

行政院所屬各機關因公出國人員出國報告書
(出國類別：考察)

新加坡醫療財務制度 考察報告

行政院研考會/省(市)研考會
編號欄

J0/
C09000049

服務機關：衛生署

出國人 職稱：參事

姓名：吳憲明等五人

出國地點：新加坡

出國期間：89年12月17日至89年12月22日

報告日期：90年4月

系統識別號:C09000049

公務出國報告提要

頁數: 40 含附件: 否

報告名稱:

赴新加坡考察醫療財務制度

主辦機關:

行政院衛生署

聯絡人/電話:

張麗卿/23210151#313

出國人員:

吳憲明	行政院衛生署	健保小組	參事
羅紀瓊	行政院衛生署	健保小組	組長
戴桂英	行政院衛生署	健保局台北分局	經理
宋瑞蛟	行政院衛生署	健保局企劃處	科長
黃明輝	行政院衛生署	健保局資訊處	專門委員

出國類別: 考察

出國地區: 新加坡

出國期間: 民國 89 年 12 月 17 日 - 民國 89 年 12 月 22 日

報告日期: 民國 90 年 04 月 01 日

分類號/目: J0/綜合(醫藥類) J0/綜合(醫藥類)

關鍵詞: 醫療財務,

內容摘要: 新加坡的社會保障體系之發展, 有其歷史文化背景, 尤其是政府決策者之理念, 影響非常深遠。其醫療照護制度, 主要強調個人責任, 社會國家責任為輔, 包括保健儲蓄、健保雙全及保健基金三計畫, 理念基本上是反福利。公立醫院之「重組」是讓醫院財務自主, 採取企業化經營, 提昇效率和品質, 但非「民營化」, 並將全國醫療院所依地理範圍區分為東、西半部兩個集團, 以強化競爭。本次考察建議: 1.修正全民健康保險法, 使可以試辦不同財務機制, 俾利制度改革。2.保健儲蓄帳戶之概念, 可作為其他照顧方面。3.公立醫院在提昇服務效率之同時, 兼負社會責任, 宜公司化以增進效率; 民營化則有待斟酌。4.健康促進計畫, 應落實到國民的日常生活。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

未輸入主題類號或主題類名，請重新輸入

出國人員出國報告資料維護

存檔...

列印提要表

系統識別號	C09000049						
出國計畫/ 報告名稱	新加坡醫療財務制度考察報告						
類號/類名	主題類號/類名: / 瀏覽						
	參考類號/類名: / 瀏覽						
計畫主辦機關	行政院衛生署						
出國人員	吳憲明 參事 簡任(派)-含簡任(派)或相當簡任(派) 行政院衛生署 健保小 羅紀瓊 組長 簡任(派)-含簡任(派)或相當簡任(派) 行政院衛生署 健保小 戴桂英 經理 簡任(派)-含簡任(派)或相當簡任(派) 行政院衛生署 健保局 宋瑞蛟 科長 薦任(派)-含薦任(派)或相當薦任(派) 行政院衛生署 健保局 黃明輝 專門委員 簡任(派)-含簡任(派)或相當簡任(派) 行政院衛生署 健						
	出國人數: 5 編輯出國人員...						
出國地區	新加坡						
	國家個數: 1 編輯出國地點...						
出國類別	<input checked="" type="checkbox"/> 考察 <input type="checkbox"/> 進修 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 實習 <input type="checkbox"/> 其他						
經費來源	經費年度	89	經費來源	政府	經費(NT\$)	371409	元
	經費年度		經費來源	政府	經費(NT\$)		元
	經費年度		經費來源	政府	經費(NT\$)		元
	經費年度		經費來源	政府	經費(NT\$)		元
	經費年度		經費來源	政府	經費(NT\$)		元
出國期間	民國 89 年 12 月 17 日 ~ 民國 89 年 12 月 22 日						
報告日期	民國 年 月 日						
主辦機關 點收日期	由系統自動載入						
層轉機關 點收日期	由系統自動載入						
中央機關							

摘要

新加坡的社會保障體系之發展，有其歷史文化背景，尤其是政府決策者之理念，影響非常深遠。其醫療照護制度，主要強調個人責任，社會國家責任為輔，包括保健儲蓄、健保雙全及保健基金三計畫，理念基本上是反福利。公立醫院之「重組」是讓醫院財務自主，採取企業化經營，提昇效率和品質，但非「民營化」，並將全國醫療院所依地理範圍區分為東、西半部兩個集團，以強化競爭。本次考察建議：

1. 修正全民健康保險法，使可以試辦不同財務機制，俾利制度改革。
2. 保健儲蓄帳戶之概念，可作為其他照顧方面。
3. 公立醫院在提昇服務效率之同時，兼負社會責任，宜公司化以增進效率；民營化則有待斟酌。
4. 健康促進計畫，應落實到國民的日常生活。

目 錄

一、考察目的.....	1
二、考察人員.....	2
三、出國期間.....	2
四、考察行程.....	3
五、考察內容.....	4
(一) 背景.....	4
1. 政治經濟的背景.....	4
2. 政府的福利理念.....	5
3. 醫療服務市場.....	6
4. 醫療相關指標.....	7
(二) 3M(Medisave, Medishield, Medifund)制度簡介.....	10
1. 保健儲蓄計畫(Medisave).....	11
2. 健保雙全計畫(Medishield) / 增值健保雙全計畫 (Medishield Plus).....	14
3. 保健基金計畫(Medifund).....	19
(三) 醫療照護體系.....	21
1. 體系簡介.....	21
2. 公立醫療機構改革.....	24
3. 政府補助.....	26
4. 政府對重組醫院補助基礎的改革.....	27
5. 考察醫院簡介.....	28
六、心得與建議.....	33
(一) 優勢.....	33
(二) 評論.....	34
(三) 建議.....	34

附錄

一、附錄一.....	36
二、附錄二.....	37
三、附錄三.....	38

一、考察目的

全民健保自八十四年三月一日開辦以來，使全體國民均能獲得健保的醫療保障，大幅減輕民眾就醫的財務負擔，提高就醫的可近性，對整體社會安全體系有極大的貢獻，同時也獲得民眾高度的肯定，民眾滿意度數年來均維持百分之七十以上。然而健保開辦六年多來，保險費率一直維持在 4.25%，在保險收入成長有限，而醫療費用持續成長情形下，健保財務日益惡化，85 年至 88 年保險費收入平均年成長率 3.1%，而醫療支出平均年成長率卻高達 10.7%。為改善健保財務短絀情形，健保局於 88 年 7 月起積極實施各項開源節流及財務監控措施，89 年保險費收入較去年同期成長 7.7%，醫療支出成長僅 1.25%，獲致良好成效。眾所皆知，健保財務問題之癥結在於保險收入難以提高，健保制度在目前政治力量嚴重干預及經濟不景氣情形下，保險費率之調整實極為困難。在民眾高滿意度背後，各界同時殷盼健保制度能進一步改革。在世界各國醫療保險制度中，新加坡所實施的醫療儲蓄帳戶制度（MSA）及其公立醫院經營方式的改革，對整體醫療費用的控制及人民健康的照護，其獨到之處亦為世界各國積極研究與學習的對象。

