

《歐美研究》第三十三卷第一期(民國九十二年三月), 1-56

© 中央研究院歐美研究所

## 美國醫療證照管制政策之政治經濟分析\*

張其祿

國立中央大學通識教育中心

E-Mail: cjang@cc.ncu.edu.tw

### 摘要

本文主要目的在於探索美國醫事專業人員之證照管制政策的形成原因,透過對美國各州五種主要醫事專業人員之證照管制措施的調查分析,本研究建構了一個整合各種主要政治及經濟影響因素的分析架構與多變量對數統計模型。本文經驗研究結果發現,無論是管制政策的公益理論,抑或是俘虜理論,均無法完整地解釋管制政策的形成原因,本研究結果顯示管制政策是受政策需求面與供給面中多元政經因素影響下的產物。

關鍵詞：醫療證照、管制政策、公益理論、管制俘虜

---

\* 本文初稿曾發表於東海大學公共行政學系主辦之「21世紀公共行政新思潮學術研討會」,民國九十年四月二十七日,台中市。作者在此特別感謝國立臺北大學公共行政暨政策學系翁興利教授,以及兩位匿名論文審查人對本文之寶貴建議與斧正。

投稿日期: 90.10.8; 接受刊登日期: 91.6.4; 最後修訂日期: 91.6.25

責任校對: 張逸萍、范馨文

## 壹、緒論

在專業服務者與消費者之間所存在的資訊不對稱關係 (information asymmetry)，業已構成政府以專業證照來管制及規範專業服務人員行為的正當性理由，而這也是學理上所通稱的管制政策的公益理論 (the public interest theory of regulation) (Leffler, 1978; Leland, 1979; Shapiro, 1986; Graddy, 1991a, 1991b)。就以醫病關係而言，由於病患難以分辨醫療提供者在服務品質與價格間的差異，政府對醫事提供者的證照管制措施，確實為病患的權益提供了一定程度的保障。換言之，專業證照制度存在的理由，主要是基於品質維繫 (quality assurance) 及消費者權益保護等兩方面原因；透過專業證照，消費者至少能了解服務提供者的品質是否維持在一定 (最低) 水準之上，並可藉此來減少因資訊不足所導致的錯誤消費判斷。

雖然政府證照措施的表面目的是基於消費者的權益保護，但許多經驗證據卻顯示，專業服務人員的私利動機才往往是政府管制措施形成的真正原因 (Kessel, 1958; Moore, 1961)，而這種現象已被學者稱作是利益團體對管制政策的一種控制或俘虜 (regulatory capture)<sup>1</sup> (Bernstein, 1955)。誠如諾貝爾經濟學獎得主 George Stigler 在其一九七一年的權威性研究論文 “The Theory of Economic Regulation” 中所言：「政府管制政策的形成，主要是產業利益團體動員遊說的結果，而政府管制措施更是按產業的利益來規劃與運作」(Stigler, 1971: 3)。事實上，其他的批評者也曾指出，政府證照管制政策業已成為專業團體維持其正統與認同 (professional identity and orthodoxy)、經濟實力 (economic power)、以及社會與教育精英主義 (social and educational elitism) 的一種工具 (Gross, 1984; Hogan, 1983; Rayack, 1983)。而且在許多專門討論醫療管制政策的研究

---

<sup>1</sup> 對「管制俘虜」概念的詳細文獻回顧，請參見 Wilson (1984: 203-225)。

中，更是直接批評目前的管制措施，不但使醫療照護的成本費用提高，更形成一種專業上的壟斷，嚴重阻礙了醫事替代人力或替代診療技術的發展 (Cox & Foster, 1990; Dorsey, 1983; Paige, 1994)。總之，由管制俘虜理論的角度來分析，政府管制措施並未能真正達成公共利益保護的功能，其只是淪為少數強大產業團體維持其獨占或寡占利益的工具。

本文研究目的，在於了解管制政策形成的可能原因，以美國醫事人員的專業證照管制政策為研究範疇，深入探索各種不同因素，如公共利益或產業利益遊說等對管制政策形成的影響。為使分析能夠詳盡周延，本文經驗研究部分將同時兼顧政治與經濟兩方面相關因素，綜合分析其對美國醫事專業人員證照管制政策的衝擊與影響，尤其是在所謂的「管理醫療制度」(managed care)引進之後，美國醫事證照管制政策所發生的急遽變遷與興革。

## 貳、沿革分析

美國醫事專業人員的證照管制政策主要是由各州的醫療委員會 (State Medical Boards)<sup>2</sup> 來負責執行。州醫療委員會一般是由醫師、律師及一般民眾代表所組成，其主要任務是透過適當的證照核發與註冊 (licensing and registration)、醫病資訊蒐集與提供 (collection and dissemination of information)、以及懲戒行為失當之醫事從

---

<sup>2</sup> 在本研究中，將以州醫療委員會一詞來通稱美國各州醫事專業人員證照與管制主管機關，並且以各州加入「全美各州醫療委員會聯合會」(Federation of State Medical Boards of the United States, FSMB) 的委員會為研究對象；截至一九九九年年底，FSMB 的會員包括五十四個醫師 (medical doctor, MD) 管制委員會 (來自全美五十州與華盛頓特區、關島、波多黎各及委京群島) 與十五個脊骨整療師 (doctor of osteopathy, DO) 管制委員會 (來自亞利桑納州、加州、佛羅里達州、夏威夷州、緬因州、密西根州、內華達州、新墨西哥州、奧克拉荷馬州、賓州、田納西州、猶他州、佛蒙特州、華盛頓州及西維吉尼亞州)。

#### 4 歐美研究

業人員 (disciplinary actions) 等活動來達成保護病患權益的目的 (FSMB, 1999a, 1999b, 1999c)。不過，正如許多經濟管制史的相關文獻所描述，雖然管制機構創制的原始目的是在控管及規範某一產業，但在最後卻總是採行了受管制產業的觀點來進行施政 (Bernstein, 1955; Stigler, 1971)。而這種管制俘虜的狀況，在醫療領域中，亦有類似的情形發生。事實上，許多批評者便曾指出，州醫療委員會業已成為一種進入醫事專業領域的門檻障礙，而非醫護品質的捍衛者，他們其實很少真正懲處行為失當的醫事從業人員 (Derbyshire, 1969; PCHRG, 1999)，<sup>3</sup> 並且往往是以「產業」而非「公眾」的利益為管制標準。對於這種現象，曾有學者指出，這是因為州醫療委員會在委員會成員組成方面有所偏頗所導致，亦即多數的州醫療委員會皆由占絕對多數的醫師成員代表所把持，他們總是以醫事專業人員而非公眾或病患的利益為管制決策的考量依據。而這種情況，甚至已被學者戲稱是僱用狐狸來看管雞群 (Gross, 1984)。

美國自一九七〇年代末期起，便有一連串針對上述州醫療委員會可能缺失的革新措施出現，其中包括增加委員會中所謂的公眾代表 (public members) 名額、將州內各醫事委員會加以合併整合、通過州醫事管制政策的落日立法與揚棄各種可能違背自由競爭的證照管制措施等 (Jost, 1997; Shimberg, 1982)。根據一些經驗文獻顯示，部分革新措施確實已經發揮了一定功效，促使州醫療委員會更能朝向消費者利益保護的方向發展及運作。譬如在 Graddy & Nichol (1989, 1990) 的研究中便曾發現，州醫療委員會中公眾代表的增

---

<sup>3</sup> 根據 Derbyshire (1969) 研究，自一九六三年至一九六七年間，全美僅有二百位醫師遭到執照吊銷處分；近代在懲處人數的絕對數字上雖有大幅上升，但其占全體執業人數的比例仍然偏低，根據美國 Public Citizen Health Research Group 一九九九年報告顯示，在一九九七年全美 7,006,672 位州級執業醫師之中，僅有 2,717 人遭到州醫療委員會的懲戒處分，其比例約 0.384%。

加，確實與州立法解除許多與專業考量無關的證照限制措施（譬如道德條款[morality codes]、考照年齡限制與考照公民資格限制等）<sup>4</sup>有關。不過，這裡特別值得注意的是，並非每一項管制革新措施都能發揮預期的功效。事實上，絕大多數的革新措施都不是非常的成功，而這也反映出醫事團體對管制當局有效的俘虜，及其抗拒管制解除運動的成功(Young, 1987)。總之，直至七十年代，州醫療委員會仍然呈現出由醫事專業團體強力把持與操控的情況，證照門檻高築，消費者或病患的利益往往並不能得到真正的保障 (Jost, 1997; Ameringer, 1999)。

在醫事專業團體掌控或俘虜州醫療委員會這一現象的背後，其所真正反映出的事實是一個相當穩定的權力結構，在這權力結構中，有組織的醫事團體強而有力地主導一切政府醫療政策。幾乎有一個世紀之久，美國各州醫療委員會可說是完全按照各州或地方性醫療會社的主張與建議來進行施政。誠如 Feldstein(1994)指出，醫師們幾乎主控一切醫療政策直至一九六十年代，這是因為他們是醫療經濟體系中唯一擁有最顯著與集中利益的團體。相對於醫師團體，一般民眾或消費者則呈現出鬆散的利益結構，並且缺乏組織基礎來克服團體行動中白搭便車與各種可能的投機行為。此外，消費者更欠缺各種有形的實質資源來支持其權益保護的政治相關活動。總之，這正符合了 Wilson(1980, 1995)對管制政策的政治形成因素分析，亦即利益匯聚的少數總是比結構鬆散的多數有更強的政治動員動機，也因此總是比較能夠有效地掌控決策當局及其政策。

---

<sup>4</sup> 所謂道德條款 (morality codes) 即各州對考照者在品德或操守上的一定要求或限制，十分類似我國早期教育體制中的操行成績標準，由於此類標準多為主觀心證，缺乏客觀依據，因此往往淪為當局限制考照人數與競爭的手段。此外，各州對考照者常有不同的最低應考年齡限制或公民資格之限制，凡此皆與應試者的真正專業能力無關，僅成為進入產業的障礙。

不過，由醫事專業團體緊密掌控行政當局的現象，並非恆久不變與牢不可破。一種權力結構的轉變，正從一九七〇年代所謂的「管理醫療制度」引進之後開始發生。管理醫療制度主要在於矯正以往服務付費制度 (fee-for-service system) 的支出浪費問題 (Zwanziger & Melnick, 1996)。蓋先前服務付費制度正如同一種繳交一定費用後便能隨意吃到飽的自助餐一樣 (pay-as-you-go system)，其結果只會鼓勵投保人／病患的道德冒險 (moral hazard) 行為<sup>5</sup> 與醫療資源的不當支出及浪費。此外，再加上醫療服務提供者與付費者間彼此獨立，服務提供者 (譬如醫師) 將不會有任何主動節制處方支出的誘因，甚至還會配合病患的道德冒險行為，以便能從保險公司 (即付費者) 獲得更多的支出補償 (Henderson, 1999; Weiss, 1997; Zelman, 1996)。<sup>6</sup>

管理醫療是結合醫療提供者與保險付費者的一種制度設計，藉由醫療提供者與保險付費者兩者的策略合併，它們形成一種特定的醫療群或醫療網，在這些特定的醫療群或醫療網中，醫療提供者可能是保險付費者的雇員，抑或是與保險付費者訂有保費拆帳契約的服務加盟者。醫療群或醫療網彼此之間則被期待形成一種準市場競爭機制，以打破壟斷或寡占，使醫療資源配置更有效率。而民眾可按個人的醫療需要選擇投保加入不同的醫療群或醫療網，保費則是經醫療群或醫療網統計精算後，由投保人預先支付。此外，在醫療

---

<sup>5</sup> 道德冒險是保險學上的專業術語，係指投保人在加入保險後，因恃其保險之保障而改變其行為的狀況。譬如，健保投保人在醫療支出總有保險給付的情況下，無論是否真正有病，皆盲目就診取藥。

<sup>6</sup> 根據調查 (National Center for Health Statistics, 1996)，美國自一九八四到一九九一年間，其工作者平均健康保險費用業已成長 119%，而在此同時，整體物價水準僅有 31% 的成長 (以消費者物價指數之變動來衡量)，換言之，健保費用上升比率較通貨膨脹率幾乎高出四倍，這種情形正促成了美國各界對醫療成本節制與醫療體系改革之訴求。

群或醫療網中，又有一定的轉診程序及保費共同分擔設計 (co-payment) 以節制病患不當的利用醫療服務 (Iglehart, 1992; Weiss, 1997; Kongstvedt, 1997, 2001)。

