

De voorgenomen hervormingen van de Amerikaanse gezondheidszorg

Het plan-Clinton

Beschrijving

Y.W. van Kemenade

De Amerikaanse gezondheidszorg fungeert vaak als voorbeeld voor de Nederlandse situatie; inmiddels zijn beleidmakers uit de Verenigde Staten ook de Nederlandse situatie gaan bestuderen. Beide landen kampen met dezelfde problemen, maar zoeken daar niet altijd dezelfde oplossingen voor. 'Simons' vertoont parallellen, maar ook verschillen met 'Clinton'.

IN DE VERENIGDE STATEN wordt 13,4% van het bruto nationaal produkt gespenseerd aan gezondheidszorg. Verwacht wordt dat dit percentage zal oplopen tot 18% in het jaar 2000. Naar schatting 37 miljoen Amerikanen (14% van de bevolking) zijn niet verzekerd tegen ziektekosten en 22 miljoen Amerikanen hebben een inadequate (minimale) verzekering. Ongeveer 80% van hen zijn (gezinsleden van) werknemers uit de laagste inkomenscategorie, de overigen zijn vooral werklozen en hun gezinnen. Verder is er nog een aanzienlijk aantal personen dat na een ernstige en kostbare medische aandoening door zijn verzekeraar van een gewone verzekering wordt uitgesloten; vaak zijn zij niet in staat de hoge kosten van een speciale polis te betalen. Verlies of verandering van baan gaat vaak gepaard met het verlies van een ziektekostenverzekering. De zorg onder de bevolking is ongelijk verdeeld. De Verenigde Staten is de enige geïndustrialiseerde democratie zonder nationaal gezondheidszorgplan.

Kleine bedrijven bieden hun werknemers meestal geen ziektekostenverzekering aan, omdat de wet hen daartoe niet verplicht. Grotere bedrijven proberen de kosten (thans ongeveer 25% van het netto-inkomen) te drukken door de omvang van de dekking te verminderen, een eigen risico in te voeren of gezinsleden uit te sluiten. Ernstig zieke onverzekerden hebben recht op medische verzorging als zij zich bij een eerstehulpafdeling van een ziekenhuis melden. Door dit systeem zijn de

kosten van deze afdelingen de laatste jaren zo hoog opgelopen dat veel ziekenhuizen verlies lijden en vervolgens hun eerste-hulpafdeling sluiten.

Vijfentwintig cent van iedere dollar op een ziekenhuisrekening gaat naar bureaucratie en papierwerk. De zorgverzekeraars rekenen voor kleine bedrijven ongeveer 35% meer premie dan voor grotere bedrijven. Amerika kent een versnipperd gezondheidszorgsysteem. Het grootste deel van de werkende populatie is particulier verzekerd via zijn werkgever. De overheid heeft voor deeloplossingen gezorgd in de vorm van een Medicaid- en een Medicare-programma. Medicaid en Medicare moeten voor respectievelijk de minvermogens en de ouderen alle nood-

op gezondheidszorg voor iedere Amerikaanse burger, onafhankelijk van inkomen, arbeidsstatus en gezondheidstoestand. Het is de bedoeling dat in december 1997 iedere Amerikaan verzekerd is voor gezondheidszorg. Het plan-Clinton is gebaseerd op zes basisgedachten:

1. *toegankelijkheid*. Iedere Amerikaan krijgt een 'Health Security Card', die hem recht geeft op een standaardpakket aan zorg. Deze kaart garandeert een vrije toegang tot de gezondheidszorg, ongeacht de situatie waarin men verkeert;
2. *eenvoud*. In het voorgestelde plan wordt de overheidsregulering vereenvoudigd. Er zal één standaard-verzekeringsprogramma zijn in plaats van honderden. De 'health security card' kan worden gebruikt

In het hervormingsplan krijgen de consumentengroepen ('alliances') en de kleine bedrijven dezelfde onderhandelingsvrijheid met verzekeraars als de grote bedrijven

zakelijke medische zorg garanderen. Beide voorzieningen worden echter steeds meer uitgekleeft.

