

安老事務委員會

就長者住宿照顧服務所進行的顧問研究

最後報告

香港大學研究團隊

徐永德 博士(首席研究員)

陳建新 博士

莊明蓮 博士

高淑芬 博士

羅智健 博士

羅致光 博士

梁萬福 醫生

梁綺雯 博士

樓瑋群 博士

吳若思 女士

二零零九年十二月

目錄

第一章 摘要

第二章 研究背景

回顧的必要

- 人口老化和長期護理服務需要增加
- 香港的院舍入住率偏高

香港長期護理服務的融資和服務供應的模式

- 長期護理服務 – 概況
- 住宿照顧服務
- 輪候資助院舍宿位的時間偏長
- 社區照顧服務
- 長期護理服務的融資

研究目的

研究方法

- 文獻回顧
- 訪談
 - (a) 面對面訪談
 - (b) 電話訪問
- 訪問主要資訊提供者
 - (a) 政府官員
 - (b) 安老院和社區照顧服務的營運者
- 聚焦小組
- 現有數據的分析
 - (a) 社會福利署
 - (b) 統計處
- 政策方案和影響分析

第三章 海外其他地方在提供長期護理服務的供應及融資方面的經驗

國際環境 – 公營或私營模式

- 普及或選擇性的供應—稅收模式及社會保險模式
- 私人保險
- 個人存款賬戶——新加坡的獨特個案

提倡社區照顧服務的國際趨勢

資助券的資助模式及需考慮的問題

- 資助券增加消費者的購買力
- 資助券優化消費者的選擇
- 資助券可能提高價格
- 有關公平的問題
- 共同承擔的原則
- 資助額 - 按比例或固定金額
- 層遞的資助額(資助券)模式
- 監管的問題
- 為消費者提供資訊
- 應用範圍
- 可持續的推行模式
- 政府的財政承擔

對香港的啓示

第四章 回應長者長期護理需要的政策方案

提供更多院舍宿位作為持久的措施

調整「雙重選擇」的安排

分配資助院舍宿位時引入經濟狀況審查機制

- 經濟狀況審查機制的利弊
- 選擇合適的經濟狀況審查機制
 - (a) 參考公立醫院及診所費用減免機制
 - (b) 以住戶／家庭或個人為經濟狀況審查單位

- 引入經濟狀況審查機制的影響
 - (a) 假設
 - (b) 對中央輪候冊及輪候時間的影響

引入附有經濟狀況審查的住宿照顧服務資助券

- 為何香港可考慮實行住宿照顧服務資助券？
- 引入住宿照顧服務資助券計劃對使用者的影響
- 引入住宿照顧服務資助券計劃對服務提供者的影響
- 引入住宿照顧服務資助券計劃的其他考慮因素

第五章 建議

為長期護理服務制訂切實可行及可持續發展的融資模式

重新考慮「雙重選擇」的安排

進一步發展社區照顧服務

其他需要考慮的相關議題

- 人力資源問題
- 私營院舍的質素保證及評審
- 護養院宿位的供應

參考資料

第一章 摘要

香港安老住宿照顧服務

1. 現時香港的安老住宿照顧服務是以公營及私營模式混合提供。由於政府沒有在其行政架構下提供安老住宿照顧服務，非政府機構或私人營運者是透過政府的撥款為長者提供資助服務，而長者亦可以選擇由私人／自負盈虧營運者所提供的住宿照顧服務。鑑於人口老化的趨勢以及因而增加的住宿照顧服務需求，現行體系能否持續是需要考慮的問題。

研究背景

2. 因應前扶貧委員會對資助安老住宿照顧服務的輪候情況所提出的建議，安老事務委員會曾探討當中的重要議題，並委聘我們的顧問小組進行一項研究，以探討以下事項：

- (一) 如何集中資助住宿照顧服務的資源於最有需要的長者身上;及
- (二) 如何推動進一步發展優質的私營住宿照顧服務，並鼓勵個人、家庭和社會共同承擔責任，以照顧長者的長期護理需要。

3. 在進行研究期間，我們參考了相關的本地及海外資料，以及與持份者進行了面談和電話訪問，他們包括年滿六十五歲的長者、四十五至六十四歲即將步入晚年的中年人士、非政府機構代表、私營安老院舍的營運者、政府官員、以及市民大眾。我們一共訪問了超過 3 500 名長者及中年人士、15 間非政府機構及 2 個代表私營安老院舍的協會。有關研究方法的詳情請參看第二章。

國際趨勢

居家安老

4. 我們於第三章詳細審視了海外有關長期護理服務的供應及融資的經驗，並發現世界各地的政府都有一個共同的目標，就是希望透過一系列的政策措施推動「居家安老」，例如提供現金或實物資助。

這個政策方向同時符合大部份長者的意願，即寧可居家安老而不願意入住院舍。有鑑於香港政府及安老事務委員會都提倡「居家安老」，我們認為與其他已發展的國家比較，香港偏高的入住院舍比率實在值得注視。

選擇性地提供由公帑資助的長期護理服務

5. 在提供資助住宿照顧服務方面，香港現時是採取以公帑資助及毋須篩選的模式。我們留意到採用公帑資助模式的國家，如英國，一般都會透過經濟狀況審查機制，以確保資源可運用於最有需要的長者身上。隨著人口老化及長者發病率不斷增加，我們憂慮香港現行普及供應模式能否持續。值得注意的是，受訪者大多支持引進一個選擇性的機制，以確保有限的公共資源能有效地分配。

政策方案

6. 為了能持續地照顧高齡化社會的長期護理需要，我們曾構思了不同的政策方案，並評估其利弊。這些方案可以混合使用，因為它們並不是無法並容的。

(1) 維持現狀 – 以目前的步伐增加資助安老宿位的供應

7. 如果資助安老宿位以目前的步伐增加，資助住宿照顧服務的輪候時間在中短期內很可能可以維持於若干水平。但如果人口持續老化，新供應的宿位將難以趕上不斷增加的需求。

(2) 調整「雙重選擇」的安排

8. 自二零零零年起，香港政府實施了安老服務統一評估機制，以評估資助長期護理服務的申請人的照顧需要，來確定他們是否符合資格。這個機制採用了一套國際認可的評估工具，以確定長者的照顧需要，及作出合適的服務配對，包括「只適合住宿照顧服務」、「只適合社區照顧服務」或「雙重選擇」（即住宿或社區照顧服務）。縱使大部份的長者曾表示寧可居家安老¹，但當申請人獲得「雙重選擇」時，我們發現超過 90%的申請人會選擇住宿照顧服務。為了增加長者及其照顧者對社區照顧服務的認識，我們建議可考慮設立一段強制的試驗

¹根據有關長者的社會與人口狀況、健康狀況及自我照顧能力的主題性住戶統計調查第四十號報告書，只有 3.6%居於家庭住戶的長者有打算入住本地安老院舍。

期，讓那些有「雙重選擇」的申請人在獲分配住宿照顧服務之前，必須嘗試使用社區照顧服務。這方案能有效地縮短資助住宿照顧服務的輪候時間，以及確保資助安老宿位分配到最有需要的長者。

(3) 引入經濟狀況審查機制

9. 引入經濟狀況審查機制能協助政府將有限的資源集中投放在最有需要的長者身上，以及長遠而言縮短資助安老宿位的輪候名單。研究中大部份受訪者都支持這個構思。我們亦曾嘗試評估引入經濟狀況審查機制對資助住宿照顧服務輪候時間的影響，若參照醫院管理局用於公立醫院及診所的費用減免機制的入息限制，我們發現引入經濟狀況審查只會輕微地縮短資助住宿照顧服務的輪候名單，雖然在較長時間後這效果會變得較為顯著。

(4) 附有經濟狀況審查的住宿照顧服務資助券

10. 為進一步推廣有質素的自負盈虧／私營安老院舍服務的發展，以及鼓勵個人、家庭、社會分擔責任以照顧長者長期護理的需要，我們曾探討引入住宿照顧服務資助券的可行性。我們的研究發現在其他已發展國家，有不少社區照顧服務資助券的例子，目的在於鼓勵長者居家安老、或鼓勵照顧者在家中照顧長者。但是，在世界各地為住宿照顧服務而設的現金資助則極為罕見。

11. 了解到資助券可能會誘發額外的需求，正如其他已發展國家一樣，我們對一個只可用於住宿照顧服務的資助券機制有所保留。因為這個機制有可能會無意中鼓勵長者過早或在不必要的情況下入住院舍，以致嚴重地削弱我們提倡「居家安老」的政策目標，及對公共資源造成額外的負擔。大部份受訪的非政府機構都認同這看法。

12. 有關政策方案及評估的詳情，請參閱第四章。

建議方向

13. 在回顧了國際的經驗、從調查及訪問中收集到的資料，以及評估過各個可能的政策方案後，我們建議下列方向供安老事務委員會考慮：

- (a) 設立一個合適的經濟狀況審查機制，讓有真正經濟需要的長者

獲得資助住宿照顧服務；

- (b) 引入強制性試驗期，要求那些在安老服務統一評估機制下獲得「雙重選擇」的申請人，必須先嘗試使用社區照顧服務；及
- (c) 透過社會企業及私營市場的參與，擴闊社區照顧服務的範疇及覆蓋面，這亦應成為落實任何長期護理服務資助券機制的先決條件。

有關上述建議的詳情請參閱第五章。

其他議題

14. 在此項研究中，我們亦發現一些對住宿照顧服務有重大影響的相關議題，包括：醫療、輔助醫療及護理專業人員的供應、安老院舍的質素保證（尤其是私營院舍）、以及護養院宿位的供應。詳情請參閱第五章。

第二章

研究背景

回顧的必要

人口老化和長期護理服務需要增加

15. 由於醫學日益昌明，人均預期壽命延長，再加上出生率下降，香港跟其他已發展國家一樣逐步地面對人口老化的挑戰。香港年滿六十五歲人口的比例由一九八六年的 7.6%，升至二零零六年的 12.4%。截至二零零六年，680 萬的香港人口中，853 000 人年滿六十五歲，而年滿六十歲的人口比例則已達 16.2%(中華人民共和國香港特別行政區政府統計處，2007b)。同一份報告指出，年滿六十歲的人口比例將於二零二六年達 29.5%，即 240 萬人，而年滿六十五歲的人口比例則預計會增至 21.9%，即 180 萬人。老年撫養比率已由一九九一年的 124，升至二零零六年的 168，而該數字則預計會於二零三六年升至 425(中華人民共和國香港特別行政區政府統計處，2007a)。繼日本之後，香港現在是全亞洲長者人口比例第二高的地區。

16. 跟其他高齡化社會相似，除了長者人口數目和比例上升外，人口老化亦意味著預期壽命更長。在二零零六年，香港出生時的平均預期壽命，男的是 79.4 歲，女的為 85.5 歲。(中華人民共和國香港特別行政區政府統計處，2007a)

17. 在二零零八年，流金頌計劃完成了一項有關長者生活狀況的國際比較研究，將香港長者的生活狀況跟一些已發展國家包括日本、新加坡、澳洲、美國和英國比較。研究主要就三個範疇進行比較，分別是營養和與健康有關的生活方式、社會網絡和社會參與及健康狀況。總括來說，研究指出香港長者的生活都是健康和積極的。

18. 該流金頌計劃的研究(2008)更指出，香港長者患有高血壓和糖尿病的情況和其他國家相似，患病比率分別為 40%和 16%。至於心臟病和其死亡率的情況，香港則比其他國家為低。癌症死亡率的情況亦與心臟病的情況相同。

19. 該流金頌計劃的研究(2008)進一步顯示，在所研究的國家中，香港長者的自我照顧能力和日常獨立活動能力相對較高，亦即香港長者的身體狀況相對較好。至於多發病患的情況，香港長者比一些研究

所涵蓋的國家為佳；而香港長者對自我健康狀況的看法都是正面的，這與研究所涵蓋的其他經濟體系相同。

20. 香港長者的健康狀況普遍令人滿意，主要是由於香港有方便的公共醫療服務和社會的整體生活水平有所改善。

21. 不過，縱使醫學不斷進步，都不能完全地遏止身體自然生理的衰退。隨着壽命不斷延長，無可避免地長者人口中將會有越來越多身體衰弱的長者。多年來，本地研究都指出相當多的長者正面對一般健康的問題(包括生理和心理) (Chi and Lee, 1989; Chi and Boey, 1994; 中華人民共和國香港特別行政區政府統計處，2004)。二零零九年就長者的社會與人口狀況、健康狀況及自我照顧能力所進行的主題性住戶統計調查發現很多長者都有長期病患：在年滿六十歲並在社區居住的長者中，70%有一種或多於一種的長期病患，而當中 63%有高血壓和 20%有風濕(主題性住戶統計調查第四十號報告書，中華人民共和國香港特別行政區政府統計處，2009)。約 77 800 名在社區居住的長者日常活動有困難(主題性住戶統計調查第四十號報告書，中華人民共和國香港特別行政區政府統計處，2009)。

22. 體弱和長期病患是引致長者經常求診的原因。根據醫院管理局的統計數字，長者人口(年滿六十歲)佔全港人口約 15%(二零零四年資料)，但其醫院服務使用率(以留院日子計算)卻佔總使用率的 50%(HA, 2005)。

23. 痴呆症是一種會令年老病患者自理能力下降的疾病，而香港長者患上痴呆症的情況亦令人關注。一項本地研究顯示，香港 4%的年滿六十五歲或 6%年滿七十歲的長者患有痴呆症；而由六十五歲開始，患痴呆症的機會更每 5 年增加一倍 (Chiu et al., 1998)。在二零零六年，衛生署和香港中文大學進行一個研究，發現 1.2%年齡介乎六十至六十五歲的長者及 32%的年滿八十五歲的長者患有痴呆症。研究更估計在二零零六年，約 70 000 名社區居住的長者患有痴呆症 (Lam et al., 2007)。

香港的院舍入住率偏高

24. 隨着身體日漸衰弱以致自理有困難，部份長者因而需要使用政府資助或自負盈虧的長期護理服務。絕大多數的香港長者都希望在一個人自己熟識的環境安老，並繼續得到家人、朋友和鄰居的支援。多項的研究發現，在世界各地的長者和其家人都希望居家安老，而不是入

住安老院舍 (Allen, Hogg and Peace, 1992)。最近，一項研究曾調查 435 位剛開始在香港使用長期護理服務的長者，結果顯示 73.5%的受訪者表示同意或非常同意「在家接受家居照顧服務比住宿照顧服務為佳」的說法(Lou et al., 2009)。

25. 與此同時，香港政府的政策是推廣社區照顧和居家安老。政府資助本地非政府機構營辦多種不同的社區照顧服務，包括改善家居及社區照顧服務、綜合家居照顧服務和日間照顧服務。

26. 儘管如此，香港的院舍入住率(接近7%年滿六十五歲的人士)比其他國家約1%至5%的入住率為高。而院舍照顧宿位的數目在香港長者人口中的比率也相對其他國家為高，如表2.1所列：

表 2.1 院舍入住率與院舍照顧宿位與長者人口的比例 ^{#1}		
	院舍入住率	院舍照顧宿位與長者人口中的比例
香港	6.8% (2009)	1:15 (2009) [@]
中國	1.0% (2008)	1:119 (2007) ^{# 註2}
台灣	2.0% (2009)	1:37 (2009) [@]
日本	3.0% (2006)	1:38 (2007) [#]
新加坡	2.3% (2006)	1:35 (2006) [@]
澳洲	5.4% (2006)	1:17 (2007) [@]
英國	4.2% (2004)	1:55 (2005) [*]
美國	3.9% (2004)	1:23 (2007) [@]
加拿大	4.2% (2003)	1:10 (2002) ^{#註3}

註 1: 除非特別註明，長者人口是指年滿六十五歲的人士
 註 2: 長者人口是指年滿六十歲的人士
 註 3: 長者人口是指年滿七十五歲的人士
 @ 包括資助與非資助院舍照顧宿位
 # 沒有指明院舍宿位的性質
 * 只包括英國全民健康服務的院舍照顧宿位
 資料來源：部份數據是收集自不同的資料來源。從互聯網搜集的數據是於二零零九年六月三十日收集。
 香港 - (院舍入住率) 社會福利署,(比例) 社會福利署 (2009)及統計處 (2009)
 中國 - (院舍入住率) 中華人民共和國民政部 (2008); (比例) 中華人民共和國民政部 (2008)
 台灣 - (院舍入住率) 內政部統計處 (2009); (比例) 內政部統計處 (2009)

澳洲 - (院舍入住率) 經濟合作發展組織(2009); (比例) 經濟合作發展組織(2009)

英國 - (院舍入住率) 經濟合作發展組織(2009); (比例) 經濟合作發展組織(2009)

美國 - (院舍入住率) 經濟合作發展組織(2009); (比例) 經濟合作發展組織(2009).

