Document généré le 2 juil. 2025 15:58

Assurances et gestion des risques
Insurance and Risk Management

LA CONSOLIDATION DES ORGANISMES AMÉRICAINS DE *MANAGED CARE*

Daniel Simonet

Volume 70, numéro 4, 2003

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1092918ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1092918ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (imprimé)
2371-4913 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Simonet, D. (2003). LA CONSOLIDATION DES ORGANISMES AMÉRICAINS DE *MANAGED CARE*. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, *70*(4), 623–648. https://doi.org/10.7202/1092918ar

Résumé de l'article

Cet article revient sur les acquisitions observées parmi les HMO américaines. Les facteurs propices à ces mouvements seront explicités, de même que les réactions, souvent hostiles, que ces opérations ont suscité tant chez les praticiens que les patients. Les autorités fédérales sont également intervenues afin de mettre un frein aux risques de distorsion du processus concurrentiel que ces opérations pouvaient entraîner. Quelles ont été les stratégies de réponses des prestataires de soins et les conséquences des fusions sur la structure du marché ?

Tous droits réservés © Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, 2003

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

LA CONSOLIDATION DES ORGANISMES AMÉRICAINS DE MANAGED CARE
Simonet, Daniel
Assurances; Jan 2003; 70, 4; ProQuest
pg. 623

LA CONSOLIDATION DES ORGANISMES AMÉRICAINS DE *MANAGED CARE*

par Daniel Simonet

RÉSUMÉ

Cet article revient sur les acquisitions observées parmi les HMO américaines. Les facteurs propices à ces mouvements seront explicités, de même que les réactions, souvent hostiles, que ces opérations ont suscité tant chez les praticiens que les patients. Les autorités fédérales sont également intervenues afin de mettre un frein aux risques de distorsion du processus concurrentiel que ces opérations pouvaient entraîner. Quelles ont été les stratégies de réponses des prestataires de soins et les conséquences des fusions sur la structure du marché ?

Mots-clés : HMO, gestion des soins, intégration horizontale.

ABSTRACT

This article shed a light on consolidation of Managed Care Organizations in the U.S. The factors conducive to this wave of mergers and acquisitions are described along with the reactions, often hostiles, from both physicians and patients. Authorities intervened on that market in order to prevent market distortion and anticompetitive behaviors. What were then the response of care providers and the consequences of consolidation on market structure

Keywords*: HMO, managed care, horizontal integration*

Auteur :

Dr. Daniel Simonet est professeur assistant, Nanyang Business School à Singapore.

Remerciements :

L'auteur remercie la Wharton School (Philadelphie) et l'École de Santé Publique de l'Université de Columbia (New York) pour leur support.

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

LA NAISSANCE DES HMO

Aux États-Unis, le congrès adopta, en 1973, les principaux textes de loi régissant les droits et les obligations des « *Health Maintenance Organizations* » (HMO) contenus dans l'*HMO Act* (amendé en 1976). Cependant, ces organismes n'ont connu un essor véritable qu'à partir du milieu des années '90 (Tableau 1), alors qu'il n'existait que 306 HMO en 1984, en 2000, elles offraient leurs services à 78,9 millions de personnes contre 58,7 millions en 1996, 33,3 millions en 1990 et 25,8 millions en 1986. Quelques acteurs dominent le marché (Tableau 2). Parallèlement, les HMO ont évolué vers davantage de souplesse, différenciant leur offre selon les moyens des assurés. Ainsi, alors que le marché accueillait essentiellement des HMO du type *Staff* (les médecins sont salariés de la HMO) et *Group* (les médecins sont sous contrat avec la HMO mais ne sont pas ses employés), des HMO de type « *Independant Practice Association* » (IPA) sont apparues : dans ce cas, les médecins sont indépendants de la HMO, libres de contracter simultanément avec plusieurs d'entre elles, bénéficient d'un remboursement à l'acte (mais à un tarif préférentiel) et continuent de recevoir des patients couverts par une assurance traditionnelle (20 à 30 % de leurs patients sont sous régime HMO contre 60 à 70 % pour les praticiens des HMO de type « *Group Model* »). Les IPA ont également la préférence des assurés : la liberté de choix d'un médecin est plus grande que dans les HMO « *Group Model*[1] ».

TABLEAU 1
NOMBRE DE HMO ET D'ADHÉSIONS (1984 À 2001)

Année	Nombre de HMO	Nombre d'adhérents (en millions)
2001	531	78
2000	560	78,9
1997	651	72,1
1996	630	58,7
1994	543	45,4
1992	560	37,9
1990	556	33,3
1988	643	30,3
1986	595	25,8
1984	306	ND

Source : Interstudy HMO Trend Report. Interstudy Publications

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

TABLEAU 2
LES 10 PLUS IMPORTANTES HMO (1997)

HMO	Nombre d'assurés (en millions)	Part de marché (en %)
Blue Cross and Blue Shield	11	12,6
Kaiser Foundation Health Plans	7,8	8,9
Aetna/US Healthcare	4	4,6
Pacificare/FHP International	4	4,6
United Healthcare	3,7	4,2
Health Systems International	3,4	3,9
Prudential Health Care Plans	2,4	2,7
Cigna Health Plans	2,3	2,6
Humana	1,8	2,1
Oxfor Health Plans	1,5	1,7

Source : Roy Levi. Federal Trade Commission. Mars 1999. The pharmaceutical industry : a discussion of anticompetitive and antitrust issues in an environment of change.

■ LES FUSIONS

□ Illustration : les faits stylisés

Entre 1995 et 1996, les acquisitions d'HMO ont plus que doublé (Gaynor M, Haas-Wilson D, 1999) : 33 opérations ont été recensées en 1996 (Tableau 3) contre 17 en 1995 (62 en 1996 et 28 en 1995 selon d'autres sources (Japsen B, 1997))[2,3]. Parmi les plus importantes, citons en 1995, le rachat de Metrahealth par United, suivi, en 1996, du rapprochement de Pacificare Health Systems et de FHP International, puis de la Fondation Health Corp et d'Health Systems International. En 1996, Aetna racheta U.S Health Care puis, en 1998, NYLCare (ce qui ajouta 2,2 millions d'assurés) et enfin, en 1999, la division santé de Prudential[4](5,4 millions d'assurés). La même année, Universal Care fit l'acquisition de California et Blue Shield finalisa le rachat de Care America. Depuis 1996, Kaiser prit le contrôle de Community Health Plan (NY, 350 000 membres), d'Humana Group (Louisville, Kentucky, 118 000 personnes), de Group Health Cooperative (Washington, 675 000 patients) et d'Health Insurance Plan of Greater New York (1 100 000 assurés). De même, United racheta MetraHealth (mais avorta son rapprochement avec Humana) et Cigna racheta Healthource (Tableau 4). Si l'ampleur de ce mouvement peut

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

surprendre, il n'est cependant pas nouveau : entre 1986 et 1993, 80 HMO avaient déjà fait l'objet d'une acquisition et 149 firent faillite (Feldman R, Wholey D, Christianson J, 1996a). En conséquence, la concentration du secteur s'est accrue : la part de marché des 5 plus grandes HMO américaines est passée de 43,21 % en 1994 à 49,91 % en 1997 selon Feldman et Christianson (1999) et à 34,9 % selon la FTC (Tableau 2).

