

中央研究院
三民主義研究所

專題選刊

(七十六)

行政法規中的公共利益與行業利益：
美國各州限制醫療費用法規之經驗分析

林 盛 萱

中華民國
臺灣 臺北 南港

中華民國七十六年九月

目 次

壹、導 論.....	1
貳、控制醫療費用的行政法規.....	5
參、各州行政法規決策中的公共與行業利益之分析.....	10
肆、為何私人利益對各州法規立法沒有影響.....	16
伍、資料與分析.....	20
陸、經驗分析結果.....	24
柒、文後討論.....	27
捌、註 解.....	29
玖、參考文獻.....	31
拾、列 表.....	34

行政法規中的公共利益與行業利益： 美國各州限制醫療費用法規之經驗分析^(註一)

林盛萱

壹、導 論

任何一行政法規必有其所欲申張之公共利益，然而它們是否實現了公共利益，或者助長了某些行業團體及個人的私人利益？我們對政治的這種定義「who gets what, when, and How」很熟悉。本文試圖以客觀的方式定義「公共利益」及「私人行業利益」，並檢視這種定義下的利益能否解釋法規政策之採取或制定，及法規政策之執行。

利益的概念是分析行政法規及一般政治學研究的一個中心課題。過去的研究視行政法規為公共利益的表徵，亦即行政法規是政府為了處理大眾所關心却又不能以個人的力量單獨解決的事。在美國行政法規的歷史裡，四個行政法規繁起的階段都是政府為了達成公共利益所做的措施：在十九世紀末葉，州際商業管理委員會（interstate Commerce Commission）及反托拉斯法的行政法規便是政府為了抗衡來自鐵路及大財團的權勢；下一階段的食品藥物管制法規（the Food and Drug Legislation）便是政府對大眾所憎恨的不合格食品藥物充斥的一種公益措施；次一時期新政（the New Deal）下各類行政法規是政府因大眾對自由經濟市場失去信心而做的官方干預；最近在70年代以後興起的社會行政法規（social regulation）又是因民衆對一般工作環境，與健康保險的不滿。這些不同類的行政法規多由獨立行政委員會（independent Commission）所制定。獨立行政委員會的產生便是基於委員們有特別的專業知識，能夠免除來自政黨、派系的政

治起伏，俾能讓委員會所訂立的行政法規實現公共利益，以制衡行業私利。

然而，在最近的行政法規分析中，學者們爭論行政法規中的行業利益有凌駕公利之勢，反應出經濟理論所一向重視的個人誘因（individual incentives）是研究政治學的傾向。受行政法規限制的行業往往不但不受規範反而享有優惠。舉個特別的例子，對聯合企業控制的法規（Cartel-like Controls）往往演成對某一行業提供了壟斷市場的專斷利益（monopoly profits），甚至進而做政治投資而掌握政策過程（Stigler, 1971）。有組織的行業比一般民衆，亦即行政法規所欲保護之人，占有組織上的優勢（Organizational advantage）（Wilson, 1980）。民衆因利益分散（dispersed interests），譬如在環境保護運動中的分散群眾利益（相較之於利益集中的廠商利益），很難克服集會結社時所遭遇到的「搭便車者」（free rider）的問題。雖然在某些時候，政客們可以克服組織動員的障礙，或者某些政府部門可以促成渙散的群眾利益的組織化（Sabatier, 1975），但是，總體而言，工商行會的私利常常是法規政治中的主角。有些分析家認為行業利益淹沒了法規所欲申張的公利，其主要原因是法規執行機構，雖然在初期有貫徹執行的意願，但時日一久則意願漸淡，執行鬆懈，加之行會伺機行動，執行法規的機構終免不了被「捕獲」（capture）（Bernstein, 1955）。有些學者進而認為行會利益一直主動地掌握了整個政治過程，甚而利用公利之名義，技巧地支持他們的立場，或而當民意轉向其他當代問題時，申張他們在法規政策及執行過程中的私慾（Owen and Braetigan, 1978）。

雖然強調私利足以解釋政治現象的學者以為「公利」是模糊而難界定的，定義「私利」的困難却少為學者們所重視。最近研究行政法規的作品中，曾提出行政法規下同一行業利益的分歧性的重要。不同操作，大小的工廠、公司各自持有對行業行政法規的不同觀點。換言之，行會之內成員利益的衝突是是行政法規決策過程中很重要的一環（Leone and Jackson, 1981；Noll and Owen, 1983），更進一步地說，過去二十年來研究政策執行和評估使我們學得某一公共政策對公共或行業

利益的實現是很難憶測的，即使在政策執行後亦是如此。公共政策的制定與執行原本十分複雜且易受歷史事件的隨意左右，以至於我們對公共政策的評判不太可靠。然而利益團體理論（*interest group theory*）假設利益團體是清晰可界定的，而且它們知道什麼樣的公共政策可以增進他們的私利。

本文提出一項有關美國各州限制醫療費用法規的經驗研究，並以此闡述利益團體理論及捕獲理論應用於法規政策上（*regulatory policy*）的一些弱點。各州限制醫療費用的法規是一個十分理想的例子以探討政策過程中公利與私利的關係。有三個主要的原因，其一，因為節制政府預算是漸形重要的課題，各州政府對過去二十年來所面臨不斷升高的醫療費用是一個有特別意義的經驗。其二，各州在這一方面的法規有很大的自主，因而各州在不同時期採用了多樣的法規以達成目的。因此這項政策比其他的法規，在美國聯邦體系下，有更多的變化讓我們去探討各州之間變異（*variation*）的由來與影響。其三，這方面的資料可得，提供了一個經驗研究公利與私利的機會。

本文先著手分析牽涉限制醫療費用法規中的公共利益，然後分析其中的行業私利，並討論界定這二種利益的困難之處。本研究由公共政策對大眾及行業利益的影響來衡量公共或私人利益的實現。並檢視這些政策結果與影響是否與行業團體的資源有關，亦即行業團體是否運用其經濟能力以達成政治目標。研究結果發現沒有足夠的證據可以支持行業團體運用資源，在政策執行中，以達成政治目標的論點。

由於客觀的定義，尤其是著重資源這一面者，並不能幫助我們了解政策的制定與執行，亦即利益團體理論及捕獲理論均不能在限療費用法規的例子中得到經驗支持，本文接著討論二種利益團體理論的引申。第一，利益團體理論在解釋政府活動的變遷上，比之於政治體系中文化或結構的角色（*Cultural or institutional features*）也許不是如想像中那麼重要。第二，主觀的利益（*perceived interests*），是本文未做深入研究的課題，也許比客觀的利益（*objective interests*）更能解釋行政法規及政策，尤其是那些較為微妙的，對政治參與者同時賦予正面

及負面影響的政策。如果這是可以接受的說法，那麼找出決定團體主觀利益的因素將是研究政治學的重要一環，也是利益團體理論所需更關心與加強的一部份。

貳、控制醫療費用的行政法規

由於存在於自由經濟市場的種種缺陷，美國聯邦政府自二次戰後以來對醫療這一行業的干預一直是被認為合理的（Feldstein, 1971；Clarkson, 1972；Pauly, 1974；Frech, 1976）。在1960年代中以前政府的干預主要是改進對醫療需要階層（the needy）的醫療服務，因此經由一些聯邦撥款贊助計劃，譬如希爾波頓（Hill-Burton Programs），政府大大地擴大了醫院，診所、及醫生的數目。然而，在1960年代後期，由於老年醫療補助（Medicare）及貧窮醫療補助（Medicaid）的急速擴展，各方面開始對限制醫療費用注意起來。到了1970年代中期，政府及私人保險公司對醫療的支出，或稱「第三者付款」（third party payments）已超過了全國醫療費用的百分之九十。由第三者付款所引起對醫療市場的許多扭曲，常被認為是許多新現象的肇因，其中包括醫療行業的不斷擴大，醫療費用的過度膨脹，及聯邦與州政府每年赤字是提高（Congressional Quarterly, 1980）。在過去二十年來，醫療方面的價格膨脹一直遠超過一般物品的膨脹。政府醫療費用也由1960年佔GNP的5.3%升至1980年的10.4%。這種政府及私人醫療支出的不斷提高，使政府對其他社會服務方面，譬如預防醫學，改善營養、居住、及工作環境等方面的支出不得不縮減。

正如政府法規對其他行業的干預，政府對醫療市場的干預，以自由化市場是不完美的名義亦被合理化（justify）。當今的醫療市場有那些不完美呢？最主要的是「第三者付款」的存在。因為人民不直接付款給醫療提供者，因此這種制度鼓勵人民多消耗醫療設施。此外，一旦病人見過醫生後，醫生們由於收入的誘因使病人有過度的醫療需求，因為醫生常能決定病人的醫療需求（level of

treatment)。再者，非營利醫院的存在也打破了自由市場下供需的平衡，這些非營利醫院往往追求聲望與地位，他們提供新的昂貴設備與技術，盡力吸引最有資格的醫生，這些都是影響醫療費用的主要原因。也由於居民們願意附近有入時的醫療設施，這種偏好也助長了醫療設施與投資的擴張，而這些花費却由「第三者」，即政府或保險公司，來支付。私人保險公司可以用提高保險費的方式將這些成本加諸於消費者上，而政府却無法推卸日形增加的醫療支出，終於造成財政困難。

