

台湾“全民健保”制度分析

沈惠平*

诺贝尔经济学奖得主、美国普林斯顿大学经济系教授兼《纽约时报》专栏作家克鲁曼(Paul Krugman),曾于2005年11月在《纽约时报》专栏大赞台湾健保制度,认为,台湾健保制度可“提供美国全民在经济上纳保的范例”。强调短短的6年间,台湾人民的健保纳保率快速成长,从不到六成冲到九成七。而且“台湾全民纳保的成本很低,考量人口增加和收入成长,就算整体医疗费用有任何成长,也不多”。^[1]让西方国家惊讶的是,台湾地区的“全民健保”覆盖广、项目多,但全部费用仅占岛内生产总值的6.17%,而在同样实行全民健保的美国,支付的范围比台湾地区要小,但这一数字竟然是15%;在欧洲和日本,这一比例也在7%—10%。^[2]

一、台湾“全民健保”制度的回顾

台湾于1995年3月1日正式实施“全民健保”制度,它以被保险人口投保率高、投保费率低、给付范围广及就医方便而闻名于世。然而,据悉,几年前香港一度考虑采用台湾的健保制度,为此哈佛大学经济系教授、堪称台湾“全民健保”的前期总设计师萧庆伦(William Hsiao)博士曾赴港实地考察,最后他建议不要采用,港府也接受了他的看法——“我觉得不要是对的”。因为这个制度只有在台湾才会成功,搬到全世界都会失败,“这是台湾特殊情况下产生开花结果的东西”。^[3]

首先,台湾“全民健保”采取强制性的社会保险方式,是一种缴费互助、社会统筹、平等就医的医疗安全保障制度。其特性是根据保险的大数法则,分担少数患者的高额医疗费用风险,将居民个人收入进行再分配,即个人所得的横向转移,高收入者一部分收入向低收入者转移,健康者的一部分收入向多病者转移,实现社会共济,以解决居民生病时无钱就医,甚至陷入因病至贫的困境。^[4]也就是说,“台湾全民健保的根本目的在于,减少公民健康地位的不平等。其意义,同其他公共疾病保险方案一样,通过行政强制加入的方式,建立一个和衷共济与社会风险分担的共同体”^[5]。事实证明,从1995年到2005年,在连续的民意调查中,健保的满意率从65.4%,一直上涨到72.3%,最高峰时达到78.5%。^[6]

其次,台湾“全民健保”的给付范围很广,包括门诊、住院、牙医、中医、检验检查、居家护理、处方药品、预防保健等8个方面。在“全民健保”提供的医疗服务中,涵盖了住院医疗服务和西医、中医及牙医的门诊医疗服务,给付范围包括医师诊察、检查、治疗处置、护理、康复及住院病房费等项目。预防保健服务则包括计划免疫在内的儿童预防保健、成人预防保健体格检查、孕妇产前检查、妇女子宫颈涂片检查等。在健康教育方面,通过制作各类宣传品和纪念品如健康手册、人员培训资料及举办健康知识报告会等,开展健康促进活动。从2003年12月起,推行“全民健康保险家庭医生整合性照护制度试办计划”,充分发挥基层诊所和社区医师的功能,提供社区居民各种急慢性疾病的照顾和转诊服务,并与合作医院形成完善的社区照护网络,培育居民有病先找家庭医生进行健康咨询的就医行为,以促进分级就医和转诊制度的实现。^[7]2009年起,包括胰脏移植等23项重症医疗技术也纳入“健保”,让这些台湾人戏称只有董事长太太才能做的昂贵手术,一般人也能轻松采用。当然,也有不属“健保”给付范围的医疗,比如整形手术、人工生殖等。^[8]一言以蔽之,台湾“全民健保”向全体居民提供适时、适度的包括疾病预防、诊断治疗、健康教育等广泛性的医疗服务。

