

迈向以人为本的整合型医疗卫生服务体系的国际经验 ——美国近年的探索及对我国的启示

我国正在努力探索以人为本的整合型卫生服务体系的发展道路，以期在 2020 年全面建成覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度后，围绕贯彻落实“健康中国”战略，建设优质高效的医疗卫生服务体系。为此我们选取近年来几个典型卫生体系的改革经验加以介绍，以供决策参考。本期简报根据从文献获得的信息介绍近年美国的实践。

美国常年在各种发达国家卫生体系综合绩效的国际排名中垫底。其卫生总费用占国内生产总值 **18%**，远高于第二位的瑞士 **12%**，而健康结局、卫生服务可及性和公平性却在发达国家中排在末尾。伴随着 2010 年《患者保护与平价医疗法案》（即“奥巴马医改”）实施以来，美国卫生政策研究与卫生服务实践领域针对如何破局展开了不少探索。尤其是利用契约关系推动服务整合的责任型保健组织（**Accountable Care Organizations, ACOs**）和以基层卫生服务团队服务模式创新为核心的以患者为中心的医学之家（**Patient-Centered Medical Home, PCMH**）为我国改革提供了可借鉴的思路。

一、理念与前身

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。三重目标互有关系，但相互独立，需有效平衡，需要服务整合者来聚焦和协调服务。上世纪 70 年代起，美国涌现出各种健康维护组织（Health Maintenance Organizations, HMOs）。HMOs 的设计初衷与三重目标一致，但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，而未体现三重目标的内涵，尤其没有显示出质量、人群健康水平以及患者体验方面的改善。结果出现了一批打着 HMOs 旗号的组织，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，成为 HMOs 受到社会上的广泛诟病的主要因素。其次，HMOs 受到美国商业医保模式的影响，存在逆向选择问题。为降低费用，HMOs 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患者。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转化为短期收益。种种原因导致 HMOs 从 1990 年代开始式微，仅个别大型的 HMOs 取得了较好的发展。同时，公立的退伍军人医疗体系，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突出成效。围绕体系整合的努力和关注一直持续着，并被吸收入奥巴马医改中。

二、责任型保健组织（ACOs）

在吸取 HMOs 教训基础上，ACOs 被纳入医改法案，其目的是为参保人群提供协调的高质量医疗卫生服务，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。ACOs 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。ACOs 2019 年覆盖 1.09 千万老人医保人群。据 2016 年统计，老年医保之外还有 2.02 千万人被 ACOs 覆盖，当年各式 ACOs 覆盖人口约占美国的 9%。ACOs 的改革主要是通过契约关系及利益分配机制，实现跨组织整合。主要做法包括：

第一，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 以成立 ACOs 前 3 年覆盖人群的人数和平均医保费用为基础设定预算，若年终综合绩效评估结果达到一定标准，且实际医疗支出低于预计支出，则 ACO 可与老年医保按协议分享结余。CMS 提供了两种选项：一种是只奖不罚单向模式，达到质量控制目标，最多可获结余的 50%，奖金上限为预算的 10%；另一种是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。在双向模式下，质量达标的 ACOs 最高可以获得结余的 50-75%，奖励上限为预算的 10-20%。承担损失的比例为 30%-75%，损失上限为预算的 5%-15%。不过，以历史支出计算预算也刺激了医疗服务供者在加入 ACOs 前突击增加医疗支出。

第二，建立突出质量指标的系统绩效评估制度。 CMS 为 ACOs 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 通过质量报告、Medicare 报销数据及患者调查等信息为 ACOs 评分。绩效评分决定了 ACOs 能否分享结余及所得份额。ACOs 年审时，每个维度至少要有一个指标达到 30 百分位的最低标准，才有共享结余的资格。若未能达到质量标准，双向模式的 ACOs 需要按照该模式中规定的最高比例来承担损失。

第三，医保中心分配参保人群，避免商业保险的逆向选择问题。 CMS 综合考虑参保人的住址、曾就诊的医生和医院等因素将参保人群分配给 ACOs。每个 ACO 至少负责 5000 名 Medicare 参保人或 15000 名商业医保参保人，以保证风险池足够大。同时，政策保留患者选择 ACOs 之外机构就医的权利，以促进竞争，提高患者满意度。

第四，建立长期合同，促进投入预防和体系重构。 CMS 与 ACOs 签订周期至少 3 年的合同。较长的合同周期使医疗服务供方有动机投入患者长期的健康管理。不过，建立 ACOs 的整合措施所需的前期投入（信息系统、协调机构、流程重构等）使政策更有利于实力雄厚的大型集团，可能强化垄断。

三、以患者为中心的医学之家（PCMH）

PCMH 于 1967 年提出，2006 年美国医师协会（ACP）开始全国推广，2010 年后扩大试点。PCMH 的核心是初级保健医生领导的多学科团

队。初级保健医生、护士、医师助理等组成医务小组，相关专业人员如药剂师、营养师、教育家、行为学家、社会工作者、信息技术人员、协调员等跨几个小组提供服务，共同形成能够回应患者生物—心理—社会—行为相关健康影响因素及健康需要的服务团队。

PCMH 提供全方位、连续的、协调的、患者参与的医疗保健服务。 患者自由选择初级保健医生，并与其率领的多学科团队建立长期的信任及合作关系。PCMH 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，形成健康档案，并医患双方皆可通过平台获取信息。PCMH 根据患者当前及预期健康水平，与患者一同制定改善健康或慢性病管理的计划，持续密切关注患者健康指标变化，并动态调整医疗计划。同时，PCMH 协调其他医疗及社会服务资源，如医院、社区服务中心、养老院、社会保障机构和政府卫生部门等，联合起来为患者提供全方位的医疗健康服务。此外，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，共同改善健康。为患者自我管理提供帮助，如组建慢性病支持小组、步行小组、在线互助团体等。

四、对我国的启示

首先，强化质量和健康结局考核，推动长期合同、总额预算（结余分享）与按绩效支付相结合的战略购买改革，是实现服务体系以健康为中心的有效推动机制。

其次，以合同契约关系推动医疗机构整合，是医疗机构在不彻底改变组织结构的条件下实现服务流程与功能的整合的可能路径。

第三，全科医学为核心、多专业参与的多学科医疗保健团队，是回应生物、心理、社会、行为的健康决定因素的可靠模式。

第四，居民和患者的有效参与是以人为本的重要内涵，并已有有效机制可借鉴。

第五，政府应积极投入建立整合的基础条件，包括整合的前期基金和健康和医疗信息平台。

（徐进，柏杨）

《卫生发展瞭望》是北京大学中国卫生发展研究中心根据研究成果、系统综述、会议讨论、国际交流等获得的信息，每期针对一个卫生发展领域热点问题，发表研究发现、观点和政策讨论。