關於前面所提醫療市場的缺失，有兩類醫療行政法規對應之。第一類是針對控制醫療設施而定，另一類則是為限制醫療費用而定。各州視其情況而有不同類與不同種的法規組合。就限制醫療設施而言，各州有醫療擴充申請法（Certificate of need）及 1972 年的社會保險修正法第 1122 條款（Section 1122 of the social security Act Amendment of 1972）。此二行政法規主要是欲降低醫院病床的增加與降低鄰近醫院昂貴設施的重覆與浪費。簡單的說即凡醫院等機構在擴建時必需經過審合。關於第二類限制醫療費用的法規主要也有二種：事前訂定付款率法（Prospective Reimbursement）是針對醫療費用的成長，而經濟穩定法（Economic stabilization Program）則是限制醫療價格與醫療人員的薪資。此經濟穩定法是尼克森總統在 1971 年左右因應國際經濟動亂而突然公佈者，因此它涉及全國各州各行業的物價與薪資，不只是醫療業而已。然而它對醫療業的影響深遠，不可不包含在此討論之列，對前三種法規的訂立請見表 1，表 2.1，表 2.2 及表 3。由於經濟穩法各州均行之，不必贅列表。表 2.2 是 Begley et al.（1982）對醫療擴充法在各州實行狀況的排列。關於這些醫療行政法規所欲達到的公共利益是很明顯的。然而這些法規是否有效地達成公共利益的意見是不一致的（Feldstein, 1971; 1977; Policy Analysis Inc. and Urban Systems Research and Engineering, 1980; Joskow, 1981; Sloan, 1983）。下文略述這幾個行政法規。

醫療擴充申請法，簡單的說便是醫院或其他醫療機構若要擴張設備，如床位、儀器，其金額超過某個數字時（各州不一，但不少州以十萬美元為標準），必須向當地的有關機構申請，最後經州政府同意後，領取一份醫療需要之證明（Certific-

ate of need)，始可進行擴張。此法規的理論來自魯安馬 (Roemer, 1961) 教授的「供給刺激需求」(Supply Creates its own demand) 之說。簡單的說醫院床位只要一提供便有被填滿的傾向，因此，限制醫療供給，尤其是床位，便是一種限制醫療費用的手段 (Feldstein, 1977 ; Salkever and Bice, 1976)。藉著事前審合醫院的擴建計劃，醫療擴充申請法欲期以限制醫療設施進而控制醫療費用的成長。

醫療擴充申請法由數州領先發展，其中紐約州於1965年首先訂立。但1974年的一個聯邦法案——全國健康計劃與資源發展法 (the National Health Planning and Resources Development Act of 1974)——規定各州必需在1980年以前訂立某種形式的醫療擴充申請法，否則聯邦政府將扣除對該州的醫療補助費。在有醫療擴充法的州，由州政府指定某個地方機構以審合擴建的申請。若某地的情況確實需要增加醫院設施，則州政府機構 (a state agency) 將頒發一紙證明。聯邦政府對各州法規內容的細節不甚過問，但監督地方與州機構對醫院所提出申請的審合。各州的醫療擴建法規不盡相同，有的只規範某些醫療機構，有的則涉及醫療有的則涉行的擴充有祖父條款 (grandfathering)，有的則無；有的傾向於加強各醫院之間的設施互用與合作，有的純粹限制設施與費用的成長；最後各州在不同時間採取此法，因此各州的實際經驗與成熟度亦不同。

其次談條款 1122。這是美國聯邦政府在1970年代初期首度鼓勵各州採取限制醫療費用的措施。與聯邦政府簽約同意施行條款 1122 的州各自建立其計劃及實施機構以審查醫院擴建的申請。被指定的執法機構，對不合准的擴建，可以控告並建議州政府不發還給醫院的老年及貧窮健康保險花費中的利息與折舊部份 (interest and depreciation)。條款 1122 的假設是如果醫院不能完全得到政府對老年人及貧窮人的醫療保險費，他們對擴建的誘因應該會降低。然而大部份的分析者同意條款 1122，與上述醫療擴充法相較，是一個比較沒有效果的辦法。主要的原因是懲罰極其有限。甚而學者認為有些州採取了條款 1122 的措施，純粹是爲了希望能免

除於再有醫院擴建申請法的威脅，也由於此，聯邦政府才於 1974 年強行規定各州必需在 1980 年以前採取某種形式的醫療擴建申請法。

以規範醫療費用為目標的事前訂定付款率法 (Prospective Reimbursement) 來之於前述二法之後，其原則也與前述二法迥然不同 (Coelen and Sullivan, 1981 ; Joskow , 1981 ; Sloan, 1983)。依據事前訂定付款率法，某個執法機構，譬如一個州機構或藍十字保險公司，設定一個第三付款者，即政府或保險公司，所可領取 (即政府或保險公司所可退還) 的老年及貧窮的保險費用的最高額 (ceiling)，如同條款 1122，此法只應用於對老年及貧窮人的健康保險費中，事前訂定付款率法與傳統的事後付款 (retrospective reimbursement) 不同。事後付款即醫院先提供服務，然後政府及保險公司再付給醫院一切的醫藥費，甚至包括了擴建的費用。而事前法的適用使政府不再付給醫院超過規定最高額的部份，除非醫院能提出強有力的證據來申辯過度的消費。基本上，事前付款率法的最高限額是依據過去一年的醫療情形，訂立來年預算的門診或住院病人的花費，然後再調整一下通貨膨脹及考慮醫院的個別因素。不能將費用保持在規定額內的醫院將自行負責其損失，而能將費用降低至限額內者保有其利潤，所以這是一個強調誘因以降低醫療費用的辦法。對於醫院保有的利潤，其自行決定如何運用。截至 1979 年，即本研究所含蓋的最後一年，僅有 8 州訂立了強制性的 (披及所有醫院) 事前訂定付款率法。原因之一是訂立付款標準不太容易，且多數醫院也不太願意有此法來侷限它們，截至 1986 年，採取此法的又多了三州：羅得島，緬因，及維吉尼亞。

最後一個要討論的法案是施行於 1971 及 1974 年間的聯邦經濟穩定法 (Economic Stabilization Program)，在此政策之下，全國各業的薪資和物價都被無條件地控制著，有些物價及薪資是完全不能成長，有些則是准許有限的增加 (kagan, 1978)，醫院的醫療費用即被限制在百分之 6 的成長率下，如同事前付款政策，在經濟穩定法下，醫療收入被直接地限制住，但在經濟法下，物價被限制地更嚴，醫院幾乎不太有可能去擴充設施，各州對此法沒有裁量的餘地，只能接受聯邦

政府的管制。

總言之，自從 1960 年來，醫療政策有極大的改變，自鼓勵醫療的擴充變遷為對控制醫療經費的成長。醫療擴充法及條款 1122 均是經由控制床位的成長及設施的成長而間接地控制經費成長的辦法。而事前付款及經濟穩定法都是直接控制費用的辦法。當然，這些行政法規政策倒底是不是實現了公共利益是值得爭論的。有些學者以為行政法規本身就產生了對自由經濟市場的一些扭曲（distortions）（e.g., Enthoven, 1980），有些人懷疑地方上審合醫院擴建的單位，主要係地方消費者所組成，是否能客觀地拒絕醫院擴建的要求。深入一層來看，地方審合單位，面對著有組織的醫院團體，很可能會幫著他們通過擴建申請，尤其是對有資源，行政技巧的醫院。同理，由於事前付款下設定退款標準（reimbursement rate）的複雜，可能使得較有資源，技術的大醫院與執法單位討價還價，使他們的退款標準訂得比較鬆。此外，付款標準的設定又是根據前一年的情況再做漸進的增加，而不是重頭（zero-based）考慮的。因此大型醫院常享有較高的退款標準。

從評估這些法規的文獻中發現行政政策，在最好的情況下，也只有些微的效果，而許多研究方法上的困難和統計估計上的不穩定，並不能讓我們得到可靠的結論（e.g., Havignurst, 1973；Cleverley, 1977；Blumstein and Sloan, 1978；Hamilton, 1979；Policy Analysis Inc, and Urban Systems Research and Engineering, 1978）；本篇研究結果也顯示，這些行政法規政策並不與公共利益理論一致，至少就控制病床的成長，設施的擴充，及醫院的費用而言，以下將討論本文的經驗研究。

叁、各州行政法規決策中的 公共與行業利益之分析

若公共或行業利益理論可用來解釋行政法規決策的採取 (adoption)，則採取限制醫療費用的州必與不採取的州有著二點不同：他們對公共利益的看法應不同，及他們之間醫療行業勢力的均衡必也不同。在其他聯邦體制下各州的「政策實驗」(federal laboratory) 的研究中顯示，公共或私人利益理論可以解釋某些法規政策 (Scholz and Wei, 1986) 然而這些研究著重行政及結果的各種指標，而不是直接研究法規本身。因此本研究搜集與公共及私人利益理論有關的資料來探測那些因素是影響各州採取限制醫療費的法規。亦即本研究將分析各州在公共及私人行業利益上有何不同以至影響各州採取醫療措施的概率。

這一部份研究的基本模式如下：

政策採取 = F (公共利益，行業利益，文化結構因素)

