

# 美国 Medicare 支付方式改革历程和驱动因素及对我国的启示<sup>△</sup>

朱梓荣\*,张伶俐,颜建周,邵 蓉\*(中国药科大学国家药物政策与医药产业经济研究中心,南京 211198)

中图分类号 R951 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2020)05-0545-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2020.05.08

**摘要** 目的:为深化我国医保支付方式改革提供参考。方法:通过分析美国老人保险(Medicare)支付方式的具体改革历程及改革的驱动因素,结合我国目前支付方式改革的背景,提出推进我国医保支付方式改革的建议。结果与结论:美国 Medicare 支付方式历经后付制、预付制、按价值支付3个阶段,分别采用按服务项目付费、按疾病诊断相关分组付费(DRGs)、按服务价值付费的支付方式。其变革是美国技术、政治、社会文化3个系统综合作用的结果,合理诊疗与控费的需求推动后付制向预付制转变,而服务质量危机、服务成本上升及医患矛盾驱使着支付方式向按价值支付转变。支付方式改革对美国 Medicare 产生了一定积极影响,降低了医疗费用支出,提升了服务质量。建议我国可借鉴美国 Medicare 支付方式改革经验,在目前 DRGs 试点的基础上,推进全国范围内预付制改革,同时为避免美国后期出现的服务质量危机,需引入按价值支付理念,建立激励约束机制并加强全流程的监管配套制度建设,以保障医保支付方式改革的顺利进行。

**关键词** 美国老人保险;医保支付方式改革;按疾病诊断相关分组;驱动因素

## Reform Course and Driving Factors of American Medicare Payment Mode and Implication for China

ZHU Zirong, ZHANG Lingli, YAN Jianzhou, SHAO Rong (National Drug Policy and Medical Industry Economy Research Center, China Pharmaceutical University, Nanjing 211198, China)

**ABSTRACT** **OBJECTIVE:** To provide reference for deepening the reform of medical insurance payment mode in China. **METHODS:** By analyzing the specific reform process and driving factors of American Medicare, and considering the background of current payment reform in China, then some suggestions were put forward to promote the reform of medical insurance payment mode in China. **RESULTS & CONCLUSIONS:** The payment mode of Medicare in the United States had undergone three stages, which were post-payment system, pre-payment system and value-based payment system. The payment modes included payment by service items, payment by disease diagnosis related groups (DRGs) and payment by service value. The change was the result of the comprehensive effect of the three systems of technology, politics and social culture in the United States. The demand for reasonable treatment and control fees drove the change from post-payment system to pre-payment system, while the crisis of service quality, the rise of service cost and the contradiction between doctors and patients drove the change to value-based payment. Payment mode reform had a positive impact on Medicare in the United States, reducing medical expenditure and improving the quality of service. It is suggested that China should draw lessons from the experience of the United States in reforming the prepayment system nationwide on the basis of the current DRGs pilot projects. Meanwhile, in order to avoid the medical quality crisis in the later period of the United States, it is necessary to introduce the concept of value-based payment, establish incentive and restraint mechanisms and strengthen the construction of the regulatory supporting system for the whole process.

**KEYWORDS** American Medicare; Medicare payment mode reform; Payment by disease diagnosis related groups; Driving factors

2019年5月20日,国家医疗保障局公布了30个按疾病诊断相关分组(Diagnosis related groups, DRGs)的试点城市,探讨多年的DRGs正式落地<sup>[1]</sup>。推进医保支付方式改革是完善我国特色医保制度的重要内容,是深化卫生体制改革的必经之路。DRGs付费方式被多个国

家采用,通过DRGs,以科学测算确定每个组别的付费标准,给予定额预付<sup>[2]</sup>。DRGs是现阶段医保付费机制改革的重要方向。

美国老人保险(Medicare)是美国政府为老年人设立的医疗保险。作为美国最大的医疗服务购买者,Medicare支付模式对于医疗行为及美国的整个医疗服务市场的运作举足轻重。Medicare支付模式近60年内发生较大转变,从设立之初的后付制到以DRGs为基础的预付制,如今Medicare已开启按价值支付的新模式。1983年DRGs付费方式的引入,是美国支付方式改革历史上的里程碑式事件,并对全球卫生服务体系改革产生了巨大