☐ Les facteurs propices aux rapprochements

Facteurs propres au marché

Quels facteurs furent à l'origine de ces rapprochements ? En premier lieu, le marché, parvenu à maturité, stagne. Plusieurs élements le soulignent. Ainsi en 1999, le rythme des nouvelles adhésions aux HMO était inférieur à 5 % (Kupferman G, 1994-1999), un déclin entamé dans la seconde moitié des années 90 : selon une étude d'*Interstudy* (Minneapolis), intitulée « *Competitive Edge*[5] » , les adhésions aux HMO ont augmenté de 14,1 % seulement en 1997, contre 19 % en 1996. De plus, le marché potentiel des organismes de *Managed Care* s'est considérablement réduit : en effet, 85 % des employés sont déjà intégrés, sous une forme ou une autre, d'organisme de Managed Care (HMO, « *Point Of Service*[6] »

TABLEAU 3
FUSIONS ET ACQUISITIONS AU SEIN DES ORGANISMES HMO (1987-1997)

Année	Nombre d'opérations
1997	23
1996	33
1995	17
1994	22
1993	15
1992	20
1991	12
1990	4
1989	3
1988	8
1987	5

Source : The Kaiser Changing HealthCare Market Place Project – Août 1998

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

TABLEAU 4
PRINCIPALES OPÉRATIONS DE RACHAT (1994 – 1999) IMPLIQUANT DES HMO

Acquéreur	Cible	Valeur (en milliards de dollars)	Nombre d'assurés (en millions)	Année
Aetna Inc.	U.S Healthcare	8,9	2,8	1996
United Healthcare	MetraHealth	2,4	ND	1995
Health Systems Health Corp	Foundation	2,2	3	1996
Pacific Health Systems	FHP International	1,1	1,9	1994
Cigna Corp.	Healthsource Inc.	1,1	1,1	1997
FHP International	Take Care	1,1	0,8	1994
Aetna U.S Healthcare	NYLCare	1,1	2,2	1998
Aetna U.S Healthcare	Prudential HealthCare	1	6,6	1999

Source : Sally Whitney. The Philadelphia Story. Best's Review Magazine – Juillet 1999. Irving Levin Associates Inc.

ou POS, « *Preferred Provider Organization*[7] » ou PPO, ...). Autre signe des difficultés des HMO, leurs pertes s'élevaient à 770 millions de dollars en 1997 (864 millions en 1998 et 186,6 en 1999). En outre, sur les 506 HMO étudiées, représentant 96 % des assurés HMO, 57 % étaient en déficit. Fait aggravant, leurs dépenses augmentent plus vite, les médecins et les hôpitaux résistent de plus en plus à leurs pressions financières. De plus, si les HMO se sont jusqu'à présent tournées vers les assurés en activité professionnelle, c'est-à-dire relativement, jeunes et bien portants, elles sont désormais, sous la pression de l'État fédéral, poussées à recruter des patients vulnérables (notamment les assurés *Medicare* et *Medicaid*). Or il leur sera plus difficile de maintenir leurs marges avec cette population qui nécessite davantage de soins : en effet, les coûts des patients *Medicaid* seraient supérieurs de 23 % à ceux des autres malades (Welch WP, Wade M, 1995). À cela s'ajoute l'idée, répandue parmi la population, que la qualité des soins des HMO serait étroitement

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

liée à leur taille. Dans le même ordre d'idée, la garantie d'obtenir le remboursement des soins serait plus grande chez un assureur important. Si les HMO veulent renouer avec les profits sans rationner les soins , des économies d'échelle sont nécessaires.

L'intensité de la concurrence joua également un rôle moteur dans ces opérations : par exemple, les rapprochements sont plus fréquents dans les marchés qui accueillent de nombreuses HMO (R. Feldman, D. Wholey, J. Christianson, 1996a). Par ailleurs, l'homogénéisation des services tend implicitement à intensifier la concurrence donc, à encourager les fusions : en effet, jusqu'alors, le marché accueillait essentiellement des HMO du type Staff and Group. À celles-ci se sont ajoutées des HMO du type IPA, PPO, POS, des HMO à but non lucratif et d'autres à but lucratif. Or, les stratégies de différenciation qui les opposaient ont peu à peu été délaissées : afin d'attirer des clients additionnels, qui sont aussi plus exigeants et mieux informés, un nombre croissant d'HMO ont proposé des contrats flexibles, proches du régime POS, et ont étendu les possibilités de choix (d'un praticien, d'un centre de soins) aux assurés, ce qui les rapproche des assurances traditionnelles (régime « Fee For Service » avec paiement à l'acte ...). En effet, les économies d'échelle dépendent du nombre de patients sous leur contrôle, donc de leur part de marché. Pour y parvenir, elles ont assoupli les restrictions dans le recrutement de nouveaux assurés. En conséquence, les stratégies de coût et de volume se sont peu à peu substituées aux stratégies de différenciation (de produits, d'organisation, de réseaux) des HMO, des POS et des PPO. Ce faisant, elles ont aussi créé un climat propice aux fusions. Enfin, les stratégies d'évitement ont été progressivement abandonnées : en effet, jusqu'alors les organismes de Managed Care abordaient des segments différents (patients Medicaid, Medicare...) afin de limiter les risques d'affrontement frontal. Et lorsque leur base de clientèle se chevauchait, elles adoptaient des comportements collusifs en vue de prévenir une guerre des prix. Or, avec ces rapprochements, le secteur est entré dans une phase d'hypercompétition dont les facteurs de succès seront soit les prix soit l'innovation (Tableau 5). La firme dominante change au gré des acquisitions et le nombre des acteurs diminue : ainsi, en 2001, il n'y avait plus que 531 HMO contre 651 en 1997.

Facteurs particuliers à la firme

• Économies et ambitions stratégiques

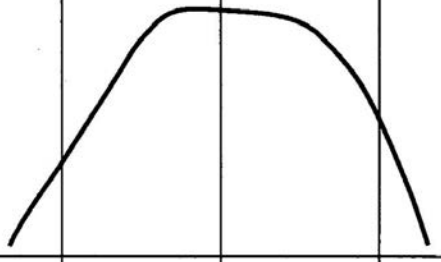
Quelles sont les motivations de ces rachats ? Avec les fusions, les HMO acquièrent en premier lieu des patients, donc des parts de marché, mais à quel prix ? En raison de la dépréciation des titres

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

boursiers lors du rachat de Prudential, Aetna ne versa « que » 150 $ par personne. À titre de comparaison, Prudential déboursa 600 $ pour chacun des assurés de NYLCare et 1 000 $ par assuré US Healthcare. Outre des parts de marché, ces opérations devraient accélérer l'acquisition d'actifs spécifiques tangibles (systèmes informatiques de suivi des patients et d'évaluation des coûts et de la qualité des soins...) ou intangibles (programme de « *Disease Management* » – gestion des maladies dans une optique coût/efficacité) et générer des économies d'échelle : en effet, les programmes et les protocoles de soins entraînent des coûts fixes qui, après la fusion, sont redistribués et donc « dilués » sur un plus grand nombre d'assurés. Des économies additionnelles liées à la suppression des duplications devraient accroître les moyens alloués au financement des équipements médicaux et donc bénéficier aux patients (à la suite de la fusion entre Aetna et U.S Health Care, la moitié de ses centres de traitement des demandes de remboursement

TABLEAU 5
STRUCTURE DE MARCHÉ ET STRATÉGIES CONCURRENTIELLES

Intensité de la compétition



Compétition	Monopole	Situation d'évitement	Hyper-compétition	Compétition parfaite
Intensité et nature	Faible, en l'absence de riveaux	Accent mis sur la différenciation de l'offre	Accent mis sur les prix	Faible, en raison de profits potentiels limités

Source : adapté de Alex Miller. Strategic Management – Third Edition. Irwin Mc Graw Hill.

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

de soins ont été fermés). D'autres considérations doivent être prises en compte. En effet, l'amélioration de la profitabilité de la HMO peut également résulter de la création d'un pouvoir de marché dans l'achat des facteurs de production et de l'accès à un savoir : grâce à la fusion, elle peut prendre possession d'une expertise particulière. Enfin, ces opérations signalent aussi une expansion géographique : à la suite du rachat de Prudential, les parts de marché d'Aetna devraient augmenter en Floride, en Georgie, en Virginie, dans l'État de Washington, au Maryland, en l'Ohio et à New York. Grâce à la fusion avec FHP, dont le réseau était principalement implanté à l'Ouest des Etats-Unis, Pacificare étendit ses activités en Californie.

