

Helseplaner og helseforsikring i amerikansk helsevesen



USA har ingen tvungen nasjonal helseforsikring, i stedet baserer man seg på prinsippet om frivillighet. Medicare dekker delvis helseutgiftene for de eldre. Medicaid og State Children's Health Insurance Program dekker kostnadene for helsetjenester og medisiner for den fattigste delen av befolkningen. De fleste amerikanere er forsikret gjennom arbeidsgiver som betaler størstedelen av premien til helseforsikringen. Mange selskaper konkurrerer om å tilby arbeidsgivere helseplaner. Utgiftene til helsevesenet har igjen begynt å øke kraftig, og mange arbeidsgivere har problemer med å betale de ansattes forsikringspremie. Samtidig kutter helseplanselskapene refusjonen til legene. Andre store utfordringer for helsevesenet i USA er at antallet mennesker uten helseforsikring øker og sterke krav om at reseptpliktige medisiner skal dekkes av Medicare.

USA har lenge vært fremst i medisinsk forskning og i utvikling av nye behandlingsmetoder. Både det offentlige og private bevilger store summer til forskning. Landet fungerer som en magnet på forskere over hele verden som strømmer til USA. Ti års sammenhengende økonomisk opptur har gjort landet rikere enn noen gang. Likevel kan vi lese om 40 millioner amerikanere som lever uten helseforsikring, og at 50 millioner er så dårlig forsikret at alvorlig sykdom ville ruinere dem. Hvordan er det mulig? Et års opphold ved Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i Atlanta der jeg deltok i et forskningsprosjekt om prostatacancer, gav meg også et innblikk i hvordan det amerikanske helsesystemet fungerer.

Historikk

Organiseringen i USA kan virke forvirrende og uryddig for oss som er vokst opp under et offentlig system der kun en modell har vært fremherskende. For bedre å forstå dagens situasjon i USA, kan vi gå litt tilbake i tid.

Så tidlig som før den første verdenskrig stod tvungen føderal helseforsikring på dagsordenen (1). Motstand både fra Ameri-

can Medical Association (AMA) og fra fagbevegelsen samt fra andre interessegrupper, som f.eks. forsikringsindustrien, gjorde at reformforsøkene døde hen. Fagbevegelsen så med mistillit på føderale myndigheters involvering i arbeidernes helse og velferd. Den amerikanske legeforeningen var ikke interessert i et helsevesen regulert og kontrollert av myndighetene. En toneangivende gruppe i 1930-årene var Committee on the Cost of Medical Care (CCMC) som bl.a. bestod av leger, sykehuseiere og representanter fra forsikringsbransjen, og som i stedet gikk inn for frivillig helseforsikring. Det ble dannet forsikringsordninger som Blue Cross Hospitals Plans og Blue Shield Medical Plans og selskaper som Kaiser Permanente etablerte seg. Prinsippet om frivillighet var sentralt; man skulle selv bestemme om man ville la seg forsikre eller ikke.

Det særegne amerikanske systemet med arbeidsgiver som dekker helseforsikringspremie oppstod under den annen verdenskrig, da det var forbud mot lønnsøkninger. I stedet utviklet det seg frynsegoder som bl.a. arbeidsgiverbetalt helseforsikringspremie. I tillegg var det og er det fortsatt, skattefrihet for den kapitalbedriftene setter av til å dekke de ansattes forsikringspremie. Slik kan bedriftene høste renteinntekter av store skattefrie fond.

Medicare

I 1965 undertegnet president Lyndon B. Johnson loven som skapte den offentlige helseforsikringen Medicare og Medicaid. Medicare består av to hoveddeler: Del A som er Hospital Insurance og del B som er Supplementary Medical Insurance. Medicare inkluderer alle personer 65 år og eldre, uføre som har mottatt uførestøtte fra Social Security i minst 24 måneder samt personer med langtids sykdom som nyresvikt. Del A dekker utgifter ved sykehusinnleggelser, hjemmehjelp og terminalpleie i hospice. Ved innleggelse i sykehus må pasienten betale en egenandel på 250 amerikanske dollar. Nødvendig sykehjemsopphold etter sykehusopphold dekkes i inntil 100 dager. De første 20 dager er dekningen 100 %, deretter inntreffer egenandel fra 21–100 dager. De mange egenandelene i systemet kan pasienten selv velge å betale kontant eller kjøpe en forsikring som dekker egenandelene (såkalt *medigap*-forsikring). Hvis pasienten oppfyller

kravene for Medicaid, vil Medicaid betale egenandelene.

