

# 港澳保健政策之比較研究

賴偉良

---

**[提要]** 本文的主旨在比較香港及澳門特區的保健政策，比較面向包括兩地保健體系的基本結構、服務供應角色、醫療保障網絡、健康狀況、服務資金來源及保健開支。比較結果顯示，香港政府比澳門政府扮演較重要的服務提供者角色，後者則比前者承擔更大的財政責任，支付大部分的保健服務開支。總結而言，兩地的保健體系均屬於“政府主導的混合型”。雖然兩地保健服務的效果同樣出眾，但澳門體系則較具成本效益。研究結果的啟示是，政府的介入程度及非牟利體系的規模，乃影響保健服務效果及成本效益之重要因素。

**[關鍵詞]** 香港 澳門 保健體系 保健政策 衛生政策 醫療服務

**[中圖分類號]** C913.4 **[文獻標識碼]** A **[文章編號]** 0874 - 1824 (2016) 02 - 0035 - 10

---

## 一、引言

在 20 世紀末期，香港及澳門先後成為中華人民共和國的特別行政區。從經濟發展水平而言，香港和澳門已經是富裕城市。兩地政府推行各式各樣的福利政策及計劃，以滿足民眾的各方面基本需要。保健服務乃社會福利制度的主要支柱之一，<sup>①</sup>它在提升民眾的生活質量方面，發揮著十分關鍵的作用。

有關香港保健政策或體系的比較研究，學者傾向把香港與鄰近的亞洲國家或地區作比較。M. Ramesh 及 Ian Holliday 比較香港、新加坡及馬來西亞的保健體系，他們的結論是三地政府所提供的大規模醫院服務，有助維持它們的高效率保健系統。<sup>②</sup>其後，M. Ramesh 比較香港、台灣、新加坡及韓國的保健體系，結果顯示香港及新加坡的公營服務較具效率，而台灣及韓國卻面對保健開支急速上升的風險。<sup>③</sup>Ian Holliday 在比較東亞四小龍的保健體系後，指出四地的保障體系均具有“生產性導向”（productivist orientation）的元素，但不能總結出一種“東亞保健模式”（East Asian health care model）。<sup>④</sup>M. Ramesh 的另一項研究發現，香港及新加坡保健政策的特點是“政府供應及私人融資”，而台灣及韓國則是“私營系統供應及社會保險融資”。<sup>⑤</sup>余偉錦比較東亞四小龍及 18 個經濟合作與發展組織（OECD）國家的保健政策，指出香港與英國應同屬於一種福利模型，主要特徵是其保健服務發揮高度的“去商品化效應”（decommodification）。<sup>⑥</sup>他在另一

項比較研究也發現，香港及新加坡應與英國、澳洲、芬蘭、法國、挪威等國家同屬於一類福利模型；而香港的保健體系則不能與韓國及台灣納入同一種福利模型。<sup>①</sup>近年，也有研究比較香港及其他國家或地區的政策改革，例如 M. Ramesh 比較香港及新加坡公營醫院的改革情況。<sup>②</sup>

在文獻中，有關澳門保健體系的比較研究可說是絕無僅有。常峰等學者曾比較港澳的“醫療券”計劃，結果發現該計劃的優點包括保健服務的“需方”和“供方”均積極參與，市民對計劃的滿意程度高，推動市民更多使用私營醫療服務，提升市民的防病保健意識和推廣家庭醫生制度；而缺點是存在違規使用的問題。<sup>③</sup>此外，有些研究集中探討澳門保健政策的模式或特徵。宋燕及卞鷹分析鏡湖醫院的發展後，總結澳門“公私合營模式”的運作經驗，對內地發展非營利私營醫療機構有很大的參考作用。而且，政府的參與和合作在發展“公私合營模式”中發揮積極的作用。<sup>④</sup>根據賴偉良的研究，澳門的保健體系屬於“政府主導的混合型”。<sup>⑤</sup>因此，本文可以填補港澳有關比較研究的空白。

## 二、保健體系的結構

### 1. 香港

香港保健體系的基本結構早於 20 世紀中期已經確立，在過去 60 年並沒有基礎性的轉變。<sup>⑥</sup>港英政府早在 1962 年就已表明，其保健政策是為不能使用私營醫療服務的廣大市民，提供廉價或免費的醫療及個人保健服務。當時的具體政策目標是為 50% 的市民提供公營門診服務，以及為 80% 的市民提供公營醫院服務。<sup>⑦</sup>現在，香港保健體系的主要特徵是“雙軌並行、公私醫療界別互相配合”。<sup>⑧</sup>公營系統主要由政府衛生署和醫院管理局（醫管局）組成。政府衛生署在保健政策及服務範疇發揮“顧問及監管”功能，同時也提供一部分的保健服務，如母嬰保健等。醫管局是一個法定及獨立政府以外的機構，負責管理香港的所有公營醫院，同時提供公營的專科門診及外展醫療服務。香港政府的政策方針是，公營保健系統發揮“安全網”（safety net）的功能，確保所有居民均能接受所需要的保健服務。<sup>⑨</sup>

