

澳門醫療問題探討：現況與前瞻

吳偉強*

一、澳門醫療現況

（一）澳門現況

澳門是中國一個特別行政區，位於中國東南部沿海，珠江三角洲出口，處於香港特別行政區西南方約 60 公里。澳門特別行政區包括澳門半島、氹仔島和路環島，總面積 25.8 平方公里。澳門屬亞熱帶氣候，同時亦帶有溫帶氣候的特性，全年平均氣溫約為攝氏 23 度，春夏季潮濕多雨，秋冬季的相對濕度較低，乾燥少雨。

（二）澳門居民的健康指數

澳門在 2002 年底的居住人口為 441,637 人，其中女性佔 52%，男性 48%；零至十四歲的年青人口佔 20%，六十五歲或以上的老年人口佔 7.7%，較 2001 年上升了 0.3 個百分點；近年澳門的出生率緩降，由 1999 年的千分之九點七跌至 2002 年的千分之七點二，死亡率則保持穩定，都是維持在千分之三點二左右，2002 年死者年齡在 60 歲以上者佔 73.4%，嬰兒死亡率為千分之三點五；澳門居民的平均壽命為 77.7 歲，其中男性為 76.2 歲，女性為 80.2 歲，與其他主要及鄰近的國家及地區比較，表一清楚顯示，澳門的健康情況相當理想，例如：在預期壽命方面，男性僅次於日本和香港，女性則僅次於日本、法國和香港，嬰兒死亡率亦偏低，僅次於日本和香港，整體而言，澳門居民的健康水平在國際排名是位居前列的。

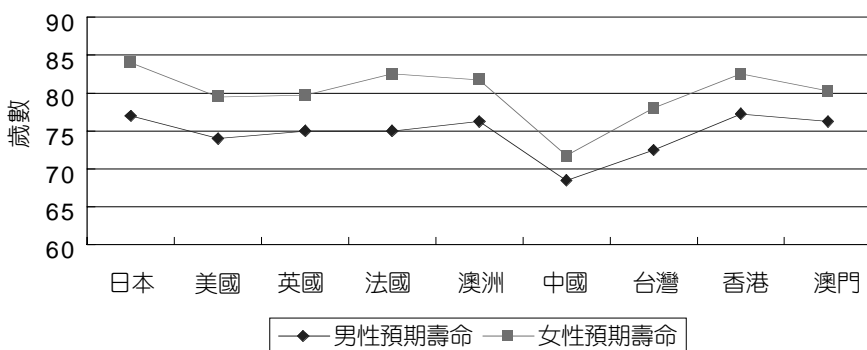
* 澳門社會保障學會副理事長。

表一：壽命及死亡指標

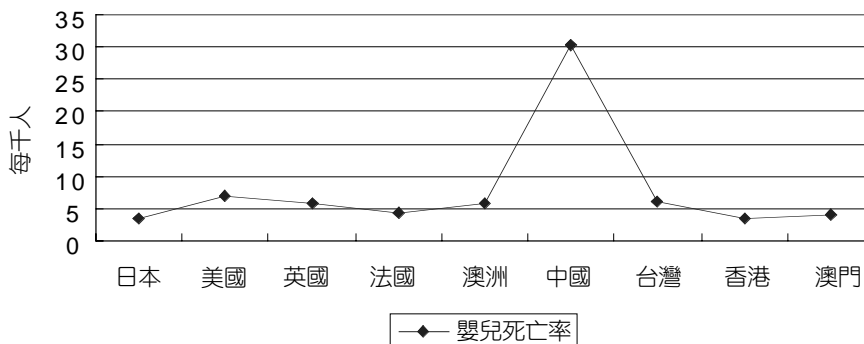
國家或地區	預期壽命(1999年)		嬰兒死亡率 千分之一
	男性	女性	
日本	77.1	84.0	3.4
美國	73.9	79.4	7.1
英國	75.0	79.8	5.8
法國	75.0	82.5	4.3
澳洲	76.2	81.8	5.7
中國	68.5	71.7	30.2
台灣	72.5	78.1	6.1
香港	77.2	82.4	3.4
澳門	76.2	80.2	4.1

資料來源：經濟及合作發展組織醫療衛生統計；中國國家統計局；台灣行政院主計處；香港統計處及澳門統計暨普查局

圖一A：預期壽命（1999年）



圖一B：嬰兒死亡率



(三) 澳門的醫療體系

澳門的醫療體系由公營及私營兩部份組成，雙方均承擔相當重要的角色。公營方面，歷史相當悠久，可遠溯至十六世紀70年代，距今已有四百多年歷史，但基於當時受到很多限制，澳門醫療事業發展緩慢，至1984年，澳門政府始決定建立一個綜合的醫療衛生體系，政府的醫療事業踏入一個重要的里程碑，經多年的努力，至80年代末90年代初，逐步建立了仁伯爵醫院為中心，配合各區的衛生中心的醫療網絡，至2002年底，本澳共有一間政府醫院及14間政府衛生中心及兩間中醫及治療服務場所。

私營方面，大致由三部份組成，包括（1）鏡湖醫院，（2）同善堂、工人醫療所等的醫療中心，以及（3）私家診所。在2002年，私營的醫院、醫療中心及中西醫私家診所合共551間，分佈在澳門半島、氹仔及路環每一處，而鏡湖醫院亦於1999年擴建完成，規模大致與政府的仁伯爵醫院相若。

(四) 醫護人員及病床數量

醫護人員方面，根據政府統計暨普查局的醫療衛生統計，2002年初級衛生醫護人員共1,225人，其中醫生511人，護士285人。特級衛生醫護人員共2,190人，其中醫生388人，護士762人。兩間醫院合共有病床995張，居民與醫生的比例是480比1（即每千名居民有2.1個醫生，2001年為2.0），居民與護士的比例是451比1（即每千名居民有2.2個護士，2001年亦為2.2），居民與醫院病床的比例是444比1（即每千名居民有2.3張醫院病床，2001年為2.2張），這個比例以國際的標準而言，除醫生外都是較為偏低的，表二顯示，居民與醫生的比例位居中游，居民與護士的比例及居民與醫院病床的比例是極為偏低的，後者更位居末位。