根據公共利益的說法，面對醫療花費較嚴重的州應該比較會採取限制醫療費用的措施，爲了測度這個假設，作者設立了一個指標，即在 1962 到 1967 年間各州的醫療支出 (hospital and health Expenditures) 的成長率。依據公共利益理論，醫療費用成長壓力較大的州應該較可能採取限制費的的決策。選取這段時間的原因是這是一段因老年及貧窮健康保險 (Medicare and Medicaid) 所引起州政府醫療支出急劇增加的時期。同時這也是許多州開始採取措施的一段期間。選取這段時間的另一個實際理由是由於每 5 年一次的普查 (Census of Government)，相關資料正好可得。

私人行業利益理論主要是強調被規範的行業利益。在限制醫療費用成長之法規下，醫療行業的利潤會因此受影響，由是推論，在醫院行業勢力較大的州可能比勢

力較小的州較晚，或者根本不採取限制醫療費用的措施，利益團體理論假設：擁有最多資源者是最能掌握政治過程者。作者遂以醫院行業的大小而設立了一個測量各州醫院資源勢力的指標（index of political power）。這個勢力指標是三個指標的組合：各州醫院行業收支占該州所得的比率；醫療工作人數占該州總勞動力的比率；各州內每千人的醫院床位數。這三個指標愈大的州表示其醫療勢力較大，但是三個指標是不是有不同的輕重呢？作者以「線性結構關係模式」（LISREL, Linear Structural Relationship）的方式處理而產生了對這三個指標的加權數。「線性結構關係模式」是 80 年代初期開始普遍的一種處理複雜觀念（Construct）及帶有測量誤差（measurement error）的理想辦法。關於由此模式而導出的加權數請見表 4.1。

以這種「總合」的行業勢力（Power in the industry, 簡稱 PI）來探測團體利益理論，作者預期有某些詬病，將在後面的篇幅中另做討論。為彌補缺失，作者又另設了二個行業勢力指標代表醫療業內的二種勢力，姑且稱之為「次行業勢力」（Subsectorial power）。第一類為大醫院的勢力（Power related to hospital size, 簡稱 PS），反應著各州醫院行業內大小醫院的不衡量及利益的歧異。另一類次勢力為不同種類（或所有權）醫院的相對勢力（Power related to hospital type, 簡稱 PT），反應著不同行政經營的醫院可能有利益上的分歧。大致上有四種醫院：聯邦醫院（類似台灣的軍醫院），教學醫院，社區醫院，慈善醫院、及營利醫院，做這種分類的另一個原因是我們以為行政法規可能對它們有不同的影響，其中教學與聯邦醫院由於與政府有特殊的關係，可以視為一類處理；而後三者，社區、慈善及營利醫院則被歸為另一類。次行業勢力指標的定義與總行業勢力的定義約略相同，惟大醫院次行業勢力（即 PS）的分子侷限於州內大醫院的床位、收支、及工作人數，而大醫院一般指的是有床位 350 以上者。聯邦及教學的次醫院行業勢力（即 PT）的分子則侷限於聯邦及教學醫院的床位、收入、及工作人數。LISREL 對次行業勢力的定義列於表 4.2 及表 4.3 內。

作者明瞭這樣的政治勢力指標有其缺點，尤其它主要指的是經濟勢力，因此一個未被證實的假設是經濟勢力與政治勢力之間有很強的正面關係。再者作者沒有測量各州醫院行業的反對勢力，我們亦沒有討論那些是限制醫療費法的反動及支持者。作者沒有討論醫院對抗勢力的主要原因是限制醫療費的受益者（一般醫療消費者）多所分散，他們有極大的困難來組成一個有效率的政治團體（Olsen, 1965 ; Wilson, 1980 ）。在本文公共利益指的是限制醫療費用的付諸實現，但這種定義只能稱為公共利益的「類指標」（proxy measures）。公共利益的概念難以數量化，尋求公共利益的法規，也許代表政治運籌家（Political entrepreneurs）為了得到分散的法規受益人的選票支持，或者有遠見的政治家（statesmen）鑑於日益升高的醫院費用對政府預算的影響，而做了限制醫療費用的努力。雖然我們的公共利益（及下文私人利益）的類指標不能十分周全。但是我們所定義的公共與私人利益的指標與有關法規的重要理論是一致的。這些理論特別強調經濟資源（Olsen, 1965 ; Stigler, 1971 ; Peltzman, 1976 ; ）的重要性。公利與私利的類指標，根據經濟理論，應該可以解釋各州之間限制醫療費用法規的不同。

與純以利益為出發點的假設相對的另一種說法，亦即對上文所提捕獲理論的批評，是在法規範疇裡，政治系統中結構的特性（structural characteristics）對主觀利益（perceived interest）的形成及法規執行的結果扮演著重要的角色。更進一步地說，經驗分析的研究中指出決策門路的有無（access to decision-making）及執行單位的專業程度，對法規的執行結果有很大的影響，尤其是當法規受益者極為分散的情況（如本例）（Sabatier, 1975 ; Mazmanian and Sabatier, 1980 ; Berry, 1984 ）。雖然這些研究主要涉及法規的實行而非法規的決策過程，但作者相信結構的因素對立法決策扮演著重要的角色。結構的因素可能和行業資源一樣可以解釋各州法規決策的差異。譬如，華克（Jack Walker, 1969）在對美國各州政策創新（policy innovativeness）的研究中發現有些州表現出對新觀念（new ideas）

很容易接受，並採納為法律或法規。在另一研究中指出，不同的政策範疇裡，各州對新觀念有不同的接納性（Gray, 1973）。因此各州法規決策的文化結構條件，亦即政府應該提供多少社會服務，和政府對社會各方面的活動是否應干預，可能是某些州較易接受新觀念，並有創新立法的重要原因。

我們仍不太明瞭為什麼有些州較易接受新觀念，而有些却非常困難。也許與各州立法專業化的程度及執行政策的能力有關，也許與各州政府運用權威對私人活動干預的政治文化（political culture）有關。作者以為較有立法創新的州（innovative states）是政策網絡（policy networks）發展較成熟的州，這略似黑克魯（Heclo, 1978）所描寫的在聯邦層次上的狀況，這些網絡協助建立不同利害關係團體與個人之間的信任與共識，並使利益團體認為各種政策的採取與執行是互利的。因此政策網絡影響了政策參與者與當事者主觀利益的形成。

各州在某種政策範圍內所建立的網絡對該州其他政策範圍網絡的形成有助益。進而促成該州特殊的政治文化。因此，基於某種政策而設立的各州立法創新指標（innovative measures）也許僅代表隨意抽樣（random）的個別政策創新。然而基於各州一般政策所設立的指標，就組織和文化發展上而言，應該是頗穩定的。一般政策創新的指標應該可以用來解釋各州採取限制醫療費用的機率，作者再次利用Lisrel 模型以加權華克和格雷的創新指標：485 對華克，及 248 對格雷。表 5.1 及表 5.2 是這二個作者對美國 50 州政策創新所做的估計。

另外一個影響各州公共政策的因素是州內政黨及政黨之間的競爭性（party and party competition）。政黨政治是研究州政府與政治常被沿用的解釋項。但是在這分析中作者有意排除有關政黨政治的指標。原因是在限制醫療費用的政策中不僅理論上，甚至經驗上都未證實政黨與政策對限制醫療費用法規的關係。民主黨基於不偏好工商企業的理由，時常推動規範企業的法規的成立。然而共和黨基於一貫的反對赤字，也很關心降低醫療費用而推動限療立法。民主黨及共和黨籍的總統

都曾提議過限制醫療費用的立法。共和黨的總統尼克森曾在經濟穩定法中對全國施加物價薪資的成長限制。而民主黨的總統甘迺迪，卡特都曾有限制醫費的提案。在經驗實例中，率先採取醫院擴建申請法的州有來自民主黨的州議會（羅得島），也有來自共和黨的州議會（紐約、康州），施行較嚴的醫院擴建法的州有來自民主黨的州議會（密西根、羅德島、麻州）者，也有來自共和黨的州議會（紐約、康州）者。

爲了證實那些因素，包括公共利益、行業利益、及文化結構，影響各州採行限制醫療費用法，作者採用了二種分析法。對條款 1122 及預先訂定付款率法，作者以各州上述變項平均值的差異比較了採取與不採取法規之州。若這些變項的平均值在這二組州內有顯著的差別（有顯著的 T 值），則表示變項對各州法規的採納有顯著影響。表六是分析的結果。而對各州醫院擴建申請法的採取，作者則用了生存分析（Survival analysis），簡述於下。

截至 1980 年，美國有 47 州採取了醫院擴建申請法，採取與不採取二組樣本之間的懸殊不能提供一個對假設的滿意測定。因此作者將分析上述三個自變項對各州採取擴建申請法的先後（早晚）是否有影響。如表 2.1 所示，各州在採取此法的時間上有很大的差別。生存分析法提供了一個適當的分析工具以研究自變數對各州採取法規的機率。根據生存分析，我們必須選定一個時間起點，在此例內，1965 年，也就是紐約州率先採取法規的一年，是分析的起始年，某州的存活年限便是該州立法那年減去 1965。依此推算，紐約州存活了零年，而截至 1980 年仍未有此法的三州存活了 15 年以上。

由生存分析所估計出的係數代表自變數對應變數在機率上百分比之改變（the proportional change in the Probability of adoption），因爲應變數的分佈是對數線性（log-linear）而非線性。這種分佈較能代表各州一般創新觀念的散播（the diffusion of innovations）—即呈現 S 形狀的曲線。因此運用生存分析法，而非一般最小平方差法（Ordinary Least Squares）是較適當的。此