In september 1993 heeft president Clinton een hervormingsplan voor de gezondheidszorg gepresenteerd. In dat plan staan kostenbeheersing en gezondheidszorg voor iedereen centraal.

Het plan

"Guaranteeing comprehensive benefits that can never be taken away. Controlling health care costs for consumers, business and our nation. Improving the quality of American health care. Increasing choices for consumers. Reducing paperwork and simplifying the system. Making everyone responsible for health care. These are the principles of the Health Security Act of 1993 and they are *not negotiable*" (President Clinton, 22 september 1993).

De grote lijnen

De twee centrale punten in het hervormingsplan van Clinton zijn het beheersen van de kosten en het verkrijgen van recht

om elektronisch te betalen. Ook wordt in het hervormingsplan gesproken van het ontwikkelen van gezondheidszorg-informatienetwerken, waarbij de gegevens van deze kaart kunnen worden gebruikt;

3. *besparingen*. In het hervormingsplan krijgen de consumentengroepen ('alliances') en de kleine bedrijven dezelfde onderhandelingsvrijheid met verzekeraars als de grote bedrijven. Hierdoor kan de stijging van de premies worden beperkt en fraude en misbruik worden uitgebannen. Ook worden er beperkingen gesteld aan de maximaal toelaatbare verhogingen van de premies. Zorgverzekeraars kunnen niet zoals voorheen de premies ongelimiteerd verhogen na bijvoorbeeld een ziektegeval in de familie.

Ook wordt gepleit voor verlaging van de prijzen van medicijnen. Verwacht wordt dat er kosten kunnen worden bespaard door de concurrentie op kwaliteit en prijs tussen 'health plans';

4. *keuzevrijheid*. Consumenten krijgen de vrijheid een eigen arts of een netwerk van artsen en ziekenhuizen te kiezen of deel

te nemen aan een 'health maintenance organization'. Ieder jaar kan een nieuwe keuze worden gemaakt. Artsen kunnen er ook voor kiezen in meer dan één plan te participeren;

5. *kwiteit*. De overheid zal 'report cards' voor 'health care plans' ontwerpen. 'Report cards' bevatten gestandaardiseerde en controleerbare informatie over de 'health plans'. Verder wordt in het hervormingsplan de nadruk gelegd op preventieve en eerstelijnszorg en wordt onderzoek gestimuleerd naar behandelingen voor chronische ziekten, zoals kanker, AIDS, de ziekte van Alzheimer en hartziekten;

6. *verantwoordelijkheid*. Verzekeraars mogen geen patiënten weigeren op basis van hun gezondheidstoestand. Alle werkgevers moeten bijdragen aan de verzekeringspremies van hun werknemers. Kleine organisaties kunnen kortingen krijgen. Iedere Amerikaan, arm of rijk, moet bijdragen aan de kosten van een verzekeringspremie. In het hervormingsplan wordt voorgesteld de tabaksbelasting te verhogen.

Om deze basisgedachten te kunnen verwezenlijken wordt in het hervormingsplan gesproken van een herstructurering van de verzekeringsmarkt, het introduceren van een globaal nationaal budget, een van overheidswege vastgesteld standaardbasispakket en een mandaat aan alle werkgevers om een deel van de premie van hun werknemers te betalen. Gesproken wordt van geregelde concurrentie bin-

en informatie verstrekken aan de verzekerden.

De overheidsbemoeienis met betrekking tot de verzekeringsmarkt zal bestaan in het standaardiseren van pakketten en het controleren van de premies. Verder dient de overheid de concurrentie te stimuleren tussen 'health plans' (prijs en kwaliteit). Verwacht wordt dat de 'health plans' zullen gaan werken met arrangementen waarin netwerken van aanbieders zorg verlenen aan de bij dat 'health plan' aangesloten verzekerden voor een vastgesteld bedrag per persoon. Ook blijven de plannen bestaan waarbij een vergoeding per verrichting ('fee for service') wordt betaald.