本次考察目的在於透過與新加坡衛生部及中央公積金相關官員及新加坡大學教授座談，以了解新加坡保健儲蓄計畫（Medisave）、健保雙全計畫（Medishield）、保健基金計畫（Medifund）實施之沿革、政治經濟文化背景、政府理念、實施內容、未來展望等，同時藉由參觀具代表性之公私立醫院，了解其經營方式，以作為我國全民健康保險及相關衛生政策規劃之參考。

二、考察人員

衛生署健保小組	召集人	吳憲明
衛生署健保小組財務組	組長	羅紀琮
中央健保局台北分局	經理	戴桂英
中央健保局資訊處	專門委員	黃明輝
中央健保局企劃處	科長	宋瑞蛟

三、出國期間：

中華民國八十九年十二月十七日至同年十二月二十二日

四、考察行程

本次考察行程如下：

日期	內容	拜會機構
12/17 (週日)	啟程	搭機
12/18 (週一)	1. 新加坡保健儲蓄計畫、健保雙全計畫、保健基金制度簡介 (Medisave, Medishield and Medifund) 2. 中央公積金簡介 (Central Provident Fund) 3. 拜會新加坡綜合醫院	1. 新加坡衛生部 Singapore Ministry of Health 2. 新加坡綜合醫院 Singapore General Hospital
12/19 (週二)	蒐集資料	
12/20 (週三)	1. 與新加坡大學 <u>Prof. Phua</u> 研討新加坡制度沿革、發展及未來展望 2. 拜會國立新加坡大學附設醫院	1. 國立新加坡大學 National University of Singapore 2. 國立新加坡大學附設醫院 National University Hospital
12/21 (週四)	拜會私立伊利莎白醫院	私立伊利莎白醫院 Mount Elizabeth Hospital
12/22 (週五)	返程	搭機

五、考察內容

(一) 背景

「我們最珍貴的資產就是獲得人民的信任」

「在選舉期間要應付反對黨提出的福利誘惑是非常困難的」，然而「超出能力所及的範圍卻仍一味迎合群眾的需求，終究要付出代價」

(李光耀，2000)

1. 政治經濟的背景

新加坡不是個自然形成的國家，而是人為的。它原是個貿易站，由英國的萊佛士於 1819 年建立。其後英國把這個貿易站發展成為其海上帝國的樞紐，扮演英帝國在東南亞的行政、商業和軍事中心的角色。

1963 年 9 月新加坡加入馬來西亞聯邦。但是不到一年，在 1964 年 7 月時發生了馬來人和華人衝突的種族暴亂，馬來人想建立一個由馬來人支配的社會。1965 年 8 月新加坡宣布獨立，脫離馬來西亞。獨立之後，它喪失了馬來西亞這塊腹地，政治和經濟同受打擊。1968 年英軍開始撤退，新加坡頓失占當時國內生產毛額 20% 的開支，失業問題迅速浮現。

李光耀總理知道新加坡的轉口貿易已近飽和，進一步的發展唯有依賴推行工業化，因此政策全力配合招商。不但公路、電力、供水及污水處理等基礎設施盡力做到完備，還有投資免稅的規定，以致三年之內，新的投資者完全僱用了原由英軍僱用的工人，失業不再成為問題。其後的十幾年間大型跨國企業也紛至新加坡投資設廠。

跨國企業固然帶來了許多先進的設備與技術，然而成功地使新加坡脫胎換骨的卻是它成為了世界性的金融中心。從層層保護和限制性

的金融法令和執行，改變成為自由、有效率、監督機制完善的體系，政府的魄力和領導者的高瞻遠矚是其成功的主因。

30 年之內，新加坡從一個蕙爾小島變成了一個富強的國家，1999 年時每人平均國內生產毛額達 22,000 美元，比台灣的 13,000 美元高了一半以上。新加坡的成功，世人有一致的共識，那就是政府的效率與廉潔。

經濟體系之所以有效率，不但是因為法令取消了層層束縛，更重要的是人民可以保有其努力所獲致的報酬。然而社會上總會有一些不負責任或是能力不足的人，政府必須做適當的安排，以確保他們能獲得需要的照顧。因此新加坡政府勵行低稅率，穩定幣值及平衡預算，促使投資增加、生產力提高。整體社會的經濟力大幅提升，也讓政府有能力為那些需要援助的人提供適時、適切的福利。

2. 政府的福利理念

新加坡政府的福利理念是「以資產增值來重新分配財富，而不是津貼消費」。因為決策者注意到 70 年代在許多國家由政府扮演家長角色，而人民追求成就和成功的幹勁都被削弱了，同時相關的成本不斷上升，因此決心避免推行消耗國家元氣的福利制度。

由於深信福利制度會破壞人民的自立本能，使人民不需要為了家計而工作，施捨變成一種生活方式，進而依賴國家照顧他們的基本需要，李光耀總理及其政府團隊選擇了加強儒家傳統，讓男人對家庭、父母、妻子和孩子負責，採取的作法是加強公積金的功能。

中央公積金原來是由英國殖民地政府創立的，當時只是個簡單的強制儲蓄計畫，員工與雇主各繳交工資的 5%，55 歲退休時員工可以領回本利作為養老之用。1968 年政府修改了中央公積金法令，不但

提高了繳交率，同時允許工人可以利用累積的公積金儲蓄繳付購屋頭期款，以及貸款期間的房貸支出。為了確保儲蓄足夠一個人養老之用，法令規定公積金存款及以公積金存款購買的資產，不受其他債務清償權的約束。亦即普通債權不能及於公積金及其相關資產。

新加坡政府決策者深信，「提供免費醫療服務的理想和人類的實際行為是互相牴觸的。」因此一直致力於防止醫藥衛生預算失控。1975年總理李光耀建議把一部分公積金存款撥進一個特別帳戶，讓病人承擔醫藥費。副總理吳慶瑞支持這種做法，並且認為個人負責自己的醫藥開支，可以防止人們濫用醫療服務，比一般的醫療保險制度好。

1977年起，公積金會員把月入的1%撥入一個特別帳戶，帳戶內的存款可以用來支付本人及家屬的部分醫藥費。到了1984年推行保健儲蓄計畫（Medisave）時，每個人公積金的特別帳戶都已累積了一筆可觀的數目。

