

# 全民健康保險與各國健康照護服務系統現況比較

## 一、OECD 健康照護服務系統之分類：

本報告比較的國家主要為經濟合作暨開發組織(Organization For Economic Co-operation And Development)的二十四個家，各國依不同分類模式說明如下：

(一)依體制(organization)大約可分為三大類：

1. 國民保健服務模型(NHS, The National Health Service Model)：  
特色為範圍普及，財務來自一般稅收，醫療服務機構的所有權及控制權為政府所有，實施國家例如：英國、澳洲、丹麥、芬蘭、冰島、挪威、瑞典、紐西蘭、愛爾蘭、希臘、義大利、西班牙、葡萄牙等。
2. 社會保險模型(NHI, The Social Insurance Model)：  
特色為強制性的全面保險，財務由雇主及員工共同負擔，醫療機構由政府或私人擁有，採此類模式的國家最多，包括：德國、法國、加拿大、比利時、瑞士、荷蘭、盧森堡、奧地利、比利時、韓國、日本等國，美國之老人保險、貧民保險和我國之全民健康保險亦屬之。
3. 私人保險模型(The Private Insurance Model)：  
以雇主為單位或以個人為單位購買私人健康保險，財務由個人或與雇主共同分擔，醫療服務機構由民間擁有，例如：美國等。

(二)依健康照護之責任歸屬，可將各國區分為下列類別：

1. 自費模式(the voluntary out-of-pocket model)：  
無任何保險介入，消費者(病患)自費就醫。在愛爾蘭有一半以上民眾自付一般科醫師就診費用。
2. 自願性保險，由被保險人及企業依危險性大小分擔不同保險費(risk-related premiums)，另依保險人與醫事服務機構間之關係，可區分為：
  - (1)現金核退制(the voluntary reimbursement-of-patient model)：  
保險人與醫事服務機構間無任何關係，被保險人先行自費就醫後，由保險人依保險所訂項目核退醫療費用。
  - (2)特約醫療模式(the voluntary contract model)：  
由保險人特約之醫事服務機構提供醫療服務。
  - (3)自設醫療模式(the voluntary integrated model)：  
由保險人自設之醫事服務機構提供醫療服務。
3. 強制性保險或公醫制，由被保險人及企業依所得或薪資高低繳交保險費或稅金(income-related premiums or tax)予公共保險

人或公法人基金(public insured or funding bodies)或由一般稅支應所需費用。另依保險人與醫事服務機構間之關係，可區分為：

- (1)現金核退制(the public reimbursement-of-patient model)：  
保險人與醫事服務機構間無任何關係，被保險人先行自費就醫後，由保險人核退醫療費用。
- (2)特約醫療模式(the public contract model)：  
由保險人特約之醫事服務機構提供醫療服務。
- (3)自設醫療模式(the public integrated model)：  
由保險人自設之醫事服務機構提供醫療服務。

各國很少單純只有一種類型存在，多屬於混合多種模式，以下簡表說明：

國名	自設醫療模式	特約醫療模式	支付診察醫師模式
奧地利		所有醫療服務	論量計酬和論人計酬 採轉診制度
澳洲	公立醫院	私立醫院、除公立醫院以外的醫師、藥局	論量計酬和差額負擔 採轉診制度
加拿大		所有醫療服務	論量計酬 採轉診制度
丹麥	公立醫院	家庭醫師、醫院以外之專科醫師、藥局	28%論人計酬、63%論量計酬、9%其他 採轉診制度
芬蘭	醫院、健康中心	私立醫院、藥局、私立門診服務	薪水制、部分論人計酬 採轉診制度
希臘	醫師、牙醫師、醫院	私立醫院和藥局	薪水制 採轉診制度
冰島	醫院、健康中心	私人醫師、私立醫院、藥局	薪水制和論量計酬、 私人醫師採論量計酬
義大利	公立醫院、專科醫師	私人醫院、家庭醫師、私人專科醫師	論人計酬 採轉診制度
日本		所有醫療服務	論量計酬
盧森堡		所有醫療服務	論量計酬
紐西蘭		家庭醫師、藥局、部分非營利護理之家和醫院	論量計酬和差額負擔 採轉診制度
葡萄牙	家庭醫師、部分專科、公立醫院	私立醫院、部份鄉村醫師、X光檢驗和病理室	薪水制 採轉診制度

