

当代卫生事业管理学术丛书

健康整合 ——引领卫生系统变革

张亮 张研 唐文熙 叶婷 著



科学出版社

当代卫生事业管理学术丛书

健康整合——引领卫生系统变革

张 亮 张 研 唐文熙 叶 婷 著

美国中华医学基金会资助项目(11-069)

国家自然科学基金资助项目(71273099)

湖北省人文社科重点研究基地支持项目

科学出版社

北 京

内 容 简 介

健康整合理论的提出,既是卫生系统改革顶层设计的需要,又是卫生政策与管理学科研究的新突破。本书从学科建设的角度搭建了健康整合的理论框架,同时通过案例加以分析,系统地阐述了健康整合的内涵、内容、策略、评价及实践,在梳理与总结国际文献与实践的基础上,运用复杂系统原理进行辨析构造出完整的健康整合理论体系。健康整合理论的建立为新时期卫生体制的整合改革提供了理论基础,其价值取向与传统的卫生体制改革一致,但更加注重整体人群的健康、关注提供服务的连续性。

本书既可作为各级卫生行政管理机构及有关政府部门管理人员、各级卫生机构高层管理人员及有关研究机构科技工作者的参考书,也可作为高等院校的卫生事业管理、医疗保险、社区卫生、慢病管理、健康管理等相关专业的教学与研究用书。同时,本书也可以为健康相关产业的社会资本投资人员提供借鉴。

图书在版编目(CIP)数据

健康整合:引领卫生系统变革 / 张亮等著. —北京:科学出版社, 2014

(当代卫生事业管理学术丛书)

ISBN 978-7-03-041911-8

I. ①健… II. ①张… III. ①医疗保健制度—体制改革—研究—中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 217915 号

责任编辑:马 跃 刘晓宇 / 责任校对:王 双

责任印制:霍 兵 / 封面设计:蓝正设计

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

中国科学院印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2014 年 9 月第 一 版 开本:720×1000 1/16

2014 年 9 月第一次印刷 印张:14

字数:277 000

定价:56.00 元

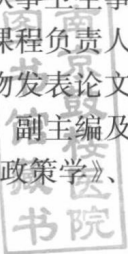
(如有印装质量问题,我社负责调换)

作者简介



张亮，男，生于 1961 年 4 月，河南洛阳人，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院院长、教授、博士生导师，享受国务院政府特殊津贴。现为全国高等学校卫生管理专业规划教材评审委员会主任委员、第二届世界健康整合大会组委会委员、中华预防医学会卫生事业管理学会副主任委员、中国农村卫生协会第五届理事会常务理事、中国卫生经济学术委员会委员、湖北省深化医改首席专家、湖北省医院协会副秘书长等。担任《医学与社会》执行副主编，《中国卫生政策研究》、《中国卫生质量管理》等 6 本学术期刊编委。

从事卫生事业管理领域教学、科研工作 30 年，并担任湖北省“卫生管理学”精品课程负责人。作为课题负责人承担国家、部省级科研课题 40 余项。在国内、外刊物发表论文 350 余篇，获中华医学科技奖卫生管理奖等省部级科技奖 7 项。主编、副主编及参编出版学术著作及规划教材 28 部，主要包括《管理学基础》、《药物政策学》、《初级卫生保健机构绩效评价》、《改善卫生服务提供》等。



张研，男，生于1988年4月，陕西渭南人，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院博士研究生。先后主持华中科技大学研究生创新项目1项，大学生自主创新项目1项，参加国家自然科学基金2项，国际横向课题1项。在《中华医院管理》、《中国卫生经济》等专业期刊发表学术论文40余篇，其中第一作者18篇，并先后在第13届国际卫生服务整合峰会、第九届世界卫生经济大会、第二届亚洲卫生体系大会、2014世界卫生经济大会上作专题报告。

唐文熙，女，生于1986年9月，湖南益阳人，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院博士研究生。先后参加国家自然科学基金1项，国际横向课题1项。参与《国际卫生保健服务与管理概要》学术专著写作，在《中国卫生经济》、《医学与社会》等专业期刊发表学术论文10余篇，在2014世界卫生经济大会上作专题报告。

