

A.C. GELIJNS

Voor het eerst in bijna 30 jaar (sinds de verkiezingsoverwinning van Lyndon Johnson in 1964 en de daaropvolgende invoering van Medicare and Medicaid, een soort volksverzekering voor ouderen en armen) is gezondheidszorg een centraal thema in de Amerikaanse presidentsverkiezingen. Een duidelijk signaal van de toenemende onvrede met het huidige medische stelsel was de hoogst onverwachte uitslag van de speciale senaatsverkiezingen in Pennsylvania, vorig jaar november. De onbekende Democraat Harris Wofford, die nog nooit een politieke functie had vervuld, versloeg de alom gerespecteerde Republikeinse procureur-generaal Richard Thornburgh. De centrale boodschap van Woffords verkiezingscampagne? De invoering van 'national health insurance'.

Hiermee werd bevestigd dat gezondheidszorg een prominent onderwerp op de politieke agenda van Clinton en Bush zou worden in hun strijd om de zetel in het Witte Huis. In de meest recente opiniepeilingen blijkt dit steeds meer het geval te zijn, en zowel de *Washington Post* als de *New York Times* schrijven bijna dagelijks over de noodzaak om de Amerikaanse gezondheidszorg structureel te wijzigen. Dat de Amerikaanse gezondheidszorg ernstig ziek is, komt niet als een verrassing. Ondanks de invoering van een serie bezuinigingsmaatregelen nemen de kosten van de gezondheidszorg nog steeds schrikbarend snel toe; in Clintons woorden 'like a patient's fever chart'.¹ Ook menig Republikein maakt zich zorgen dat de V.S. ongeveer 13% van hun aanzienlijk nationaal inkomen aan gezondheidszorg besteden (meer dan 1,4 biljoen gulden in 1991), bijna evenveel als het gehele Italiaanse bruto nationaal produkt en meer dan driemaal zoveel als dat van Nederland.² Hebben de Amerikanen daarmee toegang tot betere zorg en zijn zij gezonder dan de Europeanen? Het tegendeel lijkt waar te zijn: de V.S. verkeren in de paradoxale situatie dat men steeds meer investeert, terwijl steeds minder Amerikanen verzekerd zijn en toegang hebben tot adequate medische zorg. De laatste cijfers geven aan dat tussen 33 en 38 miljoen van de 254 miljoen Amerikanen onverzekerd zijn.² De V.S. scoren ook niet erg hoog wat betreft simpele gezondheidsindicatoren zoals zuigelingensterfte en levensverwachting. Het vergelijken van geaggregeerde gezondheidsindicatoren kan natuurlijk misleidend zijn. De determinanten van gezondheid zijn veelvoudig en slechts ten dele geneeskundig. Epidemiologische onderzoeken wekken echter niet de indruk dat de gemiddelde Amerikaan gezonder is dan zijn Europese wederhelft.

Bovendien geeft ook Bush toe dat op macro-economisch niveau de 'opportunity cost' een steeds grotere rol gaat spelen: de 1300 miljard gulden bestedingen per jaar aan medische zorg zijn niet meer beschikbaar voor andere maatschappelijke prioriteiten zoals onderwijs, stadsvernieuwing, huisvesting en milieu. James Baker, de kersverse Chief of Staff (een soort premier in het Amerikaanse politieke stelsel), en Alan Greenspan, de voorzitter van de Amerikaanse Centrale Bank, laten niet na erop te wijzen dat veel van het regeringsgeld voor deze andere prioriteiten – vanwege de hoge kosten van de gezondheidszorg – geleend wordt in Japan. Dat indirect de beschikbaarheid van medische zorg afhankelijk is van de Japanse bereidheid om de V.S. geld te lenen, valt menig Amerikaan – Democraat of Republikein – rauw op het lijf en is moeilijk te aanvaarden.

