

International Health Care Study Series

国际医疗保障译丛

Mc
Graw
Hill

Education

医疗保障支付 范围决策

——国际比较研究

汤晓莉 何铁强 译
Timothy Stoltzfus Jost 编

HEALTH CARE

国际医疗保障译丛

HEALTH CARE COVERAGE DETERMINATIONS;
AN INTERNATIONAL COMPARATIVE STUDY

医疗保障支付范围决策

——国际比较研究

Timothy Stoltzfus Jost 编

汤晓莉 何铁强 译

中国劳动社会保障出版社

图书在版编目(CIP)数据

医疗保障支付范围决策——国际比较研究/ (美) 约斯特 (Jost, T. S.) 编; 汤晓莉, 何铁强译. —北京: 中国劳动社会保障出版社, 2011

国际医疗保障译丛

书名原文: Health Care Coverage Determinations: An International Comparative Study

ISBN 978-7-5045-9278-1

I. ①医… II. ①约…②汤…③何… III. ①医疗保障-政策-研究-世界 IV. ①R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 158543 号

Timothy Stoltzfus Jost

Health Care Coverage Determinations: An International Comparative Study

ISBN: 0335214959

Copyright © The Editor & Contributors 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

All Rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including without limitation photocopying, recording, taping, or any database, information or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

This authorized Chinese translation edition is jointly published by McGraw-Hill Education (Asia) and China Labour and Social Security Publishing House. This edition is authorized for sale in the People's Republic of China only, excluding Hong Kong, Macao SAR and Taiwan.

Copyright © The Editor & Contributors by McGraw-Hill Education (Asia), a division of the Singapore Branch of The McGraw-Hill Companies, Inc. and China Labour and Social Security Publishing House.

版权所有。未经出版人事先书面许可, 对本出版物的任何部分不得以任何方式或途径复制或传播, 包括但不限于复印、录制、录音, 或通过任何数据库、信息或可检索的系统。

本授权中文简体字翻译版由麦格劳-希尔(亚洲)教育出版公司和中国劳动社会保障出版社合作出版。此版本经授权仅限在中华人民共和国境内(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾)销售。

版权©编者和著者由麦格劳-希尔(亚洲)教育出版公司与中国劳动社会保障出版社所有。

本书封面贴有 McGraw-Hill 公司防伪标签, 无标签者不得销售。

北京市版权局著作权合同登记号: 01-2009-5083

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街1号 邮政编码: 100029)

出版人: 张梦欣

*

北京北苑印刷有限责任公司印刷装订 新华书店经销

787毫米×960毫米 16开本 14.25印张 228千字

2011年8月第1版 2011年8月第1次印刷

定价: 38.00元

读者服务部电话: 010-64929211/64921644/84643933

发行部电话: 010-64961894

出版社网址: <http://www.class.com.cn>

版权专有 侵权必究

举报电话: 010-64954652

如有印装差错, 请与本社联系调换: 010-80497374

英文版丛书编者按

近年来，许多发达国家重新审视本国的医疗服务。这一方面是因为医疗开支不断上涨，而这些开支大多来自公共支出，政府控制公共支出的压力加大；另一方面是因为配置给卫生领域的资源利用情况总是不尽如人意。因此，当医疗开支增幅严格受限时，需要我们寻求方法提高现有预算的使用效率，并确保医疗服务的可及性和公平性。一些国家还提出要加大患者的选择权，提高医疗服务提供者对患者需求的响应度。

发达国家之所以高度关注本国的医疗服务，更深层次的原因是医疗领域出现了一些根本性的趋势变化，而这些变化对医疗服务绩效影响深刻。显著的变化有三点。一是人口结构变化，包括人口老龄化和工作年龄人口比重下降。这一方面导致人类对医疗服务的需求上升，另一方面导致医疗服务响应患者需求的能力受到限制。二是医学技术进步。这导致新的医疗服务需求的上升。医疗技术进步涉及的范围很广，包括外科手术、药物治疗、筛查和诊断方面的创新等。在 20 世纪行将结束的时候，医疗技术创新的步伐进一步加快，对医疗服务筹资和医疗服务提供产生了深远的影响。三是公众对医疗服务的期望值提高，要求更高标准的治疗护理。这其中有医疗服务进步的因素，包括新医疗技术的应用，更主要的是，受过良好教育、见多识广的人越来越多，与传统的患者相比，这些人更强调消费者权益。

