

De ultieme droom: een ziekteverzekering

Over gezondheidszorg en ziekteverzekering in de VS

Sigrid Sterckx

Wetenschappelijk medewerkster UG

In de discussie over de gezondheidszorg wordt er steeds verwezen naar het 'spookbeeld' in de

VS. Maar hoe ziet de Amerikaanse situatie er precies uit en wat zijn de gevolgen?

Het merendeel van de Amerikanen is het erover eens dat de Amerikaanse gezondheidszorg in zware moeilijkheden verkeert. De ongelijke toegang tot de zorg en de kostenbeheersing vormen de grootste problemen. Gezondheidszorg is bovendien de grootste economische sector in de VS. De vraag of de Amerikanen daarmee toegang hebben tot een kwalitatief hoogstaande zorg kan dan ook met recht en rede gesteld worden. Het antwoord is duidelijk: er bestaat geen enkel ontwikkeld land waar zoveel zieken slecht of niet verzorgd worden en waar zoveel mensen alles wat ze bezitten verliezen wanneer ze ziek worden. Wat betreft infantiele mortaliteit en levensverwachting scoren de VS evenmin erg goed. Deze gegevens zijn al zeer lang bekend en toch werd de gezondheidszorg pas tijdens de laatste presidentsverkiezingen in 1992 voor het eerst in bijna dertig jaar - sinds de presidentsverkiezing van Lyndon Johnson die de overheidsprogramma's *Medicaid* en *Medicare* invoerde - een centraal onderwerp op de politieke agenda. Hoe is dat mogelijk?

Het feit dat miljoenen Amerikanen onverzekerd zijn, zorgde in het verleden slechts nu en dan voor verontwaardiging bij het grote publiek. Lange tijd ging het immers hoofdzakelijk om werklozen, zwarten en hispanics, m.a.w. groepen die zelden of nooit gaan stemmen. De langdurige economische recessie, met als gevolg grote aantallen werklozen en bedrijfssluitingen, heeft deze

"tevredenheid" bij het grote publiek doen omslaan. De kiezers stellen vast dat de kostenescalatie in de gezondheidszorg en de groep onverzekerden de VS als geheel economisch en politiek de das omdoen. Steeds meer gezinnen kunnen de stijgende ziektekostenpremies niet betalen en besparen door hun kinderen niet te verzekeren. In de weken voorafgaand aan de verkiezingen van november '92 schreven de *Washington Post* en de *New York Times* vrijwel dagelijks over de noodzaak structurele wijzigingen in de Amerikaanse gezondheidszorg aan te brengen. Wat loopt er verkeerd?

Medicare en medicaid

In de jaren '60 ondernam de federale regering een aantal belangrijke maatregelen m.b.t. de gezondheidszorg. Onder het bewind van president Lyndon Johnson werden in 1965 *Medicare* en *Medicaid* ingevoerd: twee overheidsprogramma's die vandaag in een gewijzigde vorm nog altijd bestaan. *Medicare* is een nationale ziekteverzekering die vooral gericht is op 65-plussers, ongeacht hun inkomen [1]. *Medicaid* is bedoeld voor de laagste inkomensgroepen. In de jaren '60 en '70 functioneerden *Medicare* en *Medicaid* vrij goed. In de jaren '80, onder het bewind van Ronald Reagan, werden deze programma's in de meeste staten ingekrompen. Het voorbeeld van *Medicare* spreekt boekdelen: aanvankelijk moesten de ingeschrevenen slechts een lage premie

betalen, maar door de bezuinigingen in de jaren '80 zijn deze premies sterk gestegen en is bovendien de lijst van de kosten die door *Medicare* vergoed worden drastisch ingekort. Vandaag worden minder dan de helft van de medische kosten van de bejaarden vergoed door *Medicare*. Ze kunnen zich natuurlijk een extra verzekering aanschaffen bij een privé-verzekeraar, maar dat kost hopen geld en is dus alleen weggelegd voor de rijke 65-plussers.

Ook *Medicaid* loopt mank: dit programma is alleen toegankelijk voor zwangere vrouwen, alleenstaande ouders, kinderen en bepaalde categorieën van bejaarden en gehandicapten. Kinderloze alleenstaanden en koppels zijn uitgesloten met als gevolg dat in 1990 zo'n 14 miljoen van de armste Amerikanen niet in aanmerking kwamen. Het percentage van de groep mensen onder de armoedegrens dat niet gedekt werd door *Medicaid* bedroeg in 1976 35%, in 1989 58% en in 1991 reeds 60%. Meer dan de helft van de populatie die volgens de eigen definitie van de overheid in armoede leeft, kan dus niet eens genieten van een ziekteverzekeringsprogramma voor mensen met lage inkomens!

Een ander opvallend gegeven is dat slechts een beperkt aantal artsen deelneemt aan het *Medicaid*-programma: niet meer dan een derde van de praktiserende artsen participeert volledig, een derde beperkt zijn aantal *Medicaid*-patiënten en een vierde wil helemaal geen *Medicaid*-patiënten ontvangen. Een onderzoek van de *National Governors Association* heeft uitgewezen dat de factoren die artsen ontmoedigen om deel te nemen aan *Medicaid* vooral te maken hebben met de lagere inkomens en de complexe procedure van de rekeningen. De vraag hoe het probleem van de financiering van de gezondheidszorg voor de armen opgelost moet worden is misschien wel de moeilijkste kwestie in heel het hervormingsdebat.

Crisis

Reeds in 1971 erkende de toenmalige president Nixon officieel dat er een crisis was in de gezondheidszorg. Hij verklaarde dat het Amerikaanse systeem van gezondheidszorg onbetaalbaar werd. Toen ging 7,6% van het BNP (75 mil-

jard dollar) naar de gezondheidssector [2]. Nixon en het toenmalige Congres verrichtten pionierswerk door wetten af te kondigen die toezicht op de medische faculteiten inhielden, door de planning op te drijven en door steun te verlenen aan de (publieke) *Health Maintenance Organizations*. Veel hebben Nixons maatregelen echter niet opgeleverd, want in 1980 ging reeds 9,2% van het BNP (250 miljard dollar) naar de gezondheidszorg. "Regulation doesn't work", zei president Reagan en hij liet de VS achter met een gezondheidszorg die 12,1% van het BNP (666 miljard dollar) opsloopte. In de jaren '80 stegen de prijzen van de geneesmiddelen met 152%, terwijl de "overall consumer price index" slechts met 58% toenam. Een studie van het *Department of Health and Human Services* toont aan dat Amerikanen 50 tot 60% méér betalen dan Canadezen en Europeanen voor gelijkaardige geneesmiddelen. Enkel in het *Medicaid*-programma worden de geneesmiddelenprijzen gereguleerd.