叶婷，女，生于1986年3月，江苏南京人，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院博士后。先后主持国家自然科学基金青年项目1项、博士后基金1项、华中科技大学博士论文创新基金1项，参加国家自然科学基金、国际横向课题、省部级课题10余项。发表SSCI论文1篇，在《中华医院管理》、《中国卫生经济》等专业期刊发表学术论文10余篇。

丛书总序

一

《易经》有云：“举而措之天下之民，谓之事业”。卫生事业，则以保障和促进人民身体健康为使命，以社会稳定和发展为目标。它关系到千家万户的幸福安康，关系国家和民族的未来。因此，卫生事业的使命是伟大的，其性质是神圣的。而在这宏伟而灿烂的旗帜指引下，运用知识、学术去推动卫生事业的发展，去寻求解决卫生事业发展历程中面临的问题和困境之路，这一力量也是非凡的。

二

谈起卫生，人们往往将其与生命健康相联系。诚然，卫生事业管理作为以保障公众健康为宗旨的一门学科，在经历了近 30 年的发展历程后，已逐渐走向成熟；并在相关学科的渗透和影响下，其内容不断丰富、发展、系统和科学。特别是在社会医学视野下，卫生事业管理立足于以医学和管理科学为核心的跨学科发展模式不断拓展，已经形成了卫生政策规划、卫生制度健全、卫生资源配置、卫生服务保障、卫生法律法规、卫生经济管理、卫生信息管理等多位一体的全方位、多维度研究模式。

与此同时，卫生事业体现了政府和社会的责任，卫生事业发展要求同国民经济和社会发展相协调。改革开放以来，政府对卫生事业日益重视，中国卫生事业快速发展，医疗技术水平提高了，服务规模扩大了，医疗保障制度逐步健全了，传染病有效控制了……

这些都是卫生领域的福音。但我们也要认识到，困境、障碍、瓶颈同时也困

扰着卫生事业的发展，公正、公平、正义等卫生价值体系需要我们去厘清和实现。而对此，知识分子是能够做一些事情的。

三

同济，蕴含同舟共济之意。同济学人时刻投身于卫生领域，在卫生事业发展历程中，与社会各界人士同一方水土，共一番事业。华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院始建于2001年，是全国教育部部属高校唯一的一所集教学、科研、培训和咨询为一体的医药卫生管理学院，多年来广大师生同策同力，共同组建了一支充满创新和探索精神的卫生事业管理研究队伍，承担大量国际国内研究项目，产出了一系列学术成果。

为推动卫生事业管理学科领域的发展，分享学院的学术见解，在科学出版社的大力支持下，并报有关部门批准，我们拟用3年时间出版“当代卫生事业管理学术丛书”，并邀请国内外知名学者担任本丛书的学术顾问。

本丛书包括著作十余部，其内容主要基于学院教师承担的国家自然科学基金、国家社会科学基金、国家科技部支撑计划等重要科研项目，围绕国家医疗卫生政策、医疗卫生改革、国家基本医疗保障、社区医疗与新型农村合作医疗、医院管理理论与实践、国家与区域卫生信息化、卫生与健康信息资源管理等方面的相关研究成果进行出版。

就理论研究而言，本丛书将从多角度、多层次论证我国医疗卫生事业发展的宏微观问题，完善新时期我国卫生事业发展学术研究框架，表现并提升我国在该学科的研究能力；就学术应用而言，本丛书将在大量论证的基础上，提出具体方案，以支撑我国医疗卫生事业的政策规划、医疗卫生改革的深化推进、医疗卫生机构的管理运行实践；就学科发展而言，本丛书将广泛借鉴国内外医疗卫生事业管理学科的重要研究成果，引入最新研究方法与手段，对我国卫生事业管理学科体系的健全、内容的拓展、方法的更新和研究的深入具有重要价值。

