**致: 林鄭月娥女士及競選辦公室仝人台鑑 :**

**香港社區組織協會 香港老人權益聯盟**

**回應未來安老政策**

我們是「香港社區組織協會」及「香港老人權益聯盟」,基於本港未來15-50年的人口老化(見表一)，我們認為政府有責任為安老服務定下長遠規劃，可惜政府過去廿年以上均再沒有進行包括「社會福利白皮書」或「五年規劃」等福利服務發展規劃，2014年施政報告提出，就「安老服務計劃方案2015-2016」進行咨詢，但至今「**安老服務規劃流於過份保守，未有具體時間表去作大幅改善!**」，我們認為未來政府應就長者政策包括:「福利、退休保障、醫療、基層健康、社區照顧服務、院舍、…… 」七方面進行長遠規劃!

**基層長者對未來行政長官七大訴求**

|  |  |
| --- | --- |
| **1, 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用減免 |
| **2, 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 |
| **3, 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 |
| **4, 醫療劵** | 增加醫療劵金額及加強監察 |
| **5, 基層健康** | 增建長者健康中心，擴大長者牙科服務包括牙科保健 |
| **6, 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 |
| **7, 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，檢討安老院條例 |

1. **回應策略方針一: 居家安老成效存疑**

**1.1「社區照顧服務」規劃嚴重不足， 未能達至「居家安老」**

根據「安老服務計劃方案2016」， 研究團隊提出「規劃比率的參考數值」， 而此規劃比率的參考數值如何得出? 我們嘗試以現有服務供應及輪候人數(表三4個數字總和， 代表2016年服務總需求) :

\*\*\*\*\*\*18009人除以117萬65歲以上長者人口X 1000人 = 15.3 > 14.8

即現時「社區照顧服務」所採用的「規劃比率的參考數值」為14.8(見表二) (即每1000名 65 歲或以上的長者有 14.8 個服務名額，竟然追不上現時(2016年6月)的需求，尚未推算假設15年或30年後長者人口更長壽，所帶來更大量的長者服務需求，可見政府規劃遠遠不足夠的「社區照顧服務」， 如何「居家安老」呢?(以上數字未尚未計算2015年綜合家居照顧服務（普通個案）23，787受惠長者。

**表一 2015 – 2064 本港人口老化狀況 (見「安老服務計劃方案2016」: 27頁)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2015** | **2030** | **2064** |
|  | **人口** | **人口** | **與2015年相比** | **人口** | **與2015年相比** |
| 65+ | 112.3 萬 | 210.6 萬 | + 1.9 倍 | 258.2 萬 | 2.3 倍 |
| 65歲或以上佔全港人口 | 16% | 28% |  | 36% |  |
| 85+ | 167 300 | 249 200 | 1.5 倍 | 724 400 | 4.3 倍 |
| 100+ | 3 300 | 8 100 | 2.5 倍 | 46 800 | 14.2倍 |

「安老服務計劃方案2016」四個主要策略方針:

|  |  |
| --- | --- |
| **策略方針一** | 加強社區照顧服務以達至「居家安老」和減少住院比率 |
| **策略方針二** | 確保知情選擇及為長者適時提供具質素的服務 |
| **策略方針三** | 進一步提升服務效率並整合各項服務 |
| **策略方針四** | 確保安老服務的財政可持續性並鼓勵責任承擔 |

**表二: 規劃比率的參考數值 (見報告11頁)**

|  |  |
| --- | --- |
| **設施** | **規劃比率的參考數值** |
| 院舍照顧服務 | 每 1 000 名 65 歲或以上的長者有 21.4 個宿位 |
| 社區照顧服務 | 每 1 000 名 65 歲或以上的長者有 14.8 個服務名額 |
| 長者地區中心 | 人口達 170 000 人的新市鎮有一間長者地區中心 |

