



中華人民共和國香港特別行政區政府總部食物及衛生局  
Food and Health Bureau, Government Secretariat  
The Government of the Hong Kong Special Administrative Region  
The People's Republic of China

本函檔號：( ) in FHB/H/18/5/11

電話號碼：2973 8117

傳真號碼：2840 0467

香港  
中環  
昃臣道 8 號  
立法會大樓  
立法會衛生事務委員會秘書  
黃麗菁女士

黃女士：

**立法會衛生事務委員會**

**醫療改革第二階段公眾諮詢  
－ 醫療保障計劃**

在立法會衛生事務委員會二零一零年十二月十三日的會議上，委員在討論醫療保障計劃（醫保計劃）時，要求當局提供以下資料－

- (a) 澳洲鼓勵透過自願私人醫療保險紓緩公立醫院的服務需求從而減輕公營醫療系統成本壓力所得的經驗，以及經濟合作及發展組織（經合組織）在二零零一至二零零四年期間進行私人醫療保險研究所得的研究結果；
- (b) 如門診服務納入醫保計劃下的核心項目，需增加的保費水平為何；以及
- (c) 現有的團體醫療保險保單可如何轉移至醫保計劃下的醫療保險。

## 澳洲在私人醫療保險方面的經驗與經合組織的私人醫療保險研究

在制訂醫保計劃的建議時，當局研究過各方面的資料，當中包括外國推行私人醫療保險的相關經驗。這方面的資料詳載於《私人醫療保險於本地市場狀況和海外相關經驗以及持份者的意見分析》的顧問報告內。這份顧問報告是食物及衛生局為制訂醫保計劃的建議而委聘顧問擬備的（並自二零一零年十月起載於醫療改革第二階段公眾諮詢的網頁），其撮要亦載於題為「醫保計劃 由我抉擇」的《醫療改革第二階段諮詢文件》的附錄 D 內。

現應委員的要求，隨信附上兩份資料文件的中英文本，分別是有關澳洲在私人醫療保險方面的經驗和經合組織進行私人醫療保險研究所得的研究結果，供各委員參閱。

### 把門診服務納入醫保計劃

醫療保險的主要目的，是因應一些無法預知和費用高昂的醫療需要（例如一些無法預知和需要接受住院治療或需要其他費用高昂的手術或臨床治療的病症）所產生的財務風險，藉透過風險共擔為受保人提供保障。因此，我們建議規定醫保計劃下的標準醫療保險所提供的最低基本保障，必須涵蓋一些相對上較難預知和費用較高昂的私家醫院住院服務及非住院手術。這些服務並非所有人都需要使用，但如不幸有此需要，所涉及的費用很可能會對病人造成沉重的經濟負擔。

相比之下，本港的私家門診服務（包括專科及普通科門診服務）相對上是市民較負擔得來的，而市民大都不時使用門診服務。因此，就門診服務而言，利用醫療保險的風險共擔來預防因病患而所產生的巨大財務風險，當中風險共攤的效用價值相對上非常有限。從大多數個案所見，就所有用意及目的而言，門診服務的醫療保險都屬於為將來使用的服務作出某種形式的費用預繳，而不是真正為應對可能出現的巨大開支的風險共擔。所預繳的保費大都最終會在受保期內獲分期發還。由於使用門診服務屬隨人所需和極具彈性，如由第三方的資金來源（例如保險）支付費用的話，會較容易出現道德風險。

一般而言，把門診服務納入醫療保險計劃中會引致更高的保費，原因包括：(i) 保費須要反映因須支付較為肯定會提出的個人索償而預期須承擔的開支；(ii) 由於索償次數會更頻密，而每次使用門診服務所涉及的索償款額又不多，處理個別索償個案的行政費用相對會很高；以及(iii) 由於使用門診服務較具彈性和較容易出現道德風險，因而需要加大保費以抵銷很可能會較高的服務使用率。因納入門診服

務而招致的額外保費額，主要視乎所實際涵蓋的門診服務和其他條款及條件而定，包括分擔費用、可獲發還的款額、所限定的求診次數等。

在為制訂醫保計劃建議而進行的顧問研究中，當局並無評估如醫保計劃下的標準醫療保險基本保障納入門診服務(包括普通科及專科門診服務)將需要增加多少保費。然而，我們研究過市場上多個有公開保費率的醫療保險產品，以作參考。一般而言，如產品有包括門診服務作為可選擇的保障項目，則通常需要收取額外保費，而額外保費約為基本住院計劃保費的 100%至 200%不等，視乎提供保障的實際條款而定。至於例子方面，委員可參考多間私人保險公司為公務員提供的自願醫療保險計劃 ([http://www.csb.gov.hk/tc\\_chi/admin/benefits/1137.html](http://www.csb.gov.hk/tc_chi/admin/benefits/1137.html))。

### 現有的團體醫療保險轉移至醫保計劃

對於已購備醫療保險的個別人士和僱主而言，醫保計劃屬於自願性質，他們可自行選擇是否把現有的醫療保險轉移至醫保計劃下的醫療保險。根據當局與保險業界之前商討所得，保險業界須按醫保計劃的規定協助現有保單持有人把非醫保計劃的醫療保單轉移至醫保計劃下的醫療保險計劃。

關於現有的團體醫療保險保單轉移至醫保計劃，參與的承保機構須在現有的團體保單持有人(主要為僱主)到期續保時向他們提供選擇方案，讓他們可轉至在醫保計劃下為切合他們需要而制訂的合適醫療保險計劃，當中須符合或超越醫保計劃下的標準醫療保險的規定，所提供的保障範圍及保障水平不會有所減損，並須符合醫保計劃的核心項目及規格。僱主可考慮使用醫保計劃作為他們為員工提供僱員醫療福利中的住院保障，讓他們和受保僱員享用醫保計劃下的保障和增值方案。在制定醫保計劃最終方案以供實施時，我們會與保險業界就轉移保險的安排擬定進一步詳情。

為配合保持靈活性的原則，承保機構可提供附加保障項目，以配合個別保單持有人的需要。對於受醫保計劃保障的僱員，醫保計劃的標準醫療保險具可攜性，讓僱員可攜同醫保計劃下的醫療保障(包括對已有的病症的保障)轉職或退休，對僱員無疑是添加保障。舉例來說，正受醫保計劃下的醫療保險保障的僱員，如他們退休或轉任新職，而新職位並無提供醫保計劃下的醫療福利，他們仍然可以自行參加醫保計劃下的醫療保險(而先前已獲得的保險保障不會中斷)。如他們所轉任的新職位有透過醫保計劃下的醫療保險提供醫療福利，他們先前

已獲得的保險保障也會在新保險計劃下延續。

食物及衛生局局長  
(孫玉菡 代行)



二零一一年一月十一日

## 立法會衛生事務委員會

### 澳洲的私人醫療保險概要

#### 目的

在澳洲，政府積極推動國民自願投購私人醫療保險。有關政策主要透過在財政方面施以誘因和罰則，並同時制定規管私人醫療保險市場活動的法律框架，以達致推動的效果。應委員的要求，這份概要摘錄了澳洲私人醫療保險的政策架構及對其運作狀況的一些觀察。<sup>1</sup>

#### 概覽

2. 積極推動私人醫療保險的政策方向，可追溯至一九九零年代中期。當時，澳洲政府鑑於私人醫療保險的人口覆蓋率持續向下，認為對醫療系統的整體發展並不理想，遂推行該項政策。在名為國民保健(Medicare)的社會醫療保障制度於一九八四年推行時，私人醫療保險的人口覆蓋率超逾 60%，但至一九九六年則大幅下跌至只有 34%。這情況與澳洲政府的政策意向不符，因無法鼓勵發展有不同模式的醫療融資及服務的系統，讓私營界別可與公營界別並行共存和一同發展。

3. 在一九九零年代後期，澳洲政府開始積極干預私人醫療保險市場，包括透過推出多項財政及規管措施，確保國民有能力負擔私人醫療保險產品和這些產品能物有所值，以及增加已受保的國民使用私營醫療服務的機會。特別值得一提的是，所有私人醫療保險產品必須符合規管架構下的要求(例如就保障範圍及按群體保費率釐定保費而言)，及不可涵蓋基層或專科門診服務以及其他同樣由國民保健或其藥物資助計劃已涵蓋的醫療服務或藥物。至今，私人醫療保險保障覆蓋的人口已回升至 50%左右。

