

Review

Implications of Accountable Care Organizations in the Health System: A Systematic Review

Rahele Haji Agha Bozorgi¹, Ghahraman Mahmoudi^{2*}, Mohammad Ali Jahani³, Jamshid Yazdani-Charati⁴

1.Ph.D. Candidate of Medical and Health Services Administration, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

2.Professor, Hospital Administration Research Center, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

3.Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

4.Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

*Corresponding Author: E-mail: Ghahraman48@yahoo.com

(Received 8 September 2024; Accepted 26 January)

Abstract

Accountable Care Organizations (ACOs) are recognized as innovative solutions for cost management and quality improvement in healthcare systems. These organizations bear financial and clinical responsibility for providing care to a defined population of patients. The present study aimed to examine the outcomes of ACOs in healthcare systems.

The present systematic review was conducted following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines. The searches were performed using keywords, such as "Accountable Care Organizations" and "Integrated Care," in databases, including PubMed, Scopus, Web of Science (WOS), Scientific Information Database (SID), Magiran, IranMedex, and Google Scholar. Searches were conducted individually and in combination, covering the period from January 1, 2000, to May 13, 2024. The quality of articles was assessed using the Critical Appraisal Skills Programme (CASP) and Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) checklists. Eligible studies were selected, and their findings were analyzed.

Among 8720 articles identified using the keywords, 21 studies with relevant titles, abstracts, and full texts were reviewed. The most significant outcome of ACOs across studies was healthcare cost reduction (48%), followed by improved quality of care services (32%) and enhanced public health (23%). Additional outcomes (29%) included ensuring successful provider experiences, reducing low-value services, patient-centered care, standardizing clinical processes, and managing high-risk patients.

An ACO acts as a driving force in the healthcare system, simultaneously minimizing treatment costs and optimizing resource management. On one hand, it revolutionizes the patient experience and elevates the quality of care to unprecedented levels. On the other hand, it fosters a healthier society where prevention takes precedence over treatment, and health is regarded as a collective asset. Therefore, it is recommended that healthcare systems, including those located in Iran, leverage the principles of accountable care to enhance service quality while reducing costs.

Keywords: Accountable Care, Accountable Care Organization, Health System Reform, Integrated Care.

ClinExc 2025;14(79-93) (Persian).

پیامدهای سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در نظام سلامت: یک مرور نظام‌مند

راحله حاجی آقا بزرگی^۱، قهرمان محمودی^{۲*}، محمدعلی جهانی^۳، جمشید یزدانی چارتی^۴

چکیده

سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو به‌عنوان یکی از راهکارهای نوین مدیریت هزینه و بهبود کیفیت در نظام سلامت مطرح شده‌اند. این سازمان‌ها مسئولیت مالی و بالینی ارائه مراقبت به جمعیت مشخصی از بیماران را برعهده دارند. هدف این مطالعه، بررسی پیامدهای سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در نظام سلامت است.

این مطالعه به روش مرور نظام‌مند براساس دستورالعمل PRISMA انجام شد. جست‌وجوی الکترونیک مقالات با کلیدواژه‌های سازمان مراقبت پاسخ‌گو و مراقبت یکپارچه در پایگاه‌های داده الکترونیک Web of Science، Scopus، PubMed، Magiran، SID، IranMedex و موتور جست‌وجوی Google Scholar به‌صورت ترکیبی و جداگانه از ابتدای سال ۲۰۰۰ تا ۱۳۰۴ میلادی انجام گرفت. برای ارزیابی کیفیت مقالات از دو چک‌لیست STROBE و CASP استفاده شد.

از مجموع ۸۷۲۰ مقاله یافت‌شده، درنهایت ۲۱ مقاله با عنوان، چکیده و متن مرتبط بررسی شد. بیشترین پیامد سازمان مراقبت پاسخ‌گو در مرور مطالعات، کاهش هزینه‌های سلامت (۴۸ درصد) بود. پس از آن، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی (۳۲ درصد) و ارتقای سلامت جامعه (۲۳ درصد) بود. سایر پیامدهای سازمان مراقبت پاسخ‌گو (۲۹ درصد) شامل اطمینان از تجربیات موفق ارائه‌دهندگان، کاهش خدمات کم‌ارزش، بیمارمحوری، استانداردسازی فرایندهای بالینی و مدیریت بیماران پرخطر بود.

سازمان مراقبت پاسخ‌گو مانند یک موتور محرک در نظام سلامت است که هزینه‌های درمانی را به حداقل می‌رساند و منابع را هوشمندانه مدیریت می‌کند؛ تجربه بیماران را متحول می‌کند و کیفیت مراقبت‌ها را به سطحی بی‌نظیر ارتقا می‌دهد و درنهایت جامعه‌ای سالم‌تر می‌سازد که در آن پیشگیری بر درمان مقدم است. بنابراین پیشنهاد می‌شود نظام سلامت کشورها ازجمله ایران، با بهره‌گیری از اهداف مراقبت پاسخ‌گو، با هزینه کمتر، بر کیفیت خدمات نظام سلامت خود بیفزایند.

واژه‌های کلیدی: سازمان مراقبت پاسخ‌گو، اصلاح نظام سلامت، مراقبت یکپارچه، مراقبت پاسخ‌گو.

Email: Ghahraman48@yahoo.com

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.
 ۲. استاد، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.
 ۳. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، پژوهشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
 ۴. استاد گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
- *نویسنده مسئول: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۰۹/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۶

مقدمه

سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو^۱ یکی از راهکارهای کلیدی در مدیریت سلامت جمعیت و اصلاحات نظام‌های سلامت به‌شمار می‌روند (۱-۲). این سازمان‌ها که نخستین‌بار در آمریکا و با تصویب قانون حمایت از بیمار و مراقبت مقرون‌به‌صرفه^۲ در سال ۲۰۱۰ مطرح شدند، با هدف کاهش هزینه‌های درمان و بهبود کیفیت مراقبت، مسئولیت مالی و بالینی ارائه خدمات به جمعیت خاصی از بیماران را برعهده می‌گیرند (۳) و به‌عنوان بخشی از مدل مراقبت مبتنی بر ارزش، با تمرکز بر بیمار و ارائه مراقبت یکپارچه به بهبود شاخص‌های سلامت عمومی و کاهش هزینه‌های غیرضروری منجر می‌شوند (۴). در این مدل، گروه‌های مختلف از ارائه‌دهندگان خدمات (مانند پزشکان، بیمارستان‌ها و دیگر مراقبان بهداشتی) مسئولیت دارند که نه تنها به ارائه خدمات درمانی باکیفیت پردازند، بلکه در برابر هزینه‌ها و نتایج سلامت بیماران نیز پاسخ‌گو باشند. مراقبت پاسخ‌گو بیشتر در تلاش است تا از طریق پیشگیری از بیماری‌ها، مدیریت بهتر بیماری‌های مزمن و کاهش خدمات غیرضروری، هزینه‌های بهداشتی را کاهش دهد (۵). تحقیقات نشان می‌دهد که سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو نه تنها یک تغییر ساختاری در نظام سلامت محسوب می‌شوند، بلکه نقشی اساسی در کاهش هزینه‌ها و بهبود کیفیت خدمات ایفا می‌کنند. به‌عنوان مثال، یک مطالعه جامع بر روی داده‌های مدیر^۳ نشان داد که این سازمان‌ها در کنترل هزینه‌ها و افزایش اثربخشی بالینی موفق بوده‌اند (۶)، به‌طوری‌که در سال ۲۰۲۲ بیش از ۴ میلیارد دلار در مدیر^۳ و بیش از ۲۱ میلیارد دلار در مراکز خدمات مدیر^۳ و مدیر^۴ باعث صرفه‌جویی

