

超歐趕美——

從瑞典、美國看台灣健保制度

彭芊雅、熊妍媛、陳冠妤、陳乙薰

高中生組

大學生組

研究生組

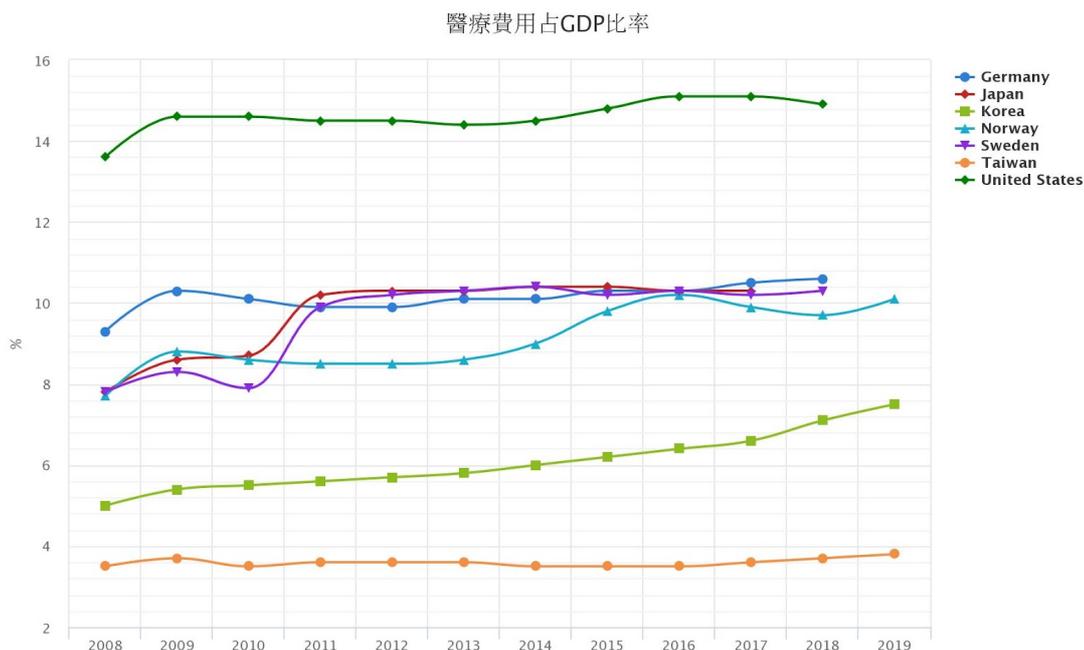
臺北市立第一女子高級中學

主辦單位：財團法人國家實驗研究院科技政策研究與資訊中心

中華民國 110 年 12 月

壹、前言

台灣健保制度自民國 84 年開始，至今已 99.8%的國人納入健保，對台灣社會有極大幫助。於民眾而言，健保負擔醫藥費，且醫療費用占 GDP 比率低，代表醫療與藥物費用低，使門診與急診的就診率上升，例如民國 108 年每十萬人有 94,887 人使用過醫療資源；於醫護人員而言，因台灣就診率高，醫生們有機會接觸到各式各樣的患者，增加實際經驗，推動醫療進步。上述優點使台灣健保受到許多讚賞，讓台灣醫療在國際間發光發熱。



資料來源：衛福部
圖形繪製：國研院科技政策研究與資訊中心 PRIDE 指標資料庫

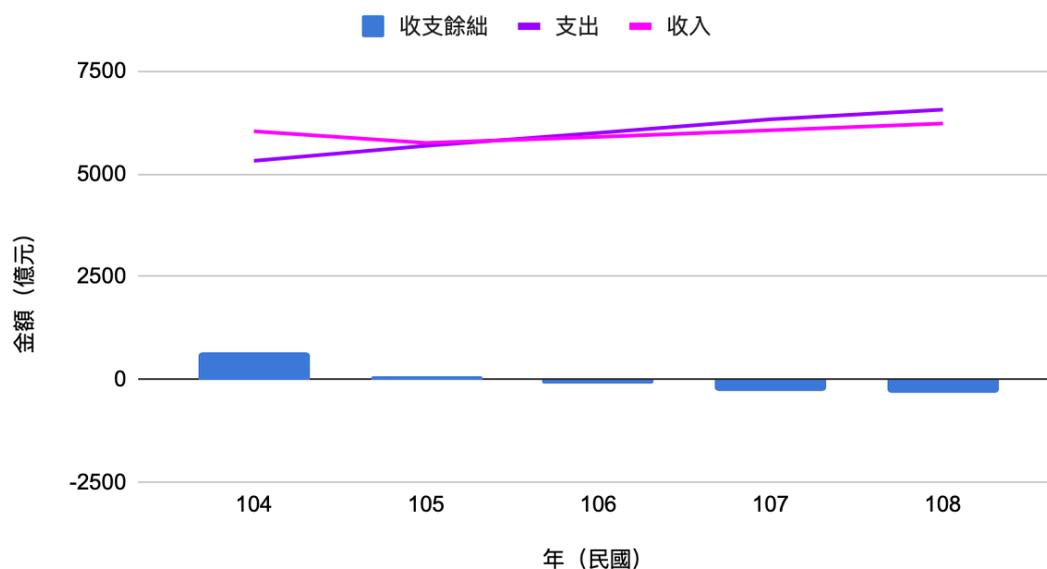
Highcharts.com

資料來源：PRIDE 政策研究指標資料庫
系統編號：MH10306-0060

圖一、各國醫療費用占 GDP 比率

然而自民國 106 年，衛福部的統計顯示（如圖二），健保已入不敷出，且負額狀況逐年加重，根據健保署署長李伯璋在總額協商會議中表示，健保虧損乃因人民濫用醫療資源、藥物價格高、老年人口增加等，若政府不正視這些問題，未來健保必將破產。本文將先深入了解台灣健保的現況，研究目前存在的三種健保制度，以瑞典（國民保健服務）、美國（私人與社會保險並行）為代表，和台灣的社會保險制進行比較，分析不同健保制度對政府、醫療人員、醫療使用者的影響，最後提出我們對於台灣健保改革的想法。

