

美国卫生体系整合模式探索及其对我国的启示

柏杨* 祝贺 马晓晨 何平 袁蓓蓓 孟庆跃 徐进

北京大学中国卫生发展研究中心 北京 100191

【摘要】我国正在大力探索建设优质高效的以人为本的整合型医疗卫生服务体系。面对卫生体系严重的碎片化问题,美国近年来在卫生服务的整合方面做了不少尝试。其中,在建设责任型保健组织(Accountable Care Organization, ACO)和以患者为中心的医疗之家(Patient-Centered Medical Home, PCMH)方面取得了一些有益的经验。本文在文献综述基础上探讨了这两类实践的主要做法、成果、问题,及其对我国支付方式改革、医疗卫生机构整合、基层医疗卫生服务团队建设、卫生信息体系整合及如何因地制宜推进整合改革的相关启示。

【关键词】整合型卫生服务;责任型保健组织;以患者为中心;医疗之家;支付方式
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.02.007

Analysis of the integrated healthcare model of the US health system and its enlightenment to China

BAI Yang, ZHU He, MA Xiao-chen, HE Ping, YUAN Bei-bei, MENG Qing-yue, XU Jin

China Center for Health Development Studies, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 China is actively exploring the construction of a high-quality and efficient People-Centered Integrated Healthcare system. The US America has made great efforts in the integration of healthcare services, purposed to address the problem of healthcare system fragmentation. Thereinafter, several organizational experiences have been gained from the establishment of the Accountable Care Organization (ACO) and Patient-Centered Medical Home (PCMH). Based on the review of existing researches, this study discussed the practice and achievements of ACOs and PCMHs, and obstacles that hamper the full play of these policies. Potential implications were also drawn from these healthcare development policies, and are suggested to China's reform in the payment modes, the integration of medical institutions, the construction of primary healthcare teams, the health information system integration, and in the promotion of the system integration in accordance with local conditions; which should acutely revolutionize China's healthcare system with fully integrated practices conducive to a new top level model of healthcare system.

【Key words】 Integrated health care; Accountable healthcare organization; Patient-centered; Medical Home; Payment model

近年来,我国医药卫生体制改革不断深化,实现了基本医疗保障制度的全民覆盖,增加了医疗卫生资源总量,提高了医疗服务的利用率,健康水平有所改善。^[1]但是,基层卫生机构医疗功能薄弱,患者流向医院接受治疗的趋势持续多年。医院为主、专科为主、以治疗为中心的医学模式难以适应人口老龄

化、慢性病和共病发病率持续增加形势下对卫生服务整合性和协调性的要求。^[2-3]2017年国务院办公厅发布的《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》中提出,实现发展方式由以治病为中心向以健康为中心转变。^[4]《深化医药卫生体制改革2018年下半年重点工作任务》中提出,要研究提出整合型服务

* 基金项目:国家卫生健康委员会体改司“以人为本整合型医疗卫生服务体系框架研究”;北京大学优博培育计划(BMU2017YB006)
作者简介:柏杨(1996年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生经济。E-mail:qzh04596@163.com
通讯作者:徐进。E-mail:xujin@hsc.pku.edu.cn

体系框架和政策措施,促进预防、治疗、康复服务相结合。^[5]因此,如何既保证医疗质量又合理控制费用,从患者的需求出发提供整合、连续的医疗卫生服务模式,成为了我国医疗卫生系统改革面临的主要问题。

作为唯一没有覆盖全民的医疗保障制度的发达国家,美国卫生总费用占国内生产总值的 18%,远高于其他经济合作与发展组织(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)国家。^[6]但是,美国卫生体系的整体绩效在发达国家中却排在末尾。^[7]造成这种情况的原因除了多元化的商业医保产生的高昂行政成本和逆向选择之外,还有两方面关键因素:一方面,门诊服务按项目付费、住院服务按疾病诊断相关分组的支付方式组合导致医疗服务提供者关注通过片段式的治疗创收,而非在有限成本下实现健康产出最大化。^[8]另一方面,基层卫生能力薄弱,卫生机构各自为政,卫生服务协调缺乏组织基础。2010 年,美国国会通过了《保护患者和平价医疗法案》(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA),在借鉴之前整合经验的基础上,提出倡导建立侧重支付和组织结构整合的责任型保健组织(Accountable Care Organization, ACO)和侧重服务内容整合的以患者为中心的医疗之家(Patient-Centered Medical Home, PCMH)等新型整合型卫生服务模式,希望以此提高医疗卫生系统效率,缓解攀升的医疗费用。虽然美国在整合型医疗模式方面的尝试仍在进行中,但其对于支付模式、组织结构等方面的改革仍有一些亮点,对英国、德国等国家的整合型卫生服务模式产生了重要的影响^[9],并且值得我们借鉴。