شد (۷). این نتایج نشان‌دهنده پتانسیل عظیم سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در مدیریت منابع و افزایش بهره‌وری نظام سلامت است. سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو به‌دلیل

رویکرد جامع و متمرکز بر بیمار می‌توانند با کاهش بستری‌های غیرضروری و ارتقای مراقبت‌های پیشگیرانه به بهبود کیفیت مراقبت کمک کنند (۸). در این راستا، برخی از مطالعات در کشورهای توسعه‌یافته مانند آمریکا (۹)، آلمان (۱۰)، کانادا (۱۱)، بریتانیا (۱۲)، استرالیا (۱۳) و سنگاپور (۱۴) نیز به اهمیت نقش سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در بهبود سلامت عمومی و کاهش هزینه‌های کلان بهداشتی اشاره کرده‌اند (۱۰). درحالی‌که کشورهای توسعه‌یافته از مزایای این مدل بهره می‌برند، کشورهای درحال توسعه، ازجمله ایران، همچنان در آغاز مسیر اجرای آن قرار دارند. ایران با چالش‌هایی نظیر نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت، هزینه‌های بالای درمان، رشد سریع جمعیت سالمند و شیوع بیماری‌های مزمن روبه‌روست. در چنین شرایطی، اجرای مدل‌های مبتنی بر ارزش مانند سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو، نه یک انتخاب، بلکه یک ضرورت برای نظام سلامت کشور محسوب می‌شود. با این حال، اجرای موفق این مدل در ایران، مستلزم ایجاد زیرساخت‌های پیشرفته فناوری اطلاعات و هماهنگی مؤثر میان ارائه‌دهندگان خدمات است. همچنین، تطبیق این الگو با ساختار فرهنگی و اقتصادی ایران، بهره‌گیری از داده‌های اپیدمیولوژیک و طراحی سیاست‌های حمایتی، گام‌های کلیدی برای دستیابی به یک نظام سلامت کارآمدتر و پاسخ‌گوتر خواهند بود (۱۵).

با توجه به اینکه تقریباً یک نفر از ۶ نفر ذی‌نفع مدیر^۳ عضو سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در امریکا است (۱۶)، این سازمان‌ها نقش کلیدی در نظام‌های سلامت ایفا می‌کنند، اما با چالش‌های قابل توجهی نیز روبه‌رو هستند. یکی از چالش‌های اصلی، عدم هماهنگی کامل بین ارائه‌دهندگان مختلف خدمات است. در نظام‌های پیچیده سلامت، تفاوت در زیرساخت‌های اطلاعاتی و مدیریتی می‌تواند موجب ناهماهنگی در ارائه خدمات شود (۱۷). در کشورهایی با نظام‌های سلامت متفاوت، اجرای این مدل نیازمند تطبیق و اصلاحات ساختاری است. به‌عنوان مثال، در کانادا مفهوم سازمان‌های مراقبت

1. Accountable Care Organizations :ACOs

2. Affordable Care Act

3. Medicare

4. Centers for Medicare & Medicaid Services

پاسخ‌گو برای هماهنگی با نظام سلامت عمومی دولتی و بیمه‌های ملی اصلاح شد (۱۱). این تغییرات شامل بهبود دسترسی به خدمات اولیه و یکپارچه‌سازی خدمات تخصصی بود تا نابرابری‌های بهداشتی کاهش یابد (۱۸). در آلمان، قراردادهای طولانی‌مدت بین بیمه‌ها و ارائه‌دهندگان برای سازگاری با ساختار غیرمتمرکز نظام سلامت ایجاد شد (۱۹). در سنگاپور، سیستم‌های بهداشتی منطقه‌ای^۵ برای اجرای سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو اصلاح شدند. این تغییرات شامل استفاده گسترده از پرونده‌های الکترونیکی سلامت و تحلیل داده‌ها برای بهبود هماهنگی بین ارائه‌دهندگان خدمات بوده است (۲۰). برنامه‌هایی مانند پروژه ونگارد^۶ در بریتانیا به منظور تطبیق با نظام سلامت ملی^۷ طراحی شدند تا از اهداف بیمارمحور و کاهش بستری‌های غیرضروری حمایت کنند (۸، ۲۱). با توجه به اهمیت سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در سطح بین‌المللی، موفقیت آن نیازمند زیرساخت‌های فناوری اطلاعات پیشرفته است. این زیرساخت‌ها نه تنها موجب بهبود هماهنگی بین مراکز درمانی و ارائه‌دهندگان می‌شوند، بلکه امکان پیگیری و مدیریت مستمر بیماران را نیز فراهم می‌کنند (۲۲-۲۳). این فناوری‌ها تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر داده را تسهیل می‌کنند و نتایج بهتری برای بیماران رقم می‌زنند. با در نظر گرفتن چالش‌های جهانی مانند تأمین مالی سلامت (۲۴)، بی‌اعتمادی به نظام سلامت (۲۵) هزینه‌های بالای بیماری‌های مزمن (۲۷-۲۶) و افزایش سالمندی (۱۵)، سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو می‌توانند با مدیریت هزینه‌ها و بهبود کیفیت خدمات در طول زمان، پاسخی مؤثر باشند (۲۸-۲۹). کشورهای در حال توسعه نیز با استفاده از تجربیات کشورهای پیشرفته می‌توانند با هزینه‌های کمتر، این مدل‌ها را اجرا کنند (۳۰). با توجه به ضرورت اصلاحات اساسی در نظام‌های سلامت، به‌ویژه در کشورهایی که با هزینه‌های سرسام‌آور و منابع محدود مواجه‌اند،

سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو به‌عنوان یک راهکار تحول‌آفرین مطرح می‌شوند. درک عمیق‌تر از نحوه عملکرد و پیامدهای این سازمان‌ها می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در افزایش کارایی و اثربخشی خدمات سلامت داشته باشد. بررسی جامع پیامدهای اقتصادی، بالینی و مدیریتی این مدل نه تنها امکان بهره‌گیری بهینه از منابع را فراهم می‌کند، بلکه می‌تواند مسیر سیاست‌گذاری‌های آینده را نیز متحول سازد. بر همین اساس، این مطالعه با هدفی فراتر از یک ارزیابی معمول، به بررسی نظام‌مند و همه‌جانبه تأثیرات سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو پرداخته است تا راهکاری برای ارتقای سلامت عمومی ارائه دهد.

روش کار

این مطالعه با روش مرور نظام‌مند براساس دستورالعمل پریزما^۸ انجام شد. جست‌وجوی مستندات علمی مرتبط با کلیدواژه‌های انگلیسی Accountable Care Organization, Integrated Health Care System, Care Organization, Accountable Care Integrated Delivery System، به صورت ترکیبی و جداگانه در پایگاه‌های داده الکترونیک PubMed, Scopus, Web of Science و جست‌وجوی الکترونیک به زبان فارسی با کلیدواژه‌های سازمان مراقبت پاسخ‌گو، مراقبت یکپارچه در پایگاه‌های داده الکترونیک جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات نشریات کشور انجام گرفت. همچنین، موتور جست‌وجوی Google Scholar نیز برای اطمینان از دسترسی به مطالب مناسب جست‌وجو شد.