加拿大 - (院舍入住率) 經濟合作發展組織(2009); (比例) RJ Currie (2002).

日本 - (院舍入住率) 經濟合作發展組織(2009); (比例) 經濟合作發展組織(2009).

新加坡 - (院舍入住率) Integrated Health Services Division and Healthcare Finance Division (2006); (比例) Integrated Health Services Division and Healthcare Finance Division (2006)

27. 由於家庭規模縮小，照顧家中長者的能力下降、越來越少成年子女與年邁父母同住和香港狹少的居住環境都是導致香港院舍入住率高企的原因。根據觀察所得，促使長者入住院舍的關鍵因素包括身體因中風、痴呆症或骨折而突然轉差和離院後缺乏過渡性的支援。

28. 另一方面，各樣不同的社區照顧服務有助延遲或預防過早或不必要地入住院舍。如離開醫院後能得到有效的康復支援，部份長者是可以在一定的支援下重回社區生活。有見及此，臨床加上社區的支援，可以滿足離院後長者的需要。根據受助者生理上和家庭上的需要，靈活地結合社區照顧服務和住宿照顧服務可為他們提供雙向的支援，從而避免離院後不必要地入住院舍。

香港長期護理服務的融資和服務供應的模式

長期護理服務 – 概況

29. 長期護理服務由多種不同的服務組成，能夠令體弱長者有尊嚴地生活，並維持生活質素在一個合理的水平。其中兩種主要服務包括：1)社區照顧服務；2)院舍服務；和其他輔助性服務，包括3)周邊服務(例如：接送、個案管理、資訊及轉介和入息保助)；4)住屋選擇(例如：輔助式照護、退休社區、統一設計和遠距離健康護理和設施)；5)保障服務(例如，監護，收款人代表)(Wilber, Schneider & Thorstenson, 1997:21)。本文所指的長期護理服務只局限於1)社區照顧服務(包括家居為本及中心為本的服務)和2)住宿照顧服務。

30. 不論在一九九七年前或後，香港政府一直本著「居家安老」的

宗旨來發展長者的長期護理服務，並致力支援長者與家人同住或在一個熟悉的環境安老。自一九七七年開始，政府的社會福利政策均以此為方向，而政府亦在一九九一年的社會福利白皮書「九十年代的社會福利與展望」再次重申此項政策。

31. 為確保長期護理服務能夠服務有確切需要的長者，政府在二零零零年引入了安老服務統一評估機制，以評估申請人的在長期護理方面的服務需要和確定他們的申請資格。

32. 跟其他已發展國家相似，香港的長期護理服務包括社區照顧服務(家居為本和中心為本的服務)和住宿照顧服務。政府沒有在其行政架構下直接提供服務，而是透過撥款給服務營運者提供社區和住宿照顧服務。社署則負責監察營運者的服務質素。私營市場在提供長期護理服務方面亦扮演重要角色。以下段落闡述香港所提供的長期護理服務及相關的問題。

住宿照顧服務

33. 香港的住宿照顧服務由公營和私營模式混合提供。在公營模式方面，政府向非政府機構提供一系列支援，以營運資助院舍，包括提供 1)高度資助的場地或處所；2)基建費用(用作興建、裝修、購買傢具和設備)；和 3)營運支出(職員薪金和活動開支等)。政府更鼓勵非政府機構開辦自負盈虧院舍或在資助院舍內開辦自負盈虧的宿位以滿足經濟能力較佳的長者的需要。在二零零一年，政府引入有競爭的投標方式作為選擇資助院舍服務營運者的新模式，目的是提高服務質素、鼓勵創新和增值服務以及確保成本效益。非政府機構和私人營運者都可以爭取營運資助院舍的合約(即合約院舍)。另一方面，為了縮短輪候資助院舍的時間和提高私營院舍的質素，政府亦透過改善買位計劃，購買一些私營院舍的宿位，以增加資助安老宿位的供應。在不同情況下，如獲分配資助宿位，長者只需繳付約佔服務成本 20%的服務費用，而餘額則由政府資助。

34. 在安老服務的發展過程中，非政府機構發展了兩種不同的安老院舍，以照顧不同體弱程度的長者的需要(Leung, 2001)，即護理安老院和護養院。根據持續照顧的政策方針，政府自二零零五年開始推行轉型計劃，將一些沒有長期護理元素的院舍宿位轉型為可提供持續照顧的宿位，讓長者能夠在現居的院舍繼續居住，而毋需因身體狀況轉差而遷往護養院。政府亦向資助安老院舍提供特別補助金，讓院舍為

患有痴呆症或體弱的長者提供更佳的服務。

35. 在二零零八年，香港共有超過 570 間私營安老院舍，提供的宿位約佔全港安老院舍宿位總數的 70%(包括改善買位計劃的宿位)。私營安老院舍服務不同體弱程度的長者，為他們提供不同程度的住宿照顧服務和採用持續照顧的模式 (Leung, 2001)。部份私營院舍位於較為遍遠的地區，也有部份位於擁有完善交通網絡的地點，方便長者家人與長者保持緊密的聯繫。縱使安老院舍的面積、服務質素和收費水平平均存在頗大的差異，所有安老院舍都必需符合社署安老院舍牌照的要求，提供的護理必須達可接受的程度。安老院舍的差異是由多方面的原因構成，但環境限制往往是最關鍵的因素。香港可供發展安老院舍的土地嚴重短缺，而政府津助院舍多建於公共屋邨或政府特建的大樓，而私營院舍卻大多位於租金較昂貴但空間較狹小的商業或住宅大廈內。因此，有關當局或業界似乎有需要透過制定措施以提高私營院舍的服務質素，例如：制定專業守則和護理操守、提供更多教育和訓練予不同階層的工作人員。

輪候資助院舍宿位的時間偏長

36. 下表顯示香港資助住宿照顧服務的供應情況(表2.2)：大部份的安老院舍宿位均是私營，佔62%；其次是由非政府機構營運的津助安老院舍及私人或非政府機構營辦的合約院舍提供的宿位，佔23%；另有9%是政府在改善買位計劃下向私營安老院舍購買的宿位；其餘6%則是由非政府機構營運的自負盈虧院舍宿位或合約院舍內的自負盈虧宿位。

表 2.2 香港不同種類安老院舍²的宿位數目
(截至二零零九年五月)

安老院舍種類	自負盈虧及合約院舍(非資助宿位)	津助及合約院舍(資助宿位)	改善買位計劃的資助宿位	私人安老院舍	總數
宿位數目	4 755	16 477	6 614	45 109	72 955
%	6	23	9	62	100

37. 現時，私營或自負盈虧安老院舍的宿位空置率約32%，顯示社區的住宿照顧服務有使用不足的問題。因此，我們應善用現時市場上未被充分利用的資源，尤其在市場劃分方面，能夠負擔較高服務費用

²表中並不包括 656 個沒有長期護理元素的資助宿位，因該些宿位的性質不在本研究的範疇。

的人士應被分流往消費較高的私營市場。

38. 另一方面，現時資助院舍有一個頗長的輪候名單：截至二零零九年八月，約 25 000 位申請者已在社署的中央輪候名冊登記，輪候資助長期護理服務。這是由多個原因造成：第一，這可能反映出體弱長者的數目正在增加；第二，這可能顯示長者(和其家人)對資助安老院舍的質素更有信心；第三，因為申請資助院舍服務只需通過安老服務統一評估機制，而不設入息審查；最後，也是最重要的，是長者或其家人只需繳付非常低廉的服務費用便可入住資助宿位。

39. 如表 2.3 所示，截至二零零九年八月，輪候資助護理安老和護養院宿位的時間分別大約為 22 和 40 個月：

表 2.3 輪候資助護理安老/護養院宿位的時間(月) ^註	
護理安老宿位	
津助和合約院舍	32
參與改善買位計劃的私營院舍	8
	平均 22
護養院宿位	40
資料來源：社署網頁(擷取日期：二零零九年九月十六日)	
註：包括一般和優先個案	

	自負盈虧/ 合約院舍	資助/ 合約院舍	改善買位計 劃的院舍	私人院舍	輪候人士 ^註
年滿六十歲的 綜援受 助人	不適用	13 574	3 602	25 375	9 076
宿位 總數	4 778	17 157	6 621	44 967	不適用

註：因為一些輪候人士正居於自負盈虧/合約院舍或私營院舍的非資助宿位，所以「輪候人士」欄中的數目可能會跟其他項目的數目有所重疊。

40. 在二零零八至零九年度，政府投放約18億元資助非政府機構透過津助/合約院舍模式提供資助院舍宿位，另外約4.5億元則透過改善買位計劃，購買私營院舍的服務。另外，現時有不少居於資助或私營院舍的長者正領取綜援(表2.4)，實際上構成政府間接地資助長者使用住宿照顧服務。截至二零零九年五月，有43 607位正領取綜援的長者使用住宿照顧服務(佔所有使用住宿照顧服務的長者的75%)。然而，不是所有正使用非資助宿位並領取綜援的長者都有長期護理服務的需要，因為使用非資助院舍服務並不需經過安老服務統一評估機制(除非宿位由合約院舍提供)，縱使他們正透過領取綜援獲得政府的間接資助。

社區照顧服務

41. 「居家安老」是香港大部分長者的意願。最近一項研究顯示住在院舍的長者比住在社區的長者有較高程度的抑鬱，而長者亦較傾向使用社區照顧服務(Lou, et al. 2009)。此研究亦發現54.8%至70.0%不同組別的受訪者表示社區照顧服務可幫助他們居家安老。國際間，長者傾向選擇社區照顧服務而非院舍服務其實是相當普遍。一項美國的研究顯示，大多數的長者寧可居家安老(Callahan, 1992)。另一項於一九九九年美國完成的研究亦顯示家居服務和輔助居住安排，能填補年滿65歲的長者因減少使用護養院所產生的服務空隙 (Bishop, 1999)。英國一項研究指出長者視「家」為最理想的地方，接受照顧直至終老(Gott, et al., 2004)。

42. 由於香港私營市場上只提供非常有限的社區照顧服務，所以服務一般都是以公營模式提供，由政府資助非政府機構營運(表2.5)。營運資金大部份是來自稅收，只有很少部份來自服務收費。

表 2.5 社區照顧服務的統計數字 (截至二零零九年三月)

	改善家居照顧服務	綜合家居照顧服務 (體弱個案)和(一般個案)*	日間照顧服務
服務量	3 466	1 120 個體弱個案和沒有一般個案	2 234
使用者總數	2 758	1 099 個體弱個案和 19 764 個一般個案	2 895
每宗個案的按月成本	\$3,062	\$1,330 (體弱個案和一般個案的平均數)	\$6,100
全年開支	\$88 500 000	\$453 300 000	\$156 600 000

* 一般個案的申請者無需通過安老服務統一評估機制。

43. 與輪候資助院舍服務的時間比較，輪候資助社區照顧服務的時間相當短，日間護理服務平均的輪候時間是七個月，為體弱人士提供的家居照顧服務的輪候時間則約為兩個月。同時，社區照顧服務有較大的彈性，尤其是家居照顧服務，因為它較少受到環境限制，例如是住宿設施的限制。

44. 隨著人口老化，社會對社區照顧服務的需求亦日漸增加。現時，社區照顧服務主要由政府資助的非政府機構營運，私營社區照顧服務的市場佔有率則相當低。長者安居服務協會是一個少數值得留意的私營社區照顧服務營運者。該協會成立了一所名為「管家易」的社會企業，為不同人士，包括長者，提供上門家居服務。長者及其家人可以選擇多套不同的服務組合，例如：家居清潔、膳食、護理、個人照顧、護送服務、認知訓練、體能訓練及指導、照顧者訓練等。使用者可以根據個人的特別需要和負擔能力，自行選擇服務的組合。

45. 我們觀察到家人在家中照顧體弱長者的能力每況愈下，雖然政府已增設一些過渡性服務，如在二零零八年推出的「離院長者綜合支援試驗計劃」，為剛離開醫院的長者提供服務，惟服務供應仍然相當有限。由於支援服務不足，本來可以居家安老的長者，可能會選擇入住安老院舍，有關的趨勢令人憂心。

46. 我們有必要著手處理市民大眾對住宿照顧服務的偏重及社區照顧和復康服務發展的不足。政府應發展更全面和方便的社區照顧服務以供選擇，而服務的融資模式亦需要重新檢討，提供更能持續和公平合理的服務。

47. 另一方面，正如其他有提供社區照顧服務的國家，照顧長者的負擔很大程度上會落在其家人身上，尤其是家中的女性。有見及此，在「護老培訓地區試驗計劃」(試驗計劃)實施後，政府在二零零七年十月至二零零八年底向長者地區中心提供一筆過五萬元的種子基金，用作發展自費的護老員服務。在完成訓練課程後，約66%試驗計劃參加者已加入護老員的行列，提供服務包括短暫照顧、陪同長者參與戶外或閒暇活動和陪診、透過家訪提供情緒支援和護送服務等。這些都是收費的服務，目的是補充現時的長者社區照顧服務及提供另類個人化的長者和護老者照顧服務。

長期護理服務的融資

48. 人口老化和預期壽命的延長，使長期護理服務(包括社區和住宿照顧服務)的需求不斷增加。因此，我們應更善用現時私營/自負盈虧市場的空置宿位，以滿足長者對長期護理服務的需要。

49. 如果繼續依賴現時長期護理服務的財政來源，即大部份的資源都來自政府稅收，這必定會為公共財政帶來沉重的負擔。此外，現時並沒有機制篩選出一些有經濟能力的申請者，隨著人口老化，這會大幅地增加現時服務供應系統的壓力。輪候服務人數會不斷地上升，而輪候時間也會相應地不斷延長。

50. 有見及此，有意見主張採取另類長期護理服務供應和融資的方式。有學者提出資助長期護理服務應引入經濟狀況審查(Chou, Chow & Chi, 2005)；鼓勵私人機構在服務提供上擔當一個更積極的角色，以滿足一些有經濟能力及可負擔私人市場價格的長者的需要；實行資助券制度(Chi, Lam, & Chan, 1998; Leung, 2001; Chi, 2001; Chou, Chow & Chi, 2005)，為長者和家人提供更多長期護理服務的選擇，以

及設立長期護理服務保險(Chi, 2001)。

51. 在這個背景下，香港有需要尋求其他可行的服務供應和融資方法，亦構成是次研究的背景。

研究目的

52. 是次顧問研究的目的主要是探討：

- i. 如何集中資助住宿照顧服務的資源於最有需要的長者身上；及
- ii. 如何推動進一步發展優質的私營住宿照顧服務，並鼓勵個人、家庭和社會共同承擔責任，以照顧長者的長期護理需要。

53. 除以上的目的外，是次研究也嘗試探討推出附有經濟狀況審查的財政資助計劃可帶來的影響，即向長者提供資助安老宿位服務資助券和其他配套措施(例如：共同支付或額外補助)，以達到以上的目的。