國名	自設醫療模式	特約醫療模式	支付初診醫師模式
瑞典	醫院、健康中心、藥局	私人醫師、私立醫院(占1%總病床)	薪水制，私人醫師採論量計酬 採轉診制度
土耳其	所有醫療服務		薪水制
美國		所有醫療服務	論量計酬

(三) 依主要財源和醫療服務提供者型態分類：

分類模式	國家
1. 社會保險和私人保險混合 公立醫療服務機構為主	荷蘭
2. 社會保險 公立和私立醫療服務機構為主	比利時、法國、德國、日本、盧森堡、奧地利(私立醫療服務機構占大部分)
3. 稅收 公立醫療服務機構為主	愛爾蘭、西班牙、英國、丹麥、芬蘭、希臘、冰島、葡萄牙、挪威、瑞典
4. 稅收 私立醫療服務機構為主	加拿大
5. 稅收 公立和私立醫療服務機構為主	澳洲、紐西蘭
6. 48%稅收, 52%社會保險 公立醫療服務機構為主	義大利
7. 私人保險 私立醫療服務機構為主	瑞士、美國
8. 沒有主要財務來源 公立和私立醫療服務機構為主	土耳其

## 二、全民健康保險制度與各國之比較：

國際醫療制度比較，除因可做比對的資料有限外，亦因各國經濟、人口、文化、制度等不同，使得在解釋醫療指標差異時，需小心各種可能的影響干擾因素（例如：年齡結構、人口密度及分布、出生率、死亡率、疾病發生率、保險給付範圍、醫療執業型態、行政效率、保險制度設計、民眾醫療行為等），而在同一指標比較時，又因為各國的定義不同，而有不同之計算基礎，例如：對於醫療保健支出應包括那些項目之費用，國際間並無一致看法(如：社會服務、學校醫療保健、醫療環境支出等是否應納入，即頗有爭議)，而對於

「醫院」、「療養院」等定義亦無共識，所以下列國際比較僅為初步比對方式。

下列將分述與各國在醫療保健經費、納保率、醫療資源、醫療利用率及醫療結果上之比較。

### 1. 與國民保健服務模型(NHS)、社會保險模型(NHI)和美國、日本、韓國之整體制度比較：

表一比較十個實施國民保健服務模型的國家，包括：丹麥、芬蘭、冰島、挪威、瑞典、愛爾蘭、英國、希臘、義大利、西班牙，其主要特色為：(1)保險財源以稅收為主；(2)全體民眾均納入保險；(3)醫療服務提供者以公立機構為主。另外，七個社會保險模型(NHI)的國家為：奧地利、比利時、法國、德國、盧森堡、荷蘭、瑞士，其(1)保險財源以保險費為主；(2)民眾加入不同的保險計畫；(3)以私立醫療機構為主。另外，增加鄰近本國之美國、日本、韓國進行比較。

各項指標互相比較結果說明如下：

#### (1) NHS 與 NHI 比較：

NHS 國家有較高的納保率，多為 100%，醫師費用酬付制度以薪水制和論人計酬制為主，急性病床數較低，顯示其對於醫療服務供給面有較高的管控能力，所以費用控制效果較佳，醫療保健支出占國內生產毛額(GDP)的比率較低，民眾的就診率、住院率和平均住院日數均較 NHI 國家低，但民眾有較高的等候期、就醫選擇權較少、醫療機構效率較差和民眾滿意度較低等問題，而 NHI 國家民眾滿意度較高，但是面臨供給及消費過量，醫療費用高漲的困境，而同一國內設有不同保險制度，付費與受益相異及部分族群無保險，也產生了公平性爭議。

