

美国责任保健组织的发展及启示

朱 坤* 张小娟

中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】为提高卫生服务的质量和效率,美国在可支付保健法案框架下探索建立责任保健组织。本文综述了美国在建立责任保健组织过程中,卫生服务体系的整合形式、支付方式改革等主要做法,在保证医疗服务的连续性、实现资源和信息共享、促使供方主动参与、加强对医生管制等方面积累了经验,但发展责任保健组织也面临一些挑战,在机构规模、支付方式改革的全面推进、潜在垄断、患者归属和信息共享等方面存在问题。最后提出,在我国卫生服务体系整合的过程中,要使医疗服务机构成为整合主体和核心,建立相应的激励机制,平衡费用、质量和效率之间的关系,防止出现供方垄断,以及建立完善的信息系统等。

【关键词】整合医疗;支付;质量;效率;费用

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.12.009

The development of Accountable Care Organizations in the US and its implications for China

ZHU Kun, ZHANG Xiao-juan

Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】In order to improve the quality and efficiency of health service, Accountable Care Organization was emerged under the framework of Patient Protection and Affordable Care Act in the United States. This paper reviewed the characteristics of health delivery integration and payment reform during the development of ACO. Some experiences were summarized as below: ACO can make sure that health service should be continuous and be patient-centered; resources and information should be shared to improve efficiency; incentive mechanism should be built to make providers participate initiatively; regulations on doctors should be strengthened. While some challenges emerged simultaneously such as scale of ACO, general advancement of payment reform, potential monopoly, patient attribution and information sharing. Finally, some implications were given to China's integration of health delivery: health providers are the key partner to achieve integrated care; appropriate incentive mechanism is the premise and foundation to integrate health delivery system effectively; cost containment, quality improvement and efficiency should be balanced during the integration of health delivery; provider monopoly should be prevented while integrating health delivery system in order to avoid higher health service price and inappropriate growth of health expenditure; perfect information system is an important element of health system reform and its sustainable development.

【Key words】Integrated care; Payment; Quality; Efficiency; Expense

美国是世界上人均卫生费用最高的国家,2011年卫生总费用占GDP的比例高达17.6%^[1],但公民健康水平却与其投入并不匹配。美国卫生保健系统长期存在医疗费用高、服务质量相对不高、服务提供碎片化等问题。为解决这些问题,2010年美国通过可支付保健法案(Affordable care act, ACA)将责任保健组织(Accountable care organizations, ACO)引入Medicare。^[2]

1 背景

美国大多数公共和私立健康保险均采用按项目付费的方式,导致过度医疗,增加了病人和支付方的负担。同时,美国医生执业相对独立,医生之间不能充分共享病人信息和协调诊疗措施,重复诊疗现象时有发生。多年前部分组织尝试鼓励初级保健医

* 作者简介:朱坤,男(1973年—),博士,副研究员,主要研究方向为农村卫生与医疗保障。E-mail:zhukun@imicams.ac.cn

生、专科医生和医院形成联合体,共同为病人提供综合性卫生服务,如凯撒医疗集团(Kaiser Permanente),梅奥医院集团(Mayo Clinic)和克里夫兰临床医院(Cleveland Clinic)等。这些组织通过制定内部诊疗规范等措施确保提供者之间协同合作,避免过度医疗,进而改进服务质量和效率。^[3]

除以上医院集团外,美国一些医生、医院和保险公司也曾尝试对医疗服务提供进行整合。为能够在一定限额内提供更好的服务,20 世纪 70 年代,很多医生与医院联合起来成立保险机构,或同保险机构签订合同,采用按人头支付方式为参保人群提供全方位服务。但是,很多居民对限制就医选择表示反对。随后,1973 年健康维护法案(Health Maintenance Act)通过并实施,管理保健(Managed Care)逐渐成为主流,健康维护组织(Health maintenance organizations, HMO)作为管理保健和控制成本的一种方式得到重视。虽然管理保健和 HMO 的目的是降低成本,但由于供方抵制法案,同时鼓励病人拒绝 HMO 的干预,不但没有实现费用控制目标,而且还影响了服务质量。20 世纪 90 年代,提供方和患者对 HMO 的反对达到顶峰,HMO 不再广泛推行。^[4]

