

**加拿大、英國和台灣
的醫護融資政策**

2006年12月7日

李志輝

立法會秘書處
資料研究及圖書館服務部

香港中區花園道3號花旗銀行大廈5樓
電話：(852) 2869 9343
圖文傳真：(852) 2509 9268
網址：<http://www.legco.gov.hk>
電子郵箱：library@legco.gov.hk

目錄

	頁
研究摘要	
第1章 —— 引言	1
背景	1
研究範圍	1
研究方法	2
第2章 —— 加拿大	3
背景	3
醫護制度總覽	6
結構	6
融資	9
徵集醫護資源機制	10
一般稅收	11
醫療保險計劃	11
撥付醫護資源機制	11
政府財政預算	12
醫療保險計劃	13
醫護資源分配	13
統計概況	13
醫院服務	14
基層醫護服務	14
藥物	15
政策評估	15
第3章 —— 英國	17
背景	17
醫護制度總覽	20
結構	20
融資	21
徵集醫護資源機制	23
一般稅收	24
全國保險計劃	24
醫療保險計劃	25
撥付醫護資源機制	25
政府財政預算	25
醫療保險計劃	26
醫護資源分配	27
統計概況	27
基層護理信託	29
醫院服務	29
基層醫護服務	30
藥物	30
政策評估	31

第4章 —— 台灣	33
背景	33
醫護制度總覽	34
結構	34
融資	35
徵集醫護資源機制	37
全民健康保險計劃	37
一般稅收	41
撥付醫護資源機制	41
全民健康保險計劃	42
政府財政預算	44
醫護資源分配	44
統計概況	44
醫護服務費用分擔	46
政策評估	47
第5章 —— 分析	49
引言	49
醫護融資政策發展背景	49
醫護制度	50
結構	50
指導原則	52
徵集醫護資源機制	52
一般稅收	52
特定方法	53
醫療保險計劃	54
撥付醫護資源機制	54
政府財政預算	55
醫療保險計劃	56
醫護資源分配	56
政策評估	58
第6章 —— 總結	61
引言	61
參考資料	68

研究報告為立法會議員及其轄下委員會而編製，它們並非法律或其他專業意見，亦不應以該等研究報告作為上述意見。研究報告的版權由立法會行政管理委員會(下稱"行政管理委員會")所擁有。行政管理委員會准許任何人士複製研究報告作非商業用途，惟有關複製必須準確及不會對立法會構成負面影響，並須註明出處為立法會秘書處資料研究及圖書館服務部，而且須將一份複製文本送交立法會圖書館備存。

研究摘要

1. 本研究介紹及比較加拿大、英國英格蘭和台灣的醫護融資政策。英格蘭和加拿大分別在1948年和1966年建立現行以稅收為本的醫護融資制度。1995年，台灣建立現行的社會醫療保險制度。
2. 雖然加拿大和英格蘭均採用以稅收為本的融資制度，但兩地的醫護服務融資方法卻有所不同。在加拿大，在《加拿大醫療法》下被列作在保險範圍內的醫護服務(涵蓋所有醫療上必須的醫護服務)完全由公帑支付，而私營醫療保險計劃不得或不應涵蓋有關服務。在英格蘭，醫療保險公司可提供補充醫療計劃，涵蓋與公營醫療服務類似的醫護服務。在台灣，中央健康保險局運用全民健康保險計劃供款與醫護機構訂立合約，為受保人提供廣泛的醫護服務。
3. 由於撥款提供醫護服務的財政壓力日增，所有選定地方均已採取措施，紓緩財政壓力。在加拿大，當局曾於2000年代初期進行公開研訊，就如何處理該國醫護制度可持續性的問題提出建議。英格蘭方面，當地現正按照一項10年計劃改革醫護制度，目的是要確保醫護資源得到善用。在台灣，當局已採取增加保險費等多項措施，以應付全民健康保險計劃財政失衡的挑戰。
4. 在英格蘭及台灣，衛生部／衛生署全面負責制訂醫護政策。在加拿大，聯邦政府及省政府負責制訂不同醫護範疇的政策。聯邦政府負責制訂影響全加拿大的政策，例如作出醫護服務撥款和防止加拿大出現對公眾健康構成風險的情況。而省政府則負責制訂影響其管轄區的醫護政策，特別是管理及提供醫護服務。
5. 在所有選定地方，幾乎全部基層醫護服務均由私人執業醫生提供。在加拿大和英格蘭，由私人執業醫生提供的基層醫護服務全部獲公帑資助。然而，在台灣，病人須分擔同類服務的部分費用。在選定地方之中，加拿大及台灣的私營醫院和英格蘭的公營醫院分別提供大部分或比例頗高的醫院服務。加拿大在2003年和英格蘭在2002年的急症護理病床住用率分別是87%和85.3%。

6. 在所有選定地方，醫護政策的指導原則的信念基礎均強調集體責任，以確保市民獲得醫護服務。
7. 除了實付的款項及慈善機構的捐款外，所有選定地方均以一般稅收和醫療保險計劃匯集醫護資源。在加拿大、英國和台灣，政府一般醫療開支分別佔醫療總開支大約70%、83%及64%。選定地方在醫療方面的公共開支均多數來自一般稅收，而一般稅收的來源主要為入息稅、公司稅和商品及服務稅。
8. 在政府政策規管下，私人醫療保險在各個選定地方擔當不同角色。在加拿大，私人醫療保險的承保範圍限於沒有在《加拿大醫療法》下被列作保險範圍內的醫護服務。在英格蘭，政府在政策上和法律上，均沒有為私人醫療保險的承保範圍設限制。而政府規管醫療保險，主要是為了保障消費者在購買補充醫療計劃時的權益。在加拿大和英格蘭，政府均沒有明確政策鼓勵公眾投購醫療保險。台灣方面，由於當地設有全民社會醫療保險制度，故私人醫療保險並不扮演重要角色。
9. 在台灣，全民健康保險計劃所徵集的醫護資源(即保險費)來自受保人、僱主和政府。為計算保險費的目的，受保人大致分為兩類，即受薪人士及非受薪人士。受薪人士的保險費主要按月薪金金額計算，某些類別的受保人的保險費由受保人、僱主和政府三方分擔。非受薪人士的保險費大部分由政府支付。
10. 除匯集醫護資源的常用方法外，某些選定地方亦設有特定方法匯集醫護資源，分別是英格蘭的全國保險計劃，以及台灣的健康福利捐及公益彩券分配收入。
11. 雖則程度有所不同，所有選定地方均採用政府財政預算和醫療保險計劃等方法撥付醫護資源予提供公營醫護服務的特定組織。此等組織即加拿大的地區醫療管理局、英格蘭的基層護理信託和台灣的中央健康保險局。

12. 加拿大人可免費使用非牟利醫院在保險範圍內的醫護服務，而英格蘭人接受治療時如不要求選擇醫生，可免費獲得公營醫院服務。在台灣，病人須就其使用的醫院服務分擔費用。每次留院分擔的費用介乎成本的5%至30%，視乎他們入住的病房類別及留院期而定。該計劃設有分擔費用上限，以減輕病人的經濟負擔，並且設有適用於特定病人組別的分擔費用豁免。
13. 加拿大人和英格蘭人獲公帑全費資助，因而可免費使用私人執業醫生提供的基層醫護服務。在台灣，全民健康保險計劃規定病人須就其使用的基層醫護服務分擔費用。每次求診分擔的費用，視乎他們求診的醫護設施類別及所使用的服務而定。該計劃設有適用於特定病人組別的分擔費用豁免。
14. 至於藥物費用，所有選定地方的病人均須支付處方藥物的費用。在加拿大，病人須負責差不多所有處方藥物的費用，而某些省政府設有藥物計劃，為居民支付或資助其處方藥物的費用。在英格蘭，由於指定類別的國民可獲豁免繳付劃一費用的藥費，因此約有85%的處方藥物免費向病人提供。在台灣，100元新台幣(24港元)以上的處方藥物便須繳付分擔費用，分擔費用上限為200元新台幣(48港元)。
15. 雖則以稅收為本的融資制度和社會醫療保險制度性質不同，而各個選定制度各有成效，並同時面對挑戰，唯獨是財政上的挑戰是它們的共同課題。所有選定地方均已採取措施，以確保其醫護制度在財政上能夠長期持續可行。
16. 加拿大政府在2001年成立加拿大未來醫護發展委員會，以處理醫護制度可持續性的問題。聯邦政府及省政府接納該委員會的建議，同意保留現行以稅收為本的醫護融資制度。現時的制度確保全部加拿大人均可獲得醫療上必須的醫護服務，以及達致行政效率和規模效益。然而，如何為各省訂立一套更統一的保險範圍內的醫護服務，以及如何保障不受僱傭相關醫療保險計劃涵蓋不在保險範圍內的醫護服務的國民，是加拿大需要面對的挑戰。

17. 自2000年起，英格蘭展開醫護制度的10年改革計劃，改革範圍涵蓋醫護制度的"需求方"、"供應方"、"制度管理"及"工作執行"等範疇。雖然改革計劃取得一些成就，例如病人能夠更快獲得國民保健系統的服務，但國民保健系統屬下機構(特別是基層護理信託)出現的赤字／超支問題，為該系統帶來財政挑戰。國家審計署及審計局均建議國民保健系統屬下機構應採取措施以應付挑戰，例如訂立更具透明度的財政匯報制度，以便及早發現國民保健系統屬下機構的財政問題，並對問題作出迅速回應。
18. 在台灣，雖然全民健康保險計劃取得多項成就，例如全民投保，但財政不平衡已成為該計劃面對的挑戰。中央健康保險局已動用安全準備金填補有關財政差額，並且採用總額支付和增加保險費等措施為全民健康保險計劃開源節流。為改善全民健康保險計劃而制訂的新措施，已納入2006年5月公布的《全民健康保險法》修正草案內。

加拿大、英國和台灣 的醫護融資政策

第1章 —— 引言

1.1 背景

1.1.1 在2005年11月14日的會議上，衛生事務委員會要求資料研究及圖書館服務部(下稱為"研究部")就選定地方的醫護融資政策進行研究，以便事務委員會從香港的角度研究這問題。

1.1.2 在2005年12月12日的會議上，衛生事務委員會通過研究部提交的研究大綱擬稿，並要求研究部將研究分兩階段進行。第1階段的研究涵蓋澳洲、新西蘭和新加坡，而第2階段的研究涵蓋加拿大、英國和台灣。

1.2 研究範圍

1.2.1 是項研究將會詳細討論每個選定地方的醫護融資政策，並會集中研究下列各個方面：

- (a) 醫護制度總覽；
- (b) 醫護制度的指導原則；
- (c) 徵集醫護資源機制及不同資金來源所佔的比例；
- (d) 撥付醫護資源機制，以及各醫護服務提供者所獲得的資金份額；
- (e) 各項醫護計劃及事務(例如醫院及藥物)在醫護開支中的分配，以及有關各方在各項醫護計劃和事務中的融資比例；及
- (f) 政策評估，例如有關醫護融資制度的成效和挑戰。

1.3 研究方法

1.3.1 是項研究採用文案調查法，此方法是通過各種管道收集資料，例如從選定地方相關政府部門網頁下載法令和官方報告，以及與有關當局的往來書信，並將資料加以研究、綜合整理和分析，用以闡釋研究範圍內的每項課題。

第2章 —— 加拿大

2.1 背景

2.1.1 加拿大聯邦於1867年成立之時，當時撰寫的加拿大憲法把醫院(海軍醫院除外)的管轄權賦予省政府，檢疫事宜及海軍醫院的管轄權則賦予聯邦政府。¹ 除了這些指定的醫護事宜外，加拿大憲法並無條文授權聯邦政府或省政府管轄其他醫護事宜。

2.1.2 法庭在往後多年間曾就加拿大憲法的若干條文作出司法詮釋，聯邦政府和省政府在醫護事宜上的權限因而得以釐清。根據該等條文² 的詮釋，省政府擁有其管轄區內醫護事宜的主要管轄權，管轄權表現在提供醫護服務、培訓和規管專業醫護人員，以及規管醫護機構和醫療保險。³

2.1.3 根據若干其他條文⁴ 的詮釋，聯邦政府參與醫護事務的方式，主要是制定刑事法以禁止或監管對公眾健康構成風險的產品的製造、銷售和分銷、分配聯邦撥款以支持省政府在全國性的框架下提供省內的醫護服務，以及行使權力就加拿大的安寧、秩序和良好管治事宜立法。⁵ 司法詮釋亦據此反映省政府在醫護事宜上擁有主要的管轄權，但非獨有的管轄權。⁶

¹ *Constitution Acts, 1867 to 1982* 第 91(11) 及 92(7)條，以及 Marchildon (2005)第 8 頁。

² *Constitution Acts, 1867 to 1982* 第 92(2)、92(7)、92(9)、92(13)、92(16) 及 93條。

³ *Constitution Acts, 1867 to 1982*、Marchildon (2005)第 25頁、Braën (2002) 第 7至 14頁及 Leeson (2002) 第 3至 8頁。

⁴ *Constitution Acts, 1867 to 1982* 第 91(1A)、91(3)、91(7)、91(11)、91(22)、91(23)、91(24)、91(27)、92(10)及 106條。

⁵ 就加拿大的安寧、秩序和良好管治事宜立法的權力稱為《1867至1982年憲制法》第 91條授予加拿大國會的"一般權力"。這項一般權力的涵義受法庭的詮釋約束。

⁶ *Constitution Acts, 1867 to 1982*、Marchildon (2005) 第 25頁、Braën (2002) 第 7至 14頁及 Leeson (2002)第 3至 8頁。

2.1.4 自聯邦成立以來，省政府發展出一套傳統做法，以財政資助鼓勵非牟利組織(例如宗教或慈善組織)提供醫院服務。自聯邦成立至1930年代，省政府逐步增加公營醫護服務和特定服務對象(例如領取社會援助金的人士)的門診服務資助，但病人即使獲得政府資助，仍須支付頗大部分的醫護服務費用，不獲政府資助的病人更不在話下。⁷

2.1.5 由於1930年代的經濟大衰退，相當數量的加拿大人無力支付醫院或醫生服務的費用。與此同時，省政府收入急跌，以致省政府亦難以應付資助醫護服務的開支。1945年，聯邦政府向省政府提出醫護成本分擔建議，但該建議最終遭否決。⁸

2.1.6 1947年，薩斯喀徹溫(Saskatchewan)省政府在財政緊絀的情況下，仍推出醫院服務普及全民計劃，為省內居民提供全民皆可獲得的醫院服務。其後數年，多個省份均仿效薩斯喀徹溫省的做法。1957年，加拿大國會通過《住院保險及診斷服務法》，訂明在成本分擔安排下，各省於獲得醫院及診斷服務的聯邦撥款前必須符合的條件(例如全民普及)。及至1961年，全部省份均為管轄區內的居民提供全民普及的醫院和診斷服務。⁹

2.1.7 1962年，薩斯喀徹溫省政府為省內居民引入全民普及的醫生服務。1964年，醫療服務皇家委員會建議聯邦政府利用聯邦政府分擔成本計劃，鼓勵其他省份引入全民普及的醫生服務。1966年，加拿大國會通過《醫療服務法》，為推行該委員會的建議奠定法律基礎。及至1972年，全部省份均推行全民普及的醫生服務。¹⁰

⁷ Marchildon (2005)第19至25頁 及 *Canada's Health Care System at a Glance* (2002)。

⁸ 同上。

⁹ Marchildon (2005)第19至25頁、Madore, Odette (2003)第4頁 及 *Canada's Health Care System at a Glance* (2002)。

¹⁰ 同上。

2.1.8 1984年，加拿大國會通過《加拿大醫療法》。該法令結合並更新《住院保險及診斷服務法》和《醫療服務法》，為醫療上必須的醫院、醫生和外科牙科¹¹ 服務訂立全民普及化的框架，該框架一直沿用至今。

2.1.9 1990年代，人們越來越關注加拿大醫護制度的可持續性和質素。就此，總理於2001年成立加拿大未來醫護發展委員會，以檢討醫護制度，以及就如何“確保全民普及的公帑資助醫療制度得以長遠維持”提供建議。¹²

2.1.10 2002年11月，該委員會發表題為《價值為本：加拿大未來的醫護路向》的報告。該報告曾研究醫護服務的多項融資替代方案，包括¹³：

- (a) 向使用者收費；
- (b) 醫療儲蓄戶口：政府每年發放醫護津貼予每個國民，供“購買”醫護服務之用；及
- (c) 公私營機構合作。

2.1.11 該委員會的建議認為，上述融資替代方案無一符合《加拿大醫療法》中有關平等及可享用服務的基本原則。此項建議獲聯邦政府及省政府接納，故此，加拿大維持現行的稅收為本醫療融資制度。

¹¹ 外科牙科服務是指因醫療或牙齒護理上的需要，牙醫必須在醫院方能妥善進行的外科牙科手術，例如直頷手術。

¹² Commission on the Future of Health Care in Canada (2002) 第1頁。

¹³ Commission on the Future of Health Care in Canada (2002) 第28至30頁。

2.2 醫護制度總覽

結構

2.2.1 加拿大設有精細的聯邦和省府間的聯繫機制，供不同層級的政府高級官員討論加拿大的政策事宜。自1906年起，加拿大總理及各省總理通常會每年舉行一次正式會議，討論關係到聯邦和省府間的事務，當中包括醫療事宜。醫療政策亦是最近3次加拿大總理及各省總理會議¹⁴的討論焦點，總理們在會上重申政府會對《加拿大醫療法》所訂的公帑資助醫護制度作出承擔。¹⁵

2.2.2 聯邦政府及省政府在醫護範疇擔當不同角色，聯邦政府的角色包括¹⁶：

- (a) 向省政府提供聯邦撥款或財政資助，用以提供符合《加拿大醫療法》原則的醫護服務；
- (b) 負責衛生防護及推廣、保健和疾病預防方面的計劃，以及相關的規管工作；
- (c) 確保在加拿大出售的藥物、疫苗和其他醫療用品安全、質優及有療效；
- (d) 透過撥款和其他方法促進醫學及科學研究；及
- (e) 確保指定類別的加拿大人獲得醫療服務，包括原住民、軍人、加拿大皇家騎警¹⁷和聯邦監獄的犯人。

¹⁴ 在醫護政策方面，副衛生部長會議會討論聯邦政府及省政府關注的醫療事宜，並會提出政策建議，交由衛生部長會議作進一步討論。有關建議其後會交予加拿大總理及各省總理會議討論。

¹⁵ Canadian Inter-governmental Conference Secretariat (2004) 第1頁、2000 First Ministers' Meeting: Communiqué on Health、2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal 及 First Ministers' Meeting on the Future of Health Care 2004: A 10-year Plan to Strengthen Health Care。

¹⁶ Overview of the Health Care System (2004) 及 Canada's Health Care System at a Glance (2002)。

¹⁷ 加拿大的國家警隊。

2.2.3 省政府會行使其憲法權力，就管轄區內管理及提供醫護服務，以及醫療相關處所、機構和人員的規管、檢查、發牌和監察制訂政策。在制訂醫護政策時，省政府必須遵守《加拿大醫療法》訂明的條件，才可取得醫療方面的聯邦撥款。¹⁸

