

De voorgenomen hervormingen van de Amerikaanse gezondheidszorg

# Het plan-Clinton

Beschouwing

Y.W. van Kemenade

**Een goede start, maar de finish is nog niet bereikt. Het plan-Clinton voldoet aan de belangrijkste doelen die aan een gezondheidszorgsysteem kunnen worden gesteld, maar het moet nog wel worden gescreend op zijn negatieve consequenties.**

**B**IJNA IEDER LAND is (op zijn eigen manier) bezig met hervormingen in de gezondheidszorg. In een internationale studie uit 1992 over zeven OECD-landen concludeerde Hurst, dat alle landen dezelfde gezondheidszorgdoelen nastreven maar dat niet alle landen aan ieder doel dezelfde waarden hechten. Hij onderscheidde zes gemeenschappelijke doelen: toegankelijkheid, inkomensbescherming, macro-economische efficiëntie, micro-efficiëntie, keuzevrijheid voor consumenten en een zo groot mogelijke autonomie voor de zorgaanbieders.<sup>12</sup> Geen enkel land is erin geslaagd al deze doelen te verwezenlijken, maar er worden pogingen gedaan dit te bewerkstelligen. De laatste tien jaar zijn namelijk alle achttien Westeuropese landen verwickeld geweest in een vorm van wijziging van het financieringssysteem van de gezondheidszorg. Alle landen voeren discussie over de vraag hoe de gezondheidszorgdoelen het best kunnen worden verwezenlijkt. In de meeste landen is de kostenbeheersing onderwerp van discussie of hervormingen. Een universeel probleem lijkt het spanningsveld te zijn dat is ontstaan tussen de collectieve noodzaak van kostenbeheersing enerzijds en de behoefte tegemoet te komen aan de individuele consumentenpreferenties en de groeiende medische behoefte onder de bevolking anderzijds. In de meeste landen is de nadruk in het laatste decennium verlegd van macro-efficiëntie (kostenbeheersing) naar micro-efficiëntie. Dit gebeurde vaak omdat politici ervan uitgingen dat door vergroting van de micro-efficiëntie de kosten kunnen worden beheerst.

Met betrekking tot de totale kosten van

de gezondheidszorg als percentage van het bruto nationaal produkt scoort de Verenigde Staten hoger dan de achttien (zie tabel). Van 1970 tot 1991 vonden in West-Europa de grootste stijgingen plaats in Finland (3,2%), IJsland (2,5%) en Italië (2,3%). In de VS bedraagt deze stijging 5% per jaar. De Verenigde Staten kampt met hoge kosten voor de gezondheidszorg, de invloed daarvan op de economie en de slechte toegankelijkheid van de zorg.

## 'Clinton' versus 'Simons'

De algemene strekking van de hervormingsplannen van Clinton, dat de Verenigde Staten het best zou zijn gediend met een voorstel dat universele dekking behelst en uitgaat van concurrentie tussen verzekeraars, dat middelen tot rantsoenering aanreikt (bijvoorbeeld door het stellen van een plafond aan ziektekostenpremies) en dat streeft naar een gestandaardiseerd verstrekkingspakket, is aanbevelenswaardig.

De voorstellen van Clinton zijn vergelijkbaar met veel aspecten van het plan-Simons in Nederland. Beide plannen wijzen duidelijk in dezelfde richting. Ondanks de verschillende uitgangspunten lijkt er een zekere convergentie tussen beide systemen op te treden.<sup>3</sup> In beide plannen komen de volgende aspecten overeen:

- een globaal budget als voornaamste methode van kostenbeheersing door de overheid;
- de abonnementshonorering als voornaamste systeem van vergoeding voor groepen van artsen (vooral eerstelijnsartsen);
- ziekenhuizen worden prospectief betaald en/of er komen selectieve, op onderhandelingen gebaseerde, contracten tussen kopers en ziekenhuizen;
- de concurrentie tussen zorgverzekeraars neemt toe;
- consumenten hebben de keuze tussen verzekeraars, die op selectieve wijze zorgaanbieders contracteren om een

Tabel. Kosten van de gezondheidszorg als percentage van het bruto nationaal produkt.

