
Les Health Maintenance Organizations (HMO) aux Etats-Unis : un bilan

Victor G. Rodwin

Résumé

Cet article résume des recherches d'évaluation sur les HMO aux Etats-Unis. Il comprend trois parties : (1) Les aspects conceptuels des HMO : leurs conditions caractéristiques et leurs divers modèles de fonctionnement ; (2) les performances des HMO : comment les économies sont-elles réalisées ? Est-on mieux soigné ? Les adhérents et les médecins sont-ils satisfaits ? (3) Enfin, un bilan qui s'appuie sur une évolution sociale et sur une analyse des facteurs internes et externes sur la performance des HMO.

Abstract

This article summarizes the evaluative research on HMOs in the United States. It consists of three parts : (1) Conceptual issues related to HMOs : their distinguishing characteristics and alternative models of operation ; (2) The performance of HMOs : how do they achieve their savings ? Do they provide better care ? Are the enrollees and physicians satisfied ? (3) Finally, a balance sheet based on a social evaluation and on an analysis of internal and external factors affecting the performance of HMOs.

Citer ce document / Cite this document :

Rodwin Victor G. Les Health Maintenance Organizations (HMO) aux Etats-Unis : un bilan. In: Politiques et management public, vol. 3, n° 4, 1985. Numéro spécial - Innovations et régulations dans les systèmes de santé (France - USA) (Numéro préparé par Emile Lévy et Béatrice Majnoni d'Intignano) pp. 39-85;

doi : <https://doi.org/10.3406/pomap.1985.1870>

https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1985_num_3_4_1870

Fichier pdf généré le 22/04/2018

LES HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS (HMO) AUX ETATS-UNIS : UN BILAN (1)

Victor G. RODWIN *

Résumé

Cet article résume des recherches d'évaluation sur les HMO aux Etats-Unis. Il comprend trois parties : (1) Les aspects conceptuels des HMO : leurs conditions caractéristiques et leurs divers modèles de fonctionnement ; (2) les performances des HMO : comment les économies sont-elles réalisées ? Est-on mieux soigné ? Les adhérents et les médecins sont-ils satisfaits ? (3) Enfin, un bilan qui s'appuie sur une évolution sociale et sur une analyse des facteurs internes et externes sur la performance des HMO.

(1) *Ce travail a été effectué dans le cadre d'une collaboration entre le Professeur RODWIN et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. L'auteur tient à remercier Christine MEYER et Christian RAMPHFT de leurs précieux conseils non seulement sur le plan de l'expression française mais aussi sur le plan des idées.*

* *Associate Professor, Program in Health Policy and Management, Graduate School of Public Administration, New York University, 738 Tish Hall, Washington Square, New York, N.Y. 10003.*

Introduction

Aux Etats-Unis, le secteur de la santé est en train de subir une transformation profonde. On assiste au passage de la médecine libérale (profondément attachée au système de paiement à l'acte sans limitation) vers les systèmes de prise en charge à prépaiement, couplés à des structures de soins intégrés. Ces nouveaux systèmes, appelés Health Maintenance Organizations (HMO), permettent d'établir de bonnes liaisons entre la médecine ambulatoire et les soins hospitaliers. En outre, ils favorisent une meilleure gestion des services médicaux, pour, à la fois, satisfaire les adhérents et maîtriser les coûts. Enfin, les HMO, industrie émergente aux Etats-Unis, deviennent les plus grands défenseurs du libéralisme dans le secteur de la santé. La décision d'adhérer à un HMO est toujours l'expression d'un choix du consommateur ; de plus, chaque HMO entre en concurrence avec d'autres et avec l'assurance maladie traditionnelle.

Depuis 1972, avec la publication du Health Maintenance Organization Act, les Pouvoirs publics américains ont favorisé l'extension de ces institutions en subventionnant leur développement. En conséquence de quoi, il existe, aux Etats-Unis, de nombreuses études d'évaluation, qui ont été réalisées aussi bien sur les performances de ces organismes que sur celles des politiques publiques menées en leur faveur.

Le professeur Alain ENTHOVEN (1) est le promoteur le plus convaincu d'un système d'assurance maladie encourageant les HMO. J'ai moi-même participé à adapter cette idée au contexte français (2). La meilleure évaluation des politiques publiques en faveur des HMO est celle du professeur Lawrence BROWN (3). Enfin, la synthèse des nombreuses évaluations des HMO a été réalisée par mon collègue, le professeur Harold LUFT (4).

Le but de cet article est de résumer brièvement, à partir du travail de Harold LUFT, l'état des recherches d'évaluation sur les HMO au début des années 80 (5).

-
- (1) Alain ENTHOVEN, *Health Plan : The Only Practical Solution to the Soaring of Medical Care* (Reading, Mass. : Addison-Wesley, 1980). Voir aussi son article en français, «L'Etat sans providence ?», *Prospective et Santé*, n° 24, Printemps 1984.
 - (2) Robert LAUNOIS, Béatrice MAJNONI D'INTIGNANO, Victor G. RODWIN et Jean-Claude STEPHAN, «Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.) : propositions pour une réforme profonde du système de santé», *Revue Française des Affaires Sociales* (1) Janvier-mars 1985. Voir aussi l'ouvrage de Pierre GIRAUD et Robert LAUNOIS, *Les réseaux de soins, médecine de Demain*, (Paris : Economica, 1985).
 - (3) Lawrence BROWN, *Politics and Health Care Organizations : HMO as federal Policy* (Washington, D.C. : The Brookings Institution, 1983).
 - (4) Harold LUFT, *Health Maintenance Organizations : Dimensions of Performance* (New York : John Wiley Sons, 1981).
 - (5) Je me suis inspiré d'un document ronéotypé de Harold LUFT (with the assistance of J. TRAUNER), *The Operations and Performance of Health Maintenance Organizations : A Synthesis of Findings from Health Services Research* (San Francisco : Institute for Health Policy Studies, 1326 Third Ave., Ca. 94143.91982). Depuis la réalisation de ce document, le professeur H. LUFT a rédigé un article synthétique en français : «Le système des Health Maintenance Organizations (HMO) aux Etats-Unis,» dans *Systèmes de santé, Pouvoirs Publics et Financeurs : Qui contrôle quoi ? Actes du colloque* (Paris : Commissariat Général au Plan, les 25, 26 mai 1985, Documentation Française, à paraître en 1986.)

Aspects conceptuels Le sigle HMO (Health Maintenance Organization) représente une diversité d'organisations, qui ont pour mission d'assurer leurs adhérents et de leur fournir des services médicaux (y compris l'hospitalisation). Ceux-ci adhèrent au HMO par le paiement d'une cotisation forfaitaire qui leur garantit l'accès à une gamme de services médicaux, comprenant souvent des services de dépistage et de médecine préventive.

C'est le Docteur Paul ELLWOOD, JR., qui a introduit, dans les années 1970, la notion d'HMO (systèmes de prise en charge reliés à des structures de soins intégrés) pour convaincre le Congrès américain que les « plans de santé à prépaiement » (1) pouvaient représenter une alternative sérieuse au système prédominant, la médecine libérale. La notion d'HMO était délibérément très large pour ne pas limiter l'utilisation de cette expression aux prototypes les plus connus : le plan de santé de KAISER - PERMANENTE et la Health Insurance Plan (HIP) de New York. Ces deux plans de santé avaient rencontré une violente opposition des associations de médecins ; mais ils ne représentaient qu'un système de prise en charge forfaitaire parmi d'autres. Pour améliorer la faisabilité politique de cette approche innovatrice d'organisation et de financement des soins médicaux, le Docteur ELLWOOD proposa l'expression d'HMO. Celle-ci a également permis de mettre en valeur les aspects positifs des services médicaux, à savoir le maintien de l'état de santé de la population.

Les conditions caractéristiques des HMO

Aux Etats-Unis, il existe de nombreuses formules d'HMO. Dans cette diversité, on peut distinguer cinq conditions caractéristiques :

- Un HMO assume *la responsabilité contractuelle* de fournir ou d'assurer l'accès à une gamme explicite de services et les cotisants d'un HMO ont le droit d'exiger le service des prestations qui leur sont nécessaires. Ceci se différencie de l'assurance maladie traditionnelle, où le payeur rembourse le montant des prestations fournies, mais n'a pas à trouver le prestataire de ces services.
- *La population adhérente à un HMO est bien définie* à tout moment. La demande de services peut donc être estimée en permanence. En médecine libérale, au contraire, le médecin conserve les dossiers médicaux de ses patients actifs, mais ne peut identifier, ni ceux qui ont déménagé, ni ceux qui sont décédés ou se sont adressés à d'autres médecins.

(1) L'idée des « plans de santé » n'est pas nouvelle. Elle se rattache aux mouvements mutualistes européens du XIX^{ème} siècle. Aux Etats-Unis, la première organisation privée d'assurance, qui conjointement, produisait les services médicaux, est la Société Française de Bienfaisance Mutuelle, fondée en 1851 à San Francisco.

-
- *La cotisation annuelle ou mensuelle à un HMO est due indépendamment du recours effectif aux services.* Par conséquent, les recettes des HMO ne sont pas proportionnelles aux services produits. Au contraire, lorsque la production de services est inférieure aux prévisions, les revenus nets du HMO vont s'accroître. Parfois, certains HMO imposent de petits tickets modérateurs ; ceux-ci ne représentent qu'un faible pourcentage du coût du service et permettent de réduire la cotisation et décourager la consommation excessive des services. Par rapport à la médecine libérale américaine, où les franchises et les tickets modérateurs sont souvent importants, les HMO offrent, en général, et dans la plupart des cas, sans ticket modérateur, une gamme de soins plus étendue (y compris, par exemple, des soins préventifs et dentaires).
 - L'inscription dans un HMO est *volontaire*. Les individus qui s'y inscrivent ont choisi le HMO par rapport à d'autres modalités d'assurance maladie offertes par leur employeur. Par conséquent, le HMO se trouve dans une situation de concurrence ; il est incité à produire des soins de qualité à des coûts compétitifs. Lorsqu'un employeur n'offre à ses employés qu'une seule modalité d'assurance, cette incitation est absente.
 - Un HMO assume au moins une partie du *risque financier* (des pertes ou des gains potentiels) qui résulte de la production des soins de santé. Par conséquent, un HMO, qu'il produise ou qu'il assure les services médicaux, est financièrement incité à réduire la consommation non justifiée de services et à substituer ces services moins onéreux (soins ambulatoires et soins à domicile) aux plus coûteux (hospitalisation). Dans l'assurance maladie traditionnelle, les incitations financières des producteurs de soins poussent, au contraire, à toujours plus de consommation, et, souvent, la consommation de services coûteux.

Par exemple, si un malade a besoin d'une petite intervention chirurgicale qui peut se faire, soit dans le cabinet d'un médecin, soit à l'hôpital, le montant du remboursement de l'acte médical sera, dans les deux cas, le plus souvent équivalent. Cependant, au cabinet du médecin, l'assurance maladie ne paiera que le prix de l'acte médical, alors qu'à l'hôpital, elle paiera en plus les frais d'hébergement. Ni le chirurgien, ni le patient ne seront incités financièrement à réduire le coût total et l'intervention chirurgicale aura vraisemblablement lieu à l'hôpital. Dans ce système traditionnel, le chirurgien ne partage pas le risque financier de la production de services médicaux et, par conséquent, n'est pas incité à rechercher des alternatives moins coûteuses. Dans ce cas, les coûts engagés à court terme sont payés par l'assurance maladie sans que le consommateur les ressente ; mais, à long terme, c'est ce dernier qui paiera des cotisations plus élevées.

Les divers modèles de HMO

Les cinq critères, ci-dessus, représentent un ensemble minimum de caractéristiques des HMO. Cependant, à l'intérieur de cet ensemble, existe une très grande diversité de HMO. Par exemple, le partage du risque financier entre l'Administration du Plan de Santé, les médecins eux-mêmes et les hôpitaux varie dans des proportions importantes. Les critères, ci-dessus, requièrent qu'une partie seulement du risque financier soit assumé par un de ces trois groupes.

D'autres caractéristiques permettent également de distinguer entre divers modèles de HMO. Par exemple :

- *La rémunération des médecins*
Les HMO peuvent choisir de payer les médecins sur la base d'un salaire, par capitation (selon le nombre d'adhérents pour lesquels ils assurent la prise en charge), ou à l'acte.
- *La structure de l'offre*
Les services d'un HMO peuvent s'organiser sur un ou plusieurs lieux.
- *La population adhérente*
Les HMO opérationnels ont de 3 000 à 1 000 000 d'adhérents. Dans certains cas, les adhérents représentent une population homogène, composée, par exemple, soit de personnels universitaires, soit de couches sociales défavorisées, comme les assurés du programme «Medicaid». Dans d'autres cas, les HMO cherchent à faire adhérer une population hétérogène qui reflète la composition socio-démographique de la région. Le fait qu'un HMO soigne une population définie sur la base d'un paiement forfaitaire, ne l'empêche pas de soigner, sur la base d'une tarification à l'acte, les non adhérents qui se présentent dans les services médicaux. Certains HMO ont, ainsi, une clientèle mixte (selon les modalités de paiement).
- *Le paiement forfaitaire de l'adhérent*
Le paiement forfaitaire de l'adhérent varie selon les HMO pour plusieurs raisons. Il dépend surtout de l'existence ou non des tickets modérateurs, de leur niveau, de la gamme des services offerts et du niveau de couverture garantie par le HMO.