2.2.4 《加拿大醫療法》訂出的各省必須遵守以取得聯邦醫療撥款的條件包括¹⁹：

- (a) 各個省政府所提供在保險範圍內的醫護服務²⁰ 必須符合下列 5 項原則：
 - (i) 公共管理：由公帑資助並由非牟利公營機構管理；
 - (ii) 服務全面：全面提供所有醫療上必須的服務；
 - (iii) 全民普及：保障全體國民；
 - (iv) 可以轉移：國民在加拿大境內遷移或旅遊，或在加拿大境外旅遊，均可繼續享有在保險範圍內的醫護服務；及
 - (v) 確保獲得：國民不會因財政或其他困難而無法獲取必須的醫療服務；

¹⁸ Marchildon (2005) 第 93 至 96 頁、*Overview of the Health Care System* (2004)、*Canada's Health Care System at a Glance* (2002) 及 *Canadian Institute for Health Information* (2005b) 第 7 頁。

¹⁹ *Canada Health Act*、Madore and Odette (2003)、*Canada Health Act Overview* (2002) 及 *Canada's Health Care System at a Glance* (2002)。

²⁰ 在保險範圍內的醫護服務包括醫療上必須的醫院、醫生和外科牙科服務。根據《加拿大醫療法》第 2 條所界定的定義，醫療上必須的醫院服務包括：

- (a) 達到標準病房或公營醫院病房水平的住宿及膳食服務；如有醫療上的需要，則病人應獲得更佳的住宿服務；
- (b) 護理服務；
- (c) 化驗、放射及其他診斷程序，連同所需的解釋；
- (d) 藥物，以及在醫院或診所施用的生物製劑及相關製劑；
- (e) 手術室、病案室及麻醉設施(包括所需的設備及物料)的使用；
- (f) 醫療和手術設備及物料；
- (g) 放射治療設施的使用；
- (h) 物理治療設施的使用；及
- (i) 醫院或診所受薪人員提供的服務。

何謂醫療上必須的醫生及外科牙科服務，由各省政府和省內的醫生和牙醫專業團體決定。有關的服務項目及收費均會載於相關的省級法例。

- (b) 不鼓勵省政府就在保險範圍內的醫療服務向病人收取費用，如省政府向病人收取費用，相同的款額會從獲發的聯邦撥款中強制扣除；及
- (c) 省政府須向聯邦政府提供資料，載述本身如何符合《加拿大醫療法》載列的條件，以及以何種方式確認聯邦政府為醫療服務提供的財政資助，例如在省政府的財政預算文件中確認聯邦政府為醫療服務提供的財政資助。

2.2.5 關於醫護服務的提供，省政府會授權法定的地區架構(特別是地區醫療管理局)組織或提供有關服務。大部分地區醫療管理局由省政府委任的董事局管理，而各省的董事局董事人數不盡相同。與此同時，針對處方藥物和提供在保險範圍內醫護服務的醫生薪酬的資助由省政府集中處理。²¹

2.2.6 下表列明有關加拿大提供醫護服務的制度的基本統計數字。

表1 —— 有關2003年加拿大提供醫護服務的制度的統計數字

	數目	比率
醫護人員		每1萬人
醫生	59 454	18.7
牙醫	18 265	5.8
藥劑師	27 612	8.7
護士	241 342	76
助產士	440	1
醫療基礎設施		
非牟利醫院	744 (115 000張病床)	每1萬人有39張病床
牟利醫院	有待提供資料	
急症護理病床住用率	87%	

資料來源：Canada Institute for Health Information (2005a)、Canada Institute for Health Information (2005b)、Canada Institute for Health Information (2006)、Organisation for Economic Co-operation and Development (2005)及 World Bank (2005)。

²¹ Canadian Institute for Health Information (2001)第7至8頁、*Canada's Health Care System at a Glance* (2002)、Marchildon (2005)第61至68頁及 Detsky and Naylor (2003)第804至805頁。

融資

2.2.7 根據《加拿大醫療法》第3條，"加拿大的醫護政策主旨在於保障、促進和恢復加拿大居民的身心健康，以及幫助他們合理地取得醫療服務，而毋須因財政或其他困難而無法就醫"。

2.2.8 加拿大的醫護融資制度以稅收為本，醫護服務的經費主要來自聯邦政府及省政府的政府一般開支，特別是後者。²²

2.2.9 在加拿大，為醫護服務融資的責任劃分清晰。《加拿大醫療法》訂明，在保險範圍內的醫護服務由聯邦政府及省政府提供經費。沒有在該條例下被定義為在保險範圍內的醫護服務，其費用則大部分透過實付款項和私人保險計劃支付。部分省政府會為特定組別的居民(例如長者及長期病患者)提供財政援助，協助他們支付某些不在保險範圍內的醫護服務的費用。²³

2.2.10 下表列明2003年加拿大醫療服務開支的一些基本資料，有關資料可作為醫療開支的指標。

表2 —— 2003年加拿大醫療開支指標

醫療總開支佔本地生產總值的比例	10.1%
人均醫療總開支	3,884加元 (27,165港元)
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	70.2%
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	29.8%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	10% ⁽¹⁾
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	有待提供資料

備註： (1) 2002年的數字。

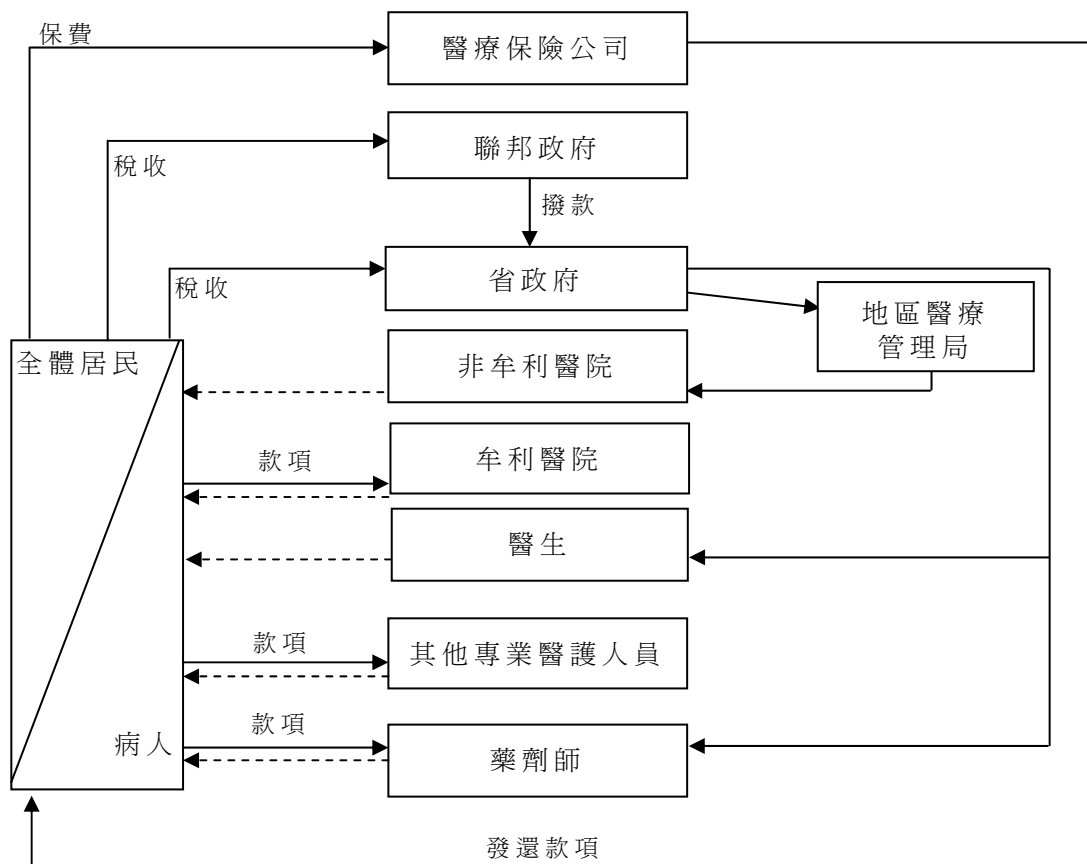
資料來源：Canada Institute for Health Information (2005c)及 World Health Organization (2005)。

²² Canadian Institute for Health Information (2005c) 第10至11頁。

²³ Canada Health Act Annual Report 2004-05。

2.2.11 圖1綜述加拿大的醫護融資和提供醫護服務的制度。²⁴

圖1 —— 加拿大的醫護制度



資料來源：Machildon (2005)。

圖例：——> 資金流向 - - - -> 服務流向

2.3 徵集醫護資源機制

2.3.1 除了實付的款項及慈善機構的捐款外，主要以下列方法匯集醫護資源：

- (a) 一般稅收；及
- (b) 醫療保險計劃。

²⁴ 在本文件中，“醫療保險公司”一詞指透過向消費者售賣醫療保險產品圖利的公司，以及為會員提供醫療保障的非牟利機構，例如合作社。

一般稅收

2.3.2 醫護方面的財務支持主要來自倚重入息稅、消費稅和公司稅的聯邦政府及省政府一般收入。²⁵

醫療保險計劃

2.3.3 由於幾乎所有省份均有法例及規例禁止或設法阻止保險公司就保險範圍內的醫護服務提供醫療保險計劃，故加拿大的私人醫療保險計劃主要承保沒有在《加拿大醫療法》下被列作保險範圍內的醫護服務。基本上，所有醫療上必須的醫護服務均由聯邦政府及省政府資助，其餘服務則由私人醫療保險計劃承保。2003年，53.6%的牙科護理服務、33.8%的處方藥物和21.7%的眼科護理服務由私人醫療保險計劃支付費用。²⁶

2.3.4 私人醫療保險計劃大多是僱主、工會或專業團體資助購買的團體保險計劃。²⁷ 2004年年底，共有126間保險公司為加拿大人提供醫療保險計劃。²⁸

2.4 撥付醫護資源機制

2.4.1 醫護資源由政府或醫療保險公司保存，視乎徵集醫護資源的途徑而定。因此，這些醫護資源會經由下列機制撥付予醫護服務提供者：

- (a) 政府財政預算；及
- (b) 醫療保險計劃。

²⁵ Marchildon (2005)第41頁。

²⁶ Flood and Archibald (2001) 及 Marchildon (2005)第47至48頁。

²⁷ Marchildon (2005)第47至48頁。

²⁸ Canadian Life and Health Insurance Association Inc. (2005a)。

政府財政預算

2.4.2 在編製財政預算的過程中，聯邦政府會以加拿大醫療撥款的方式向省政府分配公帑，以支持醫護服務。各省獲發的加拿大醫療撥款金額會按人均方式計算，從而確保加拿大人不論居於何處均可獲得同等資助。²⁹

2.4.3 加拿大醫療撥款由現金撥款和稅收撥款兩者組成。稅收撥款屬間接撥款，就此聯邦政府須減低本身徵收的稅率，讓省政府按聯邦政府的稅率減幅相應提高其稅率，令本應流入聯邦政府的稅收因而直接流入省政府。倘若聯邦政府決定發放加拿大醫療撥款，現金撥款對稅收撥款的比例會在財政預算中公布。2004至2005財政年度有關比例為58:42。³⁰

2.4.4 在編製省財政預算的過程中，省政府會把公帑(包括來自聯邦政府的撥款)分配予地區醫療管理局，但個別省政府會以不同方法在其管轄區內分配公帑，其中最常用的方法是以人口為本的撥款方法和以歷史數據為本的總額預算法。人口為本的撥款方法是按區內的人口數目和人口的醫療需要分配資源，歷史數據為本的總額預算法則按照區內前幾年的開支模式分配資源。地區醫療管理局負責在所屬地區提供或購買各種醫護服務。³¹

2.4.5 關於醫護融資的出資份額，省政府較聯邦政府付出更多資源。在2003年，用於醫護服務的公帑總額有91%來自省政府。³²

²⁹ *Canada Health Transfer* (2006)。

³⁰ *Federal Transfers to Provinces and Territories* (2006)。

³¹ Marchildon (2005) 第50至51頁。

³² *Canadian Institute for Health Information* (2005c) 第10至11頁。

醫療保險計劃

2.4.6 私人醫療保險計劃提供明確的保險賠償組合，用以支付沒有在《加拿大醫療法》下被列作保險範圍內醫護服務的費用。醫療保險公司透過發還所索賠的款項，把資源撥付予醫療服務提供者。受保人可就已支付的醫療費用向醫療保險公司提出索賠申請。醫療保險公司根據保單的條款和條件向受保人發還款項。³³

2.5 醫護資源分配

統計概況

2.5.1 下表顯示2003年按開支範疇劃分的醫護資源分配情況。

表3 —— 2003年加拿大按開支範疇劃分的醫療開支分配比例

開支範疇	2003年
住院服務	
醫院	30.3%
其他機構 ⁽¹⁾	9.3%
非住院服務	
醫生服務	13.2%
其他專業醫護人員提供的服務 ⁽²⁾	10.7%
藥物	16.3%
資本 ⁽³⁾	4.6%
公共衛生	5.6%
行政 ⁽⁴⁾	4%
其他醫療開支 ⁽⁵⁾	6%
總數	100%

備註：

- (1) 例如為長者及慢性病患者提供的院舍式設施。
- (2) 例如牙醫、脊醫及物理治療師。
- (3) 例如建造醫療設施和購買醫療設備的開支。
- (4) 例如營運醫療部門和管理醫療保險計劃的開支。
- (5) 例如醫療研究和救護車服務。

資料來源：Canadian Institute for Health Information (2005c)。

³³ Canadian Life and Health Insurance Association Inc. (2005b)。

2.5.2 下表展示2003年選定醫護服務類別在資金來源中所佔的份額。

表4 —— 2003年加拿大選定醫護服務類別在資金來源中所佔的份額

	公共資金 來源 ⁽¹⁾	私人資金來源			總數
		私人醫療 保險	實付的款項	非消費性 資金 ⁽²⁾	
住院服務					
醫院	91.1%	2.4%	1.7%	4.8%	100%
其他機構	72.5%	0%	27.5%	0%	100%
非住院服務					
醫生服務	98.7%	0.1%	1.2%	0%	100%
其他專業醫護 人員提供的服 務	9.2%	42.9%	47.9%	0%	100%
藥物	38.1%	28.1%	33.8%	0%	100%

備註： (1) 包括省政府的開支及聯邦撥款。

(2) 非消費性資金是指並非來自病人的醫院收入，例如捐款。

資料來源： Canadian Institute for Health Information (2005c)。

醫院服務

2.5.3 加拿大人可在非牟利醫院免費獲得醫療上必須的醫院服務。至於沒有在《加拿大醫療法》下被列作保險範圍內的醫護服務的醫院服務，病人則須以實付款項或保險或結合兩者支付有關費用。³⁴

基層醫護服務

2.5.4 除住院服務外，加拿大人亦可免費獲得醫療上必須的醫生和牙科外科服務。至於沒有在《加拿大醫療法》下被列作保險範圍內的醫護服務的基層醫護服務，病人則須以實付款項或保險或結合兩者支付有關費用。³⁵

³⁴ Marchildon (2005)第41頁、Canadian Institute for Health Information (2005c)及 *Canada Health Act Annual Report 2004-05*。

³⁵ 同上。

藥物

2.5.5 除病人在使用保險範圍內的醫院服務時可獲的處方藥物外，病人須自行支付所有其他藥物的費用。某些省政府設有藥物計劃，為居民支付或資助其處方藥物的費用。處方藥物的其餘費用須以實付款項或保險或結合兩者支付。³⁶

2.6 政策評估

2.6.1 2002年，加拿大未來醫護發展委員會發表題為《價值為本：加拿大未來的醫護路向》的最後報告書。該委員會報告指出，“使用該制度的加拿大人絕大部分都十分滿意所獲護理服務的質素和水準。”³⁷ 加拿大統計局在2003年發表的調查報告亦顯示，15歲或以上的加拿大人在評價他們於過去12個月獲得的醫護服務時，大部分(87%)都認為服務質素極佳或良好。³⁸

2.6.2 聯邦政府及省政府接納該委員會的建議，同意保留現時以稅收為本的醫護融資制度，即把醫護服務劃分為兩類：在《加拿大醫療法》下被列作在保險範圍內的醫護服務，這些服務完全由公帑資助；以及沒有被列作在保險範圍內的醫護服務，這些服務大多由私人資金提供經費。有學者指出，加拿大醫護制度的特點之一，是若干醫護服務(即保險範圍內的醫院及醫生服務)完全由公帑支持，其他服務(例如若干專業醫護服務)的經費則主要來自私人資金，例如實付的款項及醫療保險計劃。³⁹

2.6.3 在《加拿大醫療法》下被列作保險範圍內的醫護服務，全部由公帑支持，沒有被列作保險範圍內的醫護服務則主要由私人資金提供經費，這種分工的好處如下：⁴⁰

- (a) 可確保全部加拿大人均不會因任何財政困難而無法獲得醫療上必須的醫院服務和醫療所需的醫生服務；及

³⁶ Marchildon (2005)第 66 至 67 頁、Canadian Life and Health Insurance Association Inc. (2005b) 及 *Canada Health Act Annual Report 2004-05*。

³⁷ Commission on the Future of Health Care in Canada (2002) 第 xvi 頁。

³⁸ Canadian Institute for Health Information (2005b) 第 39 頁。

³⁹ Flood, Stabile and Tuohy (2002) 第 299 至 300 頁。

⁴⁰ Marchildon (2005) 第 121 頁。

-
-
- (b) 由於指定的醫護服務明確交由公營機構或私營機構管理，因此可提高行政效率和達致規模效益。

2.6.4 然而，這種醫護服務的分工亦帶來一些挑戰⁴¹：

- (a) 由於省政府有權決定何謂"醫療上必須"的醫院服務，且何謂"醫療上必須"的醫生及外科牙科服務也是由各個省政府與省內的醫療及牙醫專業團體自行商議，故此，保險範圍內的醫護服務的涵蓋面在各省有所不同。為國民訂立一套較統一的保險範圍內的醫護服務，將是加拿大需要面對的挑戰；及
- (b) 沒有被列作保險範圍內的醫護服務，其經費主要來自私人資金，即私人醫療保險計劃及實付的款項。由於大部分私人醫療保險計劃均由僱主、工會或專業組織資助購買，如何為不受僱傭相關醫療保險計劃保障的人士提供保障，將是加拿大需要面對的挑戰。

⁴¹ Commission on the Future of Health Care in Canada (2002) 第 xviii 頁 及 Flood, Stabile and Tuohy (2002) 第 301 至 305 頁。

第3章 —— 英國⁴²

3.1 背景

3.1.1 1940年代之前，英國英格蘭的醫護服務大多由私營機構提供，病人按其付款能力獲取所需服務。病人如無法負擔私營醫護服務的費用，可接受慈善組織的免費治療或使用地方政府的免費公共衛生服務。然而，這些免費醫護服務當時只是有限度地提供。⁴³

3.1.2 1941年，社會保險及相關服務跨部門委員會成立，目的是檢討當時推行的各種全國性社會保險計劃(包括為低收入工人而設的退休金計劃及全國醫療保險計劃，以及失業保險)，並建議合適的改革措施。1942年，該委員會發表報告，建議提供全民普及的全面醫護服務，以打破“醫療服務的限制，有關限制不單指基於權利而可獲得的治療服務種類，還包括可獲得這些治療服務的國民類別……”⁴⁴。政府接納委員會的建議，於其後數年開展成立國民保健系統的籌備工作。