3. 醫療服務市場

1999年新加坡實際執業的醫師人數共有5,141人，急性病床數7,853床，人口共321.8萬，其中65歲以上的人口占7.3%。平均而言，每萬人口的醫師數為16.0，每萬人口的急性病床數為20.2。

病床數中約有80%是公立病床。病患若入住公立病床，其醫藥費有20%至80%的政府補貼。補貼比例視所選擇的病房類別而定。病房具冷氣設備及床數少者，補貼的比率低，自付的費用高；病房中有6至8床者，補貼的比率高，自付的費用低。透過明顯區別不同類別病房的方式，鼓勵人民自由選擇適合自己需要的病房。

另一方面，政府也允許人民利用保健儲蓄帳戶內的金額，來繳付他們在私立醫院就醫的費用。政府不但對私立醫院的就醫費用沒有補

助，同時對每一種醫療程序也都訂下了可以用帳戶內金額支應的限額。此舉不但使得私立醫院的定價受到了規範，公立醫院也因此面對極大的競爭壓力。

至於門診服務，以及人們到私人診所看病的醫療費用，則不允許動支保健儲蓄帳戶內的金額。因為決策者相信，要是人們可以利用保健儲蓄，而不是日常預算來支付門診醫療費用時，更多人就會動不動因輕微的病痛而去看醫生。

1990 年，新加坡政府另推出一種非強制性的保險計畫——健保雙全計畫 (Medishield)，以支應嚴重疾病的醫療費用。保險費可以從保健儲蓄帳戶中扣除。1993 年時另設立保健基金 (Medifund)，幫助那些保健儲蓄和健保雙全計畫金額已經用完，又沒有其他直系親屬可以依靠的病人。他們可以申請由保健基金全額代付醫藥費。以此三種「M」制度，新加坡確保了人人都享有必要的醫療照顧，但卻並未耗費大量資源，也沒讓病人排長龍等候動手術。

4. 醫療相關指標

由於選擇了不以保險方式提供人們絕大部分的醫療服務，新加坡政府不但得以免除龐大的醫療預算負擔，同時還得以使醫療資源使用的效率性大為提升。

另一方面，由於醫療服務的利用，需要耗費原本可以用來購買其他財貨的資金，人們對自己的生活與保健更為重視，不但健康指標在先進國家中名列前茅，在生活型態上也更健康化。

表一顯示，新加坡總醫療費用占 GDP 的比率僅為 3.1%，相較於我國的 5.3% 及其他先進國家平均超過 8% 的水準，難怪成為人人稱羨、亟思效法的對象。整體醫療費用中政府以預算支應的比率，新加

坡為 23%，遠低於英國的 87%，德國、法國、日本的 80%左右，我國的 64%，甚至也低於美國的 47%。雖然如此，以平均餘命代表的醫療品質，新加坡卻和英、美、德國等不相上下。嬰兒死亡率則是表中數個國家中數值最低者。

表一 醫療費用與健康指標之比較

項目 國家別	總醫療費用占 GDP 比率	政府醫療費用占 GDP 比率	每人醫療費用 (US\$)	平均餘命		嬰兒死亡率 (%)
				女	男	
美國	14.0	6.6	3,708	79.2	72.5	0.80
德國	10.4	8.2	3,036	79.5	73.0	0.53
法國	9.9	7.8	2,550	81.9	74.0	0.50
日本	7.3	5.7	2,952	82.8	76.4	0.43
英國	6.7	5.8	1,365	79.7	74.3	0.60
中華民國	5.3	3.4*	613	77.8	71.9	0.64
新加坡	3.1	0.7	635	79.2	75.0	0.36

說明：1. 新加坡為 1997 年資料，OECD 國家為 1995 年或 1996 年資料。

2. *「政府醫療費用占 GDP 比率」一欄包含政府對全民健康保險保險費的補助。

表二顯示，新加坡民眾在 1993 至 1998 年間所有各類健康化飲食指標，如吃家中準備的食物，選擇纖維性高的麵包，降低油脂的攝取等，都有顯著的改善。

表二 各類飲食習慣

單位：比例

項 目	1993	1998
吃家中準備的早餐	56.8	61.5
吃家中準備的午餐	28.4	35.3
吃家中準備的晚餐	75.0	83.9
選擇纖維性多的全麥、或含全麥的麵包	5.8	18.9
在麵包及餅乾上使用人造奶油	38.5	48.8
飲用低脂牛奶	11.7	34.4
去掉肉上顯而易見的油脂	72.1	86.8
去掉雞鴨上的皮	60.3	80.7
選擇油脂較少、精肉較多的飲食	28.9	53.3

(二) 3M(Medisave, Medishield, Medifund)制度簡介

新加坡的醫療財務來自儲蓄、保險以及少數稅收，尤其以儲蓄為主，是一個強制儲蓄的國家。儲蓄分為個人儲蓄及中央公積金的強制儲蓄制度，一般門診治療的費用由個人自行儲蓄負擔，而急症或住院才由強制儲蓄的公積金支付。公積金是依受雇員工的月薪由雇主及受雇員工繳交，其繳交率到55歲以後則遞減；所繳公積金依不同比例分配，分別存入個人的三個帳戶：普通帳戶、特別帳戶及保健儲蓄帳戶，以供退休、醫療保健、購屋、家庭保障及增加資產之需。

目前公積金繳交率如下：

受雇員 工年齡	繳交率		存入			總數
	雇主繳交	員工繳交	普通帳戶	特別帳戶	保健儲蓄帳戶	
35歲以下	12%	20%	24%	2%	6%	32%
35至44歲	12%	20%	23%	2%	7%	32%
45至54歲	12%	20%	22%	2%	8%	32%
55至59歲	4.5%	12.5%	9%	-	8%	17%
60至64歲	2.5%	7.5%	2%	-	8%	10%
65歲以上	2.5%	5%	-	-	7.5%	7.5%

對於自營業者，每年的營業淨收入如超過新加坡幣 \$2400 時，也必需繳交保健儲蓄，其繳交率為 6%至 8%。保健儲蓄帳戶的規劃，提供新加坡人醫療財務的基礎；在此規劃之下，保健儲蓄計畫 (Medisave)、健保雙全計畫 (Medishield) / 增值健保雙全計畫 (Medishield Plus)、健保基金計畫 (MediFund) 等計畫陸續被推動，保健儲蓄 (Medisave) 提供中央公積金會員住院及部分門診所需之醫療費

用；健保雙全計畫(Medishield)／增值健保雙全計畫(Medishield Plus)則以保險方式提供對重大疾病的保障，而健保基金(Medifund)則提供對貧民就醫的協助。此三項計畫簡述如下：

