

# 基于竞争的合作：美国责任制医疗组织发展中的利益协调与启示

龚秀全\* 周 薇

华东理工大学社会与公共管理学院 上海 200237

**【摘要】**医疗资源的整合是利益重新调整的过程,只有平衡好各方利益,才能实现医疗资源的有效整合。责任制医疗组织(ACOs)是美国最热门的医疗模式。ACOs 组建和运行中,在发挥市场配置资源的基础上,政府发挥了管理与引导作用。政府通过共享节余和风险分担来激励医疗服务提供者加强合作,强化对医疗质量的监控并赋予患者就医的自由选择权,加强对患者的保护,并开展反垄断调查,赋予 ACOs 竞争压力。借鉴 ACOs 的发展经验,我国建立整合型医疗服务体系,应在发挥市场配置资源的基础性功能基础上,有效发挥社会医疗保险的购买功能,强化对医疗机构和医务人员的激励、引导、约束和监督。

**【关键词】**ACOs; 利益协调; 基于竞争的合作; 整合型医疗; 社会医疗保险  
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.03.006

## Competition-based cooperation: Reconciliation of interests in Accountable Care Organizations in the United States

GONG Xiu-quan, ZHOU Wei

School of Social and Public Administration, East China University of Science and Technology, Shanghai 200237, China

**【Abstract】**The integration of medical resources is essentially the process of readjusting interests, and only when the interests of all parties are balanced, the effective integration of medical resources will be achieved. ACOs are now the most popular medical model for integrating medical resources in the United States. In the formation and operation of ACOs, the government has played a role of management and guidance on the basis of market allocation of resources. By the way of savings and risks sharing, the government encourages medical service providers to enhance collaboration and coordination, and strengthening patient protection by improving the medical service quality control, empowering patients' freedom of choice of health care suppliers, and launching anti-monopoly investigations for the purpose of putting a competitive pressure on ACOs. The development of ACOs might have certain reference significance for China to integrate medical resources. To establish an integrated medical care system in China, on the basis of the basic role of the market allocation of resources, the department of social medical insurance should effectively play the role of medical insurance purchaser, strengthening encouragement, guidance, and restraint of and supervision to medical institutions and medical staff.

**【Key words】**Accountable Care Organizations; Interest reconciliation; The cooperation based on the competition; Integrated medical care; Social medical insurance

### 1 问题的提出

我国医疗服务体系存在多而散弱、竞争而无序、分层却断裂等一系列“非整合性”和服务“碎片化”问题<sup>[1]</sup>,构建整合型卫生服务体系是新医改的必经之

路<sup>[2]</sup>。国务院办公厅印发的《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》和《“健康中国2030”规划纲要》明确提出,我国要构建整合型医疗卫生服务体系,推动健康服务从规模扩张的粗放型发展转变到质量效益提升的绿色集约式发展。当前我国医

\* 基金项目:国家社会科学基金项目(13CGL139)

作者简介:龚秀全,男(1975年—),博士,副教授,主要研究方向为社会保障理论与卫生政策。E-mail:gongxiuquan@126.com

疗资源整合效果并不理想。毫无疑问,医疗资源的整合是利益重新调整的过程,只有平衡好各方利益,才能实现医疗资源的有效整合。但是,当前对如何发挥政府和市场功能,构建有效的整合机制以协调各方利益缺乏深入研究。

在国际上,各国为提升医疗资源利用效率,也纷纷进行改革,在注重发挥市场作用的同时通过政府的管理与引导,促进医疗服务提供者的整合。2010年,美国出台的《患者保护与平价医疗法案》是自1965年美国老年医疗保险和医疗救助法案建立以来对医疗保健系统做的最重要的改变。在这一法案中,责任制医疗组织(Accountable Care Organizations, ACOs)扮演着核心作用,如今是美国最热门的医疗模式。<sup>[3]</sup>截至2016年1月,50个州和华盛顿哥伦比亚特区均建立了ACOs,共计838个,覆盖受益人数达2830万。同时,ACOs有效降低了医疗成本,并提升了医疗质量。<sup>[4]</sup>

本文旨在对 Medicare 合同 ACOs<sup>①</sup> 的组建与运行中,美国政府和医疗保险与医疗救助服务中心(Center for Medicare and Medicaid Services, CMS)如何完善功能定位以平衡各方利益进行研究,为我国构建整合型医疗服务体系提供经验借鉴。