为促进医疗服务整合并解决以上问题,ACO 随之产生。2006 年达特茅斯卫生政策和临床诊疗研究所(Dartmouth Institute for Health Policy and Clinic Practice)Elliott Fisher 和 Medicare 支付管理委员会主席 Glenn Hackbarth 联合提出了 ACO 的概念:ACO 是一种卫生服务提供组织,它将医生与其他卫生保健提供者组成一个网络,协同合作,为特定人群提供全方位服务,并改进服务质量、减少费用。^[5] Medicare 和 Medicaid 服务中心(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)将 ACO 定义为:卫生服务提供者组织为加入该组织的 Medicare 受益人提供全方位的保健服务,并对质量和费用负责。^[6]

2 主要做法

在按项目付费背景下,卫生服务提供方为获得更多收益而提供更多服务;而 ACO 改变了卫生服务提供方式,根据服务质量进行支付,消除了过度医疗的动机。此外,保险方将一部分风险转移给 ACO, ACO 通过承担一部分风险来获得相应奖励。因此,

这有助于 ACO 提高质量,控制费用,促进保险方和提供方合作。ACO 形式多样,并无严格标准,可能包括不同形式的卫生服务提供者,如综合性卫生服务提供系统、初级保健小组、医院系统、独立执业的医生网络等。^[7]

2.1 以供方为主体探索多层次的整合

不同形式的 ACO,有不同的掌控者。ACO 的掌控者,控制大部分的资金结余。掌控者可能是医生,他们与医院签约或者隶属于医院,控制市场上的资金流动;也可能是医院,他们雇佣医生。不同的掌控者,采用不同的整合形式。^[8]

ACO 的整合包括三个层次:完全整合、部分整合和契约式整合。不同层次的整合各有优劣,特定的卫生保健组织结构决定了整合水平。

完全整合,即整合后机构共享所有权和雇佣权。这种形式的整合具有强大的市场支配能力和谈判能力,因而能够更好地满足 ACO 标准。另外,这种组织能够支付得起 ACO 要求的大量投资,严格的集中式领导和明确的等级控制能够保证严谨决策,实现服务的高质量和高效率。^[9-10]

部分整合主要通过联合运营实现,这类组织可能存在一些财务上的整合,但更多的是临床合作。但在验证质量改进和成本控制的效果方面,这种整合形式还存在诸多困难。^[8-9]

契约式整合通过签订合作协议实现,协议中明确整合的具体内容。这种整合形式富有灵活性,可以长期整合也可以短期整合,但不可能实现保健和管理的充分协调。^[8-9]

2.2 改革支付方式促进体系整合

支付方式改革对于实现 ACO 的预期目标至关重要,通过支付方式改革可以引导供方行为,激励医生提高服务质量,降低医疗费用。美国在探索体系整合过程中,始终伴随着支付方式改革。ACO 支付方式改革主要有以下几种:共享结余项目、基于不同治疗阶段的捆绑支付(Bundled Payments for Episodes of Care)、总额预付或部分封顶(Partial Caps)等。

2.2.1 共享结余项目

共享结余项目中,供方可通过提供高质量和高效率的服务而获得奖励。支付方将 ACO 病人的费用与该病人以前或未参与 ACO 的相似病人的费用进行

比较,如果 ACO 节省了费用,部分结余资金将作为奖金返还给 ACO。这部分资金在参与 ACO 的各个提供方之间如何分配由每一个 ACO 独立决定。^[11]