管理醫療革命開創了一個更為規範與馴服式 (disciplined) 的醫療經濟體系 (Henderson, 1999)。透過保險付費者與醫療提供者的垂直整合，以及由較小的醫療服務提供者水平合併成較大的醫療群或醫療網，管理醫療制度不僅改變了服務的傳送與付費方式，更造成一種權力結構的改變，亦即由原先的醫療服務提供者主權，轉變成醫療服務付費者的絕對權力優勢 (Ameringer, 1999)。事實上，目前在醫療產業中最有實力的參與者已不再是醫師團體，醫療群或醫療網背後的保險財團才真正主導掌控了一切。在管理醫療的環境體系中，醫師間的處方決定權已受到嚴格的限制，按照所謂的處方審核制度 (utilization review practices)，醫師的處方決定權需經醫療群或醫療網的重新檢審，而檢審的標準往往是以保險付費的成本效益為最主要考量 (McCormick, 1995)。<sup>7</sup>

此外，醫療群或醫療網亦採取了一連串品質革新及組織流程重整的策略，強調團隊與醫師替代人力 (non-physician providers) 的應用 (Iglehart, 1992; Weiss, 1997)。<sup>8</sup> 而以上種種的變遷，正突顯出一個新醫療紀元的來臨，在新的管理醫療體系中，產業權力結構已由原先的醫事專業人員獨占 (professional monopoly)，轉變成醫療財團的少數寡占 (corporate oligopoly) (Ameringer, 1999)。

---

<sup>7</sup> 譬如在醫療群或醫療網中的醫師處方支出將受到預算總額上限 (capitation) 的限制，任何超出預算限制的處方支出將不能獲得保險償付，而醫師在處方上的節省則會以利潤的形式回饋給醫師。

<sup>8</sup> 醫師替代人力主要包括醫師助理 (physician's assistants)、專科護理士 (nurse practitioners)、助產士 (certified nurse midwives) 等。藉由這些醫師替代人力的應用，醫療群或醫療網將能節省為數可觀的專科醫師看診支出，並能有效減少因民眾小病大看所導致的醫藥資源浪費。

由管理醫療制度所引發的市場革命，同時提供了州醫療委員會新的挑戰與契機。首先，證照制度中各種反市場競爭的特質，如醫事專業人員執業範疇 (scope-of-practice) 的嚴格限制，將難以在一個講求市場競爭與醫事人力資源有效運用的環境中得到合理的支持 (Jost, 1997)。對醫師「執業範疇」的管制解除趨勢，已使得州醫療委員會無法再有效地為醫師團體看緊門戶地盤。其次，在管理醫療的環境體系中，由於對成本節制的矯枉過正，經常造成醫療品質方面的損害。譬如，醫療群或醫療網的健保計畫經常以財務上的誘因來鼓勵醫師減少醫藥處方，抑或是以言論箝制的契約條款 (the gag clauses) 來禁止醫師對病患提供醫療網以外的轉診建議。此外，醫療網的健保行政人員則可能藉由所謂的「處方審核」來不當介入醫師處方決策。總之，州醫療委員會正處在一個全新的醫療服務提供體系之中，目前必須積極檢討是否應該拓展其管制管轄到醫療管理組織 (managed-care organizations, MCOs) (即醫療組織或醫療網) 的各項活動之上，特別是處方審核等可能危害病患權益的措施 (Brennan & Berwick, 1996)。

美國各州的醫療委員會正如其他管制行政機構一樣，隨著所處政治、社會及經濟環境的變遷，將不斷做出回應與調適。雖然經濟管制的相關文獻指出，管制當局往往遭被管制的產業所俘虜，但這種俘虜的權力結構卻並非恆久不變。事實上，在過去三十多年間，美國的醫療產業已發生了革命性的變遷，而這些變遷對醫療領域中各主要參與者，如醫師、病患、保險給付者與政府管制當局，已經形成了巨大衝擊，並導致不同的權力消長。誠如 Feldstein (1994) 指出，由於節制醫療成本已經成為政府及保險給付者最重要的利益考量，這促成兩者合作，並且共同協力削弱醫事團體的政治影響力。此外，醫事專業團體已不再能掌控絕對的獨占權力，他們已逐漸將決策權交由所屬的醫療群或醫療網。而以上種種發展，正揭露了一



個事實，即醫事專業權威的沒落，與政府及大規模醫療管理組織控管的興起 (Ameringer, 1999)。換言之，醫事專業團體先前所鞏固維繫的權力結構業已發生嚴重鬆動，以往專業自我規制 (professional self-regulation) 的模式已被政府及醫療管理組織的控制模式 (government and corporate oversight) 所取代 (Chandler, 1997)。

在新的醫療管理環境中，醫事證照管制政策的形成原因，似乎已經不能只由所謂的「俘虜」模式來解釋。正如前文所描述，自一九七〇年代起，當許多具有相當實力的參與者，如私人保險業者與醫療管理組織等開始積極參與醫療政策制訂之後，醫事證照管制措施的形式及內涵均已發生重大的變遷與興革。目前也因此有更複雜的政治和經濟因素參雜其間，彼此交互運作並影響醫療證照管制政策的形成與發展。按照先前沿革分析，本文歸納出五組影響美國醫療證照管制政策形成原因的變項：醫事專業團體、病患消費者、醫療管理組織、州立法者、以及州醫療委員會。這五組變項在不同的政經環境中，彼此交互運作並影響醫療管制政策的形成，圖 1 所示為此一概念之參考架構。

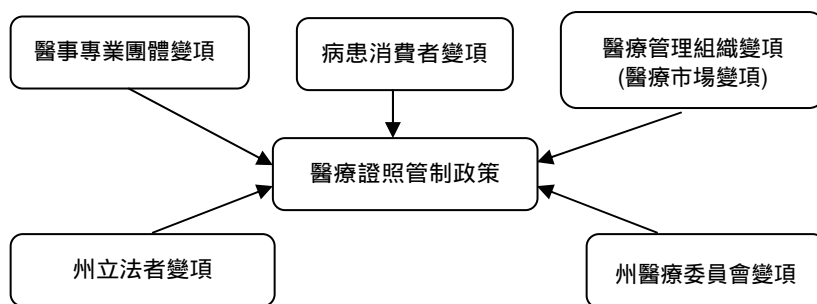


圖 1 醫療證照管制政策形成之概念參考架構

此一概念架構正與「政治市場」理論 (political market theory) 相互呼應 (White, 1979; Feldstien, 1996)。事實上，相關的經驗研究之文獻已經指出，無論是公益理論，抑或是俘虜理論，均無法單獨解釋管制政策的形成原因 (Graddy, 1991a, 1991b)。而根據政治市場模型，管制政策的形成是導因於利益團體不斷競逐的結果，這結果反映出利益各造相對勢力的平衡與妥協。換言之，在政治市場中，參與的各造，包括政策的需求者及提供者，均在追求自我利益與目標的實現，而這些紛歧的目標可能是某種私利動機或經濟報酬，亦可能是基於某種意識型態或觀點考量下的公共利益主張。總之，政策結果的形成是取決於政治市場中利益各造的相對實力，以及它們在政治交換過程中能夠有效影響其他參與者行為及決策的程度。誠如 Graddy (1991a, 1991b) 在其對管制政策形成原因的經驗研究中指出，管制政策的形成主要受有組織的利益團體、一般公共利益、以及立法的政治環境結構等因素影響。

### 參、統計模型認定

按前述概念架構分析，美國醫事專業人員證照政策的形成，主要是受五組政策利害關係人 (policy stakeholders) 所影響，其中包括醫事專業團體、病患消費者、醫療管理組織、州立法者與州醫療委員會等。而這五組參與者又可按其與政策發展形成的不同關係，進一步區分成兩大類，亦即政策的需求者與政策的供給者。醫事專業團體、病患消費者、及醫療管理組織可說是證照政策的需求者，他們對證照措施可能有著十分不同的成本利益考量與喜惡偏好；而州立法者與州醫療委員會則是政策的提供者，他們除了回應與平衡政策需求者的要求之外，也會按其自身的資源或意識型態等因素來決定政策的最後風貌。以上這種概念區分是根源於「管制政策的供需

理論」(supply-and-demand based theories of regulation), Stigler(1971) 與 Peltzman(1976) 等重要經濟學家首先以供需理論來探索管制政策形成原因的研究, 他們認為管制政策的形成不能僅由利益團體競逐的政策需求面來解釋(譬如管制俘虜理論), 政策的供給面, 亦即立法的政治環境, 也將會對政策的形成具有決定性的影響。總之, 管制政策可以被看成是一種由立法機構所供給的財貨, 而立法機構在供給此項財貨時, 自然會受各方利益團體對此項財貨的需求情況所影響(譬如支持或反對該項管制立法), 不過同時也會受立法環境與資源等條件的限制, 而僅能供給某既定數量的管制立法。

本文基本上採管制政策的供需理論來設計統計推論模型, 但亦根據當前美國醫事專業人員證照管制政策形成的特性而加以補充修正。本文首先可由政策形成之需求面向加以認定, 按照利益團體對政策之需求, 吾人可導引出下列方程式:

$$PS = f(SIZE_i, COH_i, R, M) \quad (1)$$

*PS* 是指各利益團體對某一證照管制政策總的政治支持情況 (the net active political support for the regulation), 這些利益團體(以 *i* 表示, 主要包括醫事專業團體與其專業替代者, 以及病患消費者等) 各有不同的大小(以 *SIZE* 表示)與凝聚團結程度(以 *COH* 表示), 他們將依其對不同管制措施(以 *R* 表示)的偏好, 向立法決策者表達支持或反對的態度, 而 *M* 則是該州醫療市場的特性。本文將「州醫療市場特性」此一變項納入考量的原因有三: 一、各州醫療市場在管理醫療制度的改革衝擊下, 業已發生顯著的改變, 不同的州醫療市場特性因此將可能對州醫療相關政策的制定產生一定的影響; 二、州醫療市場特性的改變, 已間接促成主要醫事利益團體權力關係的消長與變化, 加入州醫療市場特性此一變項, 將可在統計運算上控制其影響; 三、由於醫療管理組織目前並不隸屬州醫療委員會所管

轄，<sup>9</sup> 因此並不適合將其直接納入州醫事證照政策的利益團體來討論，不過因為醫療管理組織確實可能間接影響證照政策之制定與醫療品質的維繫，使其獨立成為一組影響變項將有其必要性。

政策的形成除有需求面向的原因之外，更有供給面向的原因。本文現就影響美國醫事人員證照管制政策形成的供給面因素，設定如下方程式：

$$LS = g(PM, PHIL, RES, B, R, M) \quad (2)$$

$LS$  是政策立法形成的供給函數，並以此函數來表示在政策供給時所可能受到的限制。 $PM$  是該州的政治市場特性，各州不同的政治生態與特性（譬如政黨競爭情況），自然會影響其政策的立法與形成，以及利益團體遊說活動的有效程度。 $PHIL$  是立法決策者的意識型態，這點將使具有某種傾向偏好的政策立法特別容易獲得通過。 $RES$  是立法決策者的資源，譬如立法者的專業幕僚人數、立法會期的長短等，這些因素皆會影響立法的品質與數量。

$B$  是州醫療委員會的特徵變項，加入此一變項是為配合本文專門針對醫事證照政策制定過程的研究探索，由於醫事證照業務的行政主管機關正是州醫療委員會，其不但肩負起證照政策推動的執行責任，更是各州證照政策最主要的立法起草者與議會的諮詢機構，州醫療委員會的組成份子與其所抱持的政策態度，自然將深遠影響各州證照政策的立法提供。 $R$  與  $M$  則如前述， $R$  是不同的證照管制措施， $M$  是該州醫療市場特徵，在各州醫療市場背景影響下，決策立法者將可能有不同證照政策的立法思考。

承方程式 (1) 與 (2)，吾人將可獲得各州醫事證照管制政策的供

---

<sup>9</sup> 醫療管理組織之行政管轄權，目前主要隸屬於各州的保險部門 (Department of Insurance)。

需整合模型如下：

$$P_{ist} = [PS_{ist}(SIZE_i, COH_i, R, M), LS_{st}(PM, PHIL, RES, B, R, M)]$$

$$\frac{\partial P}{\partial PS} > 0; \frac{\partial P}{\partial PM} < 0; \frac{\partial P}{\partial PHIL} = f(B, R, M); \frac{\partial P}{\partial RES} > 0 \quad (3)$$