54. 爲了實現政策方向和回應長者居家安老的訴求，是次研究亦探討如何優化社區及住宿照顧服務。

研究方法

55. 由於是次研究所牽涉的議題廣泛及需要搜集的數據範圍覆蓋很廣(包括定性和質性的數據)，所以本研究採用了下述的多種方法。

文獻回顧

56. 研究團隊已回顧本地和海外已完成和進行中的有關研究的文獻，作爲是次研究的參考。

57. 研究團隊亦搜集了大量有關長期護理服務的政策和措施的資料，包括 19 個經濟合作及發展組織成員國和一些亞洲國家或經濟體系的融資模式和服務的範圍和變化，以提供一個框架對比香港的情況。

58. 研究團隊亦細察了香港現存的經濟狀況審查制度，這可作爲日後若推行資助院舍的財政資助(資助券)計劃時，引入經濟狀況審查提

供參考。

訪談

(a) 面對面訪談

59. 在研究期間，總共有 2 183 名年屆六十五歲的長者及 1 144 名年齡介乎四十五至六十四歲即將步入晚年的中年人接受面對面訪問。為使研究覆蓋可能會使用住宿照顧服務的不同背景人士，在抽樣方面分了六個類別，分別是(表 2.6)：

- a) 在社署中央輪候名冊，等候資助住宿照顧服務，但沒有使用資助社區照顧服務和較低照顧程度的資助住宿照顧服務的人士(徵求他們對使用資助券購買非資助院舍服務的意見)；
- b) 在中央輪候名冊輪候資助院舍服務和正在使用資助社區照顧服務的人士(徵求他們對使用資助券購買非資助院舍服務的意見和如何協助他們繼續留在社區安老)；
- c) 正使用資助社區照顧服務，而沒有在中央輪候名冊中輪候住宿照顧服務的人士(找出如何幫助他們繼續留在社區和他們對資助券制度的意見，因為他們有可能使用住宿照顧服務)；
- d) 正住在私人或自負盈虧安老院舍但沒有在中央輪候名冊輪候住宿照顧服務的人士(找出他們對資助券制度的意見，因為他們有可能使用資助券)；
- e) 上述種類人士和現時社會服務使用者的照顧者(他們被揀選為受訪對象是因為他們熟悉長期護理服務。因此，他們對資助券制度的意見相當重要，包括甚麼因素會影響他們是否讓長者居家安老)；及
- f) 不同經濟狀況的社區人士。

(b) 電話訪問

60. 除了與以上類別的長者及中年人進行面對面訪談外，是次研究亦有尋求一些在社區居住和正使用遙距健康網絡來照顧個人健康及家居安全的人士的意見。這個組別包括一部份正使用長者安居服務協會「一線通平安鐘服務」(平安鐘)的 24 小時聯絡系統的人士。使用者只需要按鈕便可跟工作人員通話，而工作人員亦能分辨出使用者的身份，從而提供適切的支援服務。

61. 透過抽樣方式，共有 400 位年滿四十五歲而認知程度符合要求

的平安鐘使用者被揀選為是次研究的受訪者(表 2.6 的第七組)。為防止重複訪問，在進行電話訪問前，我們會先核對受訪者是否曾接受面對面訪問。

表 2.6 面對面訪談的抽樣框架

	年齡 ^註	45 - 64	65 或以上	不能辨認	抽樣方法
	受訪對象類別				
1	在中央輪候冊但沒有使用資助社區照顧服務/較低照顧程度的資助院舍服務的人士	8	495	2	從中央輪候冊中隨機抽樣及在長者地區中心和長者鄰舍中心便利抽樣
2	在中央輪候名冊和正使用資助社區照顧服務的人士	9	423	1	從中央輪候冊中隨機抽樣及從正使用社區照顧服務的人士、長者地區中心和長者鄰舍中心便利抽樣
3	只使用資助社區照顧服務但不在中央輪候名冊的人士	17	416	1	透過社署從正使用社區照顧服務的人士中隨機抽樣 從正使用社區照顧服務的人士中便利抽樣
4	正居於私營/自負盈虧安老院舍人士但沒有在中央輪候名冊的人士	8	103	2	便利抽樣
5	社會服務使用者和上述第一至四組人士的照顧者	531	273	2	便利抽樣
6	社區人士 (包括不同經濟狀況的人士)	571	473	1	隨機抽樣(社區調查)
	總數=3 336	1 144	2 183	9	
7	平安鐘使用者	17	382	1	隨機抽樣

註：資助住宿和社區照顧服務是供年滿六十五歲的體弱長者使用，不過介乎六十至六十四歲的長者如有確切需要，亦可以使用該些服務。

訪問主要資訊提供者

(a) 政府官員

62. 政府在綜援、公共房屋分配和醫療收費減免計劃都設有經濟狀況審查，當中實際執行、人力需求和行政費用開支的經驗都值得參考。因此，社署、房屋署和醫院管理局的官員都被邀請接受訪問。

63. 最近，政府推出學前教育學券計劃(學券計劃)和長者醫療券試驗計劃(醫療券計劃)。為搜集有關落實資助券制度的資料和經驗，我們曾訪問教育局的官員，而衛生署亦有提供書面回覆。

(b) 安老院和社區照顧服務的營運者

64. 在資助券計劃下，我們需要訂立一個讓安老院舍加入的機制，因此，是次研究邀請了兩個私人安老院聯會的代表進行訪問。

65. 由於約 30%的安老宿位是由津助的非政府機構提供，所以有必要訪問非政府機構的代表，以了解如有關政策改變會如何影響它們的財政和營運。除了安老院舍的營運者，是次研究亦就資助券的實施訪問社區照顧服務營運者的意見。本研究總共訪問了 15 個營辦津助安老院舍和(或)社區照顧服務的非政府機構。

聚焦小組

66. 我們曾為社區照顧服務使用者、中央輪候冊的輪候者和私人院舍的使用者和其照顧者舉辦聚焦小組。有關討論的內容有助我們從持分者搜集質性的研究數據，並對相關的議題作出一個更全面的評估，用以設計問卷和進行整體分析。

現有數據的分析

67. 為了取得最廣泛的有關數據，研究團隊分析由有關政府部門提供的數據檔案，當中包括：

(a) 社會福利署

68. 社署保存了資助和私營安老院舍的資料，本研究擷取以下資料作深入的預測分析：

- i. 二零零四至二零零八年度安老服務統一評估機制的累計數據；
- ii. 住宿和社區照顧服務的資助/公共開支；
- iii. 綜援的受助個案及支出；及
- iv. 住宿照顧服務使用者中綜援受助人的百分比。

(b) 統計處

69. 以下數據由統計處提供：

- i. 二零零六年中期人口統計；及
- ii. 二零零四及二零零八年有關長者的社會與人口狀況、健康狀況及接受長期護理需要的主題性住戶統計調查。

政策方案和影響分析

70. 根據國際社會經驗的回顧、研究下各項調查的結果、現有資料的分析、透過訪問長期護理服務的營運者和有關政府官員所取得的資料等，研究團隊會探討各種不同政策方案的利弊，以迎合人口老化對於長期護理服務的需要。

第三章

海外其他地方在提供長期護理服務的供應及融資方面的經驗

國際環境 – 公營或私營模式

71. 國際間，不同國家採取不同的模式來提供社會服務，包括1) 國家主導模式、2)傳統混合經濟模式、3)現代混合經濟模式、以至4) 市場主導模式(Johnson, 1999)。從表 3.1可見，這四個模式可被視為國家和市場之間的取捨或不同程度的結合，即國家、非牟利機構及市場可以混合的模式在提供服務方面擔當不同的角色。

72. 根據集中的程度，醫療服務的提供模式可以另一分類劃分：1) 中央規劃及管理；2)公共及私營混合的國家醫療服務；3) 公共及私營混合的社會保險；及 4)分散的多元模式(Lassey, Lassey & Jinks, 1997)。

表 3.1 提供社會服務的不同模式

方向	國家主導模式	傳統混合經濟模式	現代混合經濟模式	市場主導模式
服務提供	政府	● 政府 ● 志願機構	● 政府 ● 志願機構 ● 商業機構	● 商業機構
經費來源	政府	● 政府 ● 私人資金	● 政府 ● 私人資金 ● 服務收費	● 服務收費
管理	政府	● 政府 ● 自治的機構	● 政府 ● 自治的機構 ● 市場	● 市場

資料來源: Johnson, N. (1999). *Mixed economies of welfare: a comparative perspective*. New York: Prentice Hall. P. 24.

73. 以經濟先進及發達國家為例，它們的醫療/保健和長期護理服務，皆以全民普及或選擇性提供(經濟狀況審查)為服務準則。英國、澳洲和加拿大採用了全民普及的國民保健服務計劃 (NHS)，國民可享用免費的醫療服務。但對於長期護理服務，縱使這些提供全民免費醫療服務的國家，也不會以同樣的形式，提供照顧性質 (即非治療性質) 的服務。相反，該些國家是有選擇性地提供服務。一般來說，在選擇

性的模式下，長期護理服務的申請準則主要有三項：1)年齡，2) 身體機能的喪失程度，及3)經濟狀況(資產及收入)(Wilber, Schneider & Thorstenson, 1997:19)。

74. 全球的長期護理服務「所得到的資源一直以來都遠比急症護理為少」，這相信是由於個人照顧服務是由低技術及低薪的工人提供，因而具所謂「低技術/ 高接觸」的性質 (Wilber, Schneider & Thorstenson, 1997:17)。再者，有關長期護理服務融資模式的發展，亦往往在醫療融資模式發展之後。由於是次所研究的國家的長期護理服務供應及融資模式，都參照該國醫療服務發展的基礎，因此，我們可從各先進國家醫療服務的融資模式當中窺探各國長期護理服務的融資模式的發展情況。

75. 環顧全球醫療服務的融資模式，可理解為公私營之間不同程度的結合，即共同和個人責任之間的平衡。具體的融資模式可分為五大類：1) 稅收；2)社會保險；3)社區為本保險；4)私人保險；及5)用者自付(OECD, 2000; Bennett & Gilson, 2001)。新加坡採取一個較為獨特的醫療服務融資模式—「個人儲蓄戶口」，有別於前文所述的五大類別。已發展國家的長期護理服務，其融資模式很大程度是從醫療服務的模式演變出來。表 3.2 列出全球六種可行的醫療/長期護理服務融資模式：

表 3.2: 主要醫療/長期護理服務融資模式分類						
性質	公營			私營		
責任	共同負擔			個人負擔		
制度	1	2	3	4	5	6
機制	稅收	社會保險	社區為本的保健保險	私人儲蓄戶口	私人保險	用者自付
經費來源	政府收入	強制性供款/ 僱主及僱員的保險費	自願性供款/ 特定團體會員的保險費 (如：工業)	個人的強制性供款	自願性供款/ 個人的保險費	直接付款 (現款支款)
資料來源: 修改自 OECD (2000). <i>A System of Health Accounts</i> http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf (擷取日期: 二零零八年八月十二日); Bennett, S., & and Gilson, L. (2001). <i>Health financing: designing and implementing pro-poor policies</i> . DFID Health Systems Resource Centre						

http://www.wemos.nl/Documents/dfid_pro_poor_health_financing.pdf (擷取日期: 二零零八年八月十二日)。

76. 若以集中的程度劃分，醫療服務及長期護理服務供應及融資模式可根據表 3.3分類。

表 3.3: 以集中的程度劃分醫療服務及長期照顧模式				
種類	中央規劃及管理	公共及私營混合 (國家醫療服務 模式)	公共及私營混合 (社會保險模式)	分散式/ 多元化 模式
國家/ 地區	中國 (一九八零年代 前)	澳洲，加拿大， 英國 中國(一九八零 年代後)，韓國， 香港 (@)	德國，日本，荷 蘭，盧森堡，新 加坡 (#)	美國，台灣
中央化 的程度	政府中央控制， 提供資金及管理	←—————→		分散式及私營控 制， 提供資金及管理
特徵	<ul style="list-style-type: none"> ● 所有主要決策及財政承擔來自中央政府 ● 服務由政府不同級別的部門負責及管理 ● 為所有國民提供普及服務 	<ul style="list-style-type: none"> ● 計劃及管理由中央政府負責 ● 指定的項目分散地由政府較低層的部門負責 ● 服務提供者是獨立的，但由政府密切監督 	<ul style="list-style-type: none"> ● 由政府不同級別的部門計劃及監督 ● 服務的經費來自社會保險，由獨立業界從業員及志願團體提供 	<ul style="list-style-type: none"> ● 最少政府責任 ● 政府服務只選擇性地提供給特別的社會群體 ● 服務的計劃、管理、經費主要由私營機構負責
資料取自及修改自: Lassey, M.L., Lassey, W. R. & Jinks, M.J. (1997). Health care systems around the world: characteristics, issues, reforms (p317-319). N.J.: Prentice Hall. @ 在香港，大部份住宿照顧服務由政府提供津貼予非政府機構/私人營運者供應宿位，或由政府提供間接資助(以綜援形式)支付安老院舍院費。 # 新加坡採用「儲蓄戶口」政策，被視為「社會保險」中一個特殊的項目。				

77. 香港政府已在醫療改革諮詢文件中建議了一系列醫療服務的融資模式(中華人民共和國香港特別行政區政府食物及衛生局，2008)。這些不同的模式已概括地列於表 3.4。

表 3.4 醫療輔助融資的六個不同方案

(節錄於醫療改革諮詢文件，食物及衛生局，香港特別行政區政府 2008年3月)

(甲) **社會醫療保障**：要向在職人士徵收佔入息若干百分比的金額，作為全民社會醫療保障之用。

(乙) **用者自付費自 (收費)**：提高公營醫療服務的收費。

(丙) **醫療儲蓄戶口**：規定指定組別人士將部分收入存入個人的醫療儲蓄戶口(可選擇投資)，以支付自己未來的醫療費用。

(丁) **自願醫療保險**：鼓勵市民自願購買市場上的醫療保險。

(戊) **強制醫療保險**：規定指定組別人士購買由政府規管的個人醫療保險。

(己) **個人康保儲備**：規定指定組別人士將部分收入存入個人健康保險儲備戶口，可用作退休前後的強制醫療保障供款，又可作為退休後的儲備(可作投資)，以支付其包括醫療保險費等的醫療開支。

78. 以下段落闡述不同機制或模式的特色，並會深入分析各模式的優點和限制，為在香港發展一個可行及可持續的長期護理服務融資模式提供參考。

79. 在提供服務的時候，那些實行以稅收或公共撥款模式來支持護理照顧服務的國家一般會採用選擇性的機制，並設有經濟狀況審查機制，以評估服務使用者的資產及入息狀況。考慮到服務使用者的經濟狀況及對長期護理服務的負擔能力，經濟狀況審查的目的是確保某些指定組別的人士能享用到照顧服務。這亦是理解到如採用全民普及模式提供長期護理服務，將會對政府造成沉重的經濟負擔，尤其當長者人口不斷地增加，及附帶的高發病率，會加劇對服務的需求。

普及或選擇性的供應—稅收模式及社會保險模式

80. 經濟合作與發展組織(經合組織)的一份報告(OECD, 2005)，曾對十九個經合組織國家進行研究，當中七個國家(即奧地利、德國、日本、盧森堡、荷蘭、挪威及瑞典)為國民提供綜合的長期護理服務。這個安排跟該些國家的醫療服務安排一致，並妥善地與其社會保障系統結合。這些提供全民普及和全面長期護理服務的國家，其長期護理服務的開支，佔其國民生產總值0.8%至2.9%。

81. 然而，這七個提供全面長期護理服務的國家也存在重大的區別：北歐國家(即挪威和瑞典)和奧地利選擇以稅收為本的機制，而

荷蘭、德國、日本和盧森堡則選擇建立全面的長期護理服務社會保險。值得注意的是，為提供全面的長期護理服務，北歐國家和奧地利採用高稅率，例如：挪威、奧地利和瑞典的個人稅率分別可達48%、50%和57% (www.worldwide-tax.com 2009)。因此，該些稅制跟香港簡單的稅制截然不同的。相比國際間水平，香港的稅率屬於低。

82. 其他十二個國家（即澳洲、加拿大、韓國、匈牙利、愛爾蘭、墨西哥、新西蘭、波蘭、西班牙、瑞士、英國和美國）在提供長期護理服務時，會透過經濟狀況審查評估使用者的收入和資產。在這些國家，長期護理服務佔當地國民生產總值的開支0.2%至1.5%。