<sup>△</sup> 基金项目:国家社会科学基金重大项目(No.15ZDB167);中国药科大学“双一流”学科创新团队建设项目(No.CPU2018GY39)

\* 硕士研究生。研究方向:医药政策与法规。E-mail:19850850622@163.com

# 通信作者:教授,博士生导师。研究方向:医药政策与法规。E-mail:shaorong118@163.com

影响。在我国深化医改的关键时期,本研究通过文献研究分析美国 Medicare 支付方式的改革历程及驱动因素,总结其改革的实际经验,以期为推进我国相应支付方式的改革提供参考。

## 1 美国 Medicare 支付方式改革历程

美国 Medicare 支付方式改革历经后付制时期、预付制时期、按价值支付时期3个阶段,详见图1。



图1 美国 Medicare 支付方式改革历程

Fig 1 Medicare payment mode reform course in the United States

### 1.1 后付制时期

Medicare 在 1965 年创立后的 18 年间采用的是按项目付费的后付制方式<sup>[3]</sup>。按项目付费是一种基于投入或成本的付费方式,为了获得较高的保险结余收益,服务提供者易增加服务量和提高成本,因此医疗保险付费者需考察提供者是否存在增加医疗成本及过度医疗的行为。按项目付费在美国实行的十几年间,造成了医疗费用的大幅度增长,导致医疗危机的发生、政府控费压力增大<sup>[4]</sup>。

### 1.2 预付制时期

1983 年,美国国会通过一项 DRGs 修正案从而引入预付制<sup>[5]</sup>。1984 年 Medicare 对医院支付方式从按服务项目付费改为 DRGs 预付制方式<sup>[6]</sup>。这种全新的付费方式的引入,重塑了美国的医疗服务业,此次改革在全球的医保支付和医疗制度改革中具有划时代的意义。经过数十年的探索及改进,美国 Medicare 逐渐形成了以 DRGs 为主要方式的复合型支付模式。同时,DRGs 技术也随着时代需求不断发展,其分组后期增加了艾滋病及创伤,现共有 25 个诊断分组<sup>[7]</sup>。至今,预付制仍是美国 Medicare 进行医保支付的核心工具。实践表明,DRGs 对过度医疗起到了一定抑制作用,Medicare 医疗费用增速由 1983 年的 18.5% 降至 1990 年的 5.7%<sup>[8]</sup>。

### 1.3 按价值支付时期

1992 年,Medicare 开始实行以资源消耗为基础的相对价值标准支付方法,建立客观公平合理的医师服务收费标准<sup>[9]</sup>。2010 年美国颁布《平价医疗法案》(Affordable Care Act, ACA)之后,进一步确立了价值付费法的思想<sup>[10]</sup>。ACA 试图改进支付方式,以奖励高质量、高效率的医疗服务。2013 年,美国推出按价值支付的新模式——“捆绑支付模式”,即针对患者的特定疾病,全过程诊疗进行整合,统筹支付。2013 年,美国医疗保险和医疗救助保险中心(CMS)提出“改进服务的打包付费”(BPCI)计划,并开始在部分医疗机构实施<sup>[11]</sup>,在此基础上,2018 年又提出一种新的打包付费计划——BPCI 高级计划(BPCI advanced)。除捆绑支付模式,按价值付费的其他 3 种

支付模式分别为向可问责医疗组织(ACOs)打包支付、以患者为中心的医疗之家(PCMH)的按服务价值支付和按绩效支付(P4P)。其中 P4P 及向 ACOs 打包付费是美国按价值支付的两个最重要手段<sup>[12]</sup>。按价值支付具体方法及特点见表 1。