---

<sup>1</sup> 本概要內容參考明德諮詢及精算事務所(Milliman Limited)於二零一零年十月向食物及衛生局提交的顧問報告《私人醫療保險於本地市場狀況和海外相關經驗以及持分者的意見分析》(Local market Situation and Overseas Experience of Private Health Insurance and Analyses of Stakeholders' Views)，以便制訂建議的醫療保障計劃，另又參考過其他數據及資料來源。如本概要有所誤解有關的參考資料，這些參考資料來源不負任何責任。

## 誘因與罰則

4. 澳洲政府採用「賞罰兼施」的方法，鼓勵國民投購私人醫療保險。一九九七年七月，澳洲政府推出私人醫療保險誘因計劃，在該計劃下，投購了符合法例規定的私人醫療保險計劃的人士，可以獲得政府回退部分保費。僱員的私人醫療保險計劃之保費如由僱主支付，亦符合資格獲得回退部分保費。

5. 在「賞」方面，早期已投保人士須通過經濟狀況審查才合資格獲回退保費，而回退的款額則視乎合資格人士的家庭成員人數而定。不過，自一九九八年十二月三十一日起，政府取消經濟狀況審查的要求，使所有澳洲居民均可享受這項優惠。同時，回退的款額設定於保費款額的 30%，不設上限，故此私人醫療保險計劃越昂貴，獲回退的款額越高。自二零零五年四月起，65 至 69 歲人士的保費回退百分率增至 35%，而 70 歲及以上人士的則增至 40%。

6. 有關上述雙管齊下方針中「罰」的方面，除劃一 1.5% 的國民保健徵款外(適用於所有澳洲居民)，政府自一九九七年七月起向高收入而未投購提供足夠保障的私人住院／醫療保險產品的人士徵收 1% 的附加稅款。政府定期檢討高收入人士和足夠保障的定義。現時，高收入人士是指其全年應課稅收入高於某個特定款額(單身人士為 77,000 澳元、夫婦為 154,000 澳元，首名子女以後的每名子女增加 1,500 澳元)。私人住院／醫療保險如設有每年免賠額超過 500 澳元(個人)或 1,000 澳元(家庭／夫婦)，其提供的保障便會被視為不足。

7. 由於近年政府財政預算因提供保費資助所受的壓力越來越大，而全民皆獲資助的做法持續被批評為資助富有的人，政府最近遂提出了一項法案，再次為資助制度加入經濟狀況審查的元素，把保費回退率由按年齡劃分的 30%-40% 調低至按經濟狀況及年齡劃分的 0%-30%，同時又把沒有投購足夠住院／醫療保險的高收入人士的國民保健附加徵款，由 1% 調高至 1%-1.5%。不過，該項法案遭參議院兩度否決。政府現正繼續致力促使立法機關通過法案，務求在二零一一年七月實施。

8. 在二零零零年七月，政府特別針對年青人口，推出適用於住院／醫療保險的終身醫療保障計劃。透過這個計劃，在 30 歲前開始投購住院／醫療保險的人士可把保費鎖定而不受年齡增長影響，而在 30 歲後才投購私人住院／醫療保險計劃的人士則須繳交附加保費。在 30 歲後每遲一年投購有關保險，便須在每年保費上另附加 2% 保費，以 70% 為上限。附加保費會在參加保險計劃十年後取消。舉例來

說，如某人在 40 歲開始購買私人住院／醫療保險，其所需繳交的保費會較在 30 歲或以下已開始購買的人士高出 20%，而這 20%的附加保費會維持至 50 歲為止。

## 規管架構

9. 私人醫療保險法(Private Health Insurance Act)為規管澳洲私人醫療保險業務的定價、產品及其他各方面事宜，提供一個法律框架。

### *保證受保、續保及具可攜性*

10. 為確保高健康風險的國民可購得私人醫療保險，承保機構不得選擇顧客。在處理新投保及續保合約時，承保機構亦無權拒絕承保。此外，除終身醫療保險計劃的附加保費外，不得收取其他附加保費，亦不可限制投保年齡。保證受保的安排令顧客不論其年齡及健康狀況均可獲得私人醫療保險保障。

11. 私人醫療保險保證提供終身保障。如保費並無逾期欠繳，承保機構就沒有權取消保險合約或拒絕續保。

12. 受保人可無障礙地轉換承保機構。新的承保機構必須讓受保人已過的等候期有延續性，除非新的私人醫療保險計劃提供額外保障，否則不得增設等候期。

### *劃一保障範圍*

13. 私人醫療保險對國民保健起輔助作用。目前，澳洲居民如以公費病人身份在公立醫院接受治療，會由國民保健全數支付所需費用。根據國民保健醫療資助表<sup>2</sup>，自費病人在公立醫院或私家醫院<sup>3</sup>接受治療的醫生費，國民保健會支付 75%費用，接受專科醫生的門診治療的醫生費，國民保健會支付 85%費用，接受普通科醫生診治的醫

---

<sup>2</sup> 國民保健醫療資助表詳盡載列其支付各項醫療服務的費用。有關金額由聯邦政府經諮詢專業團體後釐定。國民保健會根據這個資助表，把病人因接受門診或住院服務而支付給私家醫生的費用發還予病人。

<sup>3</sup> 自費病人與公費病人的分別之處在於自費病人可選擇醫生，不論在公立醫院或私家醫院接受治療。

生費，國民保健會支付 100%費用。根據國民保健的藥物資助表<sup>4</sup>，大部分處方藥物亦獲國民保健支付部分費用。不過，國民保險的保障並不涵蓋自費病人的醫院費用，例如住宿費和手術室費，亦不包括救護車和緊急服務、牙科護理以致輔助服務，例如物理治療和家居護理。

14. 要符合取得保費回退的資格，私人醫療保險計劃可以是住院／醫療計劃、一般治療計劃、或結合住院／醫療和一般治療的計劃。住院／醫療計劃透過支付不獲國民保健支付的部分醫生費，以及國民保健不涵蓋的自費病人住院費用，而一般治療計劃則支付國民保健不涵蓋的非住院護理服務，兩者同樣對國民保健起輔助作用。

15. 為鼓勵受保病人在私營醫療市場接受治療，當局有規定承保機構必須在私人醫療保險計劃內涵蓋一些項目。舉例來說，所有合資格的私人醫療保險計劃均須根據國民保健醫療資助表，賠償自費病人的醫生費至少 25%的分擔費用。此外，所有承保機構均須提供至少一個「沒有醫療費用差額」或「確知醫療費用差額」的住院／醫療計劃<sup>5</sup>。他們亦須提供至少一個住院／醫療計劃，以涵蓋所謂的設定資助額，其金額相等於公立醫院會向自費病人收取的共用病房的款額。

16. 當局也有規定承保機構的私人醫療保險計劃不可涵蓋的範圍。所有私人醫療保險計劃不得涵蓋獲國民保健資助的院外醫療服務(包括向專科醫生及普通科醫生求診)，以及病人就國民保健的藥物資助表所列藥物須共同支付的費用。這些限制意圖遏制在門診服務上較為嚴重的道德風險行為。

17. 除上述的規範化措施外，承保機構獲許擴大或縮減私人醫療保險的保障範圍，以配合不同顧客的需要及負擔能力。例如，承保機構可向較富裕的投保人提供額外的保障，用以支付大幅超越國民保健資助水平的醫生費。承保機構亦可縮減保障範圍，例如不包括產科及白內障以切合年輕的單身人士的需要。

---

<sup>4</sup> 國民保健根據藥物資助表發還購買藥物的部分費用。這個資助表現時載列了一份經協商訂立的藥物表，內有超過 2,600 種處方藥物。除了一些費用非常高的藥物只由醫院藥房配發外，大部分獲資助藥物均可經私營社區藥房配發。

<sup>5</sup> 醫療費用差額指醫院醫生實際收費額與國民保健資助加上私人醫療保險賠償額之間的差額。如病人的醫生與其承保機構訂有差額涵蓋安排，病人便可無須自付費用，或僅須支付因醫療費用差額所造成的已知有限額的自付費用。參與這項安排的醫生須盡可能在病人接受治療或手術前，告知病人有關收費。



## 賠償限額

18. 住院／醫療計劃不可設有全年總保險賠償限額。不過，承保機構可與自選的醫院及醫生訂立合約，根據可按症候族羣、《疾病和有關健康問題的國際統計分類》或國民保健醫療資助表界定的醫療服務的每項或每次治療，訂明最高收費額。在澳洲，承保機構頗常用以個案為基礎計算的付款模式賠償醫療服務收費。

