

資料文件

立法會衛生事務委員會
醫療保障計劃小組委員會

澳洲的私人醫療保險概要
(資料更新)

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。應醫療保障計劃小組委員會委員的要求，這份概要就澳洲私人醫療保險的政策架構以及對其運作狀況的一些觀察提供最新資料¹。

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，因無法鼓勵發展雙軌並行的醫療融資及提供服務的系統，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(例如保障範圍及按群體保費率釐定保費)，並且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

¹ 本概要就二零一一年一月七日向衛生事務委員會提交的文件提供最新資料，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。

助計劃已涵蓋的醫療服務或藥物。截至二零一二年六月，私人醫療保險保障覆蓋的人口已回升至 54%²。

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入息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。入息審查在一九九八年十二月三十一日至二零一二年六月三十日期間廢除，但自二零一二年七月一日起重新實施。二零零五年四月之前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)，政府於一九九七年七月向高收入而未投購提供足夠保障的私人住院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。自二零一二年七月起，國民保健徵款已作出調整，自該時起，最高附加稅款為 1.5%³。要能獲豁免繳付徵款，私人住院保險的每年免賠額須不多於 500 澳元(個人)或 1,000 澳元(家庭／夫婦)。

² 這計及住院治療及一般治療計劃。

³ 二零一二至二零一三年私人醫療保險回退保費及國民保健徵款的入息限額

	基本級別	第一級	第二級	第三級
單身人士	84,000 澳元或以下	84,001-97,000 澳元	97,001-130,000 澳元	130,001 澳元或以上
家庭*	168,000 澳元或以下	168,001-194,000 澳元	194,001-260,000 澳元	260,001 澳元或以上
可獲回退保費百分率				
65 歲以下	30%	20%	10%	0%
65 至 69 歲	35%	25%	15%	0%
70 歲或以上	40%	30%	20%	0%
附加稅款				
稅率	0.0%	1.0%	1.25%	1.5%

* 家庭入息限額在首名子女以後的每名子女增加 1,500 澳元。

7. 在二零零零年七月，政府特別針對年青人口，推出適用於住院保險的終身醫療保障計劃。透過這個計劃，在 30 歲後才首次購買私人住院保險計劃的人士除須就住院計劃繳付基本保費⁴外，亦須繳交附加保費。在 30 歲後每遲一年才購買有關保險，便須在每年基本保費上另附加 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

8. 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

9. 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。

10. 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。

11. 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，除新的私人醫療保險計劃中的額外保障，不得增設等候期。

劃一保障範圍

12. 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⁵，自費病人在公立醫院或私家醫院⁶接

⁴ 私人醫療保險的基本保費是依法例按羣體保費率釐訂的(見第 24 段)。

⁵ 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。

⁶ 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。

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生費，國民保健會支付 100%費用。根據國民保健的藥物資助表⁷，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，亦不包括救護車服務、牙科護理、物理治療和家居護理。

13. 私人醫療保險計劃可以是住院治療計劃、一般治療計劃、或結合住院治療和一般治療的計劃。住院治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。

14. 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住院計劃內涵蓋一些項目。舉例來說，所有住院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」的住院計劃⁸。他們亦須提供至少一個住院計劃，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。

15. 當局也有規定承保機構不可涵蓋的範圍。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。

16. 除上述的規範化措施外，承保機構獲許擴大或縮減保障範圍，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。

⁷ 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非常全面的處方藥物表。除了一些藥物只能由醫院藥房配發外，大部分獲資助藥物均可經私營社區藥房配發。

⁸ 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

17. 住院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。

18. 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。

19. 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

20. 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。

21. 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

22. 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。

23. 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

24. 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。

25. 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。

26. 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

27. 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。

28. 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，這比例隨着年齡增加，由 55 至 59 歲的 15% 增至 85 歲及以上的 82%。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。