本文在文献综述的基础上,通过梳理美国近年来在整合型卫生服务体系方面的探索,分析其可取之处及现有问题,并结合我国国情探讨美国近年的实践对我国整合型医疗卫生服务体系改革的启示。

1 支付和组织结构整合——责任型保健组织

卫生保健改进研究所(Institute for Healthcare Improvement, IHI)的 Berwick 等曾提出美国实现高价值医疗卫生服务所须实现的三重目标:改善医疗卫生服务的患者体验、提升人群健康水平、降低人均医疗成本。^[8]三重目标互有关系,但相互独立。比如,投入预防服务可能会增加前期医疗成本,但会提高健康水平并最终导致人均医疗成本的降低;应用新医学技术可能会改善患者的体验并提高健康水平,同

时会增加医疗成本。因此,三重目标需有效平衡,需要服务整合者来聚焦和协调服务。责任型保健组织(ACO)正是针对在美国国情下如何实现这三重目标的一种探索。^[10]

ACO 是管理型保健组织的一种新发展。自 20 世纪 70 年代开始,美国政府在整合型卫生服务方面做了诸多探索,积极推动建设管理型保健组织。^[11]所谓管理型保健组织是指通过医疗保险机构与医疗服务提供方之间的有效联合,实现卫生服务的有效提供和利用。^[12]其经典模式是健康维护组织(Health Maintenance Organization, HMO)。HMO 是医疗服务提供方和保险公司相结合构成的,采用按人头支付的方式,超支不补、结余共享,希望以此促进各级医疗服务机构紧密合作,提高医疗质量,分散医疗和经济风险。^[13]根据 HMO 倡导者 Paul Ellwood 的表述, HMO 的初衷就是实现三重目标。^[8]

然而, HMO 在实践中主要侧重于医疗保险和医疗服务在组织结构上的整合,而未体现出质量、人群健康水平以及患者体验方面的改善。^[8]首先,许多 HMO 以控费为主要目的对患者就医选择进行诸多限制,引起了患者和医生的反对。其次, HMO 存在逆向选择的问题。为降低费用, HMO 倾向于寻找健康的、低医疗支出患者,难以覆盖真正有需要的人群。^[14]第三,医保合同以短期为主,预防和变革投入带来的长期医疗支出降低难以内化为短期收益。^[15]

种种因素导致 HMO 从 1990 年代开始式微,仅凯撒医疗集团等个别的大型 HMO 能有效控制成本,取得较好的发展。^[16]此外,公立的美国退伍军人医疗体系,通过财务、信息和管理的区域整合,也在费用控制、医疗质量、患者满意度、运行效率等方面取得了一定成效。^[17]在吸取 HMO 等整合卫生服务模式经验教训的基础上,奥巴马医改法案提出组建 ACO,提供协调的高质量医疗卫生服务。

ACO 主要针对美国国家医疗保障中心(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)管理的老年医保(Medicare)人群,同时也鼓励商业保险参与。ACO 一般由多个医生、医院及其他医疗服务提供者自愿组建而成,可以是公司、合伙经营、基金等法定实体。^[10]ACO 在以下几个方面进行了调整:

第一,建立长期合同。CMS 与 ACO 签订周期至少为 3 年的合同,周期较长的合同使医疗服务供方对患者长期健康管理的效果能够体现,有动机制定长远的健康方案。^[15] CMS 希望 ACO 通过前期在预防服务

方面投入更多的医疗资源,避免后期更高成本的医疗服务,以较低总成本维持其负责人群的健康。

第二,CMS 分配参保人群,避免商业医保的逆向选择问题,同时保留患者就医选择权。CMS 综合考虑多种因素(如 Medicare 参保人的住址、曾就诊的医生和医院、医保报销信息等)来将人群分配给各 ACO。每个 ACO 至少负责 5 000 名 Medicare 参保人或 15 000 名商业医保参保人,以保证风险池足够大。^[18]同时,ACO 相关的规定中允许患者自由选择 ACO 之外的机构接受服务,通过保留 ACO 内部与外部机构之间的竞争,鼓励 ACO 提供更加优质高效且使患者满意的服务。^[19]

