

**澳洲的醫療開支及
融資安排**

1998年6月24日

**劉騏嘉女士
李敏儀女士**

**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	2
第2部 —— 醫療服務制度	3
醫療制度的發展	3
公營及私營機構在醫療制度中的角色	4
政策目標	4
國家醫療制度架構	5
聯邦政府	5
各省及領地的衛生局	5
地方政府	5
醫療服務制度	5
住院式醫療服務	6
社區醫療服務	6
環境清潔及衛生	7
資訊、協調及研究	7
強制性全民醫療保險——《醫療保障計劃》	7
《醫療保障計劃》的目的	7
《醫療保障計劃》保險利益承保附表	8
《醫療保障計劃》保險利益	8
《醫療保障計劃》安全網	9
《藥物津貼計劃》	9
《藥物津貼計劃》的目的	9
《藥物津貼計劃》的津貼	10
《藥物津貼計劃》安全網	10

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。

第3部 —— 醫療制度的融資安排	11
醫療融資政策的發展	11
醫療融資政策的目的	11
融資安排	14
政府撥款	14
一般稅收	14
《醫療保障計劃》徵款	15
私人醫療保險	16
收費	18
第4部 —— 分析醫療開支及融資安排	19
醫療總開支	19
醫療總開支比對本地生產總值	19
人均醫療開支	20
按開支項目劃分的醫療總開支	22
醫療總融資	24
公共醫療開支及融資	26
公共醫療開支	26
公共醫療融資	32
私人醫療開支及融資	34
私人醫療開支	34
私人醫療融資	39
第5部 —— 醫療融資安排的分析	45
《醫療保障計劃》表現的評估	45
消費者的接受程度	45
享用服務的權利	46
輪候時間	46
服務質素	47
消費者的選擇權	48
對《醫療保障計劃》的投訴	48
道德危機	49
政府的財政負擔	49
私人醫療保險計劃表現的評估	50
消費者的選擇權	50
負面選擇	50
再保險安排的反效果	51
對醫療保險計劃缺乏認識	51
隱藏的行政費用	51
道德危機	51
《醫療保障計劃》比對私人醫療保險	51
澳洲及香港的醫療開支、融資及醫療成效	53
第6部 —— 總體分析	55
附錄	56
參考資料	59

鳴謝

臨時立法會秘書處資料研究及圖書館服務部在撰寫本研究報告期間，蒙各界人士鼎力襄助，令研究報告得以順利完成，本部謹此致謝。本部特別向澳洲聯邦衛生及家庭服務部致謝，多謝該部為此份研究報告提供資料及匯編纂數據。

摘要

1. 澳洲的醫療服務及產品是由公營及私營機構提供。醫療經費主要來自聯邦、省、領地及地方政府的稅收及《醫療保障計劃》徵費(共佔67%)。其他經費來源，有10%是透過私人醫療保險基金向個人收取的保費，而個人直接支付的款項則佔大約20%。
2. 聯邦政府的醫療開支約有30%用於公立醫院，相若比例的開支則用於治療服務方面。相比之下，私人醫療保險基金向索償人支付的款額有近半用於私家醫院，而個人的醫療開支則有60%用於藥物，牙醫及其他專業服務。
3. 《醫療保障計劃》屬強制性全民保險計劃，按該計劃，國民可在公立醫院獲得免費醫療服務，及享有免費或津貼的門診治療及藥物。在1997-98年度，《醫療保障計劃》的徵費率為個人應課稅收入的1.5%，年薪在50,000澳元或以上的單身者及每年收入在100,000澳元以上的夫婦及家庭，若無參加任何私人住院保險計劃，須額外繳付1%的《醫療保障計劃》附加費。《醫療保障計劃》佔醫療總開支的8%。由於加入《醫療保障計劃》的費用較低，可能產生對醫療服務的過度需求。
4. 國民可自行選擇是否參加私人醫療保險基金，以保障因《醫療保障計劃》未有納保的服務，例如私家醫院的住宿，《醫療保障計劃》不涵蓋的入院治療服務，以及例如牙醫等輔助服務。私人醫療保險佔醫療總開支的11%。
5. 私人醫療保險計劃須按團體級別徵收保費，即承保人不得根據投保人的年齡、性別及健康狀況徵收不同保費。因此，每項保險計劃只有四級保費：單身者，夫婦，單親家庭及家庭。為確保團體級別徵費的原則得以落實，當局訂立再保險安排，藉以令索償率較低的保險公司與成員中老人及慢性病患者所佔比例較高的保險公司均衡承擔風險。不過，此項安排可能引發負面選擇，即患病機會較低的人將會退出計劃，而預期會提出索償的人則會加入。與《醫療保障計劃》比較，參加私人醫療保險計劃的費用極為高昂。

澳洲的醫療開支及融資安排

第1部 —— 引言

1. 背景

1.1 臨時立法會衛生事務委員會要求資料研究及圖書館服務部(以下簡稱「本部」)就本港及外國的醫療開支及融資安排進行研究。本研究報告討論澳洲的醫療開支及融資安排，是一系列有關海外醫療開支及融資安排的報告之一。衛生事務委員會已於1998年3月討論題為《香港的醫療開支及融資安排》的研究文件(RP06/PLC)。

2. 目標及範疇

2.1 本研究的目標，是分析澳洲醫療制度的開支模式及融資安排，藉以協助衛生事務委員會審議香港特區政府預期於1998年年底前完成的醫療制度檢討。

2.2 本項研究的研究範疇如下：

- 闡述澳洲的醫療制度；
- 闡述及分析澳洲醫療制度開支模式的轉變；及
- 闡述及分析澳洲的醫療融資安排。

3. 研究方法

3.1 為了擬備本研究報告，本部曾搜集資料、閱覽文獻及分析資料，並進行電話訪問及致函澳洲的有關當局查詢。

3.2 本部研究員曾閱覽多個機構所出版的文獻，此等機構包括澳洲衛生及家庭服務部、澳洲衛生及福利協會、澳洲行政及財政部、澳洲工業委員會、澳洲統計局及其他有關機構。此外，本部曾致電訪問多名曾在或正在澳洲公營或私家醫院或診所執業的普通科醫生，亦曾致函澳洲衛生及家庭服務部索取所需資料及統計數據。

3.3 本研究文件是根據上述資料撰寫。

3.4 在1995年、1996年及1997年，澳元的平均匯價分別為1澳元兌5.73港元、6.06港元及5.76港元¹。

¹ 《香港統計月刊》，1998年2月版第108頁，表7.12。

第2部 —— 醫療服務制度

4. 醫療制度的發展

4.1 在1901年，聯邦政府在提供醫療服務方面所擔當的角色甚微，各省自行設立醫療機構及提供醫療服務。

4.2 在1921年，衛生部成立，主要負責多個範疇的服務，包括檢疫、醫療化驗、公眾健康教育、職業健康、熱帶疾病的醫療研究及教育。

4.3 在1926年，為了更妥善協調聯邦及各省政府所提供的醫療服務，有關方面成立由聯邦及各省衛生部門的行政官員組成的聯邦衛生局，就衛生事宜的輕重緩急向有關方面作出建議。多項服務亦相繼推出，包括防癌、醫學研究、毒藥規管、孕婦保健及醫療推廣等。

4.4 在1946年，澳洲進行憲法全民投票，自始福利津貼亦擴大至包括住院、醫療、藥物及牙醫服務。在50及60年代，醫療服務持續擴展。

4.5 在70及80年代，聯邦政府提倡醫療保險，並於1984年推行強制性全民醫療保險計劃(即《醫療保障計劃》)，提供津貼門診服務及使符合資格的病人享有免費公立醫院的住院服務。

4.6 在90年代中期，聯邦政府鑑於當時的醫療及社區服務發展受到障礙，因此就醫療制度進行改革，旨在更能滿足公眾的需求，並以有效率及具有成本效益的方式提供服務。當局並就醫療及相關的社區服務確定目標，並透過籌辦服務、規劃及撥款安排及擴大資訊系統，致力達到目標。

4.7 澳洲的醫療制度有以下特點：

- 醫療服務及有關產品均由公營及私營機構提供。
- 國民均可前往公立醫院免費就醫。
- 私人執業醫生以收費形式提供門診服務，但病人可按《醫療保障計劃》(即強制性全民保險計劃)索回診金。有關《醫療保障計劃》的詳情會在第9節討論。
- 國民均可透過《藥物津貼計劃》以合理價錢購買藥物。有關《藥物津貼計劃》的詳情會在第10節討論。

- 澳洲亦有註冊私人醫療保險基金提供自願投保的保險計劃。該等計劃的保障範圍涵蓋醫院住宿、未有納入《醫療保障計劃》內的醫療服務，以及輔助服務²(例如牙科、視光服務及救護車服務)。

5. 公營及私營機構在醫療制度中的角色

5.1 聯邦政府就醫療事宜訂定總體政策，並擔當統領及資助的角色，而各省各領地的政府則負責提供醫療服務及規管公營及私營機構的醫護人員。職責的分配複雜，並按職能及地域劃分。

5.2 三分之一的醫療服務由私營牟利機構及非政府非牟利機構提供。

6. 政策目標

6.1 澳洲的醫療政策符合聯合國世界衛生組織所訂的政策。1977年，世界衛生大會決定：「到2000年，世界上所有人應該擁有健康的身心，俾能在社會及經濟上享有豐盛的人生。」³在1981年，世界衛生大會採納“2000年全球健康策略”，提倡人人享有必不可少的醫療服務，並鼓吹平均分配醫療資源。

² 輔助服務包括牙科、視光、脊椎、物理治療、營養膳食及其他服務、救護車服務及輔助設備及儀器(例如眼鏡)。

³ Health for All, World Health Organization

7. 國家醫療制度架構

聯邦政府

7.1 就國家層面而言，聯邦政府設有兩個部長，負責管理醫療服務。他們分別為衛生及家庭服務部長和家庭服務部長。

7.2 衛生及家庭服務部長負責整體的衛生及家庭服務，主要職責是管理大部分醫療服務，包括《醫療保障計劃》津貼、私人醫療保險、醫院服務及醫護人員事宜。他亦負責公共衛生、醫療研究及土著居民的衛生事宜。

7.3 家庭服務部長負責家庭及兒童服務、老人及社區保健服務，以及殘疾人計劃。

各省各領地的衛生局

7.4 各省各領地均設有本身的衛生局，並由所屬的省長或領地長官管轄。各省及各領地的衛生局主要負責醫院服務、精神健康計劃、牙齒健康服務、機構及社區保健、兒童、青少年及家庭保健服務、婦女保健計劃、保健推廣、康復制度、醫療建築物、機構及人員的規管、檢查、發牌及監察事宜。

地方政府

7.5 地方政府負責免疫注射服務，並為殘疾人提供社區服務，以及各種促進健康的環保服務。

8. 醫療服務制度

8.1 澳洲的醫療服務透過住院及非住院服務提供。住院服務包括醫院及護養院所提供的服務。醫院為情況危殆或身患頑疾的病人提供突發性及深切治療，而護養院則為長期病患者及年老體弱的人提供長期照料。非住院服務包括社區保健、環境衛生、醫療研究及行政管理服務。非住院服務主要為普羅國民提供基層護理。

住院式醫療服務

公立醫院

8.2 公立醫院由醫院董事會、宗教或慈善機構，或地區委員會管理。此類醫院提供範圍廣泛的服務，包括急症、醫療、外科、兒科、產科、康復、深切治療、血管及心肺科服務。公立醫院亦設有門診服務。

私家醫院

8.3 私家醫院由私人以牟利方式經營，或由宗教或慈善機構以非牟利方式營辦。此類醫院提供醫療、外科、產科、精神科及康復服務。

護養院及護養宿舍

8.4 護養院為需要全日照顧的長期病患者、殘疾人或精神病人提供宿位及長期護理服務。而護養宿舍則提供宿位及家居協助，例如為不能獨自生活但又無須入住醫院或護養院接受護理的老人、情緒受困擾者或殘疾人提供膳食、洗衣及起居照顧服務。公營及私營機構均有營辦護養院及護養宿舍。

社區醫療服務

家庭及社區照顧

8.5 為使年老體弱的老人及殘疾人得以在家中安居，當局透過家庭及社區照顧計劃，提供支援服務，包括家務助理、起居照顧、家居保養及裝修、膳食、社區關懷、交通、社區輔助醫療、社康護理、教育及訓練等方面的服務。

門診服務

8.6 門診服務由私人執業醫生以收費形式提供。病人主要透過此等醫生轉介往專科服務。

保健推廣及預防疾病

8.7 各省、各領地及地方的衛生局均積極推廣保健及預防疾病，並透過母嬰健康院、產前診所、免疫注射診所及社區健康中心提供免疫注射及諮詢服務。

環境清潔及衛生

8.8 雖然各省各領地的有關當局負責監察空氣質素，但環境衛生及衛生設備則由地區政府負責。

資訊、協調及研究

8.9 為方便政府及社區策劃及制訂醫療政策，不少法定及非法定組織均就醫療制度提供資訊、研究及協調服務。

9. 強制性全民醫療保險 —— 《醫療保障計劃》

9.1 《醫療保障計劃》為強制性全民醫療保險制度，於1984年實行。該計劃由醫療保險委員會管理，為所有澳洲居民及來自與澳洲簽訂相互醫療護理協議的國家的遊客提供保障⁴。

《醫療保障計劃》的目的

9.2 據聯邦衛生及家庭服務部表示，《醫療保障計劃》旨在“透過發放《醫療保障計劃》津貼及作出相關的安排，使符合資格的病人，無需繳付過份高昂的費用，而能得到適當的私營醫療服務，從而確保身體健康。”⁵

⁴ 該等國家包括芬蘭、意大利、馬耳他、荷蘭、新西蘭、瑞典及英國。

⁵ Annual Report 1996-97, Commonwealth Department of Health and Family Services, 第81頁。

《醫療保障計劃》保險利益承保附表

9.3 《醫療保障計劃》保險利益承保附表由政府編訂，開列各項醫療服務的標準收費。該附表列載法律上符合資格的醫生所提供的服務，以及某些訂明由認可專科醫生提供的服務。政府會不斷透過諮詢醫學界對該附表作定期檢討，並每年更新兩次附表上的資料，以反映當時的執業慣例。