$P_{ist}$  代表某一醫療利益團體  $i$  在某時點  $t$  於某州  $s$  成功獲得其所希望之管制措施的機率。利益團體的實力與政策需求愈強，愈能得到其所希望的管制措施；而該州的政治環境愈動盪，政治競爭愈激烈，則利益團體將愈難遂行其目的；立法者的意識型態可能受醫療管制行政機關、管制類型與當前醫療市場狀況的影響；最後，立法資源的多寡將影響立法決策通過的數量。

按前述醫事證照管制政策的供需整合模型，可具體化約成下列統計推論模型：

$$R_{ist} = \alpha_0 + \alpha_P P_{ist} + \alpha_L L_{st} + \alpha_B B_{st} + \alpha_C C_{st} + \alpha_M M_{st} + \varepsilon_{ist} \quad (4)$$

$R_{ist}$  代表某一醫事專業團體  $i$  在某時點  $t$  於某州  $s$  所受到的證照管制情況， $P_{ist}$ 、 $L_{st}$ 、 $B_{st}$ 、 $C_{st}$  與  $M_{st}$  則分別是影響此一證照管制形成的各項因素，其中  $P_{ist}$  是醫事專業(利益)團體的特徵向量(vector)，包括它的組織大小、組織凝聚力、其他潛在專業競爭者等； $L_{st}$  則是立法環境的特徵向量，如各州的政治生態、立法者的意識型態、立法資源等，此一特徵向量將限制管制法規的供給數量； $B_{st}$  是州醫療委員會結構與功能的特徵向量，譬如州醫療委員會中民眾代表的人數，以及州醫療委員會每年實際懲戒過失醫事人員的數量； $C_{st}$  則是消費者(病患)的特徵向量，如教育程度、相關資訊的接觸管道與都市化程度等； $M_{st}$  是州醫療市場的特徵向量，譬如管理醫療制度的深化程度、州對醫療管理組織的管制情況等，而最後則包括統計模型的誤差項  $\varepsilon_{ist}$ 。 $\alpha_0$ 、 $\alpha_P$ 、 $\alpha_L$ 、 $\alpha_B$ 、 $\alpha_C$  與  $\alpha_M$  是將被推估的關係係數。

## 肆、假設設定與變項操作化

按前述所建構的統計推論模型，本節將分別具體操作(定義)該模型中的各個自變項與因變項，並將同時依照變項間的可能相關關係，推導出適當的研究假設。

### 一、因變項

各州某一醫事專業團體在某一時間範疇內所受到的證照管制情況是本文研究的因變項。而證照管制又可按其功能區分成對內的門檻限制(entry restriction, 以變項 R 表示)與對外的執業範疇限制(scope-of-practice limitation, 以變項 S 表示)兩種；門檻限制將預先決定「誰」能進入該產業，是一種對團體內部成員資格的限制，而執業範疇限制則保護團體成員的業務活動範圍，使其不被團體外非成員所侵犯，是一種對專業「地盤」的保護措施。

在門檻限制部分，本文以各州對證照取得的資格限制為指標，凡是在執照申請的資格條件中，如果與專業能力無關的條件愈多，則該州證照管制的門檻限制愈嚴格。本文以公民條件限制、最低報考年齡限制、州際認證交換限制(reciprocity)<sup>10</sup>與醫學院統一課程標準等四項限制條件作為指標。蓋是否為公民並不與申請者的專業能力有關，而年齡較長者也不一定就具有更高的專業素養。此外，州際認證交換限制只是一種州際的法律互惠要求，其與申請者的專業能力也是毫無關係。至於各州對申請者在醫學院或大學醫學預科期間所修習的課程項目，則有相當分歧的規定，有些州對其課程科目有統一的要求規定，有些州則僅有部分要求規定，但有些州則全

---

<sup>10</sup> 州際認證交換限制(reciprocity)是指一種州際證照申請的法律互惠要求與承諾(agreement)。簡言之，當某州收到州外居民的證照申請時，僅會接受那些與其簽有認證交換承諾之外州居民的申請。

無規定，這種現象已被一些學者批評是假教育資格要求之名，而行專業門檻限制之實(Young, 1987)。<sup>11</sup> 本文因此將彙總各州對以上四種情況的規定，建構各州證照門檻限制之指標。<sup>12</sup>

在執業範疇限制部分，本文將以各州對醫事替代人力之處方權的寬嚴程度為指標，如果該州對醫事替代人力的處方權給予較嚴格的限制，便是對原有傳統醫事人力的執業範疇給予較強的保護。醫事替代人力如醫師助理 (physician's assistants)、專科護理士 (nurse practitioners) 等在許多州獲得醫藥處方權之後，業已引起傳統醫事人力(譬如專科醫師等)的強力反彈與抗拒，這主要是因為這些醫事替代人力如果擁有了醫藥處方權，其在初級診療(primary care)的過程中所提供的服務，幾乎與傳統醫事服務者無異，甚至還因其服務成本低廉而更受歡迎。本文將觀察各州對主要醫事替代人力之醫藥處方權的規定與限制，藉以了解各州對傳統醫事服務提供者之執業範疇的保護情況。

本文在探索各州證照管制的門檻限制時，將以各州醫師 (medical doctors, MD) 與脊骨整療師 (doctors of osteopathy, DO; 以下簡稱「整脊師」) 等兩種醫事專業為研究對象，因為這兩種專業是美國各州最為傳統的醫事服務人員，並且也是「全美各州醫療委員會聯合會」(Federation of State Medical Boards, FSMB) 所最主要

---

<sup>11</sup> 雖然部分學者認為醫學院課程標準確實與醫師素質有關，但亦有部分學者認為政府並不應強制規定醫學院或醫學預科的課程標準，因為這些規範似乎僅在保障「特定」醫學院的畢業生，且醫師證照的取得仍有最後的醫師執照考試把關，政府因此並不需要多做干涉(Young, 1987)。本研究將課程標準視為一種門檻限制的原因，亦是基於後者看法，同時考量到目前全美各州政府對這項措施仍有相當分歧的規定。

<sup>12</sup> 指標區分成零至四分，按各州對上述四種情況的限制情形而定，譬如某州對證照申請人定有公民資格與最低年齡的限制，則其為二分，若另一州對上述四種情況均無任何規定限制，則其為零分；分數愈高，代表證照管制愈嚴格。

認定的兩種可以完全獨立執業與開立醫藥處方的醫事專業。<sup>13</sup> 而在執業範疇限制部分，本文則是以各州對醫師助理(以變項 PA 表示)、助產士(certified nurse midwives, 以變項 CNM 表示)、專科護理士(以變項 NP 表示)等三種專業的醫藥處方權限制作為變項指標，<sup>14</sup> 因為這三種專業正是醫師與整脊師的可能替代人力，且其醫藥處方權的開放向來受到多數醫師與整脊師的反對。

以上因變項資料來源為「全美各州醫療委員會聯合會」所出版的一九九九—二〇〇〇年 *Exchange* 統計年報 (Section 1-3)，與美國醫師助理學院(American Academy of Physician Assistants)、美國助產士學院(American College of Nurse-Midwives)、美國專科護理士學院(American Academy of Nurse Practitioners) 於線上公佈的一九九九年統計資料(詳見附錄 1)，各因變項之次數分配詳見表 1。

---

<sup>13</sup> FSMB 最主要服務的醫事專業人員即為醫師與整脊師，FSMB 每年出版三冊全國醫事證照情況統計資訊，稱為 *Exchange*。*Exchange* 的第一冊 (Section 1) 為 *MD Licensing Requirements*，第二冊 (Section 2) 為 *DO Licensing Requirements*，第三冊 (Section 3) 為 *Licensing Boards, Structure and Disciplinary Functions*。本文即是基於 FSMB 的分類標準而選擇醫師與整脊師為研究對象，且本研究關於醫師與整脊師的相關資訊皆多援引自 FSMB 所出版之 *Exchange*。

<sup>14</sup> 指標區分成零至三分，按各州對醫師助理、助產士、專科護理士三種醫事專業之處方權限制而定，譬如某州對醫師助理與專科護理士有醫藥處方權限制，則其得二分，若某州對上述專業均已完全解除處方權限制，則其指標為零分；分數愈高，代表該州對傳統醫事服務者的職業範疇保護愈多。



表 1 門檻限制與執業範疇限制次數分配表

	I (醫師)	II (整脊師)	III (執業範疇)
R (門檻限制)			
4	3	9	
3	13	9	
2	18	20	
1	11	10	
0	6	3	
S (執業範疇限制)			
3			6
2			19
1			17
0			9

## 二、自變項

按照前述統計模型，自變項包括下列五組主要變項：

### (一) 利益團體變項

利益團體是政策最主要的需求者，而決定利益團體是否能遂行其政策企圖的關鍵因素，有賴利益團體本身政治實力的強弱，以及其能否有效對抗反對者的杯葛抵制。影響各州醫事證照管制政策形成的利益團體變項，因此包括與該管制最有密切關係之利益團體的政治實力(以變項 CLOUT 表示，以下以此簡稱)，以及與該團體有利益競爭之團體的政治實力(以變項 COMP 表示，以下以此簡稱)；這兩項變項相互抗衡，對政策形成有完全相反的影響力。本文對 CLOUT 變項的具體操作定義是各州醫師與整脊師參與專業組織的比例，蓋有組織的利益團體總是具有較強的政治誘因及組織資源以

從事政治動員與遊說活動 (Wilson, 1980, 1995; Lineberry, Edwards, & Wattenberg, 1995)。至於 COMP 則是各州醫師助理、助產士與專科護理士占全州所有醫事服務從業人員的比例，此一變項突顯出該州醫事替代人力的多寡情況，以及對傳統醫事服務者(醫師與整脊師)的可能挑戰力量。<sup>15</sup> 此外，本研究擬以統計方法控制與排除各州醫事專業團體因規模大小(以 SIZE 變項表示)不同所導致的政治實力差距；SIZE 是各州醫師與整脊師占全州所有醫事從業人員的比例。以上變項資料來源分別為美國普查局 (U.S. Bureau of the Census) 一九九七年統計資料與美國醫師協會 (American Medical Association)、美國整脊師協會 (American Osteopathic Association) 一九九七年統計年鑑 (詳見附錄 1)。

本研究針對利益團體變項與因變項之關係，提出如下假設：

**假設 1：**州內醫事專業團體的實力愈強，州立法當局愈可能制訂較為嚴格的證照管制立法。

## (二) 消費者變項

各州醫療管制政策的形成 (Meier, 1993) 深受該州消費者的組成結構與特徵之影響。本研究選用的消費者變項包括：(1) 該州居民的教育程度 (以變項 ED 表示)，以該州居民接受十二年以上教育的比例為指標；(2) 該州居民對醫療管制事項的資訊充裕程度 (以變項 INFO 表示)，以全美各州居民在十項醫療管制事項上的資訊充裕程度為指標 (請參見附錄 2)；<sup>16</sup> (3) 該州的都市化程度 (以下簡稱

<sup>15</sup> COMP 變項無法與 CLOUT 變項採相同度量方式的原因是由於資料取得上的限制，因為並無醫師助理、助產士、專科護理士參與專業組織比例的詳細資料，所以無法統一衡度方式。不過，由於醫師助理、助產士、專科護理士在各州的執業人數相當有限，因此誤差並不至於太大。此外，因 SIZE 變項的加入，將可均衡其誤差。

<sup>16</sup> 附錄 2 是本項調查的原始資料，本項調查時間自西元二〇〇一年一月至六月，並承美國南加州大學政策、規劃暨發展學院獎助學金資助。調查項目計有十項，請

URBAN)，以該州居民住在都會區的比例為指標；(3)該州居民的所得水準(以下簡稱 INCOME)，以該州個人平均所得為指標。以上變項除 INFO 外，資料均源自美國普查局(U.S. Bureau of the Census)一九九七年統計資料(詳見附錄 1)。

按照管制的公益理論，消費者資訊或品質辨別能力的不足，正是政府以管制政策介入或干預私人經濟活動的正當性理由，本研究因此可依消費者變項與因變項間的可能關係，導出以下假設：

**假設 2：**州內居民若具有較良好的教育水準、較完整的政治動員基礎(譬如有較高的都市化程度與所得水準)、以及較暢通的相關資訊管道，則該州居民將比較能夠有效的主張自身權益與辨別醫事服務的品質，因此也比較不需要政府的介入，並且傾向於排除各種不當與限制市場競爭的醫事證照管制措施。