#### (2) 全民健保與各國比較：

##### A. 結構面比較：

醫療保健支出占 GDP 比率均較 NHS、NHI 平均值和美、日、韓等低，表示我國醫療費用支出對於總體經濟壓力尚不太大，政府支出占 64%，民眾自付費用達 36%，比例較高。全民健康保險法定之強制保險人口為 97.5%，較 NHI 國家平均值(78%)高。每千人病床數(4.7)介於 NHS(3.9)與 NHI(5.9)平均值之間，較美國、韓國高，較日本低，所以住院醫療資源應算充足，未來則需加強慢性病床的增設。每千人醫師數(1.29)只較韓國(1.2)高外，均較 NHS、NHI、美、日等國低，顯示國內醫師數仍略嫌不足。

##### B. 過程面比較：

每人每年就醫次數(12.9)較各國高，但每百人每年住院率(12.3)則較各國低，門診次數高的原因，一方面可能因為採用

論量計酬支付制度和民眾就醫自由，促使就醫頻率較高，未來有必要加強支付制度的改革；另一方面，亦有可能因為國人習於疾病初發即看病，故少住院而多用門診服務。平均住院日數(9.2)則介於NHS和NHI平均值之間。

C. 結果面比較：

對於整體制度，有60.1%民眾認為現行透過健保來提供醫療服務的模式已經「不錯，不需再改」或「只要再稍加改善」，而NHI國家有43%認為只需小幅改革，多數均認為需大幅改革或完全改革，NHS國家則只有24%滿意現行制度。對於詢問民眾對於制度的滿意與否，全民健保民意調查，有61%民眾認為滿意，NHS國家為57%，NHI國家則平均為90%。每千人嬰兒死亡率僅較日本高，與NHS、NHI國家相當，平均餘命(男性：71.89歲；女性：77.76)高於韓國，但較NHS、NHI國家平均少兩歲。因為嬰兒死亡率、平均餘命等數值與整體經濟、衛生環境等相關，很難於短期醫療保健介入即可看見成果，故需長期監測，但民眾滿意度則是短期內評估介入結果很好的指標，而調查的結果，目前多數民眾均滿意全民健康保險的實施。

表一 全民健康保險和國民保健服務模型(NHS)、社會保險模型(NHI)、美、日、韓之整體制度比較：

	比較項目	全民健康保險	國民保健服務模型 NHS	社會保險模型 NHI	美國	日本	韓國
結構面	1. 醫療保健支出占國內生產毛額(GDP)%	5.27	7.6(0.1)	8.6(0.7)	13.8	6.9	5.5
	2. 強制保險人口%	97.5	100(0.1)	78(15)	23*	100	95
	3. 政府部門醫療保健支出占總醫療保健支出%	64	82(6)	77(0.1)	—	—	—
	4. 每千人急性病床數(每千人病床數)	4.7 5.28	3.9(0.7)	5.9(1.2)	3.8 4.4	13.5	3.48
	5. 每千人醫師數	1.29	2.6(0.8)	2.7(0.6)	2.3	1.7	1.2
過程	6. 每人每年就醫次數	12.9	5.2(2.8)	7.5(2.4)	5.3	12.9	4.6
	7. 每百人每年住院次數	12.3	15.4(3.3)	17.7(4.6)	12.5	13.0	7.1
結果	8. 平均住院日數	9.2	7.1(1)	10.5(2.7)	7.2	15	9.8
	9. 民眾滿意度%	60.1 61	24 57(29)	43 90(5)	—	—	—
	10. 每千人嬰兒死亡率	6.43	6.6(1.3)	7.1(1)	—	4.5	12.8
	11. 平均餘命(歲)	71.89 77.76	73.2(1.3) 79.9(1)	73.2(0.8) 79.9(1)	73 79	76.6 83.0	67.8 75.7

註：1. NHS與NHI資料來自：Javier Elola: Health Care System Reforms in Western European Countries: The Relevance of Health Care Organization. International Journal of Health Services, Volume 26, Number 2, Page 239-251, 1996.

