

探討澳門未來醫療保障改革路向

霍惠蘭

引言

澳門特區現居住人口約 44 萬，醫療服務機構有 1 間政府醫院、1 間慈善機構醫院及 8 間政府衛生中心，分佈各區。近年來醫療服務需求因應社會經濟發展和人口數量遞增而不斷增加，根據資料顯示公共醫療開支逐年增長，從 1990 年至 2002 年 12 年間增加了 2.74 倍 (統計暨普查局, 2002)，不僅反映出醫療成本的增長速度加快，與此同時將對未來特區政府財政系統構成一定的壓力。然而提升和優化醫療保健素質，保障全民健康水準，是大勢所趨。本文就澳門未來醫療保障改革提出一些建議。

鄰近國家及地區醫療保障體系近況

1. 香港的醫療社會保障

香港是經濟高度發達的社會，採用的是公費醫療模式。在 2001 年醫護改革諮詢文件中，香港特區政府以公費醫療為主導思想，輔以小規模的支援方案，堅持公平、可近性、成本控制、素質管理的優良原則，不斷作結構上的調整。並諮詢社會各界的意見，逐漸修正完善。2003 年 4 月 1 日開始，公立醫院重整收費架構，醫院管理局會繼續貫徹政府的基本理念，即是不會有市民因經濟原因而得不到適當的醫療照顧。政府在醫療融資問題上，採取節流為主，開源為次的策略 (香港衛生福利局, 2001)。

2. 新加坡衛生保健服務

新加坡人口約 4 百萬，平均壽命為 78 歲。採取雙軌衛生保健體系：政府提供的公共體系和私人醫生提供的私營體系。為了應付人口老化，市民對更好的衛生保健服務期望的日趨提高，面對醫療技術的迅速進步，衛生保健成本的直線上昇，新加坡政府衛生保健財政支出面臨嚴重挑戰。

為此，在稅收和保險作為衛生保健財政來源前提下，出臺醫藥保健儲蓄計劃。它是用於衛生保健的強制性儲蓄計劃，對於重病保險情況實行健保雙全計，即大病保險計劃。醫藥保健儲蓄計劃特點是：籌集醫療保險基金是根據法律規定，強制性地把個人消費的一部分，以儲蓄個人公積金的方式轉

化為保健基金。以個人責任為基礎，政府分擔部分費用，國家設立中央公積金，這部分的繳交率為職工工資總額的 40%，僱主和僱員分別繳納 18.5% 和 21.5%。它是以保健儲蓄為基礎，強調個人責任的同時，又發揮社會共濟、風險分擔的作用 (李建梅、曹俊山、龔波、章衛, 2002)。

澳門醫療保障現況分析

1. 澳門醫療保障對象

根據澳門政府 24/86/M 號法令，本澳居民在公共醫療服務中有很大部分享受免費醫療，包括：孕婦、待產及產後一個月內的婦女；13 歲以下小童；中小學生、教師；貧民；持有衛生局社會工作局所簽發之衛生護理證；65 歲以上老人；癌症患者、精神病患者、傳染病患者、吸毒人士及囚犯；持澳門居民身份證往各衛生中心求診者；公務員及其家屬。

2. 醫療開支分析

根據資料顯示，公共醫療開支由 1990 年的四億三千四百萬澳門元升至 2002 年的十一億九千一百多萬元，在 12 年間上升 2.74 倍，而人口祇增加 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，12 年間增加 2.11 倍。公共醫療衛生支出佔政府總開支的百分率大致逐年增加，1999 年至 2002 年間維持在百分之十二至十三左右，比例已不算低。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趨勢，由 1990 年的百分之一點七漸升至 2002 年的百分之二點二 (統計暨普查局, 2002)。

3. 澳門未來人口發展與醫療改革

隨著人口增加及人口老齡化，澳門醫療衛生方面開支會繼續攀升，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 65 歲及以上的人口將超過三萬八千人 (引自吳偉強, 2003)。人口增加及老化對澳門政府醫療系統構成的壓力，政府的免費醫療制度能否繼續運作將成疑問，所以醫療保障改革勢在必行。2001 年澳門特別行政區政府在施政報告中指出：“澳門公共醫療體制已經無法適應時代的發展，政府正跟進醫療系統的研究工作，以便盡早開展改革措施。”澳門醫療