83. 設有社會保險計劃的國家(即德國、日本、盧森堡和荷蘭)，領取退休金的人士需要直接支付或從退休金扣除保險費。直接從退休金當中扣除保險費可為有關的保險計劃提供結構上的保證。

84. 不過，在實行強制性社會長期護理保險前，值得汲取有關經驗，以確保機制能暢順運作。第一，共同負擔的機制（如日本、德國）有助減少濫用或過度使用長期護理保險所提供的服務。第二，評估需要的服務（通常以長者的體弱程度決定）應是客觀和公正。這可避免「壓抑」老人對長期護理服務的實際需要，例如：在日本，一些使用者或其家庭成員會要求重新評估有關長者的護理需要，以減少所接受的服務，從而減低共同負擔的金額。第三，應當避免「逃避財務責任」的問題，特別是醫療（治療）與長期護理服務（護理）範疇之間的分界面。一般來說，醫療服務比社區長期護理服務昂貴；因此保險公司或代理都會傾向避免使用者入住醫院，以減少賠償給使用者的金額。當服務的資金分別來自中央(或聯邦)和地方政府時，「逃避財務責任」的問題也可能出現，因為不同層面的政府會盡量避免提供較昂貴的服務，以減輕財政負擔。

85. 不論採用以稅收為本或保險為本的機制，以至採取普及或選擇性的供應方式，該些已發展國家都已建立一套健全的退休保障制度，提供經濟保障予退休長者。因此，在大多數的情況下，該些國家的退休人士，通常需要支付長期護理服務的費用，例如透過支付保險費的形式（如德國、日本）自行繳付「補差額」，以攤分長期護理服務的費用。

私人保險

86. 雖然服務的供應通常涵蓋「公營」或「私營」模式，然而，在

經合組織國家當中，私人長期護理保險並不是一個主流的融資模式。話雖如此，與提供家居照顧服務相比，私人保險或自費的安排在提供住宿/院舍模式的長期護理服務方面更為普遍。在有提供全面公營長期護理服務的經合組織國家（如北歐、荷蘭、日本和盧森堡）或那些採用一個較傾向「私營」的長期護理模式的國家當中，根本不存在或只有相當有限的私人長期護理保險。與其他國家相比，私人的長期護理保險較流行於法國和美國。不過，即使在美國，私人保險亦只佔長期護理服務總費用的 4%。私人的長期護理服務保險不太流行，可歸因於低需求和有限的供應(Colombo and Tapay, 2004)。

個人存款賬戶——新加坡的獨特個案

87. 新加坡是一個個別和特殊的例子，它們的長期護理服務既不是以稅收為基礎，也不是採用保險的融資模式，而是採取一個儲蓄戶口的供款模式(Phua 2001)。由政府管理而供款來自僱主和僱員的中央公積金，滿足了市民及其家屬的各種需求，包括住房、教育、醫療、以及長期護理服務。新加坡政府提倡個人承擔福利責任的美德，從而制訂中央公積金作為一項基本的融資模式，以提供各種社會服務。除此以外，新加坡政府亦充當輔助或補充的角色，支持一些非政府機構提供服務予那些經過經濟狀況審查評估為赤貧的人士。

提倡社區照顧服務的國際趨勢

88. 國際間，有相當多的政府透過現金或資助券（在聯邦，省或市政府的層面）給予服務使用者及／或其家人各式各樣的資助，讓他們可以選擇所需的長期護理服務，亦鼓勵長者居家安老或讓家人在長者的住所提供照顧。這種資助可理解為一種「消費者主導的照顧」，讓使用者或其家人有更多選擇來決定不同家居照顧的服務組合。在經合組織國家當中，美國在發展消費者主導照顧方面擁有最悠久的經驗，部份計劃的發展有超過二十年的歷史。

89. 在提供實物(服務)和現金支援的國家，長者可二選其一。在德國甚至能選擇把兩個類別的支援結合起來。但是，在一般的情況下，現金支援的金額水平會較實質服務為低。

90. 由於社區為本的家居護理服務在長者居家安老方面扮演一個重要的角色，國際間的趨勢是透過資助長者和其家人，讓長者能夠居家生活，避免過早和不必要地入住院舍。在美國，社會健康維護組織 (the Social Health Maintenance Organisation) 和 Program for All

Inclusive Care for the Elderly (PACE)成功地為一般(Eleazer and Fretwell, 1999)和部份居住環境欠佳的長者(Mai and Eng, 2007)提供社區為本的家居照顧服務。在澳洲，「社區安老照顧」計劃 (Community Aged Care Packages) (CACP)協助長者留在社區安老而不需入住安老院舍。在加拿大，Integrated System of Care for the Frail Elderly (SIPA)為居住在社區的體弱長者提供綜合護理服務，減少離院病人需要輪候護養院宿位，減幅達 50%(Beland et al., 2006)。在義大利，由家庭護理服務提供的綜合社區保健和個案管理服務，有助改善長者的身體活動機能和減慢他們認知能力的衰退(Bemabei et al., 1998)。

91. 社區安老的傾向可解釋為何在所研究的國家中，「資助券」或現金資助只局限於家居護理，而不包括院舍服務。回顧經合組織二零零五年的報告，在所有十九個經合組織國家當中，只有奧地利在聯邦和省的層面上提供普及現金資助讓國民入住院舍，而其他國家只會直接提供住宿照顧服務。我們可以理解以上的做法是希望透過提供更多彈性和金錢誘因，鼓勵長者及／或其家庭護老者延長長者在社區生活的時間和避免長者過早入住院舍。

92. 以金錢誘因來提倡家居照顧可採用不同的方式。荷蘭的「個人預算」計劃 (Personal Budgets)就是在此範疇當中最具規模的一種(Lundsgaard, 2005)。然而，特別值得參考的是美國的「現金及諮詢」計劃 (Cash & Counseling programme)，該計劃為醫療輔助計劃 (Medicaid)的受惠者提供一份「預算」，讓他們可以選擇個人護理服務，聘請專人照顧，甚至購買護理器材。該計劃包含「諮詢」的元素，長者在管理預算方面可得到專業的意見(Cash and Counseling homepage, 2009)。

資助券的資助模式及需考慮的問題

93. 「資助券」的概念始見於一九五零年代諾貝爾獎得獎者密爾頓弗德曼(Milton Friedman)的市場經濟理論。他的經濟邏輯建基於重視多元化和接受不同的個人價值。資助券允許人們追求各自不同的利益。及後，哈佛大學社會學系教授詹克斯 (Christopher Jencks)提出「受管制資助券」的概念。在此概念下，選擇和競爭應在一個由政府規範的框架內運作，其規則應建基於某些社會價值，例如社會公義。資助券的理念在一九八零年代列根政府時期得以落實(Moe, 2000)。

94. 實施資助券機制時，需要考慮一系列的問題，包括：公平、效

率、減低成本、選擇上的限制、其他計劃／服務的替代、增加競爭、價格管制／供應商的操控(資助券引致的提價趨向)、用戶選擇供應商的知識和能力，以及品質改進等(Steuerle, 2000a)。

資助券增加消費者的購買力

95. 資助券機制的其中一個好處是可以釋放本來投放於受資助券資助的服務或商品的家庭資源。資助券可產生「可替代的」作用，以改善家庭的預算。在此方面，資助券可直接或間接地給予使用者購買力。

資助券優化消費者的選擇

96. 某程度上，資助券可為消費者提供選擇，但也可以為消費者設置規範性或禁止性限制。一方面，資助券的受惠者可以選擇產品或服務的提供者，不論公營或私營，牟利或非牟利的機構。另一方面，資助券亦可限制可購買的產品和服務的範圍。因此，資助券是一個很好的政策工具，提供一個「中等」程度的選擇 (Steuerle, 2000a:5)。政策制訂者應充分考慮和參考計劃的目標和原則，以設計資助券的範疇和規範。

資助券可能提高價格

97. 除了正面的作用外，資助券本身亦存在一些問題。由於資助券會增加對受資助的產品或服務的需求，有關服務和產品的價格有可能會被提高。這可能會對現時或將來的服務使用者造成不良的影響，反之資助券可能對服務和產品的供應者更為有利。

有關公平的問題

98. 公平的問題涉及制定合乎資格的標準是否合理和公平，以惠及最有需要的人士。普及的供應模式也許看來公平，但其實亦有其問題，因為社會資源會被分配給一些不需要政府資助券補助依然可以負擔產品／服務費用的人士。

99. 「公平」的問題亦取決於營運環境是否自由和公平，及有否免費及可用的市場訊息讓使用者作出選擇。在一個只有少量供應商的環境或一個扭曲的市場，經常出現的情況會是小部份供應商會比其他的供應商佔有更有利的位置，而資助券的得益者會是這些較佳或較強的

供應商。雖然這樣可淘汰市場上表現不理想的供應商，但同時亦局限了消費者的選擇。

共同承擔的原則

100. 透過自行支付部份費用，使用者可選擇質素更理想的安老服務，從而改善私營/自負盈虧安老服務的質素。再者，這亦可體現讓使用者共同承擔責任的好處，而不單依賴政府的資助。這同時可避免在其他沒有共同承擔元素的機制下可能會出現的「道德危機」問題。

資助額 - 按比例或固定金額

101. 實施津貼或資助券有兩個可行方式：(一)按比例及(二)按固定金額。德國採用前者，使用者可申領實際金額的某個百分比。這可鼓勵有能力支付較高金額的人士使用市場上較佳的服務，從而刺激服務的提升。

102. 但按比例的方法亦有其本身存在的問題。第一，這方式需要查核不同服務提供者的收費，因而需要較高的行政費；第二，因為不同服務提供者採用不同的收費，政府有困難在財政方面作出估計及預算；第三，這方式可誘發服務提供者增加收費；及第四，「道德危機」問題，雖然使用者需要分擔較高的費用，但他們會趨向使用較高檔次的服務。

103. 在固定金額的方法下，所有合資格人士都會得到劃一的資助，這方式的好處是行政簡單及合乎成本效益。這亦可讓政府能根據受惠人的數目而作出總開支的預算。

104. 另一方面，固定金額方法與累退稅的機制相似，不論費用多少都只提供固定金額的資助，這會減低使用較高檔次服務的誘因。但如果容許使用者自行支付部份費用，固定金額的資助券仍可鼓勵使用者選擇較高檔次的服務。

層遞的資助額(資助券)模式

105. 在制定一個可行的經濟狀況審查機制以分配資助服務時，必須在公平和效率之間取得平衡。

106. 正如上文所述，「公平」是指分配機制應以負擔能力來決定資

助金額，即有能力自行負擔較多的人士相應會得到較少的資助，而真正需要較多資助的人士會得到足夠的資助金額。因此，層遞的資助額能有效反映不同程度的負擔能力。

107. 另一方面，效率是指在經濟狀況審查及決定資助金額時，應盡量簡化有關的行政程序。如果設定一個很多級別的層遞機制，會令決定資助金額的程序變得累贅。

監管的問題

108. 要有效推行資助券計劃，也取決於有效地監管消費者和服務供應商。對消費者的監管首先涉及資格審核的問題，接著是資助券使用的範圍和方式。就可提供的產品和服務，服務供應者亦必須符合有關的質素要求。

為消費者提供資訊

109. 此外，如果有關質素和定價的市場資訊並不全面，可能會導致用戶的期望和實際的消費出現配錯。「資訊分歧」通常存在於學歷較高、知識較豐富和流動性較強的人士與那些在上述各方面均較弱的人士之間，從而構成社會經濟狀況的另一種區別。

應用範圍

110. 如果推行資助券，最理想的做法是在一開始時，能夠包含市場上全部有關的服務或產品。如果局限於較狹窄的範圍，資助券可能不會在整體市場的供求上發揮明顯的影響，反而有可能會扭曲價格機制和供應數量。舉例來說，若只在局限的服務範圍內推行資助券，可能不能有效地吸引新供應商進入市場，因而整體供應亦不會相應地增加以抵銷引進資助券所引致的價格上升。

111. 在推行資助券制度時，應該考慮到個人在服務需要上的差異，例如不同使用者需要不同治療或不同程度的護理，因此資助券的價值亦需因應個別不同需要而相應調整。有見及此，資助券通常會根據一些客觀標準作出調整，以反映相關需要和服務成本。以「房屋資助券」為例子，資助券的價值需要根據家庭的大小而調整。根據美國的經驗，有關的調整也需要考慮不同的服務性質和地區(由於經營成本的差異)。「醫療保險和醫療服務中心」(The Centres for Medicare &

Medicaid Services (CMS)) 根據「稅收和財政責任法」(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA))制定「已調整的人均費用」方式(‘adjusted average per capita cost’ (AAPCC)) 為醫療資助券訂定金額，以切合不同地方和成本的需要 (Reischauer, 2000: 420)。

112. 同樣地，由於照顧服務需要根據不同體弱程度而提供不同程度的護理，資助券的價值也需要相應地調整。

可持續的推行模式

113. 再者，如推行資助券計劃，較可取的做法是設定一個較長的實施期，才可對市場服務的供求產生持續的影響。如果資助券只是短暫性地推行，消費者或許會猶豫使用有關計劃，因為他們會擔心若資助券計劃終止，便無法負擔有關費用及維持使用該些產品或服務。在供應商方面，它們亦會擔心資助券所誘發的需求未能持續，因而抑制增加供應或改善服務質素。

政府的財政承擔

114. 實施資助券制度未必會減少政府在提供福利服務方面的財政承擔，反之可能會誘發市場上的需求，促使政府提供資助券給予更多的使用者。當然，政府可以修改審批的資格來限制或縮減範圍，但此舉帶有政治風險，因為公眾已經成為既得利益者及懷有取得該資助的合理期望。

對香港的啓示

115. 回顧國際間在長期照顧和融資模式的經驗，一個以公帑資助和非供款形式的制度通常都是選擇性地提供服務。這是因為在有限的公共收入下，政府應該最有效率地運用資源，並將服務給予最需要的人士。長遠來說，鑑於香港奉行低稅制，我們難以維持一個高度資助的長期護理服務供應模式。國際間，這種選擇性的服務供應模式大多需要設立經濟狀況審查，以確定那些服務使用者需要資助來支付服務的費用。

116. 不論是那一種融資方式，長期護理服務都可以透過實質(服務)或金錢(津貼或資助券)或者兩種模式組合提供。服務使用者最能受惠於金錢資助(或資助券)，因為金錢資助提供較大彈性和給予消費者更多選擇。國際間，金錢資助(或資助券)通常都是應用於社區照顧服務

而非住宿照顧服務。

117. 在制定社會政策的過程中，香港長者的財政狀況是一項主要的關注議題。多項本地研究顯示，現時這一代長者的財政狀況在某程度上並不理想，箇中的原因很多，首先，他們大多都並未受惠於任何退休保障計劃；第二，他們的低學歷和技能局限了他們在年青時只可從事低收入的工種；第三，低收入同時削弱他們的儲蓄能力。然而，隨著二零零零年強積金的實施和社會經濟環境的轉變，我們預期未來新一代的長者將有較好的財政狀況去安排一個長遠的退休計劃，包括照顧有關醫療和長期護理服務的需要。

118. 有見及此，政府可能需要繼續以公帑資助的模式為當前相對貧乏的長者提供服務；繼而開發新的服務供應和融資模式，回應未來經濟條件較佳並可參與供款的長者的需要。

119. 關於資助券的資助模式，我們在考慮過不同的關注點後，認為採用「層遞式固定金額」的模式有不少可取之處，即可按市民的經濟狀況，給予不同程度的資助。在決定資助券的價值時亦需要考慮多項的因素，如私營安老宿位的每月收費、輪候不同津助宿位的時間、長者(及/或其家人)願意付出的金額(即額外補助)及長者的財政狀況等。