表二：2000年醫護人員數目及醫院病床數目（每千人計）

國家或地區	醫生	護士	醫院病床
日本	1.9 ¹	8.2	16.5 ¹
美國	2.8 ²	8.2 ⁵	3.6

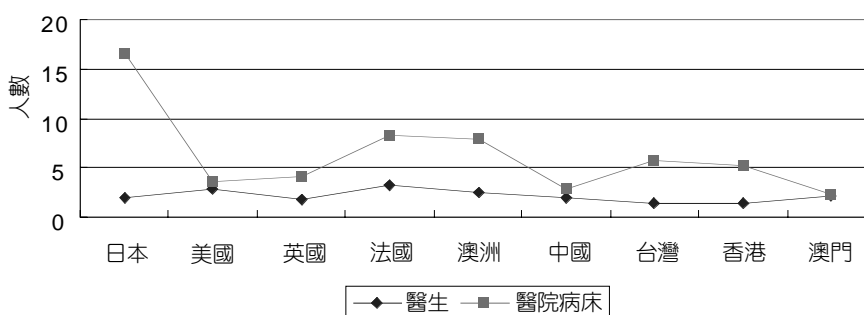
國家或地區	醫生	護士	醫院病床
英國	1.8	7.3	4.1
法國	3.3	...	8.2
澳洲	2.5 ³	10.6 ³	7.9 ²
中國	2.0 ⁴	0.98 ³	2.9 ⁴
台灣	1.5	3.3 ³	5.7
香港	1.5	6.0	5.2
澳門	2.1	2.2	2.3

資料來源：經濟及合作發展組織醫療衛生統計；中國國家統計局；日本統計局；台灣行政院主計處；香港統計處及香港醫院管理局；澳門統計暨普查局

註：

1. 根據日本統計局的資料，2000年每千居民有2.0個醫生及14.7張病床。與上述經濟及合作發展組織的統計略有差異。事實上，不同的資料來源的統計數字都有一點差異，但一般不會很大。
2. 1999年的統計。
3. 1998年的統計。
4. 1990年至1998年的平均數。
5. 1996年的統計。

圖二：2000年醫生及醫院病床數目（每千人）



(五) 醫療服務需求

本地醫療服務的需求方面，2002年初級衛生護理服務之診治次數為800 1,677,378次，較2001年增加1.6%，與1990年比較則增加81.3%；2002

年平均每人每年需求 3.8 次¹ 初級衛生護理服務，按初級衛生護理服務分類，其中需求最多的是“全科”（353,585 人次，佔 21.1%），其次分別是內科（187,554 人次，佔 11.2%）及兒科 / 新生嬰兒科（161,800 人次，佔 9.6%）。特級衛生護理服務方面，2002 年仁伯爵醫院共接待了 187,718 名門診求診人次²，較 2000 年增加 6.7%；至於住院者概況，2002 年有 30,725 人次登記入院，出院的有 30,674 人次，分別較 2001 年減少 0.58% 及 0.64%，較 1990 年增加 25.1% 及 24.9%；在 2002 年底住院人數為 610 人，2002 年所有住院者之住院總日數為 248,478 天，分別較 2001 年增加 8.7% 及 0.7%，較 1990 年則增加 4.3% 及減少 0.09%；2002 年及 2001 年住院者之平均住院日數均約八天³，1990 年則為 10 天，與其他的國家或地區的情況大致一樣，而 2002 年病床使用率為 68.4%。按上述的統計數字反映，初級衛生護理服務之診治次數近十三年的增長 81.3%，入院者增長 25.1%，住院總日數則減少 0.09%（即幾乎沒有變動），人口增長 30.1%，證明本地醫療服務的需求增長並不大，病床使用率亦不算高，但公共醫療開支在同一期間增長 2.74 倍，反映醫療成本的增長速度非常快。

至於澳門居民的境外求醫數量因缺乏統計資料而無法提供準確數字，一般認為應該不少，佔總醫療需求一定的比例。

（六）醫療服務收費

公共醫療服務有很大部份是免費的，澳門居民可享受下列免費醫療：

- 孕婦、待產及產後一個月內的婦女；
- 10 歲以下小童；
- 中小學生及教師；
- 貧民；
- 持有衛生局社會工作部所簽發之衛生護理證；
- 65 歲以上老人；

1. 經濟及合作發展組織的國家在 1998 年的平均診治次數為 6.6 次。

2. 由於澳門兩間醫院的服務對象不同，鏡湖醫院四間門診納入為初級護理服務場所，在 2001 年接待的求診數目共 493,118 人次。

3. 經濟及合作發展組織的國家在 1998 年的平均住院日數為 8.2 天。

- 癌症患者，精神病患者，傳染病患者及吸毒人士；
- 持居民身份證往各衛生中心及衛生站求診者。

私立醫療服務一般是要收費的，收費標準按市場需求而定，由於近年來澳門私家診所林立，鄰近國內城市如珠海、中山、深圳、廣州等的醫療收費具競爭力，加上大部份的公共醫療服務免費，故此，私立醫療服務的收費一般並不昂貴，部份非牟利醫療機構更會因應求診者的經濟困難情況作出適當的減免。

(七) 醫療開支分析

澳門的醫療服務需求基本上是逐年遞增的，表三顯示，公共醫療開支由1990年的四億三千四百萬澳門元上升至2002年的十一億九千一百多萬元，13年間上升1.74倍，但期間人口祇增加30.1%，人均公共醫療開支由1990年的1,280元上升至2002年的2,697元，13年間增加1.11倍。公共醫療衛生支出佔政府總開支的百分率大致上逐年增加，1999至2002年間維持在百分之十二至十三左右，比例已不算低⁴。至於公共醫療衛生開支佔本地生產總值的比重亦呈上升的勢頭，由1990年的百分之一點七反覆上升至2002年的百分之二點二。