19. 一般治療計劃可設有總保險賠償限額。有些承保機構以曆年或合約年度設定賠償限額，有些承保機構則就某些選擇性保障(例如矯齒治療)設定終身限額。

20. 私人醫療保險計劃所有賠償額均不可超出實際已支付的費用。這個規定遵從彌償原則，令受保人不能透過私人醫療保險賺取收入。

## 有關不承保投保前已有病症的限制

21. 在受保人的等候期屆滿後，承保機構不得不為投保前已有的病症提供保障。在保險合約生效前六個月已出現病徵和症狀的任何病症，等候期可長達 12 個月，才獲得住院／醫療保障。任何人在首次投購私人醫療保險時，承保機構可就治療與產科相關的病症設定長達 12 個月的等候期，以及就所有其他保障設定最長兩個月的等候期。

22. 如屬一般治療計劃，承保機構可因應若干昂貴項目(例如血糖機及助聽器)設定較長的等候期，通常為二至三年。

## 費用分擔安排

23. 政府沒有對私人醫療保險的費用分擔安排作出任何限制。不過，如住院／醫療計劃訂有免賠額，而這個免賠額越逾某一水平，則有關計劃不會足以讓高收入的投保人士獲得豁免繳付國民保健徵款附加稅款。

24. 承保機構可在私人醫療保險合約中加入費用分擔元素，例如免賠額、共同保險安排，用以降低保費。不少承保機構亦利用這些元素來防範由道德風險所引致的索償。

## 對保費的管制

25. 私人醫療保險的保費依法例按羣體保費率釐訂。這表示每個承保機構對於所有顧客，不論其年齡和健康風險，須就同一保險產品收取劃一保費。這個管制措施可防止承保機構以附加保費在實效上拒絕高風險人士投保，而在原則上沒有違反保證受保的規則。再者，按羣體保費率收取的保費，由於涉及獲較低健康風險人士的間接補貼，可讓較高健康風險人士較有能力負擔。不過，承保機構獲准各自為其產品訂定本身的保費水平，並可在不同州／領地(但非同一州內的不同地區)就同一產品設定不同的保費水平。承保機構亦可按六類受保人收取不同保費：單身人士、夫婦、一般家庭、單親家庭、無父母家庭，以及有三名或以上成年人的家庭。

26. 按羣體保費率收取保費的私人醫療保險產品如要增加保費，須事先得到聯邦政府健康和老齡服務署(Commonwealth Department of Health and Ageing)的批准。增加保費的申請須在保費增加日期(通常為四月一日)前六個月，向聯邦政府健康和老齡服務署和私人醫療保險業的規管機構(即私人醫療保險管理局)(Private Health Insurance Administration Council)提交。在私人醫療保險管理局提出意見後，聯邦政府健康和老齡服務署如認為承保機構的保費增幅過高，會要求承保機構重新遞交申請。在所有申請及重新遞交的申請獲得批准後，聯邦政府健康和老齡服務署會向公眾公布業界和每間承保機構的平均保費增幅。

27. 在審批增加保費申請時，聯邦政府健康和老齡服務署會關注到增加保費是否符合公眾利益，並有責任披露不批准有關申請的理據。與保費調整相關的公眾利益，是指為保費作出必須的最低限度增幅，以確保承保機構具備償付能力、能支付賠償開支，以及達到有關資本充裕程度的嚴謹標準，同時亦確保私人醫療保險產品是國民能負擔和物有所值的。

## 平衡風險

28. 由於有保證受保的規定以及按羣體保費率釐定保費，承保機構與其競爭對手相比，其顧客的年齡可能對較大和健康記錄可能較差。這會對個別承保機構的財政狀況及其顧客的利益不利，而且會扭曲市場競爭。為使各承保機構能公平競爭及維持財政上的經營能力，私人醫療保險管理局推行一套平衡風險制度，根據承保機構的風險狀況轉移和攤分其成本。總括來說，該制度把承保風險低於平均水平的承保機構的款項轉移至承保風險高於平均水平的承保機構。

29. 平衡風險制度分為兩個主要部分。第一個部分是分擔在一個州內接受醫院護理的 55 歲及以上人士的索償成本，按索償成本的一定比例撥入制度作出攤分，這比例通常隨着年齡增加，由 55 至 59 歲的約 15%增至 85 歲及以上的逾 80%。第二個部分是分擔高額索償，一人在一年內超逾 50,000 澳元的索償會由各承保機構共同分擔，以作款項轉移，但不包括已在第一部分共擔的索償。

30. 為公平地分擔成本，私人醫療保險管理局每季向每間承保機構收集大量各類的撮要數據，以計算承保機構在該制度下可獲得或須繳付的金額。

### 市場透明度

31. 市場透明度是由強制呈報資料所成就。所有承保機構每年均須以標準格式，向私人醫療保險申訴專員呈報及更新他們所提供每一項產品最新的主要特點。有關資料會上載至政府網頁，供公眾查閱。私人醫療保險申訴專員亦會就私人醫療保險業的狀況發表年度報告，臚列涉及有關每間承保機構的投訴數字及類別，並按平均保單持有人投訴次數把這些機構排名。

32. 另外，聯邦政府健康和老齡服務署每年都會公布私人醫療保險業的平均獲批的保費增幅。由二零一零年開始，該署亦讓公眾知悉個別承保機構獲批准的平均保費增幅，用以展示個別承保機構與其競爭者和業界的平均數有何差別。

33. 私人醫療保險管理局自我定位為私人醫療保險業有用資料的搜集者、儲存庫及發表者。該局定期收集和發布私人醫療保險業及個別承保機構的財務及統計數據，供消費者參考。

### 質素保證

34. 承保機構通常自行採取質素保證措施以確保醫院服務提供者的質素，並且不會與未達標準的服務提供者訂立合約。承保機構通常不會與未獲澳洲醫療標準管理局(Australian Council of Healthcare Standards)認證的醫院訂立合約或續約。受保病人可使用沒有與承保機構訂立合約的醫院，但可獲的保險賠償額一般較低。

35. 承保機構亦可利用大規模的使用情況審查，以審視住院時間和再入院的比率，對於那些未達到既定標準的醫院，即使已獲澳洲醫療標準管理局認證，承保機構亦可能拒絕與其續約。

36. 承保機構獲許與個別醫生就於醫院內提供醫療服務訂立合約協議。這類協議有利承保機構商議價格，讓承保機構當醫院醫生所收取的醫生費超逾國民保健醫療資助表所訂的水平時，可提供賠償100%醫生費的保障。

37. 承保機構不得干預醫生的專業自主權。不過，它們對於一些涉及不當行為的可疑個案，例如提供超出所需的服務，只要當中涉及的支出同時獲取國民保健的資助，即可轉介予專業服務覆檢機構跟進。專業服務覆檢機構是一個由國會設立的法定機關，用以審查醫療人員的行為，從而確定他們在涉及獲取國民保健資助(包括與醫療資助表和藥物資助表有關連的資助)的服務和藥物處方中有否行為不當。有關的評估會透過一個同儕覆檢機制進行，評估結果可導致有關醫療人員受到懲處。

#### *上訴機制*

38. 私人醫療保險申訴專員負責處理與私人醫療保險有關的投訴，並以裁判的身份解決當中的爭議。申訴專員處理涉及醫療需要的爭議，以及承保機構與醫療服務提供者之間涉及受保人的爭議。雖然申訴專員沒有直接強制執行的權力，但其所提交的年度報告可導致屢勸不改的承保機構名字在報章上公布，帶來商譽上的壓力。

39. 私人醫療保險申訴專員隸屬健康和老齡服務部部長，他可向部長指出那些引發業內爭議的承保機構，以加強對他們的營商手法、財務狀況和增加保費申請之監管。

#### *規管機構*

40. 私人醫療保險管理局是獨立法定機關，負責規管私人醫療保險業。透過《私人醫療保險法》，私人醫療保險管理局致力在以下目標之間取得平衡：(i) 促進具效率及競爭力的醫療保險業；(ii) 保障消費者權益；(iii) 確保醫療保險基金財政穩健。