## 2 ACOs 建立的背景与特点

### 2.1 ACOs 的建立背景

根据美国医疗保险和医疗补助服务中心(Centers for Medicare & Medicaid Service, CMS)的定义,ACOs是由医生、医院和其他医疗保健提供者组成的团体,他们自愿为其所服务的 Medicare 患者提供整合的高质量医疗服务。通过整合医疗,确保患者特别是慢性病患者在正确的时间得到正确的医治,避免不必要的重复服务和预防医疗错误。当 ACOs 成功地提供高质量的医疗和更明智支出医疗费用时,它将分享其实现的医疗保险计划的节余。ACOs 力图实现三个目标,即为病人群体提供高质量的医疗服务,促进人口健康和降低医疗费用。

美国发展 ACOs,主要是基于以下3个方面的原因。

首先,基于对碎片化医疗服务体系和按项目付费存在问题的认识。美国几乎三分之一的医生是个体从业或两人合伙从业,3~5人合伙从业占15%,

6~50名医生组成的团队占19%。<sup>[5]</sup>这种“家庭作坊”式的医疗服务体系不利于进行有效的医疗管理,并且通常太小,无法支持使用电子信息技术和建立多学科医疗团队。<sup>[6]</sup>在付费方面,美国 Medicare 主要采取按服务项目付费。这种付费设计以服务为基础,提供基本无上限的补贴,导致医疗保健支出的快速扩张,激励医疗服务提供者提供额外的服务以增加其医疗收入。按服务项目付费不利于医疗服务提供者协调性提供医疗服务,更不利于慢性病的管理。<sup>[7]</sup>国家卫生改革立法一致认为这种医疗保健支付系统既无效也不可持续。

其次,吸取了过去管理式医疗改革的经验后谋求新的变革。美国管理式医疗在20世纪70年代和80年代得以快速发展。90年代中后期,因医疗成本快速上升,保险公司通过按人头付费的方式强化了对医疗支出的控制。管理式医疗(主要是HMOs)要求患者在医疗服务网络内获得医疗服务,医疗保险公司在把许多医生排除在网络外的同时和网络内医生讨价还价,并授权初级保健医生作为看门人,对医生需要提供的许多检查和治疗需要事先授权。虽然管理式医疗节约了医疗费用支出,但是,节约的医疗费用并不是由于对医疗服务的管理而形成,而是由于降低了医生服务价格和床位数。医生反过来诋毁管理式医疗,经常指责管理式医疗保险公司禁止他们提供必要的服务,医生和患者均对管理式医疗持反对态度。<sup>[8]</sup>时至今日,大多数管理式医疗组织消失了,只有少数成功的仍在坚持。

最后,示范项目的成功。2005—2009年,CMS赞助医生群体通过竞标建立了10个ACOs示范项目。在这5年的项目示范中,这10个ACOs实现了事先设定的大部分医疗质量目标,并且通过管理控制慢性病实现了3870万美元的节余。<sup>[9]</sup>

### 2.2 ACOs 的特点

虽然 ACOs 和管理式医疗均力图激励医疗服务提供者减少不必要的医疗服务,降低医疗成本,但两者之间存在显著差异。(1)目标不同。管理式医疗的主要目标是降低医疗成本,通过减少付款强迫医生和医院改变医疗模式,但对医疗服务质量重视不够。ACOs则是集约医疗资源利用促进人们健康,强化对医疗质量的监控,如果要获得共享节余必须达

① 美国除了 Medicare 合同 ACOs 以外,还有各种类型的商业医疗保险 ACOs。本文主要分析 Medicare 合同 ACOs。

到质量要求,在提升质量的基础上降低成本。(2)组织方式不同。管理式医疗一般由保险公司发起,医疗服务提供者与管理式医疗组织是合同关系,医生在管理决策中是局外人。ACOs 则主要是由医疗服务提供者组织建立,至少 75% 的管理人员是医疗服务提供者,并且还包含受益人代表。<sup>[10]</sup>(3)服务方式不同。管理式医疗往往采取拒绝医生提供某些医疗服务的方式来节约医疗资源。因 10% 的慢性病患者使用了三分之二的医疗资源,ACOs 倾向于主动为长期慢性病患者提供门诊服务,以降低他们的急诊医疗服务,减少住院率和专科服务。<sup>[11]</sup>(4)就医选择不同。管理式医疗属于封闭型网络,患者只能在网络内就医。而 ACOs 患者可以自由选择医疗服务提供者,ACOs 只有通过提高医疗服务质量才能留住患者在网络内就医,更容易被患者所接受。(5)资源整合关系不同。管理式医疗不同服务提供者之间缺乏对患者信息的共享,也没有形成正式的组织关系,难以建立有效的合作。ACOs 建立了正式的组织关系,能全面分享患者的健康和治疗信息,整体共享医疗资源节余收益和承担风险,因而医疗服务提供者之间能有效地加强合作,建立紧密型的资源整合关系。