تمام مطالعات به دست آمده وارد نرم‌افزار EndNote شدند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل تمامی مطالعات انجام‌شده در حوزه سازمان مراقبت پاسخ‌گو بدون محدودیت زمانی تا ۱۳ می ۲۰۲۴ میلادی و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل؛ مطالعات منتشرشده به زبان‌های مختلف به جز فارسی و انگلیسی، منابع علمی

5. Regional Health Systems :RHS

6. Vanguard Projects

7. NHS

8. PRISMA

شماره ۱ نشان داده شده است.

یافته‌ها

از مجموع ۸۷۲۰ مقاله یافت شده، تعداد ۳۴۵۰ مقاله با عناوین تکراری با استفاده از نرم افزار EndNote شناسایی و حذف شدند و ۵۲۷۰ مقاله باقی ماندند که در مرحله بعد با غربالگری عنوان و چکیده، ۲۱۱ مقاله متن کامل باقی ماندند که وارد مرحله تعیین شایستگی شدند. در مرحله آخر، متن کامل ۱۹۰ مقاله انتخابی با توجه به معیارهای ورود و خروج و تعیین ارزیابی کیفی استخراج شد و در نهایت ۲۱ مقاله برای بررسی در این مطالعه انتخاب گردیدند. فرایند انتخاب مقالات مطابق دستورالعمل PRISMA در قالب نمودار جریان (شکل شماره ۱) ارائه شد. این نمودار مراحل جست و جو، حذف مقالات تکراری، غربالگری عناوین و چکیده‌ها، بررسی متن کامل و انتخاب نهایی مطالعات را به تصویر می کشد.

در ۱۲ مطالعه (۵۷ درصد) از روش کمی، ۳ مطالعه (۱۴ درصد) از روش کیفی، ۴ مطالعه (۱۹ درصد) از روش مروری و ۲ مطالعه (۱۰ درصد درصد) از روش ترکیبی برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. هجده مطالعه (۸۵ درصد) در کشور آمریکا و ۲ مطالعه (۱۰ درصد) در کشور کانادا و یک مطالعه (۵ درصد) در کشور آلمان انجام شد. با توجه به به کارگیری این مدل از سال ۲۰۱۲ در کشور آمریکا، عمده مطالعات در کشور آمریکا انجام شد. بیشترین پیامد سازمان مراقبت پاسخ گو در مرور مطالعات، کاهش هزینه‌های سلامت بود که در ۱۵ مطالعه (۴۸ درصد) (۲-۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۷، ۲۹، ۳۱-۳۸) به آن اشاره شد و پس از آن در ۱۰ مطالعه (۳۲ درصد) به ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی [۲-۴، ۸، ۱۰، ۱۱، ۳۶، ۳۷، ۳۹-۴۱]، ۷ مطالعه (۲۳ درصد) به ارتقای سلامت جامعه (۲-۴، ۸، ۱۱، ۴۱، ۴۲) و در ۹ مطالعه (۲۹ درصد) نیز به سایر پیامدهای سلامت اشاره شد که شامل اطمینان از تجربیات موفق ارائه دهندگان (۲، ۱۱، ۳۸)، کاهش خدمات کم ارزش (۱۷، ۴۳)، بیمارمحوری،

فاقد متن کامل و مقالاتی که در ارزیابی کیفیت براساس چک لیست‌های کاسپ^۹ و استروپ^{۱۰} نمره کافی کسب نکردند، بود. همچنین کلیه مقالات کوتاه، نامه به سردبیر و چکیده همایش‌ها کنار گذاشته شدند. کیفیت روش شناختی مقالات با استفاده از چک لیست کاسپ برای مقالات مروری و کیفی و چک لیست استروپ برای مقالات کوهورت و کمی بررسی شد، به طوری که ابتدا اهداف مقالات بررسی گردید و در صورت متناسب بودن، از چک لیست‌ها استفاده شد. چک لیست کاسپ حاوی ۱۰ سؤال بود. نمره کیفیت مقالات در سه سطح (کم، متوسط و با کیفیت بالا) دسته بندی شد. نمره کمتر از ۴ مطالعه با کیفیت پایین، نمره بین ۴-۷ با کیفیت متوسط و نمره ۷ به بالا با کیفیت بالا ارزیابی شد و مقالاتی که نمره بالای ۷ به دست آوردند، در پژوهش ماندند. چک لیست استروپ شامل ۲۲ سؤال برای ارزیابی مطالعات کوهورت، مقطعی و تحلیلی بود. مقالاتی که حداقل ۱۵ نمره از این چک لیست کسب کردند، در مرور باقی ماندند. این چک لیست به ارزیابی عوامل کلیدی از جمله طراحی مطالعه، تحلیل داده‌ها و گزارش دهی نتایج پرداخت.

برای جلوگیری از سوگیری، استخراج و ارزیابی کیفیت مقالات توسط دو پژوهشگر مستقل انجام شد. در صورت عدم ورود مقالات، دلیل رد آن ذکر شد. در مواردی که بین دو پژوهشگر اختلاف نظر وجود داشت، بررسی مقاله از سوی نفر سوم صورت گرفت. برای استخراج داده‌ها، از فرم استخراج داده‌ها که مبتنی بر اهداف مطالعه بود، استفاده شد که این داده‌ها شامل؛ نام مقاله، نام نویسنده، سال انتشار، نوع روش، مکان پژوهش، پیامدهای سازمان مراقبت پاسخ گو بود و نتایج مهم در آن ذکر شد. پیامدهای کلیدی سازمان‌های مراقبت پاسخ گو شامل؛ کاهش هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و سلامت جامعه از این مطالعات استخراج و تحلیل شدند. استراتژی جست و جو در جدول

⁹. CASP

¹⁰. STROBE

استانداردسازی فرایندهای بالینی، مدیریت بیماران پرخطر (۴۴) بود. مهم‌ترین یافته‌های مطالعه در جدول شماره ۲ طبقه‌بندی گردید.

بحث

با توجه به هدف مطالعه، مهم‌ترین پیامد سازمان مراقبت پاسخ‌گو در امریکا، اروپا و سایر کشورها به ترتیب کاهش هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی و ارتقای سلامت جامعه بوده است. همچنین سایر پیامدهای سازمان مراقبت پاسخ‌گو، عبارت بودند از اطمینان از تجربیات موفق ارائه‌دهندگان، کاهش خدمات کم‌ارزش، بیمارمحوری، استانداردسازی فرایندهای بالینی، مدیریت بیماران پرخطر.

