

整合性健康照護系統

林恆慶* 趙儷淨

HERNG-CHING LIN*, LI-JING ZHAO

台北醫學大學醫務管理研究所, 台北市信義區吳興街250號

Graduate Institute of Health Care Administration, Taipei Medical University, 110 Wu-Hsing St. 250, Taipei, Taiwan, R.O.C.

*通訊作者Correspondence author. E-mail: henry11111@tmu.edu.tw

從1990年開始, 因為美國管理式醫療機構(Managed Care Organization)大量使用論人計酬制度來做為對醫療服務提供者的支付方式, 而造成醫療服務提供者之間必須相互結合, 以便能有足夠的納保人數來分擔財務風險, 此種支付方式的改變, 不但改變了醫療服務提供者之間的互動關係, 也推動了整合性健康照護系統(Integrated Delivery System, IDS)在美國健康照護體系中的蓬勃發展。本文希望藉由介紹美國的整合性健康照護系統, 能讓一般民眾更清楚的瞭解促成健康照護系統整合的動力、整合性健康照護系統的參與者及整合性健康照護系統的組成元素。

整合性健康照護系統的主要參與者包括醫師、醫院及保險公司。而整合性健康照護系統的組成元素可包括: 臨床整合(Clinical integration)、功能整合(Functional integration)及醫師系統整合(Physician-system integration)。而臨床整合又包含了垂直整合(Vertical Integration)及水平整合(Horizontal Integration), 多家醫院系統(Multihospital system)即為水平整合中的一種。

整合性健康照護系統還一直在持續發展, 所以它的模式及所提供的醫療服務, 也因應市場的需求而不斷的在更新中, 然而整合性輸送系統是否真能降低醫療成本及提供納保人最適當的連續性治療則還未有定論。這種大型整合性輸送系統的形成雖然可以帶給民眾類似大型超級市場的所有服務, 但是它也容易造成醫療市場的壟斷。在醫療機構的整合過程中迫切需要資訊系統的輔助, 然而醫療機構之間資訊系統的連接往往跟不上整合的腳步, 因此如何強化資訊系統實是整合過程中所面臨的最大挑戰。(台灣衛誌 2002; 21(1): 1-8)

關鍵詞: 管理式醫療、整合性健康照護系統、臨床整合、功能整合。

Integrated delivery systems

Managed care organizations (MCOs) have been paying health providers through capitation since 1990s. Under the capitation system, financial risk has been shifted from the MCOs to providers. As a result, health providers including physicians and hospitals began to merge or consolidate to share the financial risk by increasing the number of enrollees. Thus, not only did payment through capitation change the health care delivery system in U.S., it also accelerated the development of Integrated Delivery Systems (IDSs). The purpose of this article is to introduce the forces behind the IDSs as well as their players and components.

The major players in IDS include physicians, hospitals, and health plans. However, the role of health plan remains controversial. The IDSs is composed of both clinical integration and functional integration. Clinical integration also consists of vertical integration and horizontal integration. Multi-hospital system is one kind of horizontal integration.

The development of IDSs is still in process. The players and components in IDSs are also changing with the demand in the health market. Whether IDSs can lead to cost containment remains unclear. In addition, although the IDSs can provide one-stop medical care shopping for enrollees, it is likely they will monopolize the health care market. How to keep the information system updated is also the greatest challenge for IDSs. (Taiwan J Public Health. 2002;21(1):1-8)

Key words: managed care, IDSs, clinical integration, functional integration.