• Des objectifs différents selon la taille

Les motivations des acquisitions diffèrent selon la taille des firmes, les plus importantes visant des objectifs stratégiques, les plus petites des économies. En Californie en particulier, les économies d'échelle profiteraient principalement aux HMO de moins de 115 000 adhérents (1986-1992) (Given RS, 1996). Au-delà de ce seuil, elles ne seraient pas significatives. De même, selon Wholey et al (1996), les économies d'échelle atteignent rapidement un pallier (75 000 adhérents). Les motivations des rapprochements des

TABLEAU 6
RÉSULTATS DES HMO EN 1999 (Échantillon de 574 HMO)

Nombre d'assurés	Résultats nets (1999) en millions de dollars	Nombre de HMO affichant des pertes	Pourcentage de HMO reportant des pertes dans la catégorie retenue
Moins de 100 000	- 575,9	215 sur 380	56,6
De 100 000 à 250 000	- 238,2	46 sur 117	39,3
De 250 000 à 500 000	- 80,9	16 sur 43	37,2
Plus de 500 000	753,5	9 sur 34	26,5
Total	**- 186,6**	**286**	**49,8**

Source : Weiss Ratings.

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

grandes HMO (HMO dites « *nationales* » notamment) doivent être recherchées ailleurs, en particulier dans la création d'un pouvoir de marché, et ce au détriment des prestataires de soins et des autres HMO, lorsqu'ils ne visent pas tout simplement leur élimination, surtout sur les marchés locaux (Feldman D, Christianson JB, 1999) (Kupferman G, 1994-1999). Plus récemment, l'analyse des pertes et profits (Tableau 6) suggère la nécessité d'atteindre une taille critique puisque les pertes des HMO diminuent avec l'augmentation du nombre d'assurés.

☐ Des gains inégaux selon l'activité et la taille

Par ailleurs, les gains seraient inégaux selon l'activité et la taille : chez les HMO qui offrent des services ou abordent des segments différents (patients *Medicare* et non *Medicare*...) (Wholey D et al, 1996), des déséconomies de champs ont été observées (Given RS, 1996) (Wholey D et al, 1996). La propension des HMO à fusionner dépend de leur taille : selon une étude de Feldman (1994) entre 1986 et 1993 sur 90 fusions (échantillon de 500 HMO), les HMO de petite taille étaient plus enclines à fusionner (celles de moins de 5 000 adhérents avaient, de loin, la probabilité la plus forte d'être absorbées par une autre HMO) et à se retirer du marché. En revanche, le taux de survie des plus anciennes, des plus profitables et des plus importantes d'entre elles (20 000 à 50 000 assurés) était plus élevé. Chez les nouveaux entrants (deux à quatre ans d'existence), les fusions (et les faillites) étaient fréquentes car pour demeurer viables, elles devaient étoffer leur réseau de fournisseurs et attirer des investisseurs. Enfin, les rapprochements entre HMO à maturité semblaient plus difficiles en raison de cultures d'entreprise distinctes....

☐ Éclairage théorique : barrière à l'entrée et « *disputabilité* » des marchés

À la lumière des coûts de transactions, les employeurs seraient, en théorie, favorables au rapprochement des organismes de *Managed Care* : en effet, un contrat avec une HMO est moins onéreux qu'une série de contrats avec plusieurs assureurs indépendants. Dans le même ordre d'idée, les prestataires (praticiens et hôpitaux) qui collaborent avec un seul assureur seraient, à priori, plus efficaces que lorsqu'ils répondent simultanément aux exigences d'organismes divers. Cependant, ces opérations remettent aussi en question la « *disputabilité* » des marchés car elles visent parfois la création de barrières à l'entrée (licences d'État, capitaux

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

minimaux de départ, plus faibles que dans le cas des hôpitaux), notamment sous la forme de coûts irrécupérables[10]. En effet, bien que dans ce secteur, les investissements à fonds perdus (« *sunk costs* ») aient peu fait l'objet de réflexions, ils n'en sont pas moins présents : formation spécifique de la main-d'œuvre, réseaux commerciaux... Un programme de « *Disease Management* » constitue également un investissement spécifique qui ne peut être alloué à une autre utilisation. En revanche, comme il est possible de revendre un système de facturation ou informatique, cet investissement ne constitue pas un « *sunk cost* ». Enfin, la création de barrières à l'entrée résulte du comportement de la firme après la fusion. En effet, les économies d'échelle, lorsqu'elles aboutissent à une situation, même artificielle, d'excédent de l'offre, poussent les HMO à pratiquer des prix prédateurs dans le but de dissuader tout entrant potentiel. Déjà, des rapprochements entre HMO de grande taille et dotées d'une assise financière solide ont réduit la compétition sur les marchés et restreint les possibilités de choix de l'assuré (Feldman RD, 1994).

■ RÉTICENCES DES PATIENTS ET DES PRATICIENS

□ Vulnérabilité accrue des assurés *Medicare*

La constitution d'un marché captif d'assurés au profit d'un petit nombre de HMO qui opéreront à l'échelle nationale ou même à l'échelle d'un État, voire de quelques États, n'est pas dénuée de risques : d'une part, elle interdira aux prestataires (praticien, hôpital...) de faire jouer la concurrence entre organismes payeurs ; d'autre part, ceux-ci deviendront les opérateurs passifs des protocoles de soins des HMO. Or, leur pertinence, définie comme la capacité à détecter et à répondre à des besoins de santé prioritaires (groupes de personnes qui ont le plus besoin de soins), n'a pas été évaluée avec indépendance. Dans les marchés fortement investis par le *Managed Care* (Oregon, Californie, Massachusetts, Maryland où plus de 35 % de la population est sous le régime HMO)[11], des pratiques préjudiciables à l'assuré ne sont pas à exclure. Le programme *Medicare Managed Care* sera le premier affecté : en effet, d'une part, il représente une part plus grande du budget fédéral que le programme *Medicaid* ; d'autre part, la concurrence est moins intense (les organismes de *Managed Care* l'ont

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

investi plus tardivement). Par exemple, après le rachat de FHP International, Pacificare occupera une position forte sur ce marché (930 000 assurés). Selon la *California Medical Association*, elle devrait même contrôler 47 % des patients *Medicare* de Los Angeles, 66 % de ceux du comté d'Orange et 90 % de ceux de San Diego. Or les lacunes du programme *Medicare* (soins inappropriés, refus de prise en charge des soins de spécialité, exclusion...) risquent de s'aggraver : selon le *Medicare Rights Center*[12], une association consumériste (New York), qui analysa 179 plaintes déposées sur 6 mois, les organismes de *Managed Care* ignorent les minimas de soins (urgences...) censés protéger les personnes âgées contre certains excès (rationnement des soins...). Alors que les retraits des assurés *Medicare* des programmes *Managed Care*, signes de leur mécontentement, étaient fréquents, ces derniers, désormais contraints de conserver le même assureur, risquent de perdre leur « souveraineté », définie comme la capacité à faire des choix rationnels, c'est-à-dire après avoir examiné les avantages et les risques associés à ces choix. Comme le souligne une étude de *Families USA* (1997), sur un échantillon de 158 HMO *Medicare*, le taux de désistement des patients *Medicare HMO* était de 13 % en 1996 (11,2 % en 1995), une moyenne qui cache cependant des disparités entre les États : il était plus faible à Hawaï (2,7 %) et dans le Minnesota (4,2 %), plus élevé en revanche au Texas (19,4 %) et en Floride (25,3 %). Outre que cette concentration de l'offre est préjudiciable aux assurés, elle suscita les inquiétudes des autorités *antitrust* (R. Feldman, R.S. Given, 1998) qui en réponse optèrent pour un assouplissement des restrictions dans la constitution des réseaux de praticiens.