民國104-108年台灣健保支出、收入與收支餘絀



資料來源：衛生福利部中央健康保險署 <https://reurl.cc/nnWZbl>

圖表繪製：本研究自行繪製

圖二、民國 104-108 年台灣健保支出、收入與收支餘絀

貳、內文

一、台灣健保現況

(一) 健保資金來源

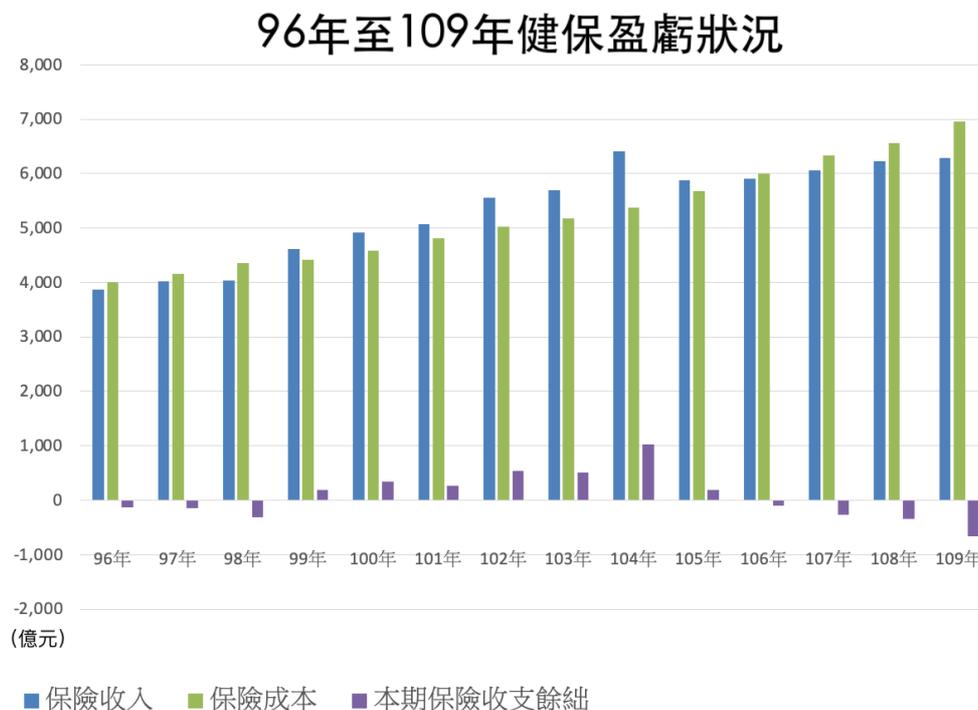
健保財源以保費收入為主，並以量能負擔為原則，將保險對象分為六類，以不同的計算方式進行收費，例如：有工作者，由雇主付 6 成、勞工自付 3 成、政府 1 成；無工作者，由民眾自付 6 成、政府負擔 4 成。若以公務員來看，政府必須擔任雙重角色——政府與雇主，增加政府的負擔，目前政府須支付健保總經費的 36%，但自民國 105 年起，政府開始短付費用，至今已累計 847 億未付款⁽⁵⁾。

(二) 部分負擔制度

目前醫療院所採用「定額制」，指民眾就醫時，除了原先的掛號費，還有大約新台幣 50 至 550 元的門診或急診須自行負擔，以及最高 200 元的藥品部分負擔。但依照《全民健康保險法》第 43 條規定，部分負擔應採用「定率制」，當民眾就醫時，應自行負擔診察、藥費、手術費等醫療費用的 20%，而若未經轉診到大醫院就醫者，部分負擔甚至更高，可達 30 至 50%，即為定率制。定率制可以防止醫療資源濫用，提升醫療效率，降低健保負擔⁽⁵⁾。

(三) 健保盈虧狀況

台灣健保能否長久運行，最關鍵的是盈虧狀況，根據圖三可知，民國 96 至 109 年健保收支總額大致呈上升趨勢，但健保收入在民國 96 至 109 年的成長率為 4.45% 小於健保支出成長率的 5.23%，在民國 106 年開始虧損，且虧損金額逐年攀升，若以目前健保收支的成長率推算，未來盈虧狀況將不樂觀。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署 <https://www.nhi.gov.tw>

圖表繪製：本研究自行繪製

圖三、96 年至 109 年健保盈虧狀況統計圖

政府通常以調整保費的方式因應收支短絀，自民國 84 年三月開始實施全民健保，到民國 110 年，一共調整過五次保費，且自民國 102 年增設補充保險費率制度。

補充保險費率是二代健保的新措施，投保民眾若有符合規定之高額獎金、兼職所得、租賃所得、利息所得等收入，即為補充保險費的扣費義務人；投保單位須以每月支付薪資總額與受僱者每月投保金額間的差額，按規定補充保險費率。在民國 102 年雖調降一般健保費率，但由於新增補充保險費率，實為分流調漲健保費率。

從表一可看出，健保費率大致呈增長趨勢，在《健保法》中規定費率不能超過 6%，故政府會依據前年收支情形調整費率，避免單次大幅調漲，而民國 99 至 101 年和民國 110 年起的費率最高，為 5.17%，因從圖三可知，在民國 96 至 98 年與 106 年起健保呈現連年虧損，故政府調漲費率確保健保得以持續經營⁽⁵⁾。

表一、台灣歷年來健保保費費率調整

時間	一般健保費率	補充保險費率
1995 年至 2002 年	4.25%	
2002 年至 2010 年	4.55%	尚未開辦
2010 年至 2012 年	5.17%	
2013 年至 2015 年	4.91%	2%
2016 年至 2020 年	4.69%	1.91%
2021 年開始	5.17%	2.11%

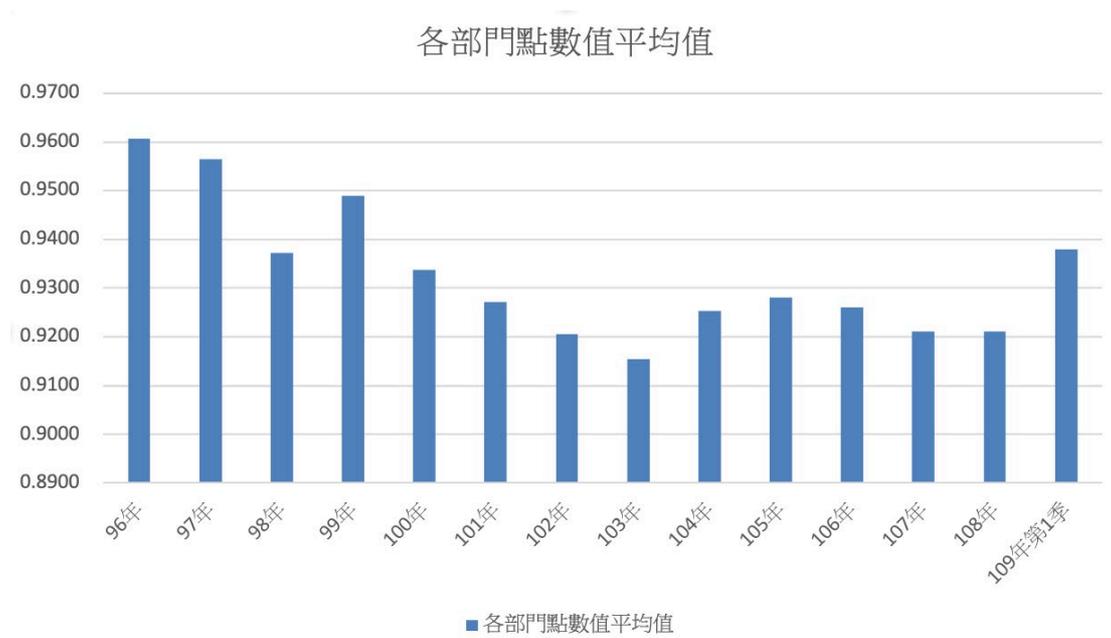
資料來源：衛生福利部中央健康保險署 <https://www.nhi.gov.tw>

圖表繪製：本研究自行繪製

（四）服務平均點值

點值是指醫院提供民眾服務換取相對應的點數，一點可以兌換成的實際新台幣，即為該年度的點值。政府分配給各醫院的預算有一定值，並根據點值的多寡按比例分配。而點值的累計，則是根據就醫人數及提供服務的種類計算。

