基層長者而言，計劃並未達到上述目標，公營服務經常出現爆滿及輪侯經年，在無信心保障下，長者即使享有醫療劵亦只會儲起應急。加上現時醫療劵計劃設70歲或以上年齡限制，30萬名65-70歲以下長者亦未能得到保障，年齡限制亦未能鼓勵長者在身體較佳，相對年輕時進行預防性護理或身體檢查。

根據當局進行的醫療劵計劃中期檢討，**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**，研究同時顯示醫療劵未有改變長者求診行為，主因是「習慣向公共醫生求診」及「醫療劵金額太少」。可見，推動基層醫療護理必須在長者相對年輕時建立習慣及加強基層健康教育，同時提升醫療劵金額，才可長遠減低公營系統的負荷。

**長者基層牙科服務從缺，牙科街症折磨長者**

 長者基層牙科服務及牙科治療服務嚴重不足 (見表四)。關愛基金牙科服務及綜援長者牙科津貼只服務小部份長者，未有為最少30萬名長者生活津貼申領人提供服務。而長者醫療劵計劃金額嚴重不足，參考綜援計劃下之長者牙科津貼，每次治療平均申領金額為4,828元，醫療劵金額只有2,000元，況而長者亦需以醫療劵承擔其他醫療開支，可見醫療劵對長者牙科問題只是杯水車薪!

 基層長者飽受牙患之苦，只能依賴衞生署牙科街症服務，但服務局限於緊急脫牙及止痛，並每次只脫一隻牙，長者無法得到適當治理。再者，牙科街症服務點極度不便 (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籌侯，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。

**表四 現時長者主要牙科治療服務及其限制**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **服務** | **申請資格** | **符合資格長者** | **主要問題** |
| 長者醫療劵 | 70歲或以上 | 約75萬人 | 金額嚴重不足，長者亦需以醫療劵承擔其他醫療開支 |
| 關愛基金牙科服務 | 80歲或以上，領取長者生活津貼 | 約13萬人 | 約43萬名長者生活津貼申領人中，只服務約3成長者 |
| 綜援長者牙科津貼 | 申請人為綜援受助人 | 約15萬人 | 局限於綜援長者，津貼金額亦設有上限 |
| 牙科街症 | 持有香港居民身份証 | 約112萬人 | 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 |

**3, 長者社區照顧及院舍服務**

**長期照顧私營化 「公帑用於私營服務」欠監管**

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「院舍劵」及「社區照顧服務劵」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(院舍劵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，政府巳計劃好增加1,800「社區照顧服務劵」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)

**醫療及長期照顧人手短缺 規劃失衡**

每次政府提及關愛基金長者牙科服務，未能惠及80歲以下長者，均表示本港牙科醫生不足；每次醫管局解釋專科輪候時間太久時，均是醫護人員人手不足；有關安老院舍服務質素問題，政府其中一個回應同樣是護理人員不足，未能吸引市民入行。政府指出問題源於人口老化問題，實際上沒有長遠規劃回應因人口老化引致的醫療護理的人手需求增長。除醫護人員的人手增長外，院舍人手長期不足的答案不應只是推動院舍員工培訓，政府若持續不願在工資補貼上增加誘因，我們擔心如何吸引或留住人手？

香港社區組織協會及香港老人權益聯盟組織之基層長者，就以上三方面需要，向立法會候選人提出七大訴求，促請候選人政綱回應長者訴求，責成政府落實相關政策:

|  |  |
| --- | --- |
|   | **基層長者七大訴求** |
| **福利** | 檢討綜援制度，與家人同住長者可獨立申請綜援及醫療費減免 |
| **退休保障** | 取消強積金對沖，設立官商民三方供款的全民退休保障 |
| **公營醫療** | 增加醫護人手，縮短專科門診輪候時間及增加街症名額 |
| **醫療劵** | 降低申請門檻至65歲，增加醫療劵金額及加強監察 |
| **基層健康** | 設長者全民保健，包括長者身體檢查及牙科保健 |
| **社區照顧** | 加強「居家安老」服務，包括社區康復及家居照顧服務 |
| **院舍服務** | 增建資助院舍，縮短輪候時間至少於1年，加強監管私營院舍 |

是次出席立法會候選人(九龍西)，包括

1 社民連吳文遠先生
4 經民聯/ 西九新動力梁美芬名單(梁文廣先生，左滙雄先生)
5 民協譚國僑名單 (譚國僑先生)
8 民主黨黃碧雲名單 (黃碧雲女士，袁海文先生)

10 民建聯蔣麗芸名單 (陳偉明先生，張德偉先生)
12 小麗民主教室劉小麗女士

15 新思維狄志遠名單 (黃俊瑯先生)

缺席名單如下:

公民黨毛孟靜名單

青年新政游蕙禎名單

普羅政治學苑黃毓民名單

本土力量何志光名單

香港政研會關新偉名單

獨立李泳漢，林依麗，朱韶洪名單

**香港社區組織協會**

**香港老人權益聯盟**

**2016年8月10日**