《醫療保障計劃》保險利益

9.4 任何病人可根據《醫療保障計劃》，選擇以公立醫院病人或自費病人的身份接受診治。公立醫院病人無權選擇醫生，而且必須前往公立醫院就醫；自費病人則有權選擇醫生，並可前往公立或私家醫院就醫。

門診服務

9.5 《醫療保障計劃》的受惠人可以：

- 選擇以公立醫院病人的身分，前往公立醫院，接受免費門診治療；及
- 前往普通科醫生、專科醫生、參與《醫療保障計劃》的視光師或牙醫的診所接受免費或資助的診治⁶。病人有權選擇執業醫務人員就醫。

9.6 就普通科醫生提供的門診服務，《醫療保障計劃》會支付附表所列收費的85%，或按附表收費扣除最多50澳元⁷，以金額較大者為準。其餘費用由病人自行清付。然而，不少執業醫務人員只向《醫療保障計劃》收取附表所列費用的85%，沒有要求病人支付其餘的款項。換言之，執業醫生接納附表收費的85%，作為有關服務全部費用的支付。

9.7 如某項服務徵收費用、病人可先行付款，然後向《醫療保障計劃》索賠，或就未付款的帳目向《醫療保障計劃》索賠，領取以有關醫務人員為抬頭人的支票，然後將支票及任何欠款交給該醫務人員。

⁶ 包括X光、病理測驗、其他醫學測試、檢查及某些外科程序、視力測試、由認可牙醫進行的部分外科程序，以及根據裂唇及裂顎症計劃提供的服務。

⁷ 此金額每年11月1日按通脹調整。

住院服務

9.8 病人如選擇以公立醫院病人的身份入住公立醫院，則院方會指派醫生及專科醫生免費替其診治。《醫療保障計劃》的承保範圍並非涵蓋所有醫療服務。附錄II載列並未納入《醫療保障計劃》的服務。

9.9 就前往公立或私家醫院就醫的自費病人，《醫療保障計劃》會支付附表中有關服務及程序收費的75%。至於其餘25%，病人可透過私人醫療保險計劃索償支付，或自費清付。如醫生所收取的費用超過附表所列的費用，病人須繳付差額。

9.10 自費病人亦須支付醫院住宿、手術室費用及藥費。此等費用須由病人承擔或按私人醫療保險計劃索償支付。

《醫療保障計劃》安全網

9.11 《醫療保障計劃》安全網就病人在門診服務的開支設定上限。因此，如所得津貼總額與附表所載各項費用總額相差超過276.8澳元⁸，則在該年餘下時間，如再使用任何服務，均可獲退還附表所載的全部費用。‘安全網’的上限，與消費物價指數掛鉤，並會每年調整。

10. 《藥物津貼計劃》

10.1 《藥物津貼計劃》是根據《1953年國家衛生法》的條文而設立。此計劃資助病人購買多種類的藥物及藥劑，使病人不會因財政困難而不能服用該等藥物。《藥物津貼計劃》為所有澳洲居民及來自與澳洲簽訂相互醫療護理協議⁹的國家的遊客提供津貼。該計劃亦由醫療保險委員會管理。

《藥物津貼計劃》的目的

10.2 《藥物津貼計劃》旨在“為澳洲社會提供及時、可靠及負擔得到的途徑，讓國民享用所需及具成本效益的藥物。”¹⁰

⁸ 1997年的數字。資料取自Medicare Statistics, December Quarter 1997, Commonwealth Department of Health and Family Services.

⁹ 該等國家包括英國、芬蘭、意大利、馬耳他、荷蘭、新西蘭及瑞典。

¹⁰ Annual Report 1996-97, Commonwealth Department of Health and Family Services, 第87頁。

《藥物津貼計劃》的津貼

10.3 除獲得優惠的病人(即領取退休金的人、失業的人及低收入家庭)外，所有病人在購買每種納入《藥物津貼計劃》的藥物時，須支付最多20澳元¹¹，而政府則負責繳付其餘的費用。至於獲得優惠的病人，則須繳付3.2澳元¹²。經《藥物津貼計劃》發放的津貼，會以現金形式直接轉帳給負責配藥的藥劑師。

《藥物津貼計劃》安全網

10.4 《藥物津貼計劃》安全網就某人及／或其直系家屬在購買納入《藥物津貼計劃》的藥物開支設立上限。在1997至98年度，普通病人及獲優惠的病人的安全網上限分別為612.60澳元及166.40澳元。如開支超過此限，則在有關曆年的餘下時間，普通病人只需支付3.2澳元，而獲優惠的病人則可免費，使用納入《藥物津貼計劃》的所有藥物¹³。

¹¹ 該數字每年調整。款額不包括購買昂貴牌子的藥物所須繳付的附加費。1997年的價格已按1996年聯邦政府預算案的增幅調整。

¹² 同上。

¹³ 同上。

第3部 —— 醫療制度的融資安排

11. 醫療融資政策的發展

11.1 澳洲的醫療服務經費主要由聯邦政府撥款。1946年，在憲法全民投票舉行後，澳洲實行醫療融資政策。聯邦政府為各省提供資助，使公立醫院可以提供免費的住院服務。聯邦政府亦資助前往私家醫院求醫的病人。在1953年，當局通過《國家衛生法》，聯邦政府繼而開始提供醫療、藥物及視光方面的津貼。

11.2 1975年，聯邦政府推行《保健銀行計劃》。該計劃是全民保險計劃；為所有澳洲人提供免費的公立醫院服務，以及資助醫療、藥物及視光服務。1976年，聯邦政府向參加《保健銀行計劃》的人徵收相等於應課稅收入的2.5%稅項，亦推出名為《私人保健銀行計劃》的私人醫療保險基金，與其他私營保險基金直接競爭。雖然《保健銀行計劃》及《私人保健銀行計劃》收取不同醫療徵款，並提供不同保障，但兩項計劃的特點相若。因此，聯邦政府在1978年廢除《保健銀行計劃》，保留《私人保健銀行計劃》。然而，聯邦政府仍然為所有澳洲人提供免費的公立醫院服務，以及按附表收費的醫療項目發放40%的津貼。

11.3 1984年，聯邦政府再次推行強制性全民醫療保險計劃 —— 《醫療保障計劃》。根據《醫療保障計劃》，所有納稅人須額外繳付應課稅收入的1%，作為《醫療保障計劃》的徵款，而聯邦政府則直接發放醫療及藥物津貼。根據《醫療保障計劃》協議(即聯邦政府與各省各領地政府達成的協議)，聯邦政府為各省各領地的醫院提供財政援助，確保公立醫院可向公立醫院病人免費提供公眾病房，治療及門診服務。

12. 醫療融資政策的目的

12.1 根據1997至98年度預算案，聯邦政府的醫療開支主要用作“確保所有澳洲人無須繳付過份高昂的費用，而能得到切合需要的醫療服務。”¹⁴

¹⁴ 1997-98 Budget, Statement 4 - Outlays, Section 5 - Nature of Outlays.

圖1 —— 醫療服務的融資安排

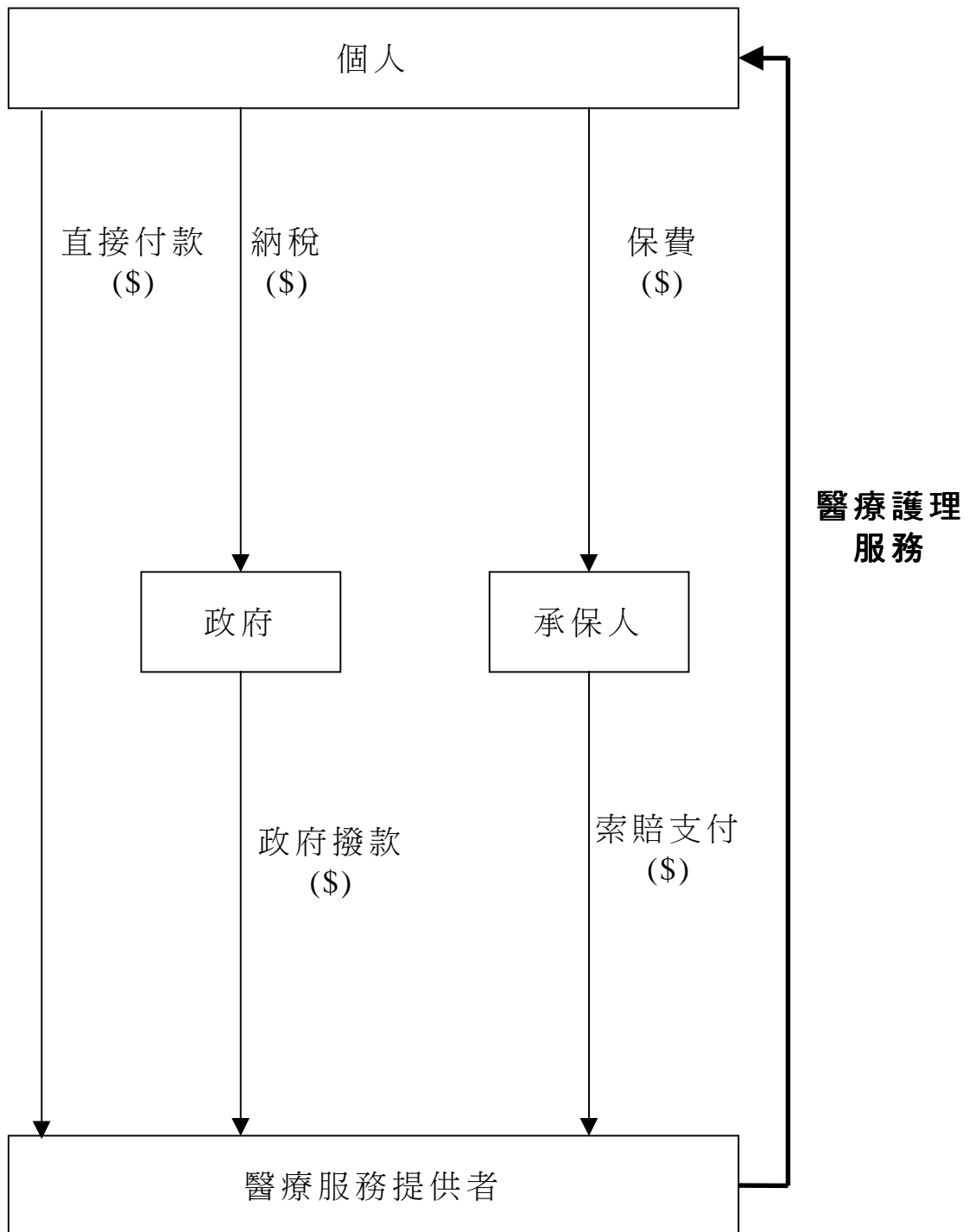
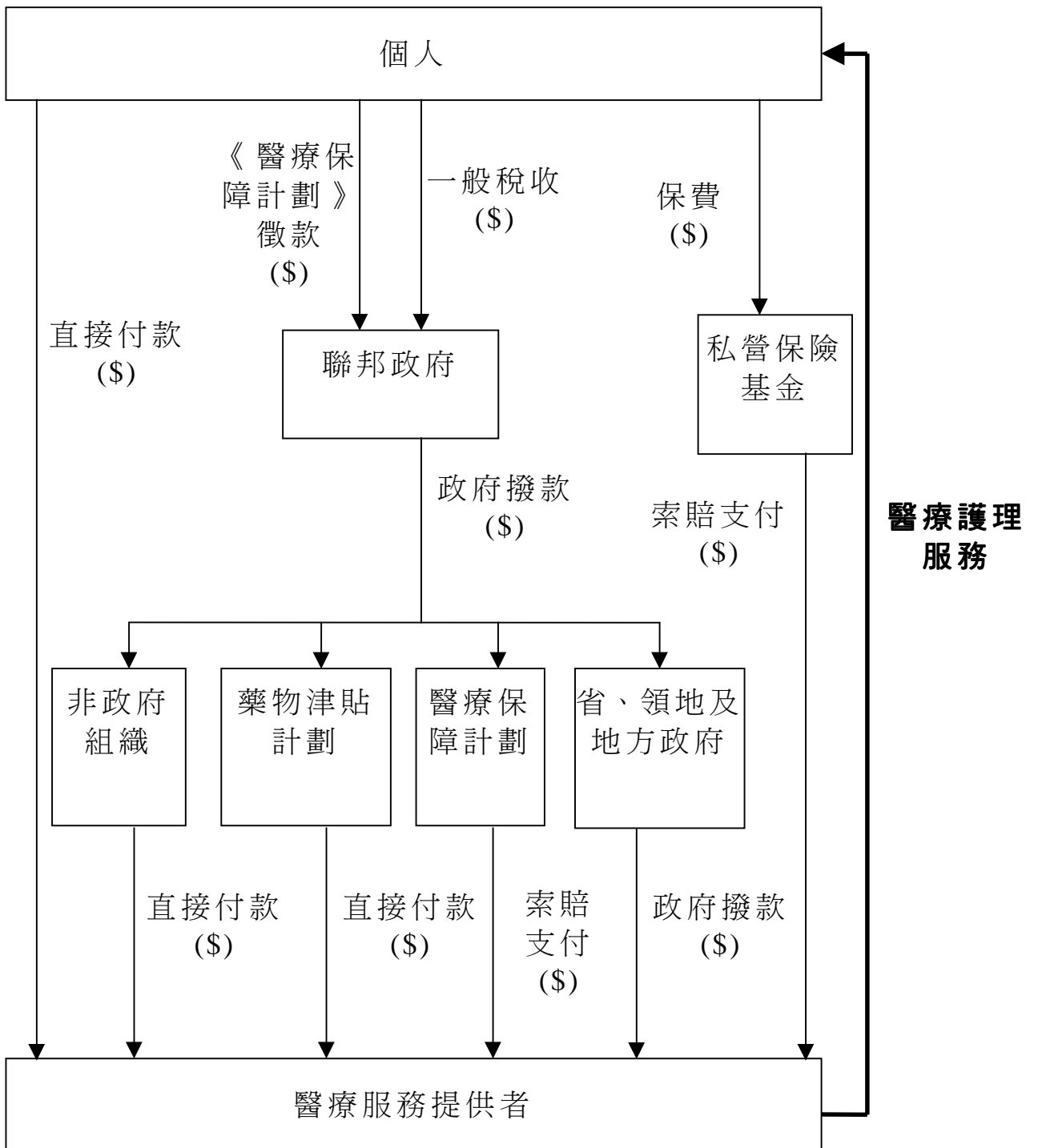


