

**澳洲、新西蘭和新加坡的
醫護融資政策**

2006年7月12日

李志輝

立法會秘書處
資料研究及圖書館服務部

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

目錄

	頁
研究摘要	
第1章 —— 引言	1
背景	1
研究範圍	1
研究方法	2
第2章 —— 澳洲	3
背景	3
醫護制度總覽	4
結構	4
融資	6
徵集醫護資源機制	8
一般稅收	9
"醫療保障計劃"徵款	9
醫療保險計劃	10
撥付醫護資源機制	12
政府財政預算	12
醫療保險計劃	13
分配醫護資源	13
統計概況	13
醫院服務	15
基層醫護服務	16
藥物	17
政策評估	17
維多利亞州	18
引言	18
分配醫護資源	19
提供醫護服務的制度	20
第3章 —— 新西蘭	22
背景	22
醫護制度總覽	24
結構	24
融資	25
徵集醫護資源機制	28
一般稅收	28
與意外有關的徵款	28
醫療保險計劃	29
撥付醫護資源機制	29
政府財政預算	30
意外補償局	31
醫療保險計劃	31
分配醫護資源	32
統計概況	32
地區醫療委員會	33
醫院服務	34
基層醫護服務	34
藥物	36
政策評估	37

第4章 —— 新加坡	38
背景	38
醫護制度總覽	40
結構	40
融資	41
徵集醫護資源機制	44
醫療儲蓄戶口	44
醫療保險計劃	48
一般政府開支	50
撥付醫護資源機制	50
醫療保險計劃	51
中央公積金管理局	52
政府財政預算	52
分配醫護資源	53
統計概況	53
醫院服務	53
基層醫護服務	54
藥物	54
政策評估	54
第5章 —— 分析	56
引言	56
醫護融資政策發展背景	56
醫護制度	59
結構	59
指導原則	60
徵集醫護資源機制	60
一般稅收	61
特定方式	61
醫療保險計劃	62
撥付醫護資源機制	63
政府財政預算	63
特定計劃	64
醫療保險計劃	64
分配醫護資源	65
政策評估	66
第6章 —— 總結	68
引言	68
參考資料	75

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

研究摘要

1. 本研究介紹及比較澳洲、新西蘭和新加坡的醫護融資政策。澳洲和新西蘭在40年代後期建立以稅收為本作的融資安排的醫護制度，而新加坡則在1965年獨立後保留同類制度。
2. 鑒於醫護融資對公共開支造成的壓力日漸增加，所有選定地方自70年代起均推行醫護改革，以紓緩壓力。雖然澳洲和新西蘭保留以稅收為本的融資制度，他們有不同的改革方向。澳洲改革的整體方向是增加私營機構參與提供醫護服務及就此提供資金，而新西蘭的改革旨在透過權力下放的醫護制度，有效率地使用醫護資源。
3. 與澳洲及新西蘭不同，新加坡政府在1984年放棄了以稅收為本的融資制度，並採用保健儲蓄制度。在醫療儲蓄戶口制度下，醫護服務的資金主要來自私人融資，包括一個只限用於醫護用途的個人儲蓄戶口。
4. 在新西蘭和新加坡，衛生部全權負責制訂醫護政策。在澳洲，聯邦政府和各省及領地的政府均參與制訂醫護政策。聯邦政府肩負醫療相關事宜政策的總體責任，而各省及領地的政府則制訂在其司法管轄區內提供及規管醫護服務、人員及設施的有關政策。
5. 在澳洲和新西蘭，幾乎所有基層醫護服務是由私人執業醫生提供，而在新加坡，私人執業醫生參與提供該等服務的相應百分率為80%。然而，在澳洲和新西蘭，由私人執業醫生提供的基層醫護服務部分受政府資助，但在新加坡，同類服務並無政府資助。在所有選定地方，公營醫院提供較大部分或相當可觀的醫院服務。所得的數字顯示，選定地方的急症護理病床平均住用率為74%。
6. 選定地方醫護政策的指導原則，均確保國民不會得不到醫護服務。然而，他們所採納的哲學基礎略有不同。澳洲和新西蘭強調集體責任，以確保個別國民獲得醫護服務。另一方面，新加坡強調獲得醫護服務是個人的責任，而無能力支付費用的人士最終可向政府求助。

7. 除了實付的款項和慈善機構的捐款外，所有選定地方均以一般稅收和醫療保險計劃匯集醫護資源。在選定地方當中，澳洲和新西蘭在醫護方面的公共開支多數來自一般稅收。然而，該兩地的一般稅收個別來源所佔的比例各有不同。澳洲非常依重入息稅，新西蘭則依重入息稅和商品及服務稅。
8. 澳洲和新加坡政府定有明確措施，指導醫療保險公司的運作。在澳洲，醫療保險公司須按照"團體級別原則"，確保全民均可參加私人醫療保險計劃，以及根據"再保險原則"，分攤高索賠成員，即年長及長期病患者的風險。在新加坡，只有獲中央公積金管理局或政府認可的醫療保險計劃，才可以用個人保健儲蓄戶口的儲蓄支付保費。
9. 澳洲和新加坡政府均採取特定措施，令更多民眾參加醫療保險計劃。例如，澳洲政府給予私人醫療保險受保人退稅及推行"終身醫療保障計劃"，鼓勵民眾在較年輕時投購醫療保險。新加坡政府鼓勵個人投購認可的醫療保險，並容許他們用保健儲蓄戶口的儲蓄支付保費。此外，政府以稅務優惠鼓勵僱主，推行僱主資助的醫療保險計劃。
10. 除了匯集醫護資源的常用方法，即一般稅收和醫療保險計劃外，選定地方亦各有匯集醫護資源的特定方法，即澳洲的特定醫療稅、新西蘭的與意外相關的徵款和新加坡的醫療儲蓄。
11. 所有選定地方均採用政府財政預算和醫療保險計劃等方法撥付醫護資源，雖則採用這些方法的程度有所不同。此外，新西蘭和新加坡分別透過特定組織，即意外補償局和中央公積金管理局，撥付醫護資源。
12. 如澳洲人和新西蘭人在接受診治時不選擇醫生，他們可免費享用公營醫院服務。新加坡人則須最少承擔20%的費用，因為政府最多資助公營醫院最低級別病房的80%費用。病人可以實付的款項、保健儲蓄戶口的儲蓄及認可醫療保險計劃或上述方法的其中一種組合，支付他們須分擔的醫院費用。

13. 在澳洲和新加坡，選擇醫生的病人仍可享有部分政府資助。選擇以公營或私家醫院自費病人身份接受診治的澳洲人，"醫療保障計劃"就負責診治的醫生所提供的服務及程序支付"醫療保障計劃津貼一覽表"所列費用的75%。在新加坡，政府資助B1級醫院病房的20%費用，而B1級病房病人可以選擇醫生。在新西蘭，公營醫院只可在某些情況下診治自費病人，例如，有關安排令臨床服務質素得以改善。
14. 在澳洲和新西蘭，私人執業醫生提供的基層醫護服務受政府資助，但資助方法有所不同。在澳洲，"醫療保障計劃"給予所有病人"醫療保障計劃津貼一覽表"列明收費85%的資助。在新西蘭，資助的對象是兒童及青少年人、長者、貧困人士及長期病患者。在新加坡，私人執業醫生提供的基層醫護服務並無受政府資助。不能負擔私營服務的病人可以使用受資助的公營服務。
15. 至於藥物費用，在澳洲和新西蘭，病人須就受政府資助的處方藥物分擔部分費用。在新加坡，處方藥物的費用通常包括在醫療費用及收費內。
16. 所有選定地方自70年代起曾改革以稅收為本的融資制度，而每個選定制度均取得一些成效及面對一些挑戰。在澳洲，雖然投購醫療保險的人數有所增加，所面對的挑戰是，政府在退稅方面的開支日漸增加、較高收入住戶獲得較多退稅，以及缺乏誘因鼓勵承保人，以具成本效益的方法管理高成本的個案。
17. 在新西蘭，現時採用的分區管治模式，透過各民選的地區醫療委員會讓國民參與，並按照人口需要而非市場原則分配醫護資源。然而，所面對的挑戰是各地區醫療委員會可能受到特殊利益團體的政治操控，以及各區之間的醫護資源分配存在是否公平的問題。
18. 對於新加坡的制度是否具有成效意見不一。一些學者認為，與以稅收為本的融資制度比較，這個醫療儲蓄戶口制度有效地減低政府在醫護方面的公共開支。此外，這個制度透過醫療安全網，確保貧困及弱勢社群得到必要的醫護服務。另一些學者則質疑這個制度是否具有成效，因為與其他資金來源(如由僱主提供的醫療福利)比較，醫療儲蓄戶口制度所提供的醫護資源所佔比重仍然極低。此外，這個制度所提供的醫護資源並不足夠，所須支付免賠額及共同保險費亦頗高，或會對貧困及弱勢社群獲得必要的醫護服務造成財政上的障礙。

澳洲、新西蘭和新加坡的 醫護融資政策

第1章 —— 引言

1.1 背景

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

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

1.2 研究範圍

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

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

1.3 研究方法

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

第2章 —— 澳洲¹

2.1 背景

2.1.1 根據《澳洲憲法》，醫護服務被視為州政府的責任，而聯邦政府在20世紀初才在檢疫事宜方面獲賦予權力。因此，在其後40年內，除履行一些公共健康及專業職能(例如在1918年前後爆發流感期間擔當統籌角色)外，聯邦政府並無積極參與提供醫護服務。²

2.1.2 《澳洲憲法》在1946年經過修訂，以便聯邦政府可就提供各項退休金和福利訂立法例，從而增加聯邦政府提供醫護服務的參與程度。自此，聯邦政府逐步擴大參與提供分娩、藥物、疾病和住院津貼，以及醫療和牙科服務。³

2.1.3 舉例而言，根據《1946年醫院津貼法令》，聯邦政府就每名住用公營醫院或私家醫院病床的病人每日支付6先令予州政府，條件是州政府會為入住公眾病房的病人提供免費服務。在50年代，聯邦政府分別按《1950年藥品津貼法令》和《1953年國家衛生法令》的規定，開始資助購買藥物和醫療服務。由當時起，聯邦政府一直沿用這個資助當地醫院服務和藥物開支的基本架構。⁴

¹ 本章最後一節以維多利亞州為例，提供有關州級醫護制度運作的資料及數字。

² Hilless and Healy (2001)，第12頁。

³ *Commonwealth of Australia Constitution Act* 第51(xxiiiA)條、Biggs (2003)及 Hilless and Healy (2001)，第14頁。

⁴ Browning (2000)及 Hilless and Healy (2001)，第14頁。

2.1.4 關於醫護融資方面，不同的執政聯邦政府對全民醫療保險計劃抱有不同的立場，尤以70年代及80年代為甚。1975年，工黨政府推行由公帑資助、名為"保健銀行計劃"的全民醫療保險計劃。然而，自由黨聯盟政府在1981年將"保健銀行計劃"的規模縮小，轉變為一項自願參與計劃。其後，工黨政府在1984年重新設立一個經費來自稅收的全民醫療保險制度，即"醫療保障計劃"。直至現時為止，該制度沒有太大改變。簡而言之，"醫療保障計劃"為澳洲人提供免費醫院治療，以及就基層醫護服務和處方藥物向澳洲人提供資助。⁵

2.1.5 澳洲自1984年起一直進行醫護改革，以控制成本和提高效率，並促進私營機構參與提供醫療服務和融資。舉例而言，根據《1998年私人醫療保險計劃獎勵法令》，聯邦政府提供保費30%的退稅予受保人，以鼓勵民眾購買私人醫療保險。⁶

2.2 醫護制度總覽

結構

2.2.1 在1946年就《澳洲憲法》作出的修訂，賦權聯邦政府在提供醫護服務方面擔當更積極的角色。然而，《澳洲憲法》並無嚴格訂明各級政府在醫護方面分別擔當的角色。因此，政府舉行澳洲衛生部長會議，讓各級政府的衛生部長一起討論和協調醫療政策及計劃。⁷

2.2.2 一般來說，聯邦政府轄下的衛生和高齡部肩負醫療相關事宜政策的總體責任。尤其是，該部門就全國推行的醫療融資計劃，例如"醫療保障計劃津貼一覽表"和"藥品津貼一覽表"，負有特定的行政職責。各州及領地政府負責制訂提供醫護服務(如醫院服務)的政策，以及其司法管轄區內與醫療有關的處所、機構和人員的規管、巡查、發牌及監察的工作。⁸

⁵ Hilless and Healy (2001)第14至15頁及 Browning (2000)。

⁶ Hilless and Healy (2001)第15至16頁。

⁷ *Australian Health Ministers' Advisory Council* (2005)。

⁸ Department of Health and Ageing (2004) 第2頁、Department of Health and Ageing (2005) 第1頁及 *Yearbook of Australia 2006*。

2.2.3 差不多所有基層醫護服務由私人執業醫生提供。只有少量基層醫護服務由公營設施(例如公營母嬰健康院、產前診所、免疫注射診所及社區健康中心)提供。至於住院服務，公營機構提供的病床佔總數的66%，私營機構則佔34%。由於私營機構提供住院服務日增，公營醫院、私家非牟利醫院及私家牟利醫院之間的區別日益模糊。⁹

2.2.4 各州及領地政府實施措施和安排，鼓勵私營機構參與公營醫院服務。私營機構可以多種方式參與公營醫院服務，包括：¹⁰

- (a) 一地兩院：私家醫院與公營醫院位於同一地點，共用一些設施；
- (b) 外判：宗教／慈善機構根據與各州及領地政府商定的安排，為公費病人提供病床和服務；及
- (c) 公私營機構合作¹¹：私營機構根據"興建－擁有一經營"安排，利用私人資金興建私家醫院，提供公營醫院服務。

2.2.5 下表列出有關澳洲提供醫護服務的制度的一些基本統計數字。

⁹ Hilless and Healy (2001) 第45至46頁及第56至59頁，以及World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific (2005)。

¹⁰ Hilless and Healy (2001) 第56至59頁、Biggs (2003a)、Productivity Commission (1999) 第5至10頁及 Senate Community Affairs Committee (2000)第89至92頁。

¹¹ 立法會秘書處(2005)。題為《公私營機構合作》的研究報告(RP03/04-05)附錄 I 概述各類公私營機構合作。

表1 —— 有關澳洲提供醫護服務的制度的統計數字

	數目	比率
醫療人員¹		每1萬人
醫生	54 800	27.2
牙醫	9 400	4.7
藥劑師	18 600	9.2
護士	159 600	79.4
助產士	14 500	7.2
其他護理人員／輔助人員	21 900	10.9
其他輔助醫療人員(例如醫療助理、化驗室技術員、X光技術員)	52 400	26.1
其他衛生事務人員(衛生督察、衛生助理等)	11 400	5.7
醫療基建設施²		
公營醫院	748 (52 199張病床)	每1萬人有79張病床
私家醫院	549 (27 112張病床)	
急症護理病床住用率 ³	73.9%	

備註： 1. 2004年的數字。
 2. 2002至03財政年度的數字。
 3. 2002年的數字。急症護理病床住用率以下列公式計算：

$$\frac{\text{一年中有關急症護理的病床住用天數}}{\text{可用急症護理病床張數} \times 365} \times 100$$

資料來源：Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization (2005)、World Bank (2005) 及 Organisation for Economic Co-operation and Development (2005b)。

融資

2.2.6 澳洲醫護制度的指導原則是促進全民都可獲得醫護服務，並透過私營機構在相當程度上參與提供服務及為此提供資金，為個人提供選擇。¹²

¹² Department of Health and Ageing (2004)，第5頁。

2.2.7 澳洲的醫護融資制度是以稅收為本的融資制度，醫護經費主要來自一般政府開支。¹³ 聯邦政府、各州及領地政府、消費者及私營機構都在一定程度上為醫護服務提供資金。¹⁴

2.2.8 所有澳洲人均可免費獲得公營醫院服務，其經費來自聯邦政府和各州及領地政府。透過"醫療保障計劃"，聯邦政府亦向澳洲人提供資助，以便他們使用私家醫生、視光師、藥劑師及其他專職醫療人員提供的服務¹⁵。病人自行承擔"醫療保障計劃"或私人保險保障範圍以外的醫療服務開支餘額。澳洲設有醫療安全網，協助那些無力負擔醫護服務費用的病人，這方面的經費亦來自聯邦政府。¹⁶

2.2.9 下表列明有關2003年澳洲醫療服務開支的一些基本資料，有關資料可作為醫療開支的指標。

表2 —— 2003年澳洲的醫療開支指標

醫療總開支佔本地生產總值的比例	9.7%
人均醫療總開支	3,931澳元 (22,407港元)
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	68%
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	32%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	16.7% ¹
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	42.9% ¹

備註：1. 2001至02財政年度的數字。

資料來源：Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization (2005) 及 Australian Institute of Health and Welfare (2004) 表 39, 40 及 41。

¹³ 立法會秘書處(2005)。有關詳情，請參閱題為《選定地方的醫護融資制度：分類和改革》的資料摘要(IN08/05-06)。

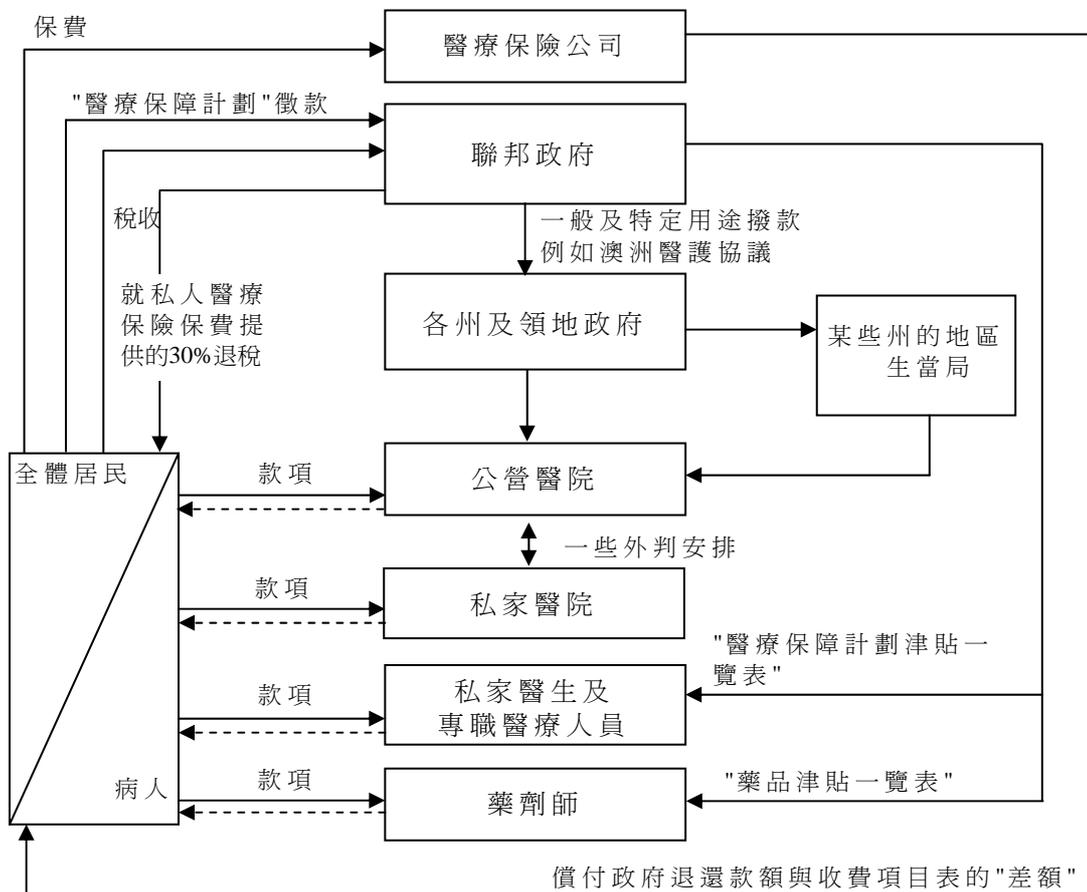
¹⁴ *Yearbook of Australia 2006*。

¹⁵ 專職醫療人員指醫生以外的專業醫療服務提供者，特別是醫療助理、技術員及治療師，但不包括護士。

¹⁶ *Yearbook of Australia 2006*。

2.2.10 圖1綜述澳洲的醫護融資和提供醫護服務的制度。¹⁷

圖1 —— 澳洲的醫護制度



資料來源：Organisation for Economic Co-operation and Development Secretariat (2005a)及 *Yearbook of Australia 2006*。

