

澳洲反對黨

對現行醫療保健制度的制衡政策

周海娟 譯

〔本文節譯自“Gwen Gray, The Fightback Health Policy: Just What the Doctor

Ordered, The Australian Quarterly, Winter, 1992, Vol.64 No.2.〕

對現行醫療保健制度 (Medicare)，自由黨和國民黨 (The Liberal and National Parties) 的制衡政策 (The Fightback health policy) 主張，繼續維持現行醫療保健制度為一個全面的保健體系，而某些重要的改變，是為使這個體系能運作得更好。該政策認為，以課稅為基礎的保險體系 (A taxation-based insurance system) 是確保全面涵蓋的最佳方式，但是，就目前醫療保健制度的運作而言，仍存有許多根本的缺失，那就是，政府扮演的角色太過龐大，而私人部門的角色又顯得太小，同時，個人和家庭對本身的保健問題並未擔負起足夠的責任，結果便產生了一連串的問題。例如，服務的過度使用 (overuse) 和等待外科手術的冗長時間等。制衡政策提出的解決方案是，創立一個由私人提供的較大保健部門，私人的保險機構、私人醫院、私人執業的藥劑師

和醫生等，均將在自由黨和國民黨的聯合政府執政下，扮演更重要的角色。

該政策提出三個方法以鼓勵人們選擇私人保險 (private insurance)：第一，建立一套津貼和額外費用 (subsidies and surcharges) 的制度；低收入者和老人都能得到抵稅的優待^①，其額度在基本醫院保險 (basic hospital insurance) 的四分之一到全部費用，中高收入者得以在私人保險或於現行醫療保健制度中，每年繳納八〇〇元之額外費用，任選其中之一。

第二，對仍屬現行醫療保健制度者，增加其非預算內的現金支付花費 (out-of-pocket expenses) (即所謂「使用者付費 (user-charges) 或「病人共同分擔制」 (patient copayment)；首先，除了領養老金者和持有保健卡者 (以下簡稱持卡者) 之外，現行醫療保健制度所負擔的費用

額度，降低為標準收費 (schedual fee) 的七五%到八五%，這就增加了「差距」(gap)的幅度，也就是說，現行醫療保健制度所擔負的費用額度和醫生實際收費的差距，必須要由消費者自行支付，而這個差距，也將因澳洲醫療公會 (Australian Medical Association) 標準收費的訂定，有進一步擴大的可能，目前實際的收費，平均約有四〇%高於標準收費。此外，由政府直接付費給醫生的制度 (bulk-bill) 也已廢除 (領養老金者和持卡者例外)，所以，每個人都得支付醫生的費用，這個費用的高低端視醫生的收費多少而定，然而，我們可以假定，一旦這個體系建立，大多數醫生將會收取公會的標準收費或者更高。於是，所有非領養老金者和非持卡者的病人，都將負擔標準收費的二五%，再加上超出標準收費的部分。

第三，允許「額外」保險 (“gap” insurance)

的再引介；目前，爲了持續壓制費用的上漲，院外(out-of-hospital)醫療服務的「額外」保險是被禁止的，然而，隨着非預算內的現金支付花費增加，選擇「額外」保險的誘因也相對增強，特別是對那些付保險費沒有任何困難的人來說，更是如此。

當然，設定一套誘因、津貼和收費架構，以促進私人保險的成長，已不是什麼新鮮事，對沒有保險的人而言，一九五〇年代、一九六〇年代、和一九八〇年代早期的保健體，均是由高費用支撐的。事實上，制衡政策是半個多世紀以來，由非工黨(Non-Labour Parties)所提出的一般保健探究取向，在一九九〇年代的一項重大變革。正如其他福利層面，保健最初是透過家庭和市場制度所提供的，理想中，國家扮演的是候補的角色(residual role)，當市場和家庭無法提供保健時，即建立起一套得以運作的安全網路。過去自由黨和國家黨政策的一個顯着改變，就是接受以課稅爲基礎的保險體系，然而，誠如我們所看到的，這個部分的範圍，已是儘可能的縮小了。

當然，醫生是歡迎這個制衡政策的，當公立醫院的病人數目減少時，私立醫療院所的病人將會明顯增加，另一方面，政府直接付費給醫生的制度，只應用在那些低收入者身上，同時，較高的醫療費用也將被合法化。但是，當醫生從制衡政策獲得高利潤時，其他人要怎麼過日子？