當1960年代美國管理式醫療(managed care)開始萌芽時,整合性健康照護系統(Integrated Delivery System, IDS)這個名詞就已被衛生政策制定者所使用[1],但它真正快速發展卻始於1990年代,促使其為發展趨勢之主因是管理式醫療的大量採用論人計酬制度以作為對醫療服務提供者(provider)的支付方式,造成了醫院、醫師及保險公司之間的互相整合,盼能藉由整合以提供全面性及持續性的醫療照護給納保人。反觀台灣成立整合性健康照護系統的目的,是為了提高醫療資源較貧乏地區民眾就醫的可近性,目前健保局已在金門及部分偏遠之鄉鎮開始試辦整合性健康照護系統,希望能讓醫療資源較貧乏地區的民眾也能享有完善的醫療照護。然而台灣這種針對一個地區,尤其是針對一個鄉鎮民眾所提供結合診所及衛生所的醫療服務,是否就是美國所定義的整合性健康照護系統,這都是有待釐清之處。本文希望藉由介紹美國的整合性健康照護系統,能讓讀者進一步的瞭解促成健康照護系統整合的動力、整合性健康照護系統的參與者、及整合性健康照護系統的組成元素。

整合性健康照護系統的定義

在1980年代時,因為管理式醫療的逐漸興起,造成了美國整個健康照護體系的重整,而為了擴大保險市場佔有率,管理式醫療機構也不斷的興建不同的據點,所以1980年代被形容為是美國健康照護體系進行擴展分裂的年代。但從1990年開始,因為管理式醫療中大量使用論人計酬制度以作為對醫療服務提供者的支付方式,造成醫療服務提供者之間必須互相結合,俾能有足夠的納保人數來分擔財務風險,所以1990年代被認為是整合(integration)的年代,這種由保險公司、醫院及醫師共同結合而成的系統一般通稱為整合性健康照護系統。

然而整合性健康照護系統至今還未有一個明確的定義,Shortell等人[2]將整合性健康

照護系統定義為『由不同機構所結合而成的醫療服務網絡(network),提供或安排整合性服務給特定人群,並擔負這群人在財務上及臨床上的健康狀態』,Studin[3]所定義的整合性健康照護系統為『用合約將不同形式的醫療服務提供者結合,形成一個單一完整可承擔財務風險的區域性健康照護系統』。Balder[4]定義整合性健康照護系統為『醫師和醫院藉由結合擁有權、經營團隊、利潤分享、資本及管理所進行的策略聯盟,以便共同承擔風險』。又Eldine[5]引用McElearney對整合性健康照護系統的定義為『提供由生到死所需的所有醫療照護(one-stop shopping)』,而這也是整合性健康照護系統的終極目標,希望藉由合約的約定,完善的提供特定人群的醫療照護。

雖然整合性健康照護系統這個名詞很早就被衛生政策制定者所使用,但它真正開始迅速發展卻始於1990年代,先由醫院之間開始互相結合而形成多家醫院系統(Multihospital system),接著醫院也開始主動尋求與醫師群合併,並且購買亞急性(subacute)的醫療照護中心以便能提供完整及連續性的醫療照護給納保人。根據Morrisey等人[6]在1993年的調查指出,至少已有23.3%的醫院加入了整合性健康照護系統。

而在目前管理式醫療支配的市場中,促成醫療服務提供者之間相互結合的動力,主要可歸納為提高成本效益、確保醫療品質及提高醫療服務提供者的專業自主權。

一、提高成本效益

管理式醫療所講求的成本效益被視為是推動整合性健康照護系統發展的最大因素之一,自1990年開始,大部分管理式醫療機構對醫院所提供醫療服務的支付方式已不再採用傳統的論量計酬制度,而開始實施論人計酬制度、總額預算或是折扣制度(discounted)。在此新制度之下,醫院被迫與其他的醫療服務提供者結合,以便提高承擔財務風險的能力,以及增加與管理式醫療機構談判的籌碼。醫院希望能藉由與其他醫療服務提供者結合,共同提供病人整體性、連續性的醫療

投稿日期: 91年1月5日

接受日期: 91年5月14日

服務及器材設施，以降低整體的醫療成本。管理式醫療機構也樂見此種發展，因為它們以後可以直接與整合性健康照護系統簽約，即可涵蓋所有的醫療服務提供者，而不再需要花費巨額的行政費用來分別與個別的醫療服務提供者簽約。