截至 2013 年 12 月底，衛生署轄下有 32 間母嬰健康院，為香港居民提供免費的母嬰保健及指導服務。醫管局轄下有 42 間公營醫院及機構，病床總數為 27,400 張。同期，它亦管理 47 間專科門診及 74 間普通科門診診所。醫管局提供高額資助的保健服務，香港居民在公營普通科門診診所的診治費用為每次港幣 45 元，該收費已包括藥物費用、檢驗費用等。專科門診服務的首次診治費用為港幣 100 元，其後每次診症費為港幣 60 元，每種藥物的收費為港幣 10 元。在住院服務方面，香港居民的入院費為港幣 50 元，住院費為每天港幣 100 元，已包括一般護理、藥物及檢驗費用。<sup>⑩</sup>大致上，政府資助約 95% 的公營醫院服務費用。<sup>⑪</sup>

私營保健系統包括私家的門診診所和私家醫院。截止 2013 年底，香港共有 11 間私家醫院，病床總數為 3,882 張。此外，有些志願組織或慈善團體也開設非牟利性質的診所，提供較廉價的保健服務。<sup>⑫</sup>

香港政府由 2009 年 1 月開始推行“長者醫療券試驗計劃”，對象為年滿 70 歲的香港居民。合資格的長者可以使用醫療券到私營機構購買所需的醫療服務。到了 2014 年，該計劃已轉化為恆常性的計劃。2015 年，每名長者獲發醫療券的數額為每年港幣 2,000 元。<sup>⑬</sup>

雖然香港保健體系的基本結構已確立數十年，但在過去 20 多年，香港政府曾提出不同的改革方案，如提高公營醫療服務的收費，推行強制性醫療保險，設立醫療儲蓄帳戶等，但最終它們

都未能獲得社會各界的認同。<sup>⑩</sup>到了2010年10月，香港政府出版名為《醫保計劃 由我抉擇》的諮詢文件，建議制訂一個由政府規管的自願私人醫療保險計劃。該計劃的重點是政府加強對私營醫療保險及私家醫院的控制，同時推出一些措施，推動有能力的市民購買私營醫療保險。到了2014年12月，政府再出版名為《自願醫保計劃諮詢文件》，進一步就“自願醫保計劃”的實施內容蒐集公眾意見。<sup>⑪</sup>諮詢的內容包括計劃之保障項目、補充性質的保險計劃、“高風險地”、保險計劃的轉移安排、規管機構等等。<sup>⑫</sup>

香港政府提出的“自願醫保計劃”是一種“市場化”（marketization）的改革策略。在該計劃中，政府加大對私營保險市場及私家醫院的干預，令它們更迎合市民的需要及購買力；同時動用公帑，支持那些高風險人士（如在投保前已患病人士或長期病患者）參加私營保險。其實，這明顯有別於一貫由“政府主導”的政策方針。

## 2. 澳門

近年來，澳門政府採用“‘妥善醫療，預防優先’的衛生政策，繼續加大醫療衛生資源的投入，健全制度建設，完善醫療衛生設施……充分利用社區醫療資源，有效發揮政府、非牟利和私人醫療機構的力量，致力提升醫療服務的質量，保障居民的健康”。<sup>⑬</sup>目前澳門保健體系的基本結構，在20世紀80年代中後期已確立起來。澳葡政府在1984年的施政方針中表示，將要建立一個綜合的醫療衛生體系，其政策路向是建立以基層衛生護理為主的醫療衛生網絡，先以仁伯爵醫院為中心，其次在澳門、氹仔及路環設立9間衛生中心。<sup>⑭</sup>

現在，澳門的保健體系主要由公營和私營保健系統組成。公營系統包括政府衛生局的仁伯爵綜合醫院、衛生中心、公共衛生化驗所及其他相關的中心（如疾病預防控制中心、捐血中心等）。仁伯爵綜合醫院為所有居民提供特級衛生護理服務，如急診、專科門診及住院服務等。除了有關法例所規定的10多類組群外，例如孕婦、兒童、長者、學生、殘障人士、傳染病患者、惡性腫瘤病患者、貧困人士及教師等（免費醫療組群），其他澳門居民在接受服務時需要繳付費用，例如住院服務的收費是服務成本的70%。