2.3 徵集醫護資源機制

2.3.1 除了實付的款項及慈善機構的捐款外，主要以下列方法匯集醫護資源：

- (a) 一般稅收；

¹⁷ 在本文件中，"醫療保險公司"一詞指透過向消費者售賣醫療保險產品圖利的公司，以及為會員提供醫療保障的非牟利機構，例如合作社。

(b) "醫療保障計劃"徵款；及

(c) 醫療保險計劃。

一般稅收

2.3.2 聯邦政府在醫護方面的財務支持來自倚重入息稅的政府一般收入。在2004至05財政年度，政府一般收入帳目約75.6%來自各種入息稅，而個人入息稅、公司稅及其他入息稅分別所佔比例為52.3%、19.5%及3.8%。¹⁸

"醫療保障計劃"徵款

2.3.3 在1984年開始推行"醫療保障計劃"時，政府推行強制性"醫療保障計劃"徵款來增補其他稅收，以便聯邦政府應付在"醫療保障計劃"下提供全民醫療服務的額外成本。澳洲稅務局負責徵收"醫療保障計劃"徵款。徵款率由起初佔超過某個指定免繳稅入息額的應課稅收入的1%，其後分別調升至1986年的1.25%及1993年的1.4%。自1995年起，"醫療保障計劃"徵款率一直維持在超過某個指定免繳稅入息額的應課稅收入的1.5%。¹⁹

2.3.4 設定免繳稅入息額是為了確保低收入家庭及個人獲豁免支付"醫療保障計劃"徵款。自2004至05財政年度起，政府並無向每年收入分別少於15,902澳元(90,641港元)及26,834澳元(152,954港元)的個人及家庭徵收"醫療保障計劃"徵款。當局更就每名受供養的子女或學童²⁰設立2,464澳元(14,045港元)的免繳稅入息額。

2.3.5 當局向高收入但沒有參加私人醫療保險計劃的家庭及個人額外徵收1%的"醫療保障計劃"徵款附加費。"高收入個人"是指每年收入多於50,000澳元(285,000港元)的個人而"高收入家庭"是指每年收入多於100,000澳元(570,000港元)的家庭。²¹

¹⁸ 2005-06 Budget，表G3。

¹⁹ Browning (2000) 及 Biggs (2004)。

²⁰ Minister for Revenue (2005)。

²¹ Private health insurance – Medicare levy surcharge (2005)。

醫療保險計劃

2.3.6 私人醫療保險管理局為一財政獨立的法定機構，是澳洲醫療保險業的主要規管機構。有意在澳洲提供醫療保險服務的機構可向管理局申請註冊。管理局亦監察醫療保險公司提供的醫療保險基金的財務表現，確保其符合償付能力及資本充足的規定。目前，澳洲有40個醫療保險基金。²²

2.3.7 澳洲政府透過退稅、“終身醫療保障計劃”和“醫療保障計劃”徵款附加費，鼓勵民眾投購醫療保險。

私人醫療保險退稅

2.3.8 根據《1998年私人醫療保險獎勵法令》，聯邦政府推行無須調查經濟狀況的30%退稅²³，而退稅適用於符合下列資格的人士²⁴：

- (a) 已根據《1953年國家衛生法令》投購私人醫療保險；及
- (b) 在“醫療保障計劃”下合資格申領津貼。

2.3.9 自2005年4月1日起，聯邦政府將65至69歲澳洲人的醫療保險退稅率從30%提高至35%，以及將70歲以上民眾的退稅率從30%提高至40%。²⁵ 澳洲醫療保障計劃辦事處是一個法定機構，代表聯邦政府管理“醫療保障計劃”。

²² The Auditor-General (2005)，第13至17頁及 Private Health Insurance Administration Council (2005b)。

²³ 就個人支付的每1澳元私人醫療保險保費，聯邦政府會向他／她支付30仙。

²⁴ Private Health Insurance Administration Council (2005a)。

²⁵ Prime Minister of Australia (2004)。

團體級別

2.3.10 聯邦政府採取團體級別的措施，確保全民均可參加私人醫療保險計劃。根據此項措施，醫療保險基金不得根據投保人的性別、健康狀況或家庭成員人數收取不同保費。因此，患病的長者就同一醫療保險基金所提供的同一保障所支付的保費，應與健康的青少年所支付的保費相同。²⁶

2.3.11 由於所有醫療保險基金不准根據風險揀選客戶，以及向較高風險的人士收取較高的保費，因此，一些醫療保險基金的成員中長者及慢性病患者所佔比例或會比另一些基金為高。²⁷

再保險

2.3.12 當局訂立再保險的機制，藉以令醫療保險基金分擔索償率較高人士，即年紀較大(65歲或以上)人士及慢性病患者(64歲或以下，並在連續12個月期間住院35天或以上)的住院醫療費用。私人醫療保險管理局負責管理"健康福利再保險信託基金"。向高索賠人士支付高於州或領地住院醫療費用平均數的醫療保險基金，可獲當局從"健康福利再保險信託基金"中支付款項，而支付低於州或領地住院醫療費用平均數的醫療保險基金則須向該基金供款，以彌補有關的差額。撥入基金的款項和從基金撥款支付的款項總數相等，所以每季業績的淨餘額總是零。²⁸

終身醫療保障計劃

2.3.13 終身醫療保障計劃是聯邦政府於2000年7月1日推行的措施。此項措施提供團體級別原則豁免，使註冊醫療保險基金特定成員首次向基金投購住院保險時，向他／她收取的保費水平與他／她的年齡成正比。此項設計鼓勵人們在較年輕時投購住院保險，並維持該保障。此舉的目的是改進醫療保險成員的整體健康面貌，從而令所有成員有較易負擔的保費。²⁹

²⁶ Private Health Insurance Administration Council (2006)，第57至58頁及 Private Health Insurance Administration Council (2005a)。

²⁷ 同上。

²⁸ The Auditor-General (2005)，第17頁及 Private Health Insurance Administration Council (2006)，第57至58頁。

²⁹ *Lifetime Health Cover* (2004)。

2.3.14 根據終身醫療保障計劃，在較年輕時投購住院保險的民眾，終身須支付的保費均會較低。在30歲後才投購住院保險的民眾，每年須多付相等於其30歲時保費的2%的附加費用。舉例而言，若其他條件維持不變，一名延遲至40歲才投購住院保險的人士，比30歲時投購住院保險的人士須多付20%。若一名65歲或以上人士首次投購住院保險，則須支付70%的最高附加費用。³⁰

2.4 撥付醫護資源機制

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

- (a) 政府財政預算；及
- (b) 醫療保險計劃。

政府財政預算

2.4.2 透過聯邦財政預算程序，聯邦政府通過下列撥款計劃把公帑(包括醫護資源)撥付予各州及領地政府和澳洲國民³¹：

- (a) "澳洲醫護協議"：向各州及領地政府撥付補助金，協助他們應付提供公營醫院服務的費用；
- (b) "醫療保障計劃津貼一覽表"：根據此機制，以退還付予私家醫生、視光師及其他專職醫療人員的費用的方式，向病人提供醫療津貼；
- (c) "藥品津貼一覽表"：向病人提供藥品津貼，讓他們獲得受政府資助的藥物；

³⁰ *Lifetime Health Cover* (2004)。

³¹ *Yearbook Australia 2006* 及 Department of Health and Ageing (2004)，第5頁。

- (d) 醫療計劃補助金：就一系列醫療服務，例如放射線腫瘤治療、病理服務及基層醫療服務，向政府和非政府服務提供者撥付補助金，以達致醫療政策的目標，如改善特定人口組別獲得醫療服務的情況；
- (e) "公共健康成效撥款協議"：向各州及領地政府撥付補助金，確保處理某些公共健康事務；
- (f) 私人醫療保險退稅：向私人醫療保險受保人提供30%的私人醫療保險退稅；及
- (g) 一般用途撥款補助金：向各州及領地政府撥付補助金，以便他們利用部分補助金提供醫療服務。

醫療保險計劃

2.4.3 私人醫療保險計劃提供明確的保險賠償組合，以支付"醫療保障計劃"不涵蓋的醫院及／或輔助服務的費用。醫療保險公司透過向受保人發還所索賠的款項，把資源撥付予醫療服務提供者。受保人可就已支付的醫療費用向醫療保險公司提出索賠申請。醫療保險公司根據保單的條款和條件向受保人發還款項。倘若醫療機構已與醫療保險公司作出安排，醫療機構可就保單所容許的醫療費用直接向醫療保險公司提出索賠申請。³²

2.5 分配醫護資源

統計概況

2.5.1 下表顯示2002至03財政年度按開支範疇劃分的醫護資源分配情況。

³² Private Health Insurance Administration Council (2005a)。

表3 —— 2002至03年度澳洲按開支範疇劃分的醫療開支分配情況

開支範疇	2002至03年度
住院服務	
醫院	35.1%
高層次院護照顧 ¹	6.5%
救護及其他	1.6%
非住院服務	
醫療服務	17.2%
其他專業服務	4%
藥品	14.3%
輔助器材及裝置	3.6%
其他非住院服務 ²	15.7%
研究	2%
總數	100%

備註：1. 例如安老院。

2. 包括社區健康、公共健康、牙醫服務及行政。

資料來源：Australian Institute of Health and Welfare (2004)，表A6。

2.5.2 下表展示2002至03財政年度選定醫療服務類別在資金來源中所佔的份額。

表4 —— 2002至03年度選定醫療服務類別在資金來源中所佔的份額

	政府資金來源		非政府資金來源			總數
	聯邦	各州及地方	私人醫療保險	個人	其他 ¹	
住院服務						
公營醫院	47.2%	45.5%	1.5%	1.7%	4.1%	100%
私家醫院	34.7%	5.2%	45.3%	4.8%	10%	100%
高層次院護照顧	75.5%	4.6%	0%	19.9%	0%	100%
非住院服務						
醫療服務 ²	78.4%	0%	4.1%	11.9%	5.6%	100%
以津貼支付的藥品	84.5%	0%	0%	15.5%	0%	100%
所有其他藥品	1.5%	0%	1.3%	94.7%	2.5%	100%
輔助器材及裝置	9%	0%	9.5%	79.5%	2%	100%

備註：1. "其他"包括工人補償及強制性第三者汽車保險承保人在健康商品及服務方面的開支，以及服務提供者的其他收入來源(例如所賺取的利息)。

2. 主要由私人執業醫生提供的醫療服務。

資料來源：Australian Institute of Health and Welfare (2004)，表A3。

醫院服務

2.5.3 "澳洲醫護協議"是聯邦政府與每個州及領地政府簽訂，有關在其各自司法管轄區內提供公營醫院服務及為此提供資金的5年雙邊協議。

2.5.4 在"2003至08年澳洲醫護協議"中，向各州及領地政府提供的財政資助根據一套公式計算，當中考慮到人口、先前獲得的補助金數目及其他因素。³³

2.5.5 根據此等協議，各州及領地政府採用下列原則提供公營醫院服務³⁴：

- (a) 必須向公費病人，即在接受診治時不可選擇醫生的病人，免費提供公營醫院服務；
- (b) 公營醫院服務必須根據臨床需要，並在臨床上認為適合的期間內提供；及
- (c) 不論所在的地區，民眾均應公平地獲得公營醫院服務。

2.5.6 聯邦撥款支付公營醫院服務費用一半左右，而各州及領地政府承擔其餘的費用。因此，若澳洲人選擇以公費病人的身份接受診治，便可獲得免費公營醫院服務。

2.5.7 澳洲人可選擇以自費病人的身份在公營或私家醫院接受診治。自費病人在接受診治時可選擇醫生。由於"醫療保障計劃"只就負責診治的醫生所提供的服務及程序支付"醫療保障計劃津貼一覽表"³⁵所列費用的75%，自費病人須支付其餘的醫生費。此外，自費病人須支付住院及手術室費和藥物等項目的費用。所以，自費病人須以私人醫療保險或實付的款項，支付"醫療保障計劃"不保障項目的部分或所有費用。³⁶

³³ *Australian Health Care Agreements* (2004)。

³⁴ *Australian Health Care Agreements 1998-2003 Performance Report* (2004)。

³⁵ "醫療保障計劃津貼一覽表"列明聯邦政府經諮詢專業團體後釐定的醫護服務費用。根據此表，以退還就院外及住院服務付予私人執業醫生的費用的方式，向病人提供醫療津貼。

³⁶ *Medicare Benefits Schedule* (2005)及 *Medicare* (2006)。

基層醫護服務

2.5.8 除了住院服務外，"醫療保障計劃津貼一覽表"涵蓋下列院外服務³⁷：

- (a) 醫生(包括專科醫生)診症費；
- (b) 為治療某些疾病而需進行的測試及化驗，包括X光及病理測試；
- (c) 視光師進行的視力測試；
- (d) 多數由醫生進行的外科及其他治療程序；
- (e) 部分由認可牙醫進行的外科程序；
- (f) 兔唇裂顎計劃下的指定項目；及
- (g) 作為"強化基層醫護計劃"一部分的專職醫療服務的指定項目³⁸。

2.5.9 就所有病人而言，"醫療保障計劃"津貼通常支付院外服務表列費用的85%。表列費用的其餘15%則以實付的款項支付。³⁹ 負擔不起有關款項的病人可向"醫療保障計劃"安全網申請援助。

2.5.10 在"醫療保障計劃"安全網安排下，若申請人在某個曆年實付的款項到達安全網限額，便可獲得額外醫療津貼。聯邦特惠卡持有人(例如領取退休金人士及長者)及A類家庭稅補助金家庭現時的安全網限額是500澳元(2,850港元)，而其他澳洲人的限額是1,000澳元(5,700港元)。額外醫療津貼相等於實付的款項的80%。⁴⁰

³⁷ Medicare (2006)。

³⁸ "強化基層醫護計劃"旨在為較年長的澳洲人提供額外的預防性護理，以及改善為慢性病患者及病情複雜的病患者提供的各項護理服務間的協調。

³⁹ Medicare (2006)。

⁴⁰ How does the Medicare Safety Net work? (2006)。

藥物

2.5.11 病人須就獲取"藥品津貼一覽表"所列處方藥物分擔部分費用。就每個藥品津貼項目的實付款項，一般病人最多支付29.5澳元(168港元)，特惠病人⁴¹最多支付4.7澳元(27港元)。

2.5.12 設立藥品津貼安全網是為了保障澳洲人不須就藥物承擔龐大費用。若一般病人(及／或他／她的家庭)的累計藥品費用達到960澳元(5,472港元)的安全網限額，在該曆年的剩餘時間內，他／她只須就每張藥品津貼處方支付4.7澳元(27港元)。特惠安全網限額為253澳元(1,442港元)。當特惠病人(及／或他／她的家庭)的累計藥品費用達到此數額，在該曆年的剩餘時間內，他／她將免費獲取藥品津貼項目。⁴²

2.6 政策評估

2.6.1 2000年，上議院社區事務委員會發表名為《治療我們的醫院：有關資助公營醫院的報告》。該份委員會報告指出，獲公帑資助的醫療服務受到澳洲公眾大力支持。由醫療保險委員會(於2005年易名為澳洲醫療保障計劃辦事處)在2000年進行的年度調查顯示，83%的民眾對"醫療保障計劃"感到滿意。⁴³ 民眾的滿意程度在其後數年仍然維持在90%左右。⁴⁴

2.6.2 自1984年推行"醫療保障計劃"以來，主要政黨均致力繼續推行此計劃。因此，此計劃並無基本的改變。為了令"醫療保障計劃"可在財政上持續下去，聯邦政府鼓勵私人融資和私營機構提供服務的安插，與向所有澳洲人提供服務的公營制度平行發展。

⁴¹ *Schedule of Pharmaceutical Benefits for Approved Pharmacists and Medical Practitioners* (2005)、*About the PBS* (2004) 及 *Biggs* (2003b)。

⁴² 同上。

⁴³ *Senate Community Affairs Committee* (2000)，第9頁。

⁴⁴ *Health Insurance Commission 2004-05 Annual Report* (2006)。

2.6.3 有關私人醫療保險方面，經濟合作與發展組織題為《澳洲的私人醫療保險業：個案研究》的報告指出，受保人因為在澳洲的制度下可選擇私家或公營醫院而受惠。此外，他們因得到私家醫院的適時醫院護理(特別是非緊急手術)而受惠，原因是在公營醫院輪候此等服務的人數眾多。⁴⁵

2.6.4 雖然該項研究承認推廣私人醫療保險會帶來好處，但卻須面對一些挑戰⁴⁶：

- (a) 雖然推行私人醫療保險退稅增加私人醫療保險投購率，但政府在退稅方面的開支亦相應地增加；
- (b) 雖然透過團體級別規管保險業，有助確保民眾享有平等機會參與私人保險計劃，但較高收入住戶獲得更多退稅，因為他們傾向購買較昂貴的醫療保險計劃；
- (c) 雖然透過再保險規管保險業，有助確保醫療保險公司享有平等機會在市場運作，但此項措施減少醫療保險公司以最具成本效益方式管理高成本個案的誘因，因為此等個案的治療費用由保險業界共同分擔；及
- (d) 雖然病人可在公營醫院選擇以公費或自費病人的身份接受診治，但由於專業人員診治自費病人收取較高費用，或會影響醫生分配給公費病人和自費病人的時間。

2.7 維多利亞州

引言

2.7.1 本節提供有關維多利亞州的醫護資源的分配情況，以及提供醫護服務的制度及其改革的資料。

⁴⁵ Colombo and Tapay (2003)，第 37 至 39 頁。

⁴⁶ Colombo and Tapay (2003)，第 37 至 39 頁及 Denniss (2005)。

醫護資源分配

2.7.2 在2005至06財政年度，維多利亞州的醫護開支為76億5,110萬澳元(HK\$436億1,100萬港元)。此開支數額佔州政府開支總額的25.2%及人類服務部(負責衛生、老人護理、房屋、兒童及社區服務的部門)的開支總額的66.9%。⁴⁷

2.7.3 下表顯示2005至06財政年度維多利亞州不同醫療範疇的醫療開支分配情況。

表5 —— 維多利亞州醫療範疇的醫護資源分配情況

	數額(以百萬元計)	百分比
急症醫療服務 ¹	5,650.5澳元(32,208港元)	73.8%
精神健康	732.5澳元(4,175港元)	9.6%
救護服務	363.5澳元(2,072港元)	4.8%
小鄉鎮服務 ²	318.6澳元(1,816港元)	4.2%
基層及牙科醫療	280澳元(1,596港元)	3.7%
公共健康	195.1澳元(1,112港元)	2.5%
藥物服務 ³	110.9澳元(632港元)	1.4%
總數	7,651.1澳元(43,611港元)	100%

備註：1. 急症醫院住院、非住院護理、緊急、社區為本及專科服務。
2. 在小鄉鎮提供醫療及老人護理服務。
3. 提供服務以減少及預防因使用和濫用合法及違禁藥物而引致死亡、疾病及遺害社會。

資料來源：2005-06 *Victorian Budget Paper: Service Delivery* (2005) 及 2005-06 *Human Services Strategic Framework* (2005)。

⁴⁷ 2005-06 *Victorian Budget Paper: Statement of Finances* (2005) 第43頁、2005-06 *Human Services Strategic Framework* (2005) 及 2005-06 *Victorian Budget Paper: Service Delivery* 第67頁。