### 3 ACOs 在组建和运行中的利益协调

#### 3.1 对组建 ACOs 的激励约束

由于不同医疗服务提供者所处市场环境、自身的条件和实力存在差异,CMS 针对医疗服务提供者在资源整合方面所处阶段不同,试点初期设计了三种类型的 ACOs 项目: Medicare 共享节余项目 (Medicare Shared Savings Program, MSSP)、预付款 ACOs (Advanced Payment ACO Model) 以及先锋 ACOs (Pioneer ACO Model),并分别制定了不同的激励约束措施。

MSSP 旨在帮助 Medicare 的按服务收费 (Fee-for-service) 项目的医疗服务提供者转变为 ACOs。符合相应条件的医院、医疗服务提供者可以通过建立或者参与 ACOs 加入 MSSP。预付款 ACO 是对于 MSSP 中特定参与者的补充性激励项目,其主要是为那些没有资金来发展整合医疗所需的基础设施和员工的医疗服务提供者而设立。先锋 ACO 则是专门为已经有整合医疗经验的健康护理组织和提供者而设计的项目。这三种不同类型 ACOs 项目的特点比较如表 1 所示。

表 1 三种不同类型 Medicare ACOs 项目的特点比较

项目类型	参加对象	运行机制
MSSP	符合条件的 Medicare 中的按服务收费项目的医疗服务提供者	Medicare 根据按服务付费受益人 A 部分和 B 部分的支出以及受益人的特点设定费用基准,根据各 ACO 的医疗实践经验的层次不同以及共担损失的意愿高低,有两个模型和三条路径可供 ACOs 选择,不同模型与路径下 ACOs 共享节余和共担损失比例不同。最终共享节余与共担损失比例取决于 ACOs 的质量措施 (quality measure) 得分。
预付款 ACOs	MSSP 中没有足够资金来发展整合医疗所需的基础设施和员工的医疗服务提供者	预付款 ACOs 的参与者会收到三笔不同类型的预付款。CMS 会通过抵消 ACOs 产生的节余来回收预付款。如果 ACOs 在第一次共享节余项目中没有产生足够的节余来抵消预付款,那么 CMS 会在下面两年中继续对于节余进行抵消。如果 ACOs 没有完成共享节余项目或者是费用使用不符合规定,那么 ACOs 会回收所有的预付款。
先锋 ACOs	已经有比较丰富的整合医疗经验的健康护理组织和医疗服务提供者	在三年的合同期中,先锋 ACOs 前两年遵循共享节余和共担损失模型,ACOs 在为 Medicare 的受益人服务时,既可以共享节余,也需要共担损失。在第三年,满足项目要求的先锋 ACOs 模型可以转型为以人口为基础支付模型 (population-based model)。

Medicare 共享节余项目是“平价医疗法案”中的医疗服务体系改革举措的关键组成部分。符合下列条件的医院、医疗服务提供者均可以通过建立或者参与 ACOs 加入共享节余项目:(1) 医疗执业团体;(2) 个体执业网络;(3) 医院/专业合作伙伴;(4) 医院雇佣的 ACOs 专家;(5) 偏远地区医院;(6) 联邦合格的健康中心;(7) 农村健康诊所。与此同时,政府对建立 MSSP 提出了明确要求,必须满足以下条件:(1) 三年的参与合同;(2) 正式的法人结构;(3) 包括

初级保健医生和至少 5 000 名 Medicare 按服务项目收费的病人;(4) 向 CMS 提供的初级保健医生和专科医生的名单;(5) 与 ACO 组织外的专科医生团队签订的合同;(6) 联合决策的管理和领导机构;(7) 日常的自我评定、监督、定期进行服务报告流程,提升医疗质量,降低医疗成本和促进医疗协调的明确措施。

对于农村和那些没有资金来进行基础设施投资和培训员工的较小医疗服务提供者,CMS 则支持发

展预付款 ACOs。预付款 ACOs 针对的主要是 MSSP 中的两类组织:(1)没有任何住院设施以及年度总收入低于 5 000 万美元的 ACOs。(2)唯一的住院设施是偏远地区医院或者 Medicare 病人数比较少的乡村医院,以及年度总收入低于 8 000 万美元的 ACOs。在申请预付款 ACOs 之前,ACOs 必须首先申请 MSSP。满足上述条件之后,ACOs 会根据相应标准进行评分,同时也会根据他们如何使用这些预付款的支出计划进行评分。通过预付款 ACOs,选定的参与者可以提前收到他们预计会产生的节余,参与的 ACOs 会收到三种类型的预付款:(1)预先的、固定的付款;(2)根据 ACOs 涵盖的受益人数不同而有所差异的付款;(3)每月支付的根据 ACOs 涵盖的受益人数不同而有所差异的付款。CMS 会通过抵消 ACOs 产生的节余来回收预付款。如果 ACOs 在第一次共享节余项目中没有产生足够的节余来抵消预付款,那么 CMS 会在之后两年中继续对于节余进行抵消。如果 ACOs 没有完成共享节余项目或者是费用使用不符合规定,那么 ACOs 会回收所有的预付款。预付款 ACOs 需要定期提交资金使用报告,以便 CMS 对其进行监督。

