

澳珠區域醫療合作初探*

區耀榮**、陳慧丹***

一、前言

一個政策領域的一體化會推動另一個相關政策領域的一體化¹，尤其在現今區域經濟融合大趨勢下，這種溢出效應（Spillover）會越來越明顯，也就是說市場一體化的影響將會幅射到社會各個層面，推動着社會政策領域的融合。就澳門而言，自2004年《內地與澳門關於建立更緊密經貿關係的安排》（下稱“CEPA”）實施以來，澳門特區與內地省市，尤其與鄰近城市珠海的經貿往來更加頻繁，在珠海從事貿易生意、創業、旅遊、甚至居住的澳門居民人數不斷上升，在珠江三角洲朝一體化發展的前景下，相信這個趨勢在未來還會持續下去。根據溢出效應的推論和外國的發展經驗，經濟發展一體化隨之而來的必然是公共服務一體化，否則經濟便難以進一步發展，影響區域經濟一體化的進程。事實上，為進一步落實CEPA，2011年的《粵澳合作框架協議》中亦明確規定以推進公共服務銜接、促進社會資源共享為目標。

對於經常往返澳珠兩地的澳門人來說，醫療服務無疑是重要且經常使用的公共服務之一。現時，不少合資格的澳門居民正享受著政府提供的免費或低廉的公共醫療服務²，但由於珠澳兩地的醫療保障制度

* 本文修改自“澳珠跨境醫療合作”研究，其作者包括陳杏娟、錢嘉敏、歐陽進傑。

** 區耀榮為澳門大學政府與行政學系同學會理事長。

*** 陳慧丹為澳門大學政府與行政學系同學會副理事長、澳門理工學院一國兩制研究中心助理研究員。

1. Lindberg, L. and Scheingold, S. A. (1970). *Europe's Would-Be Polity: Patterns of Change in the European Community*. Englewood Cliffs NJ Prentice Hall.

2. 這些人士包括合法居留本澳之妊娠、待產和產後婦女、十三歲以下之兒童、持有教育暨青年局發出之學生證之學生、持有教育暨青年局發出之教師證之教師、被疑有和患有傳染病者、吸毒者、惡性腫瘤和精神病患者、囚犯、公職人員及其享受家庭津貼之家屬、有社會福利局發出之貧民紙者、六十五歲以上的人士。其他澳門居民的收費亦不高。資料來自澳門衛生局網頁，取自：http://www.ssm.gov.mo/design/services/2010/csrv_menu.htm

不同，在珠海居住或工作的澳門居民便無法享受這種醫療保障，在珠海看病須自行承擔醫療費用，另一方面，本澳公營醫療體系近年亦漸趨飽和，難以應付日益上升的需求³。筆者認為澳珠地域相連，兩地各存在不同的資源和優勢，其中醫療資源的利用和發展上存在一定的互補性，因此，在兩地經濟融合的前提下，如何整合澳珠兩地的醫療資源，解決他們在內地看病的問題，不但有助減輕本澳公營醫療體系的壓力，同時可進一步落實CEPA和《粵澳合作框架協議》、對兩地公共服務一體化進程有重要的正面影響。有鑑於此，本文嘗試從“區域合作”的角度出發，參考歐盟及內地的區域醫療合作的經驗，就如何加強澳珠在醫療領域的合作作出探討及建議，冀為減輕本澳醫療問題，同時促進珠海公共醫療服務的發展和澳珠區域合作的進程提供一點政策的思考。

二、區域合作與跨境醫療之概念

（一）區域合作

按政治學者Joseph S. Nye對區域定義，其形式的基礎是因地地理位置相近而形成的一定程度的相互依存關係，常用描述國與國之間的一種聯繫⁴，若從國內地區層面來看，可理解為由於地理位置相近和相互依存關係的地方政府所組成。而區域合作⁵，簡單來說，是指在政府主導的模式下不同經濟體系之間利用政策和共同措施而在各領域進行之合作，以獲取較大的經濟社會效益，此種合作可以政府之間簽訂的條約或協議，或由參與的經濟體系非正式商訂的形式來體現。⁶雖然區

3. 《珠海、澳門兩地積極推進醫療衛生一體化建設》，網址：<http://society.people.com.cn/GB/136657/16606506.html>。

