

政府、利益團體與健康政策

黃源協

中文摘要

健康照護決策的形成可能受到多種因素的影響，許多理論已致力於建構其間的關係。聚合論和分歧論分別強調，經濟發展與意識型態是促使或阻礙健康政策趨於一致的原動力。多元論、組合論與馬克思論則著重於團體動力在決策過程中的重要地位；這些理論在詮釋健康政策的形成時，確實有其重要的貢獻；然而，由於它們皆低估了政府在決策過程中的角色，而被認為具有化約論與決定論的色彩。為建構較完整的健康照護決策模式，有必要瞭解健康政策網絡中的制度，如何透過規則的運作，以規範或統整各種影響健康政策的因素及政治人物或利益團體的活動。就此而言，制度論的觀點提供給我們另一種可行的選擇。

（關鍵詞：健康政策、制度論、否決點。）

Abstract

Factors influencing health policy-making are various and a variety of theorists have made every effort to build the relationship between those factors and policy outcomes through different perspectives. Convergence and divergence theorists consider that the causes urging or deterring health policy formation are the level of economic development and political ideologies respectively. Pluralism, Marxism and Corporatism stress the importance of group dynamics in accounting for the development of health policy. Many of these theories have offered useful insights into understanding the impact of various factors on health policy outcomes. But these theories seem to be reductionist and deterministic because they underestimate the role of the state. In order to build a well-constructed theoretical model for health care policy-making we need to be aware of how the institutions in which they take place integrate or constraint those factors influencing policy-decision and the activities of state actors and pressure groups. In this sense, the institutionalist approach has provided us with a viable alternative.

(key words: health policy, institutionalism, veto point.)

前言

健康政策的形成可能因社會與時間的不同而有所差異，較籠統的說法認為，健康政策受到該社會的意識型態、文化、經濟發展、政黨和利益團體的活動等因素所影響。不容置疑的，這些因素在健康服務的決策過程裡，確實扮演著重要的角色。美國健康政治學者伊莫耿特(Ellen Emergut)曾指出，探討健康和社會政策形成的觀點，最初僅著重於單一因素的分析：聚合論對分歧論(Covergence versus Divergence)(1)。聚合論認為，經濟的成長及醫療科技的進步，促使各國擴大公共醫療服務的供給，且亦產生促使各國健康政策趨於一致的壓力。反之，分歧論主張，各國不同的文化和政治意識型態，是阻礙健康政策模式趨於一致的原因。

長久以來，壓力團體被認為是影響決策過程和政策產出的重要因素，傳統上，有關於方面研究的主要理論有多元論、馬克思論和組合論(Pluralism, Marxism & Corporatism)；前兩者認為，政策的形成是受到社會內的壓力所決定的，政府的角色僅在於回應階級或團體的利益；組合論者則主張，社會權力集中於某些特殊團體，為避免階級衝突，迫使政府必須將這些團體納入決策過程(2)。

誠然，上述的各種理論有其立論依據，且某種程度上有相當的說服力；然而，就健康政策的決策而言，它們卻有其不足之處。若由比較的觀點分析，聚合論和分歧論所強調的各種因素裡，其重要

性有些並非如其所述般，有些卻格外的顯著；因而，若企圖僅以這兩種觀點詮釋政策的形成，必太過於簡化，且會有所偏差。又有關壓力團體的三種理論，似乎因太過強調利益團體的重要性，而低估國家及政府在決策過程的角色。就此而言，不管是經濟的發展、醫療科技的進步、文化及意識型態或壓力團體的活動，這些因素對健康政策的影響，並非是絕對的或直接的。為建構各種因素與健康政策間的連結，制度論(Institutionalism)的觀點或許可提供一個新的方向。為詮釋健康政策的決策過程，並分析健康政策的變異性，本文除了將扼要敘述前述各項傳統理論的要點，並反省它們對健康政策發展的解釋外；主要的焦點將著重於制度論的分析，並反省它在詮釋健康政策發展上的適用性。