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو موفق به کاهش هزینه‌های سلامت شده‌اند. به‌عنوان مثال در امریکا، سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو توانسته‌اند با کاهش بستری‌های غیرضروری و محدود کردن تکرار آزمایش‌ها، به صرفه‌جویی در برخی حوزه‌های خاص برسند. بررسی‌های انجام‌شده در برنامه پس‌انداز مدیکر^{۱۱} نشان می‌دهد که سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو، به‌ویژه در بیماران نیازمند مراقبت‌های پر هزینه، موفق به کاهش هزینه‌ها شده‌اند (۳، ۷، ۸، ۳۶). مطالعه‌ای نشان داد که برخی سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو موفق به کاهش هزینه‌های مرتبط با خدمات اورژانسی به میزان ۶ درصد و کاهش بستری‌های بیمارستانی به میزان ۸ درصد شده‌اند (۴). یکی از چالش‌های عمده سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو حفظ و پایداری کاهش هزینه‌ها در بلندمدت است. درمان و مراقبت بیماران پر هزینه ممکن است به دلیل نیاز به سرمایه‌گذاری در فناوری‌های نوین، برنامه‌های مدیریت بیماران پرخطر و افزایش استفاده از خدمات پیشگیرانه، به افزایش هزینه‌ها در برخی از بخش‌ها منجر شود (۳۳). همچنین سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو گاهی موفق به کاهش هزینه‌های بخش‌های خاصی می‌شوند، اما این

صرفه‌جویی ممکن است به‌طور کلی برای کاهش کلی هزینه‌های نظام سلامت کافی نباشد. برای مثال، هزینه‌های خدمات پیشگیرانه و ارتقای کیفیت مراقبت‌های پیچیده ممکن است باعث صرفه‌جویی‌های کوتاه‌مدت شود (۳۵).

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر میزان کاهش هزینه‌ها، ساختار قراردادهای مالی سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گوست. سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو که معمولاً با قراردادهای پرداخت مبتنی بر ارزش^{۱۲} فعالیت می‌کنند، در مقایسه با سیستم‌های سنتی پرداخت به‌ازای خدمات^{۱۳}، انگیزه بیشتری برای کنترل هزینه‌ها دارند. با این حال، ساختارهای مالی مختلف در سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو ممکن است باعث شود که صرفه‌جویی در برخی از بخش‌ها محدود یا حتی معکوس شود. به‌عنوان مثال، برخی سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در چهارچوب قراردادهایی فعالیت می‌کنند که در آن‌ها ریسک مالی و پاداش براساس عملکرد تنظیم می‌شود. در این موارد، اگر سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو نتوانند به نتایج مطلوب دست یابند، ممکن است نتوانند هزینه‌ها را کاهش دهند، بلکه با افزایش هزینه‌های غیرمنتظره روبه‌رو شوند (۴۵). در آمریکا، جایی که نظام سلامت به‌طور عمده مبتنی بر بازار و رقابت بین بیمه‌گران خصوصی است، سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو نتایج بهتری در کاهش هزینه‌ها به دست آورده‌اند. با این حال، در کشورهایی مانند کانادا یا آلمان که نظام سلامت عمدتاً توسط دولت مدیریت می‌شود و تأکید بیشتری بر تأمین مالی عمومی دارند، اجرای سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو و کاهش هزینه‌ها به‌آسانی حاصل نشده است (۶). براساس مطالعه، تغییر ساختارهای مالی و مدیریتی برای تطبیق با مدل سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در کانادا، به زمان و سرمایه‌گذاری بیشتری نیاز دارد و کاهش هزینه‌ها به‌صورت تدریجی و کندتر از آنچه در آمریکا مشاهده شده، رخ داده است (۱۱).

¹². Value-based payment

¹³. Fee-for-service

¹¹. Medicare Shared Savings Program :MSSP

از دیگر چالش‌های کاهش هزینه‌ها، فقدان زیرساخت‌های مناسب فناوری اطلاعات سلامت و تبادل اطلاعات بالینی است. سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو برای ارائه خدمات هماهنگ و یکپارچه نیازمند دسترسی به اطلاعات به‌روز و دقیق بیماران هستند، اما در بسیاری از نظام‌های سلامت، به‌ویژه در کشورهای درحال توسعه، این زیرساخت‌ها یا وجود ندارد یا ناقص است. این مسئله می‌تواند نه تنها باعث عدم کاهش هزینه‌ها شود، بلکه به افزایش هزینه‌های اداری و تکرار خدمات غیرضروری منجر شود (۱۰). با توجه به شواهد و مطالعات موجود، می‌توان گفت که اگرچه سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در برخی زمینه‌ها و در کوتاه‌مدت موفق به کاهش هزینه‌های سلامت شده‌اند، اما این کاهش‌ها همیشه کافی و پایدار نبوده است. در برخی از بخش‌ها، هزینه‌های مرتبط با زیرساخت‌ها، آموزش، فناوری اطلاعات و مدیریت بیماران پرهزینه می‌تواند باعث افزایش هزینه‌ها شود. بنابراین، برای دستیابی به کاهش هزینه‌های پایدار، سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو به اصلاحات مستمر، بهبود زیرساخت‌ها و تدوین سیاست‌های دقیق‌تری در قراردادهای مالی و مدیریتی نیاز دارند.

علاوه بر کاهش هزینه‌ها، بهبود کیفیت خدمات نیز به‌عنوان یک هدف کلیدی در سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو مطرح است. در ۲۱ درصد از مطالعات بررسی‌شده، ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده گزارش شده است. سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو توانسته‌اند از طریق بهبود فرایندهای بالینی، استانداردسازی خدمات و استفاده از فناوری‌های نوین پزشکی، سطح کیفی خدمات خود را ارتقا دهند. به‌عنوان مثال، یکی از مطالعات نشان داد که بیمارستان‌های عضو سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو موفق به کاهش زمان انتظار بیماران و افزایش دقت در تشخیص بیماری‌های مزمن شدند (۳۵). کیفیت خدمات ارائه‌شده در سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو به‌دلیل تمرکز بر مراقبت‌های بیمارمحور به‌طور قابل توجهی بهبود یافته

است. این سازمان‌ها با استفاده از تیم‌های چندرشته‌ای، مدیریت بیماران پُرخطر و توسعه برنامه‌های مراقبتی فردی، به ارتقای تجربه بیماران و افزایش رضایت آن‌ها کمک کرده‌اند (۴۵). به‌ویژه درمورد بیماری‌های مزمن مانند دیابت و فشارخون بالا، سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو با استفاده از برنامه‌های آموزشی و پیگیری دقیق توانسته‌اند شاخص‌های کنترلی بیماری را بهبود بخشند و به نتایج درمانی بهتری دست یابند (۶). ابودوند^{۱۴} و همکاران اعلام کردند که سازمان مراقبت پاسخ‌گو تأثیر مثبتی بر بهبود کیفیت نظام سلامت داشت (۳۹). ژانگ^{۱۵} و همکاران در مدل بهداشت هینین^{۱۶} نشان دادند که ساختار سازمان مراقبت پاسخ‌گو در مدیکید، انگیزه‌های قدرتمندی را برای طراحی و اجرای یک مدل مراقبتی برای رفع نیازهای خاص بیماران مزمن و پُرخطر ارائه می‌دهد (۲۹). همچنین مطالعاتی نشان دادند که سازمان مراقبت پاسخ‌گو تمرکز مراقبت را از بستری شدن در بیمارستان به تداوم کامل مراقبت تغییر می‌دهد (۸، ۴۶). همچنین، کلارک^{۱۷} و همکاران نیز نشان دادند که پس از استفاده از برنامه سلامت رفتاری، مراجعه بیماران به بخش اورژانس ۱۳ درصد کاهش داشت (۴۷). درمجموع با گذشت زمان و تجربه، سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو شروع به بهبود کیفیت کرده‌اند (۲۲). درمقابل، مطالعات متعدد از کارا بودن سازمان مراقبت پاسخ‌گو در حوزه کیفیت، در نظر داشتن این الزام دوگانه که حفظ درجه بالای کیفیت درازای چه مقدار هزینه میسر خواهد شد، بسیار مهم خواهد بود (۴۸) که دراین خصوص چاکمیتو^{۱۸} و همکاران متمرکز کردن ارائه خدمات را به‌عنوان یک استراتژی مناسب برای بهبود کیفیت مراقبت معرفی کرده‌اند (۴۹).

