

**英國的醫療開支及
融資安排**

1998年6月24日

**劉騏嘉女士
黃麗菁小姐**

**臨時立法會秘書處
資料研究及圖書館服務部**

**香港中區花園道3號
萬國寶通銀行大廈5樓
電 話 : (852) 2869 7735
圖文傳真 : (852) 2525 0990
網 址 : <http://legco.gov.hk>
電子郵箱 : library@plc.gov.hk**

目錄

	頁
鳴謝	
摘要	
第1部 —— 引言	1
背景	1
目標及範疇	1
研究方法	1
第2部 —— 英國的醫療制度	3
醫療制度	3
引言	3
政策目標	4
國民保健署的架構	5
提供醫療服務的制度	7
基層醫療護理	7
醫院服務	8
社區醫療服務	10
服務對象	10
第3部 —— 融資安排	11
融資政策的發展	11
1950年代至1970年代	11
1980年代至1990年代初	11
1994年至1997年	12
1997年起	12
分發政府撥款	12
英國醫療融資安排的特點	12
公營機構	14
私營機構	15
第4部 —— 醫療開支及融資安排的分析	17
醫療總開支	17
討論	20
醫療融資安排	21

臨時立法會秘書處歡迎轉載這份研究報告的部分或全文，並歡迎將之譯成其他語文。報告所載資料可隨意複製以供非商業用途，但須註明資料出處為臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部，並將一份複製文本送交臨時立法會圖書館備存。

醫療服務的公共開支及融資安排	22
公共醫療開支	22
國民保健署各類服務的開支(只是英格蘭的情況)	29
討論	34
公共醫療服務融資	34
私人醫療開支及融資安排	39
私人醫療開支	39
私人醫療服務融資	40
討論	41
第5部 —— 醫療融資安排的分析	42
融資安排	42
公共收入	42
私人保險	43
向病人收取費用	43
控制開支	44
醫療制度的表現	45
醫療服務的成效	45
輪候時間	49
服務的提供	51
英國及香港的醫療開支與融資安排及醫療服務的成效	52
總結	54
附錄	55
參考資料	63

鳴謝

資料研究及圖書館服務部在編寫本研究報告時，承蒙多位人士提供協助，謹此致謝。尤其對英國政府衛生部、國民保健署及英國下議院圖書館的研究服務部就是次研究所提供的資料及編制數據，本部深表謝忱。

摘要

1. 英國政府透過成立國民保健署，向國民提供全面的醫療服務。國民保健署為全國人民提供各個層面的護理服務，大部分服務是根據國民的臨床需要而免費提供。
2. 國民保健署須向衛生大臣負責，而衛生大臣則須就該署的整體運作向國會負責。國民保健署行政部負責為該署制訂目標，並監察衛生管理局的表現。衛生管理局，聯同基層醫療護理小組(負責提供基層醫療護理服務)、國民保健信託基金(負責提供中層、第三層及社區健康護理服務)及地方機關(負責與國民保健信託基金聯合提供社區健康護理服務)，負責確定市民的醫療需要，並為應付該等需要而分配資源。
3. 英國的醫療總開支在過去數十年一直持續增加。然而，有關開支在同期本地生產總值中所佔的比例大致上維持不變。醫療總開支的增長率亦與本地生產總值的增長率保持一致。因此，醫療總開支可說是受到當局有效的控制。
4. 自1948年起，英國所有地方政府都已履行其責任，支付國民保健署及與該署相關的醫療服務開支。在1995年，醫療開支的85%以上由公營機構支付，餘下的15%則由私營機構支付。在公營機構(即國民保健署)支付的醫療開支中，政府的融資佔89%；而私營機構支付的醫療開支的主要融資來源是私人保險。自1983年起，這些融資來源所佔的比例無顯著的變化。
5. 國民保健署的開支是醫療總開支中最大的組成部分，所提供的醫療服務側重於治療護理。在私人醫療開支中，最大額的開支項目是長期醫療護理服務，其次是藥物費用。
6. 英國人口的健康狀況普遍獲得改善。自1980年代起，概約死亡率、嬰兒死亡率及產婦死亡率一直下降。除人口的估計壽命有所延長外，青少年懷孕率及成年人的吸煙普遍程度亦相繼下降。
7. 雖然在1991至1995年期間，醫療服務的平均輪候時間已經縮短，但英格蘭的住院病人及日間醫療服務輪候名單上的人數卻有增加的趨勢。此外，門診服務的輪候時間亦輕微縮短。
8. 據報，在英國，部分治療服務的提供一向十分有限。根據Aaron及Schwartz的研究所得，英國醫療服務提供者所提供的治療服務，無論在數量及種類上均不及美國。
9. 香港的人均醫療開支較英國的少。而本港的公營機構和私營機構對醫療服務提供的資助，兩者大約各佔一半(分別是44%及56%)。在英國，醫療的85%經費由公營機構提供，餘下的15%由私營機構提供。

英國的醫療開支及融資安排

第1部 —— 引言

1. 背景

1.1 臨時立法會(下稱“臨立會”)衛生事務委員會要求資料研究及圖書館服務部(下稱“本部”)就海外地區的醫療融資制度進行研究，以便事務委員會就衛生福利局局長將於1998年完成的類似檢討進行商議。本報告的研究題目是英國的醫療開支及融資安排。

2. 目標及範疇

2.1 經事務委員會同意，本研究的目標及範疇如下：

- (1) 闡述英國的醫療制度；
- (2) 闡述及分析英國醫療制度開支模式的轉變；
- (3) 闡述及分析英國醫療的融資安排。

3. 研究方法

3.1 本研究採用的方法包括資料搜集、文獻閱覽及分析。

3.2 本部研究人員除參閱臨立會圖書館的材料外，亦向本港的學術圖書館借閱參考資料，或向英國的出版商購買所需資料。研究人員曾要求英國政府衛生部、國民保健署及英國下議院圖書館的研究服務部提供資料。此外，研究人員亦曾參考各研究機構的研究結果、英國政府以往的報告及互聯網上的資料。鑑於在若干情況下，研究人員未能取得全英國的醫療總開支及與此有關的數據，所以改為採用英格蘭的醫療開支數據和它的融資與醫療方面的統計資料作研究用途。研究人員選用英格蘭的數據作為代表是因為英格蘭的人口在1993年佔全英國人口逾83%¹；而在1996至97年度，在國民保健署的開支中，英格蘭的開支佔英國在這方面總開支的80%²。

¹ 中央統計處，*Annual Abstract of Statistics*，1995，第6至8頁。

² 衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans -- 1998-1999*；
<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39/3912/>

第2部 —— 英國的醫療制度

4. 醫療制度

引言

4.1 自1948年起，英國政府透過成立國民保健署，承擔向國民提供公共醫療服務的責任。在1948年以前，當局只會向通過資產審查的國民提供公共醫療服務。當時英國亦有推行國民醫療保險計劃，但計劃的納保範圍只包括少數工人³，而所提供的醫療服務極為有限。當時亦有一些慈善機構開辦的醫院向貧苦大眾提供少量醫療服務⁴。

4.2 在1948年成立國民保健署後，所有醫院均轉為國營，而所有醫生實質上是受僱於國民保健署。因此，1948年後，英國實際上只有一種醫療制度，就是國民保健署。然而，私營醫療服務機構近年再度蓬勃起來，服務範圍不僅限於公營機構也向全國人民提供的非急需手術，更包括國民保健署有限度涵蓋的服務範圍⁵，例如善終服務、手足病護理及療養中心、疝或靜脈曲張的治療，以及耳、鼻、喉科等並非所有地區性醫院均有提供的服務。據報⁶在1992年，英國約有十分之一的醫療服務是由私營機構提供，而在過往，私營機構主要負責營辦老人護養院。

4.3 國民保健署向英國國民(1996年人口數目為5 900萬人)提供全面性的醫療服務，包括透過家庭醫生(即普通科醫生)、眼鏡師、牙醫及其他專業醫護人員提供的基層醫療護理服務、透過醫院及救護車服務提供的中層醫療護理服務，以及透過專科醫院提供的第三層醫療護理服務。至於社區醫療護理服務則與地方當局聯合提供。

³ 該計劃只涵蓋低收入工人。失業人士、在職人士的受養人、中產階級及上流社會均不受保障。

⁴ Appleby, *Financing Health Care in the 1990s*, Open University Press出版, 1992, 第15頁。

⁵ *White Paper on Working for Patients*, 威爾斯、北愛爾蘭及蘇格蘭的衛生大臣於1989年1月提交國會的文件, 第67頁。

⁶ Newdick, *Who Should We Treat?* Clarendon Press出版, Oxford, 1995, 第71頁。

4.4 雖然在過去數十年間，國民保健署曾進行多項改革，但其融資基礎依然不變，即國民保健署仍維持為一個以稅收為融資基礎的醫療制度。在英格蘭，國民保健署的經費約有89%來自政府⁷。除了驗眼、牙科及家務助理等若干服務外，國民保健署大部分的服務及設備均是根據國民的臨床需要而免費提供。

5. 政策目標

5.1 根據《1946年國民保健署法令》所載，國民保健署獲授權提供“……全面性的醫療服務，確保國民的身心健康獲得改善……並預防、診斷及醫治疾病……。除非本法令明文規定必須付款或收回費用，否則上述服務應予免費提供。”⁸

5.2 新上任的工黨政府(於1997年獲選)沒有更改上述原則：“不論你有否付款能力、不論你的普通科醫生是誰、不論你居於何處，國民保健署只會根據你的需要，向你提供國民醫療服務。”⁹新政府制訂了6項主要原則¹⁰：

- (1) 將國民保健署更新為一間真正的國民服務機構：病人可按公平的原則享有全國各地的國民醫療服務；
- (2) 由地方當局負責根據新制訂的全國標準，提供醫療服務；
- (3) 將國民保健署改為以合夥形式運作；
- (4) 消除官僚處事作風，以提高效率；
- (5) 著重醫療服務的質素；
- (6) 重新建立公眾人士對國民保健署作為一間公共服務機構的信心，使該署對病人負責、向公眾人士開放，並根據他們的意見而決定發展的方向。

⁷ 衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans -- 1998-1999*；<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39/3912/>

⁸ 《1946年國民保健署法令》及《1947年國民保健署(蘇格蘭)法令》，第1條。

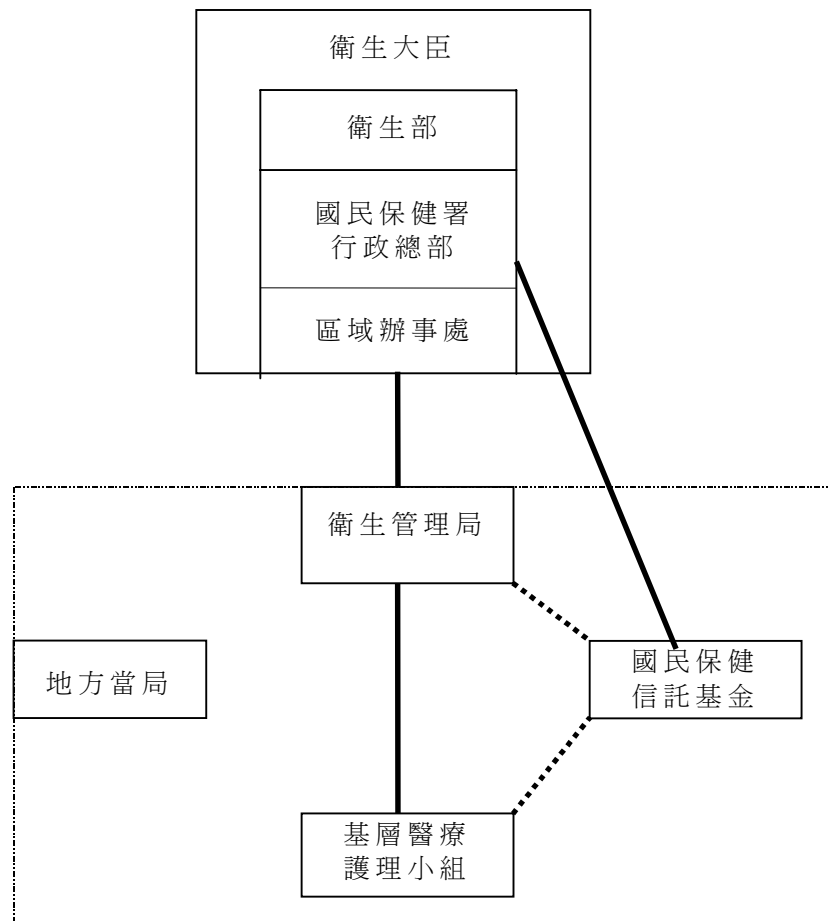
⁹ *White Paper on The New NHS*，衛生大臣於1997年12月提交國會的文件，第5頁。

¹⁰ 同上，第11頁。

6. 國民保健署的架構

6.1 國民保健署自設立以來曾進行一連串的改革。這些改革涉及該署的組織及架構，一般是在新政府上任時進行。附錄I概述國民保健署的發展及架構上的轉變。隨著新政府於1997年上任，當局建議為國民保健署制訂一個新的架構。預料實施這些架構性改革需時10年，而改革的速度則視乎地方政府的積極性而定。(附錄II載有1998年至1999年期間，國民保健署改革早期的重要事項。)圖1顯示國民保健署的新架構。

圖1 —— 1998年國民保健署的新架構



- 凡例：
- 法定責任
 - - - - 服務責任
 - 《醫療改善計劃》

資料來源：White Paper on The New NHS，衛生大臣於1997年12月提交國會的文件，第21頁。

6.2 國民保健署須向衛生大臣負責。衛生大臣是首相從當選的從政者中委任的官員，任期由首相酌情決定，以及／或須視乎政府大選的結果而定。衛生大臣亦是內閣成員，須就國民保健署的整體運作向國會負責。衛生部的職員屬公務員，他們的工作的持續性不受政府更換而影響。衛生部負責作出全國性的決定及採取全國性的行動，並充當全國醫療服務的領導者，以便衛生管理局、國民保健信託基金等其他機構跟隨。

6.3 國民保健署的主管是由政府委任的行政總監擔任。行政總監亦是國民保健署行政部的主席，該部負責為國民保健署制訂目標，並監察衛生管理局的表現。國民保健署區域辦事處則負責統籌並綜合衛生管理局及基層醫療護理小組(將於1998年成立)在區域層面提供的服務。

6.4 國民保健署的新架構建議由衛生管理局監察國民保健署在各地區運作的成效。每個衛生管理局的主席均由國務大臣委任，並支取兼任薪酬。衛生管理局的成員包括地方機關、大學及專業界別內獲提名的人。管理局的成員不是以某個組別代表的身分獲得提名，而是以通才人員的身分獲得提名，所以他們足可代表當地市民作出決定。衛生管理局會發揮帶頭作用，聯同地方機關、國民保健信託基金及基層醫療護理小組擬備地方《醫療改善計劃》，確定當地市民的醫療需要，以及為應付該等需要分配資源。衛生管理局亦會按公平的原則，將資金分配予各基層醫療護理小組，並規定這些小組必須為此承擔責任。

6.5 基層醫療護理小組將由一個地區內的所有普通科醫生組成。小組及區內的護士會負責為區內市民提供醫療護理服務，其中包括傳統的普通科醫生服務、社區服務及支付中層醫療護理服務的開支。每區的基層醫療護理小組預料須為約10萬名病人提供服務。所有基層醫療護理小組均須向衛生管理局負責，但亦可就《醫療改善計劃》範圍內的資源分配事宜自行作出決定。

6.6 國民保健信託基金負責在醫院及社區內提供醫療護理服務。在新架構下，這些信託基金亦會參與《醫療改善計劃》，並會與基層醫療護理小組訂立長遠的服務協議。該等協議會按若干的護理組別(例如兒童)或疾病範圍(例如心臟病)作出安排。維持服務質素是國民保健信託基金的法定責任。

6.7 雖然國民保健署的架構曾進行一連串的改革，但它的融資方法一直沒有改變。換句話說，國民保健署仍然是一間以稅收為融資基礎的醫療機構。新上任的工黨政府繼續維持以政府收入為國民保健署融資的做法，但亦就撥款安排作出若干改變。本研究報告第4部將會提供更詳盡的資料。

7. 提供醫療服務的制度

基層醫療護理

普通科醫生

7.1 基層醫療護理是醫療服務的第一個接觸點。從事基層醫療護理的專業人士包括普通科醫生、藥劑師、牙醫及視光師。他們以獨立身分工作，並與國民保健署簽訂合約，而所有合約條款均須嚴格遵照衛生部訂立的規格，同時亦須受該部規管。

7.2 普通科醫生提供大部分的服務不會向病人收取費用，這些費用會於稍後由國民保健署發還給普通科醫生。這些普通科醫生亦發揮中層醫療護理的“看門人”的作用，所以如果病人要到醫院向專科醫生求診（急症除外），是需要獲得普通科醫生的轉介。

7.3 與很多其他國家比較¹¹，普通科醫生在英國採用的診斷程序及診治方法的種類均十分有限。舉例而言，很少普通科醫生有X光設備或樣本化驗儀器。大部分普通科醫生局限於透過藥物診治較輕微的疾病，並將需要專科檢驗及護理服務的病人轉介至醫院的專科醫生。

7.4 在1994至95年度，普通科醫生人數超過26 570名¹²，他們大部分以協作的形式執業，並由護士及支援人員提供支援服務。這相當於每10 000人便有約4.5名普通科醫生。普通科醫生一般有1 900名病人。截至1996年，如普通科醫生的病人數目超逾7 000名，便可申請成為公債持有人¹³。公債持有人可向其他醫療服務提供者購買的服務包括診斷檢驗、門診服務、部分社區醫療服務，以及某一界定組別的住院及日間醫療服務，例如髕關節復位及切除白內障等，但屬較昂貴及複雜類別的醫院治療則不包括在內。截至1996年，超過3 500名普通科醫生¹⁴成為“公債持有人”。這涉及超過2 450萬名病人。

¹¹ Boorer, *Financing Health Care*所載的“The Health Care System in the United Kingdom”, Hoffmeyer與McCarthy合編, Kluwer Academic Publishers出版, 1994, 第1093頁。

¹² 衛生部, *Departmental Report 1996*, 第45頁。

¹³ 病人數目超逾7 000名的普通科醫生可向當地的衛生管理局申請成為公債持有人。公債持有人可持有並管理一筆專款，他們可利用該筆款項為病人購買若干類別的醫療護理服務。這筆專款不可用作增加普通科醫生的個人收入或使他們的業務整體受益。