☐ Impact sur les primes

Avec les regroupements d'employeurs soucieux d'améliorer leur pouvoir de marché (représentant 35 millions d'employés et leurs proches parents, la *National Business Coalition Forum on Health*, rassemblait en 1998, près de 100 coalitions d'entreprises contre 55 il y a dix ans) et avec l'épuisement de leur marché, les HMO ont adopté des stratégies de concurrence par les prix. Cependant les primes ne pouvaient indéfiniment baisser, d'autant que la législation, soucieuse de mieux protéger les patients contre les excès du *Managed Care* et les progrès dans l'évaluation de la qualité des soins, en particulier hospitaliers, ont accéléré la hausse des coûts, qui s'est répercutée sur les primes[14] : alors qu'elles étaient pratiquement inchangées au cours de la seconde moitié des années '90, elles ont augmenté de 1,6 % en 1998, et de 5,4 % en 1999 (Tableau 7).

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

TABLEAU 7
VARIATION DES ADHÉSIONS ET DES PRIMES DES HMO (1995-1999)

	1995	1996	1997	1998	1999
Taux de croissance des adhésions aux HMO (en %)	12,9	18,5	15,5	7,9	2,6
Variation de la prime	- 3,8	-2,2	-0,6	1,6	5,4

Source : Interstudy Publications; William M. Mercer National Survey of Employers-sponsored Health Plans.

L'impact des fusions sur les primes, contreversé, est faible. Selon les HMO, la consolidation entraînerait une baisse des primes en raison notamment des économies d'échelle. Or cette idée n'a pas été validée (R. Feldman et al, 1996b). En fait, c'est l'intensité de la compétition, mesurée par le nombre des HMO, qui aboutit à ce résultat (D. Wholey et al, 1995) : selon Feldman et al (1993), lorsque les patients *Medicare* avaient le choix parmi deux assureurs HMO au moins, les tarifs pratiqués n'étaient pas supérieurs à ceux du programme *Medicare* traditionnel, un résultat que confirme une autre étude d'Ellis Randall (1997) sur les agents fédéraux. Inversement, l'élément moteur des stratégies de croissance externe ne serait pas la fixation de primes à un niveau élevé, car si elles ont effectivement augmenté après les fusions, le phénomène fut limité dans le temps à un an seulement (R. Feldman et al, 1996b), toute hausse faisant obstacle au recrutement de nouveaux assurés.

☐ Perception mitigée des praticiens

Le pouvoir de marché qu'autorisent les fusions semble donc concerner les praticiens : profitant d'une situation de monopsone, les HMO parviendront en premier lieu à consolider leur autorité sur les médecins et à imposer leurs conditions lors des négociations contractuelles. À cela s'ajoute un risque pour les praticiens. Contraints de contracter avec une HMO, ils risquent de ne plus bénéficier de la même liberté de prescription sous ce régime, ce qui est préjudiable à la qualité des soins : en effet, les HMO sont réticentes à financer des procédures sophistiquées[15] (S.D. Ramsey et al, 1997) ou des thérapies médicamenteuses innovantes (K.A. Fairman, et al, 1997). De plus, en pratique, l'absence d'offreurs alternatifs leur interdit de résilier des contrats dont les termes leurs sont défavorables. Fait aggravant, leur mobilité géographique est réduite et, face aux HMO, leur pouvoir de négociation est restreint :

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

non seulement leur taille est faible, à peine 200 cabinets emploient plus de 100 praticiens, mais en outre la FTC a intensément poursuivi les associations de médecins[16]. En effet, si les lois *antitrust* les autorisent à se regrouper pour améliorer la qualité des soins (communication des données cliniques par exemple...), ils ne sont pas autorisés à négocier conjointement leurs honoraires[17]. Une réponse consiste à rejoindre les rangs des IPA[18] qui dominent d'ailleurs le marché (J.B. Christianson et al, 1991) et qui offrent des conditions de travail plus souples.

Fait aggravant, les clauses du type « *All product* » qui engagent les praticiens à participer à tous les plans de l'organisme de Managed Care, c'est-à-dire, les HMO mais aussi PPO, POS, « indemnity » alors que les taux de remboursement (par exemple, les honoraires des soins aux patients HMO sont plus faibles), les restrictions (médecin référent, formulaire ...)[20] et les patients (*Medicare*, *Medicaid* souvent moins rémunérateurs....) diffèrent, ont affaibli leur marge de négociation. Et les rapprochements des organismes de *Managed Care* aggravent cet aspect insidieux : suite à l'acquisition, la part de ces organismes dans les revenus, donc leur pouvoir de marché, augmente. En conséquence, les médecins sont passés d'un attentisme prudent au rejet des fusions, d'autant plus qu'elles risquent d'accroître les cas d'exclusion et de contractualisation sélective[21].

■ RESTRICTIONS DES AUTORITÉS FÉDÉRALES

□ Conditions et processus d'agréments

Quelle est la procédure d'agrément d'une acquisition ? Depuis les « *Merger Guidelines* » de 1992[22], la *Federal Trade Commission* et le *Department of Justice* examinent chaque fusion en quatre phases : définition du marché (produits et prestations concernés, zones géographiques), impact de la fusion sur la concurrence (effets anticompétitifs...), économies d'efficience (ou de tout autre gain justifiant la fusion), risque pour l'un des partenaires de ne pas survivre à la fusion si elle ne se concrétise pas... En ce qui concerne le marché, les organismes de la concurrence (*Federal Trade Commission* et *Department of Justice*), loin de le limiter aux seules HMO, le définissent dans un sens large : il comprend tous les modèles d'assurance (PPO, « *Fee For Service* », POS...)[23]. En

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

d'autres termes, les HMO ne constituent pas à elles seules un marché distinct. Quant à la définition du marché géographique pertinent, elle se fonde sur les coordonnées des patients (zones de résidence, codes postaux...) car s'il n'existe pas, en théorie, de limites géographiques (les assurés peuvent se procurer une assurance partout aux États-Unis), en pratique, un plan proche du lieu de résidence est souvent préféré[24]. Enfin, l'intensité de la concurrence est fonction du taux de concentration du marché qui correspond à l'indice d'Herfindahl-Hirschman[25] : s'il atteint 1 800 après la fusion, le marché sera jugé fortement concentré. Mais si la variation de l'indice est inférieure à 50, les agences fédérales valideront l'opération, en revanche au-delà de 100, celle-ci, considérée comme anticompétitive, fera vraisemblablement l'objet d'une enquête. Cet indice n'est nullement exclusif : le taux de concentration (proportion d'individus affiliés à un nombre fixe de HMO) peut lui être préféré, notamment dans les travaux consacrés non à un marché géographique restreint, mais à l'ensemble du territoire américain (D. Feldman, J.B. Christianson, 1999). Au total, si la fusion préserve, voire intensifie la compétition, les agences *Antitrust* seront peu tentées de la réexaminer. Par exemple, la FTC ne remit pas en cause le rapprochement Aetna/U.S. Healthcare, en partie, au motif qu'elle facilitait la conquête de nouveaux marchés. De même, les rapprochements à des fins d'efficience (réduction des coûts...) ou motivés par la recherche de synergies (amélioration ou extension des services aux assurés...) ne devraient pas susciter les foudres de la FTC.

D'autres facteurs sont pris en compte : recoupements géographiques, maintien d'une concurrence potentielle (facilité d'entrée...)... Les institutions, employeurs, praticiens, hôpitaux, associations de consommateurs..., sont également sollicités : par exemple, la fusion d'Aetna et de Wellpoint Health suscita l'hostilité de la *Foundation for Taxpayer and Consumer Rights* (FTCR[26]) selon laquelle sept organismes de *Managed Care* dont 6, à l'exception de Kaiser, sont des institutions à but lucratif : Aetna, CIGNA, United Healthcare, Foundation Health Systems, PacifiCare, Wellpoint Health. Et elles risquent de dominer le marché de l'assurance. Dans 23 des 25 États, les 5 organismes de *Managed Care* les plus importants contrôlent déjà 50 % des assurés (« *covered lives* ») et dans 16, plus de 70 %[27]. De même, cette association demanda au département Antitrust de Californie de se prononcer contre le rapprochement de Pacificare et de FHP, la nouvelle entité devant contrôler 50 % des patients *Medicare* du Sud californien. En particulier, elle redoutait une diminution des concessions tarifaires négociées auprès de la HMO. Sur ce point, la

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

FTC évoqua l'article Hart-Scott-Rodino Act (1976) qui spécifie les seuils (chiffre d'affaires, taille des actifs...) au-delà desquels une fusion doit être reportée, à l'avance, auprès de l' « *Antitrust Division and Federal Trade Commission* ». Mais la distinction entre les aspects négatifs (accroissement d'un pouvoir de marché) et les aspects positifs (amélioration de l'efficience) est une tâche difficile dans ce secteur qui connaît des stratégies multiples : intégration verticale, alliances, acquisitions...