对已经有为患者提供整合医疗经验的健康医疗组织和提供者,CMS 支持发展先锋 ACOs。发展先锋 ACOs 的目的是:(1)分析如何对 ACO 进行支付安排才能最好地改善医疗保健质量和为医疗保险产生节余;(2)测试替代项目设计,为未来的 MSSP 制定规则。先锋 ACOs 项目与 MSSP 的区别主要有三点:一是在前两年按照 MSSP 模型对先锋 ACOs 进行支付,但共享节余和共担损失水平比 MSSP 要高。二是在三年计划中,前两年符合规定的先锋 ACOs 可以转变为以人口为基础支付模型。基于人口为基础支付是按每个受益人每月支付的金额付款,旨在用预期的每月付款取代 ACOs 的部分或全部按项目支付方式。三是对先锋 ACOs 服务人口数量的要求更高,至少需要服务 15 000 个受益人(农村为 5 000 人)。

经过几年的试点,一些 ACOs 的发展日趋成熟。CMS 创新中心于 2016 年推出了下一代 ACOs 项目。下一代 ACOs 属于双边模型,具有以下特点:(1)允许参与者承担更多的财务风险和共享节余。(2)提供了更多的付费机制,包括按服务项目付费,每个受益人每月支付的服务费、以人口为基础的付费和按人头付费。(3)受益人将有更多机会获得家庭访问医疗服务,远程医疗服务和熟练的护理设施服务。

(4)患者仍可以自由选择医疗服务提供者,无需与 ACOs 签约,但允许受益人与 ACOs 提供者确认医疗提供关系,对在 ACOs 和某些特定的附属提供者获得服务的受益人提供财政奖励,降低 ACOs 服务患者的波动。(5)CMS 和 ACOs 之间有更大的合作,以改善与受益人关于 ACOs 的医疗特征和潜在好处方面的沟通。

### 3.2 对 ACOs 运行中医疗服务提供者的激励

#### 3.2.1 组织整体评估

ACOs 是一个对患者承担治疗责任的集体组织,其目的是激励医疗服务提供者考虑患者应该接受的所有医疗服务,相互协调提供连续医疗服务。<sup>[12]</sup>为激励医疗服务提供者更紧密地合作,CMS 会对 ACOs 作为整体为特定群体提供医疗服务的成本、利用率和质量指标进行评估,并据此获得奖励支付。

#### 3.2.2 按项目付费基础上的风险分担

在支付方面,CMS 还是对 ACOs 按项目付费。但不同的是,CMS 设立了一个基准价来评定 ACOs 在一个绩效年中为医疗保险是节约了资金还是损失了资金,对于控制患者(特别是慢性病患者)的整体医疗成本和医疗质量改善较好的 ACOs 会给予相当大的经济激励。在初始三年合同期,基准价格设置为 Medicare 对 ACOs 患者前三年基准期内的平均支付水平,再根据基准年开始时每个合同年份全国 Medicare 按项目付费支出增长率而调整。因在后续合同期,这一基准价的设立不利于对 ACOs 降低支出的激励,最近 CMS 建议把基准价确定为风险调整后的 ACOs 服务区域内的 Medicare 未在 ACOs 就诊的患者按项目付费的支付水平。在初始合同期后,基准价将根据历史平均支付水平和该地区经过风险调整后的按项目付费的平均支付水平共同确定,并在连续的合同期内,逐步增加区域支付水平的权重(第二期为 35%,第三期则为 70%)。因为区域支付水平是由所有医疗服务提供者共同决定的,该规则弱化了 ACOs 的基准定价和先前节约的联系,强化了对医疗服务提供者的节约激励。<sup>[13]</sup>

#### 3.2.3 自主选择性风险激励

CMS 还建立了最低节余率和最低损失率,它们都是基准的百分比。如果支付水平在最低损失率和最低节余率之间,则 ACOs 既不共享节余也不共担损失。如果支付水平超过最低损失率或最低节余率,ACOs 就需要共担损失或共享节余。同时根据 ACOs 的医疗实践经验的层次不同以及共担损失的意愿度