¹⁴ 國民保健署, *A Guide to the National Health Service*, 1996, 第6頁。

配藥

7.5 由國民保健署的普通科醫生開處的藥方中，約有94%是透過零售藥房配藥。在1991年，英國約有12 300間零售藥房¹⁵。零售藥房必須由一名合資格的藥劑師經營。雖然以連鎖店形式經營的藥房的數日日漸增加，但零售藥房普遍仍屬私人經營。藥劑師必須向英國皇家藥物協會註冊，並受到該會的審查及管制。開設零售藥房的地點亦受到衛生管理局的管制。幾乎所有零售藥房均以合約形式，在國民保健署下提供服務。

7.6 部分普通科醫生有配藥權。由國民保健署開處的藥方中，約有6%是由有配藥權的醫生負責配藥。

7.7 大部分醫院均設有藥房。幾乎所有醫院專科醫生的處方，均由國民保健署下各醫院的配藥服務負責配藥。然而，由零售藥房為醫院處方配藥的情況已日趨普遍。

其他基層醫療護理專業人員

7.8 在1994至95年度，英格蘭共有15 890名牙醫¹⁶為病人提供預防性及修補性治療，而眼科服務則由私人執業的視光師提供。在1994至95年度，在英格蘭執業的視光師及眼科醫生的人數共有6 620名。其他基層醫療服務提供者包括負責照顧新生嬰兒及5歲以下兒童的衛生訪視員、助產士、社區護士、物理治療師、職業及語言治療師。

醫院服務

7.9 國民保健署下的醫院屬公營醫院，並預期在議定的預算範圍內可提供護理服務。每個地區均設有一間急症全科醫院，旨在提供全面的服務。部分專科服務，例如發生率及流程度較低的疾病，會以大區域而不是以地區為基礎向市民提供。此外，例如心臟移植等部分專科服務屬全國性提供。醫學知識的傳授則集中在數間位於倫敦的大規模醫院，以及與各大學部門有聯繫的地方教學醫院進行。

¹⁵ Boorer, *Financing Health Care*所載的“The Health Care System in the United Kingdom”，Hoffmeyer與McCarthy合編，Kluwer Academic Publishers出版，1994，第1102頁。

¹⁶ 衛生部，*Departmental Report 1996*，第45頁。

國民保健信託基金

7.10 國民保健信託基金是指醫院及／或提供救護車服務的醫院，而這些醫院是由本身的董事局所管理，不受衛生管理局的規管。上述董事局是由國務大臣委任，成員包括執行及非執行董事，並以一名兼任的主席為首。國民保健信託基金大部分的醫生、護士及其他負責醫療服務的僱員，均是國民保健署的受薪僱員，或與國民保健署有密切的合約關係。

7.11 在國民保健署各醫院工作的醫生均是受薪僱員。然而，高級醫務人員(即顧問人員)與醫院簽訂的合約，普遍都容許他們私人執業，以收費形式提供服務。顧問人員與國民保健署所簽訂的全職合約，均准許他們從私人執業中賺取收入最多佔其總收入的10%。至於簽訂兼職合約的顧問人員則可以用私人執業形式提供服務，他們所賺取的收入亦無須受到限制。

7.12 根據專利及合併委員會(1993)就“私營醫療服務”擬備的一份報告，在約20 000名國民保健署的顧問人員中，共有17 000名(約佔86%)從事私人執業。他們每年透過私人執業賺取的收入由1,000英鎊至400,000英鎊不等。平均而言，這些顧問人員每星期為國民保健署工作35小時，另外安排6小時私人執業。

7.13 在1996年，英格蘭約有280間大規模地區性全科醫院¹⁷。一向以來，醫院可容納的病人數目是以醫院的病床數目計算。然而，新的治療方法導致日間護理服務的需求顯著增加，而長期病房的數目則下降。舉例而言，在1984年至1995年期間，為臨床專科服務提供的病床已由335 000張減至212 000張，而接受治療的住院病人的個案數目則增加逾三分之一。¹⁸

私家醫院

7.14 在1991年，英國共有216間私家醫院設有手術室。已註冊的私家醫院或診所提供的私家病床合共133 500張。國民保健署亦有3 000張自費病床，設於隸屬國民保健署的各醫院的普通病房，可供病人自費使用。

7.15 這些私家醫院主要由受僱於國民保健署的醫生駐診，他們亦會在外間以兼職形式私人執業，但護士及其他人員則通常是私家醫院本身的全職人員。

¹⁷ 國民保健署，*A Guide to the National Health Service*，1996，第8頁。

¹⁸ 同上。

社區醫療服務

7.16 社區醫療服務以地區為基礎，其中包括為老人、精神病患者及弱智人士提供住宿、日間護理及家居服務。同時，亦有提供醫療訪視、學校護理工作、手足病治療及物理治療等服務。這些醫療服務一般不屬於基層醫療護理服務，並由國民保健信託基金負責提供。在很多情況下，社區醫療服務會與地方政府的社會服務部提供的社區護理服務有所重覆。

服務對象

7.17 全國人民均享有醫療護理服務。在1996年，英國共有5 900萬人(請參閱附錄III的人口統計資料)。這些服務大部分在提供服務的地點免費提供。在1996年，人口中約有14%自行購買一些額外的醫療保險，受保項目包括非急需的醫療／手術服務，因為他們如果要透過國民保健署得到這些醫療服務，往往需要輪候很長的時間。

第3部 —— 融資安排

8. 融資政策的發展

1950年代至1970年代

8.1 國民保健署從1948年開始運作。從那時起，這個國家醫療服務機構所需要的經費，主要是來自稅收，為每個國民提供醫療服務。當局是根據國民保健署過去的開支模式來分配其可獲得的資源。由1951年起，使用保健署的驗眼及牙科服務的病人均須繳費。此舉使這些服務的求診人數顯著減少¹⁹。從1952年起，病人亦須繳付配藥費，到了1965年廢除了這項收費，但在1968年又再實施，以控制需求²⁰。

8.2 在1970年代初，當經濟增長放緩時，當局以現金限額²¹的方式撥款，同時也為照顧通脹而作準備。如果通脹率比預期高，當局會增撥資源，以便能提供已計劃的服務量。但自1976至77年度起，當局在分配資源時不再考慮通脹情況，如果通脹率比預期高，有關方面在提供醫療服務時便要節約。

8.3 《資源分配工作小組》於1975年成立，旨在按醫療需要分配撥款。這個工作小組所採取的計算程式²²由1977年開始用作計算資源分配。

1980年代至1990年代初

8.4 在《資源分配工作小組》進行檢討及實行《為病人服務的改善計劃》後，當局於1991年實施以居民人口為基礎的“修訂加權按人計算程式”²³。准許病人自費使用國民保健信託基金屬下醫院的私家病床，這方面的收入亦列為該信託基金的收入。所有醫院必須遵從衛生部規定的固定收費。此外，在醫療服務的收費方面亦有所更改。在1994年，配藥費總額中有85%獲豁免²⁴。

¹⁹ Levitt、Wall及Appleby, *The Reorganized National Health Service*, Chapman & Hall出版, 1996, 第111頁。

²⁰ 懷孕婦女、母親、兒童、部分老人及長期病患者均可獲豁免配藥費。

²¹ 現金限額是政府建議在該財政年度內支出在或核准用於若干服務的預定限額款項。

²² 《資源分配工作小組》的計算程式建議，每個大區將會根據其人口的年齡結構及影響醫療護理需求的因素，獲得一筆目標撥款。

²³ “加權按人計算程式”指根據每名醫療護理服務購買者所服務的居民數目，並同時計及所服務的居民年齡和發病率來分配撥款。

²⁴ Leitt、Wall及Appleby, *The Reorganized National Health Service*, Chapman & Hall出版, 1996, 第111頁。

1994年至1997年

8.5 當局在此期間進行了撥款計算程式的全面檢討，並開始以修訂的程式計算1995至96年度的資源分配。修訂的計算程式亦計及每區人口的預算，並考慮到服務對象的年齡、需求，以及市場力量因素(即提供醫療服務的成本)。

1997年起

8.6 新上任的工黨政府建議首先將資源分配給基層醫療護理小組，然後由基層醫療護理小組將資源用於提供醫院及社區健康服務、支付配藥費和普通科醫生的收費。

8.7 將會成立新設的“資源分配諮詢委員會”，訂定分配資源給基層及中層醫療護理服務的計算程式。

9. 分發政府撥款

9.1 英國政府在每年的公共開支分配中會分配資源給衛生部，而國民保健署所得的現金分配是按年釐定的，已包括在衛生部所得的撥款內。資源分配是一個競爭的過程，先由個別的開支部門提交建議書，然後與財政部商議。在當局一經同意整體的開支水平後，衛生部便將醫療護理預算所需的款項分配給衛生管理局。

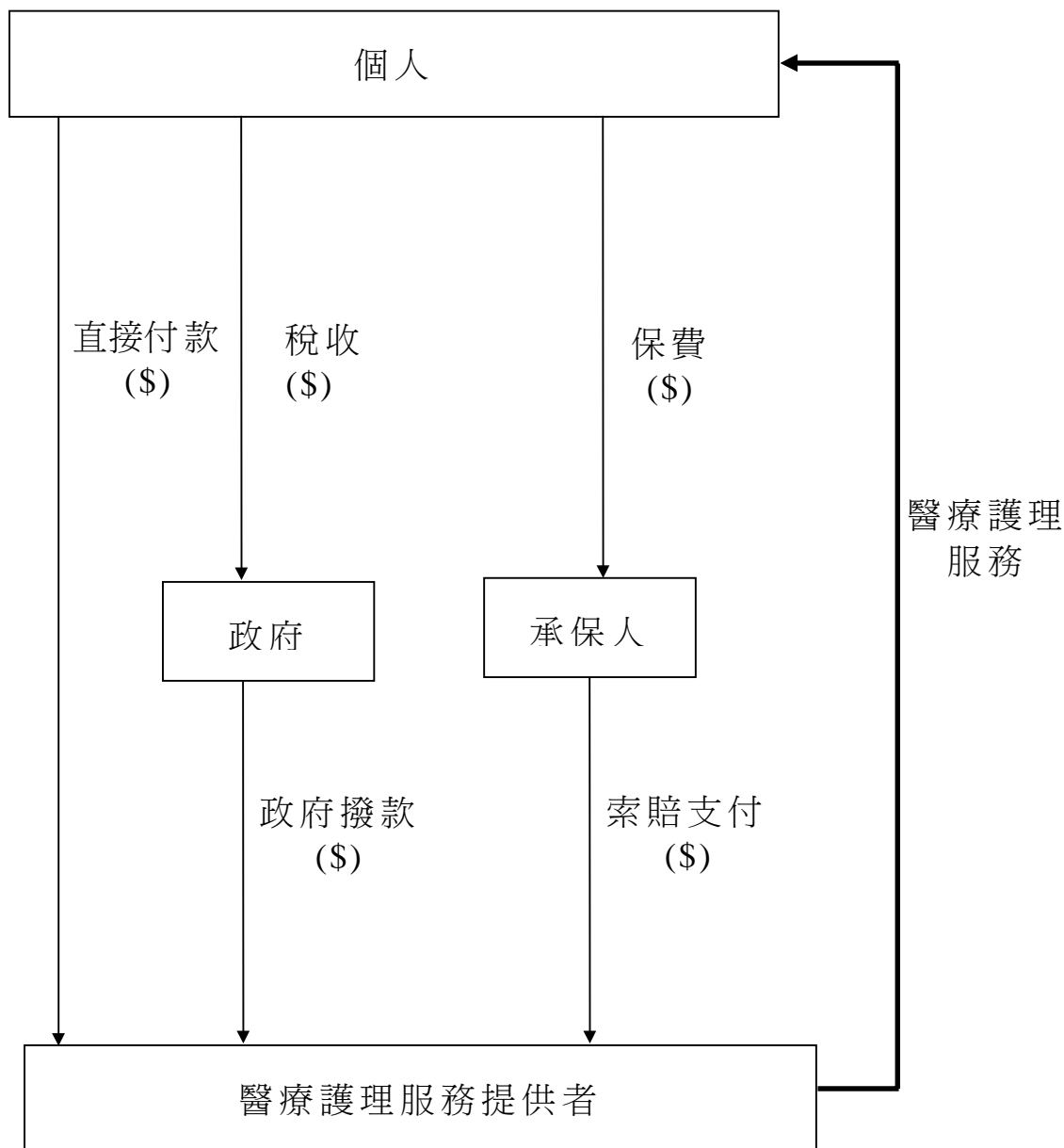
9.2 新上任的工黨政府於1997年建議將醫院及社區健康服務預算、設有現金限額的普通科醫生費用預算及部分非現金限額的普通科醫生費用預算，合併為單一的現金限額撥款。根據這項建議，總預算內的個別部分沒有固定限額，但整體上每項總預算將設現金限額。因此，此舉既可以靈活調配普通科醫生服務和中層醫療護理服務之間的開支，同時也可以控制整體的開支。

10. 英國醫療融資安排的特點

10.1 本研究報告提及的融資指醫療護理服務、醫療研究和由醫療護理服務提供者建設醫療護理設施所需的融資。融資主要來自三方面：直接來自政府、直接來自個人及私營機構，以及間接來自保險公司。

10.2 圖2描述醫療護理服務提供者從不同融資來源獲得所需資金，然後利用所得資金向個別人士提供服務。直接從政府及間接從保險計劃獲得的醫療護理服務融資，列為公共醫療護理服務融資。直接或間接從個人或私營機構獲得的融資，則為私人醫療護理服務融資。

圖2 —— 醫療服務融資



公營機構

稅收

10.3 政府承諾以稅收來資助國民醫療服務。這項融資安排的影響是將資源重新分配給需要較多醫療護理服務的國民。英國的稅率是累進性：收入較低，稅率亦相應較低。年齡65歲或以上的國民，亦可享有較高的個人免稅額。

10.4 在1994至95年度，納稅人的數目是2 570萬人(佔總人口的43.6%)，平均應繳稅款是2,680英鎊²⁵。在1971年，入息稅佔家庭入息約14%，這比例在1976年增至17%，然後在1993年下降至12%。²⁶

國民保險供款

10.5 《國民保險供款》相等於另一項入息稅。這些供款是按《即賺即付繳稅計劃》，由僱主及僱員支付。《國民保險供款》所得款項是用於支付國家退休金(基本退休金及與收入相關的國家退休金計劃)、失業福利、喪失工作能力福利及孤寡福利。能否享有這些福利的資格在某程度上須視乎曾否作出供款而定。此外，部分國民保險供款(但沒有固定的數額或比例)是用作資助國民保健署。

10.6 供款率是在每年作出財政預算時訂定，並設有“較低收入限額”和“較高收入限額”。在1996至97年度，“較低收入限額”和“較高收入限額”分別是每星期61英鎊和455英鎊²⁷。收入低於“較低收入限額”的國民，無須繳付供款。在1996至97年度，僱員的國民保險供款率是首61英鎊收入的2%，以及介乎61英鎊和455英鎊收入的10%。僱主的供款則根據僱員的收入計算，在1996至97年度，僱主的供款率為3%至10.2%不等，視乎僱員的收入水平²⁸而定。

²⁵ 中央統計處，*Social Trends*，1995，第84頁。

²⁶ 同上。

²⁷ <http://www.open.gov.uk/>

²⁸ 同上。

私營機構

直接付款

10.7 雖然國民保健署提供的服務大部分不向病人收取費用，但亦有一些服務是收費的。這些費用須由個人或其僱主支付。衛生部已就有關的收費水平訂定指引：應按平均總成本收取費用，各項服務的收費不應預設用作互相補貼，而且只有在所提供的服務有短期未獲完全使用的情況下，才採用邊際成本定價的做法。同時，每間醫院須賺取相等於其現有資產值6%的利潤。

10.8 從1951年起，驗眼及牙科服務開始收費。在1952年首次實施收取配藥費的做法，其後在1965年廢除，但在1968年又再實施，自此以後配藥費實質上按年增加。雖然獲豁免醫療費的國民數目增加，但從部分服務所收取的費用亦使醫療服務的收入增加。在1994年，國民保健署所有配藥服務中，大約85%是免費提供給獲豁免醫療費的國民²⁹，他們包括超過65歲退休年齡的老人、16歲以下的兒童及接受各項社會保障援助的人。其餘病人則須繳付劃一的收費。不過，病人可購買“季票”，這樣便可在4至12個月內獲得無限次數的配藥服務。這些季票按年發售，收費大約相等於13次配藥的費用³⁰。

10.9 在英國，人們自購藥物服用以治療輕微的疾病或促進健康是十分普遍。估計在英國，每三個人中便有一個人會在任何時間自購藥物服用³¹。因此，在藥房購買藥品、藥物、保健食品和醫療設備的費用，是由使用者自付。同時，例如順勢療法、整骨術、心靈治療、針灸等其他方面的醫療費用，亦由病人自付。

²⁹ Levitt、Wall及Appleby, *The Reorganized National Health Service*, Chapman & Hall出版, 1996, 第111頁。

³⁰ Boorer, *Financing Health Care*所載的“The Health Care System in the United Kingdom”, Hoffmeyer與McCarthy合編, Kluwer Academic Publisher出版, 1994, 第1101頁。

³¹ Appleby, *Financing Health Care in the 1990s*, Open University Press出版, 1992, 第61頁。

私人保險

10.10 根據Appleby(1992)，私營機構的醫療融資的主要來源是私人醫療保險。而在醫療保險的投保者，即個人、僱員及公司中，個人投保者的數目從1972年佔總投保人數的43%下降至1987年的27%。僱員投保者的數目相對比較穩定，而公司投保者的數目則由40%增至56%。根據Orton及Fry(1995)，公司投保額佔1993年所有投保額的60%，其餘40%則由個人及僱員投保。

10.11 大部分保險都是由僱主為僱員投保，作為僱員福利。在1980年，凡為收入低於8,500英鎊的職員投保的僱主，均可獲得稅項寬減。在1980年代初，大部分大規模機構的僱主均為其高級行政人員提供醫療保險。自1980年代起，白領人員的工會亦為會員投保³²。研究³³顯示凡有投保私人醫療保險的人，通常都從事專業及行政管理工作。在1987年，持有學位人口的29%，以及年薪超過26,000英鎊人口的41%均有購買保險。在具有最低良好資歷的人口中，7%有購買保險，而在最低收入人口中，則4%有購買保險。

10.12 私人保險通常承保範圍有限，都是屬於補充性質，以便支付一些非急需的醫療服務。因為如果要在國民保健署下獲得這些服務，往往需要輪候很長時間。私人保險的承保範圍通常不包括基層醫療護理服務。

10.13 自1990年起，政府已對60歲或以上並有應課稅入息的老人或為老人支付醫療保險費的人，實施稅項寬減。

其他

10.14 國民保健署除由政府及直接由私人資助外，其他融資來源³⁴包括慈善捐款、收入進款、土地及物業出售。收入進款指主要來自國民保健署轄下各醫院內的花店、小賣部等所得的收入。政府亦准許國民保健署轄下出售多餘的土地及樓宇以獲得收入。