(1) NHS國家為丹麥、芬蘭、冰島、挪威、瑞典、愛爾蘭、英國、希臘、義大利、西班牙等十國；NHI國家為奧地利、比利時、法國、德國、盧森堡、荷蘭、瑞士等七國。

(2) 醫療保健支出之資料為1992年OECD數據，其餘為最近之資料。

(3) 括弧內之數據為標準差。

2. 全民健康保險為1995.7月-1996.6月之資料，美國為1990年資料，日本為1992年資料，韓國為1994年資料。

3. 美國1992年之納保率包括medicare 13%，medicaid 10%，其他商業保險之63%則不予列入。

4. 韓國約5%低收入戶由社會救助系統保障其醫療照護，另外95%加入社會保險。

## 2. 與各國醫療保險強制人口比率之比較(表二)：

依據全民健康保險法第十條之規定，凡具有中華民國國籍且在臺閩地區設有戶籍滿四個月或在臺有固定雇主之受雇者、軍人之被保險人和其眷屬，或在臺閩地區辦理戶籍出生登記且符合眷屬條件之新生嬰兒，均為全民健康保險之保險對象，且依全民健康保險法第十一條之一規定，凡符合投保資格之保險對象，除了軍人、受刑人和失蹤六個月以上者，其餘民眾應一律參加全民健康保險，所以依法強制保險人口比率為 97.5%(扣除軍人等)，至於目前仍在保的民眾，截至八十五年六月底止，為 1970 萬餘人，占可納保人數之 94.92%(占全人口之 92.3%)。表二所列各國家的強制保險人口比率，除了荷蘭與土耳其外，其餘各國均在 92%至 100%間，多數國家在 1960 年至 1980 年間，擴大政府醫療保險之合格納保人數，大幅提高納保率。

表二 全民健康保險與各國強制保險人口比率比較：

國名	1960	1970	1980	1990
	強制保險人口%	強制保險人口%	強制保險人口%	強制保險人口%
台閩地區	—	—	—	97.5
日本	88.0	100.0	100.0	100.0
德國	85.0	88.0	91.0	92.2
法國	76.3	95.7	99.3	99.5
義大利	87.0	93.0	100.0	100.0
英國	100.0	100.0	100.0	100.0
加拿大	68.0	100.0	100.0	100.0
澳洲	77.0	79.0	100.0	100.0
奧地利	78.0	91.0	99.0	99.0
比利時	58.0	85.0	99.0	98.0
丹麥	95.0	100.0	100.0	100.0
芬蘭	55.0	100.0	100.0	100.0
希臘	30.0	55.0	88.0	100.0
冰島	100.0	100.0	100.0	100.0
愛爾蘭	85.0	85.0	100.0	100.0
盧森堡	90.0	100.0	100.0	100.0
荷蘭	71.0	86.0	74.6	69.2
紐西蘭	100.0	100.0	100.0	100.0
挪威	100.0	100.0	100.0	100.0
葡萄牙	18.0	40.0	100.0	100.0
西班牙	54.0	61.0	83.0	99.0
瑞典	100.0	100.0	100.0	100.0
瑞士	74.0	89.0	96.5	99.5
土耳其	5.8	26.9	38.4	55.1

註：1.資料來源：OECD Health Data File, for the United State, CBO 1992.