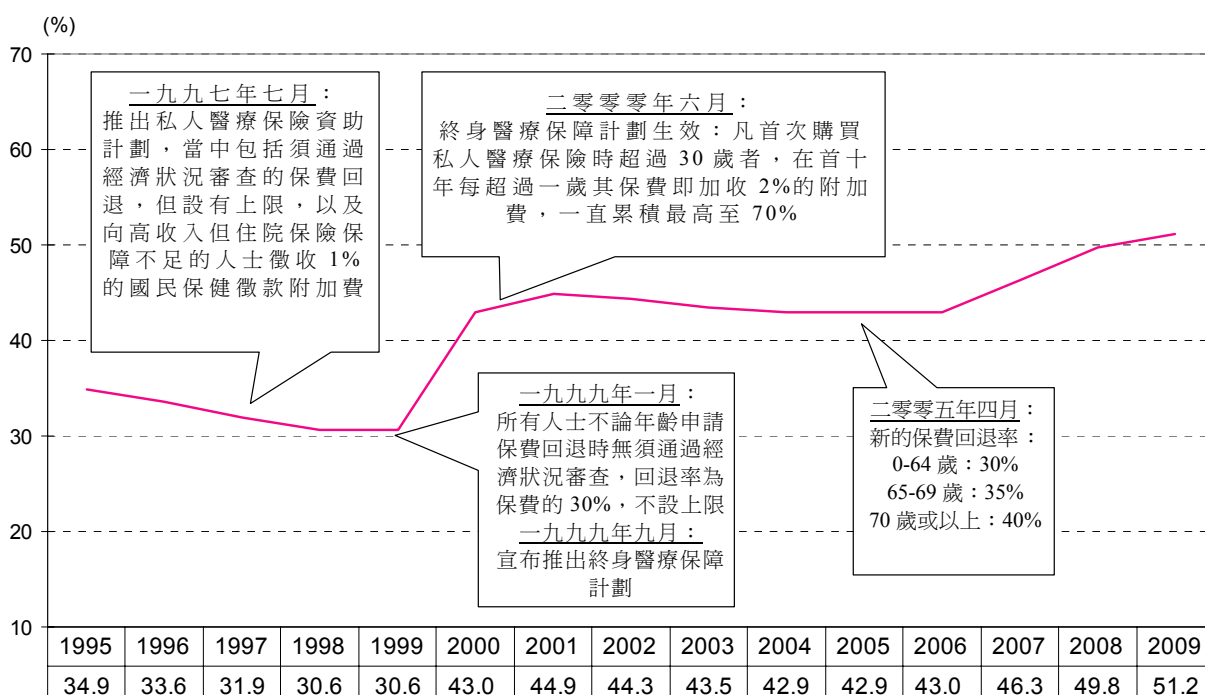
41. 私人醫療保險管理局自我定位為公眾及消費者的利益託管人，並以此身份規管私人醫療保險業，以及擔當政府和國會的顧問，向其提出有價值的意見。該局亦就審批增加保費申請向聯邦政府健康和老齡服務署提出意見，舉例來說，私人醫療保險管理局會審核有關申請，以確保申請的保費增幅符合有關承保機構能維持審慎穩健的財政狀況，而另一方面亦保障消費者，以免出現保費增幅不合理的情況。

42. 為作出審慎監管，私人醫療保險管理局會聽取澳洲審慎監管管理局(Australian Prudential Regulatory Authority)所提出的非正式意見。澳洲審慎監管管理局是整個金融服務業的審慎監管機構，監察人壽及一般保險，以及銀行、建屋合作社、儲蓄互助社及同類組織。

### 私人醫療保險覆蓋的人口

43. 保費回退的誘因和國民保健徵款附加費的罰則兩項措施的實施初期，即一九九零年代後期，對私人醫療保險的人口覆蓋率影響有限，有關數字仍然維持在約 30%的低水平(表 1)。不過，在二零零零年，政府推行終身醫療保障計劃，並同時展開主題為「快來投保」的大型公眾推廣運動後，覆蓋率大幅增加至 43%。部分觀察者認為，這些努力營造了迫切的氣氛，為部分國民投保提供了最後動力，尤其是年青人，催促他們參加計劃，以避免繳付終身醫療保障計劃的附加保費。不過，經過這次急速增長後，私人醫療保險覆蓋率便一直平穩地維持在 43%至 45%之間，直至二零零七年，覆蓋率再度上升，在二零零九年增至 51%。覆蓋率上升的部分原因是由於在二零零五年四月起，長者投保可獲較高的長者保費回退，此外，經濟穩步增長，亦推動一些年青至中年的人士投保。

圖 1：一九九五年至二零零九年澳洲私人醫療保險的人口覆蓋率



資料來源：《2010 年經濟發展及合作組織醫療數據》

44. 按年齡開列私人醫療保險的人口覆蓋率，暫時只有自一九九九年住院／醫療計劃的相應統計數字。與十年前比較，獲住院／醫療計劃保障的人口覆蓋率在所有年齡組別中均顯著上升，其中以 20 至 34 歲的升幅最大(表 1)。不過，按水平計算，這個年齡組別的覆蓋率卻持續最低，在二零零九年為 35.5%，即幾乎有三分之二的人仍未投保。50 至 64 和 65 歲及以上這兩個較高的年齡組別，醫療保險的人口覆蓋率最高，分別為 56.2%及 47.6%。這情況主要是由於羣體保費率對較高齡人口有利，但對年青人口來說，儘管有保費資助，吸引力也有限。

**表 1： 一九九九年至二零零九年按年齡組別開列獲住院／醫療計劃保障的人口比率**

(%)

年齡組別	1999	2004	2009
0 至 19 歲	29.0	41.1	42.1
20 至 34 歲	21.3	31.9	35.5
35 至 49 歲	33.6	47.5	47.5
50 至 64 歲	43.5	56.2	56.2
65 歲及以上	36.9	41.9	47.6

資料來源：私人醫療保險管理局；澳洲統計局

### 私人醫療保險市場的競爭及盈利情況

45. 截至二零零九年六月，有 37 間私人醫療保險承保機構在澳洲經營，包括牟利及非牟利機構。以私人醫療保險保單數目計算，最大的六間承保機構共佔了 78%的市場份額。最大的一間 Medibank Private Limited，它是一個獨立營運的政府企業，其所佔的市場份額幾達 30%。

46. 按索償總額對保費總額的比例計算，私人醫療保險業的申索率近年維持在約 84%至 86%的平穩水平(表 2)。管理開支佔保費總額 10%左右，承保利潤約為 3%至 6%。不過，盈利亦受到其他收入影響，例如投資收入和其他相聯業務(如護理服務轉介和貸款予受保人支付共同保險)的收入。由於近年投資回報由盈轉虧，私人醫療保險

業的營業利潤總額由二零零六至零七年度的 13 億澳元，大幅下跌至二零零八至零九年度的 4 億澳元。

**表 2：二零零六／零七年度至二零零八／零九年度醫療保險的申報開支和收入**

	(百萬元)		
醫療保險的運作開支和收入	2006/07	2007/08	2008/09
<b>(i) 總開支</b>	<b>10,500</b>	<b>11,667</b>	<b>12,660</b>
	<b>(94%)</b>	<b>(96%)</b>	<b>(97%)</b>
包括：			
賠償費用總額(即索償費用) <sup>(a)</sup>	9,306	10,248	11,203
	(84%)	(84%)	(86%)
州徵款	126	137	146
	(1%)	(1%)	(1%)
管理開支	1,068	1,282	1,311
	(10%)	(11%)	(10%)
<b>(ii) 保費收入總額</b>	<b>11,127</b>	<b>12,189</b>	<b>13,078</b>
<b>(iii) 承保利潤(=(ii)-(i))</b>	<b>627</b>	<b>522</b>	<b>418</b>
	<b>(6%)</b>	<b>(4%)</b>	<b>(3%)</b>
<b>(iv) 其他收入</b>	<b>672</b>	<b>49</b>	<b>-9</b>
包括：			
投資收入	648	-11	-84
與醫療有關業務，例如：護理 服務轉介、金融服務等	24	60	75
<b>(v) 在計入異常和特別項目的 營業利潤(虧損) (≈ (iii) + (iv))</b>	<b>1,288</b>	<b>562</b>	<b>405</b>
	<b>(12%)</b>	<b>(5%)</b>	<b>(3%)</b>