4. Nye, J. S. (1968). *International Regionalism*. Boston.

5. 區域合作在內地的一個重要體現是“同城化”，指的是一個或幾個相鄰的城市，在經濟、社會和生態環境等方面使其融洽為一體的發展。同城化的最大效應在於整合，有效促進區域內外的生產要素和資源的優化配置，提昇產業結構與生產能力。

6. 香港特區政府策略發展委員會：《區域合作的進一步發展》，網址：http://www.cpu.gov.hk/tc/documents/csd/csd_ec_13_2006c.pdf。

域合作常見於經濟方面，但由於區域內的相互依存關係並不局限於某一領域⁷，故此，區域合作可以涉及多個方面，包括跨境基建及相關軟件、貿易和金融、環境保護、醫療衛生、犯罪治安等方面。⁸值得注意的是，儘管地理位置相近和相互依存的共同利益，但與此同時地區之間的社會、經濟、文化等制度的不同仍然對區域合作造成障礙，要克服合作上的困難，筆者認為除了政府主導的原則外，區域合作仍要依循以下原則進行：1.互惠互利原則：互利、雙贏，而非單方面的得益或者損失，應是區域合作的重要基礎，所以不論什麼方面的合作，都應該以惠及兩地長期發展需要為原則；2.可操作性原則：區域合作不應該只停留在口號式層面上，而須配合切實可行的方案，具有較強的操作性，以有效落實共同發展的理念；3.循序漸進原則：兩地的社會經濟發展水平不一，各政策領域合作不可能一步到位，因此區域合作亦要採取循序漸進的形式，並以區域一體化為最終目標。

（二）跨境醫療

跨境醫療（Cross Border Health Care），內地稱為“異地就醫”，是區域經濟融合、城市一體化下人口自由流動所必然產生的就醫行為。在共同市場規範下的歐盟，跨境醫療就是歐洲公民到其他成員國使用醫療服務的行為。⁹在內地，“異地就醫”中的異地是指購買醫療保險的參保人到保險地區以外的地方；而就醫則是指參保人的醫療行為，所以異地就醫就是參保人到保險地區以外地方的醫療行為。¹⁰就澳門而言，居民到澳門境外地區的異地就醫行為可視為跨境醫療。一般來說，跨境醫療可以歸納為以下三類¹¹：1.境外居住或工作：隨著城市一體化的進程，不少居民選擇離開原居地到其他地區居

7. 因此，除了以地理位置來定義區域的概念，有學者亦會根據國家和地區之間的文化、語言、宗教和種族背景來區分不同的區域。

8. 同註9。

9. Leidl, R. & Rhodes, G. (1997). Cross-border health care in the European Union. *European Journal of Public Health*, 7, 1-3.

10. 王健、周綠林：“異地就醫管理理論與政策研究”，載於《中國衛生事業管理》，2009年，第12期。

11. 戴偉、龔助：“異地就醫管理存在的問題與對策”，載於《醫院管理論壇》，2007年，第10期。

住或過退休生活或選擇到原居地以外的地區工作，這些人士使用當地的醫療服務是跨境醫療常見形式。2.轉介就醫：面對奇難雜症，醫療機構會按情況轉介病人到其他地區的大型醫療機構就診，而部分病人亦會因為當地醫療機構長期治療效果不佳而申請轉外就醫。3.其他類型：例如因旅遊或短期出差期間不適而需要使用外地的醫療服務，傾向享用異地優質醫療服務的醫療旅遊行為等。

三、澳門醫療問題與澳珠醫療合作之條件分析

除了經濟一體化，本地醫療系統問題亦是導致跨境醫療需求上升的原因。¹²若從區域合作的角度來看，整合澳珠兩地的資源，對解決本澳醫療問題有很大的幫助。故此，以下部分將會簡述澳門現存的醫療問題，並結合兩地跨境醫療合作的條件如機遇和挑戰等方面的分析，探討兩地醫療合作的可能性。

（一）澳門醫療問題

1. 人口老化

本澳老年人口正不斷上升，由2007年的7%大幅上升至2031年的19%、老年撫養比率亦預計由2011年的9%上升至2031年的28%。¹³老年人口的增加，無可避免會導致醫療服務的需求上升，對澳門醫療系統或多或少會帶來一定的壓力。