CMS 设计了两种共享结余方式:一是提供方进入 ACO 便承担费用超出定额的风险,目标(主要是质量和费用)实现即能获得奖励,目标未实现要受到相应的惩罚。在签约的三年内,如果结余占总费用的比例超过 2% 时,就可以分享结余,并且最多可以共享结余的 65%;同时,在费用超出定额时要偿还相应费用。二是提供方前两年不承担风险,第三年开始承担风险。当结余超过总费用的 2% ~ 3.9% (具体根据覆盖人口数量决定)时才能分享结余,并且最多可以共享结余的 52.5%。^[12]

2.2.2 捆绑支付制度

捆绑支付制度,是指对某一疾病的所有服务或者某一病程 (episode of care) 的部分服务进行支付。捆绑支付之前要确定预算,如果服务成本低于预算,提供方有获得收益的机会;如果成本高于预算,提供方需要承担相应损失。捆绑支付能够激励提供方提供综合性服务,促进合作,并减少不必要服务。

2.2.3 总额预付或者部分封顶

总额预付或者部分封顶,即对一定时期内为某特定人群提供的所有服务或者部分服务的 ACO 进行支付。此种支付方式与服务数量无关,ACO 承担了为覆盖人群提供所需服务的医疗风险,但支付方也会根据覆盖人群的年龄、健康状况等进行调整,以避免 ACO 承担“保险风险 (insurance risk)”。尽管如此,这种支付方式仍给提供方带来了一些风险,如难以仅仅通过改善质量和效率就能控制的风险。^[11]

2.3 患者就医自主权仍然保留

与 HMO 不同,加入 ACO 后患者的就医自主权没有受到影响。如果患者主要在某一机构就诊,就被“分配 (assigned)”到这一机构;如果患者主要在 ACO 的某一初级卫生保健医生处就诊,那么就属于这个初级卫生保健医生所属的 ACO。^[13]虽然要求每个初级卫生保健医生只能隶属于一个 ACO,但由于患者不需在 ACO 注册,因此患者既可以在不同的 ACO 获得服务,也可以不在 ACO 获得服务,甚至有些患者根本不了解 ACO 的存在。

3 经验与挑战

3.1 经验

3.1.1 以患者为中心,保证卫生服务的连续性

ACO 改变了卫生服务提供现状,将分散、不连贯的卫生服务系统整合为协调合作的系统,有助于纠正卫生服务提供的碎片化。通过整合家庭医生 (全科医生)、专科医生和医院等主要的卫生服务提供方,保证患者得到连续性的卫生服务,体现了以患者为中心的价值取向。

ACO 允许病人按照自己的意愿选择卫生服务机构和医生,保证了居民就医选择权。让居民参与管理自己健康,减少了不必要的卫生支出和资源浪费;通过增加预防保健以及其他措施来维护健康,患者满意度增加。

3.1.2 建立了供方主动参与的激励机制,提高服务效率

ACO 实现了支付方式改革与卫生服务体系整合的有机结合。通过支付方式改革,ACO 建立了利益共享和分担机制;以供方为整合的动力和主体,促使资源和信息共享,共同承担风险,共享成本结余。这在一定程度上促使供方主动参与,增强了供方提供整合卫生服务的积极性,提高了卫生服务的效率。^[13]

3.1.3 实现费用控制和质量改进的平衡

与以前管理保健过度关注费用控制不同,ACO 尽量平衡费用控制和质量改进。通过鼓励对健康进行支付,有助于防止过度医疗,控制费用上涨,节约卫生资源。ACO 在关注费用控制的同时要求供方持续改进质量,较好地实现了质量和费用之间的平衡。

3.1.4 加强了政府对医生的管制

ACO 的发展会增加政府管制,尤其是对医生执业的管制。^[14]医生在分散的诊所执业使得一些中央机构比如 Medicare 对其监管很难,一旦医生加入 ACO,Medicare 可以针对整个 ACO 进行监管^[15],从而对医生的临床决策产生更多影响。