在圖四中，是以原始資料提供的牙醫、中醫、西醫基層、醫院、門診透析五個部門，將其點值平均後製作的圖表。點值的換算是基於健保的「總額制度」。由於政府每年分配給各部門的預算是有限的，因此醫院提供服務所得的點數如果越多，每一點實際的價值將會越小。而從圖中 96 年至 108 年的點值，大致上逐年下降來看，其原因可推測為醫療產業所提供的服務量越來越多，導致在同一總額體系下的醫院開始競爭以獲得更多點數。此外，民眾就醫自由度高，逛醫院所浪費的醫療資源，皆由醫院吸收，增加其負擔而造成惡性循環。而 109 年第一季之所以較高，應是疫情導致就醫人數下降，故平均點值較高⁽⁹⁾。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署 <https://www.nhi.gov.tw>

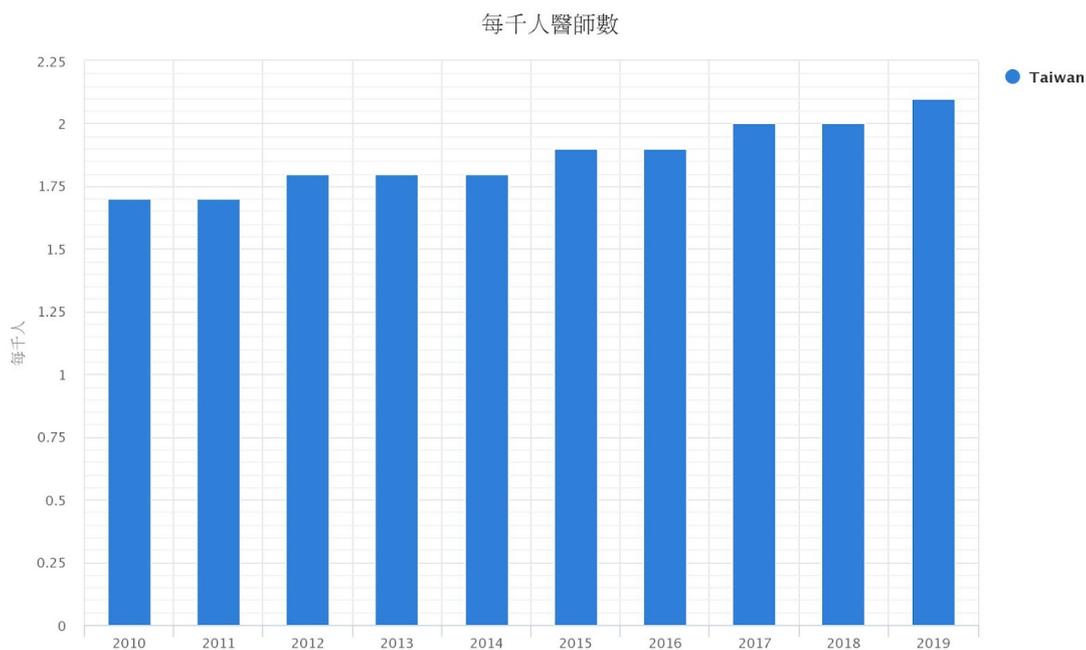
圖表繪製：本研究自行繪製

圖四、各醫療部門點數值平均值

（五）台灣執業醫事人員數

執業醫事人員包含西醫師、牙醫師、中醫師、藥師、護理師。而從圖五可知，台灣從事醫療行業的人數大致逐年上升。

從圖六中可得知台灣執業醫事人員數從 99 年至 108 年，平均每年增加 9,503 人，顯示越來越多人投身醫療行業，醫療體系也更完整。而平均每千人執業醫事人員數也從 99 年開始增加，至 108 年達 2.1 人，可知醫療照護亦更趨完善。



資料來源：衛福部
圖形繪製：國研院科技政策研究與資訊中心 PRIDE 指標資料庫

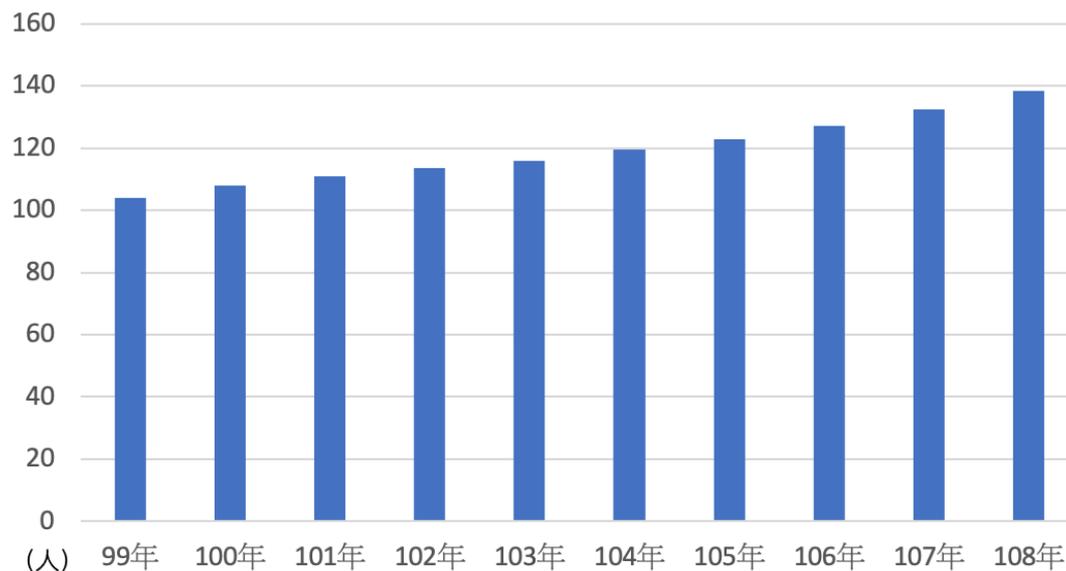
Highcharts.com

資料來源：PRIDE 政策研究指標資料庫

系統編號：MH10306-0054

圖五、台灣每千人醫師數

平均每萬人口執業醫事人員數



資料來源：衛生福利部中央健康保險署 <https://www.nhi.gov.tw>

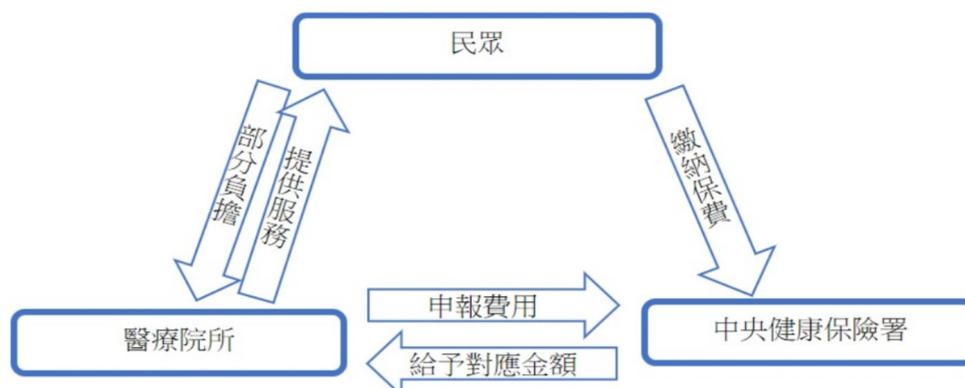
圖表繪製：本研究自行繪製

圖六、台灣平均每萬人口執業醫事人員數

二、台灣、瑞典與美國健保制度之簡介

(一) 台灣

台灣健保採社會保險制，具強制性因此有全民健保之稱，由中央健康保險署管理。其財源來自人民繳交的保費，收費標準會依照人民的職業、收入而有所不同，以量能負擔為原則。此外，人民可自由選擇醫療院所就醫，需自行支付門診、住院等部分負擔。醫療院所再向中央健康保險署申報費用，領取相對應的金額，如圖七所示^(1,3)。