### (三) 立法供給變項

管制政策的形成除可由前述之利益團體(或私益)理論與公共利益理論等政策需求面的解釋之外，亦不可疏忽政策形成的供給面向解釋。本文界定影響醫事證照管制政策的立法供給變項包括：(1)該州議會被主要政黨掌控的情況(以下簡稱 MAJPARTY)，並且以該州議會議員歸屬於該州最主要政黨的比例為指標；(2)議會議員在每次選舉中的變動情況(以下簡稱 TURNOVER)，以一九九四到一九九六年間，該州議會全體議員中之成員改變比例為指標。以上這兩項變項將可描繪出該州的政治環境生態，按照政治市場變動性的假設(political market volatility hypothesis)，在愈是高度變遷及動盪不安的政治環境中(譬如沒有獨大的政黨與議會成員經常改變)，單一

---

見附錄 2 之附註，其中 D1、D7、D8 與 D9 有加權計分 50%，這是因為在這四項問題所關切的「資訊管道」，其更攸關消費者「知」的權力與立法者的立法判斷。INFO 指標是按此項調查中，各州在十項問題上所獲得的總分所建構。

特殊利益團體便愈難成功地遊說立法決策當局，同時立法決策當局也比較會關照與反映大多數民眾的利益，以確保其能在多變的政治環境中延續其政治生涯 (Begun, Crowe, & Feldman, 1981; Lowery, 1987; Graddy, 1991a)。本文因此可以推導出以下研究假設：

**假設 3：**州內政黨競爭愈強，該州立法當局愈不可能比較不會制定嚴格的醫事證照管制措施來討好某一醫事利益團體。

除了政治競爭的因素之外，立法供給變項還包括立法者本身的意識型態與資源。立法者本身對消費者保護議題的看法，自然深深影響其決策行為，本文以該州議會議員對消費者保護課題的態度，及該州一九八八到一九九八年十年間所通過的消費者保護立法數量為指標 (以下簡稱 CONSUM)。本文因此設立如下研究假設：

**假設 4：**州議會對消費者保護課題的認同度愈高，愈不可能制訂妨害自由競爭或保護特定醫事利益團體的證照管制措施。

立法者本身的資源限制自然也會影響立法供給的數量，本文以各州議會議員的平均全職幕僚人數為指標 (以下簡稱 STAFF)。

**假設 5：**州議會議員的立法資源愈多，則將會供給更多數量的證照管制法案。

以上立法供給變項的資料來源包括 *The Book of the States 1998-99*、Congressional Quarterly State Fact Finder、美國州政府協會 (Council of State Governments) 與全美州議會協會 (National Conference of State Legislatures) 所出版或線上公佈的統計相關資料 (詳見附錄 1)。

#### (四) 州醫療委員會變項

州醫療委員會既為醫事證照管制政策的執行機構，自然對該政策之形成有關鍵性的影響，蓋正如許多政治或行政學者所指出的行政機關藉其本身的專業與行政裁量權早已成為政府的第四部門，並

直接影響公共政策的形成及發展(Meier, 1993; Rourke, 1984)。州醫療委員會同時也是州議會醫事證照立法最主要的諮詢者與法案起草者，在探索醫事證照政策形成的供給面向時，這是不可或缺的一項變項。本研究對州醫療委員會的變項認定包括：(1)各州委員會中公民代表的比例(以下簡稱 PUB)，由於委員會採合議制，其代表的組織結構將深遠影響其決策與執行；(2)各州委員會的具體政策執行成效(以下簡稱 DISC)，以各州每千位執業者中，受到該委員會實際懲處人數的比例為指標；(3)該州州長的政黨屬性(以下簡稱 GOVR)，為一二元虛擬變項，藉以排除與控制州長對委員會成員任命權的可能影響。本組變項所衍生的研究假設是：

**假設 6：**若該州醫療委員會愈能自主於利益團體的掌控之外(亦即委員中有更多的非專業團體代表[即公民代表]，並且能積極的監督醫療服務品質)，則該州醫事證照政策將比較傾向於解除各種不適當的門檻管制限制與執業範疇限制。

以上州醫療委員會變項的資料來源包括：全美各州醫療委員會聯合會所出版的 *Exchange* 一九九七年統計年鑑(Section 3)中關於州醫療委員會公民代表部分；*The Book of the States* 中有關州長黨派屬性資料，以及 Public Citizen Health Research Group 所公佈的各州醫療委員會在一九九七年度所執行的具體懲處行動資料。

### (五) 市場變項

自管理醫療制度引進之後，美國各州醫療政策在各方面均發生了重大的變遷與興革。管理醫療制度所形成的市場競爭及醫療成本節制等效果自然也衝擊著各州醫事人員證照管制政策的形成與發展(Jost, 1997; Ameringer, 1999)。本研究選定了三項與管理醫療相關的市場經濟變項，其中包括：(1)各州管理醫療制度普及化的程度(以下簡稱 HMO，以各州人口加入醫療網計畫的比例作為指標)。

資料來源為 Congressional Quarterly State Fact Finder 1997 統計年鑑，所導出之研究假設如下：

**假設 7：**若該州有較高的管理醫療制度深化程度，則將比較會傾向制訂寬鬆的醫事人員證照管制措施，以減低市場競爭阻礙。

管理醫療制度除了帶來市場競爭之外，也同時促進了醫療服務品質資訊的普及與流通，尤其是新的醫療品質認證指標正不斷推陳出新，並且可能逐漸取代舊有的醫事人員證照管制措施 (Jost, 1997)。在新的醫療品質認證指標中，尤其是對醫療計畫 (health plans) 品質的認證指標最為大眾所注意與關切，這是因為在管理醫療制度中，民眾的就診模式已經不再是由其在醫療市場中自行尋找服務提供者，而是轉由其所預先加入的醫療計畫代其尋找適合的服務提供者。這種情形已使民眾更加關切醫療計畫的整體品質與可靠度，而非醫事服務者的個別資格條件。本研究將以全美品質委員會 (National Committee for Quality Assurance, NCQA) 對各州醫療計畫之服務品質的「完全認證」比例<sup>17</sup> (以變項 NCQA 表示)，用以代表

---

<sup>17</sup> NCQA 已對全美各州之醫療計畫進行品質認證，其認證的主要範疇包括對醫療計畫所擁有的服務提供者(譬如醫師、醫院等)與服務程序等項目加以評估衡量與認定等級。具體的認證評估項目主要包括：1. 醫療計畫的品質提昇規劃；2. 醫療計畫所屬醫事服務者的證照認證情況；3. 計畫加盟者的權力與義務；4. 醫療計畫所提供的預防醫學服務；5. 醫療計畫的藥品處方管理；6. 醫療計畫的病患資料管理等。NCQA 將分別按各醫療計畫在以上六個項目上的表現，給予加權評分與等第認證。NCQA 對醫療計畫的認證等第共區分成四級，其中包括：1. 完全認證 (full accreditation)，這種認證等第有三年時效，表示該醫療計畫的品質非常優良；2. 一年認證 (one-year accreditation)，僅有一年效力，代表該醫療計畫大致滿足 NCQA 標準，但將給予該計畫改進建議，NCQA 並會於一年之後複查改進情況，以決定是否能將其晉升至完全認證等第；3. 有條件認證 (provisional accreditation)，代表該醫療計畫僅符合最低品質的要求，尚有許多地方需要改進，認證時效亦僅有一年；4. 不及格 (denial)，代表該醫療計畫根本未能符合 NCQA 標準，該醫療計畫甚至有傷害醫療品質之虞。本文 NCQA 變項的操作指標，即來自於 NCQA 對全美各州醫療計畫的認證結果，並且以各州醫療計畫中獲得「完全認證」的比例來作為變項指標。這項變項的資料來源為 U.S. News & World Report (1998)。

在管理醫療的市場經濟體系中，新的認證措施所帶來的影響。換言之，若該有愈多州醫療計畫通過 NCQA 認證，則代表其民眾比較能放心醫護品質，也因此比較不需要藉嚴格的醫事人員證照措施來保護其權益。本文對應的研究假設如下：

**假設 8：**若該州居民能從管理醫療的競爭市場中獲得充分的醫療網服務品質資訊，則較不需要藉傳統的醫事人員證照管制措施來得到保護，亦會比較傾向於接受一個較為寬鬆的證照政策。

管理醫療制度並非完美無缺，其在成本節制上的矯枉過正，經常嚴重影響了病患的權益及醫療服務品質 (Ameringer, 1999; Brennan, 1998; Brennan & Berwick, 1996; Zelman, 1996) 因此本研究將各州對醫療體系之管理規範情況納入分析考量，並且以各州針對十三項可能損及病患權益之醫療計畫內容所做的立法管制為基礎，加總後具體操作成為一項變項(以 INDEX 表示此變項，請參見附錄 3)，<sup>18</sup> 這項變項突顯出各州對管理醫療制度與醫療計畫的管制情況，其目的是提供病患消費者進一步的權益保障。本研究預期這項變項將影響決策當局對整體醫療管制措施的立法。換言之，如果該州立法決策者認為其醫療服務體系已有良好的規範，病患消費者權益已在此規範架構下獲得相當程度的保障，則比較不需要制定嚴格的醫事人員證照立法來管制個別醫事服務提供者。本文對應的研究假設如下：

<sup>18</sup> 附錄 3 是 INDEX 變項的原始資料與分數，資料來源為 Families USA Foundation (1998)。該報告完整的調查與紀錄全美各州管理醫療的立法管制情況，同時更針對各州所通過的管理醫療消費者保護立法加以詳細統計(亦即本文所採用的資料)。在附錄 3 中，共計有十三項與管理醫療制度有關的消費者 / 病患保護立法(由 I1 至 I13)，其詳細內容則描述於附錄 3 的附註中。INDEX 變項的操作指標是按各州對這十三項立法的通過情形所得到，凡是通過其中一項立法者(以√表示)，就能獲得一分，而在十三項立法上的通過總數便是該州在 INDEX 變項上的分數；分數愈高，則代表該州對管理醫療體系的規範愈好。

**假設 9：**若該州有較嚴格的管理醫療體系立法規範，則比較可能放寬醫事人員證照管制方面的限制。

以上所有變項的定義與資料來源，請參見附錄 1。而自變項與因變項間的關係則可彙整如以下兩條方程式：

$$\begin{aligned}
 R = f [ & \text{SIZE, CLOUT (+), COMP (-),} \\
 & \text{ED (-), INFO (-), URBAN (-), INCOME (-),} \\
 & \text{MAJPARTY (+), TURNOVER (-), CONSUM (-), STAFF,} \\
 & \text{PUB (-), GOVR, DISC (-),} \\
 & \text{HMO (-), NCQA (-), INDEX (-)} & (5)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 S = f [ & \text{SIZE, CLOUT (+), COMP (-),} \\
 & \text{ED (-), INFO (-), URBAN (-), INCOME (-),} \\
 & \text{MAJPARTY (+), TURNOVER (-), CONSUM (-), STAFF,} \\
 & \text{PUB (-), GOVR, DISC (-),} \\
 & \text{HMO (-), NCQA (-), INDEX (-)} & (6)
 \end{aligned}$$

方程式括弧中的+-符號代表本文對變項的預期變動方向，而未標明+-符號的變項則代表其變動方向未能事先明確預測。由於以上兩方程式的因變項皆屬類別變項資料 (categorical data)，因此並不適合以一般傳統迴歸 (OLS regression) 加以分析。因變項如果為類別資料，則應利用對數 (logit) 或波必 (probit) 係數的轉換程序，使方程式服從對數分配 (logistic distribution) 或波必分配 (probit distribution) 之後，方能進行迴歸分析 (Knoke & Bohrnstedt, 1994)。本文在進行統計分析時，同時採用兩種轉換程序，由於結果並無任何顯著差異，因此在後文中僅將報告對數迴歸分析 (logistic regression) 的結果與發現。

本文在資料蒐集部分，原先欲獲得各變項的時間序列資料，以



進行長期調查(longitudinal study),不過由於資料蒐集困難,所以目前僅能採取橫斷面分析(cross-sectional analysis)。而本文為解決橫斷面分析中因果推論的時間落差(time lag)問題,在自變項與因變項間至少留有一至兩年的時間差距,亦即自變項的發生時間將較因變項的發生時間早一至兩年以上。

## 伍、經驗結果與分析

由於醫師與整脊師在各州可能各有不同的證照門檻限制與管制委員會,因此本研究將分別按醫師與整脊師兩種醫事專業,進行門檻限制的統計分析。至於在執業範疇部分,由於其立法均在用以保護醫師及整脊師兩種專業,因此不再區分推估。<sup>19</sup>

