

人口老化下的長期照顧服務現況及發展



香港理工大學社會政策研究中心主任 鍾劍華博士

跟很多富裕地區一樣，香港社會的人口結構在過去二十年逐步邁向老齡化。現時，全港七百一十萬人中，65歲以上人口已超過一百萬，60歲以上人口更已是超過一百二十萬人，香港已可算是一個老齡社會了。未來廿年，於1940年代後期至60年代「嬰兒潮」出生的世代，會逐步進入老齡階段，人口老齡化的趨勢將會更為明顯。根據政府統計處的推算，至2041年，香港八百多萬人口中，65歲以上的人口將達百分之二十四，到了2047年更會接近人口總數的三成。

人口老化：從「社會現象」到「社會問題」

本來人口得享高壽，象徵社會進步，反映衛生環境改善及醫療水平提高，整體生活質素提升讓人得以活得更長壽，但同時人口老化也可被視為一個「問題」，因為這表示出生率可能追不上人口老化的速度，到了某個階段，會出現「生之者寡，食之者眾」的現象。面對人口老化，透過延遲退休及其他鼓勵勞動的政策，我們可以把個人的經濟活動年期延長，以減低對社會的依賴；同時鼓勵生育，讓青壯人口儘快得以補充。不過，大量的老年人口始終會為社會帶來一些新的需求，體弱長者及需要長期照顧的老年人，會對醫療及其他福利開支構成壓力。體弱長者及需要長期照顧的老年人會對醫療及其他福利開支構成壓力。如果整個社會不及早作出準備，人口老化確實可以演變成一個十分嚴峻的社會問題。香港社會正正是處於這樣的境況之中。

當人進入老年期，從工作崗位退下來，最重要的是有一個合理的退休收入來源，以維持合理的生活水平。在2000年底，香港政府推行「強制性公積金」制度，不過這個制度未能滿足到上述目標。對於高齡人口，除了要維持基本生活所需(包括住屋及一般日常生活的開支)之外，醫療和持續照顧所需要費用，往往亦是退休後的主要開支部分。有些人會早作籌謀，為晚年的生活及早作儲備，也有人會得到家庭成員的撫養，但一個社會如何在制度上為所有人作退休收入的部署，才是最重要。

香港的醫療服務及開支

醫療開支與長期照顧的開支雖然在定義上可區分開來，但事實上，兩者關係十分密切。從政策層面來看，它們也可以是互相補充的。對大部分人來說，醫療費用是十分高昂的，而在身體漸漸老化這一個漫長的過程裏，持續照顧所涉及的金額同樣可以是天文數字。

現時香港的醫療健康服務制度採用英國式的「國民保健服務」制度(National Health Services, NHS)。在這種體制下，醫療衛生開支主要由政府一力承擔，好處是「人人有份」，相對公平；同時，人均的醫療開支也會比實行社會保險及私人保險制度低，因為有限的醫療資源不需要耗費於分散的行政及各種審查程序上。不過，這種體制的最大缺點，除了是服務質素較低及創新能力可能會較弱外，在人口持續老化及疾病模式轉向長期病患化的情況下，政府公共財政的負擔亦會愈見沉重。因此，如何能長期、可持續地維持這種體制是一項重大挑戰。現時，奉行此制度的國家都在苦思如何推動改革，以增加其可持續性，香港也不例外，政府已意識到必須在公共資源上作出較長遠的規劃與安排。

過去二十年，香港的公共醫療開支由九十年代初的不足一百億元，上升至今天超過五百億元，人口老化及長期病患率增加正是其中最主要的原因。可以想像，在香港人口持續老化的情況下，醫療開支的增長在未來二、三十年會更多更快。香港目前的公共財政結構能否應對這一局面，確實令人十分懷疑。

自1993年起，香港政府已提出需要就香港的醫療融資作出改革。當時，時任衛生福利司長甚至公開表示，如果香港人不在政府提出的幾個方案中作出選擇，香港的醫療體制幾年之內便會因為難以負荷而崩潰。然而，醫療改革的討論已持續二十多年，政府始終沒有辦法說服市民改變吃「醫療大鑊飯」的心態，結果只能在政策制度上作出一些小修小補的改革，例如在醫院加設乙等床位，也擴大逐項收費的服務範圍等等，但基本的體制沒有重大改變。政府經常把「收回部分成本」作為醫療融資的一個考慮點，但效果十分有限。在這種由政府承包的「國民健康服務」醫療體制下，政府的政策目標只能不斷重申「不會有人因無錢而得不到合適的治療」這一個服務承諾。

對公眾而言，若政府能履行這個承諾，持續以這模式來提供醫療服務，無疑是最理想的保障，因為這代表任何人只要有需要，都可以享用由公共醫療系統提供的服務，甚至不需要參與任何制度性的供款安排。長者是醫療服務的主要使用者，這種服務體制對他們來說更是求之不得。