Intussen blijven de kosten van de Amerikaanse gezondheidszorg in een ijzingswekkend tempo toenemen. Een overzicht [3]: in 1960 bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg 5,3% van het BNP; in 1970 7,3%; in 1980 9,2% (250 miljard dollar); in 1990 12,2% (666 miljard dollar); in 1992 14% van het BNP (817 miljard dollar).

Kostenescalatie

De Amerikaanse gezondheidszorg is niet alleen de duurste van alle geïndustrialiseerde landen [4], de escalatie van de kosten is ook het grootste: van 9,2% naar 14% van het BNP tussen 1980 en 1992 [5]. De *Health Care Financing Administration* projecteert voor de jaren '90 een lager jaarlijks groeitempo van de uitgaven, namelijk een gemiddelde toename met 9,5%. Dit zou betekenen dat de uitgaven voor gezondheidszorg in het jaar 2000 1,6 biljoen dollar zouden bedragen (16% van het BNP). Zelfs indien de uitgaven na het jaar 2000 alleen zouden groeien in functie van bevolking en algemene inflatie, zouden ze in 2030 reeds meer dan 20% van het BNP opeisen.

Dit steeds groter wordende aandeel van het BNP dat door de gezondheidszorg wordt opgeslorpt, verschilt van de trends voor andere dielen, zoals bijvoorbeeld onderwijs. Het aandeel

van het BNP dat besteed wordt aan onderwijs is relatief stabiel gebleven: van 7,2% in 1970 naar 6,5% in 1980 en 6,6% in 1990 [6]. Vergeleken met de andere belangrijke binnenlandse componenten van het federale budget in de jaren '80 steeg alleen de interest op de overheidsschuld sneller dan de uitgaven voor gezondheidszorg [7].

Oorzaken van de kostenescalatie

Hoe komt het dat in de VS zoveel meer wordt gespenseerd aan gezondheidszorg dan in andere geïndustrialiseerde landen? De Amerikanen zijn immers niet zieker en de ziekten waaraan ze lijden zijn niet duurder dan deze van de inwoners van andere landen. De oorzaak ligt grotendeels in het systeem, in de manier waarop gezondheidszorg verschaft wordt in de VS. Ik zie drie belangrijke verklaringen voor de extreem hoge kosten. Ten eerste wordt in de VS, in tegenstelling tot veel andere Westerse landen, gezondheidszorg beschouwd als een koopwaar en niet als een sociaal goed. In de Europese Unie is 96% van de bevolking gedekt tegen medische kosten door ziekenfondsen, nationale gezondheidsdiensten of een mengvorm van beide. In Amerika daarentegen wordt gezondheidszorg gedistribueerd volgens het vermogen tot betalen en niet volgens medische behoefte. De defensieve geneeskunde - vanwege de talrijke "malpractice suits" - zorgt bovendien voor een lange lijst van niet-noodzakelijke verstrekkingen. Een tweede reden is dat het Amerikaanse systeem van gezondheidszorg niet echt een systeem is. De gezondheidszorg in de VS omvat een heleboel verschillende regelingen die min of meer onafhankelijk zijn van elkaar en vaak in tegengestelde richtingen werken. Elk element in deze wirwar tracht aan kostenbeheersing te doen door zijn kosten over de hevelen naar andere elementen. De private verzekeringsfirma's concurreren niet met elkaar door hun premies te verlagen of hun voordelenpakket uit te breiden, maar wel door alleen mensen met "interessante" risico's te verzekeren, hun pakket te beperken, mensen die zwaar ziek worden te dumpen en mensen met "preexisting conditions" te weigeren. Door deze fragmentatie en eindeloze kostenoverheveling liggen de administratieve kosten van de Ameri-

kaanse gezondheidszorg extreem hoog en nemen ze veel sneller toe dan de kosten van om het even welke andere component van het systeem. Een derde reden van de hoge kosten is dat in de VS, in tegenstelling tot veel andere Westerse landen, geen limieten opgelegd worden aan het budget voor gezondheidszorg. Al deze factoren hebben ertoe geleid dat de gezondheidszorg "the black hole" van de Amerikaanse economie geworden is.

Kostenbeheersing

Gedurende de laatste 25 jaar werden door verschillende instanties op alle niveaus pogingen ondernomen om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Zowel openbare als private ziekteverzekeringsprogramma's ondernamen verschillende maatregelen. Tegenwoordig gebruikt bijna 90% van de door werkgevers opgerichte groepsplannen managementtechnieken zoals verplichte screening alvorens iemand toegelaten wordt tot het plan en de verzameling van behandelingsgegevens om niet noodzakelijke zorgverstrekkingen te vermijden. Ondanks al deze inspanningen zijn de premies voor door de werkgever verschaft ziekteverzekeringen blijven stijgen. Veel Amerikaanse bedrijven zien geen andere mogelijkheid dan de "last" van het betalen van gezondheidsvoordelen af te schuiven op de werknemers of de overheid. John Mc Gann is een voorbeeld van het toenemende aantal werknemers van wie de ziekteverzekering afgeschaft of drastisch gereduceerd is. Het groepsplan van het bedrijf waar Mc Gann werkte, verleende medische voordelen voor het leven voor een bedrag van 1 miljoen dollar per werknemer. Maar in 1988, nadat Mc Gann terugbetaling voor medische zorg voor AIDS aangevraagd had, schafte zijn werkgever het groepsplan af en werd zelfverzekerd. Diezelfde werkgever beperkte bovendien de terugbetaling voor medische zorg voor AIDS tot 5000 dollar. Mc Gann spande een proces in en beriep zich op sectie 510 van de *Employee Retirement Income Security Act (ERISA)*, die discriminatie op basis van het aanwenden van een recht uit een gezondheidsplan voor werknemers verbiedt. Zowel de federale rechtbank als het Hof van Beroep oordeelden

echter dat het bedrijf een absoluut recht had om de bepalingen van het gezondheidsplan te veranderen. Het voorbeeld van Mc Gann is geen alleenstaand geval. Andere federale rechtbanken hebben reeds gesteld dat inperking van een ziekteverzekering niet in strijd zijn met de *ERISA*, tenzij de inperking opgelegd werd met de expliciete bedoeling een bepaalde persoon (werknemer) schade toe te brengen, maar dat moet de werknemer in kwestie dan zelf kunnen aantonen, wat quasi onmogelijk is.