### 一、模型適合度

自變項的描述統計值請見表 2,對數迴歸的分析結果請見表 3。按照三組方程式的結果皆顯示,統計模型具有良好的資料配合度,五組自變項均顯著影響各州的醫事證照管制立法。各方程式的卡方值分別為 44.162(醫師門檻限制方程式)、46.608(整脊師門檻限制方程式)與 48.723(執業範疇限制 [s-o-p] 方程式),並且均達 0.001 的顯著水準(見表 3),因此統計推估模型的設定相當良好。而三組方程式的虛擬  $R$  平方分別是 61.20%(醫師方程式)、63.28%(整脊師方程式)與 66.56%(s-o-p 方程式),亦顯示出模型設定良好。此外,在自變項間的共線性(multicollinearity)問題與可能性,本文已藉自變項間彼此的迴歸方式檢定而證明並不存在。

<sup>19</sup> 在執業範疇方程式中,醫師與整脊師兩種專業人員將予以合併成一種專業人員,亦即傳統醫事服務提供者。因此在這項方程式中只會有一個 SIZE、CLOUT 與 PUB 變項,這些變項的數值是其個別專業上之數值的總和。

表 2 自變項敘述統計值

變項	總數	平均值	標準差	最小值	最大值
SIZE(MD)	51	7.7086277	2.3411730	4.2117687	18.7652417
SIZE(DO)	51	0.5130677	0.3828374	0.0862472	1.9287365
SIZE	51	8.2216953	2.3136372	4.6015748	18.8840486
CLOUT(MD)	51	67.3151163	11.7678253	40.0212879	99.7320798
CLOUT(DO)	51	61.4575437	15.4925634	24.8756219	85.7267189
CLOUT	51	66.8472644	11.1667229	40.0306748	97.8547891
COMP	51	6.2635114	1.6410324	4.0330590	11.7134569
ED	51	20.0215686	4.1657803	12.3000000	33.3000000
INFO	51	6.8627451	2.8090540	1.0000000	11.0000000
URBAN	51	67.8862745	21.4906214	23.5000000	100.0000000
INCOME	51	21837.94	3593.09	16213.00	32177.00
MAJPARTY	51	62.4923529	9.8498785	50.0000000	84.7600000
TURNOVER	51	20.5882353	8.8930905	0	42.0000000
CONSUM	51	0.6862745	1.1745671	0	6.0000000
STAFF	51	4.8680392	4.5123094	0.3200000	21.7500000
GOVR	51	0.3529412	0.4826398	0	1.0000000
PUB(MD)	51	21.4703922	9.9283068	0	46.1500000
PUB(DO)	51	22.3198039	10.4955818	0	46.1500000
PUB	51	21.8952941	9.8027162	0	46.1500000
DISC	51	4.2329412	2.1605669	1.6000000	11.7600000
HMO	51	18.2686275	10.5097382	1.2000000	44.8000000
NCQA	51	46.3333333	27.8651515	0	100.0000000
INDEX	51	4.0980392	2.5080263	0	11.0000000

註：各變項代表意義如下：

SIZE(MD)	醫師團體之規模
SIZE(DO)	整脊師團體之規模
SIZE	醫師與整脊師合併計算後之團體規模
CLOUT(MD)	醫師團體之政治實力
CLOUT(DO)	整脊師團體之政治實力
CLOUT	醫師與整脊師合併計算後之政治實力
COMP	競爭者的政治實力
ED	州居民的教育程度
INFO	州居民的醫療資訊程度
URBAN	州的都市化程度
INCOME	州居民的所得水準
MAJORITY	州議會為最大黨掌控的程度
TURN	州議會選舉席次改變的程度
CONSUM	州議會對消費者保護立法的態度
STAFF	州議會的立法資源
GOVR	州長的黨派屬性
PUB(MD)	州醫師醫療委員會中公民代表的比例
PUB(DO)	州整脊師醫療委員會中公民代表的比例
PUB	州醫療委員會中公民代表的比例(醫師與整脊師兩醫療委員會合併計算)
DISC	州醫療委員會懲戒行動的執行成果
HMC	各州管理醫療制度的深化程度
NCQA	各州醫療計畫通過全品質委員會認證的比例
INDEX	各州管理醫療的消費者保護立法情況

表 3 對數迴歸統計結果

	I (醫師)	II (整脊師)	III (執業範疇)
SIZE(MD)	0.258 (0.185)		
SIZE(DO)		-1.096(1.129)	
SIZE			0.040 (0.183)
CLOUT(MD)	0.078** (0.035)		
CLOUT(DO)		-0.060**(0.025)	
CLOUT			-0.025 (0.037)
COMP	0.457 (0.281)	0.601** (0.304)	0.079(0.297)
ED	0.358 (0.150)	0.451*** (0.148)	-0.474*** (0.170)
INFO	0.208** (0.123)	-0.141 (0.128)	-0.124 (0.131)
URBAN	0.039 (0.027)	0.073** (0.029)	0.057** (0.030)
INCOME	-0.0001 (0.00018)	-0.0003(0.0002)	0.0004** (0.0002)
MAJPARTY	0.020 (0.035)	0.024 (0.038)	0.095** (0.041)
TURNOVER	-0.010 (0.041)	-0.151*** (0.050)	-0.010(0.045)
CONSUM	-0.980*** (0.363)	-0.819** (0.396)	0.110 (0.408)
STAFF	0.260** (0.105)	0.687*** (0.170)	0.243** (0.109)
GOVR	-0.913(0.695)	0.517 (0.693)	-0.396 (0.758)
PUB(MD)	-0.057 (0.038)		
PUB(DO)		-0.015 (0.044)	
PUB			-0.100** (0.046)
DISC	0.292 (0.172)	0.586*** (0.204)	0.181 (0.183)

(待續)

表 3 對數迴歸統計結果 (續)

	I (醫師)	II (整骨師)	III (執業範疇)
HMO	0.014 (0.044)	-0.097** (0.047)	-0.107** (0.049)
NCQA	-0.004 (0.011)	-0.016 (0.011)	0.004 (0.012)
INDEX	0.276** (0.140)	0.142 (0.146)	0.552*** (0.181)
Model $\chi^2$	44.162****	46.608****	48.723****
Pseudo $R^2$	0.6120	0.6328	0.6656
N	51	51	51

註：1. 括弧內為標準誤 (Standard errors)。

\*\* $p < 0.05$  \*\*\* $p < 0.01$  \*\*\*\* $p < 0.001$

2. 各變項代表意義如下：

SIZE(MD) 醫師團體之規模  
 SIZE(DO) 整骨師團體之規模  
 SIZE 醫師與整骨師合併計算後之團體規模  
 CLOUT(MD) 醫師團體之政治實力  
 CLOUT(DO) 整骨師團體之政治實力  
 CLOUT 醫師與整骨師合併計算後之政治實力  
 COMP 競爭者的政治實力  
 ED 州居民的教育程度  
 INFO 州居民的醫療資訊程度  
 URBAN 州的都市化程度  
 INCOME 州居民的所得水準  
 MAJORITY 州議會為最大黨掌控的程度  
 TURNOVER 州議會選舉席次改變的程度

CONSUM 州議會對消費者保護立法的態度  
 STAFF 州議會的立法資源  
 GOVR 州長的黨派屬性  
 PUB(MD) 州醫師醫療委員會中公民代表的比例  
 PUB(DO) 州整骨師醫療委員會中公民代表的比例  
 PUB 州醫療委員會中公民代表的比例  
 (醫師與整骨師兩醫療委員會合併計算)  
 DISC 州醫療委員會懲戒行動的執行成果  
 HMO 各州管理醫療制度的深化程度  
 NCQA 各州醫療計畫通過全美品質委員會認證的比例  
 INDEX 各州管理醫療的消費者保護立法情況  
 Model  $\chi^2$  模式卡方值  
 Pseudo  $R^2$  虛擬 R 平方值

## 二、利益團體變項檢驗

在三組方程式中，共有三個利益團體變項達到統計顯著水準，其中醫師團體的政治實力 (CLOUT) 確實影響各州醫師證照管制措施的形成，並且促使醫師執照的門檻限制更加嚴格。這項發現確實支持了本文第一項研究假設，亦即若州內醫事專業團體的實力愈強，則州立法當局愈可能制訂較為嚴格的證照管制立法。

在利益團體變項中，第二個達到顯著水準的變項是整脊師的政治實力 (CLOUT)，但是這項發現卻有相當不同的義涵，因為這項變項的變動方向與本文之前的預測完全相反，它呈現出在整脊師政治實力愈強之州，其整脊師證照的管制立法反而愈鬆的情況。這種結果雖然與本文先前的假設衝突，不過吾人仍能從整脊師的組成結構中找到合理的解釋，蓋整脊師相對於醫師，僅是一個非常小的利益團體，<sup>20</sup> 所以其可能總是希望藉著證照門檻限制的放寬來壯大它的實力。而這項推論可更進一步由整脊師競爭者 (譬如醫師助理、助產士、專科護理士等) 的反對態度來加以證明，因為在整脊師門檻限制的對數迴歸方程式中，COMP 變項不但達 0.05 的統計顯著水準，並且呈現正向變動，這顯示整脊師競爭者所爭取的是更為嚴格的整脊師證照門檻限制，他們並不希望見到整脊師的擴張壯大。雖然整脊師門檻限制方程式出現了不同的結果推論，但原因可能主要來自於利益團體本身結構與性質上的差異，對整脊師來說，嚴格的證照管制措施並不一定能使其蒙受有如醫師所獲得的利益，<sup>21</sup> 反而可能因團體成員過少而導致競爭實力不足與遭到其他相似競爭對手替代。總之，整脊師門檻限制方程式的結果並未悖離利益團體追求其

<sup>20</sup> 根據 American Osteopathic Association (1999)，全美脊骨整療師僅占全體醫師人數的 5.5%，其主要擔負初級診療 (primary healthcare) 的任務，並且多數執業於小城及鄉村地區。

<sup>21</sup> 亦即因執業人數減少後，薪資報酬提高。

最佳利益的原始假說，只是每一利益團體均在審慎評估其自身情況與競爭環境之後，方做出最符合現階段利益的決策與行動。

本研究的利益團體變項並未能在執業範疇 (s-o-p) 方程式中達到統計顯著，這表示傳統的醫事服務提供者 (如醫師與整脊師) 已無法再有效地捍衛其執業範疇，市場力量似乎正衝破了任何可能妨礙自由競爭與成本節制的障礙。換言之，醫師與整脊師在作為醫療產業中的主要利益團體，目前僅能有效的遊說管制立法當局制訂較符合其利益的門檻「內部」限制，但是卻已經無法再藉由證照制度來限制其他醫事替代人力的「外部」競爭。

### 三、消費者變項檢驗

消費者變項在所有方程式中至少都有一個能達到顯著水準，只不過其結果多與先前所預測的變動方向相反，換言之，高教育水準、政治動員基礎良好、高所得與擁有更多資訊管道的民眾反而更傾向於嚴格的證照管制立法，他們並不認為擁有優異的社經條件便不需要證照的保護。顯然在醫療市場中，醫病關係間的「知識落差」(knowledge gap) 仍大，並不能僅藉由資訊提供的手段來完全取代證照保護的功能。上述結果，因此使吾人拒斥假設 2：**若州內居民具有良好的教育水準、政治動員基礎 (譬如有較高的都市化程度與所得水準)、相關的資訊管道，則將比較能夠有效主張自身權益與辨別醫事服務的品質，因此也比較不需要政府的介入，並且傾向解除各種不當與限制市場競爭的醫事證照管制措施。**

現在逐一檢視每一個消費者變項。在消費者教育程度變項(ED)方面，高教育程度的消費者將要求更為嚴格的整脊師證照立法，這可能與多數民眾並不熟悉了解整脊師有關，因此期待有較為嚴格的證照管制措施來保障其專業品質。此外，消費者教育程度變項在執業範疇限制方程式中亦達統計顯著水準，並且是唯一符合本文先前

預測方向的消費者變項，換言之，有較高教育水準的民眾將比較能接受放寬執業範疇限制與支持醫事替代人力的醫藥處方權，這點也顯示高教育水準的消費者對主要醫事替代人力有較高的信賴程度。

消費者的資訊多寡(INFO)也會影響其管制決策的偏好，而此變項在醫師門檻限制方程式中達到統計顯著水準，並且顯示擁有較多醫療資訊的消費者反而比較傾向嚴格的醫師證照立法。這項結果所傳達的訊息似乎是消費者對其自身的醫療品質辨識能力上持保留態度，當消費者涉獵更多的醫療資訊後，可能更會體認到自身專業知識的限制與不足，並且期待以其他方式(譬如證照制度)來彌補其對醫療品質審辨能力上的缺陷。這項發現也再次呼應了管制公益理論的主張，顯然消費者並不完全信賴其自身對品質的判斷能力，政府基於公益理由(資訊不對稱)的介入仍有必要性。