2.7.4 州政府人類服務部負責分配醫護資源。該部訂立了向醫護服務提供者撥付資源的指引及匯報制度，確保醫護服務提供者恰當地運用資源。舉例而言，在《維多利亞 — 2005至06 年度公營醫院和精神健康服務政策及資助指引》中載明，公營醫院及精神健康服務須達致的政策目標及2005至06 財政年度的財政承擔額。該文件亦說明醫護服務提供者如何獲得資金及匯報規定。⁴⁸

提供醫護服務的制度

2.7.5 在醫療方面，人類服務部負責“提供資金及／或透過公營醫院系統、社區健康服務及救護服務提供高質素及有效率的醫護服務”。⁴⁹

2.7.6 人類服務部轄下兩個部門負責維多利亞州內的醫護及老人照顧服務。大都會醫護及老人照顧服務部和鄉鎮及區域醫護及老人照顧服務部分別負責省內3個大都會區及5個鄉鎮區的全面醫護及老人照顧服務。3個大都會區總共佔維多利亞州總人口的73%，而其餘人口居住在鄉鎮區內。⁵⁰

2.7.7 大都會醫護及老人照顧服務部履行的職能是協調15個大都會醫護服務管治委員會，每個委員會轄下有一個或多個提供以地區及專科為本的醫療機構。舉例而言，其中一個大都會醫護服務管治委員會 **Bayside Health**，是透過兩間醫院及一個醫療中心向墨爾本內東南市郊居民提供醫療服務的主要機構。**Bayside Health** 轄下的 **Alfred** 醫院提供州內專科服務，例如心臟及肺部移植。此外，大都會醫護及老人照顧服務部亦負責私家醫院的註冊及規管。⁵¹

⁴⁸ *Victoria — Public Hospital & Mental Health Services Policy & Funding Guidelines 2005-06*。

⁴⁹ *Departmental Plan 2005-06: Department of Human Services (2005)*，第4頁。

⁵⁰ *Department of Human Services Annual Report 2004-05*，第36至37頁及第40至42頁，及 *Metropolitan Health & Aged Care Services (2005)*。

⁵¹ *Metropolitan Health Strategy (2003)*，第3頁及第65至68頁及 *Metropolitan Health & Aged Care Services (2005)*。

2.7.8 15個大都會醫護服務管治委員會當中的3個，即 Calvary Health Care Bethlehem、Mercy Health and Aged Care 及 St. Vincent's Health 由非牟利宗教機構統轄。至於其他的管治委員會，每個均受一個董事會監管，其董事由州政府衛生部長委任。⁵²

2.7.9 非住院服務是由醫院同時提供或由以社區為本的設施提供，這些設施包括社區健康服務、社區康復中心、私人執業醫生及提供基層護理服務及以社區為本的精神健康服務的專職醫療人員。⁵³

2.7.10 州政府於2000年開始實施"基層醫護服務合夥策略"，以確保基層醫護服務提供者有效地合作，共同改善其社區的醫療服務及福祉。此外，這個策略旨在讓使用基層醫護服務的民眾獲得更佳的經驗及成效，並在可避免的情況下，減少使用醫院、醫療及住宿照顧服務。⁵⁴

2.7.11 2003年，州政府宣布"大都會醫療策略"，表明在未來10年應付墨爾本都會區的醫護服務需求的4個策略性方向。這4個策略性方向如下⁵⁵：

- (a) 透過增加病床及急症部門服務，提高醫護制度的應付能力；
- (b) 透過重新分配及重新配置，善用現有設施；
- (c) 促進服務替代及分流，以減少依賴醫院服務，例如發展以社區為本的非住院護理服務；及
- (d) 發展新服務模式，例如在大都會的社區設立醫護專區，提供一系列醫療服務，如老人照顧及殘疾人士服務、社區精神健康及復康、牙科、診斷及普通科醫生服務。

⁵² *Public Hospital Governance* (2006)。

⁵³ *Metropolitan Health Strategy* (2003)，第3頁。

⁵⁴ *Primary Care Partnerships* (2006)。

⁵⁵ *Metropolitan Health Strategy* (2003)，第iv頁及 Department of Human Services (2005)，第6頁。

第3章 —— 新西蘭

3.1 背景

3.1.1 新西蘭工黨政府在30年代全球經濟蕭條快將結束的時候，頒布了《1938年社會保障法令》，制訂一個全面的醫護制度，規定向所有新西蘭人提供免費醫護服務。新西蘭在1947年以前已成立經費以稅收為主的醫護制度，為使用者提供公、私營醫護服務，當中大部分屬免費服務。這個由中央撥款和管理的醫護制度在其後數十年間持續運作。⁵⁶

3.1.2 自70年代中期起，新西蘭進行了一連串醫護改革，幾乎每當政府改組後便會有一次改革。自1974年發表題為《新西蘭的醫療服務》的報告後，當局便成立了醫療服務機構特別諮詢委員會，負責就如何整合一系列的醫療服務向政府提供意見。委員會提出的建議導致當局制定《1983年地區醫療委員會法令》，該法令是設立地區醫療委員會的基礎。醫療委員會最初透過選舉產生，其後由民選委員和獲衛生部長委任的委員組成，負責規劃和管理其各自地區提供的醫護服務。⁵⁷

3.1.3 當地於80年代設立14個地區醫療委員會，標誌着權力下放的醫護制度的開始。雖則在其後數十年間(尤其是90年代)曾進行多次醫護融資制度改革，但權力下放的醫護制度一直是改革的核心所在。

3.1.4 1993年醫護改革的特色是更倚賴市場機制。重組工作的主要特色，是透過劃分醫療服務購買者和提供者的角色，建立"買家"和"賣家"的角色。這項安排讓購買者在選擇醫護服務提供者時有較大彈性，並為醫護服務提供者帶來競爭。

⁵⁶ French, Old and Healy (2001), 第23至24頁及 World Health Organization (2004) 第16至19頁。

⁵⁷ 同上。

3.1.5 在1993年的醫護改革中，衛生署易名為衛生部，而改革的重點在於政策發展。當局成立了4個區域醫療管理局，負責利用有上限的經費購買基層、中層和第三層的醫療和殘疾支援服務。先前由在80年代設立的14個地區醫療委員會提供的服務，已改由與區域醫療管理局和意外補償局簽訂醫療服務合約的23間皇家醫療企業提供。皇家醫療企業在架構上屬牟利公司，而根據《1993年醫療及殘疾服務法令》(第11條)，皇家醫療企業必須“與非皇家擁有的相類企業同樣成功和有效率”。⁵⁸

3.1.6 1996年的醫護改革雖然保留了購買者／提供者的分野，但卻除去市場主導的元素。根據有關改革，區域醫療管理局被單一的國家採購機構(醫療資金管理局)取代。皇家醫療企業亦改為由政府擁有的非牟利機構，即“醫院與醫療服務”。⁵⁹

3.1.7 根據在2000年進行的最近期醫護改革，當局放棄劃分購買者／提供者的原則，並回復民選地區醫療委員會的制度。在《2000年新西蘭公共健康及殘疾法令》下，21個地區醫療委員會成立。每個地區醫療委員會最多有11名委員。每隔3年在地區政府選舉時選出7名委員，而衛生部長可以最多委任4名委員。⁶⁰

3.1.8 中央政府以人口為本，向各個地區醫療委員會提供撥款。雖然它們並非政府機構，但須負責為按地域劃分的地方全體居民購買或直接提供公營醫護服務。每個醫護委員會轄下的人口界乎31 000至489 000。這個有國民參與的提供醫護服務的制度一直沿用至今。⁶¹

⁵⁸ Ministry of Health (2003a) 第4頁、World Health Organization (2004) 第19至21頁及 French, Old and Healy (2001) 第26至29頁。

⁵⁹ Ministry of Health (2003a) 第4頁、French, Old and Healy (2001) 第29至30頁及 World Health Organization (2004) 第21至22頁。

⁶⁰ *Frequently asked questions about District Health Boards* (2004)、French, Old and Healy (2001) 第30至34頁及 World Health Organization (2004) 第22頁。

⁶¹ 同上。

3.2 醫護制度總覽

結構

3.2.1 中央政府衛生部負責就醫護制度制訂政策、撥款、監察、規管和評估，特別是向地區醫療委員會及醫療界內其他法定機構撥付資金，以及監察它們的表現。⁶²

3.2.2 地區醫療委員會就其各自地區提供醫護服務擔當領導角色。它們自行提供服務或向其他提供者提供資金，由後者提供服務。作為向衛生部長匯報的法定機構，地區醫療委員會負責訂定其策略性方向、委任總裁，以及改善、促進和保障區內人口的健康。⁶³ 關於向意外受傷者提供的護理，意外補償局會為傷者向醫護提供者購買服務，而該局是在1974年成立涵蓋所有地區的法定機構。⁶⁴

3.2.3 下表列明有關新西蘭提供醫護服務的制度的基本統計數字。

表6 —— 有關新西蘭提供醫護服務的制度的統計數字

	數目	比率
醫療人員¹		每1萬人
醫生	8 790	21.9
牙醫	1 582	4
藥劑師	並無有關數據	
護士	34 660	85.3
助產士	3 780	9.3
醫療基礎設施²		
公營醫院	85 (12 484張病床)	每1萬人有62張病床
私家醫院	360 (11 341張病床)	
急症護理病床住用率	並無有關數據	

備註：1. 醫生和牙醫是2003年的數字，而護士和助產士是2004年的數字。
2. 2002年的數字。

資料來源：Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization (2005)及 World Bank (2005)。

⁶² Ministry of Health (2005)第7至8頁。

⁶³ *Frequently asked questions about District Health Boards* (2004) 及 *The New Zealand Public Health and Disability Act 2000* (2005)。

⁶⁴ *History of ACC* (2006)。

融資

3.2.4 新西蘭醫護制度的指導原則如下⁶⁵：

- (a) 所有新西蘭人不論是否有能力支付醫療費用，在有需要時必須得到可接受程度的醫療和殘疾支援服務；及
- (b) 政府的主要責任是，提供(或確保提供)完善的公營醫療制度及為此提供資金。

3.2.5 新西蘭的醫療融資制度屬於以稅收為本的融資制度，醫療服務的資金主要來自一般政府開支。透過財政預算程序，向地區醫療委員會撥付用作醫護用途的公帑。與此同時，意外補償局亦向僱主、賺取收入人士及汽車車主收集徵款，以購買與意外有關的醫護服務。⁶⁶

3.2.6 儘管市民或須就其所獲得的醫護服務或藥物支付部分或全部費用，新西蘭政府已設立安全網，向無法負擔有關費用的人士提供援助。舉例而言，低收入家庭可申領社區服務證，讓該等家庭獲得受資助的就診服務和藥品。

3.2.7 設立地區醫療委員會的目的，是要推動社區參與規劃和提供其各自地區的醫療服務。尤其是，地區醫療委員會制度促進醫療服務(特別是基層和中層護理服務)的結合。

3.2.8 下表列明有關2002至03財政年度新西蘭醫療服務開支的一些基本資料，有關資料可作為醫療開支的指標。

⁶⁵ Ministry of Health (2004a)，第2頁。

⁶⁶ 與意外有關的徵款是根據《2001年防治受傷、復康及賠償法》徵集的。

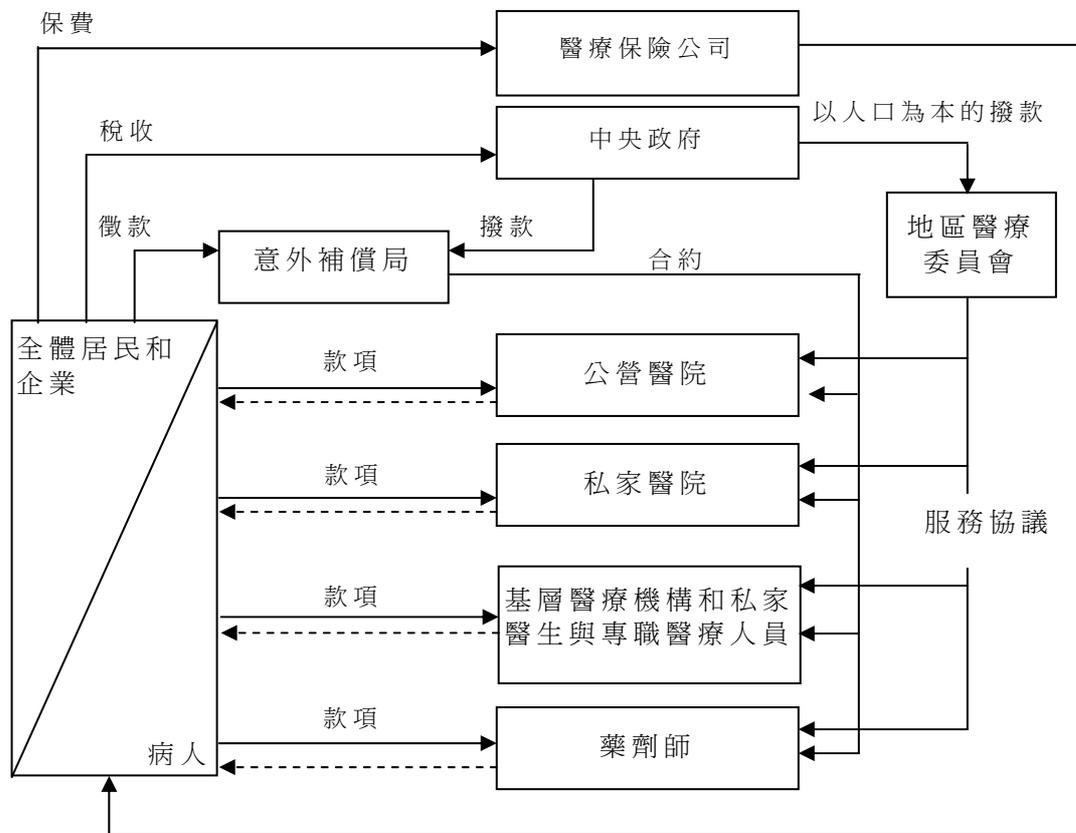
表7 —— 2002至03年度新西蘭的醫療開支指標

醫療總開支佔國內生產總值的比例	8.7%
人均醫療總開支	2,807新西蘭元 (14,453港元)
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	78.3%
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	21.7%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	14.2%
國外提供的醫療資源佔政府醫療開支總額的比例	4.6%
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	33%

資料來源：Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization (2005)及 Ministry of Health (2005b)，表7.1及表8.1至8.4以及附錄3及附錄4B。

3.2.9 圖2 綜述新西蘭的醫護融資和提供醫護服務的制度。

圖2 —— 新西蘭的醫護制度



圖例： ——> 資金流向 -----> 服務流向

資料來源：Ministry of Health (2005a) 及 Organisation for Economic Co-operation and Development Secretariat (2005a)。

3.3 徵集醫護資源機制

3.3.1 除了實付的款項及慈善機構的捐款外，主要以下列方式匯集醫護資源：

- (a) 一般稅收；
- (b) 與意外有關的徵款；及
- (c) 醫療保險計劃。

一般稅收

3.3.2 政府的一般收入(包括醫護資源)主要來自個人入息稅、商品及服務稅和公司稅。在2005至06財政年度，個人入息稅、商品及服務稅和公司稅預計分別佔政府總收入的43%、19% 和 17%，合共佔預計總收入的 79%。⁶⁷

與意外有關的徵款

3.3.3 意外補償局負責管理一個以保險為本的計劃，為遭受人身傷害的傷者提供康復服務和補償。意外保險計劃就與意外有關的傷害及殘疾提供全面無過失保險。⁶⁸

3.3.4 與意外有關的徵款透過以下來源徵集⁶⁹：

- (a) 僱主按照發放薪酬總額及所進行的工作類別涉及的相對安全性／危險性來支付徵款。僱主的工作紀錄亦會影響徵款水平；
- (b) 賺取收入人士按照他們的總收入支付徵款，當局透過扣除他們的薪金收集徵款；

⁶⁷ *Budget 2005: Key Facts for Taxpayers* (2005)。

⁶⁸ *About ACC* (2006)。

⁶⁹ *How ACC is funded* (2006)及 French, Old and Healy (2001)，第55至56頁。

- (c) 汽車車主和司機的徵款包括在每年的汽車登記費和汽油售價中包含的消費稅內；及
- (d) 政府每年支付一筆費用，為沒有任何收入的人士支付費用。

醫療保險計劃

3.3.5 新西蘭政府認為其看待私營醫護界可形容為"自由放任"。私人保險和由使用者直接付款，以支付在私營醫療機構接受治療的開支並不受政府資助，而政府對醫療保險公司極少規管。⁷⁰

3.3.6 在新西蘭，醫療保險公司保障民眾免付"差額"和"附加"費用，而非提供全面醫療保障。民眾可免付政府資助額與提供者就各項醫療服務所徵收的費用之間的部分或所有差額。醫療保險公司亦提供輔助保險，向承保人發還其就私家醫院和私家專科醫療人員提供的手術及其他治療所付的費用。儘管新西蘭的私營醫療保險市場有多間醫療保險公司，但Southern Cross Healthcare 是目前最大的保險公司，市場佔有率估計為 60%。⁷¹

3.4 撥付醫護資源機制

3.4.1 醫護資源由政府保存，或存放於意外保險戶口或醫療保險戶口，視乎徵集醫護資源的途徑而定。因此，這些醫護資源會經由下列機制撥付予醫護服務提供者：

- (a) 政府財政預算；
- (b) 意外補償局；及
- (c) 醫療保險計劃。

⁷⁰ Ministry of Health (2004a)，第 38 頁。

⁷¹ French, Old and Healy (2001)，第 55 頁及 McPherson (n.d.)。

政府財政預算

3.4.2 中央政府透過財政預算程序，向各個政策範疇(包括醫療)撥付公帑。醫療方面專用的資源會按照以人口為本的撥款方程式分配予各個地區醫療委員會。地區醫療委員會利用獲撥付的款項，為各自的地區提供醫護服務。⁷²

3.4.3 以人口為本的撥款方程式是用以釐定各個地區醫療委員會的撥款額的總方程式。該方程式旨在根據各區人口的相對需要，以及為應付該等需要而提供醫療和殘疾支援服務的成本，公平地向各個地區醫療委員會分配所得的撥款。

3.4.4 根據上述方程式，各個地區醫療委員會的醫療和殘疾服務撥款額由下列各項決定：⁷³

- (a) 該區佔估計人口的比例，根據各人口組別使用醫療和殘疾支援服務全國平均成本加權；
- (b) 當局顧及地區醫療委員會在縮減人口組別差距方面所面對的挑戰，而就未獲滿足的需要而添加的以政策為本的加權數；及
- (c) 鄉郊人口的調整和海外遊客的調整，兩者均將一筆固定撥款在各地區醫療委員會之間分配，以顧及在提供某些醫療和殘疾支援服務方面無可避免的成本差異。

3.4.5 地區醫療委員會兼任撥款者與提供者的角色。關於基層醫護服務，每個地區醫療委員會向其地區內的基層醫療機構⁷⁴提供資金，而該等機構為參加者提供多項基層醫護服務。與此同時，地區醫療委員會透過公營醫院，成為中層和第三層醫療服務的主要提供者。

⁷² Ministry of Health (2005c)，第55頁。

⁷³ Ministry of Health (2004b)，第vii頁。

⁷⁴ 基層醫療機構是一項組織性安排，把現有的基層醫護服務提供者集中在一起，向相關的地區醫療委員會所界定的地區內的參加者提供基層醫護服務。

意外補償局

3.4.6 意外補償局就意外保險計劃收集的徵款被存入下列戶口，涵蓋就各種傷害作出的賠償：⁷⁵

- (a) 支付因工受傷的僱主戶口；
- (b) 支付自僱人士的所有與個人工作有關的傷害的自僱人士工作戶口；
- (c) 支付賺取收入人士和自僱人士與工作無關的傷害(包括在家居以及在進行運動和康樂活動期間發生的傷害)的賺取收入人士戶口；
- (d) 支付因醫療專業人員的失誤或因妥善進行的醫療或手術程序所無法預料的結果而引起的傷害的醫療意外事故戶口；
- (e) 支付不在受薪工作人口以內人士(包括學生、受助人、長者及兒童)的所有個人傷害的非賺取收入人士戶口；
- (f) 支付公共道路上涉及汽車的所有個人傷害的汽車戶口；及
- (g) 支付在1999年7月1日前因工受傷的延續費用，以及賺取收入人士在1992年7月1日前與工作無關的傷害的餘下索償戶口。