为应对上述变化带来的挑战，许多国家对本国的医疗服务制度进行了改革。传统上依赖于市场的国家加大了规范和计划的力度；传统上依赖于规范和计划的国家转向更多地引入竞争机制。可以说，当今世界，没有任何一个国家对现有的医疗服务筹资和医疗服务提供感到百分之百满意的，所有的国家都在寻求新的政策工具。



本系列丛书的目的是，通过分析卫生政策领域的重大议题，以求对明晰医疗服务的发展方向有所贡献。本系列丛书所选择的议题既是当前的热点问题，也是涉及长远的重要问题。本系列丛书的阅读对象是业内专业人士、学生和有一定见识的业外人士。本系列丛书不仅是卫生政策分析领域很好的教科书，而且希望发挥教科书以外的作用，推动相关议题讨论的进一步深入。为此，本系列丛书中的每一本书都有当前研究概要和未来政策走向探讨。

Chris Ham 教授

伯明翰大学卫生政策和管理系

前 言

在《2000 年世界卫生组织报告》中，美国卫生系统绩效全球排名第 37 位，介于哥斯达黎加和斯洛文尼亚之间。对于美国这样一个习惯于在各个领域称雄世界的国家来说，这样的名次本来应该多少引起些社会震惊，但事实上由于世界卫生组织评价各国卫生系统绩效所采用的方法极富争议性，因此这个排名并未引起卫生政策分析专家太多的关注，更别提普通民众了。

一国的医疗制度和该国的政治理念、经济取向、文化和传统等紧密相关。既然如此，那我们为什么还要试图对各国的医疗制度进行排名或比较呢？这个问题可能有多种答案，其中最简单的一个就是，不管这些制度差异多大，它们在操作层面都面临一些相同的挑战，如本书讨论的医疗技术，日新月异的医疗技术在提高民众健康水平和驱使医疗费用上涨两个方面都表现出了无穷的潜力。

许多新近的研究再次证实，在美国和其他发达国家，新的医疗技术，无论是药物、设备、植入性材料还是创新性临床方法，有助于提高民众的健康水平，但同时也推动了这些国家医疗费用的上涨，而且可能是这些国家医疗费用上涨的主要推力。每个国家的医疗保障筹资和管理安排不尽相同，毋庸置疑，这会影响一国批准哪些医疗技术和将哪些医疗技术纳入支付范围的决策，但不管采用何种筹资和管理安排，事实上所有国家在决策时都面临类似的挑战。

本书作者和参与本书编写的国际专家们提供了一组极富价值和创新性的案例研究，展示了 8 个医疗保障筹资和管理安排不同的国家是如何决策支付范围的。通过比较分析我们发现，这些国家的实际情况和人们基于其医疗制度的臆想相去甚远。比如英国和加拿大，是政府主导型医疗制度的

典型代表国家，人们往往由此推测，这两个国家的支付范围决策应当是自上而下、全国统一的。但实际上，据我们了解，这两个国家都把患者应当接受何种医疗技术的决策权下放给了地方卫生部门，有时甚至下放给负责诊治的医生。相反，瑞典和德国这两个实行社会医疗保险制度、经办机构多元化的国家，却在探索对所有参保人员实行统一的支付政策，并限制地方的调整权。

这些发现提醒我们，医疗制度的实际运行情况相当复杂，凭空臆想会歪曲事实。此外，国际案例研究还为我们提供了应对医疗技术挑战方面的信息。近年来，美国各界一直为联邦政府和州政府在老年保健计划支付范围决策中的地位争论不休。通过本书，我们了解到除美国外，其他一些国家也面临同样的问题。

通过本书，我们还可以学到很多，如：如何审查新医疗技术有效性的临床证据，如何认识成本在支付决策中的重要性，如何实现决策程序对利益相关者和公众公开透明等。总之，本书为如何决策医疗保障支付范围这个日益重要的题目提供了大量有用的信息，并且为如何学习借鉴他国的经验、应对卫生政策领域的挑战树立了典范。

Robert A. Berenson, M. D.

