

台灣婦女健康政策的性別分析

張 珪^{1,*} 陳芬苓²

CHUEH CHANG^{1,*}, FEN-LING CHEN²

¹ 國立臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所，台北市仁愛路一段一號
College of Public Health, National Taiwan University, No. 1, Jen-Ai Rd., Sec. 1, Taipei, Taiwan, R.O.C.

² 元智大學社會學系
Department of Sociology, Yuan-Ze University

* 通訊作者 Correspondence author. E-mail: chueh1@ha.mc.ntu.edu.tw

目標：本文將探討何謂具性別概念的婦女健康政策，並對我國婦女健康政策做歷史性及批判性的解析，以助我國政府未來研擬婦女健康政策之參考。**方法：**本文採歷史研究法，針對歷年來政府所推行與婦女健康相關的重要政策進行分析。分析的時間界定在自1912年國民政府取得政權後至今，所分析的政策則包括各項法令、計畫活動、組織設置、首長談話、政府組織分工、行政業務及研究投入等。**結果：**我國長久以來一直視婦幼衛生為婦女健康政策，由我們的歷史分析中，可以歸納出幾項政策的特質：政策著重在女性生殖控制上且呈現「母性>女性」的思考模式；威權主導式的政策擬定方式；經濟利益，醫療系統的利益>婦女的權益；衛生行政因應時代新問題上的無能；父權觀念壟斷；政策中具僵化及偏頗的性別概念。**結論：**我國衛生行政單位應配合聯合國最新工作模式「將性別分析融入主流政策」，未來所有健康政策在計畫、執行及評估過程中，便應進行性別影響預估，並有兩性共同參與。(中華衛誌2000；19(5)：366-380)

關鍵詞：婦女健康政策、將性別分析融入主流政策、歷史分析、政策分析。

Engendering women's health policy in Taiwan

Objectives: This article attempts to classify the definition of 'women's health policy,' and to examine the policies in Taiwan related to women's health by way of gender analysis, from a historical and critical perspective. **Methods:** Historical analysis is adopted to examine health policies in Taiwan during 1912-present. Related legislation, schemes, activities, important announcements by political leaders, organizations, functional diffusions of government, administrative systems and research subsidized by central government are included to review the gender meaning of policies. **Results:** the government in Taiwan has regarded his work for promoting 'maternal and child health' the same as promoting women's health. Some important characteristics have been found by this historical analysis: policies have focused on controlling women's reproductive abilities, and on women's roles as mothers; policy decision-making has maintained the authoritarian model; governmental policies have been determined for business and specialists' benefits rather than women's benefits; the disability of health administration to cope with new social problems; policies have dominated by patriarchal ideology; health promotion work for women has been full of gender bias. **Conclusions:** The government in Taiwan should adopt UN's new working mode, mainstreaming a gender perspective across all health policies process, including plan, implement and evaluation. Women and men should fully participate in health decision-making and governmental sectors. (*Chin J Public Health. (Taipei): 2000;19(5):366-380*)

Key words: women's health policy, gender mainstreaming, historical analysis, policy analysis.

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會

前言

婦女健康運動在1970年代初期於歐美被提出，乃有鑑於醫療資訊以及醫療政策全面被控制於男性權威主導的醫療體系中，充滿性別歧視與傷害。自此，各國便展開一連串的婦女健康運動、婦女健康研究與婦女健康政策改革。至今，婦女健康的議題早已成為國際衛生政策的新焦點和社會流行病學家研究的新動向[1]。二十年來婦女健康的概念、議題逐漸在國際間散發開來，從社會、經濟、生態環境、政治環境等各個層面關注婦女健康，而非僅限於生物醫學部門，以整體性的視角探討婦女健康。這是全球性的趨勢，因為社經政治與醫療科技的變化，影響全人類生活甚巨。其中又以對婦女健康的影響最為劇烈，因為女性的生理特質及社經政治位置，使其最易受到波及，卻又最容易被忽略。當健康被視為一項重要人權之際，一個國家對婦女健康權益保障的職責也因之突顯出來[2]。

在這個議題上我們不可忽略國際組織在推動婦女健康上的力量及其發展趨勢，其中聯合國近年來的工作尤其受到注目。聯合國在1946年成立的同時即成立了婦女地位委員會(Commission on Status of Women, CSW)，但並未發揮功能，直到1970年代西方婦女運動展開也拓至世界各地時，聯合國才因為受到壓力而開始重視之，特別訂定1975年為國際婦女年，在墨西哥召開第一屆婦女大會而民間婦女團體也積極協助，擬定全球行動計劃(Plan of Action)來實踐國際婦女年的目標。結果卻發現行動計劃不足，各地政府並不十分明瞭婦女議題的重要性，一年之內無法完成所有工作，因此民間婦女團體向聯合國要求以十年的時間推動婦女相關議題，而有1976-1985「婦女十年」(Decade of Women)的推行。

在聯合國「婦女十年」計畫執行之後，各會員國紛紛成立婦女專責機構或設立婦女部，並且訂立特殊計畫及修訂相關立法以達

到聯合國的目標：提昇婦女地位，但成效並不顯著。首先是各國雖訂有政策以提昇婦女地位，但吝於分配等同的政治資源給婦女專責單位，使政府中的婦女部門缺乏行動的力量；這種將婦女議題及婦女部門分隔於其他政府組織之外的作法，結果反而是將婦女邊緣化(marginalization)而非整合入國家主流發展之中。1985年在奈若比舉行第三次全球婦女大會，以檢討婦女十年的成果，與會成員強調婦女在發展中的角色是這麼重要，卻被嚴重的疏忽，許多不當的政策更造成對婦女的傷害，只有將婦女的價值整合於促進國家發展的政策中，才能提升婦女的角色與地位，也才真正能促進國家的發展。

於是婦女地位委員會於1986年提出行動建議，1987年要求各國提出使婦女地位能平等的策略。到了1995年第四次全球婦女大會時卻發現僅有策略是不夠的，乃提出十二項行動綱領(platform for action)(註一)，同時更積極地決定往後每年聯合國婦女地位委員會定期召開會議，將逐年討論這十二項行動綱領在各國中推動情形，這才不會只流於口號，該會議中更提出「將性別觀念融入主流政策(Gender Mainstreaming)」的新工作方針，希望未來在各會員國所有政府部門及決策過程中，皆能有女性參與，並且所有的政策制定都需具備性別概念；換言之，性別議題不應只以特別的計畫進行，更重要的是要融入所有主流政策的決策過程裏，其內涵將於後文詳述[3]。

我國雖非聯合國的會員國，但過去幾年不斷在努力加入世界衛生組織，不應處於國際潮流之外。尤其其行政院衛生單位近日應行政院婦女權益促進委員會的要求，有意提出官方版的婦女健康政策，究竟官方的衛生署是以何種態度在處理「婦女健康」政策，值得探究。因此本文希望藉由對本地婦女健康政策的分析，及聯合國最新的工作概念的介紹，指出我國歷年來健康政策中性別概念的缺乏。我們將先釐清婦女健康政策的內涵，介紹聯合國最新工作概念—將性別分析融入主流政策，再針對國內與婦女健康相關政策的發展及政府組織的運作進行分析，希望能