1. 保健儲蓄計畫(Medisave)

保健儲蓄是一項全國性的強制儲蓄計畫，將個人部分收入存入保健儲蓄帳戶，用來支付個人或眷屬住院及部分門診所需之醫療費用。這個計畫於1984年4月1日開始時，只適用公立醫院服務，並於1986年1月1日擴展至被獲准之私立醫院。整個計畫也依據實施的經驗不斷地作一些修正，現行的繳交、提領、支付範圍等相關規定及利用情形，說明如下：

(1) 繳交規定

受雇員工按月薪的6%至8%繳交，每年營業淨收入超過新加坡幣\$2400的自營業者，其繳交率亦為6%至8%，(需更換執照的自營業者，必須有繳費證明，方能換照)，繳交率隨年齡增長而遞增，繳交率如下：

受雇員 工年齡	繳交率	每月繳交 最高限額 (新加坡幣)
35歲以下	6%	\$360
35至44歲	7%	\$420
45歲以上	8%	\$480

保健儲蓄帳戶的存款上限為\$24,000(規劃至2003年上限調高為\$30,000)，超過上限所繳交的保健儲蓄將轉入個人公積金的普通帳戶，供購屋、教育和投資等用途，靈活使用。

(2) 支付範圍與金額

保健儲蓄可支付住院、分娩及部分門診等費用，說明如下：

A. 住院費用：

種類	可提領支付之限額(新加坡幣)
一般住院	住院費每日\$300；+ 每項手術固定限額
日間手術	住院費每日\$150；+ 每項手術固定限額
社區醫院	住院費每日\$150；每年限額為\$3,000
康復醫院	住院費每日\$50；每年限額為\$3,000
安寧療護	住院費每日\$100
精神治療	住院費每日\$150；每年限額為\$3,000
日間照顧	住院費每日\$20；每年限額為\$1,500
日間住院	每日\$150；每年限額為\$3,000

每項外科手術支付的固定限額如下：

手術項目表	可提領支付之限額(新加坡幣)
1A - 1C	\$150 - \$250
2A - 2C	\$350 - \$600
3A - 3C	\$800 - \$1,200
4A - 4C	\$1,400 - \$1,800
5A - 5C	\$2,000 - \$2,400
6A - 6C	\$2,800 - \$3,600
7A - 7C	\$4,000 - \$5,000

B. 分娩費用

保健儲蓄可支付前三個子女的生產時住院費用，每日\$300；但產前及產後的診療費則不能支付。其外科手術支付的固定限額如下：

手術種類	手術項目表	可提領支付之限額(新加坡幣)
正常分娩	2B	\$450
用鉗助產	3A	\$800
剖腹產	4A	\$1,400

C. 門診費用

保健儲蓄通常不支付門診費用，除獲准的項目外，其獲准的項目及提領之規定如下：

治療項目	可提領支付之規定(新加坡幣)
B型肝炎預防注射	\$25-\$50
洗腎	每月\$400
放射線治療	每年\$3,000
化學治療	每週療程\$100；每21/28天療程\$400； 每年限額為\$3,000
人工受孕手術	每次治療週期\$2,000；最多支付3次
愛滋病藥物治療	每月\$500
地中海型貧血排鐵劑及輸血	每月\$350

(3) 其他

- A. 保健儲蓄帳戶除了可支付本身上述的各項醫療費用外，亦可支付家庭其他成員的醫療費用。當帳戶存款不足時，須自費補足差額或以未來繳納的保健儲蓄金加付利息來清償（限住於公立醫院的 B 和 2C 等級病房）；其利率與現行的公積金利率相同。
- B. 55 歲時可以提領保健儲蓄帳戶的存款，但至少要保留 \$19,000 於帳戶內。
- C. 當存款人死亡時，其保健儲蓄帳戶的存款，將以現款方式轉予其指定的受益人；如果沒有指定受益人，則依法律分配給他的家人，且這筆款項可豁免遺產稅。

(4) 利用情形

根據資料統計，截至 1999 年底，共有 268 萬個保健儲蓄帳戶，比 1998 年增加 1%，累計總金額達 208 億；1999 年共繳交金額為 19.84 億元，提領金額為 3.46 億元，提領比率為 17%，提領用於住診佔 87%。

2. 健保雙全計畫(Medishield)／增值健保雙全計畫(Medishield Plus)

健保雙全計畫和增值健保雙全計畫為醫療保險計畫，以較低的保費，提供重病或頑疾醫療費用的保障，以補保健儲蓄存款之不足。健保雙全計畫於 1990 年 7 月 1 日開始實施，將原公積金會員視為基本會員，除非自己選擇不參加此計畫。1994 年 7 月 1 日又推出增值健保雙全計畫，此計畫分為 A 計畫與 B 計畫，提供更高額的保險給付；而原來健保雙全計畫的被保險人，可改選增值健保雙全 A 計畫

或 B 計畫投保，但於此三種保險計畫中，被保險人僅能擇一投保，或改參加其他獲准的商業醫療保險計畫如：NTUC Incomeshield, NTUC Managed Healthcare System, AIA Healthshield.. 等。被保險人之眷屬則採自願方式參加，但必須申報他們的健康狀況，跟一般保險一樣，患有特定疾病者是無法參加的。被保險人必須在 70 歲前投保，並僅投保至 75 歲為止。此保險計畫的保費、保險給付項目與限額等相關規定及利用情形，如下說明：

(1) 保費

此保險計畫的保費，可使用個人保健儲蓄帳戶的存款來支付，但其支付的上限為每人每年\$660，超過部分則須以現金支付。每人每年的保費依年齡而不同，各計畫的保費如下：

年齡	健保雙全計畫	增值健保雙全計畫	
		B 計畫	A 計畫
30 歲以下	\$12	\$36	\$60
31 至 40 歲	\$18	\$54	\$90
41 至 50 歲	\$36	\$108	\$180
51 至 60 歲	\$60	\$180	\$300
61 至 65 歲	\$96	\$288	\$480
66 至 70 歲	\$132	\$396	\$660
71 至 73 歲	\$204	\$612	\$1,020
74 至 75 歲	\$240	\$720	\$1,200

(2) 保險給付項目與限額

健保雙全計畫和增值健保雙全計畫，除對保險給付項目與金額設限外，並有自負額(Deductible)及定率部分負擔(Co-insurance)的規定，即在每個保單年中，第一次申請保險給付前必須先已負擔了自負額，醫療費用扣除自付額之後的 20%由被保險人負擔，80%才由保險給付。每個保單年的自負額如下：

	健保雙全計畫	增值健保雙全計畫	
		B 計畫	A 計畫
自負額	\$500 (C 級病房) \$1000(B2 級以上病房)	\$2,500	\$4,000
定率部分負擔	20%	20%	20%