資料來源：行政院 國情簡介 <https://www.ey.gov.tw/state/>

圖表繪製：本研究自行繪製

圖七、台灣健保運作流程圖

(二) 瑞典

瑞典健保制度採國民保健服務 (NHS)，是由國家設置的公立醫院及醫師為所有民眾服務，具有強制性。收費標準採用「上限機制」，每年看診費若累積至一定金額，此後即完全免費，此上限為人人皆負擔的起。瑞典之健保主要財源來自個人所得稅，極小部分來自國家保險。依照病情嚴重程度分為兩級：基層醫療與次級醫療，分別由區域的家庭醫生或公立醫院進行治療。然而，瑞典的醫療服務須至少提前一個禮拜預約，造成其質量與效率較低。

就上述原因，瑞典政府於 2010 年開始鼓勵民眾使用私人保險，前往私立醫院就診，以節省就醫等待時間。瑞典的私立醫院，必須經政府授權，並接受政府所開出的條件才得以營業，其收費標準與公立醫院相等，然而規模較小，服務項目也較少，因此醫療人才大多留滯於公立醫院，也較受民眾信賴⁽³⁾。

表二、瑞典公立醫院與私立醫院之比較

指標	公立醫院	私立醫院
保險制度	國民保健	私人保險
管理單位	政府	私人企業
收費標準	上限機制	
服務項目	多	少
就醫等待時間	較長	較短
專業人才	多	少

資料來源：香港 01<https://www.hk01.com/>

圖表繪製：本研究自行繪製

（三）美國

美國健保制度採私人與社會保險並行，不具強制性，大致可分為三種：貧困者醫療補助保險、聯邦醫療照顧保險、私人保險制度。以下就三種制度加以說明^(2,3)：

1. 貧困者醫療補助保險 (Medicaid)

Medicaid 是為低收入群體提供的醫療保險，主要由州政府出資，並自行設定貧困線和資產標準來確定申請人的資格。

2. 聯邦醫療照顧保險 (Medicare)

Medicaid 是為年滿 65 歲長者以及未滿 65 歲但有長期殘障或永久性腎臟衰竭患者提供的醫療保險，適用者使用一般的醫療服務不用收費，費用由聯邦政府和州政府共同負擔，然而使用者需已向國家繳納醫療保險稅 10 年以上才適用。

3. 私人保險制度

不符合上述身分的人，需自行向私人醫療保險公司購買產品，每家醫療保險的內容不盡相同，投保者可自行選購。此為最多人選用的健保。

表三、美國健保之比較

指標	Medicaid	Medicare	私人保險
保險對象	低收入戶	年滿 65 歲長者與 特定疾病患者	一般民眾
管理單位	州政府	州政府與聯邦政府	私人醫療保險公司
門檻限制	符合各州訂定標準	繳納 10 年醫療保險稅	無

資料來源：The News Lens 關鍵評論 <https://www.thenewslens.com/>

圖表繪製：本研究自行繪製

表四、各國主要健保制度之比較

指標	台灣	瑞典	美國
主要健保制度	社會保險制	國民保健制	私人保險制
強制性	有	有	無
資金來源	保險費	個人所得稅	民眾自費
管理單位	中央政府	中央政府	保險公司

資料來源：The News Lens 關鍵評論 <https://www.thenewslens.com/>

圖表繪製：本研究自行繪製

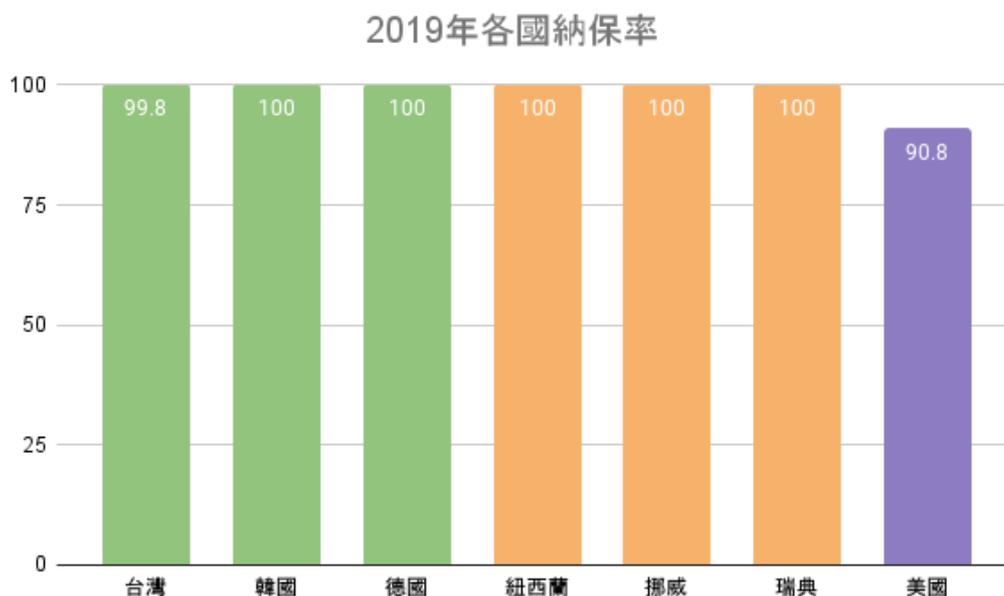
三、不同面向比較三種健保制度對社會與健康的影響

我們將探討私人保險制（在圖中為紫色）、國民保健制（在圖中為橘色）、社會保險制（在圖中為綠色）各個面向對於人民健康與社會的影響，並以美國及瑞典為代表，與台灣健保進行比較^(4,11)。