投稿日期：88年8月30日

接受日期：89年8月11日

提供相關研究者及行政人員新的思考方向。

婦女健康政策的內涵

自1970年開始，世界已開發國家早已注意到母體健康之狹隘，而提出「生育健康(reproductive health)」的觀念，其包括經期健康(初經、停經)，避孕、不孕治療，性病(骨盆腔感染、陰道發炎、梅毒、愛滋等)，子宮、乳房相關保健(婦科癌症)。然而，若只針對生育部分，其實隨著婦女壽命之延長，許多相關保健與疾病已不再侷限於生育方面。因此，世界先進各國自一九八〇年代始，開始強調「婦女健康」的重要性。「婦女健康」包括的範圍除前述之生育健康外，尚有生殖權利、經期健康、愛滋病與其他性傳染病、職業傷害與環境公害、性侵害與家庭暴力、女性貧窮化及健康問題、心理衛生與藥物濫用、老年婦女健康及反性別歧視等[2,4,5]。除了女性特有的健康問題之外，若疾病的發生原因、嚴重度、治療方式、預防方式是男女迥異的則亦應被提出。例如女性罹患肺癌的原因與男性極為不同，其防治策略亦應不同[2,4]。換言之，婦女健康議題之探討，有別於傳統婦幼衛生之角度，應以婦女之生命週期發展為主軸，同時考量不同背景之婦女(城鄉、社會人口學特性)之需求差異，由下到上反應出婦女自身的聲音[6,7,8]。

根據聯合國第四次婦女問題世界會議報告，婦女與保健是十二項行動綱要之一。該報告強調婦女有享有最高身心健康標準的權利，這項權利的擁有將會影響到婦女參加公共和私人各項領域的機會。婦女的健康不僅僅指沒有疾病或不虛弱，而是指身體、精神和社會等方面完全健康的狀態[5]。歐盟1997年婦女健康報告中特別討論五項重要婦女健康議題：飲食失序、愛滋病、家庭計劃、墮胎及對婦女施暴的問題；並有五項婦女健康的研究計劃及報告在進行，包括：健康促進及傷害預防、傳染性，稀少及急性疾病、工作安全衛生及健康、職婦生育相關權利、及婦女在健康機構決策中的角色[9]。此外，依據1989年澳洲國家婦女健康政策報告(Nation-

al Women's Health Policy: Advancing Women's Health in Australia)，婦女健康有七項優先的議題：生育健康與性發展、老年婦女健康、情緒與心理衛生、暴力下的健康醫療處置、職業健康與安全、作為照護者婦女的健康需求、及性別角色刻板印象對婦女健康的影響。值得一提的是，該報告是經社區廣泛徵詢婦女意見匯集而成，採社會保健的模式，依社區健康狀況、族群及資源的不同因地制宜，目的在改善婦女首要的醫療需求，並由社區導向之組織擬定及執行計畫[10]。

更重要的是，聯合國在促進婦女健康的行動綱領中還特別強調對基礎醫學、流行病學及保健等研究應加入性別分析，並強調公共衛生支出與保健資源分配上的性別平等[5]。過去生物醫學以定量研究的方式，不易發掘具性別敏感的問題；往往只將婦女健康狹窄地侷限在婦幼衛生方面，在其他科別並不重視婦女的健康狀態，許多臨床研究的實驗也以男性為主，之後將男性預防與治療的經驗不當地推論到婦女身上，如冠狀動脈性心臟病及愛滋病[1]。在保健資源的取得上，女性由於缺乏經濟自主權及交通工具，在丈夫及家人的干擾下減低其健康資源的適當運用；醫療體系內人員的性別偏見及優越感，也使女性對自己身體和健康難以掌有決定權[11]。1998年聯合國婦女地位委員會秘書長的報告中還指出，婦女在社會及經濟地位上的弱勢對婦女健康有負面的影響，如家務及照顧子女的勞動所造成的精神損害、照顧他人而無暇自我照顧的情況、及易成為家庭暴力的受害者。此外，在衛生部門中，女性擔任決策者及教育者的比例不足，使女性得到資源的機會減少，女性需要及優先事項得不到重視的情況[11]。這些婦女因其社會文化及經濟不平等，所造成在保健資源取得上的不平等，更是政府在擬定婦女健康政策時所需考量改善的重點。

因此，對婦女健康的觀點已由早期生理性的定義轉為社會健康觀點：認為健康狀況不只是生理問題，而是與社會環境、社經地位、政治資源交互作用的結果，婦女健康議題不再屬於私領域(即女性歸屬於男性與家庭)，

而應透過政治議程制定明確的國家婦女健康政策。有了政策的指引，婦女健康提供者及運動者才有具體的依據與政府協商。聯合國今後對婦女保健的工作目標也著重在政策參與之上，以期女性能參與所有健康政策的計劃、執行及評估，使所有政策都具性別敏感性[4]。

將性別分析融入主流政策 (gender mainstreaming)

聯合國婦女地位委員會於1999年3月1日至19日舉行大會，這次議程特別以「婦女與保健」和「性別相關國家機制的建立」為主題，會中不斷強調及檢視「將性別分析融入主流政策(以下簡稱為「性別主流化」)」在各國執行的成效。究竟「將性別分析融入主流政策」是什麼觀念?出自何處?目前全世界各國又如何加強這方面的工作?

「性別主流化」是一個新觀念，這與早期婦女參與國家發展(women in development)是一個脈絡，但也代表由只單純談婦女問題進展到需融入男女一起思考，亦指女男應共同參與政策決定、規劃、評估。「性別主流化」源自1985年第三次全球婦女大會時，與會成員所提出的概念。直到1995年第四次全球婦女大會，該大會的行動綱領進一步明確指示：要求各政府未來需將性別觀念融入主流政策的制訂中，中央政府與其他部門皆應積極努力，排除所有阻撓婦女全面參與社會發展的障礙。今後，各國政府在政策執行前，均需進行性別的分析，瞭解政策的內涵是否存有性別扭曲，或其執行的結果是否可能會因性別而有不當處置或差別待遇。在那次大會之後，各會員國也被要求提出後續執行的報告(follow-up)以追蹤其成效。目前性別主流化已被納入聯合國1998—2001年的中程計劃中，聯合國強調在它未來所有全球計畫中都應加入性別的角度，婦女應被授權完全參與需求的定義及政策的制定，希望透過這種重新思考的模式去除不平等的根源[12]。

根據聯合國文件對「性別主流化」的定義：它是一種重組、增進、發展、評估政策

的過程，能使性別平等的觀念整合於所有政策中，無論是中央或地方各層次在政策決定的過程中，就需要檢視是否有女性共同的參與決策，及是否過去兩性平等政策只偏重在幾個政策面。「性別主流化」的分析方法為(1)具性別觀點：男女共同參與發展；(2)採性別分析：探討權力關係、資源分配中各種角色責任、男女的決定參與、男女的關係、位置、處境等；(3)覺察性別影響的政策決定過程與規劃：各種政策的研究、規劃與評估中是否包含男女共同參與，是否以提升與促進兩性平等為目標；(4)組織發展：有機制地促進男女領導能力、競爭力與支持系統[13]。「性別主流化」的工具則為加強性別敏感性與兩性平等的訓練；加強知識體系的建構；提出男女分開的各種統計或相關資料。