³² Allsop, *Health Policy and the NHS: Towards 2000*, Longman出版, 1996, 第162頁。

³³ 同上, 第164頁。

³⁴ Appleby, *Financing Health Care in the 1990s*, Open University Press出版, 1992, 第10頁。

第4部 —— 醫療開支及融資安排的分析

11. 醫療總開支

11.1 由於國民保健署在1997年進行了架構上的轉變，現仍未有該署在新架構下的預算開支資料。因此，第4部的圖表載列國民保健署在舊架構下，英國的醫療開支及融資安排的數據。此外，由於在若干情況下，本部未能取得全英國在此方面的資料，因此改為採用英格蘭的資料。

11.2 醫療總開支是政府、個人及私營機構直接或間接用於醫療服務、管理醫療保險計劃、健康教育、醫療研究及興建醫療設施等方面的費用的總和。表1及圖3載列在1983年至1993年期間，英國的醫療總開支與本地生產總值的對照。

表1 —— 1983年至1993年英國的醫療開支

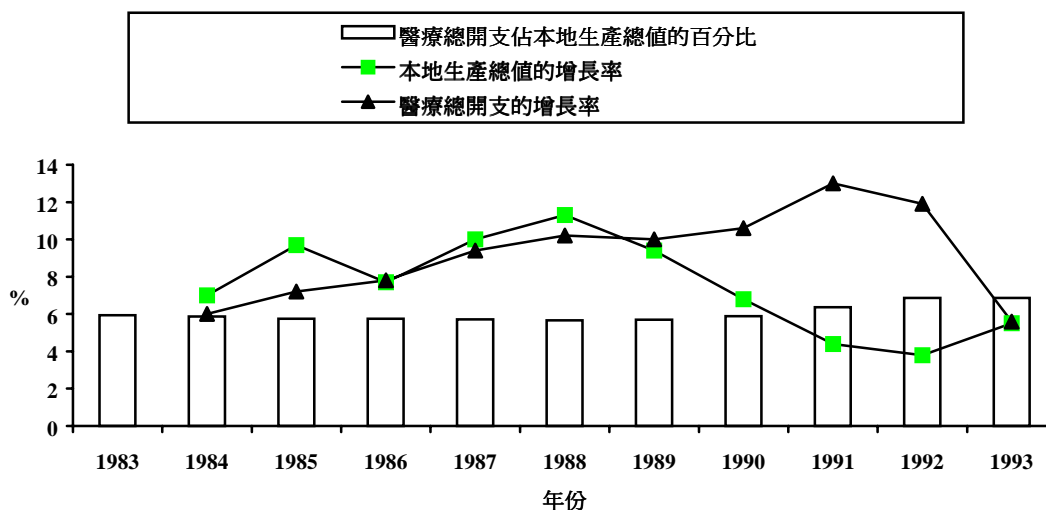
年份	英國的醫療總開支 (百萬英鎊)	本地生產總值 (百萬英鎊)	醫療總開支佔本地 生產總值的百分比
1983	18,046	304,456	5.93%
1984	19,120	325,852	5.87%
1985	20,506	357,344	5.74%
1986	22,111	384,843	5.75%
1987	24,198	423,381	5.72%
1988	26,671	471,430	5.66%
1989	29,333	515,957	5.69%
1990	32,443	551,118	5.89%
1991	36,657	575,321	6.37%
1992	41,004	597,121	6.87%
1993	43,313	630,023	6.87%

備註：表內按曆年列出有關數據。

資料來源：

1. *Introductory Guide to NHS Finance in the UK*，醫療財務管理協會(The Health Care Financial Management Association)出版，1995，第166頁。
2. 中央統計處，*Annual Abstract of Statistics 1995*，第237頁。

圖3 —— 1983年至1993年英國醫療總開支與本地生產總值的對照



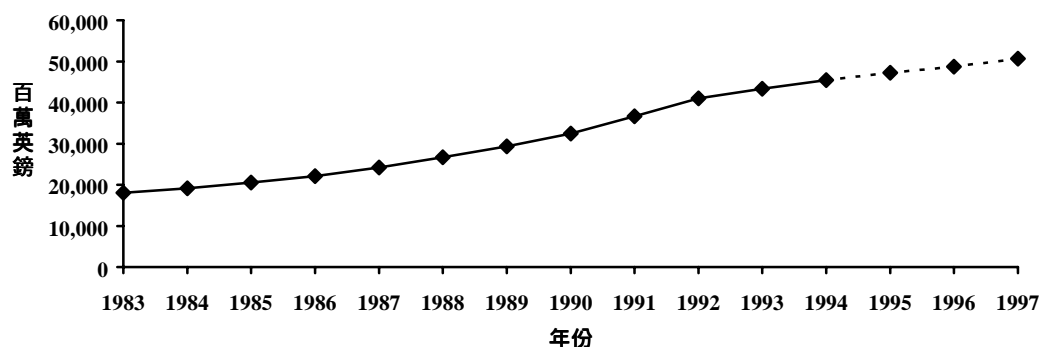
資料來源：

1. *Introductory Guide to NHS Finance in the UK*, 醫療財務管理協會出版, 1995, 第166頁。
2. 中央統計處, *Annual Abstract of Statistics 1995*, 第237頁。

11.3 據圖3所示，在這段期間，醫療總開支佔本地生產總值的百分比大致保持不變。醫療總開支的每年增長率亦與本地生產總值的每年增長率大致相符。然而，在1990年至1992年期間，醫療總開支的增幅較本地生產總值的增幅為高。這是由於英國政府在1990年至1992年期間進行了醫療改革，並增加醫療經費作先期的投資，藉以改善及維持國民保健署的服務。在1993年，醫療總開支的每年增長率再次相等於本地生產總值的增長率。

11.4 圖4顯示醫療總開支在1983年至1993年期間的轉變，以及在1994年至1997年期間的估計轉變。在1983年至1993年期間，醫療總開支的增幅達140%。而在1983年至1997年期間，醫療總開支的增幅則為181%左右。

圖4 —— 1983年至1997年英國的醫療總開支

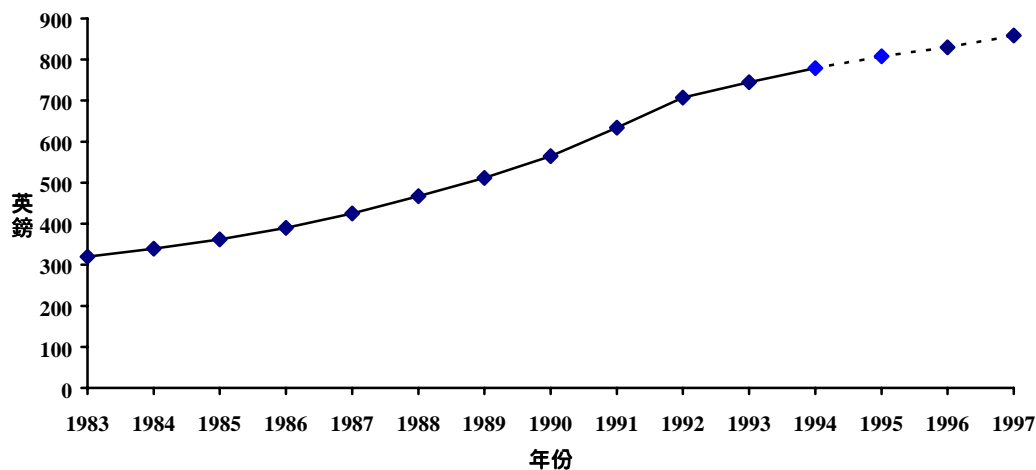


備註：1994年至1997年的資料是推算數據。

資料來源：Introductory Guide to NHS Finance in the UK，醫療財務管理協會出版，1995，第166頁。

11.5 在1983年至1993年期間，個人的平均醫療開支亦增加133%。據估計，這項開支將會在1994年至1997年期間進一步增加10%。圖5顯示個人的平均醫療開支的趨勢。

圖5 —— 1983年至1997年個人的平均醫療開支



備註：1994年至1997年的資料是推算數據。

資料來源：Introductory Guide to NHS Finance in the UK，醫療財務管理協會出版，1995，第166頁。

11.6 表2將英國的醫療總開支和經濟合作及發展組織³⁵國家的醫療總開支的平均數作比較。研究發現從1985年開始，英國的醫療總開支和經濟合作及發展組織國家的醫療總開支佔本地生產總值的百分比，以及兩者的公共醫療開支佔本地生產總值的百分比，均持續上升。然而，在整段研究期間，英國在此方面的數據較經濟合作及發展組織國家的平均數為低。其中一個導致醫療開支處於“低”水平的原因，是英國政府曾採取各項措施控制醫療開支。本研究報告第5部有更詳盡的資料。

表2 —— 英國的醫療開支與經濟合作及發展組織國家的醫療開支平均數的對照

年份	醫療總開支佔本地生產總值的百分比		公共醫療開支佔本地生產總值的百分比	
	英國	經濟合作及發展組織國家的平均數	英國	經濟合作及發展組織國家的平均數
1985	6.0	8.8	5.1	5.0
1990	6.1	9.2	5.2	5.5
1991	6.6	9.6	5.6	5.8
1992	7.1	9.9	6.0	6.1
1994	6.9	10.2	5.8	6.2
1995	6.8	10.4	5.8	6.4

資料來源：

1. *Introductory Guide to NHS Finance in the UK*, 醫療財務管理協會出版, 1995, 第167頁。

討論

11.7 英國的醫療總開支在過去10年一直持續增加，預期此趨勢會繼續。這情況可能與整體人口增長及人口老化有關。在1981年至1996年期間，整體人口的增幅為4%，而同期的老人人口(65歲及以上的人)增幅卻為10%。此年齡組別的增幅趨勢亦十分重要，因為高齡人口(即80歲及以上的人口)所佔的百分比亦持續上升。在1971年，80歲及以上的人口佔總人口的2%。在1993年，他們所佔的百分比已上升至4%³⁶。(附錄IV載列英國人口按年齡劃分的統計資料。)

³⁵ 經濟合作及發展組織的英文簡稱為OECD。

³⁶ 中央統計處, *Social Trends*, 1995年版, 第17頁。

11.8 關於醫療開支方面，由於醫療服務的使用者大部分是老人，因而使各方面醫療服務的需求增加：向普通科醫生求診的人數、開處藥方的數目、入院人數及住院時間均有所增加。因此，按人口平均計算的醫療開支隨年齡而迅速增長。本研究報告第13段會詳細解釋。

11.9 儘管如此，醫療總開支的增長率與本地生產總值的增長率大致相符。這可能由於在整段研究期間，醫療開支設有現金限額有關。

12. 醫療融資安排

12.1 表3及圖6顯示英國醫療開支的經費來源。從圖表可見，英國醫療開支經費約85%由公營機構提供。來自公營機構的融資是指來自國民保健署的融資，其中已包括政府的撥款。餘下15%的醫療開支資金來自私營機構。私營機構包括個人、商業機構及保險公司。

表3 —— 醫療服務的融資來源

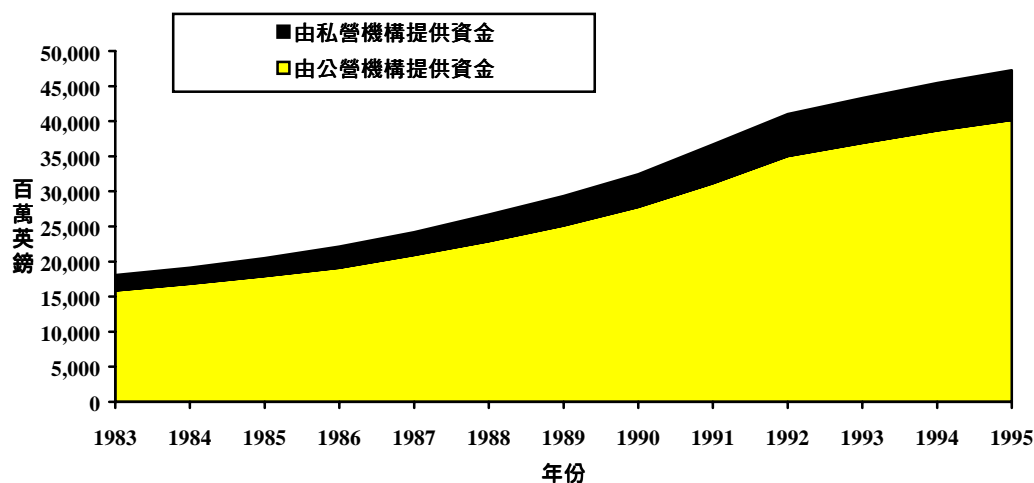
年份	醫療總開支 (a)及(b)的總和	由公營機構負擔的款額 (a)		來自私營機構的資金 (b)	
	百萬英鎊	百萬英鎊	佔總開支 的百分比	百萬英鎊	佔總開支 的百分比
1983	18,046	15,890	88.05	2,156	11.95
1984	19,120	16,817	87.95	2,303	12.05
1985	20,506	17,915	87.36	2,591	12.64
1986	22,111	19,109	86.42	3,002	13.58
1987	24,198	20,939	86.53	3,259	13.47
1988	26,671	22,912	85.91	3,759	14.09
1989	29,333	25,158	85.77	4,175	14.23
1990	32,443	27,798	85.68	4,645	14.32
1991	36,657	31,148	84.97	5,509	15.03
1992	41,004	35,023	85.41	5,981	14.59
1993	43,313	36,911	85.22	6,402	14.78
1994 ^e	45,447	38,680	85.11	6,767	14.89
1995 ^e	47,266	40,211	85.07	7,055	14.93

備註：

1. 所有數據指該曆年的數據。
2. ^e=估計數據。

資料來源： *Introductory Guide to NHS Finance in the UK*，醫療財務管理協會出版，1995，第166至168頁。

圖6 —— 英國醫療開支的融資來源



資料來源： *Introductory Guide to NHS Finance in the UK*，醫療財務管理協會出版，1995，第166頁。

12.2 從1983年開始，在醫療總開支中，來自私營機構的資金一直有所增加，從1983年的12%增至1997年的15%。但公營機構的撥款卻持續下降，從1983年的88%下降至1997年的85%。此轉變可能是由於私營機構提供的醫療服務的種類及服務量有所增加(詳情請參閱第4.2段。)儘管如此，由於在12年內，醫療融資安排的百分比只有3%的改變，因此差別不大。

13. 醫療服務的公共開支及融資安排

公共醫療開支

13.1 在本研究報告中，公共醫療開支是指國民保健署的總開支。表4載列公共醫療開支與公共總開支的對照。

表4 —— 公共醫療開支與公共總開支的對照

年份	公共醫療開支= 國民保健署總開支 (百萬英鎊)	公共總開支 ¹ (百萬英鎊)	公共醫療開支佔 公共總開支的 百分比
1983	15,890	122,232	13.0
1984	16,817	129,361	13.0
1985	17,915	137,806	13.0
1986	19,109	142,605	13.4
1987	20,939	148,501	14.1
1988	22,912	156,930	14.6
1989	25,158	174,711	14.4
1990	27,798	193,041	14.4
1991 ^e	31,148	207,652	15.0
1992 ^e	35,023	233,489	15.0
1993 ^e	36,911	251,095	14.7
1994 ^e	38,680	257,867	15.0
1995 ^e	40,211	269,873	14.9

備註：

- ¹=有關數據指中央政府及地方當局的開支，但不包括債務利息。
- ^e=估計數據。
- 所有數據指該曆年的數據。

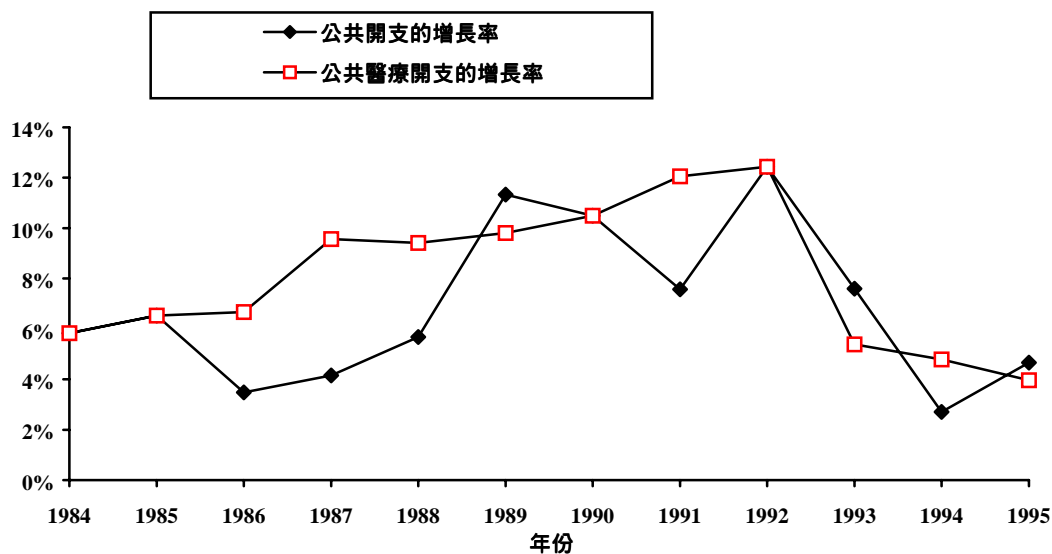
資料來源：

- Introductory Guide to NHS Finance in the UK*，醫療財務管理協會出版，1995，第166至168頁。

13.2 從表4可見，公共醫療總開支佔公共總開支的百分比，從1983年的13%增至1995年的15%。在研究期內，公共開支及公共醫療開支的增幅分別為121%及153%。公共醫療開支的增長率較公共開支的增長率為高，反映出市民對公共醫療護理服務的需求較平均水平為高。然而，在研究期內，公共醫療開支及公共開支有相同的變化，即大約在同一時間增加或減少³⁷。圖7顯示有關詳情。

³⁷ 除了在1990年至1992年期間，英國政府進行了醫療改革，並增加醫療經費作先期的投資，藉以改善及維持國民保健署的服務。

圖7 —— 公共醫療開支的增長率與公共開支的增長率比較



資料來源：

1. *Introductory Guide to NHS Finance in the UK*，醫療財務管理協會出版，1995，第166至168頁。

13.3 本部將國民保健署的開支(即公共醫療開支)與公共總開支的其他組成部分比較時，發現從1987年開始，在公營機構的最大額開支項目中，國民保健署的開支排列第二位。此外，從1982年開始，國民保健署的開支佔公共總開支的百分比亦持續上升。詳情請參閱表5及圖8。