Dergelijke observaties zijn niet nieuw. Waarom duurde het dan tot 1992 voordat gezondheidspolitiek zo prominent op de agenda kwam? Niet zozeer vanwege de problemen betreffende de toegankelijkheid van medische zorg. De groeiende groep onverzekerde Amerikanen bestaat met name uit minderheden, met een laag opleidings- en inkomensniveau, die toch niet of nauwelijks naar de stembus gaan, en daarmee weinig of geen politieke standing hebben. Terwijl de Democratische partij in principe vindt dat medische zorg beschikbaar moet zijn voor een ieder, ongeacht sociaal economische status, is dit voor de Republikeinen veel minder het geval. Voor de Republikeinen is de grondgedachte dat het individu verantwoordelijk is voor zijn eigen leven (en dus ook voor zijn eigen gezondheid, ziekte en dood) dermate fundamenteel dat ze discussies over meer of minder toegankelijkheid van zorg vrijwel altijd heeft overvleugeld. Bovendien, wat de kwaliteit van zorg betreft, ondersteunde het merendeel van de stemgerechtigden tot voor kort de (ietwat myopische) observatie van president Bush dat 'Americans enjoy the best health care system in the world'.³ Immers, zo redeneerde men in het Witte Huis, in absolute aantallen investeren de V.S. verreweg het meeste van alle geïndustrialiseerde landen in medisch-wetenschappelijk onderzoek, zij die verzekerd zijn hebben toegang tot allerhande medische interventies zonder wachtlijsten en zichtbare rantsoenering, en de stijgende ziektekosten worden voor een belangrijk gedeelte gefinancierd door werkgevers.

De huidige langdurige economische recessie met haar hogere aantallen werklozen en bedrijfssluitingen maakte echter wel het verschil: de perceptie bij een steeds groter deel van het electoraat dat de stijgende geneeskundige kostenspiraal en de groep (vaak werkloze) onverzekerden de V.S. als geheel economisch en politiek verzwakken, gaf de doorslag. In de campagnetoespraken hebben drie groeperingen deze perceptie verwoord en gezamen-

National Academy of Sciences, Institute of Medicine, Program on Medical Innovation, 2101 Constitution Avenue, NW, Washington, DC, 20418, USA.

Mw.dr. A.C. Gelijns.

lijk (een zeldzame coalitie) de gezondheidszorg als belangrijke politieke prioriteit op de voorgrond geplaatst: de werkgevers, de medische professie, en de werknemers. Aangezien de voorstellen van Clinton en Bush grotendeels gebaseerd zijn op de waarden en de normen van deze drie groepen uit de samenleving, is het de moeite waard om de specifieke uitgangspunten van ieder van deze drie groeperingen nader te bezien. Ter verheldering hiervan, eerst een klein zijstapje.

EEN KORTE ANAMNESE

Men zou kunnen zeggen dat de gezondheidszorg een weerspiegeling is van de in een samenleving heersende waarden en normen aangaande, onder andere, ziekte en dood, wetenschap en technologie, en de balans tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid voor elkaars welvaart en welzijn. Amerika is niet zozeer een smeltkroes, maar veeleer een lappendeken, van mensen met uiteenlopende oorsprong, en wordt gekenmerkt door heterogeniteit van waarden en normen, wantrouwen jegens overheidsingrijpen, en geloof in materiële welvaart als maatstaf voor succes. Meer dan 150 jaar geleden beschreef Alexis de Tocqueville in zijn boek *De la démocratie en Amérique* de samenhang tussen de begrippen 'liberté', 'égalité', en 'fraternité' in de nieuwe wereld.⁴ De Amerikaanse nadruk op vrijheid en gelijkheid (van kansen, niet noodzakelijkerwijs van resultaat, bijvoorbeeld inkomen) heeft logischerwijs tot gevolg dat het solidariteitsbeginsel minder prominent is dan in Europa. De resultaten van een opiniepeiling over overheid, vrijheid en gelijkheid (van resultaat) uit een recent nummer van *The Economist* zijn in dit opzicht illustratief (tabel).⁵ Overigens zijn zowel de Democraten als de Republikeinen het er over eens dat een aanzienlijke mate van sociale ongelijkheid wenselijk is. Deze waarden en normen werken door in de Amerikaanse gezondheidszorg, een complexe mix van particuliere en overheidsprogramma's, die voor een belangrijk deel gebouwd zijn op het principe van de vrije markt (zie de tabel).