3.2 挑战

理论上,ACO 是解决卫生服务提供碎片化比较有力的途径。^[16]通过良好的信息系统、完善的补偿机制、互相补充的卫生服务机构的纵向整合,能够减少医疗事故、避免重复检查、协调各种因素,从而提高

效率和质量,实现以病人为中心。^[17]但 ACO 在实践过程中,仍面临一些问题和挑战。

3.2.1 规模较小的机构难以参与 ACO

支付方需要收集病人服务利用和费用信息,通过卫生服务质量和人群健康状况等指标对 ACO 进行绩效评估。这需要大量资金支持以建立信息系统和其他基础设施,CMS 估计需要 180 万美元。^[18]许多规模较大的医疗机构可以满足信息系统建设所需的资金支持^[19],但独立或小组执业的医生资金缺乏,不能发展信息技术或开展技术培训^[20],这对 ACO 的可持续发展形成了挑战。对资本和管理支持的要求使得规模较小的卫生保健机构被淘汰出局,规模较大的医院和卫生系统更有可能成为 ACO 的一员。^[21]

3.2.2 短时间内支付方式改革难以全面推开

ACO 要成功转变卫生服务提供方式,要求大多数支付方(政府、保险公司)进行支付方式改革,但美国有众多的医疗保险基金,不同的医保基金采用不同的支付方式,短时间内支付方式改革难以全面推开。如果只有少数支付方采用新的支付方式,其他仍采用按项目付费,那么不可能改变供方行为。另外,供方之间如何分配结余资金也存在问题,如分配比例在初级保健医生和专科医生之间、在不同卫生服务提供者之间如何确定,仍然存在争议。^[5]

3.2.3 卫生机构的整合可能形成垄断并加剧卫生费用上涨

美国卫生保健市场碎片化和过于集中问题共存。^[22]有证据表明卫生保健市场过于集中是导致医疗保险费用上涨的主要因素,20 世纪 90 年代医院合并导致住院服务费用至少增长了 5%,而那些距离较近的医院合并后导致费用上涨 40% 以上。^[23]而 ACO 将卫生机构整合起来,会形成巨大的市场力量。^[24]因此有人质疑 ACO 的目的可能不是为了节约成本而是为了加强与保险方谈判的能力。^[25]有研究提出,ACO 规模扩大以及知名度提升,会带来定价权的增大。^[26]保险方担心随着 ACO 规模日益增大,可能迫使自己提高报销水平。并且,由于 ACO 取代保险方对保健服务进行管理并获得相应的经济奖励,保险方临床方面的作用和基金收益会减少。^[15]

3.2.4 患者归属问题影响 ACO 的进一步实施

如何确定患者归属问题对 ACO 能否成功实施有

重要影响。根据最近一段时间内患者所接受服务的初级卫生保健医生将其归于不同 ACO 的做法,目前存在诸多争议。一些很少利用 ACO 服务的患者(很健康而很少看医生或者病情很重而直接看专科医生)难以确定如何分配。^[26]另外,ACO 在了解病人归属于哪一个 ACO 组织方面存在滞后性。CMS 规定患者可以自由选择 ACO 之外的医生和医院,对于这个规定,不同的提供者有不同的态度,有些提供者认为可行,但有些认为对那些不受他们管辖的患者负责,有很大难度。^[11]

3.2.5 卫生信息共享有待加强

ACO 需要良好的信息系统向 Medicare 和 Medicaid 服务中心报告服务质量,同时 Medicare 的信息也需要被迅速、高效地共享。但 ACO 并不能将参与者限定到既定的服务提供方,而且还要对患者 ACO 外获得的服务负责。如果关于外部服务利用的信息缺失,那么 ACO 可能会面临经济风险,并最终影响临床质量。因此,Medicare 应尽快提供可用的数据信息,但这需要了解有多少病人在 ACO 以外获得了多少服务。^[27]