高低,有两个模型和三条路径可供 ACOs 选择。在单边模型中(路径 1)中,ACOs 只共享结余,而不需要共担损失。而在双边模型(路径 2、路径 3)中,ACOs 需要共享结余和共担损失。如果 ACOs 达到或者超过最低结余率,并且达到了质量绩效标准,就可以共享结余。ACOs 可以共享所有的结余,而不仅仅是超过最低结余率的部分,但是有一个上限,这个上限根据 ACOs 选择的模型和路径的不同而有所差异。路径 1 ACOs 最多获得 50% 的结余,路径 2 ACOs 最多获得 60% 的结余,而路径 3 ACOs 最多获得 70% 的结余。而双边模型中,一旦达到或者超过最低损失率,那么 ACOs 需要共担损失。路径 2 的共担损失比例为 60%,路径 3 的共担损失比例为 75%。在所有的路径中,最终实际的共享结余或共担损失的比例是根据质量评估的得分来决定的。

由于在试点中,大多数 MSSP 都是选择路径一支付模型,为鼓励更快速地进展到基于风险绩效的支付模型,2016 年, CMS 创新中心宣布了一个新的支付模型,即 Medicare ACO 路径 1 + 模型,主要是降低路径 2 和路径 3 的下行风险(表 2)。

表 2 ACOs 选择性风险激励的路径比较

模型	路径	共享结余	分担损失
单边模型	路径 1	最高 50%	不需要
双边模型	路径 1 +	最高 50%	固定 30%
	路径 2	最高 60%	最高 60%
	路径 3	最高 70%	最高 75%

### 3.3 ACOs 发展中的患者保护

#### 3.3.1 医疗服务提供者协同主动服务获得共享结余

ACOs 组织主要从两方面来改善医疗服务的提供。一方面, ACOs 建立了正式的组织关系,几乎 100% 使用电子病历,医疗服务提供者通过全面分享患者的健康和治疗信息,实现智能预测和监测,并主动限制不必要或低价值的医疗服务,以确保提供适当的医疗服务。<sup>[11]</sup>另一方面, ACOs 积极主动、系统地为患者提供服务,强化疾病预防和慢性病的管理。ACOs 倾向于主动为长期慢性病患者提供门诊服务,以降低他们的急诊医疗服务,减少住院率和专科服务。参与 ACOs 的医院和医生会主动识别患者应该享受的医疗服务(即使这些患者不主动寻求医疗服务),不仅为他们提供面对面的访问服务,而且通过电话或电子邮件为其提供服务,并有经过专门培训以帮助慢性病患者的护士、管理人员与他们联系提供

服务。<sup>[14]</sup>同时, ACOs 中,至少 75% 的管理人员是医疗服务提供者,并且还包含受益人代表,以充分保障医生的自主权和患者权益。

#### 3.3.2 ACOs 的质量监管

ACOs 是集约医疗资源利用促进居民健康,强化对医疗质量的监控。如果要获得共享结余必须达到质量要求,在提升质量的基础上降低成本。目前 CMS 有 34 项指标,从 4 个方面来评定 ACOs 的质量:患者的医疗体验、医疗协调/病人安全、预防保健、高危人群。CMS 对 ACOs 基于医疗质量水平的支付分为两个层次:基于质量汇报的支付和绩效评估支付。在合同期限内,每年 ACOs 均要完整和准确地向 CMS 汇报所有的质量指标。但在第一个合同期的第一年, ACOs 只要汇报了质量指标, CMS 就会认定其达到质量标准;在第二年, CMS 还会对部分指标的绩效进行评估;第三年在第二年基础上,进一步把部分只需汇报的指标转为需要评估的指标。CMS 根据全国按服务付费患者的数据或绩效指标的统一百分比的情况建立了质量绩效基准。ACOs 要获得基于质量的绩效支付,绩效最低等级水平应达到绩效基准的 30% 或第 30 百分位数。当一个指标的绩效达到或者超过最低等级水平后,将根据绩效情况获得相应的浮动分数;绩效达到或超过绩效基准的 90% 或第 90 百分位数,将获得绩效指标的最高分数。这些绩效指标除了用于评定 ACOs 共享结余资格的质量绩效标准外, CMS 还使用某些指标进行监控,以确保 ACOs 不会排斥处于危险中的患者或者过度使用、不足使用或滥用医疗服务。

#### 3.3.3 患者就医自主权的保障

出于对医疗成本控制的需要, ACOs 可能不愿意把患者转介给昂贵的专科医生,特别是 ACOs 网络里没有这一类型的专家。为了有效保护患者获得专科医生的权利, CMS 禁止 ACOs 要求患者只能被转介给 ACOs 的提供者或转介到达不到应有水平的专家那里,也不允许推迟转介。CMS 通过一个 CG-CAHPS 调查模块要求 ACOs 报告患者获得专家医疗服务的相关数据,以加强监控。同时, CMS 允许患者自由选择医疗服务提供者,不管这个医疗服务提供者是否参与了 ACOs。

