

Lessen uit de Amerikaanse penarie

Wat Nederland kan leren



Jako Burgers
Bert Vrijhoef

Beiden hebben als Harkness fellow een jaar lang de Amerikaanse gezondheidszorg kunnen bestuderen.

Correspondentieadres:
j.burgers@cbo.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: xxxxxx

Het Nederlandse zorgsysteem presteert beter dan dat van de Verenigde Staten. Toch laten Nederlandse beleidsmakers zich inspireren door zorginnovaties uit juist dit land.

Op het gebied van de gezondheidszorg doet Nederland het beter dan andere landen. Dit blijkt uit internationaal onderzoek van het Amerikaanse Commonwealth Fund. Naast de Verenigde Staten (VS) nemen daaraan Canada, Verenigd Koninkrijk, Australië, Nieuw-Zeeland, Duitsland en Frankrijk deel. In 2007 deed Nederland voor het eerst mee. De gegevens zijn verzameld door middel van telefonische interviews met ongeveer 1000 mensen per land. Zowel in 2007 als in 2008 scoorde Nederland hoog op toegankelijkheid, veiligheid, betaalbaarheid en tevredenheid over het zorgstelsel.¹⁻³ De internationale belangstelling voor de Nederlandse zorgsector is groot.⁴

Hoewel we in de ogen van buitenlanders goed presteren, zijn Nederlandse beleidsmakers zelf, inclusief de minister, daar nogal sceptisch over. De kosten zijn nog te hoog, de kwaliteit is nog niet goed zichtbaar, en de artsen hebben veel macht. Het kan altijd beter. Daarbij laten zij zich inspireren door goede voorbeelden ('best practices') uit andere landen. Opvallend genoeg komen deze vooral uit de VS, het land dat in hetzelfde internationale onderzoek slecht uit de bus komt en waar zo'n 46 miljoen inwoners geen ziektekostenverzekering hebben. Dit is overigens ook de verklaring: slechte algemene prestaties stimuleren tot innovaties. In een land waar het private initiatief zegeviert, wil iedereen zich onderscheiden van de rest.

Remote Area Medical (RAM) werd in 1985 opgericht om gratis medische, tandheelkundige en oogheelkundige zorg te verstrekken in ontwikkelingslanden. Inmiddels wordt de meeste hulp verleend in de Verenigde Staten zelf, zoals hier in Soft Shell in de verarmde staat Kentucky (zie ook blz. 1384).

beeld: Laif/HH





van de Amerikaanse zorg

Torenhoge premies

Als Harkness fellows hebben wij een jaar lang de gelegenheid gehad om het zorgsysteem in de VS te onderzoeken. Wij volgden seminars waar de leiders van grote organisaties hun meningen en ervaringen over het zorgstelsel deelden en uitgebreid ingingen op waar het misgaat in hun land en wat moet worden verbeterd. Iedereen was het erover eens dat de vrije markt in de zorg averechts werkt. Zorgverleners worden vooral geprikkeld om grote aantallen te behandelen. Men wordt per verrichting betaald, en als artsen een bepaalde test of behandeling medisch noodzakelijk vinden, worden ze daar ook voor betaald. Telefonisch overleg wordt niet vergoed en tot een minimum beperkt, waardoor met name in overdrachtsituaties problemen kunnen optreden.

Patiënten moeten hun zorg zelf coördineren. Er is meestal geen huisarts die hen daarbij helpt. Ze moeten torenhoge premies betalen, gemiddeld 4200 tot 5000 euro per jaar, en

hun eigen bijdrage is tot tien keer zo hoog als in Nederland. Verzekerd zijn is duur en wie verzekerd is, wil ook de beste behandeling – en liefst zonder beperkingen, dus met directe toegang tot de specialist in het ziekenhuis. Experimenten in de jaren negentig met de poortwachtersfunctie zijn faliekant mislukt, omdat de Amerikaanse burger vrij wil kunnen kiezen. De zorgverzekeraars benadrukken dit in hun reclameboodschappen op televisie.

Taboe

Niemand legt ons grenzen op, is het devies in de VS. De trechter van Dunning en het kostenplafond van 80.000 euro volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zouden daar worden weggehoond. Kosteneffectiviteit is in de VS taboe. Dit wordt namelijk geassocieerd met *rationing*, het wegnemen van bepaalde keuzes vanwege de kosteneffectiviteit, terwijl patiënten daar mogelijk wel beter van kunnen worden. Dit kan de gemiddelde Amerikaan niet verkroppen. Bovendien zijn de dure inter-

venties vaak ontwikkeld door Amerikaanse industrieën, zoals de grote farmaceuten en fabrikanten van medische instrumenten. Een keuze op basis van kosteneffectiviteit betekent dus ook snijden in de economie van het land. De kosten van de gezondheidszorg in de VS zijn 16 procent van het bruto nationaal product, bijna twee keer zoveel als in Nederland, maar ook de winsten zijn navenant. Er wordt veel verdiend in de zorg en de zorg creëert veel werkgelegenheid.