120. 國際經驗和趨勢都指出居家安老的方向，而非入住院舍。香港政府的政策亦與這方向和長者的意願一致。然而，當接受護理需要評估的時候，大部份長者(和/或其家庭成員)在可選擇的情況下仍然較傾向選擇院舍服務。因此，我們應該加強力度和推出政策措施，以扭轉過早或非必要地入住院舍的問題。在此方面，我們應認真考慮以實際服務或現金誘因，鼓勵長者和其家庭成員選擇家居護理服務。香港可參考海外的經驗，例如：「個人預算」，「現金及諮詢」及類似的計劃。

121. 考慮到目前香港透過安老服務統一評估機制安排的政府資助長期護理服務的特質，其中一個可行的方法是在獲准接受資助住宿照顧服務前，長者必須曾嘗試使用社區照顧服務一段時間。

第四章

回應長者長期護理需要的政策方案

122. 本章概述各項回應香港社會高齡化所產生的長期護理需要的可行方案。下文探討四個方案的利弊，以及對社會、服務及經濟的影響。具體來說，這些影響包括對中央輪候冊的資助護理安老宿位輪候人數及時間的轉變，在資助及私營市場上住宿及社區照顧服務的運作，以及公共開支。四個方案包括：(一)維持現況(根據以往增加資助護理安老宿位數目而按年增加)；(二)調整「雙重選擇」的安排，積極鼓勵長者使用社區照顧服務；(三)引入經濟狀況審查機制；以及(四)引入附有經濟狀況審查的住宿照顧服務資助券計劃。

123. 在以下討論中，「長者」或「使用者」指那些已通過社署安老服務統一評估機制審核，並符合使用長期護理服務的體弱長者。社區照顧服務則指由長者日間護理中心、改善家居及社區照顧服務，以及綜合家居照顧服務(體弱個案)所提供的服務。

提供更多院舍宿位作為持久的措施

124. 在現行政策下，政府向非政府機構或合約營運者撥款，以提供住宿照顧服務(資助或合約院舍)，並透過改善買位計劃向私營安老院舍購買宿位，以滿足中央輪候冊上合資格長者的服務需要。二零零九年七月，政府透過上述三個途徑，合共提供約 21 000 個護理安老宿位。在這些宿位中，14 391 個由資助或合約院舍提供，而餘下的 6 614 個則按改善買位計劃提供。政府已承諾增加資助院舍宿位，以配合日益上升的需求。以二零零九至一零年度的財政預算案為例，政府已預留撥款，透過改善買位計劃提供額外 500 個院舍宿位。此外，政府亦會興建新合約院舍，提供 142 個宿位。

125. 這個方案的問題是，即使政府按現時的步伐繼續增加資助院舍宿位，預料新的供應亦未必能夠趕上因人口老化而上升的需求，這意味著長者需要繼續輪候資助院舍宿位。

126. 除此之外，長遠來說，增加新的宿位會向社會傳達一個訊息：政府支持體弱長者入住院舍，以滿足其長期護理需要，這與政府一向推動「居家安老」的方向背道而馳。再者，這個方案未能迎合世界趨

勢，即為長者提供社區為本的長期護理服務。鼓勵「居家安老」或善用社區照顧服務的其中一個方案，是檢討現時「雙重選擇」的安排。下文各段會加以論述。

調整「雙重選擇」的安排

127. 除每年增加宿位來吸納中央輪候冊增加的申請者外，改變現時「雙重選擇」的安排，也是縮短中央輪候冊的另一方法。「雙重選擇」是申請者在接受安老服務統一評估後所得的其中一個服務建議，即申請者同時符合接受住宿及社區照顧服務的資格。如申請者願意，他們可在獲配宿位前先接受社區照顧服務，因為社區照顧服務的輪候時間一般較住宿照顧服務為短。一些個案的申請者，可在評估後立即獲安排接受社區照顧服務。

128. 社署的統計數字顯示，約有 50%的長者接受安老服務統一評估後取得「雙重選擇」，當中超過九成的長者會選擇申請住宿照顧服務（不論只申請住宿照顧服務或兩項服務都申請），而不會只選擇社區照顧服務。因此，調整「雙重選擇」的安排，會對輪候院舍服務的時間有重大影響。假如有一半符合「雙重選擇」的長者申請人轉為只採用社區照顧服務，在二零二零年輪候資助護理安老宿位的時間會縮短至不足一個月，而輪候冊更會於二零二三年消失。如果採用更進取的方法，即取消「雙重選擇」（「雙重選擇」的申請人只可使用社區照顧服務），輪候冊便會於二零一三年消失。

129. 從社會影響的角度考慮，假如大多數「雙重選擇」的申請人都獲安排使用社區照顧服務，資助院舍宿位便可分配給只獲建議接受院舍服務的長者。鑑於這些長者的體弱程度，缺乏家人支援，或居住環境存在風險，只有住宿照顧服務才可配合他們的需要。換言之，院舍宿位可在較短時間內分配給最有需要的長者。

130. 由於現時資助護理安老宿位的成本，較資助的日間護理中心或家居照顧服務為高，調整「雙重選擇」中接受社區照顧服務的百分比，會影響相關的財政安排。另一方面，如政府擴展社區照顧範疇鼓勵長者使用社區照顧服務，也可能會改變財政方面所受的影響。因此，目前難以確定調整「雙重選擇」對財政的影響。

131. 雖然鼓勵或強制要求中央輪候冊取得「雙重選擇」的申請人轉為使用社區照顧服務，有助善用這項服務，並可推動「居家安老」，但可能會招致公眾批評當局剝削長者的選擇。即使把現時「雙重選擇」

的申請人數凍結(即他們不會受新安排影響)，新申請者及其相關人士亦可能期望會有同一程度的選擇。為回應上述關注，當局應有相應措施擴展社區照顧服務，以滿足受影響申請人的需要。政府須投放額外資源加強社區照顧服務，並容許服務組合有更大彈性，以吸引更多使用者。

分配資助院舍宿位時引入經濟狀況審查機制

132. 如第二章所述，政府已在資助院舍服務供應上投放大量資源，包括直接提供資助院舍的宿位，以及間接對大部分私營安老院舍使用者提供經濟援助(綜援)，因為只有少數私營安老院舍的使用者是自費的。因此，大部分住宿照顧服務的供應都可視為公眾資助模式。隨着人口不斷老化，長遠會為庫房帶來沉重的負擔。

133. 此外，現時資助院舍宿位的分配基本屬於「普及化」性質，申請人只需接受安老服務統一評估機制評核體弱程度及其他因素，但經濟狀況不在評估之列。這可能會把有限資源錯配給不需政府資助的人士，亦會惹來公帑分配不公的非議。因此，有需要設立機制，以最公平有效的方式把公帑分配給最需要院舍服務的人士。

經濟狀況審查機制的利弊

134. 雖然國際間的經驗(已在第三章詳述)指出，公帑資助服務大都透過經濟狀況審查有選擇性地提供，但將之引進香港，仍有可能引起爭議。這次研究透過聚焦小組，訪問主要資訊提供者，以及涵蓋不同社群的調查，包括安老服務使用者、家屬照顧者及住宿照顧服務營運者，收集了各方的意見進行分析。

135. 在各個聚焦小組及訪問中，大部分受訪者均支持在住宿照顧服務方面實施經濟狀況審查，因為他們認為應把有限的公帑公平分配給最需要的人士。經濟狀況審查可讓政府加強控制資助長期護理服務的開支。此外，在意見調查中的大部分受訪者均表示支持就住宿照顧服務實施經濟狀況審查。

136. 根據意見調查的結果，各組別有 45% 以上的受訪者，反對不考慮長者的負擔能力而把住宿照顧服務的資源平均分配，這會使每位受助者相對得到較少的資助。相反，六成多的受訪者認為，應把資源分配給有真正經濟需要的人士。在贊成住宿照顧服務資助券或沒有意見的受訪者中，超過一半的人士認為，提供資助券應以經濟狀況審查機

制為基礎，以便把資源分配給有真正經濟需要的人士。這顯示受訪者一般支持有選擇性地提供資助住宿照顧服務。

137. 雖然如此，少數人士在聚焦小組及主要資訊提供者的訪問中，尤其是非政府機構人士，表示社會可透過長期護理服務回饋曾為社會作出貢獻的長者，因此服務應該普及化(沒有經濟狀況審查)。

138. 一些受訪者對經濟狀況審查有所保留，因為他們考慮到有些長者(及家人)可能不願意公開家庭經濟狀況。根據與長者工作的經驗，很多受訪者都指出，大多數長者只會接受審查個人而不包括家人的經濟狀況。

139. 另一方面，實施經濟狀況審查需要行政費用。一些在公共或資助計劃(例如公共房屋及綜援)實行經濟狀況審查的政府部門指出，實施審查需要建立完善的機制，並要聘請大量人手查核申請者的資料。實行經濟狀況審查會有困難，尤其在核實資料方面。

140. 現時政府(房屋委員會及社署)實行的經濟狀況審查機制，規定申請人申報經濟狀況和提交相關文件，並會提醒申請人如欺詐及／或提供虛假資料會被起訴。相關機構還有一套覆核及審查機制，用以查明申請人的資格。

141. 然而，人口不斷老化是一項重大的挑戰，加上人均壽命延長引致發病率上升，因此政府必須擬訂一個在供應及財政上均可持續發展的住宿照顧服務模式。現時非供款性、近乎普及化提供資助住宿照顧服務的模式，有可能需要改為透過經濟狀況審查而選擇性地提供服務。

選擇合適的經濟狀況審查機制

(a) 參考公立醫院及診所費用減免機制

142. 現行的綜援及房屋政策均設有經濟狀況審查機制。採用經濟狀況審查選擇性地分配住宿照顧服務的最終目的並非「扶貧」。這與綜援有別，綜援的目的是為受助人提供經濟支援，包括一籃子的必需品及服務，但住宿照顧服務的分配是按服務需要而提供相關的實際服務，因此綜援可能不是合適的參考機制。同樣地，雖然住宿照顧服務可視作一種為長者而設的津貼住宿，卻有別於一般資助房屋，因為當中涉及特別的個人照顧，以配合長者的長期護理需要。因此，當局亦

未必適宜參照房屋委員會在分配資助租住公屋的經濟狀況審查機制，因為該機制沒有考慮申請者的照顧需要。

143. 另一方面，社區及住宿照顧服務可視作為需要不同程度家居或住宿照顧的體弱長者而設的「健康照顧」服務。體弱程度及個人照顧需要，是透過安老服務統一評估機制核實。由於長期護理服務與醫療服務的性質相近，因此建議參考醫管局的公立醫院及診所費用減免機制。

144. 公立醫院及診所費用減免機制是以家庭住戶每月入息中位數為參考基準。根據醫管局的準則，病人需符合兩項經濟條件，才符合減免資格：(一)病人的每月家庭入息，不超過適用於其家庭人數的家庭住戶每月入息中位數的 75%；(二)病人的家庭資產值低於適用於其家庭人數的指定上限(表 4.1)。與香港現行其他經濟狀況審查機制相若，病人家庭擁有的自住物業不計算在內。此外，病人家庭如有長者，資產限額可因應每名長者而獲提升。

145. 病人若不符合上述經濟條件，則會考慮其他非經濟因素。「其他因素」一般與健康及／或社會因素有關，例如單親家庭、疾病的性質及嚴重程度。按照以上條件，病人的每月家庭入息，若不超過適用於其家庭人數的家庭住戶每月入息中位數的 75%，會獲部分減免；而若不超過該中位數的 50%，則會獲全數減免。

家庭人數	家庭住戶每月入息中位數*	家庭住戶每月入息中位數的 75%	家庭住戶每月入息中位數的 50%	資產上限 (沒有長者成員)	資產上限 (有 1 位長者成員)	資產上限 (有 2 位長者成員)
1	6,600 元	4,950 元	3,300 元	30,000 元	150,000 元	-
2	14,000 元	10,500 元	7,000 元	60,000 元	180,000 元	300,000 元
3	18,000 元	13,500 元	9,000 元	90,000 元	210,000 元	330,000 元
4	23,800 元	17,850 元	11,900 元	120,000 元	240,000 元	360,000 元
5	29,600 元	22,200 元	14,800 元	150,000 元	270,000 元	390,000 元
6 人或 以上	32,000 元	24,000 元	16,000 元	/	/	/

註：病人家庭如有長者（即年滿 65 歲的人士），資產限額可因應每名長者而獲提升 120,000 元。
*二零零九年第二季按家庭人數釐定的家庭住戶每月入息中位數(資料來源：政府統計處綜合住戶統計調查)

146. 全面的經濟狀況審查機制通常會評估申請者的資產及經常(每月)收入，但礙於政府統計處的主題性住戶統計調查及是次研究均沒有搜集受訪者的資產數據，因此在本研究往後的推算中都沒有考慮資產因素。但值得一提的是，大多數長者都已退休，沒有太多經常收入，因此若不計算資產，頗多長者都可通過經濟狀況審查。

(b) 以住戶／家庭或個人為經濟狀況審查單位

147. 在實施經濟狀況審查機制時，可以只對服務或援助金申請人或整個家庭／住戶進行經濟狀況審查，但兩者有利有弊。

148. 假如只評估長者的經濟狀況，會有以下優點：第一，在申請社會福利時，長者會被視為獨立個體，而不納入家庭／住戶計算；第二，只評估個人經濟狀況可避免評估眾多家庭／住戶成員，可能會減少執行時間及費用；第三，可避免因要求長者公開家人經濟資料而引起爭議。

149. 如評估整個家庭／住戶，除獨居長者外，經濟狀況審查範圍會包括同住家人的入息及資產，這做法是基於多個考慮因素：第一，在香港供養父母是中國人的傳統美德；第二，調查結果顯示年長父母與成年子女之間有相當程度的兩代轉移，即長者一般會得到子女的經濟支援；第三，長者與家人同住，會分擔家庭開支，使有關住戶在生產及消費方面成爲一個單位；最後，正如現在不同社會政策下執行的經濟狀況審查機制—綜援、公共房屋、醫療費用減免及教育，這些都以家庭／住戶爲評估單位。

150. 然而，是次研究顯示，在長者受訪者中，有較多人表示在申請與長者有關的公共服務時(主要是住宿及社區照顧服務)，經濟狀況審查只應適用於申請人本身。不少非政府機構及私營安老院的資訊提供者亦支持此看法。

引入經濟狀況審查機制的影響

(a) 假設

151. 在現行機制下，申請資助院舍宿位並不需要經濟狀況審查，所以沒有過去及現在申請者的經濟狀況資料。因此，是次推算只會以中央輪候冊非綜援人士的入息作爲經濟狀況審查的參考資料。

152. 在推算過程中，會以醫管局的公立醫院及診所費用減免機制的入息限額作為參考。此外，我們只會評估長者的入息，並根據主題性住戶調查的入息項目作為計算範圍。在申請資助院舍服務時，綜援人士不需要接受經濟狀況審查。所有決定性因素都是以意見調查的結果、社署及主題性住戶調查的數據為基礎。

153. 參考醫管局的公立醫院及診所費用減免機制中一人家庭的入息，以下的分析是以 3,500 元及 5,250 元這兩個假設的數值作為申請資助住宿照顧服務的入息限額，比較不同入息限額對合資格人士的影響。長者的入息若低於這兩個限額，便符合申請資助住宿照顧服務的資格。

(b) 對中央輪候冊及輪候時間的影響

154. 假如在二零一零年實行經濟狀況審查機制，則按現時增加護理安老宿位的進度，不論採用那一個入息限額(3,500 元或 5,250 元)，對縮短中央輪候冊名單的作用不大，只對長遠的影響會較為顯著，預計對輪候時間的影響亦很少。

引入附有經濟狀況審查的住宿照顧服務資助券

155. 基於國際間的經驗，加上本地的規範價值，當局應大力推動社區照顧服務而不是鼓勵長者入住院舍。因此，如推行資助券，應有足夠的靈活性讓使用者或受惠者使用資助券支付社區或住宿照顧服務。

156. 目前，大部分社區照顧服務都是由資助的非政府機構提供。現時全港 24 隊改善家居及社區照顧服務隊⁴、60 隊綜合家居照顧服務隊及 58 間長者日間護理中心，以及長者日間護理單位的工作量已近飽和。因此，它們不可能滿足受惠於資助券計劃的新社區照顧服務使用者的需要。