4 对我国的启示

我国正面临着疾病谱的变化、医药技术创新和卫生费用快速增长的挑战,这必然要求我国对卫生服务体系进行整合。优化资源配置、扩大服务供给、转变服务模式、提升服务效率,确保人民群众得到安全、有效、优质、连续的基本医疗卫生服务一直是我国卫生系统和社会各界关注的重要问题。美国引入 ACO 对我国卫生服务体系整合有以下启示。

4.1 医疗服务机构是卫生服务体系整合的主体和核心

美国在实施 ACO 过程中,始终以医疗服务机构作为主体进行资源整合。我国的北京、上海和江苏镇江等地正在积极探索卫生资源的有效整合^[28],在探索过程中各地应体现医疗服务提供者在卫生服务体系整合中的核心地位,充分尊重各级卫生服务机构的意愿,鼓励各级卫生服务机构主动参与体系整合而不是“被整合”。

4.2 合理的激励机制是确保卫生服务体系有效整合的前提和基础

改革支付方式、建立激励机制是美国 ACO 成功

整合相关卫生服务机构的前提和基础。我国在进行卫生服务体系整合时应有合理的激励机制作为支撑,保证体系整合的有效性和持续性。新一轮医改中,我国多地在探索卫生服务体系的整合,但是对于如何通过合理的激励机制促进体系整合关注不够^[28],因此,在未来的卫生服务体系整合过程中,财政、卫生和医保等部门需出台相应的配套政策,建立健全激励机制,实现卫生服务机构间的有效整合。

4.3 控制费用、提高质量和效率,既是卫生服务体系整合的目的,又是衡量整合是否有效的重要标准

ACO的初衷是通过体系整合达到控制费用、改进质量和提升效率的目标,这也是衡量ACO是否成功的重要标准。我国正在进行的卫生服务体系整合,有些地区在强调费用控制的同时,却忽略了卫生服务的质量和效率。因此,在后续的体系整合过程中,各地应妥善处理好费用控制、服务质量和效率提升之间的关系,使患者在得到高质量、高效率卫生服务的同时,有效控制医疗费用的上涨速度。

4.4 防止形成供方垄断,提高医疗服务价格,推动卫生费用的不合理上涨

鉴于卫生服务提供的地域性和不可移动性,卫生服务体系整合过程中有可能形成供方的寡头垄断,从而提升医疗服务价格,进而推动卫生费用的不合理上涨;因此我国在进行卫生服务体系整合时应尽量避免寡头垄断的形成,尤其要注重建立合理的医疗服务价格形成机制,防止由于供方的寡头垄断推动卫生费用的快速上涨。

4.5 完善的信息系统是卫生服务体系改革和可持续发展的保障

完善的信息系统是ACO组织建立的必要条件。具有完善的信息系统,才能及时准确地评价ACO提供服务的质量和费用,进而建立合理的激励机制,促进ACO组织提高质量,降低费用。为促进卫生服务体系整合,我国应加强卫生信息系统建设,发挥其基础性保障作用。

参 考 文 献

[1] World Health Organization. World Health Statistics 2012

[R]. 2012.