2. 缺乏培養醫生的教育機構、醫護人員不足

目前本澳並沒有培養醫科生的教育機構，只有鏡湖護理學院和理工學院提供護理學士課程，是本澳醫護人員不足的原因之一。據

12. 據統計，現時珠海市第二人民醫院每年接待的70萬名當中，有30%是澳門及境外人士。見註6。

13. 2010年《醫療衛生統計》，網址：<http://www.dsec.gov.mo/>。

統計，在2010年，全澳門一共有1,330名西醫，即每千名市民大約只有2.4名西醫，而在護士方面，全澳門一共有1,536名，每千名市民則有2.8名護士。¹⁴在外國一些國家，這個比例相對較高，例如美國、英國、瑞士、葡萄牙的醫生與市民的比例分別為2.4、2.7、3.8和3.8¹⁵，護士方面則分別為10.8、9.7、15.2和5.6。¹⁶而珠海方面執業醫師和護士的每千名市民比例分別為3.0和2.8。¹⁷在缺乏醫療教育機構的情況下，本澳醫護人員供應很大程度上是靠內地或以海外學術機構培養的學生支持。舉例說，在2010年，一共有599名政府醫護人員是從內地取得學士或以上的學位，佔整體人數（1,618名）近四成¹⁸，撇除護士，相信由內地培養的醫療人員比例會更高，可見內地很大程度上主導着本澳醫生的供應。

3. 醫療設施不足、投入成本較高

在醫療設施方面，以住院床位為例，現時本澳一共有1,172張住院床位，每千人口對應的病床數目為2.1。¹⁹而美國、英國、瑞士、葡萄牙的比例分別為3.1、3.3、5.1和3.3。²⁰珠海方面的比例也有3.9。²¹可見，本澳人均醫療設施仍然相對不足。

此外，相對珠海來說，本澳醫療成本亦較為高昂，以培養醫療人員所需的金錢投入為例，現時本澳鏡湖護理學院的護理學士課程，每名學生每年學費為25,000澳門元，四年制課程合共約100,000澳門元。²²相反，在內地，以鄰近地區高等教育機構中山大學醫學院的

14. 同上。

15. 數據來自OECD Health Data 2011，網址：http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html。

16. 同上。

17. 2011年珠海《統計年鑑》，網址：<http://www.stats-zh.gov.cn/>。

18. 數據來自澳門衛生局網站，網址：www.ssm.gov.mo。

19. 同註16。

20. 數據來自OECD Health Data 2011，網址：http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html。

21. 同註20。

22. 見澳門鏡湖護理學院網站：<http://www.kwnc.edu.mo/>。

護理課程為例，一年學費是5,760元人民幣²³，四年課程合共只需約26,000澳門元²⁴，比澳門少近八成。

4. 醫療服務選擇少、候診時間長

澳門醫療市場的規模亦限制了醫療專科的發展，令相關專科醫生亦存在短缺的情況，變相減少了市民選擇不同類型醫療服務的機會。事實上，現時對難以處理的專科病人，政府醫院按情況轉介到鄰近地區的醫療機構醫治，以解決專科醫生不足的問題。

選擇不足的同時亦存在候診時間過長的問題。²⁵例如，有立法會議員曾經質詢公立醫院各專科或衛生中心的問診覆診時間由回歸前的一個月到現時普遍達到3至6個月，但看病時間卻只有數分鐘而矣，大大影響醫療服務質素。²⁶

(二) 澳珠醫療合作之條件分析

1. 互利條件

對澳門而言，隨着近年博彩業的迅速發展，政府的財政收入也有顯著的上升，因此政府有能力在醫療領域投放更多的資源，完善醫療服務體系。據統計，政府財政收入由2004年的230多億上升至2011年的800多億澳門元，開支亦由170多億上升至2010年的380多億澳門元，但其醫療開支佔整體開支卻由2004年的10.5%下降至2010年的8.1%，而人均政府醫療開支亦只有5,647澳門元²⁷，與其他國家相比仍有一段距離²⁸，由此可見，在醫療開支方面澳門仍然有較大的上升

23. 見廣州中山大學網站：<http://admission.sysu.edu.cn/zs04/zs04a/23590.htm>。

24. 以人民幣與澳門元的兌換率1：1.2計算。

25. 事實上，現時特區政府推行的醫療券政策目的之一也是改善公營的醫療候診時間長的情況。

26. 《李從正詢專科醫生緊缺問題》，載於《澳門日報》，2009年6月19日。

27. 《澳門統計年鑑2010》，網址：<http://www.dsec.gov.mo>。

28. 例如美國的數字為23,992澳門元，日本17,487澳門元，法國為24,484澳門元。資料來源：《2009年世界衛生統計》，網址：www.who.int/entity/whosis/whostat/ZH_WHS09_Full.pdf。