外，我們的應變項，各州採取醫院擴建申請法的先後，不是呈常態分配，而生存分析不需要應變項是常態分配。最重要的是有三州截至分析的訖年（1980）尚未有立法，在一般最小平方分析法中，他們是不可能被包括在分析內的。表七是以生存分析的結果。對生存分析的敘述請參看寇克斯（Cox, 1972）。（註二）

表六及表七顯示三種限制醫療費用法，醫院擴建申請法，條款 1122 及事先訂立付款率，的實行成效類似。所有行業利益的指標均不能影響政策的採取。有些時候行業利益反而與政策的採取有負面的關係，即使不是顯著。反應著公共利益的醫療支出的指標對政策採取也沒有顯著的影響，縱然它一直在與預測相同的方向。而另一方面，代表各州政策創新的指標一直在預測相同的方向且達於顯著水準。簡言之，一個驚訝的發現是代表利益理論的各種指標對各州限制醫療費用的成長一點也不重要，然而代表各州政治文化結構特質的指標却有助於解釋各州法規的採取。

肆、爲何私人利益對各州 法規立法沒有影響

由於利益的觀念對現行許多政治現象扮演著重要的角色，而我們的分析結果：行業利益在各州醫院法規政策中並不重要，似乎值得商榷。在許多分析醫療的政治研究中指出醫療供給者（health providers），包括了醫院，因其有強大的經濟政治勢力而影響決策，至少在聯邦的層面是這樣的情況（Alford, 1973; Feder, 1977）。雖然本文著重於州的層面，推論上似乎不應有太大的偏差，作者將討論三種可能的解釋來答覆理論上和經驗分析上的差距。

第一種解釋是醫院不應該會反對限制醫療費用的法規政策，因為大多數的法規都不能如期施效，這種說法認為我們有必要看看醫院行業在法規執行中，到底是獲益還是受害，然後方能對醫院行業所扮演的角色下一定論。這種解釋，或稱之為利益團體理論（interest group theory），與這種假設：被約束的行業會主動地遊說法規立法以謀得一個較少競爭的情況，是一致的（Owen and Braetigan, 1978; NoII and Owen, 1983）。這種說法反對以為法規的表面就可以約束醫院的行為，並且提示我們需要更有力的證據才能支持醫院是反對限制醫療費用法規的說法。

第二種說法認為醫院可能對法規漠不在乎，因為他們可以「捕獲」（capture）執法單位，尤其是在公眾對某個問題的熱度消失以後。捕獲理論以為分析政策的執行而不是立法過程才是切題的。（Bernstein, 1955; Stigler, 1971），第三種說法是前二種說法的延申，認為行業之內次行業（Subsectoral 或 intrasectoral）的利害分歧才是法規最重要的一環，因此建議分析的重點在於醫院行業內勢力的形態和其對法規實行的影響。

與這三種解釋均有關的一個概念是「利益」。界定何為政治參與者的利益的各

種問題一直沒有滿意的答案，雖然它是政治分析一個很重要的觀念。正如其他的法規立法，醫院行業對限制醫療費用立法中最干預行業活動的部份有公開的反對，但是反對的程度是很難客觀測定的，尤其要比較50州的情況更是困難，何況，有技巧的壓力團體可能會掩飾其真正的願望。在聯盟時（Coalition）這種情況最常發生。團體的目標可能和成員的真正慾望不一致，利益團體所聲稱的利益（revealed interests）可能因情況而改變。因此依照行業所宣稱的利益而進行政策分析也是不可靠的。最後，雖然一些研究結果對政策的影響有評估，然而由於現實的複雜，利益團體並不一定清楚未來的政策到底對他們有什麼樣的影響。即使較完善的研究，包括了對「利益」的各種定義的研究，其對法規影響的結果的推論，也許只是建立在憶測上的架構而已。茲分述這三種解釋於後。

大部份的法規政策的評估都避免了這些如何確認行業團體的主觀利益的問題。它們直接分析受約束的團體在法規下的客觀利益或結果，有意地不談主觀利益和現實之間的關係。既然作者的目的是在於考驗各種法規理論的可用性（utility），我們將分析法規對醫院行業的客觀影響，並以此決定那些醫院團體應該會支持那些法規政策。我們如果在下一步的分析中發現限制醫療費用的法規政策對醫院的收支沒有影響（亦即法規沒有達成限制醫療費用的目的），則此種經驗結果和利益團體理論是一致的，亦即團體贊成法規的採取，因為法規不會達成預期的公利目標。

第二種解釋，亦是最常見的否定法規採取和行業利益之間關聯的說法，並不假不需要假定受約束的行業希望有法規立法，而是說利益團體在法規執行過程中往往會「捕獲」了執行單位，即使當初法規是由敵視利益團體的一群政客或文官所通過。依此說，我們預期醫院行業只對法規的通過不太在乎，或者只有微度的反對，因為他們將能控制執行的過程。在一些醫院雜誌上所出現的文章顯示，醫院學習如何在法規受制的環境裡（regulated environment）生存與獲利（American Hospital Association, 1980）。因此，我們將試測這種假說：在法規下，對醫院有利的結果（

這裡指醫療費用法沒有達到預期的控制費用效果)是來自醫院勢力在法規執行過程中的運作。

對行業利益於法規採取沒有影響的第三種解釋指出：醫院行業之內個各團體的衝突使得行業資源的運用，利益、和法規立法都變得複雜，過去在理論上的分析和經驗研究一向強調被約束的行業，比渙散的法規受益人，更有一致的利益(Stigler, 1971; Peltzman, 1976)，後來的研究指出在研究法規政治時，有區分行業內不同利益衝突的必要(Noll and Owen, 1983; Leone and Jackson, 1981)，無疑地，法規對一行業內不同的公司加諸不同的成本。空氣污染的法規增加了用燃煤過程的公司的成本，但減少了用油或電的過程的公司的相對競爭壓力。即使法規對行業內所有的公司增加了成本，那些面對較少成本的公司也算是獲利者。如果市場的情況准許所增加的成本轉嫁於消費者，某些次行業便站在較有利的地位。因此這種理論指出在任何一法規決策中，行業內的團體可概分為得利者與失利者，而得利的次行業應該會依其利益所在，努力遊說法規的通過，以期在法規實行的階段獲利。

爲了將上述說法列入本文對行業利益的經驗研究，作者以二種方式區分在醫院行業內有潛在影響的次行業。雖然截至目前的研究並沒有澄清那些次行業是受法規波及最深的，醫院的大小，及醫院所有權的類別似乎是二種辨別次行業的標準，大小公司的不同利益與慾望，幾乎在所有行業內都阻礙了他們的遊說活動(Olsen, 1965)。大公司由於擁有充足的資源，較易適應新法規，也較沒有反對法規的動機。比起小公司可能因新法規而提高生產成本，或減少生產甚而被逐出行業。在醫院這一行業，大醫院，由於有較強的行政能力與技術，可能比小醫院較能應付限制醫療費用的法規。在一個研究中指出法規對較大的，位於市內的教學醫院的擴建申請較爲寬容(Britton, 1975)。作者又以醫院所有權種類來區分次行業：第一類是聯邦及教學醫院，另一類爲營利、慈善、及一般社區醫院。一研究指出較早的限制醫療法規對私人營利的醫院不利(Frech, 1976)。其他的研究也發現存在於私立及公立、地方與聯邦，及教學與非教學醫院中的許多衝突(Altman, et al., 1981;

Thompson, 1983)。總之，法規對聯邦及教學醫院，比其他種類的醫院，較為寬容，因此這樣的區分應有助於我們了解次行業的利益與勢力。

伍、資料與分析

上述三種否定行業利益與法規採取有關的說法，將在此節內用迴歸分析醫院層次的資料（hospital-level data）以檢視，爲了測驗限制醫療費用對醫院行業的影響，作者選取了三個評估法規結果的指標：每住院病人費用，醫院床位的增長率，技術及設備的數量（如掃描器，加護病房的有無）。限制醫療費用的法規其目的不外乎降低醫藥費用，限制床位的成長，及設施的重覆與浪費。譬如事先訂立退還率的直接目標是降低費用，而醫院擴建申請法及條款 1122 則同時有前述的三種目的。每住院病人費用可代表一般醫療費用的高低，也代表醫院的所得。而另外二個指標，床位的增加率及技術設備的數量，用以代表醫院投資的情況，亦反應出醫院對降低費用的意願。

資料來源是 1971-1979 年間美國 19 州中的 85 個醫院。（註四）美國醫院協會（American Hospital Association），每年對所有醫院有問卷調查。此研究限於 85 個醫院的原因是唯有這些醫院在 1971-1979 年間對所有本研究涉及的變數有詳細且一致的答覆。在這樣本之內，有足夠的變異（variation）讓我們測定每一個政策的法規影響。表 8 是此研究涉及的指標在樣本與母體之間的比較，我們可看出此樣本偏向選取了較大的醫院。作者以爲大醫院對醫院協會的問卷調查，比起小醫院，較有行政處理的能力。因此這個樣本偏向代表了較大、較有能力，甚至較能影響政策結果的一些醫院。縱然有此缺憾，但作者以爲，比起其他辦法，例如將醫院層次的資料平均爲州層次的資料，仍是較優的。最重要的原因是用醫院爲分析單位的資料，是個體層面（micro level）的資料，能得到政策對醫院行爲影響的正確推論。（註三）