157. 預計資助券可讓長者及其家人，在使用長期護理服務時有更多的選擇及更大的控制權，這樣會促進住宿及社區照顧服務私營市場的發展，例如鼓勵現時營運社區照顧服務的非政府機構擴大大自負盈虧服務的範疇。

⁴ 由二零零八年十二月起，除十八個區議會分區原有的十八支改善家居及社區照顧服務隊伍外，六支新隊伍已開始運作。成立這六支新隊伍是因為要回應特定分區與日俱增的服務需要，因此我們可假定這些新隊伍的工作量會在短期內飽和。

158. 事實上，一些非政府機構已開始探討發展自負盈虧的社區照顧服務。舉例來說，現時已有九間非政府機構參加香港社會服務聯會就自負盈虧社區照顧服務進行的研究。長者安居服務協會也有提供某些自負盈虧的社區照顧服務。

159. 然而，鑑於香港現時的私營社區照顧服務仍然不足，本章只能探討住宿照顧服務資助券的相關問題。必須強調的是，對住宿服務提供資助券或現金津貼，在國際間極為罕見(奧地利除外)，一些國家只會對社區照顧服務提供現金資助。

160. 對資助券機制的一般評價，已於第三章論述(國際環境)。下文各段會集中討論有關香港實行住宿照顧服務資助券的議題。

為何香港可考慮實行住宿照顧服務資助券？

161. 前文第二章已就香港長期護理服務的融資及供應現況作詳細論述，並指出香港實質上是採用公帑資助機制，大部分長期護理服務都由政府直接(透過資助營運者)或間接(為私營安老院長者提供綜援)提供。不過，在資助院舍宿位的分配上，安老服務統一評估機制只會評估長者的照顧需要，並沒有評估其個人及／或家人的經濟狀況。安老服務統一評估機制能透過評估長者的體弱程度，確定其使用服務的資格，以及對長期護理服務的需要，但在缺乏經濟狀況審查下，長者不論經濟能力均會獲得「普及化」資助長期護理服務。

162. 鑑於人口老化，以及因應入住院舍的長者的體弱程度需要不斷調高輔助醫療人員的薪金，以致院舍宿位的營運成本上升，這對資助機制造成沉重的財政負擔。因此，實在有需要探討引入可行機制，讓有限資源能有效分配給最需要高度資助服務的人士。

163. 政府已投入大量資源提供資助住宿照顧服務，資助院舍宿位的整體供應量已由一九九七年約 16 000 個增至現時約 26 000 個，即增長 60%。由於現時的資助宿位是普及化提供，所以不同經濟狀況的長者(及／或其家人)都透過中央輪候冊申請服務，以致輪候服務的名單不斷延長。現時，中央輪候冊的申請者需要等候頗長時間才可獲分配資助或合約院舍宿位(在二零零九年八月，資助護理安老宿位平均輪候 32 個月，療養院平均為 40 個月)，而等候改善買位計劃宿位(護理安老程度)的時間相對較短(在二零零九年八月，平均時間為八個月)。雖然政府已承諾長遠逐步增加資助院舍的宿位，但在短時間內增加宿

位受到各種因素限制。這些限制涵蓋各關鍵範疇，例如護士人手不足，以及缺乏適合提供住宿照顧服務的地點(尤其是療養院)。因此，有需要探討各種方法，讓輪候冊的申請者可經其他途徑獲得優質而合適的長期護理服務。

164. 國際經驗顯示，現金資助或資助券都是可行的方法，能為服務使用者提供更多消費選擇，並讓他們更靈活獲得所需的服務。假如提供住宿照顧服務資助券，中央輪候冊的一些申請者會使用資助券，轉而購買私營或由非政府機構營辦的自負盈虧住宿照顧服務。這樣可使急需院舍服務人士加快獲配宿位，從而縮短中央輪候冊名單。

引入住宿照顧服務資助券計劃對使用者的影響

165. 如果沒有住宿照顧服務資助券計劃，當長者變得體弱時，他們(及／或其家人)未必會採用住宿照顧服務，而可能會選擇社區照顧服務或非正規照顧。家人或專業人士的意見可能會影響長者的選擇。但住宿照顧服務資助券的出現可能會影響長者、其家人，甚至專業人士的選擇。長者可能會決定或被慫恿入住院舍而不考慮居家安老。因此，引入住宿照顧服務資助券計劃可能會引致額外的資助住宿照顧服務需求，結果導致長者提早或在不必要的情況下入住院舍。

166. 是次研究所進行的意見調查顯示，較多不同類別的受訪者支持「資助券機制」。如落實有關機制，在受訪者當中，不論那一類別，都有相當比例的人士願意接受資助券。是次研究亦探討受訪者對資助券自行補貼餘額的接受程度。在訪問中，訪問員會先向受訪者簡述現時津助院舍、合約院舍及改善買位計劃的資助額，繼而詢問受訪者，如政府實行資助券，讓他們可立刻自行在私營市場選擇合適的安老院舍，他們願意付出多少自行補貼餘額。「願意付出」的中位數金額，由居於私營安老院舍的長者的 750 元至中央輪候冊或社區人士的 1,750 元不等。

167. 在住宿照顧服務資助券計劃下，綜援人士應沒有能力透過自行補貼餘額購買私營或自負盈虧的宿位，結果只可繼續在中央輪候冊等待編配資助宿位。另一方面，那些經濟能力較佳並通過建議經濟狀況審查的人士，便可立刻選擇在私營市場購買宿位。

168. 正如上文所述，我們預計引入住宿照顧服務資助券計劃可能會縮短中央輪候冊名單，但在實行後，可能會引致額外需求，即原本不需要住宿照顧服務的長者會因而申請住宿照顧服務資助券。換言之，

接受資助住宿照顧服務的長者人數，可能會因引入住宿照顧服務資助券計劃而大增。

引入住宿照顧服務資助券計劃對服務提供者的影響

169. 是次研究訪問了 17 位非政府機構的住宿照顧服務及私營安老院舍的營運者代表，收集他們對引入住宿照顧服務資助券計劃的意見，尤其是實施經濟狀況審查對服務提供及執行的影響。

170. 首先，由於需求、消費者的選擇和期望增加，加上來自資助券的收入，非政府機構及私營安老院舍的受訪者，都認同引入住宿照顧服務資助券可促使私營安老院舍改善服務質素。

171. 如果實行住宿照顧服務資助券計劃，一些非政府機構會採用市場主導策略發展更多自負盈虧的住宿照顧服務，並向有能力自行支付餘額的人士提供服務。一些機構更主張，把自負盈虧住宿照顧服務與它們現有的資助服務聯繫起來，以便充分利用專業資源。

172. 一些非政府機構受訪者視資助券計劃為提供更多增值或另類長者服務的機會或誘因，並可填補現有服務的空隙。一間大型的非政府機構甚至表示，他們已作好準備提供自負盈虧的社區照顧服務，以配合推行資助券，因為他們已在不同地區營運自負盈虧的家居照顧服務。他們亦建議需要中介機構輔導長者，如何透過資助券選擇合適的服務，以及管理資助券的使用情況，從而使長者在照顧服務方面有最大得益。這與美國及英國的「現金及諮詢」或「個案管理」模式相若。

173. 正如前文所述，一些非政府機構營運者(大多是歷史悠久的大型非政府機構)反映，它們不能發展新增或大規模的自負盈虧住宿照顧服務，因為開設市場主導服務不是機構的願景或長期策略。它們的服務是由需要主導，如果它們繼續維持高質素的服務，便不能以較低價錢競爭。另一方面，它們亦關注醫療護理人員的短缺，這個問題是擴大或發展社區照顧服務或住宿照顧服務的主要障礙。再者，它們亦憂慮實行資助券計劃，會令現有資助模式產生巨變，使資助來源變得不穩定，因而影響現有服務的質素。

引入住宿照顧服務資助券計劃的其他考慮因素

174. 鑑於推動社區照顧和支援服務是國際趨勢，而政府亦鼓勵「居家安老」的理念，資助券的涵蓋範圍應盡量擴闊，以促進居家安老，

例如包括社區照顧服務及家居改裝服務，使長者的居住環境得以改善。這一點獲得很多非政府機構受訪者的認同。

175. 雖然與資助市場比較，現時的私營社區照顧服務仍未成熟，但引入資助券計劃(如適用於住宿及社區照顧服務)可鼓勵非政府機構及私營營運者探討如何發展自負盈虧的社區照顧服務(詳見第五章)。所有非政府機構的受訪者都贊同，資助券應適用於社區及住宿照顧服務，以免鼓勵長者過早或不必要地入住院舍，亦可實踐政府在施政報告中推動居家安老的目標。另一方面，一些非政府機構營運者指出，由於資助或合約院舍受長者歡迎，他們對社區照顧服務資助券能否吸引長者放棄輪候資助或合約院舍仍有疑問。

176. 事實上，一些非政府機構已營運自負盈虧的社區照顧服務，引入社區照顧服務資助券可鼓勵非政府機構進一步擴大現有的非資助服務範疇，或發展更多綜合社區照顧服務，以迎合社區長者照顧的需要。它們亦大力主張長期護理服務資助券應適用於住宿及社區照顧服務，使社區長者可因應個人身體情況靈活選擇所需的服務，以及按需要轉換服務。詳情可參考第五章所述有關現時一些非政府機構及長者地區中心近期的發展。

177. 資助券的行政程序應盡量簡化，好讓長者及院舍營運者有效地使用，以及減少行政及財政費用。

178. 在任何情況下，如長者及／或其家人突然無力支付較高端服務的費用餘額，院舍營運者應有相應的措施，處理突發的情況，並應避免強制長者離院或停止服務。

179. 再者，經濟狀況審查的水平應隨社會環境而調整，如跟隨消費物價指數及／或住戶入息中位數。

180. 為使資助券計劃順利推行，相同的經濟狀況審查亦應適用於中央輪候冊的資助宿位，否則不合資格的資助券申請者(即有經濟能力者)會轉而輪候資助宿位，違反投放資源於最有需要長者的根本目標。

181. 雖然現時非政府機構在一筆過撥款機制下運作，但仍有一些關於住宿及社區照顧服務的「標準單位成本」預算可供參考，尤其是提供專業照顧的基本水平。因此，在釐定資助券的價值可參考相關的「標準單位成本」。

182. 部份經營長者服務的非政府機構代表關注，私營安老院舍可能會按資助券的金額增加院費，但沒有相應地改善服務質素。他們亦建議應設立一些機制，用以監察接受資助券的私營安老院舍的服務質素是否與收費相稱。這方面可以參考教育局的學前教育學券計劃(學券)。現行《教育條例》容許政府在批核幼稚園學費調整額時向校方發出「收費證書」。因此，政府實質上可限制接受學券機構的學費上限，以免有關學校因學券而調升學費。現時，社署透過協議條款為改善買位計劃設定收費上限，一些主要資料提供者建議，可研究把類似的行政措施應用於資助券計劃，確保私營安老院舍收費合理。

183. 要發揮資助券機制的優點，實有需要制訂促進服務改善的配套機制，尤其是私營安老院舍的服務。舉例來說，當局應鼓勵私營安老院舍參與質素保證或評審計劃，使消費者(資助券持有者)在使用資助券時，更了解不同私營安老院舍的服務質素。

184. 在這方面，改善買位計劃能有效改善私營安老院舍的質素，並提高私營安老院舍的使用率。基於長者及參與改善買位計劃的營運者均需適應政策轉變，在資助券計劃推行初期應保留改善買位計劃。雖然如此，一些受訪者指出，長遠需要檢視改善買位計劃及住宿照顧服務資助券兩者相對的可取之處。

185. 此外，私營安老院舍的服務資料，如地點、環境、服務質素、收費、營運機構等，應具更高的透明度。詳請可參考教育局公佈的學校概覽所載的營運者基本資料。現時社署亦有把住宿照顧服務的基本資料上載互聯網，但署方應考慮提供更詳盡的資料。透過提供容易查閱的資料，使用者便能作出明智的選擇，並使資助券機制的運作更具效益。

186. 在住宿照顧服務資助券機制下，應設立投訴或蒐集意見的機制，處理有關住宿照顧服務水平的查詢。這個機制應該方便使用者，但同時可以避免不合理的投訴及不必要的行政工作。有關評審、服務質素保證及資料發放，會在第五章詳述。

187. 另一方面，私營安老院營運者關注是否可以與非政府機構在同一環境下「公平競爭」。一些私營安老院營運者表示，租金是它們主要的營運成本，但對津助或合約院舍來說租金並不構成影響，因為這些院舍通常設於受資助的場所。

第五章

建議

188. 本章就長期護理服務的規劃和發展提出建議。

為長期護理服務制訂切實可行及可持續發展的融資模式

189. 面對人口老化的挑戰，香港必須制訂切實可行並可持續發展的政策及服務，以應付長者對長期護理服務不斷增加的需求。國際經驗和香港市民的意願，都與香港政府的政策方向一致，即應推廣「居家安老」及社區照顧。我們應致力鼓勵長者盡可能留在其熟悉的家居環境居住，而非過早及不必要地入住院舍。同時亦要探討如何更有效推動社區照顧服務的發展和供應，包括由私營市場或非政府機構以自負盈虧模式提供服務。

190. 長遠來說，現時政府資助的長期護理服務制度未必持續可行，因為人口老化令服務需求不斷增加，尤其是現時缺乏篩選機制識別真正需要政府財政資助的人士。

191. 如第四章所述，聚焦小組及問卷調查的大部分受訪者，考慮到應把有限的公共資源公平分配給最需要的人士，所以都支持實施住宿照顧服務經濟狀況審查。此舉亦符合政府應選擇性提供資助長期護理服務的整體趨勢。

重新考慮「雙重選擇」的安排

192. 在資助服務方面，安老服務統一評估機制會評估長者申請人的照顧需要，然後提出相應的服務建議，包括「只適合社區照顧服務」、「只適合住宿照顧服務」及「雙重選擇」（即同時適合接受社區或住宿照顧服務）。現時獲評為適合社區照顧服務及住宿照顧服務的申請人（即獲編配「雙重選擇」的申請人），90%以上會選擇申請住宿照顧服務（只申請住宿照顧服務或同時申請住宿照顧服務及社區照顧服務），與推廣「居家安老」的世界趨勢背道而馳。雖然提供社區照顧服務基本上可令不少體弱長者繼續在社區生活，但仍有一些因素會令長者及其家人傾向選擇住宿照顧服務。

193. 這些因素可能包括現時院舍宿位的分配是毋須通過一般經濟狀況審查機制分配院舍宿位、認為資助安老院舍比私營院舍較佳、資助安老院舍收費較低、家人在長者入住資助院舍後可解除照顧長者的負擔、長者在離開醫院後的即時支援服務並不足夠，以及缺乏家庭照顧者等。

194. 當局應重新檢討「雙重選擇」安排，以推廣「居家安老」。其中一個方案是取消「雙重選擇」，意即當長者缺乏家庭支援，以及不能依賴社區照顧服務留在社區居住時，才會獲配住宿照顧服務。另一方案是要求「雙重選擇」的申請人在選擇住宿照顧服務前，必須先使用社區照顧服務一段時間。此舉可讓長者在考慮住宿照顧服務前，透過社區照顧服務的協助，嘗試繼續留在社區居住。這項措施亦有助紓解過早入住院舍的問題，並可確保安老宿位會被編配給最有需要的長者。在試用社區照顧服務後，如果長者確有住宿照顧服務的需要，可獲安排安老宿位。

195. 當局更可考慮以資助券的形式向中央輪候冊申請者提供資助，讓他們可在私營或自負盈虧市場選購不同組合的社區照顧服務，但須視乎私營或自負盈虧市場是否可提供優質的社區照顧服務。舉例來說，如果在強制試用期間向中央輪候冊有「雙重選擇」的申請者提供可用於私營市場的社區照顧服務資助券，可能有更大誘因令他們使用社區照顧服務。