表 1 按价值支付具体模式及特点

Tab 1 Specific mode and characteristics of value-based payment

具体模式	特点
BPCI Advanced	通过绩效付款方式与质量挂钩进行付费,其中质量度量列表包括过程和结果质量度量 <sup>[13]</sup>
向 ACOs 打包支付	CMS 为 ACOs 设定费用目标,若实际费用支出低于目标值且节约率低于 CMS 的预定设置,ACO 将获得结余分成,但 ACO 最终能否获得结余分成或结余分成比例的高低,取决于医疗服务质量表现
PCMH 服务价值支付	PCMH 根据服务价值而非服务量付费,坚持以患者为中心,保证医疗服务质量
P4P	将医保费用支付同医疗服务质量、效率和患者满意度等因素建立联系,在现行按服务付费体系中增加奖励和惩罚机制,规避风险,实现医疗服务质量的提升

与此同时,CMS 雇用审查承办商衡量、预防、识别和纠正不正当付款,审查对象包括医疗保险行政承包人(MAC)、区域方案廉政承包商(ZPIC)、补充医疗审查承包商(SMRC)、合格独立承包商(QIC)等。CMS 还委托质量改进组织(QIOs)对医院审查,进行病例回顾,包括高权重的诊断相关组回顾,确定服务的必要性与正确性<sup>[14]</sup>。

按价值支付作为预付制的一种补充支付方式,为预付制提供了质量保证工具。付费方可进行医疗质量评价,在治疗结果、过程、患者安全等方面引入标尺性竞争,保证服务质量的同时,实现医院费用、人均医院费用的平均增速下降,医院费用占卫生总费用比重降低,维持在 32% 左右<sup>[15]</sup>。

## 2 美国 Medicare 支付方式改革的驱动因素分析

美国卫生政策环境是由一个不断变化的组织群组成,包括政治机构、协会、政府机构、研究小组、非政府组织等,这些组织可以分为 3 个松散的耦合系统,分别为技术系统、社会文化和政治系统。在政治上不受欢迎的技术政策提案几乎没有存活的机会,但技术解决方案发布时机对其被接受的程度也产生影响。卫生决策必须符合主流文化的价值观,最终决策由政治系统内的主导联盟决定。美国卫生政策环境中 3 个松散耦合系统见图 2。

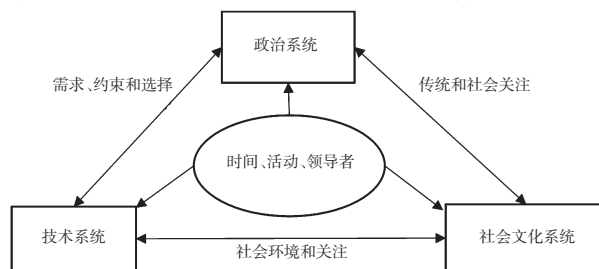


图2 美国卫生政策环境中3个松散耦合系统

Fig 2 Three loosely coupled systems in the US health policy environment

Medicare支付方式改革是技术系统、社会文化以及政治系统综合作用的结果。医院管理需求推动DRGs的科学技术研究,医疗费用不断增长使得民众怨声载道,新上任总统为解决医疗危机,决定采用DRGs预付制方式。但预付制本质上仍是按服务量付费,难以保证服务质量,伴随着医疗费用增长及医患矛盾的问题,美国民众呼吁政府对医疗体系进行干预,从而开启了按价值支付新时期。

## 2.1 从后付制到预付制

2.1.1 引导合理临床诊疗 DRGs最初是为管理医院而设计,而非医保支付机制。DRGs的源起只是“纯粹的研究工作”。1967年,一组医师请求帮助,进行临床利用率评估。20世纪70年代早期,后续研究着眼于康涅狄格州认可的非营利医院之间为什么产妇和新生儿护理费用不同。为解决这些问题,耶鲁团队在概念、经验和政策领域进行反复研究,寻找到一种关注相似性的基本结构,可应用统计过程控制技术,筛选出异常情况,以了解异常原因<sup>[16]</sup>。尽管该方法提供了一个完美的技术解决方案,但当时未有对DRGs支持的环境。这种新颖的患者分类系统之所以被选中,是因为其与社会文化系统和政治系统紧密相连<sup>[17]</sup>。