過去所推行兩性平等的改革結果，政府往往著力於為婦女設計一些特別的方案法令，以特定群體為對象或平衡特定議題中的性別不平等為出發點，或是設立一個分別的婦女部或委員會以處理所有女性相關的議題，使得婦女議題常被隔離於主流政策之外，但是兩性平等是不可能存在於經濟文化政治過程中無分配任何權力及資源給女性的社會中。在過去女性只是政策之客體，而非政策控制者。因此，「性別主流化」的策略強調政府在所有政策的研擬過程中便需加入性別的考量，使得因性別所具備的特殊性、興趣與價值都能被考量。性別主流化是融入式的，永續發展式的，也是一個多重軌道及多項層面的改革過程[11]。它不能代替傳統的性別平等法案，但它與特定性別法案可以相輔相成，具有同樣目標：促進性別平等。換言之，婦女的議題不應只被視為是個分隔的議題，只被分配到稀少的權力及資源，近來各相關的會議皆已確認特定性別改革方案及全面性地將性別納入政策主流分析的兩項做法應同步進行[12]。

究竟「性別主流化」的觀念要如何落實？目前幾個國家執行的例子值得參考。首先，菲律賓於1986年推行一項婦女發展計劃，並將之納入「國家中程發展計劃」中，這項計劃由所有政府部門執行，但由全國婦女委員會

(NCW)及國家經濟及發展會(NEDA)共同監督執行成果，且NCW直接屬於總統府。如此一來，婦女能接近決策核心且將性別意識納入國家主流的發展計劃中。此外，哥倫比亞政府則是發佈政策研擬手冊給各級政府，令其檢視決策過程是否具性別意識；並且組成性別訓練員(gender trainers)的網絡，以訓練政府官員、政治家及地方公務員具備性別意識[3](註二)。歐盟的作法更多面化：(1)成立獨立的男女平等委員團；(2)成立跨部會男女平等團，成員為各部門中的高階主管負責監督自己部門中性別主流化執行情形；(3)另成立性別主流化官員團體，提出「性別影響預估指引」及定期進度監督的報告；(4)在所有政府決策及執行單位中成立性別部門(gender focal points)參與所有政策擬定；(5)針對歐盟在中央、地區及各國的工作人員進行定期性別訓練課程。歐盟未來的目標是各部門自行訓練出性別專家(internal gender experts)、發展出性別主流化的方法學、及發展性別非集中化資料(sex-disaggregated data)與指標以測量進度[6]。至於性別主流化在婦女健康議題上的運用在本次聯合國婦女地位委員會大會中也有討論，本文將留在最後一併提出以為政策未來參考。

台灣的「婦女健康政策」？－ 歷史發展中的性別分析

在瞭解全球婦女健康概念及聯合國的新政策之後，本文將探討台灣的政府究竟是如何看待婦女健康相關的議題？首先，本文將由歷年來政府所推行與婦女健康相關的重要政策進行分析(見表一)，透過歷史的重整討論政府對婦女健康觀念的轉變。分析的時間界定在自1912年國民政府取得政權後至今，政策則包括各項法令、計畫活動、組織設置及首長談話等。此外，也將由目前政府組織分工、行政業務及研究投入等方面，解析政府健康政策中性別概念的缺乏。最後，則加入2000年總統選舉時，各組候選人所提之婦女健康政策的比較(見表一)以作為預估未來台灣政府婦女健康政策走向之依據。

分析結果

我們可以發現在早期除了家庭計畫之外，與婦女健康有關的措施以勞動法令中的女工保護條款為主(表一)，包括產婦的產假及生育補助費，孕婦工作時間及內容的限制，女工不得於夜間工作，女工加班時數限制，及女工不得從事特定危險工作。這些規定主要是沿襲十九世紀歐洲國家的法令，視女工與兒童為工作場所中的弱者而需特別保護的觀念。主要是保護女性生殖的能力不會因工作而被破壞(如夜間工作與從事危險工作禁令)，新的勞動力能安全產生(如孕產婦保護)。但這類的保護條款在近代已受到批評，因為他們反而限制了女性在某些行業中就業而保障了男性的工作機會。但在促進男女就業平等方面，某些英國婦女學者並非主張去除這樣的保護條款而是主張將之延伸到保護男工之上，因為這些工作對男工的健康同樣有威脅[14,15]。

1950年代之初，國民政府遷台後，由於台灣地區嬰幼兒死亡率很高，所以開始推動婦幼衛生的工作，婦女因其身為母親的角色，首度成為衛生政策的標的。1952年省政府成立省婦幼衛生委員會，1959年改制成研究所(表一)，初期工作以獎勵助產士下鄉及對孕產婦兒童健康管理為主，希望達到疾病防治的目的[16]。

到了1960年代，在美國技術支持及美援推動下，我國開始一連串的家庭計劃工作，1964年原本由省婦研所負責的家庭計劃轉由新成立的省家庭衛生推行委員會負責，1966年該會更名為家庭計劃推行委員會，1968年的政府公布家庭計畫實施辦法，1975年改制成研究所(表一)。這項至今仍在進行的人口計畫，有研究者認為政府當初推行的動機乃在爭取美援，卻以維護婦幼健康為口號以掩護其目的[17]。在家庭計劃的推動中，婦女雖然是該計畫工作標的，我們看到的是以國家目標為導向(以減少人口為目的，並非婦女擁有選擇權)，男性沙文主義的推動模式，婦女的健康及自主權則完全被忽視(該計畫以推動女性採用避孕器材為主，未教育男性避孕

表一 歷年來與婦女健康相關的重要政策與行動

年份	政府重要政策及配合行動	計畫重點及意義	民間重要活動
1929	工廠法及其施行細則	1. 女工不得於夜間工作及從事特定危險工作 2. 產婦有八週產假，流產者四週 3. 工廠應設有哺乳室	
1952	成立省婦幼衛生委員會 1959改成省婦幼衛生研究所	成立專責行政機關負責婦女生產健康	
1964	成立省家庭衛生委員會 1968發布家庭計畫實施辦法 1969發布人口政策綱領 1975省家庭衛生推行委員會 改立成家庭計畫研究所	進行有計畫生育控制的工作	
1974	安全衛生法	限定女工及孕婦不得從事某些危險工作	
1984	勞動基準法	1. 雇主應給子女工哺乳的時間 2. 孕婦可申調較輕鬆的工作 3. 孕婦及哺乳期產婦不得於夜間工作 4. 女工加班時數限制	
1984	通過優生保健法	健保不給付非治療需要之人工流產手術費	婦女新知等婦女團體在該法立法過程中表達意見[37]
1989	開始研擬人工協助生殖技術管理辦法 1994 辦法實施 7/1995全民健保給付不孕症的檢查治療費 1999 人工生殖法草案送行政院院會		
1990	台灣地區新家庭計畫	代理孕母管理辦法 重點在提升人口素質與生活品質，降低青少年生育率	1. 臺大婦女研究室舉辦「婦女健康研討會」 2. 婦女新知基金會推出「婦女健康年」及系列講座
1992	訂定母乳哺育推廣計畫 4/1993奶粉廠商不得在醫院內提供樣品或訪視母親 9/1997 公立醫院禁打退奶針 8/1998 國際母乳週宣導活動	1. 將產婦住院期間是否哺乳列為醫院評估指標 2. 培訓母乳哺餵諮詢人員 3. 訓練義工媽媽拜訪醫院以推廣母乳 4. 每年補助各公共場所成立母乳室	主婦聯盟及消基會加入餵母乳推廣活動
1993	重視婦女癌症防治工作 7/1995全民健保給付子宮頸抹片檢查	1. 由衛生所推廣乳房自我檢查工作 2. 將子宮頸抹片檢查列為婦科常規檢查，建立申報系統，並由衛生署補助相關費用。	