第三,建立突出质量指标的系统绩效评估制度。CMS 为 ACO 设定了要求报告的四维度服务质量指标,包括患者及照护者体验(如服务及时性、信息与沟通)、服务协作与患者安全(如风险调整后的再入院率)、预防保健与健康行为(如疫苗、烟草使用、癌症筛查)、风险人群疾病控制(如高血压控制情况)。指标体系每年修订,2019 年包括 23 项指标。CMS 通过 Medicare 报销数据、ACO 医疗质量报告及患者调

查等渠道收集数据,为 ACO 评分。绩效评分决定了 ACO 能否分享结余及所得份额。ACO 年审时,每个维度至少要有有一个指标达到 30 百分位的最低标准,才有共享结余的资格。但在实际操作中考虑到供方加入 ACO 后存在适应性问题,第一年度只要求 ACO 准确、完整地向 CMS 上报数据,在第二、三年度才要求达到一定比例的质量指标。^[20]

第四,采取总额预算、结余共享和按绩效付费相结合的复合式支付方式。CMS 以 ACO 前 3 年覆盖人群的人数和平均医保费用为基础设定预算,年终综合绩效评估结果和费用节约情况计算奖金(罚金)。在达到一定质量标准的情况下,医疗支出低于预先设定的费用标准,Medicare 与医疗机构可以按照协议共享因成本压缩和效率提高产生的结余,但结余在医疗机构内部的分配机制并不透明。^[21] CMS 提供了两种选项:只奖不罚单向模式和没有达标要受罚的双向模式,根据其共享结余和承担损失的不同比例,又分为三种模式(表 1)。^[22] 这样的做法为不同规模和风险承担能力的服务提供方加入 ACO 创造了更宽松的环境。

表 1 不同模式下的责任型保健组织共享结余及承担损失比例

模式	单向模式		双向模式	
	模式 1	模式 1 +	模式 2	模式 3
共享结余最高比例	50%	50%	60%	75%
承担损失最高比例	不承担损失	30%	40% ~ 60%	40% ~ 75%
共享结余封顶线	当年预算的 10%	当年预算的 10%	当年预算的 15%	当年预算的 20%
承担损失封顶线	不承担损失	根据年度审核结果调整	首次加入责任型保健组织: 第一年为当年预算的 5% 第二年为当年预算的 7.5% 第三年为当年预算的 10% 非首次加入责任型保健组织: 当年预算的 10%	当年预算的 15%

来源:Centers for Medicare & Medicaid Services. Shared Savings and Losses and Assignment Methodology Specifications Version 7 [EB/OL]. (2019-01-01 [2019-12-07]. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/program-guidance-and-specifications.html>).

以上措施使医疗服务提供方共担责任、共享利益,推动了 ACO 内部的组织结构变革与服务整合。ACO 内设立“社区资源专员”,负责社区和大医院的服务对接及协调^[23],并且进行电子病历系统的新建或升级,帮助不同层级的医疗机构进行信息共享和病人管理。ACO 使以收治急重症为主的大医院与负责患者日常预防保健和基本医疗需求的基层医疗机构分工明确,联系紧密,作为一个协调的整体,以更低的成本共同为患者的健康结局和医疗成本负责。^[10]也吸引更多医疗机构包括专科医院和基层诊

所等,加入到该区域整合的服务网络中来。2016 年,CMS 公布 Medicare 结余超 7 亿美元,注册登记 ACO 达 433 个,覆盖 770 万老人医保人群。^[24]除老年医保之外还有 2 020 万人被 ACO 覆盖,当年各式 ACO 覆盖人口约占美国的 9%。^[25]但短期内 ACO 模式对于健康结局的改善还难以评估。^[26]

ACO 模式仍存在一些关键的障碍。首先,建立 ACO 模式需要衔接不同机构的电子信息系统、新建协调服务的职能机构,以及重新组织流程和服务项目等,这些都需要额外的投入。ACO 的成员每年还

须为 ACO 持续运营支付费用,前期投入较高。^[27]其次,较高的前期投入使规模较大的机构更容易通过建立“整合卫生服务平台”获得规模效益。而大型机构的整合又容易形成医疗市场的垄断,可能导致效率下降。最后,ACO 的共享结余模式以前三年的医疗费用为基准设定预付金额,历史支出越高越容易有费用结余。^[28]这也刺激医疗服务供方在加入 ACO 前临时增加医疗支出。^[29]