3.1.3 1948年，國民保健系統根據《1946年國民保健系統法令》的條文成立。國民保健系統建基於“由國家根據集體負責的原則，向全體國民提供免費使用的全面醫療服務。”⁴⁵ 雖然不同的執政黨在其後數十年曾多次改革國民保健系統，但這項原則的精神依然保持不變。

⁴² 英國已把提供醫護服務的責任下放予其成員國，即英格蘭、威爾斯、蘇格蘭和北愛爾蘭。本文件將集中討論佔英國醫療總開支逾80%(在2003至2004財政年度為82%)的英格蘭國民保健系統，而不會分別探討4個類似的醫護制度。如英格蘭的統計數字未齊備，會取用全英國的數字。

⁴³ *History of the NHS (n.d.)*及*NHS Inheritance (n.d.)*。

⁴⁴ Beveridge, William (1942) 第5頁。

⁴⁵ European Observatory on Health Care Systems (1999) 第5頁。

3.1.4 1948年成立之時，國民保健系統的服務提供制度分為3個組成部分。基層醫護服務由普通科醫生、牙醫、藥劑師和眼科專業人員以政府獨立承辦商的身份提供。預防服務由地方政府於轄下地區提供。各地區的醫院服務由該區的醫院管理局負責。其後數十年，國民保健系統的服務提供制度曾在多次重大的醫護服務改革中重組。⁴⁶

3.1.5 1970年代中期至1980年代初期，國民保健系統的服務和相關的資本投資大增，行政層級隨之相應增加，以應付在國民保健系統下日增的管理工作。1980年代後期至1990年代中期，國民保健系統按照市場機制的理念進行連串改革後，公營醫護界被視為"類市場"，由醫療服務的買家(例如地區醫療管理局)和醫療服務的提供者(例如醫院)組成。買家和服務提供者會簽訂合約，訂明提供醫護服務的條款及條件。這項安排容許買家在選擇服務提供者時享有較大彈性，並且在服務提供者之間製造競爭，從而提高效率和成本效益。⁴⁷

3.1.6 1997年大選中獲勝的新任工黨政府為國民保健系統掀起另一改革浪潮。這些改革按照一系列政策文件⁴⁸的指引進行。在這些文件中，《現代、可靠的新國民保健系統》載述政府對國民保健系統的願景，《國民保健服務計劃》概述國民保健系統的10年改革計劃，其餘政策文件則提供《國民保健服務計劃》的詳細改革計劃：

- (a) 《現代、可靠的新國民保健系統》1997年；
- (b) 《國民保健服務計劃》2000年；
- (c) 《履行國民保健服務計劃》2002年；
- (d) 《國民保健服務改善計劃——以人為本的公營服務》2004年；
- (e) 《創建以病人為先的國民保健系統：履行國民保健服務改善計劃》2005年3月；及
- (f) 《英格蘭的醫療改革：最新進展及展望》2005年12月。

⁴⁶ 題為*Health Care Expenditure and Financing in the United Kingdom*的研究報告(RP09/PLC號文件)附錄A亦載有截至1997年的國民保健系統改革摘要。

⁴⁷ *History of the NHS* (n.d.)、*Short NHS History* (n.d.)及 *Legislative Council Secretariat* (1998)第55至59頁。

⁴⁸ Department of Health (2006a)第8至9頁。

3.1.7 國民保健系統現時的改革措施分類如下⁴⁹：

- (a) "需求方"改革，例如增加病人使用醫護服務時的選擇；
- (b) "供應方"改革，例如使用更廣泛類別的服務提供者提供醫護服務；
- (c) "制度管理"改革，例如訂立國民保健系統及非政府醫療機構的服務質素標準，並監察有關機構是否符合所須標準；及
- (d) "工作執行"改革，例如推行新的撥款機制以獎勵高效率的服務提供者。

3.1.8 國民保健系統成立以來，經費大多來自一般稅收。《國民保健服務計劃》政策文件已研究下列醫療融資替代方案，包括：

- (a) 提供獎勵以鼓勵國民投購私人醫療保險；
- (b) 訂立新的醫護服務收費；
- (c) 把以稅收為本的融資制度轉為社會醫療保險制度；及
- (d) 把所提供的醫護服務局限於核心服務。

3.1.9 《國民保健服務計劃》政策文件的結論是：國民保健系統應維持以稅收為本的融資制度，因為這項制度證實行之有效和符合公平的原則。⁵⁰

⁴⁹ Department of Health (2005a) 第9至12頁。

⁵⁰ *The NHS Plan* (2000) 第33至40頁。

3.2 醫護制度總覽

結構

3.2.1 衛生部負責制訂所有衛生事宜的整體政策，以改善英格蘭人的健康和福祉。在提供醫護服務方面，衛生部的責任是制訂政策、訂立國家標準，以及為國民保健系統分配資源，以便公眾能夠獲得各種醫護服務。⁵¹

3.2.2 國民保健系統的服務提供制度由多種法定組織組成，特別是醫療策略管理局和基層護理信託。整個英格蘭分為10區，每區各設一個醫療策略管理局，負責服務區內為數250萬至740萬不等的人口。管治各個醫療策略管理局的董事局分別由8至13名委任成員組成。⁵² 醫療策略管理局不會提供醫護服務，其主要職責是監察區內所提供的公營醫護服務。在履行監察責任時，醫療策略管理局會確保基層護理信託遵從政府所訂的政策方向，並會監察基層護理信託的表現。此外，醫療策略管理局須負責訂立策略方向，以改善區內提供的公營醫護服務。⁵³

3.2.3 目前，該10個醫療策略管理局轄下地區共設有152個基層護理信託。基層護理信託服務的人口數目由9萬至120萬不等。管理各個基層護理信託的董事局分別由8至15名委任成員組成。基層護理信託掌管國民保健系統約80%的預算經費，它們負責規劃和管理區內的醫護服務，方式包括委託其他醫護服務提供者提供服務(例如委託國民保健信託提供住院服務)，或自行直接提供服務。⁵⁴

⁵¹ Department of Health (2006a) 第7及12頁及 *Department of Health* (n.d.)。

⁵² 國民保健系統委任委員會根據《國民保健系統委任委員會備忘錄》於2001年成立。該委員會由政府委任的主席領導，負責招聘、甄選和委任社會人士擔任國民保健信託、基層護理信託和醫療策略管理局的主席及成員。

⁵³ Department of Health (2006b) 第9至10頁、*NHS in England* (n.d.)及 *Reorganisation of strategic health authorities* (2006)。

⁵⁴ Department of Health (2006c) 第11至12頁、*NHS in England* (n.d.)、*Reorganisation of primary care and ambulance trusts* (2006)及 *Healthcare Commission* (2004)第12及129頁。

3.2.4 下表列明有關英格蘭提供醫護服務的制度的一些基本統計數字。

表5 —— 有關2002年英格蘭提供醫護服務的制度的統計數字

	數目	比率
醫護人員		每1萬人
醫生	104 406	21
牙醫	18 400	3.7
眼科專業人員	8 096	1.6
藥劑師	33 996	6.9
護士，包括助產士	367 520	74.2
醫療基礎設施		
公營醫院(國民保健系統下醫院)	665 (183 826張病床)	每1萬人有39.4張病床
私營醫院	240 (11 200張病床)	
急症護理病床住用率	85.3%	

資料來源：Regional Office for Europe of the World Health Organization (2006)、*Health and Personal Social Services Statistics: England* (n.d.)、*CareHealth Limited* (2005)、*NHS Hospital in England* (n.d.)、*Private Healthcare UK* (2006)、*Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* (2004)、*The NHS Health and Social Care Information Centre* (2006a)、*The NHS Health and Social Care Information Centre* (2006b)、*the NHS Health and Social Care Information Centre* (2006c) 及 *Hospital Activity Statistics* (2005)。

融資

3.2.5 英格蘭醫護制度的指導原則如下⁵⁵：

- (a) 由於接受治療是基本人權，故此國民保健系統不會理會病人的付款能力，而是按臨床需要為全體國民提供全民普及的服務。有別於私營醫護制度，國民保健系統不會因病人的健康狀況或付款能力而拒絕為病人治病；及
- (b) 國民保健系統提供全面的服務，即基層及社區護理服務和住院服務。國民保健系統亦會向個別人士提供關於健康推廣、防疫、自我護理、復康及病後護理的資訊服務和支援。

⁵⁵ *NHS Core Principles* (n.d.)。

3.2.6 英格蘭的醫護融資制度以稅收為本，醫護服務的經費主要來自政府一般開支。在編製財政預算的過程中，用於醫護服務的公帑會分配予多個類別的醫護服務提供者，特別是基層護理信託。與此同時，英國稅務海關總署會收集僱主、僱員及自僱人士的強制性全國保險計劃供款。自1948年全國保險計劃設立以來，該計劃的供款一直用於支付合資格供款人士的失業援助金、疾病福利(補償因病而失去的收入)和退休金。此外，部分供款用於資助國民保健系統。⁵⁶

3.2.7 雖然公眾可使用免費的普通科治療及住院服務，但他們可能需要支付處方藥物、眼科服務和牙科服務的部分或全部費用。政府設有安全網，以協助無法負擔費用的病人。舉例來說，國民保健系統設有需經入息審查的低收入人士援助計劃，協助低收入家庭支付藥物及醫護服務費用。⁵⁷

3.2.8 下表列明2002年英國醫療服務開支的一些基本資料，這些資料可作為醫療開支的指標。

表6 —— 2002年英國醫療開支指標

醫療總開支佔本地生產總值的比例	7.7%
人均醫療總開支	1,165英鎊 (16,795港元)
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	83.4%
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	16.6%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	15.4%
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	11.4%

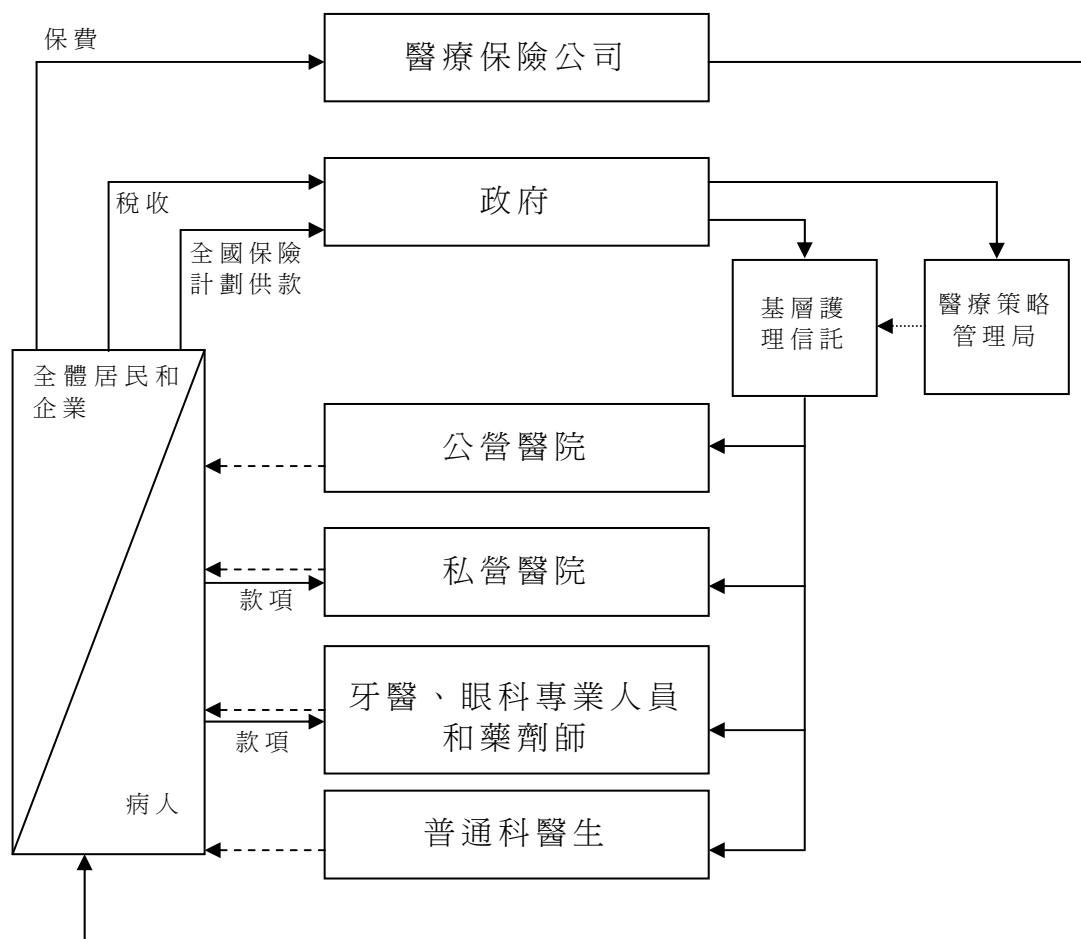
資料來源：Regional Office for Europe of the World Health Organization (2006)、World Health Organization (2005)、Foubister et al (2006)及Organisation for Economic Co-operation and Development (2005)。

⁵⁶ National Audit Office (2006)第2及13頁、Office for National Statistics (2005)第180頁及Dixon and Robinson (2002)第105頁。

⁵⁷ Department of Health (2005a)及Dixon and Robinson (2002)第106頁。

3.2.9 圖2綜述英格蘭的醫護融資和提供醫護服務的制度。

圖2 —— 英格蘭的醫護制度



資料來源：Healthcare Commission (2004)、National Audit Office and Audit Commission (2006) 及 *How the NHS Works* (n.d.)。

圖例：——▶ 資金流向 - - - -▶ 服務流向 ▶ 進行監察

3.3 徵集醫護資源機制

3.3.1 除了實付的款項及慈善機構的捐款外，主要以下列方法匯集醫護資源：

- (a) 一般稅收；
- (b) 全國保險計劃；及
- (c) 醫療保險計劃。

一般稅收

3.3.2 政府的一般收入主要來自入息稅、商品及服務稅(增值稅)和公司稅。2004至2005財政年度，入息稅、商品及服務稅和公司稅估計分別佔總收入的34%、19.4%及9.1%，三者合共佔估計總收入的62.5%。⁵⁸

全國保險計劃

3.3.3 僱主、僱員及自僱人士均須按政府所訂的比率向全國保險計劃作出供款。2006至2007財政年度，僱員須就介乎84英鎊(1,214港元)和645英鎊(9,321港元)的周薪作出11%供款，以及就超出645英鎊(9,321港元)的所有周薪作出1%供款；僱主則須就僱員超出84英鎊(1,214港元)的所有周薪作出12.8%供款。僱主會從僱員的月薪扣起僱員的供款，然後向英國稅務海關總署繳交該筆款項及僱主供款。⁵⁹

3.3.4 自僱人士的供款分為兩個部分，即每周固定供款額和某一百分比的年度盈利。2006至2007財政年度，每周固定供款額為2.1英鎊(30港元)。介乎5,035英鎊(72,765港元)和33,540英鎊(484,715港元)的年度盈利須作出8%供款，超出33,540英鎊(484,715港元)的所有年度盈利須作出1%供款。自僱人士須每季向英國稅務海關總署繳交該固定比率供款，關乎年度盈利的供款則每年繳交一次。⁶⁰

3.3.5 政府每年均會把全國保險計劃供款總額的某一百分比分配予國民保健系統。該百分比在2003至2004財政年度和2004至2005財政年度大約分別是19.9%和21.5%。⁶¹

⁵⁸ Office for National Statistics (2005)第365及371頁。

⁵⁹ *Background to National Insurance Contributions* (n.d.) 及 *Rates and Allowances – National Insurance Contributions* (n.d.)。

⁶⁰ 同上。

⁶¹ National Audit Office (2006)第12至13頁、Office for National Statistics (2003)第353頁及Office for National Statistics (2005)第365頁。

醫療保險計劃

3.3.6 金融服務管理局為政府成立之獨立法定機構，規管包括保險業在內的金融服務。金融服務管理局對保險業所作出的規管，集中於確保銷售保險計劃的過程具透明度，以及顧客能夠從各承保人手上取得評估各種保險產品所需的清晰和一致的資料。⁶²

3.3.7 在英國，醫療保險公司主要提供補充醫療計劃，就私營醫院及私家專業人員提供的手術服務及其他治療向受保人償付費用。購買補充醫療計劃的好處，在於病人可及時獲得私營醫護設施提供的醫護服務，而無須長時間輪候公營機構的同類服務。在英國經營的醫療保險公司共有27間，市場上最大的兩間醫療保險公司，即British United Provident Association及AXA PPP Healthcare，分別擁有40%及22.5%的市場佔有率。⁶³

3.4 撥付醫護資源機制

3.4.1 醫護資源由政府或醫療保險公司保存，視乎徵集醫護資源的途徑而定。因此，這些醫護資源會經由下列機制撥付予醫護服務提供者：

- (a) 政府財政預算；及
- (b) 醫療保險計劃。

政府財政預算

3.4.2 在編製財政預算的過程中，政府會把公帑分配予各個政策範疇，包括醫療。投放於醫療方面的資源會分發予各個醫護服務提供者，特別是掌管國民保健系統80%預算經費的基層護理信託。各個基層護理信託獲發的醫護資源會按加權人均公式計算，該等信託會把所得金錢用於提供區內醫護服務。⁶⁴

⁶² Foubister et al (2006)第xi至xix頁及 *Financial Services Authority* (2005)。

⁶³ 同上。

⁶⁴ Department of Health (2005b)第7至9頁及第50頁。

3.4.3 該加權人均公式為一項綜合公式，用於釐定各個基層護理信託可獲分配的資金份額。該公式旨在"確保面對同等風險的國民能有均等機會獲得醫護服務"。⁶⁵

3.4.4 根據該公式，各個基層護理信託獲分配的醫護撥款份額按人口數目釐定，並會就下列項目作出加權調整：⁶⁶

- (a) 年齡相關的需要：承認醫護服務的需求程度會因為人口年齡架構的不同而改變；
- (b) 額外需要：反映醫護服務的相對需求，因為人口的社會經濟狀況等因素，而超出按年齡計算得出的需求程度；及
- (c) 提供醫護服務的成本：計入因地理因素而難免不同的醫護服務成本，例如員工成本。

3.4.5 基層護理信託擔當撥款者和提供服務者的角色。擁有醫護設施的基層護理信託會直接提供醫護服務，其他基層護理信託則會委託其他醫護服務提供者提供服務。在基層醫護服務方面，這些基層護理信託會委託普通科醫生、牙醫、藥劑師及眼科專業人員提供服務。中層和第三層醫療服務方面，基層護理信託則會委託經營公營醫院的國民保健信託提供服務，並會委託經營精神病院的精神健康信託提供精神科服務。⁶⁷

醫療保險計劃

3.4.6 醫療保險計劃提供明確的保險賠償組合，用以支付醫療和相關服務的費用。受保人可根據賠償組合，就已支付的部分或全部醫療費用向醫療保險公司提出索賠申請。倘若醫療機構已與醫療保險公司作出安排，醫療機構可就保單所容許的醫療費用直接向醫療保險公司提出索賠申請。⁶⁸

⁶⁵ Department of Health (2005b) 第 8 頁。

⁶⁶ Department of Health (2005b) 第 7 至 9 頁 及 第 50 頁，及 *2006-07 and 2007-08 PCT Revenue Allocations: A Short Guide* (2005)。