表一 歷年來與婦女健康相關的重要政策與行動(續)

年份	政府重要政策及配合行動	計畫重點及意義	民間重要活動
1993	9/1995「六分鐘護一生」子宮頸抹片檢查宣導活動	1. 給付三十歲以上婦女每年檢查乙次，三十歲以下以個案處理 2. 台北市政府另補助三十歲以下婦女檢查費	
1994	台灣地區新家庭計畫第二期工作	重點在不孕症治療及降低青少年生育率，加強男性對家庭計劃的了解	1. 臺大婦女研究室舉辦一整年的每月婦女健康座談 2. 婦女新知舉辦愛滋病座談－為愛滋患者的女性家屬尋找協助 3. 以婦女健康為工作主軸的女權會成主，並舉辦社區婦女健康講座
1995	孕婦列為輔導禁菸的對象 女性被列入愛滋病防治的宣導對象		高雄婦女新知與信心基金會等合辦「第一屆女性醫學研討會」
1995	全民健保開辦產前檢查	一般婦女在生產期間的花費被納入醫療福利體系中	
6/1995	國民黨婦工會召開婦女健康政策研討會		
9/1997		衛生署長張博雅表示未來婦女健康工作重點在於推動全民健保，加強孕婦產前檢查，及子宮頸抹片檢查	
1998	通過性侵害防治法及家庭暴力防治法	1. 表揚受理性侵害事件有績效之醫院醫師 2. 台北市訂定醫療機構受理家庭暴力暨性侵害事件就醫保護作業要點 3. 衛生署公告性侵害事件醫療作業處理準則 4. 各地方政府成立家庭暴力防治中心	現代婦女基金會投入性侵害防治工作；許多婦女團體也投入家庭暴力受害者治療工作
9/1998	召開廿一世紀婦幼健康政策研討會	衛生署長詹啓賢鼓勵婦女生育2－3個，表示未來工作重點在優生保健及幼兒預防接種	
11/1998	台北市政府出版「台北市廿一世紀婦幼衛生白皮書」		女權會舉行「台灣婦女健康高峰會」
1999	衛生署開始研擬婦女健康政策	配合行政院長於1998年國家婦女政策會議中的對維護婦女健康的提示	

資料來源：1. 中華民國衛生年鑑

2. 婦女新知及衛生署剪報資料

3. 中華民國法規匯集

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會

觀念)[18]。省家計研究所雖然在1962-84年間進行一百多個研究調查，但都著重在了解各種避孕方法的成功率或有效推行方式，甚少提及後遺症的問題及後續處理方式[19,20]。當年推動家庭計畫時雖然研究結果顯示樂普失敗率高(一年後停用為46%，四年後停用為70%)及造成婦女身體不適[20]，但為了達到快速達到人口控制目標，推行者仍然教育婦女採用樂普及子宮內避孕器[17]。1985年後省家計所的研究重心轉變成老人保健及不孕症等，少見對當時配合國家人口政策而行節育之婦女的追蹤研究，例如：1983—1993年間發表在台灣主要醫學學術雜誌中與家庭計劃墮胎後遺症有關的論文僅四篇[21]，經查詢衛生署自1982年迄今建檔的相關補助計畫也只有三件，一件是諾普蘭避孕方法的臨床研究，二件是80年代初以女性為對象，評估其家庭計劃的推行成果[22]。在這項政府引以為傲的另一個國際著名的「台灣奇蹟」中，我們見不到政府負責任的態度，也看不到對婦女身體的尊重與關懷。

1960年代的家庭計劃工作到1980年代之後轉變成優生保健及不孕症治療方面。然而，自國民政府遷台至90年代初止，包括1974年的安全衛生法及1984年的勞動基準法在內，這些與婦女健康有關的政策法令只是圍繞在女性生殖能力上，其他方面則較少有涉及。我們可以看出政策因國家對人口數量及品質的需要而有所轉變，但在這些政策擬定，討論及執行中，卻較看不見對婦女健康的關懷。這些人口政策的重點不在於如何促進孕產婦的健康或賦予婦女更多的控制權力，而是著重在「對婦女」的生育控制上，而且在這些生育控制的政策中也不見針對男性採取任何措施，婦女最後只成為政策的客體而非主體。

健康政策只關注在女性生育健康的情況到了1990年代初才開始有變化，隨著1980年代後期台灣疾病轉型，政府開始重視非傳染性疾病的預防工作，自1993年起衛生行政機關也開始重視婦女癌症的篩檢工作[16]，但是這些工作只著重在女性為主要患者的癌症篩檢及次級預防上，如子宮頸癌及乳癌的檢

查，而不是目前世界各先進國家已進行的初級預防工作，如宣導使用保險套及子宮帽比用其他避孕方法較不易得子宮頸癌，衛生性行為的推動，男性多重性伴侶與子宮頸癌的關聯，食用維他命C或葉酸也可能可以預防子宮頸癌等[23]。九十年代另一項發展是某些過去被視為男性的健康問題，已將女性同時納入宣導行列，如煙害及愛滋病，雖然愈來愈多的女性患者是值得注意的現象，但政策似乎忽視了在這些問題上，女性身為被害者的角色，並無法為其健康促進負責，例如二手菸同樣會傷害胎兒及造成女性罹患肺癌的情形；女性性病及愛滋病患者常是被先生傳染的情形，但現行法令中並未強制配偶需同時接受治療；而在愛滋病的防治或研究上，強調性工作者的調查，只在保護嫖客而非一般婦女。此外，即使歐美國家早已提出「暴力是公共衛生的問題」，1993年上有專書出版，但我政府遲至性侵害及家庭暴力防治法的通過，衛生行政單位也才開始規範醫療院所的處理流程。

民間的力量是另一股促使政府將婦女健康列入政策規劃的動力(表一)。1980年代後期起許多學者開啓對婦女與健康的討論，台大人口研究中心婦女研究室於1990年舉辦「婦女與健康學術研討會」，並向國科會提出「婦女與健康」大型計劃的構想；1994年與民間團體合作進行一系列座談(註三)；1995年協助婦工會舉辦「婦女健康政策學術研討會」，提出婦女與健康的各項議題(註四)，「婦女新知」團體也在1990年推出婦女健康議題講座，「消基會」及「主婦聯盟」推行餵母乳運動。近年來更有民間婦女運動團體「女權會」以促進婦女健康為其工作重點，並開辦「婦女健康支持服務專線」，以提供婦女相關資訊及經驗分享。該會更於1998年舉行「台灣婦女健康高峰會」，發表婦女健康宣言及申明全民健保的決策過程中應有更多女性參與。台灣女性在長久以來由男性／醫學所壟斷的健康議題上開始要求其「知的權力」[24,25,26]。