澳門政府設立衛生中心的目標是讓“所有居民都可以在自己的居所附近享有免費或可負擔的初級衛生保健”。衛生局轄下的7間衛生中心及3所衛生站/保健站，均為居民提供各類免費的初級衛生護理服務，例如兒童保健、成人保健、產前保健、學童保健、中醫服務等。<sup>⑮</sup>此外，衛生局也資助一些（非牟利）私營醫療機構，提供不同種類的保健服務，包括住院、急診及門診服務。例如在2012年，衛生局以固定資助的方式，透過與14間民間非牟利的醫療機構合作，共提供了超過52萬個免費或廉價的保健服務名額。<sup>⑯</sup>

澳門的私營保健系統包括私家醫院、非牟利及營利性質的診所及化驗所。2014年，澳門共有4間私家醫院及687間私家診所（包括西醫、牙醫及中醫等）。<sup>⑰</sup>其中鏡湖醫院的規模最大，2011年設有580張病床，共提供急診診治179,658人次及門診診治964,023人次。<sup>⑱</sup>鏡湖醫院屬於一所非牟利的醫療機構，它所提供的服務大致可分為三類：一是由政府資助而免費提供的服務（例如C等病床、產前保健等）；二是由鏡湖醫院慈善會資助而免費或象徵性收費的服務；三是“自負盈虧”性質（self-financed）的服務。那些非牟利的診所通常由民間社團開辦，提供免費或廉價的保健服務，例如同善堂、工人醫療所、街坊福利會中醫診所、民眾建澳聯盟民眾醫療中心等。<sup>⑲</sup>2015年1月，衛生局進一步擴大合資格接受資助醫療服務的群體。資助金額為每次門診澳門幣110元，每次急診為澳門幣230元。<sup>⑳</sup>

衛生局 2009 年開始推行“醫療補貼計劃”，為全體市民提供同等金額的“醫療券”，資助她/他們在私營保健場所使用非資助的服務。2015 年，每位澳門市民獲發總值澳門幣 600 元的“醫療券”；參與該計劃的醫療服務單位共有 682 間。<sup>④</sup>

2010 年，澳門政府制定了“完善醫療系統建設方案—10 年規劃”，計劃在 2020 年之前，從三個層面擴充澳門公共保健服務的規模。其一，擴建及重建的工程包括仁伯爵綜合醫院急診大樓、專科大樓和綜合服務大樓、路環崗頂傳染病康復中心、九澳康復醫院等。其二，分階段籌建離島醫療綜合體，當中的設施包括離島急症醫院、放療中心、離島綜合醫院、護理學院及離島康復醫院等。其三，擴建或重建部分現有的衛生中心，還在青洲、新填海區、氹仔和路環等地區增建 5 間衛生中心。<sup>⑤</sup>總結而言，澳門政府面對現在及將來社會對保健服務的龐大需求，其主要對策是大規模地擴展公營保健服務，同時增加由非牟利社團所提供的資助服務，這與上述香港政府所採用的策略有明顯差異。

### 三、保健體系的比較

#### 1. 保健政策模式及分析面向

在文獻中，學者們提出不同的保健政策模式，用以分析各地保健體系的特徵。例如 Milton Terris 早於 1978 年提出三種保健體系模式：“公共援助模式”、“健康保險模式”及“國民保健服務模式”。<sup>⑥</sup>經濟合作與發展組織的研究總結出三種模式：“國民保健服務模式”、“社會保險模式”及“私營保險模式”。<sup>⑦</sup>Michael Moran 提出四種保健國家體制（health-care states）：“牢固支配及控制國家型”、“供應國家型”、“共責國家型”及“欠缺保障的支配及控制國家型”。<sup>⑧</sup>Claus Wendt 等學者先提出三個理想模型（ideal-types）：“國家保健體系”、“社會保健體系”及“私營保健體系”。“國家保健體系”的特徵是國家或公營機構主力承擔保健體系的融資、服務供應及管制三方面任務。在“社會保健體系”中，社會機構（例如工會）主力負責保健體系的融資、服務供應及管制三方面工作。在“私營保健體系”，市場主力負責保健體系的融資、服務供應及管制三方面工作。然後，他們在每一個理想模型中，再根據三個分析面向中的多元性，細分出 24 個混合模型（mixed-types）。<sup>⑨</sup>直到現在，他們的理論架構可說是最精細及最具概括性之分類模型。