2 服务内容整合——以患者为中心的医疗之家

随着疾病谱的变化,慢性病成为了影响人类健康的主要问题,此时以医院为中心的医疗服务模式越来越不能满足患者对于连续、协调医疗服务的需求,发展基层卫生在疾病预防、管理和治疗方面的重要作用逐渐成为了共识。以患者为中心的医疗之家(Patient-Centered Medical Home, PCMH)是 1967 年美国儿科协会针对儿童首先提出,提倡医疗卫生服务应以患儿及其家庭为中心;2006 年由美国医师协会开始在全国范围内推广;在 2010 年平价医疗法案中,PCMH 试点范围进一步扩大。^[30]PCMH 模式是在医师诊所的基础上,改变片段式的服务,根据患者需要重新设计初级保健服务组织和流程,为患者提供全面的、持续的、协调的多学科团队式医疗服务。目前,PCMH 在慢性病诊疗、疾病预防领域有较多应用。

PCMH 主要通过组织结构和医患关系的调整,从个体医务人员服务个体患者转变为初级保健医生领导的基层医疗团队服务整个患者群体(panel)。PCMH 相当于一个规模相对较大的诊所,内设一个或多个基础的多学科医疗团队,为其负责的患者群体提供基本的医疗服务、预防保健、精神心理健康和健康相关行为等方面的综合性医疗保健服务。结合代表美国 PCMH 先进水平的剑桥健康联盟(Cambridge Health Alliance)的案例来看,人员构成方面,初级保健医生(家庭医生、普通儿科医生或妇科医生等专科医生)一般作为团队的领导者,其专业技能也决定了该团队所负责的患者人群;医师助理负责共同管理病人和提供紧急医疗服务;护士主要负责慢性病管理和健康教育;此外病例管理人员、协调员等专职负责协调资源使用、患者健康状况的追踪和指导电子健康档案使用等。多学科团队式服务意味着团队中的每个成员都有明确的分工和协作关系,根据患者需求直接与其对接,从而分担了医生的工作,提高了服务可及性。^[31-33]

基础多学科团队之上还有拓展团队人员,提供系统性的支持。在 PCMH(或称诊所)层面,还设立了团队共享的服务和管理人员。其中包括负责疫苗接种和急诊护理的护士、负责与其他机构进行对接的转诊协调员和负责评价患者群体间医疗质量等绩效差异的患者群体管理员等。在地区层面,还包括药剂师(负责随访、确保用药依从性、多病用药的综合协调、慢病管理和患者教育等)等专业技术人员和社工、心理师等负责复杂性照护的非医学专业人员。在体系层面设立临终关怀团队、社工团队、养老院、精神卫生中心等组织的相关团队,根据患者情况提供针对性的服务。^[31-33]

PCMH 的多学科团队根据专业技能与患者群体需要进行匹配,建立长期的信任合作关系。在此基础上,PCMH 团队对患者的生理、心理等健康状态进行综合全面的评估,记录患者的健康信息,形成该患者的健康档案资料。同时,鼓励医务人员支持患者及其家属参与到医疗决策和健康教育等环节中,根据患者当前及预期健康水平,共同制定改善健康或慢性病管理的计划。PCMH 团队定期进行医疗服务规划会议,随患者实际状况动态调整计划,同时根据患者需要协调 PCMH 外的医疗和社会照护资源及服务。^[34-35]结合剑桥健康联盟对高血压患者的护理案例来看,定期的医疗保健服务规划会议实现多学科团队对患者群体的协同管理:医疗保健服务规划会前,由协调人员、护士等确定需要进行血压测量的患者,并记录血压异常者;在会议中,团队成员共同讨论整个患者群体(而非一两个案例)的健康状况,需要进行检查、随访的患者,调整治疗方案与药物,就工作内容达成一致;会议结束后,及时与患者进行沟通,使其理解治疗方案,共同管理健康,并根据计划对患者进行随访和治疗。通常每周召开一次医疗保健规划会议,讨论一两类疾病的患者情况,每次大约 30 分钟。^[33]