都市化程度對消費者的證照措施偏好亦會有一定影響。本文發現在都市化程度較高的地區，居民將比較傾向嚴格的整脊師證照管制與執業範疇限制，其原因可能在於都市地區的醫療從業者眾多，都市居民並無必要犧牲管制限制來吸引更多的醫護人力。相對於都市地區，鄉村地區經常因醫療資源的欠缺而必須放寬證照措施以吸引更多的醫事服務人員。這項發現與整脊師、助產士、專科護理士等多在美國鄉村與小鎮地區執業的情況不謀而合。

最後一項消費者變項是民眾的所得收入，這項變項在執業範疇方程式中達到統計顯著水準，並且代表著愈是高所得的民眾愈是支持較為嚴格的執業範疇限制與反對醫事替代人力的醫藥處方權。造成這個現象的原因，可能是由於高收入的民眾並不在意傳統醫事服務者與其替代人力顯著的服務價格差異，甚至還願意支付更高的價格來獲得較有保障或經驗之醫事人員的服務。換言之，有較高所得收入的民眾寧願付出更高額的費用來保障醫護品質，也不願為降低服務的邊際價格而尋求醫事替代人力提供醫療服務，因為對高所得



民眾而言，尋求醫事替代人力所節省的成本根本微不足道，而尋求醫事替代人力所將擔負的品質瑕疵風險，則是高所得民眾所不願意承受的。

#### 四、立法供給變項檢驗

在立法供給變項部分，由 MAJPARTY 與 TURNOVER 兩項變項所構成的政治市場競爭情況指標，在整脊師證照管制與執業範疇限制等兩組方程式中均達統計顯著水準。因此這項結果支持了**政治市場愈競爭，則單獨利益團體愈難掌控決策當局**的假設（假設 3）。不過，MAJPARTY 與 TURNOVER 兩項變項在醫師證照管制方程式中卻都未達顯著水準，這點似乎說明了醫師的政策遊說與動員能力已經可以有效地克服政治環境的動盪。事實上，醫師作為全美最有實力的主要利益團體之一，早已與所有政黨建立了鞏固的關係，因此無論政黨政治有再快的更迭或輪替，也不至於大幅影響醫師相關政策的規劃或執行。

另一個統計顯著的立法供給變項是立法當局對消費者保護的態度 (CONSUM)，這項變項在醫師與整脊師證照管制的兩組方程式中皆達顯著水準。這項結果因此直接支持了本研究的第四項假設：**若該州議會對消費者保護課題的認同程度愈高，則比較不會制訂保護特定醫事利益團體之證照管制措施。**

消費者保護的態度變項雖然在醫師與整脊師證照管制的兩組方程式中達到統計顯著水準，卻未能在執業範疇限制的方程式中形成顯著影響，這點顯示執業範疇限制的解除與醫事替代人力醫藥處方權的放寬，尚未成為立法者心目中最主要的消費者保護議題之一。而原因可能在於執業範疇限制的解除，與其說是一項消費者保護議題，到不如說是一項市場機能改革的政策課題。

最後一項達到統計顯著水準的立法供給變項是立法者本身的

資源(亦即 STAFF 變項)。由於這項變項在所有方程式中均達顯著水準，因此強而有力地支持了第五項假設：**若該州議員的立法資源愈多，則愈能制定較多的證照管制措施。**尤其立法者本身的資源變項在整脊師證照管制方程式中達到 0.001 的統計顯著水準，更說明了州議會諸公只有在得到更多額外的立法資源與幕僚作業配合之後，方能行有餘力地為極少數整脊師制定特別的管制措施。

## 五、州醫療委員會變項檢驗

在州醫療委員會變項方面，並沒有任何一項變項在醫師門檻限制方程式中具有統計顯著水準，這反映出州醫療委員會對醫師證照門檻政策的形成並沒有非常顯著的影響，而原因或許是在於門檻限制常被視為是醫師的「內部」事務，州醫療委員會往往缺乏介入的正當理由。事實上，在醫師門檻限制方程式中，比較重要的影響變項還是醫師團體本身的特質 (CLOUT 變項顯著) 與該州議會立法者的態度及資源 (CONSUM 與 STAFF 變項顯著)，而這點也再一次說明醫師為全美最有政治實力的利益團體之一，仍能有效維持許多與其自身相關事務的主導權，並且可以按照專業的自我規範 (professional self-regulation) 來進行運作。

雖然州醫療委員會變項皆未能在醫師門檻限制方程式中達到統計顯著水準，卻對整脊師與其他規模較小的醫事專業人員(或替代人力)的證照政策形成一定影響。首先可以由整脊師門檻限制方程式的統計結果中發現，州醫療委員會對醫事品質維繫與監督的積極態度(亦即 DISC 變項)將與整脊師的證照門檻限制轉趨嚴格有關(DISC 變項在整脊師門檻限制方程式中達 0.01 統計顯著水準)，而主要原因可能在於當整脊師企圖以放鬆管制來壯大本身的規模時，<sup>22</sup> 將可能

<sup>22</sup> 整脊師的政策偏好是放寬證照門檻限制以增加其成員數並壯大其政治影響力，這項推論的理由請見前文「利益團體變項檢驗」一節。

造成醫事服務人員的良莠不齊與服務品質的下降，而這也使得州醫療委員會持以較嚴格的態度來監督整脊師的服務情況，並因此相對增加了行為疏失整脊師的懲處人數。

此外，在州醫療委員會的變項中，民眾代表的增加 (PUB) 將確實有助於對醫事替代人力執業範疇管制的解除 (PUB 變項在執業範疇限制方程式中達 0.05 統計顯著水準)，而這點也反映出當民眾代表增加之後，州醫療委員會已慢慢脫離醫師地盤看門狗的角色，並能有更高的決策自主性，同時也逐漸傾向消費者利益保護與市場自由競爭的價值。因此以上統計結果可部分支持本文第六項假設：**若該州醫療委員會愈能自主於利益團體的掌控之外 (委員中有更多的非專業團體代表 (即公民代表)，並且能積極的監督醫療服務品質)，則該州醫事證照政策將較傾向於解除各種不適當的門檻限制與執業範疇限制。**

## 六、市場經濟變項檢驗

就市場經濟變項檢驗的結果來分析，代表管理醫療體系深化 (或普及化) 程度的指標 (HMO) 在整脊師門檻限制與執業範疇限制兩組方程式中都達到統計顯著水準，這點反映出現在的市場力量已經能夠衝破證照管制對競爭的阻礙，並且與本文假設 7 的預期一致，亦即**若該州有較高的管理醫療制度深化程度，則將較傾向於制訂寬鬆的醫事人員證照管制措施，以減低市場競爭阻礙。**不過，目前的市場力量卻仍有其限制，這可由管理醫療體系深化程度變項並未能在醫師門檻限制方程式中達到統計顯著水準來證明，即使醫師已逐漸失去保護外部地盤或限制其競爭敵手的優勢，卻似乎仍能有效抗拒市場力量對其內部事務的干涉與介入。

NCQA 變項代表在管理醫療體系中新的品質認證措施，只可惜這項變項在所有的方程式中都未達統計顯著水準，而這點也說明了

傳統醫事證照管制措施並未在新的醫療環境體系中遭到淘汰。換言之，即使該州居民能從管理醫療的競爭市場中獲得充分的醫療網服務品質資訊，也未必就完全不再需要證照管制的保護。本文第八項研究假設因此未能獲得支持。

市場經濟變項中最後一項變項是各州對管理醫療體系的規範程度(亦即 INDEX 變項)，這項變項在醫師門檻限制與執業範疇限制兩組方程式中均達統計顯著水準，顯示州政府若有嚴格的管理醫療立法，亦會對醫事證照管制採取較為嚴格的限制。這項結果與本文第九項研究假設正巧相反，說明了立法管制當局並不一定會因新規範的出現而完全揚棄舊有規制。

## 陸、結論與建議

依據本研究結果顯示，有組織的醫事利益團體(譬如醫師與整脊師等)仍是醫療證照管制政策中最主要的政策需求者，並且也確實對政策的形成具有顯著影響力。雖然不同的醫事團體或許因其本身的特性差異而有不同的政策偏好，卻都會積極投入政策制定過程以爭取對其最有利的政策措施。這項研究結果符合了利益政治的研究假說。

本研究除了關注利益團體的政策影響力之外，亦未忽視一般民眾(消費者)對政策的需求，本研究顯示在醫療市場中由於民眾與醫事專業人員間存有顯著的資訊(或資訊處理能力)落差，所以確實需要政府以證照政策來矯正市場失靈與保障民眾的就診品質。這項研究發現與管制的公益理論預期一致。

本研究在對醫療證照政策形成的需求面向進行分析之後，亦從政策的供給面向來加以探索。由分析結果可知，證照政策的形成確實受到決策者的意識型態、立法資源及其所處的政治環境等因素影

響。此外，醫事證照主管機關(亦即州醫療委員會)的成員組成結構與執法態度也是影響證照政策形成的重要因素之一。

美國醫療證照政策之形成除了受上述政治因素影響之外，還受到醫療經濟市場近來的結構與功能變化的衝擊，亦即「管理醫療制度」引進之後所造成的影響。本文將醫療經濟市場變遷的相關變項納入分析之後發現，在管理醫療制度實施比較深化(普及)的州確實較支持與鼓勵醫事專業人員的自由競爭與執業範疇限制的解除。不過，由管理醫療制度新發展出來的醫療品質認證措施，目前似乎尚無法取代民眾對傳統醫事證照的依賴及信任。

總結而論，管制政策的形成，背後往往受到十分複雜的政治與經濟因素所影響，因此並不適合僅用單一的觀點來解釋。在對美國醫事人員證照管制措施形成原因的探索中，吾人可以清楚察覺到各種政經因素的影響力量，並且沒有任何一種因素可以完全決定管制措施的風貌。事實上，對管制政策的研究，無論是從政策的需求面，抑或是從政策的供給面來了解，都有著相同的重要性，蓋管制決策者並不只是被動地接受各種利益團體競逐的結果，亦會企圖平衡這些利益(包括公益與私益)，以獲得最大的支持來延續其政治生命。美國醫事人員的政策管制措施，在全新的管理醫療體系中，正反映出這種多元政治及經濟因素的影響。

本研究作為一典型的經驗研究，在研究設計與資料蒐集方面皆面臨一定的困難，茲將執行本研究時的主要限制描述如下，以作為後續研究者之參考：

本文首先面臨「橫斷面統計分析」(cross-sectional analysis)方式之限制，雖然本文已使用時間落差資料來進行修正，但仍非最好的方式，後續研究者若能蒐集到更為完整的時間序列資料，將可進一步檢驗本研究之假說。

本研究的另一項限制是僅對全美醫療證照管制政策的形成原

因做整體概率性的推論，後續研究者將可藉「歷史研究法」或「個案研究法」等質化方式來補強本研究量化推論上的不足之處。

本文部份假設與預期相左，主要是由於「醫師」團體與「整脊師」團體在屬性上的差異所致，後續研究者將可從此一角度出發，重新檢視不同團體屬性對證照管制政策形成的影響。

本文亦有資料蒐集上的限制，因此本研究部分變項指標未能盡臻理想，後續研究者可設計與發展更為精緻的變項指標。

本文最後一項研究限制則是研究對象範疇的限制，後續研究者可將「研究對象」擴展至醫師、整脊師、醫師助理、助產士、專科護理士等以外的醫事專業團體，以獲得更為豐富的政策相關知識。

附錄 1 變項定義與資料來源

變項	變項定義	資料來源
<b>因變項</b>		
R 證照取得之門檻限制 (licensing entry restrictions)	各州對醫師與整脊師證照申請人的條件限制： - 公民資格要求(residency/citizenship) - 最低考照年齡限制(age minimums) - 州際認證交換限制(endorsement/reciprocity) 課程修習限制(curriculum requirements)	The Exchange (1999a, 1999b, 1999c)
S 執業範疇限制 (scope-of-practice limitations)	各州議會對醫師助理、助產士與專科護理士等三種醫事人員賦予醫藥處方權的情形(the extent to which state legislature grants prescriptive authority to three major non-physician providers [physician's assistants, certified nurse midwives, and nurse practitioners])	American Academy of Physician Assistants (1999a, 1999b) American College of Nurse-Midwives (1999) American Academy of Nurse Practitioners (1999)
<b>自變項</b>		
醫事利益團體變項 (organized medicine variables)		
SIZE 利益團體的規模 (group size of profession)	醫事(醫師與整脊師)人數占全州醫事服務人力總數的比例(Number in occupation as a percentage of total employed persons in health services in each state [MD and DO])	U.S. Bureau of the Census (1997)