我们希望“当代卫生事业管理学术丛书”的出版能对卫生事业管理研究有所推动；能对卫生事业管理实践有所裨益；能对我国甚至全世界的卫生事业发展有所贡献。这是本丛书所有编写人员希望看到的。但是否做到了，则留待广大的读者朋友去评判了。

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院

2014年5月20日

前言

2005年，我在对农村卫生服务体系的研究思考中，认为农村服务体系的构建需要关注到需方的需求，“如何在提高农村地区卫生服务可及性与质量的同时做到让居民满意”，所以我开始关注农村居民服务利用的感受和他们不满意的地方，发现了那些多次服务利用的群体，尤其是那些在乡县跨级服务利用的患者，县级医院并没有在意他们在基层医疗机构的服务利用，而是把他们当做直接来县医院问诊的患者对待。我认为这是非常不合理的，这样既浪费了卫生资源，又损害了患者的利益。后来，我开展了关于农村居民服务的连续性与质量链的研究，发现农村居民卫生服务的连续性非常差，单项服务的质量有保证，但患者获得的各种服务不成链、割裂、不连续。基于这样的认识，我尝试去探索如何基于患者的权益连接不同的卫生服务，探索农村卫生服务的整合(integration)。

适逢2010年，世界卫生组织开始提倡各国开展卫生服务体系的整合，以应对人口老龄化、疾病谱改变以及居民健康需求的提高给现代卫生服务系统带来的巨大挑战。于是，服务体系整合成为现代卫生系统最有效、最受认可的改革思路。世界各国纷纷探索健康整合(health integration)的有效举措，包括我国当前推行的医疗联合体、基层医疗机构综合改革，都试图探索出健康整合的有效路径。

健康整合理论的建立为新时期卫生体制的整合改革提供了理论基础，其价值取向与传统的卫生体制改革一致，但同时更加注重整体人群的健康、关注提供服务的连续性。健康整合理论的提出，既是卫生系统改革顶层设计的需要，又是卫生政策与管理学科研究的新突破。当前关于健康整合的研究过于分散，国际上虽然肯定健康整合的重要性，但并没有系统地、从学科建设的角度研究健康整合。经过课题组多年的文献积累与研究总结，本书构建了健康整合的理论体系，在很大程度上完善了健康整合的理论框架与研究思路。

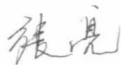
本书共分为导论、理论篇、策略篇、评价篇与实践篇五个部分。导论部分主要讲述了当前世界各国卫生系统所面临的主要问题，以及我国卫生系统存在的问题及体制改革面临的困境，从而提出健康整合的现实意义。理论篇包括第一至四章，从健康系统顶层设计的询证要求出发，引出了健康整合的理论假设；在明确健康管理整合的必要性，以及健康系统的复杂性的基础上，参照国际现有的健康整合相关的定义，给出了健康整合的内涵与外延，以及健康整合的目标、价值取向，并进一步辨析了健康整合的相关概念，讨论了供、需、政三方对于整合开展的影响。基于健康系统的复杂性，理论篇引出了复杂自适应系统理论在健康整合中的应用，并初步构建了卫生系统改革的整合模型。策略篇包括第五章与第六章，从健康整合的理论模型出发，在现有国际健康整合相关研究的基础上，引出了健康整合的对象、类型、影响因素、关键领域等多方面的讨论，明确了健康整合的要素、机制以及固有特征，然后从整合策略的角度系统梳理了现有的各种整合策略，并通过实例加以佐证。评价篇是基于理论篇的深层剖析，仅包括第七章。当前国际上对于健康整合的评价主要从研究的关注点出发，缺乏宏观系统的评价体系，在比较不同评价框架的基础上，我们提出了健康整合的系统评价体系。最后的实践篇是对健康整合理论的一个补充，包括第八章与第九章。首先介绍了世界主要国家开展健康整合的背景、具体的整合策略，以及所取得的成效；其次对我国部分地区开展的整合实践做了梳理与比较；最后详细地介绍了我国当前已有的健康整合的典型案例，为我国健康整合的改革提供了经验与思路。