進一步發展社區照顧服務

196. 如第二章強調，與其他國家比較，香港有較高的院舍入住率（年滿 65 歲的長者中大約有 7%），其他國家大約只有 1%至 5%。當局應仔細分析和處理現時長者及／或其家人選擇提早及／或不必要地入住院舍的情況。事實上，本地及國際間的長者長期護理服務發展一向奉行「居家安老」的原則，強調長者年老時應與家人同住或在熟悉的環境居住。推廣社區照顧服務，可鼓勵長者使用社區照顧服務而非住宿照顧服務，並應朝這方向加強公眾教育及宣傳。

197. 此外，基於經合組織國家實行現金津貼的優點，以及是次研究發現資助券計劃受到歡迎，實有需要探討引入社區照顧服務資助券計劃。這與推廣使用者的選擇和彈性，以及最重要是與「居家安老」

的整體原則相符。如果長者（及其家人）能使用資助券選擇住宿或社區照顧服務，便可避免或減少因住宿照顧服務資助券計劃而可能誘發對院舍宿位有更大需求的問題。

198. 事實上，國際間不乏社區照顧服務資助券的例子。國際間的現金津貼通常給予社區照顧服務而非住宿照顧服務（例如美國的「現金及諮詢」計劃、澳洲的「社區安老照顧」計劃）。國際趨勢是傾向提供現金津貼幫助長者與家人居家安老，原因是社區為本的家居照顧服務對長者十分重要，並難以替代。這類服務有助避免長者過早及不必要入住院舍，從而實現「居家安老」。

199. 這種推廣居於社區而非入住院舍的傾向足以解釋，為何在研究的國家中，只有奧地利提供住宿服務資助券或現金津貼，其他國家只提供家居照顧的現金津貼。

200. 至於香港，研究所進行的意見調查結果顯示，較多來自不同組別的受訪者(由 54.8%至 70.0%)認同，社區照顧服務能幫助他們安心居家安老。同時，調查結果亦帶出一些有利於協助及鼓勵長者留在家中而非選擇安老院舍的因素包括：a) 加強長者家居照顧服務；b) 加強長者日間護理服務；c) 提供直接資助，讓長者在市場上自行選擇合適服務；d) 增加照顧者的照顧技巧訓練；e) 增加照顧者對老化過程的認識；f) 增加照顧者對痴呆症照顧的認識，以及增加長者對老化過程的認識；g) 加強社區照顧服務的宣傳推廣。

201. 是次研究訪問的非政府機構及私營安老服務的代表，都對引入社區照顧服務資助券會帶來正面影響持樂觀態度。如第二章所述，現時已有一些非政府機構／非牟利組織發展自負盈虧的社區照顧服務，以及一些長者地區中心發展收費的照顧者服務。

202. 不過，相對於私營院舍，現時私營市場的社區照顧服務尚未成熟。因此，如要引入社區照顧服務資助券，必須有成熟的私營市場，就如現時的私營院舍市場一樣，以便長者以資助券在市場上自由選擇最切合他們需要的服務。除此之外，亦應加強所提供服務的種類、使用這類服務時的彈性（例如服務時間及服務組合），以滿足不同長者及其照顧者的需要；服務質素亦應得到保證，以防止濫用資助券。如上文所述，政府應加強宣傳，鼓勵長者使用社區照顧服務。

203. 現時的社會服務、醫療及相關服務等各方面，應發揮更大的

協同作用，向有需要的長者提供全面的綜合服務，例如探討如何向離開醫院長者提供適時的支援服務，以免長者因缺乏家庭照顧者及／或相關的家居照顧服務而選擇入住院舍。由各個服務機構／單位(例如衛生署的長者健康中心、長者地區中心、長者鄰舍中心、綜合家庭服務中心)提供的服務，應加強互相協調。除此之外，在發展一些提供「一站式」和「個人化」服務的社會企業時，應從中分配資源加強對社區長者的支援。此舉亦可推動鄰里互助，甚或為有心服務長者的人士創造就業機會。

204. 值得一提的是，照顧者在支援長者「居家安老」方面擔當重要的角色。現時主要透過長者中心，例如以輔導及資訊提供的形式，向照顧者提供支援。二零零八年，政府推出「護老培訓地區試驗計劃」，目的是培訓護老者照顧長者的基本技巧。隨着人口老化及長者日漸體弱，實有需要探討如何進一步加強對照顧長者人士的支援。

其他需要考慮的相關議題

人力資源問題

205. 若要建立可行的長期護理服務供應系統，市場必須要有充足具合適資歷和熱誠的工作人員。

206. 現時，所有安老院舍除須符合《安老院條例》(香港法例第459章)所訂的發牌要求，以及遵守條例的規定外，資助安老院舍亦須符合津貼及服務協議，或相關營運者與社署所簽訂的服務合約訂定的基本人力要求。提供護養院宿位的安老院舍必須獲得衛生署按《醫院、護養院及留產院註冊條例》(第165章)發出的牌照。

207. 不過，安老照顧服務的行業人手短缺及專業培訓問題一直備受關注，尤其是向體弱長者提供特別護理照顧方面擔當重要角色的註冊護士及登記護士人手嚴重短缺。註冊護士對於護養院宿位的供應尤為重要，因為《醫院、護養院及留產院註冊條例》(第165章)規定護養院的日常運作需要註冊護士當值。目前，註冊護士嚴重短缺，已令護養院擴展服務受到限制。

208. 為應付登記護士短缺的問題，政府自二零零六年起推出為期兩年的全日制訓練課程，為社會福利界訓練登記護士。直至今日為

止，共開辦了四班，由現在開始至二零一一年會多開辦四班。八班課程會提供 930 個培訓名額。課程學費全由政府資助，但完成課程者必須承諾在畢業後於社會福利界連續工作最少兩年。第一及第二班的受訓者已於二零零八年四月及十月畢業，大約 85% 的畢業學員已加入社福界行列，這項措施在若干程度上可紓緩業界登記護士的短缺情況。

209. 除護士人手短缺外，受訪的非政府機構營運者亦關注保健護理員短缺的問題。因此，安老事務委員會與醫管局合作，推行一項為保健員而設的先導訓練課程，提升他們照顧院舍內體弱長者的技巧和能力。長遠來說，如果有更多接受優質訓練的保健員供應，保健員便能在住宿照顧服務方面擔當更加重要的角色，這樣可能會吸引年輕一輩加入這個行業。

210. 此外，在研究中很多受訪的非政府機構營運者都表示，長遠來說如果能夠增加安老院舍的人手更為理想，因為現時入住安老院舍的長者比以前體弱，需要更多人手加以照顧。對資助安老院舍來說，可能需要檢討有關服務合約或協議，以調整人手編制。要改變私營院舍的人手編制則較難，因為會涉及更改法定發牌標準。

私營院舍的質素保證及評審

211. 社會人士關注，市場上是否有具質素的住宿照顧服務。基於現時私營院舍服務質素參差，在研究訪問中的非政府機構及私營服務營運者都表示，私營市場的質素控制至為重要，尤其是如果當局日後可能會考慮實施住宿照顧服務資助券。

212. 現時由於不少私營院舍使用者都是綜援受助者，他們已成為私營院舍宿位現成的市場。因此，私營院舍缺乏尋求質素評審的誘因，以吸引更多顧客。若實行住宿照顧服務資助券機制，可能會推動私營院舍尋求質素認證或評審，有助提升服務質素，繼而吸引更多顧客自行補貼資助券的差額，以獲得更高質素的服務。

213. 社署現正透過安老院牌照事務處發牌管制，監察私營院舍。雖然發牌／監管機制可確保私營院舍符合法定要求，但仍偶有發現一些尚未達標的服務或不當行為。

214. 現時私營院舍與資助院舍在形象、質素及服務收費方面都有

差距，即使引入住宿照顧服務資助券，一些長者（及其家人）仍可能會留在中央輪候冊等候資助院舍宿位。政府或需考慮如何縮窄上述差距，以便私營／自負盈虧市場的院舍宿位物盡其用。

215. 為進一步確保私營院舍的服務質素，應有更好的途徑取得院舍的資訊，例如地點、環境、服務質素、人手、收費、營運機構。現時社署只在網頁公布安老院舍的基本資料，但長者及其照顧者應可透過便捷的途徑更容易獲得詳盡的資訊。此外，政府若推行住宿照顧服務資助券，亦應設立投訴或蒐集意見的機制，處理有關院舍質素水平的查詢。

216. 我們曾參考英國及美國等經合組織國家的做法。英國政府已要求所有國民保健服務機構製作年度報告，內容必須包括服務表現的資料，以供公眾參考。一九九八年制訂的英國國家服務綱領，列明國家標準、表現進度、服務或各類健康護理的改善時間表，以監察服務質素。自二零零一年起，當局正式成立全國健康護理事故強制匯報機制，目的是使政府資助的團體向公眾問責。在美國已實施公營計劃針對處理健康護理服務提供者(包括護養院及家居健康護理(Lundsgaard, 2005))的質素檢定及匯報機制。

217. 如上文所述，政府正透過發牌監管機制，確保私營院舍的基本服務質素。一九九八年實施的改善買位計劃，已向私營院舍提供一些誘因，在發牌要求以外，進一步改善他們的服務質素。進一步提升服務質素的可行方法之一是設立評審機制，評定營運者達到特定水平的服務質素。評審機制應獨立於政府的發牌監管機制，以免與法定發牌要求混淆。現時，香港老年學會已推行一項自願性安老院舍評審計劃，但自一九九五年計劃運作以來，已獲評審的安老院舍數目不多。二零零九年五月，香港醫護學會與香港生產力促進局共同推行名為「優質長者服務計劃」的安老服務質素保證計劃，業界的接受程度仍有待觀察。

218. 受訪的私營院舍營運者，對現時自願性質的評審機制提出多項關注。第一，直至目前為止，仍沒有一套公認或廣為接受的質素保證機制，不同的營運者會採用不同的機制，包括香港老年學會的計劃、國際標準化組織及香港管理專業協會的管理審核等。第二，評審費用高昂。第三，由於需要培訓一支合資格的評審員隊伍，加上現時院舍數目眾多，若整個私營業界均進行評審，需時頗長。

護養院宿位的供應

219. 隨着長者日漸衰弱，院舍護理環境提供的護理水平亦相應提高。現時資助／私營／自負盈虧市場有護理安老及護養院宿位，滿足不同體弱程度長者的需要。由於高齡化人口的發病率上升，預計對護養院宿位的需求會增加。

220. 資助護養院宿位的供應會受一些因素影響：第一是政府的政策方向及可供運用的資源；其次是可供使用的土地；最後是有否足夠人手，尤其是註冊護士，因為香港法例第165章規定護養院必須有註冊護士二十四小時當值。

221. 從土地的角度來說，香港法例第165章界定護養院為「醫院」，並需設於劃為「政府、機構或社區設施」用途地帶的範圍，這類土地的需求甚殷。另一方面，護理安老院可以位於劃為「住宅」及「政府、機構或社區設施用途」地帶的範圍。如果護養院要設於非「政府、機構或社區設施」用地，必須徵得城市規劃委員會批准。

222. 不過，目前的情況是大部分私營安老院舍並非位於「政府、機構或社區設施」用地。私營機構不大可能獲得「政府、機構或社區設施」用地設立牟利護養院，而且獲城市規劃委員會批准在非「政府、機構或社區設施」用地設立牟利護養院亦非易事。因此，在可見的將來，私營護養院宿位的供應仍會繼續受土地供應所限制。

223. 雖然如此，我們留意到行政長官在二零零九至一零年度施政報告，公布了一項嶄新和多管齊下的方法，以增加資助護養院宿位的供應。鑑於護養院宿位的輪候時間較長，以及私營市場的供應有限，我們傾向贊成政府集中資源增加資助護養院宿位，並期待相關安排的實施詳情。

----- 完 -----

參考資料

- Allen, I., Hogg, D. & Peace, S. (1992). *Elderly People: Choice, Participation and Satisfaction*. London: Policy Study Institute at University of Westminster.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R.M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647-653.
- Atchley, R.C. (1997). *Social Forces and Ageing* (8th Ed.). Belmont: Wadsworth.
- Bayley, M. (1977). *Mental Handicap and Community Care : a study of mentally handicapped people in Sheffield*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., & Clarfield, A. M., et al. (2006). A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological sciences and medical sciences*, 61A(4), 367-43.
- Bennet, S., Ngalande-Banda, E., & Teglgard, O. (1994). Public and Private Roles in Health: A Review and Analysis of experience in sub-Saharan Africa (p3.). *APA paper, No.6*. Retrieved Aug 18, 2008, from Division of Strengthening of Health Services, WHO website: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_ARA_CC_97.6.pdf

- Bennett, S., & Gilson, L. (2001). *Health financing: designing and implementing pro-poor policies*. Retrieved Aug 18, 2008, from Health Systems Research Centre, British Government Department for International Development DFID website:
http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_sector_financing/Health_financing_pro-poor.pdf
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., & Sgadari, A., et al. (1998) Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal*, 316(7141), 1348-51.
- Bishop, C. E. (1999). "Where Are the Missing Elders? The Decline in Nursing Home Use, 1985 and 1995," *Health Affairs*, 18(4): 146-155.
- Bogdonoff, M.D., Hughes, S.L., Weissert, W.G., & Paulsen, E. (Eds.). (1991). *The Living At Home Program: Innovations in Service Access and Case Management*. New York: Springer Publishing Co.
- Callahan, J. (1992). Ageing in place. *Generations*, 16, 5-6.
- Cash & Counseling (2009). Program Overview. Retrieved June 30, 2009, from
<http://www.cashandcounseling.org/index.html>
- Chan, A.C.M. (2001). Long Term Care for the Elderly People in Hong Kong. Paper presented at the *Annual Meeting of the Asia Development Research Forum*, held at York Hotel, Singapore, 14-15 June 2001

- Chau, P.H. & Woo, J. (2008). *How Well are Seniors in Hong Kong Doing? An International Comparison*. Hong Kong: The Hong Kong Jockey Club Charities Trust.
- Chi, I. (2001). Long-Term Care Policy for Elders in Hong Kong. *Journal of Aging & Social Policy*, 13(2/3), 137-153.
- Chi, I., & Boey, K.W. (1994). *A Mental Health and Social Support Study of the Old-old in Hong Kong*. Hong Kong: Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong.
- Chi, I., & Chow, N. (1997). Housing and family care for the elderly in Hong Kong. *Ageing International*. Winter/Spring 1997, 65-77.
- Chi, I., & Lee, J.J. (1989). *A Health Survey of the Elderly People in Hong Kong*. Hong Kong: Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong.
- Chi, I., Lam, Z., & Chan, P. (1998). *Consultancy Report on Community Support Services for the Elderly People in Hong Kong*. Hong Kong: The University of Hong Kong.
- Chi, I., Mehta, K.K., & Howe, A.L. (Eds.). (2001). *Long-term Care in the 21st Century: Perspectives from Around the Asia-Pacific Rim*. New York: Haworth.
- Chiu, H.F.K., Lam, L.C.W., & Chi, I. (1998). Prevalence of dementia in Chinese elderly in Hong Kong. *Neurology*, 50, 1002-1009.
- Chong, A.M.L. (2001). *Consumer satisfaction of Chinese residents of aged homes: Domains and determinants*. Hong Kong: The University of Hong Kong.