⁶⁷ Department of Health (2006c) 第 11 至 12 頁、*NHS in England* (n.d.)、*Reorganisation of primary care and ambulance trusts* (2006) 及 *Healthcare Commission* (2004) 第 12 及 129 頁。

⁶⁸ Foubister et al (2006) 第 xvii 頁。

3.5 醫護資源分配

統計概況

3.5.1 下表顯示2003至2004財政年度按開支範疇劃分的政府醫護資源分配情況。

表7 —— 2003至2004年度英格蘭國民保健系統按開支範疇劃分的醫療開支分配情況

開支範疇	2003至2004年度
醫院及社區醫療服務	
由國民保健信託擁有的醫院和其他相關醫護設施所提供的住院及門診醫療服務 ⁽¹⁾	86.9%
家庭健康服務	
一般醫療服務	7.5%
一般牙科服務	2.1%
一般眼科服務	0.5%
藥物服務	0.9%
中央醫療及雜項服務⁽²⁾	1.6%
部門行政	0.5%
總數	100%

備註： (1) 大約56%的醫院及社區醫療服務開支用於急症服務。

(2) 醫院及社區醫療服務和家庭健康服務的經費由基層護理信託撥付，而這個類別的服務則由衛生部直接撥款。

資料來源：Department of Health (2006a)第104、108及139頁。

3.5.2 國家統計辦事處利用1999至2000財政年度的醫護開支數據，編纂英國醫療開支帳目⁶⁹的樣本。下表顯示1999至2000財政年度的英國醫療開支帳目數據。

⁶⁹ "醫療開支帳目制度"是經濟合作及發展組織於2000年開發的醫療開支統計報告系統。

表8 —— 按功能及服務提供者對照資金來源方式呈列的1999至2000年度英國醫療開支

	公共資金來源	私人資金來源	總數
提供者			
醫院	56%	2%	58%
醫療用品零售商	10%	8%	18%
非住院設施 ⁽¹⁾	12%	3%	15%
護理及住宿設施	2%	1%	3%
一般醫療管理及保險 ⁽²⁾	1%	2%	3%
其他 ⁽³⁾	1%	2%	3%
總數	82%	18%	100%
功能			
治療／復康護理	61%	6%	67%
向門診病人提供的醫療用品 ⁽⁴⁾	10%	8%	18%
長期護理服務	5%	1%	6%
醫療管理及醫療保險 ⁽⁵⁾	2%	2%	4%
防護及公共衛生服務	2%	0%	2%
輔助服務 ⁽⁶⁾	1%	0%	1%
其他 ⁽³⁾	1%	2%	3%
總數	82%	18%	100%

備註：

- (1) 例如私家診所。
- (2) 包括主要為規管醫護服務機構活動而設的機構、醫療政策的整體管理，以及醫療保險。
- (3) 監獄、軍隊及非牟利組織提供的醫護服務。
- (4) 例如藥房、視光師、衛生用品商店及其他零售商向門診病人提供的醫療用品。
- (5) 私營保險公司和中央及地方當局為規劃、管理和規管醫療保險所做的工作。
- (6) 例如化驗室、診斷成像，以及為病人提供的交通服務。

資料來源：UK Health Accounts (2003)。

基層護理信託

3.5.3 各個基層護理信託會按加權人均公式獲發經費，他們有責任維持收支平衡和善用所得資源。為協助基層護理信託履行職責，政府發出《常務財政指令》，詳述基層護理信託的財政責任、政策及程序。然而，入不敷支的基層護理信託卻越來越多。2003至2004財政年度，14%的基層護理信託錄得赤字／超支，這個數字翌年更升至30%。⁷⁰

3.5.4 基層護理信託出現赤字／超支的原因包括：⁷¹

- (a) 全國性措施(例如推行新的專業醫護人員薪酬制度)帶來成本壓力；
- (b) 為求達到關於醫療服務便利程度的表現目標，因而出現成本壓力；及
- (c) 財政管理欠佳。

醫院服務

3.5.5 基層護理信託會透過屬下醫院或委託其他醫院(主要是國民保健系統下醫院)，向所屬地區的居民提供醫院服務。⁷²

3.5.6 所有選擇使用公費服務的英格蘭人均可免費獲得公營醫院服務。然而，病人如使用自費服務，則須以實付的款項或保險或結合兩者支付所有費用，例如醫生的診金及醫院的收費。國民保健系統下約有90間醫院設有自費病人部，各設大約10至12張病床。因此，公營醫院內的私家病床所佔的比率只有約0.5%。⁷³

⁷⁰ Department of Health (2006c)第60頁及 National Audit Office 及 Audit Commission (2006)第19頁。

⁷¹ National Audit Office and Audit Commission (2006)第4頁。

⁷² *How the NHS Works* (n.d.) 及 *Delivering Secondary Care* (n.d.)。

⁷³ *Private Health Treatment* (2006) 及 *CareHealth Limited* (2005)。

基層醫護服務

3.5.7 登記加入當地普通科醫務所的病人，可獲得基本上免費的基層醫護服務。根據《關於一般醫療服務的財政權益聲明》，基層護理信託會向該等提供基層醫護服務予登記人的普通科醫務所發放以下類別的款項⁷⁴：

- (a) 總額款項：以敷醫務所提供必須及附加服務⁷⁵的成本而支付的款項。這類款項的計算方法，是以普通科醫務所的登記人數為基礎，然後按需要因素(例如登記人口的人口狀況及健康狀況)和成本因素(例如醫務所的位置)作出加權調整；
- (b) 優質服務獎金：為獎勵優質服務而支付的款項。這類款項根據醫務所在質素及成效框架⁷⁶下所取得的分數(每得一分便可獲政府指定的若干金額)計算；
- (c) 按指示而提供的強化服務的款項：涵蓋醫務所根據中央政府的指示提供服務(例如兒童防疫注射)而支付的款項。這類款項一般根據需要有關服務的病人人數計算；及
- (d) 用於指定用途的款項：必須用於指定用途的款項，例如聘請代班醫生的費用和長期進修假期所涉及的費用。

藥物

3.5.8 由於獲得政府資助，故此病人每次領取處方藥物只須劃一支付6.65英鎊(96港元)。指定類別的國民，例如16歲以下的兒童和60歲以上的人士、慢性病患者或傷殘人士，以及領取社會保障福利的低收入家庭，可獲豁免繳付藥費。整體而言，約有85%的處方藥物免費向病人提供。⁷⁷

⁷⁴ *Delivering Primary Care* (n.d.) 及 *General Medical Services Statement of Financial Entitlement 2005 Onwards* (2006)。

⁷⁵ 必須服務包括照顧患病的病人、慢性疾病的一般管理，以及為末期病人提供非專科護理等工作。附加服務包括避孕服務、婦產醫療服務、兒童健康監察、子宮頸檢查，以及某些小型手術，例如治理皮膚損傷。

⁷⁶ 質素及成效框架分為4個主要範疇，即臨床服務、組織架構、病人的用後感及附加服務。每個主要範疇均設有多項指標，而每達到一項指標便可獲得若干分數。

⁷⁷ NHS Health and Social Care Information Centre and Office for National Statistics (2005)、*Help with Health Costs* (2005) 及 *Charges and Optical Voucher Values* (2006)。

3.5.9 病人如不合資格免費領取處方藥物，但需要定期服藥，可申請國民保健系統下處方藥物定價管理局發出的處方藥物費用預付證明書。申領為期4個月和12個月的處方藥物費用預付證明書分別須付34.65英鎊(501港元)及95.3英鎊(1,377港元)。證明書持有人只須在指定期間到指定藥房出示該證明書，便可領取處方藥物。⁷⁸

3.6 政策評估

3.6.1 工黨在1997年重新執政時，曾在題為《現代、可靠的新國民保健系統》的文件中提出他們對國民保健系統的願景。2000年發表的《國民保健計劃》文件進一步闡釋政府的醫護制度10年改革計劃。改革措施分為下列類別："需求方"改革，例如增加病人使用醫護服務時的選擇；"供應方"改革，例如使用更廣泛類別的服務提供者提供醫護服務；"制度管理"改革，例如訂立國民保健系統及非政府醫療機構的服務質素標準，並監察有關機構是否符合該等要求的標準；以及"工作執行"改革，例如推行新的撥款機制，獎勵高效率的服務提供者。

3.6.2 衛生部和醫療護理委員會曾合作評估病人對國民保健服務的用後感，就病人的用後感從不同角度進行多項調查，包括成人住院調查、基層護理調查、急症服務調查、門診服務調查及精神科服務調查。上述調查各自作全國性記分，用以衡量病人對國民保健系統的滿意程度(得分越高，滿意度越高)。在100分為滿分的基準下，這些調查的全國性得分維持在75分左右，而在過去數年錄得輕微上升。⁷⁹

3.6.3 《2006年國民保健系統總監報告》指出，現行醫護改革的成就之一，是縮短了住院治療和門診服務的輪候時間，令病人能夠更快獲得國民保健系統的服務。此外，國民的健康狀況亦有所改善，這可從癌病及冠心病病人的死亡率下降，以及越來越多人養成健康生活習慣(例如戒煙)得到證明。⁸⁰

⁷⁸ NHS Health and Social Care Information Centre and Office for National Statistics (2005)、*Help with Health Costs* (2005) 及 *Charges and Optical Voucher Values* (2006)。

⁷⁹ Department of Health (2006e) 第30至31頁。

⁸⁰ Department of Health (2006d)。

3.6.4 雖然國民保健系統取得上述成就，但其屬下機構(特別是基層護理信託)在過去數年出現赤字／超支，令該系統面對財政挑戰。為處理赤字／超支問題，國家審計署及審計局向國民保健系統屬下機構提出下列建議⁸¹：

- (a) 收支平衡的國民保健系統屬下機構應從機構的整體層面着眼，制訂管理赤字／超支風險的方法。董事局、臨床醫護人員、財務人員和國民保健系統的人員均應留意赤字／超支問題，並且避免出現赤字／超支。
- (b) 面對快將推行的全國性措施，例如合併國民保健系統屬下機構，該等機構的董事局須認清迎接轉變(特別是架構重組時的財務管理工作)需要哪些技能。
- (c) 應在國民保健系統的財政制度下設適當的獎賞，以鼓勵屬下機構採用最佳作業方式，提高服務質素及臨床服務生產力。舉例來說，在質素及成效框架下獎勵優質作業方式。
- (d) 應在國民保健系統的財政制度下設有相關的匯報安排，以確保國民保健系統屬下機構的財政表現具透明度和可資比較。提高財政匯報安排的透明度，有助及早發現國民保健系統屬下機構的財政問題，並對問題作出迅速回應。

⁸¹ National Audit Office and the Audit Commission (2006) 第10頁及 Department of Health (2006d) 第19至20頁。

第4章 —— 台灣

4.1 背景

4.1.1 台灣現代醫護制度的發展始於19世紀中葉。1865至1895年期間，英國及加拿大的傳教士醫生在台灣帶頭發展西醫。1895至1945年日治期間，日本政府引進更多類型的醫護服務，特別是公共衛生服務，以吸引日本國民到台灣定居。醫護發展在第二次大戰後的20年期間受戰後餘波影響而放緩。自1972年起，醫護制度隨着經濟蓬勃發展而持續擴展。⁸²

4.1.2 為減低個人承擔高昂醫療費用的風險，台灣在1950年代至1990年代中期創辦了多項公共醫療保險計劃，當中大部分與工作身份有關，例如公務人員保險計劃及農民健康保險計劃。截至1995年2月，該等計劃共有10項，受保人數佔人口約59%。⁸³

4.1.3 為確保全民受到全面的健康保險保障，台灣政府於1995年3月推出強制性的全民健康保險計劃，該計劃一直沿用至今。全民健康保險計劃綜合了原有的10項公共醫療保險計劃的承保範圍，並把受保人範圍進一步擴大至包括原本不受健康保險保障的民眾，其中大部分為長者、兒童、學生、家庭主婦及殘障人士。⁸⁴

4.1.4 全民健康保險計劃由衛生署中央健康保險局管理。受保人、僱主及政府均須向該計劃作出強制性供款。中央健康保險局與醫護機構訂立合約，為受保人提供醫護服務，並從全民健康保險計劃的供款中提取款項，發還給有關的醫護服務提供者。⁸⁵

4.1.5 全民健康保險計劃自設立以來，面對的最大挑戰是收支失衡。中央健康保險局已採取多項措施，例如增加保險費，以應付該項挑戰，預計該局將會在即將展開的改革中採取更多該等措施。⁸⁶

⁸² Department of Health (2006a) 第6至8頁及 Bureau of National Health Insurance (2006) 第4至6頁。

⁸³ Bureau of National Health Insurance (2006) 第4至8頁及 Government Information Office (2005)。

⁸⁴ 同上。

⁸⁵ Bureau of National Health Insurance (2006) 第9至12頁及 Government Information Office (2005)。

⁸⁶ Bureau of National Health Insurance (2006) 第36至39頁。

4.2 醫護制度總覽

結構

4.2.1 中央政府衛生署全面負責制訂醫護政策和規管各項醫護服務。該署轄下中央健康保險局負責管理全民健康保險計劃，並與醫護機構訂立合約，為受保人提供醫護服務。⁸⁷

4.2.2 中央健康保險局透過6間地區分局推行全民健康保險計劃，每間分局覆蓋多個市或縣。此外，25個市／縣政府各設有衛生局，負責衛生所的運作，並在衛生署的指引下，推展各區內的健康事宜。⁸⁸

4.2.3 下表列出有關台灣提供醫護服務的制度的基本統計數字。

表9 —— 有關2004年台灣提供醫護服務的制度的統計數字

	數目	比率
醫療人員		每1萬人
醫生	33 360	14.7
牙醫	9 868	4.3
藥劑人員	26 079	11.5
護理人員	101 924	44.9
醫療基礎設施		
公營醫院	90 (43 865張病床)	每1萬人有56張病床
私營醫院	500 (83 802張病床)	
急症護理病床住用率 ⁽¹⁾	有待提供資料	

備註： (1) 2004年普通科病床的住用率為68.9%。

資料來源：Health Statistics (2006)。

⁸⁷ Current Organization of the Department of Health (2006) 及 Department of Health (2006a) 第 21 頁。

⁸⁸ 同上。

融資

4.2.4 台灣醫護制度的指導原則是確保全民受到社會醫療保險(即全民健康保險計劃)的保障，並享有均等獲取醫護服務的權利。⁸⁹

4.2.5 台灣的醫護融資制度被列入社會醫療保險制度的類別。在社會醫療保險制度下，醫護服務的資金主要來自強制性供款。根據《全民健康保險法》，受保人及僱主均須向全民健康保險計劃供款，而政府則須為部分受保人繳納保費。⁹⁰

4.2.6 病人須就其使用的醫護服務分擔部分費用。就門診服務而言，每次求診須分擔的費用介乎50元新台幣(12港元)至450元新台幣(107港元)，視乎他們求診的機構類別及所使用的服務而定。就住院服務而言，每次留院須分擔的費用介乎成本的5%至30%，視乎他們入住的病房類別及留院期而定。⁹¹

4.2.7 為保障台灣民眾無須分擔龐大的費用及避免該分擔費用制度妨礙病人尋求所需的醫護服務，法律訂明住院護理服務的分擔費用上限及對若干類別人士(例如低收入人士)的分擔費用豁免。⁹²

4.2.8 下表列明有關2004年台灣醫療服務開支的一些基本資料，有關資料可作為醫療開支的指標。

⁸⁹ Bureau of National Health Insurance (2006) 第8頁及第11至12頁。

⁹⁰ Bureau of National Health Insurance (2006) 第13頁及 *National Health Insurance Act* 第三章。

⁹¹ Bureau of National Health Insurance (2006) 第16至17頁。

⁹² Bureau of National Health Insurance (2006) 第17至18頁。

表10 —— 2004年台灣的醫療開支指標

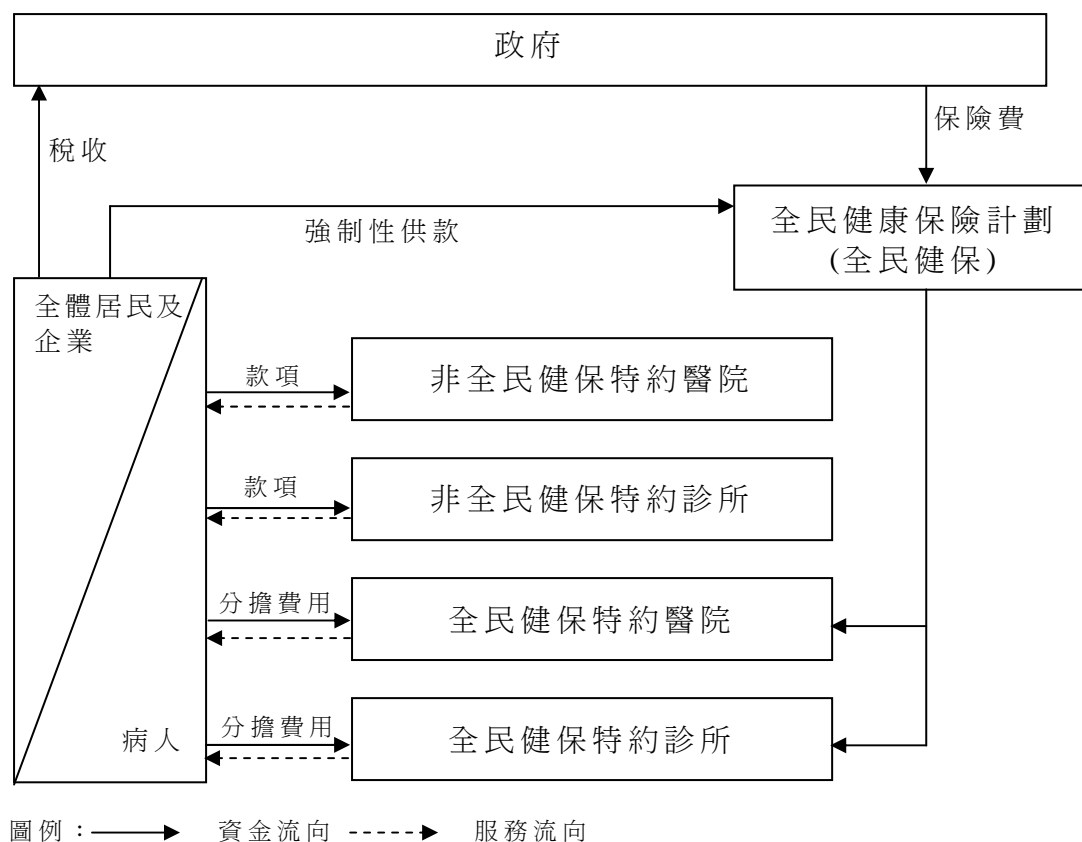
醫療總開支佔本地生產總值的比例	6.3%
人均醫療總開支	25,948新台幣 (6,183港元)
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	64.4%
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	35.6%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	18%
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	99% ¹

備註： (1) 基於種種原因，例如有關人士居於海外及在轉工期間，有1%的人口暫時不受全民健康保險計劃保障。

資料來源：Department of Health (2006b)、Selected National Health Accounts Indicators (2006)、National Health Insurance Key Statistics (2006)及 Wang (2005)。