空間。至於珠海方面，醫療財政資源的投入則相對較少，統計顯示，在2010年，珠海的人均政府醫療開支只有384元人民幣，醫療開支亦只佔政府總開支的3.6%。²⁹然而，珠海的土地資源、人力資源較澳門為多，所以儘管現時醫護人員佔人口的比例與澳門相若，但在開發醫療資源方面，例如培訓醫療人員，興建醫療機構設施方面都較澳門容易，成本亦相對較低。現時據悉約有15%的澳門人在珠海購置房屋³⁰，這些居民都會對珠海的醫療服務存在一定的需求，對珠海醫療機構而言，這亦是開拓市場、增加醫療收入的機會之一。從這個角度來看，兩地在醫療資源使用上與市場發展存在較大的互補性。

此外，由於澳門與鄰近珠海使用的語言都是以中文為主，因此推行跨境醫療服務時，不似外國地區那樣由於語言差異而產生溝通問題，共同語言體系可視為澳珠跨境醫療合作的優勢之一。

2. 面臨的機遇和挑戰

CEPA及相關政策措施的落實除了促進了澳門與珠海兩地經濟的融合，同時亦推動了兩地醫療領域方面的發展。根據CEPA規定，澳門可與內地合資合作設立醫療機構，並可聘用澳門永久性居民為員工；具有一定資歷的澳門醫師亦可在內地執業；在內地全日制醫科畢業的澳門永久性居民，在符合條件下可參加內地醫師資格考試等。³¹而《粵澳合作框架協議》中在醫療方面，更明確規定進一步研究建立醫療機構互助機制，推動衛生資源共享和醫療服務標準化，加強兩地的醫療溝通，完善病人流動機制。與此同時，隨著兩地的交通配套設施日漸完善，澳門居民往內地就醫亦十分方便。根據交通局的資料顯示，將來澳門與鄰近地區可望建立多個一小時生活圈，範圍覆蓋珠海以至廣東省多個城市³²，大大減少跨境醫療所需的交通時間成本，提高了服務效率。這些安排都為兩地跨境醫療合作機制的建立創造了有利的條件。

29. 2011年珠海《統計年鑑》，網址：<http://www.stats-zh.gov.cn/>。

30. 吳傳明、楊少華：“珠澳同城化的戰略選擇與思考”，《澳門研究》，2010年，第57期。

31. 《內地與澳門關於建立更緊密經貿關係的安排》，網址：<http://bo.io.gov.mo/edicoes/cn/dse/cepa/>。

32. 澳門交通事務局《澳門陸路整體交通運輸政策構想（2010-2020）徵集意見文本》，網址：http://www.dsat.gov.mo/ptt/tc/Transportes_Terrestres_de_Macau%282010-2020%29.pdf。

必須承認，推行跨境澳珠醫療服務合作仍然面對一些挑戰，主要是由於兩地的醫療制度不同，跨境醫療合作上會容易出現協調、糾紛等問題，這些都需要一個統籌、協調的機制來處理，平衡各方利益。目前這套機制尚未完善建立。

四、外地經驗

（一）區域合作方面

1. 歐盟

早期，社會領域的合作並非歐盟的改革重點，不過，除著歐盟成員國在經濟領域合作的逐漸深化，在社會領域中開展了對話，以及對歐盟和各成員國內各異的社會政策的協調與趨同提出了新的要求。但基於各國的制度差異和不同派系對統一社會政策方面存在不同的意見³³，歐盟在社會領域的合作不得不探索一個突破傳統決策機制的新的合作模式——開放式協作機制，在各種爭論聲中推動各國社會政策的協調和統一進程。概要而言，此機制的特點是，一、要求各成員國就已訂定的行動準則來訂出達成政策目標的時間表；二、按照最佳的實踐情況制定出參考標準，同時根據各成員國的具體情況加以調整；三、採取措施將歐盟的準則融入各成員國的政策中，同時兼顧各國國情的需要；四、建立一個可比較的訊息系統，以定期調控、評估以及平行監督促進相互學習。³⁴總之，此機制被認為是通過“軟法”規管來達到促進各成員國內社會福利政策措施趨同的目標，在追求統一的