2.1.2 控制医疗费用增长 Medicare成立之初确定的是一种成本加2%的报销制度,并给医院和医师全权代理。为了满足医院的利益,政治家们制定了一项立法,承诺偿还所有的医院费用,而非为疾病设定预期费率;同时加速计算医院资产折旧,保证医院能提前收回投资成本。1967年,医院平均每日服务费用增加22%<sup>[17]</sup>。1969年,媒体将当时的医疗状况描述为“处于混乱的边缘”,美国总统宣布医疗领域出现“大规模危机”<sup>[17]</sup>。1971年,一项全国性调查显示,75%受访者同意发生了医疗危机<sup>[18]</sup>,Medicare的同比增长率均在20%以上。1966—1976年,医院费用猛增345%,而消费者价格指数仅增长了89%<sup>[19]</sup>。医疗费用大幅度增长,使得全美人民对医院控制成本的能力感到不满,对医疗成本危机都抱有相似的看法。

1973年,新泽西州的卫生部门因成本控制不力和疏忽大意受到指责。1974年,纽约市公共卫生官员、耶鲁大学兼职教授芬利成为新泽西州卫生专员;1980年,新泽西州成为第一个采用DRGs的州,26家新泽西州医院自愿接受第一笔DRGs付款;1981年,该州另有40家医院采用DRGs付款;1982年,该州最后30家医院接受了DRGs改革。新泽西州的医院收入低于全国平均水平,尽管有盈余的医院没有降低成本,但有赤字的医院实现显著的成本降低<sup>[17]</sup>。

1980年,里根当选总统,其竞选宣言是减少政府行政管理制及实现市场自由竞争<sup>[20]</sup>。尽管如此,医院成本仍不断上升,1983年Medicare支付的住院费用上升至370亿美元<sup>[21]</sup>。联邦政府也尝试许多政策和监管解决方案,但几乎各种控制医院费用的方式都以失败告终。1982年,里根政府急需解决医疗成本危机方案,而里根总统

的卫生和公共服务部长确信DRGs能够解决医疗成本危机。1982年,国会颁布《税收公平和财政责任法》(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, TEFRA)<sup>[22]</sup>,并要求里根总统用病例组合(Case-mix)的方式支付医保费用。1983年,美国国会最终通过法案引入预付制,尤其是针对住院服务,开始实施DRGs付费新模式。在Medicare从追溯性补偿转向DRGs下预期支付后,1992年,国会通过了一项医师的预期支付制度。1997年,门诊服务、熟练护理、长期护理、家庭健康及康复服务同样也实行了预期付款<sup>[4]</sup>。DRGs的实施刺激美国医保支付和大规模融资转变。

预付制的实现是美国为引导合理临床诊疗和控制费用双重因素作用的结果。DRGs制度本身有利于激励高效率、低成本的医疗服务行为,鼓励资源高效利用,引导临床合理诊疗。同时医院为了获得盈余收入,需将医疗服务成本控制在DRGs支付标准内,否则将出现亏损,因此需减少不必要的医疗费用支出,降低成本。美国政府将DRGs作为平衡和控制医疗预算的手段。事实上,政治家和政策制定者都愿意调整医院报赔率,以达到降低预算赤字的更大目标。

## 2.2 从预付制到按价值支付

2.2.1 解决医疗质量危机 预付制一定程度上控制了医疗费用的过快增长,但后续的医疗服务质量问题仍亟需解决。尽管预付制与后付制付费的理念发生了变化,但从根本而言,预付制仍是依据服务量支付,难以避免内生激励过度医疗的因素,致使服务效率不高。为了激励医疗服务提供方在支付费用已固定的情况下保证服务质量,甚至是在竞争环境中进一步提高服务质量是美国面临的新问题。

20世纪90年代,美国医疗保险付费方侧重于管理式医疗,如按人头付费或打包付费,以减少过度或不必要的护理<sup>[23]</sup>。但因医疗质量问题,遭到了服务提供者与患者的强烈反对。1999年,美国医学研究所发表《错误人皆有之:构建一个更安全的保健系统》一文,指出美国医疗保健质量的严重缺陷,此报告使公众注意力转移到医疗机构的安全与服务质量的提升,公众对于医疗保健系统的不信任度增加,并呼吁进行干预<sup>[24]</sup>。进入21世纪以来,随着“管理式医疗抵制”风潮的兴起,业界对于按服务付费中过分强调费用控制而忽略质量的质疑越来越强烈<sup>[25]</sup>,此时按价值支付成为医保付费方关注质量的一种方式,美国政府也寄希望于按价值支付方式能激励医疗服务提供者关注服务质量,实现医疗服务质量的提升。