4.2.9 圖3綜述台灣的醫護融資和提供醫護服務的制度。

圖3 —— 台灣的醫護制度



資料來源：Bureau of National Health Insurance (2005a)、Bureau of National Health Insurance (2006)、Government Information Office (2005) 及 Department of Health (2006)。

4.3 徵集醫護資源機制

4.3.1 除了實付的款項及慈善機構的捐款外，匯集醫護資源的主要方式如下：

- (a) 全民健康保險計劃；及
- (b) 一般稅收。

全民健康保險計劃

4.3.2 台灣的社會醫療保險制度(即全民健康保險計劃)自1995年起運作。全民健康保險計劃的資金徵集機制可就下列兩個組成部分加以探討：

- (a) 資金來源；及
- (b) 資金徵集。

資金來源

4.3.3 受保人、僱主及政府均須向全民健康保險計劃供款。為計算保險費的目的，受保人大致分為兩類，即受薪人士及非受薪人士。每類受保人細分為3個類別，而每個類別可再細分為多個分類。下表展示各個受保人類別及其佔受保人總數的比率。

表11 —— 全民健康保險計劃的受保人類別

受薪人士	
第1類(佔受保人總數53.2% ⁽¹⁾)	
第1分類	公務人員以及公營機構及公私立學校受薪全職人員
第2分類	公、民營事業、機構僱員
第3分類	第1及2分類受保人以外有一定僱主的僱員
第4分類	僱主或自營作業自僱人士
第5分類	專門職業及技術人員自行執業者
第2類(佔受保人總數16.7%)	
第1分類	無一定僱主或自營作業而參加職業工會的成員
第2分類	參加海員總工會或船長公會為會員的外僱船員
第3類(佔受保人總數14.5%)	
第1分類	農會及水利會會員，或年滿15歲以上農業工作者
第2分類	無一定僱主或自營作業而參加漁會的成員，或年滿15歲以上從事漁業工作者
非受薪人士	
第4類 (資料不詳) ⁽²⁾	義務役軍人、國軍軍事學校學生、軍眷及在恤的軍人遺眷及替代役役男
第5類 (佔受保人總數0.9%)	符合《社會救助法》規定的低收入家庭成員
第6類(佔受保人總數14.7%)	
第1分類	榮民及榮民遺眷
第2分類	不屬於第1至5類及第6類中第1分類所訂受保人及其眷屬的人士

備註： (1) 每類受保人佔受保人總數的比率為2004年的數字。

(2) 據中央健康保險局表示，由於有關第4類受保人的統計數字關乎國防機密，因此計算受保人比率時並無包括該類受保人在內。

資料來源：National Health Insurance Act、Bureau of National Health Insurance (2005b) 及 Bureau of National Health Insurance (2006)。

4.3.4 受保人、僱主及政府向全民健康保險計劃繳納的保險費按下表所載的方程式計算。

表12 —— 全民健康保險計劃保險費的計算方程式

受薪人士	
受保人繳納的保險費	應投保月薪金額 ⁽¹⁾ × 保險費率 ⁽²⁾ × 負擔比率 ⁽³⁾ × (1 + 眷屬人數 ⁽⁴⁾)
僱主繳納的保險費	應投保月薪金額 × 保險費率 × 負擔比率 × (1 + 平均眷屬人數 ⁽⁵⁾)
政府繳納的保險費	
非受薪人士	
受保人繳納的保險費	平均保險費 ⁽⁶⁾ × 負擔比率 × (1 + 眷屬人數)
政府繳納的保險費	平均保險費 × 負擔比率 × 受保人數 ⁽⁷⁾

- 備註：
- (1) 第1及第2類受保人按月薪金額分為47級。每個級別顯示所賺取月薪在某幅度內的受保人的應投保月薪金額。舉例來說，第1級包括月入15,840元新台幣(3,767港元)及以下的受保人，這個組別的應投保月薪金額為15,840元新台幣(3,767港元)。第47級包括月入126,301元新台幣(30,030港元)及以上的受保人，而這個組別的應投保月薪金額為131,700元新台幣(31,357港元)。就第3類受保人而言，應投保月薪金額定為19,200元新台幣(4,571港元)。
 - (2) 由2002年9月起，保險費率為4.55%。
 - (3) 受保人、僱主及政府的負擔比率因受保人類別而異。舉例來說，就公、民營事業、機構的僱員而言，僱員、僱主及政府的負擔比率分別為30%、60%及10%。對於低收入家庭及榮民，保險費由政府全數支付。僱主或自營作業的自僱人士，以及專門職業及技術人員自行執業者則須全數繳納保險費。
 - (4) 受保人的眷屬包括配偶、父母、子女、祖父母及孫兒。即使眷屬人數超過3人，適用於上述方程式的眷屬的最高人數為3人。
 - (5) 由2001年1月起，平均眷屬人數定為0.78。
 - (6) 由1998年7月起，平均保險費定為1,007元新台幣(240港元)。
 - (7) 由政府繳納保險費的人數。

資料來源：National Health Insurance Act 及 Bureau of National Health Insurance (2006)。

4.3.5 以上述方程式計算，一個受僱於一間民營企業和有4個眷屬的僱員，若他／她屬第1級，其每月保險費為1,763元新台幣(420港元)；若他／她屬第47級，其每月保險費為14,658元新台幣(3,490港元)。第1級僱員、僱主和政府所分擔的保險費份額分別為865元新台幣(206港元)、770元新台幣(183港元)和128元新台幣(31港元)。而第47級僱員、僱主和政府所分擔的保險費份額分別為7,191元新台幣(1,712港元)、6,400元新台幣(1,524港元)和1,067元新台幣(254港元)。

4.3.6 根據上述方程式，2004年徵集得的保險費總額佔全民健康保險計劃總收入的97%。2004年，來自受保人、僱主及政府的應收保險費分別佔保險費總額的38.1%、35.5%及26.4%。⁹³

4.3.7 除保險費外，全民健康保險計劃還有兩個資金來源，即健康福利捐及公益彩券分配收入。由2002年起，當局對煙草產品徵收健康福利捐。⁹⁴《菸酒稅法》第22條訂明，該項附加費所收得的90%須撥付予全民健康保險計劃。2004年，全民健康保險計劃總收入的1.9%來自該資金來源⁹⁵。

4.3.8 由2000年起，公益彩券分配收入盈餘的5%撥付予全民健康保險計劃。2004年，全民健康保險計劃總收入的0.4%來自該資金來源。⁹⁶

⁹³ Bureau of National Health Insurance (2005b) 第4頁。

⁹⁴ 各煙草產品的附加費率如下：

- (a) 紙菸：每千支徵收500元新台幣(119港元)；
- (b) 菸絲：每公斤徵收500元新台幣(119港元)；
- (c) 雪茄：每公斤徵收500元新台幣(119港元)；和
- (d) 其他菸品：每公斤徵收500元新台幣(119港元)。

⁹⁵ *National Health Insurance Act* 第64條、*Tobacco and Alcohol Tax Act* 第22條、*Regulation of the Distribution, Utilization of the Health and Welfare Surcharge on Tobacco Products* 及 Bureau of National Health Insurance (2005b) 第124至125頁。

⁹⁶ *National Health Insurance Act* 第65條、*Public Welfare Lottery Act* 第6條、Bureau of National Health Insurance (2005b) 第124至125頁及《全民健康保險法修正草案總說明》。

資金徵集

4.3.9 中央健康保險局負責向受保人、僱主及政府徵集保險費。就第1類人士而言，法律規定僱主須從僱員的月薪中扣除僱員的保險費負擔金額，並按月向中央健康保險局繳納僱主及僱員的保險費負擔金額。就第2、3及6類人士而言，受保人透過指定機構(例如職業工會或農會)自行繳納每月保險費。就第5類人士而言，保險費由政府向該局繳納。就第4類及所有其他類別人士而言，政府每半年向該局繳納保險費一次。⁹⁷

4.3.10 財政部負責徵集健康福利捐及公益彩券分配收入，然後轉付予全民健康保險計劃。

一般稅收

4.3.11 政府在醫護方面的財務支持來自倚重入息稅、商業稅及商品稅的政府一般收入。2004財政年度，政府一般收入的61.2%來自入息稅、商業稅及商品稅，這3個稅項佔的比例分別為32.9%、16.8%及11.5%。⁹⁸

4.4 撥付醫護資源機制

4.4.1 醫護資源由政府保存，或存放於全民健康保險計劃戶口，視乎徵集醫護資源的途徑而定。因此，這些醫護資源會經由下列機制撥付予醫護服務提供者：

- (a) 全民健康保險計劃；及
- (b) 政府財政預算。

⁹⁷ 中央健康保險局(2006)第12頁及 *National Health Insurance Act* 第29條。

⁹⁸ *Yearbook of Tax Statistics 2004*。

全民健康保險計劃

4.4.2 全民健康保險計劃根據總額支付的概念制訂撥付醫護資源機制。根據世界衛生組織的文獻，"總額支付"一詞是指預先訂定的現金總額，用以支付未來一段時間(通常為1年)內一項醫護服務的總支出。⁹⁹

4.4.3 編製全民健康保險計劃全年總額支付預算的程序涉及下列步驟：¹⁰⁰

- (a) 釐定開支限額；
- (b) 撥付資金；及
- (c) 外判醫護服務。

釐定開支限額

4.4.4 《全民健康保險法》第47條訂明，衛生署必須在財政年度開始6個月前就該財政年度的全民健康保險計劃醫護開支總額範圍制訂預算，然後把預算提交行政院核定。核准醫護開支範圍便成為該財政年度的開支限額。

4.4.5 衛生署擬備預算時會考慮下列因素：¹⁰¹

- (a) 前幾年的醫護開支模式：前幾年的醫護開支模式為開支限額的釐訂提供依據；及
- (b) 預計開支增長因素：會導致醫護開支增長的因素包括：

⁹⁹ Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization (2005)第34至35頁、*Regional Office for Europe, World Health Organization* (2006) 及 *Health of Department* (2006)。

¹⁰⁰ *Health of Department* (2006)。

¹⁰¹ *National Health Insurance Act, Department of Health* (2006)、*Bureau of National Health Insurance* (2006)、全民健康保險醫療費用協定委員會(2005)及全民健康保險醫療費用協定委員會(2006)。

- (i) 醫護服務的使用量及模式的變化，例如受保人的人數及人口特質的變化，以及治療方法的轉變；
- (ii) 保障組合的變化，例如推出新的保障項目及擴大現有保障項目的付款範圍；
- (iii) 推出改善醫護服務質素及效用的新措施；及
- (iv) 其他，例如會對全民健康保險計劃造成影響的預計法規轉變。

撥付資金

4.4.6 《全民健康保險法》第49條訂明，衛生署必須提交某特定財政年度的核准醫護開支範圍，供全民健康保險醫療費用協定委員會討論。該委員會會進行商議，並會嘗試在有關財政年度開始3個月前就該特定財政年度撥付予各醫護服務提供者及各分區的資金達成協議，然後向衛生署提交報告，以供核准。倘若該委員會無法於限期內就該特定財政年度的資金撥付方式達成協議，衛生署有權自行決定資金撥付方式。¹⁰²

4.4.7 全民健康保險醫療費用協定委員會根據《全民健康保險法》第48條成立。委員會成員來自3個方面，分別代表醫護服務提供者、保險付費者及學者，以及有關政府部門，每方均有9名代表，而首兩方代表大多經由有關機構(例如醫生協會及職工會)推薦，然後由衛生署委任產生。¹⁰³

¹⁰² 全民健康保險醫療費用協定委員會(2005)及全民健康保險醫療費用協定委員會(2006)。

¹⁰³ 同上。

4.4.8 若出現特殊及難以預見的情況，例如爆發嚴重急性呼吸系統綜合症及總額支付的款額不足以支付醫護開支，該委員會可建議衛生署修改開支限額。衛生署若採納該委員會的建議，便會尋求行政院批准。¹⁰⁴

外判醫護服務

4.4.9 資金撥付工作完成後，中央健康保險局負責與醫護機構訂立合約，為受保人提供廣泛的醫護服務，包括住院、門診、牙科及藥物服務。¹⁰⁵ 截至2005年6月，98%的台灣醫院為該局的特約醫院，診所及牙科診所的相應百分率分別為86%及95%。¹⁰⁶

政府財政預算

4.4.10 由於全民健康保險計劃承擔了大部分向醫護服務機構撥付醫護資源的職責，政府就直接醫護服務作出的財政預算主要是全民健康保險計劃並不涵蓋的醫護服務開支，例如防疫注射。¹⁰⁷

4.5 醫護資源分配

統計概況

4.5.1 下表顯示2004年按開支範疇劃分的醫護資源分配情況。

¹⁰⁴ 全民健康保險醫療費用協定委員會(2005)、全民健康保險醫療費用協定委員會(2006)及 Health of Department (2006b)第 5 頁。

¹⁰⁵ 《全民健康保險法》第 39 條訂有全民健康保險計劃並不涵蓋的醫護服務清單，例如政府提供的防疫注射、美容外科手術及非醫生指示用藥。

¹⁰⁶ Bureau of National Health Insurance (2006) 第 13 頁。

¹⁰⁷ National Health Insurance Act 第 39 條及 Department of Health (2006b) 第 5 頁。

表13 —— 2004年台灣按開支範疇劃分的醫療開支分配情況

開支範疇	2004
公共衛生	4.3%
一般行政費用	2.3%
資本建構	4.2%
個人醫護服務	
醫院	41%
診所 ⁽¹⁾	29%
其他專科醫療機構 ⁽²⁾	5.3%
藥品 ⁽³⁾	11.1%
供個人使用的醫療器材及用具	2.8%
總數	100%

備註： (1) 包括西醫診所、中醫診所及牙科診所。
 (2) 例如精神科醫療機構及長期護理醫療機構。
 (3) 主要是不在全民健康保險計劃涵蓋範圍的藥品。

資料來源：Department of Health (2006b)表4。

4.5.2 下表展示2004年選定醫護服務類別在資金來源中所佔的份額。

表14 —— 2004年台灣選定醫護服務類別在資金來源中所佔的份額

	公共資金來源		私人資金來源	總數
	全民健康保險計劃	政府	實付的款項	
醫院	90.2%	0.02%	9.8%	100%
診所	54.2%	0%	45.8%	100%
藥品	12%	0%	88%	100%
供個人使用的醫療器材及用具	0%	0%	100%	100%

資料來源：Department of Health (2006b)表4。

醫護服務費用分擔

4.5.3 在全民健康保險計劃制度下，病人須就其使用的醫護服務分擔部分費用。下表展示醫護服務費用分擔表。

表15 —— 台灣特約醫護機構提供的醫護服務費用分擔表

門診服務				
西醫¹	門診服務			急診服務
	未經轉診	轉診		
醫學中心	360元新台幣(86港元)	210元新台幣(50港元)		450元新台幣(107港元)
區域醫院	240元新台幣(57港元)	140元新台幣(33港元)		300元新台幣(71港元)
地區醫院	80元新台幣(19港元)	50元新台幣(12港元)		150元新台幣(36港元)
診所	50元新台幣(12港元)	50元新台幣(12港元)		150元新台幣(36港元)
中醫及牙科門診服務				
中醫醫院及診所及牙科診所				50元新台幣(12港元)
就每項門診服務而言，若處方藥費為100元新台幣(24港元)或以下，病人無須分擔費用。處方藥費每增加100元新台幣(24港元)，病人便須繳付20元新台幣(4.8港元)的分擔費用，分擔費用上限為200元新台幣(48港元)。				
住院服務				
	成本的5%	成本的10%	成本的20%	成本的30%
急性病房	——	30日或以下	31至60日	61日或以上
慢性病房	30日或以下	31至90日	91至180日	181日或以上
釐定分擔費用上限的目的是減輕病人的經濟負擔。自2005年起，就同一疾病每次留院所定的上限為24,000元新台幣(5,722港元)，全年累計的上限為\$41,000元新台幣(9,776港元)。				

備註： (1) 把不同醫護機構類別所提供西醫服務的分擔費用定於不同水平，目的是鼓勵病人使用適當水平的醫護設施。

資料來源：Bureau of National Health Insurance (2006)。

4.5.4 除分擔費用上限外，當局亦制訂了適用於特定病人組別(例如職業傷病患者及山區離島病人等)的分擔費用豁免。所有這些安排的目的，都是確保病人在獲得必需的醫護服務方面不會有所延誤。¹⁰⁸

¹⁰⁸ *National Health Insurance Act* 第36條 及 Bureau of National Health Insurance (2006) 第17至18頁。

4.6 政策評估

4.6.1 全民健康保險計劃運作超過10年後，已取得以下重大成就¹⁰⁹：

- (a) 全民投保：幾乎所有民眾均已參加全民健康保險計劃。
- (b) 全面保障：全民健康保險計劃為受保人提供全面的醫護服務。
- (c) 容易取得服務：由於大部分醫護機構均與中央健康保險局訂有服務合約，病人很容易便可取得醫護服務。
- (d) 可負擔的費用：由於分擔費用的目的是推動醫護資源的合理運用，故此醫護服務的分擔費用一直維持在病人可以負擔的水平。此外，當局亦訂有措施，協助無法支付分擔費用的人士。
- (e) 滿意度高：民眾在1995年對全民健康保險計劃的滿意率為39%。該滿意率逐漸上升至2002年年中的78.5%。隨着保險費和分擔費用增加，滿意率在2002年年底曾跌至59.7%。由2003年開始，滿意率已經回升，並維持在70%的水平，在2004年更錄得78.6%的最高滿意率。

4.6.2 全民健康保險計劃自設立以來面對的最大挑戰，是要達致財政平衡。全民健康保險計劃按照平衡預算的原則運作，意思是收入必須足以支付醫護開支。然而，全民健康保險計劃在1997至2004年期間均錄得赤字。財政失衡的另一項指標是成本超逾收入。舉例來說，在1995至2004年期間，保險成本(醫療費用與其他財政成本的總和)的平均增幅(5.9%)高於保險收入的平均增幅(4.8%)。¹¹⁰

¹⁰⁹ Bureau of National Health Insurance (2006) 及 Wang (2005)。

¹¹⁰ Bureau of National Health Insurance (2005b) 第 92 頁、Bureau of National Health Insurance (2006) 第 36 至 39 頁及中央健康保險局(2006) 第 103 至 104 頁。

4.6.3 中央健康保險局已動用安全準備金填補有關財政差額。同時，該局已採用以下措施，為全民健康保險計劃開源節流¹¹¹：

- (a) 1998年推出總額支付方法以控制成本；
- (b) 由2001年起，醫護服務機構診治的病人數目如超出預先就"合理"病人數目釐定的限額，它們獲發放的撥款會按比例逐步減少；
- (c) 2002年，保險費已由應評稅入息的4.25%提升至4.55%；及
- (d) 2002年，若干類求診、藥物及住院服務的分擔費用亦已增加。

4.6.4 基於上述成就並考慮到所面對的挑戰，政府現正制訂措施，以改善全民健康保險計劃制度的組織體制效率、公平籌集資金及提高服務質素。關於為全民健康保險計劃公平籌集資金，一項建議是簡化保險費的計算方法。在新方法下，受保人的保險費會根據家庭收入計算，而僱主及政府的保險費則會根據單一保險費率計算。各項建議措施已納入2006年5月公布的《全民健康保險法》修正草案內¹¹²。