註：健保雙全計畫的被保險人，不論住何種病房，對 Gamma 刀手術和日間手術，其自負額一律為\$1,000；而門診治療則不須負擔自負額。

健保雙全計畫和增值健保雙全計畫的給付項目與限額如下：

給付項目	健保雙全 計畫	增值健保雙全計畫	
		B 計畫	A 計畫
住院費	每日\$120	每日\$300	每日\$500
特別護理病房	每日\$240	每日\$500	每日\$800
外科手術			
表 1	\$100	\$300	\$400
表 2	\$200	\$600	\$800
表 3	\$400	\$1,000	\$1,300
表 4	\$500	\$1,500	\$2,000
表 5	\$500	\$2,000	\$3,000
表 6	\$600	\$3,000	\$4,000
表 7	\$600	\$4,500	\$5,500
移植或獲准醫藥品	每年\$1,500	每年\$2,500	每年\$3,500
Gamma 刀手術	\$4,800	\$9,600	\$12,600
門診治療			
癌症放射線治療	每日\$40-\$80	每日\$80-\$160	每日\$100-\$160
癌症化學治療	每週療程\$75； 每 21/28 天療程\$300； 最多 8 個醫療週期	每週療程\$150； 每 21/28 天療程\$600； 最多 8 個醫療週期	每週療程\$200； 每 21/28 天療程\$800； 最多 8 個醫療週期
洗腎	每月\$700	每月\$1,600	每月\$2,000
洗腎醫療藥物	每月\$200	每月\$400	每月\$500
移植器官藥物	每月\$200	每月\$400	每月\$500
給付限額每保單年	\$20,000	\$50,000	\$70,000
終生給付限額	\$80,000	\$150,000	\$200,000

(3) 不給付項目

如同其他保險，下列情況所需的費用，健保雙全計畫是不予給付的：

A. 在投保健保雙全計畫／增值健保雙全計畫之前的住院費用

B. 在保險生效日前十二個月內，已開始接受治療的下列重大疾病

如：

- 癌症
- 局部缺血性心臟病
- 冠狀動脈疾病
- 風濕性心臟病
- 慢性肺梗阻疾病
- 慢性肝硬化
- 慢性腎病，包括腎衰竭
- 腦血管疾病(中風)
- 全身性紅斑性狼瘡
- 退化病
- 血液失調

C. 救護車費用

D. 先天性異常、遺傳病治療如兔唇

E. 區域外就醫

F. 精神病治療

G. 分娩費用(包括剖腹產手術)或墮胎

H. 不孕症治療、人工助孕費用或其他避孕手術

I. 變性手術

- J. 由愛滋病病毒所引起的疾病、殘障、損傷或其他病況的治療
- K. 因自殺或企圖自殺所造成的受傷治療
- L. 麻醉藥品上癮症或酗酒的相關治療
- M. 無關疾病治療的整容外科手術
- N. 非屬意外受傷的牙科手術
- O. 購買洗腎機、人工呼吸器及其他特殊醫療設備
- P. 不屬治療過程中所需的額外項目
- Q. 私人護士費用
- R. 疫苗注射
- S. 因參與暴動、罷工導致受傷的治療
- T. 因核戰、戰爭及有關危機直接或間接導致受傷的治療
- U. 經由勞工賠償或其他保險計劃下獲得賠償的費用

(4) 利用情形

根據資料統計，截至 1999 年底，健保雙全計畫和增值健保雙全計畫的被保險人共約 202 萬人，其中 20% 為眷屬。在 1999 年共有 74,308 件申請給付案件，申請給付金額約 52.4 百萬元；對健保雙全計畫，其申請給付人數約佔投保人數的 4.2%；而增值健保雙全計畫則較低，A 計畫為 1.9%，B 計畫為 1.5%。年齡 50 歲以上者佔投保人數的 19%，卻佔申請給付案件的 46%。

3. 保健基金計畫(Medifund)

保健基金是新加坡政府於 1993 年開始設立的一項信託基金，第一年提撥 2 億元作保健基金，其後依國家經濟狀況，預算有盈餘時，政府再提撥款項加入基金，目前基金累積有 7 億餘元，

以利息的收入來協助貧窮的新加坡人繳付醫療費用，不因無能力負擔而得不到醫療照顧。

保健基金撥款給指定醫院和醫療中心，當病人無能力繳付醫療費用時，可經由醫藥社會工作者的協助，申請保健基金資助。所有指定醫院和醫療中心皆設有醫院保健基金委員會，負責審查並批准病人的申請，並根據建議原則決定所要資助金額。申請保健基金資助的病人限住於 B2 級或 C 級病房。

根據 1999 年資料統計，共有 75,730 件申請資助案件，約有 98.9% 獲准，申請資助金額為 \$14.5 百萬元，其中申請住診資助案件占 73.5%，門診占 26.5%。

(三) 醫療照護體系

1. 體系簡介

(1) 新加坡目前有 21 家醫院與 6 家專科醫療中心，於西元 1999 年共有 11,747 床，每萬人口 30.2 張病床。(詳表三)

表三、醫院病床分布表 (依病床類型及屬性)，1999

病床類型	床數	每萬人口床數
急性床	7,853	20.2
公立	6,268	16.1
私立	1,585	4.1
精神病床	3,168	8.1
公立	3,114	8
私立	54	0.1
長期照護床	726	1.9
公立	178	0.5
志願機構	548	1.4
總計	11,747	30.2
公立	9,560	24.6
私立 (含志願)	2,187	5.6

(2) 6 家專科醫療中心均為公立，包括癌症、心臟科、神經科等中心 (以上三家提供門診及住診服務)，及眼科、皮膚科、牙科等三中心 (以上三家提供門診服務)。上述 21 家醫院中，有 8 家屬公立醫院。這 8 家醫院及上述癌症等三家專科醫療中心，共有病床 9560 床，占全國總床數的 81%，收治全國 78% 的住院人次；其餘 13 家為私立醫院，有 2179 床，占全國總床數的 19%，收治全國 22% 的住院人次 (各醫院床數詳如附錄一、二)。

(3) 新加坡健康服務，在基層健康照護方面，20%由政府提供，80%由私人提供；在醫院照護方面，80%由政府提供，20%由私人提供。基層照護方面，政府設有 16 個聯合門診，提供服務給 15%-20%較貧窮的人群，而其餘 80%-85%的基層照護是私人開業醫師所提供，依據 1999 年年底統計，共有 1,158 家開業診所，有 1,367 位一般開業醫師。

(4) 新加坡的醫事人力於 1999 年底，有醫師 5,325 人（醫師人口比為 1：730），牙醫師 942 人，藥師 1,043 人，護士、助產士 15,947 人，其依服務機構屬性分佈情形，見表四。