本文的論點，主要就在於此，制衡政策是一種倒退，其目的是走向澳洲和其他國家已證明有嚴重

缺失的體制，除了醫生、私人保險機構和極少數團體獲利外，多數人的情況將會比現在更糟。保健費用的增加，除了將會給消費者和政府製造一些難題外，該政策提議的改革，也將無法達成它所宣稱的諸多目的，究其原因，一部分是因該政策所認定的問題，不是迷思(myth)就是判斷錯誤，一部分則是保健費用也可能是私人保險的障礙物。至少部分抵消了私人保險全然的誘因。

現階段要對制衡政策的影響做一詳盡的評估是不可能的，一方面是因爲保健體系運作時的複雜互動關係所致，另一方面，則是反彈政策本身提供的訊息有限。

聯邦和州的關係，似乎正進行着重大的改變，一旦結構上的改革建立之後，州就會接管有關保健服務的全部立法和財政的責任，聯邦(Commonwealth)的角色則退至爲保健、研究和追蹤治療結果設定國家目標，以及爲州和私人醫療的提供者，維持「財政和保險的架構」(financial and insurance framework) (Liberal and National Parties, 1991 b:8-9)，提議中尚包括：聯邦退出保健政策，但對服務的提供等相關問題的改變，則只有一些簡短的說明而已。事實上，這些提議是既急進又模糊的，若我們不知道是否應以嚴肅的態度看待它們，也是無可厚非的。

雖然不易詳盡地評估該政策，但是，該政策提議之體系一旦運作後的一般結果，應該是不難去認定的。底下的討論，第一部分是考慮到該體系對不同羣體產生的影響，這個問題與第二部分討論的保

健費用水準和負擔範圍有密切的關係；第三部分則是和服務取得(access of services)的問題密切相關；第四部分是檢視制衡政策文件中對現行醫療保健制度的批評和缺失，並評估該政策所提之改革；最後，總結在優勢的私人體系下，保健政策發展的主要問題，並預測可能發生的情況。

一、對不同羣體的影響

反對黨所提的制衡政策，最大的贏家將會是：醫生、私人健康保險機構、擁有私人保險的領養者、醫療工業界和藥劑師。

在現行的醫療保健制度下，擴大私人醫療市場，可能是援救醫生於業務不振的一個策略，也可能因而達成一九八四~八五年，新南威爾斯州(New South Wales)醫生在冗長罷工中所提出的要求。在一九八四年二月提出現行醫療保健制度之前(譯者按：在一九八四年二月前，澳洲的醫療保健制度稱爲Medibank，一九八四年二月之後，改稱Medicare。目前Medibank係屬私人保險性質，民衆可視自身的需要，考慮是否投保)，有私人健康保險者佔六二·一%，至一九八六年降爲四四·二%，到一九九〇年，更降至四三·一%。(Willcox, 1991:30)

從上世紀末起，當公立醫院快速擴張時(私人醫院無力購置昂貴的儀器)，澳洲的醫生拼命地維持最大數量的私立醫療院所，醫生在沒有任何外力干預(如：政府、保險公司……等)，由病人直接

付費時，是可以達到經濟上和臨床上最大限度的自治，然而，醫生面對進退兩難的問題是，一旦沒有津貼，私人部門的視模是相當小的，也只有極少數的人能負擔現代醫療保健的費用。澳洲醫療公會在一九四〇年代提出一個解決方案，運用政府津貼於私人健康保險的體系中。（特別是對那些無力負擔保險費的人而言）

目前，醫生領醫院的薪水，為公費的病人（Public Patients）服務，這樣的制度，昆士蘭（Queensland）於一九四〇年代起便已實施，且長久以來被視為比「論件計酬」（fee-for-service remuneration）的方式便宜。（Gray, 1991: 139）選擇基本醫院保險（basic hospital insurance）的人，在公立醫院中，將被冠以「自費病人」（private patients）的身份，醫生得以對這些病人採「論件計酬」的方式收費，並不包含在醫院支付醫生的薪水中。

類似的情況，選擇「額外」保險的人，實際上也將被視為自費的，而非現行醫療保健制度的病人。目前，醫生可以自由收取他們認為病人必須給付的費用，即使是領養老金者也是如此。然而，由政府直接付費給醫生的方式結合「額外」保險，實際上壓制了醫療費用的上漲，一九八九至一九九〇年，平均收費約是標準收費的一〇〇・二%，廢除由政府直接付費給醫生的方式，「額外」保險達到澳洲醫療公會標準收費的水準，以及自費病人的增加，均將大幅度增加醫生的收入。