2.強制保險人口比率：全國總人口數接受公共醫療保險計畫之百分比。

3. 台閩地區爲 1995 年 6 月之資料。

### 3. 醫療資源與醫療利用率比較(表三)：

#### (1) 醫師人數：

1995 年台灣地區每千人醫師數 1.2，除較土耳其(0.8)高之外，較各國低，顯示醫療資源尚不夠充足，依據行政院衛生署「建立醫療網第三期計畫」(草案)規劃，預計至民國八十九年國內平均每千人醫師數可達 1.33 人。依各國經驗，採論量計酬支付制度之下，如果醫師過量，會更容易產生供給誘發需求之現象，導致醫療費用快速上漲，故對於醫師人數的調整有必要採逐漸緩慢成長方式，依據國內需要，訂定合理目標值。另外文獻資料分析亦顯示 OECD 國家有醫師人力供給過剩的現象，故很難依國際資料比較來確定我國醫師人力是否不足，而國內尚有醫療資源分布不均的問題，使某些都會以外地區居民就醫可近性受到影響，故何為合理醫師人力？如何均衡醫療資源？以及未來採管理式競爭醫療服務改革之可能性，均值得進一步探討。

#### (2) 病床數：

1995 年台灣地區每千人急性病床數為 4.7，與加拿大、芬蘭、冰島、挪威、愛爾蘭、荷蘭等相當，略高於英國、美國，但少於奧地利、西德等國，住院病床數的供給上並不遜色。

#### (3) 急性病床住院率：

1995 年台灣地區急性病床住院率為 12.3%，除略高於葡萄牙、西班牙、荷蘭外，均低於其他國家，顯然國人住院利用率尚稱合理。

#### (4) 平均住院日數：

台灣地區急性病床平均住院日數為 9.2 日，較瑞典、德國、荷蘭等國家低，但高於美國、英國、瑞典等國。另國內長期照護體系不足，病患於急性期診治之後，無法完全轉至慢性病房或長期照護機構，造成慢性病患占用急性病床的現象，增加了急性病床之平均住院日數，所以健全長期照護體系，將為未來衛生主管單位和本局努力的目標。

#### (5) 就診率：

1995 年平均每人每年就診次數 12.9 次，除與日本相當之外，均較各國高，所以國人有門診使用頻率過高的現象，惟部分國家實施醫藥分業，所以分為每年醫師諮詢率和用藥處方率，另外，各國在就診規範及每次提供的服務量均有不同規定，故在比較上可能因為計算基礎不一致而導致差異。



表三 全民健康保險與各國醫療資源與醫療利用率比較

國名	每千人醫師數 (1988)	每千人急性病床數 (1987)	每百人急性病床住院率 (1989)	急性病床平均住院日數		平均每人每年就診次數 (1989)
				1989	1992	
台閩地區	1.2	4.7	12.3	—	9.2	12.9
澳洲	—	5.5	22.3	5.6	5.2	8.9
奧地利	2.0	6.5	20.8	10.9	9.6	5.8
加拿大	2.2	4.3	13.8	10.5	—	6.8
丹麥	2.7	5.0	20.4	6.7	6.3	5.6
芬蘭	2.3	4.5	16.5	7.3	—	3.5
希臘	3.2	4.0	12.4	7.4	7.4	5.4
冰島	2.7	4.9	19.6	6.3	—	4.2
義大利	1.3	—	—	—	—	11.0
日本	1.6	—	—	—	—	12.9
盧森堡	1.9	7.3	19.5	10.7	10.3	—
紐西蘭	1.9	—	—	—	—	—
挪威	3.1	4.8	14.4	7.8	7.8	—
葡萄牙	2.7	3.7	10.4	8.6	9.3	2.8
瑞典	2.8	4.2	16.4	6.8	6.3	2.8
瑞士	2.9	6.7	13.6	14.0	12.1	—
土耳其	0.8	1.7	—	—	—	—
美國	2.3	3.8	12.5	7.3	7.2	5.3
比利時	3.2 <sup>a</sup>	5.5 <sup>a</sup>	17.0	10.0 <sup>b</sup>	—	7.4
法國	2.5 <sup>a</sup>	5.6 <sup>a</sup>	20.6	7.2 <sup>b</sup>	—	7.8
西德	2.8 <sup>a</sup>	7.6 <sup>a</sup>	18.7	12.4 <sup>b</sup>	—	10.8
愛爾蘭	1.5 <sup>a</sup>	4.7 <sup>a</sup>	16.4	7.0 <sup>b</sup>	—	6.5
荷蘭	2.4 <sup>a</sup>	4.8 <sup>a</sup>	10.4	11.5 <sup>b</sup>	—	5.4
西班牙	3.5 <sup>a</sup>	3.5 <sup>a</sup>	9.0	9.7 <sup>b</sup>	—	4.2
英國	1.4 <sup>a</sup>	3.2 <sup>a</sup>	12.9	7.8 <sup>b</sup>	—	5.2