表四、醫事人員分布情形（依屬性），1999

醫師	5,325
公立	2,535
私立	2,606
未執業	184
牙醫師	942
公立	167
私立	726
未執業	49
藥師	1,043
公立	219
私立	598
未執業	226
護士/助產士	15,947
公立	8,692
私立	3,872
未執業	3,383

其中 5325 位醫師，依工作部門分布情形見表五。

表五、醫師分布表（依工作地點），1999

工作地點		人數	%
公立	小計	2,535	47.6
	政府部門	1,284	24.1
	重組醫院	1,078	20.2
	大學	173	3.2
私立	小計	2,606	48.9
	個人開業	1,170	22
	群體執業	988	18.6
	代理	251	4.7
	私人醫院	197	3.7
非醫療行業		13	0.3
沒工作		171	3.2
合計		5,325	100.0

(5) 新加坡全國健康花費 (National Health Expenditure, NHE) 從 1998

年的 41 億元新幣提高到 1999 年的 43 億元，平均每人健康花費

從 1,292 元提高到 1,347 元，成長率 4.3%。

2. 公立醫療機構改革

(1) 重組 (Restructuring)

A. 公立醫院「重組」(Restructuring) 的構想，起於 1983 年國家

健康計畫，第一家採用公立醫院「重組」作法的，是國家大學

醫院。「重組」最基本的，是讓醫院財務自主，採取企業化經營，提昇效率和品質。但是「重組」並不是「民營化」(Privatization)，重組醫院由「衛生部直屬」改歸國營健康公司(Health Corporation of Singapore ,HCS)所有，凡個別醫院的人事及經營策略、方針等，均由各院自主，係分權性質(Decentralized)；但是收費標準等，需要衛生部核准。如此，是希望醫院在「重組」後擁有經營彈性的同時，仍持續執行其社會使命。

B. 從 1985 年起迄今，6 家公立醫院及 6 家專科醫療中心均已「重組」，目前只剩下兩家醫院未重組，一為 3,114 床的精神醫院(Woodbridge H.)，一為 404 床的急性醫療綜合醫院(Alexandra H)(由原軍醫院轉變而成)。該國衛生部已公佈將於 2001 年 4 月前轉成「重組」醫院。

(2) 成立兩個集團

A. 在 1999 年 11 月，新加坡衛生部宣布將所有的公立醫療機構規劃成兩個垂直整合的體系，依地理區域分為東西兩個集團(cluster)。每區的公立醫療院所集團(cluster)均包括各層級醫療服務，含基層醫療，地區醫院，三級醫院和國家專科醫療中心。

B. 該國規劃全國公立醫療院所為兩個垂直的醫療體系，其重要的立論基礎，是為了提供更全面性的、更符合成本效果的、更具品質的服務給病人。不同層級院所間垂直整合，不但將臨床服務整合，也將人力、財務和其他資源的管理，充分協調與整合。而且垂直整合體系，將會減少醫療服務的重複，資源的浪費，並可確保公立機構健康服務的最適發展。

C. 到了 2000 年 3 月 31 日，正式成立兩個集團，一個名為 National Healthcare Group，服務新加坡西半部；另一個名為 Singapore Health service，服務新加坡東半部。各集團包含若干醫院、專科醫療中心、聯合門診等（詳如附錄三）。

3. 政府補助

(1) 新加坡政府提供補助款給重組醫院或機構（restructured hospital /institutions）和志願性福利組織（Voluntary welfare organization ,VWOs）。

(2) 對醫院的補助方面，依病人所住病房等級不同，而有不同等級的補助，下表為 1999 年度的補助百分比，在 1999 年度，對重組醫院/機構，政府補助 6.11 億新幣。

<u>病房等級</u>	<u>政府補助</u>	<u>病人自付</u>
A	0	100%
B1	20%	80%
B2 ⁺	50%	50%
B2	65%	35%
C	80%	20%

(3) 所謂志願性福利組織，主要是提供服務給需要長期照護的群體，政府對這些機構有補助，包括這些機構所提供的洗腎、護理之家及安寧療護，衛生部補助它們約 50%營運成本及 90%資本投資，在 1999 年度補助這些機構約 3,600 萬新幣。

4. 政府對重組醫院補助基礎的改革

- (1) 新加坡衛生部在經過 17 個月的研究，資料收集、分析（含一年的試辦期）之後，於 1999 年 10 月 1 日起，以疾病組合(case-mixed)作為政府補助重組醫院的計算基礎，替代以往的論日計酬方式(per-diem)。
- (2) 該國所採用的是澳洲國家 DRG 3.1 版(Australian National DRGs，或 AN-DRG V3.1)，因為該國認為此版本較綜合性，較適用於該國。
- (3) 用 DRGs 方式計算補助款，比按病人住院日數補助方式有下述優點：
- A. 當醫院所照護病人較嚴重，平均每日耗用較多資源時，可得較多補助款。

B. 按一個住院期程總算，將會鼓勵醫院提供較佳服務，以縮短住院日。

C. 對於病人而言，付費規定及醫療儲蓄帳戶提領方面的規定並未改變，且由於醫院縮短住院日，病人的負擔會相對減少，而達成控制費用成長的目標。

5. 考察醫院簡介

此次考察，共參觀三家醫院，其一為新加坡綜合醫院（Singapore General Hospital），係屬東半部的「新加坡健康服務公司（Singapore Health Service Pte. Ltd，或 Singapore Group）」的一所最主要醫院；另一家國家大學醫院（National University Hospital），則屬西半部的「國家健康照護集團（National HealthCare Group）」的一所最主要醫院。此外，也參觀一家私立醫院伊利莎白醫院（Mount Elizabeth Hospital），為 13 家私立醫院中最大的醫院。

(1) 新加坡綜合醫院（Singapore General Hospital ,SGH）

A. 該院是公立醫院，成立於 1821 年，是新加坡歷史最久最大的急性的三級醫療醫院，接受來自一般開業醫師及二級醫院或社區醫院所轉診來的病人。

B. 該院於 1989 年 4 月 1 日重組，其管理權責由「衛生部」轉移到國營公司的手中，而這個公司屬性是國營公司。「重組」是衛生部對所有公立醫院的改造計畫，其目的是使醫院更能自主

經營，以迎合醫療服務快速的改變，及民眾期待的成長。

- C. 該院在 2000 年 3 月底，成為「新加坡健康服務公司 (Singapore Health Service Pte. Ltd ; or Singhealth)」中的一個最主要醫院，這個公司集團，共有 4 家醫院、4 個專科醫療中心及 7 個聯合門診，負責提供整合性服務給新加坡的東半部民眾。
- D. 該院的病床，於 2000 年 6 月總床數為 1,314 床，其中 A 級病床有 110 床，B1 級病床有 260 床，B2⁺級病床有 25 床，B2 級病床有 568 床，C 級病床有 134 床；洗腎床及加護病床共 217 床。
- E. 該院病床使用情形，1999 年占床率 77%，平均住院天數為 6.2 天。不同等級的使用情形不同，A 級、B1 級占床率為 59-60%，平均住院日為 4.8-4.9 天；而 B2、C 級占床率分別為 95%、91%，平均住院天數分別為 6.8 天、7.9 天。可見該國等級越低的病床，占床率越高，病人也住得較長。