Den andre delen av Medicare (del B) dekker utgifter til legehjelp ved sykehuspoliklinikk og ellers utgifter til legehjelp utenfor sykehus. Videre dekkes kostnader ved laboratorietester, noen vaksiner og noen reseptpliktige medikamenter som ikke kan administreres av pasienten selv. En månedlig premie til del B (45,50 dollar i januar 2000) må betales av hvert medlem. Selv om det er valgfritt, velger de fleste medlemmer i del A også å være inkludert i del B. I 1998 var 39 millioner amerikanere inkludert i del A og 37 millioner i del B. Helseutgifter som ikke dekkes av Medicare er f.eks. de fleste reseptpliktige medisiner, langtidsopphold på sykehjem, utgifter til tannpleie, briller og høreapparat.

Medicaid

Mens Medicare er føderalt finansiert, er Medicaid finansiert med ca. 50 % på føderale myndigheter og ca. 50 % på den enkelte delstat. Andelen føderal finansiering versus statlig finansiering kan variere noe avhengig av om delstaten er «fattig» eller «rik». Medicaid dekker utgifter til helsetjenester og medisiner for den fattigste del av befolkningen. Innenfor brede, føderalt bestemte retningslinjer kan den enkelte delstat selv bestemme hvilke kriterier som skal gjelde for å falle inn under ordningen og hvilke tjenester som skal tilbys under Medicaid. F.eks. kan nedre inntektsgrense for inklusjon variere fra stat til stat. Ca. 15 % av de inkluderte i Medicare er også dekket av Medicaid som da dekker egenandelen ved sykehusopphold, betaling av reseptpliktige medisiner og langtidsopphold på sykehjem. Ca. halvparten av nasjonens utgifter til sykehjem dekkes av Medicaid.

State Children's

Health Insurance Program

State Children's Health Insurance Program (SCHIP) ble dannet i 1997 og gir helseforsikring til barn fra familier som ikke faller inn under Medicaid og som ikke har råd til privat helseforsikring.

Health Maintenance Organizations

Health Maintenance Organizations (HMO) og såkalt «managed care» ble skapt som et forsøk på å dempe den stadige økningen i ut-

giftene til helsetjenester som fant sted i 1960-årene og i begynnelsen av 1970-årene. Frem til da var den vanlige ordningen «fee-for-service» (FFS), dvs. forsikringsselskapene betalte pasientens sykehus- og legerengeringer etter hvert som de forelå, og uten å stille for mange spørsmål. De fleste arbeidsgivere betalte hele eller størstedelen av de ansattes forsikringspremie og følte derfor en stadig økende belastning fra forsikringspremier som gikk til vær.

I begynnelsen av 1970-årene bad president Richard Nixon Kongressen om å utvikle en nasjonal strategi for å bevege helsevesenet bort fra en ren forsikringsmodell over til forhåndsbetalte helseplaner, managed care. Tanken var at helseplaner organisert av HMO og etter hvert andre tilsvarende selskaper, skulle knytte til seg sykehus og leger for så å tilby en ferdig «pakke» med helsetjenester til arbeidsgivere som betalte en forhåndsbestemt pris per ansatt. Arbeidsgivere med over 25 ansatte hadde plikt til å tilby de ansatte en managed care-helseplan som alternativ til vanlig FFS-forsikring. Etter hvert skulle managed care-reformen revolusjonere helsevesenet og bidra til å flytte makt fra leger og sykehus over til gigantiske helseplanselskaper som spesialiserte

seg på storinnkjøp av helsetjenester (2). De store arbeidsgiverne fikk også mye mer å si, i kraft av sin størrelse kunne de stille sterkt i forhandlinger om pris når helseplaner skulle velges.

Myndighetene forsøkte også å oppmuntre til at eldre tilsluttet Medicare ble omfattet av en managed care-plan, for slik å redusere stadig økende Medicare-kostnader.

Som eksempel på hvordan systemet fungerer, kan vi ta Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i Atlanta der jeg arbeidet. De ansatte tilbys to typer helseplaner: En forhåndsbetalt managed care-plan der mange forskjellige HMO og andre tilsvarende selskaper konkurrerer om å kapre kunder. Det andre er en FFS-plan som det også er mange å velge blant. Den del av premien den ansatte selv må betale, avhenger av hvilken plan den ansatte har valgt og hvor omfattende dekningen er. Velger den ansatte en managed care-plan, kan kun helseinstitusjoner og praksiser som er tilknyttet planen, benyttes. Som regel er FFS-planene dyrest, men da står man til gjengjeld friere til å velge lege.

Kritikk av managed care-systemet

Tanken bak managed care-reformen var opprinnelig å sikre god kvalitet på helsetjenesten og samtidig holde utgiftsøkningen i sjakk. Mange kritikere av dette systemet mener at kostnadskontroll har vært hovedanliggende, mens kvalitetstanken er blitt skjøvet i bakgrunnen.