سلامت جامعه یکی از اهداف بلندمدت سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گوست که در ۱۶ درصد از مطالعات موردبررسی به آن اشاره شده است. این سازمان‌ها

¹⁴. Abodunde

¹⁵. Zhang

¹⁶. Hennepin

¹⁷. Clarke

¹⁸. Chukmaitov

از طریق تشویق به مشارکت فعال بیماران در فرایند مراقبت، استفاده از برنامه‌های پیشگیری و آموزش سلامت توانسته‌اند بهبود چشمگیری در شاخص‌های سلامت جامعه ایجاد کنند. مطالعه‌ای که در کانادا انجام شد، نشان داد که سازمان‌های مراقبت پاسخگو با افزایش دسترسی به خدمات مراقبتی اولیه و پیشگیرانه توانسته‌اند نرخ بستری و مراجعه به بخش‌های اورژانس را کاهش دهند (۱۱). به‌ویژه در مناطقی با دسترسی کمتر به خدمات درمانی، سازمان‌های مراقبت پاسخگو با ارائه خدمات به مناطق دورافتاده و حاشیه‌ای توانسته‌اند به ارتقای سلامت عمومی جامعه کمک کنند. با استفاده از برنامه‌های غربالگری بیماری‌ها، واکسیناسیون و ارائه مشاوره‌های بهداشتی، سازمان‌های مراقبت پاسخگو در کاهش بار بیماری‌های مزمن و انتقال بیماری‌های عفونی موفق عمل کرده‌اند (۱۰). بریجز^{۱۹} و همکاران غربالگری سالانه سلامتی و داشتن یک رویکرد سیستمی برای ارائه مراقبت‌های پیشگیرانه توسط سازمان مراقبت پاسخگو را کلید موفقیت ارتقای سلامت دانسته‌اند (۴۲). در مقایسه، مطالعه دوپله^{۲۰} و همکاران نشان داد که سازمان مراقبت پاسخگو، نتایج متفاوتی در مورد مزایای مالی و شواهد کمی در مورد بهبود سلامت یا کاهش نابرابری‌ها دارد (۵۰). بارنز^{۲۱} و همکاران نیز اذعان کردند که نظام سلامت آمریکا برای تأثیرگذاری اساسی بر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت طراحی نشده است (۱۲).

اجرای سازمان‌های مراقبت پاسخگو در کشورهای مختلف نتایج متفاوتی به همراه داشته است. در آمریکا به دلیل ساختار نظام سلامت مبتنی بر بازار و بیمه‌های خصوصی، سازمان‌های مراقبت پاسخگو توانسته‌اند نتایج بهتری در کنترل هزینه‌ها و ارتقای کیفیت به دست آورند (۴۱). اما در کشورهایی مانند کانادا که نظام سلامت دولتی است، اجرای سازمان‌های مراقبت پاسخگو با چالش‌های بیشتری روبه‌رو بوده است. در کانادا، تغییر ساختارهای مالی و مدیریتی برای تطبیق با

مدل سازمان‌های مراقبت پاسخگو به زمان و سرمایه‌گذاری بیشتری نیاز داشته است (۲۹). در آلمان، تجربه سازمان‌های مراقبت پاسخگو نشان داد که موفقیت این مدل‌ها نیازمند مشارکت فعال‌تر بیماران و ارائه‌دهندگان است. مطالعات نشان داده‌اند که در کشورهایی که فرهنگ مشارکت در مراقبت‌های سلامت وجود دارد، سازمان‌های مراقبت پاسخگو موفق‌تر بوده‌اند. به‌عنوان مثال، برنامه‌های مبتنی بر پیشگیری و مدیریت بیماری‌های مزمن در آلمان توانسته است نتایج مثبت‌تری نسبت به آمریکا به همراه داشته باشد (۱۰).

با توجه به نتایج این مطالعه مروری، به نظر می‌رسد رسیدن به اهداف اصلی سازمان مراقبت پاسخگو، یعنی کاهش هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی و ارتقای سلامت جامعه با استفاده از نقش‌های پشتیبانی از بیماران، هدفمند کردن فعالیت مراکز بهداشتی و درمانی و برنامه‌ها، استانداردسازی فرایند بالینی و ردیابی و شناسایی بیمارانی که باید منابع را روی آن‌ها متمرکز کرد، ضروری است (۴۴). همچنین ارزیابی گسترده داده‌های نتایج سلامت (۵۱)، برخورداری از سیستم اطلاعات سلامت برای ردیابی بیماران، حمایت فرهنگ سازمان از تغییر، سرمایه‌گذاری مشترک بیمارستان و پزشکان، وجود تیم‌های چندرشته‌ای، وجود ارائه‌دهندگان با کیفیت ارائه خدمات بالا و با هزینه کم، پزشکی مبتنی بر شواهد، تمرکز بر سلامت جمعیت، وجود کارکنان متخصص، حمایت جامعه از ابتکارات بهداشتی، مشارکت مصرف‌کننده و درنهایت انجام کار تیمی به‌عنوان اولویت فرهنگی (۴۶)، مشارکت متخصصان در پروژه‌های بهبود کیفیت، دعوت از متخصصان برای توسعه مراقبت مبتنی بر شواهد (۳۶) امکان‌پذیر خواهد شد.

یکی از محدودیت‌های مطالعه، نبود مطالعات داخلی در زمینه هدف مطالعه بود. همچنین عدم دسترسی به متن کامل برخی از مقالات و محدودیت