爲了分析個別法規政策對醫院行業的影響，作者用了虛擬變數（dummy vari-

ables) 以表示條款 1122 及事先訂立退還率法的存在與否，以 1 指示有法規之州，否則為 0，醫院擴建申請法的指標則比較精細，可以區分較嚴與較鬆的州。貝格利等人 (Begley et al., 1982) 曾對各州擴建申請法做了一個比較並給與分數 (ratings)。作者遂利用他們對各州的評分作為法規的自變數。值得一提的是在 1971 年 8 月到 1974 年 4 月間的經濟穩定法 (ESP) 必需被控制住，以免混淆觀察。這是 Nixon 總統在當時經濟危機中突然宣佈的行政法規，目的在控制各種物價和薪資的成長。這個變數的給分法是 1972 及 1973 年間，所有醫院都有 1 分，而 1971 與 1974 年各給 $\frac{1}{3}$ 分，否則為 0。

為了試測利益團體理論及捕獲理論，醫院行業及次行業的勢力應包括在分析內，其定義已在第三節中敘述。此外，在醫院研究的文獻中指出有些變數對我們的應變項均有影響，其中包括在各州 65 歲以上的人口 (AGE)，醫院每床位資產 (APB, assets per bed)，各州醫療工資 (WAGE)，及醫院技術設備之數量 (TECH, technology)。這些控制變數不是本文重點，詳述請參看另作 (Lin, 1986)。

行業利益對政策採取沒有影響的前二種解釋，可以簡化為下列的方程式。但請注意這是以醫院為單位的分析，而有些變數 (AGE、WAGE、R、PI) 却是州層次的資料。

$$O_{ij} = A + b_1 R_{ij} + b_2 PI_{ij} \times R_{ij} + b_3 C_{ij} + E \quad (1)$$

O_{ij} — 指任何一個政策效果的指標 (包括每住院病人醫院費用，床位成長率，及技術設備) 在 i 醫院， j 年。

R_{ij} — 各州的限制醫療法規 (擴建申請法，條款 1122，事先訂立退還率法)，法規在 i 醫院所屬之州， j 年。

PI_{ij} — 在 i 醫院所屬之州之醫院行業勢力指標， j 年 (已定義於第三章)。

C_{ij} — 指所有的控制 (control) 變數，包括 AGE, WAGE, APB, TECH 在 i 醫院， j 年。

A — 為常數項

E一為誤差項，有三種來源（sources）：來自各醫院者（cross-section），來自時間者（time-series），及來自二者之隨意誤差（random error from both）。

分析模型是採用橫面及縱面混合的誤差組合模式（error component model for cross-sectional and time-series）。此模型是試測政策影響（policy intervention）一個很有力的設計。然而它並不普遍，主要原因是過去我們對處理橫面及縱面混合的資料所帶來的問題難以解決，但誤差組合模式是一個可採的建議，唯其必需假定來自橫面及縱面的常數項是隨意的（a random intercept）。也可以說，我們假定每個醫院，每一年都是來自一個更大的母體，而我們的分析在對那個大母體作推論，詳情請看柏克等人及賈菊等人之作（Berk et al., 1979 ; Judge et al., 1985）。

在上述方程式中，任何法規變數（ R_{ij} ）若有正係數（代表法規對應變數有正的影響），則醫院行業應該不會遊說以阻止法規的通過。另一方面，若醫院行業勢力與法規有正面的主動關係，亦即對醫院有利的結果，則係數 b_2 應為正而且顯著。這又表示捕獲理論的說法，認為醫院行業勢力在法規執行過程中，而非法規本身的內容與特質，有相當的影響力，可以得到支持。

為了試測第三種解釋，亦即次行業勢力而非總行業勢力才是分析的重點，作者採用了類似的分析。這裡的次行業指的是醫院大小及所有權種類之別，作者沒有將這部份和上面的分析合在一起的原因是自變數之間有綫性關係（multicollinearity），將使虛無假設難以推翻。次行業勢力部份的分析可以寫成下列的方程式：

$$O_{ij} = A + b_1 R_{ij} + b_3 C_{ij} + b_4 \text{TYPE} + b_5 \text{TYPE} \cdot R_{ij} + b_6 \text{TYPE} \cdot \text{PT}_{ij} \cdot R_{ij} + E \quad (2)$$

$$O_{ij} = A + b_1 R_{ij} + b_3 C_{ij} + b_4 \text{SIZE} + b_5 \text{SIZE} \cdot R_{ij} + b_6 \text{SIZE} \cdot \text{PS}_{ij} \cdot R_{ij} + E \quad (3)$$

其中 TYPE 為虛擬變數，聯邦及教學醫院為 1，餘 0

SIZE 為醫院的床位數

其他定義則如前述

陸、經驗分析結果

表 9 顯示第一個方程式估計的結果我們可以看出限制醫療費用的法規並沒有達成目標，就法規的三個效果指標，每住院病人費用，床位成長率，及技術設備的數量而言。表 10 及表 11 顯示第二個及第三個方程式的估計也有類似的發現。茲將分析結果與意義敘述於下。

整個來說，分析結果略為支持第一種解釋，即醫院行業照理論不應、事實上也沒有遊說以阻撓限制醫療費用法規之通過，因為這些法規本身難以成效。但若欲點出那一個政策對醫院最有利，或最受醫院歡迎則有數點困難，第一，我們沒有經驗證據可獲知醫院對費用、床位，及設施限制的偏好順序（*preference*），因此無法加權各估計數而計算出醫院對各法規的偏好分數，雖然作者以為費用可能是對醫院較重要的，而設備技術最次之。第二、分析所得的法規係數（ b_1 ）不能比較輕重，原自變數的單位不一致，有的是虛擬變數，如條款 1122 及事先訂立付款率法，有的則為序數（*ordinal*），如醫院擴建申請法，經濟穩定法。

然而，從質上觀察，分析結果可能指示醫院對擴建申請法最歡迎，因其係數都在正的方向。其次可能是事先訂立付款率法，因為其對設施及費用的正影響被床位的顯著負影響所抵消；再其次應是 1122，其對設施及費用均有負的影響。因此，醫院行業勢力的指標（*PI*）應與擴建申請法的採取有較強的正關係，與事先訂立付款率及條款 1122 的採取有較弱的關係。而在第三節中對法規採取的分析却不支持這一節的推論。而在本節表 9 中 $PI \cdot REG$ （即 $PI \cdot PR$ 、 $PI \cdot CON$ 、 $PI \cdot 1122$ ），的係數看來，行業在法規執行中運用勢力之說也沒有得到有力的支持，其對費用（*Cost per Admission*）的影響是在醫院所欲見的方向，但並不顯著。行業勢力與擴

建申請法及條款 1122 的互動對設施技術 (TECH) 有預料之外的顯著負影響。行業勢力與條款 1122 的互動對應變數床位成長的正向顯著關係是對「捕獲」理論的唯一支持。簡言之，作者發現各州醫院行業勢力對限制醫療費用法規的立法與執行都沒有太大的影響。

對限制醫療費用唯一有影響的法規是聯邦政府對全國薪資及物價的控制的經濟穩定法 (ESP)，但這個變數只是我們的控制項，經濟穩定法的目的在於控制全國的物價，並不只限於醫療，事實上其對各行業，不僅醫療業，的物價與薪資的控制均有成效 (Kagan, 1978)，但是我們以州為分析單位的研究對這個聯邦的政策，並不能提出什麼解釋。其他的控制變項，如影響醫療需求 (demand) 的老年人口 (AGE)，影響醫療費用的設施技術 (TECH) 都顯示在預期的方向，且於不同方程式中表現穩定，因此在討論以下的表時不再重覆討論。

表 10 旨在分析次行業聯邦與教學醫院的勢力，其中代表次行業的大部份係數 (即 PT*TYPE*PR, PT*TYPE*CON, PT*TYPE*S 1122) 所對應之 9 個係數都是正的且顯著。這意示聯邦及教學醫院，比起營利及社區醫院，較為歡迎限制醫療費用的法規，在表中法規的各個係數顯示不大一致 (即 PR, CON, S 1122)，有正顯著且有負顯著同時出現者，表示法規僅有混合的成效。其中僅有的顯著係數是事先訂立退還率法增加了設施技術 (TECH) 的採用但減少了床位的擴充。如果我們比較這二組係數群 b_1 與 b_5 ，則不難發現教學與聯邦醫院的確是在法規下獲利較多的醫院。這些發現與在第三節的分析：教學與聯邦醫院可能會遊說使法規通過，有些出入，因此不與利益團體理論一致。

另一方面，我們的分析僅有限地支持行業勢力在法規執行中的影響，在 b_6 群的係數中除了一個是負向以外，其他都是正的，表示次行業勢力對法規執行單位一直有些壓力而略得其所求。其中唯條款 1122 有正且顯著的影響。既然行業或次行業勢力對法規的執行沒有很大顯著的影響，如表 9，表 10 表示，則行業在立法遊說過程中應扮演重要角色，但第三節中在法規採取的分析時，並沒有支持這種說法，令人對這些發現多所迷惑。