最后,台湾“全民健保”以“全民参保、强制性投保”为原则,在原公、劳、农保被保险人的基础上,扩展其眷

* 作者为厦门大学台湾研究院讲师、博士。

属并将其他人口纳入保险,即每位台湾居民甚至包括留学生、移民者、甚至外劳等都必须参加医疗保险。被保险人依其职业类别与所属单位,分为六个类别,有职业者(包括其无工作的眷属)通过所属单位投保,没有职业者(包括无挂靠亲属的退休人员)可通过乡(镇、市、区)公所投保。各个类别的保费各不相同,大多数工薪阶层是自付30%,雇主付60%,当地政府付10%。如果自己是老板,100%自付。低收入户则100%由地方政府支付。而“对于法律规定的重大病伤、预防保健服务等项目,个人负担部分可以免除,社会贫困人群也可以免缴医疗保险费。根据规定,农民的健康保险费由政府 and 农民分摊,分摊比率为政府70%和农民30%”^[9]。为了提升台湾居民的健保参保率,2003年6月修正了“健保法”,对经济困难的居民采取了专项优惠办法,无健保卡的困难居民患有重症、急症时,可先就医后参保,同时,对长期拖欠保险费而无力参保的困难人员,可获准在一年内免除或缓缴先前的欠费,以将他们尽快地纳入健保的保护伞下。^[10]台湾健保一经推出,效果显著,民众参保率直线上升,至今已接近100%,成为名副其实的“全民健保”。

综上所述,台湾在过去几十年里用心检讨十几个国家健保制度的优劣,终于研拟出一套人人皆可获得医疗服务、高效率的“全民健保”制度。“全民健保”的开办意味着台湾社会保险体制的重大改变:一个在给付条件上一律平等制度的建立。全民健保打破了过去公农劳保时代以职业类别作为区分的标准,以全民普及制代替分立制,避免因职业类别与保险体系的不同而产生待遇差异。全民健保前非工资劳动者,如老人、儿童、家庭妇女、身心障碍者等社会弱势者,被排除在社会保险网之外,以及原先因分立制而形成的政出多门这两个问题,在全民健保开办后获得一定程度的解决。”^[11]“全民健保”对一般台湾市井小民而言,称得上是相当实惠的健康保障机制,这项制度使得过去贫病无依、没钱看病、坐以待毙的情况,不复发生,堪称穷人生病时的救星。所以,“全民健保”堪称是台湾民众最受用的福音。^[12]“健保”的优越性主要体现在大病上。越是大病,自付的比例越低。前“立委”沈富雄介绍,他曾做心血管手术,住院4天,装了一个血管支架,这个要花费100多万元的手术,他只付了不到2万元。台北的邱先生每周须做3次肾脏透析,每次只需挂号费100元。他说,没有“健保”,他早就看不起了——1998年,“健保”将恶性肿瘤、尿毒症、精神病、先天性畸形等31种疾病纳入重大伤病项目,患者不仅医疗费甚至挂号费都可以获得减免。^[13]从这个角度看,台湾“健保”的确充分体现了社会自助互助、风险共担的精神。对此制度的设计及其效能,台湾资深媒体人汪用和评论道,“台湾的全民健保真的是德政一桩”^[14]。

二、台湾“全民健保”制度的现状

台湾“全民健保”制度不仅让台湾绝大多数民众获得健康保险的保障,而且使其实质的健康获得改善,研究显示可避免的死亡率在健保之后有不断降低的趋势。“研究结果显示全民健保实施以后健康确有提升,其中在健康提升的幅度,以健康较差的群组比健康较佳的群组大,平均余命差距因而缩小,其主要原因在低社经者之心血管病、传染病、意外或诊断不明等死亡率之加速下降,在这方面全民健保确实达到了创立的初衷:亦即低社经地位者之健康提升较高社经地位为多,肯定了全民健保对弱势族群的正面影响。”^[15]话虽如此,台湾的“全民健保”在外界看来笼罩着光环,让人赞叹,但其实也危机四伏,如果不能予以有效改良,这个“乌托邦”正面临崩盘之险。