Het is dan ook geen verrassing dat Amerika het enige land ter wereld is waar werkgevers niet wettelijk verplicht zijn om ziektekostenpremies voor hun werknemers te betalen. Desalniettemin werden gedurende de laatste

decennia vrijwillige werkgeversbijdragen een steeds belangrijker arbeidsvoorwaarde en anno 1992 geniet driekwart van de verzekerde Amerikanen verzekering via hun werkgever. In de jaren tachtig ondergingen de ziektekostenbijdragen van werkgevers een explosieve groei (bijvoorbeeld: plus 21% in 1990), gedeeltelijk omdat ziekenhuizen de kosten van onder- of onverzekerde Amerikanen overhevelde naar de particuliere sector.⁶ General Motors bijvoorbeeld geeft nu jaarlijks meer uit aan gezondheidszorg voor zijn werknemers dan aan staal voor zijn auto's. Deze situatie leidde tot een tweetal fundamentele veranderingen in het karakter van de particuliere verzekering. Allereerst besloot een groeiend aantal grote werkgevers, zoals Honeywell, Federal Express en General Electric, zich niet meer te verzekeren en als 'self-insured' verder te gaan. Zij namen de functie van verzekeraar voor eigen rekening, en het bleek minder kostbaar te zijn om zelf uit de bedrijfsopbrengsten gewoonweg alle ziektekostenrekeningen van werknemers rechtstreeks te betalen, dan om premies te betalen. Hiermee kreeg de individuele werkgever ook aanzienlijk meer invloed op de inhoud van het bedrijfsverstrekkingspakket, bijvoorbeeld of levertransplantaties wel of niet vergoed zouden worden. Ten tweede stimuleerden werkgevers bestaande verzekeraars tot het invoeren van zogenaamde 'managed care', dat wil zeggen het direct interveniëren in de individuele klinische beslissing door middel van, bijvoorbeeld, 'utilization review', 'second surgical opinion', en 'pre-certification admission'-procedures. Tot op heden hebben deze veranderingen echter niet of nauwelijks tot kostenbeheersing geleid en werkgevers, bezorgd om hun internationale concurrentiepositie, zijn nu een steeds sterkere stem in de politieke roep om omwenteling van de huidige gezondheidszorg.

De meer actieve rol van werkgevers en de invoering van managed care verandert op ingrijpende wijze de context waarbinnen de Amerikaanse praktizerend medicus zijn vak beoefent. Natuurlijk is in Europese landen deze context ook aan verandering onderhevig – zo betekent de invoering van budgettering op landelijk, regionaal of instellingsniveau dat artsen keuzen moeten maken in de besteding van beperkte middelen. In de V.S. bestaat geen algemene limiet op de financiële middelen voor gezondheidszorg. De gemiddelde medicus heeft echter te kampen met toenemende directe interventie in de arts-patiëntrelatie en moet, zoals gezegd, steeds meer verantwoording aan derden afleggen over de gepastheid van zijn of haar geneeskundige beslissing. De Amerikaanse artsen, een traditioneel conservatieve groep, uiten in toenemende mate hun frustratie over de resulterende bureaucratisering van de medische praktijk en beginnen zich – mirabile visu – voorstanders van herziening te tonen. Historisch gezien is dit een unicum. Zo ondermijnde de American Medical Association (AMA) destijds de voorstellen van Harry Truman voor universele verzekering dermate effectief, door het schrikbeeld van 'socialized medicine' op te roepen, dat ze ten dode waren opgeschreven. Momenteel hebben echter de meeste artsenverenigingen, zoals de AMA, de American

'American values – an odd place, America'; resultaten van een internationale opiniepeiling over overheid, vrijheid en gelijkheid (in procenten)⁵

wat is belangrijker: gelijkheid of vrijheid?			is het de verantwoordelijkheid van de overheid om inkomensverschillen te verkleinen?	
land	gelijkheid	vrijheid	land	ja
V.S.	20	72	Italië	81
V.K.	23	69	Hongarije	77
Frankrijk	32	54	Nederland	64
Italië	45	43	V.K.	63
Duitsland	39	37	Duitsland	56
Japan	32	37	Australië	42
Spanje	39	36	V.S.	28

College of Physicians, en de American Academy of Pediatrics, een eigen voorstel tot stelselwijziging geformuleerd.⁷