29. 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

30. 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。

31. 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。

32. 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

33. 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。

34. 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。

35. 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。

36. 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

37. 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。除消費者外，承保機構、醫生、醫院和保險經紀亦可向私人醫療保險申訴專員提出投訴，只要投訴事項是涉及醫療保險。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。

38. 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

39. 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。

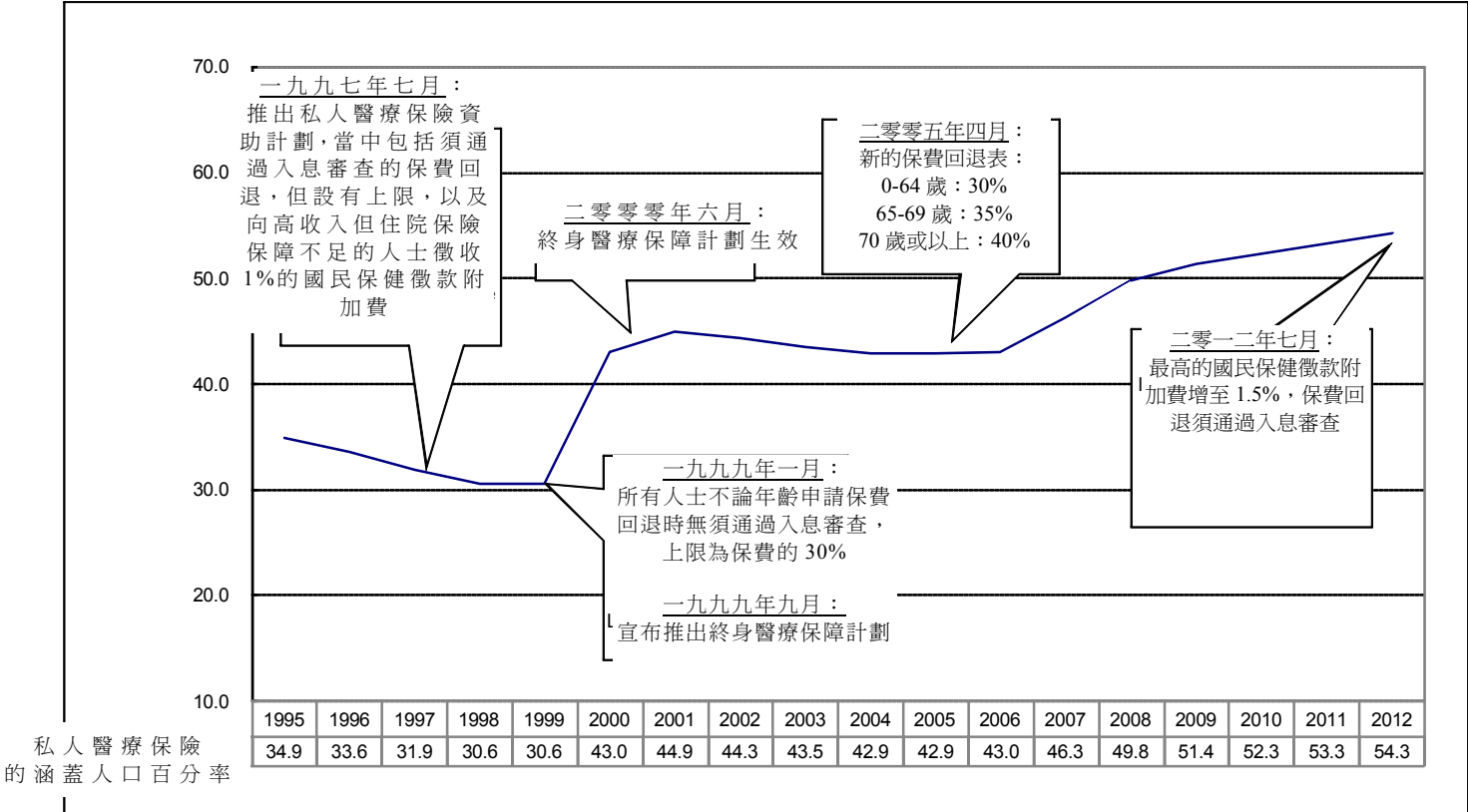
40. 私人醫療保險管理局自我定位為公眾及消費者的利益託管人，並以此身份規管私人醫療保險業，以及擔當政府和國會的顧問，向其提出有價值的意見。該局亦就審批增加保費申請向聯邦政府健康和老齡服務署提出意見，舉例來說，私人醫療保險管理局會審核有關申請，以確保申請的保費增幅符合有關承保機構能維持審慎穩健的財政狀況，而另一方面亦保障消費者，以免出現保費增幅不合理的情況。