成本效益推動了整合性健康照護系統的發展，然而整合性健康照護系統真能幫助醫療服務提供者節省成本而產生盈餘嗎？Engert和Emery[7]統計出目前有89%的整合性健康照護系統仍處於賠錢的狀態，因此整合性健康照護系統下是否能夠提高成本效益，則還有待更進一步的觀察研究。

二、確保醫療品質

在整合性健康照護系統之下，醫療服務提供者容易取得病人接受醫療照護歷史的完整資料，能使醫療服務提供者有足夠的能力來整合、追蹤病人醫療資源的使用情形，以提供最適合病患的醫療照護。一般大眾相信：由於整合性健康照護系統結合眾多的機構，有較多的資本購買昂貴先進的醫療器材，所以在整合性健康照護系統下病人可接受到良好的醫療照護品質[8]。Pinkerton[9]也指出藉由整合性健康照護系統內部不同單位之間的資訊或資源交換，可以幫助醫師降低醫療上發生錯誤的可能性。

三、提高醫療服務提供者的專業自主權

目前管理式醫療支配了美國健康照護體系，然而管理式醫療最常為醫療服務提供者所詬病的，即是以非醫療專業之人員來管理醫療專業之人員，例如常見的入院前審核(pre-admission review)及醫療利用率審核(utilization review)等行政措施，時常都是以非醫療專業人員來決定病人所需接受的醫療照護種類及多寡，而非依醫師的臨床判斷。因此醫療服務提供者，尤其是醫師，相信在整合性健康照護系統之下，藉由與管理式醫療機構及與醫院之間的平行結合可以加強他們

在健康照護系統中的相對地位及角色，也可影響管理式醫療機構中更多的醫療或行政決策。

整合性健康照護系統的主要參與者

在整合性健康照護系統下，主要參與者包括了醫師、醫院及保險公司，以下分別介紹他們在整合性健康照護系統下的角色。

一、醫師

管理式醫療中所使用的利用率審核、臨床路徑、品質改善計劃及病人滿意度評估等種種控制機制，都需要由醫師一起組成團隊來參與，而其他又如保險申報的繁重行政業務及分擔醫療成本風險的觀念下，更促使醫師加入整合性健康照護系統。以醫師為主所結合的整合性健康照護系統包括了系統性的個人執業協會(Independent Practice Association)、及獨立性的個人執業協會、醫師醫院組織(Physician Hospital Organization)、醫療提供者服務網(Provider Service Network, PSN)及管理服務組織(Management Service Organizations)等。

Coddington等人[10]觀察一個成功的整合性健康照護系統中，需要不同的專科醫師為基礎來組成。醫師加入整合性健康照護系統中的主要目的是要提高病人就醫的可近性，不是要增加轉診至醫院之病人數目。而除了醫師在整合性健康照護系統中佔有一席之地之外，最近在美國全國性的衛生會議中也有人建議在整合性健康照護系統中加入一位地位類似系統總裁的護理主委(Chief Nursing Officer)來強化護理人員在系統中的角色[9]。

然而在二十世紀末期，整合性健康照護系統開始出現了問題，尤其是在醫師角色方面[10]。傳統上醫師對管理式醫療及整合性健康照護系統都抱持著憎惡的態度，他們強調個人主義及個人成就，他們反對任何會影響他們權威性及自主權的行政措施，雖然參與整合性健康照護系統可以提高醫師在健康照護系統中的地位，但也相對的增加醫師的

行政負擔，因此如何增強醫師參與的意願，實是整合性健康照護系統成功與否的關鍵。

二、醫院

為了增加與管理式醫療機構的談判籌碼，許多醫院與醫師結合為醫師醫院組織，在此組織下醫師仍保有自己執業的獨立及自主權；就醫院方面而言，也可增加病人轉診的來源，並且在此組織下，當醫師的數目達到一定數額時，醫師醫院組織更能提供多元化的專科醫療服務給病人。醫師醫院組織未來的趨勢，將是當達到一定規模時，即可跳脫管理式醫療機構這個中間層次，直接與保險購買者(purchaser)簽訂保險計劃，由醫師醫院組織提供完整的醫療照護。

