

"MANAGED CARE" EN REVOLUTION I USA

Sjukvårdsmarknaden i USA håller på att åstadkomma den revolution som lagstiftarna inte lyckades med, dock utan att hela befolkningen täcks. »Managed care» – dvs styrd vård – lyder stridsropet, och målet är att bromsa kostnaderna. Som alla revolutioner är denna rik på retorik och fattig på fakta.

»Managed care» är ett samlingsbegrepp för sjukvårdsprogram som har det gemensamt att individen i förväg ansluter sig till ett visst nätverk av läkare och sjukhus, att vårdgivarna får betalt efter en fast taxa och att det finns en viss kontroll över vilka tjänster som programmet svarar för. Inom denna ram finns det emellertid mycket stora variationer.

Varje individ som anslutit sig till ett sådant program väljer en familjeläkare som har ansvaret för all vård och själv ger så mycket av den som möjligt. Endast när det finns ett klart behov av det remitteras patienten till en specialist. Tonvikten läggs vid förebyggande åtgärder, öppen vård och låga kostnader på alla nivåer.

Kaiser-programmet först

Det första programmet med »managed care» i USA startades under andra världskriget på amerikanska västkusten för Kaiser-fabrikernas arbetare. Det var en »health maintenance organization» (HMO), där läkare med fast lön och Kaiser-ägda sjukhus gav arbetarna all vård de behövde.

De stora variationerna i dagens växande program för »managed care» är inte överraskande. USAs sjukvårdssystem har alltid varit heterogent, och innovationer präglar den amerikanska marknaden.

Författare

MARILYNN M ROSENTHAL

Ph D, professor, director, Program in Health Policy Studies, University of Michigan in Dearborn, USA.

De olika programmen för »managed care» skiljer sig åt på främst tre punkter: kontraktsvillkor och ekonomiska incitament för vårdgivarna, vad som ingår i vården och vilken valfrihet konsumenten har.

Utöver den modell där de anställda har fast lön (staff-model HMO) finns t ex »group-model HMO», »independent practice association» (IPA), »preferred provider organization» (PPO) och »point of service» (POS) [1]. I den senare typen av program kan konsumenten välja vårdgivare utanför nätverket men får då själv betala ett visst tillägg. De andra modellerna skiljer sig åt i fråga om vårdgivarens grad av obundenhet. POS är den modell för »managed care» som växer snabbast.

Olika ersättningssystem

Läkarna i de olika programmen kan ha fast lön, betalt per listad individ eller prestationsersättning enligt en i förväg bestämd taxa. Ofta har läkarna också någon form av bonus, t ex om de svarar för förebyggande åtgärder eller remitterar en liten andel patienter till specialister eller slutet vård.

Allt fler läkare i »managed care» har fast lön. Enskilda läkare kan emellertid ha en rad kontrakt med olika program för »managed care» för att försäkra sig om patienter.

Kontroll det centrala

Från patientens synpunkt är nyckelfrågorna hur många läkare man vill välja bland, hur mycket man vill betala och dra av från skatten samt vårdens kvalitet. Mycket få konsumenter har insyn i under vilka kontraktsvillkor deras läkare arbetar.

Arbetsgivarna ser förstas på kostnader, kostnadskontroll och vårdkvalitet. De strävar efter lägre premier (vilket vanligen innebär begränsning av tjänsterna) eller åtminstone en långsammare höjning av premierna.

Kontroll är det centrala för alla grupperna: kontroll över kostnader, över patientens val och över vårdgivarens kliniska beslut [2, 3].

Group Health Association of America, som är HMOs riksorganisation, rapporterar att anslutningen till HMO un-

der 1994 ökade med 10–12 procent till totalt 50 miljoner medlemmar [4], och under 1995 ökade anslutningen sannolikt till 56 miljoner.