	1970	1973	1976	1979	1982	1985	1988	1991
Oostenrijk	5,4	5,5	7,5	7,9	8,0	8,1	8,4	8,4
België	4,1	4,6	6,1	6,8	7,4	7,4	7,7	7,9
Denemarken	6,1	6,5	6,8	6,6	6,8	6,3	6,5	6,5
Finland	5,7	5,9	5,7	6,5	6,7	7,2	7,2	8,9
Frankrijk	5,8	6,2	7,0	7,4	8,0	8,5	8,6	9,1
Duitsland	5,9	6,8	8,1	8,1	8,6	8,7	8,8	8,5
Griekenland	4,0	3,8	4,0	4,4	4,4	4,9	5,0	5,2
IJsland	5,2	5,3	5,9	6,5	6,9	7,1	8,6	8,4
Ierland	5,6	6,8	8,0	8,2	8,4	8,2	7,3	7,3
Italië	5,2	5,9	6,0	5,9	6,9	7,0	7,6	8,3
Luxemburg	4,1	4,2	5,7	6,6	6,9	6,8	7,2	7,2
Nederland	6,0	6,8	7,5	7,6	8,4	8,0	8,2	8,3
Noorwegen	5,0	6,1	6,8	6,9	6,8	6,4	7,7	7,6
Portugal	3,1	n/a	6,2	5,7	6,3	7,0	7,1	6,8
Spanje	3,7	4,3	5,3	5,5	5,9	5,7	6,0	6,7
Zweden	7,2	7,4	8,2	9,0	9,7	8,8	8,6	8,6
Zwitserland	5,2	5,8	7,2	7,2	7,5	7,6	7,8	7,9
Engeland	4,5	4,6	5,5	5,3	5,9	6,0	6,1	6,6
Verenigde Staten	7,4	7,6	8,6	8,7	10,3	10,5	11,3	13,4

Bron: OECD Health Data 1993 (CREDES).

netwerk te vormen dat is geïntegreerd met eerstelijns artsen;

- een gegarandeerd minumpakket van diensten voor alle leden van de samenleving;

- de vrijheid voor individuele burgers aanvullende verzekeringen en diensten te kopen.

Zowel in de Verenigde Staten als in Nederland is het doel van al deze inspanningen: het verkrijgen van een universele dekking van ziektekosten, het beheersen van de kosten en het verbeteren van de doelmatigheid.

De vraag die bij een discussie over de Amerikaanse hervormingsplannen naar voren komt, is wat de sterke en zwakke punten zijn van het plan-Clinton en wat de consequenties kunnen zijn van componenten van het plan. Angell legde naast het plan-Clinton een aantal criteria op basis waarvan het plan kan worden geëvalueerd:<sup>4</sup>

- *begrijpelijkheid*. Om een plan goed te kunnen implementeren dient het voor iedereen begrijpelijk en duidelijk te zijn. Het plan-Clinton is vrij complex. Weinig mensen zullen in staat zijn het te begrijpen. Dat is echter wel een vereiste;

- *toegankelijkheid*. In het plan-Clinton wordt voorgesteld gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar en toegankelijk te maken, ongeacht inkomen, arbeidssituatie en lichamelijke conditie. Voor iedereen zullen in ieder geval de kosten van een basispakket van zorg gedekt zijn, iets wat kan worden gezien als een van de belangrijkste criteria voor een gezondheidszorgsysteem;

- *verplicht basispakket*. Het voorgestelde verplichte basispakket is vrij uitgebreid;

- *kostenbeheersing*. In de Verenigde Staten wordt het zorgaanbod gefinancierd op basis van een vergoeding per verrichting, wat een volumevergroten prikkel kan inhouden. Deze wijze van financieren zal conform het in het hervormingsplan neergelegde voorstel grotendeels worden omgezet in een abonnementsfinanciering. Iedere 'alliance' dient wel een vergoeding-per-verrichtingenplan aan te bieden, waarvan de prijzen zullen worden gereguleerd. Als achterstop worden er regionale en macro-budgetten vastgesteld (die aan de Consumer Price Index worden gekoppeld).

De bedoeling is dat de 'health plans' gaan concurreren op prijs en kwaliteit. De consument betaalt, afhankelijk van de gekozen verzekering, een nominale premie. Dit zal enerzijds de marktwerking aanmoedigen en de doelmatigheid stimuleren. Aan de andere kant bestaat het gevaar dat de concurrentie op prijs voor een

'health plan' de 'incentive' met zich meebrengt de kwaliteit van de zorg te minimaliseren. Om dit te voorkomen zal Clinton een kwaliteitsprogramma introduceren; dit is echter moeilijk te implementeren omdat kwaliteit van zorg moeilijk is te meten en te controleren;

- *eerlijke financiering*. De financiering van het plan-Clinton wordt ook wel een 'werkgeversgebaseerd systeem' genoemd. Alle werkgevers worden verplicht 80% van de kosten van de premie van een gemiddeld 'health plan' voor iedere werknemer te betalen. De werknemer moet de rest betalen. Beide bijdragen zijn aan een maximum gebonden. Kleine bedrijven, arme mensen en werklozen komen in aanmerking voor een subsidie als tegemoetkoming in de ziektekosten. Er is discussie over of het eerlijk is het bedrijfsleven op te zadelen met de hoge kosten (problemen) van de gezondheidszorg. Veel (kleine) bedrijven zullen niet in staat zijn de gezondheidszorgpremies voor hun medewerkers te betalen. Het moeten betalen

zekering te kopen, zoals in het plan-Simons.