41. 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

42. 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，在二零一二年增至 54%。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 1：一九九五年至二零一二年澳洲私人醫療保險的涵蓋人口百分率



資料來源：私人醫療保險管理局的會員趨勢，二零一二年九月

43. 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計劃的相應統計數字。與該年比較，在二零一一年獲住院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，在二零一一年為 36.8%，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 56.3%及 50.5%。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 1：一九九九年至二零一一年按年齡組別開列獲住院計劃保障的人口比率

年齡組別	1999	2004	2009	2011
0 至 19 歲	29.0	41.1	42.5	44.0
20 至 34 歲	21.3	31.9	35.4	36.8
35 至 49 歲	33.6	47.5	47.6	48.8
50 至 64 歲	43.5	56.2	56.4	56.3
65 歲及以上	36.9	41.9	47.9	50.5

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

44. 截至二零一二年七月，有 34 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，最大的五間承保機構共佔了 83% 的市場份額。其餘的承保機構所佔的市場份額很少。最大的一間承保集團是 Medibank Private Limited/AHM，它是一個獨立營運的政府企業，其所佔的市場份額約為 30%。

45. 按賠償費總額對保費總額的比例計算，私人醫療保險業的賠償率近年維持在約 85%至 86%的平穩水平(表 2)。管理開支佔保費總額 9%左右，承保利潤約為 5%至 6%。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。私人醫療保險業的營業利潤總額近年來相對平穩，在二零一一至一二年度為 13 億澳元。

表 2：二零零九／一零年度至二零一一／一二年度醫療保險的申報開支和收入

(以百萬澳元計)

醫療保險的運作開支和收入	2009/10	2010/11	2011/12
(i) 保費收入	14,170	15,421	16,721
(ii) 賠償費	12,227	13,161	14,337
賠償率	86%	85%	86%
(iii) 管理開支	1,300	1,398	1,572
開支率	9%	9%	9%
(iv) 承保利潤(=(i)-(ii)-(iii))	644	863	812
承保利潤%	5%	6%	5%
(v) 扣稅前利潤(a)	1,175	1,456	1,269
利潤率	8%	9%	9%

(a) 包括投資收入、其他收入

資料來源：私人醫療保險管理局年報 2010-12

私人醫療保險的融資角色

46. 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⁹的9.9%¹⁰升至二零一零至一一年度的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。

47. 保費回退佔二零一零至一一年度政府醫療開支的5.1%。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約5.0%(表3)。

⁹ 澳洲的財政年度在四月一日開始。

¹⁰ 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，並不包括政府的保費回退，而這項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。

表 3：一九九八／九九年度至二零一零／一一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	11.0
2009/10	5.1	3.6	7.5	11.1
2010/11	5.1	3.6	7.6	11.1

資料來源：澳洲健康和福利署二零一零至一一年度澳洲醫療開支。

48. 澳洲總醫療開支佔國內生產總值的比率由一九九九年的 7.8% 上升至二零零四年的 8.5%，在二零零九年進一步升至 9.1%(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 4：一九九九年至二零零九年澳洲總醫療開支佔國內生產總值的比率與經合組織中位數所作的比較^(a)(%)

	1999	2004	2009
澳洲 ^(b)	7.8	8.5	9.1
經合組織中位數	7.6	8.3	9.6

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；二零一三年二月七日取得的《二零一二年經合組織醫療數據》