19. Briggs

20. Doyle

21. Barnes

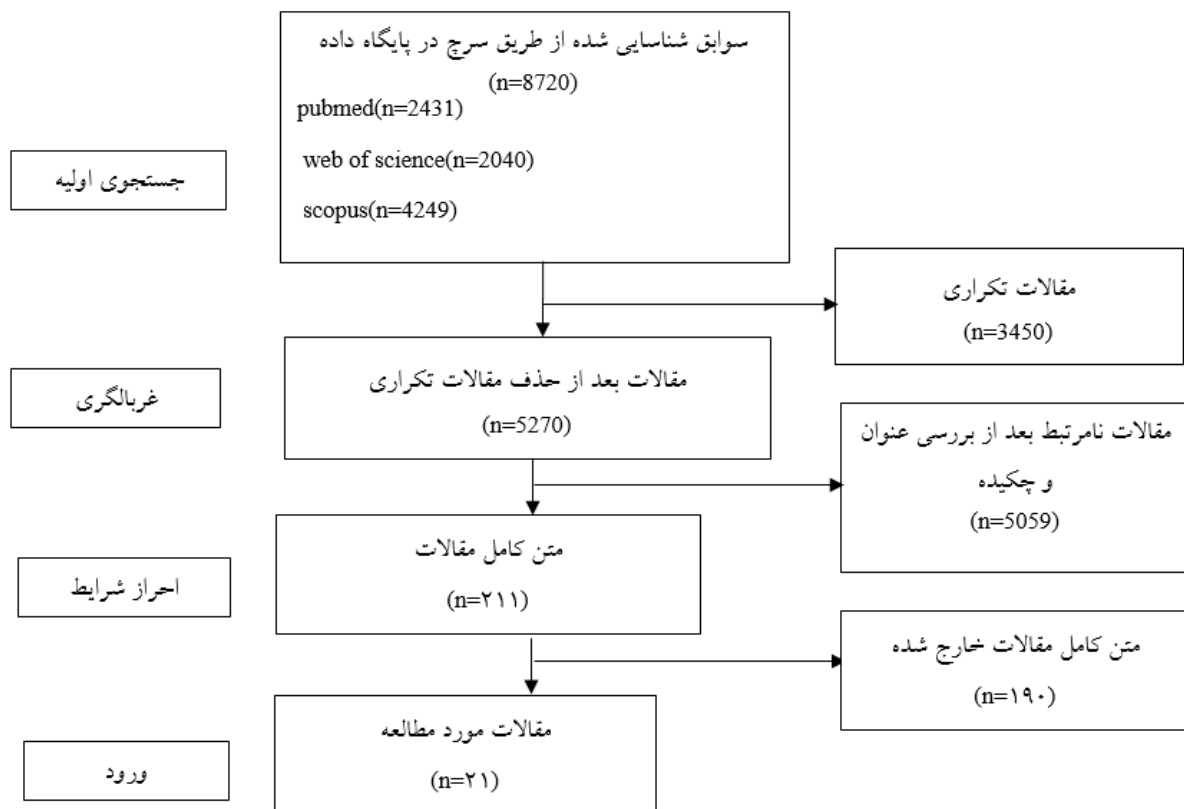
جست‌وجو با توجه به زبان بود که تنها مقالات به زبان فارسی و انگلیسی بررسی شدند و عدم دسترسی به پایگاه داده EMBASE در ایران بود.

نتیجه‌گیری

مرور نظام‌مند سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو نشان داد که نظام‌های سلامت کشورها با بهره‌گیری از این مدل متناسب با ویژگی‌های فرهنگی، محلی، جغرافیایی و قانون‌گذاری خود می‌توانند با کنترل هزینه و بهبود کیفیت خدمات مراقبتی، ارتقای سلامت جامعه را تضمین کنند. با اذعان این نکته که علاوه بر آمریکا، کشورهایی همچون؛ کانادا، آلمان، انگلستان، سنگاپور و استرالیا نیز با به‌کارگیری این مدل، موفقیت‌هایی در کاهش هزینه و بهبود کیفیت خدمات مراقبتی، امکان

تغییر در رفتار پزشک و پس‌انداز را به دست آورده‌اند، انتظار می‌رود که سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو به‌طور گسترده‌ای از فناوری‌های پیشرفته مانند هوش مصنوعی، تحلیل‌های پیش‌بینی‌کننده و تل‌مدیسین برای بهبود هماهنگی مراقبت، نظارت بر نتایج بیماران و بهینه‌سازی تخصیص منابع استفاده کنند. با توجه به نتایج به‌دست آمده، پیشنهاد می‌شود با تقویت زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و داده‌ها، پشتیبانی از مدل‌های پرداخت مبتنی بر ارزش و تقویت همکاری‌های بین‌سازمانی و چندجانبه برای ارتقای اجرای سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو و بهبود کارایی آن‌ها در سیستم‌های سلامت اقدام شود.

Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-06-08]



فرایند انتخاب مطالعات مطابق دستورالعمل PRISMA

جدول شماره ۲. مهم‌ترین یافته‌های مقالات سازمان مراقبت پاسخ‌گو					
نویسنده	کشور	سال (میلادی)	نوع مطالعه	پیامدها	مهم‌ترین نتایج
Mechanic et al. (۳۶)	امریکا	۲۰۲۴	توصیفی تحلیلی	کاهش هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی	یکی از راهکارهای بهبود هزینه و نتایج در ارائه خدمات تخصصی به بیماران، درگیر کردن متخصصان در پروژه‌ها، بهبود کیفیت و حمایت از پزشکان مراقبت اولیه و انجام مشاوره الکترونیک توسط متخصصان و به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات در مراکز هزینه است.
Holm et al. (۸)	امریکا	۲۰۲۴	مرور حیطه‌ای	کاهش هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی، ارتقای سلامت جامعه	تأثیر سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو بر جمعیت، پیشرفت قابل‌توجه در امر مراقبت‌های اولیه، کاهش پذیرش و کاهش مدت اقامت در بیمارستان و همچنین کاهش هزینه بود.
Spivack et al. (۳)	امریکا	۲۰۲۳	توصیفی	کاهش هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی، ارتقای سلامت جامعه	تأثیر نهایی سازمان مراقبت پاسخ‌گو بر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مدیر امریکا نامشخص است.
Peckham et al. (۱۱)	کانادا	۲۰۲۲	تطبیقی با مرور روایی	کاهش هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی، ارتقای سلامت جامعه، اطمینان از تجربیات موفق ارائه‌دهندگان	مدل‌های تحت هدایت پزشک، بودجه‌های جهانی و مشوق‌های مالی و تمرکز بر مراقبت‌های مشترک ممکن است اثرات سازمان مراقبت پاسخ‌گو را بهینه کنند.
Schubert et al. (۱۰)	آلمان	۲۰۲۱	مشاهده‌ای	ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی	بهبودی در کیفیت مراقبت توسط سیستم مراقبت بهداشتی یکپارچه مبتنی بر جمعیت کینزیگتال (Kinzigal) مشاهده نشد.
Abodunde et al. (۳۹)	امریکا	۲۰۲۱	مروری	کاهش هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی	سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو در مقایسه با کاهش هزینه‌ها توانستند در معیارهای کیفی بهتر عمل کنند.
Vickery et al. (۴۱)	امریکا	۲۰۲۰	توصیفی	ارتقای سلامت جامعه	استفاده کمتر از خدمات بیمارستان و استفاده بیشتر از مراقبت‌های اولیه و دندان‌پزشکی مشاهده شد.
Lin et al. (۳۴)	امریکا	۲۰۲۰	کیفی	کاهش هزینه‌های سلامت	سازمان‌های مراقبت پاسخ‌گو تأثیر کمی بر پرداخت داروی اورژانس (کنترل هزینه) داشته‌اند.