- Chong, A.M.L. (2003). Validating the accuracy of the resident satisfaction measure. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 18*(3), 203-226.
- Chong, A.M.L., & Chi, I. (2001). The construction and validation of a scale for consumer satisfaction of residential care in Hong Kong. *Journal of Interprofessional Care, 15*(3), 223-234.
- Chong, A.M.L., & Kwan, A.Y.H. (2001). *A Study of the Satisfaction, Intergenerational Relationship and Decision Making of Institutionalized Elderly: A Comparison of Hong Kong, Guangzhou, Shanghai And Beijing*. Hong Kong: Department of Applied Social Studies, City University of Hong Kong.
- Chou, K.L., & Chi, I. (2004). Factors associated with the use of publicly funded services by Hong Kong Chinese older adults. *Social Science and Medicine, 58*(6), 1025-35.
- Chou, K.L., & Chow, N.W.S. (2005). Income inequality among older adults in Hong Kong : an analysis of change from 1981 to 2001. *The Journal of Applied Gerontology, 24*(5), 388-403.
- Chou, K.L., Chow, N.W.S., & Chi, I. (2004). Preventing Economic Hardship Among Chinese Elderly in Hong Kong. *Journal of Aging & Social Policy, 16*(4), 79-97.
- Chou, K.L., Chow, N.W.S., & Chi, I. (2005). A proposal for a voucher system for long-term care in Hong Kong. *Journal of Ageing & Social Policy, 17*(2), 85-106.
- Chou, K.L., Chow, N.W.S., & Chi, I. (2006). Economic status of the elderly in Hong Kong:

Homogeneous or heterogeneous? *International Social Work*, 49(2), 218–232.

Chou, S.C., Boldy, D.P., & Lee, A.H. (2001). Measuring resident satisfaction in residential aged care. *The Gerontologist*, 41(5), 623-631.

Chou, S.C., Boldy, D.P., & Lee, A.H. (2003). Factors influencing residents' satisfaction in residential aged care. *The Gerontologist*, 43(4), 459-472.

Chou, S.M., Chen, T.F., Woodard, B., & Yen, M.F. (2005). Using SERVQUAL to evaluate quality disconfirmation of nursing service in Taiwan. *The Journal of Nursing Research*, 13(2), 75-84.

Chow, N.W.S. (1992). Hong Kong: Community care for elderly people. In D.R. Phillips (ed.), *Ageing in east and south-east Asia* (p.65-76). London: E. Arnold.

Chow, N.W.S. (1994). Hong Kong. In J.I. Kosberg (ed.), *International handbook on services for the elderly* (p.175-187). Westport, Conn.: Greenwood Press.

Chow, N.W.S. (1999). Diminishing filial piety and the changing role and status of the elders in Hong Kong. *Hallym International Journal of Ageing*, 1(1), 67-77.

Chow, N.W.S. (2004). Asian value and aged care. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, S21-S25.

Chow, N.W.S. (2007). Aging and the family in Hong Kong. *International Journal of Sociology of the Family*, 33(1), 145-155.

Chow, N.W.S., & Chou, K.L. (2005). Sustainable pensions and retirement schemes in Hong Kong.

Pensions, 10(2), 137-43

Chow, N., & Phillips, D.R. (1993). 1997 and its implications for migration of elderly people

in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Gerontology*, 7(2), 22-8.

Chui, E. (2008). Ageing in Place in Hong Kong – challenges and opportunities in a capitalist

Chinese city. *Ageing International*, 32(3), 167-182.

Chui, E., & Ko, L. (2007). New Wine or Old ? From Colony to SAR – Elderly Welfare in

Hong Kong. Paper submitted to *Chinese Journal of Social Work*.

Colombo, F., & Tapay, N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits

and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Papers No. 15.

Retrieved Aug 21, 2008, from OECD website:

<http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>

Congress of The United States Congressional Budget Office (2004). *Financing Long-Term*

Care For The Elderly. The United State: The United State Congress.

Dalley, G. (2000). Long-Term Care in the United Kingdom: Community or Institutional Care?

Individual, Family, or State Responsibility? *Journal of Aging & Social Policy*, 12(1),

1-5.

Davies, P.S. (2001). SSI eligibility and participation among the oldest-old: evidence from the

AHEAD. *Social Security Bulletin*, 64, 38-63.

Docteur, E., & Oxley, H. (2003). Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience.

OECD Health Working Papers, No. 9. OECD Publishing. doi:10.1787/865047648066

Eleazer, P., & Fretwell, M. (1999). The PACE model (Program for All Inclusive Care of the

Elderly): A review. In P. Katz, R. Kane, & M. Mezey (Eds.), *Emerging Systems in*

Long-Term Care Organization (pp. 88-117). New York: Springer Publishing.

Flexner, S.B. (Eds.). (1987). *The Random House dictionary of the English Language* (2nd ed.).

New York: Random House.

Gott, M., Seymour, J., Bellamy, G., Clark D., Ahmedzai, S.H. (2004). Older people's views

about home as a place of care at the end of life. *Palliative Medicine, 18*(15): 460-467.

Heuman, L.F., & Boldy, D.P. (1993). *Ageing in Place with Dignity: International Solutions*

Relating to the Low-income and Frail Elderly. Westport, Conn.: Praeger.

Hirdes, J. (2001). Long-Term Care Funding in Canada: A Policy Mosaic. *Journal of Aging &*

Social Policy, 13(2/3), 69-81.

Hong Kong SAR Government Hospital Authority (2005). *Statistical Report.* Retrieved July

13, 2009, from

http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Parent_ID=652&Content_ID=1170

Huber, M. (2005). Long-term Care: Services, Eligibility, and Recipients. *OECD Health*

Working Papers. Paris: OECD.

Integrated Health Services Division and Healthcare Finance Division (2006). Intermediate

and Long-Term Care in Singapore. *MOH Information Paper: 2006/014*.

Joanna, B., et al. (Eds.). (1997). *Community Care: A Reader* (2nd ed.). Basingstoke:

Macmillan.

Johnson, N. (1999). *Mixed economies of welfare: a comparative perspective*. New York:

Prentice Hall Europe.

Lam, L.C.W., Tam, C.W.C., Lui, V.W.C., Chan, W.C., Chan, S.S.M., & Wong, S., et al. (2007).

Prevalence of very mild and mild dementia in community-dwelling older Chinese people

in Hong Kong. *International Psychogeriatric Association*, 20(1), 135-148.

Lassey, M.L., Lassey, W.R., & Jinks, M.J. (1997). *Health care systems around the world:*

characteristics, issues, reforms. N.J.: Prentice Hall.

Lee, S.D. (2001). Exploring policy and financing options for long-term care in Taiwan.

Journal of Ageing and Social Policy, 13(2/3), 203-16.

Leung, E.M.F. (2001). Changing Needs and Changing Service Delivery for Long-Term Care

in Hong Kong. *Journal of Aging & Social Policy*, 13(2/3), 155-168.

Lou, W.Q.V., Chui, W.T.E., Leung, Y.M.A., Tang, K.L., Chi, I., & Leung, W.K.S.E., et al.

(2009). *A Study Investigating Factors that Affect Long Term Care Use in Hong Kong*.

Submitted to Food and Health Bureau Government Secretariat The Government of the

Hong Kong Special Administrative Region. Hong Kong.

Lundsgaard, J. (2005). Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons,

Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes,

Employment and Fiscal Sustainability?. *OECD Health Working Papers, No.20.*

Retrieved Aug 30, 2008, from OECD website:

<http://www.oecd.org/dataoecd/53/62/34897775.pdf>

Mai, L., & Eng, J. (2007). Community-Based Elder Care: A Model for Working With the

Marginally Housed Elderly. *Care Management Journals, 8*(2), 96-99.

Mathews, J.L. (2006). *Long-term care: how to plan and pay for it* (6th ed.). Berkeley, CA:

Nolo.

Ministry of Community and Social Service (1989). *Living in the Community: New Directions*

in Residential Services for Frail Elderly People. Ontario, Canada: Ministry of

Community and Social Service.

Moe, T.M. (2000). *Schools, Vouchers & the American Public*. Washington, DC, USA:

Brookings Institution Press. Retrieved July 13, 2009, from

<http://site.ebrary.com/lib/hkulibrary/Doc?id=10026256>

Morris, J. (1997). *Community care: Working in Partnership with Service Users*. Birmingham:

Venture Press.

Ngan, R.M.H, Leung, E.M.F., Kwan, A.Y.H., Yeung, D.W.T., & Chong, A.M.L. (1996). A

Study of The Long-Term Care Needs, Patterns and Impact of The Elderly in Hong Kong.

Hong Kong: Department of Applied Social Studies, City University of Hong Kong.

Ngan, R.M.H, Leung, E.M.F., Kwan, A.Y.H., Yeung, D.W.T., & Chong, A.M.L. (1997).

Long-term care needs, patterns and impact on the elderly in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Gerontology*, 11(2), 22-27.

OECD (2000). *A System of Health Accounts*. Retrieved August 12, 2008, from

<http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf> ;

OECD (2005). *Long Term Care for Older People*. Retrieved August 12, 2008, from

<http://caliban.sourceoecd.org/vl=3048053/cl=12/nw=1/rpsv/cgi-bin/fulltextew.pl?prpsv=/ij/oecdthemes/99980142/v2005n11/s1/p11.idx>

OECD (2009). SourceOECD OECD Health Data 2009. Retrieved July 2, 2009, from

<http://masetto.sourceoecd.org/vl=5402132/cl=14/nw=1/rpsv/ij/oecdstats/99991012/v1n1/s1/p1>

Pastalen, L.A. (1990). *Ageing in Place: The Role of Housing and Social Support*. New York:

Haworth.

Phua, K.H. (2001). The savings approach to financing long-term care in Singapore. *Journal of*

Ageing and Social Policy, 13(2/3), 169-83.

Phillips, L., Morrison, E., & Young, M.C.M. (1990). The QUALCARE Scale: Developing an

instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 61–75.

Reischauer, R.D. (2000). Medicare voucher. In Steuerle, C. Eugene (Ed.). *Vouchers & the*

Provision of Public Services. Washington, DC, USA: Brookings Institution Press,

pp.407-37. Retrieved July 13, 2009, from

<http://site.ebrary.com/lib/hkulibrary/Doc?id=10026278>

RJ Currie (2002). Nursing Home Beds in 2020: More? Fewer? Just Enough?. Retrieved July 2,

2009, from http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/pch2020_summ.pdf

Steuerle, C.E. (2000a) Common Issues for Voucher Programs. In Steuerle, C. E. (Ed.).

Vouchers & the Provision of Public Services. Washington, DC, USA: Brookings

Institution Press, pp.3-39. Retrieved July 13, 2009, from

<http://site.ebrary.com/lib/hkulibrary/Doc?id=10026278>

Steuerle, C.E. (Ed.). (2000b). *Vouchers & the Provision of Public Services*. Washington, DC,

USA: Brookings Institution Press.

Tilson, D. (Ed). (1989). *Ageing in Place*. Glenview: Scott, Foresman and Co.

Wilber, K.H., Schneider, E.L., & Polisar, D. (Eds.). (1997). *A Secure Old Age: Approaches to*

Long-term Care Financing. New York: Springer.

Wilber, K.H., Schneider, E.L., & Thorstenson, K.H. (1997). Long-term care financing:

challenges and choices confronting decision makers. In Wilber, K.H., Schneider, E.L., &

Polisar, D. (Eds.), *A Secure Old Age: Approaches to Long-term Care Financing*

(pp.11-29). New York: Springer.

www.worldwide-tax.com (2009). *Tax Rates Around the World*. Retrieved June 30, 2009, from

<http://www.worldwide-tax.com/index.asp#partthree>

中國政府新聞 (2007)。421 家庭數量激增 構建未來養老保障體系成當務之急。於 2009

年 7 月 2 日，取自網站: <http://gov.people.com.cn/GB/46737/5535823.html>。

中華人民共和國民政部 (2008)。居家養老符合中國國情-訪全國老齡辦副主任閻青春。

於 2009 年 7 月 2 日，取自網站:

<http://cbzs.mca.gov.cn/article/zgshdk/zbtj/200805/20080500015249.shtml>。

中華人民共和國香港特別行政區政府社會福利署 (社署) (2007) *社會保障*。於 2009 年

7 月 13 日，取自網站:

http://www.swd.gov.hk/en/textonly/site_pubsvc/page_socsecu/sub_socialsecurity/#SSAI

[a](#)。

中華人民共和國香港特別行政區政府社會福利署 (2009)。*安老院舍照顧服務統計總覽*。

於 2009 年 7 月 2 日，取自網站:

http://www.swd.gov.hk/en/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_residentia/id_overview

[n/](#)。

中華人民共和國香港特別行政區政府食物及衛生局 (2008)。*醫療改革諮詢文件：掌握健*

康，掌握人生。於 2009 年 7 月 13 日，取自網

站:http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/exsummary_eng.pdf。

中華人民共和國香港特別行政區政府統計處 (2001)。*主題性住戶統計調查第二十七專題*

報告書。

中華人民共和國香港特別行政區政府統計處 (2005)。主題性住戶統計調查第二十一號報告書 – 居於家庭住戶的長者的社會與人口狀況健康狀況及長期護理的需要。

中華人民共和國香港特別行政區政府統計處 (2006a)。二零零六年按住戶人數、五歲年齡組別及性別劃分的家庭住戶內的居港人口。於 2009 年 7 月 13 日，取自網站:

http://www.censtatd.gov.hk/hong_kong_statistics/statistical_tables/index.jsp?subjectID=1&tableID=159。

中華人民共和國香港特別行政區政府統計處 (2006b)。一九九六年、二零零一年及二零零六年按屋宇單位類型劃分的家庭住戶每月租金中位數及租金與收入比率中位數。於 2009 年 7 月 13 日，取自網站:

http://www.byccensus2006.gov.hk/FileManager/EN/Content_981/e107e.xls。

中華人民共和國香港特別行政區政府統計處 (2007a)。生命事件。於 2009 年 7 月 13 日，取自網站:

http://www.censtatd.gov.hk/hong_kong_statistics/statistical_tables/index.jsp?subjectID=1&tableID=004。

中華人民共和國香港特別行政區政府統計處 (2007b)。香港中期人口統計主要報告：按年齡組別及性別劃分的人口。於 2009 年 7 月 13 日，取自網站:

http://www.censtatd.gov.hk/hong_kong_statistics/statistical_tables/index.jsp?charsetID=1&tableID=002。

中華人民共和國香港特別行政區政府統計處 (2007c)。本地生產總值、本地生產總值內

含平減物價指數及按人口平均計算的本地生產總值。於 2009 年 7 月 13 日，取自網

站：http://www.censtatd.gov.hk/hong_kong_statistics/statistical_tables/index.jsp?charsetI

[D=1&tableID=030](http://www.censtatd.gov.hk/hong_kong_statistics/statistical_tables/index.jsp?charsetI)。

中華人民共和國香港特別行政區政府統計處 (2009)。主題性住戶統計調查第四十號報告

書 – 長者的社會與人口狀況、健康狀況及自我照顧能力。於 2009 年 9 月 10 日，

取自網站：

http://www.censtatd.gov.hk/freedownload.jsp?file=publication/stat_report/social_data/B

[11302402009XXXXB0100.pdf&title=%a5D%c3D%a9%ca%a6%ed%a4%e1%b2%ce%](http://www.censtatd.gov.hk/freedownload.jsp?file=publication/stat_report/social_data/B)

[adp%bd%d5%acd%b3%f8%a7i%ae%d1+-+%b2%c4%a5%7c%a4Q%b8%b9%b3%f8](http://www.censtatd.gov.hk/freedownload.jsp?file=publication/stat_report/social_data/B)

[%a7i%ae%d1&issue=-&lang=2&c=1](http://www.censtatd.gov.hk/freedownload.jsp?file=publication/stat_report/social_data/B)。

中華人民共和國香港特別行政區政府醫院管理局 (2009)。公立醫院及診所費用減免

機制(申請簡介)。於 2009 年 10 月 21 日，取自網站：

http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Parent_ID=349&Content_ID=122630

[&Dimension=100&Lang=CHIB5](http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Parent_ID=349&Content_ID=122630)。

台灣內政部統計處 (2009)。九十八年第十一週內政統計通報(97 年底老人長期照顧及安

養機構概況)。於 2009 年 7 月 2 日，取自網站：

http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=2197。

香港老人科醫學會(2008)。立法會CB(2)1059/07-08(02)號文件。於2009年7月2日，取自

網站：

http://www.legco.gov.hk/yr07-08/chinese/panels/ws/ws_els/papers/ws_els0219cb2-1059

[-2-ec.pdf](#) °