(待續)

附錄 1 變項定義與資料來源(續)

變項	變項定義	資料來源
CLOUT 利益團體的政治實力 (political influence / group cohesiveness of profession)	醫事(醫師與整脊師)成員參與專業社會社的比例 (proportion of occupation belonging to professional association [MD and DO])	American Medical Association (1997) American Osteopathic Association (1997)
COMP 利益競爭團體的政治實力 (political influence of professional competitors)	醫事競爭者(PA, CNM, and NP)之人數占全州醫 事服務人力總數的比例 (number of professional competitors as a percentage of total employed persons in health services in each state [PA, CNM, and NP])	U.S. Bureau of the Census (1997)
消費者變項 (consumer variables)		
ED 教育程度(education level)	該州人口中接受 12 年以上教育的比例(Percentage of state population with 12+ years of education)	U.S. Bureau of the Census (1997)
INFO 消費者的資訊管道 (information access)	消費者獲得醫事資訊的管道與普及程度(請見附錄 1) (availability of consumer information)	Survey (1999) 本文調查請見附錄 2
URBAN 都市化程度 (urbanization)	該州人口居住都市地區的比例 (percentage of the state population residing in urban areas)	U. S. Bureau of the Census (1997)
INCOME 所得水準(income level)	該州個人平均所得 (per capita personal income)	U. S. Bureau of the Census (1997)

(待續)



附錄 1 變項定義與資料來源 (續)

變項	變項定義	資料來源
立法供給變項 (legislative variables)		
MA PARTY 主要政黨對議會的掌控 (party control)	議會中主要政黨的議員比例 (average proportion of legislature belonging to the majority party)	<i>Book of the States</i> (1998-1999) The Council of State Governments (1998)
TURNOVER 議會席次的變動情況 (legislative turnover)	一九九四至一九九六年間議會成員變動人數占全體議員席次的比例 (average membership changes in the legislature from 1994 to 1996 as a proportion of total members)	Congressional Quarterly State Fact Finder (1997) 採 1994-1996 年資料
CONSUM 州議會對消費者保護議題的重視程度 (state prediction toward consumer protection legislation)	一九八八至一九九八年間該州議會通過消費者保護法案的總數 (Number of consumer protection acts adopted by legislature from 1988 to 1998)	The Council of State Governments (1998)
STAFF 立法者所擁有之資源 (legislative staff)	平均每位議員的全職助理人數 (full-time legislative staff per legislator, 1998)	National Conference of State Legislatures (1999) 採 1998 年資料
州醫療委員會變項 (state medical boards variables)		
PUB 民眾代表 (public membership)	州醫療委員會中一般民眾代表所占的比例 (proportion of public members on licensing boards)	Federation of State Medical Boards (1997)

(待續)

附錄 1 變項定義與資料來源 (續)

變項	變項定義	資料來源
GOVR 州長的政黨屬性 (governor partyism)	一個二元虛擬變項，1 代表民主黨，其他則是 0 (dummy variable assuming a value of one if the governor belongs to democrats, zero otherwise)	The Council of State Governments (1998)
DISC 州醫療委員會所執行的懲處行動 (disciplinary actions)	州內每千位執業者中受到嚴重失職懲處的人數 (Serious disciplinary actions per thousand licensees in each state)	Public Citizen Health Research Group (1999)
市場經濟變項 (market variables)		
HMO 管理醫療制度深化(普及化)程度 (managed care penetration)	州內居民加入 HMO 醫療計畫的人口比例 (percentage of state population enrolled in HMOs [1996 data])	Congressional Quarterly State Fact Finder (1997)
NCQA NCQA 認證情況 (NCQA accreditation)	州內 HMO 醫療計畫獲得 NCQA 完全認證的比例 (percentage of HMO health plans received full NCQA accreditation in each state)	U.S. News & World Report (1998)
INDEX 州內管理醫療制度的管制情形 (state managed care regulation)	該州對管理醫療制度的管制立法，請見附錄 3 (state managed-care regulation)	Families USA Foundation (1998)

附錄 2 消費者資訊調查 (Consumer Information Survey)

州名	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	總計
阿拉巴馬	1.5	1	0	0	0	1	1.5	0	0	1	6
阿拉斯加	1.5	1	0	0	0	0	1.5	1.5	1.5	1	8
亞利桑納	1.5	1	0	0	1	1	1.5	0	0	0	6
阿肯色	0	0	0	0	0	0	1.5	0	0	1	2.5
加利福尼亞	1.5	1	1	0	0	1	1.5	1.5	1.5	1	10
科羅拉多	1.5	1	1	1	0	0	1.5	0	1.5	1	8.5
康乃狄克	0	1	0	0	0	1	1.5	0	1.5	1	6
德拉瓦	0	0	0	0	0	0	1.5	0	0	0	1.5
佛羅里達	1.5	1	1	0	0	0	1.5	0	0	1	6
喬治亞	1.5	1	1	0	0	0	0	0	1.5	0	5
夏威夷	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
愛達荷	1.5	1	1	0	0	1	1.5	0	1.5	1	8.5
伊利諾	1.5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4.5
印第安納	1.5	1	0	0	0	1	0	0	0	1	4.5
愛荷華	1.5	1	1	1	0	1	1.5	1.5	1.5	1	11
堪薩斯	1.5	0	1	1	0	1		1.5	0	1	7
肯德基	0	0	0	0	1	1	1.5	0	1.5	1	6
路易斯安那	0	0	0	0	0	0	0	1.5	1.5	1	4
緬因	1.5	1	1	1	0	0	1.5	0	0	0	6
馬里蘭	1.5	1	1	1	0	1	1.5	1.5	1.5	1	11
麻薩諸塞	1.5	1	1	1	0	1	1.5	1.5	1.5	1	11
密西根	0	0	0	0	0	0	1.5	1.5	1.5	0	4.5
明尼蘇達	1.5	1	1	1	0	0	1.5	0	0	0	6
密西西比	1.5	0	1	1	0	0	1.5	1.5	0	1	7.5
密蘇里	1.5	0	1	1	0	0	1.5	1.5	1.5	1	9

(待續)

附錄 2 消費者資訊調查 (續)

州名	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	總計
蒙大拿	1.5	1	1	0	0	1	1.5	0	0	0	6
內布拉斯加	1.5	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4.5
內華達	1.5	0	1	1	0	1	1.5	1.5	1.5	1	10
新罕布夏	1.5	0	1	1	0	0	1.5	1.5	0	1	7.5
紐澤西	1.5	1	1	1	0	1	1.5	1.5	0	1	9.5
新墨西哥	0	0	0	0	0	1	1.5	1.5	1.5	1	6.5
紐約	1.5	1	1	1	0	0	1.5	1.5	1.5	1	10
北卡羅來納	1.5	1	1	1	0	1	1.5	1.5	1.5	1	11
北達科他	0	0	0	0	0	0	0	1.5	1.5	1	4
俄亥俄	1.5	1	1	1	0	1	1.5	1.5	1.5	1	11
奧克拉荷馬	1.5	1	0	1	0	1	1.5	1.5	1.5	0	9
奧勒岡	1.5	1	1	1	0	0	1.5	1.5	1.5	0	9
賓夕法尼亞	0	0	0	0	0	1	1.5	0	0	1	3.5
羅得島	1.5	1	1	1	0	0	0	0	1.5	0	6
南加利福尼亞	1.5	0	0	1	0	0	1.5	0	1.5	1	6.5
南達科他	0	0	0	0	0	0	1.5	0	0	0	1.5
田納西	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3
德克薩斯	1.5	1	1	1	0	1	1.5	1.5	1.5	1	11
猶他	1.5	0	0	0	0	0	0	0	1.5	1	4
佛蒙特	1.5	1	1	1	0	1	1.5	1.5	1.5	0	10
維吉尼亞	1.5	0	1	1	0	1	0	0	0	1	5.5
華盛頓	1.5	0	1	0	1	1	1.5	1.5	1.5	1	10
西維吉尼亞	1.5	0	1	1	0	1	0	1.5	1.5	1	8.5
威斯康辛	0	0	1	1	0	1	0	1.5	1.5	1	7
懷亥明	0	0	0	0	0	0	1.5	1.5	1.5	0	4.5
華盛頓特區	1.5	1	1	1	0	0	1.5	1.5	1.5	1	10

(待續)

## 附錄 2 消費者資訊調查 (續)

### 附註

- D1: 該州醫療委員會是否設有網站(whether the board has a WWW site)
  - D2: 該州醫療委員會是否提供線上證照查證服務(whether the board provides online verification of licensee)
  - D3: 該州醫療委員會是否提供消費者適當的訴願程序指引(whether the board provides consumers with appropriate instructions about complaint procedures)
  - D4: 該州醫療委員會是否將懲處結果公佈(whether the board discloses disciplinary actions)
  - D5: 該州醫療委員會是否公開目前調查中的案例訊息(whether the board releases information about current investigation(s))
  - D6: 該州醫療委員會是否公開目前正在上訴中的案例訊息(whether the board releases the current charges information)
  - D7: 該州醫療委員會是否發行年度報告以供公眾與媒體參閱(whether the board issue an annual report that is available to the public and media)
  - D8: 該州醫療委員會是否寄發工作通訊給州內主要立法者或官員(whether the board sends it newsletter to key state legislators/officials)
  - D9: 該州醫療委員會是否寄發工作通訊給媒體(whether the board sends it newsletter to the media)
  - D10: 該州醫療委員會工作通訊是否公佈懲處結果與受懲處人姓名(whether the board records its disciplinary actions, including the names of the licensees disciplined, in its newsletter)
- D1, D7, D8 與 D9 加權計分 50% (Dimension 1, 7, 8 and 9 were weighted by 50%)

附錄 3 管理醫療制度的消費者保護立法 (Managed Care Consumer Protection Laws)

州名	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	總計
阿拉巴馬			√		√									2
阿拉斯加										√	√			2
亞利桑納							√			√				2
阿肯色	√				√	√				√				5
加利福尼亞	√		√		√	√				√	√			6
科羅拉多	√	√			√	√				√				5
康乃狄克	√				√		√			√				4
德拉瓦					√					√				2
佛羅里達		√			√	√	√	√		√				7
喬治亞	√				√	√				√	√	√		6
夏威夷	√						√			√				3
愛達荷	√				√					√	√			4
伊利諾	√				√					√				1
印第安納	√	√	√		√	√	√			√				7
愛荷華	√									√				2

(待續)

附錄 3 管理醫療制度的消費者保護立法 (續)

州名	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	總計
堪薩斯			√			√				√	√			4
肯德基	√	√								√				3
路易斯安那	√			√						√	√			4
緬因	√	√		√						√				4
馬里蘭	√			√			√			√	√	√		6
麻薩諸塞										√				1
密西根	√						√			√				3
明尼蘇達	√			√		√	√			√				6
密西西比					√									1
密蘇里	√	√	√	√		√	√	√		√			√	9
蒙大拿		√								√	√			4
內布拉斯加	√				√					√	√			4
內華達	√									√	√			3
新罕布夏										√				1
紐澤西			√		√	√		√		√	√			6
新墨西哥	√	√	√	√	√			√		√	√			8
紐約	√	√	√	√	√	√				√	√			7
北卡羅來納	√	√			√					√				4

(待續)

附錄 3 管理醫療制度的消費者保護立法 (續)

州名	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	總計
北達科他										√				1
俄亥俄	√	√	√	√			√			√	√			7
奧克拉荷馬										√				1
奧勒岡	√				√		√			√				4
賓夕法尼亞	√		√	√	√			√		√	√			8
羅得島								√		√	√		√	4
南加利福尼亞	√					√								2
南達科他														0

## 附註

I1: 在緊急情況下，民眾將有直接赴急診室就診的權力，並能於事後得到醫療計畫對其醫療費用的支付(the right to go to an emergency room, and have the managed care plan pay for resulting care, if a person reasonably believes he or she is experiencing an emergency)

I2: 當醫療網沒有適合的醫事服務提供者時，病患將有於醫療網之外就診的權力(the right to receive health care from an out-of-network provider when the health plan's network of providers is inadequate)

I3: 重病患者將可以專科醫師來替代初級醫療服務者的照護(the right of a person with a serious illness or disability to use a specialist as a primary care provider)

I4: 重病患者享有直接轉診專科醫師的權力(the right of a seriously ill person to receive standing referrals to health specialists)

(待續)