Les trois principales catégories de HMO

Dans la loi fédérale de 1977 concernant les HMO, ils sont classés en trois catégories.

- *Staff Model*
Dans un «staff model», les médecins sont employés directement par le plan santé ou une organisation semblable.

– *Group model*

Dans un «group model», les médecins sont membres d'une association («partnership» ou «corporation») qui passe un contrat avec le HMO pour assurer les soins ambulatoires.

Ces deux premières catégories sont souvent rassemblées sous la rubrique «*prepaid group practices*» (PGP) (les groupes médicaux à paiement forfaitaire).

– *Individual Practice Associations (IPA)*

Dans un IPA, les médecins continuent à exercer dans leur propre cabinet sur la base du paiement à l'acte. Le modèle des IPA concerne surtout une association de médecins libéraux dont une partie de la clientèle est adhérente au HMO. Le montant du remboursement (à l'acte) et le taux de participation des médecins au risque financier sont fixés contractuellement entre les médecins et le HMO.

En général, et dans tous les HMO, si les médecins réussissent à maîtriser le volume de recours aux spécialistes et le nombre d'admissions dans les établissements hospitaliers, le HMO leur verse un bonus. A contrario, si les médecins n'atteignent pas les résultats prévisionnels, ils sont pénalisés. Ces mécanismes de gestion interne sont décrits dans la troisième note.

Performances

Les HMO coûtent-ils moins cher ?

Au cours des vingt dernières années, sept études américaines démontrent, sans ambiguïté, que les dépenses médicales des adhérents des «prepaid group practice» (PGP) sont de 10 à 40 % inférieures aux dépenses médicales totales (soit les cotisations, plus les dépenses directes du consommateur) des personnes couvertes par l'assurance maladie traditionnelle.

Comment les économies sont-elles réalisées ?

C'est surtout une moindre consommation de soins hospitaliers qui permet aux adhérents de HMO de réduire leurs dépenses médicales globales. Un très grand nombre d'études américaines, réalisées au cours des vingt-cinq dernières années, démontrent de façon convaincante que les adhérents de HMO, surtout membres d'un PGP, ont moins souvent recours à l'hôpital que ceux qui s'adressent aux médecins libéraux.

Les différences entre HMO et médecine libérale sont significatives en ce qui concerne la consommation de soins hospitaliers. Les taux d'admission à l'hôpital des adhérents aux PGP sont de 10 à 40 % inférieurs à ceux d'une population semblable couverte par l'assurance maladie traditionnelle. Les résultats pour les adhérents des IPA sont moins convaincants. Les adhérents des PGP consomment 30 % de moins de journées hospitalières ; les adhérents des IPA, 20 % de moins. Le principal facteur explicatif de cette réduction des dépenses de soins hospitaliers est le taux réduit des admissions à l'hôpital.

• *Les soins ambulatoires sont-ils substitués à des soins hospitaliers ?*

Pour expliquer les économies réalisées par les HMO, on peut faire l'hypothèse que certains soins ambulatoires se substituent à des soins hospitaliers plus coûteux. Bien que de telles substitutions semblent exister dans les HMO, il est peu probable que ceci explique entièrement que les dépenses totales de leurs adhérents soient inférieures. En ce qui concerne la médecine ambulatoire, il semble que les modalités d'organisation des soins (HMO ou médecine libérale) ne soient pas déterminantes par rapport au volume. Les différences de consommation des soins ambulatoires entre les HMO et la médecine libérale reflètent plutôt des différences de niveau de couverture. Lorsque pour les adhérents d'un HMO, l'accès aux soins ambulatoires est plus intéressant, la consommation de soins est plus élevée dans l'HMO. Lorsque les conditions d'accès entre l'HMO et la médecine libérale sont semblables, il n'y a pas de grandes différences. Dans certains cas, les adhérents d'un PGP ayant une couverture semblable à un groupe de bénéficiaires de l'assurance maladie consomment moins de soins ambulatoires.

• *Les HMO encouragent-ils l'efficience ?*

Puisque les HMO doivent soigner leurs adhérents dans le cadre d'un budget fixe, ils sont incités économiquement à encourager l'efficience, en recherchant le moyen de produire des services médicaux à moindre coût. L'efficience peut s'obtenir par plusieurs moyens : par la production moins onéreuse de services hospitaliers, ce qui se traduit par des coûts inférieurs à la journée ; par la centralisation des équipements et des services hautement spécialisés, afin d'éliminer les redondances ; par les économies d'échelle dans la production de services ambulatoires (groupes de médecins) et l'utilisation de personnel paramédical dans la production des services de routine à moindre coût. Cependant, dans les études d'évaluation des HMO, il n'a pas été prouvé de façon systématique et convaincante que les HMO soient plus efficaces que la médecine libérale dans la production des services médicaux. Les dépenses inférieures des adhérents de HMO semblent s'expliquer par des modalités différentes d'allocation et de distribution des services médicaux et non pas par l'efficience dans la production de ces services. Il semble qu'il soit plus facile pour les gestionnaires de HMO d'intervenir sur certains points cruciaux (par exemple, les critères d'admission à l'hôpital et les durées de séjour) plutôt qu'essayer d'influencer les nombreuses petites décisions concernant le bien fondé des actes, les analyses de laboratoires et l'utilisation optimale du personnel.

• *Les services préventifs permettent-ils de réduire le recours aux soins hospitaliers?*

En principe, puisque les HMO ont pour but de «maintenir» la santé de leurs adhérents, on pourrait s'attendre à ce que les services de médecine préventive soient très développés. De fait, la couverture des soins préventifs est presque générale dans les HMO à la différence de l'assurance maladie traditionnelle, où ces services sont, la plupart du temps, mal couverts. La majorité des études montre que la consommation de soins préventifs (e.q. les check ups) est plus élevée dans les HMO que dans la médecine libérale. Cependant, il n'est pas possible de démontrer, ni que le recours aux soins préventifs conduit à une amélioration du niveau de santé, ni que ces pratiques expliquent les niveaux inférieurs de consommation hospitalière et de coûts médicaux totaux pour les adhérents d'un HMO.

• *Les adhérents de HMO sont-ils en meilleure santé ?*

Une autre explication de la consommation inférieure de soins hospitaliers, par les adhérents d'un HMO, est que ceux-ci seraient en meilleure santé, ou, grâce à l'autosélection, auraient moins tendance à consommer que les assurés de l'assurance maladie traditionnelle. Par rapport aux indicateurs de santé, les études tendent à montrer qu'il n'y a pas de différence entre les adhérents d'un HMO et ceux de la médecine libérale. Concernant l'autosélection, ce phénomène ne semble pas expliquer les différences de consommation hospitalière et de coûts entre un HMO et la médecine libérale.

Est-on mieux soigné dans les HMO ?

Une des grandes controverses concernant la performance des HMO tourne autour de l'évaluation de la qualité des soins. Est-ce que les HMO réduisent leurs coûts en offrant à leurs adhérents des services insuffisants et de moindre qualité ? Un grand nombre d'études utilisant trois approches de la mesure de la qualité - les structures, les procédures et les résultats - nous montrent que la qualité des soins produits par les HMO est tout à fait comparable à celle des soins produits dans le secteur où les assurés paient à l'acte.

Les adhérents d'HMO sont-ils satisfaits ?

Outre les critères coût et qualité, la satisfaction des adhérents d'HMO est également importante, car elle déterminera, en grande partie, la croissance des HMO et leur succès. La satisfaction des consommateurs peut être évaluée selon deux critères :

-
- ce qu'ils pensent des soins qui leur sont donnés,
 - leur comportement par rapport à leur consommation de soins *hors HMO*, ou par rapport à leur taux de sortie de l'HMO (disenrollment).

En règle générale, par rapport à la médecine libérale, les adhérents des HMO sont *plus* satisfaits de leur couverture et des temps d'attente aux consultations. Par contre, ils sont moins satisfaits par les modalités de prise de rendez-vous, la continuité des soins, le transfert des informations et la qualité humaine des services. Les adhérents de HMO manifestent une certaine insatisfaction en ayant recours à des services hors HMO, mais c'est peu fréquent. Quant aux taux de sortie des HMO, ils sont en moyenne de l'ordre de 10 % et sont surtout liés à un changement d'emploi. Enfin, comme le nombre d'adhérents aux HMO continue à croître, on peut penser que ceux-ci s'y inscrivent parce qu'ils considèrent que c'est le meilleur choix du point de vue qualité, prix, couverture, etc.

Les médecins sont-ils satisfaits ?

Un autre critère d'évaluation des HMO est la satisfaction des médecins. La plupart des études montrent que les médecins des PGP gagnent moins, mais travaillent moins d'heures que leurs confrères du secteur libéral. Les médecins travaillant dans un PGP expriment, néanmoins, une certaine insatisfaction puisqu'ils consacrent moins de temps à leurs malades. Cependant, ils ne considèrent, ni qu'ils manquent d'autonomie, ni que la qualité de leur pratique médicale est compromise. Excepté dans certains IPA, l'insatisfaction des praticiens n'a pas posé de problème, qu'il s'agisse du recrutement ou de la poursuite du travail des médecins dans l'HMO.

Conclusions

Evaluation sociale des HMO

Le bilan de la performance des HMO a été présenté, ci-dessus, surtout du point de vue de l'adhérent. Il reste, cependant, une série d'autres questions qu'il faudrait analyser du point de vue de la société américaine. Environ 7 % de la population américaine est inscrite dans les HMO. L'intérêt que portent les milieux d'affaires et les hommes politiques aux HMO vient de ce que ces institutions peuvent être un instrument de la politique de santé. Par exemple, la généralisation des HMO peut-elle permettre de réduire le taux de croissance des dépenses de santé ? Est-ce que les HMO peuvent améliorer l'accès aux soins des couches défavorisées ? Est-ce que l'extension des HMO créerait une situation de concurrence telle que les coûts médicaux des autres producteurs de soins diminueraient ?

-
- *Les HMO peuvent-ils permettre de réduire le taux de croissance des dépenses de santé ?*

Les études entreprises indiquent que les HMO n'ont pas pu réduire le taux de croissance des dépenses médicales de leurs adhérents. Depuis les années soixante, les dépenses totales pour les adhérents d'HMO ont crû à un taux très légèrement inférieur à celui des dépenses couvertes par l'assurance maladie traditionnelle. Cependant, les comparaisons entre HMO et systèmes d'assurance maladie traditionnelle ont montré que, systématiquement, la consommation des soins et les coûts sont plus bas que dans les HMO. Ces écarts se maintiennent depuis vingt ans. Cela n'empêche pas que les facteurs qui déterminent l'évolution des coûts médicaux, tels que l'inflation et l'innovation technique, ne soient pas contrôlés par les HMO.

- *Les HMO apportent-ils une solution aux problèmes de santé des pauvres, des personnes âgées et des populations rurales ?*

Leurs partisans proposent souvent les HMO, non seulement comme moyen de contrôler les coûts, mais aussi de distribuer des soins médicaux dans les zones sous-médicalisées. En effet, certains HMO ont fait la preuve qu'ils pouvaient produire des soins de qualité et améliorer l'accès aux soins, tout en contrôlant leurs coûts. D'autres ont été accusés de négliger la qualité et d'écramer le marché.

Il semble qu'il y ait une place potentielle pour les HMO dans les politiques de santé. Cependant, il est évident qu'elles devraient être conçues de façon à ce que, à la fois, les HMO et leurs adhérents potentiels y soient incités. La réglementation actuelle aux Etats-Unis est responsable, en partie, du rôle limité que jouent les HMO par rapport aux couches sociales défavorisées (par exemple, la population «Medicaid»).

- *La croissance des HMO a-t-elle introduit une situation de concurrence qui incite à diminuer les coûts médicaux ?*

Un des rôles potentiels des HMO est de promouvoir une certaine concurrence au sein du système de santé. Les HMO peuvent inciter les assurances et les producteurs de soins traditionnels à restructurer et à modifier les systèmes de couverture et de tarification. Malheureusement, peu d'études ont porté sur cette question. Bien qu'il y ait de nombreux rapports sur l'émergence d'une situation de concurrence dans le Minnesota et en Californie, l'analyse de l'impact de cette concurrence n'est que très partielle.