Under 1994 beräknas premierna ha sänkts med 1 procent efter tio års ständig ökning, vissa år med upp till 18 procent. Delvis berodde premiesänkningen på spridningen av »managed care», särskilt för de program som hårdast kontrollerar besluten om behandling och betalar läkare och sjukhus enligt den lägsta taxan. Det finns också tecken på att »managed care» under de första åren kan spara pengar men att kostnaderna sedan börjar stiga igen.

Oklart om vårdkvaliteten

Hur påverkas vårdens kvalitet av »managed care»? Enligt HMOs egna uppgifter genomför 97 procent enkäter om hur nöjda patienterna är, 85 procent av deras läkare har specialistkompetens (mot 61 procent av alla yrkesverksamma läkare) och 93 procent använder vårdprogram. Det är emellertid lätt att manipulera patientenkäter, specialistkompetens innebär inte att man är uppdaterad, och vårdprogram kan vara för rigida, dessutom kanske man inte kontrollerar att de följs.

I många delstater har olika lagförslag om »managed care» presenterats. Exempelvis har läkarorganisationer försökt hindra HMO och andra vårdenheter från att anlita endast de mest kostnadseffektiva läkarna. Delstater har satt upp gränser för alltför omfattande eller alltför magra »behandlingspaket» och också stiftat lagar som ger patienterna rätt att få reda på hur deras läkare ersätts.

»Managed care» blir allt vanligare i de vårdprogram som delstaterna och den federala budgeten finansierar, dvs försäkringssystemet Medicaid (som täcker 37 miljoner fattiga (varav hälften är barn), och Medicare för dem som är över 65 år. Visserligen utgör »managed care» ännu inte mer än omkring 10 procent av dessa programs vård, men andelen växer stadigt.

Nedskärningar

De impulser till förändring av Medicaid och Medicare som kommit från

både president Bill Clinton och kongressen sprider sig över delstaterna. De federala utgifterna för sjukvård har stigit snabbt. Det som skiljer presidentens och kongressens förslag åt är i första hand hur stora nedskärningar som skall drabba de olika programmen och hur snabbt de skall genomföras.

Delstaterna vill helst ha sina bidrag till Medicaid som klumpanslag, vilket skulle minska centralregeringens möjligheter att detaljstyra. De skulle då kunna utforma sina egna program, bestämma vilka som täcks av dem och vad som ingår i vården.

I alla dessa förslag betonas att »managed care» bör användas i ökad utsträckning. Anhängarna av denna modell tror är att den leder till minskad andel onödig vård, att ineffektiva sjukhus måste slå igen och att man får kontroll över »överbetalningen» av vissa läkare.

Kritikerna hävdar emellertid att det kommer att öka kostnaden för privat försäkring, öka antalet som är utan försäkring och hota de bästa och mest nödvändiga sjukhusen samt eliminera den sjukvård som traditionellt ges utan kostnad för patienten [2, 5].

Det amerikanska läkarförbundet, AMA, har insett att »managed care» är en drivande kraft i dagens amerikanska sjukvård och har därför startat ett »Physicians capital source-program». Syftet är att uppmuntra läkarägda vårdföretag att konkurrera om patienterna, lära dem hur man driver företaget och skaffa kapital.

Forskning och utvärdering

Vad visar utvärderingen av »managed care»? Det faktum att denna vårdmodell expanderar kan tyda på att man lyckats kontrollera kostnaderna, men studierna har gett blandade resultat. En regeringsstudie som publicerades för ett år sedan [6] fann t ex föga bevis för att företagets totala hälso- och sjukvårdskostnader verkligen är under kontroll.

Kanske har kostnadsökningen mattats i början men sedan har den accelererat; besparingar kan kanske noteras i program som betjänar friskare anställda; förmågan att spara beror på hur hård kontrollen är inklusive hur mycket man begränsar konsumenternas valmöjligheter och läkarnas kliniska beslut.