圖2 —— 澳洲醫療服務的融資安排



13. 融資安排

13.1 從醫療服務提供者的角度，醫療服務的融資安排是指服務提供者籌集經費的不同途徑。圖1闡述醫療服務提供者為國民提供醫療服務及取得經費的不同途徑。

13.2 在澳洲，醫療服務提供者的經費是來自各級政府撥款，《醫療保障計劃》及《藥物津貼計劃》，亦可透過私人醫療保險基金收取投保人索賠的款項。個人則透過納稅、繳納《醫療保障計劃》徵款、或以自費方式，向醫療服務提供者付款(圖2)。

政府撥款

13.3 聯邦政府透過以下形式，資助醫療服務：

- 提供《醫療保障計劃》津貼；
- 提供藥物津貼；
- 直接撥款與非政府組織；
- 為省及領地政府提供特定用途撥款，支援公立醫院及其他基礎設施的經費；
- 發放財政援助津貼，藉此為各省提供一般援助。此等援助的用途並無限制；及
- 透過醫院撥款津貼向各省發放款項。

一般稅收

13.4 表1顯示在1997至98年度，超過50%的政府一般收入為個人入息稅。

表1 —— 1997至98年度按主要類別劃分的政府一般收入^(a)

收入類別	佔總收入的百分比
個人入息稅 ^(b)	52
公司稅	14
附帶福利稅	2
從退休基金及預扣稅所得的款項	4
消費稅	10
銷售稅	10
關稅	3
其他稅項、收費及罰款	2
非稅收收入 ^(c)	3
總計	100

備註：

(a) 預算案的估計。

(b) 包括從《醫療保障計劃》徵款所得的款項及退款。

(c) 包括利息、股息及未分類的其他收入。

資源來源：Budget 1998-99, Department of Administration and Finance, 表 BIV

13.5 在澳洲，個人入息稅的稅率是累進的。表2開列澳洲國民的個人入息稅率。年薪低於5,400澳元的人無須繳納入息稅。而入息逾50,000澳元及以上的人，其稅率最高可達每澳元繳稅47仙。

表2 —— 1997至98年度個人入息稅率

個人應課稅入息(澳元)	稅率
1-5,400	免稅
5,401-20,700	扣減5,400澳元後，每澳元徵稅20仙
20,701-38,000	扣減20,700澳元後，每澳元徵稅34仙
38,001-50,000	扣減38,000澳元後，每澳元徵稅43仙
50,001及以上	扣減50,000澳元後，每澳元徵稅47仙

資料來源：Tax Pack 97, Australia Taxation Office, 第128頁

《醫療保障計劃》徵款

13.6 除入息稅外，聯邦政府亦就應課稅的收入額外徵稅，所得的款項純粹用作資助醫療服務之用。

13.7 1997至98年度的《醫療保障計劃》徵款相等於個人應課稅收入的1.5%¹⁵。年薪少於13,389澳元的單身者，以及年薪少於22,594澳元的夫婦及單親家長均無須繳交。當局就每名受供養的子女設立2,100澳元的免繳稅入息額¹⁶。

13.8 從1997年7月1日開始，當局額外徵收1%的《醫療保障計劃》徵款附加費，藉此鼓勵較富裕的人參加私人醫療保險計劃，以紓緩公立醫院所承受的壓力。受此項措施影響的人包括每年收入超過50,000澳元的單身者、超過100,000澳元應課稅收入的夫婦及家庭¹⁷，而且並沒有參加享有住院保障的私人醫療保險計劃。

私人醫療保險

13.9 《醫療保障計劃》於1984年實行，私人醫療保險計劃現在提供的保障範圍包括：

- 公立及私家醫院所提供的服務(例如醫院住宿¹⁸及手術室費用)，保額可達該服務所收取費用的100%；
- 私家及公立醫院的醫療服務，保額可達附表收費的25%，以彌補《醫療保障計劃》的附表收費及私家醫院、公立醫院收費的差額；
- 如私人醫療保險基金與有關醫生訂立合約，訂明收費，則超出該25%差額的款額會納入醫療保險的範圍內；及
- 輔助服務的收費。

私人醫療保險計劃沒有為門診醫療服務提供保障。

團體級別徵費

13.10 團體級別徵費確保所有國民可以參加私人醫療保險計劃。根據計劃原則，基金不能根據受保人的年齡、性別、健康狀況或家庭成員人數而收取不同的保費。因此，無論年老體弱或年輕力壯的人均有相同的供款率，但不同保險公司就類似保險計劃所收取的保費可能有異。

¹⁵ 1997-98 Budget, Statement 5, 第6頁。

¹⁶ <http://tax.cls.com.au/tax/budget97/b9702.html>

¹⁷ 家庭成員包括配偶或有實無名的配偶、16歲以下需要照料的子女及25歲以下受供養的全日制學生。

¹⁸ 連續留院超過35天的病人會視作護養院類別病人。此等病人須支付部分住院費用。

13.11 每個保險計劃均設有單身、夫婦、單親家庭及家庭四級徵費¹⁹。

再保險安排

13.12 再保險安排可使團體級別徵費的機制更為穩固。鑑於有些私人醫療保險基金有大比例的成員為年長及長期患病者，有些基金則只有少量此類成員，再保險安排提供機制，將不同基金所承受的風險重新分擔。

13.13 此機制由私人醫療保險管理局執行。每個保險基金從兩個不同的帳戶支付成員的索賠。該兩個帳戶分別為標準帳戶及再保險帳戶。標準帳戶用作支付所有低成本成員(即65歲以下，或在過往12個月內留院日數少於35天的人)所申索的賠償，以及支付高成本成員(即65歲或以上，或住院日數超過35天的人)所申索的每項賠償的21%。餘下的79%則從再保險帳戶支付。私人醫療保險管理局每季會集合再保險帳戶的支出，並按成員比例攤分。如某基金從再保險帳戶支付的款額超過集資後攤分的款額，則私人醫療保險管理局會將差額撥給該基金，反之亦然²⁰。

參加私人醫療保險計劃的獎勵

13.14 為了鼓勵國民參加私人醫療保險基金，以減輕聯邦政府的財政負擔，從1997年7月1日開始，年薪少於35,000澳元的單身者，以及少於70,000澳元的夫婦及家庭，如參加私人醫療保險計劃，均可獲得退稅。獲得退稅的家庭入息額會按子女的數目而增加，每多一名子女便增加3,000澳元²¹。

¹⁹ Private Health Insurance, Industry Commission, Report 57, 第34頁。

²⁰ Operation of Reinsurance, apha on Line, Australian Private Hospitals Association.

²¹ Private Health Insurance Incentives Scheme, Commonwealth Department of Health and Family Services.

13.15 現時每年的退稅額²²如下：

- 單身者 —— 買了住院保險的人可獲退還100澳元；輔助服務保險的可獲退還25澳元；住院及輔助服務合併保險的則可獲退還125澳元；
- 夫婦 —— 買了住院保險的夫婦可獲退還200澳元；輔助服務保險的可獲退還50澳元；合併保險則可獲退還250澳元；
- 家庭 —— 買了住院保險的家庭可獲退還350澳元；輔助服務保險的可獲退還100澳元；合併保險的則可獲退還450澳元；

收費

13.16 無資格參加《醫療保障計劃》的病人，例如非澳洲居民及外國僑民，如前往公立及私家醫院接受治療及留院，則須繳付費用。他們或須支付其他服務費用，例如手術室費用及物理治療費。然而，大部分收費均可透過私人醫療保險計劃索償支付。

²² Private Health Insurance Incentives Scheme, Commonwealth Department of Health and Family Services.

第4部 —— 分析醫療開支及融資安排

14. 醫療總開支

14.1 醫療總開支是指公共及私人機構用於醫療服務及產品的開支。

醫療總開支比對本地生產總值

14.2 表3和圖3顯示由1986-87年度至1995-96年度期間，醫療總開支及本地生產總值的變化情況。在該段期間，醫療總開支的增長率較本地生產總值的增長率為高。而醫療總開支佔本地生產總值的百分比由8.0%上升至8.5%。

表3 —— 1986-87年度至1995-96年度醫療總開支及本地生產總值

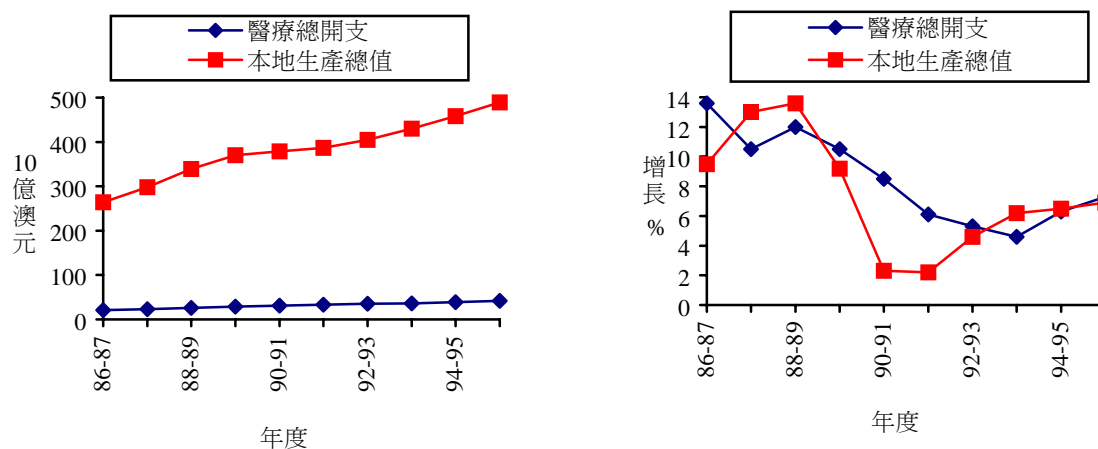
年度*	醫療總開支		本地生產總值		醫療總開支 佔本地生產 總值百分比
	百萬澳元	增長百分比	百萬澳元	增長百分比	
1986-87	21,115	+13.6	264,007	+9.5	8.0
1987-88	23,333	+10.5	298,395	+13.0	7.8
1988-89	26,127	+12.0	339,068	+13.6	7.7
1989-90	28,874	+10.5	370,188	+9.2	7.8
1990-91	31,316	+8.5	378,716	+2.3	8.3
1991-92	33,213	+6.1	387,045	+2.2	8.6
1992-93	34,976	+5.3	404,802	+4.6	8.6
1993-94	36,577	+4.6	429,713	+6.2	8.5
1994-95	38,898	+6.3	457,646	+6.5	8.5
1995-96 [#]	41,742	+7.3	489,184	+6.9	8.5

備註：* 1989-96的資料取自 Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997 AIHW, 第3頁，表3。

根據澳洲醫療及福利協會及澳洲統計局的初步估計。

資料來源：Health Expenditure Bulletin No. 12, December 1996, AIHW, 第20頁，表17
Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997, AIHW, 第3頁，表3

圖3 —— 1986-87年度至1995-96年度醫療總開支及本地生產總值



資料來源：Health Expenditure Bulletin No. 12, December 1996, AIHW, 第20頁，表17
Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997, AIHW, 第3頁，表3

14.3 導致醫療總開支在本地生產總值所佔的比例增加的原因，是澳洲經濟在1990-91年度及1991-92年度出現衰退。該段期間的醫療開支並非偏高，但由於該兩年的實質本地生產總值下降，導致該項比例上升，當本地生產總值恢復增長後，醫療開支仍處於較高的比例。

人均醫療開支

14.4 表4及圖4顯示澳洲的人均醫療開支。人均醫療開支在1986-87年度增長12%，但到1993-94年度則大幅下降至3.5%。該增長率在1994-95年度輕微上升至5.2%，在1995-96年度進一步上升至5.8%。澳洲在1995-96年度的人均醫療開支為2,294澳元。

表4 —— 1986-87年度至1995-96年度澳洲人均醫療開支

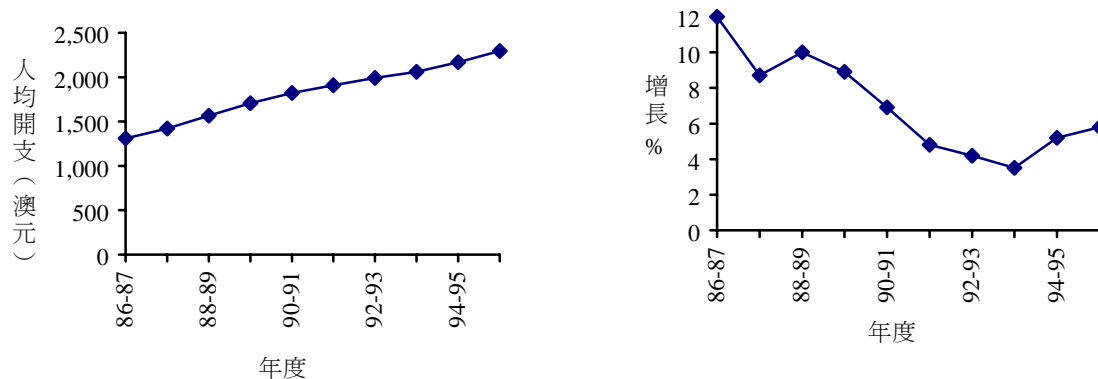
年度*	人均開支(澳元)	增長百分比
1986-87	1,309	+12.0
1987-88	1,423	+8.7
1988-89	1,566	+10.0
1989-90	1,705	+8.9
1990-91	1,823	+6.9
1991-92	1,910	+4.8
1992-93	1,990	+4.2
1993-94	2,060	+3.5
1994-95	2,168	+5.2
1995-96 [#]	2,294	+5.8

備註：* 1989-96的資料取自 Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997, AIHW, 第3頁, 表2。

根據澳洲醫療及福利協會及澳洲統計局的初步估計。

資料來源: Health Expenditure Bulletin No. 12, December 1996, AIHW, 第4頁, 表2
Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997, AIHW, 第3頁, 表2

圖4 —— 1986-87年度至1995-96年度澳洲人均醫療開支



資料來源: Health Expenditure Bulletin No. 12, December 1996, AIHW, 第4頁, 表2
Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997, AIHW, 第3頁, 表2