华盛顿特区城市研究院资深研究员

美国老年保健计划健康方案和服务提供中心前主任

「 目 录 」

Contents

第一章	方法学导论	(1)
第二章	物有所值：澳大利亚的经验 Anthony Harris, Liliana Bulfone	(22)
第三章	综合分类：加拿大老年保健计划的技术评估 Eric Nauenberg, Colleen Flood, Peter Coyte	(48)
第四章	英国国家卫生服务的新医疗技术评估 Christopher Newdick	(75)
第五章	德国社会医疗保险待遇包决策 Stefan Greß, Dea Niebuhr, Heinz Rothgang, Jürgen Wasem	(97)
第六章	荷兰医疗保险支付范围：药品偿付方案 (GVS) Tanisha Carino and Frans Rutten	(110)
第七章	西班牙医疗保健支付范围决策 Anna García-Altés	(131)
第八章	瑞士医疗保健支付范围决策 Dominique Sprumont, Felix Gurtner, Guillaume Roduit	(147)
第九章	美国老年保健计划支付范围的决策程序 Timothy Stoltzfus Jost	(170)
第十章	我们从国别研究中可以学到什么？ Timothy Stoltzfus Jost	(198)
第十一章	结论	(214)

第一章 方法学导论

新医疗技术：医疗费用上涨的主要推力

当前，所有发达国家都在努力应对高额医疗费用持续增长问题¹。由于这些国家的医疗卫生筹资方式不同，因此采取的应对措施也不尽相同。美国的医疗卫生主要通过私人保险筹资，高额医疗费用持续增长导致该国私人保险保费提高，被保险人的共付费用上升，公共医疗保障项目削减，没有医疗保险的人数增加。德国实行社会医疗保险，为应对高额医疗费用持续增长问题，该国提出要重建支付方和医疗服务提供方的关系，由疾病基金严格控制医疗服务提供方的预算，讨论如何由雇员、雇主和政府合理分担医疗卫生筹资负担。在英国、加拿大以及其他通过税收方式筹资实行国家医疗保险制度的国家，为控制高端医疗服务的过度利用，建议提高个人自付。

导致医疗费用增长的原因有很多，而且国与国之间不尽相同。尽管如此，多数研究这个问题的专家一致认为，导致发达国家医疗费用增长最主要的因素是新的医疗技术的持续引入²。新药、新的医疗设备和新的治疗方法——本书统称为“医疗技术”，在全球范围内源源不断的被研发出来并投入使用。在这些医疗技术中，一些使原来不能有效治疗的疾病现在可以有效治疗了；一些为抵触原医疗技术的病人提供了新的选择；一些改善了慢性病人和绝症病人的生存状况；一些提高了诊断的精确性；一些比原来的医疗技术更加有效、更加便利或者更加安全；还有一些和原来的医疗技术相比，既不是更便宜也不是更好，仅仅是新而已。

新医疗技术导致医疗费用增长的原因很多。一些医疗技术，如器官移植，使得原先无法治疗的疾病变得可治了，导致医疗保险支出增加³。一些医疗技术替代了原先的医疗技术，但费用要比原先的医疗技术高，有时甚至高很多⁴。一个典型的例子是放射科使用的低渗造影剂，它的费用要比高

渗透造影剂高出 10~20 倍，但是不良反应发生率低，因此使用起来更加安全和舒适⁵。一些新医疗技术可能费用和先前的医疗技术一样，或者可能更少，但由于这些技术引起的疼痛更少，所需复原时间更短，更易使用，或者可能仅仅因为比原先的医疗技术更加便宜，因此比被替代的医疗技术应用得更多和用于更广泛的适应证⁶。当一项新医疗技术投入使用时，即使该技术使某一疾病的诊断和治疗费用下降，但如果诊断或治疗的频率提高，那么该疾病的总费用也会增长。

新医疗技术不仅会直接导致医疗费用上涨，还会间接导致医疗费用上涨。高新技术设备在合理使用时是具有成本效益性的，但在按服务付费的情况下，医疗机构为尽快收回设备投资，会过度使用或不合理使用设备，这会驱使医疗费用上涨⁷。新医疗技术还会增加对现有医疗服务的需求⁸。例如，当一项新的外科手术投入使用时，医疗保险不仅要支付手术费用，还要支付由于手术产生的住院费用以及术前术后的护理费用。最后，诊断和筛查技术的发展（这些技术远比以往的技术有效但通常也更昂贵）有助于发现一些原先无法察觉的疾病，治疗这些疾病必然会产生新的费用⁹。