Een element van het hervormingsplan dat in de toekomst tot problemen kan leiden, is dat de bejaardenverzekering (Medicare) niet onder het systeem van de gereguleerde concurrentie van 'alliances' en onderling concurrerende 'health plans' wordt gebracht. Medicare is verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van het gebruik en de kosten van het Amerikaanse gezondheidszorgstelsel, waardoor het met de kostenbesparingen wel eens zou kunnen tegenvallen.

Verder kunnen er vraagtekens worden gezet bij de verwachtingen over de volumegroei van 5%. Ervan uitgaand dat op dit moment 37 miljoen Amerikanen onverzekerd en 12 miljoen Amerikanen onvoldoende verzekerd zijn en er een ruim basispakket zal komen dat voor een ieder toegankelijk is, zullen de aanspraken op de zorg vermoedelijk gigantisch stijgen. Verschillende analyses met betrekking tot de verwachte kostenstijging van de ge-

*In het plan-Clinton wordt voorgesteld gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar en toegankelijk te maken, ongeacht inkomen, arbeidssituatie en lichamelijke conditie*

van 80% van de premiekosten zou voor veel bedrijven betekenen dat er mensen moeten worden ontslagen of dat er salarissen moeten worden verlaagd. In het hervormingsplan wordt voorgesteld dat werkgevers niet meer dan 7%-8% van het inkomen hoeven bij te dragen, wat voor marginale winstmakers niet is op te brengen. Bij sluiting van het bedrijf of bij ontslag moet de overheid zorg dragen voor de kosten van de gezondheidszorg van de betrokken werknemers.

Daarnaast wordt de kritiek op het huidige 'werkgeversgebaseerde systeem' niet geheel weggelaten. Het blijft mogelijk dat aan mensen die via hun werk verzekerd zijn en die van baan veranderen andere polissen met andere gecontracteerde zorgverleners worden aangeboden, hetgeen de continuïteit van de zorg kan schaden.

Het werkgeversmandaat kan worden gezien als een van de zwakke punten van het hervormingsplan; de economie wordt ook wel de 'gijzelaar' van het gezondheidszorgsysteem genoemd.

Een andere manier om een universele dekking te bereiken is het op de inbreng van werkgevers gebaseerde systeem geheel af te schaffen en mensen onafhankelijk van hun positie op de arbeidsmarkt, gezondheidstoestand of inkomen de gelegenheid te geven een ziektekostenver-

zondheidszorg geven tegenstrijdige resultaten. De praktijk moet leren hoeveel de nu onverzekerden aan gezondheidszorg zullen spenderen als zij verzekerd zijn. Verder moeten we niet vergeten dat momenteel de voornaamste oorzaak van de kostenstijging in de Amerikaanse gezondheidszorg de introductie en toepassing van nieuwe medische technologieën is. Ook bestaat het gevaar van het optreden van risicoselectie. De 'health plans' hebben een acceptatieplicht, wat nog geen garantie is dat er geen risicoselectie zal optreden. Door de zorg tegen een bepaalde premie aan te bieden zijn de 'health plans' aantrekkelijker voor 'alliances' met een gezonde populatie. Er zal goed moeten worden nagedacht over een stelsel van normuitkeringen met adequate verdeelsleutels, wat ook in de Nederlandse hervormingsplannen een van de kernpunten vormt voor het goed kunnen functioneren van de gezondheidszorg. Het gevaar van selectie op individuele risico's zal in de Verenigde Staten echter grotendeels verdwijnen, omdat nagenoeg iedereen zal zijn aangesloten bij een 'alliance' die zorgcontracten voor hen afsluit.

Terugkoppelend naar de gezondheidsdoelen van Hurst, kan worden gezegd dat de toegankelijk zal verbeteren door het creëren van het recht op een basispakket van zorg voor iedere Amerikaanse bur- ■

ger. De inkomensbescherming wordt evenzo verbeterd. De werkgevers betalen 80% van de premie en ingeval iemand niet in staat is zijn deel te voldoen kan aanspraak op subsidies van de overheid worden gemaakt (subsidie naar draagkracht). Macro-efficiëntie wil men bereiken door het vaststellen van een macro-budget. De micro-efficiëntie tracht men te verhogen door het inbouwen van concurrentie-elementen, zoals de concurrentie op prijs en kwaliteit tussen de 'health plans' en het