33. 例如，新自由市場模式認為歐盟只需要採取那些確保內部單一市場有效運作的必要政策；趨同模式認為內部市場的經濟和政治力量將促使各成員國的社會福利標準趨向統一，因此任何歐盟層次的干預手段是不必要的；保守社會結合模式則認為，為了保持社會秩序及正常運作，糾正市場失效及促進自由競爭，歐盟的社會政策被認為具有合理性和正當性；而社會公正模式認為，歐盟為了確保公平分配原則的實現而採取的社會政策是有必要的。見Harvey, T. *European Social Law and Policy*, London: Longman, 1998. 轉引自內維爾·哈里斯等著，李西霞、李凌譯：《社會保障法》，北京大學出版社，2006年，第247頁。

34. 丁純、郭欣：“歐盟衛生領域合作與‘開放性協作機制’”，載於《南開學報》，2006年，第6期。

社會政策的標的同時，亦從歐盟各個成員國之間的制度差異出發，確保成員國在執行歐盟政策過程的彈性，容許其在各自制度下作出“微調”，以符合國情需要，以協調、合作的方式代替強制、統一的執行，務求在地區差異大、制度多樣化的政策環境下開闢一條邁向“統一”的改革之路。

2. 內地

不似歐盟，內地的區域合作僅屬於國內層面。然而，由於中國幅員遼闊，地區之間發展差異頗大，故在內地地方政府間的合作所面對的困難與挑戰並不比歐盟小。但社會發展需要使得區域合作成為必然趨勢，事實上，近年內地各省市亦逐漸發展出一套符合國情需要的合作協調機制。總結來說，內地地方政府間的區域合作機制存在以下特點：一、強調平等互利、合作共治、溝通協商、自願參與等原則，通過對話協作、而非命令控制的方式追求共同利益³⁵；二、按上述原則，通過簽定區域合作協議或行政契約（如“合作宣言”、“合作框架協議”、“合作備忘錄”等）³⁶，通過明確的合意條款來引導各方來支持和履行契約內容，建立軟性的約束機制³⁷；三、合作地區的相關領導就合作領域事宜定期召開會議或設立專門的工作小組、聯席會議，定期互訪交流，共同磋商區域發展的重要戰略、規劃與執行等議題³⁸；四、加強科學技術的應用，建立信息共享平台，提升決策的科學化水平。³⁹

由此可見，與歐盟相似，內地區域合作機制亦試圖通過“軟法”來約束和激勵地方政府之間的合作行為，以彌補傳統硬性、強制化法規在執行上的不足，彰顯民主、自由、平等、效益等多元價值，藉此發展出一套適應現今利益多元、錯綜複雜的社會環境的公共治理或合作模式，回應時代發展的需要。

35. 石佑啟：“論區域合作與軟法治理”，載於《學術研究》，2011年，第6期。

36. 楊愛平：“區域合作中的府際契約：概念與分類”，載於《中國行政管理》，2011年，第6期。

37. 見註38。

38. 蔣瑛、郭玉華：“區域合作的機制與政策選擇”，載於《江漢論壇》，2011年，第2期。

39. 見註38。

（二）跨境醫療方面

1. 歐盟方面

歐盟的政策是以促進四大自由流動⁴⁰為原則，目的是建立“內部市場”，促進經濟一體化。⁴¹因此，其政策或法律的核心是盡可清除防礙自由流動和自由競爭的障礙，醫療領域的政策亦然。但為了消除成員國對共同醫療政策對國內醫療制度的干預和衝擊的憂慮，歐盟推動了協調性的醫療保障機制：考慮到國情需要，各成員國可保留具體執行歐盟委員會制定的政策的權利，而委員會更多是起着促進和協調的中介作用，與此同時，與歐洲議會、法院一起共同監督醫療保障政策的執行。⁴²雖然歐盟並未形成完全統一的醫療政策，但在協調性的醫療保障機制下，各成員國的醫療合作有了實質的進展，當中包括：要對其他成員國的人口在醫療權利和義務實施國民待遇；實施相關的醫療服務跨境支付機制；促進了醫生和病人的自由流動；使醫療變成一種可“出口”和可攜帶的服務。⁴³

而有關歐盟的其他具體跨境醫療服務措施，主要包括：

（1）採用統一的歐洲健康保險卡

經過長時間的規劃，2003年歐盟部長級會議通過了在歐盟內發行統一的、個人化的電子“歐洲健康保險卡”，持卡的歐盟公民可依據歐洲各國的相關法律規定享有更具彈性的跨國醫療服務、也為醫療服