表三：澳門公共醫療衛生指標

	1990	1991	1992	1993	1994
公共醫療衛生開支 (1000 MOP)	434,431	600,358	637,098	621,143	737,159
政府總開支 ¹ (1000 MOP)	4,463,408	6,040,468	7,452,388	8,284,402	8,526,841
本地生產總值 (1000 MOP)	26,175,252	30,326,916	39,519,406	45,193,020	50,114,040
澳門人口	339,510	363,782	377,983	389,984	403,570
人均公共醫療衛生開支 (MOP)	1,280	1,650	1,686	1,593	1,827
公共醫療衛生開支佔政府總開支之比重	9.73	9.94	8.55	7.50	8.65
公共醫療衛生開支佔本地生產總值之比重	1.66	1.98	1.61	1.37	1.47

4. 根據《香港年鑑》的資料，香港公共醫療費用在2000/2001及2001/2002財政年度分別佔政府總開支12.24%及12.45%。

表三：澳門公共醫療衛生指標（續）

	1995	1996	1997	1998	1999
公共醫療衛生開支（1000 MOP）	867,606	985,264	1,167,770	1,145,617	1,299,135
政府總開支 ¹ （1000 MOP）	10,030,830	8,539,336	9,712,859	10,414,882	9,552,610
本地生產總值（1000 MOP）	55,333,203	55,293,517	55,894,292	51,901,691	49,021,079
澳門人口	415,030	415,172	419,417	425,190	429,632
人均公共醫療衛生開支（MOP）	2,091	2,373	2,784	2,694	3,024
公共醫療衛生開支佔政府總開支之比重	8.65	11.54	12.02	11.00	13.60
公共醫療衛生開支佔本地生產總值之比重	1.57	1.78	2.09	2.21	2.65

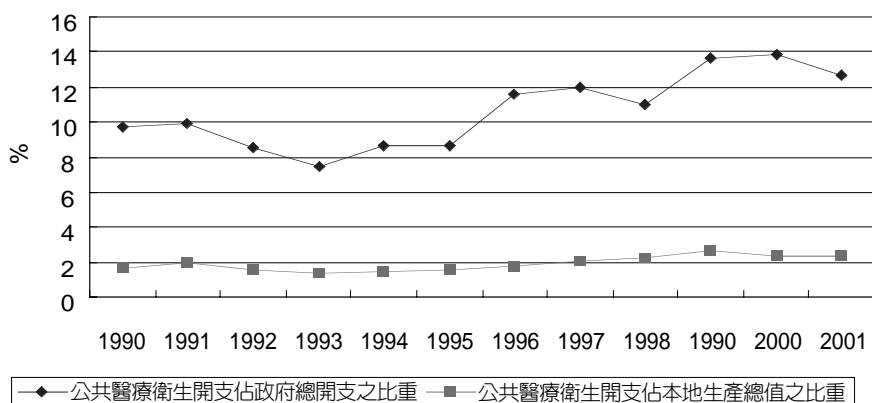
表三：澳門公共醫療衛生指標（續）

	2000	2001	2002
公共醫療衛生開支（1000 MOP）	1,174,888	1,193,248	1,191,217
政府總開支 ¹ （1000 MOP）	8,501,664	9,393,937	9,344,305
本地生產總值（1000 MOP）	49,742,022	49,862,209	54,072,065
澳門人口	431,506	436,686	441,637
人均公共醫療衛生開支（MOP）	2,723	2,733	2,697
公共醫療衛生開支佔政府總開支之比重	13.82	12.70	12.75
公共醫療衛生開支佔本地生產總值之比重	2.36	2.39	2.20

資料來源：澳門財政局的公共會計賬目；衛生局及仁伯爵醫院的賬目；統計暨普查局的本地生產總值

註：1. 澳門的公共會計系統很難準確算出真實的政府總開支，不包自治機關的政府總開支可視為一合理的近似值。

圖三：公共醫療衛生開支



至於私人（市民）於本地支付的醫療費用是較難統計的，綜合統計暨普查局的〈2001及2002年醫療衛生統計〉及〈1998-1999年住戶預算調查〉結 803

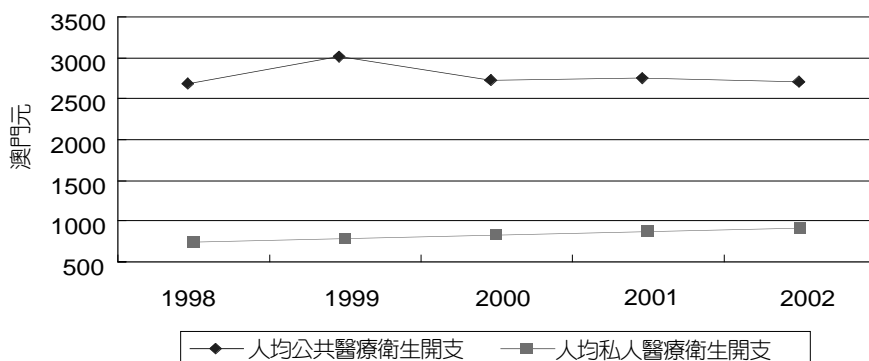
果，按筆者的初步推算，表四顯示，1998年至2002年五年間大約維持三億三千六百萬元至四億零六百多萬元之間，總的趨勢應是逐年上升的，但上升速度緩慢，原因可能是市民傾向往外地求醫，以及逐漸接受免費的公共醫療服務。至於人均私人醫療衛生開支在此五年間亦呈緩緩上升的走勢，由1998年的791元上升至2002年的920元。公私營合計的醫療衛生總開支佔本地生產總值的比重則由1998年的2.9%上升至1999年的3.4%，之後下降至2002年的3.0%。