此外,PCMH 有一系列配套机制。第一,整体化的卫生信息技术应用。PCMH 中,患者拥有个人电子健康档案,并整合了其个人的所有医疗记录。相关的医疗人员能够通过平台获得患者健康信息,并与患者及时沟通,协助其自我管理健康,有助于改善医疗服务的连续性和医疗质量。信息平台也向患者开放,基于卫生信息技术的网络预约及在线服务系统提高了服务可及性。^[34]第二,通过支付方式改革推动服务整合。PCMH 采取复合式的“按服务收费”方

式,在基础的按项目付费之上,设置按月支付的医疗协调费用或固定的补充费用(monthly care coordination fee or fixed supplemental payment)和按绩效付费。每个月的医疗协调费用一般是指治疗病人以外医疗团队的相关支出,用以更好的提供以患者为中心的服务。例如,服务协调、患者教育、员工培训、信息系统等基础设施建设。通常此项费用是以每个月成员数量为基准计算。按绩效付费和结余共享的模式用以鼓励提供高质量、高效率的医疗服务,支付比例通常取决于医疗机构的大小、患者的数量以及高危或高需求患者的比例等因素,使服务经费与患者需要相匹配。^[36]第三,建立整合卫生服务工作制度。政府制定 PCMH 工作手册,其中包含专业相关知识、多学科团队合作模式的建立、与患者及其家属在健康管理、健康教育方面的沟通等方面的内容,对相关人员进行培训,以解决专业人员紧缺的问题。^[37]第四,建立慢性病支持小组并为患者自我管理提供帮助,包括步行小组,在线互助团体等。^[35]

2015 年美国基层卫生保健机构中有 10% 已经开展了 PCMH 模式^[38],提高了患者就诊满意度,并降低了急诊入院率和成本^[39]。同时,由于美国卫生体系宏观制度框架的限制,PCMH 模式的发展还面临许多障碍。个人健康档案的整体使用率偏低,加利福尼亚州医疗保健基金会 2010 年的调查指出,只有 7% 的美国人在使用个人健康档案系统。全科医生在美国的地位低于专科医生,在人力方面处于短缺状况。有限的资源、人力短缺、患者更综合的需求和复杂的电子信息系统操作等因素,造成了 PCMH 工作人员职业倦怠现象增加。^[40]

3 对我国建设以人为本的整合型卫生服务体系的启示

虽然我国与美国医疗卫生体系的情况差异巨大,但都存在着基层卫生薄弱和卫生服务碎片化的问题。美国探索了利用筹资改革从外部推动了跨机构整合的路径,提出了围绕居民健康需要整合基层服务组织的“最后一公里”解决方案,对于推动我国建设以人为本的整合型卫生服务体系有一定借鉴意义。

首先,建立医保结余共享机制,通过按绩效(包括质量和健康结局)付费推动卫生服务机构(或多机构的卫生服务系统)微观目标与卫生体系宏观目标的统一。建立科学的健康需要测量的操作方法,以

及医疗卫生服务质量和健康结局考核体系,这是支付制度发挥效用的科学性前提。在科学测算健康需要的基础上根据人群健康风险设定医保支付总额预算,按一定比例预付给整合型卫生服务组织。结合服务质量和健康结局考核指标的结果,医保基金与整合型卫生服务组织建立共享费用结余(或分担费用超支)的机制。考核不达标的即使有结余也不能参与共享结余。探索长期合同,克服短期合同对预防服务和组织整合等收益周期长的激励措施不足的问题。

其次,以契约关系推动医疗机构整合,促进医院与基层卫生机构平衡发展。以人为本的医疗健康服务整合必须要因地制宜、因人而异,也需要医疗健康服务主体之间相互信任、紧密沟通、有效配合,这要求充分发挥医疗服务主体的主动性。当前,一些地方出现的行政主导的“紧密型医联体”缺乏自发性,政府对基层卫生的投入是否能实现常态化存在疑问。整合的支付方式,应该在搭建医院与基层卫生服务平衡发展协议框架(比如对基层提供的服务给予更高的支付金额)的同时,充分给予供方之间自愿选择整合伙伴的权利。