本书从学科建设的角度搭建了健康整合的理论框架，同时通过案例加以分析，系统地阐述了健康整合的内涵、内容、策略、评价以及实践，为政策的制定者，卫生服务管理者，整合的研究者、学者提供了最有效的参考工具，对于致力于或试图研究健康整合的研究者来说是非常有帮助的。由于本书是首本对健康整合进行系统研究的图书，没有相关的研究借鉴，故对于研究理论中的不足在此表以歉意，敬请各位学者与研究人员提出与指正。同时，我们也希望本书能够引发学界对健康整合的热烈讨论，推动我国健康整合的发展。

本书的出版获得了美国中华医学基金会项目“整合卫生服务的效率与效果研究”(11-069)、国家自然科学基金项目“基于CAS理论的农村医疗服务纵向整合管理模型研究”(71273099)、中央高校基本科研业务费资助华中科技大学自主创新研究基金(0118516026)三项资金的联合资助。在此，对美国中华医学基金会、国家自然科学基金委员会以及国际健康整合基金会对本书出版的支持致以诚挚的感谢。感谢美国中华医学基金会在研究确立时对课题组的支持，坚定了课题组对健康整合进行深入、系统、面向世界研究的信心。感谢国家自然科学基金委员会对本理论建设做出的贡献，以及支持课题组开展健康整合的实证研究，并提供了我国健康整合的实践素材。感谢国际健康整合基金会对本书健康整合理论的构建

给予的大量理论指导，两届国际健康整合峰会给研究组成员提供了学习机会并传播了课题组的研究成果，还对健康整合的理论做了进一步修正。

此外，还要感谢湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心对本书的大力支持。同时，对本书内容资料的搜集与整理的课题组成员致谢，感谢遵义医学院管理学院魏来副教授对前期整合概念的梳理总结，感谢武汉大学李伯阳博士对质量链理论的补充，感谢华中科技大学同济医学院孙晓伟博士参与本书框架的制定，感谢胡瑞为本书评价篇章提供的文献支持，感谢刘文俊对中国整合改革实践的梳理，感谢金晶对国外整合的背景及实践的查阅与整理，感谢彭凯对本书中图表的制作与修订，最后感谢冯达、严琰、施萌、谢添对书稿部分章节的修订。



2014年6月20日

目 录

导论.....	1
一、现代卫生系统面临健康转型的新挑战.....	1
二、中国卫生系统存在的主要问题.....	6
三、中国新医改的困境	10
四、整合是中国卫生体制改革的现实需求	12

第一篇 理论篇

第一章 什么是整合	17
一、整合的起源与内涵	17
二、整合是社会服务产业发展的必然选择	18
三、健康领域需要整合	19
四、整合发展的基础理论	22
五、卫生服务连续性理论	27
六、健康服务质量链管理	32
第二章 基于假设的健康整合理论	38
一、顶层设计的循证要求	38
二、健康整合的六个基础假设	39
第三章 健康整合究竟是什么	52
一、健康整合的定义	52
二、健康整合的系统层次	56
三、健康整合的本质	58

四、整合与协同、服务与系统	62
五、不同利益方视角下的健康整合	67
第四章 基于 CAS 的健康整合模型	71
一、复杂科学和复杂自适应理论在卫生领域的运用	71
二、基于 CAS 理论的健康整合模型	77
三、如何设计一个整合体	85

第二篇 策略篇

第五章 健康整合涵盖哪些内容	91
一、国际健康整合研究的主要内容	91
二、健康整合的结构要素和过程要素	92
三、健康整合开展的形式	93
四、健康整合的关键领域	97
第六章 健康整合的实践策略	101
一、开展健康整合前的思考	102
二、支付改革：健康整合的“引擎”	105
三、全科/家庭医生：健康真正的守门人	112
四、跨学科服务(管理)团队：解决人力资源瓶颈	116
五、管理标准化临床路径/整合照护路径：规范健康整合	121
六、信息通信技术改变：推动健康整合实践	125