☐ L'arrêt *United States and State of Texas vs Aetna and Prudential Insurance* et la « disputabilité » des marchés

L'arrêt *United States and State of Texas vs Aetna and Prudential Insurance*, outre le fait qu'il témoigne d'une intervention directe de l'État, nous éclaire sur les risques (prix, concurrence...) associés aux fusions. En effet, jusqu'au rapprochement d'Aetna et de Prudential, les acquisitions entre HMO avaient peu retenu l'attention de la FTC : la fragmentation de l'offre (630 HMO étaient en activité en 1996[28]), la facilité d'entrée sur le marché (entre 1994 et 1997, le nombre des HMO américaines est passé de 543 à 651), sa croissance (entre 1992 et 1997, les adhésions aux HMO ont doublé, de 38,8 à 72,1 millions d'individus) et l'idée que les organismes de *Managed Care* formaient des substituts étroits semblaient prévenir les comportements collusifs. Or ces dernières années, les acquisitions de HMO n'ont plus seulement visé la conquête de nouveaux territoires, notamment à l'Est de la Californie (Foundation Health Corp, FHP International, Pacificare Health Systems et Health Systems International... (L. Kertesz, 1998)), mais des zones géographiques où leur offre se chevauchent (R.D. Feldman et al, 1999) et des marchés locaux saturés, ce qui incita les instances fédérales à examiner plus attentivement ces opérations. Avec cet arrêt, la Division *Antitrust du Department of Justice* exprima clairement sa volonté d'intervenir dans les cas de contrôle des marchés, reconnaissant en particulier des effets anticoncurrentiels à Dallas et à Houston, deux des 40 zones urbaines retenues dans l'étude. Sur ces deux marchés, les barrières à l'entrée (conséquence de coûts irrécupérables) et les quelques compétiteurs restés en lice, principalement des PPO et des plans *Indemnity*, ne pouvaient, à eux seuls, suffire à prévenir la fixation de prix artificiellement élevés. En effet, les PPO et les plans *Indemnity*, des concurrents indirects, n'envisageaient pas, même en réponse à une augmentation des primes, d'aborder ce marché, traditionnellement réservé aux HMO, en raison des coûts et du temps associé à une telle opération. *De facto*, la menace

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

d'entrée, donc la concurrence potentielle (notamment par les prix), était sensiblement diminuée[29]. De plus, Aetna était susceptible de créer un pouvoir de monopsone suffisant pour influer sur les remboursements d'honoraires : après la fusion, sa part sur le marché du *Managed Care* (HMO et plans POS.) devait atteindre 63 % à Houston et 42 % à Dallas. Fait aggravant, les assureurs étaient des compétiteurs directs sur ces marchés (les employeurs les percevaient comme des substituts proches)[30]. En outre, la cour reconnut que seuls les marchés des HMO et des POS étaient pertinents, excluant de fait les PPO et les assurances traditionnelles (régime Indemnity, paiement à l'acte ou *Fee For Service*). En effet, selon la Division *Antitrust*, l'offre de soins préventifs, le médecin référent (« *gatekeeper* »), les restrictions dans le choix des prestataires et la quasi-impossibilité de substituer une PPO à une HMO, autant d'éléments qui leur conféraient des caractéristiques uniques, les distinguaient des assurances *Indemnity* ou PPO, ce qui de fait interdisait une concurrence par les prix. Cependant, l'argument que les HMO et les plans de type *Fee For Service* ne sont pas des offreurs concurrents peut être contestée : selon Baker et Corts (1996), la croissance des organismes de *Managed Care* s'est accompagnée d'une baisse des primes des assureurs traditionnels, ce qui atteste bien d'une concurrence, même indirecte... Par ailleurs, la libre entrée, censée garantir la « *contestabilité* » des marchés, est toute relative. Si l'accroissement des entrées sur les marchés atténue parfois les effets néfastes de la consolidation, en pratique, les nouveaux entrants sont rapidement rachetés (D. Feldman, J.B. Christianson, 1999)[31] (20 à 25 % seulement étaient restées indépendantes lors de leurs premières années d'existence). Et cet argument fut repris dans l'Affaire *Aetna vs Prudential*. En effet, bien que dans les années précédant la fusion, des HMO avaient abordé les marchés d'Houston et de Dallas, selon la cour, elles n'étaient pas suffisamment solides pour contenir une éventuelle hausse des primes.

Afin de préserver la « *contestabilité* » des marchés (facilité d'entrée...), les agences de régulation de la concurrence ont ordonné d'autres mesures radicales : dans le cas précédent, Aetna fut contrainte de se séparer des intérêts qu'elle détenait dans la société NYLCare, acquise en 1998, à Houston (*NYLCare* GulfCoast, 260 000 assurés) et à Dallas (NYLCare SouthWest, 167 000 assurés). Avant de valider l'acquisition de MetraHealth, le département des Assurances du Missouri contraignit United à revendre ses parts dans la société Metlife St. Louis[32] (MetLife HealthCare network). Les rachats des HMO à but non lucratif par

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

des HMO à but lucratif (en 1995, United Healthcare racheta MetraHealth – une « joint-venture » entre Metropolitan Life et Travelers Insurance Company) ne furent pas épargnés. En effet, lorsqu'une HMO acquiert le statut d'organisme à but lucratif suite à une acquisition, la différence entre les valeurs de la société, avant et après sa conversion, doit être reversée à un organisme caritatif : sous la pression des associations de consommateurs et de groupes de défense des usagers, par exemple, Blue Cross of California, désormais propriété de Well Point Health System, fut contrainte de financer deux fondations pour les soins aux personnes démunies. Auparavant, l'orientation du marché vers un statut à but lucratif était un phénomène particulier aux hôpitaux : depuis les années 90, la croissance des chaînes hospitalières privées s'est en effet appuyée sur l'acquisition d'institutions profitables et non plus seulement des centres de soins en situation financière fragile (Phillips JF, 1999) ou situés dans des zones rurales (Limbacher PB, 1998). Leur statut est ensuite modifié au profit de celui d'organisme à but lucratif. La diminution des financements accordés par les organisations caritatives encourage les rachats des institutions de santé à but non lucratif. Elles ont aussi de plus en plus de difficultés à remplir leur rôle traditionnel (soins aux personnes démunies, actes gratuits...). Enfin, parmi les conditions préalables au rapprochement d'Harvard Community Health Plan et de Pilgrim Health Care, citons le gel de l'augmentation des primes, un don de quatre millions de dollars à des associations caritatives... De même, bien que la FTC approuva le rapprochement de Pacificare et de FHP, le *State Department of Corporations* (DOC) [33] de Californie imposa des restrictions (encadrement des mécanismes d' « *utilization management* », des contrats d'exclusivité des prestataires...) et institua un dispositif de recours au bénéfice de l'assuré.