L'influence des facteurs internes et externes sur la performance des HMO

Il faut distinguer deux autres facteurs qui influencent la performance des HMO :

- Les facteurs d'organisation interne, tels que le patronage (sponsorship), les incitations financières et l'encadrement professionnel.
- Les facteurs externes, c'est-à-dire l'environnement dans lequel s'insère l'HMO: le contexte juridique et réglementaire, la nature du marché local des soins médicaux et des facteurs, tels que l'acceptation des HMO par les milieux médicaux.

- *Les facteurs d'organisation interne*

Le patronage, les buts opérationnels, les attitudes du staff professionnel et l'engagement sur le principe d'un HMO sont tous des facteurs importants pour le succès final ou l'échec d'un HMO. Le développement d'une stratégie bien affichée de marketing, acceptée à la fois par les gestionnaires et par les professionnels médicaux, est un autre facteur important. Un plan santé trop bien vendu peut mener à des attentes illusoires de la part des adhérents, qui peuvent, par la suite, aller à l'encontre de l'utilisation efficiente des ressources d'un HMO. Par contre, ni le rôle des consommateurs au sein de l'organisation, ni le statut (à but lucratif ou non) du HMO, ne semblent avoir d'effet sur leur performance.

Le succès des HMO semble alors dépendre de deux facteurs principaux : la mise en place de contrôles administratifs et médicaux sur l'utilisation des services, et le recrutement d'un corps médical sensible dans sa pratique aux économies potentielles. Des HMO qui embauchent trop de spécialistes et un nombre insuffisant de généralistes se trouvent «at a competitive disadvantage». Enfin, comme dans les petites entreprises, une compétence gestionnaire insuffisante est souvent, pour un HMO, une raison d'échec.

Les relations financières d'un HMO avec ses médecins constituent un élément important de sa performance. Dans les PGP, les médecins sont rémunérés sur la base d'un salaire avec des boni mensuels, selon leurs ancienneté, mérite et productivité. Par contre, les IPA rémunèrent leurs médecins à l'acte, conservant les incitations existantes en médecine libérale. Enfin, les accords sur le partage des risques financiers (gains et pertes) ont également une influence sur le comportement des médecins, et par conséquent, la consommation des usagers et les dépenses par tête d'adhérent.

Les HMO qui contrôlent leurs hôpitaux cherchent à faire des économies sur le recours aux spécialistes, à éviter les équipements et les personnels redondants, à contrôler leurs admissions, leurs sorties et à faire le meilleur usage possible de leurs lits.

Cependant, pour assurer un taux d'occupation élevé d'un hôpital de taille moyenne, il faut, dans une zone d'une certaine densité, inscrire une grande partie de la population. Une autre option pour les HMO consiste à passer des contrats avec plusieurs hôpitaux. Lorsque les HMO négocient des abattements de prix de journée avec des hôpitaux, ils entrent directement en concurrence avec les assurances privées, telles que la Blue Cross. Dans un environnement où plusieurs hôpitaux ont des taux d'occupation relativement bas, les HMO arrivent alors à négocier des tarifs préférentiels.

• *Les facteurs externes : l'environnement des HMO*

Depuis les premiers HMO, les associations de médecins ont souvent résisté à leur développement. Certaines d'entre elles ont organisé des IPA pour éviter que leurs membres ne s'inscrivent dans les PGP.

- La réglementation

Tant au niveau fédéral qu'au niveau de chaque Etat, il existe de nombreuses lois qui réglementent l'organisation interne des HMO et les situations de concurrence avec l'assurance maladie traditionnelle. Certains Etats imposent ainsi une réglementation plus sévère pour les HMO que pour les assureurs traditionnels. Par contre, sept Etats exigent que tout employeur donne le choix à ses employés de s'inscrire dans un HMO lorsqu'il en existe. Enfin, pour recevoir l'agrément du gouvernement fédéral, les HMO sont obligés de garantir l'accès à toute une gamme de services. Ceci peut parfois les empêcher de fixer des cotisations plus concurrentielles qui attireraient des groupes d'employés jeunes à petit risque.

- Les employeurs, les syndicats et les consommateurs

Dans certaines régions, les employeurs et les syndicats résistent à l'idée d'offrir un choix aux employés. Certains employeurs sont sceptiques à l'idée que les HMO puissent réaliser des économies ; d'autres mettent en doute la qualité des soins dans les HMO, ou ils renoncent aux coûts administratifs qu'implique un nouveau système donnant aux employés le choix entre modalités d'assurance maladie. La loi fédérale sur les HMO oblige les employeurs à offrir une option HMO lorsqu'elle existe ; cependant, jusqu'à ce que l'idée soit bien acceptée par les employeurs, les prévisions d'inscriptions seront sans doute surestimées. Certains employeurs ont encouragé le développement des HMO, y compris en patronant de nouveaux HMO. Enfin, le niveau des cotisations patronales peut avoir un impact important sur le niveau d'inscription.

Quant au rôle des syndicats, il varie énormément. Certains syndicats ont beaucoup encouragé le développement des HMO, tandis que d'autres ont aidé à ralentir leur croissance.

En ce qui concerne le rôle des consommateurs, la croissance des inscriptions aux HMO dépend, d'une part, de leurs caractéristiques (revenus, catégorie socio-professionnelle, âge, taille des ménages, perception de leur état de santé), d'autre part, de leurs comportements antérieurs de consommation médicale. Ces facteurs influencent les niveaux d'inscription dans un HMO et expliquent, en partie, des différences d'implantation des HMO entre régions aux Etats-Unis.

Post Scriptum

Depuis la réalisation de ce document, le rythme de croissance des HMO s'est accéléré. Les hôpitaux sont actuellement en situation de procéder à l'intégration verticale de leurs activités, c'est-à-dire d'établir la continuité des prestations en amont et en aval de l'hospitalisation (1). Beaucoup d'hôpitaux et de chaînes d'hôpitaux prennent alors l'initiative de créer eux-mêmes des HMO (2). Etant donné ces développements et les changements survenus dans l'ensemble du secteur de la santé, il faut être prudent dans l'interprétation des recherches d'évaluation rapportées ci-dessus.

(1) Voir mon article, «Secteur public et secteur privé dans le domaine de la santé aux Etats-Unis : une distinction trompeuse», dans ce numéro de la revue.

(2) L. ESCHWEGE et V. RODWIN, *Hospital-Initiated HMOs : A Preliminary Report* (Paris : Assistance Publique, Direction du Plan, décembre 1985, document de travail).

ANNEXE 1

DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DES ADHÉRENTS D'HMO - 1980 -

REGION	NOMBRE D'ADHERENTS	POURCENTAGE D'ADHERENTS DANS LES HMO	POURCENTAGE DE LA POPULATION ADHE- RENTE DANS UN HMO EN 1980
<i>Northeast</i>	<i>1 542 310</i>	<i>16,99</i>	<i>3,14</i>
New England	293 459	3,23	2,38
Mid Atlantic	1 248 851	13,76	3,40
<i>Northcentral</i>	<i>1 653 063</i>	<i>18,21</i>	<i>2,81</i>
East North Central	1 110 632	12,23	2,61
West North Central	542 431	5,98	3,16
<i>South</i>	<i>623 684</i>	<i>6,87</i>	<i>0,83</i>
South Atlantic	474 141	5,22	1,28
East South Central	34 994	0,39	0,24
West South Central	114 549	1,26	0,48
<i>West</i>	<i>5 258 876</i>	<i>67,93</i>	<i>12,18</i>
Mountain	419 551	4,62	3,69
Pacific	4 839 325	53,31	15,22
TOTAL UNITED STATES	9 077 933	100,00	

Sources : *Office of Health Maintenance Organizations. National HMO Census of Prepaid Plans, 1980. USDHHS, PHS, Division of Program Promotion. DHHS Publication (PHS) 80-50159.*

U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, 1980 Census Population and Housing, Advance Reports for individual states ; otherwise Preliminary Reports.

ANNEXE 2

LA CROISSANCE DES ADHERENTS D'HMO - 1980

ANNEE	NOMBRE D'HMO	TAUX DE CROISSANCE	NOMBRE D'ADHERENTS*	TAUX DE CROISSANCE
Juin 1974	142	-	5,3	-
Juin 1975	178	18,3 %	5,7	7,5 %
Juin 1976	175	1,6 %	6,0	5,2 %
Juin 1977	165	5,7 %	6,3	5,0 %
Juin 1978	198	20,0 %	7,3	15,8 %
Juin 1979	215	8,6 %	8,2	12,3 %
Juin 1980	236	9,8 %	9,1	10,9 %
Juin 1981	243	-	10,3	-
Juin 1982	265	9,1 %	10,8	5,5 %
Juin 1983	280	5,7 %	12,5	15,3 %
Juin 1984	305	9,0 %	15,1	21,1 %
Juin 1985	393	28,9 %	18,9	24,9 %

(* : en millions)

Source : HMO Enrollment Census, Minneapolis : Interstudy.

GLOSSAIRE

PLAN SANTE DE KAISER-PERMANENTE (KP)

C'est le plus grand HMO des Etats-Unis. Organisme à but non lucratif, il assure 4,4 millions d'adhérents. A l'origine, cet HMO a été fondé par l'industriel californien Henry KAISER, pour assurer ses ouvriers. Depuis 1945, le KP a ouvert ses portes au public.

Actuellement, le KP est géré au niveau de chacune de ses six principales régions. A l'intérieur de chaque région, il se divise en quatre organismes administratifs :

- Le Plan Santé de la Fondation Kaiser

Il s'agit d'un organisme administratif qui s'occupe des questions administratives et financières de la KP

- Le Permanente Medical Group

Cet organisme indépendant est responsable de tous les services médicaux et paramédicaux, tant à domicile que dans les cabinets médicaux et à l'hôpital.

- Les Hôpitaux de la Fondation Kaiser

Cette corporation à but non lucratif gère plus de vingt cinq hôpitaux dans cinq ou six régions.

- Les Services Permanents

Il s'agit d'un organisme à but lucratif chargé de fournir des services administratifs et financiers.

HEALTH INSURANCE PLAN DE NEW YORK (HIP)

C'est le plus grand HMO dans l'Etat de New York, avec environ 750 000 adhérents et leurs ayants-droits. Les adhérents s'assurent séparément pour l'hospitalisation et s'inscrivent dans un des quarante groupes médicaux affiliés au HIP. Ceux-ci passent des contrats avec l'HIP pour fournir tous les soins ambulatoires aux adhérents. L'HIP rembourse les groupes médicaux sur la base d'un paiement par capitation.

BIBLIOGRAPHIE *

Abrams, Herbert L. «The Overutilization of X-Rays,» New England Journal of Medicine, 300 : 21 (May 24, 1979).

Acton, Jan Paul. «Demand for Health Care Among the Urban Poor, with Special Emphasis on the Role of Time,» in Richard N. Rosett, (ed.), The Role of Health Insurance in the Health Services Sector, New York : National Bureau of Economic Research, 1976.

Acton, Jan Paul, «Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services : Some Empirical Evidence,» Journal of Political Economy, 83 : 3 (June 1975), 595-614.

Aldrich, Susan and Shearer, William. «HMO Income Distribution in Fee for Service Medical Groups : Survey Results and Implications.» Presentation at National Health Lawyers Meeting : HMOs : New Perspectives, New Dimensions, Los Angeles, August 24-26, 1980.

American Association of Foundations for Medical Care. CompreCare : A Case Study of an IPA in Denver, Colorado. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Health Maintenance Organizations, Publication No. (PHS) 80-50130.

American Association of Foundations for Medical Care. Physicians Association of Clackamas County : A Case Study of an IPA in Gladstone, Oregon. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Health Maintenance Organizations, Publication No. (PHS) 80-50132.

American Medical Association. Report of the Commission on Medical Care Plans. Parts I and II. Chicago : American Medical Association, 1959.

American Medical Association, Council on Medical Service. Study of Health Maintenance Organizations, 1980.

American Medical News. «Lack of Good Managers Called Biggest Problem Facing HMO Industry.» American Medical News, June 13, 1980, p. 8.

American Medical News. «Are Physicians Overworked ?» American Medical News Impact, (August 23, 1976).

Anderson, Odin W. and Sheatsley, Paul B. Comprehensive Medical Insurance : A Study of Costs, Use, and Attitudes Under Two Plans, Health Insurance Foundation : Research Series No. 9, 1959.

* Cette bibliographie est celle de H. LUFT (with the assistance of J. TRAUNER), op. cit. 1982. Depuis cette date le nombre de publications sur les HMO a presque doublé. L'une des plus importantes et des plus récentes est : MANNING, W.G., LIEBOWITZ, A., GOLDBERG, G.A. et al., «A Controlled Trial of The Effect of A Prepaid Group Practice on Use of Services,» New England Journal of Medicine (310) 23, June 7, 1984.