Verwacht wordt dat de concurrentie tussen de 'health plans' de groei van de kosten van de gezondheidszorg zal drukken en dat een macrobudget, vastgesteld door de overheid (National Health Board), de groei van de premies zal beperken.

Een nieuwe structuur

In het hervormingsplan van Clinton wordt voorgesteld de structuur van de gezondheidszorg te veranderen. De verantwoordelijkheden van de nationale overheid, de staten en de 'alliances' worden als volgt verdeeld:

De *nationale overheid*:

- stelt het nationale kader vast;
- stelt het gegarandeerde basispakket vast;
- stelt beperkingen aan de groei van ziektekostenpremies;
- verandert het verzekeringsstelsel;

De 'health alliance' is een vertegenwoordiging van verzekerden die zich zal gaan gedragen als een bemiddelende partij tussen verzekerden en zorgaanbieders

nen een globaal budget. De basis van het plan is het creëren van regionale 'alliances' (consumentenorganisaties), die zorg moeten gaan dragen voor de concurrentie tussen particuliere 'health plans'. Alleen organisaties waarbij meer dan 5.000 mensen werken mogen de regionale 'alliances' negeren en direct met de zorgaanbieders onderhandelen ('corporate alliances'). Alle werkgevers zullen ten minste 80% van een gemiddelde premie van een 'health plan' voor hun werknemers moeten betalen, tot een maximum van 7,9% van het inkomen; de rest van de premie moeten de werknemers zelf betalen. De overheid stelt subsidies beschikbaar voor kleine bedrijven en lage individuele inkomens. Regionale 'alliances' moeten onderhandelen over de premies en de 'health plans'

- stelt de kwaliteitsstandaarden vast.

De *staten*:

- implementeren het hervormingsplan binnen het vastgestelde kader;
- richten 'alliances' op;
- certificeren 'health plans';
- houden toezicht op de kwaliteit en de beschikbaarheid van zorg;
- implementeren veranderingen met betrekking tot verzekeringen.

De *'alliances'*:

- kopen zorg in voor consumenten en werkgevers;
- nemen de verschillende concurrerende 'health plans' in overweging;
- verspreiden consumenteninformatie;
- innen premies en betalen 'health plans'.

In de nieuwe structuur van de gezond-

heidszorg zal een onafhankelijke *National Health Board* (NHB) worden ingesteld. De NHB krijgt een toezichthoudende taak met betrekking tot de vaststelling en administratie van het nieuwe gezondheidszorgsysteem door de diverse staten. De NHB zal bestaan uit zeven leden, aangewezen door de president, zal worden geadviseerd door het Congres en zal worden benoemd voor vier jaar. De NHB moet de eisen voor plannen van de diverse staten vaststellen en controleren of er aan deze vereisten wordt voldaan. Verder dient de NHB het basispakket te evalueren en te adviseren aan de president en het congres hierin veranderingen aan te brengen. Ook moet de NHB een basisbudget vaststellen en controleren voor de 'alliances'. De staten dienen één of meer 'alliances' op te richten (niet meer dan één 'alliance' in een regio) en 'health plans' goed te keuren. De regionale en 'corporate alliances' moeten onderhandelen over 'health plans', service en prijs voor consumenten en werkgevers. De concurrerende 'health plans' zullen zorg leveren die is opgenomen in het verplichte standaardpakket. Iedere 'alliance' biedt één of een aantal plannen aan, inclusief een traditionele vergoeding per verrichtingarrangement, PPO's en HMO's.