在表11分析大小醫院的次行業也有類似的發現。代表公共利益的法規係數群 (b_1) 仍不大一致，指示法規僅有混合的效果，與表9的情況相同， b_1 係數群裡，事先訂立退款率法對技術設施 (TECH) 的影響是正且顯著， b_1 群裡只有二個係數是負的。醫院的大小 (SIZE) 與法規的互動 (即 $BEDS * PR$, $BEDS * CON$, $BEDS * S1122$) 對三個應變數指標似乎有正面影響。在醫院擴建申請法下，大型醫院獲利最多 ($BEDS * CON$ 之三個係數全為正)，大醫院在條款 1122 下也是獲利者，原因是此二法的執行程度視醫院的行政能力而定，大型，大型且較具有行政能力的醫院往往容易通過擴建的申請。因此作者推論大型醫院應該會比較支持條款 1122 與擴建申請法，但這種推論又與前面在第叁節的發現大醫院的勢力與法規採取無關 (表6, 表7) 互相矛盾，與利益團體理論相左右，因而其理論未能在本例中得到完全的證實。

和對醫院所有權的次行業的分析一樣 (表10中 b_6)，大型醫院的勢力 (表11中 b_6) 規執行的階段僅有極限的影響。依結果所示，所有的影響都在正的方向，但只有一個係數是顯著的。條款 1122 是唯一受大醫院勢力顯著影響者。這個發現與一般認為條款 1122 是最弱的法規的看法一致。

總之，我們的發現與利益理論不一致，其強調行業勢力影響法規的執行，至少就醫院勢力和各州法規執行的層次而言。與聯辦法規 (經濟穩定法) 相較，這些發現顯示醫院行業應該比較偏好來自州政府而不是聯邦政府的政策。從聯邦及教學醫院，及大型醫院的勢力沒有影響法規執行的成效看來，利益團體理論，及捕獲理論並沒有得到支持。另外，次行業與法規的互動會影響法規成效之說法略有印證 (即表10及表11中的 b_6)，主要的根據是這些係數都在正的方向。但因缺乏顯著，這種支持也是有限度的。因此本文經驗分析的結果是有限度支持這種假設：醫院對法規的採取並不太在乎，却預期法規在執行中不能奏效的利益團體理論。

柒、文後討論

本文的研究結果顯示現有的法規理論在解釋各州法規的採取及執行有相當的缺失。本文所用的公共及私人利益的指標均不能有力地解釋政策的採取及其實行成效，反而是文中唯一代表文化結構的變數提供了對政策採取的有力解釋。如果癥結在於法規利益理論所強調的經濟資源與政治勢力之間並沒有必然的關係，那麼法規理論就不能爭論行業團體控制了整個法規過程。

本文所隱喻的並不是說依據行業利益的那些有關法規的理論是錯的，而是建議法規理論忽視了二個很重要，並可增進其解釋能力的二個關結（link）。其一，我們需要加強與改善經濟資源的指標，並發展對行業組織能力，參選活動，與政治領導的指標，以期對行業勢力、政治影響力的數量化，而不只是對「潛在」的政治資源的數量化。行業團體的勢力大小與立即的政治勢力之間需要有更多的研究，可就沿著帕爾茲曼（Peltzman, 1976）和威爾遜（Wilson, 1980）所建議的方向來研究團體的潛在資源與其運用資源達成政治目的之間的關係。

另外一個關結在我們以結果（outcome）為標準所測量的客觀利益與行業團體所認識的主觀利益（perceived interests）之間的關係，也許其中不如一般法規理論所假設的那樣緊密。我們很難克服許多測量政策成效的困難，即使政策已在執行階段且被評估時。至於團體知道他們的客觀利益何在並且付諸行動追求的假設，只有在情況較為單純、利益較易預見的時候才是有效的。然而政策分析不能不討論團體所認識的主觀利益。因此，了解影響團體主見的政治系統的特性，譬如文化結構，應是利益理論的一個被忽略的重要課題。

例如對選民意向的研究發現政治意識或政黨的認同，比其他客觀的私利指標，

對個人政策的偏好取向，是更為有力的預測項。在一個複雜、因而選民不易知道自己利益的世 裡，政治意識提供給他們一個簡潔的選擇途徑。一般利益團體的政策立場，也反應出政治意識協助了團體估計他們在某政策上所將面臨的利害。於是這些政治意識是如何由累積的政策經驗中變遷，成了政策過程中的重要解釋項。

本文的發現：各州政策的創新性(*policy innovativeness*)比其他公共或私人利益的指標更能解釋醫院法規，暗示著利益理論，在被應用於法規政策時，失缺了對政治系統中某種可以影響團體主觀利益之因素的討論。治系統中的政治網絡，及並行存在的政治傳統和制度的發展，使利益團體介入一個團體資源和主觀利益不斷互動的脈流。各州在政策學習過程中的異同，也許比客觀利益，更漸進而有系統地改變團體的觀念。雖然作者沒有在本文中研究這種異同的性質，但這種學習過程的主要形式已出現在「政黨彼此調和」(*Partisan mutual adjustment*)和「斷續漸進」(*disjointed incrementalism*)的論說中。本文的意義在於一般的利益團體理論，或法規政策的個案分析都需要更進一步地闡說，同時有某種形式的經驗證實。

捌、註 解

註 一：本篇是對現行美國各州醫療費用法規的研究，涉及法規所欲伸張的公共利益，及醫院行業的私人利益的消漲。茲就台灣仿效美國之處略述如下。

目前台灣的醫療費用也有增高之勢，但比之於其他物價及薪資，還沒有夠成威脅的情況，而政府已開始注意這個問題，是可防患未然。譬如台灣政府於去年開始籌劃的一種退還醫院保險人員之醫療費用的法規 Diagonastically Related Group Regulation 簡稱 DRG，即是完全仿造美國的經驗。這種法規主要是將受保險病人分類，（在美國共分為 468 類），而對每類病人，政府於公勞保的負擔均有定額，醫院若花費在定額下，則自留其利潤，反之若花費在定額上，則自負其債。因此這是一種強調醫院節約誘因（incentive）的法規。DRG 在美國的實施僅有三年歷史，仍不是對其效果可以下定論的時候（雖然不少專家對其抱著肯定的態度），在台灣的實行更難以預料其得失。因為這是需要高度行政能力的法規，牽涉到如何將病人分類，如何維持高度的醫療水準，如何建立完善的給付會計制度等。

近來政府有意擴大醫療保險制度，譬如正在試辦階段的農民保險，開始研究的勞眷保險。農保的經驗不甚樂觀，由於虧損太多，農民的保險費必需提高，政府也因此沒有更進一步的計劃。美國與台灣的社會，國情不同，台灣的政府對社會福利的承諾（commitment）或優先順序（Priority）非常有限。然而對在美國實行已有 20 餘的 Medicare（對老年人的醫療服務），及 Medicaid（對窮人的醫療服務）仍應有探就之必要，以為他山之石。

與醫療法規的建立與實行有密切關係的是工會與醫院行業的組織。社會福利的觀念有賴工會的推動，而限制醫療費用的法規又有賴醫院行業的支持與合作。台灣與美國在這方面有很大的區別。雖然在台灣行業的組織漸趨擴大，但仍難發揮影響政策的力量，而學術界對利益團體（interest groups）的研究較不重視，實因他們還沒有產生政治的力量。本文所討論的利益團體理論，在目前，還不能適用或推論到台灣的情況。

註 二：Cox（1972）所提出的生存分析的迴歸形式如下

$$h(t, Z) = h_0(t) \exp(B'Z)$$

$$\text{而 } Z = (z_1, z_2, \dots, z_i)$$

$h(t, Z)$ - hazard (death) rate for an individual

h_0 - an unknown, arbitrary hazard function for an individual with the covariate vector $Z = 0$ ，相當於迴歸分析中的常數項

B - a row vector of parameters

Z - the covariate vector (i.e., our observed variables) 亦即自變項。

若寫成傳統的被解釋項於左，解釋項於右的形式則為：

$$\log(h(t, Z) / h_0(t)) = B'Z$$

註 三：一般而言，對限制醫院費用之行政法規的經驗研究有二種資料，一是以醫院為分析單位，即醫院層次的（hospital level），另一則以州為分析單位（state level），亦即取州內各個醫院有關變項的平均，二種不同層次的 level of analysis 均欲推論法規在全國的效果。絕大部份在這方面的研究均採用州層次的資料，有幾個原因：

- ①研究人員若堅持要用「醫院收入」（revenue）這個變項，則只能用州層次的資料，因為在美國各個醫院的收入，不對外公開是機密或隱私，但州層次的醫院收入（如總和或平均）則可得，（由此可見醫院行業勢力的運作）。
- ②這方面研究的主要資料來源是 American Hospital Association 對每個醫院所做的 Annual Survey，有一大部份的醫院常常對某些問題繳白卷，因此研究人員往往碰到 missing value 的問題，用州為分析單位取平均，可以彌補這個問題。
- ③下列是一個有可能，但不能被證實的猜測。

以州內各醫院的變數平均為分析對象，可以使模式得到較好的 fit，而造成 R^2 很高的假象，因為各醫院變數中 variation 都被 dampened down。

由於作者僅在測量各州醫院行業勢力時，用 hospital revenue 為其中一個指標，此外並不堅持用 hospital revenue 這個 variable，而用另一相當的變數 hospital cost（如 cost per admission 每住院人費用）；而且作者對 missing value 的處理將取 Case-wise deletion 的辦法，不需要各州的平均資料；最後， R^2 的高低不應是選擇分析資料層次合理的考慮。作者以為醫院層次的資料，在推理上是優於州層次的，其理由如下：