40. 即商品的自由流動、人員的自由流動、資本的自由流動和開業自由。在醫療領域，主要是醫者選擇不同地區執業和病者選擇不同地區看病的自由。

41. 鄭春榮：“論歐洲一體化進程中的衛生政策”，載於《德國研究》，2004年，第3期，第19卷；丁建定、孫健：“歐洲一體化進程中的社會福利整合”，載於《長安大學學報》，2006年，第8卷，第1期。

42. 歐盟委員會主要負責監督成員國對歐盟醫療保障政策的執行得以正確實施；歐洲議會通過不同機構的政治監督使歐盟醫療保障政策得以貫徹落實；而歐洲法院的職能主要為醫療保障政策作出解釋，監督和保證成員國遵守歐盟條約的相關規定。見賈洪波：“歐盟國家醫療保障制度比較分析”，載於《中共中央黨校學報》，2008年，第3期，第12卷。

43. 見註44。

務提供者、醫療保險機構者提供更有效率的結算制度，促使歐盟醫療體系進一步趨同。歐洲健康保險卡的計劃可謂是建立歐盟信息化社會的一項重要成果。

（2）重視加強信息化、標準化管理

在2003-2008年間，歐盟共斥資5億歐元來改善與衛生服務相關的數據收集和信息交換系統⁴⁴，致力完善跨國醫療的信息服務系統，特別是跨國結算功能的技術更是簡化了醫療保險的帳目往來程序，為建立跨境支援機制奠定基礎。此外，歐盟亦積極推廣E系列表格，以標準化的方式收集病人資料，提升醫療行政程序效率，加強醫療訊息的流動性。⁴⁵信息技術的應用甚至使得網絡醫療成為可能。⁴⁶

2. 內地方面

隨著經濟社會的急遽發展，內地人員流動頻繁，異地就醫管理問題日益受到政府的關注，尤其異地醫療費用結算的方式，一直是內地醫療保險管理工作中一個難點。為此，2009年《關於深化醫藥衛生體制改革的意見》首次明確基本醫療衛生制度為全民公共產品，強調“加快推進基本醫療保障制度建設”⁴⁷，包括：一、為改進醫療保障服務，推廣參保人員醫保一卡通⁴⁸，實現醫保經辦機構與定點醫療機構直接結算；二、建立異地就醫結算機制，制定解決農民工等流動就業人員基本醫療保障關係跨制度、跨地區轉移接續問題的辦法，同時加強相關的信息互動及監管機制建設。三、進一步建立統一的醫療保

44. 覃福曉：“參保人員就醫異地‘一卡通’的歐盟經驗和教訓”，網址：http://www.laweconomics.org/news_view.asp?id=311。

45. 賈洪波：“歐盟國家醫療保障制度比較分析”，載於《中共中央黨校學報》，2008年，第3期第12卷。

46. 見註37。

47. 《關於深化醫藥衛生體制改革的意見》，網址：http://www.gov.cn/jrzq/2009-04/06/content_1278721.htm。

48. 王虎峰：“全民醫保制度下異地就醫管理服務研究——歐盟跨國就醫管理經驗借鑒”，載於《中共中央黨校學報》，2008年，第6期。

險系統，加強推廣各省應用醫保一卡通⁴⁹，使所有參保人員可憑全國通行的唯一的社保卡參加當地醫療保險在全國任何醫療保險定點機構都可就醫，醫藥費用報銷標準按患者“所在地”對參保人員“就醫地”進行遠程支付。⁵⁰而結算機制和監管機制的特點如下：

（1）醫保異地結算機制

為配合“一卡通”政策，中國各省目前在異地就醫醫療費用上趨向以聯網方式結算，省醫療保險管理中心設立全省異地就醫醫療費用結算中心，負責全省參保人員在異地定點醫療機構和定點零售藥店所發生的醫療費用結算工作，合作的地方政府積極創造條件承擔委託方的異地就醫人員所需的醫療費用，按照相關報銷規定，代為辦理報銷業務，確保參保人員就地就醫，就地結算。⁵¹

（2）建立訊息互通機制和完善監管機制

合作各方按有關規定在人力資源和社會保障專網上公開定點醫療機構資訊並及時更新資訊，方便參保人員異地就醫。⁵²另一方面，就醫地經辦機構會積極配合參保地經辦機構，對異地就醫參保人員的基本醫療保險、醫療服務行為和費用進行監管和稽核，並將經辦機構對異地就醫人員管理和服務情況納入經辦機構工作考核範圍。⁵³