Anonymous. «Health Insurance Plan of New York and Its Affiliated Medical Groups,» Urban Health, Vol. 8, No. 4, May 1979, 18-37.

Arrow, Kenneth J. «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care,» American Economic Review, 53 : 5 (December 1963), 941-973.

Ashcraft, Marie, et al. «Expectations and Experience of HMO Enrollees After One Year : An Analysis of Satisfaction, Utilization and Costs,» Medical Care, 16 : 1 (January 1978), 14-32.

Aspen Systems Corporation. Digest of State Laws Affecting the Prepayment of Medical Care, Group Practice and HMOs. Germantown, MD : Aspen Systems Corporation, September 1980.

Bacon, Donald C. «Medicaid Abuse : Even Worse Than Feared, : US News and World Report (June 4, 1979).

Bahn, Robert. «Where Doctors Stand on Prepaid Group Medicine,» Hospital Physician (November 1970), 66-67, 122.

Bailar, John C. «Mannography : A Contrary View,» Annals of Internal Medicine, 84 : 1 (January 1976), 77-84.

Bailey, Richard M. «Economics of Scale in Medical Practice,» in Herbert Klarman, (ed.), Empirical Studies in Health Economics, Baltimore : John Hopkins Press, 1970, pp. 255-273, 274-277.

Bailey, Richard M. Medical Care in Hawaii : 1970, Berkeley : University of California, Institute of Business and Economic Research, February 1971.

Barr, Judith K. and Steinberg, Marcia K. «Organizational Structure and the Professions in an Alternative Health Care System : Physicians in Health Maintenance Organizations.» Paper presented at Annual Meeting of the Society for the Study of Social Problems, Boston, August 24-27, 1979.

Bashshur, Rashid L. and Metzner, Charles A. «Patterns of Social Differentiation Between Community Health Association and Blue Cross-Blue Shield,» Inquiry, 4 (1967), 23-44.

Bashshur, Rashid L. Metzner, Charles A. and Worden, C. «Consumer Satisfaction with Group Practice - The CHA Case,» American Journal of Public Health, 57 : 11 (November 1967), 1991-1994.

Becker, Marshall H., Drachman, Robert H. and Kirscht, John P. «A Field Experiment to Evaluate Various Outcomes of Continuity of Physician Care,» American Journal of Public Health, 64 : 11 (November 1974), 1062-1070.

Berki, Sylvester E and Ashcraft, Marie L. «HMO Enrollment : Who Joins What and Why : A Review of the Literature,» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 58 : 4 (Fall 1980), 588-632.

Berki, Sylvester E., et al. «Enrollment Choices in Different Types of HMOs : A Multivariate Analysis,» Medical Care, 16 : 8 (August 1978), 682-697.

Berki, Sylvester E., et al. Enrollment Choice in a Multi-HMO Setting The Roles of Health Risk, Financial Vulnerability, and Access to Care, Medical Care, 15 : 2 (February 1977), 95-114.

Berki, Sylvester E., et al. «Health Concern, HMO Enrollment, and Preventive Care Use,» Journal of Community Health, 3 : 1 (Fall 1977), 3-31.

Bice, Thomas W. «Risk Vulnerability and Enrollment in a Prepaid Group Practice,» Medical Care, 13 : 8 (August 1975), 698-703.

Birnbaum, Roger W. «The Harvard Community Health Plan : To Provide Broad Access to Quality, Comprehensive Health Care,» Public Welfare, 29 : 1 (January 1971), 42-46.

Blumberg, Mark S. «Health Status and Health Care Use by Type of Private Health Care Coverage,» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 58 : 4 (Fall 1980), 633-655.

Bosch, Samuel J., et al. «A Proposed Network to Improve Access to High-Quality Health Care for Medicaid-Eligible Families,» Journal of Community Health, 4 : 4 (Summer 1979), 302-311.

Boxrud, R.L. «West River HMO,» Medical Group Management, 26 : 6 (November/December 1979), 58-60.

Breo, Dennis. «HMO Skirmish Heats Up in Rochester, N.Y. - and the Doctors' Plan May Be First Casualty,» American Medical News, 18 : 11 (October 27, 1975). Reprinted in Medical Care Review, 33 : 1 (January 1976), 27-32.

Breo, Dennis. «Once a Model IPA, ChoiceCare is Dead,» American Medical News (February 1, 1980), pp. 1, 11-12.

Breslow, Lester. «Do HMOs Provide Health Maintenance ?», Paper presented to Delta Omega, San Francisco, November 7, 1973.

Breslow, Lester and Hochstim, Joseph R. «Sociocultural Aspects of Cervical Cyaology in Alameda County, California,» Public Health Reports, 79 : 2 (February 1964), 107-112.

Brook, Robert H. «Critical Issues in the Assessment of Quality of Care and Care and Their Relationship to HMO's,» Journal of Medical Education, 48 : 4 (April 1973), Part 2, 114-134.

Burkett, Gary L., et al. «A Comparative Study of Physicians' and Nurses' Conceptions of the Role of the Nurse Practitioner,» American Journal of Public Health, 68 : 11 (November 1978), 1090-1096.

Burney, Ira L., et al. «Geographic Variation in Physicians' Fees : Payments to Physicians Under Medicare and Medicaid,» Journal of the American Medical Association, 240 : 13 (September 22, 1978), 1368-1371.

Brown, Edwin C. «The Roots of RIGHA : A Personal History of the Rhode Island Group Health Association».

California Department of Health. «Prepaid Health Plans : The California Experience,» in U.S. Senate, Committee on Government Operations, Permanent Subcommittee on Investigations, Prepaid Health Plans, Hearings, March 13-14, 1975, 94th Congress, 1st Session, Washington, D.C., USGPO, 1975.

Carnoy, Judith, and Koo, Linda. «Kaiser-Permanente : A Model American Health Maintenance Organization,» International Journal of Health Services, 4 : 4 (1974).

Carter, Katherine K. and Allison, Thaine H., Jr. A Comparison of Utilization and Costs in Kaiser and Non-Kaiser Hospitals in California. California Health Facilities Commission Research Report 78-2, November 1978.

Cattani, J.A., et al. Potential Impact of the Health Maintenance Organization Act of 1973 on the Development of Rural HMOs. McLean, VA : General Research Corp., 1975.

Cauffman, Joy G., Roemer, Milton I., and Shultz, Carl S. «The Impact of Health Insurance Coverage on Health Care of School Children,» Public Health Reports, 82 : 4 (April 1967), 323-328.

Chamberlain, Jocelyn. «Screening for the Early Detection of Diseases in Great Britain,» Preventive Medicine, 4 (1975), 268.

Chamberlain, Jocelyn. «Selected Data on Group Practice Prepayment Plan Services,» Group Health and Welfare News, Special Supplement, (June 1967).

Chambers, Mark and Russell, Richard. «Two Hospitals Consolidate Services to Save \$375,000 Annually,» Forum, 2 : 3 (1978), 14-15.

Chavkin, David F. and Treseder, Anne. «California's Prepaid Health Plan Program : Can the Patient Be Saved ?», Hastings Law Journal, 28 (January 1977), 685-760.

Christianson, Jon B. and McClure, Walter. «Competition in the Delivery of Medical Care,» New England Journal of Medicine, 301 : 812-818, 1979.

Chiswick, Barry R. «Hospital Utilization : An Analysis of SMSA Differences in Occupancy Rates, Admission Rates and Bed Rates,» Explorations in Economic Research, 3 : 3 (Summer 1976), 326-78.

Cohen, Harold. Testimony in Technology and the Cost of Health Care, Hearings before the U.S. House, Committee on Science and Technology, September 26, 27, October 6, 1978. Washington, D.C. : USGPO, 1978, pp. 121-150.

Cohn, Victor. «Doctors in GHA Want Own Firm,» Washington Post, 99 (March 17, 1976). Reprinted in Medical Care Review, 33 : 4 (April 1976), 406-07.

Collen, Morris F., et al. «Multiphase Checkup Evaluation Study. 4. Preliminary Cost Benefit Analysis for Middle-Aged Men,» Preventive Medicine 2 : 2 (June 1973), 236-246.

Coltin, Kathy, Neisuler, Ross and Lurie, Robert S. Utilization of Preventive Services by Poor, Near-Poor, and Non-Poor Members of an HMO. Presented at American Public Health Association 106th Annual Meeting, October 16, 1978.

Columbia University School of Public Health and Administrative Medicine. Prepayment for Medical and Dental Care in New York State, New York : Commissioner of Health and the Superintendent of Insurance, 1962.

Columbia University School of Public Health and Administrative Medicine. Family Medical Care Under Three Types of Health Insurance. New York : Foundation on Employee Health, Medical Care and Welfare, Inc., 1962.

Columbia University School of Public Health and Administrative Medicine. Prepayment for Medical and Dental Care in New York State, New York : Commissioner of Health and the Superintendent of Insurance, 1962.

Committee for the Special Research Project in the Health Insurance Plan of Greater New York. Health and Medical Care in New York City, Cambridge : Harvard University Press, 1957.

Condie, Spencer and Lyon, J. Lynn. «Private and HMO Patient Reactions Toward Limited Access of Physicians,» Paper presented at Pacific Sociological Association meeting, Victoria, B.C., April 1975.

Committee on the Costs of Medical Care. Medical Care for the American People : The Final Report of the Committee on the Costs of Medical Care. (Chicago : University of Chicago Press, 1932).

Cook, T.D. and Gruder, C.L. Metaevaluation Research. Evaluation Quarterly 2(1) : 5-52, 1978.

Cook, Wallace H. «Profile of the Permanente Physician,» in Ann R. Somers (ed), The Kaiser-Permanente Medical Care Program : A Symposium, New York : Commonwealth Fund, 1971.

Cooper, Barbara S. ; Worthington, Nancy L. ; and Piro, Paula A. Personal Health Care Expenditures by State, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1975, DHEW Pub. No. (SSA) 75-11906.

Corbin, Mildred, and Krute, Aaron. «Some Aspects of Medicare Experience with Group Practice Prepayment Plans.» Social Security Bulletin 38 : 3 (March 1975), 3-11.

Cunningham, Frances C. and Williamson, John W. «How Does the Quality of Health Care in HMOs Compare to that in Other Settings ? - An Analytic Literature Review : 1958 to 1979.» Group Health Journal, 1 : 1 (Winter 1980), pps 4-25.

Davis, Karen and Schoen, Cathy. Health and the War on Poverty : A Ten-Year Appraisal. Washington : The Brookings Institute, 1978.

Darsky, Benjamin J., Sinai, Nathan and Axelrod, Solomon J. Comprehensive Medical Services Under Voluntary Health Insurance : A Study of Windsor Medical Services, Cambridge : Harvard University Press, 1958.

DeFriese, Gordon H. «On Paying the Fiddler to Change the Tune : Further Evidence from Ontario Regarding the Impact of Universal Health Insurance on the Organization and Patterns of Medical Practice,» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 53 : 2 (Spring 1975), 117-148.

Diehr, P.K., et al. The Seattle Prepaid Health Care Project : Comparison of Health Services Delivery. «Chapter II Utilization : Ambulatory and Hospital,» National Center for Health Services Research, HRA, DHEW, November 1976.

Di Paolo, Vince. «Bills are Lower in Contracted Units,» Modern Healthcare, 8 : 11 (January 1978), 13-14.

Donabedian, Avedis. «Evaluating the Quality of Medical Care,» Milbank Memorial Fund Quarterly, 44 : 3 (July 1966), Part 2, 166-203.

Donabedian, Avedis. Needed Research in the Assessment and Monitoring of the Quality of Medical Care, Hyattsville, MD : NCHSR, July 1978. DHEW Pub. No (PHS) 78-3219.

Donabedian, Avedis. «The Quality of Medical Care,» Science, 200 (May 26, 1978), 856-858.

Dorsey, Joseph L., (ed). How a Group Practice Maintains Its Own Health Utilization and Physician Productivity, Proceedings of the Medical Directors Educational Conference, Volume 1, No.1, Medical Directors Division, Group Health Association of American, Inc. Held as an Advance Joint Session of the Group Health Institute, Denver, Colorado, June 13, 1976.

Dozier, Dave, et al. Final Report on the Survey of Consumer Experience Under the State of California's Employees' Hospital and Medical Care Act, Sacramento: State of California, 1968.

Dozier, Dave, et al. 1970-71 Survey of Consumer Experience Report of the State of California Employees' Medical and Hospital Care Program Prepared Under the Policy Direction of the Medical Advisory Council to the Board of Administration of the Public Employees' Retirement System, Sacramento, CA : State of California, 1973.

Dozier, Dave, et al. Report of the Medical and Hospital Advisory Council to the Board of Administration of the California State Employees' Retirement System, Sacramento, June 1964.