這些自發性的本土婦女健康關懷並未受到衛生當局的重視，仍以傳統婦幼衛生的業務為主。婦女健康開始受到政黨的重視始於

1995年的總統選舉，國民黨中央黨部婦工會為選戰特別公布「婦女政策白皮書」，在該書中「婦女健康」被國民黨正式列入十項婦女重要政策之一。之後婦工會又相繼於1997、1998及1999年針對「1995年婦女政策白皮書」提出說明，並無對照當年白皮書內容提出評估報告。然而該白皮書中所提的八項婦女健康政策內容：提昇並設置推動婦女健康策略的專責單位；加強婦女健康有關之醫學、護理、流行病學及公共衛生之研究；建立婦女健康指標；醫療專業人員之婦女健康再教育；加強學校與社區推行兩性教育、性教育及自我健康管理教育；加強特殊及弱勢婦女健康；提昇婦女團體參與婦女健康相關政策的機會，全民健保政策中設立婦女健康研究小組；訂定婦女愛滋防治政策及措施等，至今仍未推動。自該白皮書公布至今，某些婦女相關工作已大幅推行，如家庭權益法案及人身保護等，唯婦女健康方面的工作幾乎沒有進展[27]。所以有學者批評白皮書完全是為總統選舉而欺騙女性選民的行為，國民黨並沒有誠意去執行[28]。

之後，隨著行政院蕭院長於「1998年國家婦女政策會議」中的對維護婦女健康的昭示，使得衛生行政機關開始受到的壓力，行政院衛生署於是在短時間之內倉促完成官方版的「婦女健康政策」草案，「婦女健康」才進入政策性的討論。然而該政策草案僅能視為一醫療政策而已，其擬定過程和過去衛生單位的決策模式一樣：只有官員和學者進入討論，而政策的實體：社區婦女的需求則完全未被詢問到，以至於該草案的內容不脫傳統偏頗的性別觀念，量化性的政策目標更顯現出視女性接受醫療機構次數為戰勝品的心態[29]。

有別於中央衛生行政單位偏執的性別健康觀念，台北市衛生局的作為較積極，1997年即已推出訂定該年為「婦女健康年」，而後又持續至1998年。1998年台北市長競選時，現任市長的婦女政策白皮書中婦女健康政策部份，提出七項工作方針：邀請婦女參與，共同設計女性健康管理方針，保障女性健康權益；提倡健康生活的理念與實踐；改善惡

質環境；重視服務提供的動態性與可及性；婦女共同參與建立監測系統；加強重視普遍被忽視的婦女疾病議題；重視職場醫療保健的推動[30]。1997年底起台北市衛生局便開始定期邀請婦女團體及具性別概念的學者對其婦女健康業務進行檢討，討論到的議題已很廣泛，並有企圖進行營造親善的婦女就醫環境、重視美髮業職業傷害、及進行台北市婦女健康需求調查等[31]，雖然剛開始執行上並不理想，但在數次討論下，並依這些團體及學者的建議修改作法，將發行具性別意識的健康小手冊，並再檢視過去作法，目前的工作模式已漸漸符合國際上推動的模式，台北市衛生局與婦女團體及學者為政策執行所建立的良性互動模式是值得中央及其他縣市學習的。然而若只是片面由學者與婦運團體持續要求而做出的行動，衛生單位執行工作者並未完全瞭解工作精髓與性別分析的內含意義，則最後仍無法真正落實婦女健康，如：其相關會議記錄中仍然缺乏性別觀點，也未推動醫護工作者的在職訓練；而1999及2000年台北市衛生局與健保局支持惠氏藥廠舉辦更年期關懷月，明顯地「醫療化」而承辦人員不自知即為一例。

除了對政府政策做歷史的分析外，在政策分析的研究中，「組織結構」往往與政策輸出息息相關。若進一步對現有政府組織運作進行分析，便不難了解台灣政府對婦女健康政策之忽視：

1. 以行政組織的角度來看，在中央衛生主管單位的機能分工中，並沒有任何科別或承辦人員專司婦女健康，與婦女健康相關的預算只零星地分列在各項之下，而無完整性。
2. 以行政業務內容為分析，婦女健康並不是一項單獨列舉的施政項目，除了在「菸害防治」項目上，女性被列為重點輔導對象外(因吸菸會影響胎兒健康)，僅在「家庭計畫」、「優生保健」、「孕產婦健康管理」、「癌症防治」及「性傳染病防治」等工作項目上，可見以女性為工作標的(註七)。但這些工作都著重在防止男性或胎兒被女性傳染的可能性上，如性傳染病防治工作只列出娼妓定期

檢查，而不談如何保護一般婦女因丈夫嫖妓而受感染的情況 [32]。總之，工作的內容不外兩大類：母體健康及婦癌防治。對於婦女健康的促進，至今仍無完整的政策規劃。

3. 就觀念而言，到目前為止，國內行政單位對婦女健康的概念還停留在「婦幼衛生＝婦女健康」的階段，認為家庭計畫，優生保健，孕產婦健康管理等即可涵括婦女健康。衛生首長及各級衛生主管單位在推動工作時，也慣以「婦幼衛生」稱之，相關的官方統計資料及白皮書亦皆以「婦幼衛生」為名。女性在健康政策中仍然不是一個獨立而有價值的個體，只是「以子為貴」的生育工具。
4. 研究投入方面來看，政府部門每年投入與婦女健康相關的研究件數相當少，所關懷到的議題也不廣。由衛生署所補助的計劃分析，每年該署所補助的研究計劃約400—550件，以婦女健康為主的計劃在1991年之前僅有5件，1991—1997年略有增加，但7年來也僅有59件。其中以女性為主的癌症研究(子宮頸癌，卵巢癌與乳癌)為多數，共19件(32%)；其次是與女性懷孕生產有關的研究，共14件(24%)。其他研究還包括停經後HRT的使用(6件)、骨質疏鬆症(2件)、更年期調適(1件)、性工作者疾病(4件)、憂鬱症(3件)、尿失禁(2件)、經前症候(2件)、青春女生健康(1件)、母乳推廣(2件)、性騷擾(1件)及肺癌(1件)等。雖然近年來社會上對婦女健康議題的關懷程度漸增，但衛生行政單位所補助的研究件數並未逐年增加，反而減少，如1992年時為12件，到1997年僅7件[22]。直至1999年該署科技發展計畫研究重點才加入三項與婦女相關的方向：代理孕母國際現況、婦女健康促進與保護措施調查、及婦女營養狀況[33]。
5. 以醫療系統來看，現行醫療體制往往使女性患者怯步，如醫院中硬體設施往往未考慮到女性隱私，醫療體系內工作人員嚴重的職業隔離現象使女性病患缺少選擇，其實歐美國家在體制上已進行改革，紛紛成立「婦女親善門診」以去除婦女求醫障礙