私人保健部門的利益，更是顯而易見，一九八

四年二月現行醫療保健制度推行之後，私人保健部門呈下降的趨勢，但制衡政策一旦施行，將有逆轉上升的可能，至於其自治的程度，則視政府允許市場運作的範圍而定。

制衡政策的受益者主要有兩個羣體，一是目前已擁有私人保險的領養老金者，一是年收入在一二、五〇〇~三〇、〇〇〇元的人。前者，單身者每年最多可從政府獲得四〇〇元津貼，有配偶者，每年最多可得八〇〇元津貼；後者，有資格獲得基本醫院保險的部分津貼，根據一九九〇年的資料（Wilcox 1991:20）其中有二百六十萬人有私人保險，另有一部分的人持觀望態度，若非預算內的現金支付花費比津貼來得高或低而定。

私人醫院保險使人們具有自費病人的身份，因而得以選擇醫生，低收入者的津貼，則使他們能夠消除與高收入者選擇醫生機會的差距。然而，基本醫院保險並沒有給人們在私人醫院接受治療的機會為避免巨額的非預算內現金支付花費，補助的醫院保險（supplementary hospital insurance）是相當必要的。

另兩個受益羣體是藥劑師和醫療工業界。藥劑師所獲得的給付和現行醫療保險制度的機構相同，如此一來，可改善某些偏遠地區消費者的權益。醫療工業界的利益，則在於龐大的私人醫療部門可自由決定費用，將可能導致增加使用高科技治療服務、藥品及昂貴設備的高度使用，要避免這樣的結果，可能要採取擴大基礎及預防部門的保健途徑。

總之，有保險的領養老金者和某些計畫所獲致

的利益，遠不及從這個改革體系中所產生的「保健製造者」（health-care producers）來得大。衛生、住宅與社區服務部（Department of Health, Housing and Community Services），認為，有三個羣體將會比以前的情況更糟，第一，年收入在一二、五〇〇~三〇、〇〇〇之間，沒有保險的人，他們將面對非預算內現金支付的醫療費用，一般而言，若醫生根據現行醫療保健制度的，單身者要額外支出一一〇元，家庭則是二九九元，若根據澳洲醫療公會標準收費，單身者要額外支出一三〇元，家庭則是四四九元，如

果人們選擇基本醫院保險，即使是部分抵稅，費用也將是單身者三〇〇元，家庭六〇〇元，補助醫院保險的費用是，單身者三五〇元，家庭七〇〇元。醫療服務的高使用者也將面對可能高於前述標準的費用，「額外」保險將再多花去單身者一五〇元，家庭三〇〇元。（Department of Health, Housing and Community Services 1991:6-7）。那些沒有完全保險的人，需負擔「病人共同分擔制」中費用的一五%（每次最多三十元，或每年最多三〇〇元）。因此（低收入）家庭將面臨每年最少八九九元的額外費用（即使在抵稅後），花在本醫院保險和醫療費用上，當然，高頻率的使用者可能面臨更高的花費。

第二，根據該部的分析，是中收入者，他們一方面不符合抵稅資格（收入超過標準），一方面收入又不足以支付現行醫療保健制度所必需的額外費用（單身者，每年三〇~三五、〇〇〇元；家庭每

年三〇(四五、〇〇〇元)，在各種保險的必要花費上，和低收入者面臨着同樣的問題，制衡政策和該部的分析，均假定在這個羣體中多數人將不可能改變他們目前醫院保險的身份。

第三，高收入者(單身者，年收入超過四〇、〇〇〇元，家庭，超過五〇、〇〇〇元)，他們將被要求每年支付八〇〇元的額外費用或選擇基本醫院保險。最少，單身者每年要花費五一〇元或家庭每年一、〇九九元在非預算內的現金支付醫療費用，再加上基本醫院保險或額外費用，其他可能有的補助醫院保險和「額外」保險還不包括在內。

保健消費者實質上花去的醫療保健費用，可視為是一種私有化(Privatisation)的形式，消費者(並非政府)必須對逐漸增加的巨額保健費用負責，這種責任的轉變，也正意味着服務取得的問題，而快速上漲的費用使得財政上的困難更形惡化。