不過，在面對人口老化及疾病模式轉變的情況下，現時推行這種體制的國家，都愈來愈難承擔龐大而不斷增加的醫療開支。在量入為出的理財原則下，香港的公共財政開支只能佔整個經濟體系內較低的比例，公共開支佔國民生產總值只有百分之二十左右，同時簡單低稅制令政府的財政收入十分有限。1997年政府委託美國哈佛大學團隊進行的醫療融資改革研究報告便清楚指出，假設醫療體制不變，並要維持現時的服務質素，面對人口持續老化、疾病模式改變、服務期望提高等因素，香港政府長遠必難以承擔不斷遞升的醫療開支。

如果政府不能大幅度地向醫療體系注資，而需求又持續增長，服務質素便可能會逐步下降。這憂慮絕對不是危言聳聽。事實上，近年一些醫療專科及精神科服務已經出現輪候時間愈來愈長的問題。儘管政府已採取了許多不同策略，意圖減低因醫療服務供不應求而帶來的影響，包括資助部分病人轉向私營醫療體系尋求服務，但對於維持服務質素的作用十分有限，公營醫療服務的輪候時間仍然不斷延長，例如長者輪候進行白內障手術動輒花上數年，雖聽似荒謬卻是長者面對醫療服務緊絀下的現實。

政府的長期護理政策及服務

現時在制度上，滿足長者的醫療服務需要主要是香港醫院管理局及衛生署的職責，相關的政策制定及執行則由食物及衛生局負責；至於持續照顧及其他相關的社會福利服務，則主要屬社會福利的範疇，由勞工及福利局負責。政府的官方行文一般都會使用「長期護理服務」一詞，而不是一般意義上的「長期照顧服務」或「持續照顧服務」。這一個修辭上的微妙差異，可以理解為政府希望把其政策承擔的範圍，盡量限制於缺乏自我照顧能力及因健康倒退而需要特殊護理服務的長者，而非廣義地涵蓋所有長者，按他們在不同年齡階段下的照顧需要而作出服務安排。根據政府的界定，所謂「長期護理服務」主要包含兩個部分，第一部分是「社區照顧服務」，包括「綜合家居照顧服務」、「改善家居及社區照顧服務」和「長者日間護理中心/單位」；第二部分則包括各種具護理性質的「住宿照顧服務」，即「護理安老院」及「護養院」。這類服務的主要對象是居於社區而又被評估為有護理需要的體弱長者，服務的設計亦與政府鼓勵居家及社區照顧的安老服務綱領一致。

1973年，香港政府發表了一份工作小組報告書，提出了「家居照顧」的安老政策概念，至1977年，《老人服務綠皮書》確立了以「家居照顧」作為香港安老服務發展的目標，除了鼓勵長者居家安老，亦開始發展社區照顧和支持服務，目的是讓長者盡可能與家人同住或在自己熟悉的環境安老。但要達致居家安老，前提是這些居住在社區的長者必須要有足夠的機會與能力繼續參與社區的事務和活動。對於體弱以至缺乏活動能力的長者，把他們留在社區只是其中一個選擇，政府需要保證社區內有足夠的護理設施和服務，家居的環境也要提供足夠的長者護理環境配置及器材。可是，香港的「居家安老」策略落伍及服務不足，導致原本在政策上屬支持性質的院舍照顧服務需求持續上升，成為安老服務的主要力量。在2011年，安老事務委員會委託香港大學進行的「長者社區照顧服務顧問研究」指出，因為家居照顧及院舍照顧服務的失衡，令香港長者入住院舍的比率比其他地區高。表一顯示，與其他亞洲地區比較，香港65歲以上長者入住安老院或護理安老院比例都相對較高。

表一：65歲或以上人口使用住宿照顧服務及社區照顧服務所佔百分比的國際情況

	年份	使用住宿照顧服務的百分比	年份	使用社區照顧服務的百分比
香港	2008	6.8	2010	0.8#
中國	2008	1.73	2009	19 (深圳)
日本	2009	2.9	2000	5.5
韓國	2009	1.1	2000	0.2
新加坡	2008	2.9	不適用	不適用
台灣	2009	1.9	2006	1.0 (日間照顧)

#改善家居照顧服務的對象為65歲或以上人士；綜合家居照顧服務(體弱個案)及日間護理服務的對象為60歲或以上人士

資料來源：《長者社區照顧服務顧問研究》研究報告，香港大學秀圃老年研究中心及社會工作及社會行政學系（2011）

對此，無疑是政策上極大的諷刺－政策上鼓勵「居家安老」和「社區照顧」，但結果卻是「院舍照顧」的服務使用率不斷上升。現時，香港政府每年用於社會福利服務的開支超過五百億元，其中超過七成用於綜合社會保障援助及其他福利金項目，當中又以長者申請人佔大多數，香港目前每六名60歲以上的長者中便有一位需要申領綜援以維持生計；另一方面，超過六成65歲以上的長者正在申領高齡津貼及長者生活津貼。餘下的一百多億元，則分別投放於各類型的社會福利服務其中，受津助的長者社區照顧服務及院舍照顧服務，也是其中一項主要的開支項目。