[7]，但在我國除了台北市政府之外(而且婦女親善門診只鎖定婦產科而已)，中央政府尚未推動類似的改革。

上述的分析主要是以1912至今的台灣政府體系為分析的架構，但2000年總統選舉後，國民黨長期執政的狀態已有所改變，在過去與社會運動團體有長期接觸的民進黨領導中央的政治體制下，相信政策的內容與決策模式應有變革，權力資源理論(power resource model) 即提到由歐洲國家發展經驗可發現政黨與福利發展有密切關係[34]，我們可以看到新政府在推動福利相關政策上的積極。而在總統當選人得票率不高及立法院多數為反對黨的情形下，新政府的政策模式或許將如多元論(pluralist theory)所言：政策將為利益團體及政黨協商的結果[35](註五)。此外，由2000年總統選舉時民進黨候選人提到的婦女健康政策看來，其政見已較具性別敏感度，所提婦女健康方面的問題包括：「女性健康品質比男性差」，「女性健康政策被窄化為生育功能政策」，「過去採用病理模式制定政策，忽略社會、經濟、心理、文化因素對女性造成的壓力」及「過度醫療化，忽略老年婦女及弱勢婦女的特殊健康需求」等。所提政策主要有四個方向：重視所有面向的婦女健康、建立性別敏感健康環境、去醫療化及兩性平等享用醫療資源及讓女性充分參與健康政策的決策過程。其政見已和前文所介紹的世界婦女健康政策制度之潮流有部份呼應，雖然政見不代表必然的結果，但足見該黨幕僚已具有正確的婦女健康概念，我們也樂觀地期待健康政策上有所新的變革。

討論與建議

隨著時代的轉變，以婦女為對象的健康政策已漸多元化，我們可以看到由早期只完全著重在女性生殖控制的政策，演變到重視婦女癌症防治工作及性侵害防治工作，且婦女健康也進入正式的政策討論中。然而，由我們的歷史分析中，仍然可以歸納出幾項政策的特質是值得檢討與改進的：

1. 與婦女相關的健康政策主要著重在女性生

殖功能上—對於新生代是否能健康產出的關心往往大於對女性個人的關懷，例如母乳推廣活動中強調哺育母乳對嬰兒健康的重要，卻沒有適當的醫療資源及育嬰假措施協助新產婦解決哺育過程中所遇到的問題；又如爲了維護女性生殖的功能，所有女性工作者(無論是否具備生殖能力)在工時及工作項目上都受到限制。由於國家視女性爲再生產的工具，而非具有健康權的獨立個體及公民，因此政策就產生「母性>女性」的結果，相對地忽略了未婚及不想生育的婦女的健康需求。

2. 由上而下威權主導式的政策擬定方式一如其他對我國政策擬訂所做的研究結果一樣(如胡幼慧對勞工政策的研究[36])，與婦女相關的健康政策的產出並非有學理爲依據的理性模式，也不是漸進模式，常常是菁英模式(由少數官員、學者、科員或利益團體決定婦女的需求，而非草根婦女的意見)，更常見的是領導者突發的構想而引來下屬單位倉促的推行。例如：1960年代的家庭計劃推行是爲了達到國家所擬定的人口政策，實施的方式雖以女性避孕爲主，但執行的方法是近乎強制性[18]。1971年即完成的優生保健法草案，也擱置到1981年才在當時國民黨主席對人口政策的期望下，完成立法程序。該法制定過程中雖然有婦女團體首度介入公共政策的制定，並達到相當的影響力，但一般婦女的意見仍然沒有被諮詢[37]。又如全民健保的制定過程，只見醫師、藥廠、雇主、工會在爭權，完全見不到對婦女意見的諮詢，以致婦女只能被動式的被告知健保給付的項目，而無法讓女性重要的醫療需求項目去商品化[38]。即使目前衛生署有意擬訂正式的婦女健康政策，也是因行政院長的宣示才開始進行，在研擬過程中未見政府進行任何婦女的健康需求調查，或徵詢過婦女的意見。即使是影響社會及家庭深遠的代理孕母政策，也不知依據爲何，需求及影響層面多廣，衛生主管便可決定它的推行與否(註六)。這樣的決策過程中，婦女的聲音完全被忽視，只成了無知的消費者，醫

療科技發展的實驗品及國家達到目的的工具。

3. 經濟利益，醫療系統的利益>婦女的權益—例如1960年代家庭計劃的推行便被質疑是美國廠商爲推銷其發展的避孕器材所進行的商業行爲[18]，或我國爲經濟發展爭取美援而應和美國對第三世界的人口政策[17,21]。而我國四十年來醫療政策發展的結果，也使醫療專業的權力擴張，與女性生育健康息息相關的助產士結構萎縮，女性健康議題被醫療化及醫療技術濫用情形更嚴重。此外，近年來醫療界及衛生行政部門花了很多精力在發展不孕症的診療上，雖說是爲了造福部份女性不能爲人母的痛苦，實際上人工協助生殖技術所帶來的商機更是不容忽視[39]。社會花在發展人工協助生殖技術上的成本相當高，但這些技術的發展是考慮到婦女的需求，男性的需求，還是醫療界自己的興趣就值得深入探究了。在代理孕母的決策過程中我們見不到性別分析，只見醫療科技的擴權，其實如何預防不孕症及如何健全兒童收養體系更是重要。又近年來因政策對中老年疾病防治的重視，使得更年期症狀及骨質疏鬆症防治受衛生行政單位的青睞，但只談用賀爾蒙補充的好處，卻未針對年輕女性宣導年輕時保留骨本的重要性。如果全國一半的人口需長年服用賀爾蒙補充，其所帶來的商機更大[40,41]。在藥商經濟利益的驅動及醫療系統的擴權下，政府的政策需要小心以免成了幫凶，使婦女的身體被過度干預。
4. 衛生行政因應時代新問題上的無能—即使近二十年來國際上所認定婦女健康定義早已不同，但我國衛生行政單位仍固守其原來對生殖及癌症的業務範疇，較少積極涉入新的領域，最後常是被動地去進行與婦女健康相關的業務，如性暴力防治工作，在法案通過後才規範醫療院所的處理流程，其實若以關懷婦女健康爲出發點，這些工作並不需等法案通過才進行，因爲美國早在1993年已有書籍發表「暴力是公共衛生的問題」了[42]。其他如環境、家務、照

顧責任及女性職業傷害等影響婦女健康甚巨的問題，至今衛生行政單位仍然不認為是其業務範疇內應努力的。究竟是由衛生行政單位自己選擇其政策優先順序及業務範圍，還是以民意為主，相關單位應再深思。尤其隨著社會結構漸趨複雜，新的社會問題不斷出現，更需要一個能快速反應民眾需求的政治機能。如坐月子中心管理、瘦身美容商業的興起、荷爾蒙補充療法的濫用、子宮切除及剖腹產的過度醫療化等都是與婦女息息相關的流行健康問題，卻不見衛生行政單位著手處理。衛生行政單位在因應社會新問題上的無能，部份反映了國家機器自主力(autonomy)自1980年代後趨弱的現象，受制於社會上不同利益團體及資本家自主力增強的結果，政策的推動已不如威權時代一樣有效率，而任由廠商搶食健康的市場[15,43]。