表四：澳門整體醫療衛生指標

	1998	1999	2000	2001	2002
公共醫療衛生開支(1000 MOP)	1,145,617	1,299,135	1,174,888	1,193,248	1,191,217
私人支付的醫療衛生費用(1000 MOP)	336,365	356,772	377,179	397,586	406,417
公私營醫療衛生總開支(1000 MOP)	1,481,982	1,655,907	1,552,067	1,590,834	1,597,634
澳門人口	425,190	429,632	431,506	436,686	441,637
人均公共醫療衛生開支(MOP)	2,694	3,024	2,723	2,733	2,697
人均私人醫療衛生開支(MOP)	791	830	874	910	920
人均醫療衛生總開支(MOP)	3,485	3,854	3,597	3,643	3,618
公共醫療衛生開支佔醫療衛生總開支之比重	77.3	78.5	75.7	75.0	74.6
私人支付醫療衛生開支佔醫療衛生總開支之比重	22.7	21.5	24.3	25.0	25.4
公私營醫療衛生總開支佔本地生產總值之比重	2.7	2.9	3.4	3.1	3.0

資料來源：澳門財政局的公共會計賬目；衛生局及仁伯爵醫院的賬目；統計暨普查局的本地生產總值及住戶預算調查

圖四：人均公營及私營醫療衛生開支



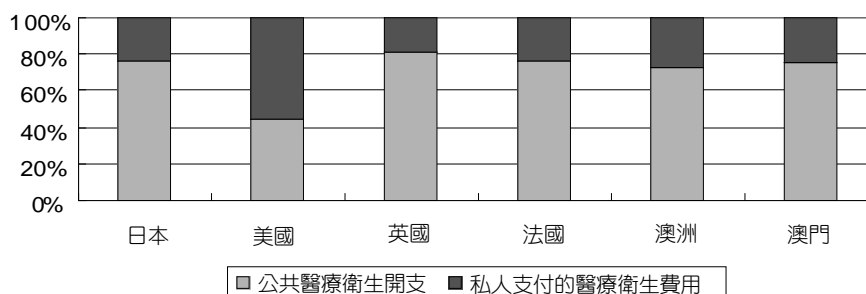
至於公營與私營醫療衛生開支的比例，表五清楚顯示澳門的醫療衛生開支主要由政府支付，1997年至2002年間政府承擔了百分之七十四點六至百分之七十八點五之間，居民祇支付百分之二十多一些，這個比例與歐洲、澳洲、日本的醫療保險制度及全民健康服務制度相應的比例相去不遠，反映澳門政府對醫療衛生服務確實作了很大的承擔，亦證明無論是回歸前抑或回歸後，澳門政府對醫療衛生工作都是非常重視的。

表五：2000年公私營醫療衛生開支的比例

	日本	美國	英國	法國	澳洲	澳門
公共醫療衛生開支	76.7	44.3	81.0	76.0	72.4	75.7
私人支付的醫療衛生費用	23.3	55.7	19.0	24.0	27.6	24.3

資料來源：經濟及合作發展組織醫療衛生統計；澳門財政局的公共會計賬目；衛生局及仁伯爵醫院的賬目；統計暨普查局的本地生產總值及住戶預算調查

圖五：公共及私人支付的醫療衛生費用的比例



(八) 醫療開支的增長情況

澳門醫療衛生開支的增長速度及金額多少可與外國先進國家及中國、香港等國（地）進行比較，表六顯示，1990年至2000年十年間澳門人均公共醫療衛生開支的實質增長率達4.0%，雖遠較台灣的10.4%及香港的7.5%低，但較歐洲、美國、澳洲、日本等國高，再將其與人均本地生產總值的實質增長率結合分析比較，發現澳門在此十年間的人均本地生產總值

的實質增長率非常偏低，祇有 0.4%，位居末位，但人均公共醫療衛生開支的實質增長率卻高達 4.0%，顯然不成比例，反映澳門的醫療衛生開支速度相對偏高。至於醫療衛生開支的金額多少，可與本地生產總值比較，表六顯示澳門的醫療衛生開支佔本地生產總值之比率最低，祇有 3.0% 左右，遠低於歐洲、美國、澳洲、日本、台灣及香港等先進國家及地區，甚至還低於中國，說明了雖然澳門的醫療衛生開支增長速度雖快，但佔整體經濟的比重則較少，原因可能是澳門的醫療成本較其他國家或地區便宜，其次是澳門居民（無論是否具經濟能力）較傾向到外地求醫，按筆者綜合一般市民的看法，初步推測澳門居民對本澳的公共醫療的信心仍未完全建立，但具體真正原因很值得研究探討。

表六：醫療衛生開支的增長及規模

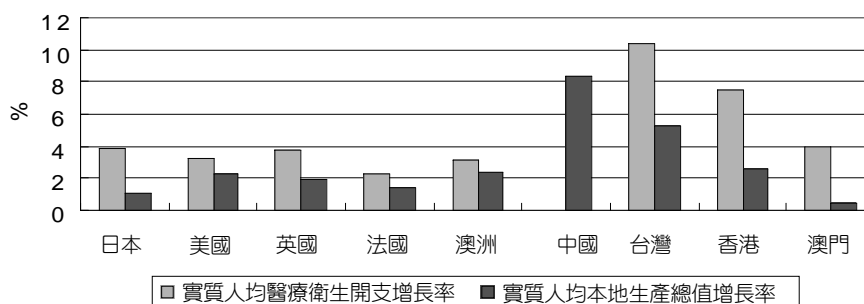
國家或地區	實質人均增長率(%), 1990-2000		醫療衛生開支佔本地生產總值之百分率		
	醫療衛生開支	本地生產總值	1990	1998	2000
日本	3.9	1.1	5.9	7.1	7.8
美國	3.2	2.3	11.9	12.9	13.0
英國	3.8	1.9	6.0	6.8	7.3
法國	2.3	1.4	8.6	9.3	9.5
澳洲	3.1	2.4	7.8	8.5	8.3
中國	...	8.4	4.5 ¹	4.5 ¹	...
台灣	10.4	5.3	3.3	5.0	5.3
香港	7.5 ²	2.6	1.6	2.3 ³	2.5 ³
澳門 ⁴	4.0 ⁵	0.4	...	2.9	3.1