Regionale 'health alliances'

De 'health alliance' is een vertegenwoordiging van verzekerden die zich zal gaan gedragen als een bemiddelende partij tussen verzekerden en zorgaanbieders. De 'alliance' gaat uit naam van de verzekerden onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van de zorg. Mensen zonder betaald werk kopen de gezondheidszorgdekking direct van de regionale 'health alliance' en kunnen in aanmerking komen voor een overheidssubsidie.

De staten mogen zelf uitmaken welke vorm zij hun 'alliances' willen laten krijgen en hoe ze die willen laten besturen. De 'alliances' kunnen een onderdeel zijn van de overheid, een onafhankelijke rijksinstelling of een 'non-profit'-organisatie. Het bestuur van een 'alliance' wordt samengesteld uit aangesloten werkgevers en consumenten. Alle werknemers van organisaties met minder dan 5.000 werknemers en de ambtenaren op alle niveaus zijn verplicht zich aan te sluiten bij een regionale 'alliance'. De 'alliances' kunnen hun invloed gebruiken om de 'health plans' onder druk te zetten goede kwaliteit van zorg te bieden tegen de laagste prijs.

Bedrijven met meer dan 5.000 werknemers kunnen hun eigen 'corporate alliance' oprichten en hun eigen zorgaanbod inkopen. Voor 'alliances' (en daarmee de 'health plans') wordt het verplicht ge- ■

steld minimaal een basispakket aan te bieden, informatie te verschaffen en zich te houden aan de kwaliteitsstandaarden.

De 'health plans'

'Health plans' moeten worden gezien als *netwerken van zorgverzekeraars, artsen en ziekenhuizen* die contracten willen afsluiten met regionale en 'corporate alliances' om zorg te bieden aan de mensen die bij een 'alliance' zijn aangesloten. Het plan is om 'accountable health plans' (AHP's) te ontwikkelen, waarbij onder de regels van 'managed care' zorgverleners voorzieningen aanbieden tegen een gefixeerd bedrag per jaar, met variatie en concurrentie in prijs en kwaliteit rond een standaardpakket. Aanbieders worden contractueel betrokken bij AHP's of formeren deze zelf (bijvoorbeeld door verticale integratie). De AHP's worden aangestuurd door de regionale 'alliances'.

'Health plans' die zijn gecontracteerd door de 'alliances' moeten door het rijk zijn gecertificeerd en aan bepaalde standaarden

voldoen met betrekking tot toegang, premiehoogte, kwaliteit van zorg en consumenteninformatie. Een 'health plan' is gebonden aan een aantal *regels*:

- de acceptatieplicht. Een 'health plan' is verplicht iedereen te accepteren die bij een 'alliance' is aangesloten, onafhankelijk van de gezondheidstoestand of verwachte toename in het gebruik van zorg;
- de verplichting het standaardpakket aan te bieden;
- een verbod op premiedifferentiatie. Een 'health plan' is verplicht een nominale pakketpremie vast te stellen: de premie moet zijn gebonden aan het pakket van zorg en moet voor iedereen hetzelfde zijn;
- de verplichting tot 'community rating' (gemiddelde kostenberekening) om de premies te bepalen en risicoselectie door 'alliances' te voorkomen;
- de verplichting informatie te verschaffen aan de 'alliances' en consumenten met betrekking tot de kosten, kwalificaties en beschikbaarheid van zorgaanbieders, de procedures die worden gebruikt om het nut