患者自由选择医疗服务提供者有利于加强对患者的保护, ACOs 只有通过提高医疗服务质量才能留住患者在网络内就医,使患者更容易接受。但是,当患者可以自由去看 ACOs 以外的医生时,医疗资源的

整合协调变得困难。在传统的医疗模式下,患者已经习惯于只要他们提出转介就能得到转介的状态。每年,Medicare 按项目付费的受益人平均在 4 个医疗场所看 2 名初级保健医生和 5 名专科医生。<sup>[15]</sup>对于患有多种慢性病的患者,则会看更多的医生,并且更不愿意看其指定的初级保健医生。而对于拥有 Medicare 以外的补充保险的老人,在低自付比例下则更倾向于选择昂贵的医疗服务提供者。<sup>[16]</sup>如果一个初级保健医生延迟了转介流程,那么患者极有可能寻求 ACOs 之外的初级保健医生来获得转介。这对于 ACOs 的发展构成了巨大的挑战。因此,在发展下一代 ACOs 时,CMS 对留在网络中就医的 Medicare 受益人将给予财政奖励。

### 3.4 垄断与反垄断

虽然促进医疗服务提供者的整合来提高医疗服务质量和降低成本符合反垄断部门的意图,但医疗服务提供者横向和纵向一体化,有可能减少给定市场中竞争对手的数量,并为 ACOs 提供巨大的市场支配力,对消费者和服务购买者产生消极后果。医疗服务提供者的联合提高了与私人保险公司谈判筹码并可能导致商业保险费率上涨。<sup>[17]</sup>以医院为中心的 ACOs 可能垄断市场,其不是以合理的成本提供更好的医疗服务,而是要求高价格获得垄断利润,并使小医院和其它医疗服务提供者边缘化。<sup>[18]</sup> ACOs 的发展可能导致反竞争行为<sup>[19]</sup>,主要表现为以下几点:(1)具有较大市场份额的 ACOs 可以对患者的转介进行控制,潜在地阻止付款人把患者转介到特定的提供者;(2)一个大型的 ACO 可以通过捆绑合同,要求购买者与具有共同所有权的所有医生团体签订合同,即使在同一共同所有权下只有一个医生专科组参加了 ACO;(3)大型 ACOs 也可能签订排他性合同,劝阻付款人与该 ACO 之外的提供者签订合同;(4)可能限制关于 ACOs 的成本和绩效的信息传播。

因此,监管部门需要在鼓励提供者的有效整合和防止形成反竞争垄断或寡头垄断方面谋求平衡。联邦贸易委员会与司法部门出台了关于建立 ACOs 的反垄断执法<sup>[20]</sup>,以促进提供者的竞争,避免垄断价格或低质量的出现,保护患者权益。该指南给 ACOs 设置了一个安全区,除农村地区外,在一定区域内当单独服务的市场份额低于 30% 时,不太可能受到反垄断调查。<sup>[21]</sup>即使一个 ACO 的市场份额超过了安全区,如果没有损害竞争,也不会受到反垄断调查。对

于医疗机构的联合,如果是赤裸裸的固定价格行为和竞争性医疗服务提供者之间分配市场份额,则是非法的。但是,如果医疗服务提供者之间存在真正的临床或财务整合,那么反垄断部门会对竞争性医疗服务提供者之间的联合价格协议根据理性规则进行评估,以激发竞争优势或效率,抵消反竞争的危害。

## 4 结论与启示

### 4.1 结论

美国医疗保健服务系统具有碎片化特征,由多个医疗服务提供者提供的医疗服务很少或没有协调,这在一定程度上导致了更多的看病难以及成本和质量问题。<sup>[22]</sup> ACOs 试图建立以价值为基础的支付模式,通过鼓励医疗服务提供者从在单独的机构提供医疗服务过渡到整合型医疗服务提供系统,以提高医疗质量并实现缓慢的支出增长。<sup>[23]</sup>

ACOs 虽然主要由医疗服务提供者发起,但美国政府和 CMS 发挥了主导作用,在竞争的基础上促进医疗服务提供者的合作。首先,共享节余激励医疗服务提供者自愿联合提供医疗服务。ACOs 主要有三大特点:联合问责、对医疗支出和医疗质量负责、对病人的照护负责。<sup>[24]</sup> ACOs 整体共享医疗资源节余收益和承担风险,建立紧密型的资源整合关系。其次,分类激励约束促进 ACOs 的发展。CMS 通过分类设计了不同类型不同风险激励的 ACOs 项目,满足不同发展阶段医疗服务提供者的需求,促进了 ACOs 的发展。再次,强化患者保护,在提升医疗质量的基础上来降低成本。给患者提供有质量的医疗服务比提供更多数量的服务更为重要。<sup>[25]</sup> ACOs 是集约利用医疗资源促进人们健康,政府强化对医疗质量的监控,并把医疗质量放在首要位置,从而更有利于获得患者的支持。最后,赋予了 ACOs 竞争压力。ACOs 竞争的压力主要来自两个方面,一是保障患者自由就医权,ACOs 只有通过提高医疗服务质量才能留住患者在网络内就医;二是开展反垄断调查,避免医疗服务提供者的联合或合并导致垄断从而损害患者或者付费人的权益。