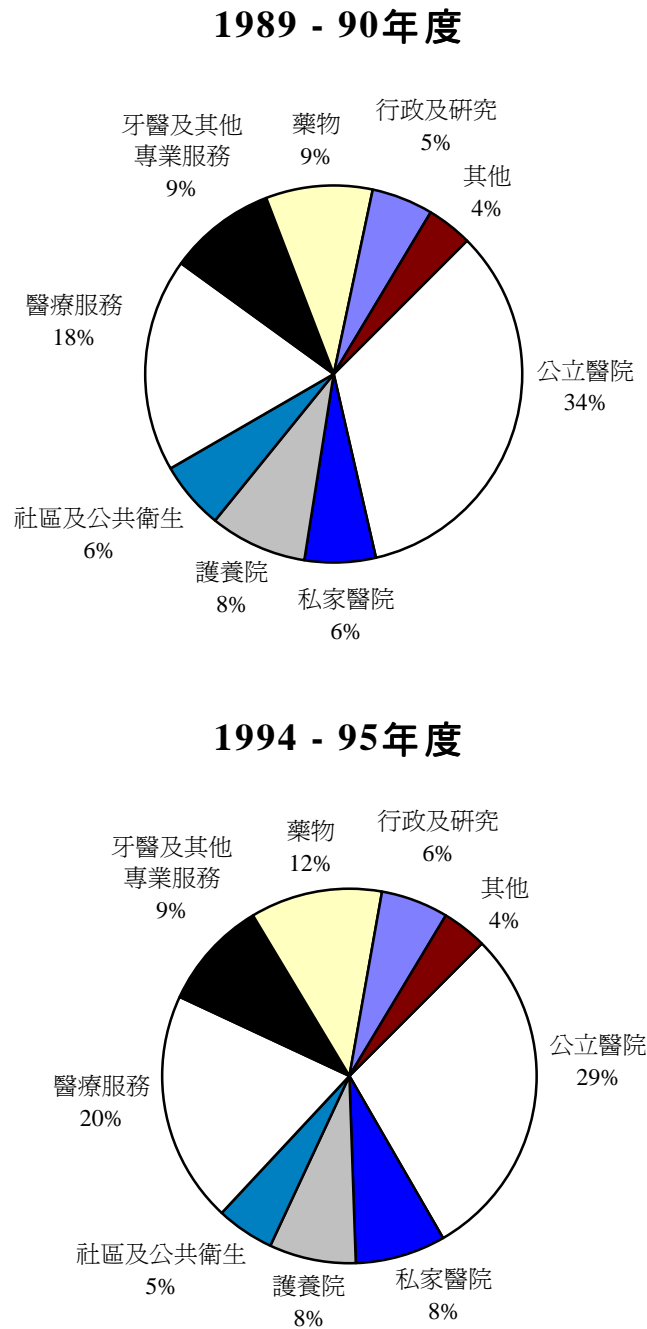
14.5 根據澳洲醫療及福利協會提供的資料，導致澳洲人均醫療開支持續上升的原因包括人口老化，以及醫療模式轉變和病人的要求提高，令不同年齡的人增加使用醫療服務。由於人們的健康意識提高，他們愈發要求更多醫療檢查。

按開支項目劃分的醫療總開支

14.6 圖5顯示1989-90年度及1994-95年度按項目劃分的醫療總開支的分別。在該段期間，用於公立醫院的開支比例由34%下降至29%，而用於私家醫院的開支比例則由6%上升至8%。導致前者比例下降的原因可能是當局推行家庭及社區照顧計劃，令老人及殘疾人可留在家中而無需住院。

14.7 就非住院服務而言，用於藥物的開支比例由1989-90年度的9%大幅上升至1994-95年度的12%，這是由於醫生的處方所包括的藥物由以往較舊的類別改為選用已納入《藥物津貼計劃》的較新和較昂貴的類別。

圖5 —— 1989-90年度及1994-95年度按開支項目劃分的醫療總開支



備註：

(a) 公立醫院包括公立急症醫院，退役軍人醫院及公立精神病院。

(b) 其它包括救護車服務，醫療輔助儀器及沒有分類的服務。

資料來源： Health Expenditure Bulletin, No. 13, July 1997, AIHW, 表12及17

15. 醫療總融資

15.1 醫療總開支的經費分別來自公營及私營機構。正如表5及圖6所示，醫療總開支的三分之二是由各級政府撥款。在1995-96年度，聯邦政府支付了醫療總開支的45.2%，省及地方政府合共支付了22.4%。而私人機構則承擔了醫療總開支的大約三分之一。

表5 —— 1986-87年度至1995-96年度醫療總融資比例

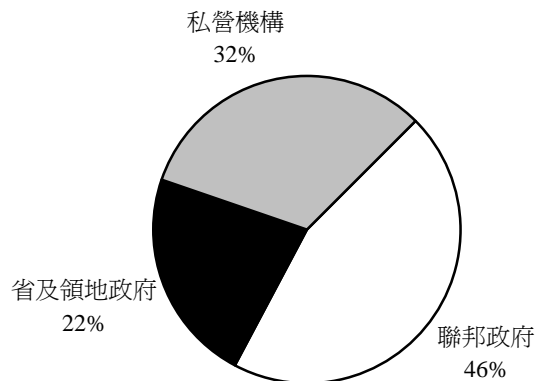
年度*	公營機構			私營機構	總計
	聯邦政府	省及地方政府	小計		
1986-87	44.3	26.4	70.8	29.2	100.0
1987-88	44.0	26.0	70.1	29.9	100.0
1988-89	42.6	26.0	68.6	31.4	100.0
1989-90	42.1	26.0	68.1	31.9	100.0
1990-91	42.2	25.4	67.6	32.4	100.0
1991-92	42.7	24.5	67.2	32.8	100.0
1992-93	43.7	23.6	67.3	32.7	100.0
1993-94	45.4	21.9	67.2	32.8	100.0
1994-95	44.8	22.2	67.0	33.0	100.0
1995-96 [#]	45.2	22.4	67.7	32.3	100.0

備註：* 1989-96 的資料取自 Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997, AIHW, 第4頁，表6。

根據澳洲醫療及福利協會及澳洲統計局的初步估計。

資料來源：Health Expenditure Bulletin No. 12, December 1996, AIHW, 第5頁，表4
Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997, AIHW, 第4頁，表6

圖6 —— 1995-96年度醫療總融資比例



資料來源：Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997, AIHW, 第4頁，表6

1986-87年度至1989-90年度

15.2 從1986-87年度至1989-90年度期間，各級政府的撥款佔醫療總開支的比例從70.8%下降至68.1%。尤其是來自聯邦政府撥款所佔總的比例，從44.3%下降至42.1%，而省政府所佔的比例則持續穩定。

15.3 有數項原因導致出現上述變化。聯邦政府於1986年取消私家醫院病床津貼，並減低藥費中獲得津貼的部分。聯邦政府再於1987年擴大附表收費與住院醫療津貼的差距，由15%增至25%。

1990-91年度至1995-96年度

15.4 從1990-91年度至1995-96年度期間，聯邦政府的撥款佔醫療總開支的比例從42.2%增至45.2%，而省、領地及地方政府的撥款所佔的比例則從25.4%下降至22.4%。

15.5 一如上文第14.5及14.7段所述，隨著國民健康意識增加，以及採用較新及較昂貴的藥物取代舊有藥物，醫療及配藥服務均有所增加。由於聯邦政府須根據《醫療保障計劃》及《藥物津貼計劃》發放津貼，以致其開支相應增加。再者，用於醫療服務的開支數額是由醫生及病人決定，政府無法控制。

15.6 至於省政府方面，由於有精神病人轉往其它聯邦政府的《醫療保障計劃》治療，而不用住院，引至精神病院減少病床數目，故精神病院的開支亦相應減少。

15.7 此外，聯邦政府向省及地方政府所提供的醫療服務撥款亦出現實際下降。其增長率在1984-85年度至1989-90年度期間平均為5.5%，但從1989-90年度至1993-94年度期間，實質增長率下降至0.6%。²³

²³ Australia's Health 1996, AIHW, 第126頁

16. 公共醫療開支及融資

公共醫療開支

公共醫療開支比對公共總開支

16.1 公共醫療開支是指各級政府用於醫療服務的開支。表6顯示醫療開支佔公共總開支的比例。在1991-92年度至1995-96年度期間，公共醫療開支大約佔公共總開支的15%。

**表6 —— 1991-92年度至1995-96年度公共醫療開支比對公共總開支
(百萬澳元)***

年度	公共醫療開支	公共總開支	公共醫療開支佔公共總開支的百分比
1991-92	21,425	160,176	13.4
1992-93	22,594	163,687	13.8
1993-94	23,572	165,373	14.3
1994-95	25,147	176,937	14.2
1995-96	27,424	174,213	15.7

備註：* 數字是指各級政府的統一撥款。

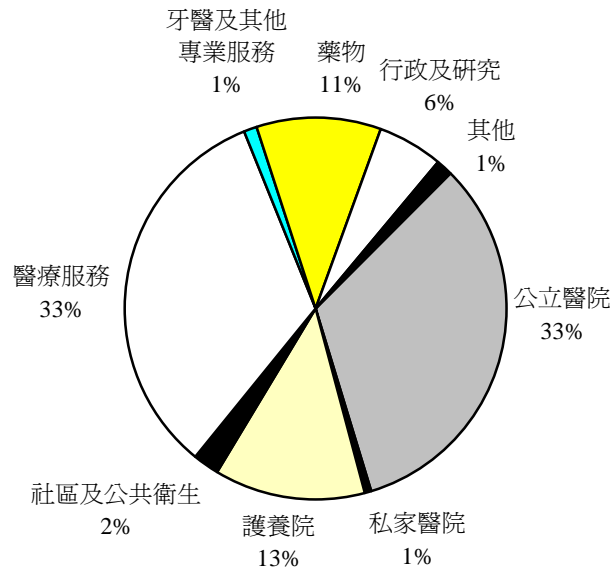
資料來源：1997 Year Book Australia, ABS, 第633頁，表26.7

按開支項目劃分的公共醫療開支

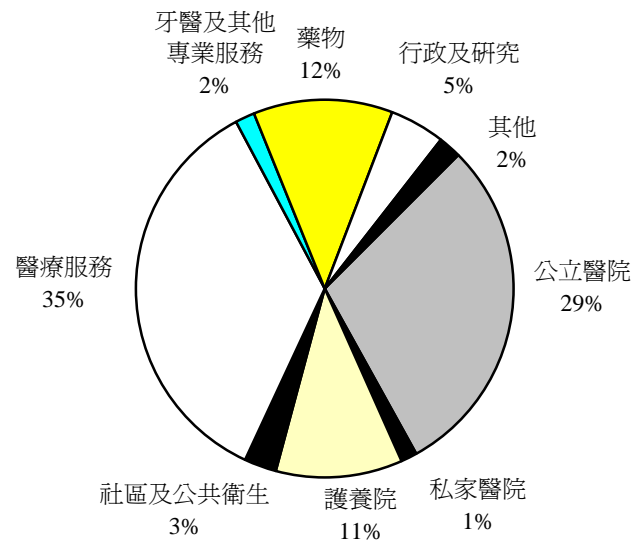
16.2 圖7顯示1989-90年度及1994-95年度聯邦政府按開支項目劃分的公共醫療開支的分別。

圖7 —— 1989-90年度及1994-95年度聯邦政府按開支項目劃分的公共醫療開支

1989-90年度



1994-95年度



備註：

(a) 公立醫院包括公立急症醫院，退役軍人醫院及公立精神病院。

(b) 其它包括救護車服務，醫療輔助儀器及沒有分類的服務。

資料來源： Health Expenditure Bulletin, No. 13, July 1997, AIHW, 表 12 及 17

16.3 從上圖可見，醫療及配藥服務在聯邦政府的醫療開支中所佔的比例分別從33%及11%增至35%及12%。此增長反映出醫療和配藥服務的使用量有所增加。

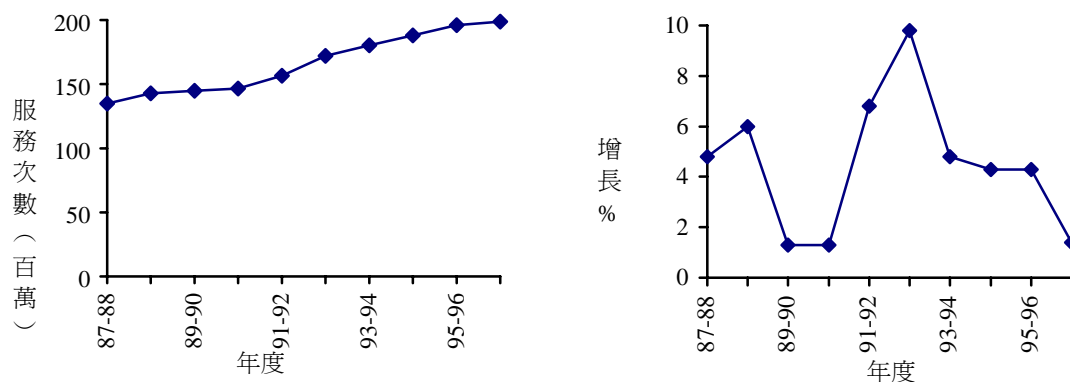
16.4 表7及圖8顯示《醫療保障計劃》所涵蓋的醫療服務次數的轉變。在1991-92年度及1992-93年度，《醫療保障計劃》所涵蓋的醫療服務次數分別有6.8%及9.8%的顯著升幅。在1996-97年度，有關的數字幾乎達到二十億次。

表7 —— 1987-88年度至1996-97年度《醫療保障計劃》所涵蓋的醫療服務次數

年度	服務次數(百萬)	增長百分比
1987-88	134.8	+4.8
1988-89	142.9	+6.0
1989-90	144.7	+1.3
1990-91	146.6	+1.3
1991-92	156.6	+6.8
1992-93	172.0	+9.8
1993-94	180.2	+4.8
1994-95	188.0	+4.3
1995-96	196.0	+4.3
1996-97	198.8	+1.4

資料來源：Medicare Statistics, December Quarter 1997, Commonwealth Department of Health and Family Services, 表A1

圖8 —— 1987-88年度至1996-97年度《醫療保障計劃》所涵蓋的醫療服務次數



資料來源：Medicare Statistics, December Quarter 1997, Commonwealth Department of Health and Family Services, 表A1