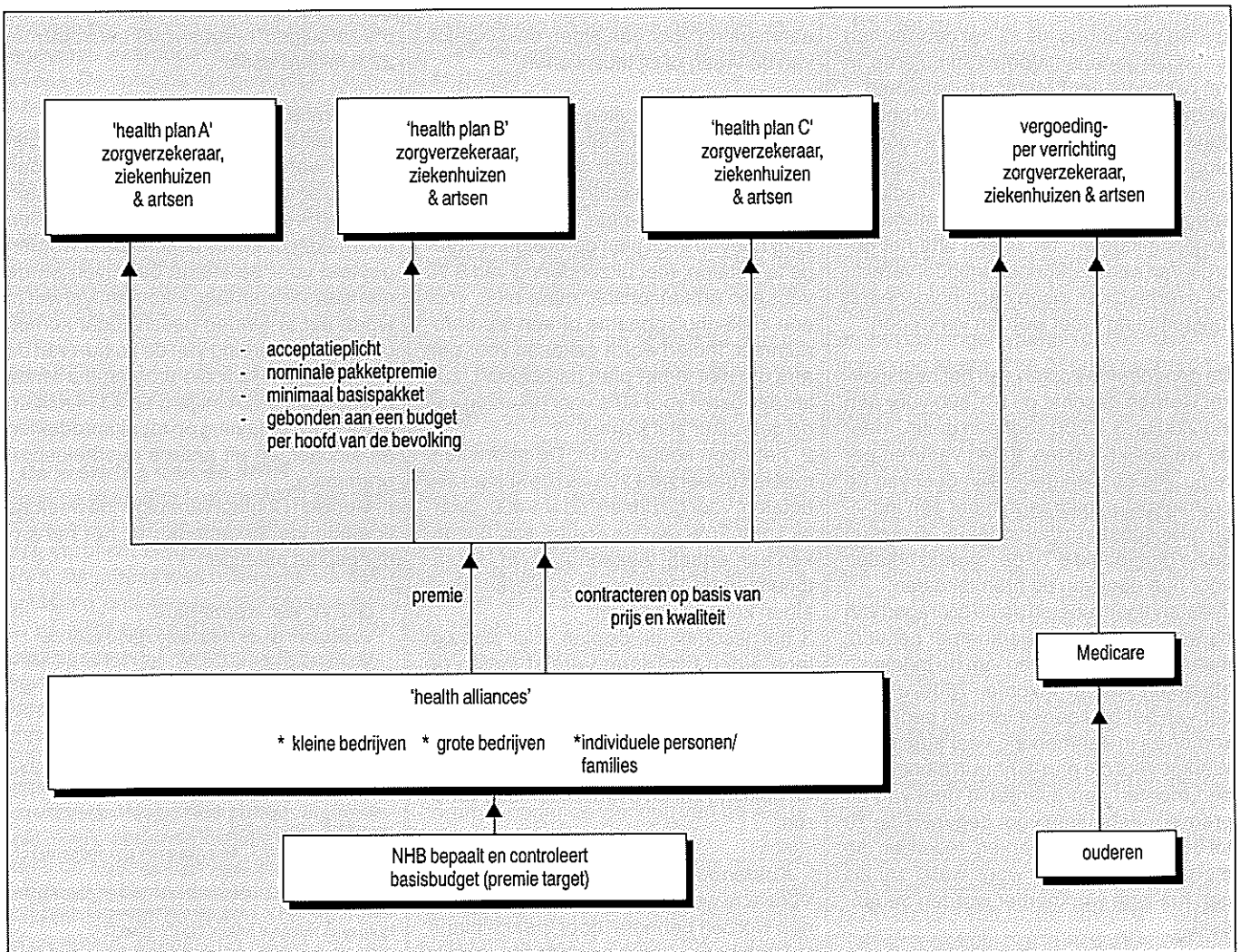
van de voorzieningen te bepalen en de procedures voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg.

Alle 'health plans', inclusief de plannen gebaseerd op een vergoeding per verrichting, zijn gebonden aan een budget per hoofd van de bevolking. In de *figuur* is schematisch de basisstructuur van het nieuwe systeem van de gezondheidszorg zoals in de hervormingsplannen weergegeven.