總結上述的分類模式，大致上有三種典型的保健政策模式。第一種的特徵是國家直接提供大部分的保健服務（尤其醫院服務），承擔很高比例的保健服務開支，所有市民有權接受免費或廉價的公營保健服務，接近上述的“國民保健服務模式”、“牢固支配及控制國家型”及“國家保健體系”，例子包括英國及瑞典。第二種的特徵是國家設立公營健康保險，支付國民的大部分醫療費用，公營及私營系統共同提供各類的保健服務，類似上述的“健康保險模式”、“社會保險模式”、“共責國家型”及“社會保健體系”，最有代表性的例子是德國。第三種的特徵是大部分國民都參加私營健康保險，以應付保健服務的開支；公營及私營系統共同提供保健服務，但私營系統的規模較龐大，接近上述的“私營保險模式”、“供應國家型”或“私營保健體系”，美國是最典型的例子。

還有，值得進一步討論的是不同學者所採用的分析面向（analytical dimensions）。經濟合作與發展組織的研究以覆蓋程度、融資及供應三個面向為分類基礎。<sup>⑩</sup>Michael Moran 的分析面向包括服務消費、供應及科技管理。<sup>⑪</sup>Claus Wendt 等學者選取控制、籌措資金及服務供應三個分析面

向，建構他們的精細分類架構。<sup>⑨</sup>筆者採用了其中三個分析面向，因為它們較適用於港、澳的情況。（1）保健服務的資金來源，當中包括政府稅收、社會保險、私營保險及病者個人繳付等方式之比重。（2）服務供應角色，分析各類服務提供者之分工：政府、非牟利團體及市場（營利機構）等。（3）醫療保障網絡的覆蓋面，意思是有多多少市民能享用政府提供的免費或廉價保健服務或由民間醫療機構提供的資助服務，或已加入公營健康保險計劃。此外，筆者增加採用兩項的面向：（4）健康狀況及（5）保健服務開支，希望更全面比較港、澳兩地的保健體系。

## 2. 服務供應角色

在香港，私營系統提供約 70% 的門診服務。<sup>⑩</sup>換言之，只有較小部分的居民接受公營的初級保健門診服務，反映公營服務的規模相對較小。但是，香港政府乃醫院服務的最主要提供者，醫管局轄下的公營醫院提供 81.3% 的住院服務；而只有 18.7% 的病患人士在私家醫院接受住院服務（見表 1）。

在澳門，衛生中心在 2013 年提供了 597,334 人次的門診服務，佔總數的 15.7%；（非牟利及營利性質）私營機構提供 3,200,620 人次的門診服務，佔總數的 84.3%。<sup>⑪</sup>但必須指出，在這八成多的服務人次中，有一定比例屬於政府資助的免費或廉價服務，如工人醫療所、鏡湖醫院提供的服務等。

公營仁伯爵綜合醫院提供的住院服務，佔了總數的 38.0%；兩間私家醫院（鏡湖醫院及科大醫院）則提供其餘 62.0% 之服務。表面上，私營系統所提供的住院服務佔了大多數（見表 1）。不過，如果以病床的性質來分類，情況就有點不同。如上文所述，政府資助鏡湖醫院的一部分病床（如 C 等及康寧中心病床），為特定群體提供免費服務（如長者、產婦等）。因此，如果把仁伯爵綜合醫院的病床與這些“資助病床”的病人數目合計，數目將超過整體住院服務的一半。例如在 2011 年，這兩種病床的病人數目佔了總數的 52.8%；而非資助病床的病人數目只佔總數的 47.2%。<sup>⑫</sup>

表 1 港、澳公營及私營醫院的出院病人數目（2013 年）\*

	香港 (%)	澳門 (%)
公營醫院	1,571,424 (81.3%)	18,922 (38.0%)
私營醫院	362,376 (18.7%)	30,860 (62.0%)

\* 數目包括死亡人數

資料來源：香港政府統計處：《香港統計年刊 2014 年版》；澳門統計暨普查局：《醫療統計二零一三年》及澳門衛生局：《2013 統計年刊》。

總結而言，港、澳兩地的私營機構是初級保健服務的最主要供應者，為大部分居民提供不同類別的門診服務。不過，在澳門有相當部分的私營門診服務是受政府資助，顯示澳門政府的介入程度較香港政府為大。在住院服務方面，香港的公營醫院是最主要的供應者，提供超過八成的服務；相反澳門的私家醫院提供六成多的住院服務。縱然當中有部分的服務受政府資助，但香港政府的供應角色明顯大於澳門政府。因此，在兩地無論是政府或私營系統都沒有“獨佔”（dominated）整體保健服務的供應。