聚合論

聚合論認為，儘管政治制度的型態、菁英份子和政黨間的意見有所不同，國家間若具相似的經濟發展水準和人口結構（特別是老年人口），則會發展出類似的社會政策；葉迪曼和莫力士(Ade Imman & Morris)曾指出，社會福利、教育和公共服務的支出，會隨著經濟的發展而成長(3)，威廉斯基(Wilensky)的研究亦指出，經濟水平是福利國家發展的根源，且其重要性勝於政治制度(4)；就健康服務的發展而言，羅曼(Roemer)認為健康照護資源的多寡主要決定於經濟水平(5)；霍林瓦思、漢格和漢尼曼(Hollingsworth, Hage & Hanneman)亦指出，經濟發展是醫療體系發展的基本先決條件(6)。

儘管聚合論在解釋社會福利的發展有其依據，但仍有不足之處；一九三〇年代前，美國雖為世界上工業先進國家之一，但其公共年金和社會保險的制訂，卻遠遠落後於其它國家(7)；阿喜弗德(Ashford)認為，在決定提供社會救助和保護時，儘管政府不能完全自主，但政治、制度和憲法上的爭議，對自由主義邁向福利國家的影響，其重要性並不下於經濟和社會的決定因素(8)；因而，雖然有些國家在醫療技術上的突破和經濟上的壓力有類似狀況，它們在醫療服務的安排上，卻有很顯著的不同(9)。

事實上，有些聚合論的理論者早已承認，政治民主化對社會福利發展的影響比經濟發展還要重要(10、11、12)，這種說法與很多現實的狀況相符。很多社會福利方案，大約是在男性勞工取得參政權時被引進的，例如德國(一八八八)、英國(一九〇八—一九一一)和瑞典(一九一三)的社會保險(13、14)；此外，儘管瑞士、日本和美國的國民所得相當高，但其公共健康照護的支出的比例，卻比某些所得較低的國家(如紐西蘭)還低，特別是美國迄今尚未實施全民性的健康保險；一九六〇年代，很多國家公共健康照護預算的大幅成長，其主要原因並非在於經濟的成長，而是由於具有投票權的老年人口相對大量增加的結果(15)。

我們並不否認經濟因素在政策過程中的重要性，但若企圖僅以經濟面來詮釋政策的輸出，而忽略其它重要因素，則必然太過於簡化。就如莫漢(John Mohan)曾指出，英國國民保健服務(National Health Service, NHS)改革的決策過程裡，經濟和技術的變遷有其

影響力，然而它們的重要性往往受制於當時的政治情境，因而，經濟和技術變遷對健康政策的影響，最好被視為是一種「使能」的因素(enabling factor)，而非決定因素(16)。

分歧論

分歧論強調文化和意識型態對決策的重要性，此觀點的提倡者認為，儘管各國呈現出經濟成長和科技進步，然而，不同國家間的傳統和自由主義思潮的力量，使得沒有任何兩個國家間的健康體系是完全相同的，其原因在於各國不同的意識型態和文化觀念，限定其解決問題的政策取向。例如，葛羅耿(Grogan)發現，美國的低收入醫療補助(Medicare)決策過程裡，政治意識型態扮演著重要的角色(17)；肯恩(King)亦認為，在各種社會政策(教育政策除外)的制訂上，美國人期待政府扮演著有限角色的信念，這使得菁英、利益團體和制度均無舉足輕重的角色(18)。

然而，試圖僅以這種單一因素來說明健康政策的形成，已招致相當多的質疑，亞伯史密斯(Abel-Smith)在研究工業化國家的健康照護史後曾指出，若將醫療照護體系的形成歸因於政治意識型態，或過度強調它們是文化和傳統的產物，皆是非常危險的(19)。威廉斯基的實證研究亦顯示，各個國家社會福利的意識型態和其實務之間，經常有很大的差距，瑞典是講究平等主義的國家，其實務符合其政治理念；蘇聯的意識型態是最講究平等的，然而，實務上，它卻是最不平等的國家之一；美國的意識型態與蘇聯是截然不同，但其

實務卻接近蘇聯意識型態⁽²⁰⁾。自從一九七〇年代後期以來，雖然「新右派」(New Right)思潮對美國和英國的社會政策具有相當大的影響力，但其影響方式並非是直接的，而是透過其各自的政治體制的運作⁽²¹⁾。另一方面，儘管各國的傳統、文化和意識型態有所不同，但類似的社會福利方案，卻同時出現在很多國家，例如，十九世紀末二十世紀初，西歐各國相繼實施的強制性健康保險⁽²²⁾。