Het standaardbasispakket

In het hervormingsplan staat centraal dat alle inwoners van de Verenigde Staten zeker kunnen zijn van een standaardbasispakket. Het standaardpakket kan worden herzien door de National Health Board. Het zal bestaan uit: ziekenhuiszorg, eerste-hulp- en ambulancezorg, artsenconsulten, preventieve zorg (screening, vaccinatie, zwangerschapszorg), voorgeschreven geneesmiddelen, laboratorium- en diagnostische diensten, **☒**

Figuur. De basisstructuur van het nieuwe voorgestelde systeem van de gezondheidszorg.



verpleging en verzorging voor ouderen en lichamelijk gehandicapten in een instelling of thuis, zorg voor geestelijk gehandicapten, oogheelkundige en tandheelkundige zorg voor kinderen onder de 18 jaar.

Momenteel worden in veel gevallen de geneesmiddelen niet vergoed door de zorgverzekeraars of Medicare, hetgeen een forse aanslag kan betekenen op het gezinsbudget. In het hervormingsplan wordt voorgesteld een *geneesmiddelenplan* te introduceren. Afhankelijk van het 'health plan' kan worden gekozen voor een eigen bijdrage van \$ 5 per voorschrift of voor een eigen bijdrage van 20% per voorschrift als de grens van \$ 250 is bereikt, met een maximale jaarlijkse eigen bijdrage van \$ 1.000. In het hervormingsplan wordt met betrekking tot voorschriften niet gesproken over beperkingen op frequentie en kwantiteit. De fabrikanten

medische zorg subsidiëren voor werknemers die met vervroegd pensioen gaan op 55-jarige leeftijd en een arbeidsverleden hebben van ten minste tien jaar in die sector; deze gepensioneerden moeten 20% van hun premies betalen. Mensen van 65 jaar en ouder zullen nog steeds in aanmerking komen voor Medicare. Wel houden zij de keuze om bij hun 'alliance' te blijven. De staten kunnen hun Medicare-voorzieningen in het nieuwe systeem opnemen. Studenten onder de 18 jaar die bij hun ouders wonen, vallen onder de verzekering van hun ouders. Full-time studenten tussen de 18 en 24 jaar vallen ook onder de verzekering van hun ouders; wel kunnen studenten aanspraak maken op een dekking van de regionale 'alliance' van hun school. Studenten die onafhankelijk zijn van hun ouders zijn aangesloten bij de 'alliance' in de regio waar zij naar school gaan. Studenten boven de 24 komen in

budget vast te stellen. In het plan-Clinton wordt voorgesteld jaarlijks een nationale inflatiefactor vast te stellen overeenkomstig de Consumer Price Index van 1999. Deze factor bepaalt de jaarlijks toegestane premieverhoging. De federale overheid wordt verantwoordelijk gesteld voor de toewijzing van budgetten. In 1996 zal een nationale premie per hoofd van de bevolking worden berekend door de NHB, die zal zijn gebaseerd op uitgaven voor het basispakket per hoofd van de bevolking. De NHB zal een premie berekenen per hoofd van de bevolking voor iedere 'alliance', rekening houdend met regionale variaties in gebruik van gezondheidszorg en het aandeel on- en onderverzekerden. Ook wordt rekening gehouden met sociale-economische en demografische ontwikkelingen binnen de deelnemersgroep van een 'alliance'. Voor de 'corporate alliances' gelden soortgelijke richtlijnen. Verder kan worden gedacht aan vermindering van de bureaucratie, vermindering van fraude en stimulering van preventieve zorg, wat op de lange termijn kosten zal besparen.

Schattingen geven aan dat het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen als gevolg van de hervormingsplannen met 5% zal stijgen, hetgeen overeenkomt met 22,5 miljard dollar.

Financiering

De meeste gelden zullen afkomstig zijn van de werkgevers, die verplicht worden gesteld bij te dragen aan de premiekosten van hun werknemers. Vervolgens zullen overheidssubsidies beschikbaar worden gesteld voor de kleine bedrijven en de mensen met een laag inkomen. Verwacht wordt dat er gelden beschikbaar komen uit de vermindering van de kosten van de Medicare- en Medicaid-programma's (respectievelijk \$ 124 miljard en \$ 114 miljard in vijf jaar), belasting op tabaksproducten en alcohol, en uit andere overheidsprogramma's.