五、建議

基於兩地制度不同，要推動澳珠醫療合作，首先要建立澳珠兩地區域合作協調機制，再在此機制之下共同協商制定具體的醫療合作措

49. 醫保一卡通的概念實際上是來自於已通行的社會保障卡。社保卡透過建立其流通制度和全省社保卡通用信息平台，把全省人力資源社會保障業務聯繫起來。見《廣州、珠海實現社保卡異地就醫通用》，網址：http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/gd.xinhuanet.com/newscenter/2010-07/07/content_20266876.htm。

50. 同上註。

51. 《異地就醫醫療費用稽核和結算管理暫行辦法》，網址：<http://www.ningde.gov.cn/wsbs/tongdao/laonianren/yibaoshebao/1837.html>。

52. 《長三角地區醫療保險經辦管理服務合作協定》，網址：http://www.js.gov.cn/shouye/zwgk/jszb/2010/02/sjbmwj/201003/t20100301_429360.html。

53. 同註44。

施，並予以落實執行。循這一思路，並結合外地區域合作的經驗，以下將會從區域合作機制及具體醫療合作措施兩方面提出建議。

（一）區域合作方面

1. 成立澳珠跨境醫療合作的專責小組

現時粵澳合作聯席會議下設的澳珠專責小組，職能主要是落實粵澳聯席會議的決定，負責項目的落實，規劃兩地事務性的交流和合作。成立以來為澳珠兩地跨境合作做了不少工作，然而對於衛生部門提出的建立醫療經費的跨境結算制度的議題，適當放寬雙方醫務人員跨境執業限制，建立雙向轉診機制和澳門居民到珠海就診所發生的費用由協議單位直接結算等內容⁵⁴，並沒有設立相應的工作小組作出跟進，與跨境醫療相關的項目現時仍由澳珠專責小組負責，缺乏針對性及專業性，故建議設立專責澳珠跨境醫療工作小組，並下設聯席會議制度，建立資源共享機制和跨境醫療服務機制，必要時更可在兩地之間設立專項研究小組、專項協調小組，以推動兩地醫療衛生合作，以制定及落實各項跨境醫療措施。

2. 建立行政協議機制

建議將珠海政府的代表納入粵澳合作聯席會議內，在各專責小組會議時，涉及珠海市的相關職能部門也應納入粵方代表團並列席會議，以加強澳珠兩地的協調機制，落實平等參與的合作理念。同時，在不違背相關法律法規以及粵澳合作聯席會議確定的基本原則下，澳門和珠海市政府可以就各方面（包括跨境醫療方面）建立以行政協議（或合作備忘錄）為主要手段的協調合作機制，以規範及具體落實雙方同意的合作事項。

3. 加強及深化地方政府層面間的聯繫

目前內地地方政府與澳門特區政府之間在區域合作方面一直保持密切聯繫。隨著《“十二五”規劃》、《綱要》和《粵澳合作框架協

54. 《珠海澳門成立促進珠澳同城化的三個工作小組》，網址：http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/gangao/2009-04/30/content_11284706.htm。

議》的推出，充分反映了中央對於澳門與內地合作的支持，建議澳門特區政府按實際情況和需要主動加強及深化與廣東省及珠海市的接觸和溝通，同時加快培養熟悉珠三角（尤其是珠海市）運作的官員或人才，以推動政府與各界之間就有關資訊、經驗和知識的交流和分享。

4. 建設多元參與的協調機制

理順政府、企業、社會團體、公眾在不同事務協調中的關係，建立並完善面向澳珠兩地社會公眾的參與機制，為兩地官方和民間共同磋商提供渠道和平台。同時，兩地政府應及時將區域合作發展的重大決策的相關信息向公眾發放，而建議設立的澳珠跨境醫療工作小組負責在收到專家學者和公眾意見後應進行深入分析及研究，從而制定可行的方案並提交到澳珠專責小組，必要時更提交到粵澳聯席會議上進行討論並完善方案，促使方案在明確各方的權責後能得以落實。

（二）醫療方面

參考歐盟及內地的經驗，現就澳珠跨境醫療服務合作安排提出以下建議：

1. 利用《粵澳合作框架協議》和CEPA，加快珠海醫療基礎設施的興建

為了不增加珠海醫療體系的壓力及影響珠海居民的就醫權利，財政資源較充裕的澳門可以考慮與土地資源較豐富的珠海政府合作，在《粵澳合作框架協議》和CEPA的框架下，共同合作興建更多醫院及相關醫療設施，為兩地居民提供公共醫療服務。同時，澳門特區政府亦可考慮與珠海醫療機構簽定合作協議，作為能為本澳居民提供免費或低廉的公共醫療服務的定點機構，費用可先由珠海政府先行墊支，再由澳門特區政府定期進行結算。