資料來源：經濟及合作發展組織醫療衛生統計；澳門財政局的公共會計賬目；衛生局及仁伯爵醫院的賬目；香港統計處；及澳門統計暨普查局的本地生產總值及住戶預算調查。

註：

1. 1990 年至 1998 年的平均百分率。
2. 受統計資料限制，祇能計算香港人均公共醫療衛生開支的增長率。值得留意香港人均公共醫療衛生開支的名義增長率在 1990 至 2000 年間高達 13.4%。
3. 受統計資料限制，祇能計算公共醫療衛生開支佔本地生產總值的百分率，又由於香港政府的財政年度是跨年度的，故此祇能應用相連的財政年度平均數作為該年的支出的近似值。至於整體的醫療衛生開支佔本地生產總值的百分率，一般估計香港現時約佔百分之五至六之間。
4. 受統計資料限制，祇能計算澳門公共醫療衛生開支的實質人均增長率。
5. 按澳門消費物價指數對醫療衛生開支在 1990 年至 2000 年間價格變動因素剔除後所計算的實質增長率。

圖六：1990年至2000年實質人均醫療衛生開支及實質人均本地生產總值的增長率



(九) 澳門居民的醫療開支負擔

至於澳門居民對醫療衛生費用的負擔方面，不能祇單看 2002 年人均私人醫療衛生費用祇是 920 元⁵而認為偏低，表七顯示，不同收入的人士對醫療衛生費用有不同程度的負擔，總體而言，澳門每住戶每年在醫療衛生方面的開支平均祇是二千六百多元不能算多，約佔總開支百分之二，但值得注意的是低下階層在醫療衛生方面的開支佔總開支的比重最高，分別為百分之三點一及三點七，反映每年俱俱數百以至千多元的醫療衛生費用對低下階層而言卻是一個不輕不重的負擔，至於總體私人醫療衛生費用的分配，則以中層夾心階層及高收入人士佔最大比例。

表七：按〈1998/1999 住戶預算調查〉雙週開支組別分類
澳門居民在醫療衛生開支的情況

	全年開支	雙週開支組別(澳門元)				
		0-899	900-2999	3000-5999	6000-9599	9600以上
所有物品及服務開支(千元)	16,716,248	74,888	1,335,832	4,583,079	4,343,209	6,379,241
藥物及醫療服務開支(千元)	336,365	2,300	49,600	120,480	76,542	87,443
住戶數	127,853	6,432	36,218	51,323	21,460	12,510
每戶對所有物品及服務開支(元)	130,746	11,643	36,975	89,299	202,386	509,931
每戶對藥物及醫療服務開支(元)	2,631	358	1,373	2,347	3,567	6,990
醫療衛生開支佔總開支的比重(%)	2.0	3.1	3.7	2.6	1.8	1.4
醫療衛生開支在各組別的分配(%)	100	0.4	14.5	33.2	15.7	36.3

資料來源：統計暨普查局的住戶預算調查

5. 此數的估算方法是根據〈1998-1999 年住戶預算調查〉及〈2002 年醫療衛生統計〉的結果，推算方法是將 1998/1999 年的藥物及醫療設備、非醫院提供的醫療服務及由醫院提供的醫療服務等支出加總，以及將 2002 年私立醫療機構的收入作綜合考慮，除以 2002 年人口數得出。

(十) 小結

- 健康水平：澳門居民整體的健康水平在國際排名位居前列；
- 醫療體系：由公營及私營兩部份組成，兩者均擔當重要角色；
- 醫護人員：居民與醫生的比例與其他的國家或地區接近，但居民與護士及醫院病床數目的比例則偏低；
- 醫療費用：大部份的公營醫療服務是免費的，私營醫療服務基本上收費，一般並不昂貴；
- 醫療服務的需求：近十年醫療服務需求因應社會經濟發展而不斷增加，其中公共醫療的規模基本上是逐年擴大，公共醫療衛生開支亦逐年增加，1990 至 2002 年十三年間增加 1.74 倍；而私營醫療除特級醫療及非牟利醫療機構外，近六年資料顯示發展緩慢；
- 公私營醫療費用的比例：近年公私營醫療費用的比例約為 75 與 25 之比，與其他國家或地區分別不大，但澳門居民基本上不須特別為公營醫療費用作出承擔；
- 醫療衛生開支的增長及規模：醫療衛生開支的增長速度與經濟增長速度比較是很快的，但醫療衛生部門佔整體經濟則較小，原因可能是低下階層收入已經很少，部份根本沒有能力支付，政府必須為他們支付醫療衛生費用，而中層人士及高收入人士一般較注意健康，願意支付高質素的醫療服務。

展望未來，隨著人口增加及人口老化，澳門醫療衛生方面的開支毫無疑問會繼續膨脹，按筆者保守估計，2010 年澳門人口將達四十八萬人，其中 65 歲及以上的人口將超過三萬八千人⁶，較現在約多了六千人，屆時將佔總人口 7.9%。人口增加及人口老化對澳門政府醫療系統將構成一定的壓力，政府的免費醫療制度能否繼續運作將成疑問，日本近十多年的經驗可以作為澳門的借鏡，根據經濟及合作發展組織有關醫療衛生的一份文件⁷，日本的醫療系統現時面對很大的財政問題，原因是日本經濟近十多年持逐下

6. 根據聯合國對澳門人口的推算，到 2010 年澳門人口將達四十八萬，其中六十五歲及以上的人口將達四萬。

808 7. Yutaka Imai, Health Care Reform in Japan, Economics Department Working Papers No. 321, OECD。

滑，引致醫療保險供款的收入來源日益下降，但醫療費用卻因人口老化而不斷增加，在此消彼長的情況下，日本的醫療財政問題面臨重大挑戰，加上日本人民對醫療質素日益重視，以及對太長輪候時間及太短的診治時間非常不滿，醫療改革呼聲便成為現時日本人民的訴求。故此為了避免澳門醫療系統將來承受太大的壓力，現時研究及探討政府醫療制度是具有非常現實的意義，醫療改革是有其逼切性，亦是將來政府施政方針的重點。