Steeds meer zelf-verzekerende bedrijven

Buiten de VS bestaat er in heel de wereld geen enkel land waar werkgevers niet wettelijk verplicht zijn om de ziekteverzekeringspremies van hun werknemers (mede) te betalen [8]. Desondanks was in 1992 wel 75% van de verzekerde Amerikanen verzekerd via zijn werkgever. Sinds de jaren '80 zijn de premiekosten echter nog explosiever aan het groeien dan voorheen en als reactie daarop zeggen steeds meer ondernemers hun verzekeringscontracten op, met het gevolg dat het aantal onverzekerden blijft toenemen. In bedrijven met 100 of meer werknemers daalde het percentage volledig verzekerde personeelsleden van 75% (1982) naar 48% (1989). Deeltijdse werknemers zijn over het algemeen niet verzekerd. Vandaar dat steeds meer bedrijven gebruik maken van deeltijdse arbeid.

De kostenstijging voor de werkgevers als gevolg van de toenemende premiekosten heeft bovendien de aard van de privé-verzekeringen fundamenteel veranderd. Een toenemend aantal grote werkgevers besluit zich niet langer te verzekeren in de particuliere sector en neemt zelf de rol van verzekeraar over. Het is immers minder duur om zelf uit de bedrijfswinsten alle medische rekeningen van de werknemers rechtstreeks te betalen dan om premies te betalen aan particuliere verzekeraars. Een gevolg van deze evolutie is dat de werkgever veel meer invloed krijgt op beslissingen over de inhoud van het pakket dat door zijn bedrijf gedekt wordt. De wetten waaraan privé-verzekeringsfirma's onderworpen zijn, zijn namelijk niet van toepassing op zelf-verzekerende bedrijven. Bijgevolg kan de werkgever van een zelf-verzekerend bedrijf de spelregels veran-

deren wanneer hij dat wil. In de praktijk betekent dit dat veel werknemers slechts schijn-verzekerd zijn. Zolang er geen garantie komt dat de kosten van de gezondheidszorg onder controle gebracht zullen worden, zal de trend in de richting van zelf-verzekerende bedrijven en het gesnoei in het pakket van gezondheidsvoordelen zich doorzetten. Gedurende de laatste jaren is het aantal zelf-verzekerende bedrijven in de VS onvoorstelbaar snel toegenomen. Privé-verzekeringsfirma's worden dikwijls van staatswege verplicht om een aantal eerlijke praktijken te onderschrijven zoals bv. een verbod op het innen van verschillende tarieven op basis van geslacht of etnische afkomst. Groepsplannen voor werknemers die opgericht zijn in samenwerking met privé-verzekeraars zijn eveneens verplicht zich aan deze overeenkomsten te houden. Werkgevers - en vakbonden - die zelf-verzekerend zijn en dus niet samenwerken met de particuliere sector moeten echter niet instemmen met deze staatswetten omdat de *ERISA* (zie hoger) de staten verbiedt om van de werkgevers te eisen dat ze ziekteverzekeringsvoordelen aanbieden aan hun werknemers. In verschillende staten zijn wetsvoorstellen geformuleerd die werkgevers zouden verplichten ofwel dergelijke voordelen te verschaffen ofwel een belasting te betalen om ze mogelijk te maken (o.a. in Oregon, Minnesota en Massachusetts). Maar elke staatswet die betrekking heeft op deze materie wordt aanzien als een overtreding van de *ERISA*. De enige uitzondering is de *Prepaid Health Care Act* van de staat Hawaï. Deze werd verordend in 1974 en verplichtte alle werkgevers om een veelomvattende ziekteverzekering te verschaffen aan hun werknemers. Pas later dat jaar werd de *ERISA* verordend en werd het programma van Hawaï tenietgedaan. Het Congres verleende echter een uitzonderingsmaatregel: de *ERISA* bepaalt dat dit programma mag blijven functioneren zolang het niet veranderd wordt zonder toestemming van het Congres. Daarbij wordt wel onmiddellijk gespecificeerd dat voor andere staten geen uitzonderingen gemaakt zullen worden. De *ERISA* werd oorspronkelijk verordend omdat de bestaande wetten geen adequate bescherming boden voor de pensioenrechten van werknemers. De ironie is

nu dat zij in plaats van de werknemers de zelfverzekerende bedrijven beschermt tegen tussenkomsten van de staten of van de eigen werknemers.

Hervormingsplannen

Onder druk van de kostenspiraal in de gezondheidssector hebben verschillende staten wetten verordend om het stelsel te hervormen. Het gaat van veelomvattende tot minder ambitieuze wetten en wetsvoorstellen, van plannen die een universele ziekteverzekering willen invoeren tot voorstellen m.b.t. kostenbeheersingsmechanismen en het oprichten van werkgroepen. De medische verenigingen staan over het algemeen positief tegenover deze hervormingen, behalve wanneer de wetgever een grotere toegang tot de zorg wil creëren via nieuwe belastingen op hospitalen, artsen en andere verstrekkers van gezondheidszorg. De hervormingsplannen van de Amerikaanse gezondheidszorg kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën: *Single-Payer-Plans*, *Free Market Plan* en *Managed Competition*.