註：括號內的數字表示佔保費收入總額的百分率。

(a) 包括年內累計的未付索償款項及非醫療方面的賠償款項的調整額。

資料來源：私人醫療保險管理局

## 私人醫療保險的融資角色

47. 隨着私人醫療保險的人口覆蓋率上升，由私人醫療保險支付的醫療開支佔醫療開支總額的份額由一九九八至九九財政年度<sup>6</sup>的9.9%<sup>7</sup>升至二零零八至零九年度的11.1%(表3)。這增幅與私人醫療保險的人口覆蓋率同期的上升幅度比較相對溫和，主要因為私人醫療保險的功能是輔助性的，如只支付小部分同時可獲得國民保健資助的住院私家醫生服務。此外，由於人口老化，除保費回退以外的政府醫療開支近年一直顯著上升，因而對私人醫療保險的份額起抑制作用。

48. 保費回退佔二零零八至零九年度政府醫療開支的4.6%。這個份額由一九九八至九九年度的3.0%顯著上升至一九九九至二零零零年度的4.3%後，之後在過去十年大部分時間徘徊在4.5%至5.0%之間(表3)。

表3：一九九八／九九年度至二零零八／零九年度私人醫療保險作為醫療開支的資金來源所佔的份額

財政年度	(i) 保費回退在 政府醫療開 支中所佔的 百分率 (%)	(ii) 保費回退在 總醫療開支 中所佔的 百分率 (%)	(iii) 醫療保險基金(扣 除保費回退後)在 總醫療開支中所 佔的百分率 (%)	(iv) = (ii) + (iii) 私人醫療保險作 為總醫療開支的 資金來源所佔的 百分率 (%)
1998/99	3.0	2.0	8.0	9.9
1999/00	4.3	3.0	6.9	9.8
2000/01	5.1	3.5	7.1	10.6
2001/02	5.0	3.4	8.0	11.4
2002/03	4.8	3.3	8.0	11.2
2003/04	4.8	3.2	8.1	11.3
2004/05	4.8	3.3	7.7	10.9
2005/06	4.9	3.3	7.6	10.9
2006/07	4.8	3.2	7.6	10.8
2007/08	5.0	3.5	7.6	11.1
2008/09	4.6	3.2	7.8	11.1

資料來源：澳洲健康和福利署二零零八至零九年度澳洲醫療開支。

<sup>6</sup> 澳洲的財政年度在四月一日開始。

<sup>7</sup> 為免重複計算，在私營醫療開支項下來自私人醫療保險基金的醫療開支，並不包括保費回退，而保費回退則歸入公共醫療開支項下。因此，來自私人醫療保險的醫療開支總額相等於這兩個項目的總和。



49. 澳洲總醫療開支佔國內生產總值的比率由一九九八年的7.8%上升至二零零三年的8.5%，在二零零八年進一步升至8.7% (表4)，這與全球的趨勢一致。不過，由於醫療開支增長可受到很多正面或負面的因素影響，故此很難確定這個升幅有多大程度是因私人醫療保險在醫療系統擔當更活躍的角色所致。

**表 4： 一九九八年至二零零八年澳洲總醫療開支相對國內生產總值的比例與經合組織中位數所作的比較<sup>(a)</sup>(%)**

	1998 年	2003 年	2008 年
澳洲 <sup>(b)</sup>	7.8	8.5	8.7
經合組織中位數	7.8	8.4	9.1

註：(a) 按經合組織的醫療帳目制度框架計算的開支。

(b) 澳洲政府公布的官方數字通常以財政年度計算。有關數字已予調整，以配合經合組織所採用以曆年計算的時間框架及所作出的定義。

資料來源：澳洲健康和福利署醫療開支數據庫；《二零一零年經合組織醫療數據》

50. 與經濟合作及發展組織(經合組織)內其他成員國相比，澳洲的總醫療開支相對國內生產總值的比率，早年跟經濟合作及發展組織的中位數相若，但在二零零八年轉為低於中位數。但在一九九八年至二零零八年間，澳洲的總醫療開支的增長，實際上超越了許多其他主要經合組織國家(表5)，這顯示澳洲總醫療開支相對國內生產總值的比率在近年相對較低，很有可能是與其經濟增長較快有關。此外，倘若把過去十年澳洲的平均醫療開支增長之主要組成部分細分，便可進一步觀察到物量增長是主要的促成因素，而其中主要反映人口老化的人口因素，較不少經合組織國家的更為明顯。與此同時，澳洲的醫療通脹似乎受到妥善控制，一九九八年至二零零八年期間每年平均為3.2%，低於同期一般通脹數字的4.0%<sup>8</sup>。

**表 5： 一九九八年至二零零八年澳洲與選定經合組織國家的醫療開支增長的組成部分所作的比較<sup>(a)</sup>(%)**

	每年平均通脹率	每年平均實際增長
--	---------	----------

<sup>8</sup> 另一方面，澳洲社會內一直有聲音不滿保費急劇上升，持續高於澳洲的通脹，例如一九九九年至二零零八年的保費平均升幅為5.2%。但值得注意的是，除了通脹的壓力外，私人醫療保險保費調整亦受其他因素影響，例如顧客的年齡分布(這影響按羣體保費率釐訂的保費水平)及索償情況。

國家	每年平均			醫療 通脹	人口部分	使用率 部分	總數
	開支 名義變動	一般 通脹 <sup>(g)</sup>	醫療額外 通脹				
<b>澳洲</b>	<b>8.6</b>	<b>4.0</b>	<b>-0.7</b>	<b>3.2</b>	<b>1.4</b>	<b>3.7</b>	<b>5.2</b>
加拿大	7.2	2.7	-0.2	2.6	0.9	3.6	4.6
丹麥 <sup>(b)</sup>	5.7	2.4	-0.2	2.2	0.3	3.1	3.4
芬蘭 <sup>(c)</sup>	6.4	1.1	2.5	3.7	0.3	2.3	2.6
法國 <sup>(d)</sup>	5.1	1.7	-0.2	1.5	0.6	3.0	3.6
意大利	5.3	2.5	0.4	2.9	0.3	2.0	2.4
西班牙 <sup>(b)</sup>	7.7	3.4	-1.0	2.4	0.8	4.3	5.1
瑞典 <sup>(e)</sup>	8.2	1.6	2.2	3.8	0.2	4.0	4.3
瑞士 <sup>(f)</sup>	4.4	0.8	-0.2	0.6	0.6	3.1	3.8
美國	7.0	2.4	1.1	3.5	1.0	2.4	3.4

註：(a) 根據經合組織醫療帳目制度框架計算的開支。

(b) 一九九八年至二零零一年。

(c) 一九九八年至二零零五年。

(d) 一九九八年至二零零六年。

(e) 一九九八年至二零零二年。

(f) 一九九八年至二零零三年。

(g) 按國內生產總值平減物價指數計算。

資料來源：澳洲健康和福利署醫療開支數據庫；《二零一零年經合組織醫療數據》。

51. 雖然澳洲政府曾預計資助國民投購私人醫療保險的政策初期會加重其財政負擔，但在該項政策實施的早期，政府在總醫療開支中所承擔的份額反而由一九九八年的 66.8% 輕微下降至二零零三年的 66.1% (表 6)。這主要是由於服務需求由公立醫院轉移至私家醫院而導致前者的服務容量有所縮減。不過，政府所佔的份額近年回升，二零零八年更達到 68.5%，原因是公立醫院服務容量恢復增長以應付不斷上升的需求，尤其是來自高齡人口日增帶來的壓力<sup>9</sup>。據一些觀察者表示，有些長者僅為選擇性非緊急手術(如髖關節置換手術)而投購私人醫療保險，同時繼續依賴公立醫院作其他治療(特別是危疾)。另外，二零零五年四月以來長者的保費回退增加，亦加重了近年政府財政負擔。不過，與二零零八年經合組織的中位數 74.2% 相比，在澳洲總醫療開支中政府開支所佔的份額仍處較低的水平。

<sup>9</sup> 根據經合組織的統計數字，澳洲人口中長者所佔的比例由一九九五年的 11.9% 上升至一九九九年的 12.3%，並在二零零九年進一步升至 13.3%。

**表 6： 一九九八年至二零零八年澳洲政府支付的醫療開支佔總醫療開支的份額與經合組織的中位數<sup>(a)</sup>比較(%)**

	1998 年	2003 年	2008 年
澳洲	66.8	66.1	68.5
經合組織中位數	74.8	74.5	74.2

註：(a) 根據經合組織醫療帳目制度框架計算的開支。

資料來源：澳洲健康和福利署醫療開支資料庫、《2010年經合組織醫療數據》

### 私人醫療保險政策對私營醫療市場的影響

52. 澳洲政府推動私人醫療保險的政策，對私營醫療市場的各個方面及對澳洲公私營醫療系統的相互作用，都帶來顯著的影響。不過，基於數據及資料上的限制，以及有關議題的複雜程度，故未能獲得具詳細分析的資料。根據所得的有限資料，下文試圖作一個概略的分析。