二、對整體保健費用的

影響

制衡政策將可能帶來保健費用的巨額增加，保守估計，整體國家支出，每年將會增加二十一億一千三百萬元(一九九一~一九九二年的價格)，若大膽的估計，則要比保守估計數，再多出十億四千萬元或增加三·三%的費用。(Department of Health, Housing and Community Services 1991:18-19) 因此，保健費用每年將可

能增加三十億左右，這筆費用將可能是霍克總理在一九九二年二月經濟報告書中，預計下兩年增加支出費用的一倍半！

這些增加的費用，最大部分是支付給醫生，廢除直接由政府付費給醫生的制度，以及「額外」保險的再引介，對保健費用而言，不是增加十五億九千一百萬元就是二十三億五千萬元(視使用的假定而定)。其他額外的有關費用可能在二億七千四百萬到三億六千四百萬元間。

從國際保健政策發展的脈絡來看，一個政策會導致費用增加是相當不尋常的，所有的經濟合作發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development)國家，自一九六〇、七〇年代起，當保健費用的成長幾乎是國內生產毛額成長的兩倍時，對該費用的控制，一直是主要的課題，造成保健費用迅速膨脹的主要原因，科技的快速進步，來自「保健製造者」的壓力，不同的給付體系(Open-ended payment systems)與人口的高齡化。

高保健費用支出並不一定對消費者有利，也不必然保證能取得最低標準的服務。長久以來，人們認定一國的保健費用支出與其保健成果，並不一定有關聯(Van Loon 1980: 344; Frans 1982: 325-44)。如果高保健費用支出能降低死亡人數和不健康的狀況，那麼，美國應該有全世界最健康的人口，因為它比其他國家的居民，每人每年多花四〇%的保健費用，一九八九年，每人花費二、三五四元，比瑞典多出七三%(一、三六一元)，比澳

洲多一〇九%(一、二二五元)，比大英國協多一八二%(八三六元)(Schieber, Poullier and Greenwald 1991: 24-5)。

一九八八年，在二十四個經濟合作發展組織國家中，美國的嬰兒死亡率位居第二十，懷孕末期(生產前的一至三個月)的死亡率位居第十六，女性和男性的預期壽命，分別位居第六和第七。正如 Schieber, Poullier and Greenwald 所說的(一九九一:二二三)：

和其他主要工業國家比較，美國的保健制度每人每年，每一服務單位的支出費用都較高，但却少能為多數的公民取得，是較集中的水準，而其結果却是相對的低落。

在美國的人口中，只有一〇%滿意該保健體系，是一點也不值得驚奇的。

在制衡政策中，除了較高的費用和經營上的花費外，另一股蘊釀中逐漸膨脹的力量是來自醫生的壓力，他們認為澳洲醫療公會的標準收費是所有服務的「基本價格」(floor price)，這將逼現行醫療保健制度為給付領養老金者和持卡人，並由政府直接支付醫生費用的目的而設的標準收費，必須得提高，另一方面則是領薪水的醫生，和「按件計酬」的醫生，也將要求提高收費。甚至某些醫生可能收取比澳洲醫療公會標準收費更高的費用，病人因而負擔更大的「差距」費用。

在澳洲這個被稱為「利益水準追逐收費」(benefit-levels chasing fees)的問題，已不是新鮮事：一九六〇年代，非工黨政府倍覺苦惱的

是，收費增加，病人負擔的「差距」也增加，因而也導致了諸多的批評。每次政府提高津貼，醫生就提高收費，病人實際上並不比以前更好。(Gray 1991: 97-101)。

在費用的控制方面，現行醫療保健體系是相當成功的，整個一九八〇年代，保健支出始終維持在國內生產毛額 (GDP) 的八%以下。(National Health Strategy 1991: 27) 聯邦及州政府對公立醫院部門的醫療費用和基金加以控制，以抑制醫療費用的過度膨脹。除了公立醫院可利用的免費服務外，也利用政官直接付費給醫生的方式，限制醫生任意增加收費。制衡政策想去除這些限制，其結果將是更高的收費、更功利化與更多的總體保健費用支出。事實上，增加私人醫院的使用，有一個明確的目的：擴張後的私人部門將不只是減輕公立體系的壓力，更會增加私人體系的利用。(Liberal & National Parties 1991 b: 13) 從另一個角度來看，增加使用率，可視為是服務的過度使用。對私人醫院缺乏預算的控制，被認為是法國近年來費用抑制失敗的一個主要原因。(Hurst 1991: 17)