第三,强化多学科的基层卫生服务团队,建立以基层为核心的卫生服务协调机制。依靠单独工作的医生在服务范围和效果上存在诸多局限,而融合了全科医生、专科医师、社会工作者、行为学专家等的多学科团队能够更好地满足患者全方位、全周期的健康管理需要。在保证基层医生诊疗水平的基础上,建立不同水平的多学科团队支持家庭医生团队的服务,实现全生命历程的健康管理,通过基层卫生协调患者服务。建立常态化的专科—全科共同诊疗机制,保证医院医生与基层医生对人群健康进行共同管理。在县域层面配备健康相关的心理和行为专家,对基层家庭医生团队参与健康管理提供支持。

第四,发展整合型卫生信息体系。在不同级别医疗机构之间共享健康信息,为医疗服务连续性创造有利条件。追踪患者健康状况及风险因素,识别高风险人群,提供针对性的服务。将健康信息系统向患者开放,使其可查阅、记录自身健康信息,增加其在诊疗过程中的参与感,增强自我管理作用。医疗服务提供者利用信息系统实现远程健康管理,提升健康管理效果及医疗服务满意度。医保部门通过信息系统监管医疗质量与医疗成本,并通过有效的信息披露加强公众监督。

第五,确保前期投入,因地制宜推进改革实施。改革的稳定实施需要筹资、人力、信息等方面政策的协调。改革的初期将需要一定的资金投入,以解决整合所面临的困境。在改革初期可给予一定的缓冲期,适当降低评价标准,放宽医保支付的要求,使医疗服务提供方和利用方都逐渐适应新模式后,再逐步提高考核标准。并且借鉴 ACO 模式中的“单向模式”、“双向模式”,根据医联体自身规模确定相应模式,使较大规模、有一定风险承担能力的医联体可以为医保方分担一定经济风险,而较小规模的医联体不至于承担过大经济风险而崩溃。

致谢

感谢加州大学洛杉矶分校的岳大海博士在本文资料收集方面提供的支持。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家卫生健康委员会. 2018 中国卫生健康统计年鉴 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2018.
- [2] Xu J, Gorsky M, Mills A. A path dependence analysis of hospital dominance in China (1949-2018): lessons for primary care strengthening [J]. Health Policy Plan, 2019, 226: 56-62.
- [3] Xu J, Jian W, Zhu K, et al. Reforming public hospital financing in China: Progress and challenges [J]. BMJ, 2019, 365: I4015.
- [4] 国务院办公厅. 关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见 [EB/OL]. (2017-04-26) [2019-12-30]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content_5189071.htm
- [5] 国务院办公厅. 关于印发深化医药卫生体制改革 2018 年下半年重点工作任务的通知 [EB/OL]. (2018-08-28) [2019-12-30]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-08/28/content_5317165.htm
- [6] Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics [EB/OL]. [2019-12-30]. https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
- [7] Schneider E C, Sarnak D O, Squires D, et al. Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care [EB/OL]. [2019-12-30]. <http://www.commonwealthfund.org/interactives/2017/july/mirror-mirror/>
- [8] Berwick D M, Nolan T W, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost [J]. Health Aff (Millwood), 2008, 27(3): 759-769.
- [9] 邱国钦, 许丽贞. 基于英国经验视角下的我国医联体建设 [J]. 现代医院, 2016, 16(12): 1801-1803, 1807.
- [10] Amelung V. Handbook integrated care [M]. Switzerland: Springer Nature, 2017.
- [11] 魏小雷. 美国管理式医疗保险模式介绍及对我国基本医疗保险的启示 [J]. 中国卫生产业, 2012, 9(24): 169-170.
- [12] 马亚楠, 刘海波, 何钦成. 美国的管理型医疗保健及对我国卫生保健制度的启示 [J]. 中国卫生事业管理, 2007(3): 210-211.
- [13] 裴晨阳, 龚韩湘, 肖瑶, 等. 美国管理型医疗模式对中国健康维护组织发展的启示 [J]. 医学与哲学(A), 2018, 39(7): 56-59.
- [14] Goodwin N. Diagnostic delays and referral management schemes: how 'integrated' primary care might damage your health [J]. Int J Integr Care, 2008, 8(4): e78.
- [15] 王梦媛, 颜建周, 张伶俐, 等. 美国节余分享计划下的责任型保健组织制度研究 [J]. 卫生经济研究, 2017(1): 53-57.
- [16] 周娟. 凯撒医疗管理模式及其对中国商业健康保险的借鉴意义 [J]. 人力资源管理, 2015(8): 14.
- [17] 徐进, 刘晓云, 孟庆跃. 美国退伍军人医疗服务系统改革综述与经验分析 [J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(10): 52-57.
- [18] 李小言. 责任型保健组织在美萌芽 [J]. 中国医院院长, 2010(20): 56-57.
- [19] 王萍. 美国责任型保健组织的机制设计与竞争关注述评 [J]. 经济学动态, 2012(4): 151-155.
- [20] Centers for Medicare & Medicaid Services. 2019 Quality Measurement Methodology and Resources [EB/OL]. [2019-12-30]. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/program-guidance-and-specifications.html>
- [21] Mansour M, Favini N, Carome M A, et al. Accountable care organizations' payments to physicians: patients should have the right to know [J]. American Journal of Public Health, 2017, 107(8): 1251-1252.
- [22] Centers for Medicare & Medicaid Services. Shared Savings and Losses and Assignment Methodology Specifications Version 7 [EB/OL]. (2019-01-01) [2019-12-30]. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/program-guidance-and-specifications.html>
- [23] 唐文熙, 魏来, 张亮. 支付方式与卫生服务体系整合: 一个国内外实践与研究进展评述 [J]. 中国卫生经济, 2016, 35(5): 32-34.