表5 —— 國民保健署的開支佔公共總開支的百分比

年份	公共開支 ⁽¹⁾ 百萬英鎊	國民保健署所佔的百分比	國防 ⁽²⁾ 所佔的百分比	教育 所佔的百分比	房屋 ⁽³⁾ 所佔的百分比	社會福利 所佔的百分比	其他項目 ⁽⁴⁾ 所佔的百分比
1981	102,434	13.1	12.3	14.0	7.0	30.3	23.3
1982	112,786	12.5	12.8	13.6	5.8	32.3	23.0
1983	122,232	13.0	13.0	13.4	6.1	32.1	22.4
1984	129,361	13.0	13.2	13.1	6.2	32.6	21.9
1985	137,806	13.0	13.2	12.5	5.1	33.6	22.6
1986	142,605	13.4	13.4	13.5	5.7	35.0	19.0
1987	148,501	14.1	12.8	14.0	5.5	35.1	18.5
1988	156,930	14.6	12.6	14.4	5.4	34.6	18.4
1989	174,711	14.4	12.0	14.2	4.6	32.8	22.0
1990	193,041	14.4	11.9	13.8	4.0	32.6	23.3
1991 ^e	207,652	15.0	11.2	14.1	4.2	35.5	20.0
1992 ^e	233,489	15.0	10.5	13.7	4.4	36.2	20.3
1993 ^e	251,095	14.7	9.7	13.5	4.4	37.1	20.6
1994 ^e	257,867	15.0	9.5	13.5	4.4	36.6	21.0
1995 ^e	269,873	14.9	8.8	13.4	4.3	36.9	21.7

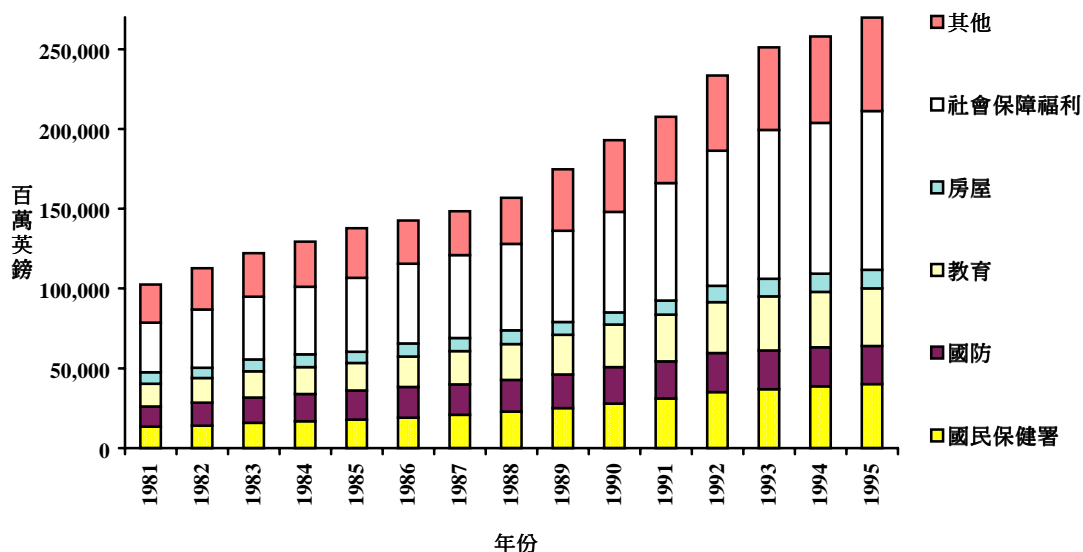
備註：

- ⁽¹⁾ = 包括債務利息。
- ⁽²⁾ = 軍事防衛及民防。
- ⁽³⁾ = 包括社區設施，例如水務、污水處理及其他事項。
- ⁽⁴⁾ = 包括個人社會服務，交通項目等。
- ^e = 估計數據。
- 所有數據指該曆年的數據。

資料來源：

- Introductory Guide to NHS Finance in the UK*, 醫療財務管理協會出版, 1995, 第168頁。

圖8 —— 1981年至1995年各主要政策範疇在公共總開支中所佔款額



資料來源：

1. *Introductory Guide to NHS Finance in the UK*, 醫療財務管理協會出版, 1995, 第168頁。

13.4 表6顯示國民保健署的近期開支趨勢及日後的開支計劃。從圖表可見，國民保健署的開支中佔最大部分用於醫院、社區健康服務和家庭服務(設有現金限額)。在1992至93年度直至1998至99年度期間，這方面的開支平均佔國民保健署的總開支約75%。用於家庭健康服務(並無設有現金限額)的開支則在國民保健署的總開支中佔第二位，即平均佔22.5%。由於政府承諾更優先提供社區護理及家庭健康服務，因此，用於該等服務的開支所佔的百分比已輕微上升1%。在這段期間，國民保健署其他方面的開支所佔的百分比，則維持在較穩定的水平。圖9及圖10載列有關詳情。

表6 —— 英國國民保健署開支的組成部分

(百萬英鎊)	1992至 93年度 的結算 數字	1993至 94年度 的結算 數字	1994至 95年度 的結算 數字	1995至 96年度 的結算 數字	1996至 97年度 的結算 數字	1997至98 年度的估 計結算 數字	1998至 99年度 的計劃
國民保健署轄下醫院、社區健康服務、家庭健康服務(設有現金限額)及相關服務，以及國民保健信託基金	26,972	27,997	29,432	30,779	31,810	33,342	35,108
佔國民保健署總開支的百分比	74%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
國民保健署的家庭健康服務(沒有現金限額)	8,003	8,388	8,825	9,244	9,709	10,219	10,591
佔國民保健署總開支的百分比	22%	22%	22%	22%	23%	23%	23%
部門行政費 ^a	407	358	350	341	328	317	310
佔國民保健署總開支的百分比	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
藥物管制局營運基金	不適用	5	0	0	0	0	1
佔國民保健署總開支的百分比	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用
中央醫療及雜項服務	852	732	749	795	839	841	835
佔國民保健署總開支的百分比	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
國民保健署總開支	36,233	37,481	39,357	41,159	42,686	44,719	46,844

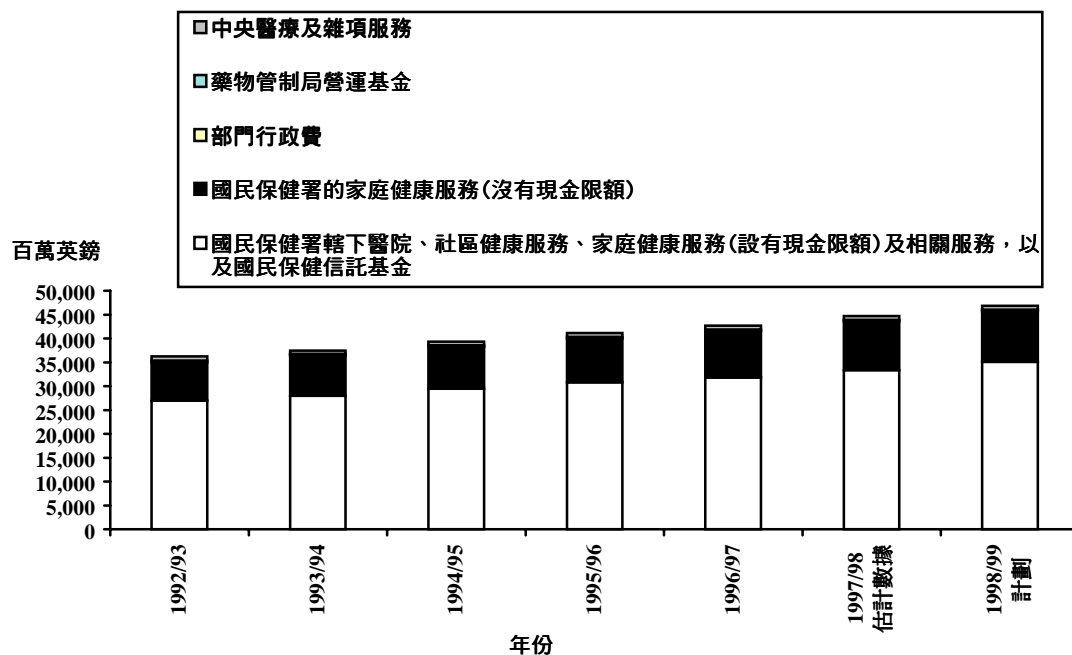
備註：

1. 藥物管制局營運基金是英國的一個規管機構，負責透過管制藥物和實施一套發牌、檢查及監管制度，以保障公眾健康。藥物管制局在1993至94年度之前的開支數據均包括在部門行政費內。
2. ^a不包括蘇格蘭及威爾斯的醫療計劃的部門行政費。
3. 表內並無顯示少於50萬英鎊現金的數額。
4. 由於本部將數據調整為整數，因此有關數據的總和可能與原來的總和有出入。
5. 所有數據指該財政年度的數據。

資料來源：

1. 衛生局，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>。

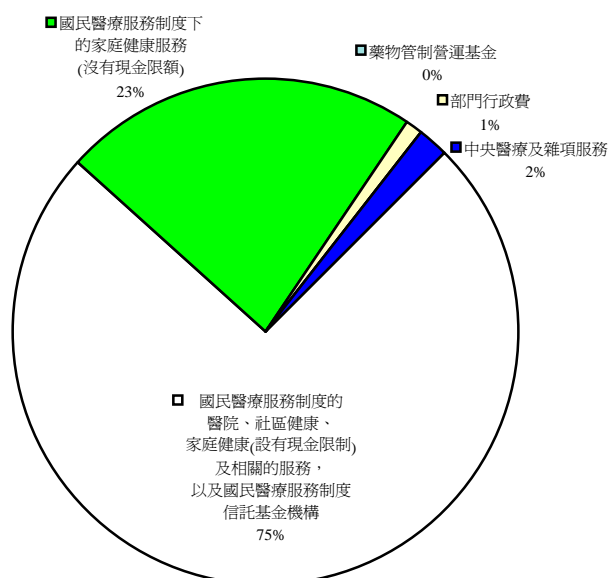
圖9 —— 各項開支在國民保健署總開支中所佔的百分比



資料來源：

- 衛生局，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>。

圖10 —— 1998至99年度英國國民保健署的各項計劃開支



資料來源：

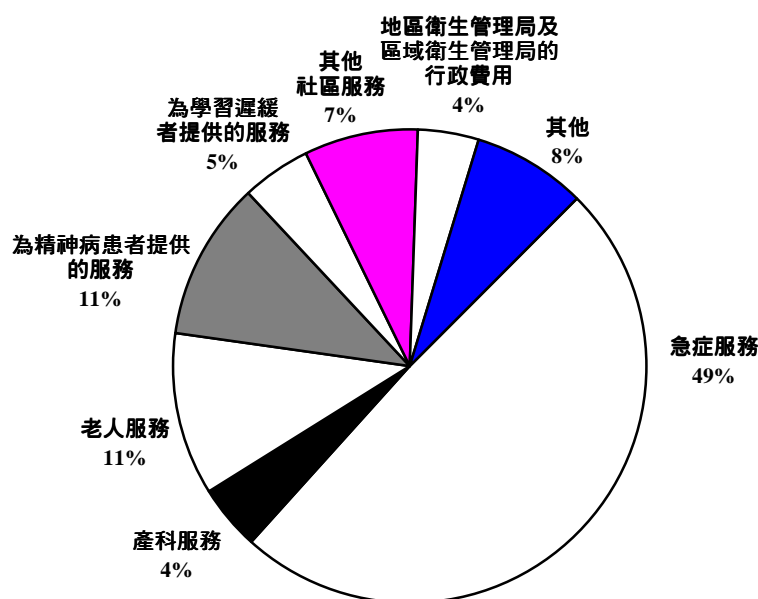
- 衛生局，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>。

國民保健署各類服務的開支(只是英格蘭的情況)

醫院及社區健康服務

13.5 圖11顯示在1995至96年度醫院及社區健康服務總開支中，各類服務開支的比重。急症醫院服務佔總開支49%；為精神病患者及學習遲緩者提供的服務，佔總開支約16%；專為65歲及以上的老人而設的服務，即老人住院及門診服務、日間護理服務等，佔總開支11%。然而，據附錄IV及圖12所示，在1996年，雖然65歲及以上的老人佔人口約16%，但他們所使用的服務，佔醫院及社區健康服務總開支的41%。這是由於在急症服務、為精神病患者提供的服務及社區服務的各項開支中，約佔40%是用於為65歲及以上老人提供的服務³⁸。

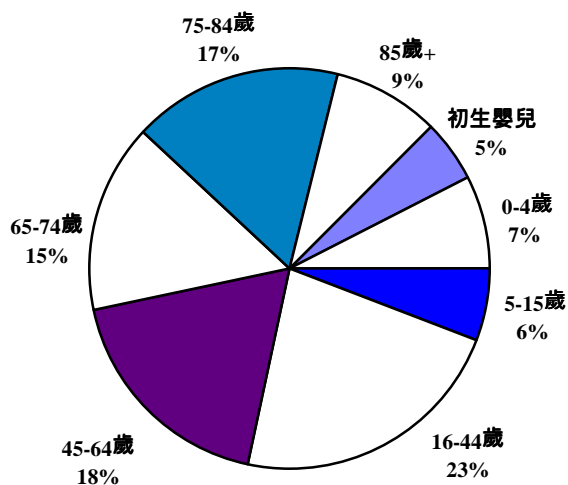
圖11 —— 1995至96年度醫院及社區健康服務總開支中各類服務的開支百分比



資料來源：衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>

³⁸ 衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>

圖 12 —— 1995至96年度醫院及社區健康服務總開支中不同年齡組別所佔的百分比(估計數字)



資料來源：衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>

國民保健信託基金

13.6 國民保健信託基金透過合約形式，為衛生管理局、成為公債持有人的普通科醫生及私人機構提供醫療護理服務，藉此賺取收入。該基金須自行支付經常性費用，並賺取相等於其有關資產平均淨值6%的利潤及收回折舊成本³⁹。由於本部未能取得所有國民保健信託基金總開支的分項數字，因此在表7舉例說明一個典型的國民保健信託基金⁴⁰的開支。

³⁹ 衛生部，*Departmental Report 1996*，第32頁。

⁴⁰ 本部選擇以亨墨斯密醫院(Hammersmith Hospital)國民保健信託基金作為例子，因為該基金能達到載於1994至95年度公布的“病人約章”內，就全國醫療服務輪候時間所定目標逾80%。

表7 —— 1994至95年度亨墨斯密醫院國民保健信託基金的開支

開支項目	‘000英鎊	佔總開支的百分比
員工費用(總額)	98,964	51.5
董事局成員及高級行政人員	3,656	1.9
房產及輔助設施人員	4,033	2.1
負責行政、文書及管理工作的人員	13,898	7.2
專業臨床護理人員	16,421	8.6
護士及助產士	37,617	19.6
醫護人員	23,339	12.2
非員工費用(總額)	93,070	48.5
供應品及服務 —— 醫療	33,680	17.5
供應品及服務 —— 一般	3,672	1.9
樓宇及固定設備	20,300	10.6
樓宇及設備折舊	9,717	5.1
既定開支	4,155	2.2
其他	21,546	11.2
總額	192,034	100

備註：

1. 供應品及服務 —— 醫療：主要指藥物、醫療物品及設備。
2. 供應品及服務 —— 一般：主要指食物供應、清潔工作及洗衣服務。
3. 樓宇：主要指燃料、計算、差餉及樓宇保養。
4. 既定開支：主要是文具及電話的開支。
5. 其他：主要是外判的服務及其他項目的開支。

資料來源：Annual Report 1994/95，亨墨斯密醫院國民保健信託基金出版，第22頁。

13.7 據表7所示，稍逾半數的開支用於支付員工費用。(關於亨墨斯密醫院國民保健信託基金所僱用的員工數目，請參閱表8。)在國民保健信託基金的總開支中，醫療供應品及服務在最大額開支中排列第二位，佔總開支的17.5%。

表8 —— 1995年受聘於亨墨斯密醫院國民保健信託基金的員工數目

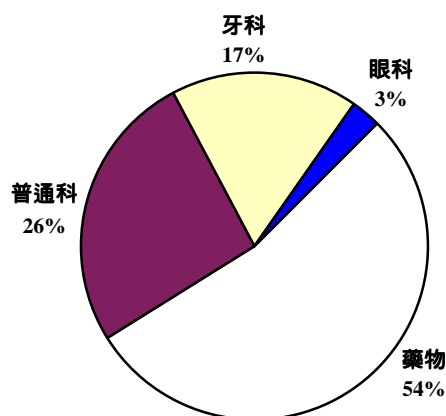
員工	數目	佔總數的百分比
護士及助產士	1 800	44.4
負責行政及文書工作的人員	897	22.1
其他專業及技術人員	484	11.9
醫生及牙醫	443	10.9
從事與藥物有關的工作的專業人員	236	5.8
附屬設施及房產人員	197	4.9
總數	4 057	100

資料來源：Annual Report 1994/95，亨墨斯密醫院國民醫療服務信託基金出版，第22頁。

家庭健康服務

13.8 圖13顯示1994至95年度家庭健康服務(非現金限額)的總開支。在這項服務的開支中，以藥劑服務，即藥物及開處藥方的開支佔最大部分，佔總開支的54%。其次是普通科醫療服務(佔26%)，這項開支主要用作支付普通科醫生的費用，而餘下的20%是牙科及眼科服務的開支。

圖13 —— 1994至95年度家庭健康服務(非現金限額)的總開支

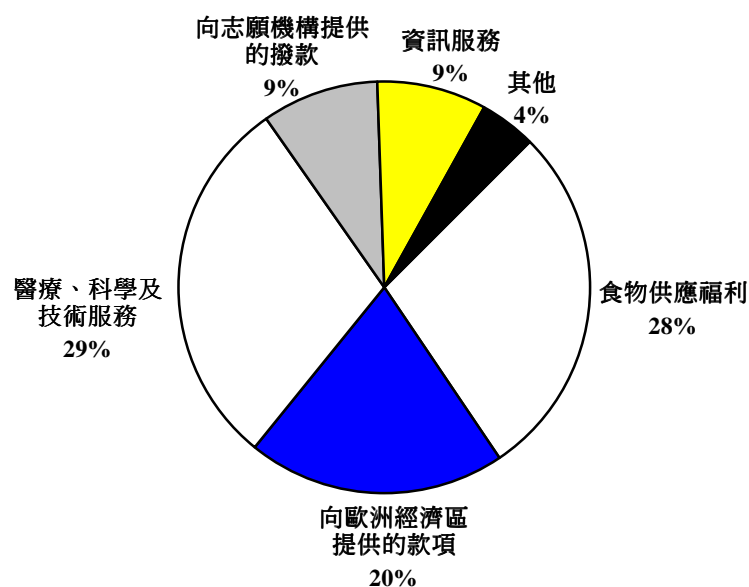


資料來源：衛生部，Departmental Report 1996，第43頁。

中央健康及其他服務

13.9 中央健康及其他服務的開支用於：(1)食物供應福利計劃 —— 如果受入息資助的家庭成員有5歲以下的兒童及懷孕婦女，該計劃會免費為該等家庭提供奶類飲品及奶粉；(2)歐洲經濟區的醫療費用 —— 這筆款項用於支付其他成員國為英國國民提供治療而收取的費用；(3)用於醫療、科學及技術服務的開支；(4)向志願機構提供的撥款；及(5)健康教育局 —— 該局直接向公眾人士提供有關促進健康的資料及專業意見。圖14載列1995至96年度中央健康及其他服務的估計總開支。