（一）納保率

根據圖八，使用社會保險制與國民保健制的國家納保率皆趨近於 100%，而使用私人健保制的美國則是 90.8%，從前文可知，因為美國的健保制度不具強制性，有些民眾

因不符合該州政府之保險資格而選擇不納保。而台灣的健保於法律上具有強制性，在施行上卻並未強制全民納保，因此自開辦至今，納保率仍未達 100%。



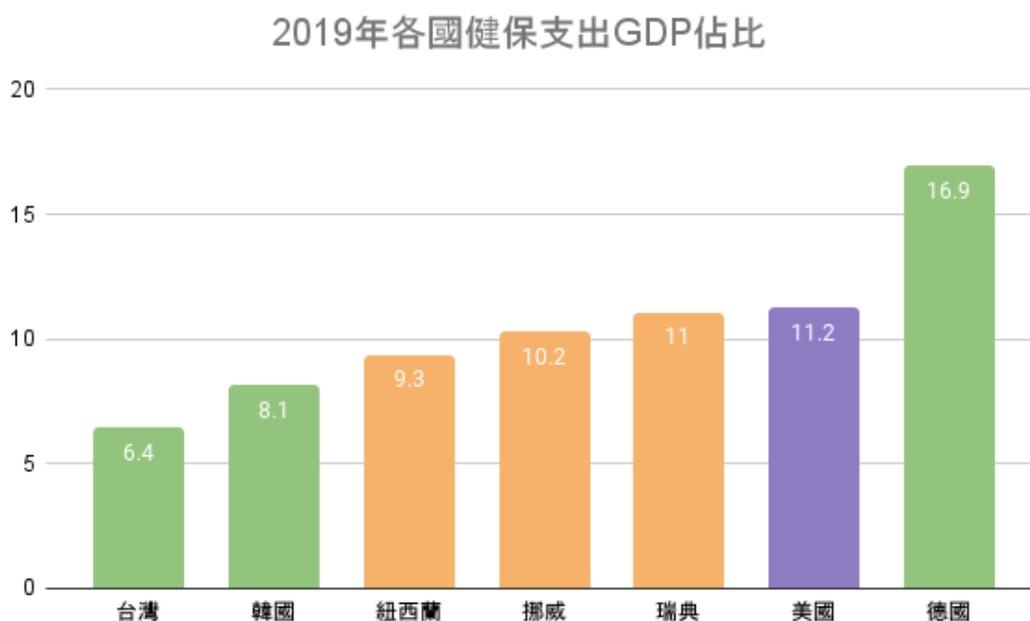
資料來源：衛生福利部中央健康保險署、世界經濟合作與發展組織健康統計資料(OECD Health Statistics)

圖表繪製：研究者自行繪製

圖八、各國 2019 年納保率

(二) 健保支出 GDP 占比

前文提及台灣健保支出呈增長趨勢，但根據圖九可知，GDP 占比依舊遠低於其他國家。如前文所示，台灣健保結餘逐漸走向負值，政府因而推動節流政策，減縮各項支出，造成支出比他國少⁽⁶⁾。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署、世界經濟合作與發展組織健康統計資料(OECD Health Statistics)

圖表繪製：本研究自行繪製

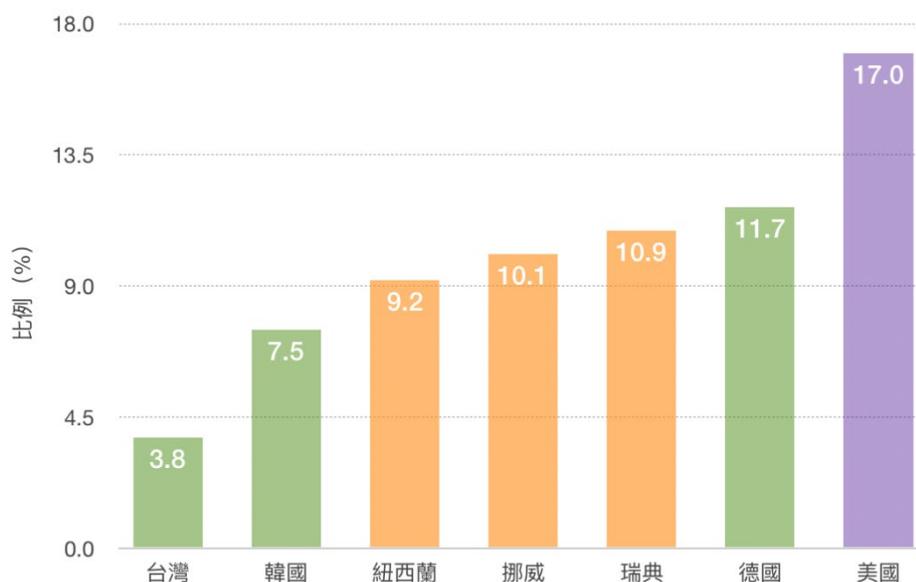
圖九、各國 2019 年健保支出 GDP 佔比

(三) 醫藥費用

醫療費用包含藥費、醫療費、醫院設備等，從圖十可知台灣的醫療費用 GDP 佔比遠低於瑞典與美國，根據衛福部統計，台灣政府部門（含健保的政府支出）負擔占總醫療支出 22%，美國占 48%，瑞典則占 81.9%，顯示台灣醫療費用大部分仍是由人民自行負擔，在台灣醫藥費低，並不代表政府負擔大部分的支出。

此外，從圖十一可知，台灣的藥費 GDP 佔比為 1.1%，與瑞典一樣，略低於美國，根據 OECD 統計，2019 年各國藥費 GDP 佔比平均為 1.2%，也與台灣差不多，但在醫療費用 GDP 佔比中台灣只占近 4 成，遠低於其他兩國，由此可知，並非藥費高昂，而是醫療費、醫院設備等支出遠低於其他國家⁽⁸⁾。