In Medisch Contact van volgende week zal ik enige kanttekeningen bij het hervormingsplan plaatsten. *

dr Y.W. van Kemenade,
werkzaam bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), schreef dit artikel op persoonlijke titel.

Literatuur

- Angell M. The beginning of health care reform: the Clinton plan. *N Engl J Med* 1993; 21: 1569-70.
Bonting SL. Crisis in de Amerikaanse gezondheidszorg. *TGE* 1993; 1: 2-7.
Kistemaker JWG. Amerikaanse gezondheidszorg herzien. *Medisch Contact* 1993; 42: 1291.
Report on Clinton Administration Health Care Reform Plan, presented to congress september 22, 1993. The Bureau of National Affairs Washington D.C.
The Boston Globe 23 september 1993

Centraal in het hervormingsplan staat dat alle inwoners van de Verenigde Staten zeker kunnen zijn van een standaardbasispakket

krijgen een bonus als zij het gebruik van merkloze geneesmiddelen stimuleren, in het bijzonder voor Medicare-patiënten. Medicare zal onveranderd worden gecontinueerd. Mensen die onder deze voorziening vallen mogen deelnemen aan het nieuwe geneesmiddelenplan. Medicare specificeert het gebruik van merkloze geneesmiddelen, tenzij een arts het gebruik van een merkgeneesmiddel vereist. De overheid kan eisen dat hiervoor eerst toestemming moet worden verkregen.

De *gemiddelde kosten* van het basispakket worden geschat op \$ 1.800 voor een individu en \$ 4.200 voor een gezin, maar de werkelijke kosten zullen variëren per regio. Als de werkgever zijn deel van de premiekosten bijdraagt, moet een individu naar schatting gemiddeld \$ 30 en een gezin gemiddeld \$ 70 per maand betalen voor hun deel van de premiekosten. Zelfstandigen moeten beide bijdragen van de werkgever en de werknemer betalen, maar kunnen de kosten van de belasting aftrekken. Als hun inkomen 150% of minder van het bestaansminimum bedraagt, komen zij in aanmerking voor subsidies. Werkgevers die part-timers in dienst hebben moeten een evenredig deel van de premie meebetalen voor degenen die 10 tot 30 uur per week werken. Iedereen die meer dan 30 uur per week werkt zal als een full-time werknemer worden behandeld.

De overheid zal de meeste kosten van

aanmerking voor een eigen dekking, los van de vraag of zij thuiswonen.

Eigen betalingen zullen worden gestandaardiseerd, waarbij een 'health plan' in de gelegenheid wordt gesteld drie programma's aan te bieden:

1. het lage kosten-plan. Gebruikers van zorg hoeven in dit plan geen eigen bijdrage te betalen, met uitzondering van \$ 10 voor een artsconsult, maar niets voor een ziekenhuisopname of een laboratoriumtest. Indien wordt gekozen voor een arts die niet in het plan participeert, zullen de kosten voor 40% voor rekening van de gebruiker zelf komen;
2. het hoge kosten-plan. De gebruikers moeten de eerste \$ 200 van de kosten zelf betalen; voor gezinnen is dat \$ 400. Daarbij komt 20% van de kosten van bezoeken aan artsen, ziekenhuizen of laboratoriumtesten. Wel kunnen zij een arts naar eigen keuze bezoeken;
3. het gecombineerde plan. In dit plan zijn lage eigen bijdragen vereist indien de gebruikers naar gecontracteerde artsen gaan. Zij moeten 20% van hun kosten zelf betalen als zij naar een niet-gecontracteerde arts van het netwerk gaan. Kosten en dekking zullen overeenkomstig variëren.

Kostenbeheersing

Verwacht wordt dat de kosten zullen kunnen worden beheerst door 'health plans' te laten concurreren en door een macro-