醫療保險計劃

3.4.7 醫療保險計劃提供明確的保險賠償組合，以支付醫療和相關服務的費用。在醫療服務組合下，受保人可以就已支付的部分或全部醫療費用向醫療保險公司提出索賠申請。

⁷⁵ Accident Compensation Corporation (2005)，第12頁。

3.5 分配醫護資源

統計概況

3.5.1 下表顯示2002至03財政年度按開支範疇劃分的醫護資源分配情況。

表8 —— 2002至03年度新西蘭按開支範疇劃分的醫療開支分配情況

開支範疇	2002至03年度
住院服務	
公營機構 ¹	35%
私營機構 ²	14%
非住院服務	
社區護理 ³	44.9%
— 一般醫護人員	7.7%
— 藥品	11.4%
公共健康	2.3%
教學及研究	2.3%
衛生部	1.5%
總數	100%

備註：1. 這個類別指公營醫院，亦包括一些住院社區醫療中心。
 2. 這個類別包括所有提供殘疾服務的私家醫院及社區宿舍。
 3. 在社區護理類別下提供的個人醫療服務，指非住院護理及家居服務，而非透過公私營機構提供的這類服務。這些服務包括普通科醫生、專科醫生、護士、助產士、牙醫及其他各類醫護人員提供的服務。

資料來源：Ministry of Health (2005b)，附錄5A。

3.5.2 下表展示2002至03財政年度選定醫療服務類別在資金來源中所佔的份額。

表9 —— 2002至03財政年度選定醫療服務類別在資金來源中所佔的份額

	公共資金來源		私人資金來源			總數
	中央政府	意外補償局	私人醫療保險	實付的款項	非牟利機構	
住院服務						
公營機構	92.1%	7.8%	0.02%	0.1%	0.004%	100%
私營機構	31.9%	9.1%	41.8%	17%	0.2%	100%
公營與年齡有關的殘疾支援機構	100%	0%	0%	0%	0%	100%
私營與年齡有關的殘疾支援機構	96.7%	0%	0%	0%	3.3%	100%
社區護理						
一般醫護人員 ¹	49.6%	7.2%	6.9%	36.1%	0.2%	100%
藥品 ²	66.1%	1%	2.4%	30.5%	0.001%	100%

備註：1. 一般醫護人員是指在一般基層護理環境下提供個人醫療服務的醫生或護士。這些環境包括個人及團體執業、以工會或原居民為本的健康中心、意外及醫療中心、學生健康中心、家庭計劃中心及在監獄、軍營和工廠提供的醫療服務。

2. "藥品"包括藥物、敷料、針筒及其他治療設備，以及相關的配藥費用。當中包括處方藥品及醫生、藥劑師或其他銷售點提供的藥房藥品。

資料來源：Ministry of Health (2005b)，附錄5A。

地區醫療委員會

3.5.3 各地區醫療委員會按以人口為本的撥款方程式，獲分配一筆每年經費，而各地區醫療委員會"須以財政上負責任的態度運作，並為此必須致力應付每年所有成本(包括資本成本)。"⁷⁶ 在有可能出現赤字的情況下，地區醫療委員會須即時告知衛生部長為何發生這種情況。衛生部會與地區醫療委員會商討如何糾正此事。⁷⁷

3.5.4 除以撥款方程式為本的安排外，各地區醫療委員會須就其醫護資源分配擬備下列業務計劃：⁷⁸

⁷⁶ *New Zealand Public Health and Disability Act 2000*，第41條。

⁷⁷ *Ministry of Health (2003b)*，第10頁。

⁷⁸ *New Zealand Public Health and Disability Act 2000*，第38，39及40條。

- (a) 地區策略計劃，焦點集中於5至10年，經諮詢社區後制訂，並獲衛生部長支持；
- (b) 地區周年計劃由每年政府撥款協議及意向書(財政預算)組成，並獲衛生部長贊同；及
- (c) 就地區周年計劃呈交衛生部的每月及季度報告。

醫院服務

3.5.5 各地區醫療委員會透過本身的醫院或向其他醫院購買服務，向其各自地區的居民提供醫院服務。設立新醫院、購買新服務及延展現有所購買的服務的建議，必須列入地區醫療委員會的地區周年計劃內，供衛生部長和財政部長審批。⁷⁹

3.5.6 所有新西蘭人均可享用免費提供的公營醫院服務。政府認為，公營醫院應主要用來提供由公帑資助的服務。只有當公營醫院證實下列情況發生，才獲准診治自費病人：自費服務可改善臨床服務質素或提高為公費病人提供服務的效率；除了應付向公費病人提供服務所需的能力外，尚有剩餘能力；以及病人獲告知可以選擇由公帑資助的服務。⁸⁰

基層醫護服務

3.5.7 一般醫護人員在向符合取得資助資格的病人提供服務後，可向衛生部申請領取一般醫療服務資助⁸¹。合資格獲得資助的病人是17歲或以下人士，以及弱勢成年人，即低收入人士及長期病患者。⁸² 下表展示各項資助率。

⁷⁹ Ministry of Health (2003b)，第34頁。

⁸⁰ Ministry of Health (2003b)，第34頁及 Waitemata District Health Board (2003)。

⁸¹ 這項資助自30年代後期起實施。

⁸² *Government Funding of General Practice Services* (2005)。

表10 —— 新西蘭每次標準全科就診服務的政府資助

年齡組別	社區服務證 ¹ 和高用量醫療證 ² 持有人	沒有社區服務證或高用量醫療證
6歲以下	35新西蘭元(178.5港元)	35新西蘭元(178.5港元)
6至17歲	20新西蘭元(102港元)	15新西蘭元(76.5港元)
18歲或以上	15新西蘭元(76.5港元)	無

備註：1. 社區服務證發給收入低於與家庭人數掛鈎的入息限額的家庭。例如，與他人共用居所的單身人士的收入限額為每年20,275新西蘭元(103,402.5港元)。
2. 高用量醫療證發給因病況持續而在過去12個月向醫生求診12次或以上的人士。

資料來源：*Government Funding of General Practice Services* (2005)及 *Ministry of Social Development* (n.d.)。

3.5.8 獲資助的病人支付一般醫護人員收費與政府資助之間的差額。18歲或以上的成年人如沒有社區服務證或高用量醫療證，須繳付全費予一般醫護人員。一般醫療服務資助只適用於並無加入任何基層醫療機構的一般醫護人員。當地有兩類基層醫療機構。“通達”基層醫療機構是新西蘭貧困指數所界定貧困地區的基層醫療機構，而所有其他醫療機構被歸類為“臨時”基層醫療機構。

3.5.9 對於加入基層醫療機構的一般醫護人員，當局按病人數目向他們發還款項。各區地區醫療委員會根據登記參加區內基層醫療機構的新西蘭人的數目及特徵(例如年齡及性別)向各有關機構分發每年按人支付的款項。每年按人支付款項的比率，按預期一名人士在一年內向一般醫護人員求診的平均次數，乘以下表所示款額計算。截至2004年10月，超過92%的新西蘭人參與基層醫療機構。⁸³

⁸³ Ministry of Health (2005c)，第25頁。

表11 —— 新西蘭每年按人計算的政府資助額

年齡組別	通達基層醫療服務機構	臨時基層醫療服務機構
6歲以下	37.4新西蘭元(190.7港元)	37.4新西蘭元(190.7港元)
6至24歲	26.75新西蘭元(136.4)	26.75新西蘭元(136.4港元)
25至64歲，持有社區證 ¹ 或高用量證 ²		15新西蘭元(76.5港元)
25至64歲，沒有社區證或高用量證		無
65歲或以上		26.75新西蘭元(136.4港元)

備註：1. 社區證 = 社區服務證
2. 高用量證 = 高用量醫療證

資料來源：Government Funding of General Practice services (2005)及 Ministry of Social Development (n.d.)。

3.5.10 25至64歲但沒有社區服務證或高用量醫療證的基層醫療機構參加者，須悉數支付負責治療的一般醫護人員所定的30新西蘭元(153港元)至45新西蘭元(229.5港元)費用。其他年齡組別的參加者則支付稍低的費用，例如6歲以下的病人須支付5新西蘭元(25.5港元)至10新西蘭元(51港元)。⁸⁴

藥物

3.5.11 在2004年4月之前，所有6歲或以上的的新西蘭人須就受政府資助的處方藥物，按每次藥品處方分擔部分費用，最高付款額為15新西蘭元(76.5港元)。由2004年4月起，分擔費用的最高付款額已逐步下降至3新西蘭元(15.3港元)。⁸⁵

⁸⁴ Waitemata District Health Board (2003) 及 Government Funding of General Practice Services (2005)。

⁸⁵ Pharmaceutical co-payments (2006)。

3.6 政策評估

3.6.1 新西蘭醫護制度在過去20年曾經歷數輪重大的結構轉變。當局於80年代推行分區化的地方醫療委員會。在90年代，當局制訂將醫護服務視為半商品的類似市場模式，清晰劃分醫療服務購買者及提供者的角色。隨着地區醫療委員會的成立，重現80年代的分區管治模式。一些學者指出，經歷數輪結構重整後，醫療界已經厭倦轉變和對轉變感戰兢。⁸⁶

3.6.2 地區醫療委員會的表現由衛生部監察。地區醫療委員會的表現指標之一是病人滿意率。地區醫療委員會須根據衛生部所定的指引，進行季度病人滿意調查，然後將調查結果呈交該部。據該部所述，各地區醫療委員會的整體病人滿意率，由2001年第4季的86%上升至2005年第4季的88%。⁸⁷

3.6.3 在成立地區醫療委員會後，曾於2001及2004年分別舉行兩次地區醫療委員會選舉，而每個競爭席位的候選人比率分別為7.4及3.5。儘管該比率在2001至2004年期間下降，但每個競爭席位仍有3.5名候選人，顯示參與率甚高。至於投票率方面，有五成選民在2001年選舉中投票，而2004年選舉的投票率則為42%。⁸⁸ 整體而言，一如這些數字所反映，國民參與的概念似乎備受大眾歡迎。

3.6.4 現行地區醫療委員會制度以非市場原則運作，利用醫護資源提供社會服務，以滿足公眾需要。一些學者表示，這個制度面對以下困境：⁸⁹

- (a) 雖則地區醫療委員會有民選委員，強調國民參與決策，但即使設有委任成員，亦會有民選委員受到特殊利益團體操控的風險；及
- (b) 以人口為本的撥款方式，即以居住在每區的人數、其種族和年齡結構及其他影響醫療及殘疾服務需要的人口特徵為依據。由於這些因素不斷改變，故此確保各地區醫療委員會能公平獲得醫護服務是須面對的挑戰。

⁸⁶ French, Old and Healy (2001), 第108及111頁。

⁸⁷ Ministry of Health (2005d), 各期。

⁸⁸ Gauld (2005)。

⁸⁹ French, Old and Healy (2001), 第111至113頁。

第4章 —— 新加坡

4.1 背景

4.1.1 新加坡在1965年獨立後，保留英式、以稅收為本和以公營醫療服務為主的醫護制度。當時，醫護服務主要由公營機構提供，經費來自一般稅收，民眾可享有免費醫護服務，或只須支付象徵式的費用。⁹⁰

4.1.2 面臨醫護開支預算逐步上升的問題，前總理李光耀於1975年建議“在每名人士的中央公積金每月供款中預留一筆款項，以分擔該名人士部分醫療費用。”⁹¹ 1981年，衛生部長宣布，“像英國國民保健署及其他福利國家所實施的由生至死照顧周全的醫療制度，並不適用於新加坡。”⁹²

4.1.3 主要的醫護融資改革始於1984年，與其修改以稅收為本的融資制度，新加坡選擇了建立醫療儲蓄戶口制度。當地根據1983年公布《國家保健計劃》，於1984年在中央公積金制度下設立保健儲蓄戶口。該保健儲蓄制度一直實施至今。僱員和僱主均須向保健儲蓄戶口作強制性供款。個人保健儲蓄戶口內的累積存款可用來清付戶口持有人及／或其直系親屬的醫院帳單。⁹³

4.1.4 自從設立醫療儲蓄戶口制度後，政府制訂了下列配套措施。⁹⁴

- (a) “醫療保障計劃”：於1990年設立的低保費危疾醫療保險計劃，由中央公積金管理局營辦，用以協助新加坡人支付公營醫院較低級病房的住院費用。中央公積金參加者一開始向公積金供款，便會自動登記加入“醫療保障計劃”。不過，他們可選擇退出計劃；

⁹⁰ Lim (2004)，第85頁及 Hanvoravongchai (2002)，第10頁。

⁹¹ Lee (2000)，第100頁。

⁹² Sunday Times，1981年5月11日；引述自立法會秘書處(1999)，第7頁。

⁹³ Aw and Low (1997)，第55頁及 Phua (1991)，第3至4頁。

⁹⁴ Medisave, Medishield and Other Subsidy Schemes (2006)。

- (b) "醫療基金"：政府於1993年設立的信託基金，用以協助新加坡的貧窮人士支付醫療費用。作為一個安全網，各所認可醫院或醫療機構的醫療基金委員會⁹⁵根據申請人的財政狀況和醫療費用金額，考慮每宗申請；
- (c) "附加醫療保障計劃"：於1994年設立的高保費危疾醫療保險計劃，讓新加坡人能夠提升在"醫療保障計劃"下所得的保障，例如支付公營醫院較高級病房和私家醫院的住院費用；及
- (d) "樂齡健保計劃"：於2002年設立的殘疾保險計劃，旨在為那些不能進行基本日常生活活動(例如進食、穿衣和如廁)的長者提供經濟保障。

4.1.5 在2005年的改革中，當局對"醫療保障計劃"和"附加醫療保障計劃"作出下列改動，以加強私營機構在提供醫療保險方面所擔當的角色：⁹⁶

- (a) "附加醫療保障計劃"由中央公積金管理局整個轉讓予中標的醫療保險公司，並易名為"康保雙全計劃"；及
- (b) 中央公積金管理局和醫療保險公司擔當"綜合醫療保障計劃"的共同承保人。"綜合醫療保障計劃"的受保人除可享有"醫療保障計劃"的保障外，亦可獲得附加保障，例如可入住較高級的病房。中央公積金管理局提供"醫療保障計劃"的保障，而保險公司則按不同保費水平提供各種組合的附加保障。

⁹⁵ 醫療基金委員會的成員主要是獲政府委任的積極參與社會工作人士。

⁹⁶ Ministry of Health (2005a)。

4.2 醫護制度總覽

結構

4.2.1 衛生部負責整體制訂醫護政策和規管各項醫護服務。在2000年成立的兩個公營機構，國立健保集團及新加坡保健服務，旨在透過公營醫院和診所網絡，在其各自地區提供完善的基層、中層及第三層公營醫護服務。⁹⁷ 這兩個公營機構負責協調衛生部給予公營醫院的營運補助金的分配。此外，它們推行計劃，務求提供更佳、更快、更安全和公眾更負擔得來的醫護服務。該類計劃的例子如國立健保集團在2004年展開的藥物安全合作計劃，目標是在2006年年底前，把在其網絡機構發生的藥物不良反應事故減少60%。⁹⁸

4.2.2 下表列明有關新加坡提供醫護服務的制度的一些基本統計數字。

表12 —— 有關新加坡提供醫護服務的制度的統計數字

	數目	比率
醫護人員¹		每1萬人
醫生	6 492	15.31
牙醫	1 227	2.89
藥劑師	1 288	3.04
護士(及助理護士)	19 330	55.4
助產士	365	0.86
醫療基礎設施²		
公營醫院	13 (8 813張病床)	每1萬人有34張病床
私家醫院	16 (3 027張病床)	
急症護理病床住用率 ³	73.1%	

備註：1. 2004年的數字。
2. 2002至03年度的數字。
3. 2002年的數字。

資料來源：Khoo (2004)、Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization (2005)及 World Bank (2005)。

⁹⁷ *Hospitals, Clinics and Other Healthcare Establishments* (2004)、*Healthcare Delivery System in Singapore* (2003)及 Minister for Health (2000)。

⁹⁸ *National Healthcare Group* (2006)及 *SingHealth* (2006)。

融資

4.2.3 新加坡醫護融資制度的指導原則以個人責任為基礎，加上政府資助，令國民負擔得起基本醫護服務。當局鼓勵在職國民透過保健儲蓄和認可醫療保險計劃為醫療費用而儲蓄，為自己的健康承擔責任。然而，沒有國民會因為無力支付醫療費用而得不到醫療服務。⁹⁹

4.2.4 新加坡的醫護融資制度是醫療儲蓄戶口制度。在該制度下，醫療服務的資金主要來自私人融資，包括只限用於指定醫療用途(如支付住院費用)的個人儲蓄戶口。¹⁰⁰

4.2.5 新加坡人通常須自費悉數支付普通科醫生服務的費用。病人須最少承擔公營醫院服務20%的費用，因為政府最多資助公營醫院最低級別病房的80%費用及其他等級病房80%以下的費用。因此，病人或須以實付的款項、保健儲蓄戶口中的儲蓄及醫療保險或上述方法的其中一種組合，支付他們的住院費用。¹⁰¹

4.2.6 雖然醫護政策強調個人責任，但政府亦設立安全網，即"醫療基金"，向負擔不起醫護服務費用的病人提供援助。"醫療基金"是信託基金，只可動用其收益協助有經濟困難的病人。與此同時，政府表示只有無能力支付費用的人士最終可獲"醫療基金"提供協助。因此，醫療基金委員會在考慮批出資助前，必須確定申請人實在已用盡所有可用的資源。在2002至03財政年度，委員會考慮了178 209宗"醫療基金"申請，當中177 949宗獲得批准。¹⁰²