2019年醫療費用占GDP比率



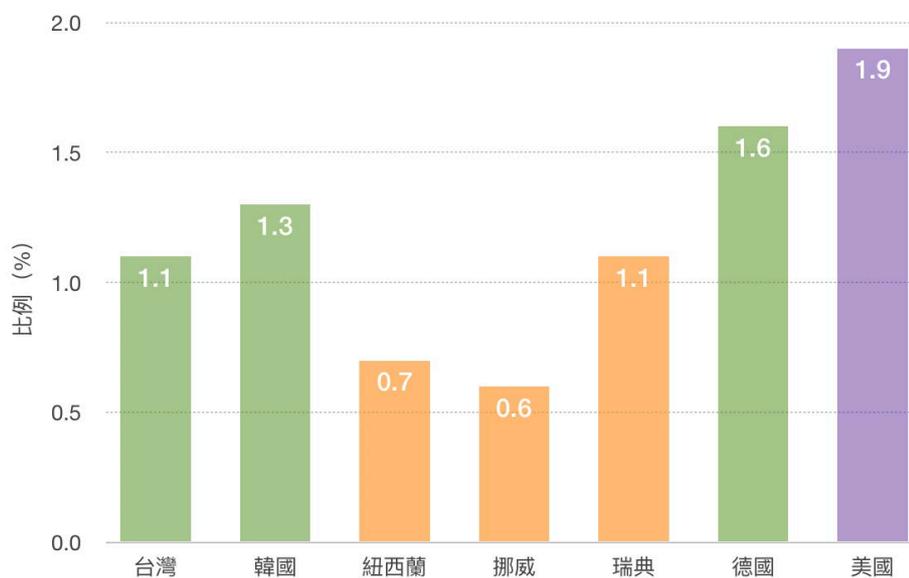
資料來源：PRIDE 政策研究指標資料庫

系統編號：MH10306-0060

圖表繪製：本研究自行繪製

圖十、各國 2019 年醫療費用 GDP 占比

2019年藥費占GDP比率



資料來源：PRIDE 政策研究指標資料庫

系統編號：MH10306-0061

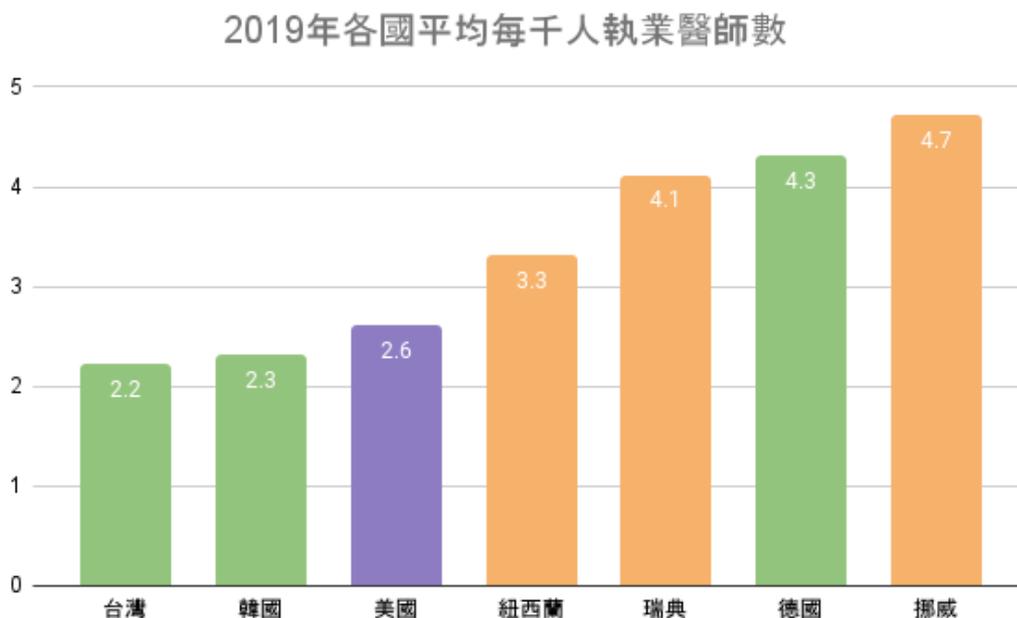
圖表繪製：本研究自行繪製

圖十一、各國 2019 年藥費 GDP 占比

(四) 醫病比例

前文述及台灣執業醫事人員數逐年增加，然而根據圖十二、十三可發現台灣每千人口的執業醫師數是 2 人，護理人員數是 6 人，與瑞典與美國相比仍偏低，代表我國的醫護人員嚴重不足。原因為台灣健保採論量計酬為支付基準，此指健保以醫院的服務量乘以服務單價，去支付費用給醫院。因此，若病人就診次數越多，醫院所得到的獲益越大。而醫院為了提高收益，會選擇提高民眾的就醫次數，壓縮護理人員的人力資源與薪資，造成護理人員照顧的病人數居高不下。

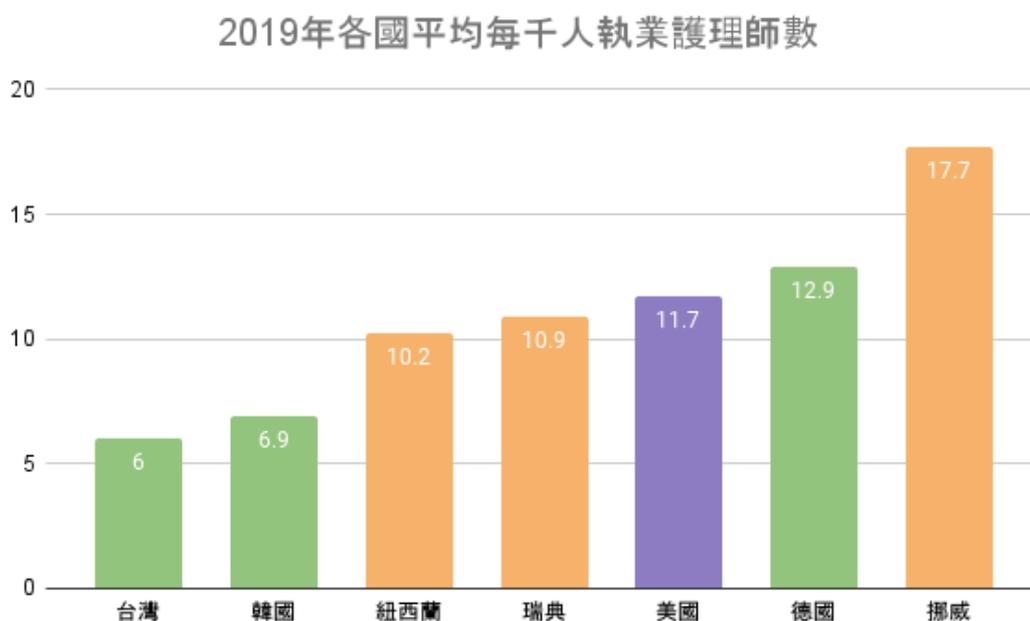
此外從圖十四可知，台灣的護病比位居第一，可見並不符合國際趨勢。我們推論這是因其他國家，如瑞典及美國，分別於 2016 年與 1999 年立法規定不同科別護病比上限，而台灣只於 2018 年 5 月將護病比入法以限制其上限。因此短時間內，台灣護病比仍居高不下。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署、世界經濟合作與發展組織健康統計資料 (OECD Health Statistics)

圖表繪製：本研究自行繪製

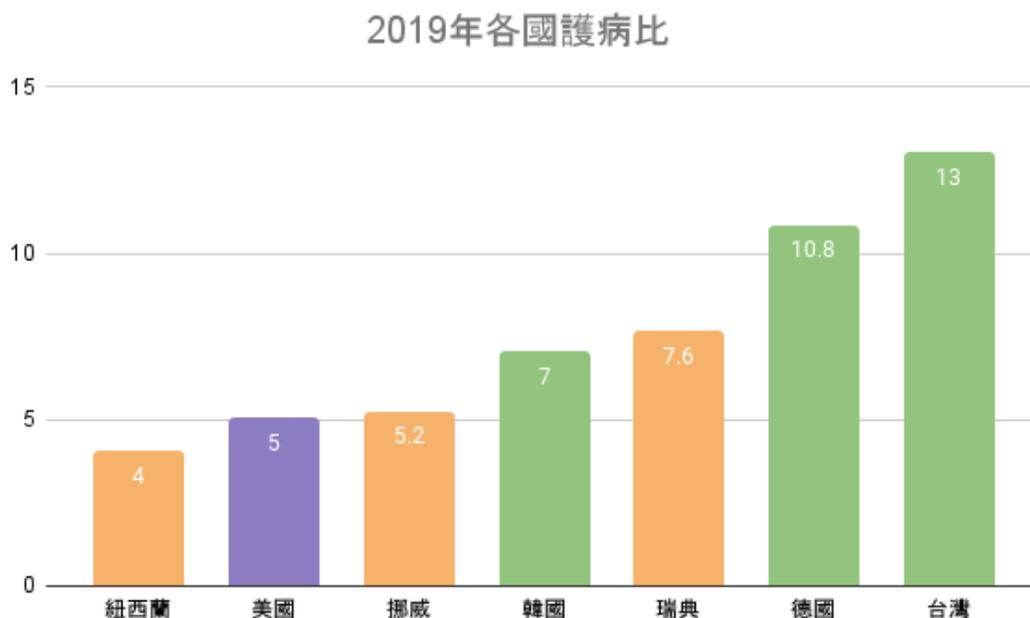
圖十二、2019 年各國平均每千人執業醫師數



資料來源：衛生福利部中央健康保險署、世界經濟合作與發展組織健康統計資料 (OECD Health Statistics)