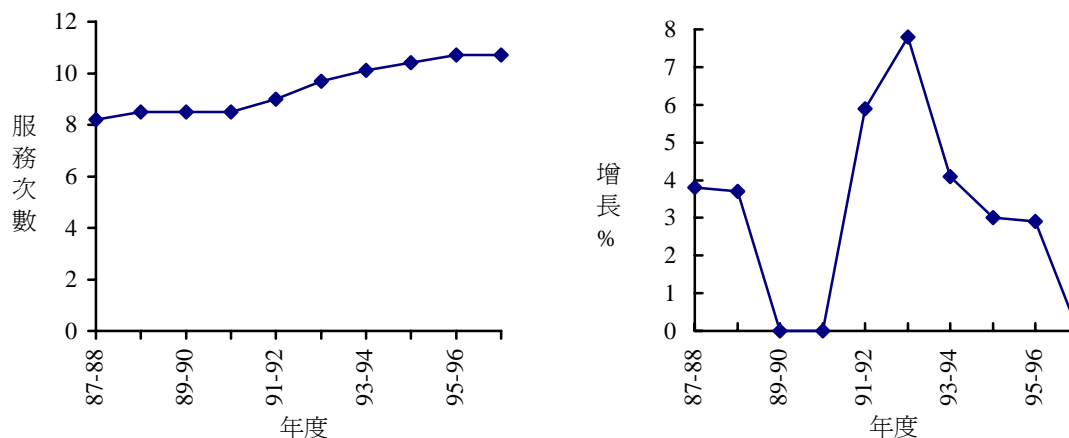
16.5 表8及圖9顯示同期內人均使用《醫療保障計劃》所涵蓋的醫療服務次數分別增長5.9%及7.8%。一如上文第14.5段所述，國民的健康意識增加並使用更多醫療服務。

表8 —— 1987-88年度至1996-97年度人均使用《醫療保障計劃》所涵蓋的醫療服務次數

年度	服務次數	增長百分比
1987-88	8.2	+3.8
1988-89	8.5	+3.7
1989-90	8.5	-
1990-91	8.5	-
1991-92	9.0	+5.9
1992-93	9.7	+7.8
1993-94	10.1	+4.1
1994-95	10.4	+3.0
1995-96	10.7	+2.9
1996-97	10.7	-

資料來源：Medicare Statistics, December Quarter 1997, Department of Health and Family Services, 表B1

圖9 —— 1987-88年度至1996-97年度人均使用《醫療保障計劃》所涵蓋的醫療服務次數



資料來源：Medicare Statistics, December Quarter 1997, Department of Health and Family Services, 表B1

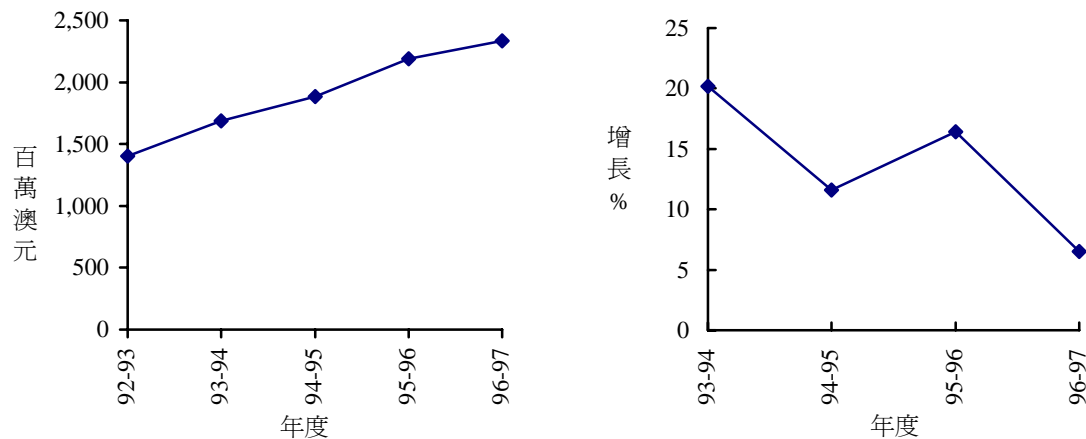
16.6 表9及圖10顯示在1992-93年度至1996-97年度期間按《藥物津貼計劃》所發放的津貼。該項計劃的津貼在1993至1996年期間有11.6%至20.2%的增長。導致此項津貼上升的因素包括人口老化，慢性失調疾病越來越普遍，獲優惠的病人數目不斷增加，新產品的價格不斷上升，改用較昂貴藥物，以及病人和整個社會的期望有所改變等。

表9 —— 1992-93年度至1996-97年度按《藥物津貼計劃》所發放的津貼

年度	百萬澳元	增長百分比
1992-93	1,403	不適用
1993-94	1,686	+20.2
1994-95	1,882	+11.6
1995-96	2,191	+16.4
1996-97	2,333	+6.5

資料來源：Annual Report 96-97, Health Insurance Commission, 表15

圖10 —— 1992-93年度至1996-97年度按《藥物津貼計劃》所發放的津貼

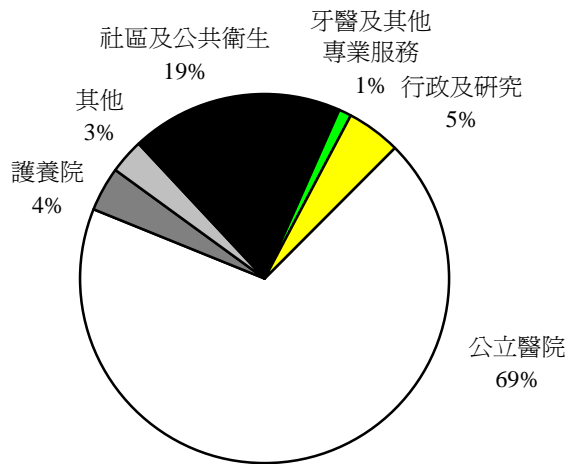


資料來源：Annual Report 96-97, Health Insurance Commission, 表15

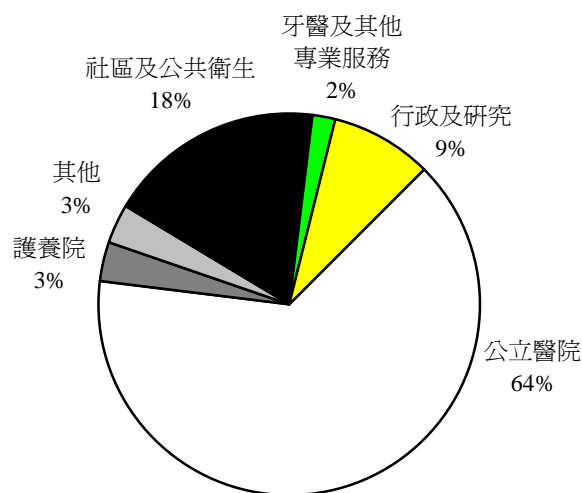
16.7 圖11顯示在1989-90年度及1994-95年度，省及地方政府按項目劃分的公共醫療開支。用於公立醫院的公共開支比例由69%下降至64%。上述比例下降可能是由於當局推行家庭及社區照顧計劃以及精神健康護理計劃，因而紓緩對住院服務的需求。此外，省及地方政府亦花費大量金錢(在1994-95年度為18%)提供社區及公共醫療服務。

圖 11 —— 1989-90年度及1994-95年度省及地方政府按項目劃分的公共醫療開支

1989-90年度



1994-95年度



備註：

(a) 公立醫院包括公立急症醫院，退役軍人醫院及公立精神病院。

(b) 其它包括救護車服務，醫療輔助儀器及沒有分類的服務。

資料來源： Health Expenditure Bulletin, No. 13, July 1997, AIHW, 表 12 及 17

16.8 表10進一步顯示公立急症醫院的使用量不斷減少。在1985-86年度至1993-94年度期間，入院總數雖有增加，但平均留院時間則由6.9日降至4.8日，而病人臥床總日數則保持穩定。此外，非留院病人服務的宗數出現負增長。這反映病人由接受住院服務轉向接受門診服務。

表10 —— 1985-86年度至1993-94年度公立急症醫院的使用情況

公立急症醫院的使用情況	1985-86	1987-88	1989-90	1991-92	1992-93	1993-94
入院宗數 ('000)	2 466	2 622	2 790	3 025	3 118	3 387
增長百分比	不適用	+6.3	+6.4	+8.4	+3.1	+8.6
平均留院時間 (日數)	6.9	6.5	6.0	5.3	5.2	4.8
增長百分比	不適用	-5.8	-7.7	-11.7	-1.9	-7.7
病人臥床日數	16 891	17 098	16 669	16 122	16 212	16 289
增長百分比	不適用	+1.2	-2.5	-3.3	+0.6	+0.5
為非留院病人提供服務的宗數 ('000)	37 666	43 711	38 209	30 676	33 093	30 562
增長百分比	不適用	+16.0	-12.6	-19.7	+7.9	-7.6

資料來源：Australia's Health 1996, AIHW, 第152頁，表5.9

公共醫療融資

16.9 一如上文第13節所述，政府用於資助公共醫療的撥款的主要來自稅收，包括《醫療保障計劃》徵費。表11及圖12顯示政府收入的波動情況。

表11 —— 1988-89年度至1997-98年度《醫療保障計劃》徵費及稅收*

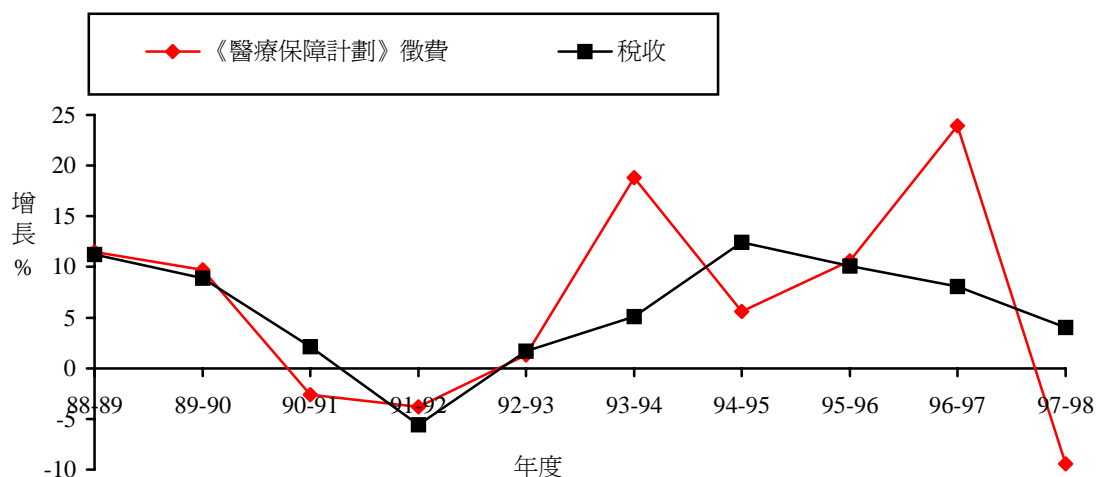
年度	《醫療保障計劃》徵費			稅收		
	百萬 澳元	佔稅收 總額的 百分比	增長 百分比	百萬 澳元	佔稅收 總額的 百分比	增長 百分比
1988-89	2,320	2.6	+11.5	83,897	94.5	+11.2
1989-90	2,545	2.7	+9.7	91,343	95.2	+8.9
1990-91	2,480	2.5	-2.6	93,225	95.0	+2.1
1991-92	2,385	2.6	-3.8	87,970	94.1	-5.6
1992-93	2,415	2.5	+1.3	89,434	94.1	+1.7
1993-94	2,870	2.8	+18.8	94,024	93.3	+5.1
1994-95	3,030	2.7	+5.6	105,687	95.7	+12.4
1995-96	3,350	2.8	+10.6	116,386	95.6	+10.1
1996-97	4,130	3.2	+23.9	125,815	96.0	+8.1
1997-98 (a)	3,760	2.8	-9.4	130,827	96.6	+4.0

備註 : (a) 修正的估計。

* 稅收包括《醫療保障計劃》徵費。

資料來源：1998-99 Budget, Department of Administration and Finance, 表BI及BIV

圖12 —— 1988-89年度至1997-98年度《醫療保障計劃》徵費及稅收*



備註 : * 稅收包括《醫療保障計劃》徵費

資料來源：1998-99 Budget, Department of Administration and Finance, 表BI及BIV

16.10 從圖表可見，在1988-89年度至1997-98年度期間，《醫療保障計劃》徵費只佔稅收總額的2-3%。期間所出現的波動，是由於《醫療保障計劃》徵費由起初佔應課稅收入的1%，逐步調升至1986年的1.25%，1993年的1.4%，1995年的1.5%。《醫療保障計劃》徵費在90年代初期出現負增長，原因是當時的經濟情況逆轉以及應課稅收入的減少²⁴。

16.11 表12展示在1991-92年度至1995-96年度期間，《醫療保障計劃》徵費在資助醫療開支方面的重要性。《醫療保障計劃》徵費涵蓋醫療總開支的大約8%，以及公共醫療開支的大約12%。

表12 —— 1991-92年度至1995-96年度《醫療保障計劃》徵費佔公共醫療開支及總醫療開支的比例

年度	《醫療保障計劃》徵費		
	百萬澳元	佔公共醫療開支的百分比	佔醫療總開支的百分比
1991-92	2,385	10.7	7.2
1992-93	2,415	10.3	6.9
1993-94	2,870	11.8	7.8
1994-95	3,030	11.7	7.8
1995-96	3,350	11.9	8.0

資料來源：1997-98 Budget, Department of Administration and Finance, 表 B1
Health Expenditure Bulletin, No.13, July 1997, AIHW, 表 12至 17

17. 私人醫療開支及融資

私人醫療開支

17.1 澳洲的私人醫療開支是指用於醫療服務的開支，包括私人醫療保險基金、工人補償金、強制性汽車第三者保險向醫療服務提供者索賠的支付以及個人直接付款；當中，個人的付款和私人保險基金的支出分別佔私人醫療開支大約55%及35%。

17.2 表13顯示私人醫療開支佔私人消費的比例。私人醫療開支佔私人消費總額的4.5%。

²⁴ 聯邦政府在1996-97年度徵收額外0.2%的《醫療保障計劃》徵費，用以資助國民槍枝計劃。根據該計劃，槍枝擁有人、商人以及收藏者如向當局上繳指定的槍枝，可獲得賠償，但這只是一項一次過推行的措施。