F. 該院病床依上述分級，有不同的設施

病房等級	A	B1	B2+	B2	C
病患付費 〔新幣/每日〕	250-280	150-170	100	50	25
每房床數	1	4	5	6	9
設 施	空調 全自動電動 床 電視、電話 房內衛浴	空調 半自動電動 床 電視、電話 房內衛浴	空調 半自動電動 床 房內衛浴	自然通風	自然通風
其 他	可選餐	可選餐			

G. 該院提供的服務，共有 23 個專科，尤其是整形外科、燒傷、腎臟醫學、核醫、病理等，是全國的轉診中心。每天平均住院人次為 169 人次，門診為 2314 人次，急診為 325 人次，此外全年 55,335 次的手術中，有 23,811 次是門診手術（Day Surgery）。

H. 該院設有社會支持特別門診，專提供患者及家屬就醫及付費的諮商（Financial Counselling）。諮商內容包括

- (A) 該疾病醫療平均住院天數及平均花費。
- (B) 可從醫療儲蓄帳戶（Medisave）提領的最大金額。
- (C) 病患可否及如何申領醫療保險（Medishield）。
- (D) 對窮困病患如何得到社會救助（Medifund）。
- (E) 如何使用家人的醫療儲蓄帳戶。

(F) 如何預支保健儲蓄帳戶。

就醫病患或家屬如要申請動支保健儲蓄帳戶，必須填具授權書 (Medisave Authorization Form) 並簽名。參加醫療保險 (Medishield) 的病患，如符合給付範圍，想要申報時，必須在財務諮商公證書 (Financial Counselling Acknowledge Form) 上表達意願。若低收入者符合醫療社會救助 (Medifund) 條件者，必須填具申請書 (Medifund Application Form)

(2) 國家大學醫院 (National University Hospital)

- A. 該院是大學附設醫院，於 1985 年 7 月 24 日開始營運，也是政府第一個重組醫院，成立至今只有 16 年歷史，依 1999 年統計，該院有 20 個臨床部門 (含 29 個專科及 63 個次專科)。
- B. 該院擁有 957 個急性床位，是三級醫療醫院，是新加坡唯一的大學醫院，在 2000 年 3 月底起，該院已劃歸為國家健康照護集團 (National Health Group) 的三級醫院，屬新加坡西半部集團。
- C. 該院的病床分級，包括豪華套房 (deluxe suite)、A、B1、B2+、B2 及 C 等級，其每房容納人數與「新加坡綜合醫院」同，只有 C 級略異 (容納 8 人)，病患收費標準，每天需繳病房費豪華級 468 新幣，A 級 300 新幣，B1 級 192 新幣，B2 與 C 級與新加坡綜合醫院同。

- D. 該院依 1999 年統計，平均每天住院人次 119 次，平均每天門診人次為 1431 次。
- E. 該院設有手術中心（ Minimally Surgery Invasive Centre ， MISC ），與美國 John Hopkins Hospital 合作，由美國這家醫院提供遠距醫療與諮商，此手術中心也發展出，病態性肥胖患者的腹腔鏡手術與十二指腸腫瘤的腹腔鏡切除術。
- F. 該院社會工作部門，整合社工個案管理資訊系統與醫療救助資訊核准系統，因此工作同仁可以即時追蹤及更新個案資料，獲得可信資料，有助於醫療社會救助案的申請。

(3) 伊利莎白醫院 (Mount Elizabeth Hospital)

- A. 該院是 505 床的私立三級急性照護醫院，它是 Parkway Group Healthcare 集團下的一家醫院，這個集團是亞洲最大的私立醫療機構的組織，在新加坡有三家醫院，馬來西亞有兩家醫院，印尼有四家醫院，印度、斯里蘭卡及英國各有一家。
- B. 該院有 30 各專科，以提供最高品質的醫療服務為其使命，使用目前最新科技，雇用最有專業技術的人員提供服務，目前醫師數超過 900 人，其中有 300 多位醫師在該院的醫療中心設有診所，每個診間都有不同的設計，裝潢雅緻，很貴族化，掛號、收費、病歷管理，都由各診間自行處理。該院是亞太地區第一個獲得 ISO9002 國際品質授證的醫院。

六、心得與建議

新加坡的社會保障體系之發展，有其歷史及文化背景，尤其是政府決策者之理念，影響非常深遠。其構成主要包含四個層次：個人層次（含中央公積金、個人儲蓄）；家庭層次（含中央公積金、家中成員的互助）；社群層次（含健保雙全計畫、慈善團體）；政府層次（保健基金的醫療救助）。中央公積金為強制性的社會安全制度，保健儲蓄計畫(Medisave) 即為中央公積金制度之一環。下列分述該國的優勢、評論及建議：

（一）優勢

1. 新加坡醫療照護制度，主要強調個人責任，社會國家責任為輔。整體醫療照護制度包括保健儲蓄計畫(Medisave)、健保雙全計畫(Medishield)，以及保健基金計畫(Medifund)，亦即所謂的 3 M 制度，理念基本上是建立在反福利的原則上。政府決策者認為「一個男人應該對家庭、父母、妻子和孩子負責」，同時「福利制度破壞了人民的自立本能，... 人民繳稅繳得太多，因而失去了爭取成就的幹勁，進而依賴國家照顧他們的基本需要」(李光耀)。
2. 新加坡的醫療保健制度，對於整體醫療費用的控制及民眾的醫療照護，有其輝煌的成就，為世人眾所肯定。EIU(The Economist Intelligence Unit) 出版之'Healthcare Asia 1st quarter 2000'即提出根據世界銀行數據顯示，新加坡 Medisave 實施 15 年後，進入這個帳戶的錢，90%沒被花掉，淨資產成長了 350%，政府在醫療花費支出上顯著減少，1965 年占 51%，1984 年為 43%，1995 年為 20%，確實有節約效果。

(二) 評論

1. 根據前述'Healthcare Asia 1st quarter 2000'指出世界上並未廣泛採行 MSA，其主要理由在於：

(1) 財務效益質疑。民眾真的受益了嗎？新加坡醫療花費佔 GDP 比率低於 OECD 國家甚多，其中政府部門醫療花費率相當低，多數醫療費用是由民眾的儲蓄或口袋拿出。