- [24] Centers for Medicare& Medicaid Services. Medicare Shared Savings Program Fast Facts [EB/OL]. (2019-01-01) [2019-12-30]. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/program-data.html>
- [25] Carolyn H T. Remaking Policy: Scale, Pace, and Political Strategy in Health Care Reform[M]. World Rights, 2018.
- [26] Colla C H, Fisher E S. Moving forward with accountable care organizations: some answers, more questions[J]. JAMA Internal Medicine, 2017, 177(4): 527-528.
- [27] Hofter R A, Ortiz J. Costs of account able care organization participation for primary care providers: early stage results [J]. BMC Health Services Research, 2016, 16(1): 315.
- [28] Mc Williams J M, Chernew M E, Landon B E, et al. Performance differences in year 1 of pioneer accountable care organizations[J]. New England Journal of Medicine, 2015, 372(20): 1927-1936.
- [29] Douven R, McGuire T G, Mcwilliams J M. Avoiding unintended incentives in ACO payment models [J]. Health Aff (Millwood), 2015, 34(1): 143-149.
- [30] Rittenhouse D R, Shortell S M. The Patient-Centered medical home will it stand the test of health reform[J]. JAMA, 2009, 301(19): 2038-2040.
- [31] Dobbins M I, Thomas S A, Melton S L, Lee S. Integrated Care and the Evolution of the Multidisciplinary Team[J]. Prim Care, 2016, 43(2): 177-190.
- [32] Wu F M, Rubenstein L V, Yoon J. Team functioning as a predictor of patient outcomes in early medical home implementation[J]. Health Care Manage Rev, 2018, 43(3): 238-248.
- [33] Cambridge Health Alliance. Ambulatory Care at CHA [R]. 2018.
- [34] 高飞, 闫东玲. 美国“以患者为中心的医疗之家”创新模式及其启示[J]. 沈阳工业大学学报(社会科学版), 2015, 8(3): 225-230.
- [35] Pearson T L. Diabetes and the patient-centered medical home[J]. Am J Manag Care, 2013 (2): E10.
- [36] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. PCMH Payment Approaches [EB/OL]. [2019-12-30]. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/communication-programs/ndep/health-professionals/practice-transformation-physicians-health-care-teams/team-based-care/patient-centered-medical-home/pcmh-payment-approaches>
- [37] 邱胜, 刘俊荣, 伍世骏. 美国家庭医生式服务的历史演变及启示 [J]. 中国全科医学, 2015, 18 (22): 2623-2627.
- [38] National Committee for Quality Assurance. The future of patient-centered medical homes [EB/OL]. (2017-02-17) [2019-12-30]. <http://www.ncqa.org/Portals/0/Public%20Policy/2014%20Comment%20Letters>
- [39] Maeng D D, Khan N, Tomcavage J, et al. Reduced acute inpatient care was largest savings component of Geisinger Health System's patient centered medical home[J]. Health Affairs (Millwood), 2015, 34(4): 636-644.
- [40] Nocon R S, Fairchild P C, Gao Y, et al. Provider and staff morale, job satisfaction, and burnout over a 4-year medical home intervention [J]. Journal of General Internal Medicine. 2019, 34(6): 952-959.

[收稿日期:2019-12-06 修回日期:2020-02-06]

(编辑 刘博)