美国著名的卫生经济学家 Mark Pauly 称，如果使医疗技术停留在当前的水平不再发展，那么美国就能够通过常规经济增长消化导致医疗费用增长的其他因素，从而可以在不提高税赋的情况下满足公共医疗保障项目的费用增长¹⁰。然而，我们不太可能选择这样做。如前所述，医疗技术进步可以使我们的寿命更长，生活得更加舒适，身体更具有活力^{11,12}。当然，我们也不可能不计成本、毫无控制地任由医疗费用无限增长。

我们已经习惯于根据需求来配置资源。我们每天都要抉择购买一些商品放弃另一些商品，力图实现效用最大化。购买的数量取决于我们的财富（或者可能是我们的信用），一旦财富耗尽，我们就要停止购买。但医疗保健与一般的商品不同。众所周知，医疗保健不受一般市场规律的影响¹³。医疗保健是如此重要、如此昂贵，其费用分配又是如此不均衡，以至于我们不能简单地将其留给个人去决定是否购买¹⁴。因此，所有发达国家都通过医疗保险方式来分散医疗保健的风险。这些发达国家要么实行社会保险制度，通常通过工薪税方式或者与工资收入挂钩的保费方式进行筹资，要么实行国家医疗保险制度，通过普税方式进行筹资，覆盖私人保险市场失灵的一些人群或者一些医疗项目的费用。事实上，多数发达国家建立了公共医疗保险制度并实现了全民医保，至少在一些医疗服务项目上实现了全民医保。

然而,不管是公共医疗保险还是私人医疗保险,都伴有道德风险。如果是自掏腰包,有些产品和服务人们是不会去消费的,即使他们有能力支付,有了医疗保险后,被保险人就会用保险去购买这些产品和服务¹⁵。由于是患者否购买医疗服务通常由医生决策,医生为患者开具处方或定制治疗,同意患者住院,但医生的收益在某种程度上取决于患者的消费,这一事实加大了医疗保险的道德风险¹⁶。

保险机构试图通过限制被保险人利用医疗产品和医疗服务来解决道德风险问题,来控制他们的风险和费用。私人保险机构或者管理型医疗组织通常通过以下手段来实现目标:采用按人头付费、奖金或者拒付等支付安排,鼓励医疗服务提供者合理提供服务;选择与费用节约型医疗服务提供者签约;或者对医疗费用发生情况进行逐一审查。公共保险机构更倾向于通过限制医疗服务提供者的预算来限制被保险人获得医疗产品和医疗服务,由此放慢新医疗技术的运用并促使医疗服务提供者在患者间合理分配有限的医疗资源¹⁷。

在支付政策中引入技术评估:解决医疗费用攀升问题之道?

越来越多的私人和公共保险机构试图通过实施以医疗技术评估(Health Technology Assessment, HTA)为基础的支付范围政策来控制新医疗技术的费用风险。医疗技术评估可以追溯到20世纪30年代,当时Bradford Hill确立了随机对照试验的原则;或者追溯到1972年,在这一年,Archie Cochrane出版了他的代表作《效果和效率》(Effectiveness and Efficiency),美国技术评估办公室(Office of Technology Assessment, OTA)也于同年成立。虽然美国食品和药品监督管理局从20世纪60年代初就开始运用随机对照临床试验来检测药物的有效性,但医疗技术评估的原则实际上直到20世纪70年代中期才得以完善^{18,19}。

医疗技术评估被广泛运用于各个方面,如:评估新医疗技术的安全性和有效性,决定如何分配医学研究资金以及制定购买决策等²⁰。本书的一个论点是,公共医疗保险可以通过医疗技术评估,决策是否将新医疗技术纳入支付范围,由此控制医疗费用的攀升趋势,事实上很多国家已经这么做了。