2. 制作醫療卡、簡化結算程序

澳門若與珠海建立跨境醫療服務機制，完善的結算系統不可或缺，參考歐盟與內地製作醫療卡的經驗，建議特區政府可考慮利用內

地現有的醫療結算系統，為本澳居民開設個人帳戶及製作類似內地社保卡醫療卡的醫療卡，以取代現時本澳居民使用公共醫療服務時所用的醫療卡，實行兩地通用，持卡者可同時到澳門及珠海指定的醫療機構接受公共醫療服務。

3. 建立病人資料互通制度，加強信息管理

標準化的資料收集、分享機制是區域醫療合作的重要一環。澳門特區政府可以在得悉病人同意的情況下，研究建立兩地共用的病歷資料庫。這樣，在患者選擇到珠海就醫時，兩地醫護人員可更清楚地瞭解其病歷，作出適當跟進。另一方面，政府亦可以考慮定期評估醫療服務的質量、使用者滿意度等，以及定期更新有關醫護人員的學歷、經驗等信息，並建立定期信息公佈機制，以協助市民選擇合適的醫療服務。

4. 完善監管機制

有效的監管機制對跨境醫療服務管理十分重要。在成本監管方面，建議採取使用者共負制度（Co-payment），即使用跨境醫療服務的居民也要承擔一定比例的醫療費用，此比例可根據不同病人的類型（如年齡、收入狀況、病例情況等）進行調整，一方面可避免居民濫用跨境醫療服務，壓抑醫療服務的成本上升，另一方面亦可彌補推行跨境醫療服務的部分成本。政府亦可研究就不同跨境醫療服務類型設定不同的資助上限，參考原則是跨境醫療服務的資助不應超出澳門特區政府醫療機構提供同類服務所需的成本，以壓抑服務不合理使用所導致的醫療開支上升。同時，兩地政府亦應定期對跨境醫療費用進行審核，以杜絕違規行為。在醫療服務監管方面，澳珠兩地政府可考慮定期進行醫療資源使用評估，確保每名病人都可獲得適當的治療，以及建立跨境醫療服務投訴機制，加強居民對有關醫療機構的監察力度，對違規醫療人員施予懲處，確保服務質量。

5. 長遠促進醫患雙方的自由流動

現時在CEPA的規定下，本澳具合法行醫權的醫生在內地短期執業3年，行醫一年以上可參加內地醫師資格考試，獲得正式執業資

格⁵⁵。但目前珠海醫生在未取得澳門執業醫生執照前仍未能於澳門執業⁵⁶。基於平等互利的原則，將來在條件成熟的情況下，除了完善病人異地就醫的安排，亦可考慮就兩地醫療執業的規定作進一步的接軌，以促進醫患雙方的自由流動、醫療服務的競爭，提升服務質量。

六、結語

隨着澳門與內地經濟迅速融合，澳門與鄰近珠海的經貿、人員往來日漸頻繁，使得跨境醫療服務需求不斷上升，如何促進兩地區域醫療的合作已成為推動兩地經濟、公共服務一體化的重要課題。本文從“區域合作”的角度出發，結合歐盟與內地區域醫療合作經驗，就如何解決澳門醫療問題和推進澳珠兩地醫療合作提出一些政策建議，冀收拋磚引玉之效。然而，必須承認的是，上述建議屬於初步階段，具體的執行上仍存在不少問題，有待進一步探討和研究。畢竟，在“一國兩制”下的區域醫療合作是一項嶄新研究課題，基於兩地體制的差異，改革實難以一步到位，須以循序漸進的方式進行，因此，在汲取外地醫療政策改革的有益經驗的同時，也要實事求是地考慮澳珠兩地不同的社會制度，由兩地政府互相協商，逐點攻克，避免市場過度自由化所產生的利益問題尤其重要，箇中如何取得平衡將會左右未來兩地醫療合作的實際成效。

55. 《內地與澳門關於建立更緊密經貿關係的安排》，網址：http://bo.io.gov.mo/bo/ii/2003/52/aviso28_cn.asp

56. 見註6。