圖14 —— 1995至96年度中央健康及其他服務的估計總開支



資料來源：衛生部，*Departmental Report 1996*，第16頁。

討論

13.10 本部觀察到國民保健署所獲得的撥款佔醫療總開支的85%，其中75%用於醫院及社區服務，23%用於家庭健康服務，而餘下的撥款則用於其他服務。由於國民保健署大部分的開支是用於醫院服務，因此該署提供的服務主要依然是治療護理。至於醫院及社區服務方面，約半數的開支用於急症醫院服務。這些服務的使用者大部分是老人。預期隨著人口老化，市民對醫療護理服務的需求，特別是對長期護理及社區護理服務的需求將會更大。在家庭健康服務的開支中，逾半數是用於購買藥物及開處藥方的費用。這顯示如果藥物價格和相關費用增加，這將會對家庭健康服務的開支有重大影響。根據Allsop (1996)⁴¹，配藥費已大幅增加：在1979年至1994年期間，每次配藥的收費從1英鎊以下增至約5英鎊。

公共醫療服務融資

13.11 國民保健署主要由政府提供經費。在1997至98年度，國民保健署經費的94%來自公共收入，只有6%來自其他方面，例如各項服務的收費、收入進款及土地出售等。然而，在國民保健署的經費中，來自公共收入的百分比正下降。這是由於該署從國民保健信託基金收回更多款項，該筆款項是國民保健信託基金付還該署的有息債務還款。(詳情請參閱表12。)表9及圖15載列有關的百分比。

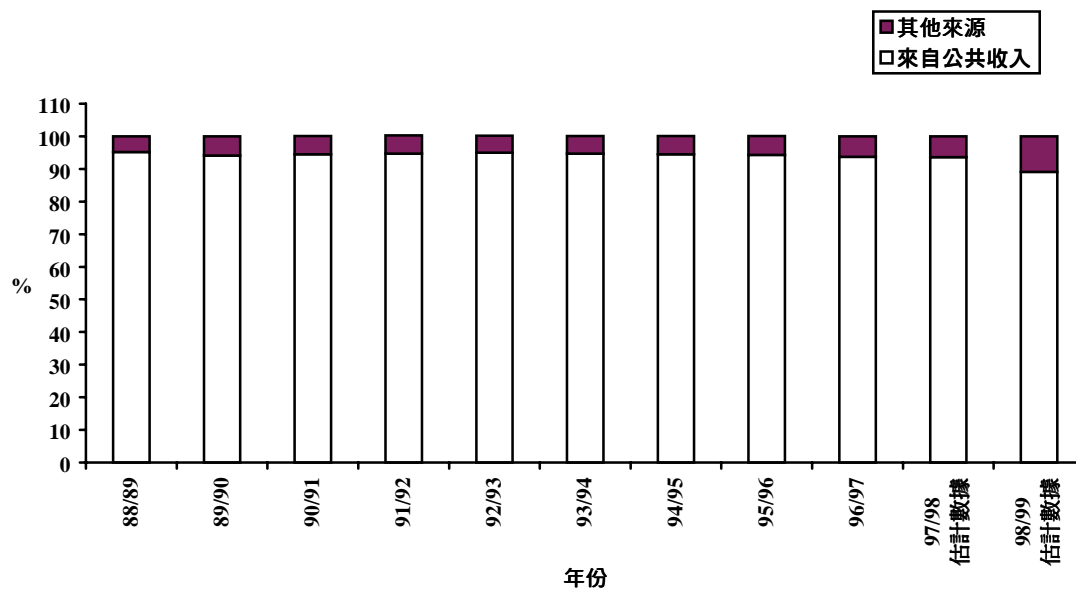
⁴¹ Allsop, *Health Policy and the NHS : Towards 2000*, Longman出版, 1996, 第164頁。

表9 —— 國民保健署經費來源的百分比

所有數據均為百分比			
財政年度	公共收入	其他來源	總數
1988-89	95.2	4.8	100
1989-90	94.1	5.9	100
1990-91	94.5	5.5	100
1991-92	94.7	5.3	100
1992-93	95.0	5.0	100
1993-94	94.7	5.3	100
1994-95	94.5	5.5	100
1995-96	94.3	5.7	100
1996-97	93.7	6.3	100
1997-98 估計數據	93.6	6.4	100
1998-99 估計數據	89.1	10.9	100

資料來源：衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，
<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>

圖15 —— 國民保健署經費來源的百分比



資料來源：衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，
<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>

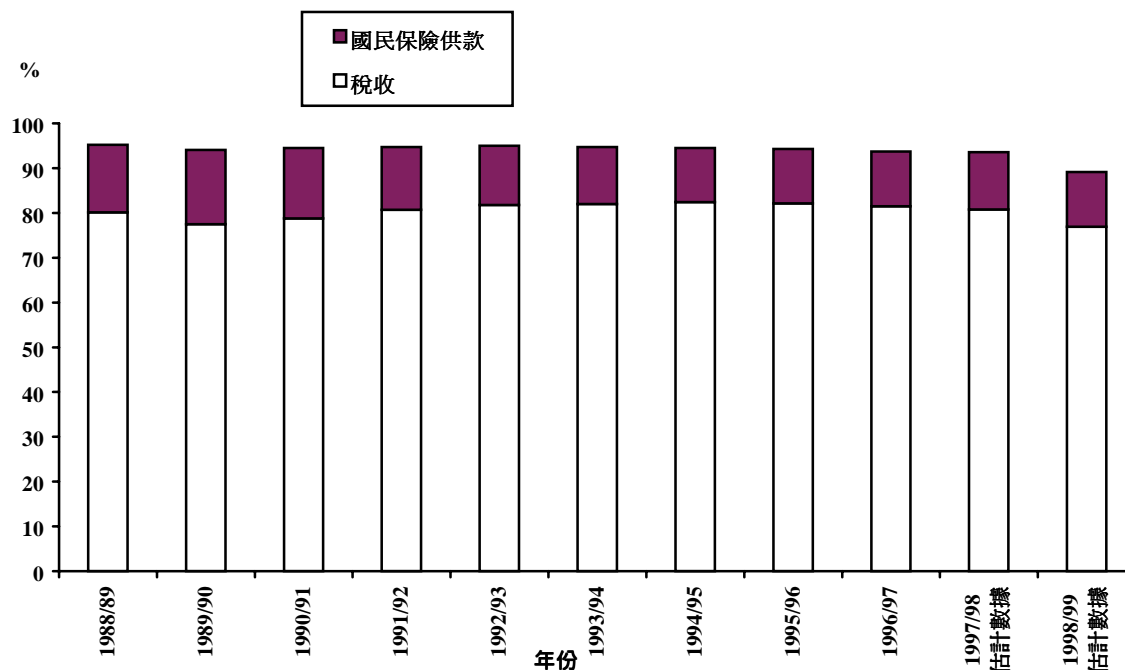
13.12 在1995至96年度，公營機構向國民保健署提供的撥款中，其中82%來自稅收，餘下的12%則來自國民保險供款。表10顯示經費來源在不同時間的轉變。

表10 —— 國民保健署經費來源的分項數字 — 公共收入

所有數據均為百分比			
財政年度	稅收 (a)	國民保險供款 (b)	公共收入總額 (a)+(b)
1988-89	80.1	15.1	95.2
1989-90	77.5	16.6	94.1
1990-91	78.8	15.7	94.5
1991-92	80.7	14.0	94.7
1992-93	81.8	13.2	95.0
1993-94	82.0	12.7	94.7
1994-95	82.4	12.1	94.5
1995-96 估計數據	82.1	12.2	94.3
1996-97 估計數據	81.5	12.2	93.7
1997-98 估計數據	80.8	12.8	93.6
1998-99 估計數據	76.9	12.2	89.1

資料來源：衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，
<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>

圖 16 —— 國民保健署經費來源的分項數字 — 公共收入



資料來源：衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>

13.13 從表 10 及圖 14 可見，在 1988 至 89 年度直至 1997 至 98 年度期間，公營機構向國民保健署作出的撥款維持不變(即 94% 至 95%)。然而，在 1998 至 99 年度，政府預期會從國民保健信託基金獲得一筆巨額款項。該筆款項是國民保健信託基金向政府付還有息債務的本金。政府會將該筆款項撥給國民保健署作為該署的經費。在研究期內，在國民保健署所得的經費中，稅收及國民保險供款所佔的百分比只有輕微改變。因此，整體而言，兩者並沒有為國民保健署提供較多或較少的資源(整體相差約 1%)，兩者僅改變由納稅人(即稅收)及供款者(即國民保險供款)提供該署所得經費總額中所佔的比例。

13.14 表 11 顯示國民保健署其他經費來源的分項數字。從該等來源所得的經費中，其中 2% 是來自向病人收取的費用，而 8% 則來自其他方面，主要是來自國民保健信託基金退還的款項。從 1989 至 90 年度起，醫療收費在所得經費中所佔的百分比上升，主要是因為從私家收費的病人所得的收入增加。這類增加，亦來自《1988 年健康及藥物法令》，因為該法令准許衛生管理局按商業價格自行釐定私家病人的收費。該等收費主要是配藥、牙科及眼科服務的收費。

表 11 —— 國民保健署經費來源的分項數字 — 其他來源

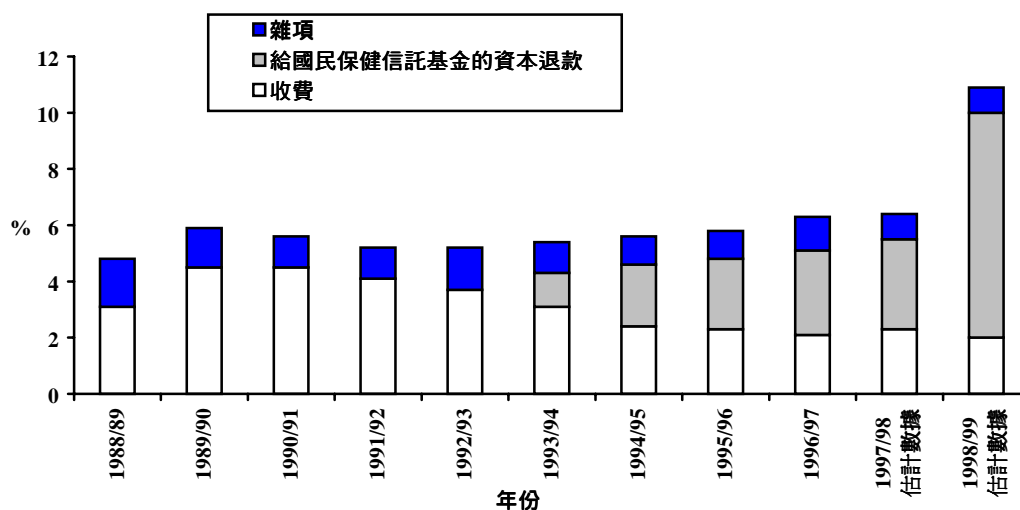
所有數據均為百分比				
財政年度	收費 ⁽¹⁾ (a)	給國民保健信託基金 的資本退款 ⁽²⁾ (b)	雜項 ⁽³⁾ (c)	總額 (a) + (b) + (c)
1988-89	3.1	不適用	1.7	4.8
1989-90	4.5	不適用	1.4	5.9
1990-91	4.5	不適用	1.1	5.6
1991-92	4.1	不適用	1.1	5.6
1992-93	3.7	不適用	1.5	5.2
1993-94	3.1	1.2	1.1	5.4
1994-95	2.4	2.2	1.0	5.6
1995-96	2.3	2.5	1.0	5.8
1996-97	2.1	3.0	1.2	6.3
1997-98	2.3	3.2	0.9	6.4
1998-99 估計數據	2.0	8.0	0.9	10.9

備註：

- (1) 收費主要指在家庭健康服務中，有關配藥及牙科的收費。由衛生管理局集中收取的病床收費及同類收入亦包括在內。但各地區的國民保健信託基金所收取的病床收費及同類收入則不包括在內。
- (2) 在1993至94年度之前，給國民保健信託基金的資本退款沒有分項列出。
- (3) 主要指衛生管理局收訖的款項。
- (4) “不適用”代表未有此數據的詳細資料。

資料來源：衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，
<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>

圖 17 —— 國民保健署經費來源的分項數字 — 其他來源



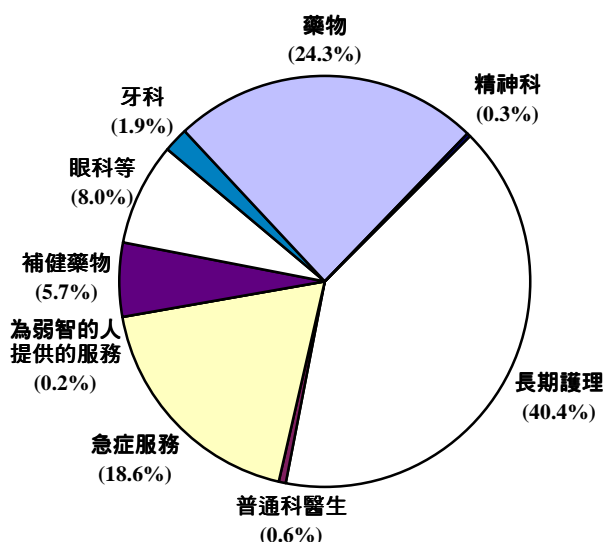
資料來源：衛生部，*Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999*，
<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39>

14. 私人醫療開支及融資安排

私人醫療開支

14.1 由於國民保健署向英國國民提供全面的、免費的醫療服務，因此私人醫療開支只佔醫療總開支約15%。圖18顯示在1989年，各類醫療服務開支在私人醫療開支中所佔的百分比。長期護理服務佔私人醫療總開支的40%，這可從1980年代中期起長期護理服務的增長來反映：1984年至1989年期間，由私人機構及志願機構開辦的護養院的數目增幅超逾3倍，而在同期，私人安老院的數目亦增加了3倍。

圖18 —— 1989年私人醫療服務中各類服務的開支



資料來源：Appleby, *Financing Health Care in the 1990s*, Open University Press出版，1992，第53頁。

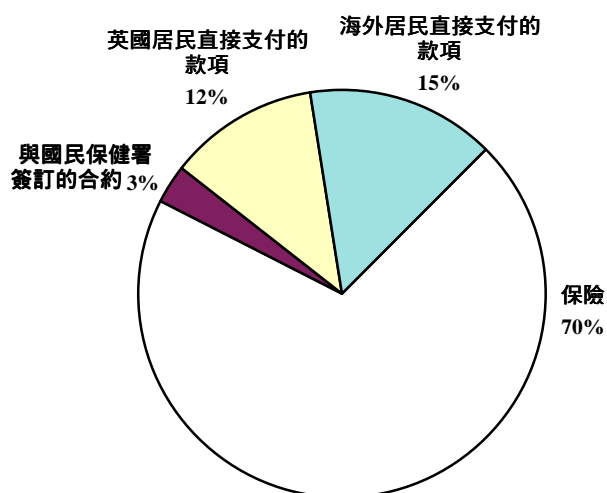
14.2 在私人醫療服務的最大額開支中，藥物費用排列第二位。在英國，自購藥物服用的情況十分普遍。據估計⁴²，在英國每三個人便有一個會在任何時間自購藥物服用。市民通常會自購藥物，用以治療傷風咳嗽、各種疼痛及減肥。

⁴² Orton 及 Fry, *UK Health Care: The Facts*, Kluwer Academic Publishers出版，1995，第61頁。

私人醫療服務融資

14.3 圖19顯示私人醫療服務的融資來源。研究發現佔70%的私人醫療費用是以醫療保險支付。私人醫療服務的大部分經費是用於急症服務(提供專科服務和主要是手術服務)。⁴³

圖19 —— 1989年私人醫療服務的融資來源



資料來源：Appleby, *Financing Health Care in the 1990s*, Open University Press出版, 1992, 第54頁。

私人保險

14.4 在過去10年, 不同形式私人醫療保險的購買者在英國人口所佔的百分比一直穩定上升。在1985年, 英國人口的約9%已購買私人醫療保險。在1996年, 估計保險購買者所佔的百分比已增至14%⁴⁴。大部分私人保險的承保範圍均有限, 都是屬於補充性質, 以便支付一些非急需的醫療服務, 例如疝及靜脈曲張的治療, 因為如果要透過國民保健署得到這些醫療服務, 往往需要輪候很長時間。私人保險的承保範圍通常不包括基層醫療護理服務。

⁴³ Appleby, *Financing Health Care in the 1990s*, Open University Press出版, 1992, 第54頁。

⁴⁴ Orton及Fry, *UK Health Care: The Facts*, Kluwer Academic Publishers出版, 1995, 第59頁。

14.5 如上文所述，私人醫療開支的最大部分是長期護理服務的開支。然而，雖然醫療保險是私人醫療服務的最主要經費來源，但私人長期護理服務的經費並非來自醫療保險，而是來自個人直接支付的款項或來自政府撥款。根據Appleby (1992)，在私人長期護理服務的經費來源中，醫療保險所佔的百分比一直是微不足道，或根本並非經費來源。在1988年，在私人長期護理服務經費中，約佔60%是由服務的使用者直接支付，餘下約40%則透過社會福利部以入息資助的形式從稅收撥款。

14.6 因此，自1990年起，政府已對60歲及以上並有應課稅入息的老人或為老人支付醫療保險費的人，實施稅項寬減。此舉是鼓勵市民購買私人醫療保險，並希望藉此在長期護理服務經費中，減少由服務使用者直接支付及政府資助所佔的比例。

討論

14.7 雖然國民保健署為全國人民提供醫療服務，但英國亦有其他私人醫療護理服務，補充國民保健署所提供的服務。大部分私人醫療開支用於對安老院及護養院的資助、購買藥物及購買承保範圍涵蓋若干急症及專科醫療服務的私人醫療保險。

14.8 廣泛購買私人醫療保險是私人醫療服務發展的重要因素。為僱員購買醫療保險的公司數目顯著增加⁴⁵ (請參閱第10.11段)。然而，這種做法亦可能產生問題，因為如果僱員退休或因其他理由離職，這方面的醫療保險便可能會終止。此舉亦會對老人或為老人支付長期護理服務費用的家人造成更大的財政負擔。