本文的目的之一在探討醫院的行為（hospital behavior），亦即各類醫院在面臨對其有潛在威脅的行政法規下，做如何的決定？是降低收費嗎，不再增購昂貴設施嗎？不再擴充床位嗎？或者是變相的降低收費，却濫收留病人，不增加設施却讓病人做許多不必要的檢驗，以維持同樣的利潤？也就是各種醫院對 regulation 的遵行（conformity）如何，這一連串的問題都是牽涉到「各個」醫院如何做決定的問題，是 micro 的，而不是整州的醫院如何做決定的問題，不是 macro 的。

假設用 macro，或稱 aggregate 的資料，即以州層次為分析單位，而推論至各個醫院對 regulation 的反應，則不免有 ecological fallacy 之評，這類問題在政治學的研究中一直存在，尤以在選舉行為的經驗性研究中最為顯著。（Ecological fallacy 指從總體的分析而推論至組成總體分子的特性）。

註 四：請見表 2.2 所列之 19 州

玖、參考文獻

References

- Alford, R., *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*. Chicago: University of Chicago Press, 1975.
- Altman, D., Greene, R., & Sapolsky, H. *Health Planning and Regulation: The Decision Making Process*. Washington, D.C.: AUPHA Press, 1981.
- American Hospital Association. *Reimbursement Survey*. Chicago: American Hospital Association, 1979.
- Begley, C., Schoeman, M., & Traxler, H. Factors that May Explain Interstate Differences in Certificate-of-Need Decisions. *Health Care Financing Review*, 1982, 3, 87-94.
- Berstein, M. H., *Regulating Business by Independent Commission*. Princeton: Princeton University Press, 1955.
- Berk, R. et al., Estimation Procedures for Pooled Cross-Sectional and Time Series Data. *Evaluation Quarterly*, 1979, 3, 385-410.
- Berry, W.D. An Alternative to the Capture Theory of Regulation: The Case of state Public Utility Commissions. *American Journal of Political Science*, 1984, 28, 524-558.
- Britton, C. R. *Certificate of Need Legislation in Health Care Delivery*. Unpublished M. S. Thesis, Sloan School of Management, Massachusetts Institutes of Technology, 1975.
- Cox, D. R. Regulation Models and Life Tables. *Journal of the Royal Statistical Society*, 1972, 34, 187-202.
- Enthoven, A. C. *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*. Amsterdam and Sydney: Addison-Wesley, 1980.
- Feder, J. M. *The Politics of Federal Hospital Insurance*. Washington, D. C.: Health and Company, 1977.
- Feldstein, M. S. Hospital Cost Inflation: A Study of Non-Profit Price Dynamics. *American Economic Review*, 1971, 61, 853-872.
- Feldstein, M.S. Quality Change and Demand of Hospital Care. *Econometrica*, 1977, 45, 1681-1702.
- Frech, H.E. III. The Property Rights Theory of the Firm: Empirical Results from a Natural Experiment. *Journal of Political Economy*, 1976, 84, 143-152.

- Gray, V., Innovation in the States: A Diffusion Study. *American Political Science Review*, 1973, 67, 1174-1185.
- Heclo, H. Issue Networks and the Executive Establishment, in King, A. *The New American Political System* (ed.) Washington, D.C.: American Enterprise Institute, 1978.
- Judge, G. et al., *Introduction to the Theory and Practice of Econometrics*. NY: John Wiley and Sons, 1985.
- Kagan, R. A. *Regulatory Justice: Implementing a Wage-Price Freeze*. New York: Russell Sage, 1978.
- Leone, R., & Jackson, J. The Political Economy of Federal Regulatory Activity: The Case of Water-Pollution Controls, in Fromm, G. *Studies in Public Regulation* (ed.). Cambridge, Mass.: MIT Press, 1981.
- Lin, S.S. *Regulatory Policy Formulation and Effectiveness: The Case of Hospital Cost Containment Regulations*, Ph.D. Dissertation, State University of New York at Stony Brook, 1986.
- Maxmanian, D.A., & Sabatier, P. A. A Multivariate Model of Public Policy Making. *American Journal of Political Science*, 1980, 24, 439-468.
- Noll, R.G., & Owen, B.M. *The Political Economy of Deregulation: Interest Groups in the Regulatory Process*. Washington, D.C.: American Enterprise Institution, 1983.
- Olsen, M. *The Logic of Collective Action*. Cambridge: Harvard University Press, 1965.
- Owen, B. & Braeutigan, R. *The Regulatory Game: Strategic Use of the Administrative Process*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company, 1978.
- Peltzman, S. Toward a General Theory of Regulation. *Journal of Law and Economics*, 1976, 19, 211-240.
- Sabatier, P. Social Movements and Regulatory Agencies: Toward a More Adequate Theory of Clientele Capture. *Policy Sciences*, 1975, 6, 301-342.
- Salkever, D. S. & Bice, T. W. The Impact of Certificate of Need Controls on Hospital Investment. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1976, 54, 185-214.
- Scholz, J. T., & Wei, F. H. Regulatory Enforcement in a Federalist System. *American Political Science Review*, 1986, 80, 1249-1270.
- Stigler, G. J. The Theory of Economic Regulation. *Bell Journal of Economics and Management Science*, 1971, 2, 3-21.

Thompson, F. *Health Policy and the Bureaucracy: Politics and Implementation*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1983.

Walker, J., The Diffusion of Innovations Among the American States, *American Political Science Review*, 1969, 63, pp. 880-99.

Wilson, J. Q., *The Politics of Regulation*, New York: Basic Books, 1980.

拾、列表

Table 1

State Adoption of Mandatory
Prospective Reimbursement

New Jersey	1975
Colorado	1978
Connecticut	1973
Maryland	1974
Massachusetts	1968
New York	1970
Washington	1973
Wisconsin	1972
Rhode Island	1986
West Virginia	1986
Maine	1986

Source: appendix in F. Sloan and B. Steinwald, 1979. *Insurance, Regulation, and Hospital Costs*, Lexington Books, Lexington, Mass.

Table 2.1
Certificate-of-Need States

Never	Idaho
	Indiana
	Louisian
1970 and Before	California
	Connecticut
	Maryland
	New York
	Rhode
	Island
1971	Arizona
	Massachusetts
	Minnesota
	Nevada
	New Jersey
	North Dakota
	Oklahoma
	Oregon
	S. Carolina
	Washington
1972	Florida
	Kansas
	Kentucky
	Michigan
	S. Dakota
1973	Colorado
	Tennessee
	Virginia
1974	Georgia
	Hawaii
	Illinois
1975	Arkansas
	Montana
	Ohio
	Texas
1976	Alaska
1977	Alabama
	District of Columbia
	Iowa
	W. Virginia
	Wisconsin
	Wyoming
1978	Delaware
	Maine
	New Mexico
	N. Carolina
1979	Mississippi
	Nebraska
	New Hampshire
	Pennsylvania
	Utah
	Vermont
	Missouri

Source: appendix in F. Sloan and B. Steinwald, 1979. *Insurance, Regulation, and Hospital Costs*, Lexington Books, Lexington, Mass.

Table 2.2
 Begley et al's Toughness Score
 for Certificate of Need

CA(1969)	- 1.053
MD	- 1.053
VA	- 1.053
AK	- .875
ND *	- .875
WA	- .875
IL	- .713
TN	- .713
TX *	- .713
NV *	- .535
FL	- .375
OH	- .375
OR	- .375
AR	- .196
KS *	- .196
KY *	- .196
MN	- .196
MT *	- .196
NJ	- .196
OK *	- .196
SC	- .196
CO *	- .034
SD *	.859
CA(1975)	.985
CT	1.164
MI	1.878
NY	2.040
Ri	2.040
MA	2.219

Source: Begley et al., Factors that May Explain Interstate Differences
 in Certificate-of-Need Decisions. Health Care Financing.

* : excluded in the Sample for missing values.

Table 3
Section 1122 States

Never	Arizona California Connecticut District of Columbia Illinois Kansas Massachusetts Rhode Island S. Dakota Tennessee Texas
1970 and before	
1971	
1972	
1973	Alabama Arkansas Delaware Indiana Iowa Louisiana Maine Michigan Mississippi Nebraska New Hampshire N. Carolina Pennsylvania Missouri Missouri
1974	Alaska Colorado Georgia Idaho Kentucky Minnesota Montana Nevada New Jersey New York N. Dakota Oklahoma S. Carolina Utah Washington Wyoming Vermont
1975	
1976	
1977	W. Virginia
1978	
1979	

Source: appendix in F. Sloan and B. Steinwald, 1979. *Insurance, Regulation, and Hospital Costs*, Lexington Books, Lexington, Mass.