4.2.7 下表列明有關2002至03財政年度新加坡醫療服務開支的一些基本資料，有關資料可作為醫療開支的指標。

⁹⁹ *Healthcare Philosophy in Singapore* (2003)。

¹⁰⁰ Hanvoravongchai (2002)，第6頁。

¹⁰¹ *Available Services* (2004)及*Delivery System and Philosophy* (2004)。

¹⁰² *Introduction to Medifund* (2004)。

表13 —— 2002至03年度新加坡醫療開支指標

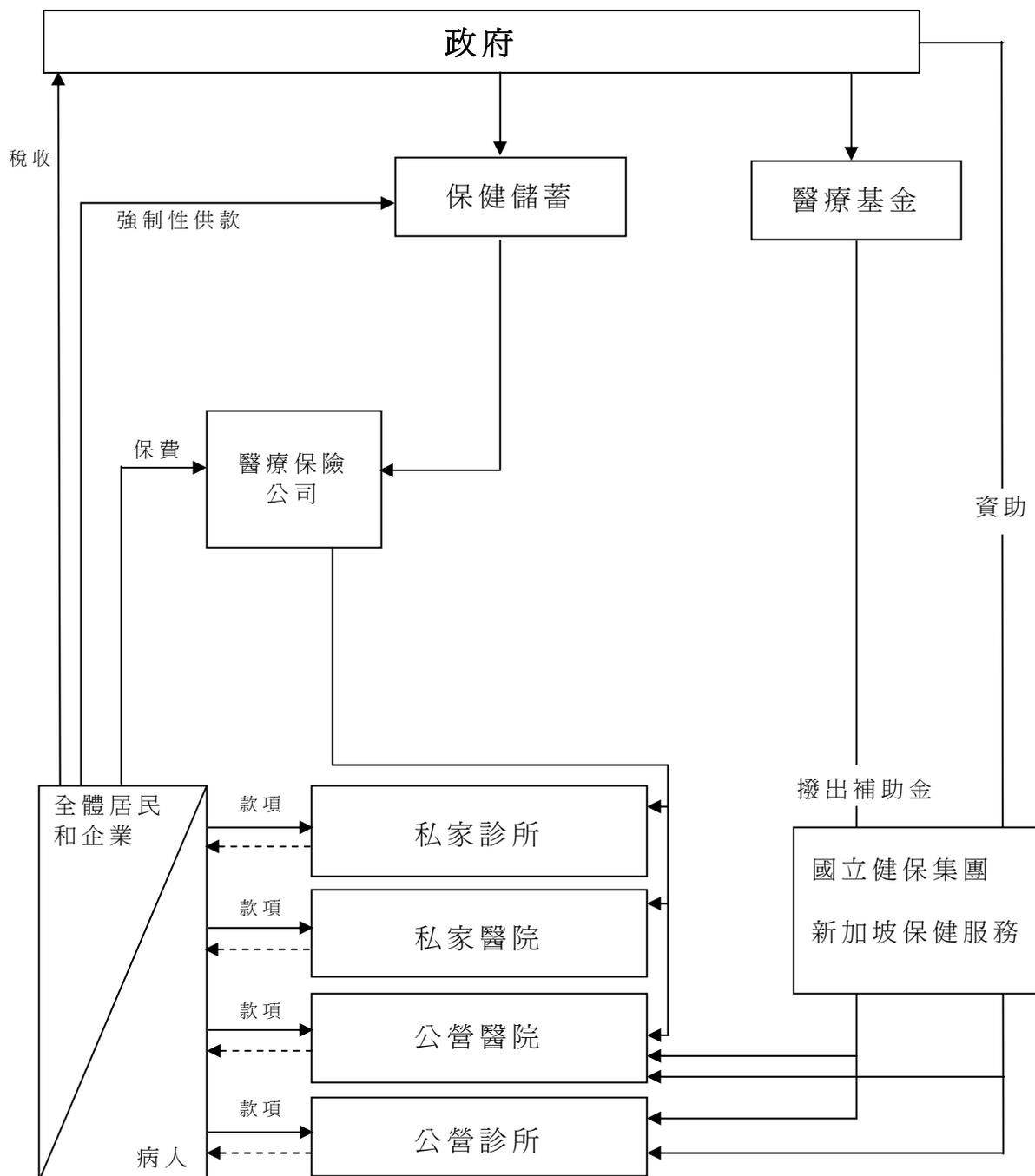
醫療總開支佔本地生產總值的比例	3.7%
人均醫療總開支	1,703坡元 (8,137港元)
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	27%
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	73%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	5.9% ¹
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	75%

備註：1. 2003至04財政年度的數字。

資料來源：Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization (2005)及 World Bank (2005)。

4.2.8 圖3綜述新加坡的醫護融資和提供醫護服務的制度。

圖3 —— 新加坡的醫護制度



圖例 : ———> 資金流向 - - - - -> 服務流向

資料來源：Hanvoravongchai (2002)、*Hospitals, Clinics and Other Healthcare Establishments* (2004)、*Available Services* (2004)、*Delivery System and Philosophy* (2004) 及 *Medisave, MediShield and Other Subsidy Schemes* (2006)。

4.3 徵集醫護資源機制

4.3.1 除了實付的款項及慈善機構的捐款外，主要以下列方式匯集醫護資源：

- (a) 醫療儲蓄戶口；
- (b) 醫療保險計劃；及
- (c) 一般政府開支。

醫療儲蓄戶口

4.3.2 新加坡的醫療儲蓄戶口制度，即保健儲蓄，自1984年起運作。保健儲蓄制度的運作情況可就下列兩個組成部分加以探討：

- (a) 資金的來源；及
- (b) 資金的徵集。

資金的來源

4.3.3 僱員、僱主和政府均向保健儲蓄戶口供款。保健儲蓄戶口是中央公積金個人成員戶口下的分支戶口。僱員和僱主每月均向中央公積金供款。徵集的供款總額會被分拆並分別記入僱員的3個分支戶口，即普通戶口、特別戶口及保健儲蓄戶口。下表載列中央公積金的供款率和各分支戶口獲分配供款的比例。

表14 —— 2006年新加坡中央公積金的供款率及分配比例

僱員年齡 (歲)	僱主供款額 (佔薪金的 比例) %	僱員供款額 (佔薪金的 比例) %	供款總額 (佔薪金的 比例) %	記入		
				普通 戶口 %	特別 戶口 %	保健儲蓄 戶口 %
35或以下	13	20	33	22	5	6
36至45				20	6	7
46至50				18	7	8
51至55	9	18	27			
56至60	6	12.5	18.5	10.5	0	8.5
61至65	3.5	7.5	11	2.5		
66或以上		5	8.5	0		

資料來源：CPF (Central Provident Fund) *Contribution and Allocation Rates for 2006* (2006)。

4.3.4 2006年，個人中央公積金供款的月薪上限為4,500坡元(21,375港元)。收入高於上限的新加坡人，則無須就超出上限的額外收入向基金供款。根據這個薪金上限和上表載列的比率，下表載列個人中央公積金最高供款額及各分支戶口獲分配的相應金額。¹⁰³

¹⁰³ CPF (Central Provident Fund) *Contribution and Allocation Rates for 2006* (2006)。

表 15 —— 2006年新加坡中央公積金的每月最高供款率及各分支戶口獲分配的供款

僱員 年齡 (歲)	僱主的最高 供款額	僱員的最高 供款額	最高供款 總額	記入		
				普通 戶口	特別 戶口	保健儲蓄戶 口
35或以下	585坡元 (2,779港元)	900坡元 (4,275港元)	1,485坡元 (7,054港元)	990坡元 (4,702港元)	225坡元 (1,069港元)	270坡元 (1,283港元)
36至45				900坡元 (4,275港元)	270坡元 (1,283港元)	315坡元 (1,496港元)
46至50				810坡元 (3,848港元)	315坡元 (1,496港元)	360坡元 (1,710港元)
51至55	405坡元 (1,924港元)	810坡元 (3,847港元)	540坡元 (2,565港元)			
56至60	270坡元 (1,282港元)	562.5坡元 (2,672港元)	832.5坡元 (3,954港元)	472.5坡元 (2,244港元)	0坡元 (0港元)	382.5坡元 (1,817港元)
61至65	157.5坡元 (748港元)	337.5坡元 (1,603港元)	495坡元 (2,351港元)	112.5坡元 (534港元)		
66歲或 以上		225坡元 (1,069港元)	382.5坡元 (1,817港元)	0坡元 (0港元)		

資料來源：Employers' Handbook (2006)附件B。

4.3.5 除了僱員和僱主共同作出的強制性供款外，僱員可選擇向其中央公積金戶口作自願性供款，自願性供款繼而會記入各分支戶口。不過，強制性和自願性供款的總額不可超過每年供款上限，就2006年而言，即25,245坡元(120,030港元)。因此，自願性供款的最高供款額是每年供款上限與每年強制性供款的差額。¹⁰⁴ 例如，一名35歲僱員在2006年的強制性供款額已達到上限，他／她的自願性供款額最多為：

$$25,245 \text{坡元} (120,030 \text{港元}) - 1,485 \text{坡元} (7,054 \text{港元}) \times 12 = 7,425 \text{坡元} (35,382 \text{港元})$$

4.3.6 除了僱員以外，僱主亦可選擇透過保健儲蓄額外供款計劃為僱員的保健儲蓄戶口繳付更多供款，以獎勵僱員。在這項自願性計劃下，僱主可決定額外供款的頻密程度和為哪些僱員繳付額外供款。僱主為每名僱員繳付的額外供款的上限為每年1,500坡元(7,130港元)。¹⁰⁵

¹⁰⁴ Employers' Handbook (2006)，第13頁。

¹⁰⁵ Additional Medisave Contribution Scheme (2006)。

4.3.7 凡自僱人士每年賺取超過6,000坡元(28,500港元)的交易收入淨額¹⁰⁶，均須繳付保健儲蓄供款。保健儲蓄的最高供款額以年收入上限60,000坡元(285,000港元)為基準。¹⁰⁷ 下表載列各年齡組別的自僱人士的保健儲蓄最高供款額。

表16 —— 2006年自僱新加坡人的保健儲蓄年度最高供款額

自僱人士的年齡 (歲)	供款率	最高供款額
34或以下	6%	3,240坡元(15,384港元)
35至44	7%	3,780坡元(17,954港元)
45或以上	8%	4,320坡元(20,519港元)

資料來源： *Medisave for the Self-employed Handbook* (2006)。

4.3.8 根據《中央公積金法令》第14(1)條，政府可給予中央公積金管理局現金資助，以提供“任何有資格在任何認可計劃下領取此類資助的人士的利益，而該局須按照部長的指示，把現金資助存入該人士的戶口”。此類現金資助名為“補足資助”，政府通常會在預算案中宣布發放補足資助。

4.3.9 當局就保健儲蓄戶口在退休前的累積存款額設定“保健儲蓄供款上限”，即可保留在戶口內的最高存款額。超出該上限的存款會流入普通戶口。2006年的“保健儲蓄供款上限”為32,500坡元(154,241港元)。¹⁰⁸

4.3.10 當中央公積金成員年屆55歲時，他／她可提取中央公積金三個分支戶口的存款。有關保健儲蓄戶口，他／她祇可提取27,500坡元(130,513港元)以外的存款，而該最低存款數額須留作其退休時醫療開支之用。若保健儲蓄戶口的實際餘額低於保健儲蓄規定金額(即8,300坡元或39,010港元)，而其餘兩個分支戶口又有存款，則該名成員須把該兩個分支戶口的存款轉撥至保健儲蓄戶口，以達到保健儲蓄規定金額，然後才可提取分支戶口的存款。若該名成員的其餘兩個分支戶口並無額外存款，則無須遵守達到保健儲蓄規定金額。¹⁰⁹

¹⁰⁶ “交易收入淨額”是指交易收入總額減去新加坡國內稅務局釐定的各項可扣稅業務開支、資本免稅額及業務虧損後的數額。該淨額不包括來自股息、就業和存款利息的收入。

¹⁰⁷ *Medisave for the Self-employed Handbook* (2006)。

¹⁰⁸ 中央公積金管理局於2005年6月9日發布的新聞公報。

¹⁰⁹ *CPF (Central Provident Fund) Minimum Sum Scheme Handbook* (2005)。

資金的徵集

4.3.11 中央公積金管理局是法定機構，負責徵集中央公積金供款，以及把所徵集的供款按照有關比例記入相應的保健儲蓄戶口。法例規定僱主須先行繳付中央公積金的僱主和僱員供款，然後再從僱員薪金中收回僱員的供款。自僱人士須直接向中央公積金管理局繳付供款。¹¹⁰

4.3.12 中央公積金管理局間或獲得政府提供補足金，並按照政府的指示把補足金記入保健儲蓄戶口。

4.3.13 下表載列中央公積金截至2005年9月30日的戶口種類和結餘。

表17 —— 截至2005年9月30日的新加坡中央公積金戶口種類和結餘

戶口種類	結餘 (以百萬元計)
普通戶口	58,883.4坡元(279,399港元)
特別戶口	19,551.2坡元(92,770港元)
保健儲蓄戶口	34,037.6坡元(161,507港元)
退休戶口及其他	6,001.2坡元(28,475港元)
總數	118,473.4坡元(562,151港元)

資料來源：CPF (Central Provident Fund) Quarterly Statistics - July to September 2005 (2006)。

醫療保險計劃

4.3.14 經中央公積金管理局或政府認可的醫療保險計劃有匯集醫護資源的功能。這些認可醫療保險計劃包括：

- (a) 保健儲蓄認可醫療保險計劃；及
- (b) 僱主資助的計劃。

¹¹⁰ *Employers' Handbook* (2006)，第15頁，及 *Medisave for the Self-employed Handbook* (2006)。

保健儲蓄認可醫療保險計劃

4.3.15 保健儲蓄認可醫療保險計劃容許以個人保健儲蓄戶口的存款繳付保費，但以每人每個保單年度800坡元(3,760港元)為限。超出限額的保費須由保單持有人以實付的款項支付。¹¹¹ "醫療保障計劃"、"綜合醫療保障計劃"(包括"康保雙全計劃")和"樂齡健保計劃"是保健儲蓄認可的主要醫療保險計劃。

4.3.16 "醫療保障計劃"是由中央公積金管理局管理的低保費危疾醫療保險計劃。若中央公積金的參加者選擇只參加"醫療保障計劃"，保費會由中央公積金管理局收取。就同時提供"醫療保障計劃"保障和附加保障的"綜合醫療保障計劃"而言，原應由中央公積金管理局負責管理"醫療保障計劃"保障，而相關的醫療保險公司則負責管理附加保障。為了行政上的方便，提供"綜合醫療保障計劃"的醫療保險公司全權負責管理有關計劃。2005年，新加坡有5間醫療保險公司，提供15種綜合醫療保障保險產品。¹¹²

4.3.17 至於"樂齡健保計劃"，保單持有人向兩間認可醫療保險公司購買樂齡健保保險，並向其支付保費。2005年7月至9月，該等保健儲蓄認可醫療計劃的供款額為2億9,470萬坡元(14億200萬港元)。¹¹³

僱主資助計劃

4.3.18 新加坡政府提供稅務優惠，鼓勵僱主向僱員提供醫療福利。推行"隨身醫療福利計劃"或"可轉移醫療保險計劃"的僱主可獲有關財政年度薪酬開支總額2%的稅務寬減。例如，2004年4月1日至2005年3月31日，某公司為提供隨身醫療福利計劃花費40,000坡元(188,000港元)，而該公司同期的薪酬開支總額為1,000,000坡元(4,700,000港元)。在2005至06財政年度，該公司即可獲相等於薪酬開支總額2%或隨身醫療福利計劃半數開支的稅款，即20,000坡元(94,000港元)的稅務寬減。¹¹⁴

¹¹¹ Central Provident Fund Board (2006)。

¹¹² *Medisave, MediShield and Other Subsidy Schemes* (2006)及*CPF Quarterly Statistics — July to September 2005*。

¹¹³ 同上。

¹¹⁴ Ministry of Manpower (2005)。

4.3.19 隨身醫療福利計劃的運作模式與第4.3.6段所述的保健儲蓄額外供款計劃相似。在這兩項計劃下，僱主均向僱員的保健儲蓄戶口繳付額外供款。然而，由於隨身醫療福利計劃是制度化的計劃，包含由僱主與工會或僱員議定的供款率，而僱主按議定的供款率每月向僱員的保健儲蓄戶口繳付供款。這項計劃的供款額以每名僱員每年1,500坡元(7,130港元)為限。¹¹⁵

4.3.20 可轉移醫療保險計劃是僱主資助的團體保險計劃。目前，共有19間醫療保險公司提供可轉移醫療保險產品。在任何一項這類計劃下受保的僱員，不論因何原因而離職，在離職後最多12個月內仍可繼續享有住院保障。在這12個月期間，若該僱員的新僱主亦提供可轉移的醫療保險計劃，則該僱員會被視作持續受保。¹¹⁶

一般政府開支

4.3.21 "醫療基金"由政府設立，如有需要的民眾無能力利用保健儲蓄戶口和"醫療保障計劃"戶口清付醫院帳單，最終可向"醫療基金"尋求協助。截至2004年3月31日，該筆儲蓄保險基金的資本金額為9億坡元(42億3,000萬港元)，在扣除各項開支和撥出補助金後，可供使用的結餘約為1,770萬坡元(8,320萬港元)。¹¹⁷

4.3.22 在2005至06財政年度，政府以現金補助金方式，為保健儲蓄戶口提供3億2,000萬坡元(14億8,300萬港元)補足金。每個保健儲蓄戶口的補足金額介乎50坡元(232港元)至350坡元(1,622港元)，其中長者獲得的補足金額較多。¹¹⁸

4.4 撥付醫護資源機制

4.4.1 醫護資源由政府保存，或存放於醫療儲蓄戶口或醫療保險戶口，視乎徵集醫護資源的途徑而定。因此，這些醫護資源會經由下列機制撥付予醫護服務提供者：

¹¹⁵ Ministry of Manpower (2005)。

¹¹⁶ 同上。

¹¹⁷ *More MediFund handed out in 2003 to help pay for hospital bills* (2004)。

¹¹⁸ *Budget 2005* (2005)。

- (a) 認可醫療保險公司；
- (b) 中央公積金管理局；及
- (c) 政府財政預算。

醫療保險計劃

4.4.2 認可醫療保險計劃提供明確的保險賠償組合，包括：¹¹⁹

- (a) 住院治療、日間手術和門診治療的保障上限；
- (b) 每個保單年度和終身保障上限；及
- (c) 免賠額和共同保險的百分比。

4.4.3 醫療保險公司會以下列方法的其中一種組合，向醫護服務提供者撥付資源：¹²⁰

- (a) 按人計算的費用：提供基層醫護服務的醫生就照顧特定數目的受保人定期(如每月)獲付按人計算的費用。按人計算的費用的金額根據醫生獲分配的病人的年齡和性別計算。即使獲分配的受保人並無求診，醫生仍可保留該筆按人計算的費用。這項安排鼓勵醫生為病人提供有效治療及保障他們的健康；及
- (b) 發還款項：受保人可就已支付的醫療費用向醫療保險公司提出索賠申請。醫療保險公司根據保單的條款和條件向受保人發還適當金額。倘若醫療機構已與醫療保險公司作出安排，醫療機構可就保單所容許的醫療費用直接向醫療保險公司提出索賠申請。

¹¹⁹ Central Provident Fund Board (2006)及 *Medisave, MediShield and Other Subsidy Schemes* (2006)。

¹²⁰ NTUC Income Insurance Cooperative Ltd (2006)及 Central Provident Fund Board (2006)。

中央公積金管理局

4.4.4 醫護資源亦可由病人直接撥交予醫護服務提供者。病人可以下列方式向醫護服務提供者付款：¹²¹

- (a) 保健儲蓄戶口：病人入院時須簽署一份授權表格。一經病人授權，醫護服務提供者可要求中央公積金管理局以病人的保健儲蓄戶口支付醫療費用；及
- (b) 實付的款項：病人就醫療保險計劃和保健儲蓄保障範圍以外的醫療服務費用，以實付的款項向醫護服務提供者付款。

政府財政預算

4.4.5 政府透過財政預算程序，以下列轉帳方式向公營醫護服務提供者和新加坡人撥付公帑，以支付醫護服務的費用：¹²²

- (a) 政府經由衛生部，向新加坡的公營醫護服務提供者，即國立健保集團和新加坡保健服務，提供營運補助金。該筆補助金會用以資助病人的醫療費用，入住A級、B1級、B2+級、B2級和C級病房的資助分別是0%、20%、50%、65%和80%；
- (b) 政府經由衛生部向志願福利機構提供財政資助，以提供長者醫護服務。該筆資助用以支付社康醫院、慢性疾病醫院、護養院及療養院、日間康復服務、家居醫療及家居護理服務的資本及營運成本；及
- (c) 透過財政資源轉撥計劃，政府經中央公積金管理局將公帑補足新加坡人的保健儲蓄戶口。此外，政府利用公帑為"醫療基金"提供資金，為有需要的新加坡人提供醫療安全網。

¹²¹ *A Guide to Medisave* (2006)及 Central Provident Fund Board (2006)。

¹²² *Budget 2005* (2005)。

4.5 分配醫護資源

統計概況

4.5.1 下表載列不同資金來源在醫護財政責任方面的分配。

表 18 —— 新加坡不同資金來源在醫護財政責任的份額

資金來源	百分比
政府資助	25%
保健儲蓄戶口	8%
"醫療保障計劃"和"醫療基金"	2%
僱主提供的福利	35%
實付的款項	25%
私人保險	5%
總數	100%

資料來源：Lim (2004)，第 86 頁。

醫院服務

4.5.2 為免民眾在退休前用盡保健儲蓄戶口的存款，政府為保健儲蓄設定使用上限，例如住院費用的最高索償額為每天 400 坡元 (1,880 港元)。

4.5.3 住院護理方面，80% 的服務由公營機構提供，其餘 20% 則由私營機構提供。根據病房資助政策，公營醫院病人入住的病房等級愈低，政府提供的資助額便愈高。按照這項資助政策，新加坡人須最少承擔 20% 的費用，因為政府最多資助公營醫院最低級別病房的 80% 費用。至於私家醫院，病人須利用私人醫療保險和本身的資源(包括其保健儲蓄戶口)支付醫療費用。¹²³