- [2] Patient Protection and Affordable Care Act § 3022 and § 10307[Z]. 2010.
- [3] Merlis M. Health Policy Brief: Accountable Care Organizations[J]. Health Affairs, 2010, 7: 27.
- [4] Drew C. Accountable Care Organizations Series: Why Are ACOs? [J]. Health capital, 2011, 4(5).
- [5] Angelo E J. Accountable care organizations are they the right answer? [J]. Nursing Management, 2011(2): 21-24.
- [6] Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare“Accountable Care Organizations”Shared Savings Program—new Section 1899 of Title XVIII, preliminary questions and answers [EB/OL]. (2010-12-13) [2012-09-10]. <https://www.cms.gov/OfficeofLegislation/Downloads/Accountable-CareOrganization.pdf>.
- [7] McClellan M, McKethan A N, Lewis J L, et al. A national strategy to put accountable care into practice [J]. Health Affairs(Millwood), 2010, 29(5): 982-900.
- [8] Kocher R, Nikhil R, Sahni B S. Physicians versus Hospitals as Leaders of Accountable Care Organizations [J]. The New England Journal of Medicine, 2010, 363(27): 2579-2582.
- [9] Hastings D A. Constructing Accountable Care Organizations: Some Practical Observations at the Nexus of Policy, Business, and Law[J]. Health Law Reporter, 2010, 19(25): 1-3.
- [10] Drew C. Accountable Care Organizations Series: Where Are ACOs? [J]. Health capital, 2011, 4(8).
- [11] Geilfuss C F, Gray R M. Accountable Care Organizations: Promise of Better Outcomes at Restrained Costs; Can They Meet Their Challenges? [J]. BNA's Health Law Reporter, 2010, 19(956): 1-5.
- [12] Meyer H. Accountable Care Organization Prototypes: Winners and Losers? [J]. Health Affairs, 2011, 30(7): 1227-1231.
- [13] Luft H S. Becoming Accountable — Opportunities and Obstacles for ACOs [J]. The New England Journal of Medicine, 2010, 363(15): 1389-1391.
- [14] Crosson F J. The Accountable Care Organizations; Whatever Its Growing Pains, The Concept is Too Vitally Important to Fail[J]. Health Affairs, 2011, 30(7): 1250-1255.
- [15] Gottlieb S. Accountable care organizations: the end of innovation in medicine? [R]. Washington DC: American Enterprise Institute, 2011.
- [16] Elhauge E. The Fragmentation of US Health Care [M].

New York: Oxford University Press, 2010.

- [17] Enthoven A C, Tollen L A. Competition in health care: It takes systems to pursue quality and efficiency [J]. Health Affair (Millwood), 2005 (supplement Web exclusives): W5420-W5433.
- [18] Fishman L E. Letter from AHA to CMS Regarding Advanced Payment Initiative. 2011, 6: 3-4.
- [19] Minott J, Helms D, Luft H, et al. The group employed model as a foundation for health care delivery reform [R]. New York: The Commonwealth Fund, 2010.
- [20] National Committee for Quality Assurance. Supporting small practices: Lessons for health reform [EB/OL]. (2009-08-17) [2012-09-10]. http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/CLAS/Briefing/Small_Practices_Report.pdf.
- [21] Rittenhouse D R, Grumbach K, O'Neil, et al. Physician organization and care management in California: from cottage to Kaiser [J]. Health Affair, 2004, 23(6): 51-62.
- [22] Greaney T L. Competition policy and organizational fragmentation in health care [J]. University of Pittsburgh Law Review, 2009, 71: 217-239.
- [23] Williams C H, Vogt W B, Town R. How has hospital con-

solidation affected the price and quality of hospital care? [R]. New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation, 2006.

- [24] Greaney T L. Accountable care organizations—the fork in the road [J]. The New England Journal of Medicine, 2011, 364(1): e1.
- [25] Richman B D, Schulman K A. A cautious path forward on accountable care Organizations [J]. JAMA, 2011, 305(6): 602-603.
- [26] Berenson R A, Ginsburg P B, Kemper N. Unchecked provider clout in California foreshadows challenges to health reform [J]. Health Affair (Millwood), 2010, 29(4): 699-705.
- [27] Krieger L M. Obama Care is already damaging health care [N/OL]. Wall Street Journal, (2011-02-23) [2012-09-10]. <http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704635704575604751500803046.html>.
- [28] 代涛, 韦潇, 王芳, 等. 医药卫生体制改革评价研究 [R]. 2012.

[收稿日期:2012-09-17 修回日期:2012-11-17]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

欢迎订阅 2013 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R。2011 年入选中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践

者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670