首先,“健保”最大困扰始终是财务危机问题。台湾健保肩负着全民健康的使命,虽然官方宣称民众的满意度高达七成,却无法摆脱亏损的隐忧,如医疗资源有限、健保支出已超过保费收入等,不禁令识者忧心台湾健保究竟还可以撑多久。据了解,台湾“健保”在开办第四年,开始出现财政缺口,不得不向银行借款。其后负债越滚越大,以2005年为例,保费收入一共3550亿元,而支出却达到4200亿元,留下了将近700亿的巨额缺口。截至2009年底“健保局”共积欠银行1065亿元债务。^[16]前“立委”沈富雄指出,健保的隐忧在于“我们收的钱的成长率不如开销的成长率”,所以每次拉成平衡,三年后就不平衡了。换言之,支出永远大于收入,因为没有节制,“没有自由市场的精神在里头。”台湾人喜欢逛医院,一个小感冒也要到大医院;有的妈妈早上带小孩看内科,如果病情未明显改善,下午再去耳鼻喉科。健保开销之所以居高不下有一个很重要因素是台湾人有吃药的习惯。去年一年健保药费支出达1250亿台币,较前年成长6.9%,其中台湾人吃最多的是治

疗高血压、高血糖和高血脂的药物,去年吃掉 323 亿台币;十大健保药物排名第一的是具有降血压与保护心脏功效的“脉优”,已蝉联八年冠军宝座,一年就吃掉 44 亿 862 万元。^[17]概言之,一方面是健保的财政漏洞越来越大,另一方面则由于“全民健保”的福利,使台湾民众看病上瘾,长庚医院桃园分院副院长蔡荧煌将此总结为“爱逛医院、爱拿药、爱检查”^[18]。其实,即使没有管理疏失、“骗保”等问题,人口老化、医疗科技进步及居民就医需求增加等因素,也会使“健保”费用增加势不可免。“健保局”数据显示,台湾 2009 年较 1995 年,65 岁以上老年人从 7% 增加到 10%。而近年来,无论公立、私立医院,为了提高竞争力,都在不断提升医疗科技及方法,导致医疗费用不断攀升。^[19]

其次,台湾的健保制度对于全岛的医疗文化、医疗品质、医学专科的平衡发展以及医疗资源的合理分配,都产生了严重的扭曲,成为一个越来越严重的社会问题。最为台湾医界所诟病的,就是健保“论量计酬”的支付标准——门诊看得越多,才能赚得越多。前长庚大学校长张昭雄就表示:“‘门诊’是目前健保最大的浪费!”他指出,在一般先进国家,每人每年的平均看病次数是 5 次,最多的也不过 8 次;但台湾民众的年平均看诊次数,却高达 15 次以上。先进国家花在门诊和住院的整体医疗费用比,是 4:6;在台湾却相反,门诊占去了整体医疗支出的六成多,住院方面的支出还不及四成。医师的门诊量一多,花在单个病人身上的时间必然就少了,医疗品质很难保证。而一些医院为了牟利,常会做不必要的检查,例如胃镜明明已经照过了,又做超声波检查;或者为了更高的给付,不采用循序渐进的方式检查,而直接滥用高科技仪器。“全民健保”的另一项浪费,是不少医师在申报时投机取巧。比如一个病人因为肩膀痛而到复健诊所求诊,诊所申报时竟将腰痛、关节痛等症状一并挂上,而光是一项肩膀痛,可能就重复做了热敷、电疗等多项治疗。与此同时,医疗人力结构严重不均:外科医师快成保育动物,肿瘤医师闹人才荒,癌症病人雪上加霜。健保对门诊的给付,相对比开刀优厚,看门诊也比开刀节省人力及设备成本,更没有医疗纠纷的风险。因此,医界在健保的诱导下,当然倾向于多看门诊、少开刀。这样的支付制度,对未来最深远的影响,恐怕是左右了医疗科别的发展,加速了医疗人力结构的不均衡。据研究发现,月平均申报件数最多的小儿科、皮肤科、耳鼻喉科和复健科、眼科、家医科等科别,越来越受到医学系毕业生的青睐。而反观外科医师,在付出与报酬不成比例的情况下,纷纷离去;而愿意投入此一专科的医学系毕业生,也逐年减少。“全民健保”支付造成科别发展的不均衡,也表现在医师对专科的选择上。人力已经不足的外科、妇产科医师,多涌向整形外科、人工生殖等健保不给付的自费科别。对普通百姓最严重而直接的影响是,处理重症如肿瘤科医师人才的极度缺乏。^[20]