医疗技术评估的发展和过去20年来医疗领域的另外两个重要趋势是一致的。第一个趋势是公共医疗保险计划尝试引入优先设定机制^{21,22}。众所

周知，公共保险计划不可能为所有的被保险人提供所有的医疗项目。因此，荷兰²³、新西兰²⁴等许多国家都在探索界定基本医疗服务包，明确服务包内的医疗服务由公共医疗保险支付，服务包外的医疗服务由私人保险支付或患者自付。这些国家通常按医疗服务的类别确定基本医疗服务包，但也有一些特殊产品和服务会偶尔例外。基本医疗服务包的探索之路并不平坦，经常会受挫于技术和政治方面的障碍。

另外一个趋势是循证医学的发展。循证医学起始于 20 世纪 70 年代，当时的医学研究发现，一些常见医疗手段的使用率不仅在不同的国家差异很大，而且在同一国家的不同地区也不尽相同²⁵。这一研究证实了我们的判断，那就是医学中有很多不是建立在科学基础上，而是建立在信赖和传统经验基础上的²⁶。大量的评估性临床研究表明，患者接受的治疗在很大程度上是无效的²⁷。这促使人们在采用新医疗技术甚至在沿用现有医疗技术时更加重视科学证据，即临床对照试验。

这些趋势合力推动人们通过循证评估来决定新（或者现有）医疗技术是否足够有效（或者足够合算）由公共医疗保险计划支付²⁸。已有相当一些国家建立了专门的机构，负责对新医疗技术进行评估，决策这些医疗技术是否纳入支付范畴²⁹。本书分析了八个国家的情况。

公共医疗保险支付决策的评估标准

从理论上讲（在某种程度上事实也是如此），医疗保障支付范围决策是建立在循证医学基础上的，但同时也不可避免地会受政治影响。公共医疗保险支付范围决策机构的职能使得这些机构通常会面临一些限制新医疗技术使用的压力；另一方面，这些机构也要经常面对来自新医疗技术支持者要求将这些技术纳入支付范围的巨大压力。这些交织在一起，问题变成了：如何构建决策机构和决策程序以平衡各方力量，最终做出代表公众利益的决策，这样的决策应当是：

1. 科学为本的技术精确³⁰；
2. 有效利用有限资源；
3. 分配公平。

医疗技术评估是以科学证据为基础来判定一项医疗技术是否有效或合算的，因此具有一定的技术性。但是，仅仅看一项医疗技术是否有效通常不足以决定将其纳入医疗保险支付范围³¹。任何被评估是否可以纳入支付

范围的药品都是已被国家或区域监管部门证明至少对某些病症是安全有效的³²。一些国家也对医疗设备的安全性和有效性进行了评估。因此,进到支付审查阶段的医疗技术多数已被证实有效。

当面临争议时,循证医学很少能支持医疗技术很难证实其所有潜在的适应证都应被纳入支付范围。在一些情况下,“黄金标准”双盲临床试验(特别是如果该医疗技术不是药物时)无法百分百证实医疗技术的有效性;或者临床试验仅仅涉及部分被保险人群(例如未涉及儿童、老年人、孕妇、少数族裔以及有并发症或合并症的患者)或者持续时间短暂(所以无法看出长期效应);或者试验对照物选择不当,未选择竞争性产品对照,从而使医疗技术的成本效益不具可比性³³。

此外,最好的循证医学信息也无法解决不同疾病诊治孰先孰后和有限医疗资源在公共医疗保险覆盖人群中的分配问题。我们应当将哪些医疗技术纳入公共医疗保险支付范围,是有助于病情最重患者的还是最易治愈患者的,是有益于老年患者的还是年轻患者的?对提高生活质量但不能改善健康状况的医疗技术又应如何处理?靠科学来解决社会、伦理和政治问题通常只是美好的梦想³⁴。必须通过专门的程序来决策是否将医疗技术纳入公共医疗保险支付范围。

因此,必须建立机构和程序来评估证据,并对证据是否足以支持医疗技术被纳入公共医疗保险支付范围作出判断,或者更常见的情况是决定何时适宜将某项医疗技术纳入公共医疗保险支付范围。本书描述了8个国家此类机构和程序的设置以及运行情况,并对这些机构和程序的运行情况进行评估。

近年来,Norman Daniels 和 James Sabin 提出的评估医疗保险支付范围决策机构和程序的基本原则被广泛讨论³⁵。该模型认为,评估决策机构应看其在多大程度上符合下述四条标准:

1. 公开(透明)原则:合理决策并向公众公开决策理由;
2. 合理性原则:决策标准合理化,建立在“公正人群”认为合理的证据、理由和原则的基础上;
3. 修正和复议原则:决定和政策都应适时审查和修订;
4. 监管原则:无论是自发监管还是政府监管,都必须将确保前三个原则的实现放在首位³⁶。

Norman Daniels 和 James Sabin 设计这个模型的初衷是评估美国私立健康管理组织的支付范围决策,但他们也用此模型评估其他国家公共医疗

保险支付范围决策的合理性³⁷。《合理配给》(Reasonable Rationing)——本系列丛书的新作之一,就应用了这个模型评估其他国家的公共医疗保险支付决策³⁸。

Norman Daniels 和 James Sabin 模型与近半世纪的行政法相符。行政法强调公共部门和程序的透明化,关注和评论规则制定以及裁决程序中的听证权利³⁹。因此这个模型被用来评价公共部门的工作也就不足为奇了。但是,Norman Daniels 和 James Sabin 模型是被设计用来评估美国私立健康管理组织的支付范围决策的,用于评估公共机构的支付范围决策明显有些力不从心⁴⁰。

Norman Daniels 和 James Sabin 关注的问题是如何确保私立健康管理组织不会因为出于赚钱的目的而拒绝为其成员获得的有效(或者合算)治疗付费。透明原则确保成员可以了解决策的内容和原由。合理性原则确保决策是全面的并且是基于共享的价值观的。修正和复议原则为每个被保险人提供了对拒付进行再研究的机会和选用公正中立决策者的可能性。监管原则要求确保私立健康管理组织的决策者对公共监管部门负责,或者至少实施可靠的自我监管⁴¹。

然而,在公共医疗保险制度中,通常主要由政府部门负责支付政策的医疗技术评估,虽然这些部门也会听取社会保险准公共法人机构或者其他专业机构(这些机构对其成员负责,并且在某种程度上也对全体公众负责)的建议。把 Norman Daniels 和 James Sabin 确立的原则应用于这些机构是有问题的。实行透明原则和合理性原则不成问题,但如何实行修正和复议原则却没有明确的答案。一方面,是否公共或者社会保险的任一成员、医疗技术生产者或者提供者都可以对支付范围决定提出复议请求?是只需向法院提出上诉就可以了,还是应当有其他一些管理机构参与其中?另一方面,是必须行使司法审查权还是仅仅行政复议就够了?监管原则对公共机构则更加不适用。除非监管被理解为包含立法或者司法监管,否则如何对公共机构进行监管?

Norman Daniels 和 James Sabin 模型的情景设计是:健康管理组织被要求将某一医疗产品和服务纳入支付范围,但出于经济动机却不想支付。这是一个更为根本的问题。私立健康管理组织身处市场竞争环境,以盈利为目的。在这种情景下,私立健康管理组织有强烈的经济动机限制昂贵的新医疗技术的使用⁴²。Norman Daniels 和 James Sabin 模式主要是调节利益冲突,使健康管理组织在受市场规律约束的同时受公共责任规律的约束⁴³。

公共医疗保险机构也有减少开支的动机，所以会拒付不必要的，或者是无效的，或者可能甚至是不符合成本效益的医疗服务。但是公共医疗保险机构必须服务于健康管理组织私人利益之外的公共利益。公共医疗保险机构当然关心控制整个医疗制度或者其负责的特定项目的支出⁴⁴。但是，它还必须努力将适宜的医疗技术纳入支付范围。公共医疗保险制度的第三个目标是鼓励改善健康状况的技术创新，第四个目标是确保那些依赖于现有医疗技术的人可以得到相应的医疗服务。其他目标可能包括鼓励国内医疗技术创新或生产；或者扩大公共医疗保险或者扩大私人医疗保险的医疗服务支付范围；鼓励创造和发展低成本的医疗技术；保护或者扩大特殊医疗技术提供者的收入；为医疗专业人员或医疗服务提供者提供更多的医疗技术设备。要想对公共医疗保险支付范围决策程序有一个全面的了解，就必须考虑公共医疗保险机构的所有动机和压力。