¹¹¹ Bureau of National Health Insurance (2004)第39頁、Bureau of National Health Insurance (2006)第19頁及第36至39頁及Cheng (2003)。

¹¹² 《邁向權責相符的健保制度：規劃概述》、《二代健保政策說明》及《全民健康保險法修正草案總說明》。

第5章 —— 分析

5.1 引言

5.1.1 本章就加拿大、英國英格蘭和台灣的醫護融資政策進行比較分析。比較分析旨在述明各選定制度的特點。為方便議員考慮有關事宜，本章亦涵蓋香港的情況。

5.2 醫護融資政策發展背景

5.2.1 英格蘭和加拿大分別在1948年和1966年建立以稅收為本的醫護融資制度，並且一直沿用至今。1995年，台灣建立現行的社會醫療保險制度。

5.2.2 雖然加拿大和英格蘭均採用以稅收為本的融資制度，但兩地的醫護服務融資方法卻有所不同。加拿大把醫護服務明確劃分為兩類，分別是在《加拿大醫療法》下被列作在保險範圍內的醫護服務，以及沒有被列作在保險範圍內的醫護服務。前者涵蓋所有醫療上必須的服務，其經費完全來自公帑，私營醫療保險計劃不得或不應涵蓋有關服務；後者的費用則主要以醫療保險及/或實付的款項這兩類私人資金支付。

5.2.3 在英格蘭，政府用公帑資助普通科、牙科、藥品和眼科服務。由於法例及政策並無訂明醫療保險不可涵蓋哪些類別的服務，故此，醫療保險公司可提供補充醫療計劃，涵蓋與公營醫療服務類似的醫護服務。購買這些補充醫療計劃的好處是病人可及時獲得私營醫護設施提供的醫護服務。

5.2.4 1995年，台灣政府綜合當時與工作身份有關的公共醫療保險計劃，使這些計劃溶入全新的社會醫療保險制度，即全民健康保險計劃。根據《全民健康保險法》，受保人、僱主及政府均須向全民健康保險計劃供款。中央健康保險局與醫護機構訂立合約，為受保人提供廣泛的醫護服務。

5.2.5 由於撥款提供醫護服務的財政壓力日增，所有選定地方均已採取措施，紓緩財政壓力。在加拿大，當局曾於2000年代初期進行公開研訊，就如何處理該國醫護制度可持續性的問題提出建議。英格蘭方面，當地現正按照一項10年計劃改革醫護制度，目的是要確保醫護資源得到善用。在台灣，當局已採取增加保險費等多項措施，以應付全民健康保險計劃財政失衡的挑戰。

5.2.6 在香港，政府在1960年代之前只提供簡單的公營醫護服務，隨着當局於1964年及1974年發表兩份政策文件，分別是《香港醫療服務的發展》和《香港醫療及健康服務的進一步發展》，其後出現了重大轉變，特別是所提供的服務得到擴展。醫護服務的擴展無可避免地增加醫護方面的公共開支，以稅收為本的醫護融資制度遂於1970年代後期形成。¹¹³

5.2.7 在醫院管理局¹¹⁴於1990年成立和醫護制度面對的財政壓力逐漸增加的情況下，醫護制度多年來大致上持續擴展。自2001至2002財政年度起，醫院管理局一直出現財政赤字。¹¹⁵

5.2.8 為了處理香港醫護制度在財政方面可持續性的問題，醫院管理局自1990年代起已採取多項改革措施，以期重整醫護服務制度和提升醫護制度的財政可持續性。此外，政府推動了數輪醫護融資政策討論，藉以為香港謀求可持續的醫護融資框架。

5.3 醫護制度

結構

5.3.1 在英格蘭及台灣，衛生部／衛生署全面負責制訂醫護政策。在加拿大，雖然憲法給予省政府醫護事務的主要管轄權，但並無禁止聯邦政府參與醫護事務。因此，聯邦政府及省政府的高級衛生官員會舉行會議，討論醫護政策和提出政策建議。

¹¹³ Gauld and Gould (2002) 第 45 至 47 頁及 Grant and Yuen (1998) 第 168 至 172 頁。

¹¹⁴ 醫院管理局是一個法定機構，負責提供及統籌香港的公營醫護服務。

¹¹⁵ *Hospital Authority Annual Plan 2006-07*，第 18 頁。

5.3.2 在所有選定地方，公營醫護服務均由指定機關負責提供。在加拿大，省政府授權法定的地區架構(特別是地區醫療管理局)在區內組織或提供醫護服務。在英格蘭，多種法定組織(特別是醫療策略管理局和基層護理信託)負責提供或確保區內人士獲提供醫護服務。在台灣，中央健康保險局負責與醫護機構訂立合約，為受保人提供醫護服務。

5.3.3 雖然所有選定地方均採用雙軌制度，公營及私營設施均有參與提供醫護服務，但公營及私營機構參與提供基層、中層及第三層醫護服務的程度各有不同。在所有選定地方，幾乎全部基層醫護服務均由私人執業醫生提供。在加拿大和英格蘭，由私人執業醫生提供的基層醫護服務全部獲公帑資助。然而，在台灣，病人須分擔同類服務的部分費用。在選定地方之中，加拿大及台灣的私營醫院和英格蘭的公營醫院分別提供大部分或比例頗高的醫院服務。加拿大在2003年和英格蘭在2002年的急症護理病床住用率分別是87%和85.3%。¹¹⁶ 在香港，2002至2003財政年度普通科病床(急症及康復病床)住用率為82.4%。¹¹⁷

5.3.4 衛生福利及食物局全權負責香港醫護政策的制訂及資源分配工作。¹¹⁸ 醫院管理局在提供公營醫護服務方面擔當領導角色。醫院管理局透過香港各區的公營醫院、專科門診診所及普通科門診診所提供基層、中層及第三層醫護服務。¹¹⁹

5.3.5 香港提供基層醫護服務的公私營機構組合有別於各選定地方。選定地方的基層醫護服務幾乎全部由私人執業醫生提供，但香港則只有72%的基層醫護服務由私人執業醫生提供。在香港，公營醫院提供82%的中層及第三層醫護服務，情況與英格蘭相似。¹²⁰

¹¹⁶ 2004年，台灣普通科病床的住用率為68.9%。

¹¹⁷ Hospital Authority (2003)第122頁。

¹¹⁸ The Government of the Hong Kong Special Administrative Region (2006c)。

¹¹⁹ 2004年年底，醫院管理局轄下有41間公立醫院、45間專科門診診所及74間普通科門診診所。政府新聞處(2005b)。

¹²⁰ Health, Welfare and Food Bureau (2005)。

指導原則

5.3.6 在所有選定地方，醫護政策的指導原則的信念基礎均強調集體責任，以確保人民獲得醫護服務。

5.3.7 香港採用的醫護政策的指導原則的信念基礎與選定地方相似。根據《香港年報2004》，"政府醫護政策的重要基柱之一，是不容有市民因經濟困難而無法獲得適當的醫療服務。"¹²¹

5.4 徵集醫護資源機制

5.4.1 除了實付的款項及慈善機構的捐款外，所有選定地方均以一般稅收和醫療保險計劃匯集醫護資源。除上述匯集醫護資源的常用方法外，某些選定地方亦設有特定方法匯集醫護資源，分別是英格蘭的全國保險計劃，以及台灣的健康福利捐及公益彩券分配收入。

一般稅收

5.4.2 在加拿大、英國和台灣，政府一般醫療開支分別佔醫療總開支大約70%、83%及64%。選定地方在醫療方面的公共開支均多數來自一般稅收，而一般稅收的來源主要為入息稅、公司稅和商品及服務稅。

5.4.3 在香港，醫護資源大多數來自一般稅收，而一般稅收非常依賴入息及利得稅。2005至2006財政年度，入息及利得稅佔內部稅收80%¹²² 或所有政府收入56%。目前，政府在稅基窄和稅率低的基礎上，提供公營醫護服務予香港市民享用。一些學者表示，倘若香港繼續推行現時的低稅率、高資助及高質素政策，該醫護制度未必可以持續下去。¹²³

¹²¹ The Government of the Hong Kong Special Administrative Region (2006c)。

¹²² 內部稅收是政府收入的一個類別，包含下列稅項和關稅：

- (a) 博彩及彩票稅；
- (b) 入息及利得稅；
- (c) 遺產稅；
- (d) 酒店房租稅；
- (e) 印花稅；及
- (f) 飛機乘客離境稅。

¹²³ Health, Welfare and Food Bureau (2005) 及 Health and Medical Development Advisory (2005a)。

特定方法

全國保險計劃

5.4.4 在英格蘭，僱主、僱員及自僱人士均須向全國保險計劃作出強制性供款。自從全國保險計劃設立以來，該計劃的供款一直用於支付失業援助金、疾病福利和退休金，以及資助國民保健系統。

健康福利捐

5.4.5 台灣自2002年起對煙草產品徵收健康福利捐，而該項附加費的90%撥付予全民健康保險計劃，作為公營醫護服務的經費。

公益彩券分配收入

5.4.6 由2000年起，台灣把5%的公益彩券分配收入盈餘撥付予全民健康保險計劃。

香港的情況

5.4.7 目前，香港並無與保健有關的保險供款或附加費供補足一般收入，為公營醫護服務提供資金。政府已著手研究訂立醫療儲蓄戶口制度的可行性。2000年，政府在《你我齊參與 健康伴我行》文件中，建議研究在香港推行“頤康保障戶口”的可行性。及後，當局在衛生福利及食物局轄下成立了研究醫護融資小組，成員包括學術界、醫療界及其他專業人士、醫院管理局職員及政府官員。2004年，研究小組完成一項《有關醫療融資及在本港推行醫療儲蓄計劃的可行性的研究》。研究結果顯示，在香港推行醫療儲蓄計劃是可行的。¹²⁴

¹²⁴ Health, Welfare and Food Bureau (2004) 第 53 頁及 Medical Development Advisory Committee (2005a)。

醫療保險計劃

5.4.8 在政府政策規管下，私人醫療保險在各個選定地方擔當不同角色。在加拿大，私人醫療保險的承保範圍限於沒有在《加拿大醫療法》下被列作保險範圍內的醫護服務，例如牙科護理服務、處方藥物及眼科護理服務。在英格蘭，政府規管醫療保險主要是為了保障消費者，而醫療保險公司主要提供補充醫療計劃，就私營醫院及私家專業人員提供的手術服務及其他治療向受保人償付費用。在加拿大和英格蘭，政府均沒有明確政策鼓勵公眾投購醫療保險。台灣方面，由於當地設有全民社會醫療保險制度，故私人醫療保險並不扮演重要角色。

5.4.9 在台灣，全民健康保險計劃所徵集的醫護資源(即保險費)來自受保人、僱主和政府。為計算保險費的目的，受保人大致分為兩類，即受薪人士及非受薪人士。受薪人士的保險費主要按月薪金額計算，某些類別的受保人的保險費由受保人、僱主和政府三方分擔。非受薪人士的保險費大部分由政府支付。

5.4.10 在香港，財經事務及庫務局轄下的保險業監理處負責規管和監察醫療保險業。¹²⁵ 目前，政府沒有明確政策鼓勵公眾投購醫療保險。然而，政府表明或會考慮就私人醫療保險計劃的供款提供稅務寬減。¹²⁶

5.5 撥付醫護資源機制

5.5.1 所有選定地方和香港均採用政府財政預算及醫療保險計劃等方法撥付醫護資源，雖然採用這些方法的程度各有不同。

¹²⁵ Office of the Commissioner of Insurance Annual Report (2005)。

¹²⁶ Government of the Hong Kong Special Administrative Region (2006b) 及 Government of the Hong Kong Special Administrative Region (2006e)。

政府財政預算

5.5.2 各選定地方以不同途徑向醫療服務提供者撥款。在加拿大，聯邦政府根據各省人口數目向省政府提供撥款，以資助省政府提供醫護服務。省政府大多利用人口為本的撥款方法或歷史數據為本的總額預算法，向地區醫療管理局分配公帑。地區醫療管理局會把所得經費用於為所屬地區提供或購買各種醫護服務。

5.5.3 在英格蘭，政府採用加權人均公式向各個基層護理信託分配醫護資源。根據該公式，各個基層護理信託獲分配的撥款份額按人口數目釐定，並會就年齡相關的需要、額外需要和提供醫護服務的成本作出加權調整。基層護理信託獲得撥款後，會向屬下的醫護服務設施分配醫護資源，或利用有關資源委託其他服務提供者(例如國民保健信託屬下醫院及普通科醫生)提供服務。

5.5.4 在台灣，全民健康保險計劃根據總額支付的概念制訂撥付醫護資源機制，以提供預先訂定的現金總額，用以支付未來一段時間(通常為1年)內的醫護服務支出。此外，政府會直接向醫護服務提供者分配醫護資源，以提供全民健康保險計劃並不涵蓋的醫護服務開支，例如防疫注射。

5.5.5 在台灣，編製全民健康保險計劃的全年總額支付預算時，首先由衛生署就該財政年度的全民健康保險計劃醫護開支總額範圍制訂預算。衛生署擬備預算時會考慮前幾年的醫護開支模式，以及預計開支增長因素，例如受保人的人數及人口特質的變化。在行政院核准衛生署提交的預算後，由醫護服務提供者、保險付費者、學者和有關政府部門出任代表的全民健康保險醫療費用協定委員會會進行商議，討論如何向各醫護服務提供者及各分區分配經核准的預算。根據分配協議，中央健康保險局會與醫護機構訂立合約，為受保人提供廣泛的醫護服務。

5.5.6 在香港，政府向醫院管理局撥付醫護資源，以便透過醫院管理局的醫護機構為香港市民提供各個層次的公營醫護服務。

醫療保險計劃

5.5.7 在加拿大、英格蘭和香港，醫療保險公司以發還款項方式向醫護服務提供者撥付資源。受保人可就已支付的醫療費用向醫療保險公司提出索賠申請。醫療保險公司根據保單的條款和條件向受保人發還款項。倘若醫療機構已與醫療保險公司作出安排，醫療機構可就保單所容許的醫療費用直接向醫療保險公司提出索賠申請。

5.6 醫護資源分配

5.6.1 下表比較加拿大、英國、台灣和香港的醫療開支指標。

表16 —— 選定地方的醫療開支指標

	加拿大 (2003年)	英國 (2002年)	台灣 (2004年)	香港 (2003年)
醫療總開支佔本地生產總值的比例	10.1%	7.7%	6.3%	5.4%
以港元計算的人均醫療總開支	27,165	16,795	6,183	9,680
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	70.2%	83.4%	64.4%	52.4%
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	29.8%	16.6%	35.6%	47.6%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	10%	15.4%	18%	12.4%
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	有待提供資料	11.4%	99%	26.4%

資料來源：加拿大、英國和台灣的數字分別來自本文件表2、6及10；而香港的數字來自 Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization (2005)。

5.6.2 加拿大人可免費使用非牟利醫院在保險範圍內的醫護服務，因此甚少在非牟利醫院接受自費治療。在英格蘭，國民接受治療時如不要求選擇醫生，可免費獲得公營醫院的服務。他們亦可選擇在公營醫院接受自費治療。在此情況下，病人須以實付的款項或醫療保險或結合兩者支付住院費用。

5.6.3 在台灣的全民健康保險計劃下，病人須就其使用的醫院服務分擔費用。每次留院分擔的費用介乎成本的5%至30%，視乎他們入住的病房類別及留院期而定。該計劃設有分擔費用上限，以減輕病人的經濟負擔，並且設有適用於特定病人組別的分擔費用豁免。

5.6.4 在香港，公營醫院的公費病人只需支付大約3%的醫療成本費用，而公營醫院的自費病人需悉數支付診治費用，包括住院費用(涵蓋一般護理、基本病理檢驗、膳食及病房服務)及住院時醫生診症費。急症醫院住院服務頭等病房每天3,900港元，住院時醫生診症(每一專科)每次550至2,250港元不等。¹²⁷

5.6.5 加拿大人和英格蘭人獲公帑全費資助，因而可免費使用私人執業醫生提供的基層醫護服務。在台灣，全民健康保險計劃規定病人須就其使用的基層醫護服務分擔費用。每次求診分擔的費用介乎50元新台幣(12港元)至450元新台幣(107港元)，視乎他們求診的醫護設施類別及所使用的服務而定。該計劃設有適用於特定病人組別的分擔費用豁免。

5.6.6 在香港，私人執業醫生提供的基層醫護服務不獲政府資助。不能負擔私營機構提供的基層醫護服務的病人可以使用公營機構提供的服務，有關服務受公帑資助。

¹²⁷ Hospital Authority (2006)。

5.6.7 至於藥物費用，所有選定地方的病人均須支付處方藥物的費用。在加拿大，病人須自行支付所有處方藥物的費用，住院時獲發的處方藥物除外。某些省政府設有藥物計劃，為居民支付或資助其處方藥物的費用。在英格蘭，病人每次領取處方藥物須支付劃一費用。由於指定類別的國民(例如兒童及低收入家庭)可獲豁免繳付藥費，因此約有85%的處方藥物免費向病人提供。在台灣，100元新台幣(24港元)或以下的處方藥物費用會計入醫療費用內。處方藥物的費用每增加100元新台幣(24港元)，病人便須繳付20元新台幣(4.8港元)的分擔費用，分擔費用上限為200元新台幣(48港元)。在香港，處方藥物的費用一般包括在醫療費用之內。

5.7 政策評估

5.7.1 雖則以稅收為本的融資制度和社會醫療保險制度性質不同，而各個選定制度各有成效，並同時面對挑戰，唯獨是財政上的挑戰是它們的共同課題。所有選定地方均已採取措施，以確保其醫護制度在財政上能夠長期持續可行。

5.7.2 加拿大政府在2001年成立加拿大未來醫護發展委員會，以處理醫護制度可持續性的問題。聯邦政府及省政府接納該委員會的建議，同意保留現行以稅收為本的醫護融資制度，即把醫護服務劃分為兩類：在《加拿大醫療法》下被列作在保險範圍內的醫護服務，這些服務完全由公帑資助；以及沒有被列作保險範圍內的醫護服務，這些服務大多由私人資金提供經費。

5.7.3 上述的醫護服務分類旨在確保全部加拿大人均可獲得醫療上必須的醫護服務，以及達致行政效率和規模效益。然而，如何為各省訂立一套較統一的保險範圍內的醫護服務，以及如何為不受僱傭相關醫療保險計劃保障的國民提供保障，是加拿大需要面對的挑戰。

5.7.4 自2000年起，英格蘭展開醫護制度的10年改革計劃，改革範圍涵蓋醫護制度的"需求方"、"供應方"、"制度管理"及"工作執行"等範疇。醫護改革的成就，包括令病人能夠更快獲得國民保健系統的服務、改善整體人口的健康狀況，以及令養成健康生活習慣的國民人數增加。

5.7.5 雖然改革計劃取得上述成就，但國民保健系統屬下機構(特別是基層護理信託)在過去數年出現赤字／超支的問題，為該系統帶來財政挑戰。國家審計署及審計局均建議國民保健系統屬下收支平衡的機構留意赤字／超支問題，以及學習防範赤字／超支問題的技巧。國家審計署及審計局並建議應在國民保健系統的財政制度下設適當的獎賞，以鼓勵屬下機構採用最佳作業方式，提高服務質素及臨床服務生產力，以及建議訂立更具透明度的財政匯報制度，以便及早發現國民保健系統屬下機構的財政問題，並對問題作出迅速回應。