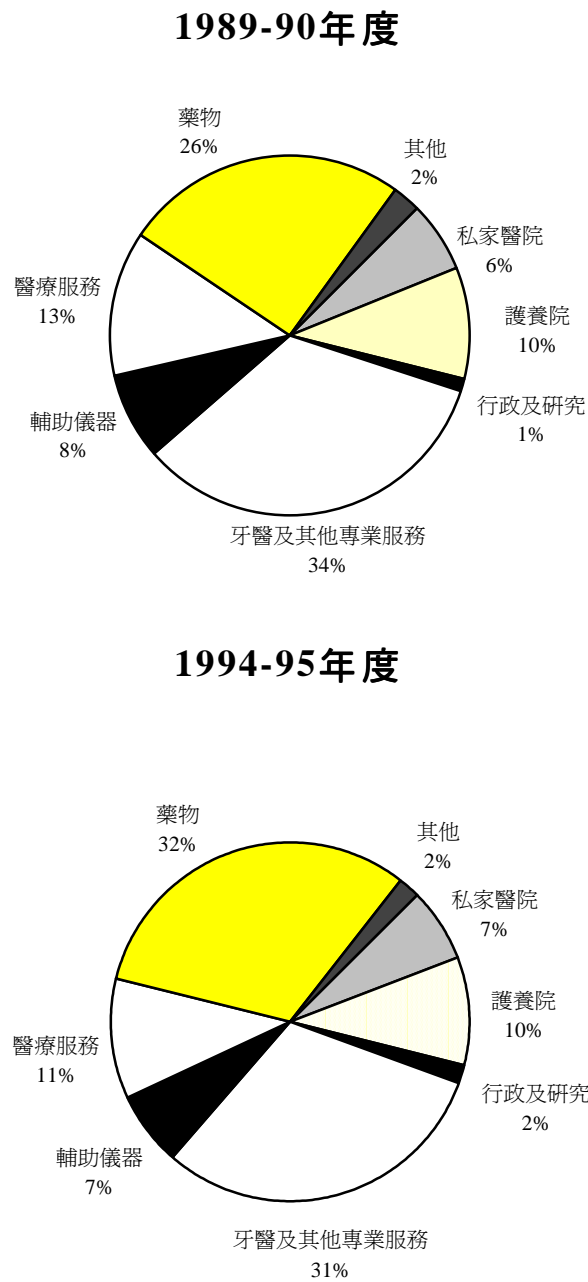
表13 —— 1991-92年度至1995-96年度私人醫療開支佔私人消費的比例(百萬澳元)

年度	私人醫療開支	私人消費	私人醫療開支佔私人消費的百分比
1991-92	10,908	242,328	4.5
1992-93	11,435	254,277	4.5
1993-94	11,988	266,478	4.5
1994-95	12,840	283,983	4.5
1995-96	13,501	303,766	4.4

資料來源：1997 Year Book Australia, ABS, 第675頁，表28.4
Health Expenditure Bulletin, No.13, July 1997, AIHW, 第4頁，表5

17.3 圖13顯示由1989-90年度及1994-95年度個人在不同項目的醫療服務花費模式的分別。從圖中可見，個人醫療開支中，相當部分用於牙醫和其他專業服務，以及藥物。尤以藥物開支，其所佔的百分比從1989-90年度的26%上升至1994-95年度的32%。這可能是由於如上文第14.7段所述，醫生在處方開出更多較新和較昂貴的藥物所致。

圖13 —— 1989-90年度及199-95年度個人按開支項目劃分的醫療開支



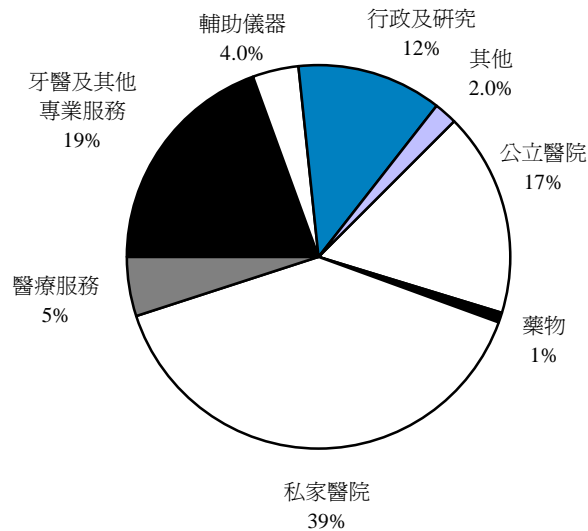
備註：其他包括救護車服務及未有分類的服務。

資料來源：Health Expenditure Bulletin, No.13, July 1997, AIHW, 表 12 及 17

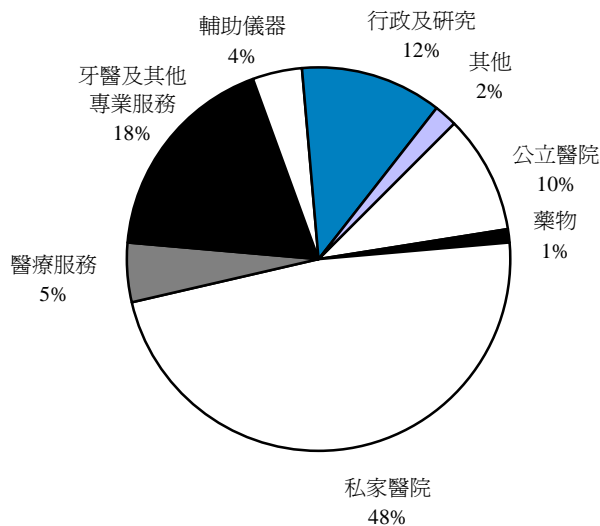
17.4 圖 14 顯示私人醫療保險基金的醫療開支的改變。近半的保險索賠用於支付私家醫院的收費。這可能是由於私家醫院的使用量及醫院服務收費增加。表 14 顯示私家醫院的使用量。從表中可見，病人臥床日數在該段期間穩步增加。私家醫院病人臥床日數的增長率為 3%，遠高於公立醫院的 0.5%。

圖 14 —— 1989-90年度及1994-95年度私人醫療保險基金按開支項目劃分的醫療開支

1989-90年度



1994-95年度



備註：

(a) 公立醫院包括公立急症醫院，退役軍人醫院及公立精神病院。

(b) 其它包括救護車服務及沒有分類的服務。

資料來源： Health Expenditure Bulletin, No. 13, July 1997, AIHW, 表 12 及 17

表14 —— 1985-86年度至1993-94年度私家醫院的使用情況

使用／急症醫院類別	1985-86	1987-88	1989-90	1991-92	1992-93	1993-94
入院宗數('000)	872	878	1 018	1 157	1 202	1 251
增長百分比	不適用	+0.7	+15.9	+13.7	+3.9	+4.1
平均留院日數	5.5	5.2	4.6	4.2	4.2	4.1
增長百分比	不適用	-5.5	-11.5	-8.7	-	-2.4
病人臥床日數('000)	4 766	4 532	4 731	4 891	5 006	5 172
增長百分比	不適用	-4.9	+4.4	+3.4	+2.4	+3.3

資料來源：Australia's Health 1996, AIHW, 第152頁，表5.9

私人醫療融資

個人融資

17.5 1993-94年度家庭開支調查提供了全澳洲的家庭醫療開支的估計數字。這裡所指的開支已扣除所有來自《醫療保障計劃》、私人醫療保險基金及僱主的退款和回扣，即是指每個家庭直接支付醫療服務的開支。

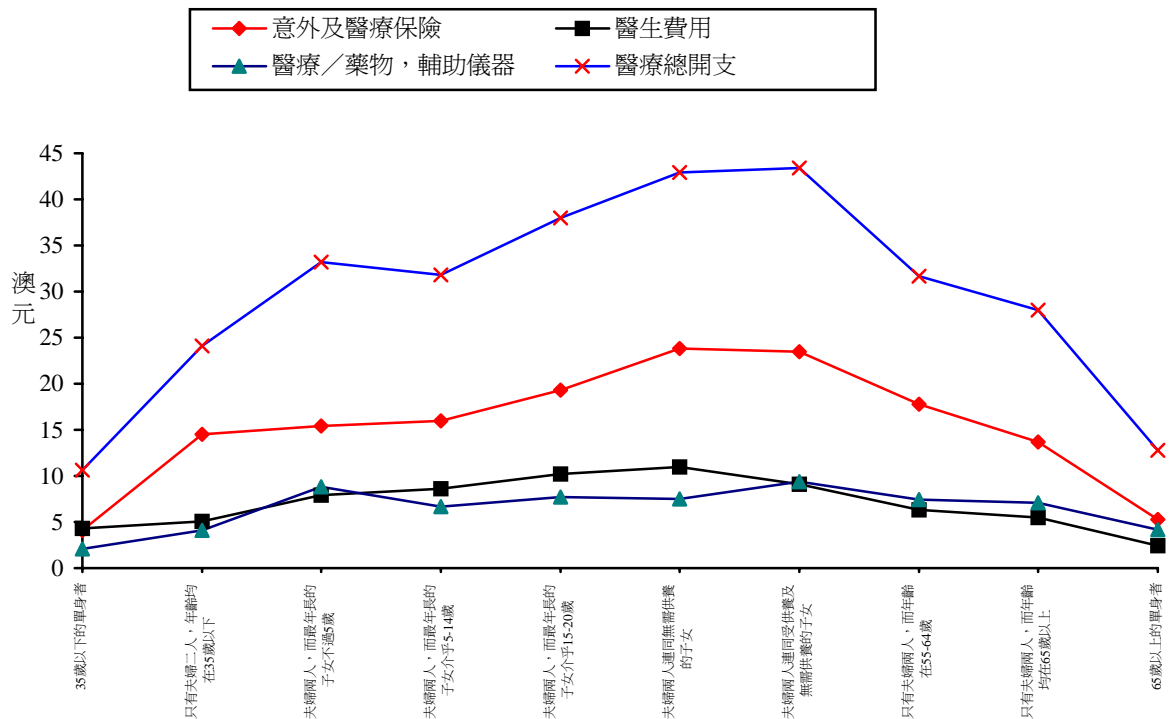
17.6 表15及圖15分析對個別家庭在1993-94年度用於醫療服務的開支。從中可見，個別家庭的醫療開支會隨著其家庭生活周期轉變。就35歲以下的單身者，由於其家庭規模相對較小，收入相對較低，他們每星期的醫療開支平均為10.6澳元，佔家庭週薪的2.2%。隨著周期進展及家庭規模擴大及收入增加，其醫療開支亦會因應增加，當有關家庭由一對夫婦連同受供養和無需供養的子女組成時，其醫療開支便達到最高點，即每星期43.4澳元，相等於家庭週薪的3.9%。不過，當有關家庭只有一個65歲或以上的成員時，其醫療開支會下降至每星期12.8澳元，但卻佔家庭週薪的6.0%。

表15 —— 1993-94年度個別家庭按生活周期的不同階段劃分每週用於醫療服務的開支(澳元)

家庭類別	意外及醫療保險	醫生費用	醫藥/藥物, 輔助儀器	其他健康收費	總醫療開支	總醫療開支佔週薪的百分比
35歲以下的單身者	4.1	4.3	2.1	0.1	10.6	2.2
只有夫婦二人, 年齡均在35歲以下	14.5	5.1	4.1	0.3	24.1	2.5
夫婦兩人, 而最年長的子女不過5歲	15.4	7.9	8.8	1.1	33.2	4.2
夫婦兩人, 而最年長的子女介乎5-14歲	16.0	8.6	6.7	0.6	31.8	3.8
夫婦兩人, 而最年長的子女介乎15-20歲	19.3	10.2	7.7	0.8	38.0	3.7
夫婦兩人連同無需供養的子女	23.8	11.0	7.5	0.7	42.9	3.2
夫婦兩人連同受供養及無需供養的子女	23.5	9.1	9.4	1.4	43.4	3.9
只有夫婦兩人, 而年齡在55-64歲	17.8	6.3	7.4	0.2	31.7	5.8
只有夫婦兩人, 而年齡均在65歲以上	13.7	5.5	7.1	1.7	28.0	7.2
65歲以上的單身者	5.3	2.4	4.2	0.9	12.8	6.0

資料來源: Year Book Australia 1997, ABS, 第222頁, 表8.25

圖 15 —— 1993-94年度個別家庭按生活周期的不同階段劃分每週用於醫療服務的開支(澳元)



資料來源: Year Book Australia 1997, ABS, 第222頁, 表8.25

私人醫療保險基金的融資

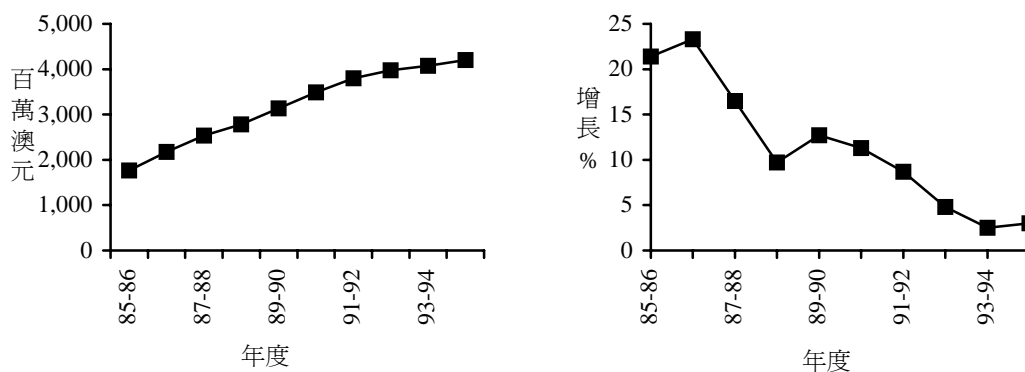
17.7 表16及圖16顯示私人醫療保險基金為醫療服務融資。私人醫療保險在80年代中期有顯著增長，但自90年代初，增長率逐漸放緩。

表 16 —— 1985-86年度至1994-95年度私人醫療保險基金用於醫療服務的開支

年度	私人醫療保險		
	百萬澳元	增長百分比	佔醫療總開支的百分比
1985-86	1,767	+21.4	9.5
1986-87	2,178	+23.3	10.3
1987-88	2,537	+16.5	10.9
1988-89	2,783	+9.7	10.7
1989-90	3,136	+12.7	10.9
1990-91	3,491	+11.3	11.2
1991-92	3,796	+8.7	11.5
1992-93	3,979	+4.8	11.4
1993-94	4,078	+2.5	11.2
1994-95	4,201	+3.0	10.9