° *Single-Payer-Plans*:

- de gezondheidszorg wordt gefinancierd door de Single Payer (de federale regering) via belastingen;
- de verstrekkers onderhandelen met de overheid over de honoraria en de terugbetalingstarieven;
- de overheid legt maatregelen op om de kosten binnen de vastgestelde nationale en lokale budgetten te houden;
- de overheid bepaalt het pakket van voordelen die terugbetaald worden;
- uitgebreide gezondheidsvoordelen voor iedereen;
- patiënten hebben het recht om hun dokters zelf te kiezen;
- de overheid gaat na welk soort dokters waar ontbreken;
- dit model zien we o.a. in Canada, Denemarken, Ierland, Zweden en Groot-Brittannië (sinds de drastische hervorming van de Britse gezondheidszorg in 1989 is er naast de National Health Service ook een particuliere gezondheidssector).

° *Free Market Plans*:

- Via een soort van "medische spaarrekening"

(medical savings account) wil men individuen controle geven over geld dat ze opzij zouden zetten om aan hun medische behoeften te voldoen. Het doel is de mensen te laten inzien dat ze er financieel voordeel bij hebben gezond te blijven. De achterliggende gedachte is dat wanneer mensen hun eigen geld uitgeven, zij niet zullen vragen om zorg die niet noodzakelijk is. Veel mensen - in de eerste plaats diegenen die geen ernstige medische problemen gehad hebben - zouden volgens deze redenering aan het eind van het jaar geld over hebben op hun "medical savings account" en dat geld zouden ze dan ofwel mogen incasseren en gebruiken voor andere doeleinden, ofwel zou de resterende som overgeheveld kunnen worden naar het volgende jaar.

- verzekering voor routine preventieve zorg voor mensen met lage inkomens;
- terugdringen van defensieve geneeskunde (cf. de enorme aantallen "malpractice suits");
- niemand is wettelijk verplicht zich een ziekteverzekering aan te schaffen;
- geen universele toegang tot de gezondheidszorg gegarandeerd;
- de overheid legt geen standaard vast voor een basispakket van gezondheidsvoordelen;
- speciale subsidies voor mensen met "preexisting conditions";
- weinig overheidsinterventie;
- voorbeeld: het plan van George Bush tijdens zijn campagne in 1992.

° *Managed Competition*:

- dit model wordt reeds langer dan tien jaar verdedigd als een manier om de kosten van de gezondheidszorg te bedwingen door marktconcurrentie te combineren met "managed care", vandaar de term "managed competition";
- vereist dat de werkgevers een ziekteverzekering verschaffen aan hun werknemers of een belasting betalen om de financiering ervan mogelijk te maken ("Play or Pay");
- op de verstrekking van gezondheidszorg zou toezicht gehouden worden door de *Health Insurance Purchasing Cooperatives (HIPC's)*. Via deze coöperatieven zouden de goedgekeurde managed-care-plannen hun verzekeringen aanbieden;
- managed-care-plannen zouden goedgekeurd

moeten worden door de HIPC's op basis van hun prijs en de voordelen die ze aanbieden. Ze moeten ten minste een basispakket van medische voordelen aanbieden, maar zouden ook supplementaire verzekeringen mogen verschaffen voor verstrekkingen die niet opgenomen zijn in het basispakket. Deze plannen zouden verstrekkers (hospitals, artsen, farmaceutische netten,...) organiseren om de medische diensten in kwestie te verlenen aan hun ingeschrevenen.

- de plannen zouden er alle belang bij hebben voldoende interessante pakketten aan te bieden tegen lage prijzen - waarover ze zouden moeten onderhandelen met de verstrekkers - opdat ze genoeg leden zouden kunnen aantrekken;
- Medicaid zou niet opgenomen worden in het managed-competition-model.

Het hervormingsplan van de Clintons

Op 22 september 1993 heeft VS-president Bill Clinton zich tot het Congres gericht met zijn hervormingsplan voor de Amerikaanse gezondheidszorg. Deze toespraak kwam er na zeven maanden van hard werk door Hillary Rodham Clintons *Health Task Force* en betrof een globaal overzicht van het plan. Op 27 oktober 1993 richtte Clinton zich opnieuw tot het Congres, ditmaal met een gedetailleerde invulling van de *National Health Security Act*. Dit plan zou uitgebreide gezondheidsvoordelen garanderen voor alle Amerikanen en legale residenten, ongeacht hun gezondheidstoestand of werksituatie. Elke Amerikaan zou een Health Security Card krijgen die nooit afgepakt zou kunnen worden. Drie centrale noties in Clintons plan waren een basisverzekering voor iedereen ("basic coverage"), gezondheidsallianties en een *National Health Board*:

1. Een basisverzekering voor iedereen: deze verzekering zou slaan op een basispakket van medische voordelen, gestipuleerd door de overheid. Wie dit wenst zou bovenop de basisverzekering nog een vrije verzekering kunnen nemen.
2. Gezondheidsallianties: deze zouden de hoeksteen worden van het nieuwe systeem. Het gaat hier om groepen van werknemers, zelfstandigen en bedrijven, georganiseerd per staat, die moeten onderhandelen met zorgverstrekkers (medische

netten) over de prijs van het basispakket plus eventuele extra's. Werkgevers en werknemers zouden premies betalen aan deze gezondheidsallianties, vergelijkbaar met de medische premies die ze nu betalen aan verzekeraars. De allianties zouden m.a.w. de klassieke verzekeraars vervangen, want zij zouden de premies innen en de medische prestaties betalen.

3. Een *National Health Board*: dit zou een nieuw orgaan van de overheid worden dat het jaarlijkse budget voor gezondheidszorg zou vastleggen en limieten zou opleggen aan de verzekeringspremie's.

De *National Health Security Act* steunt op zes fundamentele principes: de garantie van uitgebreide voordelen voor alle Amerikanen; effectieve maatregelen om de stijgende kosten van de gezondheidszorg te beheersen voor de consumenten, het bedrijfsleven en de staat (namelijk door de competitie te doen toenemen, de administratieve kosten terug te dringen en budgetdiscipline op te leggen); de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg; verhoogde keuzemogelijkheden voor de consumenten (de allianties zouden een gamma van concurrerende gezondheidsplannen aanbieden, met de verplichting een traditionele fee-for-service-optie [9] op te nemen, waarbij de patiënt zijn behandelende arts volledig vrij kan kiezen); minder papierwerk en een vereenvoudigd systeem; iedereen verantwoordelijk maken voor gezondheidszorg.