因而，因類似的意識型態或文化傳統，而出現相似的社會政策，不能僅歸因於意識型態或文化的作用，它們對決策所具有的影響力是不容忽視的，但是這種影響並非是直接的；就某種程度而言，其影響的多寡，端視其發生時的政治體制如何運作。伊莫耿特曾指出，文化或意識型態的傳統和特殊健康政策間的連結，必須將其所處的政治局面納入考量⁽²³⁾。

多元論

多元論者認為，權力是不均且廣泛地分配於社會上的個人和團體，雖然所有的團體或個人並不具同等的影響力，但是大部分的人對政策採納與否，皆能適度的間接影響⁽²⁴⁾；依此而言，權力是分散於多數的團體與個人，沒有任何個人或團體能絕對的影響政策；權力亦非僅集中於少數團體手中，政治市場上，一個團體所能獲取的，端賴於其資源和「分貝等級」(decibel rating)，即資源的多寡會使得一個團體較其它團體更具影響力⁽²⁵⁾。

多元論者以壓力團體間的互動，來詮釋健康服務和健康政策的

發展；壓力團體和議會遊說活動為其主要的關注點；例如，多元論者認為，英國的健康政策競技場上，具有競爭團體社區的特性，這些團體不僅包括醫師公會、社區健康局協會、民間健康保險協會、國會議員，尚包括健康照護部門的高級官員、健康局主席和高級經理及醫療專業代表機構⁽²⁶⁾。因而，多元論者認為，健康照護的供給上，利益團體之間的競爭是難以避免的，甚至於是必要的⁽²⁷⁾。

多元論對健康政策發展的詮釋，已受到多方面的挑戰。健康照護的決策上，消費者很少或甚至不具有影響力，因而多元論的說法（任何人在決策的過程中皆能有所影響）已受到質疑⁽²⁸⁾。此外，權力並非是某些特定利益團體必然且不變的特性，又利益團體權力的差異，不能僅以團體擁有資源多寡的特性加以解釋；伊莫耿特對瑞典、法國和瑞士三個國家的比較分析發現，一九五九年時，每十萬人口的醫師數，瑞典僅有八十九名、法國一〇七名及瑞士一四一名；就數據而言，瑞典醫師的相對短缺，理應使得他們較具獨占性，然而，在健康的相關立法的過程裡，瑞典的醫師並未能如法國及瑞士的醫師般成功的阻止政府的立法。因而，若認為醫師能運用其醫療執業或維持低量的醫師執照發給之獨占權，而取得政治權力，對這三個例子並不適用；此外，伊氏亦發現，組織成員的多寡和組織力量的大小，亦未能做為解釋醫療專業否決健康政策能力的指標，重要的是，是否有適當的機會使得組織的資源能發揮其作用⁽²⁹⁾。史密斯亦指出，在英國和美國，醫師能否成功地影響健康政策，並不在於其壓力團體的活動，而是視政府的關心程度、健康政策網絡的

組合和決策過程中種種勢力的運作而定⁽³⁰⁾。

這些事實告訴我們，藉由規範的形成和制訂，在決策的過程裡，制度可能會提供同一團體不同的影響機會，因而，重要的並非是資源，而是在於制度是否提供機會，以使得資源能發揮其作用。就此而言，多元論者低估了廣泛的社會和政治的影響力，且亦低估政府或制度對壓力團體的活動可能的限制或干預。

組合論

組合論著重於政府與組織團體之間的關係，並企圖透過「組合」(corporations)以統合社會，每一個組合代表特定勞工、專業和商業的團體。組合論者認為，利益團體的組成與活動是受控制的，並非如多元論所言是任意的，組合團體被視為是受到有限的競爭，且為政府所認可之有層級的組織，這種組織的力量，使得它們能與政府交涉；實務上，組合團體能為其組成份子的活動，提供政府的合法性、訊息和協助，而組合團體本身被授予參與決策的角色。因而，組合團體一方面可向政府交涉並提出其需求，以影響政府的決策；另一方面，組合團體亦可扮演政府的代理人，以負責確保其成員遵守彼此同意的決策，故政府不需為執行其政策而費心。因而，組合論的主張對政府和組合團體雙方而言皆是有利的⁽³¹⁾。

在社會政策的領域裡，寇森(Carson)認為，透過與有組織和強有力的生產行業協商和交涉的過程，已是國家干預的特色，在那些專業團體具有完善組織、且享有獨占性代表的領域裡，有其特有的