49. 與經濟合作及發展組織(經合組織)內其他成員國相比，澳洲的總醫療開支佔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佔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，便可進一步觀察到使用率增長是主要的促成因素，而其中人口因素，亦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%¹¹。

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^(a)(%)

國家	每年 平均開支 名義變動	每年平均通脹率			每年平均實際增長		
		一般 通脹 ^(g)	醫療 額外 通脹	醫療 通脹	人口 部分	使用率 部分	總數
澳洲	8.6	4.0	-0.7	3.2	1.4	3.7	5.2
加拿大	7.2	2.7	-0.2	2.6	0.9	3.6	4.6
丹麥 ^(b)	5.7	2.4	-0.2	2.2	0.3	3.1	3.4
芬蘭 ^(c)	6.4	1.1	2.5	3.7	0.3	2.3	2.6
法國 ^(d)	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 ^(b)	7.7	3.4	-1.0	2.4	0.8	4.3	5.1
瑞典 ^(e)	8.2	1.6	2.2	3.8	0.2	4.0	4.3
瑞士 ^(f)	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》。

¹¹ 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。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)。

50. 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一九九九年的 68.4% 輕微下降至二零零四年的 66.7%(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，二零零九年更達到 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。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，與二零零九年經合組織的中位數 75.2%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。

表 6：一九九九年至二零零九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^(a)比較(%)

	1999	2004	2009
澳洲	68.4	66.7	68.5
經合組織中位數	73.5	74.2	75.2

註：(a) 根據經合組織計算的開支。

私人醫療保險政策對私營醫療市場的影響

51. 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。

52. 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%下降至二零一零至一一年度的 60%，而私家醫院入院人數的相應份額則由 38%上升至 40%(表 7)。公立醫院的病人住院日數的比例由二零零一至零二年度的 70.0%下降至二零一零至一一年度的 68.7%，較入院人數的相應下跌幅度為少。這個現象是由於獨立的私家日間醫院的住院日數大幅上升所致。

表 7：二零零一／零二年度至二零一零／一一年度公立及私家醫院的入院人數和住院日數

	2001 /02	2004 /05	2007 /08	2010 /11
入院人數				
公立醫院('000)	3,966	4,276	4,744	5,279
佔總入院人數的百分率	62.0	60.9	60.2	59.6
私家醫院('000)	2,433	2,742	3,130	3,573
佔總入院人數的百分率	38.0	39.1	39.8	40.4
總數('000)	6,399	7,019	7,874	8,853
住院日數				
公立醫院('000)	16,237	16,662	17,836	18,487
佔總住院日數的百分率	70.0	69.9	69.6	68.7
私家醫院('000)				
獨立的日間醫院	377	520	668	809
佔總住院日數的百分率	1.6	2.2	2.6	3.0
其他私家醫院	6,587	6,646	7,139	7,598
佔總住院日數的百分率	28.4	27.9	27.8	28.3
總數('000)	23,201	23,829	25,643	26,895

資料來源：澳洲健康和福利署二零一零至一一年度及前數年度的澳洲醫院統計數據。

53. 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。在二零一零至一一年度，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 66%，較二零零六至零七年度的 63% 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。在二零一零至一一年度，非緊急手術約佔私家醫院入院人數的 36%，但只約佔公立醫院入院人數的 13%。

表 8：二零零六／零七年度至二零一零／一一年度非緊急手術的入院人數

	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
非緊急手術(公立醫院)					
入院人數	623,921	625,409	644,176	656,741	669,884
佔總入院人數的百分率(%)	36.9	35.4	35.5	34.5	34.4
非緊急手術(私家醫院)					
入院人數	1,068,127	1,140,109	1,172,134	1,245,704	1,279,501
佔總入院人數的百分率(%)	63.1	64.6	64.5	65.5	65.6
總計					
入院人數	1,692,048	1,765,518	1,816,310	1,902,445	1,949,385