2.2.2 降低医疗服务成本 20世纪末,随着美国医疗支出继续超过其通货膨胀率和国内生产总值(GDP)的增长<sup>[26]</sup>,控制成本的努力也在增加,对购买产品的价值审查不断增强,这种压力在公共和私人付款人方面都有所升级,而医疗保健领域进行的消费者革命推动患者持续对成本和价值产生强烈关注。因此,美国政府希望通过按价值支付在关注质量的同时,也可以实现降低医疗成

本的目标。

2.2.3 缓解医患矛盾 美国采用按价值支付的第3个驱动因素是医疗侵权行为的持续增长。20世纪80年代初,美国医疗纷争数量开始呈现高速增长趋势<sup>[27]</sup>。20世纪90年代,医疗责任保险危机袭击美国,医疗侵权诉讼频率及严重性呈现明显的上升趋势。医疗事故责任问题在美国达到了危机的程度<sup>[28]</sup>。医疗事故的频繁发生,美国民众呼吁改善当前的医疗体系服务质量,某种程度上也促进了美国支付方式向按价值支付方向的转变。

美国引入按价值支付主要是通过奖惩措施及质量评价体系,激励并约束医疗服务提供者的行为,以实现提升医疗服务质量、减少不必要的医疗费用、改善患者就医体验等目的。

### 3 推进我国医保支付方式改革的建议

我国目前同样面临着不合理诊疗、医疗费用增长等问题,这些因素推动着我国的预付制改革,此历程与美国第一次改革相似。因此我国应总结美国从后付制到预付制改革的成功经验,并规避预付制引入后期美国出现的医疗质量危机等问题。通过对美国 Medicare 支付方式改革的分析,现对推进我国医保支付方式改革提出以下建议。

#### 3.1 大力推进以 DRGs 为基础的预付制改革

美国引入预付制实现了控制费用不合理增长的积极影响,因此我国应继续大力推进以 DRGs 为基础的预付制改革。国家医保局在 DRGs 试点中应不断探索医疗机构成本管理、基础费率及调整机制和评估考核制度,同时试点中需兼顾规范医疗行为及费用控制的最初目标,切不能只将费用控制作为主要目的,费用控制不能以牺牲临床服务质量为代价。试点后期应总结经验,助力预付制在全国范围内推广,更好地发挥医保“经济杠杆”的作用,实现医保部门与医疗机构风险共担,激励医院实现内部结构调整、关注医疗质量与效率、保障医疗安全。

#### 3.2 规避医疗服务质量危机的风险

预付制本质上仍是一种按服务付费机制,美国在预付制改革后期出现了医疗服务质量危机,我国在支付方式改革过程中应避免出现此问题。国家医保局应在现有支付方式改革中逐步引入按价值支付机制,将其作为重要补充,在服务效率、品质及效果等不同方面设定具体标尺,通过绩效与薪酬挂钩,构建针对医疗服务提供者的激励相容约束机制,规避医疗质量服务降低的风险。

#### 3.3 完善全流程的 DRGs 监管配套制度

DRGs 支付过程中易引发过度编码等问题<sup>[15]</sup>,我国需建立一系列监管制度预先防范,医保部门应设立独立审查机构,衡量、预防、识别和纠正不正当医保付费申请,完善效率、质量水平、效果和数据质量的全流程监管。例如可设立反医保诈骗部门,负责查明涉嫌欺诈医保基金的案件;设立医疗审查部门,进行全国性医保检

查,查明医保基金的合理使用等。由此确定医疗机构是否存在故意过度编码导致额外费用的产生、不合理临床治疗等情况。针对表现不佳的医疗机构应给予相应额外惩罚,以此避免不合理临床诊疗的发生。