14.9 上文清楚指出，在私人長期護理服務的經費中，約40%是由私營機構支付。隨著人口老化，國民將須為這方面服務的經費作出較大承擔，如果他們沒有足夠資源，便須由政府承擔。一位學者⁴⁶指出，“國民保健署顯然一直逃避在這方面[長期護理服務]的責任。”對於申訴專員接獲關於國民保健署轄下醫院拒收病人的投訴，衛生管理局回覆時表示，其政策是向病人提供一個短時間的住院服務，持續的護理服務應留給社區負責...如果醫院必須提供長期護理服務，在財政上便會超支。這反映出政府撥款不足的問題，因此，國民保健署的醫療服務未必能滿足所有需求。本研究報告第5部探討英國政府所採取的融資安排的利弊。

⁴⁵ *White Paper on Working for Patients*, 威爾斯、北愛爾蘭及蘇格蘭的衛生大臣於1989年1月提交國會的文件，第69頁。

⁴⁶ Newdick, *Who Should We Treat?* 牛津的Clarendon Press出版，1995，第9頁。

第5部 —— 醫療融資安排的分析

15. 融資安排

公共收入

15.1 由國家稅收來提供醫療經費的安排使政府可決定並控制整體的醫療開支，以應付國民的醫療需要。國民保健署提供的服務涵蓋全國人民，並以國民的需要為本，與曾否作出供款並沒有關係，所以有別於社會或私人醫療保險制度。此外，由於課稅制度一般都是適當地累進的，這樣的融資方法可以說是公平合理。

15.2 以稅收為融資基礎的制度，其缺點是醫療開支必須與其他方面的公共開支進行競爭。鑑於享用醫療服務的人無需對服務定價和成本進行比較，他們完全不體會服務的成本。因此，需求或會很大，但國民能否獲得醫療服務，可能會由提供者決定或配給。如果採用配給的方式，便可能要輪候很長時間，而且服務質素亦會下降。

15.3 1992年的經濟合作及發展組織報告指出：

從最好的方面來看，以稅收為融資基礎的制度似乎可以根據臨床需要，以合理的成本提供優質的醫療服務。然而，在這樣的制度下經常會有很長的輪候名單，而且似乎鼓勵工作人員以輕率及冷淡的態度提供服務。從最壞的方面來看，這樣的制度出現的結果，是一班態度散漫的工作人員，在殘舊失修的建築物內，面對不勝負荷的工作量，提供低質素的服務。⁴⁷

15.4 簡括來說，嚴格控制國民保健署的收支預算一方面可以極之有效地控制該署的開支，但另一方面，由於政府的撥款設有現金限額，醫療制度可能出現經費不足的情況。如果缺乏經費，當局可能會以配給的方式提供醫療服務，這樣或會導致武斷或偏差地分配資源。

⁴⁷ 經濟合作及發展組織，*The Reform of Health Care: A Corporative Analysis of 7 OECD Countries*，經濟合作及發展組織出版，巴黎，1992，第16頁。

私人保險

15.5 私人醫療保險的投保人一旦獲得保險公司承保，便可以在醫療服務方面有更多選擇，他們可以選擇入院時間、醫生、較佳的護理服務及質素較高的服務。同時，由於要獲得國民保健署提供的服務，一般須輪候較長時間，因此病人如果購買了私人醫療保險，便可迅速獲得醫療服務。

15.6 然而，是否購買保險需視乎個人的意願及供款能力。健康轉壞的風險是難以預測的，而且這項風險可能會被低估或忽略。在支付保金方面，能力最低的人往往是風險最高的一群(例如老人)。此外，承保人傾向於採取“擇善棄惡”的做法，亦即是他們可能不接受風險最高的人投保。

15.7 在私人保險方面，還有兩個有關的問題。其中一個是投保者「道德危機」，另一個是「利己的選擇」。關於投保者「道德危機」的問題，投保人在購買保險後，對危險的警覺亦會隨之降低，他們可能會參與有損本身健康的活動，而且，由於醫療費用由承保人支付，他們亦會比較不理會這些活動可能會產生的後果，這因而會對醫療服務的需求造成上升壓力，同時亦對保費造成上升壓力。

15.8 「利己的選擇」的意思是，市民會將保費及自己日後或需支付的醫療費用兩者的金額加以比較。如果他們認為日後需花費的醫療費用會較保費為高，他們便會投保。此舉的結果是“高風險”(健康較差)的保險購買者的人數可能增加。為應付上述情況，承保人會提高保費以收回成本。總而言之，以上這兩個問題均會使保費增加，最終甚至可能會摧毀整個保險市場。

向病人收取費用

15.9 鑑於當局無法負擔免費提供鑲假牙及配眼鏡的服務，所以自1951年開始已就若干服務向病人收取費用。對提供的服務收取費用通常被視為是增加收入的一種方法，但收費制度可能會令到貧苦大眾減少使用醫療服務。此外，除非可向使用大量服務的病人收取較高的費用，從而獲得大筆收入，否則收費制度難以達到籌措經費的目的。鑑於醫療服務的使用者大部分是老人，他們收入可能很低，當局不可能提高這些服務的收費，以免年老的病人拖延接受必須的治療。因此，只有非醫療性的福利服務才會收費，這些服務包括在非辦公時間接受普通科醫生的手術等。上述情況說明了各項收費只佔醫療經費來源2%的原因。

16. 控制開支

16.1 國民保健署的支出是公共開支計劃過程的一部分。鑑於開支受制於現金限額的規定，當局必須嚴格控制總體開支。現金限額的規定使政府能夠對公營機構(國民保健署)的現金開支維持嚴謹的控制。據報⁴⁸如果負責的人員不能將醫療開支控制在預算範圍內，他們可能會被解僱或受到處分。

16.2 除了現金限額的規定外，由於幾乎所有醫生均受僱於國民保健署，控制醫生的薪金遂成為另一種節省成本的方法。根據Orton及Fry(1995)的研究所得，與其他國家的醫生相比，英國醫生的薪金屬於偏低。請參閱表12的比較資料。

表12 —— 按私人機構平均工資的倍數計算的醫生收入

國家	倍數
美國	7.3
德國	4.6
加拿大	4.1
澳洲	4.1
法國	2.7
英國(顧問醫生)	3.4
英國(普通科醫生)	2.7

資料來源：Orton及Fry, *UK Health Care: The Facts*, Kluwer Academic Publishers出版，1995，第54頁。

16.3 表12顯示美國醫生賺取的收入是私營機構平均工資的7.3倍，而英國醫生賺取的收入是私營機構平均工資的2.7至3.4倍。如果與英國國內的其他專業人士比較，醫生的薪金亦屬偏低。詳情請參閱表13。

⁴⁸ 經濟合作及發展組織，*Internal Markets in the Marketing: Health Systems in Canada, Iceland, and the United Kingdom*，1995，第12頁。

表 13 —— 英國專業人士入息中位數(指數)

專業類別	指數
醫生	100
會計師	140
律師	142
精算師	175

資料來源：Orton及Fry, *UK Health Care: The Facts*, Kluwer Academic Publishers出版，1995，第55頁。

16.4 將若干原本由國民保健署人員提供的服務外判，是進一步節省成本的方法。舉例而言，衛生管理局在1981年需將本身的膳食供應、家居服務及洗衣服務以投標的方式外判，由市場價格釐定這些服務的開支。當局相信競投的做法會更合乎經濟效益。截至1986年，膳食供應合約的55%，以及家居服務及洗衣服務的75%已進行招標。在1987年，英國國家審計處估計競投方式可節省約20%的成本。⁴⁹

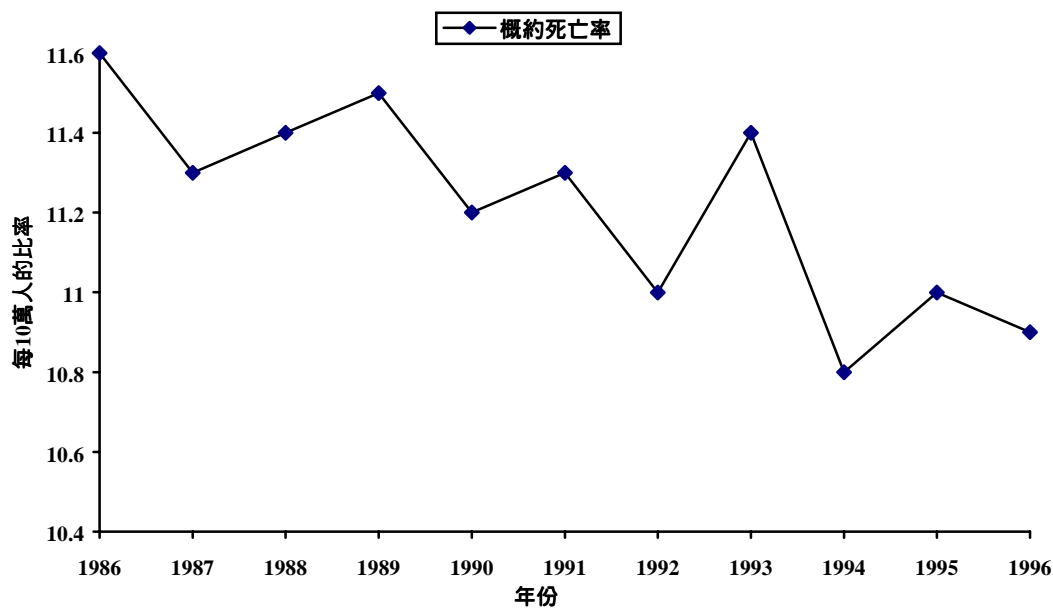
17. 醫療制度的表現

醫療服務的成效

17.1 英國人口的健康狀況普遍獲得改善。自1986年起，概約死亡率的普遍趨勢持續下降，雖然1990年代初這情況曾一度逆轉。至於嬰兒死亡率方面，下降的趨勢比較明顯。(詳情請參閱圖20及21。)自1986年起，男性及女性的估計壽命亦不斷延長。(詳情請參閱表14。)

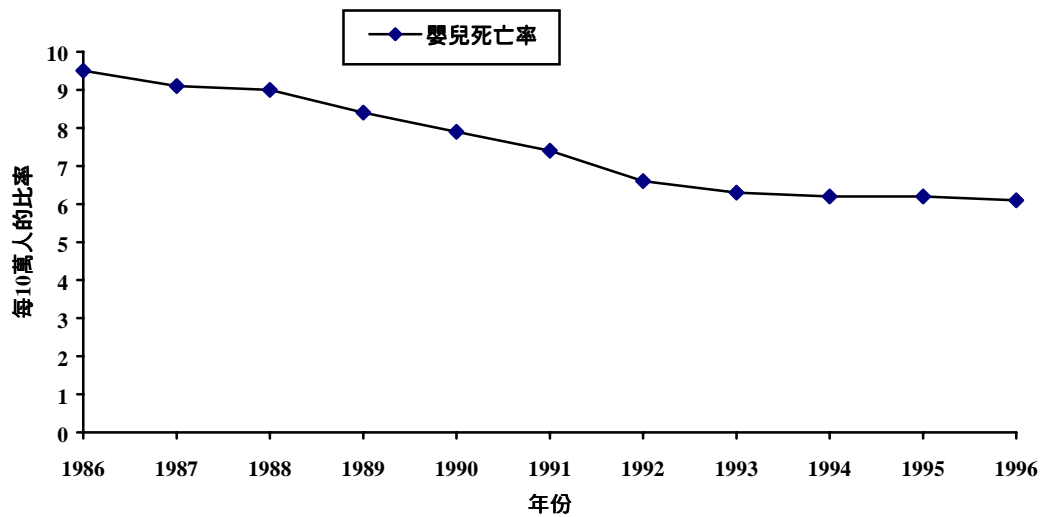
⁴⁹ Allsop, *Health Policy and the NHS: Towards 2000*, Longman出版，1996，第165頁。

圖 20 —— 1986年至1996年英國的概約死亡率



資料來源：國家統計處

圖 21 —— 1986年至1996年英國的嬰兒死亡率



資料來源：國家統計處

表14 —— 1986年至1996年英國的人口估計壽命

年份	估計壽命：男性	估計壽命：女性
1986	71.9	77.7
1987	72.3	78.0
1988	72.4	78.1
1989	72.7	78.2
1990	72.9	78.6
1991	73.2	78.7
1992	73.6	79.0
1993	73.6	78.9
1994	74.2	79.5
1995	74.1	79.3
1996	74.3	79.4

資料來源：國家統計處

17.2 產婦死亡率自1970年起持續下降，下降幅度約為三分之二。詳情載於表15。

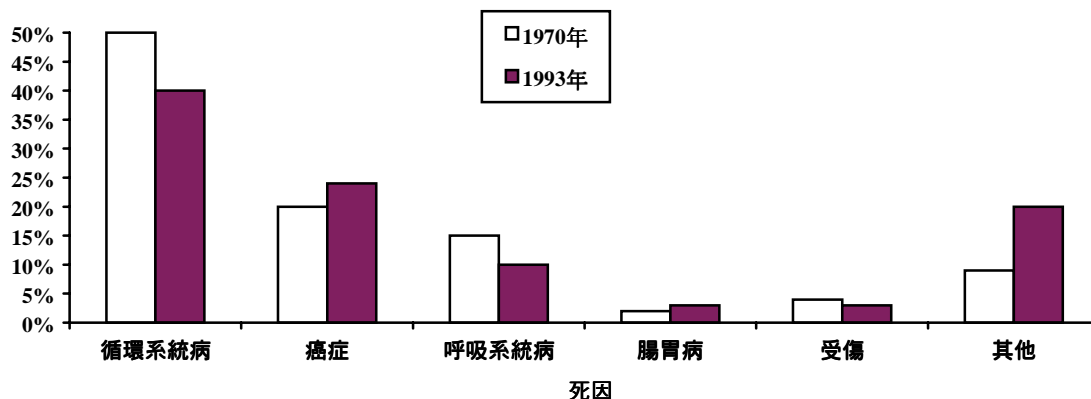
表15 —— 產婦死亡率

年份	產婦死亡率(按每10萬宗分娩個案計算)
1970-1972	20.0
1980	11.0
1982-1984	9.3
1985-1987	7.6
1992-1993 (估計數據)	7.0

資料來源：Orton及Fry, *UK Health Care: The Facts*, Kluwer Academic Publishers出版, 1995, 第123頁。

17.3 英國最常見的死因是循環系統病及癌症。圖22顯示在1970年與1993年各主要死因所佔的比例。

圖 22 —— 1970年與1993年各主要死因所佔的比例



資料來源：Orton及Fry, *UK Health Care: The Facts*, Kluwer Academic Publishers出版, 1995, 第36頁。

17.4 資料顯示在1970年至1993年期間，部分疾病的死亡率有所下降，但部分則有所上升。詳情載於表16。

表 16 —— 1970年至1993年期間英國人口的死因

趨勢	死因(以每10萬人的死因作為計算單位)
上升	大部分癌症； 內分泌(糖尿病)； 腸胃病； 精神病； 中央神經系統病； 肌骨骼病； 肝病；
維持不變	哮喘； 胃十二指腸潰瘍； 自殺； 泌尿生殖器病；
下降	循環系統病； 中風； 胃癌； 呼吸系統病 —— 肺炎、慢性支氣管炎、肺氣腫； 產期前後病； 先天病； 意外 —— 暴力事件； 子宮癌；

資料來源：Orton與Fry, *UK Health Care: The Facts*, Kluwer Academic Publishers出版, 1995, 第36頁。

17.5 個人健康的其他範圍亦有所改善。舉例而言，根據 *UK Health Departmental Report 1996*，16歲以下少女的懷孕率在過去3年持續下降，扭轉1980年代的上升趨勢。成年人吸煙的普遍程度亦持續下降。詳情載於表17。

表17 —— 16歲及以上人士的吸煙普遍程度

年份	男性	女性
1972	52%	41%
1982	38%	33%
1992	29%	28%

資料來源：中央統計處，*Social Trends*，1995年版，第127頁。

17.6 然而，現時無法確定健康改善是與醫療制度有關，抑或社會經濟因素(例如教育程度的提高、生活方式的轉變或收入普遍上升的情況)的影響較為重要。

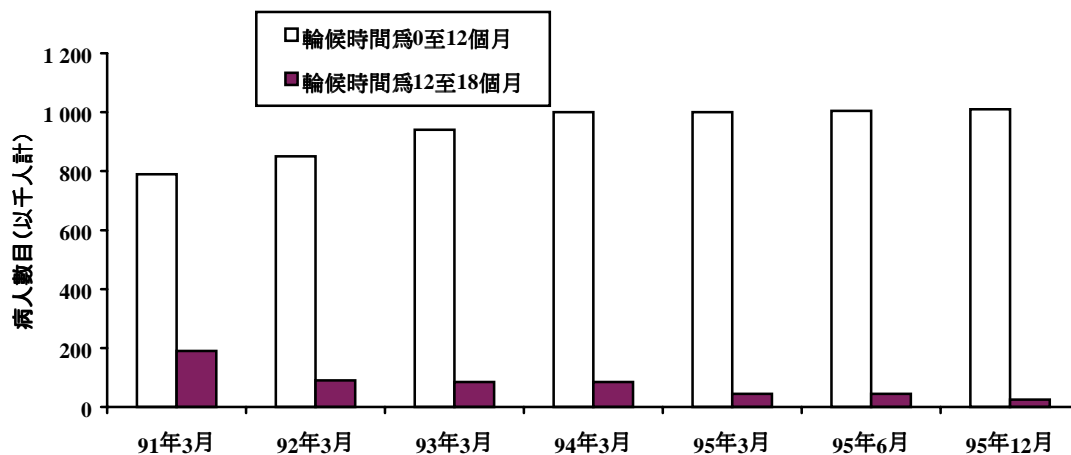
輪候時間

17.7 鑑於國民保健署大部分的服務均免費提供予顧客，醫療服務的需求一直很大。以醫院的非急需程序及服務為例，輪候名單往往很長。雖然增加開支可能會足以應付過剩的需求，但這種做法會涉及加稅措施，國民定會提出強烈反對。

17.8 圖23顯示英格蘭住院病人及日間醫療服務的輪候名單。在1991至1995年期間，輪候名單上的人數有增加的趨勢。雖然需輪候超過1年的病人數目有所下降，但需輪候少於1年的病人數目卻有所增加。Allsop (1996)指出，非急需手術及治療不育等服務範圍的輪候時間往往較長。⁵⁰

