اسناد و زیرساخت‌های اطلاعاتی مشترک می‌تواند صرفاً به تجمیع اسمی منجر شود؛ یعنی یک ساختار حقوقی واحد، اما چند نظام اطلاعاتی و محاسباتی موازی. در این حالت، هزینه‌های ادغام سازمانی، از جابه‌جایی ساختارها و پست‌ها تا مسائل حقوقی و مدیریتی، به‌سرعت ایجاد می‌شود، اما مهم‌ترین منفعت مورد انتظار یعنی افزایش قدرت خرید و حکمرانی بیمه‌ای، لزوماً محقق نخواهد شد.

قدرت خرید زمانی معنا پیدا می‌کند که بیمه‌گر بداند چه خدمتی را، برای چه بیماری، در چه مسیری و با چه نتیجه‌ای خریداری کرده است. در غیر این صورت، افزایش حجم منابع و پرداخت‌ها الزاماً به معنای افزایش قدرت خرید راهبردی نیست.بنابراین شاید لازم باشد ترتیب بحث را تغییر دهیم: پیش از تجمیع سازمانی، باید به سمت تجمیع کارکردی حرکت کنیم.در این مسیر، پرونده الکترونیک سلامت و نظام ارجاع نباید صرفاً پروژه‌هایی فناورانه یا سامانه‌هایی اداری تلقی شوند. این دو، بخشی از زیرساخت خرید راهبردی خدمات سلامت هستند.

تا زمانی که داده‌های بالینی، سوابق درمانی و اطلاعات پرداخت بیمه‌ای در کنار یکدیگر قرار نگیرند، بیمه‌گر ناچار است بیش از آنکه بر نتیجه درمان تمرکز کند، بر اسناد مالی و تعداد خدمات تمرکز داشته باشد.یکی از راهکارهای قابل بررسی در این زمینه، ایجاد «شناسه واحد مسیر درمان» است؛ به این معنا که به جای آنکه هر خدمت به‌صورت جداگانه و مستقل از خدمات قبلی ثبت و پرداخت شود، یک دوره درمانی از ابتدا تا انتها قابل ردیابی باشد. در چنین مدلی، مسیر بیمار از سطح پزشک خانواده تا خدمات تخصصی و بیمارستانی قابل مشاهده است و مطالبات نیز به این مسیر درمانی متصل می‌شوند، نه صرفاً به مراجعات منفرد.همزمان، صندوق‌ها می‌توانند حتی در صورت حفظ هویت حقوقی و ساختار مستقل خود، بر سر تعاریف مشترک از بسته پایه خدمات، استانداردهای اطلاعاتی و سازوکارهای مشترک ثبت و ارزیابی مطالبات به توافق برسند.

به بیان ساده‌تر، ممکن است صندوق‌ها همچنان جدا باشند، اما با یک زبان مشترک خرید کنند.تجربه برخی کشورها نیز نشان می‌دهد که یکپارچگی کارکردی الزاماً به معنای حذف فوری همه ساختارهای بیمه‌ای نیست. در نظام‌هایی که چندین صندوق بیمه‌ای فعالیت می‌کنند، می‌توان با ایجاد قواعد مشترک برای تعهدات، داده‌ها، ارزیابی ریسک و پرداخت، بخشی از کارکردهای یکپارچه را بدون ادغام فوری همه نهادها ایجاد کرد.اهمیت این موضوع زمانی بیشتر آشکار می‌شود که بتوان عملکرد صندوق‌ها را بر اساس داده‌های واقعی مقایسه کرد.

وقتی مسیرهای درمانی قابل شناسایی و مقایسه باشند، می‌توان دید که برای بیماری مشابه، چه میزان هزینه در صندوق‌های مختلف پرداخت شده، چه نوع خدمتی دریافت شده و نتیجه درمان چه بوده است. در این شرایط، تفاوت عملکرد صندوق‌ها دیگر صرفاً یک ادعا یا برداشت مدیریتی نیست؛ بلکه می‌تواند به شاخص‌های قابل اندازه‌گیری تبدیل شود.از همین جا، بحث تجمیع نیز می‌تواند از یک مناقشه صرفاً ساختاری و سازمانی به یک تصمیم مبتنی بر شواهد تبدیل شود. اگر صندوق‌ها بتوانند اطلاعات و اسناد خود را با استانداردهای مشترک ثبت کنند، مسیرهای درمانی را ببینند و بر اساس داده‌های مشترک خرید کنند، بخش مهمی از کارکردهای تجمیع پیش از ادغام حقوقی محقق شده است.البته این مسیر بدون ملاحظه یک موضوع اساسی کامل نخواهد بود: تجمیع اسناد به معنای تجمیع بی‌ضابطه اطلاعات نیست.اطلاعات سلامت، از حساس‌ترین انواع داده‌های شخصی است و یکپارچه‌سازی آن باید همراه با قواعد روشن درباره مالکیت داده، سطح دسترسی، محرمانگی و نحوه استفاده از اطلاعات باشد. سوابق درمانی نباید به ابزاری برای محدود کردن تعهدات بیمه‌ای، تبعیض یا تصمیم‌گیری خارج از چارچوب حقوق بیمه‌شده تبدیل شود. یکپارچگی اطلاعات زمانی ارزشمند است که همزمان با افزایش کارآمدی، اعتماد عمومی را نیز حفظ کند.از این رو، شاید در هفته بیمه سلامت بهتر باشد پرسش اصلی را کمی تغییر دهیم.

مسئله فقط این نیست که چند صندوق بیمه‌ای