最后,台湾“全民健保”在社会正义上的一个弱点是对于失业劳工,特别是长期失业劳工的保障不足。由于“全民健保”的给付资格仍是以缴交保费为前提,对于不稳定就业者,极可能因工作上的不稳定导致保险身份的剥夺。这类劳工面临的不仅仅是收入中断,同时由于实质购买力的降低,他们被迫减少对于必要健康服务的利用,更进一步不利其健康状况。与此同时,“全民健保”对于低收入户虽然有政府全额的保费补助,然而由于台湾对于贫穷线极其严苛的标准,以致于能符合这一补助标准的公民仅是总人口的 0.67%。对于上述那些因为经济结构调整所导致的“新贫阶级”,目前保守的做法已无法有效满足实际的需求。另外,台湾的医师数量,从统计数字上看,似乎不少,但是分配极度不平均,他们多数集中在大都会地区。偏远地区的民众,得不到起码的医疗照顾。总之,台湾“全民健保”这个被誉为惠及民众最广泛的“台湾奇迹”,至今仍存在不少隐患。前“立委”沈富雄公开表示,虽然台湾的健康保险改革成就斐然,“克鲁格曼只看到台湾健保的美,却没有看到内在的隐忧”。归纳起来,“全民健保”内部仍存在若干缺陷,包括:由于被保险人的政策参与不足导致财务责任过度集中于政府;由于医疗资源分布的不平均导致医疗地位的区隔;由于给付资格仍然限定以缴交保费为前提,或是对于免缴保费的审核门槛过严,导致就业地位不稳定弱势劳工的健康权可能因无力缴交保费而被剥夺。^[21]

造成上述种种现状的主要原因如次。首先,“健保从诞生之日,就明显先天不足。”台北大学社会工作学系的林志鸿认为,1988 年制订“全民健保规划”时,原本预订于 2000 年实施,但此后由于国民党和民进党的政治竞争,双方都大打“民生”牌,使计划一再提前,最后在 1995 年仓促上阵。^[22]而健保一年高达 3000 亿台币以上的预算,让岛内众多利益团体,早已垂涎三尺,他们急着蚕食这块庞大的利益大饼,因此使尽各种手段,逼迫台湾行政当局不断提早实施健保的进程。这也成为健保急速实施的原因之一。一言以蔽之,尽管当时各

种质疑声音不绝于耳,“全民健保”还是在 1995 年如期上路了。其次,现行台湾全民健康保险法规定,被保险人依职业类别与身份分为六类十四目,各类别被保险人保费负担比例及投保金额计算基础各有不同。目前被保险人六类十四目的区分,投保者由于工作变动导致加退保,使行政程序繁琐化。最重要的,还是不同类别间的负担不公平。高收入的企业家或专业技术工作者(如律师、工程师),与一般薪资阶级相比,负担费率与其收入并不成比例。再加上演艺人员、股市大户、高奖金低底薪的业务员,所得远高于一般人,缴交的健保费反而较少,让人觉得不符公平原则。^[23]最后,台湾“全民健保”虽称是“健康保险”,但是实质上却是“保病不保健康”的疾病保险,不是依照“保险模式”运作的社会保险。一般医疗保险的保费一定和被保险人保障项目的发生几率相链接;寿险或意外险甚至还有年龄及职业的差别;就连汽车险也有出险纪录的保费差异。而台湾的“全民健保”无法做到向高、低风险者收取差别保费,更以人道的名义对重症患者不特别控制其消耗医疗资源的项目和数量,所以使用者的边际成本(自付额)小于看病的边际效益,导致产生道德危机,推高使用健保的数量。更糟的是健保保障项目的不断增加,结果当然会亏损累累。总而言之,台湾“全民健保”制度存在若干问题值得检讨,例如健保总额支出计算方式不公、药价差额与药价黑洞无法抑制、医师浮报或病患滥用健保及健保支付项目把关不足等,“未来台湾老年化的情形会日益严重,经济发展幅度也会趋缓,生育率又继续下降,倘若整个健保制度不做彻底修正,将无法回避未来破产的宿命”^[24]。