## 3. 醫療保障網絡的覆蓋面

在香港，所有居民均有權接受各類的資助保健服務，當中包括公營門診及醫院服務。香港政

府的政策方針是確保所有居民不會因經濟狀況欠佳而得不到足夠的醫療服務。因此，政府設立不同的“醫療安全網”，保障各類弱勢群體的保健需要得以滿足。<sup>④</sup>所以，公營保健服務原則上覆蓋所有市民。可是，由於在實施上公營服務之供應不足，尤其普通科及專科門診，因此有部分人士選擇到私營機構接受服務，結果私營機構提供約七成的門診服務。換言之，在服務供應上未能達到全民覆蓋的程度。

在澳門，政府衛生中心的初級保健服務原則上是覆蓋全民。但由於衛生中心的部分服務名額有限（如成人保健），所以有部分市民選擇到私家診所接受服務。結果公營初級保健服務只佔整體的一成半左右。不過，如果把公營門診服務和那些“資助”門診服務合計，某些類別人士的保健服務之覆蓋率相對較高。例如在2012年，產前保健覆蓋率為89.91%，老人保健覆蓋率為59.07%。<sup>④</sup>此外，公營醫院和鏡湖醫院的資助病床合共為超過一半的病人提供住院服務。總結而言，澳門的公營及資助保健服務應覆蓋超過一半居民，但仍然未能達到全民覆蓋的程度。如果比較兩地的醫療保障網絡，澳門公營及資助門診服務的覆蓋程度高於香港；而香港公營醫院服務的覆蓋程度則明顯高於澳門。

表2 各地的健康狀況指標\*

國家/地區	出生預期壽命	嬰兒死亡率 (每十萬人)	癌症死亡率 (每十萬人)
香港	83.3	1.7	104.4
澳門	82.3	2.0	110.4
瑞典	81.9	2.1	189.1
英國	81.1	4.3	226.3
德國	80.8	3.6	205.0
日本	82.7	2.3	183.9
韓國	81.1	3.0	185.1
台灣	79.1	4.2	132.2
瑞士	82.8	3.8	181.5
美國	78.7	6.1	193.6

\* 香港及澳門的統計是2013年的數字，其他國家或地區的統計是2011年或最接近年份的數字。

資料來源：香港衛生署衛生防護中心網頁；澳門衛生局網頁；<http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/>；OECD, *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*；United Nations Statistics Division 的網頁。

#### 4. 健康狀況

筆者選用三項國際通用有關健康狀況（health status）的指標，以反映港澳兩地保健服務之成效。它們包括“出生預期壽命”、“嬰兒死亡率”及“癌症死亡率”。此外，筆者把港澳情況與一些已發展國家或地區進行比較。眾所周知，平均預期壽命與公共衛生及醫療服務的水平有直接關係。香港的出生預期壽命（83.3）高於澳門（82.3），但兩者相差不遠。值得注意的是，兩地的出生預期壽命與其他已發展地區相比均屬於高水平。香港及澳門的數字高於瑞典（81.9）、英國（81.1）、德國（80.8）、韓國（81.1）、台灣（79.1）及美國（78.7）；但澳門的數字則稍低

於日本（82.7）及瑞士（82.8）（見表 2）。

嬰兒死亡率直接反映產科保健服務的成效。香港的嬰兒死亡率（1.7）低於澳門（2.0）。在國際比較中，港、澳兩地的嬰兒死亡率均處於低水平，它們低於所有比較的國家或地區，如瑞典（2.1）、日本（2.3）、韓國（3.0）、瑞士（3.8）和美國（6.1）（見表 2）。由此觀之，港、澳兩地的產科保健服務之成效是相當不俗。兩地政府提供全民性的產前保健及產科醫院服務，相信是一個十分重要的因素。

無論在港、澳或已發展國家或地區，癌症乃最常導致死亡的疾病，所以“癌症死亡率”可以反映保健體系對於這種疾病的醫療水平（包括篩查、診斷及治療等）。香港的癌症死亡率（104.4）低於澳門（110.4），但兩者相差不遠。更重要的是，兩地的癌症死亡率均遠低於所有比較的國家或地區，如瑞典（189.1）、德國（205.0）、日本（183.9）、台灣（132.2）、瑞士（181.5）和美國（193.6）（見表 2）。其結果顯示，港、澳的保健體系在診斷及治療癌症方面的成效相對地十分出眾，在國際上已屬於較高水平。<sup>⑤</sup>總結以上的比較結果，港、澳保健服務之成效已優於不少已發展國家或地區，如英國、德國、韓國、台灣及美國等，表現應該令人滿意。