De gemiddelde premie voor een gezin van vier werd door de *Health Task Force* vastgesteld op 4360 dollar (ongeveer 130.000 fr.). Gezinnen zouden 20% van hun premie betalen, met een plafond van 3,9% van hun jaarinkomen. Werkgevers zouden verplicht worden om 80% van de gemiddelde premies van hun werknemers te betalen. Indien een werknemer zou opteren voor een goedkoper plan, zou hij het verschil in zijn zak steken. Deze regeling zou de kosten naar beneden moeten halen.

Noch de vrije markt-oplossing noch een pure overheidsoplossing

De vrije markt is volgens Clinton niet geschikt om de problemen in de gezondheidszorg op te lossen. Apologeten van de vrije markt gaan ervan

uit dat de weg naar kostenbeheersing ligt in de individuele keuze en het kostenbewustzijn van de consumenten. Een van de grote problemen is echter juist dat de meeste consumenten niet genoeg geïnformeerd zijn. Wanneer zij voor het eerst een bepaalde behandeling ondergaan, weten zij meestal niet wat die behandeling zal inhouden en nog minder wat de kostprijs ervan is. Eens ze midden in de behandeling zitten en er wat meer zicht beginnen op te krijgen, is de kans klein dat ze van arts - of een andere zorgverstreker - zullen veranderen. In het geval van hospitalisatie ligt de beslissingsmacht over de behandeling in nog grotere mate in het kamp van de verstrekkers.

Een pure overheidsoplossing is volgens de Clinton-administratie evenmin geschikt voor de problemen in de gezondheidssector. Het voornaamste argument dat aangehaald wordt is dat de invoering van een Single-Payer-systeem in de VS een nooit eerder geziene verhoging van de belastingen zou vereisen. Dat is waar, maar in dit stelsel zouden de Amerikanen geen ziekteverzekeringspremies meer moeten betalen en zouden de lasten bovendien rechtvaardiger verdeeld worden (op voorwaarde dat het om een progressieve fiscalisering zou gaan). Verder wordt het als weinig waarschijnlijk aanzien dat een Single-Payer-systeem een even gunstige invloed op de kosten zou hebben als in Canada, omdat een aantal schadelijke uitwassen zoals te veel aan specialisten (in vergelijking met huisartsen), aan medische technologie en aan hospitaalcapaciteit karakteristiek zijn voor de Amerikaanse gezondheidszorg maar niet voor de Canadese. Clinton zelf heeft echter gezegd dat deze uitwassen niet weggesneden moeten worden, en dus gaat dit argument niet op.

Zware tegenwind

De *National Health Security Act* is intussen "afgevoerd". Onmiddellijk na Clintons uiteenzetting van zijn plan barstte de kritiek los. De Republikeinen stelden dat zij wel voorstander zijn van een hervorming van het systeem, maar dat ze Clintons voorstel onaanvaardbaar vinden, omdat het te zeer steunt op de overheid en niet genoeg op de vrije markt [10]. De president verklaarde

open te staan voor een *compromis*, maar één punt is in geen geval onderhandelbaar voor hem: iedereen moet toegang krijgen tot gezondheidszorg, zonder financiële of andere drempels [11]. Gezondheidszorg moet een recht worden in plaats van een privilege. Terwijl sommige critici van mening zijn dat Clinton al te veel overheidsregulatie wil "binnensmokkelen" in de Amerikaanse gezondheidszorg, zien anderen in dat het verschaffen van een universele ziekteverzekering niet mogelijk is zonder regulatie en controle vanwege de overheid: "... universal coverage would inevitably draw the government deeper into the health care system. The federal government cannot funnel roughly half of alle expenditures on health care through its budget without insisting on equity in the dispersal of these funds and control over their flow. The inevitable regulations dictated by these imperatives are widely seen as a threat to the free-wheeling spirit that is thought to drive our health care system's search for excellence. Evidently, many policy makers, and many physicians as well, do not view universal health insurance as a prize that is worth that price" [12].

De vraag welke voorzieningen medisch noodzakelijk zijn, is natuurlijk van het allergrootste belang, want "basic coverage" kan op talloze manieren ingevuld worden. Sommige tegenstanders van de *National Health Security Act* beweren dat dit plan aanleiding zou geven tot een rantsoenering van medische diensten. Zij roepen ter illustratie het "spookbeeld" van het Britse en het Canadese stelsel op. Vele critici die stellen dat het plan van Clinton tot rantsoenering van medische voorzieningen zou leiden, verliezen het belangrijke onderscheid tussen macro-rantsoenering en micro-rantsoenering uit het oog. Macro-rantsoenering doet zich voor wanneer de regering limieten oplegt aan het totale budget voor gezondheidszorg. Deze vorm van rantsoenering is dan ook altijd expliciet, aangezien besluiten hierover altijd van overheidswege verordend worden. Micro-rantsoenering gebeurt impliciet in alle landen, ook in de VS, want daar hangt het ontvangen van gezondheidszorg immers af van het vermogen te betalen.

Ook over de financiering van Clintons plan

werd veel gediscussieerd. De president zelf beweert dat een kostenbeheersing voldoende geld zou opleveren, zodat forse belastingsverhogingen vermeden kunnen worden. De voorspelde kosten van *Medicare* en *Medicaid* zouden voldoende moeten dalen om het grootste deel van de extra-kost voor de overheid te dekken. Het ziet er echter naar uit dat de rekening die in de *National Health Security Act* gepresenteerd wordt niet klopt: "... the CBO [13] says the President's healthcare plan would increase the deficit by USD 74 billion in 6 years instead of reducing it by USD 58 billion, as the President has claimed" [14].