第三篇 评价篇

第七章 如何评价健康整合	137
一、国际健康整合评价方法	137
二、基于结构—过程—结果的健康整合评价	147
三、现实案例的系统整合评价	152

第四篇 实践篇

第八章 国际健康整合：经验与实践	159
一、美国：基于市场自主改革的健康整合	159
二、日本：通过保险改革推动健康整合	161
三、英国：基于健康守门人的健康整合	165
四、德国：基于协议与管理计划的健康整合	168
五、澳大利亚：通过资源整合实现健康整合	170
六、瑞士：依托医师网络与 HMO 的健康整合	172

七、Suter 整合卫生服务系统的十个关键原则	173
八、国际整合卫生服务系统的共有特征	175
第九章 我国现有健康整合实践	178
一、我国现有的健康整合探索	178
二、典型案例评价	183
参考文献	197



导论

近年来,健康领域产生了几种既定或即将成为事实的转变:①服务重点从关注急性传染性疾病患者转向关注慢性非传染性疾病(简称慢性病)患者群;②服务体系从以疾病治疗为中心转向以患者健康管理为中心;③服务提供者的组织方式从注重单机构技术革新转向注重多机构整合与协同等^[1]。虽然各领域具体变化不同,但均指向同一点:卫生体系的产出不再仅仅是医疗保健服务,而是整体的健康。相应地,一国的卫生体系设计也需要逐渐从医疗导向(medicine-oriented)转向健康导向(wellness-oriented)^[2]。

在过去的200年里,全世界经历了三次卫生革命。第一次卫生革命以防治传染病、寄生虫病和地方病为主要目标,采取抗生素、免疫接种、消毒、杀虫、灭鼠等社会卫生措施,使传染病发病率和死亡率大幅度下降;第二次卫生革命以慢性病为主要目标,通过发展早期诊断技术、提高治疗效果、加强疾病和健康危险因素监测、改变不良的行为生活方式、均衡营养和加强体育锻炼等,努力降低慢性病的发病率和死亡率;第三次卫生革命以提高生命质量、促进人类健康和实现人人健康为奋斗目标,通过进一步树立健康新观念和大卫生观念,加强健康促进和健康教育,发展自我保健、家庭保健及社区保健等综合性措施,极大地提高了居民的健康水平。不管是世界范围内正在进行的第三次卫生革命,还是中国新医药卫生体制改革(简称新医改)的两大目标——2020年实现全民健康覆盖(universal health coverage, UHC)和基本建立覆盖全生命周期、内涵丰富、结构合理的健康服务体系,都是围绕新健康观的方向不断调整的^[3, 4]。然而,由于缺乏整合观念指导下的体系设计,目前的改革几乎陷入了“停滞”的困局,关键性改革还未找到有效的破题方式。

一、现代卫生系统面临健康转型的新挑战

在长期的发展过程中,由于先进医学科学技术的快速发展、高度专科化的分

工、管理方式的变化以及不同利益主体的博弈结果,新时期的卫生服务日益精细化、零散化,而随着社会健康水平、居民健康意识的提升,居民对卫生服务的需求不断提升并呈现出多层次、多元化的特征。分化的现代卫生系统难以满足居民日益提高的健康需求,因而卫生体制改革成为世界范围内的难题。

(一)居民健康需求的提升

随着社会的发展及居民健康状况的改变,人口老龄化、疾病谱转变以及居民健康意识的提升给现代卫生系统提出了新的要求。一方面,老年病的复杂多元需求,如肥胖、糖尿病、高血压等慢性病的增多,使得对慢性病的防控成为新的卫生战略方向,并且对健康教育与疾病预防领域也提出了更高要求;另一方面,居民健康意识的提升扩大了居民健康需求的范围,产生了诸如连续性服务(continuous care)、健康维护、心理看护等新的健康需求。