I starten medførte ordningen med managed care-planer at utgiftsøkningen for arbeidsgiverne stagnerte. Nå ser vi igjen at utgiftene skyter i været og bedriftene ser seg om etter nye måter å redusere utgiftene på. I år 2001 betalte amerikanske bedrifter 140

nads helsehjelp (uncompensated care provision) til pasienter med bopel i området og som ikke har helseforsikring. Helsesentre under denne loven har bare plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, mens sykehus også har plikt til å hjelpe pasienter som ikke trenger øyeblikkelig hjelp. Majoriteten av sykehus i USA er enten offentlige eller drives på non-profitbasis og faller dermed inn under Hill Burton-loven. Skulle pasienten havne på et privat sykehus, er sykehuset likevel bundet av føderale lover til å sørge for at pasienten er i stabil tilstand før han eventuelt sendes videre til et sykehus som er forpliktet til «uncompensated care provision».

Pasienter uten forsikring, og dermed uten fast lege, venter ofte i det lengste med å gå til lege, ofte til tilstanden blir akutt. Dette skaper vanskelige kår for preventiv medisin (4). Akuttmottakene fylles også opp av pasienter med banale lidelser der pasientene etter flere timers venting, blir tilsett av lege. En av årsakene til at sykehuse- ne stadig øker prisene på sine tjenester til selskaper som selger managed care- eller FFS-helseplaner, er en stadig økende byrde av ikke-forsikrede som behandles i sykehusesenes akuttmottak (5). De som betaler sin helseforsikring, betaler m.a.o. også kostnadene ved behandling av pasienter

uten helseforsikring. At disse utgiftene stadig øker, bekymrer forbrukerorganisasjonene.

Hvordan opplever legene dagens system?

Makt og innflytelse er altså blitt flyttet fra legene over til de store arbeidsgiverne og helseplanselskapene. De store arbeidsgiverne har stilt sterkt i forhandlinger med helseplanselskapene og har kunnet presse prisene. Helseplanselskapene på sin side ønsker naturlig nok å tjene mest mulig på sin virksomhet og har i den andre enden presset refusjonen til legene. Antitrustlover har hittil hindret legene i å danne store sammenslutninger i forhandlinger med helseplanselskapene når det gjelder fastsettelse av refusjonstakster. Forsøk i Kongressen på å endre disse lovene har hittil ikke ført frem (6). Legeforeninger i flere delstater er for tiden i rettssak mot store helseplanselskaper som beskyldes for bl.a. å presse leger inn i ufordelaktige avtaler, for avslag på innsendte refusjonskrav og sen betaling av legerefusjon og nedjustering av takstene legene har oppgitt.



Kampen om amerikansk helsepolitikk foregår bl.a. i kongressbygningen i Washington D.C. Norsk legesønn i forgrunnen. Foto Viktor Berge

milliarder dollar i private sykeforsikringer for totalt 160 millioner ansatte under 65 år (3). I år 2002 forventer amerikansk næringsliv å bruke 13 % mer enn i 2001 på helsetjenester for sine ansatte, den største økningen det siste tiåret.

En av flere negative konsekvenser ved managed care-planer er hyppig bytte av primærlege for de ansatte. Arbeidsgivere på jakt etter lavest mulig helsedekning for sine ansatte, «shopper» rundt etter billigst mulig helseplan med den følge at de ansatte stadig vekk måtte bytte primærlege pga. nytt valg av helseplan. Som tidligere nevnt, er det til hver helseplan tilknyttet bestemte leger og sykehus som helseplanens medlemmer er forpliktet til å bruke for å få dekket utgiftene sine.

Hva gjør de uten sykeforsikring hvis de blir syke?

I 1947 ble Hill Burton-loven (Hill Burton Act) vedtatt i Kongressen. Den pålegger sykehus og helsesentre som har fått føderale midler til oppbygging eller modernisering av institusjonen, til å yte gratis eller lavkost-

Det er derfor en økende frustrasjon blant privatpraktiserende amerikanske leger (7). De fleste praktiserende leger utenfor sykehus arbeider i gruppepraksiser som kan omfatte noen få til flere hundre leger. Et eksempel på det første er Associates in Surgery and Gastroenterology i New Hampshire, en trelegepraksis med seks ansatte i støttefunksjoner (8). Som eksempel på det siste er Marshfield Clinic, Wisconsin, som omfatter 678 leger og har hele 5 158 ansatte i støttefunksjoner (9). Slike praksiser frykter betydelige inntektstap hvis Medicare kutter sine refusjonstakster med de bebudede 5,4%. Refusjonstakstene i Medicare pleier å være retningssgivende for de private helseplanselskapene som da også forventes å kutte sine refusjoner.