نویسنده	کشور	سال (میلادی)	نوع مطالعه	پیامدها	مهم ترین نتایج
Markovitz et al. (۴۳)	امریکا	۲۰۲۰	تحلیلی	کاهش خدمات کم ارزش	افزایش آگاهی سازمان مراقبت پاسخگو با کاهش مقاومت در اجرای توصیه های کم ارزش برای بیماران همراه بود.
McWilliam et al. (۳۵)	امریکا	۲۰۲۰	توصیفی	کاهش هزینه های سلامت	مشارکت در برنامه اصلی پس انداز مشترک با صرفه جویی اندک همراه بود.
Wilson et al. (۲)	کانادا	۲۰۲۰	مروری	کاهش هزینه های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی، ارتقای سلامت جامعه، اطمینان از تجربیات موفق ارائه دهندگان	سازمان های مراقبت پاسخگو در خارج از امریکا در اهداف چهارگانه عملکرد بهتری دارند.
O'Hara et al. (۳۷)	امریکا	۲۰۲۰	مورد-شاهد	کاهش هزینه های سلامت، مدیریت بیماران پرخطر	برنامه های مدیریت مراقبت پیچیده با کارکنان مرکزی می توانند هزینه ها را کاهش دهند و نتایج را برای ذی نفعان پرخطر مدیکر بهبود بخشند.
Brown et al. (۴۰)	امریکا	۲۰۱۹	توصیفی	ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی، کاهش هزینه های سلامت	باوجود نرخ بالای بیماری های مزمن متعدد و نابرابری های سلامت، سازمان مراقبت پاسخگو انتخاب مورهاوس و سیستم آموزشی (Morehouse Choice Accountable Care Organization and Education System (MCACO-ES))، مراقبت باکیفیت ارائه می کند و به پرداخت های تشویقی در برنامه پس انداز مشترک مدیکر دست یافته است.
Zhou et al. (۶)	امریکا	۲۰۱۹	هم گروهی گذشته نگر	کاهش هزینه های سلامت	این مطالعه تفاوت آماری معنی داری را در استفاده از خدمات و داروهای پرهزینه بین گروه های سازمان مراقبت پاسخگو و غیر پاسخگو مشاهده نکرد.
Kaufman et al. (۴)	امریکا	۲۰۱۹	مرور سیستماتیک	کاهش هزینه های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی، ارتقای سلامت جامعه	ارتباط بین اجرای سازمان مراقبت پاسخگو و نتایج در بین انواع پرداخت کنندگان، کاهش استفاده از بیماران بستری، کاهش مراجعات بخش اورژانس و بهبود اقدامات پیشگیرانه و مدیریت بیماری های مزمن بود.
Lewis et al. (۳۳)	امریکا	۲۰۱۹	کیفی	کاهش هزینه های سلامت	کاهش هزینه های مرتبط با سازمان مراقبت پاسخگو در سال های اول قرارداد ممکن است به مراقبت های اولیه مرتبط باشد.
Rutledge et al. (۳۸)	امریکا	۲۰۱۹	ترکیبی	کاهش هزینه های سلامت، اطمینان از تجربیات موفق ارائه دهندگان	دستاوردهای ۴ ایالت به دلیل پشتیبانی ارائه دهندگان و موفقیت های اولیه در پس انداز مشترک، همگی توسعه سازمان های مراقبت پاسخگو را تسهیل کردند.
Zhang et al. (۲۹)	امریکا	۲۰۱۹	همگروهی گذشته نگر	کاهش هزینه های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی	سازمان مراقبت پاسخگو، کیفیت خدمات سرپایی را به طور متوسط بهبود بخشید و رشد هزینه های سرپایی را تا سال چهارم عملیات کاهش داد، اما تأثیر ناچیزی بر هزینه، استفاده و کیفیت درمان در بیماران بستری داشت.
Briggs et al. (۴۲)	امریکا	۲۰۱۹	ترکیبی	ارتقای سلامت جامعه	ارائه ویزیت های سالانه سلامتی و داشتن یک رویکرد سیستمی در مراقبت های پیشگیرانه، مکانیسم های کلیدی هستند که توسط سازمان مراقبت پاسخگو با عملکرد بالا استفاده می شوند.
Lewis et al. (۴۴)	امریکا	۲۰۱۹	کیفی	بیمارمحوری، استانداردسازی فرایندهای بالینی، مدیریت بیماران پرخطر	استفاده از نقش های حمایتی از بیمار، مداخلات هدفمند، استانداردسازی فرایندهای بالینی و شناسایی بیمارانی که باید منابع را روی آنها متمرکز کرد، می تواند در ارائه مراقبت موثر باشند.
Haverkamp et al. (۱۷)	امریکا	۲۰۱۸	تحلیلی	کاهش خدمات کم ارزش	سازمان مراقبت پاسخگو به طور فعال استراتژی هایی را برای کاهش استفاده از خدمات کم ارزش، عمدتاً از طریق آموزش پزشکان و تشویق تصمیم گیری مشترک اجرا می کنند.

References

- Hacker K, Walker DK. Achieving population health in accountable care organizations. *Am J Public Health*. 2013;103(7):1163-1167.
- Wilson M, Guta A, Waddell K, Lavis J, Reid R, Evans C. The impacts of accountable care organizations on patient experience, health outcomes and costs: a rapid review. *J Health Serv Res Policy*. 2020;25(2):130-138.
- Spivack SB, Murray GF, Lewis VA. A decade of ACOs in medicare: have they delivered on their promise? *J Health Polit Policy Law*. 2023; 48(1): 63-92.
- Kaufman BG SB, Stearns SC, Song PH, O'Brien EC. Impact of accountable care organizations on utilization, care, and outcomes: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2019; 76(3): 255-290.
- Deffenbaugh J. Accountable care is the new paradigm of healthcare. *British J Healthcare Manage*. 2018; 24(2): 83-87.
- Zhou S, Ciarametaro M, Wu B, Singer J, Dubois RW. Utilization of high-cost interventions for targeted clinical conditions during the early stages of ACO development in a commercially insured population. *Popul Health Manag*. 2019; 22(5): 377-384.
- Bao C, Bardhan IR. Measuring value in health care: lessons from accountable care organizations. *Health Aff Sch*. 2024; 2(3): qxae028.
- Holm J, Pagán JA, Silver D. The impact of medicaid accountable care organizations on health care utilization, quality measures, health outcomes and costs from 2012 to 2023: a scoping review. *Med Care Res Rev*. 2024; 81(5):355-369.
- Rosenthal MB, Alidina S, Ding H, Kumar A. Realizing the potential of accountable care in medicaid. *Commonwealth Fund*. 2023.
- Schubert I, Stelzer D, Siegel A, Köster I, Mehl C, Ihle P, et al. Ten-year evaluation of the population-based in-tegrated health care system "Gesundes Kinzigtal." *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118(27-28):465-472.
- Peckham A, Rudoler D, Bhatia D, Allin S, Abdelhalim R, Marchildon GP. What can Canada learn from accountable care organizations? a comparative policy analysis. *Int J Integr Care*. 2022;22(2):1.
- Barnes AJ, Unruh L, Chukmaitov A, van Ginneken E. Accountable care organizations in the USA: types, developments and challenges. *Health Policy*. 2014;118(1):1-7.
- Khatri RB, Assefa Y. Drivers of the Australian health system towards health care for all: a scoping review and qualitative synthesis. *Biomed Res Int*. 2023; 2023: 6648138.
- Perdana A, Mokhtar IA. Leveraging digital technologies for information technology-enabled healthcare transformation at SingHealth. *J Inform Technol Teach Cases*. 2022;13(1):97-103.
- Mosadeghrad AM. The futurology of aging population in Iran. *Tehran Univ Med Sci J*. 2021; 79(3): 248-249.
- Khullar D, Schpero WL, Casalino LP, Pierre R, Carter S, Civelek Y, et al. Accountable care organization leader perspectives on the medicare shared savings program: a qualitative study. *JAMA Health Forum*. 2024;5(3):e240126.
- Haverkamp MH, Peiris D, Mainor AJ, Westert GP, Rosenthal MB, Sequist T, et al. ACOs with risk-bearing experience are likely taking steps to reduce low-value medical services. *Am J Manag Care*. 2018;24(7): e216- e221.
- Pimperl A. Re-orienting the model of care: towards accountable care organizations, *Int J Integr Care*. 2018;18(1):15.
- Unger A, Hildebrandt H, Groene O, Schulte T, Meyer I, Wetzl M. Case study: gesundes kinzigtal, germany - accountable care in practice: global perspectives. 2017.
- Ow Yong LM, Yi H, Low LL, Thumboo J, Lee CE. A policy ethnography study of a Singapore regional health system on its governance adaptations and associated challenges as a project organisation to implement Healthier Singapore. *Public Health Practice*. 2023;6:100429.
- Morciano M, Checkland K, Billings J, Coleman A, Stokes J, Tallack C, et al. New integrated care models in England associated with small reduction in hospital admissions in longer-term: a difference-in-differences analysis. *Health Policy*. 2020;124(8):826-833.
- Albright BB, Lewis VA, Ross JS, Colla CH. Preventive care quality of medicare accountable care organizations: associations of organizational characteristics with performance. *Med Care*. 2019;54(3):326-335.
- McClellan M, Udayakumar K, Thoumi A, Gonzalez-Smith J, Kadakia K, Kurek N, et al. Improving care and lowering costs: evidence and lessons from a global analysis of accountable care reforms. *Health Aff*. 2017;36(11):1920-1927.
- Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Dushmangir L. Iran's primary health care Challenges in realizing public health coverage: a qualitative study. *J Nurs Midwifery*. 2020;18(2):166-179.
- Yousefi A, Bastani P, Khamarnia M, Khodamoradi A. Informal payments and factors affecting them in teaching hospitals of