De niet-verzekerden

Een ander kolossaal probleem is het leger onverzekerde Amerikanen. De meeste bronnen maken gewag van 37 miljoen niet-verzekerde Amerikanen (1 op 7), en daarnaast nog eens 18% van de Amerikaanse bevolking die schromelijk onderverzekerd is. Samen maakt dit één Amerikaan op drie die bij ernstige ziekte of ongeval uitsluitend kan terugvallen op liefdadigheid. De realiteit achter deze cijfers is echter veel complexer dan ze lijkt. In een artikel in de *Wall Street Journal* van 18 oktober 1993 (*Medical reform simplified*) werd gemeld dat "The alleged 37 million uninsured als wilts under analysis... studies show that 70 percent of them are uninsured for less than nine months". De *Journal of the American Medical Association* wijdde een artikel aan de uitdieping van dit cijfermateriaal [15]. Verschillende onderzoekers hebben opgemerkt dat in het midden van de jaren '80 de helft van alle perioden van niet-verzekerd-zijn eindigden binnen de zes maanden. De andere helft duurde dus langer dan zes maanden: ten minste 28% van die perioden duurde meer dan een jaar en 15 tot 18% duurde meer dan twee jaar. Uit deze cijfers blijkt m.a.w. dat een belangrijke groep Amerikanen gedurende zeer lange tijd onverzekerd is en dat voor velen onder hen het niet beschikken over een ziekteverzekering niet zomaar een tijdelijke fase in hun leven is.

Hoe kan men nu nagaan hoe groot de groep niet-verzekerden is? Gezien over het verloop van een jaar zal voor veel Amerikanen een periode

van niet-verzekerd-zijn beginnen, en zoals gezegd duurt de ene periode een stuk langer dan de andere. Wanneer men nu het aantal niet-verzekerden wil tellen en men doet dit bijvoorbeeld op 1 juli van een bepaald jaar, zal men de mensen, die niet verzekerd waren gedurende "korte" perioden, die een aanvang namen in de winter van het vorige jaar of zelfs nog bij het begin van de lente van hetzelfde jaar, niet meetellen. Men zal evenmin diegenen meetellen die niet verzekerd zijn gedurende perioden die na 1 juli van dat jaar beginnen. Ook al wordt in discussies over het probleem van het leger niet-verzekerde Amerikanen dikwijls het cijfer 37 miljoen aangehaald, gezien over een heel jaar verkeren heel wat meer inwoners van de VS gedurende een maand of langer in een niet-verzekerde toestand. Het *Bureau of the Census* berekende dat in 1987 50 miljoen Amerikanen ten minste één maand van de twaalf geen ziekteverzekering hadden. In 1992 gold dit voor 58 miljoen Amerikanen! Op basis van dit gegeven kan men nagaan hoeveel Amerikanen gedurende heel het jaar 1992 onverzekerd waren. Rekening houdend met de bevinding dat 36% van de Amerikanen die ten minste één maand onverzekerd waren gedurende het jaar 1985, dat hele jaar door onverzekerd waren, kan men stellen dat ten minste 21 miljoen Amerikanen gedurende heel het jaar 1992 onverzekerd waren. Een eenvoudige berekening toont aan dat de 58 miljoen Amerikanen - die ten minste één maand onverzekerd waren in 1992 - verminderd met geschatte 21 miljoen die heel dat jaar onverzekerd waren, een groep oplevert van 37 miljoen Amerikanen. Deze laatste groep was dus tussen de één en elf maanden onverzekerd gedurende het jaar 1992. Dit cijfer mag bijgevolg in geen geval verward worden met het vaak gehoorde cijfer van 37 miljoen niet-verzekerden, omdat het in het laatste geval gaat om het resultaat van een telling op een bepaald ogenblik, namelijk maart 1992, bekend gemaakt door het *Employee Benefit Research Institute*. Deze analyse toont op een meer dan overtuigende wijze aan dat een steeds toenemend aantal Amerikanen getroffen wordt door het verlies van hun ziekteverzekering: 58 miljoen of bijna een kwart van de bevolking moet het gedurende een deel van het jaar zonder

ziekteverzekering stellen.

Amerikanen van Spaanse origine, jongvolwassenen en armen lopen het grootste risico onverzekerd te zijn. Bovendien maken werkenden en de personen die zij ten laste hebben het grootste deel uit van de groep onverzekerden. In 1990 was 85% van de niet-bejaarde populatie zonder ziekteverzekering lid van een gezin waarvan gezinshoofd werkte [16].

Oplossingen

Een uitbreiding van de toegang tot de zorg en een kostenbeheersing zouden bereikt kunnen worden door drie fundamentele veranderingen door te voeren. Ten eerste moet een globaal budget vastgelegd worden voor de gezondheidszorg. De federale overheid moet gezondheidszorg afwegen tegen andere nationale prioriteiten zoals onderwijs, huisvesting, defensie,... [17]. Daarom moeten de uitgaven voor gezondheidszorg onderworpen worden aan limieten. Het Congres zou moeten bepalen hoeveel procent van het BNP aan gezondheidszorg besteed kan worden. Dit totaalbedrag zou dan verdeeld kunnen worden over de staten, rekening houdend met relevante variabelen zoals o.a. bevolkingsdichtheid en leeftijdsverdeling. Een tweede fundamentele verandering die doorgevoerd zou moeten worden, is het minimaliseren van de prijscompetitie eerder dan het maximaliseren. Wanneer de prijzen voor gezondheidsdiensten volledig overgelaten worden aan het mechanisme van vraag en aanbod, stijgen de kosten. Het pakket dat aangeboden wordt, weerspiegelt eerder de financiële belangen van de verzekeraars dan de medische behoeften van de verzekerden. Ten derde zou een Single-Payer-systeem ingevoerd moeten worden om de Amerikaanse gezondheidszorg te financieren. De overheid zou m.a.w. de instantie moeten worden die de middelen verzamelt - door de inning van belastingen - en herverdeelt. In Canada werd dertig jaar geleden een Single-Payer-stelsel ingevoerd en gedurende die dertig jaar heeft Canada zijn uitgaven voor gezondheidszorg onder controle gehouden door het hanteren van globale budgetten voor hospitalen, door de toename van de artseninkomens te