53. 在政策推動下，部分公營醫療界別的醫療需求已轉移至私營醫療界別，特別是對醫院治療的需求。這從入院人數可見一斑，公立醫院入院人數在總入院人數中所佔的份額由二零零一至零二年度的62%下降至二零零八至零九年度的60%，而私家醫院入院人數的相應份額則由38%上升至40%(表7)。不過，在此期間，公立醫院和私家醫院在病人總住院日數方面各佔的比率卻維持不變，大致為70:30。這個現象是由於私家醫院病人平均住院日數的跌幅較公立醫院為大所致。在二零零八至零九年度，私家醫院的病人平均住院日數為2.4天，遠較公立醫院的3.7天為短。二零零一至零二年度的相應數字則為2.9天及4.1天。

**表 7： 二零零一／零二年度至二零零八／零九年度公立及私家醫院的入院人數和住院日數**

	2001 /02	2002 /03	2003 /04	2004 /05	2005 /06	2006 /07	2007 /08	2008 /09
<b>入院人數</b>								
公立醫院('000)	3,966	4,091	4,201	4,276	4,466	4,661	4,744	4,891
佔總入院人數的百分率	62.0	61.6	61.4	60.9	61.1	61.3	60.2	60.0

私家醫院('000)	2,433	2,554	2,641	2,742	2,846	2,942	3,130	3,257
佔總入院人數的百分率	38.0	38.4	38.6	39.1	38.9	38.7	39.8	40.0
<b>總數 ('000)</b>	<b>6,399</b>	<b>6,645</b>	<b>6,842</b>	<b>7,019</b>	<b>7,312</b>	<b>7,603</b>	<b>7,874</b>	<b>8,148</b>
<b>住院日數</b>								
公立醫院('000)	16,237	16,425	16,419	16,662	16,993	17,439	17,836	17,889
佔總住院日數的百分率	70.0	69.8	69.6	69.9	69.8	70.0	69.6	69.4
私家醫院('000)	6,964	7,115	7,165	7,166	7,338	7,485	7,807	7,893
佔總住院日數的百分率	30.0	30.2	30.4	30.1	30.2	30.0	30.4	30.6
<b>總數 ('000)</b>	<b>23,201</b>	<b>23,541</b>	<b>23,583</b>	<b>23,829</b>	<b>24,331</b>	<b>24,925</b>	<b>25,643</b>	<b>25,782</b>

資料來源：澳洲健康和福利署二零零八至零九年度及前數年度的澳洲醫院統計數據。

54. 私家醫院的病人住院日數較短，是由於較大部分病人是接受非緊急手術，通常無需長時間住院。過去數年，私家醫院在處理非緊急手術方面擔當較活躍的角色，因為很多已投保的病人都較傾向選擇到私家醫院接受非緊急治療。在二零零八至零九年度，在所有與非緊急手術有關的入院人數中，私家醫院所佔的份額為 64%，較二零零四至零五年度的 62% 為高(表 8)。這兩個數字與私家醫院入院人數在總入院人數中所佔的份額(在該兩個年度均約為 40%) 形成明顯的對比。據粗略估計，非緊急手術約佔私家醫院入院人數的 35%，但只約佔公立醫院入院人數的 13%。

**表 8：二零零四／零五年度至二零零八／零九年度非緊急手術的入院人數**

	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09
<b>公立醫院的非緊急手術</b>					
入院人數	596,849	608,267	617,170	619,522	638,898
佔總入院人數的百分率(%)	37.8	37.4	37.0	35.6	35.7
<b>私家醫院的非緊急手術</b>					
入院人數	983,234	1,016,851	1,051,556	1,120,506	1,152,628
佔總入院人數的百分率(%)	62.2	62.6	63.0	64.4	64.3
<b>總計</b>					
入院人數	1,580,083	1,625,118	1,668,726	1,740,028	1,791,526

資料來源：全國醫院的病患數據庫

55. 有關病床供應方面，在個人醫療保險政策推行的早年，隨着醫療需求轉移，私家醫院的服務容量增加，而公立醫院的服務容量則縮減。私家醫院的病床數目由一九九七至九八年度的約 24,000 張，增至二零零一至零二年度的 27,000 張，而公立醫院的病床數目則由 56,000 張減至 51,000 張（表 9）。近幾年，政府恢復增加公立醫院的病床數目，以應付因持續增長的長者人口所引致的上升需求。不過，二零零七至零八年度私家醫院的病床數目所佔的份額為 33%，與一九九七至九八年度的 30% 相比，仍然顯著較高。

**表 9：一九九七／九八年度至二零零七／零八年度醫院病床供應情況**

	1997/98	1999/00	2001/02	2003/04	2005/06	2007/08
公立醫院	55,736	52,947	51,461	53,599	54,601	56,467
佔病床總數的 百分率	69.6	67.7	65.2	66.8	67.6	67.0
私家醫院	24,367	25,246	27,407	26,589	26,227	27,768
佔病床總數的 百分率	30.4	32.3	34.8	33.2	32.4	33.0
<b>總數</b>	<b>80,103</b>	<b>78,193</b>	<b>78,868</b>	<b>80,188</b>	<b>80,828</b>	<b>84,235</b>

資料來源：澳洲健康和福利署二零一零年及前數年的澳洲醫療數據

56. 由於服務需求受不同因素影響（包括人口變化及所引發的需求）而增加，以及公立醫院的服務容量在早年縮減，因此儘管私人醫療保險政策轉移一些服務需求至私家醫院，但對公立醫院的輪候時間所產生的作用並不明顯。自一九九九至二零零零年度以來所得的數據顯示，公立醫院非緊急手術輪候時間的中位數由一九九九至二零零零年度的 27 天延長至二零零九至一零年度的 35 天，此情況可能是上述因素組成的結果。公立醫院的長輪候隊伍，促使部分沒有投保的病人購買私人醫療保險，並以一些在私人醫療保險保障下輪候時間較公立醫院為短的手術（例如臍骨更換手術）作為選擇性使用保險的目標。據一些觀察者表示，這情況在澳洲的長者當中頗為普遍。

**表 10：一九九九／二零零零年度至二零零九／一零年度公立醫院非緊急手術的輪候時間**

	1999/2000	2001/02	2003/04	2005/06	2007/08	2008/09	2009/10
在第 50 個百分比位值的	27	27	28	32	34	34	35

<b>輪候日數</b>							
<b>在第 90 個百分比位值的輪候日數</b>	175	203	193	237	235	220	246
<b>輪候多於 365 日的比率 (%)</b>	3.1	4.5	3.9	4.6	3.1	3.0	3.6

資料來源：澳洲健康和福利署二零零九至一零年度及前數年的澳洲醫院統計數據；澳洲健康和福利署的全國非緊急手術輪候時間數據收集

57. 在人手供應方面，未有資料可顯示關於推動私人醫療保險的政策自實施後，公私營界別醫療人手供應的比率有何轉變。根據個別資料顯示，私家醫院的受薪醫生及其他負責診斷的醫護專業人員的總數，在二零零一／零二年度至二零零八／零九年度期間累積升了 23%。不過，澳洲大部分私家醫生都是單獨執業或為醫療集團工作，而非直接受僱於私家醫院。因此，有關政策令大多數私家醫生在勞工市場的情況有何轉變，依然不得而知。至於公營醫療界別，公立醫院受薪醫生以相當於全職人員計算的人數持續上升，在二零零一／零二年度至二零零八／零九年度期間累積增加了 57%。

## 總結

58. 推動私人醫療保險的政策，在某程度上達到推動私家醫院在澳洲發展的預期目的。數據顯示私家醫院或多或少分擔了公立醫院的負擔，特別是在處理非緊急手術方面，而私家醫院集中處理非緊急治療的情況亦日益明顯。此外，一些觀察者認為，私家醫院的發展有助避免醫療專才轉投澳洲國外報酬較優厚的地方。至於政策有否導致大量公立醫院的人才流失至私家醫院，則未有足夠資料顯示有關情況。不過，值得注意的是，過去十年左右，公立醫院醫生人數增加的速度遠較公立醫院入院人數為快。