註：1.資料來源：The reform of health care systems—A review of seventeen OECD countries.1994.

2.台閩地區為1995年資料。

3.‘a’表示1989年資料，‘b’表示1986年資料。

#### 4.醫療保健支出占國內生產毛額(GDP)比率之比較：

我國醫療支出占GDP比率(5.27%)除較土耳其高外，均較其餘國家低，顯示我國醫療保健支出對於整體國民經濟壓力不致於太大，惟民眾自付部分，占總醫療保險支出36%，其比率高於其他實施全民健康保險的國家，此為值得進一步分析原因之部分。

表四 全民健保與各國醫療保健支出占國民生產毛額(GDP)比率之比較：

國名	每人平均 GDP (千美元)	醫療保健支出 占 GDP 比率%	公共醫療保健 支出占總醫療 保健支出比率%
台閩地區	10.74	5.27	64
美國	23.2	14.0	45.7
瑞典	22.3	9.3	67.9
盧森堡	21.8	7.4	91.4 <sup>a</sup>
日本	19.7	7.0	71.2
加拿大	19.1	10.8	72.7
奧地利	18.1	8.8	65.2
丹麥	17.8	6.6	82.0
挪威	17.6	8.0	94.8
義大利	17.5	8.5	75.2
冰島	17.1	8.0	85.2
澳洲	16.8	7.9	67.6
瑞典	16.7	7.9	85.6
芬蘭	14.5	9.4	79.3
紐西蘭	14.4	7.7	79.0
葡萄牙	9.8	6.0	69.8
希臘	6.3	5.4	76.1
土耳其	3.7	4.1	65.7 <sup>a</sup>
德國	20.4	8.7	71.5
法國	18.6	9.4	74.8
比利時	18.2	7.9	88.9
荷蘭	17.0	8.6	76.6
英國	16.3	7.1	84.4
西班牙	12.9	7.5	80.5
愛爾蘭	12.4	7.1	76.1 <sup>b</sup>

註：1. 資料來源：

(1) The reform of health care systems—A review of seventeen OECD countries. 1994.

(2) The reform of health care—A comparative analysis of seven OECD countries. 1993

2. 台閩地區為 1995 年資料。

3. 各國資料多為 1992 年，其中“a”標示者為 1990 年資料，“b”標示者為 1991 年資料。

## 5. 民眾滿意度之比較：

根據八十五年五月之全民健康保險民意調查國人對於目前透過健保來提供全民醫療服務制度之看法，有 18%受訪者認為制度不錯，不需要再改變，有 42.1%認為只要再稍加改善就可以，10%表示需要一些重大改變，4.3%認為需要徹底改革，另有 25.6%無意見。與各國 1991 年資料相比，國人對於全民健康保險制度的滿意度算是相當高。