**表三: 資助社區照顧服務輪候時間 (見報告47頁及社署網頁)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **資助社區照顧服務** | **名額** | **輪候人數** | **過去三個月的平均等候時間 （於 2017 年 1 月 31 日）** |
| 綜合家居照顧服務（體弱個案）／改善家居及社區照顧服務 | 8 365 | 4,294 | 11個月 |
| 日間護理中心／單位 | 3 039 | 3,423 | 10個月 |

\*\*\*\*\*\*18009人(表三的4個數字總和: 社區照顧服務總需求)

**1.2 「規劃比率的參考數值」未能滿足需求 「減少住院舍比率」目標成疑**

按照「安老事務委員會」提議， 政府鼓勵「居家安老」， 「以減少住院舍比率」， 先決條件是提供足夠「社區照顧服務」， 按1.1的推論， 政府根據(表二)規劃比率提供「社區照顧服務」較現時更不足夠， 加上未來50年人口老化， 令「減少住院舍比率」近乎不可能!!!

表二「規劃比率的參考數值」建議: 每 1 000 名 65 歲或以上的長者有 21.4 個宿位;

現時宿位則是: 每 1 000 名 65 歲或以上的長者有27.5個資助宿位

(即32,287個資助宿位， 除以117萬名長者計算，尚未計算輪候資助院舍的35,553名長者需求，見表四)

**表四 截至2017年1月31日 資助院舍與輪候人數**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **資助宿位數字** | **輪候人數** | **輪候時間** |
| 護理安老院 | 26,409 | 29,369 | 36個月 |
| 護養院 | 5,462 | 6,184 | 25個月 |
| 安老院 | 522 |  |  |
| 長者宿舍 | 8 |  |  |
| 總計 | 32,401 | 35,553 |  |

1. **回應策略方針三:服務欠整合 未有具體計劃加強福利及醫療合作**

**2.1 基層健康護理不足，何來「居家安老」**

安老服務與房屋，醫療及福利等範疇息息相關，長者面對退休及身體老化，需要全面及跨專業的安老及醫療健康服務。長者是公營醫療的主要使用者，現時65歲以上長者人口佔本港總人口約15%，卻使用公營醫院總體住院日數的50%，另外每1000人中長者平均需11.8張病床，比非長者的病床使用率高出8至9倍。於急症室服務方面，長者佔入院總數的53%，於未經預約的緊急再入院中長者更佔達68%。現時公營醫療出現長期爆滿，面對流感高峰期出現輪候整整三天才能入院的荒謬情況，加上專科診症服務輪候時間長達三年，實為長者之苦。長者未能得到適切治療，健康急速惡化，更為安老服務帶來沉重負擔。

現時安老及醫療服務各自為政，忽略長者整體健康需要。安老服務亦未與衛生署十八間「長者健康中心」及醫院管理局七十三間普通科門診合作，構成健康聯網，長者只有經入院方能銜接至離院長者綜合支援計劃。政府應完善規劃醫社合作，例如綜合衛生署長者健康中心，醫院管理局不斷擴展的社區健康中心，及普通科門診等基層醫療系統，識別及轉介有需要長者; 亦參考外國經驗，於長期照顧系統加入健康監察，或自理訓練服務，方能長遠提升長者健康及生活質素，面對人口老化需要。

**2.2安老服務為長者健康最前線**

安老服務與基層健康緊密相連，在前住醫院或門診前，全港41間長者地區中心及168間長者鄰舍中心住住是教育長者健康生活習慣，推動健康檢查等基層健康的第一線。近年各種長者健康服務以「掛聖誕樹」方式層層疊加，服務有欠全面亦無整合，與醫療系統連接更欠妥善。

安委會早於提倡90年代提倡「康健頤年」，至今2016年的安老服務計劃方案中仍無具體建議，就此我們促請安委會及當局，統合長者基層健康服務，並加強社區的健康服務，由醫治疾病為主，改為以保持健康為主的思維模式推動「康健頤年」。

1. **院舍輪候問題遲遲未解決: 2015年共5881位長者輪候資助安老院至去世**

回應策略方針四: 表面是討論「財政可持續性」， 增加市民共同付款， 實際上是在未有效監管私人市場下， 加速私營化服務!