三、台湾“全民健保”制度的展望

为了应对“全民健保”财务长期面临入不敷出的压力,台湾“行政院卫生署”于 2000 年 7 月委托“卫生研究院”成立“全民健康保险体检小组”,该小组于 2001 年 2 月底提出报告,建议进行“全民健保”的基础改造。“行政院”在 2001 年 7 月 1 日成立“二代健保规划小组”开始进行二代健保规划。主要的改革项目包括:改以家户收入总归户计算保费,医疗机构财务数据透明化,医疗给付规定松绑,允许医疗机构向民众收取药物之差额,建立收支联动的制度,促进监理会与费用协议委员会两个委员会整并为单一委员会,扩大民众参与健保政策,以及建立新药新科技纳入健保的审查制度。^[25]2010 年 4 月 8 日,“行政院”院会通过“二代健保”修正草案,以社会保险概念,扩大“全民健保”的费率基础,即将家户所得包括薪水、奖金、津贴、年终奖金、股利及利息等年总所得,列为计算保费的基准。

首先,“二代健保”的一个主要方案是研议改变保费征收的方式,希望能扩大“全民健保”的重分配效果,通过改变过去依照薪资级距为基础的计算方式,改以所得税申报的方式为计算基础,扩大征收的费基。用“卫生署长”杨志良的话说,“为了让全民健保永续,必须扩大健保费基,同时在兼顾社会公平性考量,二代健保将改采家户总所得来计收保费,不再以薪资所得计算”^[26]。巨大的财政压力下,台湾“健保”似乎只有两种选择,要么提高保费额度,要么降低服务标准。不过,因为忌惮“民意”反弹,调整保费困难重重。2002 年第一次调整曾在全台掀起长达半年的抗争。2010 年 4 月,“健保”费率由 4.55% 调整为 5.17%,“二代健保”引起不少争议。一个较大争议就是将家庭总所得来计算保费,家中成员多,保费负担会比现在还低;相反单身、人口少,保费就会增加,自然受到单身人士的反弹。^[27]针对此番争议,“卫生署长”杨志良一再强调,未来二代健保费率将重新精算,比现行的 4.55%、2010 年 4 月调涨后的 5.17% 都来得低。而且二代健保不是处罚单身,而是不结婚、不生子的单身贵族,以后生病了是“社会大众要负担”。^[28]“行政院长”吴敦义则表示,二代健保不可能让所有人都百分百的满意,他也对单身者可能较以往多支出健保费感到抱歉,政府有青年安心成家专案等政策,鼓励单身者安心成家。但二代健保可改善现行制度缺失及财务缺口,更能建构以公平、效率、品质为导向的健保制度及医疗服务。因此希望“立法院”早日完成修法,以利二代健保顺利衔接。^[29]概言之,台湾行政部门一直期待“二代健保”可以通过立法机关的审查,令“健保”财政状况有较大程度改观。

其次,要改善台湾健保财务问题,仍必须从开源及节流着手。开源方面,须依照精算的结果逐年调整保险费率,加强对投保金额的查核,加强对中断投保的保险对象的稽核,以及争取公益彩券盈余及烟品健康捐的分配。节流方面,调高部分负担,让民众减少浪费;对医疗院所可实施“论质量计酬支付制度”,长期而言可

减少不必要的医疗利用;进行各种医疗费用控管措施、建置高科技检查实时报备系统、进行药价调查,调降药品支付价、还有查处违规医疗院所等。此外,改善财务收支失衡的措施除了开源节流的作法,还“可以用医疗科技评估的原理,对使用量大的医疗服务项目,评估其成本效果,逐步引入较具有成本效果的诊疗措施,淘汰不符合成本效果的项目;此外尚需结合现有公共卫生体系,落实疾病防治以及健康促进,而非将民众的健康全部推给健保去承担”。^[30]也就是说,公共卫生保健部门也要配合实施疾病防治和健康促进活动,提升民众健康,才能降低医疗服务的使用。

最后,如何提升医疗质量。“健保”推出早期,医疗费用支出是“论件计酬”。为了多挣钱,医疗机构拼命拉病人,竟出现门诊医生一天看诊上百人次的“奇事”。“健保”支付方式因此修正为“论病例计酬”,但是监督成本很大。2002年7月,台湾全面实施总额支付制,即根据每家医院的医疗总量,确定数额,每年增长5%左右。这一制度实施后,对“健保”费用增长有所控制,但是医疗服务质量却下降了。2005年年初发生“邱小妹事件”——生命垂危的邱姓女童被台北19家医院拒收,被迫转院到140公里外的台中,最终失去生命。接诊的两位外科医生对此事负有责任,“健保”制度本身也负有责任。因为“健保”对特护病人给付过低,医院几乎接一个赔一个,导致医院不愿接收重症病患。^[31]简言之,为了控制医疗费用的上涨,缓解健保的财务危机,“全民健保”改用总额支付的方式,即由医保机构和医疗机构、患者、学者多方确定下一年的支付总额。这种做法虽然控制了医疗的费用,却导致医疗服务质量下降了。“二代健保”如何在控制医疗费用的同时,提升医疗质量呢?这是一个大难题。缺钱就提高收费标准,很容易进入恶性循环,加强监管杜绝医疗资源的浪费,培养民众良好的就医习惯,才是有效提升医疗品质的良策。