近年来,由于人口老龄化、慢性病发病率和患病率以及各种并发症发生率的不断攀升,越来越多的人罹患一种及一种以上的疾病。人类疾病模式的改变导致公众的医疗需求在数量和质量上发生了巨大改变。2009年,美国全年因肥胖症造成的经济损失达1170亿美元,约30万美国人死于肥胖引发的疾病。美国的一项研究表明,大约40%的美国公众患有一种及一种以上疾病,其中约有一半的人患有两种或两种以上疾病。患有多种慢性病的患者每年平均要到6个不同的临床医生处就诊,且经常接受医院、康复机构、社区等多个机构提供的医疗保健服务。因此,慢性病患者接受医疗服务需要有一个良好的组织程序。然而,美国的医疗服务系统并不提供完整的、连续的医疗服务,也没有设计应对多种严重疾病需要的相关机制来协调全方位的服务。这种高度分散的服务提供系统由于设计不当,其技术、临床信息不能共享,在很大程度上造成罹患复杂疾病的老年人、慢性病患者缺乏个性化的服务和接受不必要的重复服务。而充分的证据证明,这些服务的潜在危害风险远远高于潜在收益。慢性病高昂的治疗费用以及在多机构就诊获得不必要的、重复的服务所引起的不当费用,无论对各国政府,还是对家庭和个人都是一种前所未有的压力。据估计,2011~2025年,在世界范围内,心脏病、慢性呼吸道疾病、癌症和糖尿病的累计成本将达7万亿美元,相当于平均每年近5000亿美元。

这些人口结构和疾病谱的变化,迫切需要医疗服务提供组织在区域内形成一个整合的系统整体,以充分利用其有限资源,解决系统质量和成本问题;或应用先进的信息技术,改善管理和临床流程,以便公众能在卫生服务体系获得“一站式”的健康服务,或在接受不同层级专业人员提供的混合型医疗服务中,获得协调、连续的服务。同时,随着医疗技术的研究开发,高昂技术设备的投入使用需要更大的、综合性的多个机构来提供服务,以便通过联合或整合来控制技术成本

风险,增加规模效益。此外,政府对公众获得公平(equitable)、可及的健康服务负有重要责任,因而也要对卫生系统进行更多的干预。这种干预就是希望医疗服务系统在理想的秩序和现实的繁杂之间探索出最佳的平衡点。

(二)割裂——现代卫生系统的桎梏

现代卫生系统最大的特点就是割裂。缺乏整合卫生服务提供的设计、高程度的专业化分工以及细化的专业服务模式,导致在注重服务供给效率提升时忽视了居民获取服务的整体性。现代卫生系统割裂导致以下三方面的不足:①整体性服务能力不足。由于居民卫生服务需求的广度急速扩张,过去单纯的医疗转变为预防、医疗、康复、护理保健、健康教育、健康促进等多种形式的服务,但多领域的医务人员的培养却相对滞后,且卫生技术人员缺乏,居民多元化的卫生服务需求难以满足,尤其是老年护理服务。同时,人口老龄化以及人口期望寿命的不断提高,导致老年服务需求的激增,尤其是康复与护理服务需求,促使卫生服务结构发生了变化,如20世纪90年代迈入老龄化的日本。②机构间缺乏协作。由于信息的流通以及交通的发展,居民就医选择多样化,而且随着对糖尿病等慢性病重视程度的提高以及诊疗需要,居民多机构就医、趋高就医的趋势增强,但医疗卫生和社会保健领域的不同机构和专业人员之间缺乏协调和沟通,医疗保险对不同机构间做出的服务也不做甄别,因此患者在不同机构间重复检查、重复服务,浪费了医疗资源,增加了居民负担。③推动卫生费用上涨。由于卫生科技的发展,医疗机构提供服务的技术深度大幅提高,高、精、尖的设备,新型医用材料,高效、特效药等广泛使用。同时,医学专科分科的精细化也促使医疗机构形成“大病区,细专科”诊疗模式,因而无法提供以患者为中心(patient-centered)的整体性、连续的、符合成本效益的医疗卫生服务,并且分割的卫生服务体系造成了大量的卫生资源浪费。重复检查、重复就诊、医院单体无序扩张,以及不合作下的医疗机构过度使用与利用不足并存,造成了卫生资源的大量浪费,所以患者看病的成本大幅提高,卫生费用飞速上涨,居民经济负担加重。D. Lawrence 2005年的研究结果表明,美国每年对卫生领域的公共资金投入中,至少有5亿美元被浪费在诸如系统断裂、机构间缺乏联系和沟通等服务网络问题上面。由此可见,割裂给医疗服务体系带来了高昂的代价^[5]。