### 4 结语

美国 Medicare 支付方式改革对于美国乃至世界有着巨大影响。本文通过系统分析 Medicare 支付方式改革历程及驱动因素,结合目前我国大力推进 DRGs 试点的现实要求,针对试点工作开展、后期风险防控及监管机制方面提出建议,希冀于帮助我国医保支付方式改革顺利进行,助力实现健康中国战略目标。

### 参考文献

- [1] 国家医疗保障局.国家医保局召开疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点工作启动视频会议[EB/OL].(2019-05-24)[2019-09-04].[http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/5/24/art\\_14\\_1334.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/5/24/art_14_1334.html).
- [2] 韩凤昭,李振知,杨文华. DRGs-PPS 下的临床药师参与股骨颈骨折临床路径的实施效果[J].中国药房,2017,28(23):3281-3284.
- [3] 赵颖旭.美国医疗照顾制度的主要医疗服务支付方式介绍[J].中国全科医学,2012,15(28):3321-3322.
- [4] 孙燕,励建安,张晓.美国老年人住院康复医疗支付政策与启示[J].中国康复医学杂志,2009,24(8):747-749.
- [5] 王海银,周佳卉,房良,等.美国 DRGs 发展演变、支付特征及对我国的启示[J].中国卫生质量管理,2018,25(6):25-27.
- [6] 胡琳琳,王懿范,杨丽,等.美国急性后期医疗服务改革及对我国的启示[J].中国社会医学杂志,2019,36(4):337-341.
- [7] Centers for Medicare & Medicaid Services. ICD-10-CM/PCS MS-DRG v37 definitions manual table of contents [EB/OL].(2019-08-21)[2019-09-05].<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/MS-DRG-Classifications-and-Software.html>.
- [8] 刘子琼,单苗苗.医疗保险支付方式:国际经验与启示[J].卫生软科学,2019,33(8):64-70.
- [9] 黄山,夏聪,谭剑,等.基于量化的绩效考核模式在美国的应用及其启示[J].卫生经济研究,2017,34(7):21-24.
- [10] 刘瑞莲,苗迎春.美国医疗照顾计划的费用控制研究:基于《患者保护与平价医疗法案》视角[J].中国物价,2017(5):59-62.
- [11] 蔡红兵,汪梦碧,龚时薇.美国医疗保险的创新支付模式:捆绑支付的实施效果与经验分析[J].中国卫生经济,2017,36(2):94-96.
- [12] 顾昕,郭科.从按项目付费到按价值付费:美国老人医疗保险支付制度改革[J].东岳论丛,2018,39(10):79-87.
- [13] Centers for Medicare & Medicaid Services. Bundled payments for care improvement advanced (BPCI advanced) voluntary bundled payment model[EB/OL].(2019-01-10)[2019-09-05].<https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/bundled-payments-care-improvement-advanced-bpci>

# 澳大利亚药品安全治理研究及对我国的启示<sup>△</sup>

陈佳妮\*, 陈永法<sup>#</sup>(中国药科大学国际医药商学院, 南京 211198)

中图分类号 R951 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2020)05-0549-05

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2020.05.09

**摘要** 目的:为改进我国药品安全治理相关支撑体系提供借鉴。方法:通过分析澳大利亚药品安全治理的主要方式、特点及成效,初步提出建设我国药品安全治理制度的建议。结果与结论:澳大利亚主要通过联邦和州/领地政府进行分工合作、与不同相关主体分别开展政策磋商、基于产业发展水平引导产业主体自律、支持行业参与药品广告监管等方式开展药品安全治理;澳大利亚药品安全治理具有搭建信息共享平台而增加政府工作透明度、开展针对性教育提高参与主体治理能力等特点;取得了药品召回事件发生状况显著改善、利益相关者对药品监管部门沟通活动的满意度大幅提升等成效。相较之下,我国相关主体参与药品安全治理的意识和能力尚不强,保障这些主体参与的制度也尚未健全。建议通过更加注重上下级政府部门之间的沟通互动、对非政府主体负责人开展针对性宣教或培训、落实非政府主体的政策磋商权利以及基于行业主体的自我管理引导其自律等方面,初步构建我国的药品安全治理体系,提高治理效率。