Sykehusleger er ansatt under forskjellige vilkår, individuelle avtaler er det vanlige. Noen har fast lønn, mens de fleste får sin inntekt dels fra sykehuset og dels på grunnlag av innsendte refusjonskrav til pasientenes forsikringselskap. Slik blir også sykehusleger direkte berørt av endringer i refusjonstakstene i tillegg til indirekte ved at sykehusenes inntekter også påvirkes av endringer i Medicares og de private helseplanselskaperes takster.

Refusjonstakster som ikke holder tritt med stadig økende utgifter og et omseggrpende skjemavelde, har tvunget legene til å motta stadig flere pasienter. Stadig flere leger velger å ta en egenandel på for eksempel 4 000 dollar per år fra pasienten i tillegg til forsikringsrefusjon (10). På den måten slipper legen å ta imot altfor mange pasienter og kan samtidig gi hver pasient bedre behandling.

I årets Medicare-budsjett fra Bush-administrasjonen foreslås det som nevnt å redusere legerefusjonstakstene fra Medicare med 5,4%. Dette vil ifølge mange få dramatiske følger (7): Enda flere vil forsvinne fra privatpraksis, enda flere leger vil nekte å ta imot Medicare-pasienter, enda flere leger vil følge trenden blant leger i California som ikke bryr seg med å inndrive forsikringsbetalingen som ofte er et omstendelig arbeid. I stedet tar de direkte betaling av pasienten.

Fremtiden

Det store stridsspørsmålet nå er om Medicare også skal dekke reseptpliktige medisiner. Demokratene ønsker å gi Medicare 300 milliarder dollar til dette formålet, mens republikanerne vil bruke noe av dette beløpet også til skattelettelser til dem som skaffer seg privat helseforsikring i stedet for Medicare slik at presset på Medicare dempes.

Mange har stilt spørsmål ved koblingen mellom helseforsikring og arbeidsgiver. Fra 1987 til 1996 har prosentandelen av befolkningen under 65 år med arbeidsgiverbasert helseforsikring sunket fra 69% til 64%. I tider med stor arbeidsløshet faller mange utenfor. På 13 måneder i 2001 og 2002 mistet

to millioner mennesker sin helseforsikring da arbeidsløsheten begynte å stige i USA. For hver 100 som mister jobben, øker antallet uten helseforsikring med 85 (5). Mange jobber deltid og er derfor heller ikke inkluderbare i dagens forsikringsordninger. Likeledes makter mange arbeidsgivere ikke å tilby helseforsikring eller egenbetalingen er så stor at den ansatte dropper helseforsikring. En ansatt må i dag selv betale ca. 14–16% av premien til helseforsikring, i gjennomsnitt 7 000 dollar per år i egenbetalt premie for å dekke seg og sin familie. Dette forventes å stige til 10 000 dollar i 2004 (3). Dette har medført at andelen uten sykeforsikring er økende i USA. Dette bidrar til at premien for de ulike helseplanene øker fordi sykehusene må dekke inn sitt tap andre steder. Mye tyder på at arbeidstakerne vil bli nødt til å betale en enda større del av sin helseforsikring. Fagforeningene er redd for at arbeidstakerne igjen må velge mellom lønn eller helseforsikring, slik de ble tvunget til ved tidligere dårlige økonomiske tider. Clinton-administrasjonen anført av Hillary Rodham Clinton mislyktes i 1993–94 med å få vedtatt lovforslag som innebar vidtrekkende reformer av det amerikansk helsevesenet. Vi får se om tiden for et nytt forsøk nærmer seg.

Victor Berge

Urologisk seksjon
Kirurgisk avdeling
Akershus universitetssykehus
1474 Nordbyhagen

Litteratur

1. Fawley IL. A historical perspective on health reform. *Medical Group Management Journal* 1992; 39: 44–9.
2. Bodenheimer T, Sullivan K. How large employers are shaping the health care marketplace: First of two parts. *N Engl J Med* 1998; 338: 1003–7.
3. Corporate health plans. Treatment of choice. *The Economist* 19.1.2002.
4. Frame PS. Screening for cancer: progress, but more can be done. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93: 1676–7.
5. Freudenheim M. Alarmed at rising number of uninsured Americans, coalition forms to reverse trend. *The New York Times* 9.2.2002.
6. Eversley M. Barr proposes health care bill. *The Atlanta Journal-Constitution* 8.3.2002.
7. Tomlinson P. Private practice: an endangered species. *The Medical Herald* mars 2002.
8. Bradley JD. MGMA testimony to Congress on problems with Medicare. 4.4.2002. www.mgma.com/press/testimony-04-03-01.cfm.
9. Turney S. MGMA Statement on Medicare Payment Policy: ensuring stability and access. 14.2.2002. www.mgma.com/press/medicare2002.cfm.
10. Belluck P. Doctors' new practices offer deluxe service for deluxe fee. *The New York Times* 15.1.2002.

○