5. 父權觀念壟斷－我國健康政策中的父權觀念充分表現在對女性身體的控制。例如1960年代的家庭計劃推行以女性避孕為主，而不談更方便的男性避孕方法；優生保健法的制定使女性的子宮由原本文化中被父權控制的情形，惡化成由男性、醫療專業及國家聯合控制的結果。近年來人工協助生殖技術的發展，包括代理孕母的規劃，更使得所有已婚婦女被迫成為再生產工具，使傳宗接代的父權觀念得以延續下去。
6. 政策中具僵化及偏頗的性別概念－國內外的學者皆已揭示：男女性所面對的健康問題並不相同[44]，但由於國內健康政策的制定仍由男性決策者為主(由各級衛生行政主管、政策諮詢委員、專業團體中性別比例懸殊可見)，加上醫學研究中長久以來對女性的忽視，便出現了偏頗的健康政策。例如對婦女的癌症預防的關懷，只窄化在對女性特殊器具癌症的預防上，忽略了肺癌才是女性最大的死因。職業病及職業傷害的安檢及勞工體檢，著重在以男性勞工為主的行業，對女性勞工特有的職業病相對忽視，只重視維護女工生殖的能力。此外，醫療資源也絕少分配到以女性為主的

家庭內傷害及老殘照顧問題，對與各年齡層婦女有切身關係的經期健康維護亦缺乏重視。

結 論

過去開發中的國家因為嬰幼兒死亡率偏高及人口過多等因素，政府很自然地將重點放在婦幼衛生及家庭計畫上，但以台灣社會及醫療發展之進步，現在如果還是將婦女健康的重點停留在婦幼衛生的觀念就是一種落後。目前世界先進國家對婦女健康的注意早已不再侷限於生育健康，而如本文所述婦女健康政策的範疇應該更廣，考量到婦女特殊的健康需求及因為社經地位不平等所導致的健康問題。在推動婦女健康時，我們已不應只停留在聯合國針對未開發國家所用的指標，例如：婦女的死亡率、罹病率、產婦死亡率、嬰兒死亡率與其男女比、男女平均壽命、粗出生率等人口資料，更應深入分析醫療資源與人力有多少是提供給婦女的？人工流產合法化情形，在何種條件下執行，其費用可以由保險給付(全民健保或社會福利保險)？當需要人工流產時，其設施的可及性為何，可近性如何？防範家庭暴力的醫療及心理治療系統如何？過去台灣醫療的發展往往僅重視區域及年齡的區分，而不重視性別的差異，醫療決策過程以男性為主的情形下又往往忽略了婦女特殊的需求，本文要強調的是兩性所面臨的健康問題並不相同，未來台灣應該走向性別敏感的健康政策，才能真正符合兩性所需。

自一九八〇年代中期解嚴以來，台灣社會力的出現迫使威權主義的政府轉型，二十年來在婦女團體的壓力下，各個層面的婦女問題已稍有改善，唯獨婦女健康議題至今尚未形成「社會運動」，雖然女性主義學者對國內醫療體制多所批評，醫療界及醫療院所並未因為這些社會聲浪而對婦女健康更加重視，我國醫療照顧、醫病關係、健康服務體系依舊充滿了性別歧視(sexism)，使婦女成為無助的消費者。而我國衛生單位的改變也不多，不但以婦女為導向的政策很少，決策過

程看不見社區婦女的声音，政策中亦沒有正確的性別概念，將女性的角色只定位在「母親」而已。事實上，女性的角色是多元化的，她們不僅是母親及妻子，也可能是工作者、照顧者或是消費者，甚至是政策的設計者及執行者。因此，政策的思考不應將女性局限在某一種角色上，而忽略了女性身為其他角色所有的需求[45]。文中我們介紹了聯合國及其他國家在推動婦女健康及性別主流化的努力，或許在我國醫療系統過度商業化、市場化，及政府部門缺乏性別概念的環境下，落實不易，但學術界已慢慢將正確婦女健康的種子撒在台灣社會，近年來已有人開始研究婦女之健康促進，衛生署社區總體營造工作中也發覺到性別差異，新的總統當選人也提出具有性別概念的婦女健康政見，相信當台灣社會凝聚成一股改革力量時，健康政策會更具性別敏感度。

未來展望

近年來我國無論民間或政府都積極推動加入聯合國及世界衛生組織等國際性組織，希望我國能成為國際社會中的一員。但是我們很少注意到聯合國對其會員國的發展有一定的監督功能，它會要求其會員國得到某程度的改革，因此對於聯合國的新政策我們都應努力配合，不當落於世界趨勢之外。若我政府有心加入世界衛生組織，婦女健康正是最具體的試金石，也是該類國際組織在考量我國入會資格時所會檢視的重點。經過上述對婦女健康內涵，「性別主流化」的發展及我國現有健康政策的性別分析之後，我們願意在此提出我們的建言，以為未來政策發展婦女健康政策時的參考。

1. 最高政府應對婦女健康政策做出嚴肅的承諾，並訂出完整的國家婦女健康政策，制定改善婦女健康的目標和時限，並制定實施監測和評價的方法。
2. 所有健康政策計畫、執行及評估過程中，皆應有女性參與，包括婦女健康專家，社區婦女等，把性別的分析納入所有政策制定的主流；性別影響分析應在政策執行前

就進行。

3. 由中央到地方的各級衛生單位，皆應有性別專家或受過性別敏感訓練的高階主管對其單位中的政策及執行進行長期的性別檢視；另在中央衛生主管單位設立獨立的「性別主流化」團體，定期與性別部門的同仁開會檢討，並發布監測報告。
4. 各級衛生主管單位應建立直接與需要服務者或其代表進行政策協商的模式，
5. 參照聯合國發行的「性別主流化」執行手冊，製作相關工作手冊給各級衛生單位，以俾其檢視決策過程是否具有性別意識。
6. 把性別分析放在健康政策的主軸，在性別的大架構下再論及年齡層、族群性及地區性的健康差異。
7. 設立以婦女為對象的保健研究中心，進行性別問題敏感的需要評估，及對婦女特有的健康議題進行研究，把傳統與民間醫療知識與現代醫學結合，而後將資料與婦女分享，使其能在得到充分資訊下為自己健康做決定。
8. 建立性別敏感的健康指標，除了傳統的死亡率或疾病罹患率之外，需加入社會及心理的生活品質指標；並發展相關的方法學使兩性健康問題能分別顯現出來。
9. 對現行健康服務人員及醫護學校學生進行性別教育，使其對婦女健康有正確的認識，讓婦女在使用醫療資源時不再受到障礙及歧視。
10. 改進衛生部門中現存性別職業隔離的現象，使更多婦女可以擔任重要的管理及行政職務，參與決策過程，提供女性需求的觀點。

註 釋

- 註一：行動綱領涵蓋十二個層面，包括婦女與貧窮、婦女與教育、婦女與健康、婦女與暴力防範、婦女與武力衝突、婦女與經濟、婦女與權力參與和做決定、婦女和政府機構、婦女與媒體、婦女與人權、婦女與環境、婦女與小女孩等議題。