三、保險公司

在整合性健康照護系統制度之下，由於醫師醫院組織、醫療網絡、及管理服務組織等均可與保險購買者直接簽約，因此是否有將保險公司納入整合性健康照護系統的需要，還尚待進一步的觀察及研究。美國醫院組織(American Hospital Association)建議要將保險公司納入整合性健康照護系統中，因為他們可以提供管理技術、再保險、分析利用率及成本等的資訊系統，目前 Health Insurance Association of America及Cigna等大公司都已將保險公司納入整合性健康照護系統中[11]。

整合性健康照護系統的組成元素

Shortell等人[12]提出整合性健康照護系統的組成元素主要包括了臨床整合(Clinical integration)、功能整合(Functional integration)及醫師系統整合(Physician-system integration)，而在臨床整合中又包含了垂直整合(Vertical Integration)及水平整合(Horizontal Integration)兩種模式；其中，多家醫院系統(Multihospital system)即為水平整合中的一種模式。

一、臨床整合

Shortell等人[13]將臨床整合定義為『協調病人在不同醫護人員、功能及活動(activity)之間的臨床醫療照護，提高對病人整體醫療照護的價值』，換言之，臨床整合可提供病人連續性的醫療服務及評估各醫療單位的醫療結果。然而臨床上的整合有一定的困難程度，最主要的原因為在整合的過程中牽涉到不同專業的醫護人員及醫療器材技術，尤其是醫師害怕專業自主權受損而不願意接受臨床治療指引或是其他會改變他們醫療行為的措施。最近出現的大型整合系統，其隸屬下的臨床單位通常都不在同一個社區內，而是分別散佈在不同的地區，讓病人無法在同一個地區內接受不同層級的醫療服務，這些都令臨床整合的推動更加困難。最好的例子就是在1997年時由Lahey Clinic of Burlington和New Hampshire's Hitchcock Clinic所結合而成的Lahey-Hitchcock Clinic，因為原先的兩家公司相距100哩以上而導致無法有效的進行臨床整合，因此在2000年時又解體成為原先的兩家公司[14]。

有關臨床整合程度的評估方式，一般包括了使用臨床治療指引(clinical guidelines)的發展數目、病歷的一致性、及可近性、臨床輔助服務的共用程度、臨床結果的資料收集及感覺上的臨床系統整合程度。

目前在美國為推動臨床整合的概念，Abelson和Peitzman[15]為主成立一個超過80人的工作小組，這個計劃稱為Care 2000，該工作小組的主要任務為發展臨床整合的藍本，希望能規劃出完善的整合性健康照護系統，以妥善的照護病人、確認理想的治療流程及決定所需資訊的種類。

1. 垂直整合

Clement[16]定義垂直整合為結合產品在製作及分配過程中的不同階段，Chandler[17]則認為垂直整合可增加機構提供服務的種類及範圍。在系統整合的觀點上來看，垂直整合比水平整合重要，因為垂直整合可整合並提供不同層次或階段的醫療服務給病人，這

些服務可包括預防醫學、基層醫療、專科醫療、急性住院醫療、次急性醫療及護理之家等。垂直整合的目的是希望能提供病人連續性及完整的醫療服務。Goldsmith[7]說明了管理式醫療需要垂直整合的邏輯為(1)目前管理式醫療還無法有效控制醫療費用；(2)為了控制醫療費用，必須對醫療服務提供者採用論人計酬制度；(3)為了有效的實行論人計酬制度，醫療服務提供者必須提供完整的連續性照護，及提供最有成本效率、及最適合病人的治療場所；及(4)因為沒有任何一個機構可提供完整的連續性照護給病人，因此必須建立整合性的健康照護網絡系統。Arndt和Bigelow[18]也提出了醫院尋求垂直整合的原因包括了(1)降低交易成本；(2)為了在競爭日益激烈的醫療市場中維持生存；(3)提高市場佔有率。而一般都認為成功的垂直整合需要有良好的行政及醫療照護之協調配合。