■ STRUCTURE DE MARCHÉ, INTEGRATION VERTICALE ET POUVOIR DE MARCHÉ

Les réactions des prestataires de soins (hôpitaux, cabinets de médecins) ont été fortes. Afin de contrer les acquisitions des HMO et de restaurer un pouvoir de marché désormais fragilisé, ils se sont à leur tour rapprochés (Burns LR et al, 2000), au risque d'exclure du marché les HMO les plus petites, ce qui, par un effet de cycle, accélère la consolidation du secteur. En particulier, HMO et hôpitaux s'opposent déjà sur certains marchés locaux. À Philadelphie, les cinq

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

hôpitaux du groupement *Jefferson* menacèrent Aetna de mettre fin à son contrat si elle ne modifiait pas ses termes dans un sens plus favorable. En effet, à la lumière des travaux consacrés, en économie industrielle, à la recherche d'un pouvoir de marché (B. Curry, K. Georges, 1978) (H. Demsetz, 1974) (O. Williamson, 1975), des facteurs tels que la modification de la structure de marché, l'intensité de la compétition[34] (G.R. Brooks, V.G. Jones, 1997), le degré de recouvrement des activités mais aussi la recherche d'une meilleure efficacité (économies d'échelle) et la croissance des budgets publicitaires[35] ont accéléré le rythme des acquisitions. Selon Tribook/AM7G (Westmont Illinois) (1997)[36], 25 % des hôpitaux étudiés étaient impliqués dans une acquisition ou une fusion. 34 % envisageaient de mener à bien une telle opération d'ici à 2002 et 11 % de rester indépendants. Si 14 % étaient également liés à un autre centre de soins, ce chiffre devrait passer à 58 % en 2002[37]. Or ces fusions ont créé les conditions favorables à l'apparition de comportements collusifs (L.R. Mobley, 1996) (J. Greene, 1994). En effet, une concurrence moins intense, en particulier sur les marchés concentrés (G. Melnick, E. Keeler, J. Zwanziger, 1999), peut entraîner une augmentation du prix des prestations. Cependant, la concentration du secteur hospitalier reste inférieure à celle de l'assurance : si, selon le rapport « *Changing Health Care Marketplace Project* » (1998)[38], les dix premiers systèmes hospitaliers représentaient 16 % du nombre total de lits disponibles en 1996 (15 % en 1986), les dix premières HMO qui opèrent à l'échelle nationale, c'est-à-dire dont les activités s'étendent à au moins deux États, non-voisins, comprenaient, selon Kupferman, 65 % des patients HMO en 1999 (63 % en 1997, 56 % en 1994) et, selon la Fondation Kaiser pour la Famille, 64,9 % en 1997 (Tableau 8).

Conformément au modèle de Stackelberg (Tableau 9), le marché s'oriente vers un oligopole bilatéral dont il existe de nombreux exemples : marché de la viande, du manioc (essentiellement concentré en Thaïlande), construction aéronautique militaire (lanceurs spatiaux, missiliers)... Ces marchés ont connu des intégrations verticales préjudiciables au producteur, par exemple, si les négociants agricoles ont intégré de la valeur ajoutée, les prix aux producteurs ont diminué... Des stratégies proches ont déjà été observées en santé : afin de limiter le pouvoir de négociation des prestataires, des organismes de *Managed Care* se sont intégrés verticalement : la HMO dont les patients sont pris en charge dans un hôpital associé devient à son tour un prestataire. Au premier abord, ces stratégies contribuent à améliorer l'efficience de la filière (organismes payeurs, médecins, hôpitaux...) : en effet, ces entités s'accordent plus facilement sur les objectifs à

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

remplir que plusieurs acteurs qui opèrent de façon non coordonnée. De plus, elles semblent particulièrement judicieuses lorque subsiste un faible nombre de prestaires. Citons, par exemple, Kaiser ou encore Allina Health System (Minnesota) issue du rapprochement de l'hôpital HealthSpan et de la HMO Medica... Cependant ces stratégies ont parfois échoué (Humana, UniHealth...). En outre, si des économies peuvent être attendues (T.P. Weil, 2000), elles n'auraient pas toujours créé de valeur ajoutée (K. Hogan, M. Thomopoulos, 1998).

TABLEAU 8
ÉVOLUTION DE LA CONCENTRATION (1987-1997)

Année	Part des 10 premiers organismes de Managed Care dans le total des assurés sous régime HMO (en %)
1997	64,9
1996	57,9
1995	56,5
1994	55,5
1993	55,3
1992	55,6
1991	54,6
1990	55,4
1989	51,6
1988	45,8
1987	47,3

Source : L. Levitt, J. Lundy, S. Srinivasan. Trends And Indicators In The Changing Health Care Marketplace. The Kaiser Changing Health Care MarketPlace Project. The Kaiser Family Foundation. Août 1998.

TABLEAU 9
TYPOLOGIE DES MARCHÉS SELON STACKELBERG

Offreurs		Demandeurs	
	Un seul	Un petit nombre	Une multitude
Un seul	Monopole bilatéral	Monopsone contrarié	Monopsone
Un petit nombre	Monopole contrarié	Oligopole bilatéral	Oligopsone
Une multitude et parfaite	Monopole	Oligopole	Concurrence pure

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Les intégrations verticales sont également de nature à remettre en question la « *disputabilité* » des marchés, en particulier au moyen de la clause du client le plus favorisé : dans ce cas, un prestataire s'engage à offrir un service aux mêmes conditions que celles accordées à son client privilégié. Si le prestataire diminue ses tarifs au profit de l'un de ses clients alors le titulaire de la clause du client le plus favorisé doit également en bénéficier. Il s'assure ainsi que les nouveaux entrants ne pourront obtenir des tarifs aussi avantageux. Cette clause, bien que légale, constitue bien une barrière à l'entrée. Elle est en particulier susceptible de favoriser la constitution d'un cartel : en restreignant la capacité des concurrents à diminuer ses prix, l'entreprise peut réduire la compétition sur les marchés et maintenir des tarifs artificiellement élevés. Par ailleurs, cette clause entraîna des effets plus inattendus : dans l'Affaire « *Ocean State* » (Baker J.B., 1996), la HMO Blue Cross demanda aux praticiens qui lui étaient liés par contrat de lui accorder la clause du client le plus favorisé. Or ces praticiens étaient déjà liés à une autre HMO avec laquelle ils partageaient les pertes et les profits : si la profitabilité de la HMO était plus faible, alors les remboursements d'honoraires étaient diminués d'autant (ils pouvaient même être ramenés à un niveau plus bas que ceux de Blue Cross). Or, selon la clause du client le plus favorisé, ils auraient été contraints d'accepter de Blue Cross une baisse identique de leurs honoraires. Refusant cette caractéristique, des centaines de praticiens ont mis fin à leur contrat avec la HMO.

■ CONCLUSION

Si les conséquences des fusions des HMO sur les primes et la concurrence sont connues, leur impact sur la qualité des soins est plus incertain. Une première voie de recherche s'ouvre alors. Par ailleurs, la modification des pouvoirs de marché des acteurs suscite une autre question : quelles forces orienteront le secteur à terme ? En effet, d'une part, afin de se procurer un flot continu d'assurés sans recourir aux services des HMO, les hôpitaux se rapprochent (par association ou rachat...) des cabinets médicaux. D'autre part, face à l'érosion de leur pouvoir, à la réduction du temps consacré aux patients, les praticiens, très attachés à leur autonomie professionnelle, sont passés d'une passivité toute relative à un mécontentement fort et des groupements par spécialité ont été créés en vue d'accroître leur pouvoir de négociation face aux HMO. Or ces