決策模式，這便是組合主義(corporatist)，英國的國民保健服務或許是最典型的組合主義⁽³²⁾；另一個典型例子即是德國的健康服務體系，該體系的組織運作和經營，是透過代表醫療專業、工會、雇主和保險機構組合而成的利益團體所協議的契約進行⁽³³⁾。

然而，組合論在解釋政策的形成和實施，亦有其缺失和限制之處。在決策的過程裡，那些互有關連的代表，是否真的能夠代表其團體，且能如其團體所期待般的行動已受到質疑；例如，由於醫療專業細分的特性，儘管英國的醫師公會有很多會員且享有支配地位，但它並非是一個特別有效的組合⁽³⁴⁾；公會裡各專業代表間的連結及公會對個別會員的控制，正逐漸的式微，且在政策的實施上，基於正式的平等而與其它團體合作的機會亦被迴避⁽³⁵⁾；而公會卻成為醫師權利的捍衛者，而非對特定政策方案的磋商者⁽³⁶⁾。此外，組合論並不能幫助我們說明可能的變遷方向，或可能出現於政策議程上的特定議題，因而，組合論的觀點本質上是一種描述性的，而不是解釋性更非預測性的⁽³⁷⁾。最後，決策過程中，團體代表間的協議或交涉，難免受到當時制度的限制，但組合論卻忽略了制度在這方面所扮演的角色。

馬克思論

對馬克思論者而言，資本主義社會的經濟和政治生活，基本上是由資產階級和勞工階級間的關係所決定，這種關係是源自於資本主義的生產模式；資產階級藉由其經濟力，而能利用政府成為其支

配社會的工具⁽³⁸⁾，因而政府本身雖為一套制度，但卻不具有任何權力。資本主義的政府必須試圖履行兩種基本但經常相互矛盾的功能：累積和合法化(accumulation & legitimization)；這意味著，政府必須要嘗試去維持和創造有利於資本累積的情境，同時政府亦必須去維持和創造社會和諧的情境；因而，政府的支出具有反應前述兩種基本功能的雙重特性：社會資本和社會支出(social capital & social expenses)⁽³⁹⁾。

社會資本是一種為盈利和資本累積的必要支出，社會資本包括社會投資和社會消費(social investment & social consumption)；前項支出是為增加勞動生產率，以提昇獲利率的方案和服务，例如，政府出資興建的工業發展園區；後項支出則是為降低勞動再訓練成本，以增加獲利率的方案和服务，例如，社會保險。社會支出則是為維持社會和諧，以使得政府具備合法化的功能，例如，社會福利體系⁽⁴⁰⁾。

杜義爾和潘乃爾(Doyal & Peneil)認為，健康照護體系擔負著特別強而有力的社會化和社會控制媒介的任務⁽⁴¹⁾；政府在健康服務上的支出包括兩部分，一種是為維持健康勞動力的社會資本，另一種是為促進社會和諧的社會支出⁽⁴²⁾。就馬克思主義的觀點而言，資本主義社會的健康服務是一種具有雙重功能的工具：解放和控制。例如，英國的國民保健服務，被視為是資本家為避免政治及經濟瓦解而付出的「贖金」(ransom)；而美國缺乏好鬥的勞工運動，是其未能發展公共健康服務的主因。因而，健康政策和醫療照護體系，

也許代表著勞工階級需要有效的社會和醫療服務，以舒緩因階級鬥爭所遭受到的痛苦^(43、44)。馬克思主義者亦認為，當健康服務經費的需求超出政府的能力範圍，便可能會出現財務危機；在此情境裡，便可能出現健康照護供給的不平等，而不利於缺乏生產力的群體，如殘障者、心理疾病患者和老年人，這主要是因為這些群體不能對經濟發展和資本累積有所貢獻⁽⁴⁵⁾。