Behalve de werkgever en de arts is de patiënt van nu en straks wellicht de belangrijkste groep in het politieke verkiezingsdebat over de Amerikaanse geneeskunde. Door de economische recessie wordt met name de middenklasse geconfronteerd met werkloosheid en daarmee met de reële mogelijkheid van verlies van ziektekostenverzekering. Bezorgdheid over deze stand van zaken wordt vergroot omdat verzekeraars er meer en meer toe overgaan om individuen met een vergroot risico niet te accepteren dan wel uit te sluiten op basis van zogenaamde 'preexisting conditions'. Het aantal ziektebeelden dat onder deze noemer valt, wordt met de dag groter. Een gevolg hiervan is dat werkgevers minder snel een genezen kankerpatiënt of een werkzoekende met chronisch astma aannemen en dat Amerikanen hun mobiliteit op de arbeidsmarkt verliezen. Vooral deze laatste trend, die fundamenteel ingrijpt in het Amerikaanse ideaal van persoonlijke bewegingsvrijheid, draagt bij tot de politieke druk op zowel Clinton als Bush om de Amerikaanse gezondheidszorg van koers te laten veranderen en individueel en collectief weer hanteerbaar te maken. De centrale vraag blijft natuurlijk: hoe dit te bewerkstelligen?

CLINTON VERSUS BUSH

President Bush karakteriseert het verschil tussen zijn visie op de toekomst van de Amerikaanse gezondheidszorg en die van zijn tegenstrever Bill Clinton als 'the Grand Canyon of philosophy' die hun politieke agenda's van elkaar onderscheidt.¹ Terwijl beide kandidaten de toegankelijkheid van zorg aan de orde stellen en tegelijkertijd de kosten daarvan wensen te minimaliseren, zijn de maatregelen die zij voorstaan zeer verschillend; Bush stelt voor de auto te nemen, terwijl Clinton de bus prefereert, of te wel het verschil zit in de rol die de Democraten en de Republikeinen toekennen aan de overheid. Beide partijen zijn tegenstander van een stelsel van nationale gezondheidszorg, zoals destijds geformuleerd door Beveridge voor de Engelse National Health Service, waarbij financiering plaatsvindt uit de algemene belastingmiddelen en de uitvoering geschiedt door (semi-)overheidsorganen.

In zijn verkiezingstoespraken kent Clinton echter een veel grotere rol toe aan de overheid dan Bush en hij neigt zelfs te verwijzen naar Bismarck en diens concept van sociale ziektekostenverzekering van een eeuw geleden. Vervolgens haalt hij indirect het moderne Duitsland aan door te stellen dat er nationale grenzen moeten worden gesteld aan de uitgaven voor de gezondheidszorg, met een afzonderlijk budget voor iedere staat (vergelijk de macht van Bonn, of zo men wil, Berlijn, inzake de gezondheidsbudgetten van de Länder). Indien de uitgaven de budgetten dreigen te overschrijden, dan zouden de staten de vergoedingen voor ziekenhuiskosten en de honoraria van artsen aan banden mogen leggen. In het 'play-or-pay'-voorstel van Clinton staan de werkgevers centraal: zij zouden wettelijk verplicht worden om hun

werknemers of particulier te verzekeren danwel via een belastingbijdrage toegang te verschaffen tot sociale ziektekostenverzekering. De overheid, de federale en de staten, zou zorg dragen voor hen die buiten het arbeidsproces vallen.

Hoewel Clintons plan inderdaad mogelijkheden lijkt te bieden voor universele toegankelijkheid en, wie weet, misschien ook tot kostenbesparing (twijfels dienaangaande zijn niet welkom in het Democratische kamp) is de achilleshiel van zijn voorstel dat hij de uiteindelijke noodzaak om keuzen te maken in het totaal van het verstrekkingenpakket niet bespreekt. Integendeel, hij zegt toe dat allerlei vormen van geestelijke gezondheidszorg, acute zorg, alsmede alle mogelijke geneesmiddelen voor iedere Amerikaan binnen het pakket zullen vallen.