beperken (het gemiddelde netto-inkomen van de Canadese artsen ligt 26% lager dan dit van de Amerikaanse artsen) en door het minimaliseren van de administratieve kosten. Uit verschillende studies blijkt dat de administratieve kosten minder dan 2% bedragen in het Single-Payer-systeem, tegenover 14% bij de Amerikaanse privé-verzekeringfirma's. Globaal bekeken spenderen de Amerikanen ten minste 20% van hun uitgaven voor gezondheidszorg aan de administratieve kosten van privé-verzekeraars, artsen en ziekenhuizen. Deze post is de snelst groeiende sector van de gezondheidseconomie in de VS. Het *Medicare*-programma daarentegen, dat eigenlijk een Single-Payer-stelsel is voor de bejaarden en de arbeidsongeschikten, geeft niet meer dan 2,1% van zijn budget uit aan administratie. We kunnen dan ook met recht en rede de uitspraak beamen dat "Health care cost inflation of 11% annually completely refutes the notion that competition between insurance companies will reduce costs" [18].

Verkeerd beeld van het Canadese stelsel

In de VS bestaan heel wat misvattingen over het Canadese stelsel, vooral wat betreft de keuzevrijheid en de wachtlijsten. In verband met de keuzevrijheid beweerde George Bush tijdens de verkiezingsdebatten in 1992 dat, aangezien Amerikanen ervan houden te kunnen kiezen, zij een Single-Payer-systeem zouden beschouwen als onaanvaardbaar. Het Canadese model legt echter geen beperkingen op aan de autonomie van patiënten en artsen. De meeste Canadese artsen werken in privé-praktijken op free-for-service-basis. Ze mogen hun patiënten echter niet meer aanrekenen dan het tarief dat onderhandeld is tussen de provincieregering en de artsenverenigingen. De patiënten zijn volledig vrij in hun keuze van verstrekkers. Een tweede belangrijke misvatting betreft de wachtlijsten, m.a.w. de zogenaamd wijd verbreide tekorten in de Canadese gezondheidszorg, die uitmonden in zogenaamde eindeloze wachtlijsten. Het is inderdaad een feit dat de Canadezen zich voor sommige medische diensten op een wachtlijst moeten laten plaatsen en dat ze veel langer moeten wachten dan som-

mige Amerikanen voor vergelijkbare diensten. De wachttijden voor bijvoorbeeld hartchirurgie nemen de laatste jaren echter snel af en Amerikanen die verzekerd zijn via *Medicaid* moeten bijvoorbeeld erg lang wachten op prenatale zorg, om nog maar te zwijgen van de talloze Amerikanen die, ook al hebben ze er behoefte aan, totaal géén prenatale zorg noch andere medische zorg ontvangen. Een onderzoek, uitgevoerd in 1990, heeft aangetoond dat de Canadezen meer tevreden zijn met hun stelsel van gezondheidszorg dan de inwoners van negen andere geïndustrialiseerde landen. De VS hadden de laagste tevredenheidsscore, terwijl geen enkel ander land zoveel geld besteedt aan gezondheidszorg [19].

Waarom geen Free Market plan of het Clinton-plan?

Omdat de huidige organisatie van de Amerikaanse gezondheidszorg het voorbeeld bij uitstek is van het falen van de markt wanneer het gaat om de distributie van een sociaal goed zoals gezondheidszorg. En waarom geen 'managed competition', zoals Clinton voorstelt? Daarvoor zijn drie goede redenen aan te geven.

- Een blik op de huidige verzekeringsmarkt in de VS leert dat "Health Alliances" hoogstwaarschijnlijk zouden concurreren op basis van kosten en niet op basis van kwaliteit.

- In een stelsel van 'managed competition' zouden de Amerikanen telkens als ze van verzekeringsplan zouden veranderen, bijvoorbeeld wanneer ze daartoe gedwongen zouden worden door veranderingen in hun financiële situatie, andere verstrekkingen toegewezen krijgen. Een dergelijke gang van zaken is niet erg bevorderlijk voor de ontwikkeling van een vertrouwensrelatie tussen patiënt en verstrekker.

- Het meest doorslaggevende tegenargument is dat de "employment based coverage" als financieringsbasis voor de gezondheidszorg afbrokkelt door de recessie (de verzekeringspremies wegen steeds zwaarder op de schouders van de ondernemers) en door de werkloosheid (minder werknemers betekent een kleiner financieringsdraagvlak).

Basisvoorzieningen versus supplementaire voorzieningen

Velen zijn het erover eens dat een aanzienlijk deel van de zorg die het huidige systeem verstrekt niet noodzakelijk is. Het geheel van medische diensten is zo heterogeen, vervuld zo'n uiteenlopende functies, dat een stelsel van gezondheidszorg eigenlijk gelaagd is. Niet alle lagen zijn even belangrijk en voor elke laag afzonderlijk moet nagegaan worden of de samenleving al dan niet de plicht heeft ze te verschaffen aan haar leden. Sommige verstrekkingen zijn noodzakelijke, m.a.w. basisvoorzieningen, terwijl andere behoren tot supplementaire voorzieningen. Dit onderscheid kan tot uiting gebracht worden in de financieringsmechanismen van elk van deze types van zorg en in hun beschikbaarheid voor het publiek. Het is echter zeer moeilijk om precies te bepalen welke zorg noodzakelijk is, zeker wanneer het over een specifieke patiënt gaat. Met een financieringssysteem dat tot voor kort onuitputtelijk leek, is het enige criterium voor de individuele arts of patiënt om een bepaalde soort zorg al dan niet te verstrekken de vraag of de potentiële voordelen doorslaggevender zijn dan de potentiële risico's (naast de vraag of dat type van zorg technisch beschikbaar is). Men kan heel wat verstrekkingen bestempelen als "wenselijk", zolang men op het ogenblik dat de beslissing over het al dan niet verstrekken genomen wordt geen rekening hoeft te houden met de kosten [20]. De relatieve waarde van medische zorg moet in een economische context bekeken worden. Bovendien mag men niet alleen kijken naar de resultaten van medische prestaties, want hoe precies ook de informatie, zij zal nooit volstaan om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Dit laatste vereist immers een systeem dat limieten oplegt aan de hoeveelheid en aan de kosten van de medische zorg. Kostenbeheersingsmechanismen op het macro-allocatie-niveau vormen geen bedreiging voor de autonomie van de verstrekkingen van gezondheidszorg. Zij zijn verplicht de beste behandelingsmethoden te adviseren aan hun patiënten, maar moeten daarbij rekening houden met een bredere context, namelijk dat de middelen die door de samenleving

besteed kunnen worden aan het totale stelsel van gezondheidszorg beperkt zijn.