59. 私人醫療保險政策對澳洲整個醫療系統的影響難以評價。由於醫療系統的表現及發展通常同時受政策、經濟及人口等多項因素影響，要單獨評估對私人醫療保險的政策推動所帶來的單一影響並不容易。此外，私人醫療保險的政策及其目的具多方面元素和相互性質，有關評估若不考慮其他方面因素（如整體醫療系統容量和融資），而僅以其中一方面（如公立醫院的輪候時間）作分析，實在很難定論。再者，該政策的成效關乎效率和公平兩個不同角度，有時會涉及不同的價值觀，在衡量時並無一致的標準。私人醫療保險的倡議者往往強調私人醫療保險政策如何促進私家醫院有效發展，及使病人更易獲得

護理服務，並增加他們的選擇，而反對者則傾向重視有否充分的理據資助社會上較富裕的一羣獲得私營醫療服務。

60. 澳洲按羣體保費率收取保費正正反映政策上出現兩難的處境。這種強制安排明顯涉及不同年齡組別的受保人之間的補貼，從公平的觀點來看，確能符合一種社會的公平性期望。不過，從一種效益的角度來看，這樣做會增加逆向選擇，以及在人口老化的情況下增加私人醫療保險系統長期承擔籌集資金的風險，並且需要大量保費資助以避免年青人口的參與不足，但這反過來又會引起有關公平的爭議，因為涉及的公帑部分抵銷了政策本身對公營醫療開支的紓緩作用。總體來說，社會羣體價值的存在令政策難以按成本效益的角度作客觀的分析。

61. 澳洲推行私人醫療保險政策後，其公營醫療界別所出現的轉變應從適當角度理解。當私人醫療保險的功能屬輔助性質，而非取代主要由公帑資助的醫療系統時，私人醫療保險政策對減輕公共開支負擔的幫助往往不大，澳洲和部分其他經合組織國家的情況正是如此。事實上，投購了私人醫療保險的人士往往繼續倚賴公營系統，以獲取較昂貴的服務，例如不斷膨脹的長者人口較容易罹患的危疾之治療，這情況在經合組織國家也很普遍。在澳洲，私人醫療保險政策實施早年，服務需求轉移至私家醫院，尤其是非緊急手術方面，而公營醫院服務容量正同時縮減。以上種種情況對資源分配所造成的影響，令私人醫療保險政策與公立醫院非緊急手術的輪候時間兩者之間的關係，難以清晰顯露出來，這情況出現於部分經合組織國家，包括澳洲在內。

食物及衛生局

研究處

二零一一年一月

## 主要參考文獻：

1. 澳洲政府(2009)《二零零七年私人醫療保險法》(Private Health Insurance Act 2007) 載於以下網頁：  
<http://www.comlaw.gov.au/ComLaw/Legislation/ActCompilation1.nsf/all/search/3EBFE1E5DC4FCB77CA2575F6000B223A>
2. 澳洲統計局(Australian Bureau of Statistics)(2010) 3201.0《2010年6月按年齡和性別載列澳洲各州與領地的人口》(3201.0 Population by Age and Sex, Australian States and Territories, Jun 2010)載於以下網頁：  
<http://www.abs.gov.au/Ausstats/abs@.nsf/mf/3201.0>
3. 澳洲健康和福利署(Australian Institute of Health and Welfare)澳洲醫療刊物 (Australia's health publications) 載於以下網頁：  
<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/series/13>
4. 澳洲健康和福利署(Australian Institute of Health and Welfare)澳洲醫院統計數據刊物(Australian hospital statistics publications) 載於以下網頁：  
<http://www.aihw.gov.au/hospitals/publications.cfm>
5. 澳洲健康和福利署(Australian Institute of Health and Welfare) (2010) 二零零八至零九年度澳洲醫療開支(Health expenditure Australia 2008-09) 載於以下網頁：  
<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/12364>
6. 澳洲健康和福利署(Australian Institute of Health and Welfare)全國非緊急手術輪候時間數據收集(National elective surgery waiting times data collection) 載於以下網頁：  
[http://www.aihw.gov.au/hospitals/waitingtime\\_data.cfm](http://www.aihw.gov.au/hospitals/waitingtime_data.cfm)
7. 澳洲健康和福利署(Australian Institute of Health and Welfare)全國醫院的病患數據庫(National hospital morbidity database)載於以下網頁：  
[http://www.aihw.gov.au/hospitals/nhm\\_database.cfm](http://www.aihw.gov.au/hospitals/nhm_database.cfm)
8. 澳洲健康和老齡服務署 (Department of Health and Ageing)  
<http://www.health.gov.au/>
9. 科倫布與戴北(Francesca Colombo and Nicole Tapay) 合著 (2003) 《經合組織第 8 號醫療文件－澳洲的私人醫療保險：個案研究》(OECD HEALTH WORKING PAPERS No.8 Private Health Insurance in Australia : A Case Study) 載於以下網頁：  
<http://www.oecd.org/dataoecd/5/54/22364106.pdf>



10. 澳洲國民保健(Medicare Australia) <http://www.medicareaustralia.gov.au/>
11. 明德諮詢及精算事務所(Milliman Limited)(2010)《私人醫療保險於本地市場狀況和海外相關經驗以及持分者的意見分析》(Local Market Situation and Overseas Experience of Private Health Insurance and Analyses of Stakeholders' Views) 載於以下網頁：  
[http://www.myhealthmychoice.gov.hk/pdf/studyreport/insurance\\_background\\_research.pdf](http://www.myhealthmychoice.gov.hk/pdf/studyreport/insurance_background_research.pdf)
12. 經濟合作及發展組織(Origanisation for Economic Co-operation and Development)(2010)《二零一零年經合組織醫療數據》(OECD Health Data 2010) 載於以下網頁：  
[http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html)
13. 私人醫療保險管理局 (Private Health Insurance Administration Council)(2008)《要投保？不肯定？》(Insure? Not sure?) 載於以下網頁：  
<http://www.phiac.gov.au/for-consumers/insure-not-sure/>
14. 私人醫療保險管理局 (Private Health Insurance Administration Council)(2009)私人醫療保險：按年齡載列獲醫院治療保障的人士 (Private Health Insurance : People with Hospital Treatment cover by age) 載於以下網頁：  
<http://www.phiac.gov.au/for-industry/industry-statistics/annualsurvey/>
15. 私人醫療保險申訴專員 (The Private Health Insurance Ombudsman) <http://www.phio.org.au/>
16. 《專業服務覆檢機構》(Professional Services Review) <http://www.psr.gov.au/>

## 立法會衛生事務委員會

### 經合組織就私人醫療保險的一項研究

#### 目的

應委員的要求，本文件闡述經濟合作及發展組織（經合組織）於二零零一年至二零零四年期間進行的一項有關私人醫療保險研究所得的研究結果<sup>1</sup>。

#### 概要

2. 經合組織的研究發現，若把私人醫療保險定位為一項醫療政策工具，會同時帶來機遇和挑戰。雖然私人醫療保險有助政府達到整體醫療系統的一些表現目標，但同時會為實現這些目標帶來風險。相關的影響，部分須視乎私人醫療保險的市場規模及在醫療系統中的功能，以及私人醫療保險和醫療服務相關的政策和規管架構。

3. 在私人醫療保險擔當重要角色的國家裏，其好處是可為醫療系統注入資源，使其更能對社會的需要作出應變。不過，私人醫療保險的角色在大部份這些國家同時帶來有關社會公平的爭議及如何有效控制醫療成本的政策挑戰，尤其是當私人醫療保險的功能是取締其他融資方法成為醫療支出的主要財政來源。

4. 經合組織的研究就私人醫療保險對改善醫療系統表現的利與弊進行了多角度的評估，它亦為政策制訂者推介一些有效的措施，協助私人醫療保險市場對醫療系統的表現帶來助益。不過，該研究對於如何運用私人醫療保險去達到醫療系統目標的議題，則沒有提出任何具體可遵從模式或可作廣泛應用的單一解決方案。

---

<sup>1</sup> 詳細資料，參閱

(i) 經合組織(2004)，經合組織國家的私人醫療保險(Private Health Insurance in OECD Countries)，巴黎。

(ii) 科倫布與戴北(Colombo, F. and Tapay, N.)合著(2004)《經合組織第 15 號醫療文件 - 經合組織國家的私人醫療保險：個人和醫療系統的得益與代價》(Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems”，OECD Health Working Papers，No.15)，經合組織出版。

(iii) 經合組織(2004)，《經合組織國家的私人醫療保險》(Private Health Insurance in OECD Countries)，政策概要(Policy Brief)，巴黎。