Etiska konflikter

I den vårdmiljö som präglas av »managed care» finns många potentiella etiska konflikter, särskilt utmaningar mot den traditionella relation som bygger på förtroende mellan patient och läkare. Läkaren måste nu ta hänsyn till både det ansvar han har gentemot patienten och ansvaret mot den vårdorgani-

Medicare HMOs winning over seniors

For some, though, care falls short

Bound and gagged

AMA: Unethical managed care rules stifle communication
From the AMA Board Chair

AMA to big managed care: Ungag doctors

Gatekeepers on trial

Primary care liability risks are rising with growth of managed care

HMOs not hurting hospital quality, new survey says

Managed care translates to 'Let the patient beware'

Effekterna av »managed care»

diskuteras livligt i amerikanska medicinska tidskrifter.

sation han är anställd av eller har kontrakt med. Huvudfrågan är om det finns en inneboende konflikt mellan att minska utgifterna (vilket innebär mindre service) och att hålla kvaliteten uppe.

Patientens nyckelfrågor

Det finns en rad frågor som en amerikansk patient kan vilja ha svar på om ett aktuellt program för »managed care». Det gäller sådana inslag som incitament som påverkar läkarnas kliniska beslut, patienternas valmöjligheter och vårdens kvalitet.

1. Hur får läkarna betalt? Får de någon form av bonusplan, och i så fall för vad?

2. Hur begränsat är patientens val av primärvårdsläkare respektive specialister? Och hur lätt är det att byta läkare?

3. Är det lätt att få uppgifter om läkarnas utbildning och erfarenhet? Har de klarat och förnyat sin specialistexamen och för hur länge sedan?

4. Vilka kriterier finns för att ta in nya läkare i vårdorganisationen?

5. Hur garanterar organisationen kvalitet, på vilket sätt genomförs förbättringar och hur ofta utvärderas verksamheten?

6. Vilka mekanismer finns för att hantera klagomål på läkarna och vården?

7. Är det möjligt att komma fram till vårdgivaren per telefon dygnet runt, hela veckan, utan att det ständigt tutar upptaget?

Ett framtidsperspektiv

I framtiden kommer det att bli lättare att tillämpa »managed care» eftersom läkare, sjukhus, försäkringsbolag, sjukvårdsbolag etc i allt större utsträckning går samman i större enheter. Del-

staterna kommer att vara de som främst styr dessa system eftersom den federala ekonomin och auktoriteten krymper. Läkare och sjukhus kommer att i ökande utsträckning ta initiativet till och kontrollera sådana fusioner. Datainsamlingen förbättras så att man säkrare kan bedöma hur nyttiga olika diagnostiska och terapeutiska åtgärder är. Och konsumenterna kommer att få tillgång till mer sådan information.

»Revolutionen» i form av »managed care» är långt ifrån fullbordad, vi vet inte vilken betydelse den får, och det är fortfarande tveksamt vad den kommer att ge genomsnittspatienten. I varje fall för tillfället har vissa vinstdrivande vårdorganisationer med »managed care» lyckats pressa ner kostnaderna.

Vad har den ökade effektiviteten och produktiviteten inneburit för patienten? Kommer det att förbättra medicinsk praktik genom att minska onödig vård och främja de mest effektiva diagnostiska och terapeutiska metoderna? Kommer det att förbättra vårdresultatet för patienten eller endast öka marknadens vinster?

Litteratur

1. A glossary of terms: The language of managed care and organized health care systems. Washington: United Healthcare Corporation, 1992.
2. Enthoven AC. Why managed care has failed to contain health costs. Health Affairs 1993 (Fall): 28-43.
3. Iglehart J. Health policy report – The American health care system: managed care. N Engl J Med 1992; 327: 743-7.
4. 1994 HMO performance report. Washington D C: Group Health Association of America, 1994.
5. Rodwin MA. Conflicts in managed care. N Engl J Med 1995; 332: 604-7.
6. United States General Accounting Office. Managed health care: effect on employers' cost difficult to measure. February 2, 1994, Washington D C. (GAO/T-HEHS-94-91).