三、對「取得」(access) 的影響

制衡政策控制費用的一個主要機制，便是使用者付費的體系。在歐洲國家，病人付費只扮演一個

很小的角色，它使用的主要機制是，控制支付可利用保健提供者的全部給付 (Hurst 1991: 17)，只有美國企圖採用使用者付費的方式，(Deeble 1991: 61) 但如前所述，施行得並不成功。Richardson (1991) 回顧了國外使用者付費的影響，使用者付費造成了窮人和病人對醫生服務品質的較低要求，研究發現，醫生對非窮人的病患，提供較高品質的服務，因此使用者付費造成了窮人——非窮人醫療服務的再分配，可能也是病人——健康者醫療服務的再分配。

很明顯地，制衡政策將對中低收入者醫療服務的取得，造成嚴重的障礙，這些障礙將如醫療費用上漲般的節節增加。所謂「保留現行醫療保健體系」將不保證它仍是一個「全面保健涵括的體系」，而且新的體系可能會造成花更長的時間等候公立醫院床位。

四、現行醫療保健制度的改革

如前所述，制衡政策將可能產生新問題，或使現行醫療保健制度更惡化，但是，現行醫療保健制度究竟有那些缺點應予以改革呢？這個部分就針對制衡政策所提出的問題進行討論，並尋求可能的解決辦法。

1. 現行醫療保健制度鼓勵過度使用

實際上，很難去定義什麼是過度使用，好的醫療保健和過度使用，兩者之間很難有一條明確的界線，而且這個體系的主要目的之一，也是增加低收入者利用醫療保健的機會。我們並不清楚，這種非蓄意的增加，是否是現行醫療保健制度或其他因素所造成的，例如，計件收費制度、科技或者是醫生的人數愈來愈多等。

2. 現行醫療保健制度造成公立醫院中冗長的候診人名單 (long waiting lists)

沒人知道這個候診人名單到底有多長，因為它並沒有混合名單 (Composite lists) (病人可以同時在不同的名單上)，但是我們並不清楚，這是現行醫療保健制度造成的或是有其他原因 (例如，醫院預算控制的影響)？制衡政策認為，大量的有錢卻沒參加保險的人把公立醫院的公費病人擠出去，這只是一種迷思 (Wilcox 1991: 19)，高收入沒有私人保險的人數極少 (約佔人口的一·五%)，而且這都是一些年輕人，他們應該屬於醫院服務的低使用者。

候診的問題，主要是在一些特殊的項目，如整形手術、耳鼻喉科等，因為這些項目需藉助先進的科技設備，以便對病人的病情能確切掌握；另一個原因是，大型教學醫院的醫生，都是在都會中的醫院服務，他們有多餘的時間時，才能到這些醫院替病人服務，這些都是造成冗長候診名單的原因。

3. 半數空病床的私人醫院與非常沒效率的公立醫院

其實，私人醫院並非半數的病床是空的，大型公立和私人醫院的住院率，實際上是相當接近的，約在九〇%以上，私人醫院的平均住院率會低於公立醫院，主要是因為私人醫院實際上週上五天，而平均數却以一週七天來計算所致 (National Health Strategy 1991: 111)

目前普遍認為公立醫院的低效率，會使得私人醫院的看病人數增加，但是，根據澳洲衛生協會 (Australian Institute Health) 的研究發現，公私立部門的效率問題，應該相差無幾，一九八五~八六年，整體定期支出，在私人醫院是每床每天二四一元，公立醫院則是二五七元。然而，公私立醫院却有著不同的服務型態，整體而言，私人醫院提供昂貴的高科技服務較少，對老人及嬰兒的治療也較少，並且把病情嚴重者送往公立醫院，當然，所有的研究和教學均在公立醫院進行。如果公立醫院真如制衡政策所說的，會導致低品質服務和專業人員的士氣低落，那麼標準和士氣似乎是要比大部分的經濟合作發展組織國家低很多了，反之，現象是，即使是現行的醫療保健體系，澳洲是擁有最少

公立部門的國家之一，根據一九八九年經濟合作發展組織國家的統計，公共部門佔公共支出的比例是第六少的 (僅次於土耳其、葡萄牙、瑞典、奧地利和美國)。就如同前面討論過的問題，美國的醫療保健是全世界最昂貴的，但其服務的取得却少得可憐，超過四千萬的低收入者必須面對這種沒保險、高費用的情況，同時，有數以百萬計的人只持有不當的保險，隨時有支出大筆醫療費用的可能。若大量縮減公立的保健部門，並放棄政府的干預，澳洲有可能會步上美國の後塵。