## 私人醫療保險對醫療系統表現的助益

5. 根據經合組織國家累積的經驗，經合組織的研究發現私人醫療保險對醫療系統表現帶來各種的利與弊，其摘要如下：

### (a) 醫療保障及醫療服務的獲取

- 私人醫療保險對市民獲取醫療保障的助益受多個因素所影響，包括私人醫療保險市場的發展規模、風險分攤的規模，以及醫療保障和服務系統受到規管的範圍。
- 當公營系統提供的醫療保障並非全面或普及時，購買私人醫療保險可有助受保人士獲取適時的醫療服務。不過，沒有明顯的證據顯示這情況必然會導致公營服務的整體輪候時間縮短。這是由於私人醫療保險對有關輪候時間的影響會受制於各項因素，包括服務需求和需要的演變、醫療服務供應的變化、使用者加入或離開公營服務輪候隊伍的情況，以及受保人士是否在公營服務輪候隊伍之列。
- 不同入息組別透過私人醫療保險獲取醫療服務的機會也不盡平等，這主要是由於購買私人醫療保險的大都是較高收入人士。此外，當私營市場向服務提供者給予較高的報酬並在醫療系統中吸納更多的資源時，可能會導致公營系統資源流失，從而令公營系統的服務容量減少，最終使無法負擔私人醫療保險的人士獲取醫療服務的機會降低。
- 在沒有或少量政府規管的情況下，私人醫療保險市場常見有承保機構選擇風險，以致高風險人士在獲取保障方面遇到困難。

### (b) 消費者的選擇和醫療系統的應變能力

- 很多經合組織國家的醫療系統在提供服務選擇和應變的能力會因私人醫療保險的存在而有所提高，特別是那些擁有重複功能的私人醫療保險市場之國家（即醫療保險的保障範圍大致與公營系統相同）。私人醫療保險往往能增加個人在醫療服務提供者和治療時間的選擇權。不過，這方面的額外選擇，其範圍取決於醫療服務提供系統所受的規管、公營醫療系統原本已提供的選擇自由，以及承保機構與服務提供者之間的合約條款。

- 為方便消費者能在各式各樣的私人醫療保險產品中作出選擇，承保機構的市場銷售及產品宣傳資料必須具透明度，方便消費者作出比較。
- 醫療系統的應變能力與醫療服務的獲取，兩者有時會出現矛盾而須作出折衷協調。為免弱勢社羣因價錢過高而被摒除於私人醫療保險市場外，政策制訂者有時會對承保機構產品設計的靈活性和創意範圍施加限制。保險賠償方案標準化是其中一個方法，有助消費者在掌握相關資訊的情況下，獲得知情選擇的能力，並可減少承保機構選擇風險的行為。不過，這樣可能會抑制了承保機構因應市場改變而推出創新保險產品的靈活性。

### (c) 醫療服務質素

- 現時只有很少的證據顯示私人醫療保險能在經合組織地區內促進高質素醫療服務的提供，主要原因是承保機構缺乏規管及財政誘因去積極監控獲賠償之醫療服務的供應情況。承保機構如要擔當積極角色，便需要有足夠的誘因(不論是在規管或財政方面)，推動他們為推行改善醫療質素措施作出投資，並以資源增值作為競爭的基礎。
- 就使用管理式護理安排去監控醫療質素及成本而言，有限的市場經驗顯示有關做法(如選擇性與認可醫療服務提供者建立網絡、要求醫療服務提供者提供理據作預先索償批核，以及鼓勵受保人加強疾病預防)通常都不獲消費者和醫療服務提供者所歡迎。前者是不欲醫療選擇受到限制而產生抗拒，而後者則是不欲其對治療過程的判斷受到干預。至目前為止，管理式護理安排對醫療質素所產生的影響，整體上仍未有足夠實踐證據可以提供定論。
- 私人醫療保險未必是改善醫療服務質素的最佳方法，特別是當它在醫療系統中並非擔當重要角色。

### (d) 醫療開支

- 在經合組織地區，私人醫療保險並無大幅減輕公營醫療界別的財政負擔。在私人醫療保險擔當重要角色的國家，大部分都因醫療服務及產品價格上漲、服務的使用量增加，或兩者同時出現，以致出現總醫療開支上升的情況。另外，為私人醫療保險提供財政誘因，加上公營醫療系統本身的支出，亦令公共醫療

開支持續增加。不過，經合組織的研究認為醫療開支的增長是否適當或可以接受，須視乎其所帶來的效益而定。

- 當私人醫療保險和公營醫療系統對一些消費者提供重複的保障時，醫療成本由公營服務提供者轉至私營服務提供者的程度將較為有限。原因是已投購私人醫療保險的人士通常仍繼續倚賴公營醫院服務，尤其就昂貴治療服務而言，而私營醫院很多時亦只專注於提供有限範圍的非緊急治療。此外，雖然也有國家將部分服務在公營系統中剔除，以達到將成本轉至私營醫療界別的效果，但有關做法大多只局限於較廉宜的服務。
- 私人醫療保險經常令總醫療開支有所增加。這部分是由於大部分經合組織國家政府對私營界別的活動及價格所施加的管制，均比起對公營計劃及服務提供者的管制較為寬鬆。此外，私人承保機構通常在醫療服務價格及數量方面的議價能力會較低。再者，私人承保機構在銷售、客戶服務、產品研發及跟醫療服務提供者建立聯繫方面，都需負擔較高的行政費用。
- 私人醫療保險有時亦會令公共醫療開支增加。主要原因包括動用公帑資助市民購買私人醫療保險，及當私人醫療保險保障範圍包括公共醫療服務的收費時，公共醫療服務使用量會因而提高。

## **有助引導私人醫療保險市場對醫療系統產生助益的措施**

6. 經合組織的研究指出，經合組織地區的政策制定者透過多種規管和財政措施以應付私人醫療保險帶來的挑戰。根據經驗所得，該研究發現數項有助引導私人醫療保險市場對醫療系統產生助益的措施，其摘要如下：

- 訂定保險與風險評級的規則，可有助減少消費者獲取私人醫療保險面對的障礙，尤其對高風險人士而言，其效用在以私人醫療保險為主導的醫療系統特別顯著。如公共醫療系統已提供接近全民的覆蓋和安全網，亦會帶來幫助。
- 提供財政誘因及資助可吸引更多人購買私人醫療保險，但有關做法與其他各種提高醫療保險人口覆蓋率的干預政策比較，未必最具成本效益。若果需要提供龐大誘因才足以推動購買意

慾，涉及之成本和受保人數的增加可令公共醫療開支節省多少款項比較，更加要小心衡量。

- 如私人醫療保險的存在令有購買和沒有購買私人醫療保險兩批人士，在獲取同一醫療服務得到的待遇有明顯差距，政策制訂者可作出干預。有關干預可包括規管公營和私營醫療服務的收費差異、訂明服務提供者對公費病人的責任，以及監察他們有否履行這些責任。
- 如公營醫療系統要求使用者分擔較高的費用(即收取較高的公營服務收費)，私人醫療保險可有助受保人士獲取公營醫療服務。但如果保障範圍包括全部費用，而有關收費屬於較高水平的情況下，私人醫療保險可能減低投保人對成本的關注，並導致因道德風險引發濫用服務的問題，因而違背了藉私人醫療保險控制公營醫療開支的原意。
- 如政策制訂者加強各種私人醫療保險產品保障範圍的資料披露，可讓消費者容易明白和在選購保險產品時作出適當的選擇。資料披露的規定可與保障標準化互相配合，共同提升和加強消費者對私人醫療保險產品及保障範圍的認識。
- 政策制訂者可鼓勵受保人士不再依賴公營系統提供私人醫療保險已涵蓋的服務，從而加強公營和私營服務界別之間的成本轉移。在整體醫療系統中，包括私營界別在內，引入成本控制的措施，可提升私人醫療保險營運者控制保險成本的能力。
- 政策制訂者可以提供誘因或施加規管，例如鼓勵承保機構向受保人推廣或實施醫療服務管理或預防性護理，從而達致營運醫療保險的成本效益。此外，加強對消費者的資訊提供可促進承保機構之間的有效競爭。至於設立為風險結構較差的承保機構提供補償的機制(例如平衡風險機制)，可有助減低承保機構選擇風險的意欲，從而推動公平的風險攤分和以資源增值為基礎的市場競爭模式，儘管這做法可能會除去或減低承保機構改善經營效率的一些原動力。

食物及衛生局

研究處

二零一一年一月