圖表繪製：本研究自行繪製

圖十三、2019年各國平均每千人執業醫師數



資料來源：衛生福利部中央健康保險署、世界經濟合作與發展組織健康統計資料 (OECD Health Statistics)

圖表繪製：本研究自行繪製

圖十四、2019年各國護病比

（五）醫生每年平均薪資

醫生薪資可以反映出一個國家醫療成本、醫生工時以及該國醫療品質。普遍而言，已開發國家的醫生薪資相對來說會較高，醫療品質也會較好。不過醫生薪資也會隨著各國健保制度而有所不同。

根據圖十五可知，平均年薪最高者為德國，高達美金約 229,596 元，換算成台幣大約是 665 萬元。除了醫療品質很高，這也和該國醫療費用相當高昂有關，而且醫生培訓週期長，所投入的成本很高，因此也反映在薪資上。而其次為美國，其原因可能為美國並無健保，因此費用大多是由私人保險公司及人民買單，且費用也十分昂貴。再者，美國醫學系的學費其實也相當可觀，其培訓週期也很長，因此造就一位醫生的成本很高，也導致年薪居高不下。

從下圖可以看出，其實平均而言採用國民保險制的國家醫生平均年薪會較低，但臺灣卻是年薪最低的國家。有一部分原因可能是醫生的薪資其實有受到政府調控，且臺灣的醫療費用相當低廉，成為醫生的金錢成本及時間也不需如美國或德國一樣多，因此導致薪資較低。不過，臺灣其實也有醫生工時長、人力不足等問題，是臺灣目前所面臨的困境。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署、世界經濟合作與發展組織健康統計資料(OECD Health Statistics)

圖表繪製：本研究自行繪製

圖十五、2017 年各國醫生平均薪資

（六）每人每年平均就醫次數

就醫次數高代表人民享有較多醫療資源，但若是 unnecessary 的看診，會加重政府的經濟負擔，危害急需使用醫療資源病患的權益，而就醫次數低代表醫療資源能有效被運用，但不能完全保障民眾的健康權益。

從圖十六可知，台灣年平均就醫次數為 12.9 次，遠高於瑞典的 2.7 次與美國的 2.8 次，根據衛福部統計，就診次數前三名為家醫、內科與耳鼻喉科，可能是國人原有的就醫習慣，生病便跑醫院診所；慢性病患者需定期回診拿藥，開藥天數影響就醫次數；台灣為社會保險制，自付額低，民眾使用醫療意願高。國民保健制的瑞典，就醫費用達 1,100 瑞典幣（約 3,386 台幣）後才可免除醫療費用，人民就醫採預約制，看病前需先打電話至診所，護士會依其病況評估是否有就醫必要，且每次預約往往需等待一週以上，造成人民使用醫療資源的機會低。在美國雖有各式各樣的健保制度，但納保後看診費仍高，一次重大疾病便可能使一個家庭的經濟陷入危機，因此美國人民除非重症或急診，往往選擇到藥局拿藥，減少醫療費用的支出，造成就醫次數低^(7,10)。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署、世界經濟合作與發展組織健康統計資料(OECD Health Statistics)

圖表繪製：本研究自行繪製

圖十六、2018年各國每人平均就醫次數

（七）平均住院日數

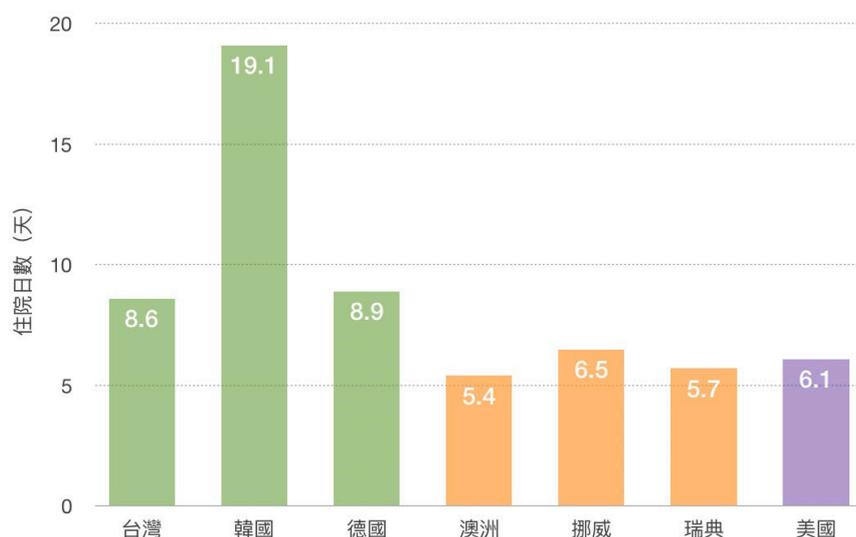
平均住院日數指在一年內所有住院案例中，每個案例平均住院的日數。這項指標會受到住院醫療費用、醫院環境設施、醫護人員服務態度、等候時間、醫療過程與就醫安全等因素影響。因此比較平均住院日數，可以讓我們觀察各個國家的醫療品質及費用，也是以患者的角度來看待各國的醫療服務。

根據圖十七可知韓國的平均住院日數是最多的，為 19.1 天，其原因除了韓國醫療品質佳，且因採用社會保險制，而使住院費用較為低廉外，也可能是韓國即將步入超高齡社會，因老年而得病的患者較多，使平均住院日數相較其他國家高出許多。而臺灣則為排名第三的 8.6 天，相對來說平均住院日數也是較高的，究其原因可能為台灣醫療品質水準高，雖然費用也不高，但高齡化並沒有韓國嚴重，且病床數也有限，因此日數相較韓國來的低。

而瑞典看似是醫療品質較佳的國家，會由政府負擔大部分住院費用，花費較為低廉，故病床數供不應求，甚至有醫護人員勞力嚴重不足等問題，導致就醫等待時間拉長，醫療服務品質不如預期好，效率不彰加上品質不高，使民眾對住院的意願較低。

美國是屬於平均住院日數較低的國家，為 6.1 天，其原因應為美國住院費用因政府大多沒有提供補助，費用非常昂貴，許多人民無法負擔，因此影響了平均住院日數⁽¹⁴⁾。

2018年各國每人平均住院日數



資料來源：衛生福利部中央健康保險署、世界經濟合作與發展組織健康統計資料 (OECD Health Statistics)