### 附錄 3 管理醫療制度的消費者保護立法 (續)

- I5: 婦女享有直接至婦產科就診的權力(a woman's right to gain direct access to an obstetrician or gynecologist)
- I6: 病患者或孕婦享有在一段時間內繼續就診於某一醫師的權力，即使該醫師已退出目前的醫療計畫(the right of a seriously ill patient or a pregnant woman to continue receiving health care for a specified period of time from a physician who has been dropped by the health plan)
- I7: 建立一定的程序，以使病患可以獲得醫療計畫所不提供的處方藥品(the establishment of a procedure that enables a patient to obtain specific prescription drug that are not on a health plan's drug formulary)
- I8: 對醫療計畫所拒絕給付的診療項目或措施，病患享有對其提出異議及上訴的權力，且此上訴的審查與仲裁應完全獨立於醫療計畫之外(the right to appeal denials of care through a review process that is external to, and independent of, health plans)
- I9: 建立消費者協助或消費爭議仲裁/監督人制度(the establishment of consumer assistance, or ombudsman, programs)
- I10: 禁止醫療計畫與所屬 (或加盟) 醫師或其他的醫療服務提供者簽訂任何所謂的「言論箝制」契約條款，該條款將阻止醫師對病患提供完整的醫療措施選擇資訊，特別是醫療計畫之外的醫療轉診機構或醫療措施的資訊 (prohibitions against plans' use of so-called gag rule's-rules that prevent physicians and health providers from fully disclosing treatment options to patients);
- I11: 禁止醫療計畫以任何不當的獎勵報酬來鼓勵所屬 (或加盟) 醫師或其他的醫療服務提供者對病患減少應有的醫療照護與醫藥處方(prohibitions against plans' reliance on inappropriate financial incentives to deny or reduce necessary health care)
- I12: 以州法律來阻止醫療計畫對參與醫療臨床實驗的禁止(the establishment of state laws that prevent plans from prohibiting participation in clinical trial)
- I13: 當加保人被其醫療計畫不當拒絕診療時，應建立州法律以保障加保人對其醫療計畫直接提出訴訟的權力(the establishment of state laws enabling enrollees to sue their health plans when they improperly deny care)

## 參考文獻

- American Academy of Nurse Practitioners. (1999, December 12). *Regulatory information*. [On-line]. Available: <http://www.aanp.org/regulato.htm>
- American Academy of Physician Assistants. (1999a). *1999 Membership statistics* (unpublished data). Arlington, VA: Author.
- American Academy of Physician Assistants. (1999b, December 10). *State statutory and regulatory requirements*. [On-line]. Available: <http://www.aapa.org/gandp/sumchart.html>
- American College of Nurse Midwives. (1999c, December 10). *Basic facts*. [On-line]. Available: <http://www.acnm.org/prof>
- American Medical Association. (1997). *Physician distribution and medical licensure in the US, 1997-1998*. Chicago, IL: Author.
- American Medical Association. (1999). *Physician distribution and medical licensure in the US, 1999-2000*. Chicago, IL: Author.
- American Nurses Association. (1999). *Facts about nursing, 1998-1999*. Kansas City: Author.
- American Osteopathic Association. (1997). *Yearbook and directory of osteopathic physicians, 1997*. Chicago, IL: Author.
- American Osteopathic Association. (1999). *Yearbook and directory of osteopathic physicians, 1999*. Chicago, IL: Author.
- Ameringer, C. F. (1999). *State medical boards and the politics of public protection*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Begun, J. W., Crowe, E. W., & Feldman, R. (1981). Occupational regulation in the States: A causal model. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 6, 2: 229-254.
- Bernstein, M. (1955). *Regulating business by independent regulatory commission*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Brennan, T. A. (1998). The role of regulation in quality improvement. *The Milbank Quarterly*, 76, 4: 709-731.
- Brennan, T. A., & Berwick, D. M. (1996). *New rules: Regulation markets and the quality of American health care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Chandler, A. D. Jr. (1997). *The visible hand: The managerial revo-*

- lution in American business*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Council of State Governments. (1998). *The book of the States*, Vol. 32. Lexington, KY: Author.
- Congressional Quarterly State Fact Finder. (1997). *CQ's State fact finder: Rankings across America*. Washington, DC: Congressional Quarterly Inc.
- Cox, C., & Foster, S. (1990). *The costs and benefits of occupational licensure*. Washington, DC: Federal Trade Commission, Bureau of Economics.
- Derbyshire, R. C. (1969). *Medical licensure and discipline in the United States*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Dorsey, S. (1983). Occupational licensing and minorities. *Law and Human Behavior*, 7, 2-3: 171-181.
- Families USA Foundation. (1998). *Hit and miss: State managed care laws*. Washington, DC: Author.
- Federation of State Medical Boards (FSMB). (1994). *Final report on the strengths and weakness of state medical boards as reflected in the self-assessment instrument and on proposed education programs based on SAI data*. Euless, TX: Author.
- Federation of State Medical Boards (FSMB). (1997). *1996-1997 Exchange: Section 3: Licensing boards, structure and disciplinary functions*. Euless, TX: Author.
- Federation of State Medical Boards (FSMB). (1998). *Special committee on managed care*. [On-line]. Available: <http://www.fsmb.org/managecare.htm> (July 10, 1999)
- Federation of State Medical Boards (FSMB). (1999a). *Exchange 1999-2000: Section 1: MD licensing requirements*. Euless, TX: Author.
- Federation of State Medical Boards (FSMB). (1999b). *Exchange 1999-2000: Section 2: DO licensing requirements*. Euless, TX: Author.
- Federation of State Medical Boards (FSMB). (1999c). *Exchange 1999-2000: Section 3: Licensing boards, structure and disciplinary functions*. Euless, TX: Author.

- Feldstein, P. J. (1994). *Health policy issues: An economics perspective on health reform*. Ann Arbor, MI: AUPHA Press/Health Administration Press.
- Feldstein, P. J. (1996). *The politics of health legislation: An economics perspective* (2nd ed.). Chicago, IL: Health Administration Press.
- Graddy, E. (1991a). Toward a general theory of occupational regulation. *Social Science Quarterly*, 72, 4: 676-695.
- Graddy, E. (1991b). Interest groups or the public interest – Why do we regulate health occupations? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16, 1: 25-49.
- Graddy, E., & Nichol, M. B. (1989). Public members on occupational licensing boards: Effects on legislative regulatory reforms. *Southern Economic Journal*, 55, 3: 610-625.
- Graddy, E., & Nichol, M. B. (1990). Structural reforms and licensing board performance. *American Politics Quarterly*, 18, 3: 376-400.
- Gross, S. J. (1984). *Of foxes and hen house: Licensing and the health professions*. Westport, CT: Quorum Books.
- Henderson, J. W. (1999). *Health economics and policy*. Cincinnati, OH: South-Western College Publishing.
- Hogan, D. B. (1983). The effectiveness of licensing: History, evidence and recommendations. *Law and Human Behavior*, 7, 2-3: 117-138.
- Iglehart, J. K. (1992). The American health care system: Managed care. *The New England Journal of Medicine*, 327, 27: 1957-1957.
- Jost, T. S. (1997). *Regulation of the healthcare professions*. Chicago, IL: Health Administration Press.
- Kessel, R. A. (1958). Price discrimination in medicine. *Journal of Law and Economics*, 1: 20-53.
- Knoke, D., & Bohrnstedt, G. W. (1994). *Statistics for social data analysis* (3rd ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers.
- Kongstvedt, P. R. (Ed.). (1997). *Readings in managed health care: A companion to the essentials of managed health care* (2nd ed.).

- Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Kongstvedt, P. R. (Ed.). (2001). *The managed health care handbook* (4th ed.). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Leffler, K. B. (1978). Physician licensure: Competition and monopoly in American medicine. *Journal of Law and Economics*, 21: 165-186.
- Leland, H. E. (1979). Quacks, lemons, and licensing: A theory of minimum quality standards. *Journal of Political Economy*, 87, 6: 1328-1346.
- Lineberry, R. L., Edwards, G. C. III, & Wattenberg, M. P. (1995). *Government in America* (2nd ed.). New York, NY: Harper Collins College Publishers.
- Lowery, D. (1987). The distribution of tax burdens in the American States: The determinants of fiscal incidence. *Western Political Quarterly*, 40, 1: 137-158.
- Lowi, T. J. (1969). *The end of liberalism*. New York, NY: W. W. Norton.
- McCormick, B. (1995). When coverage decisions threaten care: Utilization review becomes new medical board concern. *American Medical News*, 20: 23-25.
- Meier, K. J. (1993). *Politics and bureaucracy: Policy making in the fourth branch of government* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Moore, T. G. (1961). The purpose of licensing. *Journal of Law and Economics*, 4: 93-117.
- National Center for Health Statistics. (1996). *Health United States, 1995*. Hyattsville, MD: Public Health Services.
- National Conference of State Legislatures. (1999, December 5). *Partisan composition of state legislatures*. [On-line]. Available: <http://www.ncsl.org/ncsl/db/elect98/partcomp>
- Paige, L. (1994). Discrimination or discriminating. *American Medical News*, 37: 3.
- Peltzman, S. (1976). Toward a more general theory of regulation. *Journal of Law and Economics*, 19, 2: 211-248.
- Public Citizen Health Research Group (PCHRG). (1993). Keeping

- doctors honest: Most medical boards fail the test. *Public Citizen's Health Research Group Health Letter*, 9: 4-7.
- Public Citizen Health Research Group (PCHRG). (1999). *Public citizen health research group ranking of state medical board disciplinary actions in 1997* (HRG Publication No. 1436).
- Rayack, E. (1983). Medical licensure: Social costs and social benefits. *Law and Human Behavior*, 7, 2-3: 147-156.
- Rourke, F. E. (1984). *Bureaucracy, politics, and public policy* (3rd ed.). New York, NY: Harper Collins College Publishers.
- Shapiro, C. (1986). Investment, moral hazard, and occupational licensing. *Review of Economic Studies*, 53, 5: 843-862.
- Shimberger, B. (1982). *Occupational licensing: A public perspective*. Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. New York, NY: Basic Books.
- Stigler, G. (1971). The theory of economic regulation. *Bell Journal of Economics and Management Science*, 2, 1: 1-21.
- U.S. Bureau of the Census. (1997). 1997 Economic census: Health care and social assistance. [On-line]. Available: <http://www.census.gov/epcd/www/197EC62.htm> (June 15, 1999).
- U.S. News & World Report. (1998). *National HMO plans survey*. [On-line]. Available: <http://www.usnews.com/usnews/nycu/health/hetophmo.htm> (June 12, 1999).
- Weiss, L. D. (1997). *Private medicine and public health: Profit, politics, and prejudice in the American health care enterprise*. Boulder, CO: Westview Press.
- White, W. D. (1979). Why is regulation introduced in the health sector? A look at occupational licensure. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 4, 1: 536-552.
- Wilson, G. K. (1984). Social regulation and explanations of regulatory failure. *Political Studies*, 32, 2: 203-225.
- Wilson, J. Q. (1980). *The politics of regulation*. New York, NY: Basic Books.
- Wilson, J. Q. (1995). *Political organizations*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Young, D. S. (1987). *The rule of experts: Occupational Licensing in America*. Washington, DC: CATO Institute.
- Zelman, W. A. (1996). *The changing health care marketplace: Private ventures, public interests*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Zwanziger, J., & Melnick, G. (1996). Can managed care plans control health-care costs? *Health Affairs*, 15, 2: 185-199.

## **An Empirical Examination of the Political Economy of Occupational Licensing in the US Healthcare System**

*Chyi-Lu Jang*

### **Abstract**

With a research emphasis on occupational licensure, this study develops a model of the decision by state legislators to regulate the entry and scope-of-practice of health occupations that incorporates both public interest and interest group forces, as well as factors with regard to the current structure and characteristics of the political and economic environment within which they operate. The model yields several testable hypotheses, and provides a framework within which one can explore the importance of competing forces in these decisions. Using this framework, the licensing legislation outcomes of five health occupations (medical doctors, doctors of osteopathy, physician's assistants, nurse practitioners, and certified nurse midwives) in the US are explored. Estimation of the multivariate logit model in this study reveals evidence of the effectiveness of organized interest groups and of the importance of the public interest in the adoption of occupational regulation. In addition, managed-competition is found to affect regulatory outcomes and become a driving force for the abolition of scope-of-practice licensure restrictions. The results of this study lend substantial support to a pluralistic model of the determinants of occupational regulation.

**Key Words:** occupational licensing, regulatory policy, public interest, regulatory capture