#### 5. 服務資金來源

保健服務開支大致上分為公營和私營保健服務開支。在香港，公營及私營保健服務開支相約，前者平均佔 49.3%，後者平均佔 50.7%（見表 3）。換言之，政府承擔約一半的保健服務開支，另一半則由服務使用者、其僱主或私營醫療保險支付。例如在 2010/2011 年度，在私營保健服務費用之分佈中，“住戶用者自付費用”佔了 65%，“僱主提供的私人醫療保險”及“個人名義購買的私人醫療保險”同樣佔 15%。<sup>⑥</sup>其實，香港保健體系的融資方式與“全民保健服務模式”有明顯差別，因為在後者政府支付大部分的保健服務經費。值得思考的問題是，私營系統提供接近兩成的住院服務及約七成的門診服務，但私營保健服務開支卻佔了約一半的比例，反映私家醫院及私家專科門診的收費相對較為高昂。

表 3 港、澳保健服務開支的分佈

年份	香港		澳門	
	公共保健服務開支 (%)	私營保健服務開支 (%)	公共保健服務開支 (%)	私營保健服務開支 (%)
2009	49.3	50.7	70.3	29.7
2010	49.8	50.2	70.5	29.5
2011	48.7	51.3	71.1	28.9
平均	49.3	50.7	70.6	29.4

資料來源：澳門數字由筆者根據澳門統計暨普查局所提供的資料計算；香港數字取自香港食物及衛生局網頁。

澳門的公營保健服務開支佔總保健服務開支的 70.6%，私營保健服務開支的比例為 29.4%（見表 3），顯示政府乃整體保健服務之最主要財政承擔者，支付最大部分的服務經費。究其原因，除了政府承擔各類公營保健服務的開支外，還資助民間社團提供醫療服務，以及向所有市民發放“醫療券”。因此，澳門政府比香港政府承擔更大的財政責任，而服務使用者或私營醫療保險只負擔小部分的經費。

## 6. 保健服務開支

保健服務開支水平的指標是“保健服務開支佔本地生產總值的比例”及“人均保健服務開支”，它們均是在比較研究中慣用的指標。為了從相對的角度評估港、澳情況，筆者同時選取一些已發展國家或地區進行比較。澳門的保健服務開支佔其本地生產總值的比例（2.0%）低於香港（5.1%），兩者有十分明顯的差距。而與英國（9.4%）、德國（11.3%）、日本（9.6%）、韓國（7.4%）、瑞士（11.0%）及美國（17.7%）等則有更大的差距。雖然香港的比例也低於所選取的國家或地區，但與台灣的比例（6.6%）較為接近（見表4）。所以，以港、澳兩地的經濟發展水平而言，社會整體投放在保健服務的資源相對較少；這種情況在澳門比香港更為明顯。

表4 各地的保健服務開支水平

國家/地區	年份	保健服務開支佔本地生產總值的比例 (%)	人均保健服務開支 (以美元計)
香港	2010/11	5.1	1,705
澳門	2011	2.0	1,310
瑞典	2011	9.5	3,925
英國	2011	9.4	3,405
德國	2011	11.3	4,495
日本	2010	9.6	3,213
韓國	2011	7.4	2,198
台灣	2011	6.6	1,326
瑞士	2011	11.0	5,643
美國	2011	17.7	8,508

資料來源：澳門的數字由筆者自行計算；香港衛生署網頁；<http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/>；OECD, *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*.

澳門的人均保健服務開支（1,310 美元）低於香港的水平（1,705 美元），兩者有一定差距。當然，港、澳兩地的開支均遠低於所比較的國家（台灣除外），如英國（3,405 美元）、德國（4,495 美元）、日本（3,213 美元）、韓國（2,198 美元）、瑞士（5,643 美元）及美國（8,508 美元）（見表4）。根據這些比較結果，港、澳兩地保健服務之成本仍然處於一個較低的水平，而當中澳門比香港的成本更低。但必須指出，澳門的人口高齡化程度低於香港及其他國家或地區，這是其服務開支偏低的其中一個原因。