⁵⁰ 同上，第79頁。

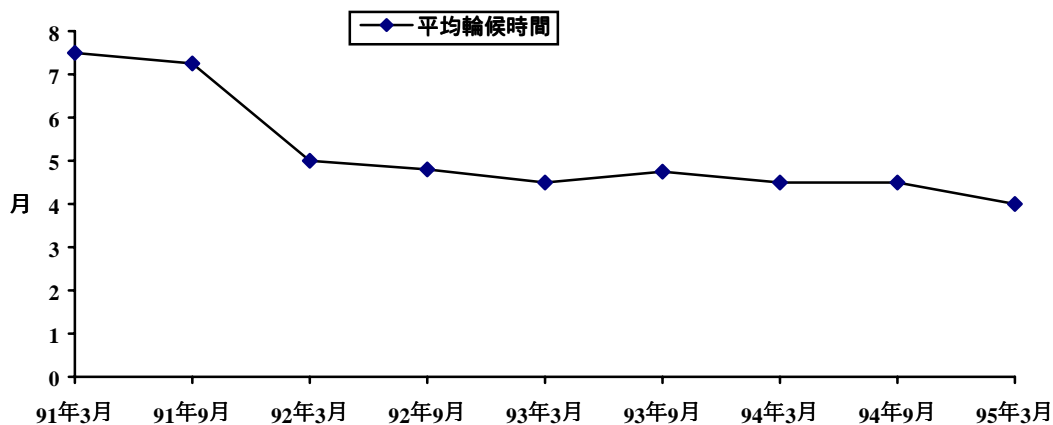
圖 23 —— 英格蘭的住院病人及日間醫療服務的輪候名單



資料來源：衛生部，*Departmental Report 1996*，第54頁。

17.9 圖24顯示住院病人及日間醫療服務的平均輪候時間。資料顯示在1991年3月，治療服務輪候名單上的病人平均已輪候了7個半月；截至1995年3月，平均輪候時間已減至4個月。

圖 24 —— 1991至1995年期間住院病人及日間醫療服務的平均輪候時間



資料來源：衛生部，*Departmental Report 1996*，第54頁。

17.10 至於門診個案，在1995年3月，首次預約診症可於個案經轉介後26個星期內進行的達95%，可於13個星期內進行的則達82%。截至1995年9月，上述情況有輕微改善：9可於26個星期內進行的達97%(改善2%)，可於13個星期內進行則達83%(改善1%)。

服務的提供

17.11 另一種配給的方法是不提供某項服務或有限制地提供某項服務。在英國，部分治療服務的提供一向十分有限，例如治療不育及為極早產的嬰兒提供的深切治療幼兒床等。一如第7.3段所載，英國的普通科醫生提供的治療服務範圍極為有限。Aaron及Schwartz (1984)⁵¹ 曾就在醫院接受的10種治療服務，比較美國與英國在這方面的差別，結果發現在其中6種服務中，在美國較普遍提供。英國醫療服務提供者所提供的診斷測試次數，以及扁桃線切除、子宮切除及疝等多項普通手術的次數方面亦與美國有很大的差別。

17.12 表18是社區醫療及輔助醫療服務活動的統計表。在統計期間，幾乎所有活動的次數大致上均維持不變。然而，由於老人人口(65歲及以上的人口)增加了8%⁵²，對相應的社區醫療服務的需求亦應增加。當局對資源實施的嚴格管制(資源受制於現金限額的規定)，可能是導致醫療護理服務的增長停滯不前的原因，而結果可能是令國民需要輪候更長時間才可獲得治療及服務。

表18 —— 社區醫療及輔助醫療服務活動統計表

	活動數目('000)					
	1988/89	1989/90	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94
衛生訪視	4 100	3 900	3 600	3 700	3 700	3 700
社區護理服務	2 800	2 800	2 600	2 700	2 800	2 800
手足病護理服務	880	920	910	940	970	1 010
臨床心理輔導	150	150	140	150	160	170
營養學	650	630	620	640	640	670
職業治療	770	750	740	840	880	940
物理治療	3 100	3 200	3 200	3 300	3 400	3 500
語言治療	240	230	240	250	270	290
社區牙科服務	不適用	不適用	1 160	1 190	1 210	1 160

資料來源：衛生部，*Departmental Report 1996*，第47頁。

⁵¹ Aaron及Schwartz，*The Painful Prescription*，Brookings Institute出版，1984。

⁵² 中央統計處，*Annual Abstract of Statistics*，1995，第6頁。

18. 英國及香港的醫療開支與融資安排及醫療服務的成效

18.1 表19是香港和英國的醫療開支與融資安排及醫療服務的成效的比較。在1996年，香港的人均醫療開支是9,455港元；而英國則是10,375港元，較香港高出約10%。在英國，公共醫療開支佔本地生產總值的66%，比率同樣較香港為高。出現上述差別的原因是英國的醫療開支約有85%是由公營機構支付，而在香港，私營機構所支付的醫療服務開支則佔較大的比重(56%)。

18.2 香港的醫療服務成績較佳。從估計壽命、嬰兒死亡率及概約死亡率等健康指標來看，香港醫療服務的成效較英國優勝。然而，值得注意的是，這些結果可能受到兩地在人口分布、土地面積、醫療科技水平及其他社會經濟因素，例如生活方式、教育程度、收入水平等的差別所影響。概括而言，健康指標表現的差別可能並非由於醫療融資安排的分別所致。

表 19 —— 香港及英國的醫療開支與融資安排及醫療服務的成效

	香港	英國
醫療開支		
1995至96年度醫療總開支(百萬港元)	54,895	590,825 ^a
1996年的人均醫療開支(港元)	9,455	10,375
1993至94年度醫療總開支佔本地生產總值的百分率	4.1	6.9 ^b
公營機構醫療開支佔本地生產總值的百分率	2.0	5.9 ^b
私營機構醫療開支佔本地生產總值的百分率	2.1	1.0 ^b
醫療融資		
1995至96年度醫療融資總額(百萬港元)	54,895	590,825 ^a
公營機構的融資佔醫療融資總額的百分率	44	85.0 ^a
私營機構的融資佔醫療融資總額的百分率	56	15.0 ^a
醫療服務的成效		
1996年出生者的估計壽命： 男性 女性	76.3 歲 81.8 歲	74.3 歲 79.4 歲
1992年的嬰兒死亡率 ^c (以每千名活產嬰兒計算)	4.8	6.6
1992年的概約死亡率 ^c (以每千人計算)	5.3	11.0
主要導致死亡的原因(截至1993年)	1. 惡性腫瘤 2. 心臟病 3. 腦血管病 4. 肺炎 5. 受傷及中毒	1. 循環系統病 2. 癌症 3. 呼吸系統病 4. 腸胃病 5. 受傷

備註：

- 有關香港提供醫療服務的制度，以及醫療開支及融資安排的詳細分析，請參閱 RP01/PLC、RP02/PLC及RP06/PLC號文件。
- 兌換率以1英鎊兌12.5港元計算。
- ^a列出的數字為1995曆年的數字。
- ^b英國最新的數字是1993年的數字。
- ^c英國最新的數字是1992年的數字。

資料來源：

- 資料研究及圖書館服務部，《長遠醫療政策》，臨時立法會秘書處編印，1998。
- 資料研究及圖書館服務部，《老人醫療護理》，臨時立法會秘書處編印，1998。
- 資料研究及圖書館服務部，《香港的醫療開支及融資安排》，臨時立法會秘書處編印，1998。
- 中央統計署，《Annual Abstract of Statistics》，1995。
- 英國衛生部，《Departmental Report 1996》。
- 香港衛生處，《1992至93年度年報》。

19. 總結

19.1 雖然沒有確定的證據證明英國醫療融資安排的成效，但數個因素或可顯示這種安排的成效。第一，英國國民的健康持續獲得改善。第二，英國有效控制醫療開支，使有關開支的增長率大致上與本地生產總值的增長率保持一致。第三，英國醫療服務的對象涵蓋全國人民，不論國民是否有能力支付，當局會按需要提供服務，所以可算是公平合理。第四，輪候時間亦已縮短，而向病人收費的服務僅限於額外的服務(例如私家病房、非醫療性的福利服務)，以免國民延誤求醫。最後，但並非最不重要的一點是，雖然英國的私營醫療市場屬於小規模，但現正逐漸擴展，以補充國民保健署服務的不足。不過，長期護理服務的融資安排是值得注意的問題，因為這方面的經費有40%是來自私營機構。

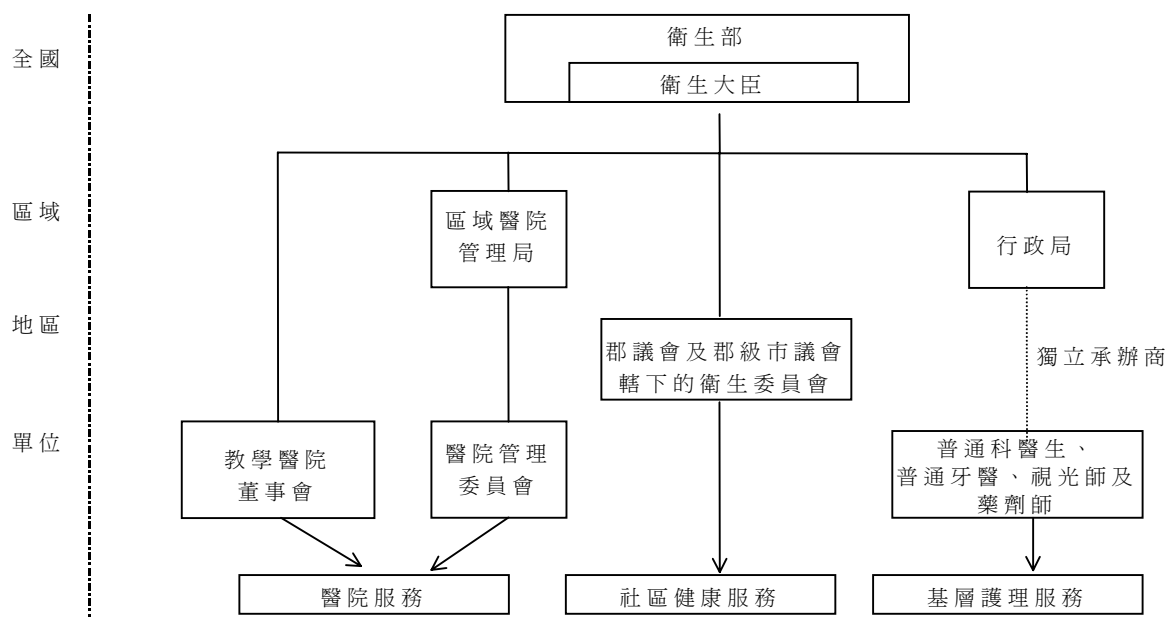
附錄 I

A. 國民保健署於1946年至1960年期間的發展

A.1 國民保健署提供的3類主要服務是(1)基層護理服務；(2)社區健康服務；及(3)醫院及專科服務。在基層護理服務方面，普通科醫生、普通牙醫、藥劑師及眼鏡師均屬自僱；至於社區健康服務則由地方政府(即郡議會及郡級市議會)提供。這些議會負責有關預防性質的服務、產婦及兒童福利、家居護理等事宜。這些地方機關並會挑選健康委員會的委員，負責監察有關方面所提供的服務。

A.2 英國劃分為數個區域，每個區域均設有一間醫科學院，每間醫科學院均受區域醫院管理局所監控。區域醫院管理局須向衛生大臣負責。醫院管理委員會或董事會(適用於蘇格蘭)掌管位於同一區域內的各間醫院。醫療教學醫院的管理工作由董事會負責，而董事會亦須直接向衛生大臣負責。圖A載有國民保健署的架構。

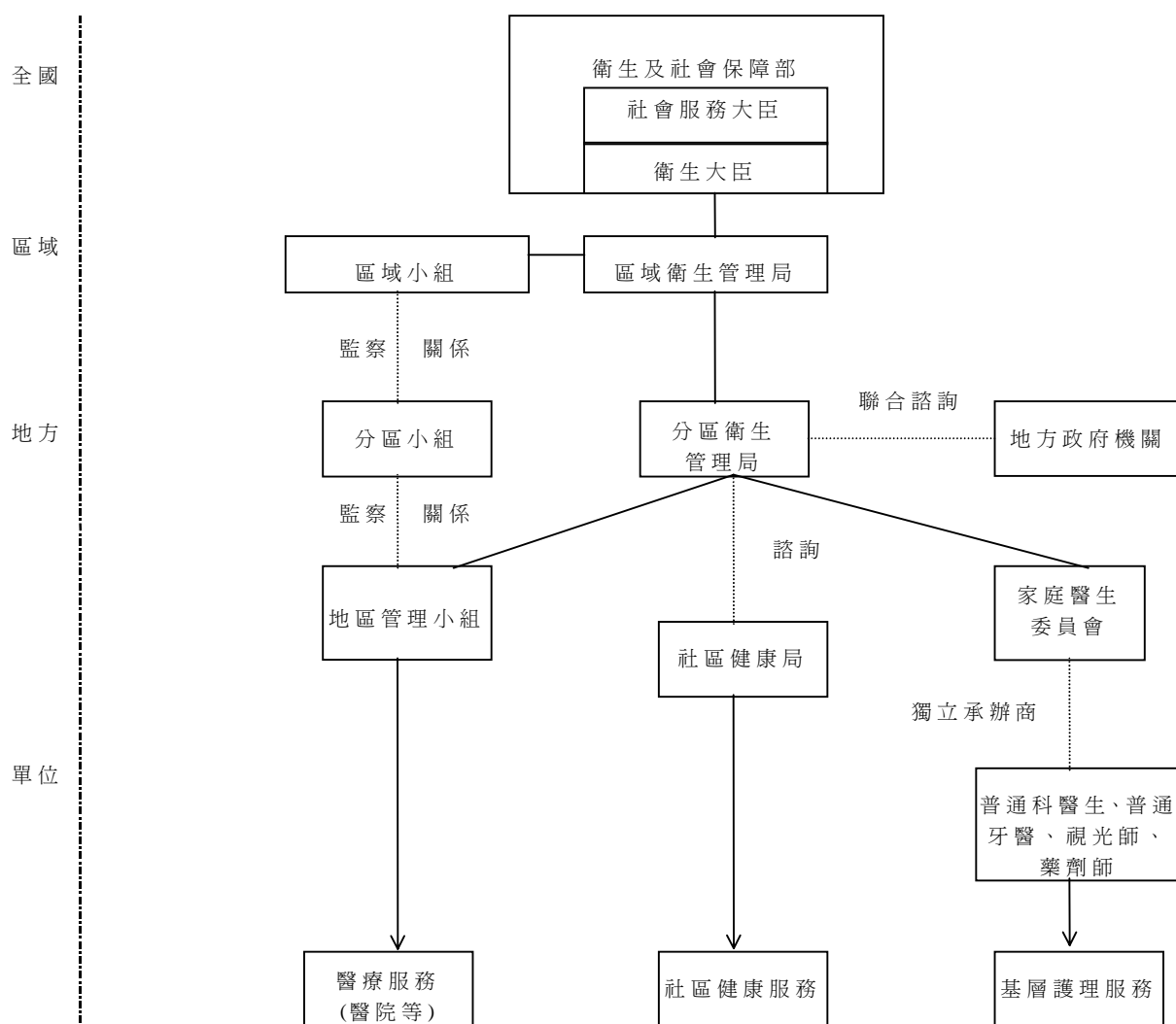
圖 A —— 1948年國民保健署的架構



B. 國民保健署於1970年代的發展

B.1 國民保健署曾於1974年重組。區域衛生管理局及分區衛生管理局亦於當時成立。每個分區再會劃分為兩個或以上的地區。地區的劃分名義上是以一間地區性全科醫院的服務區為基礎。此外，設有管理小組，負責區域、分區及地區各層面的管理工作。管理小組由各方面的專才組成，其中包括行政人員、護士、財務主管、醫療人員等。每個分區均設有家庭醫生委員會，以便與普通科醫生及其他私人執業者簽訂合約。此外，當局亦成立了社區健康局，藉此維護消費者的權益。在社區健康局的委員中，有半數是由地方機關提名，另外三分之一由志願機構提名，其餘則由區域衛生管理局提名。圖B是新架構的概要。

圖B —— 1974年國民保健署重組圖

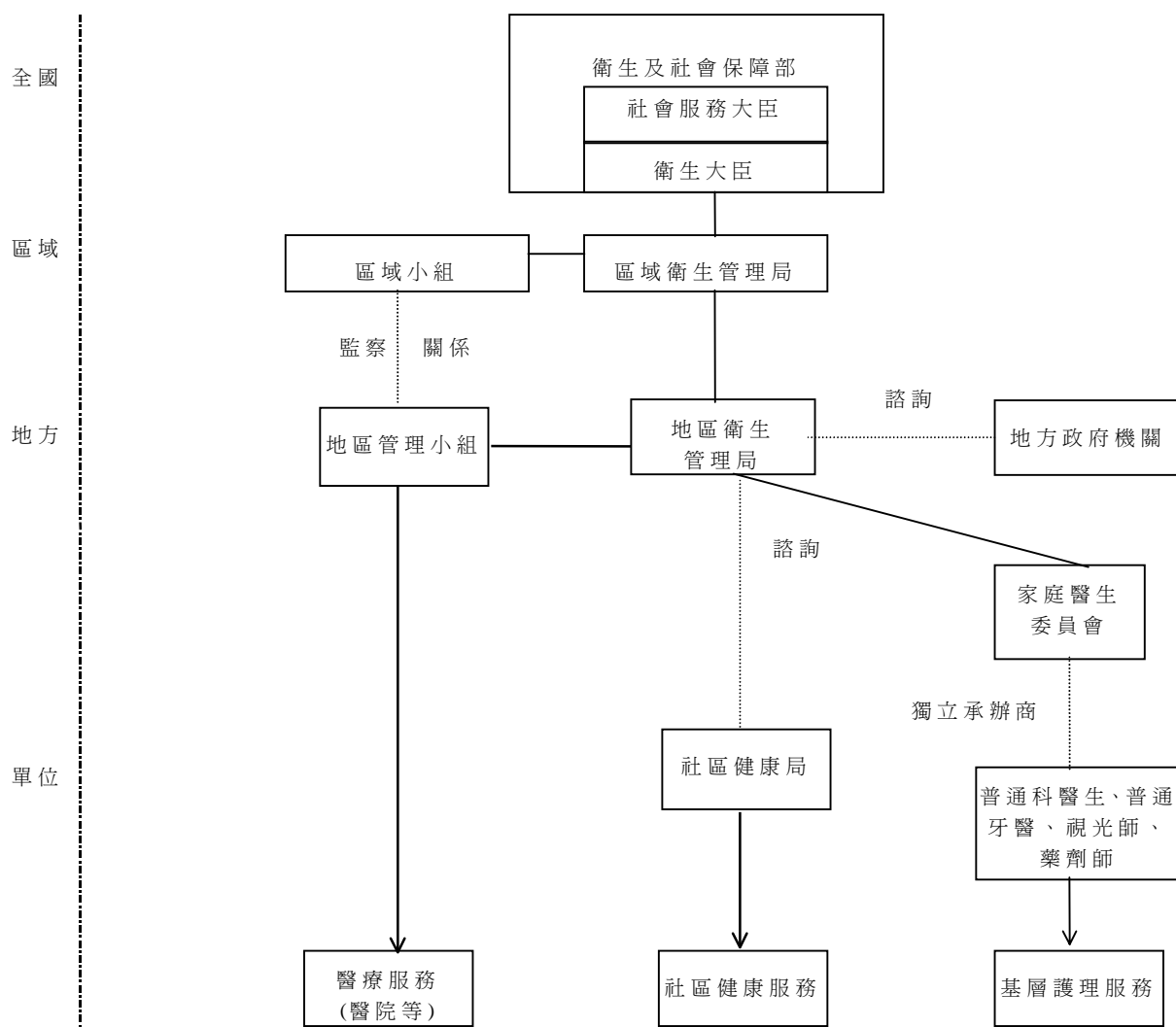


資料來源：Harrison, *National Health Service Management in the 1980s*, Avebury出版，1994，第19頁。