表五 全民健康保險與各國民眾滿意度之比較：

國名	制度良好 只需局部改革 (滿意)	制度尚可 需基礎改革 (尚可)	制度不佳 需全部改革 (不滿意)
台閩地區	60.1% <sup>a</sup> 61.0% <sup>b</sup>	10% <sup>a</sup>	4.3% <sup>a</sup> 27.0% <sup>a</sup>
荷蘭	47%	46%	5%
德國	41%	35%	13%
法國	41%	42%	10%
瑞典	32%	58%	6%
英國	27%	52%	17%
西班牙	21%	49%	28%
義大利	12%	46%	40%
美國 <sup>c</sup>	18%	53%	28%
加拿大 <sup>c</sup>	29%	59%	12%

註：1. 資料來源：Harvard/cuanter survey,1991;and R.J.Blendon et al:Satisfaction with Health Systems in Ten Nations, Health affairs(Summer 1990):188-189.

2. 台閩地區資料來源：

a. 全民健康保險民意調查(第三季),1996,5.，調查內容：對目前透過健保來提供全民醫療服務制度，您認為：(1)制度不錯，不需要再改變；(2)只要再稍加改善就可以；(3)需要一些重大改變；(4)需要徹底改革。本欄資料合併(1)、(2)列於只需局部改革。

b. 民生報之全民健康保險民意調查,1996.6.10，調查內容：對於全民健康保險的滿意程度。

3. 標示“c”之資料來源：Harvard/Harris/Robert Wood Johnson Foundation,1994。

## 6. 各國之平均餘命與新生兒死亡率(perinatal mortality rate)之比較(1991)：

與各先近國家相比，我國男性與女性的平均餘命僅高於葡萄牙、土耳其、愛爾蘭，嬰兒死亡率則並未顯著高於各國。

表六 我國與各國平均餘命與新生兒死亡率(perinatal mortality rate)之比較(1991)：

國名	平均餘命		嬰兒死亡率
	男性	女性	%
台閩地區	71.9	77.8	0.64
澳洲	74.4	80.4	0.96
奧地利	72.6	79.2	0.65
加拿大	73.8 <sup>a</sup>	80.4 <sup>a</sup>	0.77 <sup>a</sup>
丹麥	72.2	77.7	0.79
芬蘭	71.4	79.3	0.68
希臘	74.0	79.4 <sup>b</sup>	1.11
冰島	75.1	80.8	0.46
義大利	73.6	80.3	1.04
日本	76.1	82.1	0.53
盧森堡	72.0	79.1	0.96
紐西蘭	72.8	78.7	0.74 <sup>a</sup>
挪威	74.0	80.1	0.74
葡萄牙	69.8	77.3	1.21
瑞典	74.9	80.5	0.65
瑞士	74.1	80.9	0.71
土耳其	64.1 <sup>a</sup>	68.4 <sup>a</sup>	—
美國	72.0	78.9	0.87
比利時	72.4 <sup>b</sup>	79.1 <sup>b</sup>	1.02 <sup>c</sup>
法國	72.5 <sup>b</sup>	80.6 <sup>b</sup>	0.89 <sup>b</sup>
德國	72.6 <sup>b</sup>	79.0 <sup>b</sup>	0.64 <sup>b</sup>
愛爾蘭	71.0 <sup>b</sup>	77.0 <sup>b</sup>	0.99 <sup>b</sup>
荷蘭	73.7 <sup>b</sup>	79.9 <sup>b</sup>	0.96 <sup>b</sup>
西班牙	74.5 <sup>c</sup>	80.1 <sup>c</sup>	1.00 <sup>c</sup>
英國	72.8 <sup>b</sup>	78.6 <sup>b</sup>	0.90 <sup>b</sup>

註：1. 資料來源：

(1) The reform of health care systems—A review of seventeen OECD countries. 1994.

(2) The reform of health care—A comparative analysis of seven OECD countries. 1993

2. 台閩地區為 1995 年資料。

3. 各國資料多為 1991 年,其中“a”標示者為 1990 年,“b”標示者為 1992 年資料,“c”標示者為 1987 年。