### 4.2 启示

我国医疗机构间的合作多以政府的行政命令为导向,往往流于形式,无法实现有效、可发展的整合。<sup>[26]</sup>有学者提出医联体应以产权为纽带,实行人财

物统一管理。<sup>[27]</sup>虽然这有利于建立紧密型的资源整合关系,但可能强化垄断,导致医疗费用上涨,医疗质量难以保障。我国很多公立医疗机构为追求经济利益,诱导需求和过度医疗现象比较普遍。医疗服务提供者整体处于强势方,政府和社会医疗保险机构并没有建立相应的有效约束机制。基层医疗机构在医疗资源整合方面发挥基础性作用。但政府为实现医疗服务公益性目标,通过编制控制、收支两条线和绩效工资总额控制、医疗保险总额预算控制等措施,对基层医疗机构(城市为社区卫生服务中心,农村为乡镇卫生院)进行约束性发展。在约束性发展下,基层医疗机构面临以下三大矛盾:一是基本保障与居民医疗卫生需求不相适应。基药为主以及医疗服务功能的弱化,导致基层医疗机构在人们心目中形成“低端”的印象,信任度低。二是被动服务与自由就医的矛盾。当前,基层医疗机构几乎是被动式提供服务,并且这种被动式的服务与居民的医疗卫生需求不相适应,而居民具有医疗机构的自由选择权,导致基层医疗机构的功能难以得到有效发挥。三是公益性与逐利性的矛盾。基层医疗机构公益性目标的实现,需要二、三级医疗机构的合作互补,整体协同。但是,当前二、三级医疗机构,都是逐利性的利益主体,医疗机构之间的合作难以有效实现。

构建整合型医疗服务体系的核心目标在于促进医疗机构合作以集约医疗资源利用,以尽可能少的资源保障居民的健康。因此,在社会医疗保险按项目付费的方式下,医疗卫生服务机构不会有动力实现医疗资源的整合。我国已经建立了覆盖全民的社会医疗保险体系,卫生筹资结构实现了转型<sup>[28]</sup>,社会医疗保险在医疗服务购买中发挥了主导作用,在很大程度上,社会医疗保险承担了对居民的健康责任和医疗费用支付责任。同时,医疗保险通过筹集资金和医疗费用偿付,成为连接供需双方的重要纽带。<sup>[29]</sup>促进医疗资源的整合,应有效发挥社会医疗保险的购买功能,通过激励、引导、约束和监督,平衡好各级医疗机构、医务人员和患者的利益。

首先,发挥社会医疗保险部门在医疗资源整合中的主导功能。完善社会医疗保险的购买方式,激励医疗机构和医务人员自主组建各种类型的责任制医联体,激励其主动提供各项服务,创新服务内容和方式。责任制医联体在对居民的健康、医疗质量和医疗费用负责的基础上,分享资源整合的增值收益。其次,完善规制基础上发挥市场在资源整合

配置中的基础性功能。改革基层医疗机构的发展方式,充分调动基层医务人员的积极性和主动性,增强基层医疗机构参与医疗资源整合的能力和动力;对二、三级医疗机构进行约束,降低诱导需求的能力,赋予医疗资源整合的压力。同时,鼓励民营资本进入医疗服务机构中,通过民营的医院、社区医疗机构竞争促进服务供给。<sup>[30]</sup>在加强竞争的基础上促进层级医疗机构的合作。再次,发挥政府的监督功能。政府完善医疗服务质量监督,并防范因医疗资源的整合而可能造成的区域垄断,避免损害患者和医疗保险基金的权益。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