De presentatie van het hervormingsplan van Clinton moet worden gezien als een 'bridge to compromise'. De alternatieven zetten zich op enkele punten af tegen het plan-Clinton. In het plan-Cooper/Breaux bijvoorbeeld wordt de toegankelijkheid van de zorg beperkt dan in het plan-Clinton en wordt ervoor gepleit werkgevers niet verplicht te laten bijdragen aan de verzekeringspremies voor de werknemers. Onder de bevolking van de Verenigde

nadere invulling van de wijze waarop deze doelen moeten worden bereikt verdient uitwerking. Daarbij moet dan kritisch worden gekeken naar de mogelijke (negatieve) consequenties van de voorgestelde maatregelen. Hetzelfde geldt voor de haalbaarheid van bijvoorbeeld een kwaliteitsplan en een adequate informatievoorziening. Amerika heeft een aardige start gemaakt, maar is nog lang niet aan de finish! •

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

### *De presentatie van het hervormingsplan van Clinton moet worden gezien als een 'bridge to compromise'*

invoeren van abonnementshonorering. Of deze macro- en micro-efficiëntie maatregelen adequaat zullen zijn, moet nog blijken. De keuzevrijheid voor consumenten wordt enerzijds verbeterd doordat iedere Amerikaanse burger keuzemogelijkheden krijgt (in vergelijking met de huidige 37 miljoen onverzekerden); anderzijds worden voor de mensen die al een ziektekostenverzekering hebben de keuzemogelijkheden verkleind, omdat die voor het grootste deel beperkt blijven tot enkele 'health plans'. Om de autonomie van de zorgaanbieders te verruimen kan worden gedacht aan de keuze voor deelname in één of meer 'health plans'.

#### **Hoe het verder ging**

Verscheidene politici hebben alternatieve plannen naar voren gebracht: liberaal-democraten ('single payer-bill'), conservatief-democraten ('Cooper/Breaux-bill'), gematigde republikeinen ('Chafee-bill'), conservatief-republikeinen ('Gramm-bill'). Doel is, samen een nieuw plan te maken.

Staten is de stemming met betrekking tot het plan-Clinton negatiever geworden. De ratio van de mensen die van mening waren dat dit plan beter en niet slechter is dan het huidige systeem, daalde van 4:1 in september 1993 tot 3:2 in maart 1994 (The Herald 3 maart 1994). Van de ondervraagden zegt tussen de 44% en de 51% minder vertrouwen in het plan te krijgen naarmate ze er meer over vernemen. Dit dalen van het vertrouwen is voor een groot deel te danken aan de adverterende partijen die tegen het plan zijn: de ziektekostenverzekeraars, de werkgevers en de medische industrie.

Naar alle waarschijnlijkheid zullen de binnen de politiek en het veld gevoerde discussies resulteren in een gematigd en/of afgeslankt plan om de gezondheidszorg in de VS te hervormen.

#### **Conclusie**

Het plan-Clinton voldoet aan de belangrijkste doelen die aan een gezondheidszorgsysteem kunnen worden gesteld. Een

#### **Literatuur**

1. Kemenade YW van. Health Care in Europe. The finance and reimbursement systems of 18 European countries. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993.
2. Kemenade YW van, Jong B de. Gezondheidszorgstelsels in Europa. Financierings- en vergoedingssystemen in achttien Westeuropese landen. Medisch Contact 1993; 38: 1149-54.
3. Kirkman-Liff B. Groeien het Amerikaanse en het Nederlandse gezondheidszorgsysteem naar elkaar toe? Gezondheid. Theorie en praktijk 1993; 1; 3: 329-33.
4. Angeli 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.

Greenberg W. De voorstellen van president Clinton tot hervorming van de gezondheidszorg en enige vergelijkingen met Nederland. Gezondheid. Theorie en praktijk 1993; 1; 3: 325-8.

Health Affairs. Special issue: The Clinton plan. Spring (I) 1994.

Kistemaker JWG. Amerikaanse gezondheidszorg herzien. Medisch Contact 1993; 42: 1291.

Report on Clinton Administration Health Care Reform Plan, presented to congress september 22 1993. Washington DC: The Bureau of National Affairs.

The Boston Globe september 23 1993.

## H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

#### **Landelijke contactpersonen**

*mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute*

Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland, Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren, tel. 08387-2141

*R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'*  
Endegeesterstraatweg 27,  
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

*J.J.C. Marlet, zenuwarts*  
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 04780-81610

*drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut*  
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,  
tel. 02159-18361

*dr J. Pols*  
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,  
tel. 05920-14731 ('s avonds)

*prof. dr M.M.W. Richartz*  
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

*prof. dr W.J. Schudel*  
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

*dr M.J. van Trommel, psychiater*  
Terbregseleaan 18, 3055 RG Rotterdam,  
tel. 010-4610750

*K. Visser, psychiater*  
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,  
gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

*J.M. Komen, huisarts*  
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),  
tel. 074-439046 / 074-912131

*W. Chr. F. de Vries*  
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond  
tel. 05496-74774)

#### **Anonieme dokters**

Werkgroep IJsselstein, tel. 01859-12292

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/  
070-3559547