Durenberger, David. Health Incentives Reform Act of 1979, Senate Bill 1485, 96th Congress, First Session, July 12, 1979.

Dutton, Diana B. and Silber, Ralph S. «Children's Health Outcomes in Six Different Ambulatory Care Delivery Systems,» Medical Care, 18 : 7 (July 1980), 693-714.

Dutton, Diana B. A Causal Model of the Use of Health Services : The Role of the Delivery Systems, Unpublished doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology, February 1976.

Dutton, Diana B. Patterns of Ambulatory Use in Five Health Care Delivery Systems, Health Services Research, Discussion paper, Stanford University, 1976.

Dyckman, Zachary Y. A Study of Physicians' Fees, Staff Report prepared by the Council on Wage and Price Stability, Washington, D.C. : USGPO, 1978.

Egdahl, Richard H., Taft, Cynthia H. and Linde, Kenneth J. Method of Physician Payment and Hospital Length of Stay, New England Journal of Medicine, 296 : 6 (February 10, 1977), 339-340.

Egdahl, Richard H., et al. «The Potential of Organizations of Fee-for-Service Physicians for Achieving Significant Decreases in Hospitalization,» Annals of Surgery, 186 : 3 (September 1977), 388-399.

Egger, Ross L. «The 5 Doctors Who Made Me Leave Group Practice,» Medical Economics, 54 : 5 (March 7, 1977), 231-236.

Eggers, Paul. «Risk Differential Between Medicare Beneficiaries Enrolled and Not Enrolled in an HMO,» Health Care Financing Review, 1 : 3 (Winter 1980), 91-99.

Eisenberg, John, et al. «Patterns of Pediatric Practice by the Same Physicians in a Prepaid and Fee-For-Service Setting,» Clinical Pediatrics, 13 : 4 (April 1974), 352-359.

Ellwein, Linda and Kligman, Lenore. An Overview of Group Practice HMOs : Survey Results, March 1979, Excelsior, Minnesota : InterStudy, September 1979.

Ellwood, Paul M., et al. «Health Maintenance Organizations : Concept and Strategy,» Hospitals, 45 (March 16, 1971), 53.

Employee Benefit Plan Review. «Offering an HMO If You Have 144 Health Plans, 250 Payroll Systems, and 21 Businesses.» Employee Benefit Plan Review, Volume 34, August 1979.

Emmrich, Stuart. «Borden's Stance Challenges HMO Law,» Business Insurance (April 28, 1980), pp. 14, 36.

Engel, Gloria. «The Effect of Bureaucracy on the Professional Autonomy of the Physician.» Journal of Health and Social Behavior, 10 : 1 (March 1969), 30-41.

Enthoven, Alain C. «Consumer-Choice Health Plan,» New England Journal of Medicine, 298 : 12-13 (March 23 and March 30, 1978), 650-658 and 709-720.

Falk, I.S. ; Rorem, C. Rufus ; and Ring, Martha D. The Costs of Medical Care : A Summary of Investigations on The Economic Aspects of the Prevention and Care of Illness. Chicago : University of Chicago Press, 1933.

Falkson, Joseph L. HMOs and the Politics of Health System Reform. Chicago : American Hospital Association, 1980.

Federa, R. Danielle. Cost Consciousness and Ancillary Diagnostic Test Utilization : Evaluation of an Educational Program in an HMO Setting, Boston : Ernst and Ernst, 1978.

Federal Trade Commission. Bureau of Competition, Staff Report, Medical Participation in Control of Blue Shield and Certain Other Open-Panel Medical Prepayment Plans, Washington, D.C., 1979.

Fein, Rashi. The Doctor Shortage : An Economic Diagnosis, Washington : Brookings Institute, 1967.

Feldstein, Martin S. and Allison, Elizabeth. «Tax Subsidies of Private Health Insurance : Distribution, Revenue Loss and Effects,» Cambridge : Harvard Center for Community Health, Health Care Policy Discussion Paper Series #2, October 1972.

Finger Lakes Health Systems Agency. Health Maintenance Organizations in Rochester, New York : History, Current Performance, and Future Prospects. Finger Lakes Health Systems Agency, Task Force on Prepaid Health Care, January 1980.

Fisher, Charles R. «Differences by Age Groups in Health Care Spending,» Health Care Financing Review, 1 : 4 (Spring 1980), 65-90.

Foltz, Anne-Marie and Kelsey, Jennifer L. «The Annual Pap Test : A Dubious Policy Success,» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 56 : 4 (1978) 426-462.

Fortune. «How Major Industrial Corporations View Employee Benefit Programs,» New York : Time, Inc., 1975.

Fottler, Myron D., Gibson, Geoffrey and Pinchoff, Diane M. «Physician Attitudes Toward the Nurse Practitioner,» Journal of Health and Social Behavior, 19 (September 1978), 303-311.

Fox, Renee C. «Is There a 'New' Medical Student ?» in Lawrence R. Tancredi, (ed.), Ethics of Health Care, Washington, D.C. : National Academy of Sciences, 1974, 197-220.

Francis, V., Korsch, B.M. and Morris, M.J. «Gaps in Doctor-Patient Communication : Patient's Response to Medical Advice,» New England Journal of Medicine, 280 : 10 (March 6, 1969), 535-540.

Franklin, B. and McLemore, S. «Attitudes Toward and Reported Utilization of a Student Health Center,» Journal of the American College Health Association, 19 (October 1970), 54-59.

Franklin, B. and McLemore, S. «Factors Affecting the Choice of Medical Care Among University Students,» Journal of Health and Social Behavior, 11 (December 1970), 311-319.

Freeborn, Donald K., et al. «Determinants of Medical Care Utilization : Physicians' use of Laboratory Services,» American Journal of Public Health, 62 : 6 (June 1972), 846-853.

Freidson, Eliot. Doctoring Together : A Study of Professional Social Control, New York : Elsevier, 1975.

Freidson, Eliot. «Prepaid Group Practice and the New Demanding Patient,» Milbank Memorial Fund Quarterly, 51 : 4 (Fall 1973), 473-488.

Freidson, Eliot. «Patients' Views of Medical Practice : A Study of Subscribers to a Prepaid Medical Plan in the Bronx, New York : Russell Sage Foundation, 1961.

Freidson, Eliot. «Client Control and Medical Practice,» American Journal of Sociology, 65 : 4 (January 1960), 374-382.

Freidson, Eliot and Mann, John H. «Organizational Dimensions of Large Scale Medical Practice,» American Journal of Public Health, 61 : 4 (April 1971), 786-795.

Fuller, Norman ; Patera, Margaret ; and Koziol, Krista. «Medicaid Utilization of Services in a Prepaid Group Practice Health Plan, Medical Care, 15 : 9 (September 1977).

Fuller, Norman and Patera, Margaret. Report on a Study of Medicaid Utilization of Services in a Prepaid Group Practice Health Plan, DHEW Public Health Service, Bureau of Medical Services, January 1976.

Gaintner, J.R. «Health Maintenance Organizations and Academic Medical Centers : The Hopkins Experience,» in Working Papers for a National Conference on Health Maintenance Organizations and Academic Medical Centers. Meeting at the Broadmoor, October 19-21, 1980 sponsored by the Henry J. Kaiser Family Foundation and the Association of American Medical Colleges.

Garbarino, Joseph W. Health Plans and Collective Bargaining, Berkeley : University of California Press, 1960.

Garner, Dewey D., Liao, Winston C. and Sharpe, Thomas R. «Factors Affecting Physician Participation in a State Medicaid Program,» Medical Care, 17 : 1 (January 1979), 43-58.

Gaus, Clifton. «Who Enrolls in a Prepaid Group Practice : The Columbia Experience,» Johns Hopkins Medical Journal, 128 : 1 (January 1971), 9-14.

Gaus, Clifton R., Cooper, Barbara S. and Hirschman, Constance G. «Contrasts in HMO and Fee-For-Service Performance,» Social Security Bulletin, 39 : 5 (may 1976), 3-14.

Gibbens, Stephen F. «Hospitalization Savings Under Prepayment - California Medi-Cal (An Analysis of Consolidated Medical Systems Ltds. Operations),» February 1973.

Gilmore, Martha. «Santa Clara County Employers : Number Offering Fair Economic Choice of Health Benefits Plan.» Research Paper No. 514, Graduate School of Business, Stanford University, September 1, 1979.

Gjeltén, Ann. Personal Communication, November 1980.

Goldberg, Lawrence G. and Greenberg, Warren. The HMO and Its Effects on Competition, Washington, D.C. : Federal Trade Commission, Bureau of Economics, 1977.

Goldberg, Victor P. «Some Emerging Problems of Prepaid Health Plans in the Medi-Cal System,» Policy Analysis, 1 : 1 (Winter 1975).

Goldstein, George S. «Consumer Participation in UMWA-Related Health Clinics.» Paper presented at the Panel on Consumer Participation in a National Health Service, American Public Health Association Annual Meeting, Los Angeles, California, October 17, 1978.

Gintzig, Leon and Shouldice, Robert T. Prepaid Group Practices : An Analysis as a Delivery System : The Reports and Comparisons of Selected Aspects of Several Prepaid Group Practices Plans, George Washington University : Department of Health Care Administration, School of Government and Business Administration, 1971.

Goss, Steve. «Retrospective Application of the HMO Risk Sharing Savings Formula for Six Group Practice Prepayment Plans for 1969, 1979,» Actuarial Note, No. 88 USDHEW (SSA) 76-11500 (11-75).

Greenberg, Ira G. and Rodburg, Michael L. «The Role of Prepaid Group Practice in Relieving the Medical Care Crisis,» Harvard Law Review, 84 : 4 (February 1971), 887-1001.

Greenfield, Sheldon, et al. «Protocol Management of Dysuria, Urinary Frequency and Vaginal Discharge,» Annals of Internal Medicine, 81, (1974), 452-457.

Greenlick, Merwyn R., et al. «Determinants of Medical Care Utilization : The Role Telephone in Total Medical Care,» Medical Care, 11 : 3 (April 1973).

Greenlick, Merwyn R. et al. Do Not Admit Surgery, Interim Report, HCFA Contract No. 600-77-0040, Portland, Oregon : Kaiser Health Services Research Center, Circa 1978.

Gregory, Robert. Northwest Healthcare : An Insurance Company-Physician Alliance for More Cost-Effective Healthcare, Presented at the Health Staff Seminar, Washington, D.C., January 25, 1978. Seattle, Washington : Northwest Healthcare.

Guptill, Paul B. and Graham, Fred E., II. «Continuing Education Activities of Physicians in Solo and Group Practice : Report on a Pilot Study,» Medical Care, 14 : 2 (February 1976), 173-180.

Handschin, Richard. «Group Health Cooperative of Puget Sound,» Arizona Regional Medical Program, in Workshop on Alternative Methods for Delivery of Health Services, Casa Grande (September 23-24, 1971), 43-55.

Harrelson, E. Frank and Donovan, Kirk M. «Consumer Responsibility in a Prepaid Group Health Plan,» American Journal of Public Health, 65 : 10 (October 1975), 1077-1086.

Harris, Jeffrey E. «The Internal Organization of Hospitals : Some Economic Implications,» Bell Journal of Economics, 8 : 2 (Autumn 1977), 467-482.

Hartshorn, Terry O. «Innovation in Partnership», *Medical Group Management* 26 : 34-36, November/December 1979.

Hastings, J.E.F., et al. «Prepaid Group Practice in Sault Ste. Marie, Ontario - Part I : Analysis of Utilization Records,» *Medical Care*, 11 : 2 (March/April 1973), 91-103.

Havighurst, Clark C. «Health Maintenance Organizations and the Market for Health Services,» *Law and Contemporary Problems*, 35 : 4 (1970), 716-795.

Havighurst, Clark C. «Professional Restraints on Innovation in Health Care Financing,» *Duke Law Journal*, 1978 : 2 (May 1978), 303-387.

Havighurst, Clark C. «Antitrust Enforcement in the Medical Services Industry : What Does It All Mean ?», *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 58 : 1 (Winter 1980), 89-124.

Health Insurance Plan of Greater New York. *Information for Physicians*, Unpublished paper (circa 1970).

Health Maintenance Organization of Pennsylvania. *The HMO of Private Physicians' Offices*, Willow Grove, Pa., May 1978.

Health/PAC, (eds). «Feelings About the Kaiser Foundation Health Plan on the Part of Northern California Carpenters and Their Families,» San Francisco : Health/PAC, April 5, 1973.

Held, Philip J. and Reinhardt, Uwe. «Prepaid Medical Practice : A Summary of Findings from a Recent Survey of Group Practices in the United States - A Comparison of Fee-For-Service and Prepaid Groups. *Group Health Journal*, 1 : 4-15, Summer 1980.

Held, Philip J. and Reinhardt, Uwe. «Analysis of Economic Performance in Medical Group Practices. Final Report.» Princeton : Mathematica Policy Research, July 1979.