(三)现代卫生系统整合的要求

随着信息流通及健康教育的快速发展,居民对健康服务的质量要求越来越高,对卫生服务的期望也越来越高,但医疗服务成本过快增长、就诊程序复杂、贫困人口医疗卫生服务质量和可及性受到限制,引发了患者的不满和卫生决策

者的忧虑。现代卫生系统分离分割的发展模式与居民卫生服务需求的不弥合，造成居民对卫生服务系统的满意程度日益降低。大量的资金消耗给政府带来了巨大的财政负担，医保的重复支付使政府难以承受；居民就诊困难，多机构重复就诊支付了高额的就医费用，也使居民感到不满意。

美国的一项研究证实，在一个极端不协调的服务提供模式中，虽然治疗的患者比例不到 10%，但他们的平均药品费用却占 46%，医疗费用占 32%，总成本占到了患者总就医成本的 36%。奥巴马总统的经济顾问委员会估计，美国 30% 的保健支出对医疗结果没有积极贡献，大量浪费在诸如系统断裂、机构间缺乏联系和沟通等问题上面。而且，这种断裂的医疗服务系统包括治疗方面的其他缺陷，每年有数百万医疗差错出现、数十万或更多不必要的死亡，相比其他西方国家，美国承受着更高的医疗成本和低效率的健康产出。诺贝尔经济学奖获得者克鲁格曼在评论美国医疗体系时直言不讳地指出，美国医疗保障体制的主要问题在于其分割性(fragmentation)。

出现上述局面的根本原因是高度分工与专业化。随着卫生科技的发展，不同医疗保险筹资项目之间、不同层级医疗机构之间，以及公、私立医疗机构之间存在明显的边界。这些边界常常导致不同服务提供者之间缺少沟通和协作，各医疗机构纷纷按照单体式扩张需要提供高、精、尖的医学技术服务，而不是面向消费者的需求设计服务流程，患者在多机构就诊过程中分别接受由不同服务提供者提供的碎片化的、相互割裂的服务。这种分割提供的、一直徘徊不前的卫生服务体系以其独特的方式向前发展。有专家认为，缺乏卫生服务供给的整合，是现代卫生服务系统最大的失败。当前，各个国家的卫生系统都面临着服务体系整合的压力。

实际上，在不同机构和专业之间组织起协调的合作，对发达国家来说体现得更为明显。现代社会存在一些群体，他们的健康需要一直被忽略，如老年人、慢性病儿童和精神病患者等。这些群体需要持续性的卫生服务和快捷方便的就医环境，需要日常预防和健康维护，也需要在初级保健和二级、三级医疗服务之间顺畅地流动，并且住院次数越少越好。从患者的角度出发，健康需要和其他社会需要是一体的，需要整合型的照护，然而专业化的卫生服务和大众化的社会服务体系之间割裂的现实，不能很好地满足越来越突出的整合健康需要。瑞典诺迪克大学公共卫生学院卫生管理专业的 Lars Edgren 教授认为，虽然自 20 世纪 70 年代以来就有许多关于整合服务的理论与实践，但是总的来说，现有的卫生体系仍然处于条块分割的状态，不能很好地处理患者复杂的医疗需求。整合的体系应该是患者进入以后能够自觉地遵从合理流动方向的体系，但是，现行的体系利用多层次和多机构卫生服务的任务却是由病患本人及其家属而不是这个体系来承担的。实际上，这种现实是由我们传统的改革观念导致的，如果想打破这种固有理念的束缚，要建立起卫生服务和社会服务的整合体系，就需要一种创新的、能够不断