综上所述,台湾实施“全民健保”多年,因制度不良面临破产危机。健保费用有缺口,最简单的办法就是提高收费标准。但是,因为害怕得罪选民丢失选票,无论是国民党执政、还是民进党执政,谁都不敢提高健保收费标准。前几任的台湾“卫生署长”曾宣称,若要解决“全民健保”财务缺口,就得推动所谓的二代健保,征收更多保费,否则一定要缩减健保给付项目或是加重看病时的病人自付额,把“吃到饱”的健保给付范围缩减,这样民众将不易滥用医疗资源,医疗机构也不会为争取健保资源而恶性竞争了。但是在台湾“媚俗式”民主下,健保的保费始终未能依原先规划的方式以设定公式来调整,所以“健保局”为二代健保的修法始终没有实现。^[32]近来,马英九当局终于下定决心,要提高健保收费标准了,结果台湾岛内吵成一片,弄得“卫生署长”杨志良愤然辞职,并发表了一份名为“频繁选举、祸国殃民”的辞职声明。后来经过马英九本人的多次挽留,杨志良留任“卫生署长”一职并表示将继续推动“二代健保”的改革。尽管困难重重,兼任“行政院卫生署医疗品质审议委员会”委员的台北荣总国际医疗中心主任李伟强表示,台湾实施“全民健保”,能够于1997年至2006年医疗支出成长率控管在5.18%,比欧美国家低,且给付项目多、就医便利,在获得台湾民众高满意度的情况下,我们应该珍惜这难得成绩,并且支持二代健保的改革。^[33]“行政院长”吴敦义则表示,二代健保将在2010年12月7日左右完成二读,他希望通过前能穷尽一切力量,让二代健保更好、更可行,缺点更少,优点更多。他同时强调,二代健保是政府非常重要的政策,就像马英九“总统”说的,对的事即使会遭到阻力还是要做,而且要选择对的时间去做,不能因选举影响而停步,如果先动摇“国本”一段时间后可以“国家”更为巩固,还是要推动。^[34]

四、结语

从造福民众的角度观之,台湾的“全民健康保险”“健保”的确很实惠。用台湾人话说,“花阳春面钱,给牛肉面的服务”。^[35]如果暂不深究健保财务黑洞,及各种为人诟病的医疗阴暗面,而纯从“物美价廉”的角度审视台湾的“全民健保”,克鲁格曼的文章绝非溢美。但最初协助台湾设计健保制度、后来却又放弃继续规划的萧庆伦博士认为,“全民健保”是台湾有史以来最大的社会保险,做好“全民健保”之后,台湾才有本钱扩大办理退休或失业福利政策。1992年1月,他在接受岛内传媒访问时提出过警告,“全民健保”一年要花掉台币3200多亿元,这中间如果出了差错,健保日后一定成为吃钱的无底洞,造成的财务风暴将拖垮台湾经济,如果失败了,台湾就没有钱再去办其他的社会福利措施!^[36]这样的警句如今依稀在耳。更令人担忧的是,“二代

健保”的提案距离成案、列入相关委员会议程等,还有一段很长的路要走。从长远来看,“二代健保”如果不及早确立,台湾下一代的健康医疗问题会非常严重。总之,被媒体褒赞为“最实惠的台湾奇迹”的全民健康保险已走过了十几年的历程;从初创期不被社会各界看好,到开办第一年参保率达92%、民众满意度达七成;其间历经三次财务危机,摸索推行“开源节流”措施和财务收支监控系统,而后化险为夷。^[37]这次改革能否取得成功,人们拭目以待。

注释:

- [1][3][17]《港刊:台湾健保制度蜚声国际》,新华网2009年3月27日,http://news.xinhuanet.com/tw/2009-03/27/content_11083511.htm。
- [2][6][18][22]《台湾健保:医疗制度乌托邦?》,<http://biz.163.com/06/0406/14/2E1JT91J00021HSD.html>。
- [4][7][10]《台湾“全民健保”的现况及经验》,中国医疗保险网2005年4月1日,<http://www.51shebao.com/?action-viewnews-itemid-681>。
- [5][11][21][25][30][37]邹萃、侯悄悄:《对话台湾:“全民健康保险”的效能与隐忧》,《中国社会保障》2009年第12期,第79页、第79页、第81页、第81页、第80-81页、第79页。
- [8][13][16][19][27][31][35]《“健保”,风雨飘摇的“台湾奇迹”》,<http://news.163.com/10/0827/03/6F2J021S00014AED.html>。
- [9]《中国台湾多种医疗健康保险合一》,《医药世界》2007年第5期,第40页。
- [12][36]《台湾“全民健保”:海内外称羨的医疗保险》,<http://business.sohu.com/20090904/n266469778.shtml>。
- [14]《“全民健保”惠泽岛内民众:台湾的医疗制度》,<http://www.s1979.com/a/news/gangaotai/2010/0308/21454.shtml>。
- [15]《评估台湾“全民健保”的十年经验》,http://www.nutrisources.com/wz_view.asp?ArticleID=4822。
- [20]陆红梅:《台湾:“全民健保”弊端多多》,《中国青年报》2000年8月23日。
- [23]《二代健保内容为何?马当局可要先讲清楚》,华夏经纬网2010-4-6,<http://www.kuaxia.com/thpl/sdfx/1824594.html>。
- [24][32]钱庆文:《从台湾“全民健保”的困境看医改》,中国卫生人才网2009年8月3日,http://www.21wecan.com/neweducationaltraining/pxzs/info_7072.html。
- [26]《二代健保草案通过 吴敦义:对单身族感到抱歉》,中评社台北2010年4月8日电。
- [28]《杨志良:二代健保费率会变低》,中评社台北2010年3月29日电。
- [29]《二代健保 单身高薪最伤荷包》,中评社台北2010年4月9日电。
- [33]《二代健保惩罚单身?以“户籍单身”为认定》,台海网2010-4-13,<http://news.163.com/10/0413/07/644RCMMU00014AEEhtml>。
- [34]《吴敦义:二代健保12/7完成二读 对的事动摇“国本”还是要推》,两岸网2010年10月6日,http://news.cnyes.com/Content/20101006/KCC78KC5HYIM3.shtml?c=tw_macro。

(责任编辑 毛仲伟)

(上接第34页)

注释:

- [1] Irving Janis, *Victims of Groupthink: A Psychological Study of Foreign-policy Decisions and Fiascoes*, Boston: Houghton Mifflin Company, 1972. p.9.
- [2] 民调数据均来自 TVBS 民调中心:《施明德倒扁活动民调》、《连战访问中国大陆民调》、《去蒋中正化与“国营”事业正名民调》、《大陆猫熊来台民调》、《两会复谈前国族认同民调》、《ECFA 双英辩论民调》,<http://www.tvbs.com.tw>。
- [3]《民进党在民主与“独立”的歧路上》,<http://www.cetin.net.cn/cetin2/servlet/cetin/action/HtmlDocumentAction?baseid=1&docno=151294>。
- [4]陈芳明:《政党冤冤相报,让台一去不复返》,台湾《联合报》,2008年7月31日(两岸版)。
- [5]《探析民进党政党文化:“台独”、草根、斗争、江湖》,<http://www.chinanews.com.cn/hb/news/2009/02-27/1581868.shtml>。
- [6]陈华升、杨钧池:《民进党系政治与家族政治》,old.npf.org.tw/monthly/00103/。
- [7]《民进党反 ECFA “爱台湾”的虚与实》,<http://www.fyjs.cn/viewarticle.php?id=244607>。
- [8]所谓全局的整体利益可以分为两个层面:一是中华民族的全局整体利益,这是最高利益;另一是全台湾的整体利益。

(责任编辑 党朝胜)

· 55 ·