這種以階級理論來解釋健康服務的供給，實務上，顯然是有所偏差的。法國於一九二八年的第一個強制性健康保險法案，曾因雇主有異議而迫使議員重新草擬法案，以降低其薪資稅率(Payroll-tax rate)；然而，一九四六年，儘管雇主極力的反對，解放政府仍成功的開辦全民性的健康保險⁽⁴⁶⁾；因而，若企圖以政府是資本家支配社會的工具之觀點，來詮釋健康政策的發展，有時候並非是正確的。此外，並沒有任何的證據顯示，英國的國民保健服務是階級衝突的產物⁽⁴⁷⁾，因而，健康政策的發展不應被化約為是階級衝突的產物。雷尼得(Ranade)曾指出，馬克思主義的分析，未能充分說明何以資本主義社會的健康服務體系之間會有差異，且經驗性的證據往往與該理論的觀點相矛盾；例如，英國國民保健服務的急性住院總費用，有百分之五十七是花費在未具生產力的六十五歲以上老人身上⁽⁴⁸⁾。

制度論

制度論意欲說明現存的制度情境，如何對政治鬥爭發生影響；

詳言之，制度論者主要的興趣在於，整套的政府和社會制度，如何讓政治人物界定其利益，及建構他們與其它群體間的權力關係；就此觀點而言，所謂的制度也許包括選舉的規則、政黨體系的結構、政府各部門間的關係和工會的組織等(49)。對制度論者而言，制度並非僅對外在的力量、行為或動機產生回應而已，而是某些理想的解決方法和政府本身能力之間的中介變項。制度論者並不否定馬克思論的階級結構、及多元論的團體動力；然而，他們卻指出制度可建構這些鬥爭的方式，並藉此而影響其結果；換言之，政府的決策並非僅在於反映外來的社會力量，政府的制度亦有能力建構外界對政策的影響(50、51)。因而，在政策的形成或決定的過程裡，制度本身是自主的，且扮演著一種「積極」而非「零和」的角色；更明確的說，制度可透過規則的運作，以規範有意促使或阻止政策的政治人物或利益團體的行為，進而對決策發生影響。

制度對政策的影響有多種不同的途徑。制度也許會選擇或鼓勵某些政策的理念、或改變政治人物對其利益的主觀認知，學者們曾指出，制度的選擇可藉由社會化來模塑人們的觀念、態度和偏好(52、53)；例如，肯恩指出，英國的保守黨政府扮演著一道溝渠，挑選出「新右派」的理念，並將其轉化為政策，而政黨、政治人物和利益團體，在這種轉化的過程中，扮演著重要的角色(54)。此外，制度也許會改變自己的環境，以提供不同的機會給政策或立法的支持者與反對者，藉此以改變他們影響力，以使得其所偏好的策略取得較有利的位置，因而，政策或立法的結果，大部分須視「否決點」(Veto

Points)而非「否決團體」(Veto Groups)的多寡而定(55)。換言之，影響決策或立法的關鍵，並非取決於利益團體人數的多寡或力量的大小，而是在於制度本身易於讓利益團體活動空間的大小。

這並非意味著政治制度可預先決定政策的走向，而是制度本身在決策的過程裡，亦是整個政治衝突中的部分。政治制度為衝突中的行動者所能活動或選擇的範圍設定疆界，但它們本身並不製造或監督政治衝突(56)。然而，這並非意味著制度是完全不受外力的影響或不會有變遷，事實上，制度易於因感受到各方面的壓力而產生變遷，這種變遷包括日常世俗的和漸近的轉變，以及歷史上衰退時期罕有的變化——即當一個社會的價值和制度受到挑戰或打擊時所發生的轉變(57)。徐南和史田莫(Thelen & Steinmo)歸納出四種「制度動力論」(institutional dynamics)的來源：(一)社會、經濟或政治發生廣泛的變遷，而使得以往潛在性的制度，突然間變得甚為顯著，而影響到政治的演變；(二)社會和經濟的結構、或政治上的權力平衡發生變遷，可能會產生一種新的情境——即新的行動者可能會在現存的制度裡，追求新的目標；(三)外在的變遷可能促使在現存的制度內追求新的目標——即制度維持不變，但原有的行動者會採取新的目標；(四)政治人物會調整其策略，以順應制度本身的變遷，這種情境可能出現於劇烈變遷的時候，但也可能是出現於特定的政治鬥爭所導致的片斷變遷(58)。