圖表繪製：本研究自行繪製

圖十七、2018 年各國每人平均住院日數

（八）預期平均壽命（Life expectancy at birth，LEB）

出生時的預期壽命指一個人從出生算起，如果當前的各年齡段死亡率沒有變化，預期可以繼續存活平均年數，此指標可用來預估更高層級年齡群的未來存活情形。根據圖十八可知台灣的預期平均壽命是 80.9 歲，高於美國的 78.7 歲，但相較於同使用社會保險制的韓國、德國，以及使用國民保健服務的國家為偏低。出生時的預期壽命可能受許多因素影響，例如生活水平高低、醫療服務完善是否等等。我們推論台灣的醫療服務雖然不斷進步，但健保制度造成的醫療人員低薪資、高工作強度一定程度降低醫療品質，因此仍有可進步的空間^(12,13)。



資料來源：衛生福利部中央健康保險署、世界經濟合作與發展組織健康統計資料(OECD Health Statistics)

圖表繪製：本研究自行繪製

圖十八、各國 2019 年預期平均壽命

參、結論與建議

根據本文研究，三種健保制度各有其優缺點，我們將從三種層面來探討：

（一）政府：

社會保險制的台灣在健保保費收入中看似占了總額的 36%，與同是社會保險制的德、韓差不多，但近年來政府時常短付費用，若與美國和瑞典相比，我國政府在醫療方面的負擔不算多，如國民保健制的瑞典，政府負擔約八成，而社會與私人保險並行的美國，政府也負擔近五成的醫療支出。因此社會保險制並沒有加重政府經濟上的負擔，健保虧損反而是因人民濫用醫療資源、老年人口增加，以及定率制不確實等因素，此外，另一大根本原因是過少的經費，為了節省預算而導致各種需求互相排擠。台灣政府應思考如何借鏡同制度國家的法律、政策，在兼顧醫療品質與健保財務的前提下，修訂健保的定額制，並向民眾進行宣導以改善人民心態。

（二）醫療人員：

社會保險制以論量計酬為支付基準，台灣醫院為了增加門診數，忽略醫護人員的權益，造成醫護人員每天處於緊繃的工作狀態，工時長薪資少，增加醫療人員的負擔與壓力；雖實施醫療分級，卻未收到明顯成效，也影響醫療品質。而瑞典則因確實實施醫療分級，每天限制醫生的看診數，讓醫生有充足時間替病人仔細問診，不但減輕其壓力，也提高看診品質。美國因其本身醫療費用高，醫生的薪資相對高，醫護比低，醫療品質也相對穩定。

（三）醫療使用者：

台灣因社會保險制，人民幾乎全部納保，負擔的醫藥費低，且診所醫院的服務量大，能享有很多的醫療資源，保障國民的健康。瑞典的國民保健制採強制性納保，政府負擔八成的醫療支出，在費用方面不會造成人民的困擾，但實施醫療分級讓人民無法輕易使用醫療資源，需經長時間的候診，因此無法完全保障人民的健康。社會與私人保險並行的美國，因政府制度、雇主或自身經濟因素，目前納保率只有九成，且納保後人民的醫療負擔仍多，昂貴的醫藥費讓人民卻步。

由此可知，台灣對人民的健康福利較為保障，但易忽略醫療人員的工作環境與薪資，可能影響醫療品質；而瑞典、美國較保障醫療人員的工作權，醫療系統能有效運行，但人民被迫壓縮使用醫療資源的權益。

目前台灣健保面臨最大的問題是破產危機，解決危機的方式為開源節流，但這並非容易的事，政府在調整保費時，往往會受到民眾的抨擊，因此我們認為可以先從節流著手：由「定額制」改為「定率制」，讓民眾每次看診都付出費用，愛惜健保資源；改變

論量計酬的給付制度，讓醫院不再相互競爭，拚命提高看診數，增加醫護人員的負擔，也忽略醫療品質。每年衛福部會統計健保相關的指標，卻無法有效改善財政問題，反而年年虧損，當這些報告出爐，也無法改善現有問題，應該思考這些報告是否淪為表面形式。若政府希望維持低負擔、高品質的醫療，也需重新安排在該方面的預算。此外，民眾須改變「多看病能讓已繳納的保費回本」的心態，應將寶貴的醫療資源留給真正需要的人。唯有從體制與人民的心態上著手，方能有效改善現今的破產問題，讓健保能長久地替台灣民眾服務。

參考文獻

1. 黎季芬（2010）。全民健保之政策分析。檢索日期：2021年5月4日，取自：
<https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi?o=dnclcdr&s=id%3D%22098FCU05055034%22.&searchmode=basic>
2. Health Insurance Historical Tables - HIC Series American Community Survey. 檢索日期：2021年5月5日，取自：<https://web.archive.org/web/20151121124731/http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/HIC-ac.html>
3. 潘柏翰、朱家儀（2020）。比較三種健保模式：台、韓、英、美四國如何應對財務危機？。檢索日期：2021年5月4日，取自：<https://www.thenewslens.com/article/137264>
4. 衛生福利部中央健康保險署（2021）。109年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。檢索日期：2021年5月19日，取自：<https://www.mohw.gov.tw/dl-63513-57405afc-7d33-4c59-9cc1-aaf848be64d2.html>
5. 行政院（2021）。全民健康保險。檢索日期：2021年5月19日，取自：
<https://www.ey.gov.tw/state/A01F61B9E9A9758D/fa06e0d2-413f-401e-b694-20c2db86f404>
6. 葉旭霖（2020）。以國際脈絡、統計檢視，台灣醫療支出和健保真的花太多錢嗎？。檢索日期：2021年5月19日，取自：<https://www.twreporter.org/a/opinion-health-insurance-system-oecd-data-comparison>
7. 陳稚華（2018）。《健保虧百億》少看病少用健保就不虧損了？醫改會：節流反阻礙醫療發展 《健保虧百億》少看病少用健保就不虧損了？醫改會：節流反阻礙醫療發展。檢索日期：2021年6月10日，取自：<https://www.cmmedia.com.tw/home/articles/12005>

8. 吳尹中（2011）。台灣與 OECD 國家醫藥支出之比較。檢索日期：2021 年 6 月 12 日，取自：<https://www.taiwan-pharma.org.tw/magazine/107/009-015.pdf>
9. 遠見華人精英論壇（2020）：建立一個醫病都占不了便宜的健保制度。檢索日期：2021 年 6 月 12 日，取自：<https://gvlf.gvm.com.tw/article/71715>
10. 風傳媒（2016）：《瑞典過日子》高品質醫療的背後，是生病也排不到醫生的漫長等。檢索日期：2021 年 6 月 13 日，取自：<https://www.storm.mg/lifestyle/83196?page=1>
11. Health at a Glance 2019 - OECD iLibrary. 檢索日期：2021 年 6 月 10 日，取自：https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_0acc1895-en
12. Life Expectancy at Birth-OECD. 檢索日期：2021 年 6 月 13 日，取自：<https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart>
13. 衛生福利部統計處（2021）。檢索日期：2021 年 6 月 13 日，取自：<https://dep.moh.gov.tw/DOS/cp-5082-55400-113.html>
14. 薛淑青、黃釗峰、曾葭茵、陳蒼茗、蕭嘉如、劉威廷（2019）。檢索日期：2021 年 6 月 13 日，取自：https://www.hyread.com.tw/hyreadnew/search_detail_new.jsp?dtd_id=3&sysid=00545603