#### 参 考 文 献

- [1] 蔡立辉. 医疗卫生服务的整合机制研究[J]. 中山大学学报(社会科学版), 2010, 50(1): 119-130.
- [2] 李玲, 徐扬, 陈秋霖. 整合医疗:中国医改的战略选择[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 10-16.
- [3] Obama B. United States Health Care Reform Progress to Date and Next Steps[J]. JAMA, 2016, 316(5): 525.
- [4] Nyweide D J, Lee W, Cuedon T T, et al. Association of Pioneer Accountable Care Organizations vs Traditional Medicare Fee for Service with Spending, Utilization, and Patient Experience[J]. JAMA, 2015, 313(21): 2152.
- [5] Boukus E, Cassil A, O'Malley A S, et al. A Snapshot of U. S. Physicians' Key Findings from the 2008 Health Tracking Physician Survey[J]. Data Bulletin, 2009, 35(35): 1-11.
- [6] Rittenhouse D R, Grumbach K, O'Neil E H, et al. Physician Organization and Care Management in California: from Cottage to Kaiser[J]. Health Affairs, 2004, 23(6): 51.
- [7] Ginsburg P B. Achieving Health Care Cost Containment through Provider Payment Reform That Engages Patients and Providers[J]. Health Affairs, 2013, 32(5): 929-934.
- [8] Blendon R J, Brodie M, Benson J M, et al. Understanding the Managed Care Backlash[J]. Health Affairs, 1998, 17(4): 80-94.
- [9] O'Halloran K, Depalma A, Joseph V, et al. The role of accountable care organizations in delivering value[J]. Curr Rev Musculoskelet Med, 2012, 5(4): 283.
- [10] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare Shared savings program; accountable care organizations[J]. Fed Reg, 2011, 76(212): 67802.
- [11] Emanuel E J. Why accountable care organizations are not

- 1990s managed care redux[J]. JAMA, 2012, 307(21): 2263-2264.
- [12] Gold M, Accountable Care Organizations: Will They Deliver? [J]. Mathematica Policy Research Reports, 2010, 148(6): 39-49.
- [13] Rose S, Zaslavsky A M, McWilliams J M, et al. Variation in Accountable Care Organization Spending and Sensitivity to Risk Adjustment: Implications for Benchmarking[J]. Health Affairs, 2016, 35(3): 440.
- [14] Casalino L P, Erb N, Joshi M S, et al. Accountable Care Organizations and Population Health Organizations [J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2015, 40(4): 821.
- [15] Burns L R, Pauly M V. Accountable Care Organizations may Have Difficulty Avoiding the Failures of Integrated Delivery Networks of the 1990s[J]. Health Affairs, 2012, 31(11): 2407-2416.
- [16] Blackstone E A, Jr J P F. The Economics of Medicare Accountable Care Organizations [J]. American Health & Drug Benefits, 2016, 9(1): 11.
- [17] Leibenluft R F. Antitrust and Provider Collaborations: Where we've Been and What Should Be Done Now [J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2015, 40(4): 847-874.
- [18] Casalino L P. Accountable Care Organizations - The Risk of Failure and the Risks of Success[J]. New England Journal of Medicine, 2014, 371(18): 1750-1751.
- [19] Kleiner S A, Ludwinski D, White W D, et al. Antitrust and Accountable Care Organizations: Observations for the Physician Market[J]. Medical Care Research & Review, 2017, 74(1): 97-108.
- [20] Federal Trade Commission, Department of Justice, Statement of Antitrust Enforcement. Policy Regarding Accountable Care Organizations Participating in the Medicare Shared Savings Program [J]. Federal Register, 2011, 76(209): 67802.
- [21] Scheffler R M, Shortell S M, Wilensky G R, et al. Accountable Care Organizations and Antitrust [J]. JAMA, 2012, 307(14): 1493-1494.
- [22] Rice T, Rosenau P, Unruh L Y, et al. United States of America: Health System Review [J]. Health Systems in Transition, 2013, 15(3): 1-431.
- [23] Fisher E S, Shortell S M, Kreindler S A, et al. A framework for evaluating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations[J]. Health Affairs, 2012, 31(11): 2368-2378.
- [24] Song Z. Accountable Care Organizations in the U. S. Health Care System[J]. J Clin Outcomes Manag, 2014, 21(8): 364-371.
- [25] Gold M, Felt-Lisk S. Using Physician Payment Reform to Enhance Health System Performance [R]. Mathematica Policy Research Reports, 2008.
- [26] 郭凤林, 顾昕. 激励结构与整合医疗的制度性条件: 兼论中国医联体建设中的政策思维模式[J]. 广东行政学院学报, 2015(5): 12-18.
- [27] 熊茂友, 李辉. 用市场配置资源建好医联体: 如何破解当前医联体难题[J]. 中国财政, 2014(21): 54-56.
- [28] 彭浩然, 郑倩昀, 岳经纶, 等. 中国卫生筹资转型的决定因素与健康绩效[J]. 管理世界, 2016(6): 90-97.
- [29] 申曙光. 新时期我国社会医疗保险体系的改革与发展[J]. 社会保障评论, 2017(2): 40-53.
- [30] 仇雨临, 黄国武. 医疗保障转型中政府与市场的关系: 以有管理的竞争理论为视角[J]. 湖南师范大学社会科学学报, 2015(4): 116-122.

[收稿日期:2017-12-01 修回日期:2018-02-04]

(编辑 赵晓娟)