- 註二：我國台北市政府邀請婦女運動學者執掌公務人員訓練中心，應有相同的效果。
- 註三：座談會主題涵蓋人口政策、婦女生育相關手術及保健、經期保健、婦女病、性病、更年期、職業婦女身心適應、及單身者的健康問題等。
- 註四：這些議題包括兩性健康及精神疾病罹患率差異、家庭與工作對婦女健康之影響、孕產婦醫療服務模式、節育、子宮頸癌篩選、癌症兒童母親的心路歷程、智障青少年和精神病患家人照顧的困境、及酒癮患者配偶之社會心理適應等。
- 註五：權力資源理論及多元論都是用以解釋國家型態的理論，前者是以前歐經驗發現：福利政策的發展與不同政黨執政有很大關連，通常在右派政黨勢力削弱，社會民主黨執政時或工人運動興盛時福利會擴張；後者是認為在民主社會中，政府的決策是在不同利益團體的影響下產生，每一個團體都對政府有影響力，但沒有那一個團體可以全盤掌控政府決策，依多元論說法：政府的決策往往需與利益團體協商並取得平衡點後才能推動。
- 註六：在衛生署送行政院的人工生殖法草案中原本對代理孕母的許可擬以甲乙兩案(分別為許可及不許可)併陳的方式送出，但署長最後裁示只送出許可版的草案。
- 註七：在藥政方面，化粧品的審查亦可視為與婦女健康相關的措施。

參考文獻

1. Doyal L. Women, Health, and the Sexual Division of Labor: A Case Study of the Women's Health Movement in Britain. In: Fee E, Kaiegar N Eds. Women's Health, Politics, and Power. Amityville: Baywood Publishing, 1994:61-76.
2. World Health Organization. Health for All. In The Twenty-first Century. WHO, 1998.
3. Beall J. Trickle-down or Rising Tide? Lessons on Mainstreaming Gender Policy from Colombia and South Africa. Soci Policy & Admin 1998;32:513-34.
4. Commission on the Status of Women. Draft Agreed Conclusions on Women and Health Submitted by the Chairperson of the Commission(E/CN/6/1999/L.2/Rev.1). Strasbourg:Conference Document, 1999;1-7.
5. United Nation. Platform for Action and the Beijing Declaration 1996(台北：婦工會譯，1996：44-61)。
6. Doyal, L. What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health. NJ: Rutgers University Press, 1997:197-233.
7. Queensland Health, Women's Health Policy. Queensland Health Policy Document Four, 1993.
8. Sheldon S, Thomson M. Feminist Perspectives on Health Care. London: Cavendish, 1998.
9. European Union. Progress Report on European Community Activities Relating to the Two Areas of Concern: Institutional Mechanisms for the Advancement of Women, and Women and Health. Strasbourg: Report at the 43rd session of United Nations Commission on the Status of Women, 1999:9-14.
10. 周海娟：社區保健發展－澳洲婦女醫療保健服務及其未來。社區發展季刊 1994；66：28-35。
11. Commission of Women Status: UN Important Issues: Secretariat Report. (E/CN/6/1999/4). Strasbourg:Commission of Women Status, 1998:18-27.
12. Reanda L. Engendering the United Nations: The Changing International Agenda. The Eur J Women's Studies 1999;6:49-68.
13. Commission of Women Status: UN. Information Forum on National Policies in the Field of Equality between Women and Men (E/CN.6/1999/7). Strasbourg: Commission of Women Status, 1997:17-31.
14. Lewis J, Davies C. Protective Legislation in Britain, 1870-1990: Equality, Difference

- and their Implications for Women. Policy and Politics 1991;19:13-25.
15. Chen FL. Working Women and State Policies in Taiwan: A Political Economy Perspective. London: Macmillan. (forthcoming)
 16. 江東亮：醫療保健政策－台灣經驗。台北：巨流，1999；13：154。
 17. 郭文華：美援下的衛生政策：一九六〇年代臺灣家庭計畫的探討。台灣社會研究季刊1998：39-82。
 18. 劉仲冬：國家政策之下的女性身體。劉毓秀編：台灣婦女處境白皮書。台北：女性學學會，1995。
 19. 臺灣省家庭計畫研究所：臺灣省家庭計畫工作報告。台北：臺灣省家庭計畫研究所，1978：55-61。
 20. 臺灣省家庭計畫研究所：臺灣省家庭計畫研究所志。台北：臺灣省家庭計畫研究所，1996：75-6，162-8。
 21. 張珪：墮胎合法化對臺灣婦女影響的省思。婦女與兩性學刊，1992；3：1-23。
 22. 行政院衛生署：行政院衛生署暨所屬機關研究成果摘要彙編及圖書室檔案。台北：行政院衛生署，1993－1997。
 23. The Boston Women's Health Book Collective: The New Our Bodies, Ourselves. New York: Touchstone Book 1992:572-3.
 24. 台大人口研究中心婦女研究室：婦女與健康學術研討會會議資料。台北：台大人口研究中心婦女研究室，1990。
 25. 婦工會與台大人口研究中心婦女研究室：婦女健康政策學術研討會。台北：婦工會與台大人口研究中心婦女研究室，1995。
 26. 台北市女性權益促進會：女性與健康－全民健保與婦女健康研討會。台北：第三屆全國婦女國是會議資料1998。
 27. 中國國民黨婦工會：跨世紀婦女政策。台北：中國國民黨婦女工作會，1999；16-7，29-31。
 28. 胡幼慧：代理孕母公聽會。婦女與兩性研究通訊 1997；44：11。
 29. 行政院衛生署：婦女健康政策(草案)。台北：行政院衛生署，1999。
 30. 馬英九：行動白皮書婦女權益篇。台北，1998；18-22。
 31. 台北市政府衛生局：婦女健康業務服務推動小組第二次會議資料。台北：台北市政府衛生局，1999。
 32. 行政院衛生署：中華民國衛生年鑑。台北：行政院衛生署，1995。
 33. 行政院衛生署：行政院衛生署科技研究發展合約型計畫經費使用範圍及標準。台北：行政院衛生署，1999。
 34. Pierson, Christopher. Beyond the Welfare State. 2nd edition. Oxford: Polity, 1998:29-31.
 35. Ham, C, Hill M. The Policy Process in the Modern Capitalist State. 2nd edition. London: Harvester Wheatsheaf, 1993:26-30.
 36. 胡幼慧：婦女勞工政策之研究。台北：行政院勞工委員會，1995：32-9。
 37. 顧燕翎：從墮胎到人工流產－社會關係及婦運策略分析。選自顧燕翎、鄭至慧編：女性主義經典。台北：女書文化事業，2000：197-208。
 38. 傅立葉：從女性觀點看台灣的全民健保體制與民營化多元保險人政策。女性與健康－全民健保與婦女健康研討會。台北：第三屆全國婦女國是會議資料1998：4-6。
 39. 吳嘉苓：生殖科技挑戰母職意涵？以台灣不孕醫療發展為例。台北：跨世紀的台灣社會與社會學學術研討會，1998。
 40. 張珪、陳芬苓：女性更年期研究的回顧與展望。婦女與兩性學刊 1993；4：263-94。
 41. 張珪、張菊惠：婦女健康與醫療化：以更年期／停經期為例。婦女與兩性學刊 1998；9：145-85。
 42. Barrow, C.W. Critical Theories of the State. Madison: University of Wisconsin, 1993: 126-36.
 43. Rosenberg, ML, Fenley, MA. Violence in America: A Public Health approach. NY: Oxford University Press, 1991.
 44. 胡幼慧：社會流行病學。台北：巨流，1991；159-65。
 45. Sainsbury D. Gender, Equality and Welfare States. Cambridge: Cambridge University Press, 1996:1-3.