¹²³ *Delivery System and Philosophy* (2004)、*Available Services* (2004)、Lim (2004)，第 87 頁、Ministry of Health (2005b)及 *Medisave, MediShield and Other Subsidy Schemes* (2006)。

表19 —— 新加坡醫院病房資助政策

等級	資助	各級病房的規格
A	0%	1至2張病床、有空氣調節、洗手間、電視及電話、可選擇醫生
B1	20%	4張病床、有空氣調節、洗手間、電視及電話、可選擇醫生
B2+	50%	5張病床、有空氣調節、洗手間
B2	65%	6張病床、沒有空氣調節
C	80%	多於6張病床的開敞式病房

資料來源：Lim (2004)，第87頁及 Ministry of Health (2005b)。

基層醫護服務

4.5.4 基層醫護服務由分科門診診所和私人執業醫生診所提供。私人執業醫生提供80%的基層醫護服務，公營分科診則提供其餘的20%。病人須悉數支付基層醫護服務的費用，或如他們已參加涵蓋基層醫護服務的保險計劃，只須支付部分費用。¹²⁴

藥物

4.5.5 藥費通常包括在醫療費用及收費內。¹²⁵ 因此，病人支付醫院或醫生的費用時，已同時支付藥費。

4.6 政策評估

4.6.1 過去十年，醫療儲蓄戶口是世界各地經常討論的醫護融資議題之一。作為世界上唯一一個全面採用醫療儲蓄戶口制度的地方¹²⁶，新加坡的制度是研究這個制度的成效及面對的挑戰的主要個案。

¹²⁴ *Delivery System and Philosophy* (2004)、*Available Services* (2004) 及 NTUC Income Insurance Cooperative Ltd (2006)。

¹²⁵ Ministry of Health (2005a)及 *Available Services* (2004)。

¹²⁶ 美國、內地和南非已把醫療儲蓄戶口納入為其醫護融資制度的組成部分。加拿大和香港現正討論醫療儲蓄戶口制度應否成為其醫護融資制度的一部分。

4.6.2 關於醫療儲蓄戶口制度的成效，一些學者指出，雖然新加坡自1984起採用醫療儲蓄戶口制度，但與僱主提供的福利、政府資助和個人實付的款項比較，保健儲蓄、“醫療保障計劃”和“醫療基金”合共提供的醫護資源所佔比重仍然較低。另一些學者認為，衡量該制度的成效的基準是，新加坡在醫療儲蓄戶口制度下的醫護開支，是否低於沿用以稅收為本的融資制度下的醫護開支。統計數字顯示，醫護開支佔本地生產總值的比例，由1965年的4.5%下降至2002年的3.7%。¹²⁷

4.6.3 至於民眾能否公平地獲得醫護服務，有意見認為保健儲蓄戶口是個人戶口，低收入家庭和其他弱勢社群(如失業人士)可能無法累積足夠存款，以支付醫護費用。此外，免賠額和共同保險偏高一方面或可防止消費者濫用該制度，另一方面，亦對貧困人士獲得所需的醫護服務造成財政上的障礙。不同意這些意見的學者卻認為，政府有明確的政策聲明，即沒有國民會因為無力支付醫護費用而得不到醫護服務。設立“醫療基金”的目的就是提供醫療安全網，確保貧困人士和弱勢社群獲得必要的醫護服務。¹²⁸

4.6.4 關於濫用保健儲蓄戶口的存款的風險，一名學者指出，有了一筆只可用於應付醫療開支的資產，或會讓保健儲蓄戶口持有人得到虛假的安全感，並鼓勵他們以現時收入作超出負擔能力的消費。同樣地，在知道病人的保健儲蓄戶口仍有餘款的情況下，醫療服務提供者或會誘使他們使用不必要的醫護服務。¹²⁹ 不過，另一名學者表明，雖然保健儲蓄戶口是個人成員的私人戶口，但卻由政府決定戶口的存款可用於哪些程序、在何處使用和可使用的金額。¹³⁰

¹²⁷ Hanvoravongchai (2002)，第16至18頁及第21至26頁；Lim (2004)，第91頁；及Pauly (2001)，第728頁。

¹²⁸ Hanvoravongchai (2002)，第18至20及第26至27頁；Barr (2001)，第722頁；Hsiao (2001)，第735頁；Lim (2004)，第91頁；及Pauly (2001)，第728頁。

¹²⁹ Hanvoravongchai (2002)，第19至20頁。

¹³⁰ Hanvoravongchai (2002)，第19至20頁，及Barr (2001)，第716至718頁。

第5章 —— 分析

5.1 引言

5.1.1 本章就澳洲、新西蘭和新加坡的醫護融資政策進行比較分析。比較分析旨在述明各選定制度的特點。為方便議員考慮有關事宜，本章亦涵蓋香港的情況。

5.2 醫護融資政策發展背景

5.2.1 澳洲和新西蘭在40年代後期建立以稅收為本作融資安排的醫護制度，而新加坡則在1965年獨立後保留同類制度。鑒於醫護融資對公共開支造成的壓力日漸增加，所有選定地方自70年代起均進行醫護改革，以紓緩壓力。

5.2.2 澳洲和新西蘭雖然保留以稅收為本的融資制度，但均採取各種措施，增加非政府來源在財務責任中所佔的份額，與及確保有效率地使用已有的醫護資源。澳洲的醫護改革的整體方向是，增加私營機構參與提供醫護服務及就此提供資金。儘管新西蘭一向旨在透過權力下放的醫護制度有效率地使用醫護資源，但其醫護制度曾經歷從80年代的分區管治模式轉為90年代的類似市場模式，並在21世紀初回復到分區管治模式。

5.2.3 新加坡政府在1984年放棄以稅收為本的融資制度，並開始實施保健儲蓄制度。這個醫療儲蓄戶口制度主要依靠私人融資，包括一個只限用於醫護用途的個人儲蓄戶口。此外，新加坡政府亦採取措施，確保有效率地使用已有的醫護資源，例如成立公營機構管理公營醫院。

5.2.4 在香港，政府在60年代之前只提供簡單的公營醫護服務，但在當局分別於1964年及1974年發表兩份政策文件，即《香港醫療服務的發展》和《香港醫療及健康服務的進一步發展》後，出現了重大轉變，特別是所提供的服務得到擴展。醫護服務的擴展無可避免地增加醫護方面的公共開支，以稅收為本的醫護融資制度遂於70年代後期形成。¹³¹

5.2.5 在醫院管理局¹³²於1990年成立和醫護制度面對的財政壓力逐漸增加的情況下，醫護制度多年來大致上繼續擴展。自2001至02財政年度起，醫院管理局一直出現財政赤字¹³³。

5.2.6 為了減輕提供公營醫護服務的財政壓力，醫院管理局自90年代起採取多項改革措施。這些措施包括兩大類，即重整醫護服務制度及提升醫護制度的財政可持續性¹³⁴。

5.2.7 重整醫護服務制度的改革措施包括：¹³⁵

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

¹³¹ Gauld and Gould (2002)，第 45 至 47 頁及 Grant and Yuen (1998)，第 168 至 172 頁。

¹³² 醫院管理局是一個法定機構，負責提供及統籌香港的公營醫護服務。

¹³³ *Hospital Authority Annual Plan 2006-07*，第 18 頁。

¹³⁴ *Hospital Authority Annual Plan 2006-07*，第 2 至 3 頁。

¹³⁵ *Hospital Authority Annual Plan 2006-07*，第 3 頁。

5.2.8 提升醫護制度財政可持續性的改革措施包括：¹³⁶

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

5.2.9 為了在香港發展一個可持續的醫護融資架構，政府發表了下列文件，並推動了數輪醫護融資政策討論：¹³⁷

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

¹³⁶ *Hospital Authority Annual Plan 2006-07*，第 3 至 4 頁。

¹³⁷ Health, Welfare and Food Bureau (2004) 及 Health and Medical Development Advisory Committee (2005a)。

5.3 醫護制度

結構

5.3.1 在新西蘭和新加坡，衛生部全權負責制訂醫護政策。在澳洲，雖然憲法賦權聯邦政府在制訂醫護政策方面擔當領導角色，但並無嚴格訂明各級政府在醫護方面分別擔當的角色。因此，各級政府的衛生部長藉澳洲衛生部長會議，討論醫護政策及就各項相關事宜達成協議。

5.3.2 在澳洲，各州及領地的政府負責在其司法管轄區內提供公營醫護服務。在新西蘭，各民選的地區醫療委員會在其各自的地區提供或確保提供醫護服務方面擔當領導角色。在新加坡，兩個公營機構，國立健保集團和新加坡保健服務，各自統籌一個公營醫護服務機構網絡，為各自的地區提供服務。

5.3.3 雖然所有選定地方均採用雙軌制度，由公營及私營設施提供醫護服務，但公營及私營機構參與提供基層、中層及第三層醫護服務的程度仍各有不同。在澳洲和新西蘭，幾乎所有基層醫護服務是由私人執業醫生提供，而在新加坡，私人執業醫生參與提供該等服務的相應百分率為80%。然而，在澳洲和新西蘭，由私人執業醫生提供的基層醫護服務部分獲政府資助，但在新加坡，同類服務並無政府資助。在所有選定地方，公營醫院提供大部分或非常可觀的醫院服務。2002年，澳洲和新加坡急症護理病床住用率分別為73.9%和73.1%。¹³⁸ 在香港，2002至03財政年度普通科病床(急症及康復病床)住用率為82.4%。¹³⁹

¹³⁸ 新西蘭並無此項數據

¹³⁹ Hospital Authority (2003)，第 122 頁。

5.3.4 衛生福利及食物局全權負責香港醫護政策的制訂及資源分配工作。¹⁴⁰ 醫院管理局在提供公營醫護服務方面擔當領導角色。醫院管理局透過香港各區的公營醫院、專科門診診所及普通科門診診所提供基層、中層及第三層醫護服務。¹⁴¹

5.3.5 香港參與提供基層、中層及第三層醫護服務的公私營機構組合與新加坡的相似。在香港，私人執業醫生提供72%的基層醫護服務，而公營醫院則提供82%的中層及第三層醫護服務。¹⁴²

指導原則

5.3.6 選定地方的醫護政策的指導原則，均確保國民不會得不到醫護服務。然而，他們所採用的哲學基礎略有不同。澳洲和新西蘭強調集體責任，以確保個別國民獲得醫護服務。另一方面，新加坡強調獲得醫護服務是個人的責任，而無能力支付費用的人士最終可向政府求助。

5.3.7 香港採用的醫護政策的指導原則的哲學基礎與選定地方的相似。根據《香港年報2004》，*“政府醫護政策的重要基柱之一，是不容有市民因經濟困難而無法獲得適當的醫療服務。”*¹⁴³

5.4 徵集醫護資源機制

5.4.1 除了實付的款項及慈善機構的捐款外，所有選定地方以一般稅收和醫療保險計劃匯集醫護資源。除上述匯集醫護資源的常用方法外，選定地方亦各有匯集醫護資源的特定方法，即澳洲的指定醫療稅、新西蘭與意外相關的徵款及新加坡的醫療儲蓄。

¹⁴⁰ The Government of the Hong Kong Special Administrative Region (2006c)。

¹⁴¹ 2004年年底，醫院管理局轄下有41間公立醫院、45間專科門診診所及74間普通科門診診所。Information Services Department (2005b)。

¹⁴² Health, Welfare and Food Bureau (2005)。

¹⁴³ The Government of the Hong Kong Special Administrative Region (2006c)。

一般稅收

5.4.2 在澳洲和新西蘭，政府一般醫療開支分別佔醫療總開支的68%及78.3%。雖然這兩個地方在醫療方面的公共開支同樣多數來自一般稅收，他們的一般稅收個別來源所佔的比例各有不同。澳洲非常依賴入息稅，新西蘭則依賴入息稅和商品及服務稅。

5.4.3 在香港，醫護資源大多數來自一般稅收，而一般稅收非常依賴入息及利得稅。在2005至06財政年度，入息及利得稅佔內部稅收80%¹⁴⁴或所有政府收入56%。目前，政府在稅基窄和稅率低的基礎上，提供公營醫療服務予香港市民享用。一些學者表示，倘若香港繼續推行現時的低稅率、高資助及高質素政策，該醫護制度未必可以持續下去。¹⁴⁵

特定方法

《醫療保障計劃》徵款

5.4.4 在澳洲，政府向所有納稅人徵收名為《醫療保障計劃》徵款的特定徵款，藉以補足一般收入，為《醫療保障計劃》提供資金。《醫療保障計劃》徵款率為應課稅收入的1.5%，而沒有參加私人醫療保險計劃的高收入人士及家庭須額外支付1%的《醫療保障計劃》徵款附加費。

¹⁴⁴ 內部稅收是政府收入的一個類別，包含下列稅項和關稅：

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

¹⁴⁵ Health, Welfare and Food Bureau (2005) 及 Health and Medical Development Advisory Committee (2005a)。

與意外有關的徵款

5.4.5 在新西蘭，當局向僱主、賺取收入人士、汽車車主及司機徵收特定徵款，作為意外保險計劃的保費。政府為沒有任何收入的人士支付保費，使他們亦受有關計劃保障。意外保險計劃就與意外有關的傷害及殘疾提供全面無過失保險，而這種融資方式與社會醫療保險制度相似¹⁴⁶。

醫療儲蓄戶口

5.4.6 在新加坡，政府在中央公積金下為每名成員開立特定的醫療儲蓄戶口。僱員及僱主向保健儲蓄戶口支付強制性供款，政府亦間或向僱員的保健儲蓄戶口提供補足金。保健儲蓄戶口中的儲蓄只限用於醫療用途，包括支付醫院費用及認可醫療保險計劃的保費。

香港的情況

5.4.7 目前，香港沒有與保健有關的特定稅項或徵款，用以補足一般收入，為公營醫護服務提供資金。政府已著手研究訂立醫療儲蓄戶口制度的可行性。2000年，政府在《你我齊參與 健康伴我行》文件中，建議研究在香港推行"頤康保障戶口"的可行性。及後，當局在衛生福利及食物局轄下成立了研究醫護融資小組，成員包括學術界、醫療界及其他專業人士、醫院管理局職員及政府官員。2004年，研究小組完成一項《有關醫療融資及在本港推行醫療儲蓄計劃的可行性的研究》。研究結果顯示，在香港推行醫療儲蓄計劃是可行的。¹⁴⁷

醫療保險計劃

5.4.8 澳洲和新加坡政府定有明確措施，規管醫療保險公司的運作，以及令更多民眾參加醫療保險計劃。

¹⁴⁶ 社會醫療保險制度的資金主要來自僱員、自僱人士、僱主及政府的強制性供款。

¹⁴⁷ Health, Welfare and Food Bureau (2004) 第 53 頁及 Medical Development Advisory Committee (2005a)。

5.4.9 在澳洲，一個財政獨立的法定機構，即私人醫療保險管理局，是醫療保險業的主要監管人。醫療保險公司營運的醫療保險基金奉行團體級別原則，確保全民均可參加私人醫療保險計劃，亦奉行再保險原則，以分攤高索賠成員(即長者及長期病患者)的風險。澳洲政府給予私人醫療保險受保人退稅、推行終身醫療保障計劃及《醫療保障計劃》徵款附加費，以鼓勵民眾投購醫療保險。

5.4.10 在新加坡，衛生部負責監管醫療保險業。政府鼓勵個人投購認可的醫療保險，並容許他們以保健儲蓄戶口的儲蓄支付保費。此外，政府提供稅務優惠，鼓勵僱主推行僱主資助的醫療保險計劃。

5.4.11 在香港，財經事務及庫務局轄下的保險業監理處負責醫療保險業的規管。¹⁴⁸ 目前，政府沒有明確政策，鼓勵公眾投購醫療保險。然而，政府表明或會考慮就私人醫療保險計劃的供款提供稅務寬減。¹⁴⁹

5.5 撥付醫護資源機制

5.5.1 所有選定地方和香港均採用政府財政預算及醫療保險計劃等方法撥付醫護資源，雖則採用這些方法的程度有所不同。此外，新西蘭和新加坡分別透過特定組織，即意外補償局及中央公積金管理局，撥付醫護資源。

政府財政預算

5.5.2 選定地方以不同方法向醫療服務提供者撥付醫療經費。在澳洲，聯邦政府透過財政預算程序向各個醫療計劃，例如醫院服務、院外服務及藥物資助，撥付資源。

¹⁴⁸ Office of the Commissioner of Insurance Annual Report (2005)。

¹⁴⁹ Government of the Hong Kong Special Administrative Region (2006b) 及 Government of the Hong Kong Special Administrative Region(2006e)。

5.5.3 在新西蘭，中央政府採用以人口為本的撥款方程式，向各地區醫療委員會撥付醫護資源。各地區醫療委員會繼而向其所擁有的公營醫院撥付醫護資源或利用有關資源向其他提供者，如基層醫療機構，購買服務。

5.5.4 在新加坡，政府通過國立健保集團和新加坡保健服務向公營醫院及診所撥付醫療資源，並就公營醫院各病房等級的資助制訂清晰的政策。除了補足保健儲蓄戶口外，政府亦動用公帑設立醫療安全網，即"醫療基金"。

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

特定計劃

意外補償局

5.5.6 在新西蘭，意外補償局就意外保險計劃收取的徵款被存入7個戶口，涵蓋就不同種類的傷害，例如因工受傷及醫療意外事故，作出的賠償。

醫療儲蓄戶口

5.5.7 在新加坡，中央公積金管理局決定，個人可用保健儲蓄戶口內的儲蓄來支付哪些醫療服務的費用及相應的限額。

醫療保險計劃

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

5.6 分配醫護資源

5.6.1 下表比較澳洲、新西蘭、新加坡和香港的醫療開支指標。

表20 —— 選定地方的醫療開支指標

	澳洲 (2003)	新西蘭 (2002-03)	新加坡 (2002-03)	香港 (2003)
醫療總開支佔本地生產總值的比例	9.7%	8.7%	3.7%	5.4%
以港元計算的人均醫療總開支	22,407	14,453	8,137	9,680
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	68%	78.3%	27%	52.4%
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	32%	21.7%	73%	47.6%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	16.7%	14.2%	5.9%	12.4%
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	42.9%	33%	75%	26.4%

資料來源：澳洲、新西蘭和新加坡的數字分別來自本文件表2、7及13；而香港的數字來自世界衛生組織西太平洋區域辦事處(2005)。

5.6.2 如澳洲人和新西蘭人在接受診治時不選擇醫生，他們可免費享用公營醫院服務。新加坡人則須最少承擔20%的費用，因為政府最多資助公營醫院最低級別病房(病人不可選擇醫生)的80%費用。病人可以實付的款項、保健儲蓄戶口的儲蓄和認可醫療保險計劃或上述方法的其中一種組合，支付他們須分擔的醫院費用。

5.6.3 在澳洲和新加坡，選擇醫生的病人仍可享有部分政府資助。選擇以公營或私家醫院自費病人的身份接受診治的澳洲人，"醫療保障計劃"就負責診治的醫生所提供的服務及程序支付"醫療保障計劃津貼一表"所列費用的75%。自費病人負責其餘25%的醫生費，以及其他費用及收費，如住院費。在新加坡，政府資助B1級醫院病房的20%費用，而B1級病房病人可以選擇醫生。在新西蘭，公營醫院可在某些情況下診治自費病人，例如，有關安排令臨床服務質素得以改善。

5.6.4 在香港，公營醫院的公費病人只需支付大約3%的醫療費用，而公營醫院的自費病人需悉數支付診治費用(包括一般護理、基本病理檢驗、膳食及病房服務)及住院時醫生診症費。急症醫院住院服務頭等病房每天3,900港元，住院時醫生診症(每一專科)每次550至2,250港元。¹⁵⁰ 與澳洲的情況不同，私家醫院的自費病人並無受政府資助。