二、澳門醫療前瞻：改革的方向

醫療改革其實是澳門居民長期的盼望，歸根究底是居民要求澳門的醫療水平不斷提高，保證身體有疾病時能夠得到適當的、高水平的醫治，使身體回復健康，重新投入社會工作和學習，同時社會亦普遍認為沒有人會因貧困而不獲治療。

由於醫療衛生是一個較為特殊的領域，其特點可以被歸納為下列幾點：

- 醫療服務的收入及價格彈性很低，市民生病就幾乎必需尋求醫療服務，否則輕者會危害健康，重者甚至有生命危險；
- 一般市民缺乏足夠的醫學常識以辨別需要何種醫療服務、何時及為何需要某項的醫療服務、如何鑑別醫療服務的質量、以及醫療事故的原因及歸責問題，幾乎全由醫療工作者按其專業知識及經驗來判斷，病人的發言權甚至知情權常處於劣勢；
- 醫療工作常關係到市民的健康，甚至生命的安全，醫療工作者責任重大，故此他們必須具有高度的責任感及崇高的醫德。

因此，醫療政策目標不能單由醫護界決定，而應結合市民的需求及意見，加上政府對市民需求的評估及醫療界人士的專業意見作出平衡，按公益的角度，將市民醫療衛生需求的緩急輕重排序，再考慮政府資源是否足夠及分配是否均衡等，適時推出各種合乎市民期望的醫療服務，經實施後再行評估及修正。當然，不可或缺的基本醫療服務必須隨時隨地為患者提供。

綜合上述簡略的分析，醫療衛生政策及改革的方向應該追求以下六個目標：

- 全民健康水平不斷提升；
- 保證居民得到合適有效的治療；
- 不斷提高醫療技術水平，減少醫療事故；
- 引入服務承諾，加強問責性；
- 捍衛公平原則，無論貧富貴賤都有權獲得相同的醫療服務；
- 加強醫療效率及節省醫療成本。

上述六個目標當中，第一個至第五個無論直接和間接皆與醫療質量、醫療水平和管理有關，亦是澳門醫療改革的重點所在，至於第六點牽涉到醫療成本問題，短期而言，筆者認為澳門政府有足夠的財力應付未來五到十年的醫療負擔⁸，但長遠而言，則必須考慮醫療融資改革，否則醫療費用會成為政府一個沉重的負擔。

在提高醫療水平、加強醫療效率及減少醫療事故方面，政府在現階段亦開始了一些工作，如今年七月新成立的醫療活動申訴評估中心、建議設立強制醫護人員持續進修制度、禁止政府醫生在公共醫療體系外私開診所、遠程醫療會診中心、供醫院醫生使用的新版協定藥方集、求診預約服務全面電腦化等，若能認真嚴格、實是求事、不偏不倚地執行，應能增強醫療機構以至醫護人員的水平和問責性，保障居民能夠得到合適的治療，減少醫療事故發生的機會，以及提升醫療質量。然而醫療改革任重道遠，需要做的工作仍然很多，筆者現提供以下幾點不成熟的建議，供政府及醫療改革諮詢委員會參考。

第一、建立嚴格的醫護人員發牌制度：由於醫護人員須為市民的健康負責，責任可謂非常重大，同時亦為了提高本澳醫護人員的素質，維護醫

8. 根據統計暨普查局、財政局及特首的言論，澳門更自1999年回歸後經濟形勢好轉，2000年及2001年分別錄得4.6%及2.2%的實質增長，2002年取得9.5%的高增長。另外，由於賭稅在2000年至2002年增加快速，政府財政在同一時期亦錄得盈餘，2000年、2001年及2002年各年度扣除“指定之帳目”的盈餘分別為3.14億、4.21億及17.4億，如包括自治機構(即“指定之帳目”)在內應遠比此數大。由於經濟前景較樂觀，因此有理由相信澳門政府有足夠的財政資源支付公共醫療衛生開支。

護人員的專業及道德水平，政府有責任為醫療人員的發牌作嚴格的把關，如要求他們須通過國家或本澳的公開考核，須接受及通過不少於一年認可的專業實習。獲發牌後亦非一勞永逸，因應醫療技術及藥物的發展很快，故此醫護人員必須定期進修，否則須要另行考核，不合格者禁止行醫，以保障市民的安全。

第二、建立標準的臨床工作常規：目的是保障病人獲得合適有效的治療，減少醫療事故，因此標準的臨床工作常規無論對病人抑或醫護人員皆有保障。其次是通過較標準的處方，可以節省及控制醫藥成本。因應本澳的公共醫療系統較具規模，資源亦尚算足夠，應該有條件逐步建立標準的臨床工作常規。又因公共醫療沒有追求利潤的考慮，故此在公共醫療機構推行標準的臨床工作常規較為容易可行，不會遭受到太大的阻力。當標準的臨床工作常規在公共醫療機構經實踐修正又行之有效後，可以考慮逐步引入私營醫療機構，研究如何在私營醫療機構推行。

第三、建立臨床工作審核制度：現時無論公營抑或私營的醫療機構的臨床工作、醫療水平、處方用藥等方面祇受到內部監督或政府的監管，局外人尤其是非醫護界人士，無從知悉更加不能評估醫院的醫療質量及水平。故此，為加強醫院的透明度，建議設立臨床工作審核制度，但如何執行則須仔細考慮。因應澳門面積小、人口少、醫院少及醫療水平有待提高的情況下，可考慮定期邀請鄰近地區如香港或中國內地高水平的醫療機構的專家對澳門醫院作外部審核，並將審核結果的宏觀部份公開，使居民對本澳醫院的醫療質量、醫護人員的專業水平、醫療技術、醫療設備、診治結果、以至醫院管理等有較深入的了解，消除居民長期對澳門醫院的誤解甚至偏見。至於報告的微觀部份，祇供醫院及政府參考之用，作為醫院改善醫療質量及管理水平的依據。通過臨床工作審核制度的引入，相信可以較客觀弄清澳門醫院的優勢及不足之處，對改善醫院的醫療服務水平肯定有幫助。