Hetherington, Robert W. ; Hopkins, Carl E. ; and Roemer, Milton I. *Health Insurance Plans : Promise and Performance*, New York : Wiley-Interscience, 1975.

Hirschman, Albert O. *Exit, Voice, and Loyalty : Responses to Decline in Firms, Organizations and States*, Cambridge : Harvard University Press, 1970.

HMO FOCUS. «AMA Reaches Almost Positive Stand on HMOs» HMO Focus 3 : 1-2, October 1980.

Holland, W. «Screening for Disease : Taking Stock,» Lancet, 1 (December 21, 1974), 1494-1497.

Holahan, John, et al. Physician Pricing in California : Executive Summary, Working Paper 998-10, Washington, D.C. : The Urban Institute, April 1978.

Holoweiko, M. «Why Hospitals May Be Giving Your Colleagues an Edge,» Medical Economics, 57 : 2 (January 21, 1980), 85 ff.

Hughes, Edward F.X., «Utilization of Surgical Manpower in a Prepaid Group Practice,» New England Journal of Medicine, 291 : 15 (October 10, 1974), 759-63.

Huntley, Robert R. «The Georgetown University Community Health Plan.» Working Papers for a National Conference on Health Maintenance Organizations and Academic Medical Centers. Meeting at the Broadmoor, October 19-21, 1980 sponsored by the Henry J. Kaiser Family Foundation and the Association of American Medical Colleges.

Hurtado, Arnold V., Greenlick, Merwyn R. and Colombo, Theodore J. «Determinants of Medical Care Utilization : Failure to Keep Appointments,» Medical Care, 10 : 3 (May/June 1973), 189-198.

Hurtado, Arnold V., Marks, Sylvia D. and Greenlick, Merwyn R. Hospital Utilization Study II, Portland, OR : Kaiser Foundation Hospitals Health Services Research Center, 1977. Research Report Series, Report No. 4.

Hyde, David R. ; Wolff, Payson ; Gross, Anne and Hoffman, Elliot Lee. «The American Medical Association : Power, Purpose and Politics in Organized Medicine.» Yale Law Journal, 673 : 1037-1022, May 1954.

ICF Incorporated. HMO Development in Chicago : Factors Affecting Growth and Prospects for Improvement. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office, 1980.

ICF Incorporated. Case Study Report on the Competitive Impact of HMOs in Philadelphia. Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office, 1980. or can be cited as U.S. Department of Health and Human Services, Office of Health Maintenance Organizations, 1980.

ICF. Proposal to study HMO development in three cities. Response to DHEW Request for Proposal No. RFP-PL-79-36-GH, Washington, D.C., September 1979.

Johnson, Richard E. and Azevedo, David J. «Examining the Annual Drug Utilization of a Cohort of Low Income Health Plan Members,» Medical Care, 17 : 6 (June 1979), 578-591.

Johnson, Richard E. and Azevedo, David J. «Comparing the Medical Utilization and Expenditures of Low Income Health Plan Enrollees with Medicaid Recipients and with Low Income Enrollees Having Medicaid Eligibility,» Medical Care, 17 : 9 (September 1979), 953-966.

Jurgovan and Blair, Inc. Health Maintenance Organization Viability. Rockville : Jurgovan and Blair, Inc., 1979. DHEW Contract #100-77-0109.

Kahn, Lawrence. «The Medical Care Group of Washington University,» in Working Papers for a National Conference on Health Maintenance Organizations and Academic Medical Centers. Meeting at the Broadmoor, October 19-21, 1980 sponsored by the Henry J. Kaiser Family Foundation and the Association of American Medical Colleges. (See above).

Kaiser Foundation Health Plan Inc. Department of Medical Economics, Central Office Personnel Communications, Oakland, CA., April 18, 1977, July 27, 1978.

Kaiser Foundation Health Plan. «Health Examinations : An Important Message.» Planning for Health 19 : 1 (Spring 1976), 2-3.

Kasteler, Josephine, et al. «Issues Underlying Prevalence of 'Doctor Shopping' Behavior,» Journal Health and Social Behavior, 17 : 4 (December 1976), 328-339.

Keller, Polly E. Environmental Conduciveness to Health Maintenance Organizations : A Population Ecology Explanation, Unpublished Ph.D. Dissertation, School of Education, Stanford University, August 1979.

Kessel, Reuben A. «Price Discrimination in Medicine,» Journal of Law and Economics, 1 : 1 (October 1958), 20-53.

Kimbell, Larry J. and Lorant, John H. Physician Productivity and Returns to Scale, paper presented at the Health Economics Research Organization Meeting New York, December 1973.

Kimbell, Larry J. and Lorant, John H. Production Functions for Physicians' Services, Paper presented at the Econometric Society meeting, Toronto, December 1972.

Kirchner, Marian. «The Real World of Hospital Finances 5 : Can Doctors Truly Do Much About Hospital Costs ?» Medical Economics, 55 : 9 (May 1, 1978), 79-102.

Kissam, Philip C. «Health Maintenance Organizations and the Role of Antitrust Law,» Duke Law Journal, 1978 : 2 (May 1978), 487-541.

Klarman, Herbert E. «Economic Research in Group Medicine,» in New Horizons in Health Care, Proceedings of the First International Congress on Group Medicine, Winnipeg, Manitoba, April 26-30, 1970, 178-193.

Klitsner, Irving N. «Affecting Hospital Utilization Patterns,» in Joseph L. Dorsey (ed.), How a Group Practice Maintains Its Own Health in a Troubled Economy, Washington, D.C. : Group Health Association of America Inc., 1976.

Koepsell, Thomas D., Soroko, Sharon and Riedel, Donald C. «Appropriateness of the Hospital Admission Under a Prepaid Group Practice and a Fee-for-Service Health Plan.» Presented at the American Public Health Association Annual Meeting (Medical Care Section), Los Angeles, Ca., October 15-19, 1978.

Korsch, Barbara, Gozzi, Ethel and Francis, Vida. «Gaps in Doctor-Patient Communication, 1. Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction,» Pediatrics, 42 : 5 (November 1968), 855-971.

Koutsopoulos, K.A., Meyer, R.J. and Hensley, D. «Psychometric Modeling of Consumer Decisions in Primary Health Care,» Health Services Research, 12 : 4 (Winter 1977), 427-437.

Kornfield, Allan. Patient Satisfaction in Pre-Paid Care-Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) Experience. Chapter II in Health Handbook, George K. Chacko, ed. North-Holland Publishing Co., 1979, pp. 169-177.

Lane, Millicent. «HMO Health Improving : Growth Stops,» (Michigan) State Journal, (May 20, 1979). Reprinted in DHEW Green Sheet, 26 : 111 (June 6, 1979), R19.

Lee, Joel M. Health Maintenance Organization Environment : An Empirical Study of the Relationship of External Context and Performance, unpublished Dr.P.H dissertation. University of Texas at Houston, December 1979.

Leff, Arnold M., et al. «Private Practice in the Public Sector : A Unique Relationship Among Local Government Physicians, and Health Care Consumers in Cincinnati,» Medical Care, 15 : 10 (October 1977), 838-848.

Levy, Howard and Fein, Oliver. «Crippled H.I.P.,» Health/PAC Bulletin , 45 (October 1972), 15-22.

Lewis, Richard. «Oregon County Buying Prepaid Care for the Needy,» American Medical News, July 27, 1979, pp. 1, 14, 50.

Lewit, Eugene M., et al. «A Comparison of Surgical Assisting In a Prepaid Group Practice and a Community Hospital,» Medical Care, 18 : 9 (September 1980), 916-929.

LoGerfo, J.P. , et al. «Quality of Care,» in William C. Richardson, (ed.), The Seattle Prepaid Health Care Project : Comparison of Health Services Delivery, Seattle : University of Washington, School of Public Health and Community Medicine, 1976.

Louis Harris and Associates. American Attitudes Toward Health Maintenance Organizations : A Survey of the Public, HMO Members, and Potential Members Nationwide. New York : Louis Harris and Associates, 1980a.

Louis Harris and Associates. Employers and HMO's : A Nationwide Survey of Corporate Employers in Areas Served by Health Maintenance Organizations. New York : Louis Harris and Associates, 1980b.

Lubalin, James S., et al. Evaluation of the Accomplishments of Selected HMOS-Funded Projects, Draft Final Report, Contract HSA 105-74-10, May, 1974.

Luft, Harold S. Health Maintenance Organizations : Dimensions of Performance. New York : Wiley-Interscience, 1981.

Luft, Harold S. and Crane, Steven. «Regionalization of Services Within a Multi-hospital Health Maintenance Organization. Health Services Research, 15 : 3, Fall 1980.

Luft, Harold S., et al. «Health Maintenance Organizations» in National Health Insurance : Conflicting Goals and Policy Choices, Judith Feder, John Holahan, and Theodore Marmor, eds., Washington, D.C. : Urban Institute, 1980.

Luft, Harold S. (1980b) «HMOs and the Medical Care Market.» In D.E. Hough and G.I. Mizek, (eds.), Socioeconomic Issues of Health 1980. 85-102. Center for Health Services Research and Development, American Medical Association, Monroe, Wisconsin, 1980.

Luft, Harold S. (1980a) «Trends in Medical Care Costs. Do HMOs Lower the Rate of Growth ?» Medical Care, 18 : 1-16, January, 1980.

Luft, Harold (1978b). «How Do Health Maintenance Organizations Achieve Their Savings : Rhetoric and Evidence.» New England Journal of Medicine 298 : 1336-43, June 15, 1978.

Luft, Harold (1978a). «Why Do HMOs Seem to Provide More Health Maintenance Services ?», Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 56 (Spring 1978) : 140-68.

Lum, Doman. «The Health Maintenance Organization Delivery System : A National Study of Attitudes of HMO Project Directors on HMO Issues,» American Journal of Public Health, 65 : 11 (November 1975) 1192-1201.

Lyle, Carl B. et al. «Cost of Medical Care in a Practice of Internal Medicine,» Annals of Internal Medicine, 81 : 1 (July 1974), 1-6.

Lyle, Carl B., et al. «Practice Habits in a Group of Eight Internists,» Annals of Internal Medicine, 84 : 5 (May 1976), 594-601.

MacColl, William A. Group Practice and Prepayment of Medical Care, Washington, D.C. : Public Affairs Press, 1966.

Martin E. Segal Company. Evaluation of the Impact of Hawaii's Mandatory Health Insurance Law : A Report on the Hawaii Prepaid Health Care Act,» Contract 299-77-0014, October 1978.

Maxwell, Neil. «Hospitals Work to Cut Expenses and Fend Off Government Controls,» The Wall Street Journal, (October 27, 1978).

Mayer, T. «Economics as an Exact Science : Realistic Goal or Wishful Thinking ?» Presidential Paper presented at 1979 meeting of the Western Economic Association, June 19, 1979 ; Economic Inquiry, 18 : 2 (April 1980), 165-178.

McAuliffe, William E. «Measuring the Quality of Medical Care : Process Versus Outcome,» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 57 : 1 (Winter 1979), 118-152.

McCaffree, Kenneth M., et al. «Comparative Cost of Services» in William C. Richardson (ed.) The Seattle Prepaid Health Care Project : Comparison of Health Services Delivery. National Technical Information Service, PB#267488-SET, 1976.

McElrath, Dennis C. «Perspective and Participation in Prepaid Group Practice,» American Sociological Review, 26 (1961), 596-607.

McKinlay, John B. and Dutton, Diana B. «Social Psychological Factors Affecting Health Service Utilization,» in Selma Mushkin, (ed.), Consumer Incentives for Health Care, New York : Prodist, 1974.

McLaughlin, Loretta. «Housecalls in the Inner City,» *Boston Globe*, (April 27, 1978). Reprinted in Medical Care Review, 35:6 (June 1978), 617-19.

Mechanic, David. «The Growth of Bureaucratic Medicine : An Inquiry Into the Dynamics of Patient Behavior and the Organization of Medical Care,» American Journal of Sociology, 82 : 5 (March 1977), 1134-1139.

Mechanic, David. «The Organization of Medical Practice and Practice Orientation Among Physicians in Prepaid and Nonprepaid Primary Care Settings,» Medical Care, 13 : 3 (March 1975), 189-204.

Meier, Gerald B. and Tillotson, John. Physician Reimbursement and Hospital Use in HMOs, Excelsior, Minn. : InterStudy, September 1978.

Metropolitan Health Board. «A Report on Phase III of the Long-Range Hospital Plan for the Twin Cities Metropolitan Area,» St. Paul, MN : Health Board of the Metropolitan Council, Draft 5, September 10, 1980.

Metzner, Charles A. and Bashshur, Rashid L. «Factors Associated with Choice of Health Care Plans,» Journal of Health and Social Behavior, 8 (Dec. 1967).