5.6.5 在澳洲和新西蘭，私人執業醫生提供的基層醫護服務受政府資助，但資助方法有所不同。在澳洲，"醫療保障計劃"給予所有病人附表所列收費85%的資助，而病人須以實付的款項來支付其餘15%的費用。政府設立"醫療保障計劃"安全網，向難以支付有關費用的病人提供協助。在新西蘭，資助的對象是兒童及青少年人、長者、貧困人士及長期病患者，其他病人則須就使用基層醫護服務悉數支付費用。

5.6.6 在新加坡和香港，私人執業醫生提供的基層醫護服務並無受政府資助。不能負擔私營機構提供的基層醫護服務的病人可以使用公營機構提供的服務，有關服務受公帑資助。

5.6.7 至於藥物費用，在澳洲和新西蘭，病人須就受政府資助的處方藥物分擔部分費用。在新加坡和香港，處方藥物的費用通常包括在醫療費用及收費內。

5.7 政策評估

5.7.1 所有選定地方自70年代起曾改革以稅收為本的融資制度，而每個地方均遵循特定的改革方向。在特定的改革方向下，每個選定制度取得一些成效及面對一些挑戰。

5.7.2 作為以稅收為本的融資制度，澳洲制度的改革方向是，增加私營機構參與提供醫護服務及就此提供資金。雖然投購醫療保險的人數有所增加，所面對的挑戰是，政府在退稅方面的開支日漸增加、較高收入住戶獲得較多退稅，以及缺乏誘因鼓勵承保人以具成本效益的方法管理高成本的個案。

¹⁵⁰ Hospital Authority (2006)。

5.7.3 作為以稅收為本的融資制度，新西蘭制度的改革方向是，透過權力下放的醫護制度有效率地使用醫護資源。堅守這個改革方向，權力下放的醫療制度從80年代的分區管治模式轉為90年代的類似市場模式，並在21世紀初回復到分區管治模式。

5.7.4 新西蘭現時採用的分區管治模式，是透過各民選的地區醫療委員會讓國民參與，並按照人口需要而非市場原則分配醫護資源。然而，所面對的挑戰是，各地區醫療委員會可能受到特殊利益團體的政治操控，以及各區之間的醫護資源分配存在是否公平的問題。

5.7.5 新加坡政府放棄以稅收為本的融資制度，並設立醫療儲蓄戶口制度。作為世界上唯一一個全面採用醫療儲蓄戶口制度的地方，學者認為，新加坡的制度是研究這個制度的主要個案。不過，對於這個制度是否具有成效卻意見不一。

5.7.6 一些學者認為，與以稅收為本的融資制度比較，新加坡的制度有效地減低政府在醫護方面的公共開支。此外，這個制度透過醫療安全網，確保貧困及弱勢社群不會得不到必要的醫護服務。另一些學者則質疑這個制度是否具有成效，因為與其他資金來源(如由僱主提供的醫療福利)比較，醫療儲蓄戶口制度所提供的醫護資源所佔的比例仍然較低。他們認為這個制度所提供的醫護資源並不足夠，所須支付免賠額及共同保險費亦頗高，或會對貧困及弱勢社群獲得所需的醫護服務造成財政上的障礙。

5.7.7 為了處理香港醫護制度財政可持續性問題，醫院管理局自90年代起推行改革措施，以重整醫護服務制度及提升醫護制度的財政可持續性。此外，政府推動了數輪醫護融資政策討論，藉此為香港尋覓一個可持續發展的醫護融資架構。

第6章 —— 總結

6.1 引言

6.1.1 本章將上述各章的重點表列如下，方便議員閱讀。

表21 —— 選定地方醫護融資政策比較

	澳洲	新西蘭	新加坡	香港
制訂政策及提供醫護服務				
制訂政策	<ul style="list-style-type: none"> • 聯邦政府肩負制訂及執行全國醫療融資政策的總體責任 • 各州及領地政府負責制訂提供醫護服務的政策，以及規管其司法管轄區內與醫療有關的人員及處所 • 澳洲衛生部長會議讓各級政府的衛生部長一起討論醫療政策及計劃 	<ul style="list-style-type: none"> • 衛生部 	<ul style="list-style-type: none"> • 衛生部 	<ul style="list-style-type: none"> • 衛生福利及食物局

表21 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	澳洲	新西蘭	新加坡	香港
制訂政策及提供醫護服務				
提供服務	<ul style="list-style-type: none"> • 聯邦政府負責管理醫護融資計劃 • 各州及領地政府／地區衛生當局負責在其司法管轄區／地區內提供醫護服務 	<ul style="list-style-type: none"> • 各地區醫療委員會負責在區內提供或確保提供醫護服務 • 意外補償局就在所有分區發生的意外導致的人身傷害購買醫護服務 	<ul style="list-style-type: none"> • 國立健保集團和新加坡保健服務透過醫院和診所網絡，在各自的地區內提供醫護服務 	<ul style="list-style-type: none"> • 醫院管理局負責在香港提供醫護服務
醫療開支指標				
醫療總開支佔本地生產總值的比例	9.7%	8.7%	3.7%	5.4%
以港元計算的人均醫療總開支	22,407	14,453	8,137	9,680
政府一般醫療開支佔醫療總開支的比例	68%	78.3%	27%	52.4%

表21 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	澳洲	新西蘭	新加坡	香港
醫療開支指標				
非政府醫療開支佔醫療總開支的比例	32%	21.7%	73%	47.6%
政府一般醫療開支佔政府一般開支總額的比例	16.7%	14.2%	5.9%	12.4%
有醫療保險保障的人數佔總人口比例	42.9%	33%	75%	26.4%
醫護融資制度				
種類	• 以稅收為本的融資制度	• 以稅收為本的融資制度	• 醫療儲蓄戶口制度	• 以稅收為本的融資制度
指導原則	<ul style="list-style-type: none"> 讓全民都可獲得醫護服務，並透過私營機構在相當程度上參與提供服務及為此提供資金，為個人提供選擇 	<ul style="list-style-type: none"> 所有新西蘭人不論是否有能力支付醫療費用，在有需要時必須得到可以接受的護理和殘疾支援服務；及 政府的主要責任是，提供(或確保提供)完善的公營醫療制度及為此提供資金 	<ul style="list-style-type: none"> 以個人責任為基礎，加上政府資助，令國民負擔得起基本醫護服務。新加坡政府鼓勵在職國民透過保健儲蓄和各種認可醫療保險計劃為醫護費用而儲蓄，為自己的醫療護理承擔責任。然而，沒有國民會因為無力支付醫療費用而得不到醫護服務 	<ul style="list-style-type: none"> 政府醫護政策的重要基柱之一，是不容有市民因經濟困難而無法獲得適當的醫療服務

表21 —— 選定地方醫療護資政策比較(續)

	澳洲	新西蘭	新加坡	香港
醫護融資制度(續)				
資金來源	<ul style="list-style-type: none"> • 一般稅收 • 醫療保障計劃徵款 • 醫療保險計劃 • 實付的款項 	<ul style="list-style-type: none"> • 一般稅收 • 與意外相關的徵款 • 醫療保險計劃 • 實付的款項 	<ul style="list-style-type: none"> • 僱主提供的福利，包括僱主資助的醫療保險計劃 • 實付的款項 • 一般稅收 • 保健儲蓄供款，包括以保健儲蓄戶口儲蓄支付費用的醫療保險計劃 	<ul style="list-style-type: none"> • 一般稅收 • 醫療保險計劃 • 實付的款項
向醫護服務提供者撥付醫護資源	<ul style="list-style-type: none"> • 政府財政預算 • 醫療保險公司 • 病人 	<ul style="list-style-type: none"> • 政府財政預算 • 意外補償局 • 醫療保險公司 • 病人 	<ul style="list-style-type: none"> • 醫療保險公司 • 政府財政預算 • 中央公積金管理局 • 病人 	<ul style="list-style-type: none"> • 政府財政預算 • 醫療保險公司 • 病人

表21 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	澳洲	新西蘭	新加坡	香港
醫護融資制度(續)				
分擔醫院服務的財務責任	<ul style="list-style-type: none"> 公費病人可在公營醫院免費獲得醫療服務 公營醫院或私家醫院的自費病人獲政府補貼75%的醫療服務費用，其他所有費用以實付的款項及／或醫療保險支付 	<ul style="list-style-type: none"> 合資格人士可免費使用公營醫院的服務 私家醫院的費用及收費由病人以實付的款項及／或醫療保險支付 	<ul style="list-style-type: none"> 個人須以實付的款項、保健儲蓄戶口儲蓄和認可醫療保險的組合支付最少20%的公營醫院費用 醫療安全網協助有財政困難的病人支付公營醫院的費用 以實付的款項及／或醫療保險支付私家醫院的費用及收費 	<ul style="list-style-type: none"> 個人以實付的款項及／或醫療保險支付公營醫院服務約3%的費用 醫療安全網協助有財政困難的病人支付公營醫院費用 以實付的款項及／或醫療保險支付私家醫院的費用及收費
分擔基層醫護服務的財務責任	<ul style="list-style-type: none"> 病人獲政府津貼以支付85%私家院外服務費用，其餘15%的費用以實付的款項支付而醫療保險並不涵蓋 醫療安全網為那些負擔不起醫療費用的病人提供援助 	<ul style="list-style-type: none"> 兒童及青少年人、長者、貧困人士和長期病患者可享用受資助的服務 健康的成年人須悉數支付服務的費用 	<ul style="list-style-type: none"> 病人須悉數支付私營服務的費用 負擔不起私營服務的病人可以使用受資助的公營服務 	<ul style="list-style-type: none"> 病人須悉數支付私營服務的費用 負擔不起私營服務的病人可以使用受資助的公營服務

表21 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	澳洲	新西蘭	新加坡	香港
醫護融資制度(續)				
分擔藥物的財務責任	<ul style="list-style-type: none"> 病人獲取受政府資助的處方藥物時，須分擔部分費用 藥物安全網協助病人支付須分擔的費用 	<ul style="list-style-type: none"> 病人獲取受政府資助的處方藥物時，須分擔部分費用 藥物安全網協助病人支付須分擔的費用 	<ul style="list-style-type: none"> 病人通常在獲取受政府資助的處方藥物時，不須分擔任何費用 	<ul style="list-style-type: none"> 病人通常在獲取受政府資助的處方藥物時，不須分擔任何費用
政策評估	<p>政策：</p> <ul style="list-style-type: none"> 增加私營機構參與提供醫護服務及就此提供資金 <p>成效：</p> <ul style="list-style-type: none"> 增加醫療保險的投購率 <p>挑戰：</p> <ul style="list-style-type: none"> 相應增加政府在退稅方面的開支 較高收入住戶獲得較多退稅 缺乏誘因鼓勵承保人以具成本效益的方法管理高成本的個案 	<p>政策：</p> <ul style="list-style-type: none"> 透過權力下放的醫護制度，達致有效率地使用醫護資源 <p>成效：</p> <ul style="list-style-type: none"> 透過各民選的地區醫療委員會讓國民參與，並按照人口需要而非市場原則分配醫護資源 <p>挑戰：</p> <ul style="list-style-type: none"> 過去20年權力下放的醫療制度的經常轉變已令醫療界厭倦轉變及對轉變感戰兢 	<p>政策：</p> <ul style="list-style-type: none"> 發展醫療儲蓄戶口制度 <p>成效：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一些學者認為，與以稅收為本的融資制度比較，這個制度有效地減低政府在醫護方面的公共開支 他們認為，這個制度透過醫療安全網確保貧困及弱勢社群得到必要的醫護服務 	<p>政策：</p> <ul style="list-style-type: none"> 發展一個可持續的醫護融資架構 <p>成效：</p> <ul style="list-style-type: none"> 醫院管理局推行改革措施，藉以加強醫護服務制度的效率及成本效益 醫院管理局推行改革措施，以提升醫護制度的財政可持續性

表21 —— 選定地方醫護融資政策比較(續)

	澳洲	新西蘭	新加坡	香港
醫護融資制度(續)				
政策評估(續)		挑戰： <ul style="list-style-type: none"> • 各地區醫療委員會可能受到特殊利益團體的政治操控，以及各區之間的醫療資源分配存在是否公平的問題 	挑戰： <ul style="list-style-type: none"> • 另一些學者認為，這個制度的成效不足，因為與其他資金來源(如由僱主提供的醫療福利)比較，這個制度所提供的醫護資源所佔比重仍然較低 • 他們亦認為，這個制度所提供的醫護資源並不足夠，所須支付免賠額及共同保險費亦頗高，或會對貧困及弱勢社群獲得所需的醫護服務造成財政上的障礙 	挑戰： <ul style="list-style-type: none"> • 就可持續發展的醫護融資架構作出決定

參考資料澳洲

1. *2005-06 Human Services Strategic Framework*. (2005) Available from: http://www.dhs.vic.gov.au/dhsplan/further_information/strategic_framework.htm [Accessed 11 April 2006].
2. *2005-06 Victorian Budget Paper: Service Delivery*. (2005) Available from: <http://www.budget.vic.gov.au/CA256FE000059F74/0/893037C8ED126A0BCA256FE900062E98?OpenDocument> [Accessed 11 April 2006].
3. *2005-06 Victorian Budget Paper: Statement of Finances*. (2005) Available from: <http://www.budget.vic.gov.au/CA256FE000059F74/0/8504417DADDE3614CA256FE90006AD0F?OpenDocument> [Accessed 11 April 2006].
4. *About the PBS* (Pharmaceutical Benefits Scheme). (2004) Available from: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/About+the+PBS-1> [Accessed February 2006].
5. *Australian Health Ministers' Advisory Council*. (2005) Available from: <http://www.ahmac.gov.au/site/home.asp> [Accessed 10 February 2006].
6. *Australian Health Care Agreements*. (2004) Available from: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/Australian+Health+Care+Agreements-1> [Accessed 8 February 2006].
7. *Australian Health Care Agreements 1998-2003 Performance Report*. (2004) Available from: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-ahca-performance-report.htm> [Accessed 8 February 2006].
8. Australian Institute of Health and Welfare. (2004) *Health Expenditure Australia 2003-04*. Available from: <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10204> [Accessed 16 February 2006].
9. Biggs, Amada. (2003a) *Hospital in Australia*. Available from: <http://www.aph.gov.au/library/intguide/AP/Hospitals.htm> [Accessed 19 March 2006].
10. Biggs, Amada. (2003b) *The Pharmaceutical Benefits Scheme – An Overview*. Available from: <http://www.aph.gov.au/library/intguide/SP/pbs.htm> [Accessed 6 March 2006].

-
11. Biggs, Amada. (2004) *Medicare – Background Brief*. Available from: <http://www.aph.gov.au/library/intguide/SP/medicare.htm> [Accessed 19 March 2006].
 12. Browning, Bob. (2000) *A Short Historical Survey of the Relationship between Government and the Medical Profession in Australia*. Available from: http://www.aams.org.au/contents.php?subdir=library/history/funding_prof_med_au/&filename=index [Accessed 3 February 2006].
 13. *Budget 2005-06*. Available from: <http://www.budget.gov.au/2005-06/bp1/html/bst5-11.htm> [Accessed 13 February 2006].
 14. Colombo, Francesca and Tapay, Nicole. (2003) *Private Health Insurance in Australia: A Case Study*. Available from: <http://www.sourceoecd.org/vl=23147034/cl=11/nw=1/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=5lgsjhvj7q23.pdf> [Accessed 11 December 2005].
 15. *Commonwealth of Australia Constitution Act*. Available from: <http://www.aph.gov.au/senate/general/constitution/par5cha1.htm> [Accessed 10 February 2006].
 16. Denniss, Richard (2005). *Who benefits from private health insurance in Australia?* Available from: http://www.tai.org.au/Publications_Files/Papers&Sub_Files/Private%20health%20insurance%20by%20income.pdf [Accessed 10 February 2006].
 17. Department of Health and Ageing. (1999) *Public and Private – In Partnership for Australia's Health*. Available from: [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/1B60799E0BE24299CA256F1800575341/\\$File/ocpahfsv4.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/1B60799E0BE24299CA256F1800575341/$File/ocpahfsv4.pdf) [Accessed 12 January 2006].
 18. Department of Health and Ageing. (2004) *The Australian Health Care System: An Outline*. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/Overview-1> [Accessed 10 February 2006].
 19. Department of Health and Ageing. (2005) *Annual Report 2004-05*. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/annrpt/publishing.nsf/Content/index-1> [Accessed 15 March 2006].
 20. Department of Human Services. (2005) *Victoria. A better state of health*. Available from: <http://www.health.vic.gov.au/betterstate/better-state-health.pdf> [Accessed 15 March 2006].
 21. *Department of Human Services Annual Report 2004-05*. (2005) Available from: <http://www.dhs.vic.gov.au/annrep/ar0405/context.htm> [Accessed 8 April 2006].
-

-
22. *Departmental Plan 2005-06: Department of Human Services.* (2005) Available from:
http://www.dhs.vic.gov.au/dhsplan/global/files/dhs_departmental_plan_2005_06.pdf [Accessed 8 April 2006].
 23. *Health Insurance Commission 2004-05 Annual Report.* (2006) Available from:
http://www.medicareaustralia.gov.au/about/our_organisation/annual_report/04_05/index.htm[Accessed 20 March 2006].
 24. Hilless, Melissa and Healy, Judith. (2001) *Health Care Systems in Transition: Australia.* Available from: <http://www.euro.who.int/document/E74466.pdf> [Accessed 15 December 2005].
 25. *How does the Medicare Safety Net work?* (2006) Available from:
http://www.medicareaustralia.gov.au/resources/medicare/ma_0852_how_does_the_medicare_safety_net_work_300106.pdf [Accessed 8 February 2006].
 26. Legislative Council Secretariat. (1998) *Research Paper on the Health Care and Financing in Australia.* LC Paper No. RP11/PLC.
 27. *Lifetime Health Cover.* (2004) Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/lifetime+health+cover-3>[Accessed December 2005].
 28. *Medicare.* (2006) Available from:
http://www.medicareaustralia.gov.au/yourhealth/our_services/am.htm [Accessed February 2006].
 29. *Medicare Benefits Schedule.* (2005) Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/medicare%20benefits%20schedule-2> [Accessed 8 February 2006].
 30. *Metropolitan Health & Aged Care Services.* (2005) Available from:
<http://www.dhs.vic.gov.au/ahs> [Accessed April 2006].
 31. *Metropolitan Health Strategy.* (2003) Available from:
<http://www.health.vic.gov.au/metrohealthstrategy>[Accessed 8 April 2006].
 32. Minister for Revenue. (2005) *Increase in Medicare Levy Thresholds.* Available from:
<http://www.assistant.treasurer.gov.au/mtb/content/pressreleases/2005/028.asp?f=1> [Accessed 14 February 2006].
 33. *Primary Care Partnerships.* (2006) Available from:
<http://www.health.vic.gov.au/pcps/index.htm>[Accessed 29 March 2006].
-

-
34. Prime Minister of Australia. (2004) *Government Rewards Older Australians Who Contribute to Private Health Insurance*. Available from: http://www.pm.gov.au/news/media_releases/media_Release1090.html [Accessed 11 January 2006].
 35. *Private health insurance – for consumers*. (2005) Available from: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/private-1> [Accessed February 2006].
 36. *Private health insurance – for professionals*. (2005) Available from: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/private-2> [Accessed February 2006].
 37. *Private health insurance – Medicare levy surcharge*. (2005) Available from: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-privatehealth-consumers-medlevy.htm#whom> [Accessed 11 January 2006].
 38. Private Health Insurance Administration Council. (2005a) *Insure? Not Sure?* Available from: <http://www.phiac.gov.au/insurenotsure/pdf/insure.pdf> [Accessed 5 January 2006].
 39. Private Health Insurance Administration Council. (2005b) *Regulating Private Health Insurance*. Available from: <http://www.phiac.gov.au/aboutphiac/overview.pdf> [Accessed 5 January 2006].
 40. Private Health Insurance Administration Council. (2006) *Annual Report 2004-05*. Available from: http://www.phiac.gov.au/publications/ar_cac/index.htm [Accessed 5 January 2006].
 41. Productivity Commission. (1999) *Private Hospitals in Australia*. Available from: <http://www.pc.gov.au/research/commres/privatehospitals/privatehospitals.pdf> [Accessed 11 January 2006].
 42. *Public Hospital Governance*. (2006) Available from: <http://www.health.vic.gov.au/governance/appointments.htm> [Accessed 22 April 2006].
 43. *Schedule of Pharmaceutical Benefits for Approved Pharmacists and Medical Practitioners*. (2005) Available from: <http://www1.health.gov.au/pbs/index.htm> [Accessed 10 March 2006].
 44. Senate Community Affairs Committee. (2000) *Healing Our Hospitals: A Report on Public Hospital Funding*. Available from: http://www.aph.gov.au/senate/committee/clac_ctte/completed_inquiries/1999-02/pubhosp/report/c06.pdf [Accessed 11 January 2006].
-

-
45. *Victoria – Public Hospital & Mental Health Services Policy & Funding Guidelines 2005-06.* (2005) Available from: <http://www.dhs.vic.gov.au/health/pfg/pfg2005/pfg0506.pdf> [Accessed 24 April 2006].
 46. *Yearbook of Australia 2006.* Available from: <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/1301.0Contents12006?opendocument&tabname=Summary&prodno=1301.0&issue=2006&num=&view=> [Accessed 9 February 2006].