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

associations vont profondément remodeler la structure du marché et les limites des pouvoirs de chacun de ses acteurs (HMO, hôpitaux, associations de praticiens...). Les mécanismes du marché s'appliquent difficilement au secteur de la santé. En effet, la demande est formulée par les prescripteurs plutôt que par les patients. En outre, le consommateur, du fait de la prise en charge par l'assureur, paye une fraction faible des soins par rapport à leur coût réel et les comparaisons entres prestataires ne sont pas aisées. Par ailleurs, l'hétérogénéité des services, les asymétries informationnelles (le praticien est plus informé que le patient), la présence d'oligopoles (les laboratoires pharmaceutiques sur certains segments thérapeutiques, les hôpitaux, les HMO...) et l'importance des barrières à l'entrée (coût d'établissement des centres de soins) rendent toute régulation par le marché difficile. La santé n'est donc pas un bien de commodité comme un autre. Elle correspond davantage à un idéal, dont il est difficile de cerner les contours compte tenu de la diversité des aspirations individuelles. Enfin, parallèlement au *Managed Care*, la culture de l'évaluation en santé s'est développée. Avec la systématisation des études (coûts/bénéfices, coûts /efficacité...), il est devenu possible d'établir des priorités : dans le cas général, par exemple, cela revient à décider que la vie d'un jeune est « plus précieuse » que celle d'une personne âgée, que celle d'un chargé de famille compte plus que la vie d'une autre. Mais ce raisonnement n'est pas exempt de problèmes moraux car, poussé à son extrême, il légitime l'euthanasie. Or ce sujet est abordé de manière très différente d'un pays à l'autre. En outre, cette approche revient à mettre à l'écart les populations pour lesquelles l'évaluation des besoins en soins est difficile (populations dispersées comme les sans-abri, les migrants...), donc à les reléguer au dernier rang des priorités en santé (A. Beresniak. G. Duru, 2001). Or, sous le régime *Managed Care* en particulier, malgré l'engagement précoce des HMO en faveur des évaluations de santé (elles souhaitaient ainsi affirmer leur légitimité), l'état de santé des patients vulnérables, principalement les malades chroniques âgés et à revenus faibles (Miller et Luft, 1997) (J.E. Ware Jr et al, 1996) et les patients sévèrement atteints (D. Mechanic et al, 1995), s'est dégradé.

☐ Références

Baker L. and Corts K., HMO penetration and the cost of HealthCare : Market discipline or market segmentation ? American Economic Review, Papers and Proceedings ; 86 ; 389-394, 1996.

Baker J.B., Vertical Restraints With Horizontal Consequences : Competitive Effects of « Most-Favored-Customer Clause ». FTC Antitrust 1996 Conference.

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Beresniak A. and Duru G., Economie de la Santé. Masson Éditeur. 2001. 5 ième édition.

Burns L.R., Bazzoli G.J., Dynan D.R., and Whoely D.R., Impact of HMO Market Structure on Physician-Hospital Strategic Alliances. Health Services Research April 2000. Part I, Vol 35, pp. 101-132.

Brooks G.R. and Jones V.G., Hospital mergers and market overlap. Health Serv Res 1997 Feb; 31(6): 701-22.

Christianson J.B., Sanchez S., Wholey D.R., and Shadle M., The HMO Industry: Evolution in Population Demographics and Market Structure. Medical care Review, 48 : 3-46, 1991.

Curry B. and Georges K., Industrial Concentration: A survey. Journal of Industrial Economics, 1978, n 3, page 203-235.

Demsetz H., Two systems of belief about Monopoly, D. Goldsmith et alii. (ed.). Industrial concentration:The New Learning, Little Brown, 1974.

Fairman K.A., Teitelbaum F., and Drevets W.C., Engquist G, Kreisman JJ, Norusis MJ. Course of Antidepressant Treatment with Tricyclic Versus Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Agents: A Comparison in Managed Care and Fee-For-Service Environments. American Journal of Managed Care. March 1997; 3(3): 453-65.

Families USA Foundation. Comparing Medicare HMOs: Do They Keep Their Members. December, 1997. http://www.familiesusa.org/media/reports/mhmo1.htm.

Feldman R., Wholey D., and Christianson J., Economic and Organizational Determinants of HMO mergers and failures. Inquiry 1996a. Summer; 33 (2):118-32.

Feldman D. and Christianson J.B., HMO consolidations: how national mergers affect local markets. Health Affairs 1999 Jul-Aug; 18(4): 96-104.

Feldman R.D., HMO Mergers: Analysis of Trends and Public Policy Issues. University of Minnesota, Institute for Health Services Research www.rwjf.org/health/changespl.htm. Health Care Financing and Organization (HCFO) – 1994.

Feldman R. and Given R.S., HMO mergers and Medicare: the antitrust Issue. Health Econ 1998 Mar; 7 (2): 171-4.

Feldman R., Wholey D., and Christianson J., Effects of mergers on health maintenance organization premiums. Health Care Financ Rev 1996b Spring 17; 17(3): 171-89.

Feldman R., Wisner C.L., Dowd B., Christianson J.B., (1993). An Empirical Test of Competition in the Medicare HMO Market. dans Richard J. Arnould, Robert F. Rich, and William D. White, eds., Competitive Approaches to Health Care Reform, Washington, D.C.: Urban Institute Press.

Feldman R.D., Wholey D.R., and Christianson J.B., HMO Consolidations: How National Mergers Affect Local Markets Health Affairs, July/August 1999.

Gaynor M. and Haas-Wilson D., Change, Consolidation and Competition in Health Care Markets. The Journal of Economic Perspectives. Hiver, 13: 1, pp 141-164. 1999.

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Given R.S., Economies of Scale and Scope as an explanation of merger and Output diversification activities in the Health Maintenance Organization Industry. Journal of Health Economics 1996 (14): 685-713.

Greene J., Merger monopolies. Mod Healthc 1994 Dec 5; 24(49): 38-40, 42-6, 48.

Hogan K, Thomopoulos M. Do IDS really benefit from affiliating with Managed Care plans? Health Financ Management. 1998 Feb; 52 (2): 36-8.

Japsen Bruce., Doc Group Mergers Push Dealmaking Pace. Modern Healthcare1997, March 10, 27(10): p. 3.

Kertesz L., HMOs move east. Health Econ 1998 Mar; 7(2): 171-4.

Kupferman G., A History of HMO organization and Enrollment Activity in New York State: 1994-1999. Healthcare Association of New York State.

Levitt L., Lundy J., and Srinivasan S., Trends And Indicators In The Changing Health Care Marketplace. The Kaiser Changing Health Care MarketPlace Project. The Kaiser Family Foundation. Août 1998.

Limbacher P.B., Off the beaten path. More for-profit hospital companies traveling to rural markets. Mod Healthc 1998 Apr 6; 28(14): 67-72.

Mechanic D., Schlesinger M., McAlpine D.D., Management of Mental Health and Substance Abuse Services: State of the Art and Early Results. The Milbank Quarterly. 1995; 73(1): 19-55.

Melnick G, Keeler E, and Zwanziger J., Market power and hospital pricing: are nonprofits different? University of Southern California, USA. Health Aff (Millwood) 1999 May-Jun; 18(3): 167-73.

Miller R.H. and Luft H.S., Does Managed Care lead to better or worse quality of care? Health Aff (Millwood) 1997 Sep-Oct; 16 (5): 7-25.

Mobley L.R., Tacit collusion among hospitals in price competitive markets. Health Econ 1996 May-Jun; 5(3): 183-93.

Phillips J.F., For-profit chains seek to acquire successful not-for-profit hospitals. Health Care Financ Manage 1999 Sep; 53(9): 52-5.

Ramsey S.D., Hillman A.L., and Pauly M.V., The Effects of Health Insurance on Access to New Medical Technologies. International Journal of Technology Assessment in Health Care. Spring 1997; 13(2): 357-67.

Randall P. Ellis., Health Premium Payment Systems for State Employees. November 1997. Unpublished Boston University Working Paper.

Ware J.E. Jr, Bayliss M.S., Rogers W.H., Kosinski M, and Tarloy A.R., Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. Results from the Medical Outcomes Study.JAMA. 1996 Oct 2; 276(13): 1039-47.

Weil T.P., Is vertical integration adding value to health systems? Manag Care Interface 2000 Apr; 13(4): 57-62.

Welch W.P. and Wade M., The relative cost of Medicaid enrollees and the commercially insured in HMOs. Health Aff 1995 Sum, 14: 2, 212-23.