資料來源：Health Expenditure Bulletin, No.12, December 1996, AIHW, 第8頁，表7

圖 16 —— 1985-86年度至1994-95年度私人醫療保險基金用於醫療服務的開支



資料來源：Health Expenditure Bulletin, No.12, December 1996, AIHW, 第8頁，表7

17.8 導致私人醫療保險在80年代中期顯著增長的其中一個原因是如上文第15.3段所述，聯邦政府在1986年取消私家醫院津貼。由於取消該項津貼，需要款項補償私家醫院申領的津貼，故醫療保險須提高供款。

17.9 另一個原因是聯邦政府於1987年把住院醫療服務津貼由附表收費的85%削減至75%，餘額須由個人支付或由私人醫療保險承擔。此差額通常由後者承擔。

17.10 上述增加亦是由於私家醫院服務的索賠支付大幅上升所致。

不斷增加的保費

17.11 私人保險基金的收入來自個人的保費。根據行業委員會提供的資料，醫療保費平均每年的增長率高於通脹率，兩者的比較為9.8%對2.9%。這是由於使用醫院服務增加，特別是受保人轉向私家醫院而非公立醫院求醫。其他導致保費增加的原因包括私家醫院提高入院收費，保險賠償額增加，輔助儀器數目增加，人口老化，負面選擇以及醫療基金管理開支上升等。

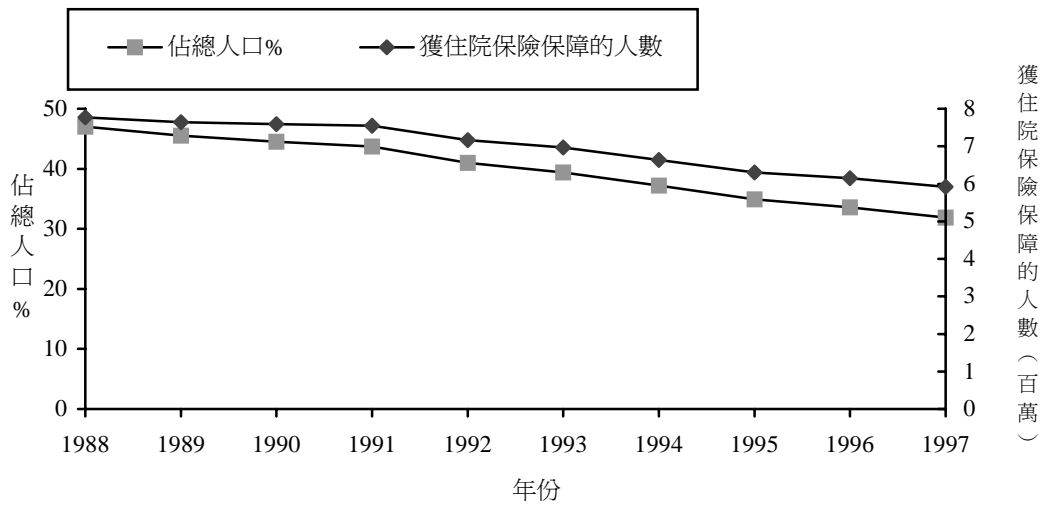
17.12 由於私人醫療保險的保費不斷上升，越來越少人能負擔私人醫療保險計劃，令基金成員的數目不斷下降。表17及圖17顯示1988至1997年期間獲醫院保險計劃保障的人數。成員總數及其佔總人口的比例均正在下降。

表17 —— 1988至1997年獲醫院保險計劃保障的人數(截至6月30日)

年份	人數(百萬)	佔總人口的百分比
1988	7.8	47.0
1989	7.6	45.5
1990	7.6	44.5
1991	7.5	43.7
1992	7.2	41.0
1993	7.0	39.4
1994	6.6	37.2
1995	6.3	34.9
1996(經修訂數據)	6.1	33.6
1997(初步數據)	5.9	31.9

資料來源：Private Health Insurance Administration Council, Quarterly Statistics, June 1997

圖 17 —— 1988至1997年獲醫院保險計劃保障的人數(截至6月30日)



資料來源：Private Health Insurance Administration Council, Quarterly Statistics, June 1997

第5部 —— 醫療融資安排的分析

18. 《醫療保障計劃》表現的評估

18.1 正如第16.1段所論，澳洲政府把公共開支的15%用於醫療方面，其中大部分用作《醫療保障計劃》的經費。因此，有必要評估《醫療保障計劃》的成效。

消費者的接受程度

18.2 醫療保險委員會在1996年委託有關方面就《醫療保障計劃》進行用戶滿意調查，結果顯示93%用戶對該計劃表示支持，主因是該計劃使全國人民皆受保障，為低收入的人提供援助，而且物有所值²⁵。表18及圖18顯示病人平均每次所須繳付的款額。

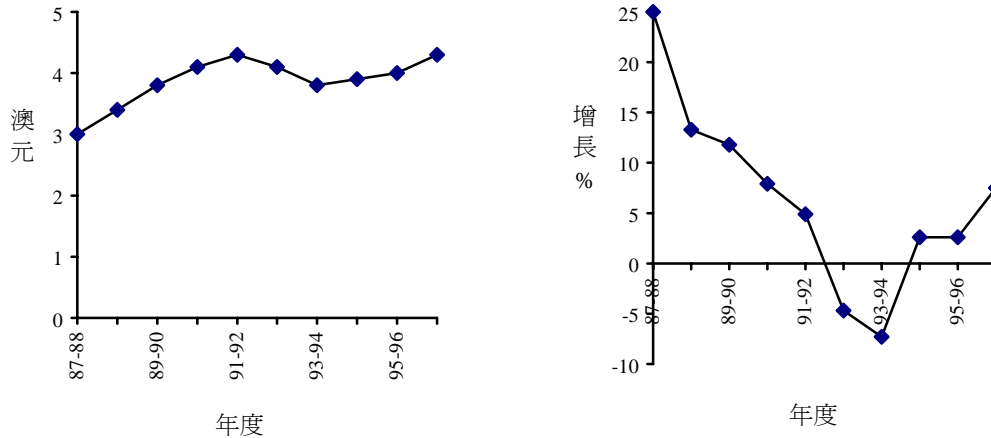
表18 —— 1987-88年度至1996-97年度按《醫療保障計劃》(病人及直接付帳服務)病人每次就診平均繳付的款額

年度	澳元	增長百分比
1987-88	3.0	+25.0
1988-89	3.4	+13.3
1989-90	3.8	+11.8
1990-91	4.1	+7.9
1991-92	4.3	+4.9
1992-93	4.1	-4.7
1993-94	3.8	-7.3
1994-95	3.9	+2.6
1995-96	4.0	+2.6
1996-97	4.3	+7.5

資料來源：Medicare Statistics, December Quarter 1997, Commonwealth Department of Health and Family Services, 表A6

²⁵ Annual Report 1996-97, Commonwealth Department of Health and Family Services, 第84頁。

圖18 —— 1987-88年度至1996-97年度按《醫療保障計劃》(病人及直接付帳服務)病人每次就診平均繳付的款額



資料來源：Medicare Statistics, December Quarter 1997, Commonwealth Department of Health and Family Services, 表A6

享用服務的權利

18.3 按《醫療保障計劃》的規定，所有公民均可享用收費低廉的門診服務、免費的公立醫院服務及以合理價錢購買藥物。

輪候時間

18.4 由於所有澳洲公民均有權接受免費的住院服務，有關公平的問題，則轉而涉及病人在公立醫院接受非急需手術的輪候時間。

18.5 表19為1995年公立醫院按專科劃分的非急需手術的輪候時間。其中以矯形外科手術的輪候時間最長(4.2月)，而心胸手術則最短(1.1月)。全國的平均輪候時間為2.7月。

表19 —— 1995年公立急症醫院按專科劃分的非急需手術的輪候時間

專科	輪候時間(月)
心胸手術	1.1
耳鼻喉	4.0
普通科	2.2
婦科	1.8
神經科	1.3
眼科	3.6
矯形外科	4.2
整形外科	3.8
泌尿科	2.9
血管手術	2.5
其他	1.0
全部病人	2.7

資料來源：Report on Government Service Provision 1997, Volume 1, Steering Committee for the Review of Commonwealth/State Service Provision, 第213頁，表5A

服務質素

18.6 澳洲醫療標準局是一個獨立非牟利組織，旨在提高澳洲的醫療質素。澳洲醫療標準局有22間成員機構，代表主要醫療機構的股東。該局在1996年推行一項名為“評估及提高質素計劃”，並發展一套臨床指標，以量度病人護理方面的管理及成效。

18.7 澳洲醫療標準局認可的病床比例，被選定為量度醫療質素的指標，因為要達到該計劃的要求，有關醫院須證明已遵守各項品質保證的守則。表20顯示由該局認可的公立醫院病床數字。除昆士蘭省外，各省公立醫院病床超過70%已獲該局認可。

表20 —— 截至1995年6月30日由澳洲醫療標準局認可的公立醫院病床比例

	新南威爾斯	維多利亞	昆士蘭	西澳洲	南澳洲	塔斯曼尼亞*	坎培拉	北部領地	全澳洲
公立	76	83	48	76	71	87	100	沒有資料	沒有資料
私立	沒有資料	72	77	75	81	66	100	沒有資料	沒有資料
總數	沒有資料	沒有資料	58	76	74	79	100	沒有資料	沒有資料

備註：* 至1996年6月30日。

資料來源：Report on Government Service Provision 1997, Volume 1, Steering Committee for the Review of Commonwealth/State Service Provision, 第212頁，表5A.15

消費者的選擇權

對服務提供者的選擇

18.8 國民可自由選擇門診服務的提供者，但鄉郊地區的選擇可能受到局限，原因是該等地區的服務提供者數目較少。不過，住院病人不能選擇醫生及專科醫生。

消費者對供款的選擇

18.9 由於《醫療保障計劃》徵費屬強制性徵收的稅款，即使沒有使用該計劃的服務，仍須繳付徵費。只有收入低於指定水平的人才獲得豁免。

對《醫療保障計劃》的投訴

18.10 在1996-97年度，聯邦衛生及家庭服務部共接獲2,194宗投訴個案。涉及《醫療保障計劃》保險利益支付的投訴，會轉交醫療保險委員會負責調查。至於有關不當治療的投訴，倘不涉及《醫療保障計劃》，則會轉交各省及領地負責醫療投訴的部門處理。

道德危機

18.11 聯邦政府雖然可控制《醫療保障計劃》的每項服務津貼，但卻無法控制所提供的服務量，因而無法控制總開支。醫療服務的增長有相當部分來自病理學和放射診斷學的服務，顯示這是由提供者引發的需求。再者，由於病人只需付出有限的醫療服務費用，因此可能會過分使用該等服務。

政府的財政負擔

18.12 由於《醫療保障計劃》普遍為澳洲人受落，而澳洲人的健康意識日漸增加，無可避免增加使用醫療服務。然而，該等服務的經費主要來自聯邦政府的撥款，而其收入則源自稅收，遇上經濟不景，經薪俸及利潤所得的稅收便可能減少。但國民對醫療服務的需求並不會因經濟不景減少。因此，在經濟不景時，稅收可能減少，導致政府減少公共服務的開支，在某程度上，亦影響政府提供的醫療服務數量。

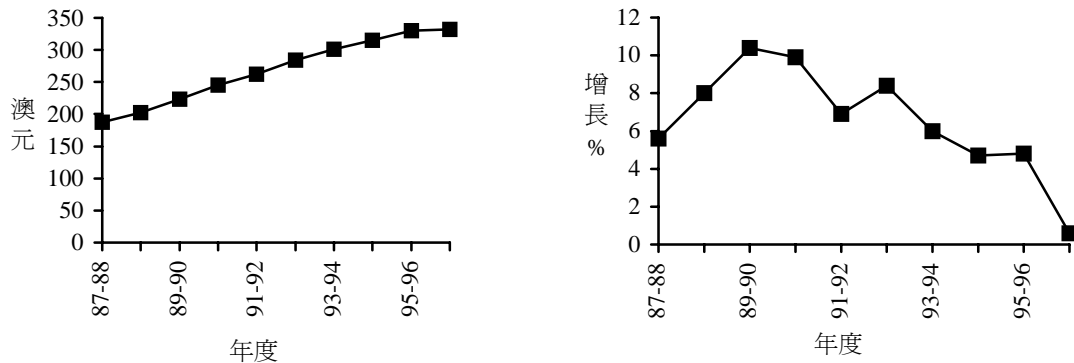
18.13 由於《醫療保障計劃》的保險利益不斷增加，而稅收的增長又不穩定，所以聯邦政府已採取若干措施，以限制《醫療保障計劃》及《藥物津貼計劃》的津貼金額的增長。表21及圖19顯示在1987-88年度至1996-97年度期間，《醫療保障計劃》保險利益人均支付的情況。

表 21 —— 1987-88年度至1996-97年度《醫療保障計劃》保險利益人均支付

年度	澳元	增長百分比
1987-88	187	+5.6
1988-89	202	+8.0
1989-90	223	+10.4
1990-91	245	+9.9
1991-92	262	+6.9
1992-93	284	+8.4
1993-94	301	+6.0
1994-95	315	+4.7
1995-96	330	+4.8
1996-97	332	+0.6

資料來源：Medicare Statistics, December Quarter 1997, Department of Health and Family services, 表A4

圖 19 —— 1987-88 年度至 1996-97 年度《醫療保障計劃》保險利益人均支付



資料來源：Medicare Statistics, December Quarter 1997, Commonwealth Department of Health and Family services, 表 A4

19. 私人醫療保險計劃表現的評估

19.1 在澳洲，私人醫療保險佔私人醫療開支的三份之一。因此，對於受保人，此制度的效率及成效是很重要的。

消費者的選擇權

對服務提供者的選擇

19.2 按私人醫療保險計劃，病人可自由選擇醫生和專科醫生，亦可選擇入住公立醫院或私家醫院。

消費者對供款的選擇

19.3 病人必須為住院保障及其他可供選擇的額外保障支付保費。

負面選擇

19.4 團體級別徵費可能減低保險基金對降低成本的意欲，尤其是那些由再保險保障的風險類別。團體級別徵費亦可能妨礙某些需求量的保險計劃的發展。除此之外，它亦加劇“負面選擇”的情況，即患病機會較低的人退出保險計劃，而預期提出索賠的人將會加入。