第四、建立醫療診斷的資料庫：由於資訊科技一日千里，為建立關於醫療臨床診斷方面的龐大資料庫創造了條件。至於資料庫的內容、結構、聯網、以至誰可以有權進入、檢視、輸入、修改資料庫內容等方面問題，因關係到個人私隱及社會公益之間的考慮，必須要作審慎的研究。但總體而言，醫療機構尤其是醫院，應為搜集建立有關資料庫作研究及準備，並

應能夠在短時間內實現，因為資訊對醫療診斷、醫療研究及醫院管理非常重要，同時亦能快速為市民定期提供更仔細的醫療信息，使市民有充足的知情權，掌握足夠的資訊，以便能夠作出適當的選擇。

第五、建立目標管理制度：醫院尤其是公立醫院，應該訂定年度以至短、中、長期的目標，目標要訂得具體而合理，醫院管理層要為目標的設定、執行及結果負責，政府因應目標給予合適的預算。若目標未能實現，則院方管理層須作出合理的解釋，若不能解釋或解釋未能為政府接受，則院方管理層須為失誤負責，同時預算亦要作出相應的調整。其次公立醫院亦應逐步推行具實質意義的服務承諾，尤其是對各種專科診斷及治療的輪候時間設定上限，保證病人在短時間內獲得合適的治療，若院方未能在承諾的時間內為病人提供醫療服務，則須為病者負責，如病人有權到指定的醫院要求同樣的治療，而公立醫院須要承擔有關的醫療費用，同時負責的醫護人員亦需負上行政及紀律的責任。另外，醫院亦應設立醫療服務質素問卷制度，請求病人填寫有關問卷，用以評估醫療服務的質量及醫護人員的服務水平等，經綜合病人的滿意程度及所提的意見，總結有關經驗，為未來改善服務用作參考。

至於醫療費用，雖然不是現階段急需解決的問題，但估計在十年後將變得非常嚴重，除非我們對政府的財政非常樂觀，預測將來財政收入的增長率高於人口及醫療費用的增長率，否則政府能否在十年後有足夠的財力維持現時的醫療制度則成疑問。為了未雨綢繆，政府有需要為醫療服務的開源節流作仔細的研究，保證將來的醫療服務質量不會受資源不足所影響。

首先，政府應該在節流方面多下工夫，公共醫療所佔資源與其所提供的醫療服務的質與量是否成比例值得研究，一般市民以至專家學者皆無法掌握足夠的資料，所以無法作出較客觀的評論，究其原因公共醫療的統計及財務資料不足，或透明度不足夠，故此政府醫院必須對其醫療成本作深入仔細的核算，建立合適及嚴謹的成本和管理會計實屬急需，沒有合適的統計及會計數據，院方無從深入評估那個部門、那個專科以至那些醫療個案的支出情況，節流就無從做起。故此，成立成本及管理會計小組是當務之急，祇要具備及符合成本效益的準則，多聘人手的額外開支亦會少於所能節省的成本。同時，建議成立內部審核制度，利用先進的資訊科學管

理手段，結合專家對重大個案的偵查，以保證醫療、診斷、手術及處方用藥是按標準的臨床工作常規進行，查處及防止濫用醫療服務，同時，亦可避免違規行為及捍衛公平原則。

至於開源方面，情況就更加複雜，現階段澳門經濟剛復甦不久，很大部份的市民仍未感受到經濟增長所帶來的好處，工資收入並沒有增加，加上失業率仍偏高⁹，如果在現時急於推出醫療融資計劃，要求市民為醫療服務付款，可以預料反對之聲必四方而起。當然政府必須衡量各方面的利益，選擇適當時候推出合適的醫療融資計劃，才是明智之舉。現時，除了與澳門情況類似的英國式的國民健康服務（National Health Service）全由國家稅收支付國民醫療衛生開支外，國際上存在各種各樣的方法進行醫療融資，筆者在《行政》雜誌第五十六期〈澳門醫療改革初評-醫療服務費用是否應由用者自付〉一文中已有簡明的介紹，至於那一種方式較為符合澳門的現實環境，則須作多方的考察及研究，市民在接受程度是一個很重要的考慮因素，但政府的財政收入亦是一個很現實的問題，很明顯，不少人都盼望少付出多獲取，免費醫療甚少人會反對，但世上畢竟沒有免費午餐，醫療成本亦需整個社會共同承擔，若果承擔不來，最後仍需用者負責支付，至於如何支付就視乎支付的機制。全民（或職工）醫療保險制度要求全民（或職工）共同承擔，富者負擔多些，貧者負擔少些，甚至不須承擔，此種融資方式可看成同舟共濟，亦可認為是劫富濟貧，是否接受要視乎社會大多數是否同意，很自然，貧者傾向接受，富者則可能有所保留。此種制度在不同國家有不同的實施形式，如日本和南韓，醫療費用除保險機構支付大部份外，國民亦須承擔部份的費用。至於近年香港政府建議的“強醫金”制度¹⁰，則屬閣下自理的支付模式，政府的責任在於行政管理和監督，此制度通過法律規定，每個人必須在年輕時儲錢，通過購買基金存放在個人的專有帳戶內，待老年時有足夠（或一定）的金錢作醫療用途，若果不足夠才由政府補助，此制度最能體現新古典個人主義，個人的問題須由個人解決，基本上與別人無關，閣下生病當然應自找掏腰包治療，無理由要別人替你付帳，政府責任是維持公平、保障公益、以及照顧那些天生