5.7.6 台灣的全民健康保險計劃運作超過10年後，取得多項成就，包括全民投保、保障全面、服務容易取得、費用維持在可負擔的水平和公眾滿意度高。全民健康保險計劃面對的最大挑戰，是要達致財政平衡。中央健康保險局已動用安全準備金填補有關財政差額，並且採用總額支付和增加保險費等措施為全民健康保險計劃開源節流。為改善全民健康保險計劃制度的組織體制效率、公平籌集資金及提高服務質素而制訂的新措施，已納入2006年5月公布的《全民健康保險法》修正草案內。

5.7.7 在香港，醫院管理局自1990年代起採取多項改革措施，以減輕提供公營醫護服務的財政壓力。這些措施包括兩大類，即重整醫護服務制度及提升醫護制度的財政可持續性。¹²⁸

5.7.8 重整醫護服務制度的改革措施包括：¹²⁹

- (a) 重組基層醫療服務，以更重視預防、及早察覺及介入疾病；
- (b) 由著重住院護理服務改為著重日間和社區醫護服務；
- (c) 處理服務不足或重複的地方，並透過服務聯網和醫院聯網確保提供足夠覆蓋全港的服務；及
- (d) 加強公私營醫護服務的配合，例如公營和私營機構分享臨床工作的資料。

¹²⁸ *Hospital Authority Annual Plan 2006-07* 第 2 至 3 頁。

¹²⁹ *Hospital Authority Annual Plan 2006-07* 第 3 頁。

5.7.9 提升醫護制度財政可持續性的改革措施包括：¹³⁰

- (a) 推行資源增值計劃以抑制成本及提高生產力，例如合併服務及醫院，以及簡化醫院管理局及其行政架構；
- (b) 重整費用及收費，以控制服務需求，例如防止不適當使用及濫用醫護服務；及
- (c) 支持政府找出可行的醫護融資方案，例如就醫院管理局服務使用者進行支付費用意願的調查。

5.7.10 為了在香港發展一個可持續的醫護融資架構，政府曾發表下列文件，並推動數輪醫護融資政策討論：¹³¹

- (a) 《促進健康》(1993年)；
- (b) 《香港醫護改革：為何要改?為誰而改?》(1999年)；
- (c) 《你我齊參與 健康伴我行》(2000年)；及
- (d) 《創設健康未來》(2005年)。

¹³⁰ *Hospital Authority Annual Plan 2006-07* 第3至4頁。

¹³¹ Health, Welfare and Food Bureau (2004) 及 Health and Medical Development Advisory Committee (2005a)。

第6章 —— 總結

6.1 引言

6.1.1 本章將上述各章的重點表列如下，方便議員閱讀。

表17 —— 選定地方醫護融資政策比較

	加拿大	英格蘭	台灣	香港
制訂政策及提供醫護服務				
制訂政策	<ul style="list-style-type: none"> 聯邦政府負責作出醫護服務撥款、防止加拿大出現對公眾健康構成風險的情況、促進醫學研究及確保指定類別的加拿大人可獲得醫護服務 省政府負責管轄區內管理及提供醫護服務，以及醫療相關人員、機構和處所的規管制訂政策 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生部 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生署 	<ul style="list-style-type: none"> 衛生福利及食物局

表17 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	加拿大	英格蘭	台灣	香港
制訂政策及提供醫護服務(續)				
制訂政策 (續)	<ul style="list-style-type: none"> 副衛生部長會議及衛生部長會議為聯邦政府及省政府的高層衛生官員提供討論場合，讓他們可商討醫療政策，並提出政策建議，以供在加拿大總理及各省總理會議上討論 			
提供服務	<ul style="list-style-type: none"> 省政府授權法定地區架構(特別是地區醫療管理局)在區內組織或提供醫護服務 	<ul style="list-style-type: none"> 數類法定組織(特別是醫療策略管理局和基層護理信託)負責提供或確保區內人士獲提供醫護服務 	<ul style="list-style-type: none"> 中央健康保險局負責與醫護機構訂立合約，為受保人提供醫護服務 	<ul style="list-style-type: none"> 醫院管理局負責提供醫護服務

表17 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	加拿大	英格蘭	台灣	香港
醫療開支指標				
醫療總開支佔本地生產總值的比例	10.1%	7.7% ¹	6.3%	5.4%
以港元計算的人均醫療總開支	27,165	16,795 ¹	6,183	9,680
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	70.2%	83.4% ¹	64.4%	52.4%
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	29.8%	16.6% ¹	35.6%	47.6%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	10%	15.4% ¹	18%	12.4 %
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	有待提供資料	11.4% ¹	99%	26.4%
備註1：英國的統計數字				

表17 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	加拿大	英格蘭	台灣	香港
醫護融資制度				
種類	• 以稅收為本的融資制度	• 以稅收為本的融資制度	• 社會醫療保險制度	• 以稅收為本的融資制度
指導原則	• 保障、促進和恢復加拿大居民的身心健康，以及幫助他們合理地取得醫療服務，以免他們因財政或其他困難而無法就醫	• 不論病人是否有能力付款，一律按臨床需要為全體國民提供全民普及的服務，因為接受治療是基本人權；及 • 提供全面的服務，即基層及社區護理服務和住院服務	• 確保所有民眾受到社會醫療保險(即全民健康保險計劃)的保障，並享有均等獲得醫護服務的權利	• 政府醫護政策的重要基柱之一，是不容有市民因經濟困難而無法獲得適當的醫療服務
資金來源	• 一般稅收 • 醫療保險計劃 • 實付款項	• 一般稅收 • 全國保險計劃保險費 • 醫療保險計劃 • 實付款項	• 全民健康保險計劃保險費 • 健康福利捐 • 公益彩券分配收入 • 分擔費用 • 一般稅收	• 一般稅收 • 醫療保險計劃 • 實付款項
向醫護服務提供者撥付醫護資源	• 政府財政預算 • 醫療保險公司 • 病人	• 政府財政預算 • 醫療保險公司 • 病人	• 全民健康保險計劃 • 政府財政預算 • 病人 • 醫療保險公司	• 政府財政預算 • 醫療保險公司 • 病人

表17 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	加拿大	英格蘭	台灣	香港
分擔醫院服務的財務責任	<ul style="list-style-type: none"> 病人可在非牟利醫院免費獲得在保險範圍內的醫護服務 病人如在醫院接受沒有訂明為在保險範圍內的醫護服務，須以實付款項及／或醫療保險支付有關費用及收費 	<ul style="list-style-type: none"> 合資格人士可免費獲得公營醫院服務，除非他們選擇使用自費服務 公營和私營醫院的自費病人須以實付款項及／或醫療保險支付有關費用及收費 	<ul style="list-style-type: none"> 使用全民健康保險計劃特約醫院服務的病人須分擔5%至30%的成本費用 為所有病人釐訂分擔費用上限，以及對指定類別病人提供分擔費用豁免 以實付款項及／或醫療保險支付非全民健康保險計劃特約醫院服務的費用及收費 	<ul style="list-style-type: none"> 個人以實付款項及／或醫療保險支付公營醫院服務約3%的成本費用 醫療安全網協助有財政困難的病人支付公營醫院費用 以實付款項及／或醫療保險支付私營醫院服務的費用及收費
分擔基層醫護服務的財務責任	<ul style="list-style-type: none"> 由於獲公帑全費資助，病人可免費獲得私人執業醫生提供的基層醫護服務 	<ul style="list-style-type: none"> 由於獲公帑全費資助，病人可免費獲得私人執業醫生提供的基層醫護服務 	<ul style="list-style-type: none"> 病人須就其使用的全民健康保險計劃特約基層醫護服務繳付分擔費用 指定類別病人可獲分擔費用豁免 	<ul style="list-style-type: none"> 病人須悉數支付私營服務的費用 無法負擔私營服務的病人可使用受資助的公營服務

表17 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	加拿大	英格蘭	台灣	香港
分擔藥物的財務責任	<ul style="list-style-type: none"> 除病人在留院時可獲的處方藥物外，病人須支付所有處方藥物的費用 某些省政府設有藥物計劃，為居民支付或資助其處方藥物的費用 	<ul style="list-style-type: none"> 病人每次領取處方藥物均須支付劃一費用 由於指定類別人士(例如兒童及低收入家庭)可獲豁免，故約有85%的處方藥物免費向病人提供 	<ul style="list-style-type: none"> 100元新台幣(24港元)或以下的處方藥費已包括在醫療費用內 處方藥費每增加100元新台幣(24港元)，病人便須支付20元新台幣(4.8港元)的分擔費用，分擔費用上限為200元新台幣(48港元) 	<ul style="list-style-type: none"> 病人在獲取受政府資助的處方藥物時，通常無須分擔任何費用

表17 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	加拿大	英格蘭	台灣	香港
政策評估	<p>政策：</p> <ul style="list-style-type: none"> 維持現時的分工情況，即在《加拿大醫療法》下被列作在保險範圍內的醫護服務全部由公帑支持，而沒有被列作在保險範圍內的醫護服務則主要由私人資金提供經費 <p>成效：</p> <ul style="list-style-type: none"> 全部加拿大人均可獲得醫療上必須的醫護服務 公共醫護體系的行政效率已經提高，並已達致規模效益 <p>挑戰：</p> <ul style="list-style-type: none"> 為各省訂立一套較統一的在保險範圍內的醫護服務 為不受僱傭相關醫療保險計劃保障的人士提供沒有被列作在保險範圍內的醫護服務保障 	<p>政策：</p> <ul style="list-style-type: none"> 維持以稅收為本的融資制度，並透過10年改革計劃(該項計劃涵蓋醫護制度的"需求方"、"供應方"、"制度管理"和"工作執行"的改革)，達致有效運用醫護資源 <p>成效：</p> <ul style="list-style-type: none"> 令病人能夠更快獲得國民保健系統的服務 改善整體國民的健康狀況 令養成健康生活習慣的國民人數增加 <p>挑戰：</p> <ul style="list-style-type: none"> 國民保健系統屬下機構的赤字／超支問題 國家審計署及審計局建議，國民保健系統的財政制度應設有適當的獎賞，以鼓勵屬下機構採用最佳作業方式，提高服務質素及臨床服務生產力；以及制訂更具透明度的財政匯報安排，以便及早發現國民保健系統屬下機構的財政問題，並對問題作出迅速回應 	<p>政策：</p> <ul style="list-style-type: none"> 維持社會醫療保險制度，以及使全民健康保險計劃達致財政平衡 <p>成效：</p> <ul style="list-style-type: none"> 全民投保、全面保障、民眾容易取得服務、可負擔的費用，以及對計劃的滿意度高 <p>挑戰：</p> <ul style="list-style-type: none"> 全民健康保險計劃財政失衡 中央健康保險局已動用安全準備金填補有關財政差額，並已採取措施，為全民健康保險計劃開源節流 改善全民健康保險計劃制度的組織體制效率、確保公平籌集資金及提高服務質素的各項新措施，已獲納入《全民健康保險法》修正草案內 	<p>政策：</p> <ul style="list-style-type: none"> 發展一個可持續的醫護融資架構 <p>成效：</p> <ul style="list-style-type: none"> 醫院管理局已推行改革措施，藉以加強醫護服務制度的效率及成本效益，及提升醫護制度的財政可持續性 <p>挑戰：</p> <ul style="list-style-type: none"> 就可持續發展的醫護融資架構作出決定

參考資料

加拿大

1. *2000 First Ministers' Meeting: Communiqué on Health*. Available from: http://www.scics.gc.ca/cinfo00/800038004_e.html [Accessed 10 May 2006].
2. *2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal*. (2006) Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index_e.html [Accessed 10 May 2006].
3. Braën, A. (2002) *Health and the Distribution of Powers in Canada*. Available from: dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-79-2-2002E.pdf [Accessed 19 May 2006].
4. *Canada's Health Care System at a Glance*. (2002) Available from: http://www.hc-sc-gc-ca/ahc-asc/media/nr-cp/2002/2002_care-soinsbk5_e.htm. [Accessed 8 May 2006].
5. *Canada Health Act*. Available from: <http://law.justice.gc.ca/en/c-6/233402.html> [Accessed 11 May 2006].
6. *Canada Health Act Overview*. (2002) Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2002/2002_care-soinsbk4_e.html [Accessed 11 May 2006].
7. *Canada Health Act Annual Report 2004-05*. Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/2004-05_e.pdf#search=%22Canada%20Health%20Act%20Annual%20Report%202004-05%22 [Accessed 11 May 2006].
8. *Canada Health Transfer*. (2006) Available from: <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/chte.html> [Accessed 16 May 2006].
9. Canada Institute for Health Information. (2001) *The Financial Management of Acute Care in Canada*. Available from: http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_32_E [Accessed 16 May 2006].
10. Canada Institute for Health Information. (2005a) *Canada's Health Care Providers: 2005 Chartbook*. Available from: http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_409_E&cw_topic=409&cw_rel=AR_35_E [Accessed 16 May 2006].

-
11. Canadian Institute for Health Information. (2005b) *Health Care in Canada: 2005*. Available from: http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_376_E&cw_topic=376&cw_rel=AR_43_E [Accessed 16 May 2006].
 12. Canada Institute for Health Information. (2005c) *National Health Expenditure Trends 1975-2005*. Available from: http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_404_E&cw_topic=404&cw_rel=AR_31_E#full [Accessed 16 May 2006].
 13. Canada Institute for Health Information. (2006) *Health Personnel Trends in Canada 1995 to 2004*. Available from: http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_399_E&cw_topic=399&cw_rel=AR_21_E [Accessed 16 May 2006].
 14. Canadian Inter-governmental Conference Secretariat. (2004) *First Ministers' Conferences 1906-2004*. Available from: http://www.scics.gc.ca/pubs/fmp_e.pdf#search=%22First%20Ministers%E2%80%B2%20Conferences%201906-2004.%22 [Accessed 10 May 2006].
 15. Canadian Life and Health Insurance Association Inc. (2005a) *Key Statistics*. Available from: http://www.clhia.ca/e7_2.htm [Accessed 15 May 2006].
 16. Canadian Life and Health Insurance Association Inc. (2005b) *A guide to supplementary health insurance*. Available from: http://www.clhia.ca/download/Health_Brochure_EN.pdf [Accessed 15 May 2006].
 17. Commission on the Future of Health Care in Canada. (2002) *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Available from: http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf#search=%22Building%20on%20Values%3A%20The%20Future%20of%20Health%20Care%20in%20Canada.%22 [Accessed 6 November 2005].
 18. *Constitution Acts, 1867 to 1982*. Available from: <http://law.justice.gc.ca/en/const/c1867.html> [Accessed 8 May 2006].
 19. Detsky, A and C. David Naylor. (2003) Canada's Health Care System – Reform Delayed. *The New England Journal of Medicine*, 349(8) August, pp.804-10.
 20. *Federal Transfers to Provinces and Territories*. (2006) Available from: <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/mtpe.html> [Accessed 16 May 2006].

21. *First Ministers' Meeting on the Future of Health Care 2004: A 10-year Plan to Strengthen Health Care.* Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index_e.html [Accessed 10 May 2006].
22. Flood, Colleen and Tom Archibald. (2001) The illegality of private health care in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 164(6)20 March, pp.825-30.
23. Flood, Colleen, Stabile M. and Tuohy C.H. (2002) The Borders of Solidarity: How Countries Determine the Public/Private Mix in Spending and the Impact on Health Care. *Health Matrix: Journal of Law Medicine*, 12(2), pp.297-356.
24. Leeson, H. (2002) *Constitutional Jurisdiction over Health and Health Care Services in Canada.* Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/12_Leeson_E.pdf [Accessed 19 May 2006].
25. Madore, O. (2003) *The Canada Health Act: Overview and Options.* Available from: <http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/944-e.htm> [Accessed 7 November 2005].
26. Marchildon, Gregory P. (2005) *Health Systems in Transition: Canada.* Available from: <http://www.euro.who.int/Document/E87954.pdf#search=%22Health%20Systems%20in%20Transition%3A%20Canada.%22> [Accessed 27 April 2006].
27. *Overview of the Health Care System.* (2004) Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_04_e.html [Accessed 10 May 2006].
28. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. (2002) *The Health of Canadians – The Federal Role.* Available from: <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repoct02vol6-e.htm> [Accessed 8 May 2006].
29. Steinbrook, R. (2006) Private Health Care in Canada. *The New England Journal of Medicine*, 354(16) April, pp.1661-64.

英國

30. *2006-07 and 2007-08 PCT Revenue Allocations: A Short Guide.* (2005) Available from: <https://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/50/44/04115044.pdf#search=%222006-07%20and%202007-08%20PCT%20Revenue%20Allocations%3A%20A%20Short%20Guide%22> [Accessed 22 July 2006].