結論

制衡政策可能達成它私人部門贊助者的目的，恢復私人執業與私人保險部門的生存能力，但這對澳洲的保健消費者而言，却是未蒙其利，反受其害；該政策將造成費用的巨額增加，而且大部分的利益都將轉化為醫生收入的形式。許多在現行醫療保健體系設計之初，極力避免的問題，可能又會重現。

就像一九六〇年代的自願保健體系 (the voluntary health insurance system) 和一九七〇年代末期，醫療保健體系的「革新版」

reformed' versions of Medibank) 一樣，制衡政策似乎只是對它的贊助者 (sponsors) 提供政治上的服務。就醫療的觀點來看，無保險者的病人共同分擔正是批評的焦點所在，這個批評更強化了醫生收費的問題，即使是「額外」保險，也會因其高保費而助長醫療費用的上升，且醫生不斷提高收費，也將可能戰勝消弭「差距」的企圖。

就醫院方面而言，有兩件事是值得注意的，第一，鼓勵人們選擇基本醫院保險而非補助保險，只會增加病人取得服務的困難；第二，若切斷公立部門中，保險者優先 (相對於未保險者) 的順位，可能會有大量的病人流向私人醫院，這在無形中也助長了醫療費用的上漲。

從澳洲本身的經驗，或對其他國家的研究來看，實在很難理解何以反對黨要提出這樣危險的保健制衡政策；即使醫生是一個强有力的有壓力團體，然而，自一九八五年以來，對大多數人與工黨政府而言，現行醫療保健體系仍是利多於弊的。

〔譯者按：我國在不久的將來，即將實施全民健保，澳洲實施全民醫療保健制度多年，其中的優缺點和歷年的相關改革措施，也許值得我們引以為借鏡。〕

註 釋

收	入	抵 稅 額
		(六十五歲以下)
一一、〇〇〇元以下		(單身) 二〇〇元
		(家庭) 四〇〇元
一一、〇〇〇—二〇、〇〇〇元		(單身) 一五〇元
		(家庭) 三〇〇元
二〇、〇〇〇—三〇、〇〇〇元		(單身) 一〇〇元
		(家庭) 二〇〇元

收	入	抵 稅 額
		(六十五歲以上)
(單身) 一一、〇〇〇元以下		四〇〇元(單身)
(有配偶者) 一四、五〇〇元以下		八〇〇元(家庭)
(單身) 一一、〇〇〇—二〇、〇〇〇元		二五〇元(單身)
(有配偶者) 一四、五〇〇—二〇、〇〇〇元		五〇〇元(家庭)
二〇、〇〇〇—三〇、〇〇〇元		二〇〇元(單身)
		四〇〇元(家庭)

資料來源：Liberal and National Parties 1991 b : 2.

參考書目

Deeble, J. S. (1991) Medical Services through Medicare, National Health Strategy, Background Paper No. 2, February.
 Department of Health, Housing and Community Services (1991) Analysis of Liberal-National Party Health Policy, Typescript, 18 December.
 Gray, G. (1991) Federalism and Health Policy: the Development of Health Systems in Canada and Australia. Toronto, University of Toronto Press.
 Hurst, J. (1991) Reforming Health Care

in Seven European Nations', Health Affairs, Vol. 10(3), Fall, 7-21.
 Liberal and National Parties (1991), Fightback: Supplementary Papers, 21 November, Fyshwick, Panther Publishing and Printing.
 National Health Strategy (1991) Hospital Services in Australia: Access and Financing, Issues Paper No. 2, National Health Strategy, August.
 Richardson, J. (1991) The Effects of Consumer Co-payments in Medical Care, National Health Strategy, Background Paper No. 5, June.
 Schieber, G., Poulhier, J-P, and Greenwald, L. (1991) Health Care Systems

in Twenty-Four Countries', Health Affairs, Vol. 10 (3), Fall, 22-38
 Van Loon, R. J. (1980) 'From Shared Cost to Block Funding and Beyond' in Carl A. Mellicke and Janet L. Storch (eds.), Perspectives on Canadian Health and Social Services Policy: History and Emerging Trends, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.
 Wilcox, S. (1991) A Health Risk? Use of Private Insurance, Background Paper No. 4, National Health Strategy, March.
 (本文譯者為東京大學社會學碩士，目前就讀於澳洲塔斯馬尼亞大學社會學博士班)