Meyer, Lawrence. «Group Health in Trouble,» Washington Post, 101 : 1 (January 2, 1978). Reprinted in Medical Care Review, 35 : 2 (February 1978), 163-67.

Meyers, Samuel M., et al. «Ambulatory Medical Use by Federal Employees : Experience of Members in a Service Benefit Plan and in a Prepaid Group Practice Plan.» Presented at the 105th Annual Meeting of the American Public Health Association, November 1, 1977.

Mitchell, J.H. and Dunn, J.P. «Comparative Absence Experience Among Employees Covered by a Prepaid or a Blue Cross/Blue Shield Health Insurance Plan,» Journal of Occupational Medicine, 20 : 12 (December 1978), 797-800.

Miller, John. Personal interview, May 1, 1980.

Mills, Alden B. and St.C. Guild, Cameron. «The Ross-Loos Medical Group-A Description of a Voluntary Health Insurance Plan.» Miscellaneous Contributions on the Costs of Medical Care, Number 13. Washington, D.C. : Committee on the Costs of Medical Care, 1933.

Moore, Stephen H., et al. «Cost Containment Through Risk-Sharing by Primary Care Physicians : An History of the Development of United Healthcare,» Health Care Financing Review, Volume 1, No. 4, Spring 1980, pp. 1-13.

Moore, Stephen H., «The Primary Care Network : A New Type of HMO for Private Practice Physicians ,» The Western Journal of Medicine 132 : 418-423, May 1980.

Moore, Stephen H. «Cost Containment Through Risk-Sharing by Primary-Care Physicians,» New England Journal of Medicine, 300 : 24 (June 14, 1979), 1359-62.

Mott, F.D., Hastings, J.E.F. and Barclay, A.T. «Prepaid Group Practice in Sault Ste. Marie, Ontario : Part II : Evidence From the Household Survey,» Medical Care, 11 : 3 (May/June 1973), 173-188.

Mullooly, John P. and Freeborn, Donald K. The Effects of Length of Membership Upon the Utilization of Ambulatory Care Services : A Comparison of Disadvantaged and General Membership Populations in a Prepaid Group Practice, Portland : Kaiser Foundation Health Services Research Center, no date, circa 1978.

Multnomah County Oregon, Project Health Division. National Health Insurance Trough State/Regional/Local Government and Private Sector Health Care Brokerage, Portland : Dept. of Human Services, 1977.

Multnomah County Oregon, Project Health Division. Project Health : An Overview, Portland : Dept. of Human Services, 1977.

National Association of Employees on Health Maintenance Organizations . «HMOs That Have Failed - What Happened ?» NAEHMO National Report 6 : 2-3, April 11, 1980.

National Association of Employees on Health Maintenance Organizations. «NAEHMO Overview of Annual Survey of HMOs, 1978.» Minneapolis : NAEHMO 1979.

National Center for Health Services Research, Request for Proposal #233-80-3004 for Organizational Structure of Health Maintenance Organizations (HMOs) April 1980.

Neilson, Chris. Personal communication, September 26, 1979.

Neumann, Bruce R., et al. «Consolidation of Community Hospitals,» Journal of Community Health, 4 : 1 (Fall 1978), 73-83.

Newhouse, Joseph P. and Phelps, Charles E. «New Estimates of Price and Income Elasticities of Medical Care Services,» in Richard N. Rosett, (ed.), The Role of Health Insurance in the Health Services Sector, New York : National Bureau of Economic Research, 1976.

Newport, John and Roemer, Milton I. «Comparative Perinatal Mortality Under Medical Care Foundations and Other Delivery Models,» Inquiry, 11 : 1 (March 1975), 10-17.

Newhouse, Joseph P. «A Design for a Health Insurance Experiment,» Inquiry, 11 : 1 (March 1974), 5-27.

Newhouse, Joseph P. «The Economics of Group Practice,» Journal of Human Resources, 8 : 1 (Winter 1973), 37-56.

Newton, A.C. «Rural Health Care Thrives Under Hospital's Prepaid Plan» Hospitals, 51 : 15 (1977), 45-48.

Noren, Jay ; Frazier, Todd ; Altman, Isidore ; and DeLozier, James. «Ambulatory Medical Care : A Comparison of Internists and Family-General Practitioners,» New England Journal of Medicine, 302 : 11-16, 1980.

Orso, Camille. «Delivering Ambulatory Health Care : The Successful Experience of an Urban Neighborhood Health Center,» Medical Care, 17 : 2 (February 1979), 111-126.

Owens, Arthur. «What's Behind the Drop in Doctors' Productivity ?» Medical Economics, 53 : 1 (July 24, 1978), 102-105.

Owens, Arthur. «Doctors' Productivity : The Trend is Down,» Medical Economics, 53 : 1 (January 12, 1976), 100-102.

Palmer, Walter K. «Financial Planning,» in Robert A. Zelten and Susan Bray, (eds), Health Maintenance Organizations, Philadelphia, 1977, pp. 149-186.

Parker, Alberta W. «Quality Assurance Activities in Multispecialty Group Practice : Relationship to Organizational Structure,» Berkeley, CA : Primary Care Study Program and Survey Research Center University of California, Mimeo, 1980.

Pauly, Mark V. «Efficiency, Incentives and Reimbursement for Health Care,» Inquiry, 7 : 1 (March 1970), 114-131.

Payne, Beverly C., et al. The Quality of Medical Care : Evaluation and Improvement, Chicago : Hospital Research and Educational Trust, 1976.

Peck, Richard L. «The HMO That Drove Doctors to Strike,» Medical Economics (September 18, 1978), 142-160.

Peebles, Thomas C. Personal Correspondence, June 3, 1977.

Perkoff, G. Changing Health Care : Perspectives from a New Medical Setting. Ann Arbor : Health Administration Press, 1979.

Perkoff, Gerald T., Kahn, Lawrence and Haas, Philip J. «The Effects of an Experimental Prepaid Group Practice on Medical Care Utilization and Cost,» Medical Care, 14 : 5 (May 1976), 432-449.

Phillips, Rosalie R. and Dorsey, Joseph L. «A Look Inside : Some Aspects of Structure and Function in Forty Prepaid Group Practice HMOs» The Group Health Journal 1 : 2 (Summer 1980), 16-31.

Physicians Health Plan of Minnesota Staff. The Physicians Health Plan of Minnesota : A Case Study of Utilization Controls in an IPA. HHS Publication No. (PHS) 80-50128.

Pineault, Raynald. «The Effect of Prepaid Group Practice on Physicians' Utilization Behavior,» Medical Care, 14 : 2 (February 1976), 121-136.

Piontkowski, Dyan and Butler, Lewis H. «Selection of Health Insurance by an Employee Group in Northern California,» American Journal of Public Health, 70 : 3 (March 1980), 274-276.

Pollack, Bruce. «The Evolution of an HMO» Medical Group Management 26 : 15-18, November/December 1979.

Pope, Clyde R. «Consumer Satisfaction in a Health Maintenance Organization,» Journal of Health and Social Behavior, 19 (September 1978), 291-303.

Pope, Clyde R. «Illness with a High Emotional Component and the Use of Medical Services,» Portland, OR : Health Services Research Center, Kaiser Foundation Hospitals, 1978.

Pope, Clyde R., Greenlick, M.R. and Freeborn, D.K. «Members' Evaluation of Their Experience in a Group Practice Prepayment Plan.» Presented at American Public Health Association Annual Meeting November 1972.

Prybil, Lawrence. «Physician Terminations in Large Multispecialty Groups,» Medical Group Management, 18 : 5,6 (July, September 1971).

Quigley, Dennis F. «Changes in Selected Health Care Plans,» Monthly Labor Review, (December 1975), 22-26.

Rabin, David, Bush, Patricia J., and Fuller, Norman A. «Drug Prescription Rates Before and After Enrollment of Medicaid Population in an HMO,» Public Health Reports, 93 : 1 (January-February 1978), 16-23.

Record, Jane Cassels and Greenlick, Merwyn. «New Health Professionals and the Physician Role : An Hypothesis from Kaiser Experience,» Public Health Reports, 90 : 3 (May-June 1975), 241-246.

Regulations of the Commissioner of Corporations Under the Knox-Keene Health Care Service Plan Act of 1975, Title 10, Chapter 3, Subchapter 5.5 : Health Care Service Plans, Sacramento, California.

Resier, Stanley Joel. «The Emergence of the Concept of Screening for Disease,» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 56 : 4 (Fall 1978), 403-426.

Richardson, William C., et al. The Seattle Prepaid Health Care Project : Comparison of Health Services Delivery. «Chapter I - Introduction of the Project, the Study, and the Enrollees,» Grant No. R18 hs 00694 - National Center for Health Services Research, HRA, DHEW, November 1976.

Richardson, William C., Shortell, S.M., and Diehr, P.K. «Access to Care and Patient Satisfaction,» in William C. Richardson, (ed.), The Seattle Prepaid Health Care Project : Comparison of Health Services Delivery, Seattle : University of Washington, School of Public Health and Community Medicine, 1976.

Robertson, Robert L. «Economic Effects of Personal Health Services : Work Loss in a Public School Teacher Population,» American Journal of Public Health, 61 : 1 (January 1971), 30-45.

Roemer, Milton I. and Shonik, William. «HMO Performance : The Recent Evidence,» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 51 : 3 (Summer 1973), 271-317.

Rohmann, Klaus J. ; Sorensen, Andrew A. ; and Wells, Sandra M. «Hospitalization in Three Competing HMOs During Their First Two Years : A Cohort Study of the Rochester Experience.» Group Health Journal 1 : 1 (Winter 1980), 26-33.

Roghmann, K.J. ; Garrett, J.W. ; and Sorensen, A.A. Who Chooses Prepaid Medical Care : Survey Results from Two Marketing of Three New Prepayment Plans, Public Health Reports, 90(6) : 516-527, 1975.

Roghmann, Klaus J., et al. A.A. «Who Chooses Prepaid Medical Care : Survey Results from Two Marketings of Three New Prepayment Plans,» Public Health Reports, 90 : 6 (November-December 1975), 516-527.

Roman, S.A. «Health Maintenance Organizations : Are They for Inner Cities ?» Journal Community Health, 1 (Winter 1975), 127-131.

Ross, Austin, Jr. «A report on Physician Terminations in Group Practice,» Medical Group Management, 16 : 5 (July 1969), 15-21.

Ross, Jancie. «Health Maintenance Organizations in the South,» Atlanta Economic Review, 27 : 6 (November-December 1977), 28-32.

Rossi, P.H. ; Wright, J.D. ; and Wright, S.R. The Theory and Practice of Applied Social Research, Evaluation Quarterly, 2(2) : 171-191, 1978.

Sackett, David L. «Screening for Early Detection of Disease : To What Purpose ?» Bulletin of the New York Academy of Medicine, 51 : 1 (January 1975).

Sagel, Stuart S., et al. «Efficacy of Routine Screening and Lateral Chest Radiographs in a Hospital Based Population,» New England Journal of Medicine, 291 : 19 (November 7, 1974), 1001-1004.

Salkever, David S., et al. «Episodes of Illness and Access to Care in the Inner City : A Comparison of HMO and non-HMO Populations,» Health Services Research, (Fall 1976), 252-270.

Sasuly, Richard and Hopkins, Carl E. «A Medical Society-sponsored Comprehensive Medical Care Plan : The Foundation for Medical Care of San Joaquin County, California,» Medical Care, 5 : 4 (July/August 1967), 234-248.

Saward, Ernest W. and Greenlick, Merwyn R. «Health Policy and the HMO,» Milbank Memorial Fund Quarterly, 50 : 2 Part 1 (April 1972), 147-176.

Saward, Ernest, W., Blank, Janet D. and Greenlick, Merwyn B. «Documentation of Twenty Years of Organizational Growth of a Prepaid Group Practice Plan,» Medical Care, 6 : 3 (May-June 1968), 231-244.

Saward, Ernest W., Blank, Janet and Lamb, Henry. Some Information Descriptive of a Successfully Operating HMO, Health Maintenance Organization Service, U.S. DHEW, 1973.

Schlenker, Robert E., et al. HMO's in 1973 : A National Survey, Minneapolis : InterStudy, 1974.

Schroeder, Steven A., et al. «Use of Laboratory Tests and Pharmaceuticals : Variation Among Physicians and Effects of Cost Audit on Subsequent Use,» Journal of American Medical Association, 225 : 8 (August 20, 1973), 969-973.

Schweiker, Richard. «Statement by Senator Schweiker,» Congressional Record, June 12, 1979.

Scitovsky, Ann A. and McCall, Nelda. «Use of Hospital Services Under Two Prepaid Plans» Medical Care, 18 : 1, (January 1980), 30-43.

Scitovsky, Ann A., Benham, Lee and McCall, Nelda. «Use of Physician Services Under Two Prepaid Plans,» Medical Care, 17 : 5 (May 1979), 441-460.