**3.1 政府加推私營化 未有改善法例時間表**

(見**「安老服務計劃方案撮要， 頁27**政府在討論「鼓勵責任承擔」時， 提及「共同付款及長者對服務質素有更高期望……」，接續提及「非政府機構自負盈虧……」，再之後是「社區照顧劵及院舍劵的評估及可行性……」， 市民的理解是政府明顯地想「減少資助服務， 加強私營服務」， 但政府在「長者對服務質素有更高期望」原則下， 沒有計劃做好監管， 例如其初步建議5a是「應適時檢視《安老院條例》(第459章)」， 社協極為失望是「沒有檢討時間表」(即檢討沒有時限)? 亦沒有既定的檢討內容?(例如不知道是否會包括人手比例， 如何改善現時最差的1:40人手比例?)

**3.2 未有具體回應「確保院舍服務 減低人手短缺」**

(見**安老服務計劃方案撮要， 頁20) 政府提出「院舍服務……應實行適當措施以減輕人手短缺， 並協助營運者達到更高服務水平……鼓勵私院提升服務質素」**

面對護理界人手短缺， 政府近年提出增加培訓， 亦有團體提出改善員工晉升機會， 但政府不太願面對是「護理界員工屬於厭惡性工作」， 護理界員工工資長期偏低(私院尤甚)， 若政府繼續沒有從根本著手增加「護理界員工工資」， 未能吸引更多優質員工進入或長期留任護理界， 單靠鼓勵更多自發的監管(如安老院服務質素評估計劃)， 則如何可以「**達到更高服務水平**」?

**(4) 現時福利政策 與「居家安老」相矛盾**

勞福局多年提出「居家安老為本」， 鼓勵長者居於社區為家庭照顧， 可惜政府沒有面對有政策是與「居家安老」原意相違背， 例如政府於1999年取消了「與家人同住長者獨立申請綜援的權利」， 變相鼓勵長者離開家庭才能處理其基本生活需要、例如現時醫管局的醫療豁免收費機制， 同樣是「全家審查收入」才可以決定是否豁免「與家人同住長者的醫療收費」、2016年5月才開始申請的「低收入在職家庭津貼」(低津)，充分反映其「不太鼓勵家人與長者同住」， 原因是低津以「長者生活津貼」及「護老者津貼」計算入「申請低津當入息」， 以至申請低津更困難， 可惜， 當我們就此在咨詢期向顧問團隊提意見時， 貴顧問團隊以「此討論非其研究範圍」作答， 因此不作此項檢討， 我們極為擔心顧問團隊能否「確保長者居家安老」?

1. **爭取全民退休保障 三方供款舒緩政府財政壓力**

**「安老服務計劃方案2016」使命:「老有所養使命」只會流於口號**

在「安老服務計劃方案2016」的使命， 特別引用了董建華時代(十九年前)的老有所養，而近4年梁振英特首亦進行了4年內的又咨詢又研究，雖然政府委任周永新教授已提出了勞資官三方供款的全民退休金方案，即每位65歲以上長者可享有每月3500元的退休金，可惜至今19年老有所養繼續是口號，2016年政府的承諾是在現屆政府任期內(2017年7月前)，政府不會落實任何退保方案， 則老有所養何時真正落實? 我們認為未來的三重長者福利網, 包括「高齡津貼」、 「長者生活津貼」、「高額長者生活津貼」, 2種「長者生活津貼」均需要進行資產審查只能視為福利, 另外, 政府仍要面對因人口老化,「福利全由政府支付」的可財政持續性問題!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 單身長者資產限額上限 | 金額 |
| 高齡津貼 | 無須審查 | 1,325 |
| 長者生活津貼 | 22.5萬上調至32.9萬 | 2,565元 |
| 高額長者生活津貼 | 14.4萬 | 3,435元(待立法會通過) |

**香港社區組織協會**

**香港老人權益聯盟**

**2017年3月23日**