公共选择理论和支付决策程序：利益集团的作用

近30年以来，很多从事公共管理研究的法律、经济和政治科学学者重点研究了利益集团压力环境下的管理决策政治化问题。法律文献深受经济学公共选择理论的影响⁴⁵。该理论用经济学的分析方法来研究政策决策机制，认为受规制商品的供求服从于经济规律⁴⁶，由国家垄断提供给希望从中获益的各利益集团⁴⁷。

关于公共选择理论起源的经典故事是，国会议员为了获选需要募集竞选资金，为此需要和一些利益集团结盟⁴⁸。作为对利益集团支持的回报，国会议员通过立法赋予利益集团各种寻租机会，包括直接现金补贴、市场准入控制、价格控制和优惠的合同⁴⁹。在现代化管理的国家，分配这些寻租机会的权力通常不由立法机构直接掌控，而是由立法机构授权给各行政部门。立法机构明显不可能直接管理复杂的规制项目，这通常有利于其避免承担利益分配的直接责任⁵⁰。有时立法机构（或政府）会把利益分配责任推给地方，自己再像利益集团一样和地方讨价还价。

根据一些版本的公共选择理论，行政管理部门的主要激励因素是保留职位和扩张权力及预算⁵¹。国会议员可以通过控制行政管理部门的预算和法定权限及责任、要求行政管理部门开展听证和民意调查等方式指导行政管理部门的行为，让行政管理部门按照自己的意旨行事，由此完成立法机构和利益集团之间的交易⁵²。利益集团还试图通过为行政管理人员离任后

提供高新聘用机会、在法律许可范围内款待行政管理人员等方式，直接影响行政管理人员的行为⁵³。

当然，上述对立法机构和行政部门行为的描述并非总与事实一致。事实上，公共选择理论作为对监管行为的现实阐述是有很大争议的^{54,55}。事实上，激励国会议员的经常是个人理念和服务祖国的愿望，他们中很多人家境富裕，根本不用为改选资金问题担心。在不同的政治制度中，国会议员对利益集团政治献金的依赖度不同。由于行政管理人员或者有管理者意识，或者理解选民的期望，因此他们也经常承诺忠于职守、忠于公众利益⁵⁶。近半个世纪以来的许多公共政策动议，包括重视环境治理和放宽产业管制等，都与公共选择理论对行政管理机构的行为解读大相径庭。

另一方面，公共选择经济学对监管行为的核心解读又具有一定的正确性，它与半个世纪以来的政治科学文献相符，即利益集团对管理政策确有一定的影响。尤其是 Mancur Olson——公共经济学之父之一，他对利益集团影响的描述很有独到之处⁵⁷。Olson 的著作《集体行动逻辑》(The Logic of Collective Action) 讨论了如何激励人们为了同一目标自愿合作的问题。参加行动的每个人作为个体都能从集体行动中获利，但也存在不参加行动、通过“免费搭车”就能获得同样利益的可能性。当每个人都想“免费搭车”时，集体行动的参与人数就有可能达不到理想的水平。然而，与利益分散的大集团相比，有强烈共同利益的个体或者小集团更可能采取行动影响立法或者行政管理⁵⁸。因此，在与负责特殊关税或者农业补贴政策的立法机构和行政机构打交道时，一个想从这些政策中获取巨大利益的农业生产者小团体往往比消费者团体和纳税人团体更加尽心尽力，虽然后者人数更多，但每个人从政策中获利不大，分摊一下，也就是每个人为高价农产品或者农业补贴多支付几美分，并且这些人并不像农业生产者一样每天只想着这件事。

在多数情况下，利益集团会长期与行政部门保持联系，优先获得信息。Woody Allen 称，“人生 85% 的成功都是水到渠成的”，虽然这种说法未必总是正确，但利益集团从行政部门那儿获得的成功却多数如此。就算行政管理人员每天早上一起床脑子里想的是要为公众利益服务，但一旦进入工作，他们接触的不是普通公众，而是特殊利益集团的代表。当政府部门就条例草案征求意见时，多数意见来自相关的利益集团⁵⁹。当按规定举行听证会时，多数参与者是相关利益集团的代表⁶⁰。当行政管理管理人员和有关人员非正式接触，为条例制定搜集信息时，这些人很可能代表相关