若企圖以制度決定論來說明決策，是有其侷限的；然而，大體而言，制度是自主、靜態及持續的。制度的主張有其基本的特性，

即制度先前所做的選擇，會對其後續的選擇產生限制；雖然制度論者並不否認劇烈變遷發生的可能性，但這種情境是少有的，且往往是隨著相對上較長期的停滯、或遵循方針的改變而來；一旦制度的結構被建立起，它將會引導其自身的發展，劇烈變遷因而不易發生（59、60）。儘管歷史、傳統可能對制度的建立有影響，但是當制度一旦建立，制度的運作便會影響到它本身的發展；當利益團體進入這些體系，會盡其所能的想要影響決策，但是其成功的機會繫於制度「否決點」的多寡⁽⁶¹⁾。

一個國家的健康服務體系方向，深受其政治制度的影響，伊氏的研究指出，國家政治制度的設計及其所展現的政治實務，使得瑞典、法國和瑞士的健康服務體系呈現出顯著不同的型態；瑞典走向國民保健服務，其原因在於行政單位對立法有絕對的控制權，而無懼於來自立法單位或選舉競技場上的挑戰；法國走向全民健康保險，是由於不穩定的議會多數，使得決策權轉向議會舞臺；瑞士以私人健康保險為主，其主要原因在於人民對法案具有「公投權」（referendum），這使得決策權轉向選舉競技場上⁽⁶²⁾。黃源協的研究亦顯示，英國於一九四六年通過國民保健服務法，以取代自一九一二年以來所實施的健康保險，其主要原因在於戰時政治結構的重組，及戰後工黨獲得第一次壓倒性的大選，這兩種政治制度的變遷，為國民保健服務的提倡者，帶來了更多的「否決點」，而迫使醫療公會及保守黨所偏好的健康保險，無法被擴展而成為普及性的健康照護體系。一九九五年臺灣通過的全民健康保險法，使得臺灣的普及性

健康照護體系，是以健康保險的方式替代憲法所規定的「公醫制度」，其基本的原因在於，戒嚴時期行政權獨大，以致於沒有機會讓人民或議會對此議題表達意見的情況下，健康保險為體系的模式，逐漸地被灌輸到人民的意識裡；解嚴後，雖然行政權稍有式微，全民健康保險立法過程中，亦有薄弱的聲音主張實施公醫制，然而，無論是行政、立法或選舉的競技場上，並無任何「否決點」提供給「公醫制」的提倡者或支持者⁽⁶³⁾。

制度論的觀點已架構起決策過程中影響政策輸入的因素與產出間的連結。然而，制度論在解釋這種關連亦有其侷限性，制度論強調的重心在於制度的自主、靜態與持續，這種制度的穩定性，應可適切的規範有意介入決策過程的行動者或利益團體之活動；因而，就某種程度而言，政策的輸出結果是可預期的。然而，這些行動者或利益團體，並不一定會完全遵守制度下的各項遊戲規則，他們有時會試圖破壞或改變制度，因而易於造成制度的不穩定，甚至造成制度的轉型，而很多非預料中的政策或立法便在這種情境中被確立。例如，解嚴前的臺灣，示威、抗爭或集會遊行的集體行為是超乎制度的規範，而這些不被允許的活動，卻是造成制度變遷的要因。臺灣農民健康保險的實施，便是這種環境的產物之一⁽⁶⁴⁾。因而，制度論雖然不否認制度有時會出現劇烈的變遷的可能性，但由於制度在這種處境下的規範力較為薄弱，而使得政策的產出易於充滿著不確定感。就此而言，處於一種劇烈社會變遷的時期，若要以制度論的觀點來預期政策或立法的可能結果，多少會有所限制的。

結論：制度與健康政策

為瞭解影響健康政策制訂或變遷的因素，前面所敘述的各種理論，已提供許多有助益的觀點。然而，除了制度論的觀點外，其它的理論似乎過於低估政府或制度在決策上所扮演的角色，而使得它們顯得過於簡化，且充滿著決定論的色彩。概括而言，前面的五種理論觀點對政府在決策過程的角色認定，可被歸納為兩種主要類型，一種是視政府在面對經濟（聚合論和馬克思論）或支配性的意識型態（分歧論）衝擊時，所扮演的角色是一種毫無感覺的反射器；另一種是視政府在回應各種利益團體的要求時，所扮演的角色是一種被動的（組合論和多元論）。