George Bush typeert Clintons voorstel als 'a combination of the efficiency of the Post Office with the compassion of the KGB'.¹ In tegenstelling tot Clinton houdt Bush vast aan het conservatieve ideaal om de besteding van middelen over te laten aan het marktmechanisme en de vrije keuze van de kiezer. De toegankelijkheid van de zorg zou vergroot worden door 'tax credits' voor lagere sociaal-economische klassen (tot 6000 gulden jaarlijks per gezin, hetgeen equivalent zou zijn aan 6-8 nachten ziekenhuisopname per gezin van 3 of 4 personen) en 'tax deductions' voor de middenklasse. Kosten zouden eveneens worden beheerst door het marktmechanisme, namelijk door het invoeren van een aantal maatregelen die concurrentie bevorderen: het verstrekken van informatie aan patiënten en consumenten over de kwaliteit van zorgverleners (een soort KEMA-keur van artsen, verpleegkundigen en ziekenhuizen), het stimuleren dat kleine bedrijven en individuen hun medische koopkracht vergroten door gezamenlijk een verzekering af te sluiten, en verandering in het systeem van medische aansprakelijkheid. Hoewel sommige van deze maatregelen op zich wel zinnig zijn, is de belangrijkste kritiek op het plan van Bush dat hij in wezen de open-eind-financiering van het Amerikaanse systeem handhaaft en dat daarmee de mogelijkheden tot kostenbeheersing minimaal zijn: de manier waarop de 'invisible' hand van de vrije markt het allemaal zal regelen, zoals de Republikeinen claimen, blijkt vooralsnog voor de gemiddelde kiezer vrij onzichtbaar te blijven.

20 JANUARI 1993

Wat is de kans op werkelijk structurele wijziging van het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem na 20 januari 1993 (Inauguration Day)? Indien Clinton als overwinnaar uit de verkiezingen komt, lijkt die kans groter dan als Bush herkozen wordt. Wie het ook wordt, de gekozen zal twee belangrijke belemmeringen op zijn pad vinden. Enerzijds de gigantische omvang van de Amerikaanse gezondheidszorg en de gevestigde belangen bij die omvang van allerlei verschillende groeperingen, waardoor het onder één noemer brengen, politiek en in termen van management, uiterst problematisch zal zijn. Anderzijds zal het met een jaarlijks betalingsbalanstekort van 700 miljard gulden, dat nog steeds groeit, niet eenvoudig zijn om de 100 miljard of meer te vinden die

nodig zijn voor fundamentele wijziging (bijvoorbeeld sluiting van menig anachronistisch Veterans Administration-ziekenhuis – de Veterans Administration houdt toezicht op een uitgebreid systeem van ziekenhuizen, uitsluitend bedoeld voor oud-militairen). In het geval van Clinton zal veel afhangen van diens leiderskwaliteiten om een coalitie tussen het Witte Huis en het Congres tot stand te brengen. Traditioneel gelooft de Amerikaan in het aan banden leggen van de macht van de overheid door een systeem van 'checks and balances'. Praktisch wil dat heden ten dage meestal zeggen dat als de kiezer op de ene partij stemt voor het Witte Huis, deze op de andere partij stemt voor het Congres. Er bestaat momenteel echter een kleine kans dat wanneer Clinton wint, het Congres zijn huidige Democratische meerderheid wellicht kan behouden, waarmee het vormen van een coalitie aanzienlijk vergemakkelijkt zal worden.

Mocht daarentegen de Bush-gerontocratie worden voortgezet, dan lijkt de kans op structurele wijziging vrijwel nihil. Een in meerderheid Republikeins Congres lijkt niet waarschijnlijk, en de Democratische tegenpartij zou Bush' voorstellen snel als terminaal bestempelen en op sterk water zetten. De Treasury (min of meer het ministerie van Financiën) is traditioneel zeker geen voorstander van het 'oormerken' van belastinggelden en zal alles ondernemen om de voorstellen van Bush te saboteren. Maar wellicht de belangrijkste reden is dat Bush persoonlijk de gezondheidszorg niet als een belangrijke prioriteit beschouwt, maar momenteel politiek tot het doen van een wijzigingsvoorstel wordt gedwongen. Mocht hij herkozen worden, dan ligt de grootste kans op wijziging van de structuur en de financiering van de gezondheidszorg niet meer op federaal niveau, maar wordt het een zaak van de afzonderlijke staten. Historisch gezien heeft menige staat prominente bekendheid (bijvoorbeeld Oregon) als laboratorium van innovatie.