可以預期，隨着人口進一步老化，為長者提供社會福利服務的開支會持續增加，情況跟醫療服務十分相似，它在社會福利項目裏所佔的百分比也將會愈來愈高，都是以長者作為最主要的一個服務對象群，而且都需要政府在財政上作出補貼。

兩個關鍵問題

長者的長期護理服務面對的問題十分廣泛，除了涉及服務質素、專業人力資源的發展、服務量的增加之外，從政策層面來看，有兩方面的問題必須儘快處理。

1. 「持續照顧」的覆蓋與流程

從概念上看，「長期護理」針對的對象不單是長者，也包括所有因各種原因而需要接受照顧及護理的市民，例如殘障人士及長期病患者。如果把目標擴闊一點，「長期護理」(Long Term Care) 只是「持續照顧」(Continuum of Care)的其中一個部分。要應對人口老化的長遠挑戰，政府的目標不妨放遠一些、擴闊一些，政策規劃的對象也不應只是體弱的人士。進入老年期的所有人，就算身體仍然健康，同樣需要為可能出現的退化及健康問題作出預備和部署，也要針對已知的健康風險及潛在問題作出適當的介入，從而減低影響，甚至把問題延後。「持續照顧」因此應該是一個發展而延續的流程。舉例說，日本當局有見牙齒健康對消化系統十分重要，而消化系統對長者的綜合性健康也有決定性的影響，因此在持續照顧的流程中，推行一個名為「8020工程」的牙科保健項目，目標是透過有關項目為長者提供持續的牙科保健及護理，期望長者即使年屆80歲，仍能保有20隻原生牙齒這個目標，是一項預防性措施。

在有限的資源下，香港政府以「為體弱人士提供護理服務」作為服務的焦點，無疑是一個比較務實的做法。問題是就算只着眼於長期護理，現時服務的流程及各個環節的配合也難以令人滿意。服務的不足令各級護理院之間出現了供不應求的情況，很多需要高度護理或療養的長者，只能滯留於只提供低度護理的護理安老院或一般老人院舍。不少居家的長者，雖然可以得到家居護理及照顧服務，有關服務卻始終未能如安老院舍般全面和到位。

醫管局轄下的醫院大多設有老人科病房，理論上是針對老人病而提供的專門服務。但只要往公營醫院走一個圈，不難發現除了老人科病房之外，其他病房的病床很多都被年長病人佔用。不少佔用醫院病床的長者，其實是因為在沒有其他服務選擇的情況下而滯留醫院，他們也不一定需要醫院的照顧，但因為護理及照顧服務的不足，而延誤了他們離開醫院的時間。還有部分是因為在社區中得不到護理服務安排，因而被迫在家居、社區護理服務單位與醫院之間進進出出。這些問題皆因醫療服務與護理及長期照顧服務發展失衡，同時，亦與持續照顧服務缺乏長遠的政策規劃及融資安排有關。

這兩個部分如果能夠有清晰的分工及合理的服務流程安排，理論上便能更有效運用公共資源。舉例說，如果一個只需要照顧或護理服務的長者，但因為服務不足而被送往醫院尋求服務，便會造成資源上的耗費，因為醫療服務的人均成本比照顧或護理服務高很多。從服務使用者的角度來看，長者也不能獲得最適切他們需要的服務。

要減少上述這一種資源錯配和浪費，除了要改善醫療及持續照顧的分工及服務流程安排之外，最重要是「持續照顧」須要有一套完整及合理的服務安排及充足的服務資源。

2. 長期照顧服務的融資問題

上面論及的醫療衛生服務及長期照顧服務，都需要政府提供大額的財政津貼。現時這兩方面的開支主要從政府於每一年度的財政預算案中撥款資助。隨着人口老化，需求持續增加，政府是否有能力繼續承擔不斷膨脹的開支？這是一個十分值得探討的問題。