保障改革有許多可以從鄰近國家及地區醫療保障措施中借鑒之處。

澳門未來醫療保障體系發展方向

1. 政府成立專門協調組織

根據第 276/2001 號行政長官批示，組織成立醫療改革諮詢委員會，其宗旨是“在全面評估和檢討現行醫療衛生體制的基礎上，分析和研究醫療衛生體制改善與改革的各項具體方案，並就相關問題提供協助”（澳門衛生局，2001）。

2. 未來醫療保障政策的實施策略

一個民主進步社會，必須確保無人因錢的問題而缺乏基本的醫療服務。過去，政府及民間都作出巨大努力來達成這個目標，成績斐然。然而為緩解不斷上漲醫療成本帶來沉重壓力，保障醫療服務的可持續性，減少浪費及濫用，可考慮採用“能者自付”、“共同付費”、“錢跟病人走”的原則。也認同考慮推行醫療保險制度，確實的執行方案則需要全面討論再作修訂。

再者從政府現有資源從新調配，更有效利用臨近地區較成功的經驗，真正實行開源節流，並加大民間醫療機構的撥款，要求此等機構強化服務質量，合理利用現有的醫療資源，進行有效的分配及運用，可作為改革過渡時期的政策。

與此同時政府更應關注老幼及低下階層市民的支付能力。對免費及公共醫療應有審查制度及一定的限制，對弱勢社群提供照顧，也應從公平角度出發，曾為社會付出，符合享用規定者都有使用權。

對非醫療保障對象的貧困者作出照顧，在政府能力範圍下分辨開醫療服務及社會援助機構，並充

分調動民間的積極性做好免費醫療及援助工作。

結語

醫療保障體制的改革是大勢所趨，在改革中必然存在不可預見的困難和阻力，但只要政府醫療保障改革的職能部門能夠遵循服務于市民，傾聽多方面的意見和建議，權衡利弊，逐步穩定的推進各項措施，是能夠取得市民各階層廣泛的支持與理解的。現時政府對醫療服務作出的承擔是無可爭辯的事實，政府免費為居民提供公共衛生服務，是政府的應盡職能；但個人醫療衛生服務理應由個人承擔，政府必需重視低下階層的醫療衛生服務，選擇最佳的醫療保障模式，使每個市民都能得到滿意的醫療服務。關於未來醫療保障政策的推行，澳門政府應多參考世界發達國家和地區的經驗，結合澳門地區實際情況，有秩序地分期分階段推行，只有這樣才能使醫療保障體系的改革取得成功，為澳門居民的健康提供切實可行的保障。

參考文獻

李建梅、曹俊山、龔波、章衛 (2002). 新加坡醫療保健制度改革進展與借鑒. 中國醫院管理, 22(4), 57-58.

吳偉強 (2003). 澳門醫療問題探討：現況與前瞻. 澳門公共行政雜誌 16(61), 797-808.

澳門特區政府衛生局 (2001). 澳門醫療保健制度研究諮詢文本. 澳門：衛生局.

澳門特區政府統計暨普查局 (2002). 統計年鑑. 澳門：統計暨普查局.

香港衛生福利局 (2001). 《你我齊參與，健康伴我行》. 香港：衛生福利局醫護改革小組

(接 40 頁)

用，如及時與家屬的溝通、病情的彙報，病人檢查、入院的提前聯繫，縮短了病人等候時間，滿足了病人及家屬迫切得到診治的需求。

4.4 五常法的應用，改善了病區環境，縮短了取物時間

五常法最高境界是常自律，通過自律，養成了護士良好的習慣，創造一個良好的工作環境，用物

的定量、定位放置，確保了護士在搶救中取用搶救物品準確和迅速，確保了搶救用物始終處於應急狀態，縮短了取物時間。

參考文獻

李曉雯、徐廣益、梁靜、谷金君 (2004). 我院預防保健科推廣五常法則的實踐與體會. 中國實用護理雜誌, 20(2), 70.