- Shiraz university of medical sciences. *Modern Med Inform J* 2020;6(3):44-51.
26. Wang H, Naghavi M, Allen C, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1459-1544.
 27. Yaghoobian S, Mahmoudi G, Jahani MA. The requirements of strategic purchasing of health services for cancer patients: a qualitative study in Iran. *Health Care Manag*. 2020;39(1):35-45.
 28. Abdi Talarposhti M, Mahmoudi Alemi G, Jahani MA. Production of branding model for health services based on clients' expectations approach. *Payavard Salamat*. 2021;15(4):379-391.
 29. Zhang H, Cowling DW, Graham JM, Taylor E. Five-year impact of a commercial accountable care organization on health care spending, utilization, and quality of care. *Med Care*. 2019;57(11):845-854.
 30. Mosadeghrad AM. Rethinking reforms in Iran's health system: letter to the editor. *Tehran Univ Med Sci J*. 2020; 78(7): 473-474.
 31. Hofler R, Ortiz J, Cote B. Cost of practice transformation in primary care: joining an accountable care organization. *J Health Care Finance*. 2018.
 32. Hong YR, Sonawane K, Larson S, Mainous 3rd AG, Marlow NM. Impact of provider participation in ACO programs on preventive care services, patient experiences, and health care expenditures in US adults aged 18–64. *Med Care*. 2018;56(8):711-718.
 33. Lewis VA, Schoenherr K, Frazee T, Cunningham A. Clinical coordination in accountable care organizations: a qualitative study. *Health Care Manage Rev*. 2019;44(2):127-136.
 34. Lin MP, Revette A, Carr BG, Richardson LD, Wiler JL, Schuur JD. Effect of accountable care organizations on emergency medicine payment and care redesign: a qualitative study. *Ann Emerg Med*. 2020; 75(5): 597-608.
 35. McWilliams JM, Hatfield LA, Landon BE, Chernew ME. Savings or selection? initial spending reductions in the medicare shared savings program and considerations for reform. *Milbank Q*. 2020;98(3):847-907.
 36. Mechanic RE, Secordel L, Sobul S, Perloff J. Accountable care organization initiatives to improve the cost and outcomes of specialty care. *Am J Manag Care*. 2024;30(5):237-240.
 37. O'Hara N, Tran OC, Phatakwal S, Cattrell A, Ajami Y. Effective care management by next generation accountable care organizations. *Am J Manag Care*. 2020;26(7):296-302.
 38. Rutledge RI, Romaine MA, Hersey CL, Parish WJ, Kissam SM, Lloyd JT. Medicaid accountable care organizations in four states: implementation and early impacts. *Milbank Q*. 2019; 97(2): 583-619.
 39. Abodunde B, Slater C, Coustasse A. MACRA and accountable care organizations: is it working? *J Ambul Care Manage*. 2021;44(2):148-154.
 40. Brown M, Ofili EO, Okirie D, Pemu P, Franklin C, Suk Y, et al. Morehouse choice accountable care organization and education system (MCACO-ES): integrated model delivering equitable quality care. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(17):3084.
 41. Vickery KD, Shippee ND, Menk J, Owen R, Vock DM, Bodurtha P, et al. Integrated, accountable care for medicaid expansion enrollees: a comparative evaluation of Hennepin health. *Med Care Res Rev*. 2020;77(1):46-59.
 42. Briggs AD, Frazee TK, Glick AL, Beidler LB, Shortell SM, Fisher ES. How do accountable care organizations deliver preventive care services? a mixed-methods study. *J Gen Intern Med*. 2019;34(11):2451-2459.
 43. Markovitz AA, Rozier M, Ryan AM, Goold SD, Ayanian JZ, Norton EC, et al. Low-value care and clinician engagement in a large medicare shared savings program ACO: a survey of frontline clinicians. *J Gen Intern Med*. 2020; 35(1): 133-141.
 44. Lewis VA, Tierney K, Frazee T, Murray GF. Care transformation strategies and approaches of accountable care organizations. *Med Care Res Rev*. 2019;76(3):291-314.
 45. Hsu J, Price M, Vogeli C, Brand R, Chernew ME, Chaguturu SK, et al. Bending the spending curve by altering care delivery patterns: the role of care management within a pioneer ACO. *Health Aff*. 2017;36(5):876-884.
 46. Harrison J, Spealder A, Harrison DA. Accountable care organizations: a strategy for future success? *Int J Organization Theory Behav*. 2018;21(2):113-121.
 47. Clarke RM, Jeffrey J, Grossman M, Strouse T, Gitlin M, Skootsky SA. Delivering on accountable care: lessons from a behavioral health program to improve access and outcomes. *Health Aff*. 2016;35(8):1487-1493.
 48. Holzhauer K. Accountable care organizations: the first two years' performance and directions for the future.

- AMA J Ethics. 2015; 17(7): 630-636.
49. Chukmaitov A, Harless DW, Bazzoli GJ, Carretta HJ, Siangphoe U. Delivery system characteristics and their association with quality and costs of care. *Health Care Manage Rev.* 2015;40(2):92-103.
50. Doyle YG, Gleave R, Johnstone P. Accountable care organisations: reflections on healthcare and public health. *British J Healthcare Manag.* 2016;22(10):493-498.
51. Zusman EE, Carr SJ, Robinson J, Kasirye O, Zell B, Miller WJ, et al. Moving toward implementation: the potential for accountable care organizations and private-public partnerships to advance active neighborhood design. *Prev Med.* 2014;69:S98-S101.