Wholey D, Feldman R, and Christianson J.B., The effect of market structure on HMO premiums. J Health Econ 1995 May; 14 (1): 81 - 105.

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

Wholey D, Feldman R, Christianson J, and Engberg J., Scale and scope economies among HMO. Journal of Health economics. 1996 Dec; 15 (6): 657-684.

Williamson O (1975). Markets and Hierarchies, The Free Press.

☐ Notes

1. Celles-ci sont cependant moins onéreuses que les IPA.

2. Selon *Irving Levin Associates*, Inc (The Health Care M&A Year in Review, Cinquième Edition. Mars 1999), le secteur du *Managed Care* enregistra 61 fusions & acquisitions en 1998, pour une valeur totale de 5,1 milliards de dollars.

3. Selon Mukherjee (*HMO infractions draw feds'attention.* The Business Journal. Semaine du 28 octobre 1996), 21 HMO se sont rapprochées (fusions ou acquisitions) en 1995.

4. Prudential, l'un des derniers entrants sur le marché du *Managed Care*, ne possédait pas, à la différence des HMO, une expertise suffisante pour contrôler les coûts. Elle entend désormais limiter ses activités à la vente d'assurances vie, d'assurances sur la propriété et à l'offre de services financiers.

5. InterStudy (1996). *The InterStudy Competitive Edge: Part II* - Industry Report, St. Paul, MN: InterStudy Publications, Volume 6.2.

6. Une HMO de type POS donne au patient la possibilité d'être soigné en dehors de son réseau de praticiens moyennant une franchise plus élevée.

7. Une PPO est formée sur l'initiative de praticiens rémunérés à l'acte selon le régime « *Fee For Service* » mais à un tarif préférentiel. Elle n'a pas un caractère d'exclusivité : les patients peuvent se faire soigner par un professionnel extérieur au réseau, moyennant un copaiement.

8. Source : Cabinet Weiss (Floride). (Tableau 6).

9. Irving Levin Associates Inc. *The Health Care M&A Year in Review*. Cinquième Edition. Mars 1999.

10. Dépenses entraînées par la création d'activités nouvelles, irrécupérables en cas d'arrêt de ces activités.

11. *HMO infractions draw feds'attention.* The Business Journal. Semaine du 28 octobre 1996.

12. *Managed Care Monitor Medicare HMOs : Analysis Finds Widespread Violations*, AM. POL. NETWORK, Sept. 10, 1998 (rapport du Medicare Rights Center). Nancy Ann Jeffrey, Report Claims Some Medicare HMOs Violate Rules Meant to Protect Elderly, WALL ST. J., Sept. 10, 1998.

13. Les disputes ont aussi changé de nature : alors qu'elles portaient principalement sur les paiements, elles touchent désormais les retards et le rationnement des soins....

14. « *Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry* », 1998.

15. Traitement de la leucémie, calculs rénaux...

16. Arizona *vs.* Maricopa County Medical Society, 457 US 332 (1982). À titre d'illustration, citons aussi les jugements suivants : *Medical Service Corp. Of Spokane County*, (1976) : pratiques discriminatoires contre des HMO et des praticiens liés à une HMO ou rémunérés sur un autre mode que le paiement à la prestation ; *Medical Staff of Doctors' Hospital of Prince George's County* : entente du personnel médical d'un hôpital du Maryland afin de le contraindre à abandonner la création d'un centre de soins HMO; *Medical Staff of Holy Cross Hospital* (1991) : entente du personnel médical afin de bloquer la création d'un cabinet multispécialiste dans une clinique de Cleveland ; *U.S Healthcare Inc. V. Healthsource Inc. (1993)* : une HMO du New Hampshire contrôlée par des médecins offrait une rému-

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

nération supérieure aux praticiens qui n'étaient liés à aucun autre réseau concurrent. Cependant, la cour ne conclut pas à l'existence d'un pouvoir de marché au profit de la HMO car elle ne contrôlait, de manière exclusive, que 25 % seulement des médecins du marché considéré; *Puerto Rican Physiatrists, (1995)* : boycott par les praticiens d'un programme gouvernemental d'assurance en vue d'augmenter les taux de remboursement.

17. Les cabinets sont, comme les entreprises, des organisations concurrentes.

18. Shelby L. Murphy. *HMO competition to heat up, doctors band together next year.* Austin Business Journal. 27 Décembre 1996.

19. Avantages sociaux délivrés sous la forme d'un paiement plutôt que sous la forme de services de santé. Un contrat de type « *indemnity* » prévoit la somme maximale que peut recevoir le patient pour couvrir les soins dont il a besoin.

20. Ils redoutent également une diminution des moyens disponibles, notamment dans les contrats restrictifs des HMO, susceptible de remettre en question la qualité des soins.

21. Refus d'une HMO d'intégrer un praticien dans son réseau de prestataires.

22. « *Joint Merger Guidelines* » communes aux *Department of Justice* et à la FTC.

23. Blue Cross Blue Shield of Wisconsin v. Marshfield Clinic, 65 F.3d 1406 (7th Cir. 1995).

24. Ainsi, lors de la fusion Aetna/Prudential, la défection des assurés d'Houston et de Dallas, consécutive à une augmentation des primes, était, selon la *Division Antitrust of the Department of Justice*, hautement improbable.

25. Il correspond à la somme des carrés des parts de marché de l'ensemble des compétiteurs. Il varie de 100 (100 concurrents chacun doté d'une part de marché de 1 %) à 10 000 (un compétiteur détient 100 % du marché).

26. Source : Jamie Court, également co-auteur de *Making A Killing: HMOs and The Threat To Your Health* (Common Courage Press, 1999) - *Consumer Group Will Oppose Aetna-Wellpoint Merger.* 1er Mars 2000.

27. American Medical Association. Alaska Health Network, Inc., File No 991-0103.

28. Source : *Interstudy.*

29. Dans les autres États en revanche, Aetna et Prudential n'étaient pas, même après leur rapprochement, considérées comme des compétiteurs en situation d'oligopole : la concurrence des autres HMO interdisait la fixation de prix prédateurs.

30. La compagnie devrait également posséder une part de marché importante, proche de 30 % sur les marchés d'Atlanta et de New York.

31. Source : *Interstudy. (Minnessota). Rapport intitulé « Competitive Edge » (1997).*

32. Une autre HMO reprit les opérations de la HMO à Saint-Louis.

33. Cette institution, sous l'autorité du gouverneur de l'État, est chargée de faire respecter la loi sur les finances et les investissements (hypothèques, prêts, retraites....). Son orientation est plus financière (transparence de l'information, limitation des risques de fraude...) qu'industrielle.

34. Les hôpitaux des marchés peu concurrentiels bénéficieraient d'une incitation plus faible à fusionner.

35. Selon la société *Opinion Research Corps International* (Evanston, Ill), les hôpitaux américains ont investi 1,3 milliard de dollars à des fins publicitaires en 1997, soit une hausse de 33 % par rapport à 1996. En 1997, le budget marketing des hôpitaux américains s'élevait à 492 000 $ par hôpital contre 467 000 $ en 1996. Le budget publicitaire moyen par hôpital augmenta de 32 % en 1997 pour atteindre 257 800 $ contre 195 100 $ en 1996 et 243 100 $ en 1995. Les dépenses commerciales (publicité incluse) sont proportionnelles à la taille des hôpitaux : ceux de plus de 500 lits consacrent des sommes 9 fois plus importantes à ce poste que les hôpitaux de moins de 100 lits.

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.

36. L'étude porta sur 106 hôpitaux. 59 % des hôpitaux interrogés étaient des hôpitaux privés sans but lucratif, 36 % des hôpitaux publics sans but lucratif et 5 % des centres de soins privés.

37. Quant aux hôpitaux indépendants, ceux-ci le restent par peur de perdre le contrôle de leurs activités ou parce que leur environnement ne les y incite pas : ils évoluent dans un marché peu compétitif et sont même parfois les seuls dans leur comté.

38. Source : *Kaiser*.

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.