Table 4.1

LISREL Weight for Hospital Industry Strength

	beds/1,000	revenue/ state income	employment/ labor force
PI	.312	.129	.092

Table 4.2

LISREL Weight for Sub-Hospital Industry Strength PT

	beds	revenue	employment
PT	.142	.451	.310

註：beds, revenue, 及 employment 均指教學及聯邦醫院者。

Table 4.3

LISREL Weight for Sub-Hospital Industry Strength PS

	beds	revenue	employment
PS	.368	.216	.269

註：beds, revenue, 及 employment 均指床位在 350 以上之大醫院。

Table 5.1

Walker's Composite Innovation Scores for the American States

New York	.656
Massachusetts	.629
Colifornia	.604
New Jersey	.585
Michigan	.578
Connecticut	.568
Pennsylvania	.560
Oregon	.544
Colorado	.538
Wisconsin	.532
Ohio	.528
Minnesota	.525
Illinois	.521
Washington	.510
Rhode Island	.503
Maryland	.482
New Hampshire	.482
Indiana	.464
Louisiana	.459
Maine	.455
Virginia	.451
Utah	.447
North Dakota	.444
North Carolina	.430
Kansas	.426
Nebraska	.425
Kentucky	.419
Vermont	.414
Iowa	.413
Alabama	.406
Florida	.397
Arkansas	.394
Idaho	.394
Tennessee	.389
West Virginia	.386
Arizona	.384
Georgia	.381
Montana	.378
Missouri	.377
Delaware	.376
New Mexico	.375
Oklahoma	.368
South Dakota	.363
Texas	.362
South Carolina	.347
Wyoming	.346
Nevada	.323
Mississippi	.298

Source: J. Walker, "The Diffusion of Innovations Among the American States," *American Political Science Review*, 1969, 63, p.p. 880-99.

Table 5.2
Gray's Average Welfare Rank of American States

California	11.5
New York	12.5
Massachusetts	8.7
New Jersey	13.3
Wisconsin	5.0
Connecticut	24.3
Washington	17.7
Colorado	9.3
Michigan	20.3
Illinois	10.1
Ohio	10.3
Idaho	12.1
Oregon	23.7
New Hampshire	16.3
Maryland	15.7
Indiana	33.5
Kansas	29.5
Utah	22.2
Minnesota	11.3
Pennsylvania	25.5
Nevada	10.5
Wyoming	21.7
Montana	25.7
Rhode Island	35.7
Kentucky	23.8
Vermont	29.2
Missouri	28.3
Arizona	27.6
Iowa	16.8
Delaware	28.1
Nebraska	18.8
Maine	18.8
New Mexico	38.3
North Carolina	42.7
West Virginia	25.1
Louisiana	32.8
Texas	41.1
Tennessee	30.7
South Carolina	36.5
Arkansas	30.3
Florida	33.5
North Dakota	28.7
Virginia	40.2
Oklahoma	30.1
Alabama	35.3
Mississippi	36.3
Georgia	38.5
South Dakota	32.0

Source: V. Gray, *Innovation in the States: A Diffusion Study*.

American Political Science Review, 1973, 67, 1174-1185.

TABLE 6

Differences in Public and Private Interest Measures for States Adopting
and Not Adopting Prospective Reimbursement and 1122 Programs
(Mean values and significance test)

Prospective Reimbursement Programs (PR)

	Number of States	Power of Industry	Hospitals by Type	Size	Public Interest (Cost)	Policy Innovativeness
PR	8	.53	.52	.55	.66	1.85
no PR	40	.59	.66	.63	.60	1.13
t-ratio		1.1	1.2	.60	1.2	2.1*

1122 Programs

	Number of States	Power of Industry	Hospitals by Type	Size	Public Interest (Cost)	Policy Innovativeness
1122	20	.54	.59	.58	.65	1.62
no 1122	28	.57	.60	.61	.64	1.36
t-ratio		.90	.60	.43	.42	2.0*

* significant at .50

TABLE 7

Effect of Public and Private Interests on the Speed of Adoption
of State Certificate of Need Programs

Effect on Probability of CON Adoption
(Survival Analysis Estimates)

Predictive Variables	Industry Equation	Type Equation	Size Equation
Power of Industry (PI)	-.001 (.0027)		
Power by Hospital Type (PT)		-.002 (.003)	-.001 (.003)
Power by Hospital Size (PS)	.007 (.021)	.007 (.020)	.007 (.020)
Public Interest (Cost)	.0001 (.00002)*	.0001 (.00002)*	.0001 (.00002)*
Policy Innovativeness			

Equation statistics

Chi-Square	5.98	5.57	5.62
DF	3	3	3
Prob	.11	.12	.12

* significant at .05

TABLE 8

Differences Between Hospitals in our Sample and All Hospitals in US.

	U.S.	Sample
Impact Indicators (Mean for each group)		
Cost per Admission	\$ 101.5	\$ 130.2
Growth Rate	8.0 %	8.3 %
Technology	10.8	11.4
Cleavages within Industry		
Size (Mean number of beds)	214	544
Hospital Types :		
Community, Voluntary, and Private	67 %	72 %
Federal and Teaching	33 %	28 %

TABLE 9

The Effects of Regulatory Policies on the Hospital Industry

	Type of Effect		
	COST	GROWTH	TECHNOLOGY
Effects of Regulatory Policies (b ₁)			
PR	.02 (.02)	-.03 (.01)*	40.3 (11.2)*
CON	.003 (.003)	.08 (.06)	.03 (.01)*
1122	-1.92 (3.60)	.18 (.08)*	-4.65 (10.3)
Effects Accounted for by Power (b ₂)			
PI*PR	.002 (.004)	.000 (.000)	3.76 (2.98)
PI*CON	.002 (.01)	-.02 (.03)	-.01 (.00)*
PI*1122	1.21 (2.89)	.06 (.02)*	-.81 (.14)*
Controls (b ₃)			
ES	-3.25 (1.5)*	.06 (.05)	46.48 (61.43)
AGE	22.50 (3.8)*	-.21 (.15)	-57.20 (24.81)*
APB	.002 (.003)	.002 (.001)*	
WAGE	.0001 (.0001)	----	----
TECH	.01 (.004)*	----	----
Degrees of Freedom			
for estimate	752	754	754

Notes: Estimates of the three equations were calculated using the Fuller-Battese regression procedure for pooled cross-sectional, time series data. The number in parentheses represent the standard error of the estimates. A star '*' denotes significance at .05.

TABLE 10

The Comparative Effects of Regulatory Policies on the
Federal-Teaching Subsector and Other Hospitals

	Type of Effect		
	COST	GROWTH	TECHNOLOGY
Effects on Non-Federal,			
Non-Teaching Hospitals (b ₁)			
PR	.02 (.02)	-.03 (.01)*	35.78(16.8)*
CON	.003 (.002)	.08 (.07)	.03(.02)
S1122	-2.0 (3.14)	.16 (.10)	-5.32(11.4)
Controls (b ₃)			
ES	-3.22 (1.55)*	.06 (.05)	42.61(60.3)
AGE	19.36 (5.12)	-.22 (.16)	-52.3 (20.6)*
APB	.002 (.003)	.002 (.001)*	.10(.04)*
WAGE	.0001(.0001)	----	----
TECH	.01 (.004)*	----	----
Intercept Difference for Federal- Teaching Hospitals (b ₄)			
TYPE	.34 (.10)*	-1.2 (2.1)	15.38 (4.31)*
Policy Effects on Federal- Teaching Hospitals (b ₅)			
TYPE*PR	.52 (.23)*	.15 (.39)	31.15 (19.2)
TYPE*CON	.04 (.01)*	.03 (.02)	1.32 (2.45)
TYPE*1122	4.29 (4.31)	.63 (.40)	-6.43 (5.87)
Effects on Federal-Teaching Hospitals accounted for by Power (b ₆)			
PE*TYPE*PR	.05 (.09)	-.03 (.04)	5.93(6.97)
PT*TYPE*CON	.09 (.18)	.04 (.07)	10.75(18.98)
PT*TYPE*1122	.02 (.47)	.31 (.10)*	2.87(5.87)
Degrees of Freedom			
for Estimate	748	750	750

Notes: Estimates of the three equations were calculated using the Fuller-Battese regression procedure for pooled cross-sectional, time series data. The number in parentheses represent the standard error of the estimates. A star '*' denotes significance at .05.

TABLE 11

The Comparative Effects of Regulatory Policies on
Different-Sized Hospitals

	Type of Effect		
	COST	GROWTH	TECHNOLOGY
Effects on all Hospitals (b_1)		-.03 (.01)*	36.4 (15.0)*
PR	.02 (.02)	.08 (.07)	.03 (.01)*
CON	.003 (.003)	.17 (.08)*	-4.71 (9.32)
S1122	-1.90 (3.50)		
Controls (b_3)			
ES	-3.25 (1.6)*	.06 (.06)	40.37 (52.4)
AGE	20.34 (4.7)*	-.20 (.16)	-50.3 (19.8)*
APB	.002 (.003)	.002 (.001)*	.10 (.04)*
WAGE	.0001 (.0001)	---	---
TECH	.01 (.004)*	---	---
Size-related Effects on Hospitals (b_4)			
BEDS	.10 (.02)*	-.09 (.04)*	.003 (.006)
Size-related Policy Effects on Hospitals (b_5)			
BEDS*PR	-.001 (.10)	-.10 (.60)	38.71 (10.55)*
BEDS*CON	.02 (.01)*	.15 (.50)*	.04 (.05)
BEDS*1122	.95 (.63)	.34 (1.8)	-.35 (.90)
Size-related Effects Accounted for by Power (b_6)			
PS*BEDS*PR	.03 (.05)	.04 (.87)	8.2 (6.9)
PS*BEDS*CON	.39 (.87)	.07 (.16)	1.7 (2.5)
PS*BEDS*1122	.06 (.09)	.12 (.49)	.92 (.34)*
Degrees of Freedom for Estimate			
	748	750	750

Notes: Estimates of the three equations were calculated using the Fuller-Battese regression procedure for pooled cross-sectional, time series data. The number in parentheses represent the standard error of the estimates. A star '*' denotes significance at .05.