

# Gatekeeping – Open Door to Effective Medical Care Utilisation?

**Eva Hromádková**

## **Non-technical summary**

As health care costs continue to escalate, it has become progressively more imperative for health insurance companies to find effective ways to control costs and manage medical care while not significantly degrading patient outcomes. One rarely challenged cornerstone of this managed care is gatekeeping - the requirement that a primary care physician (PCP) coordinates a patient's treatment and provides referrals to specialists, hospitals or other providers. The intended purpose of gatekeeping is to ration access to costly specialty care only to patients who really need such care and retain the treatment of less severely ill patients with the less costly PCP. In this paper, we evaluate whether gatekeeping actually works as intended and try to shed some light on patterns of subsequent care.

To address this issue, we use detailed individual-level panel data from the 2001-2006 Medical Expenditure Panel Survey, in which we can distinguish not only each episode of illness, but within a given episode, the pattern of initial and subsequent provider contact. To our knowledge, use of this design is unique in the literature. To deal with the self-selection problem, we take advantage of a quasi-natural experiment within our data. We identify the impact of gatekeeping in a sub-sample of respondents whose enrollment choice between gatekeeping and non-gatekeeping insurance plans was driven by the limited choice of insurance plans provided by their employer, i.e., a factor external to their medical care demand.

Contrary to previous studies, we find no economically significant difference between the initial provider contact (IPC) choices of individuals enrolled in gatekeeping or non-gatekeeping plans. Therefore, we conclude that gatekeeping does not effectively influence patient behavior through its presumed main operating channel, i.e., restricting direct access to the specialty care. Moreover, when we further analyze patterns of medical care after initial contact for both gatekeeping and non-gatekeeping plans, we find that gatekeeper patients are 25 percent more likely to be referred by their PCP to a specialist than non-gatekeeper patients who use PCP as ICP. This result continues to support the main finding that gatekeeping does not reduce specialty care.

While the implication of these findings for the insurance industry would be that gatekeeping has a minimal impact on health care costs, we decided to further analyze the effectiveness and appropriateness of referrals by gatekeeping PCPs as compared to self-referrals. We find that PCP-referred patients have greater illness severity (as proxied by the probability of further hospitalization) than self-referred patients. Therefore, it appears

that gatekeeping PCPs do retain the healthier patients, referring only the more severely ill patients to specialty care. On the other hand, 21 percent of patients with gatekeeping do self-refer mainly for conditions that are recognizable and less severe, but still suitable for specialty care even though they may have to pay out of pocket. This self-selection affecting the health composition of self- and PCP- referred patients within gatekeeping plans needs to be taken into account by policy makers, especially when combining gatekeeping with referral incentives for physicians.

### **Non-technical summary**

S rostoucími náklady začalo být pro zdravotní pojišťovny nevyhnutné najít efektivní způsoby kontroly nákladů a řízení zdravotní péče, které ale nesmí zhoršit pacientův zdravotní stav. Jedním ze základních a málokdy zpochybňovaných pilířů řízení péče je tzv. gatekeeping, t.j. požadavek, aby všeobecný lékař koordinoval pacientovu léčbu a doporučil ho dále ke specialistům, do nemocnice nebo k jiným poskytovatelům zdravotní péče. Gatekeeping má tedy za cíl umožnit přístup k nákladné speciální péči jen pro pacienty, kteří ji skutečně potřebují, a ponechat péči o méně vážně nemocné pacienty v rukách méně nákladného všeobecného lékaře. V našem článku hodnotíme, jestli gatekeeping skutečně funguje jak bylo zamýšleno, a též sledujeme dopad na průběh následné péče.

Výše popsanou analýzu jsme provedli na vzorku dat z Výběrového panelového šetření výdavků na zdravotní péči (Medical Expenditure Panel Survey) za roky 2001 - 2006. V těchto datech jsme schopni rozlišit nejen každou epizodu nemoci, ale v rámci jedné epizody rozlišit také prvotní kontakt a poskytovatele následné péče. Pokud je nám známo, jedná se o jedinečný přístup k danému problému v literatuře. S problémem nenáhodného výběru pojištění (tzv. self-selection) jsme se vyspořádali využitím kvazi-přirozeného pokusu v našich datech. Vliv gatekeepingu totiž identifikujeme pouze na respondentech, u kterých výběr mezi pojištěními s a bez gatekeeping restrikce byl podmíněn omezenou nabídkou pojistných plánů ze strany zaměstnavatele, t.j. faktorem nezávislým na jejich poptávce po zdravotní péči.

Na rozdíl od výsledků dřívějších studií jsme nenašli ekonomicky významný rozdíl mezi výběrem poskytovatele prvotního kontaktu respondentů s a bez gatekeeping restrikce. Z toho vyvozujeme, že gatekeeping neovlivňuje účinně pacientovo chování skrze svůj hlavní operační kanál - restrikci na přístup k zdravotní péči specialistů. Následně jsme analyzovali další průběh léčení, po prvotním kontaktu, a zjistili jsme, že pacienti s gatekeeping restrikcí mají o 25 procent vyšší pravděpodobnost být svým všeobecným lékařem doporučení k specialistovi než pacienti bez gatekeeping restrikce. Toto zjištění je v souladu s hlavním výsledkem, a to že gatekeeping efektivně nesnižuje poptávku po službách a péči specialistů.

Hlavním praktickým důsledkem našich zjištění pro zdravotní pojišťovny je, že gatekeeping restrikce má jen minimalní vliv na snižování nákladů na zdravotní péči. Rozhodli jsme se proto blíže prozkoumat, zda jsou doporučení ke specialistům od všeobecného lékaře náležitější než přímé návštěvy specialistů z rozhodnutí pacienta. Zjistili jsme, že pacienti s doporučením od všeobecného lékaře trpí v průměru závažnějšími nemocemi než pacienti, kteří navštíví specialistu přímo bez doporučení. Zdá se, že si všeobecní lékaři ponechávají k léčení méně vážně nemocné pacienty a doporučují pouze závažnější případy. Dalším vysvětlením může být, že pacienti “obejdou” všeobecného lékaře jen s lehce diagnostikovatelnými nemocemi, které vyžadují zásah specialisty. Politici a řídicí činitelé by měli tuto selekci brát v potaz při nastavování pravidel a pobídek pro lékaře systému celého zdravotnictví.