前面的討論已提出，決策的形成並非是賴於利益團體權力的多寡、或是他們試圖影響政府的方式，而須視存在於利益團體與政府兩者間的關係而定，特別是制度所釋出「否決點」的多寡。換言之，決策的進行過程很難跳脫制度的範疇，因而制度會建構或規範政府和壓力團體間的互動模式。為了要瞭解各種因素或團體對健康政策的影響，我們須要知道它們與其所處制度間的關係。因而，政策的輸入與產出之間，並沒有純然的因果關係，任何決策的形成或立法之前，制度所設定的遊戲規則，會限定政府和利益團體間互動的界限，各種企圖促使或阻止政策形成或立法的力量，會受到其所處的制度情境所統整。因而，為使一項健康政策或立法能順利的制訂及有效的執行，除了須顧及經濟、文化或意識型態及各種利益團體

的活動，對結果造成的衝擊外，決策者必須要能掌握當前及未來的制度可能出現的限制，並須視這種限制為決策過程中的基本且重要的變項。

（本文作者現任暨南國際大學社會政策與社會工作研究所副教授）

參考文獻

1. Immergut, E. M. : Health Politics : Interests and Institutions in Western Europe, Cambridge University Press, p. 9, 1992a.
2. Smith, M. J. : Pressure, Power & Policy-State Autonomy and Policy Networks in Britain and the United States. New York & London, Harvester & Wheatsheaf, p. 1, 1992.
3. Leichter, H. M. : A Comparative Approach to Policy Analysis - Health Care Policy in Four Nations, Cambridge University Press, 1979: 59.
4. Wilensky, H. L. : The Welfare State and Equity: Structure and Ideological Roots of Public Expenditures, University of California, 1975: 29.
5. Roemer, M. I. : Comparative National Policies on Health Care, New York, Marcel Dekker, 1977: 5.
6. Hollingsworth, J. R. : Hage, J. & Hanneman, R. A. : State Intervention in Medical Care: Consequence for Britain, France, Sweden and United State, 1890-1970, Cornell

- University, 1990: 46.
- 7 Skocopl, T.: *Social Policy in the United State - Future Possibilities in Historical Perspective*, New Jersey, Princeton University Press, 1995: 15.
- 8 Ashford, D.E.: *The Emergence of the Welfare State*, Oxford, Basil Blackwell, 1986:3.
- 9 Immergut, E.M. op. cit. p.10.
- 10 Cutrigh, P.: "Political structure, economic development and national security programs", *American Journal of Sociology*, (70): 537-50, 1965.
- 11 Hewitt, C.: "The effect of political democracy and social democracy on equality in industrialized societies - A cross-national comparison", *American Sociological Review*, 42: 4450-64, 1977.
- 12 Heidenheimer, A.J.: "The politics of public education, health and welfare in the USA and Western Europe-How growth and reform potentials have deferred", *British Journal of Political Science*, 3:315-40, 1973.
- 13 Anderson, O.W.: *Health Care - Can There Be Equity? The United State, Sweden, and England*. New York & London: John Wiley & Sons, 1972:72.
- 14 Heidenheimer, A.J.: op. cit. 1973:317.
- 15 Heidenheimer, A.J.: Hecllo, H. & Adams, C.: *Comparative Public Policy: The Politics of Social Choice in American Europe, and Japan*. New York: ST. Martin's, 1990:57.
- 16 Mohan, J.: *A National Health Service? - The Restructure of Health Care in Britain Since 1979*, London, St. Martin's Press, 1995:29.
- 17 Grogan, C.M.: "Political-economic factors influencing state Medicaide policy", *Political Research Quarterly*, 47(3):612, 1994.
- 18 King, A.: "Ideas, institutions and policies of governments - a comparative analysis", *British Journal of Political Science*, (3):418 & 423, 1973.
- 19 Abel-Smith, B.: "The history of medical care", In Crichton, A. (ed) *Health Policy Making: Fundamental Issues in the United State, Canada, Great Britain & Australia*, Ann Arbor: Health Administration Press, 1981: 67 & 73.
- 20 Wilensky, H.L. op. cit. p.39.
- 21 King, D.S.: "The establishment of work-welfare programs in the United State and Britain", in Steinmo, S.: Thelen, K. & Longstreth, F. (eds) *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge University Press, 1992: 214.