(2) 保健儲蓄帳戶無法顧及長期需要。

採取健保雙全計畫等保險計畫，以補民眾就醫互助之不足。

(3) 文化差異與意識型態。強調社會連帶責任的國家比較不傾向採行新加坡的保健儲蓄帳戶。

2. 世界衛生組織 (WHO) 之 2000 年世界衛生報告指出，新加坡保健儲蓄帳戶 (MSA)：

(1) 確實增加個人免稅額及存款，並未證實民眾有更理性的消費行為。

(2) 助長論量計酬支付制度，較難去規範醫療品質。

(3) 健康服務需要高者，有更大的可近性障礙。

(三)、建議

1. 宜修正全民健康保險法，使可以試辦不同財務機制，如保健儲蓄帳戶配合重病保險等，俾利制度改革。目前我國健保之定位，有相當濃厚的社會互助、社會連帶責任的色彩，以至於現有全民健康保險法及相關解釋文，均賦予健保制度無限的責任，這對整體醫療費用的控制相當不利。

2. 保健儲蓄帳戶之概念，可作為其他照護如長期照護，財務機制的規劃方向。

3. 公立醫院應負擔不同使命，新加坡公立醫院之重組及集團化，極為值得借鏡。該國公立醫院重組，是公司化、企業化而非私人化，使醫院在提昇服務效率之同時，兼負社會責任。我國各系統公立醫院宜公司化以增進效率；但若要民營化，則有待斟酌。
4. 新加坡健康促進的推行，已證實影響人民的生活型態(表二)，而生活型態的改進，不但有助於醫療費用的節約，更有助於全民健康的獲得。我國健康促進計畫的推行，應落實到國民的日常生活。

(附錄一)
1999

Year :

Table1 : Bed Complement at Hospitals and Specialty Centres

Public Sector Hospitals & Specialty Centres	Bed Complement
Singapore General Hospital (SGH) *	1,438
National University Hospital (NUH) *	957
Tan Tock Seng Hospital (TTSH) *	1,312
(include Communicable Disease Centre and TTSH Rehabilitation Centre at AMKH)	
Changi General Hospital (CGH) *	801
Alexandra Hospital (AH) *	404
KK Women's and Children's Hospital (KKH)	898
Ang Mo Kio Community Hospital (AMKH)	178
Woodbridge Hospital (WH) -Psychiatric	3,114
National Cancer Centre (NCC)	85
National Heart Centre (NHC)	188
National Neuroscience Institute (HNI)	185
Singapore National Eye Centre (SNEC)	-
National Skin Centre (NSC)	-

National Dental Centre (NDC)

*Acute general hospitals

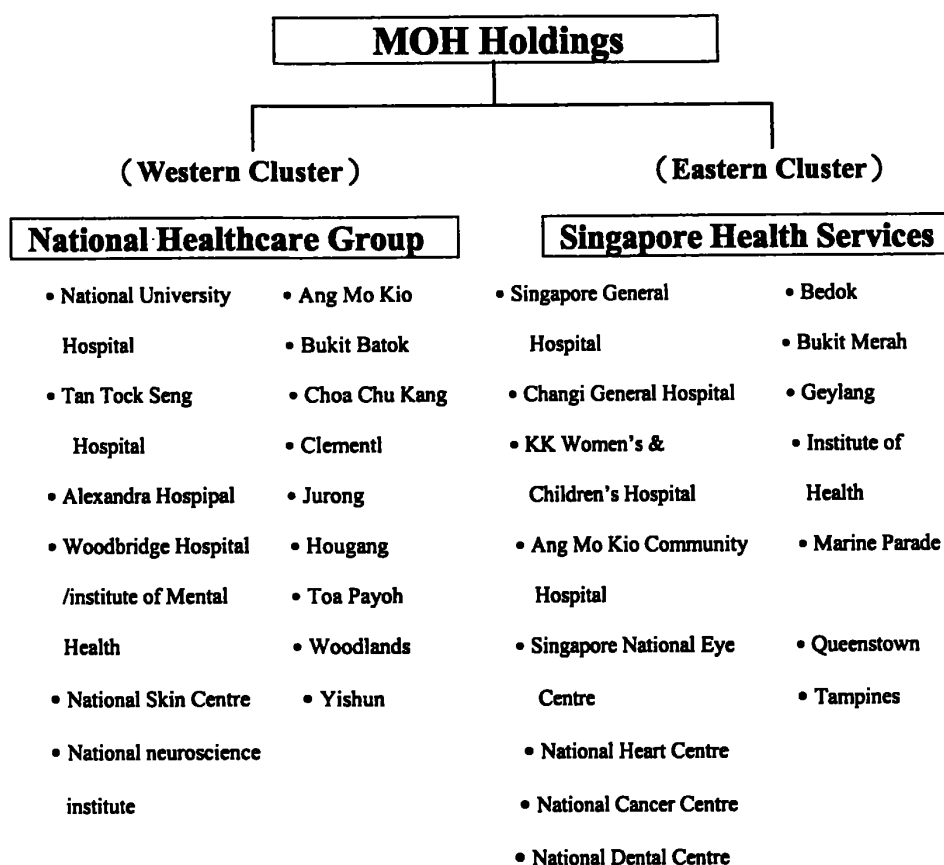
(附錄二)

Table2 : Bed Complement at Hospitals and Specialty Centres

Private Sector Hospitals	Bed Complement
Mount Elizabeth Hospital (MEH)	505
Gleneagles Hospital (GEH)	328
Eastshore Hospital (ESH)	157
Mount Alvernia Hospital (MAH)	300
HMI Balestier Hospital (HMI·BH)	62
John Hopkins Singapore Clinical Services	14
Thomson Medical Centre (TMC)	191
Ren Ci Hospital (RCH)	234
St Andrew's Community Hospital (SACH)	60
St Luke's Hospital for the Elderly (SLH)	224
Kwong Wai Shiu Hospital (KWSH)	30
Adam Road Hospital (ARH) -Psychiatry	49
Raffles Surgicentre	25

(附錄三)

ORGANISATION STRUCTURE



參考文獻

1. OECD Health Data, 1997.
2. Health Facts, Singapore Ministry of Health, 1997.
3. The Economist Intelligence Unit, Healthcare Asia 1st quarter 2000.
4. The World Health Report 2000, Health Systems : Improving Performance.
5. 李光耀 (2000), 「李光耀回憶錄 (1965~2000)」, 新加坡聯合早報
／聯邦出版社 (新) 私人有限公司合作出版。
6. 衛生統計, 中華民國八十六年。