2. 水平整合

Scott等人[19]定義水平整合為『結合提供相同服務的機構以擴大市場佔有率』。水平整合的主要目的，是要藉由結合同一市場中提供相同或類似服務的機構來拓展其主要服務，以控制或擴大此特定服務在市場中的佔有率[20]。例如一家心臟專科醫院，可藉由結合另一家提供冠狀動脈繞道手術的醫院來強化它在市場中心臟專科的權威性，以便達到擴大市場佔有率的終極目的。

進行水平整合的主要目的，是要控制特定地區內的特定醫療服務。而水平整合在歷史的發展上可分成兩個階段，第一階段是介於1975至1985年之間，這段期間有許多屬於全國性以營利為目的的多家醫院系統(Multihospital system)成立。第二階段則開始於1980年中期，許多非營利性質地區性的醫院系統開始成立，例如在1984至1992年之間即有278家醫院加入非營利性質的醫院系統中，其成立的地點大都為管理式醫療納保比率超過30%的地區[7]。

(1) 多家醫院系統

多家醫院系統為水平整合中的一種，美國醫院協會將多家醫院系統定義為『宗教機構、私人投資者或是其他機構藉由擁有、租

賃或合約來所管理的兩家以上醫院』。雖然多家醫院系統的模式在二十世紀初期即已存在，但一直到1960年代之後才吸引大眾的注意力，在1960年代之前的多家醫院系統大都為教會管理之非營利性醫院，例如在1945年時多家醫院系統內的200多家醫院為教會所管理。一直到1965年Medicare及Medicaid開始實施，帶給醫院更多的收入之後才有私人投資者進入市場，在1970年時已有29個私人投資者擁有的多家醫院系統，至1995年時全美大約有1100家醫院為私人投資者所擁有，且已有超過270家的多家醫院系統，而教會系統只佔不到20%的比率，且比率在持續減少中，例如位於鳳凰城的Baptist Hospitals and Health Systems即將要在近期出售系統內的三家醫院[21]。

Scott等人[19]提出了四點加入多家醫院系統的好處(1)財務上：藉由擴大市場佔有率來節省醫療成本及增加醫療收入；(2)組織上：藉由較佳的策略運用及較大的市場佔有率來對政府法律上的規範做出良好回應；(3)技術上：提高專科上醫療服務的精密性；及(4)以社區為取向：提高民眾之醫療可近性。

然而為了預防多家醫院系統獨佔市場，許多州及聯邦政府都訂定有嚴格的反托辣斯法來規範，其中最著名的為夏曼法(Sherman Act)[22]。

二、功能整合

Gillies等人[23]將功能整合定義為『協調不同運作單位(operating units)除了醫療之外的主要輔助性功能及活動包含了財務管理、人力支援、策略計劃、資訊管理、行銷及品質改善，以便增加對系統的總體價值』。功能整合程度的衡量項目一般包括了人力支援、輔助性服務、機構內部文化、策略規劃、品質確保、資訊管理、行銷及財務管理。功能的整合通常藉由合約或結盟方式來整合不同個體，而非建立在不同個體之間的所有權整合，但目前健康照護體系內的功能整合大都建立在所有權及合約的基礎上。此外，在進行功能整合的過程中也產生了許多的困難，Shortell等人[12]指出了這些困難主要是包括

了缺乏對整合的瞭解、無法確認促進整合的主要功能、個別運作單位缺乏對進行整合的使命感、運作單位無法集中在同一地理區域、缺乏接受過訓練的專才及沒有足夠的資訊系統。

三、醫師系統整合

Shortell等人[13]將醫師系統整合定義為『醫師在財務面上附屬於一個系統，進而使用它的機構及服務，並且主動參與系統內部的計劃、管理和統籌』。醫師系統整合程度的衡量方法包括了醫師財務上的參與程度、醫師所能享有的服務、能共享之合約數、行政參與及感覺上之系統整合程度。自從管理式醫療支配市場之後，醫師開始瞭解到，與醫院或是其他型式的機構結合，可以更容易取得管理式醫療合約，並且更有能力來承擔財務風險。