資料來源：澳洲健康和福利署二零一零至一一年度的澳洲醫院統計數據

54. 有關病床供應方面，在私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 24 367 張，增至二零零一至零二年度的 27 407 張，而公立醫院的病床數目則由 55 736 張減至 51 461 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。

表 9：一九九七／一九九八年度至二零零九／一零年度醫院病床供應情況

	1997/98	1999/00	2001/02	2003/04	2005/06	2007/08	2009/10	平均增減 (1997/98- 2009/10)
公立醫院	55,736	52,947	51,461	53,599	54,601	56,467	56,900	0.2%
佔病床總數的百分率	69.6	67.7	65.2	66.8	67.6	67.0	67.2	
私家醫院	24,367	25,246	27,407	26,589	26,227	27,768	27,748	1.1%
佔病床總數的百分率	30.4	32.3	34.8	33.2	32.4	33.0	32.8	
總數	80,103	78,193	78,868	80,188	80,828	84,235	84,648	0.5%

55. 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 天延長至二零一零至一一年度的 36 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的等候時間較公立醫院的輪候時間為短的手術(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二零一零／一一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	2009/10	2010/11
在第 50 個百分比位值的輪候日數	27	27	28	32	34	36	36
在第 90 個百分比位值的輪候日數	175	203	193	237	235	247	252
輪候多於 365 日的比率(%)	3.1	4.5	3.9	4.6	3.0	3.6	2.9

資料來源： 澳洲健康和福利署二零一零至一一年度及前數年的澳洲醫院統計數據

56. 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和專職醫療人員的總數，在二零零零／零一年度至二零一零／一一年度期間累積升了 54%。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、其他負責診斷的醫護專業人員和專職醫療人員以相當於全職人員計算的人數持續上升，在二零零零／零一年度至二零一零／一一年度期間累積增加了 69%。

總結

57. 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。

58. 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，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。

59. 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。

60. 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

二零一三年二月

主要參考文獻：

1. 澳洲政府《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/Details/C2009C00338>
2. 澳洲統計局(Australian Bureau of Statistics)(2012) 3201.0《二零一零年六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/DetailsPage/3101.0Jun%202012?OpenDocument>
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-catalogue/?taxonomy_id=6442451339,6442451134
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/>
5. 澳洲健康和福利署(Australian Institute of Health and Welfare)《二零一零至一一年度澳洲醫療開支》(Health expenditure Australia 2010-11) 載於以下網頁：
<http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737423009>
6. 澳洲健康和福利署(Australian Institute of Health and Welfare)《二零一零至一一年度澳洲醫院統計數據：急症室護理及非緊急手術輪候時間》(Australian hospital statistics 2010-2011: emergency department care and elective surgery waiting times) 載於以下網頁：
<http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737420662>
7. 澳洲健康和老齡服務署 (Department of Health and Ageing)
<http://www.health.gov.au/>
8. 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>

9. 澳洲國民保健 (Medicare Australia)
<http://www.medicareaustralia.gov.au/>
10. 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
11. 經濟合作及發展組織 (Organisation for Economic Co-operation and Development)《二零一二年經合組織醫療數據》(OECD Health Data 2012)載於以下網頁：
<http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>
12. 私人醫療保險管理局 (Private Health Insurance Administration Council)《二零一一至一二年度私人醫療保險承保機構年報》(The Operations of Private Health Insurers, Annual Report 2011-2012)載於以下網頁：
<http://phiac.gov.au/about/publications/>
13. 私人醫療保險管理局 (Private Health Insurance Administration Council)《成員與保障以及保障的統計趨勢》(Membership and Coverage, and Statistical Trends in Coverage)載於以下網頁：
<http://phiac.gov.au/about/publications/>
14. 私人醫療保險申訴專員 (The Private Health Insurance Ombudsman)
<http://www.phio.org.au/>
15. 《專業服務覆檢機構》(Professional Services Review)
<http://www.psr.gov.au>