Republikeinse ommezwaai

Bill Clinton is de zesde Democratische leider in de laatste vijftig jaar die de Amerikaanse gezondheidszorg tracht te hervormen. In vijftig jaar tijd is enkel Lyndon Johnson erin geslaagd het Congres voldoende te "bewerken" om een werkelijke hervorming te kunnen doorvoeren. Johnson had dan ook het voordeel dat zowel het Huis van Afgevaardigden als de Senaat voor twee derden uit Democraten bestonden. Sinds de verkiezingen voor het Congres in november 1994 zijn het de Republikeinen die voor het eerst in veertig jaar de meerderheid hebben, zowel in het Huis als in de Senaat. Clintons initiatief is een kort leven beschoren geweest [21]. De laatste maanden was het bijzonder stil rond de Amerikaanse gezondheidszorg en dat kan een indicatie zijn van het feit dat de Republikeinen bezig zijn met een gezondheidsplan waarin de "spirit of free enterprise" weerom tot wondermiddel ge-proclameerd wordt. Maar de realiteit is echter nog misselijker: de gezondheidszorg maakt niet eens deel uit van hun prioriteiten.

- [1] In 1991 waren 35 miljoen Amerikanen ingeschreven in dit programma. Deze groep bestond voor 90% uit bejaarden en 10% uit arbeidsongeschikten.
- [2] Uitgaven voor gezondheidszorg worden dikwijls vergeleken met het BNP om na te gaan hoeveel van de totale nationale middelen gebruikt worden voor gezondheidszorg.
- [3] Bron: Health Care Financing Administration. Ter vergelijking: in België werd in 1992 iets minder dan 8% van het BNP uitgegeven aan gezondheidszorg.
- [4] Organisation de Coopération et de Développement Economiques, OCDE en chiffres, Statistiques sur les pays membres. *Supplément à l'Observateur de l'OCDE*, Nr. 182 juin-juillet 1993, Paris, OCDE, 1993.
- [5] In België stegen de kosten tijdens dezelfde periode van 7,2% naar 7,9% van het BNP.
- [6] US Department of Commerce, Bureau of the Census, *Statistical Abstract of the United States*, 1991.
- [7] Congressional Budget Office.
- [8] Mariner, (W.K.). In: *The New England Journal of Medicine*, vol. 327, 23, 3 december 1992: "The problem with voluntary health insurance is that it is voluntary. There is no federal requirement that employers provide health

insurance."

- [9] Is een onmiddellijk honorarium voor verstrekte diensten.
- [10] Via televisiestations werd door de Health Insurance Association of America - een vereniging die de privé-verzekeraars vertegenwoordigt - een massale campagne gelanceerd waarin de National Health Security Act gelijkgesteld werd met de introductie van het communisme in de Amerikaanse gezondheidszorg. Toen bekend werd dat de inwoners van de staat Californië zich op 8 november via een referendum zouden uitspreken over de invoering van een 'single-payer-systeem' in hun staat, spendeerde diezelfde associatie in één week tijd 1 miljoen dollar om de Californiërs te overtuigen van het duivels (lees: communistisch) karakter van dit plan. Een glansrijke overwinning werd behaald: 73% stemde tegen het voorstel.
- [11] Zie *The New England Journal of Medicine*, vol. 330, 10, blz. 728, waarin duidelijk wordt dat Clinton ermee dreigt om zijn vetorecht te gebruiken.
- [12] Reinhardt, (U.E.). Coverage and Access in Health Care Reform. In: *The New England Journal of Medicine*, 19 mei 1994, vol. 330, 20, blz. 1452-1453.
- [13] Congressional Budget Office.
- [14] Wich Bill Clinton is talking now? The one selling a market economy to the Russians or the one selling socialized medicine to Americans? In: *Postgraduate Medicine*, maart 1994, vol. 95, 4, blz. 15-23.
- [15] Dynamics of People without Health Insurance. Don't let the numbers fool you. In: *Journal of the American Medical Association*, vol. 271, 1, 5 januari 1994.
- [16] *Prospective Payment Assessment Commission, Medicare and the American Health Care System*. Report to the Congress, June 1992.
- [17] In dit verband wordt vaak de term 'macro-allocatie' (macro-toewijzing) gebruikt. Op het vlak van de gezondheidszorg moeten immers keuzen gemaakt worden op drie niveaus: het macro-niveau (hier hebben we te doen met keuzen m.b.t. de allocatie van middelen tussen de verschillende gebieden van overheidszorg (cultureel beleid, onderwijs, defensie, openbare werken, gezondheidszorg,...)), het meso-niveau (hier gaat het over keuzen m.b.t. de allocatie van middelen binnen de verschillende gebieden van de gezondheidszorg), het micro-niveau (hier gaat het over keuzen i.v.m. de selectie van patiënten voor vormen van behandeling, de zgn. 'triage-beslissingen' (bv. geen nierdialyse voor patiënten ouder dan 55, enz.)).
- [18] Iglehart (J.K.). The American health care system: private insurance. In: *The New England Journal of Medicine*, vol. 326, blz. 1716.
- [19] Satisfaction with health systems in ten nations. In: *Health Affairs*, 1990, 9, blz. 185-192.
- [20] Deze dynamiek wordt wel eens 'supply-induced demand' genoemd.
- [21] Korcock (M.), "(...) when Congress ended its term, the American Health Security Act and all other legislative proposals became history." In: *The Canadian Medical Association Journal*, vol. 152, 3, 1 februari 1995, blz. 407. Uit opiniepeilingen blijkt nochtans dat de Amerikanen nog altijd voorstander zijn van een hervorming van hun gezondheidszorg!