除非香港政府能對公共財政的結構作出根本性的改革，否則，以目前的簡單低稅體制，政府要長期承擔這些開支談何容易。政府提出醫療融資改革已逾廿年，其間醫療開支已增長四倍多；回歸至今，社會福利(即包括長期照顧服務)的開支亦已增加三倍。在長期照顧及社會福利項目上，政府一直沒有提出全面的融資改革，若繼續以這種「隨收隨支」的公共財政策略來支持所有社會福利及長期照顧服務，顯然不是長遠有效及可持續的方法。因此，融資問題總會提上議程的。借鑒一些鄰近地區的經驗，日本的人口老化問題比香港來得早，老化程度也比香港嚴重，日本政府支付長者的醫療及照顧的開支從七十年代開始就不斷膨脹，日本政府遂於上世紀九十年代開始推動社會討論，為長期護理照顧服務進行融資改革。最後於2000年成功落實，推行長期護理保險制度(即介護保險)。有了這個保險制度之後，所有長者都擁有一個保險戶口，讓他們有能力在市場上購買所需要的服務，也推動了市場的發展，鼓勵私人資本參與護老事業。各種由市場提供的護理服務，在需求的帶動下蓬勃發展，大大減輕了政府的行政及財政負擔。對於長者而言，也大大提升了他們選擇服務的自主權。

另一個值得參考的國家是新加坡。當地政府在八十年代已開始推行醫療儲蓄(Medisave)制度，後來再增設了另一個醫療保險(Medishield)計劃。該兩個醫療儲蓄方案讓市民於達到指定的年齡後，能夠動用戶口內的資金購買各種保健服務及護理服務。某程度上，它可算是一種有指定收入來源的長期護理融資方法。

香港政府在1997年委託哈佛大學團隊進行的醫療融資研究，發表的報告書也曾提出一個具有分擔風險成份的「護老儲蓄」方案，方案建議市民以薪酬某個百分比作供款，在退休或需要護理服務時，可動用護老儲蓄來購買保險及服務。當時，哈佛報告書提出了頗多具爭議性的方案及建議，因此社會對「護老儲蓄」的討論並不全面，政府也沒有再跟進。及至2001年，特區政府再一次發表醫療融資改革的諮詢文件，其中建議設立一個具有長期護理儲蓄性質的「頤康保障戶口」方案，但改革最終仍然是不了了之。

這些事件充分說明，政府並非沒有考慮在香港設立具有保險或儲蓄性質的長期護理服務融資制度，但由於各種各樣的原因，始終未能在社會上深化有關的討論。長期護理的融資安排到了今天仍然沒有着落，隨着時間的推延，人口老化程度會更嚴重，政府改革面對的阻力亦將會愈大，即使政府在短期之內提出其他方案，落實所需的成本及代價也會愈來愈高，任何遲來的方案，其成效都將會大打折扣。

展望

行政長官梁振英在2014年的施政報告中宣布，委託安老事務委員會籌劃一個「安老服務計劃方案」。有關的工作現在仍在進行中，但觀乎已發表的報告，似乎仍然只是著眼於社會福利範疇，只檢視現時的服務規劃、提供、管理和培訓等問題，針對的仍然是那些體弱而需要長期照顧的長者。這個「安老服務計劃方案」相比七十年代中倡議政府行政改革的麥健時報告書所提出的程序計劃狹窄得多，看來也不能寄望這個項目可以為「持續照顧」開拓更廣闊的空間，也不一定能夠把醫療與長期護理的介面及流程問題理順。

種種跡象看來，政府連推行「自願醫療保障計劃」都似乎有點猶豫不決，全面的醫療融資改革就只能繼續觀望了。醞釀了二十多年的醫療融資問題尚且如是，「長期護理保險」或其他相關的融資方案就更是遙遙無期。可以預期，現時困擾很多長者的長期護理服務問題仍然會繼續纏擾香港社會。香港的人口在未來會持續老化，香港相信不是一個安老的理想地方，但又有多少人能夠選擇自己理想的安老地方呢？「老於香港」肯定需要面對各種各樣的問題，大家應該及早未雨綢繆，否則留下來在此養老的長者，也很可能不幸地在無可選擇的情況下，成為香港醫療體系的負擔。

參考資料：

- 1. Census and Statistics Department. (2005). *Health Status and Long-Term Care Needs of the Older Persons*. Hong Kong: Author.
- 2. Census and Statistics Department. (2010) . *Hong Kong Population Projections 2010-2039*. Hong Kong: Author.
- 3. 香港大學秀團老年研究中心及社工及社會行政系（2011）。*長者社區照顧服務顧問研究報告*。香港：香港大學
- 4. 香港審計署（2014）。*為長者提供的長期護理服務*。香港：作者。
- 5. 安老事務委員（2009）。*長者住宿照顧服務研究報告*。香港：作者。
- 6. 陸偉棋、余婉華(2012)。*老有所依？完善社區及院舍安老服務的策略*。香港：香港集思會。
- 7. 呂学静（2014）。日本长期护理保险制度的建立与启示。中国社会保障，2014(4)，74-75。
- 8. 徐瑜璟、邱采昀、周美伶（2012）。日本介護保險與台灣長照保險的比較。*台灣老年學論壇*，15。取自 <http://www.iog.ncku.edu.tw/comm1/pages.php?ID=comm>