Morrissey等人[6]將醫師系統整合分成四種模式，其中包括了管理服務組織、醫師醫院組織、醫療基金會(Medical Foundations)及個人執業協會，而這四種模式的主要區分方式是以整合的鬆緊程度為基礎。醫師醫院組織是醫師系統整合中最鬆散的模式，雖然目前有些醫師醫院組織已開始提供行政服務給醫師及醫院，但它最初成立的主要目的只是要幫助醫師及醫院協商與管理式醫療機構的合約，而不提供任何的行政服務。較緊密的模式為管理服務組織及醫療基金會，在這兩種模式之下，系統除了幫助醫師協調與管理式醫療機構的合約之外，也幫助醫師購買執業所需要的器材及提供行政服務，醫療基金會模式甚至聘雇醫師為其員工，故醫療基金會為醫師系統整合中最緊密的模式。除了Morrissey等人[6]所提出的這四種模式之外，Shi和Singh[20]也提出了由醫療提供者自己組成的醫療服務提供者服務組織(Provider-Sponsored Organization)，在此模式之下，醫療服務提供者可直接與雇主或政府等保險購買者直接簽約來提供醫療服務，而不再需要透過管理式醫療機構等第三者。此模式的優點是可節省需透過第三者的行政費用，缺點是醫

療服務提供者必須要自己承擔財務風險。此模式原本為美國共和黨在1995年所提出Medicare改革計劃中的一部分，然而因Clinton總統反對而胎死腹中[24]。

在促進醫師系統整合過程中也會遇到一些困難，這些困難可分成來自系統外部及系統內部兩種。外部的困難包括了醫師與醫院之間缺乏共同的經濟誘因及法律規範上的障礙，例如加州法律限制醫院不能擁有醫師聯合執業群(medical group)。至於系統內部的困難包括了醫師滿足於目前之現況、害怕及不信任感、基層醫師與專科醫師間的利益衝突、缺乏醫師之領導權及缺乏連接醫師與醫院之間的資訊系統[23]。

整合性健康照護系統整合程度之指標

Burns等人[25]提出可使用結構性及過程性指標來測量整合性健康照護系統之整合程度，其中結構性指標包括了醫院在管理式醫療之下與醫師簽約情形的四種模式：個人執業協會、醫師醫院組織、醫療基金會及管理服務組織，如在醫師系統整合中所述，醫師醫院組織是為最鬆散的整合模式，而醫療基金會為最緊密的整合模式。而過程性指標主要是來自於美國醫院組織對整合性健康照護系統的年度調查中，它包括了以下四項：醫院提供給醫師在行政及臨床管理上的次數、與醫師風險分擔機制的數目、醫師與醫院共同發展對病人連續性醫療照護的次數及連接至醫生辦公室的電腦數目。

結 論

整合性健康照護系統還在持續發展中，所以它的參與者、組成元素及所提供的醫療服務，也因應市場的需求而不斷的在更新中。然而整合性健康照護系統是否真能降低醫療成本及提供納保人最適當的連續性治療還未有定論。目前雖然在市場上還是不斷的在進行醫療機構之間的水平或是垂直整合，但是合併整合的數目已從1996年時的253件降到了1999年的142件，參與合併的醫院數也減

少了23%[26]。

這種大型整合性輸送系統的形成雖然可以帶給民眾類似大型超級市場的所有服務，但是它也容易造成醫療市場的壟斷，此需要政府訂定反托辣斯等相關法案來規範。又在醫療機構的整合過程中迫切需要資訊系統的輔助，然而醫療機構之間資訊系統的連接往往跟不上整合的腳步，因此如何強化資訊系統實是整合過程中所面臨的最大挑戰。