RELEVANTIE VOOR EUROPA?

Voor de Amerikaanse medici en anderen die bij de gezondheidszorg hier betrokken zijn, zijn dit spannende dagen. Heeft het interne gewoel over de gezondheidszorg van de enige overgebleven supermacht echter enige relevantie buitenshuis en, meer specifiek, voor Europa? Op het eerste gezicht lijkt het antwoord negatief en zou men kunnen beargumenteren dat de Amerikanen in dezen 50 jaar of meer achterlopen. Bismarck, coalities van werkgevers en medische professie, medische zorg onder verplichte wetgeving: in menig Europees land zou men ouders of grootouders vragen over het hoe en wat hiervan.

Een ander effect is echter niet denkbeeldig: de kans dat noch Bush noch Clinton in staat zal zijn om in 1993 op nationaal niveau drastisch in te grijpen is, zoals hiervoor weergegeven, reëel. De wal zal dan het schip keren, niet hier in Washington, maar in Portland, Sacramento, Albany, Denver, Richmond, en dergelijke; dat wil zeggen op staatsniveau, vergelijkbaar met Dublin, Lissabon, Den Haag, Bonn, Rome of Luxemburg. Na de Deense en de Franse referenda blijft Europa als een enkelvoudige federale staat een in de verre toekomst gelegen wens-

(droom). Het politiek-bureaucratisch apparaat in Brussel heeft nog steeds geen directoraat-generaal voor de volksgezondheid, laat staan een apart Europees-Commissielid voor gezondheid. Daarentegen zijn veel Europese 'staten' druk doende hun gezondheidszorgsysteem – soms drastisch – te reorganiseren: Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Nederland, om over landen zoals Polen, Hongarije en Roemenië maar niet te spreken. De V.S. telt 50 staten, Europa, de kleintjes meegerekend, 48. De vormen van 'health care reform' zoals recentelijk geformuleerd in staten zoals Oregon, Vermont en Minnesota zijn de eerste tekenen van innovatieve koerswijzigingen om het schip de wal te laten vermijden. De wetenschap dat de gezondheidszorg op de federale politieke agenda wellicht bepalend zal zijn voor de keuze van een nieuwe president verschaft deze innovaties een flinke steun in de rug.

In haar streven naar een Europese markt voor gezondheidszorg, naar een federaal Europees gezondheidszorgsysteem, of naar Europese gezondheidszorginstellingen (een Europese Food and Drug Administration, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, Medicare-programma, of Health Care Financing Administration), zou het Amerikaanse voorbeeld van gezondheidspolitiek op staatsniveau en op het niveau van all-America, en de politieke interactie tussen deze, wel eens instructief kunnen blijken te zijn. Het zal nog wel even duren voordat gezondheidszorg op de politieke agenda staat van de verkiezingen voor de Europese voorzitter of premier. Dan zou wellicht teruggedacht worden aan 1992 en zou kunnen blijken dat de Clinton-Bush-wedstrijd in gezondheidspolitiek opzicht niet jaren achter maar jaren voor liep.

LITERATUUR

- 1 Pear R. Health-care policy: how Bush and Clinton differ. New York Times 1992 Aug 12: A1, A16.
- 2 Williams AP, Damberg C. Reform of the U.S. health care system: can we reduce disagreement? Santa Monica: Rand Corporation, 1992 June.
- 3 Fuchs VR. The best health care system in the world? J Am Med Assoc 1992; 268: 916-7.
- 4 Tocqueville A de. De la démocratie en Amérique. Vol. II. Paris: Genin, 1951.
- 5 Life, liberty and try pursuing a bit of tolerance too. The Economist 1992 Sep 5: 20.
- 6 Field M, Shapiro H. Employment and health benefits: a connection at risk. Washington, D.C.: National Academy Press (ter perse).
- 7 Baer I, Evans A. Avenues to access: a resource guide to health care reform. Washington, D.C.: Association of American Medical Colleges, 1992.

Aanvaard op 21 september 1992

Bladvulling

Een blijvende vraag

Daar is Mej. NELLY DE JONG, die almede met de ernst de vraag nagaat, of de misdadiger een zieke, dan wel een ondeugend mensch is.

(Ned Tijdschr Geneesk 1892; 36 II: 348.)