19.5 這些結果可能會影響保險行業的內在穩定性。亦加劇了因保費不斷上升導致患病機會較低的人首先退出保險計劃的惡性循環。這樣不僅令受保障的人數萎縮，同時亦增加計劃的整體風險，導致賠償的支出增加，保費因此而提高。

再保險安排的反效果

19.6 為支持收取團體級別徵費，再保險安排的作用，是平衡各計劃對支付長者或長期病患者的索賠之間的差距。不過，此舉會令保險基金減低控制保險計劃成本的意欲，以及病人選擇較便宜而又無須住院的治療。

對醫療保險計劃缺乏認識

19.7 由於醫療保險計劃十分複雜，以致很多消費者在需要提出申索時，才發現他們並不確實認識他們享有的真正保障。消費者亦須面對決定保障範圍及比較不同保險基金的保障的煩瑣選擇。

隱藏的行政費用

19.8 現時，病人前往私家醫院就醫後，往往收到多張帳單，要求病人透過《醫療保障計劃》及他們的私人醫療保險基金作出申索。此種情況暴露了該制度效率偏低及所隱藏的龐大行政費用。

道德危機

19.9 按照《醫療保障計劃》及私人醫療保險制度，醫療服務的價格甚低，甚至免費，以致人們使用的服務較他們實際需要的為多。

20. 《醫療保障計劃》比對私人醫療保險

20.1 表22比較《醫療保障計劃》及私人醫療保險的保障及成本。由該項比較可見，私人醫療保險可提供以下選擇：醫生、醫院及額外保障，但所費不菲。相比之下，《醫療保障計劃》的參加者可免費入住公立醫院及享用收費低廉的門診服務，而繳付的費用亦有限。

表22 —— 比較私人醫療保險及《醫療保障計劃》的保障

項目	私人醫療保險	《醫療保障計劃》
住院	可代支付全部費用	可代支付全部費用
醫生費	倘不屬全保，費用可能十分龐大	可代支付全部費用
住院前／後就診	無此服務	有
上門診症	無此服務	有
選擇醫生	可以	視乎轉介情況
選擇醫院	公立或私家醫院均可	只限公立醫院
非急需手術的輪候時間	數星期	時間較長，特別是主要的專科
額外保障	牙醫服務、眼鏡等可代付全部或部分費用	十分有限
費用	除《醫療保障計劃》徵款及稅項外，按每家庭計約為2,000澳元	《醫療保障計劃》徵款及稅項

資料來源：Private Health Insurance, Industry Commission, Report No. 57, 第15頁，表2.1

21. 澳洲及香港的醫療開支、融資及醫療成效

21.1 表23顯示澳洲及香港的醫療支出。在1995-96年度，澳洲的醫療支出總額為香港的4.6倍，而該國的人口只是本港的3倍。澳洲政府用於每名國民的醫療支出是本港居民的1.5倍。

21.2 澳洲較香港的醫療支出為多，佔本地生產總值的8.5%，而香港則為5.0%。澳洲的醫療支出當中有三份之二是由政府撥款，而香港特區政府則負擔醫療總開支的44.2%。

21.3 由於澳洲實行強制性的全民醫療保險計劃，所以很少澳洲人參加私人醫療保險基金。因此，澳洲的私人醫療保險只佔1994-95年度的醫療總融資的11.5%。由於香港沒有私人醫療保險的官方統計，故此醫療保險的保費沒有計算在醫療總融資內。

21.4 1996年的資料顯示，澳洲人的主要死因為血循環系統疾病、腫瘤及呼吸系統疾病。香港人的主要死因為惡性腫瘤、心臟病及肺炎。

21.5 雖然澳洲用於醫療服務的資源較香港為多，但取得的成效卻與本港相若。但不能以此推斷澳洲的醫療系統的效率比香港低，因為身體健康取決於多種因素，例如良好的社會及自然環境、生活習慣、遺傳及其他文化、教育及經濟等因素。

表 23 —— 1995-96年度澳洲及香港的醫療支出、融資及醫療成效

	香港 ¹	澳洲 ²
醫療支出		
醫療支出總額(百萬港元)	54,895	252,957
人均醫療支出(港元)	8,698	13,902
醫療支出總額／本地生產總值(百分比)	5.0	8.5
公共醫療開支／本地生產總值(百分比)	2.2	5.6
私人醫療開支／本地生產總值(百分比)	2.8	2.8
1994-95保險行業的醫療開支／本地生產總值(百分比)	不適用	0.9
醫療融資		
醫療融資總額(百萬港元)	54,895	252,957
公共醫療融資／醫療融資總額(百分比)	44.2	67.7
私人醫療融資／醫療融資總額(百分比)	55.8	32.3
1994-95保險行業的醫療融資／醫療融資總額(百分比)	不適用	11.5
醫療成效		
平均壽命(年)： 男性	76.3	75.2
女性	81.8	81.1
嬰兒死亡率(每1 000名存活嬰兒)	4.1	5.8
主要死亡原因	1. 惡性腫瘤 2. 心臟病 3. 肺炎 4. 心血管疾病 5. 受傷及中毒	1. 循環系統疾病 2. 腫瘤 3. 呼吸系統疾病 4. 意外、中毒及暴力行為 5. 內分泌、營養及新陳代謝疾病及免疫系統失調

備註：

1. 請參閱RP01/PLC及RP06/PLC號文件，載有詳細分析香港的醫療制度及醫療開支及融資的資料。
2. 1996年澳元兌港元平均匯率為1澳元=6.06港元。

資料來源：《長遠醫療政策》，RP01/PLC

《香港的醫療開支及融資的安排》，RP06/PLC

Health Expenditure Bulletin No. 13, July 1997, AIHW 表2, 3, 5 及 17

香港統計月刊一九九八年二月，第108頁，表7.12

Deaths, Australia 1996, ABS Catalogue No. 3302.0, ABS Statsite

Causes of Death 1996, Australia in Brief, ABS Statsite

第6部 —— 總體分析

22.1 澳洲的醫療服務是由公營及私營機構提供，該等服務的收入來自稅收；包括《醫療保障計劃》徵款，私人醫療保險的保費及個人直接付款。

22.2 澳洲醫療制度的主要特色是聯邦政府提供強制性全民保險計劃，即《醫療保障計劃》。凡有收入的國民均須由其應課稅的收入中，抽取一個甚低的百分率作為該計劃的徵款，以享有公立醫院的免費醫療服務及免費或廉價的門診服務。

22.3 除《醫療保障計劃》外，國民亦可自行購買經註冊的私營醫療保險基金提供的醫療保險，以支付入住私家醫院的費用及其他額外服務的開支。

22.4 由於多種醫療服務均免費或以低廉費用提供，因此可能引致過量的需求，使醫療開支增加。由於政府須負擔醫療開支的三分之二，政府不得不採取措施，減輕對公營機構的財政負擔。在1997-98年度，任何人倘沒有購買私人醫療保險，以支付其在私家醫院的住院費用，均須繳付額外的《醫療保障計劃》徵款。政府亦訂出獎勵措施，使有能力負擔的人參加私人醫療保險計劃。

22.5 為提高效率及公平起見，有關醫療的融資應由不同方面共同承擔。但至於由聯邦政府、各省或領地政府或私營機構負擔較重的責任，則未有定論。

附錄 I

澳洲的醫療成效

1906至1996年若干選定年份的人口總計
(截至6月30日)

年份	數目('000)
1906	4 059
1916	4 943
1926	6 056
1936	6 778
1946	7 465
1956	9 426
1966 (a)	11 599
1976 (b)	14 033
1986	16 018
1996初步數據	18 311

備註：

(a) 1961年前的數字不包括純種土著。

(b) 1971年由於有關定義及人口計算方法有變，所以1976年後的數字與先前一系列的數字不涵接。

資料來源：Population, Australia's States and Territories, Australia in Brief, ABS Statsite, 27/2/98

1990至1996年若干選定年份的嬰兒死亡率
(每1 000名存活嬰兒的死亡數目)

年份*	死亡率
1990	8.2
1991	7.1
1992	7.0
1993	6.1
1994	5.9
1996	5.8

備註：* 1996年的資料取自Deaths, Australia 1996, ABS Catalogue No. 3302.0, ABS Statsite, 沒有1995年的資料。

資料來源：Australia's Health 1996, AIHW, 第213頁，表S6
Deaths, Australia 1996, ABS Catalogue No. 3302.0, ABS Statsite

1990至1996年按性別劃分的平均壽命(年)

年份	男性	女性
1990	73.9	80.0
1991	74.4	80.3
1992	74.5	80.4
1993	75.0	80.9
1994	75.0	80.9
1995 (a)	75.4	81.1
1996 (b)	75.2	81.1

備註：

(a) 1995年的資料取自1997Year Book Australia, Australian Bureau of Statistics, 第88頁, 表5.22。

(b) 1996年的資料取自Deaths, Australia 1996, ABS Catalogue No. 3302.0, ABS Statsite。

資料來源：Australia's Health 1996, AIHW, 第218頁, 表S13

Deaths, Australia 1996, ABS Catalogue No. 3302.0, ABS Statsite

1997 Year Book Australia, ABS, 第88頁, 表5.22

1996年死因比率
(每100 000名人口計算)

死因	人數
傳染及寄生蟲疾病	9
腫瘤	193
內分泌、營養及新陳代謝病及免疫能力失調	21
神經系統及感覺器官疾病	17
循環系統疾病	295
呼吸系統疾病	56
消化系統疾病	21
先天性反常疾病	4
其他疾病*	43
不明病徵或病情	3
意外、中毒或暴力行為	41
死因總計	703

備註：

* 包括產期發生疾病引致的700宗死亡, 生殖及泌尿系統疾病引致的2 244宗死亡, 及3 560宗由精神失常引致的死亡。

資料來源：Causes of Death, 1996, Australia in Brief, ABS Statsite, 27/2/98

附錄II

《醫療保障計劃》涵蓋的範圍不包括：

- 私家病人住院費用(如手術室或住宿費用)
- 牙科檢驗及治療
- 救護車服務
- 家居護理
- 物理治療、職業治療、語言及眼部治療、椎骨神經治療、足醫術及心理治療
- 針灸(除非是醫生診症之一部分)
- 眼鏡及隱形眼鏡
- 助聽器及其他儀器
- 義肢費用
- 藥物
- 在海外支付的醫藥及住院費用
- 須由其他人士負擔的醫藥開支(如負責賠償的承保人，僱主，政府或政府機構)
- 沒有臨床需要的醫療服務
- 純粹為整容而施行的手術
- 為購買人壽保險、參加公積金計劃或聯誼會而進行的身體檢查
- 在外地接受的治療

參考資料

1. Annual Report 1996-97, Commonwealth Department of Health and Family Services.
2. Better Health Outcomes, Australia's Commonwealth Department of Health and Family Services.
3. 1998-99 Health Budget Signals Continuity and Change: Building on Our Strengths, Investing in Our Future, Commonwealth Department of Health and Family Services, 12 May 1998.
4. Medicare Statistics, December Quarter 1997, Commonwealth Department of Health and Family Services.
5. Medicare Benefits Schedule Book, Commonwealth Department of Human Services and Health, Effective - 1 November 1995.
6. Australia's Health 1996, Australian Institute of Health and Welfare.
7. Health Expenditure Bulletin, Number 12, December 1996, Australian Institute of Health and Welfare.
8. Health Expenditure Bulletin, Number 13, July 1997, Australian Institute of Health and Welfare.
9. Report of the 125th Session, Canberra, November 1997, National Health and Medical Research Council.
10. Annual Report 96-97, Health Insurance Commission.
11. A Brief History of the Health Insurance Commission of Australia, Health Insurance Commission.
12. A Guide to Medicare, Health Insurance Commission.
13. A History of Health Insurance in Australia, Health Insurance Commission.
14. ABS Annual Report 1996-97, Australian Bureau of Statistics.
15. Year Book Australia, Australian Bureau of Statistics.
16. Population, Australia's States and Territories, Australia in Brief, ABS Statsite, 27/2/98.
17. Deaths, Australia 1996, ABS Catalogue No. 3302.0, ABS Statsite.
18. Causes of Death, 1996, Australia in Brief, ABS Statsite, 27/2/98.
19. Annual Report 97, Health Department of Western Australia.
20. Profile of Health in South Australia, South Australian Health Commission.
21. Annual Report 97, Australian Council on Healthcare Standards.
22. Private Health Insurance, Report No. 57, Industry Commission.
23. Quarterly Statistics, June 1997, Private Health Insurance Administration Council.

24. Operation of Reinsurance, apha on Line, Australian Private Hospitals Association.
25. Budget 1998-99, Department of Administration and Finance.
26. Tax Pack 97, Australia Taxation Office.
27. Health Care in Australia, Fact Sheet No. 16, Foreign Affairs and Trade, October 1997.
28. A Discussion Paper on Paying for Health Care, A review of the Financing of Health Services in Australia and a Discussion of Possible Alternative Arrangements, February 1978.
29. An Overview of Australian Health Services, Technical Presenter's Paper for the WHO Western Pacific Regional Committee Meeting, September 1997.
30. Communique, Council of Australian Governments Meeting 11 April 1995, Canberra.
31. Doessel, The Economics of Medical Diagnosis: Technological Change and Health Expenditure, Avebury.
32. Health Policy Studies No. 5, The Reform of Health Care Systems, A Review of Seventeen OECD Countries, OECD.
33. James A Gillespie, The Price of Health, Australian Governments and Medical Politics 1910-1960, Cambridge University Press.
34. Kevin Prince, Policies: Establishment of a Metropolitan Health System: Summary of State Government Policy, The Government of Western Australia.
35. Reform of Health and Community Services, Information Paper on Work in Progress, December 1995.
36. Report on Government Service Provision, Volume 1, Steering Committee for the Review of Commonwealth/State Service Provision, 1997.
37. Sidney Sax, Health Care Choices and the Public Purse, Allen & Unwin.
38. <http://internet/aboutus.htm>: About us, Australian Institute of health and Welfare.
39. <http://www.health.gov.au/nhmrc>.
40. <http://www.natsem.canberra.edu.au/stinmod/manual/manual96a29.html>.
41. [http://www.who.ch/aboutwho/health for all.htm](http://www.who.ch/aboutwho/health%20for%20all.htm), Health for All, World Health Organization.