**关键词** 澳大利亚;药品安全;治理体系;启示

## Research on Drug Safety Governance in Australia and Its Enlightenment to China

CHEN Jiani, CHEN Yongfa (School of International Pharmaceutical Business, China Pharmaceutical University, Nanjing 211198, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To provide reference for improving the supporting system of drug safety governance in China. METHODS: Through analyzing the main ways, characteristics and effectiveness of drug safety governance in Australia, the suggestions for building drug safety governance system in China were put forward initially. RESULTS & CONCLUSIONS: The methods of Australia's drug safety governance are to conduct division of labor between the federal and state/territory governments,

- advanced-voluntary-bundled-payment-model.
- [14] Centers for Medicare & Medicaid Services. *Electronic submission of medical documentation (ESMD)* [EB/OL]. (2019-05-14) [2019-09-06]. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Computer-Data-and-Systems/ESMD/Downloads/RC-Implementation-Guide-NET-for-AR2019070.pdf>.
- [15] 李菲. DRGs 在医院医疗费用支付中的应用研究:基于英国、德国和美国的实证分析[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(1):32-37.
- [16] 常峰, 纪美艳, 张舰云. 国外医疗保险支付方式及启示[J]. 中国医药工业杂志, 2017, 48(6):936-942.
- [17] CHILINGERIAN J. *Origins of DRGs in the United States: a technical, political and cultural story*[EB/OL]. (2008-08-14) [2019-09-05]. [https://www.researchgate.net/publication/286656118\\_Origins\\_of\\_DRGs\\_in\\_the\\_United\\_States\\_A\\_technical\\_political\\_and\\_cultural\\_story](https://www.researchgate.net/publication/286656118_Origins_of_DRGs_in_the_United_States_A_technical_political_and_cultural_story).
- [18] SMITH DG. *Paying for medicare: the politics of reform* [M]. New York:Routledge, 2017:18.
- [19] MAYES R. The origins, development, and passage of medicare's revolutionary prospective payment system[J]. *J Hist Med Allied Sci*, 2006, 62(1):21-25.
- [20] 杨志勇. 里根与特朗普税制改革的比较分析及对中国的启示[J]. 国际经济评论, 2018(3):47-63, 65.
- [21] 汤斐斐, 孔运生. 国内外医疗保险费用支付方式的改革与思考[J]. 中国农村卫生事业管理, 2016, 36(8):969-972.
- [22] 袁国栋, 顾昕. 政府对医疗服务价格的管制:美国经验对我国医改的启示[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(12):109-112.
- [23] 肖柳珍. 美国管理式医疗保险与传统医疗保险的比较与借鉴[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26(11):871-876.
- [24] 尹小兵, 钱瑾, 梅秋瑜, 等. 医院安全文化与护理人员不良事件上报的相关性研究[J]. 护理研究, 2013, 27(6):546-549.
- [25] 张涛. 美国医疗保障运行机制及其对中国医疗体制改革的借鉴研究[D]. 北京:北京交通大学, 2013.
- [26] 张文宗. 试析当前美国社会活力的困境及走势[J]. 现代国际关系, 2012(2):8-14, 21.
- [27] 于平平, 刘汉强, 杨尚琳, 等. 美国医疗《道歉法》及其启示[J]. 医学与法学, 2019, 11(4):59-62.
- [28] 王勋. 美国医疗责任保险制度研究[D]. 上海:上海交通大学, 2014.

△ 基金项目:国家社会科学基金一般项目(No.15BZZ052);中国药科大学“双一流”学科创新团队建设项目(No.CPU2018GY40)

\* 硕士研究生。研究方向:医药政策与法规。电话:025-86185038。E-mail:cjn2610@163.com

# 通信作者:教授,博士生导师,博士。研究方向:国内外药事法规与药品评价。电话:025-86185038。E-mail:cyf990@163.com

(收稿日期:2019-09-14 修回日期:2019-11-30)  
(编辑:刘明伟)