## 四、結論及討論

綜上所述，香港的保健體系有三項主要特徵。一是政府承擔約一半的整體保健開支，因此“個人融資方式”也扮演重要的角色。二是政府及私營機構之分工，前者提供很大部分的醫院服務，後者乃初級保健門診的主要供應者。三是雖然公營醫院為大部分的居民提供服務，但公營初級保健服務只覆蓋小部分市民。根據這些特徵，香港當然不屬於典型的“國民保健服務模式”、“社會保險模式”或“私營保險模式”。如果採用 Claus Wendt 等學者的理論架構，香港的保健體系並不屬於“理想保健體系模型”，而較接近“政府主導的混合型”（state-based mixed model）。



澳門的保健體系也具有三項特徵。一是政府稅收乃整體保健服務開支之最主要財政來源，公帑支付約七成的保健服務費用。二是政府及私營機構建立夥伴關係，後者擔當較重要的服務供應者角色，但有相當部分的服務受政府資助。三是公營及資助保健服務覆蓋超過一半的市民，但仍未達到全民覆蓋的程度。因此，澳門保健體系應屬於“政府主導的混合型”。雖然同樣屬於“政府主導的混合型”，但整體上香港政府的服務供應角色較澳門重要，後者則承擔較大部分的保健服務經費。

香港及澳門的健康狀況指標處於較高水平，反映兩地保健體系的服務成效出眾；而更重要的是，兩地的保健服務開支仍處於相對較低水平。所以，港、澳兩地的保健服務可說具成本效益；而澳門的服務之成本效益更高於香港。在某種程度上，可以歸因於政府提供或資助大規模的保健服務，尤其是住院服務。其實有文獻已顯示，政府大規模提供特級保健服務，乃維持保健開支低水平的重要因素。主要原因是，除了政府服務的成本較低外，廉價的公營服務也變成私營保健服務的“競爭者”，有效控制私營服務的價格。<sup>⑥</sup>雖然澳門政府的服務提供角色比香港政府小，但資助了不少的非牟利保健服務，間接控制保健服務市場的規模。由於那些非牟利服務當中沒有盈利的元素，故有助維持澳門保健開支的偏低水平。

現時，大部分已發展國家正在構思或推行保健政策改革，以回應社會龐大的服務需求及保健開支持續上升的情況。本研究結果的啟示是，如果要有效控制保健服務的開支，同時維持高水平的服務效果，政府必須作出高程度的介入，除了直接提供公營保健服務外，也可以資助非牟利機構提供服務，港、澳的經驗便是此觀點的實證。

但必須指出，港、澳政府在保健政策中的高度介入，其實在某些條件下才能發揮上述優勢。第一，多年來港、澳的經濟持續增長，兩地政府一直都獲得較充裕的稅收，因此就算在沒有供款式的融資制度下，仍然有能力高度介入保健服務的供應。第二，港、澳政府對公營和資助保健服務有較高程度的控制及監管能力。無論兩地的公營單位或受資助民間團體，都能提供一定素質的保健服務，而一般民眾也較能接受這些服務，結果使“政府主導”的政策方針持續得到較高程度的應受性。

---

①在本文，“保健”一詞與“衛生護理”和“醫療衛生”是同義的。

②④⑦ Ramesh, M. and Holliday, I., *The Health Care Miracle in East and Southeast Asia: Activist State Provision in Hong Kong, Malaysia and Singapore*, *Journal of Social Policy*, Vol. 30, No. 4, 2001.

③ Ramesh, M., *Health Policy in the Asian NIEs*, *Social Policy and Administration*, Vol. 37, No. 4, 2003.

④ Holliday, I., *Health Care*. In I. Holliday and P. Wilding (eds.), *Welfare Capitalism in East Asia: Social Policy in the Tiger Economies*, New York: Palgrave Macmillan, 2003, p. 97.

⑤ Ramesh, M., *Social Policy in East and Southeast Asia*,

London: RoutledgeCurzon, 2004, pp. 114-115.

⑥ Yu, W. K., *The Contributions of the Health Decommodification Typologies to the Study of the East Asian Welfare Regime*, *Social Policy and Administration*, Vol. 46, No. 1, 2012.

⑦ Yu, S., *Studying the Health Care Systems in Seven East Asian Countries by the Cluster Analysis*, *Development and Society*, Vol. 43, No. 1, 2014.

⑧ Ramesh, M., *Competition and Control in Public Hospital Reforms in Hong Kong and Singapore*. In Ka Ho Mok and Ray Forrest (eds.), *Changing Governance and Public Policy in East Asia*, London: Routledge, 2009.