Scitovsky, Ann A., McCall, Nelda and Benham, Lee. «Factors Affecting the Choice Between Two Prepaid Plans,» Medical Care, 16 : 8 (August 1978), 660-681.

Scitovsky, Ann, Personal Communication, Palo Alto, Ca., May 18, 1977.

Shah, C.P. and Robinson, G.C. «Day-Care Surgery in British Columbia : A Seven-Year Experience (1967-1974),» Canadian Medical Association Journal, 116 (May 7, 1977), 1031-32.

Shapiro, Sam, et al. «Further Observations on Prematurity and Perinatal Mortality in a General Population and in the Population of a Prepaid Group Practice Medical Care Plan,» American Journal of Public Health, 50 : 9 (September 1960), 1304-1317.

Shapiro, Sam, Weiner, Louis and Densen, Paul. «Comparison of Prematurity and Perinatal Mortality in a General Population and in the Population of a Pre-paid Group Practice Medical Care Plan,» American Journal of Public Health, 48 : 2 (February 1958), 170-185.

Shapiro, Sam, et al. «Patterns of Medical Use by the Indigent Aged Under Two Systems of Medical Care,» American Journal of Public Health, 57 : 5 (May 1967), 784-790.

Shortell, Stephen M., Becker, Selwyn W. and Neuhauser, Duncan. «The Effects of Management Practices on Hospital Efficiency and Quality of Care,» in Stephen M. Shortell and Montague Brown (eds.), Organizational Research in Hospitals, Chicago : Blue Cross Association, 1976.

Shouldice, Robert G. and Shouldice, Katherine H. Medical Group Practice and Health Maintenance Organizations. Washington, D.C. : Information Resource Press, 1978.

Slesinger, Doris P., Tessler, Richard C. and Mechanic, David. «The Effects of Social Characteristics on the Utilization of Preventive Medical Services in Contrasting Health Care Programs,» Medical Care, 14 : 5 (May 1976), 392-404.

Sloan, Frank A. «Effects of Incentives on Physician Performance,» in John Rafferty, (ed.), Health Manpower and Productivity, Lexington, Ma. : DC Health, 1974, pp. 53-84.

Sloan, Frank, Mitchell, J. and Cromwell, J. Physician Participation in State Medicaid Programs, Unpublished paper, January 1978.

Smillie, John G. «Recruitment of Physicians : Large Prepaid Group Practice,» in Joseph L. Dorsey and Joseph Kane, (eds.), Physician Recruitment, Performance Evaluation, The Role of the Medical Director, Washington, D.C. : Group Health Association of American, 1976.

Sorensen, Andrew A. ; Saward, Ernest W. ; and Wersinger, Richard P. «The Demise of an Individual Practice Association : A Case Study of Health Watch,» Inquiry, 17 : 3 (Fall 1980), 244-253.

Sorensen, Andrew A. and Wersinger, Richard P. «Aspects of Member Satisfaction Under Two Types of Health Delivery Systems : A Comparison of Prepaid Group Practice HMO Members and a Blue Cross/Blue Shield Matched Control Group,» Group Health Journal, 1 : 2 (Summer 1980), 33-41.

Sorensen, Andrew and Saward, Ernest. «An Alternative Approach to Hospital Cost Control : The Rochester Project,» Public Health Reports, 93 : 4 (July/August 1978), 311-317.

Spitz, Bruce. «When a Solution is Not a Solution : Medicaid and Health Maintenance Organizations,» Journal of Health Politics, Policy and Law, 3 : 4 (Winter 1979), 497-518.

Sparer, Gerald and Anderson, Arne. «Utilization of Cost Experience of Low Income Families in Four Prepaid Group Practice Plans,» New England Journal of Medicine 289 : 2 (July 12, 1973), 67-72.

Staff Report on Physician Control of Blue Shield Plans, Federal Trade Commission, Washington, D.C.

Starkweather, David. «The Laws Affecting Health Insurance in California,» in Milton I. Roemer, Donald M. DuBois, and Shirley W. Rich (Eds.), Health Insurance Plans : Studies in Organizational Diversity. Los Angeles : University of California, 1970.

Strumpf, George B. and Garramone, Marie A. «Why Some HMOs Develop Slowly,» Public Health Reports, 91 : 6 (November/December 1976), 496-503.

Tessler, Richard and Mechanic, David. «Factors Affecting the Choice Between Prepaid Group Practice and Alternative Insurance Programs,» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 53 : 2 (Spring 1975).

Thompson, Robert S. «Approaches to Prevention in an HMO Setting,» Journal of Family Practice, 9 : 1 (1979) 71-82.

Tilson, Hugh H. «Stability of Physician Employment in OEO Neighborhood Health Centers,» Medical Care, 11 : 5 (September/October 1973), 384-400.

Tilson, Hugh H. «The Physician in Neighborhood Health Centers,» Inquiry, 10 : 2 (June 1973), 27-38.

Ting, Harold Montford. The Economics of Health Maintenance Organizations, Unpublished Ph.D. Dissertation, Stanford University, June 1975.

Trauner, Joan. Interviews conducted with San Diego employers, 1980.

Ullman, Al. «Health Cost Restraint Act of 1979,» H.R. 5740, November 1979.

Ullman, R. «Geographic Mobility and Location of Prepaid Group Practice : A Matrix Accounting Approach.» Presented at the National Center for Health Statistics' Data Use Conference, November 1978.

U.S. Comptroller General. Health Maintenance Organizations : Federal Financing is Adequate But HEW Must Continue Improving Program Management. General Accounting Office (HRD-79-71), May 1, 1979.

U.S. DHEW. National Census of Prepaid Plans, 1979 (Rockville ; Public Health Service, 1980).

U.S. DHEW, Office of Health Maintenance Organizations. National HMO Development Strategy through 1988. DHEW Publication No. (PHS) 79-50111, September 1979.

U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Federal Register, 42 cfr Part 110, vol. 45, No. 213, October 31, 1980, 72512-72513.

U.S. National Center for Health Statistics. «Personal Out-of-Pocket Health Expenses : United States, 1975,» Vital and Health Statistics, Series 10, Number 122, Washington, D.C. : USGPO, November 1978, DHEW Pub. No. (PHS) 79-1550.

U.S. National Center for Health Statistics. «Persons Hospitalized by Numbers, Episodes, and Days Hospitalized in a Year, U.S.-1972,» Vital and Health Statistics, Series 10, No. 116, Washington, D.C., USGPO.

U.S. National Center for Health Statistics and National Center for Health Services Research. Health : United States, 1979, Washington : USGPO. DHEW Pub. No. (PHS) 80-1232, 1980.

U.S. Office of Health Maintenance Organizations. Policy Manual. Department of Health and Human Services (Public Health Service), 1980.

U.S. Office of Health Maintenance Organizations, National HMO Census Update, 1979.

U.S. Senate, Special Committee on Aging. Kickbacks Among Medicaid Providers, Committee Report, 95th Congress, First Session, Washington, D.C. : USGPO, 1977.

U.S. Senate, Committee on Agriculture and Forestry, Subcommittee on Rural Development. Proceedings of a National Conference on Rural Health Maintenance Organizations, Louisville, KY, July 8-10, 1974. Washington, D.C. : USGPO.

U.S. Senate, Special Committee on Aging, Subcommittee on Long-Term Care, Fraud and Abuse Among Practitioners Participating in the Medicaid Program. A Staff Report, 94th Congress, 2nd Session, Washington, D.C., USGPO, August 1976.

Vayda, Eugene. «Stability of the Medical Group in a New Prepaid Medical Group in a New Prepaid Medical Care Program,» Medical Care, 8 : 2 (March/April 1970), 161-168.

Vuori, Hannu, et al. «Doctor-Patient Relationship in the Light of Patients Experiences,» Social Science and Medicine, 6 (1972), 723-730.

Waitzkin, Howard and Stoeckle, John D. «Information Control and the Micro-politics of Health Care : Summary of an Ongoing Research Project,» Social Science and Medicine, 10(1976), 263-276.

Waldo, Daniel R. «National Health Expenditures and Related Measures for the Year Ending March 1980,» Health Care Financing Trends, 1 : 4 (Summer 1980), 1-8.

Ware, John E., Jr., Snyder, Mary K. and Wright, W. Russell. Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Health Care Services, 2 volumes of a final report, Carbondale, Ill. : Southern Illinois University School of Medicine, 1976.

Watkins, Richard N. «Primary Care In a Large Prepaid Group Practice,» Mt. Sinai Journal of Medicine, 45 : 652-662, October 1978.

Watkins, Richard N. ; Hughes, Edward F.X. ; and Lewit, Eugene M. «Time Utilization of a Population of General Surgeons in a Prepaid Group Practice,» Medical Care, 14 : 10 (October 1976), 824-838.

Weil, Peter A. «Comparative Costs to the Medicare Program of Seven Prepaid Group Practices and Controls,» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 54 : 3 (Summer 1976), 339-365.

Weiss, James E. and Greenlick, Merwyn R. «Determinants of Medical Care Utilization : The Effects of Social Class and Distance on Contacts with the Medical Care System,» Medical Care, 8 : 6 (November/December 1970), 456-462.

Wersinger, Richard and Sorensen, Andrew. An Analysis of the Health Status, Utilization and Cost Experience of an HMO Population Compared to a Blue Cross/Blue Shield Matched Control Group.» University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Department of Preventive, Family and Rehabilitation Medicine, February 1980.

Wersinger, Richard. Personal Communication, May 1, 1979.

Wersinger, R., et al. «Inpatient Hospital Utilization in Three Prepaid Comprehensive Health Care Plans Compared with a Regular Blue Cross Plan,» Medical Care, 14(9) (September 1976), 721-732.

Wetherill, Rhona L. and Quale, Jean N. A Census of HMOs, Minneapolis, Minn. : InterStudy, August 1973 and quarterly thereafter.

Wheeler, J.R. and Ackor, J.D. «The Smaller Hospital in the Health Care System : Should Smaller Hospitals Operate HMOs ?», Hospitals, 48 : 19 (1974), 93-95.

White, Neil, Michigan State Department of Social Services, Personal communication, January 23, 1981.

Williams, Greer. Kaiser-Permanente Health Plan : Why It Works, Oakland, CA : The Henry J. Kaiser Foundation, February 1971.

Williams, Ronald L. «Measuring the Effectiveness of Perinatal Medical Care,» Medical Care, 17 : 2 (February 1979), 95-110.

Williams, Stephen J., et al. «A Causal Model of Health Services for Diabetic Patients», Medical Care, 16 : 4 (April 1978), 313-326.

Williams, Pierce. Medical Care Through Fixed Periodic Payment. New York : National Bureau of Economic Research, Inc. 1932.

Williamson, John W., Alexander, Marshall, and Miller, George E. «Continuing Education and Patient Care Research : Physicians Response to Screening Test Results,» Journal of American Medical Association, 201 : 12 (September 18, 1967), 938-942.

Williamson, John W., et al. «Health Accounting : An Outcome Based System of Quality Assurance : Illustrative Application to Hypertension,» Bulletin of New York Academy of Medicine, 51 : 6 (June 1975), 727-738.

Witte, Edwin E. The Development of the Social Security Act. Madison : University of Wisconsin Press, 1963.

Wolfman, Burton. «Medical Expenses and Choice of Plans : A Case Study,» Monthly Labor Review, 84 (November 1961), 1186-1190.

Wolinsky, F.D. «The Performance of Health Maintenance Organizations : An Analytic Review.» Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 58 : 4 (Fall 1980), 537-587.

Yankauer, Alfred, Connelly, John P. and Feldman, Jacob J. «Physician Productivity and the Delivery of Ambulatory Care : Some Findings From a Survey of Pediatricians,» Medical Care, 8 : 1 (January/February 1970), 35-46.

Yedidia, Avram. «Dual Choice Programs,» American Journal of Public Health, 49 : 11 (November 1959), 1475-1480.

Yett, Donald E. «An Evaluation of Alternative Methods of Estimating Physicians' Expense Relative to Output,» Inquiry, 4 : 1 (March 1967), 3 -27.

Zako, Louis. «My Year With an HMO Was One Year Too Many,» Medical Economics, 53 : 8 (April 19, 1976), 79-85.

Zelten, Robert A. Alternative HMO Models. University of Pennsylvania, National Health Care Management Center, Issue paper No. 3, April 1979.

Zelten, Robert A. The Study of Enrollment in Prepaid Group Practice Plans : Final Report to the Robert Wood Johnson Foundation, University of Pennsylvania, Leonard Davis Institute of Health Economics, August 1, 1977.

Zwick, Daniel I. «Some Accomplishments and Findings of Neighborhood Health Centers,» Milbank Memorial Fund Quarterly, 50 : 4 (October 1972), Part I, 387-420.