新西蘭

47. *About ACC (Accident Compensation Corporation).* (2005) Available from: http://www.acc.co.nz/wcm001/idcplg?IdcService=SS_GET_PAGE&nodeId=3860 [Accessed 11 November 2005].
48. Accident Compensation Corporation. (2005) *Annual Report 2005.* Available from: http://www.acc.co.nz/wcm001/idcplg?IdcService=SS_GET_PAGE&ssDocName=WCM001755&ssSourceNodeId=4249 [Accessed 11 November 2005].
49. *Budget 2005: Key Facts for Taxpayers.* (2005) Available from: <http://www.treasury.govt.nz/budget2005/taxpayers/taxpayers05.pdf> [Accessed 25 March 2006].
50. French, Sian, Andrew Old and Judith Healy. (2001) *Health Care Systems in Transition: New Zealand.* Available from: <http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf> [Accessed 15 December 2005].
51. *Frequently asked questions about District Health Boards.* (2004) Available from: http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/wpg_index/About-DHBs [Accessed 5 December 2005].
52. Gauld, Robin. (2005) *Delivering democracy? An analysis of New Zealand's District Health Board elections, 2001 and 2004.* Available from: <http://proquest.umi.com/pqdlink?index=7&sid=1&srchmode=3&vinst=ProD&fmt=3&startpa> [Accessed 3 February 2006].
53. *Government Funding of General Practice Services.* (2005) Available from: http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/wpg_index/-Primary+Health+Care+Funding [Accessed 15 March 2006].
54. *History of ACC (Accident Compensation Corporation).* (2005) Available from: http://www.acc.co.nz/wcm001/idcplg?IdcService=SS_GET_PAGE&ssDocName=WCM001275&ssSourceNodeId=3860#P36_2896 [Accessed 11 November 2005].

-
55. *How ACC is funded?* (2005) Available from: http://www.acc.co.nz/wcm001/idcplg?IdcService=SS_GET_PAGE&ssDocName=WCM000119&ssSourceNodeId=3860 [Accessed 11 November 2005].
 56. McPherson, Ian. (n.d.) *The Role of Private Health Insurance in New Zealand Health*. Available from: http://www.ahia.org.au/documents/269,1,DR_IAN_MCPHERSON[Accessed 22 February 2006].
 57. Ministry of Health. (2000) *The New Zealand Health Strategy*. Available from: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/FB62475D5D911E88CC256D42007BD67E/\\$File/newzealandhealthstrategy.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/FB62475D5D911E88CC256D42007BD67E/$File/newzealandhealthstrategy.pdf) [Accessed 7 November 2005].
 58. Ministry of Health. (2001) *The Primary Health Care Strategy*. Available from: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/7bafad2531e04d92cc2569e600013d04?OpenDocument> [Accessed 20 February 2006].
 59. Ministry of Health. (2003a) *New Zealand Health and Disability Sector Overview*. Available from: <http://www.moh.govt.nz> [Accessed 13 January 2006].
 60. Ministry of Health. (2003b) *Operational Policy Framework - effective 1 July 2003*. Available from: <http://www.moh.govt.nz> [Accessed 13 January 2006].
 61. Ministry of Health. (2004a) *Future Funding of Health and Disability Services in New Zealand*. Available from: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/8C766E4FF69F86ADCC256F2B007F14A3/\\$File/futurefundingofhealthanddisabilityservicesinnewzealand.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/8C766E4FF69F86ADCC256F2B007F14A3/$File/futurefundingofhealthanddisabilityservicesinnewzealand.pdf) [Accessed 15 November 2005].
 62. Ministry of Health. (2004b) *Population-based Funding Formula 2003*. Available from: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/9EC525446F3ACC8CCC256E9000125381/\\$File/PopulationBasedFundingFormula2003.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/9EC525446F3ACC8CCC256E9000125381/$File/PopulationBasedFundingFormula2003.pdf) [Accessed 24 November 2005].
 63. Ministry of Health. (2005a) *The Annual Report 2004-05*. Available from: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/78619E4262221A28CC2570A00003CBB6/\\$File/annualreport-healthandindependencereport2005.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/78619E4262221A28CC2570A00003CBB6/$File/annualreport-healthandindependencereport2005.pdf) [Accessed 24 November 2005].
 64. Ministry of Health. (2005b) *Health Expenditure Trends in New Zealand – 1992-2003*. Available from: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/BB85E5348347A6C2CC2570DE007A81C8/\\$File/healthexpendituretrends-1992-2003.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/BB85E5348347A6C2CC2570DE007A81C8/$File/healthexpendituretrends-1992-2003.pdf) [Accessed 20 February 2006].
-

-
65. Ministry of Health. (2005c) *Statement of Intent - 1 July 2005 to 30 June 2006*. Available from: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/77F1C4CC86F26A4DCC256B9C000D338B/\\$File/statementofintent200506.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/77F1C4CC86F26A4DCC256B9C000D338B/$File/statementofintent200506.pdf) [Accessed 24 November 2005].
 66. Ministry of Health. (2005d) *DHB Hospital Benchmark Information*. Available from: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/dcf9d137e31044dccc2570c7007e59fd?OpenDocument> [Accessed 4 April 2006].
 67. Ministry of Health. (2006) *The New Zealand Health and Disability System*. Available from: <http://www.moh.govt.nz/healthsystem> [Accessed 20 February 2006].
 68. *Ministry of Social Development*. (n.d.) Available from: <http://www.workandincome.govt.nz/get-financial-assistance/index.html> [Accessed 21 March 2006].
 69. *New Zealand Public Health and Disability Act 2000*. Available from: http://www.legislation.govt.nz/libraries/contents/om_isapi.dll?clientID=82071&infobase=pal_statutes.nfo&jump=a2000-091&softpage=DOC [Accessed 20 February 2006].
 70. *Pharmaceutical co-payments*. (2006) Available from: http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/wpg_Index/Publications-Primary+Health+Care++Pharmacy+co-payments [Accessed 15 March 2006].
 71. *Primary Health Organisation Agreement: version 17*. Available from: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/2E1A4681028F3A4BCC256C5200044CF3/\\$File/PHOServiceAgreementv17.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/2E1A4681028F3A4BCC256C5200044CF3/$File/PHOServiceAgreementv17.pdf) [Accessed 17 March 2006].
 72. Waitemata District Health Board. (2003) *Beginners' Guide to New Zealand Healthcare System*. Available from: <http://www.waitematadhb.govt.nz/WH-Portal/pdfArchive/Asian%20Health/Chinese/00-Beginners%20Guide%20to%20NZ%20Healthcare%200403%20-%20Chinese.pdf> [Accessed 26 March 2006].
 73. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. (2004) *Contracting for Health Services: Lessons from New Zealand*. Available from: http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/B7DB4D58-7E19-4884-BD63-6F90D2DC1C47/0/Contracting_for_health.pdf [Accessed 17 January 2006].

新加坡

74. *A Guide to Medisave.* (2006) Available from: http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/Publication/medisave.asp [Accessed 13 January 2006].
75. *Additional Medisave Contribution Scheme.* (2006) Available from: http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/amcs.asp?prof=emp [Accessed 16 January 2006].
76. *Available Services.* (2004) Available from: <http://www.moh.gov.sg/corp/systems/our/availableserv.do> [Accessed 6 April 2006].
77. Aw, Tar Choon and Linda Low. (1997) Health Care Provisions in Singapore. In: Tan, Teck Meng and Chew Soon Beng. (ed.) *Affordable Health Care: Issues and Prospects.* Singapore, Prentice Hall.
78. Barr, M.D. (2001) *Medical Savings Accounts in Singapore: A Critical Inquiry.* Available from: http://muse.jhu.edu/cgi-bin/access.cgi?uri=/journals/journal_of_health_politics_policy_and_law/v026/26.4barr.pdf [Accessed 10 January 2006].
79. *Budget 2005.* (2005) Available from: http://www.mof.gov.sg/budget_2005/expenditure_estimates/annex.html [Accessed 26 January 2006].
80. *CPF Contribution and Allocation Rates for 2006.* (2006) Available from: http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/Online/ContriRa.asp?prof= [Accessed 16 January 2006].
81. *CPF Minimum Sum Scheme Handbook.* (2005) Available from: http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/Publication/minsum.asp [Accessed 13 January 2006].
82. *CPF Quarterly Statistics – July to September 2005.* (2006) Available from: http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/goto.asp?page=about_us.asp [Accessed 13 January 2006].
83. *Central Provident Fund Act.* Available from: http://statutes.agc.gov.sg/non_version/cgi-bin/cgi_retrieve.pl?&actno=Reved-36&date=latest&method=part [Accessed 1 June 2005].
84. Central Provident Fund Board. (2006) *MediShield/MediShield Plus Handbook.* Available from: http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/Publication/medishield.asp [Accessed 13 January 2006].

-
85. Central Provident Fund Board news release on 9 June 2005. *Changes to the CPF minimum sum, Medisave minimum sum, Medisave contribution ceiling and the CPF minimum sum topping-up schemes*. Available from: http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/Online/ContriRa.asp?prof= [Accessed 16 January 2006].
 86. *Delivery System and Philosophy*. (2004) Available from: <http://www.moh.gov.sg/corp/systems/our/deliverysys.do> [Accessed 6 April 2006].
 87. *Employers' Handbook*. (2006) Available from: http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/Publication/employer.asp?prof=emp [Accessed 16 January 2006].
 88. Ham, C. (2001) *Values and Health Policy: The Case of Singapore*. Available from: http://muse.jhu.edu/cgi-bin/access.cgi?url=/journals/journal_of_health_politics_policy_and_law/v026/26.4ham.pdf [Accessed 10 January 2006].
 89. Hanvoravongchai, Piya. (2002) *Medical Saving Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience*. Geneva, World Health Organization.
 90. *Healthcare Delivery System in Singapore*. (2003) Available from: http://www.moh-healthprofessionals.gov.sg/html/hpp_delivery.html [Accessed 1 February 2006].
 91. *Healthcare Philosophy in Singapore*. (2003) Available from <http://www.moh-healthprofessionals.gov.sg/html/hppin.html> [Accessed 1 February 2006].
 92. *Hospitals, Clinics and Other Healthcare Establishments*. (2004) Available from <http://www.moh.gov.sg/corp/est/index.do> [Accessed 6 April 2006].
 93. Hsiao, W.C. (1995) *Medical Savings Accounts: Lessons From Singapore*. Available from: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/Lessons%20from%20Singapore-Hsiao.pdf> [Accessed 10 January 2006].
 94. Hsiao, W.C. (2001) *Behind the Ideology and Theory: What Is the Empirical Evidence for Medical Savings Accounts?* Available from: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers/Ideology%20and%20theory%20-%20Hsiao.pdf> [Accessed 10 January 2006].
 95. *Introduction to MediFund*. (2004) Available from: <http://www.moh.gov.sg/corp/financing/medifund/intro.do> [Accessed 12 January 2006].
-

-
96. Khoo, Leslie. (2004) *International Comparison of Key Healthcare Utilisation Trends*. Available from: http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication/3352285b0bqz/International_Comparison_of_Key_Healthcare_Utilization_Trends.pdf [Accessed 6 June 2006].
 97. Lee, Kuan Yew. (2000) *From Third World to First: The Singapore Story 1965 – 2000*. New York, Harper Collins Publishers.
 98. Legislative Council Secretariat. (1999) *Research Paper on the Health Care Expenditure and Financing in Singapore*. LC Paper No. RP12/98-99.
 99. Lim, M.K. (2004) *Shifting the Burden of Health Care Finance: A Case Study of Public-Private Partnership in Singapore*. Available from: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V8X-4BJX6SB-6&_user=10&_coverDate=07%2F31%2F2004&_rdoc=1&_fmt=summary&_orig=browse&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=316239904c33e5e98db6eef5c821d8a7 [Accessed 10 November 2005].
 100. *Medisave for the Self-employed Handbook*. (2006) Available from: http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/Publication/medyou.asp [Accessed 16 January 2006].
 101. *Medisave, Medishield and Other Subsidy Schemes*. (2006) Available from: <http://www.moh.gov.sg/corp/financing/index.do> [Accessed January to February 2006].
 102. Minister for Health. (2000) *Speech delivered at the inauguration of the National Healthcare Group on 20 November 2000*. Available from: <http://www.nhg.com.sg/s20112000.htm> [Accessed 10 November 2005].
 103. Ministry of Health. (1993) *Affordable Health Care*. Available from: http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication/Affordable_Health_Care.pdf [Accessed 5 January 2006].
 104. Ministry of Health. (2005a) *Transiting to a Competitive and Dynamic Private Medical Insurance Market*. Available from: <http://www.moh.gov.sg/corp/about/newsroom/pressreleases/details.do?id=30244970> [Accessed 12 January 2006].
 105. Ministry of Health. (2005b) *MediShield Reform*. Available from: http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/topic/361b4c0567JF/MediShieldReformPresentation_29Mar.pdf [Accessed 12 January 2006].
-

-
106. Ministry of Health. (2005c) *Health Facts Singapore 2005*. Available from: <http://www.moh.gov.sg/corp/publications/statistics/population.do> [Accessed 9 January 2006].
 107. Ministry of Manpower. (2005) *Guidelines on Portable Medical Benefits Scheme and Transferable Medical Insurance Scheme*. Available from: <http://www.mom.gov.sg/ProceduresAndGuidelines/LabourRelations/LabourRelationsGuidelines/> [Accessed 16 January 2006].
 108. *More MediFund handed out in 2003 to help pay for hospital bills*. (2004) Available from: <http://www.channelnewsasia.com/stories/singaporelocalnews/print/111543/1/.html> [Accessed 23 January 2006].
 109. *National Healthcare Group*. (2006) Available from: <http://www.nhg.com.sg/aboutus.htm> [Accessed April 2006].
 110. NTUC Income Insurance Cooperative Ltd. (2006) *Managed Healthcare System*. Available from: <http://www.income.coop/insurance/mhs/index.asp> [Accessed 24 January 2006].
 111. Pauly, M.V. (2001) *Medical Savings Accounts in Singapore: What Can We Know?* Available from: http://muse.jhu.edu/cgi-bin/access.cgi?url=/journals/journal_of_health_politics_policy_and_law/v026/26.4pauly.pdf [Accessed 11 January 2006].
 112. Phau, Kai Hong. (1991) *Privatization and Restructuring of Health Services in Singapore*. Singapore, Times Academic Press.
 113. *SingHealth*. (2006) Available from: <http://www.singhealth.com.sg/AboutUs/CorporateProfile/> [Accessed April 2006].

香港

114. Colin, G & Peter, Y. (1998) *The Hong Kong Health Care System*. New South Wales, Southwood Press Ltd.
115. Department of Community Medicine and School of Public Health, the University of Hong Kong. (2006) *Domestic Health Expenditure in Hong Kong: 1989-90 to 2001-02*. Available from: http://www.hkam.org.hk/publications/hkmj/article_pdfs/hkm0602p47.pdf [Accessed 1 February 2006].
116. Gauld, Robin and Derek Gould. (2002) *The Hong Kong Health Sector: Development and Change*. Hong Kong, The Chinese University Press.

-
117. Health and Medical Development Advisory Committee. (2005a) *Health Care Financing: Previous Public Discussions from 1993 to 2004*. Available from: http://www.hwfb.gov.hk/hmdac/english/dis_papers/dis_papers_hcfppd.html [Accessed 28 February 2006].
 118. Health and Medical Development Advisory Committee. (2005b) *Landscape on Health Care Services in Hong Kong*. Available from: http://www.hwfb.gov.hk/hmdac/english/dis_papers/dis_papers_lhchsk.html [Accessed 28 February 2006].
 119. Health, Welfare and Food Bureau. (2004) *Final Report: A Study on Health Care Financing and Feasibility of a Medical Savings Scheme in Hong Kong*. LC Paper No. CB(2) 3138/03-04(01). Available from: <http://www.legco.gov.hk/yr03-04/english/panels/hs/papers/hs0614cb2-3138-1e.pdf> [Accessed 22 November 2005].
 120. Health, Welfare and Food Bureau. (2004) *Health, Welfare and Food Bureau Policy Agenda 2004*. Available from: <http://www.hwfb.gov.hk/en/aboutus/policy/> [Accessed 27 February 2006].
 121. Health, Welfare and Food Bureau. (2005) *Building a Healthy Tomorrow: Discussion Paper on the Future Service Delivery Model for our Health Care System*. Hong Kong, Government Logistics Department.
 122. Hospital Authority. (2003) *Hospital Authority Annual Report 2002-03*. Available from: <http://www.ha.org.hk/hesd/v2/AHA/ANR0203/appendices12-15.pdf> [Accessed 6 June 2006].
 123. Hospital Authority. (2006) *Fees and Charges for Public Health Care Services*. Available from: http://www.ha.org.hk/hesd/nsapi/driversnsapi20.so/?MIval=ha_visitor_index&intro=ha%5fvie%5ftemplate%26group%3dOSR%26Area%3dFNC&ustamp=2006%2d04%2d09+16%3a51%3a21%2e128 [Accessed 9 April 2006].
 124. *Hospital Authority Annual Plan 2006-07*. (2006) Available from: <http://www.ha.org.hk/hesd/v2/AHA/ANP0607/AP0607-e.pdf> [Accessed 27 February 2006].
 125. Information Services Department. (2005a) *Hong Kong Fact Sheets: Department of Health*. Available from: <http://www.info.gov.hk/hkfacts/health-e.pdf> [Accessed 27 February 2006].
 126. Information Services Department. (2005b) *Hong Kong Fact Sheets: Public Health*. Available from: <http://www.info.gov.hk/hkfacts/pubhealth-e.pdf> [Accessed 27 February 2006].
-

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

其他

135. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2005a) *Country diagrams: Charts on health care systems*. Available from: <http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/3.htm>. [Accessed 22 November 2005].

-
136. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2005b) *Health at a Glance: OECD Indicators 2005*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
 137. Roberts, M.J et al. (2001) *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York, Oxford University Press.
 138. World Bank, The. (2005) *World Development Indicators 2005*. Washington, DC, The World Bank.
 139. World Health Organization. (2001) *The World Health Report 2000: Health System-Improving Performance*. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/annex/en/index.html> [Accessed 3 February 2006].
 140. World Health Organization. (2005) *Health Financing Mechanisms*. Available from: http://www.who.int/health_financing/issues/mechanisms/en/print.html [Accessed 8 November 2005].
 141. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. (2005) *Country Health Information Profiles*. Available from: <http://ww.wpro.who.int/countries/> [Accessed 3 February 2006].