台灣在實施整合性輸送系統的同時，可以參考美國的整合經驗及模式，但因為醫療體系的不同，例如我國欠缺管理式醫療機構及開放式醫院制度，因此台灣必須發展適合自己醫療體系的整合性輸送系統。在發展過程中，政府也必須加強立法來防止醫療市場被壟斷，尤其是擁有大量資金、醫療資源的財團法人醫院，必是將來擴大實施整合性輸送系統後的醫療市場主導者。

參考文獻

- 1.Kongstvedt PR. Essentials of Managed Care. 4th ed. Gaithersburg: Aspen Publishers; Inc, 2001.
- 2.Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA et al. Creating organized delivery system: the barriers and the facilitators. Hosp Health Serv Admin 1993;**38**:447-66.
- 3.Studin I. Integrated delivery systems: the Edsel of health care. Med Interface 1996;**9**:81-4.
- 4.Balder RA. Managed Care 2nd ed. Worcester: Blackwell Science Ltd, 1998.
- 5.Edline M. For the modern IDS, less is often more. Manag Healthcare Exe 2001;**11**:26.
- 6.Morrissey M, Jeffrey A, Lawton RB, Victoria J. Managed care and physician/hospital integration. Health Aff 1996;**15**:62-73.
- 7.Goldsmith SB. Managed Care. Gaithersburg: Aspen Publishers; Inc, 1995.
- 8.Engert EB, Emery DW. Integrated delivery system, Manag Care Q 1999;**7**:29-38.
- 9.Pinkerton S. Integrated delivery systems: Improving loss prevention. Nurs Econ 2000;**18**:257.
- 10.Coddington DC, Ackerman FK, Moore KD. Setting the record straight: Physician networking is an effective strategy. Healthc Financ Manage 2001;**55**:34.
- 11.Weissenstein E. HIAA (Health Insurance Association of America)-led group starts ad push. Mod Healthc 1993;**23**:2-3.
- 12.Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA et al. Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.1996.
- 13.Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA et al. Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems. 2nd ed. Gaithersburg: Aspen Publishers; Inc, 2000.
- 14.Drazen E, Kueber M. Mergers in health care: Avoiding divorce IDS style. Healthc Financ Manage 1988;**52**:33.
- 15.Appleby C. Organized chaos. Hosp Health Netw 1997;**71**:50.
- 16.Clement JP. Vertical integration and diversification of acute care hospitals: conceptual definitions. Hosp Health Serv Admin 1988;**33**:99-110.
- 17.Chandler AD. Scale and Scope: the Dynamics of Industrial Capitalism. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press; 1990.
- 18.Arndt M, Bigelow B. Vertical integration in hospitals: a framework for analysis. Med Care Rev 1992;**49**:93-115.
- 19.Scott WR, Ruef M, Mendel PJ, Caronna CA. Institutional Change and Healthcare Organizations. Chicago: The University of Chicago Press; 2000.
- 20.Shi L, Singh DA. Delivering Health Care in America. Gaithersburg: Aspen Publishers; Inc, 1998.
- 21.Shinkman R. Baptist system close to announcing deals. Mod Healthcare 1999;**29**:17.

22. Brock TH, Kamoie BE. Partial integration raises antitrust concerns. *Healthc Financ Manage* 2000;**54**:41-5.
23. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health System Integration Study. *Hosp Health Serv Admin* 1996;**38**:467-89.
24. Colie RC. The Five Stages of Managed Care. *Strategies for Providers, HMOs, and Suppliers*. Illinois: Health Administration Press; 1997.
25. Burns LR, Bazzoli GJ, Dynan L, Wholey DR. Managed care, market stages, and integrated delivery systems: is there a relationship? *Health Aff* 1997;**16**:204-18.
26. Pinkerton S. Integrated delivery systems: What's Happening? *Nurs Econ* 2000;**18**:219.