C. 國民保健署在1980年代的發展

C.1 英國政府在1979年發表一份諮詢文件，建議取消分區層面的組織，並以法定的地區衛生管理局取代。當局亦宣布保留家庭醫生委員會，以及在區域內以試驗形式提供“管理諮詢服務”。大部分擬議的架構轉變在其後實施。圖C概述有關的轉變。

圖C —— 1982年國民保健署組織圖



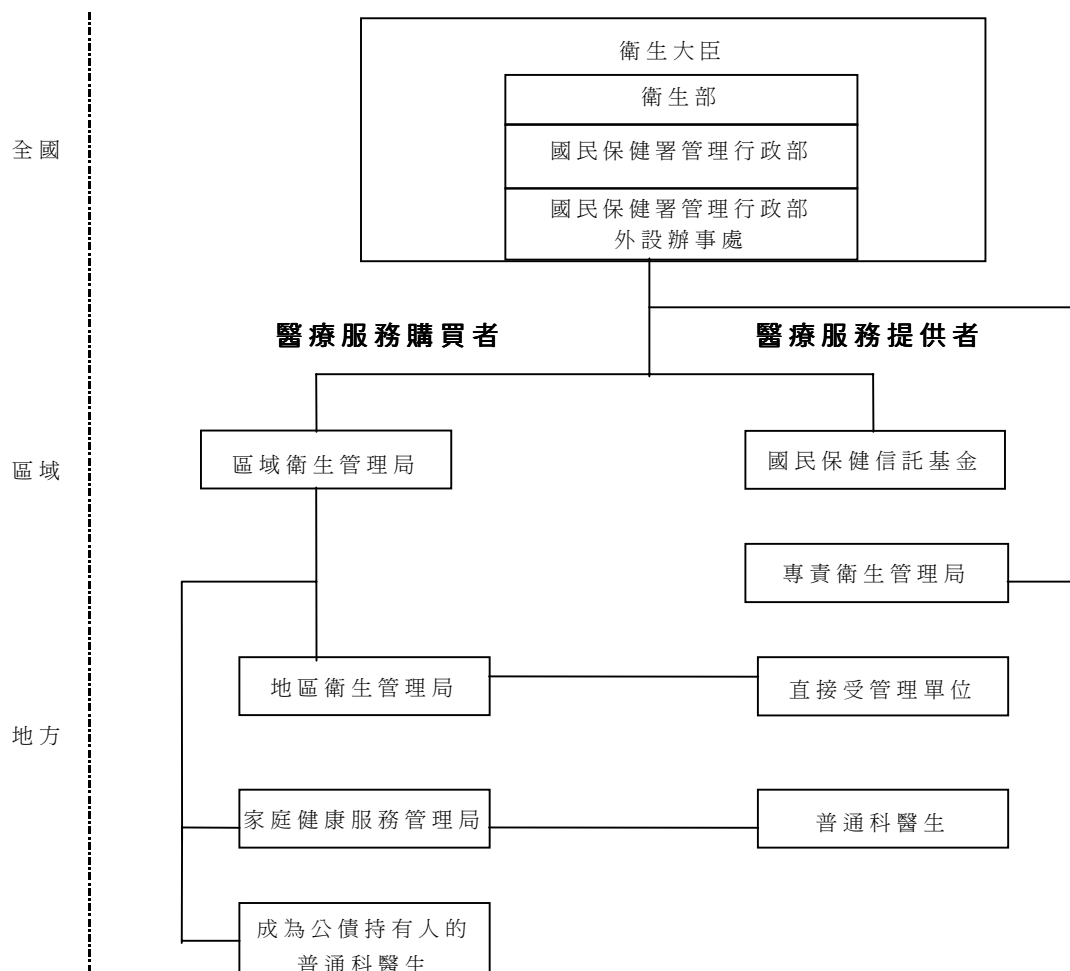
資料來源：Harrison, *National Health Service Management in the 1980s*, Avebury出版，1994，第22頁。

D. 國民保健署在1990年代的發展

D.1 政府在1989年公布多項建議，進一步改革國民保健署的管理架構。改革的用意是將市場概念引入醫療服務融資的運作中，希望藉此提高各單位的效率，使管理更臻完善，並為病人提供更多選擇。

D.2 架構轉變的主要概念，是將國民保健署再分為兩組：醫療服務提供者及購買者。衛生管理局是主要的購買者；而醫院及其他單位是主要的提供者。醫療服務購買者和提供者須簽訂合約，訂明所提供的服務、由誰提供、向誰提供及提供有關服務須遵照的條款。該份合約除了載述雙方議定的價格外，亦載述所預期的服務水平的指標、醫療服務的目標等。而合約價格亦可直接反映醫療服務提供者對履行該等服務目標的表現。圖D概述有關的架構。

圖D —— 1991年國民保健署的架構

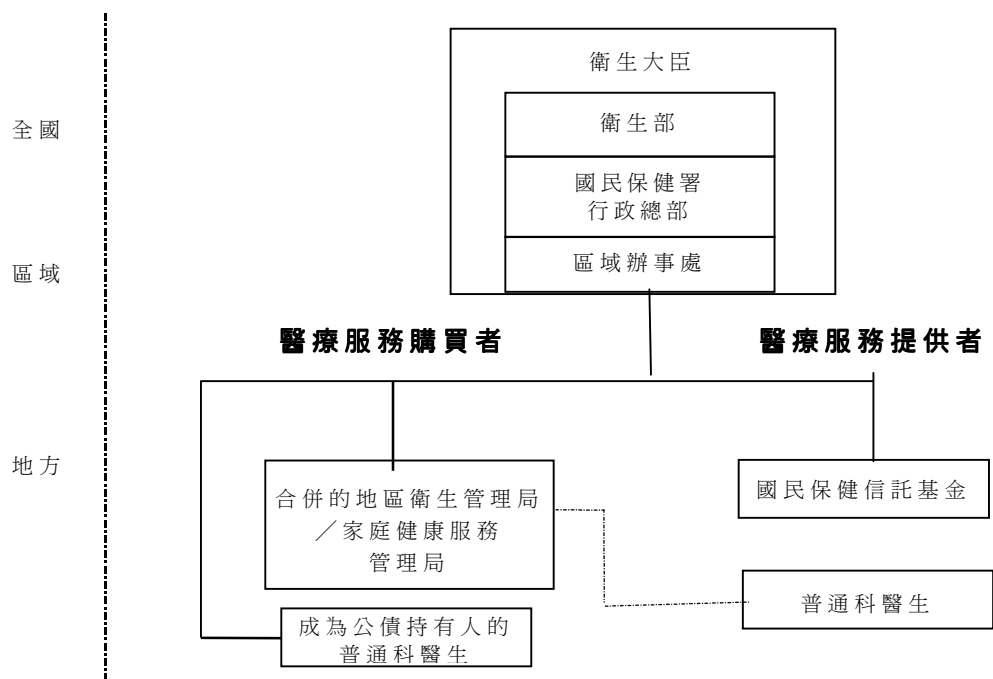


資料來源：Allsop, *Health Policy and the NHS: Towards 2000*, Longman出版，1995，第175頁。

E. 國民保健署的發展：1994年至1997年

E.1 英國政府在1996年4月進一步改革國民保健署的架構，取消區域衛生管理局，並將地區衛生管理局和家庭健康服務管理局合併，以期繼續精簡國民保健署的架構。圖E顯示在1994年至1997年期間，國民保健署的架構。

圖E —— 1994年至1997年期間國民保健署的架構



資料來源：Allsop, *Health Policy and the NHS: Towards 2000*, Longman出版，1995，第181頁。

附錄II

**1998年至1999年新上任的工黨政府對
國民保健署進行改革的重要事項**

年份	行動
1998	<ul style="list-style-type: none"> - 籌備發展基層醫療護理小組 - 首次向病人及使用該署服務的人進行全國性調查 - 設立保健行動區 - 擬備《醫療改善計劃》 - 開展普通科醫生委任小組的試驗計劃 - 將會發展新的合夥安排，國民保健信託基金亦會參與擬備首份《醫療改善計劃》 - 將會公布改善國民保健署人力資源管理的策略性計劃 - 公布當局為國民保健署新訂的資訊管理及科技策略 - 發表有關醫療服務質素的諮詢文件，包括建議設立國家優質醫療服務研究所及醫療改善委員會 - 簽訂首批長期協議 - 公布國民保健信託基金的收費及“參考收費”資料
1999	<ul style="list-style-type: none"> - 待法例實施後，衛生管理局將須履行新訂的法定職責 - 協助基層醫療護理小組應付首年的工作 - 展開首項《醫療改善計劃》 - 基層醫療護理小組將會負責管理成為公債持有人的普通科醫生、《全面購買醫療服務計劃》、多種基金及地方當局所委任的普通科醫生各項工作。待法例實施後，公債持有人計劃將會結束。 - 待法例實施後，將會設立國家優質醫療服務研究所及醫療改善委員會 - 制訂提供專科服務的新安排 - 國民保健署將會開始就服務表現向全國及所屬地區作出匯報 - 由1999年4月起，普通科醫療服務預算案會將醫院及社區健康服務、普通科醫生配藥服務及現金限額等項目合併為一項開支項目。

資料來源：White Paper on the New NHS，衛生大臣於1997年12月提交國會的文件。

附錄III

1980年至2031年英國人口統計資料

年份	男性('000)	女性('000)	總額('000)
1980	27 411	28 919	56 330
1981	27 409	28 943	56 352
1982	27 391	28 927	56 318
1983	27 429	28 948	56 377
1984	27 511	28 995	56 506
1985	27 611	29 074	56 685
1986	27 698	29 153	56 852
1987	27 789	29 220	57 009
1988	27 876	29 282	57 158
1989	27 989	29 368	57 358
1990	28 118	29 443	57 561
1991	28 246	29 562	57 808
1992	28 362	29 645	58 006
1993	28 474	29 718	58 191
1996 *	28 855	29 930	58 784
2001 *	29 475	30 325	59 800
2006 *	29 980	30 630	60 610
2011 *	30 380	30 878	61 257
2021 *	30 883	31 263	62 146
2031 *	30 900	31 341	62 241

備註：

1. 所有數字是在該年中期對居民人口作出的估計。
2. * 1996年至2031年的數字是在該年中期作出的推算。

資料來源：中央統計處，*Annual Abstract of Statistics*，1995，第4頁。

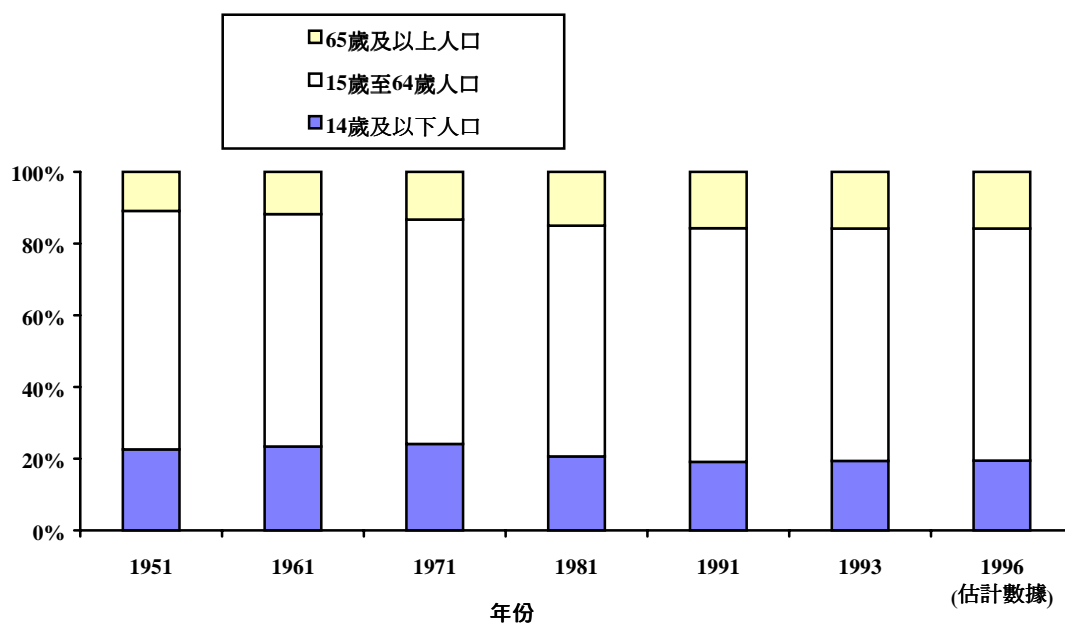
附錄IV

1951年至1996年英國人口按年齡劃分的統計資料

年份	14歲及以下人口的百分比	15歲至64歲人口的百分比	65歲及以上人口的百分比
1951	22.6%	66.6%	10.9%
1961	23.4%	64.8%	11.8%
1971	24.1%	62.7%	13.3%
1981	20.6%	64.4%	15.0%
1991	19.1%	65.1%	15.7%
1993	19.4%	64.8%	15.8%
1996 (估計數據)	19.5%	64.7%	15.8%

資料來源：中央統計處，*Annual Abstract of Statistics*，1995，第6頁。

1951年至1996年英國人口按年齡劃分的統計資料



資料來源：中央統計處，*Annual Abstract of Statistics*，1995，第6頁。

參考資料

1. Allsop, *Health Policy and the NHS: Towards 2000*, Longman, 1996.
2. Appleby, *Financing Health Care in the 1990s*, Open University Press, 1992.
3. Audit Commission, *What the Doctor Ordered: A Study of GP Fundholders in England and Wales*, HMSO, 1996.
4. Booer, "The Health Care System in the United Kingdom" in *Financing Health Care*, edited by Hoffmeyer and McCarthy, Kluwer Academic Publishers, 1994, Chapter 14.
5. Boyd (ed.), *The Ethics of Resource Allocation in Health Care*, Edinburgh University Press, 1979.
6. Committee of Public Accounts, *Health of the Nation: A Progress Report*, The Stationery Office, March 1997.
7. Coote and Hunter, *New Agenda for Health*, Institute for Public Policy Research, 1996.
8. *Cost Control For Quality Care: Meeting the Challenge of Health System Financing*, International Social Security Association - Geneva, 1992.
9. Culyer, "What the Newly-Industrialised Countries Can Learn from the Experiences of the Health Care Systems in Developed Countries: a View from the United Kingdom" in *International Symposium on Health Care Systems*, December 18-19, 1989, Taipei.
10. Department of Health, *Departmental Report 1996*, HMSO, London 1996.
11. Department of Health, *Departmental Report 1997*, The Stationery Office, 1997.
12. Department of Health, *Departmental Report: The Government's Expenditure Plans - 1998-1999, April 1998*
(<http://www.official-documents.co.uk/document/cm39/3912/>)
13. Department of Health and Office of Population Censuses and Surveys, *Departmental Report 1995*.
14. Hammersmith Hospitals NHS Trust, *Annual Report 1994/95*.

15. Hansbro, Bridgwood, Morgan, Hickman, *Health in England 1996*, Office for National Statistics, The Stationery Office, 1997.
16. Harrison, *National Health Service Management in the 1980s*, Avebury, 1994.
17. Iles, *Really Managing Health Care*, Open University Press, 1997.
18. *Introductory Guide to NHS Finance in the UK*, The Healthcare Financial Management Association, 1995.
19. Levitt, Wall & Appleby, *The Re-organized National Health Service*, Chapman & Hall, 1996.
20. Marnoch, *Doctors and Management in the National Health Service*, Open University Press, 1996.
21. Mellett, Marriott and Harries, *Financial Management in the NHS: A Manager's Handbook*, Chapman & Hall, 1993.
22. National Audit Office, *Income Generation in the NHS*, HMSO, 1993.
23. *National Health Service and Community Care Act 1990: Chapter 19*, HMSO, 1994.
24. Newdick, *Who Should We Treat? Law, Patients and Resources in the NHS*, Clarendon Press, Oxford, 1995.
25. NHS, *A Guide to the National Health Service*, NHS Executive Communications Unit, 1996.
26. NHS, *A Service with Ambitions*, The Stationery Office Limited, 1996.
27. *NHS (England) Summarised Accounts 1995-96*, The Stationery Office, July 1997.
28. NHS, *The Patient's Charter and You*, Department of Health, 1995.
29. OECD, *Internal Markets in the Making: Health Systems in Canada, Iceland and the United Kingdom*, 1995.
30. Office for Public Management, *Achieving Health Gain through Health Promotion in a Primary Care-led NHS*, Health Education Authority, 1997.
31. Orton and Fry, *UK Health Care: The Facts*, Kluwer Academic Publishers, 1995.

-
32. Øvretveit, *Purchasing for Health: A Multi-disciplinary Introduction to the Theory and Practice of Health Purchasing*, Open University Press, 1995.
 33. Robinson and Le Grand (eds.), *Evaluating NHS Reforms*, King's Fund Institute, 1994.
 34. Ross, *The National Health Service in Great Britain: An Historical and Descriptive Study*, Oxford University Press, 1952.
 35. *The New NHS: Modern · Dependable*, The Stationery Office Limited, December 1997.
 36. The Royal Hospitals NHS Trust, *Annual Report & Accounts 1994-1995*.
 37. Schieber (ed.), *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, Mar. 10-11, 1997*, The World Bank, 1997.
 38. West, *Understanding the National Health Service Reforms: The Creation of Incentives*, Open University Press, 1997.
 39. Willcocks, *The Creation of the National Health Service*, Routledge and Kegan Paul Ltd., 1967.
 40. Wistow, Hardy and Turrell, *Collaboration Under Financial Constraint: Health Authorities' Spending of Joint Finance*, Avebury, 1990.
 41. *Working for Patients*, HMSO, 1989.