-
31. *Background to National Insurance Contributions*. (n.d.) Available from: <http://www.hmrc.gov.uk/nic/background-nic.htm> [Accessed 22 July 2006].
 32. Beveridge, W. (1942) *Social Insurance and Allied Services*. London: HM Stationery Office.
 33. *CareHealth Limited*. (2005) Available from: <http://www.carehealth.co.uk/chmain.htm> [Accessed 19 July 2006].
 34. *Charges and Optical Voucher Values*. (2006) Available from: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/16/76/04131676.pdf> [Accessed 19 July 2006].
 35. *Delivering Primary Care*. (n.d.) Available from: http://www.dh.gov.uk/AboutUs/DeliveringHealthAndSocialCare/TheHealthAndSocialCareSystem/HealthAndSocialCareSystemArticle/fs/en?CONTENT_ID=4105335&chk=IRr1vj [Accessed 27 April 2006].
 36. *Delivering Secondary Care*. (n.d.) Available from: http://www.dh.gov.uk/AboutUs/DeliveringHealthAndSocialCare/TheHealthAndSocialCareSystem/HealthAndSocialCareSystemArticle/fs/en?CONTENT_ID=4105336&chk=vXqz9n [Accessed 27 April 2006].
 37. Department of Health. (2005a) *Health reform in England: Update and next steps*. Available from: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/47/27/04124727.pdf> [Accessed 15 December 2005].
 38. Department of Health. (2005b) *Resource Allocation: Weighted Capitation Formula*. 5th edition. Available from: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/02/02/72/04020272.pdf> [Accessed 18 July 2006].
 39. Department of Health. (2006a) *Departmental Report 2006*. Available from: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/47/15/04134715.pdf> [Accessed 30 June 2006].
 40. Department of Health. (2006b) *Strategic Health Authority: Model standing orders, reservation and delegation of powers and standing financial instructions*. Available from: <http://195.33.102.76/assetRoot/04/13/20/63/04132063.pdf> [Accessed 30 June 2006].
 41. Department of Health. (2006c) *Primary Care Trust: Model standing orders, reservation and delegation of powers and standing financial instructions*. Available from: <http://195.33.102.76/assetRoot/04/13/20/62/04132061.pdf> [Accessed 30 June 2006].
-

-
42. Department of Health. (2006d) *Chief Executive's Report to the NHS*. Available from: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/58/40/04135840.pdf> [Accessed 5 July 2006].
 43. Department of Health. (2006e) *Chief Executive's Report to the NHS: Statistical Supplement*. Available from: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/58/41/04135841.pdf> [Accessed 5 July 2006].
 44. *Department of Health*. (n.d.) Available from: <http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en> [Accessed April to July 2006].
 45. Dixon, A. & Ray R. (2002) The United Kingdom. In: Dixon, Anna and Elias Mossialos. (ed.) *Health care systems in eight countries: trends and challenges*. Available from: http://www.hm-treasury.gov.uk./media/F0A/4A/observatory_report.pdf [Accessed 27 April 2006].
 46. European Observatory on Health Care Systems. (1999) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Available from: <http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf#search=%22health%20care%20system%20in%20transition%20united%20kingdom%22> [Accessed 27 April 2006].
 47. *Financial Services Authority*. (2005) Available from: <http://www.fsa.gov.uk/pages/About/What/Who/index.shtml> [Accessed 23 July 2006].
 48. Foubister, T. et al. (2006) *Private Medical Insurance in the United Kingdom*. Available from: http://www.euro.who.int/document/Obs/Private_Medical_Insurance_UK.pdf#search=%22Private%20Medical%20Insurance%20in%20the%20United%20Kingdom.%22 [Accessed 23 July 2006].
 49. *General Medical Services Statement of Financial Entitlement 2005 Onwards*. (2006) Available from: http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4107508&chk=dc/lzz [Accessed 27 July 2006].
 50. *Health and Personal Social Services Statistics: England*. (n.d.) Available from: <http://www.performance.doh.gov.uk/HPSSS/index.htm> [Accessed 19 July 2006].
 51. *Help with Health Costs*. (2005) Available from: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/18/31/04121831.pdf> [Accessed 19 July 2006].
-

-
-
52. Healthcare Commission. (2004) *State of Healthcare Report 2004*. Available from: <http://www.healthcarecommission.org.uk/assetRoot/04/00/63/66/04006366.pdf> [Accessed 13 July 2006].
 53. *History of the NHS*. (n.d.) Available from: <http://www.nhshistory.net/> [Accessed June 2006].
 54. *Hospital Activity Statistics*. (2005) Available from: http://www.performance.doh.gov.uk/hospitalactivity/data_requests/beds_open_overnight.htm [Accessed 19 July 2006].
 55. *How the NHS Works*. (n.d.) Available from: <http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/Default.cmsx> [Accessed 28 April 2006].
 56. HM Revenue and Customs Department. (2006) *PAYE and NICs rates and limits for 2006-07*. Available from: <http://www.hmrc.gov.uk/helpsheets/e12.pdf#search=%22PAYE%20and%20NICs%20rates%20and%20limits%20for%202006-07%22> [Accessed 19 July 2006].
 57. Information provided by the Office for National Statistics about the UK Health Accounts.
 58. Legislative Council Secretariat. (1998) *Research Paper on the Health Care Expenditure and Financing in the United Kingdom*. LC Paper No. RP09/PLC.
 59. *Memorandum by the NHS Appointment Commission*. (2002) Available from: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200102/cmselect/cmpublicadm/686/2102402.htm> [Accessed 12 July 2006].
 60. *NHS Core Principles*. (n.d.) Available from: <http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/CorePrinciples.cmsx> [Accessed 20 July 2006].
 61. *NHS Hospitals in England*. (n.d.) Available from: <http://www.nhs.uk/England/Hospitals/Default.cmsx> [Accessed 18 July 2006].
 62. *NHS in England*. (n.d.) Available from: <http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/History/Default.cmsx> [Accessed 28 April 2006].
 63. *NHS Inheritance*. (n.d.) Available from: http://www.nhshistory.net/nhs_inheritance.htm [Accessed 29 June 2006].
-
-

-
-
64. National Audit Office. *National Insurance Fund Account 2004-2005*. (2006) Available from: <http://www.official-documents.co.uk/document/hc0506/hc08/0885/0885.pdf> [Accessed 12 July 2006].
 65. National Audit Office and the Audit Commission. (2006) *Financial Management in the NHS*. Available from: http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/05-06/05061092_I.pdf [Accessed 29 June 2006].
 66. Office for National Statistics. (2004) *UK 2004: The Official Yearbook of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*. Available from: http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_compendia/UK2004/UK2004.pdf [Accessed 19 July 2006].
 67. Office for National Statistics. (2005) *UK 2005: The Official Yearbook of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*. Available from: http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_compendia/UK2005/UK2005.pdf [Accessed 19 July 2006].
 68. *Private Health Treatment*. (2006) Available from: <http://www.adviceguide.org.uk> [Accessed 19 July 2006].
 69. *Private Healthcare UK*. (2006) Available from: <http://www.privatehealth.co.uk/private-hospitals> [Accessed 19 July 2006].
 70. *Rates and Allowances – National Insurance Contributions*. (n.d.) Available from: <http://www.hmrc.gov.uk/rates/nic.htm> [Accessed 22 July 2006].
 71. Regional Office for Europe of the World Health Organization. (2006) *Highlights on health in the United Kingdom 2004*. Available from: <http://www.euro.who.int/document/e88530.pdf#search=%22Highlights%20on%20health%20in%20the%20United%20Kingdom%202004.%22> [Accessed 12 July 2006].
 72. *Reorganisation of primary care and ambulance trusts*. (2006) Available from: http://www.dh.gov.uk/NewsHome/NewsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4135088&chk=oJufTo [Accessed 12 July 2006].
 73. *Reorganisation of strategic health authorities*. (2006) Available from: http://www.dh.gov.uk/NewsHome/NewsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4133742&chk=JX21c1 [Accessed 12 July 2006].

-
-
74. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (2004) *Pharmacy workforce census 2003: Main findings*. Available from: <http://www.rpsgb.org.uk/pdfs/census0309.pdf#search=%22Pharmacy%20workforce%20census%202003%3A%20Main%20findings.%22> [Accessed 12 July 2006].
 75. *Short NHS History*. (n.d.) Available from: http://www.nhshistory.net/short_history.htm [Accessed 29 June 2006].
 76. *The New NHS: Modern, Dependable*. (1997) Available from: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/newnhs.htm> [Accessed 28 June 2006].
 77. *The NHS Plan*. (2000) Available from: <http://www.nhsia.nhs.uk/nhsplan/nhsplan.pdf> [Accessed 10 June 2006].
 78. The NHS Health and Social Care Information Centre. (2006a) *NHS Hospital and Community Health Services Non-Medical Staff in England: 1995-2005*. Available from: <http://www.ic.nhs.uk/pubs/nhsstaff/nonmedbulletinpdf/file#search=%22NHS%20Hospital%20and%20Community%20Health%20Services%20Non-Medical%20Staff%20in%20England%3A%201995-2005.%22> [Accessed 25 July 2006].
 79. The NHS Health and Social Care Information Centre. (2006b) *General and Personal Medical Services in England: 1995-2005*. Available from: <http://www.ic.nhs.uk/pubs/nhsstaff/gpbulletinpdf/file#search=%22General%20and%20Personal%20Medical%20Services%20in%20England%3A%201995-2005.%22> [Accessed 25 July 2006].
 80. The NHS Health and Social Care Information Centre. (2006c) *Hospital and Community Health Services Medical and Dental Staff in England: 1995-2005*. Available from: <http://www.ic.nhs.uk/pubs/nhsstaff/medicaldentalintro/file#search=%22Hospital%20and%20Community%20Health%20Services%20Medical%20and%20Dental%20Staff%20in%20England%3A%201995-2005%22> [Accessed 25 July 2006].
 81. The NHS Health and Social Care Information Centre and Office of National Statistics. (2005) *Prescriptions Dispensed in the Community Statistics for 1994 to 2004: England*. Available from: http://www.dh.gov.uk/ExternalLink?EXTERNAL_LINK=http%3A//www.ic.nhs.uk/pubs/prescriptionsdispensed05 [Accessed 19 July 2006].
 82. *UK Health Accounts*. (2003) Available from: http://www.statistics.gov.uk/healthaccounts/experimental_health_accounts.asp [Accessed 25 July 2006].
-
-

-
-
83. World Health Organization. (2005) *The World Health Report 2005*. Geneva, World Health Organization.

台灣

84. Bureau of National Health Insurance. (2005a) *National Health Insurance in Taiwan*. Available from: http://www.nhi.gov.tw/english/e_nhifile.asp [Accessed 9 August 2006].
85. Bureau of National Health Insurance. (2005b) *National Health Insurance Annual Statistical Report 2004*. Available from: http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=4&webdata_id=815 [Accessed 21 August 2006].
86. Bureau of National Health Insurance. (2006) *National Health Insurance in Taiwan Profile 2006*. Available from: http://www.nhi.gov.tw/english/e_05pro.asp [Accessed 9 August 2006].
87. Bureau of National Health Insurance. (2006) Available from: <http://www.nhi.gov.tw/english/index.asp> [Accessed August 2006].
88. Cheng, T. M. (2003) Taiwan's New National Health Insurance Program: Genesis and Experience So Far. *Health Affairs*, 22(3) May/June, pp. 61-76.
89. *Current Organization of the Department of Health*. (2006) Available from: http://www.doh.gov.tw/EN/Webpage/content.aspx?Lmenu=Lmenu1&Rmenu=&class_no=229&now_fod_list_no=229&array_fod_list_no=&level_no=1&doc_no=31746&show=show [Accessed 10 August 2006].
90. *Department of Health*. (2006) Available from: <http://www.doh.gov.tw/cht/index.aspx> [Accessed August 2006].
91. Department of Health. (2006a) *Hospital Care in Taiwan*. Available from: http://www.doh.gov.tw/ufile/Doc/library/taiwanhospitals/Hospital_Care_in_Taiwan.pdf [Accessed 10 August 2006].
92. Department of Health. (2006b) *National Health Expenditure 2004*. Available from: <http://www.doh.gov.tw/statistic/english/4/2004NHE.pdf> [Accessed 10 August 2006].
93. Government Information Office. (2005) *Taiwan Yearbook 2005*. Available from: <http://www.gio.gov.tw/taiwan-website/5-gp/yearbook/p250.html> [Accessed 26 April 2006].

-
-
94. *Health Statistics*. (2006) Available from: http://www.doh.gov.tw/EN/Webpage/list.aspx?dept=L&class_no=254&level_no=1&show=show&Lmenu=Lmenu6&Rmenu= [Accessed 11 August 2006].
 95. Legislative Council Secretariat. (1998) *Research Paper on the Health Care Expenditure and Financing in Taiwan*. LC Paper No. RP08/PLC.
 96. Lu, J. F. Rachel and William C. H. (2003) Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health Affairs*, 22(3) May/June, pp.77-88.
 97. *National Health Accounts Indicators*. (2006) Available from: <http://www.doh.gov.tw/EN/Webpage/List.aspx?Lmenu=Lmenu6&Rmenu=&show=show&goon=1>[Accessed 10 August 2006].
 98. *National Health Insurance Act*. Available from: http://www.nhi.gov.tw/english/e_011aws_1.asp [Accessed 17 August 2006].
 99. *National Health Insurance Key Statistics*. (2006) Available from: <http://www.doh.gov.tw/EN/Webpage/List.aspx?Lmenu=Lmenu6&Rmenu=&show=show&goon=1> [Accessed 11 August 2006].
 100. *Public Welfare Lottery Act*. Available from: <http://law.moj.gov.tw/Eng/Fnews/FnewsContent.asp?msgid=1843&msgType=en&keyword=undefined> [Accessed 17 August 2006].
 101. *Regional Office for Europe, World Health Organization*. (2006) Available from: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Global%20budget> [Accessed 19 August 2006].
 102. *Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization*. (2005) *Health financing and social protection*. Available from: http://www.wpro.who.int/sites/hcf/documents/hcf_strategy.htm [Accessed 19 August 2006].
 103. *Regulation of the Distribution and Utilization of the Health and Welfare Surcharge on Tobacco Products*. Available from: <http://law.moj.gov.tw/Eng/Fnews/FnewsContent.asp?msgid=477&msgType=en&keyword=undefined> [Accessed 21 August 2006].
 104. *Tobacco and Alcohol Tax Act*. Available from: <http://law.moj.gov.tw/Eng/Fnews/FnewsContent.asp?msgid=502&msgType=en&keyword=undefined> [Accessed 21 August 2006].
-
-

-
105. Wang, H. (2005) *An Overview of Health System in Taiwan*. Available from: http://www.icn.ch/congress2005/presentations/M17Wang_files/slide0473.htm [Accessed 26 April 2006].
 106. *Yearbook of Tax Statistics 2004*. (2006) Available from: <http://www.mof.gov.tw/ct.asp?xItem=12802&ctNode=542&mp=6> [Accessed 16 August 2006].
 - 107.《二代健保政策說明》(2006) Available from: <http://www.nhi.gov.tw/information/second/files/二代健保政策說明.pdf> [Accessed 18 August 2006].
 108. 中央健康保險局。(2006)《民國九十四年全民健康保險費率精算報告》 Available from: http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_8225_1_94年精算報告.pdf [Accessed 11 September 2006].
 - 109.《全民健康保險法修正草案總說明》(2006) Available from: [http://www.nhi.gov.tw/information/second/files/全民健康保險法修正草案\(95年5月3日版\).DOC](http://www.nhi.gov.tw/information/second/files/全民健康保險法修正草案(95年5月3日版).DOC) [Accessed 11 August 2006].
 110. 全民健康保險醫療費用協定委員會。(2005)《全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯》 Available from: http://www.doh.gov.tw/cht/list.aspx?dept=R&now_fod_list_no=7594&class_no=109&level_no=1&divNo=1&divCount=1 [Accessed 14 August 2006].
 111. 全民健康保險醫療費用協定委員會。(2006)《95年度全民健保總額協定及分配》 Available from: http://www.doh.gov.tw/cht/list.aspx?dept=R&now_fod_list_no=7594&class_no=109&level_no=1&divNo=1&divCount=1 [Accessed 14 August 2006].
 - 112.《邁向權責相符的健保制度：規劃概述》(2005) Available from: [www.tma.tw/doc/940717二代健保規劃概述\(曲-醫師公會\)修正版.ppt](http://www.tma.tw/doc/940717二代健保規劃概述(曲-醫師公會)修正版.ppt) [Accessed 18 August 2006].
 113. 總額支付制度意涵。(2006) Available from: http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=&webdata_ID=895 [Accessed 18 August 2006].

香港

114. Colin, G & Peter, Y. (1998) *The Hong Kong Health Care System*. New South Wales, Southwood Press Ltd.
115. Department of Community Medicine and School of Public Health, the University of Hong Kong. (2006) *Domestic Health Expenditure in Hong Kong: 1989-90 to 2001-02*. Available from: http://www.hkam.org.hk/publications/hkmj/article_pdfs/hkm0602p47.pdf [Accessed 1 February 2006].
116. Gauld, R. & Derek G. (2002) *The Hong Kong Health Sector: Development and Change*. Hong Kong, The Chinese University Press.
117. Health and Medical Development Advisory Committee. (2005a) *Health Care Financing: Previous Public Discussions from 1993 to 2004*. Available from: http://www.hwfb.gov.hk/hmdac/english/dis_papers/dis_papers_hcfppd.html [Accessed 28 February 2006].
118. Health and Medical Development Advisory Committee. (2005b) *Landscape on Health Care Services in Hong Kong*. Available from: http://www.hwfb.gov.hk/hmdac/english/dis_papers/dis_papers_lhchsk.html [Accessed 28 February 2006].
119. Health, Welfare and Food Bureau. (2004) *Final Report: A Study on Health Care Financing and Feasibility of a Medical Savings Scheme in Hong Kong*. LC Paper No. CB(2) 3138/03-04(01). Available from: <http://www.legco.gov.hk/yr03-04/english/panels/hs/papers/hs0614cb2-3138-1e.pdf> [Accessed 22 November 2005].
120. Health, Welfare and Food Bureau. (2004) *Health, Welfare and Food Bureau Policy Agenda 2004*. Available from: <http://www.hwfb.gov.hk/en/aboutus/policy/> [Accessed 27 February 2006].
121. Health, Welfare and Food Bureau. (2005) *Building a Healthy Tomorrow: Discussion Paper on the Future Service Delivery Model for our Health Care System*. Hong Kong, Government Logistics Department.
122. Hospital Authority. (2003) *Hospital Authority Annual Report 2002-03*. Available from: <http://www.ha.org.hk/hesd/v2/AHA/ANR0203/appendices12-15.pdf> [Accessed 6 June 2006].
123. Hospital Authority. (2006) *Fees and Charges for Public Health Care Services*. Available from: http://www.ha.org.hk/hesd/nsapi/drivernsapi20.so/?MIval=ha_visitor_index&intr o=ha%5fvview%5ftemplate%26group%3dOSR%26Area%3dFNC&ustamp=2006%2d04%2d09+16%3a51%3a21%2e128 [Accessed 9 April 2006].

-
124. *Hospital Authority Annual Plan 2006-07*. (2006) Available from: <http://www.ha.org.hk/hesd/v2/AHA/ANP0607/AP0607-e.pdf> [Accessed 27 February 2006].
 125. Information Services Department. (2005a) *Hong Kong Fact Sheets: Department of Health*. Available from: <http://www.info.gov.hk/hkfacts/health-e.pdf> [Accessed 27 February 2006].
 126. Information Services Department. (2005b) *Hong Kong Fact Sheets: Public Health*. Available from: <http://www.info.gov.hk/hkfacts/pubhealth-e.pdf> [Accessed 27 February 2006].
 127. Legislative Council Secretariat. (2004) *Studies on Health Care Financing and Feasibility of a Medical Savings Scheme in Hong Kong*. LC Paper No. CB(2)2692/03-04(03). Available from: http://www.hwfb.gov.hk/hmdac/english/dis_papers/files/annex_4_legco_panel.pdf [Accessed 22 November 2005].
 128. Office of the Commissioner of Insurance. (2005) *Annual Report 2005*. Available from: <http://www.oci.gov.hk/AR2005/en/> [27 February 2006].
 129. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2006a) *Press Release: LCQ7 - Medical Insurance*. Available from: http://www.info.gov.hk/gia/general/200511/09/P2005110920120_print.htm [Accessed 1 March 2006].
 130. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2006b) *Press Release: LCQ14 - Public and Private Health Care Services in Hong Kong*. Available from: http://www.info.gov.hk/gia/general/200512/14/P200512140126_print.htm [Accessed 1 March 2006].
 131. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2006c) *Hong Kong 2004: Health*. Available from: http://www.info.gov.hk/yearbook/2004/en/08_01.htm [Accessed 27 February 2006].
 132. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2006d) *The 2005-06 Policy Address: Agenda – Caring and Just Society*. Available from: <http://www.policyaddress.gov.hk/05-06/eng/agenda.htm> [Accessed 27 February 2006].
 133. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2006e) *The 2006-07 Budget*. Available from: <http://www.budget.gov.hk/2006/eng/budget19.htm> [Accessed 28 February 2006].
-

-
134. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2006f) *The 2006-07 Budget: Revenue Analysis by Head - Summary of Revenue Estimates*. Available from: <http://www.budget.gov.hk/2005/eng/estimates.htm> [Accessed 28 February 2006].

其他

135. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2005) *Health at a Glance: OECD Indicators 2005*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
136. Roberts, M. J et al. (2001) *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York, Oxford University Press.
137. World Bank, The. (2005) *World Development Indicators 2005*. Washington, DC, The World Bank.