- ⑨常峰、夏強、路雲、崔鵬磊及楊莎莎：《我國港澳地區醫療卷制度及其對內地的啟示》，北京：《中國衛生政策研究》，2015年第3期。
- ⑩宋燕、卞鷹：《公私合營模式在醫療領域中應用的探討——以鏡湖醫院在澳門的發展為例》，大連：《醫學與哲學A》，2012年總第462期。
- ⑪⑫賴偉良：《澳門保健體系的現況與發展》，見吳志良及郝雨凡主編：《澳門經濟社會發展報告2013～2014》，澳門：澳門基金會，2014年，第251、249頁。
- ⑬⑭⑮ World Health Organization and Department of Health, Hong Kong, *Health Service Delivery Profile Hong Kong (China) 2012*, 2012, p.1, 2, 2.
- ⑯ Gould, D., A Historical Review: The Colony Legacy. In Leung, G. M. and Bacon-Shone, J. (eds.), *Hong Kong's Health System: Reflection, Perspectives and Visions*. Hong Kong: Hong Kong University Press, 2006, p. 20.
- ⑰⑱⑲香港食物及衛生局：《自願醫保計劃諮詢文件》，2014年，第22、27～30、8～19、15～16、22頁。
- ⑳㉑㉒ Hong Kong Secretary for Food and Health, “News.gov.hk: HK Healthcare is a dual-track system”, [http://www.news.gov.hk/en/record/html/2013/04/20130409\\_190409.shtml](http://www.news.gov.hk/en/record/html/2013/04/20130409_190409.shtml) (Downloaded 11 July 2015).
- ㉓香港政府新聞處：《公共衛生》，2015年，第1頁。
- ㉔香港政府：《醫療券——長者醫療券計劃背景》，[http://www.hcv.gov.hk/tc/pub\\_background.htm](http://www.hcv.gov.hk/tc/pub_background.htm), 2015年7月11日。
- ㉕澳門特別行政區政府：《二〇一三年財政年度施政報告》，2012年，第14頁。
- ㉖賴偉良：《澳門社會政策模式》，澳門：澳門理工學院公共行政高等學校社會工作學課程，2003年，第36頁。
- ㉗澳門衛生局：《主要衛生部門——衛生中心》，<http://www.ssm.gov.mo/portal/>, 2015年7月9日。
- ㉘澳門衛生局：《衛生局工作報告2012》，2013年，第18、31頁。
- ㉙澳門統計暨普查局：《醫療統計二零一四年》，2015年，第5～7頁。
- ㉚資料由澳門鏡湖醫院提供。
- ㉛澳門衛生局：《衛生局工作報告2011》，2012年，第37頁。
- ㉜澳門衛生局：《衛生局2015年1月29日消息》，[http://www.ssm.gov.mo/docs/8308/8308\\_967742b79abd4e0aa48f5bc557ac89e3\\_000.pdf](http://www.ssm.gov.mo/docs/8308/8308_967742b79abd4e0aa48f5bc557ac89e3_000.pdf), 2015年7月12日。
- ㉝澳門衛生局：《2013醫療補貼計劃》，<http://www.vs.gov.mo/vs2013/main.htm?menutype=public&tabidx=0&lang=ch>, 2015年7月9日。
- ㉞澳門新聞局：《醫療系統建設跟進委員會成立，推動〈完善醫療系統建設方案〉—10年規劃》，<http://www.gcs.gov.mo/showNews.php?PageLang=C&DataUcn=51435&Member=0>, 2014年1月3日；澳門衛生局：《醫療系統建設跟進委員會成立，推動〈完善醫療系統建設方案〉—10年規劃》，2011年2月28日。
- ㉟Terris, M., The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects, *American Journal of Public Health*, Vol. 68, No. 11, 1978.
- ㊱㊲㊳㊴ Wendt C., Frisina, L. & Rothgang, H., Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison, *Social Policy and Administration*, Vol. 43, No. 1, 2009.
- ㊵㊶ Moran, M., Understanding the Welfare State: the Case of Health Care, *British Journal of Politics and International Relations*, Vol. 2, 2000.
- ㊷澳門統計暨普查局：《醫療統計二零一三年》，2014年，第27頁及澳門衛生局：《2013統計年刊》，2014年，第58頁。
- ㊸澳門衛生局：《2012統計年刊》，2013年，第74～76頁。
- ㊹有一點必須補充，澳門衛生局設有“送外就醫”的機制，在某些情況下會把癌症病人轉送外地接受治療，例如香港。

**作者簡介：**賴偉良，澳門理工學院公共行政高等學校副教授，博士。

**[責任編輯 劉澤生]**