9. 直至2002年10月31日為止，根據統計暨普查局的最新統計數據，今年第三季的失業率為6.4%，第二季的收入中位數為4574元，近兩年幾乎沒有實質的增加。

10. 請參考2001衛生福利局醫護改革小組的香港醫護改革諮詢文件〈你我齊參與，健康伴我行〉。

弱智、低能、殘障、無法自理和最貧窮人士，其餘人士有責任自己解決個人問題，包括醫療費用的支付。另外一種是中國內地近年來積極推行的“基本醫療保險制度”，此制度的特點是由政府統一處理醫療保險的供款、營運、管理、查證、理賠等工作，由勞資雙方按一定的比例供款，高收入人士供款多些，低收入人士自然供款少些，從供款中扣除少量的管理費後，部份撥入個人醫療帳戶，餘下的撥入共濟基金(或稱統籌基金)。當供款人需要醫療服務時，便由個人帳戶內扣除，醫療費用供款較多的便可獲得較好的醫療服務，體現多供多得的好處，相反，供款人若供款不足，戶口結餘不足以支付醫療費用時，則由共濟基金支付不足之數，體現同舟共濟的互助精神。從國內某些城市的操作經驗顯示，此制度的執行情況良好，初步證明了此制度的可能性，當然仍然存在一些問題有待解決，如供款比率較高，基本保障的範圍和金額有待擴大和提高等。顯而易見，此制度是上述兩種制度的混合物，走中間路線，好處是既有多供多得的市場經濟特色，亦能具備互助互愛的社會主義精神，非常符合大陸的國情，至於是否符合澳門特區的現實環境，則有待進一步的社會研究及精算研究，確認其可行性後，方能作較具體的建議。最後一種是美國式的私人醫療保險制度，主要是通過市場規律決定保費，國民必須購買醫療保險以支付昂貴的醫療費用，政府祇負責弱勢群體如智障、傷殘及最貧困人士的醫療開支，因此，美國的醫療費用非常昂貴，醫療費用佔本地生產總值的百分比極高(請參考表六)，位居世界前列，澳門實不應走美國的道路。

現時除公費醫療制度外，其他的醫療融資手段都要求用者負責支付部份或全部的醫療費用，涉及的群體不單止是政府，而且還包括醫療服務供應機構(即醫院、衛生中心、診所等)、保險機構、藥物供應商和生產商、人民(包括勞資雙方及患者)，其間的經濟利益問題可謂千絲萬縷，從不同國家的經驗可了解其複雜性，故此醫療問題並不單純是政府的財政問題，而是極其複雜的政治經濟問題。如果澳門政府要改變現時的醫療融資制度，必須先設立中央醫療保險機構或醫療融資監管機構，並將此等機構的職能通過法律作清晰的定位；其次是將政府醫院企業化，按市場規則價格定律經營，提供具競爭力的醫療服務；但最重要的關鍵是政府必須說服勞資雙方願意出資為醫療保險供款，在這方面澳門政府未必有把握成功，縱使政府願意像現時社會保障制度一樣的形式出資一力承擔，亦要為將來的中央醫療保險機構、醫院及醫療服務使用者的關係作充分的評估，

從實施中央醫療保險制度的國家或城市的經驗可知其間的複雜性，處理不當會導致三者關係的不和，容易導致醫療服務以及藥物的濫用，最終中央醫療保險機構的財政出現危機，醫療費用膨脹不單沒有遏止，反而衍生更多更複雜的問題。當然，社會保險形式的醫療制度並非完全不可取，但能否或應否在澳門實施則必須事前作非常審慎的論證。

現時，政府仍可考慮短期較容易實施的開源節流方案，如政府醫療機構可對門診、急診、住院、以至手術等醫療服務收取合適的費用，目的是防止濫用而非成本回收。其次是控制公共醫療體系的規模，避免政府醫療進一步膨脹，因為相對私立醫院而言，政府醫院性質相同的醫療服務單位成本肯定較私立醫院為高，主要原因是政府醫院的醫護人員薪酬較政府醫院貴，雖然沒有具體精確的統計數據，但從宏觀數據大致可以說明此點。既然如此，日後不斷增加的醫療服務需求，若政府醫院應接不暇，可考慮分流到私立醫院，方法是政府醫院向私立醫院購買需求大的醫療服務，其實現時已有類似的安排，但應該可以不斷擴大和增加，相信肯定可以減輕公共醫療成本，而且私立醫院亦會樂於與政府醫院合作，對病人亦有好處，實在是一個很好的三贏方案。

參考資料

1. 陳志明：醫療保險學概論，海天出版社。
2. 沈華亮：中國城市健康保障制度，中國醫藥科技出版社。
3. 深圳市基本醫療保險宣教問答，深圳市社會保險管理局。
4. 海峽兩岸五地社會保障研究協作組，海峽兩岸五地第一次社會保障學術交流研討會論文集。
5. 香港浸會大學社會工作系健康政策研究組，促進健康與醫療融資——香港醫療收費政策探討。
6. 2001 醫療衛生統計，統計暨普查局。
7. 1998-1999 住戶預算調查，統計暨普查局。
8. 2001 本地生產總值，統計暨普查局。
9. 2001 政府總帳目，政府公報 2001 年 8 月 21 日第 33 期。
10. 歷年（1990-2001）衛生局及仁伯爵醫院的賬目。
11. 台灣行政院主計處、香港統計處及香港醫院管理局的網頁統計資料。
12. 2001 香港醫護改革諮詢文件〈你我齊參與，健康伴我行〉，衛生福利局醫護改革小組。
13. 強積金與員工權益小冊子，香港職工會聯盟。
14. 2002 年經濟及合作發展組織（OECD）醫療衛生統計。
15. Jack Hirshleifer, *Price Theory and Application*, 2nd, Prentice-Hall International。
16. Yutaka Imai, *Health Care Reform in Japan*, Economics Department Working Papers No. 321, OECD。
17. Zeynep Or, *Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Action-a Review of Experiences in four OECD Countries* (Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 57), OECD。
18. Vincent Koen, *Public Expenditure Reform : the Health Care Sector in the United Kingdom*, OECD。