- 22 Immergut, E. M. op. cit. pp. 10-12.
- 23 Ibid, p. 11.
- 24 Dahl, R. A. : Who Governs? : Democracy and Power in an American City, Yale University Press, 1961: 164.
- 25 Ham, C. & Hill, M. : The Policy Process in the Modern Capitalist State, New York & London : Harvester & Wheatsheaf, 1993: 29.
- 26 Harrison, S. ; Hunter, D. J. & Pollitt, C. : The Dynamics of British Health Policy, London, Routledge, pp. 15-16, 1990.
- 27 Alford, R. R. : Health Care Politics: Ideological and Interest Groups Barriers to Reform, Chicago, University of Chicago Press, 1975: 262.
- 28 Ham, C. : "Power, Patients and Pluralism" In Barnard, K. & Lee, K. (eds) Conflicts in the National Health Service, London, Harvester & Wheatsheaf, 1977: 117.
- 29 Immergut, E. M. op. cit. p. 7.
- 30 Smith, M. J. op. cit. p. 163.
- 31 ibid, p. 31.
- 32 Cawson, A: Corporatism & Welfare: Social Policy and State Intervention in Britain, London, Heinemann, 1982: 78.
- 33 Immergut, e. M. op. cit, p. 22.
- 34 Williamson, P. M. : Corporatism in Perspective: An Introductory Guide to Corporatist Theory, London, SAGE, 1989: 177.
- 35 Mercer, G. : "Corporatist ways in the NHS?", In Harrison, M. L. (ed) Corporatism and the Welfare State, England, Gower, 1984: 73.
- 36 Klein, R. (1989) The Politics of the NHS, London, Longman, 1989: 25.
- 37 Day, P. & Klein, R. : "Constitutional and distributional conflict in British Medical politics: the case of general practice, 1911-1991", Political Studies, XL, 1992: 476.
- 38 Miliband, R. : The State in Capitalist Society, London, Quartet Books, 1973: 17.
- 39 O'Conner, J. : The Fiscal Crisis of the State, New York, St. Martin's Press, 1973: 6.
- 40 ibid, p. 7.
- 41 Doyal, L. & Pennel, I. : The Political Economy of Health, London, Pluto Press, 1979: 42.
- 42 Ham, C. : Health Policy in Britain - The Politics and Organization of the National Health Service, London, Macmillan, 1992: 220.
- 43 Doyal, L. & Pennel, I., op. cit. p. 37 & 45.
- 44 Navarro, V. : Crisis, Health, and Medicine: A Social

- Critique, New York & London, Tavistock, 1986: 249.
45. Ham, C., op. cit. 1992: 221.
46. Immergut, E.M., op. cit. p.17.
47. Walters, V.: Class Inequality and Health Care: the Origins and Impact of the National Health Service, London, Croom Helm, p. 61, 1980: 77 & 104.
48. Ranade, W.: A Future for the NHS: Health Care in the 1990s, London & New York, Longham, 1994: 19.
49. Thelen, K. & Steinmo, S.: "Historical institutionalism in comparative politics", in Steinmo, S.; Thelen, K. & Longstreth, F. (eds) Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis, Cambridge Univ. Press, 1992: 2.
50. March, J.G. & Olsen, J.P.: Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics, New York, Free Press, 1989: 167.
51. Hall, P.A.: Governing the Economy, Oxford, Polity, 1986: 19.
52. Thelen, K. & Steinmo, S. op. cit, p. 27.
53. March, J.G. & Plsen, J.P. op. cit. p. 23.
54. King, D.S. op. cit. p. 242.
55. Thelen, K. & Steinmo, S. op. cit. p. 7.
56. Immergut, E.M. op. cit. p. 243.
57. March, J.G. & Plsen, J.P. op. cit. p. 166.
58. Thelen, K. & Steinmo, S. op. cit. pp. 16-17.
59. Krasner, S.D.: "Sovereignty: An institutional perspective", Comparative Political Studies, 21(1): 66-94, 1988.
60. Cammack, P.: "Statism, new Institutionalism and marxism", The Socialist Register 1990, 1990: 161.
61. Immergut, E.M. op. cit. p. 232.
62. Immergut, E.M.: "The rules of the game: the logic of health policy-making in France, Switzerland and Sweden", in Steinmo, S.; Thelen, K. & Longstreth, F. (eds), op. cit . pp. 57-89, 1992b.
63. Hwang, Y.S.: Funding Health Care in Britain and Taiwan, PhD thesis, England: University of Newcastle upon Tyne, chapter 6, 1995.
64. ibid.