Kaiser Permanente

Er zijn ook uitzonderingen op de winstbejag nastrevende zorgorganisaties. Kaiser Permanente is een non-profitorganisatie die zowel zorg verzekert als aanbiedt voor bijna 9 miljoen Amerikanen. Kaiser beschikt daartoe over een netwerk van ziekenhuizen waar iedereen, inclusief de artsen, in dienst is van Kaiser. De artsen zijn verantwoordelijk voor het beheren van een budget, wat zeer ongewoon is voor Amerikaanse begrippen. Deze formule prikkelt de artsen tot samenwerking, het voorkómen van overbodige ingrepen, en het gezamenlijk streven naar betere kwaliteit. De missie van Kaiser heeft succes. De mortaliteit van de Kaiser-verzekerden is 30 procent lager dan in de algemene bevolking, de kwaliteit van de zorg is hoger dan gemiddeld, de verzekerden zijn meer tevreden, en de kosten zijn beduidend lager. Niet onbelangrijk hierbij is te beseffen dat het succes van Kaiser bestaat tegen de achtergrond van het slechte, landelijk gemiddelde en dat het Kaiser-model maar geen landelijke navolging krijgt in de VS. Toch is de wijze waarop de resultaten worden bereikt interessant: veel aandacht voor preventie en gezonde leefstijl, zelfmanagement, met name bij chronisch zieken, communicatie en follow-up via e-mail, en een goed functionerend elektronisch patiëntendossier. Allemaal zaken die hoog op de agenda van Nederlandse beleidsmakers staan.

Dreiging van klachten

Na een golf van fusies tussen verzekeraars in Nederland onderzoekt men nu de mogelijkheden voor samenwerking tussen verzekeraars

Er wordt veel verdiend in de zorg

SAMENVATTING

- Nederlandse beleidsmakers laten zich inspireren door innovaties uit de Amerikaanse zorg, terwijl dat land internationaal slecht presteert.
- Marktwerving in de zorg resulteert in de VS vooral tot meer zorg en hogere kosten en staat besluitvorming op basis van kosteneffectiviteit in de weg.
- Non-profitorganisaties, zoals Kaiser Permanente, zijn de 'best practices' in de VS. Niet verticale integratie, maar de focus op preventie en gezonde leefstijl, zelfmanagement, communicatie en follow-up via e-mail, en een goed functionerend elektronisch patiëntendossier bieden lessen voor Nederland.
- Zoals in Nederland is ook in de VS een prominente rol weggelegd voor de overheid om het gezondheidszorgsysteem toekomstbestendig te maken.

Obama ziet een prominente rol voor de overheid



De literatuurlijst en een interview met Paul Wallace van de Amerikaanse zorgonderneming Kaiser Permanente vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

en ziekenhuizen – ook wel verticale integratie genoemd. Een onafhankelijke commissie stelde onlangs vast dat dergelijke samenwerkingsvormen geen nadelige effecten hoeven te hebben voor de consument en zelfs positief kunnen uitpakken.⁵ De vraag is of de te verwachten prestaties dezelfde zullen zijn als in de VS. Een land waar de eerstelijnszorg voornamelijk wordt geleverd door algemeen internisten, kinderartsen en vrouwenartsen, waar de consumenten hoge eisen stellen, met de dreiging van klachten (*sueing*) als diagnoses te laat worden gesteld, en waar geen plafond geldt voor prijzen en volumina. Een flink deel van de uitgaven in de VS betreft administratieve handelingen, vooral in de private sector. In Nederland wordt, vergeleken met de VS, al zeer efficiënt en kostenbewust gewerkt, terwijl de gemiddelde kwaliteit van de zorg bij ons zelfs beter is. Gezien de strakke regulering van de markt en de maximering van de budgetten

kan ons land als geheel wellicht worden gezien als een soort Kaiser in de zorg, met de minister aan de top. Welke meerwaarde valt er dan nog van verticale integratie te verwachten?


Controversieel

Terwijl Obama moeite heeft om zijn belofte, *change, yes we can!*, na te komen en zelfs problemen heeft om zijn partijgenoten te overtuigen, worden in Nederland de geplande veranderingen met rasse schreden voortgezet. Onze minister werkt doortastend aan controversiële voorstellen, zoals het landelijk elektronisch patiëntendossier en de functionele bekostiging. Opvallend is, in tegenstelling tot de VS, dat de weerstand vooral vanuit het veld komt en in mindere mate vanuit het parlement. Dokters worden ineens geconfronteerd met toenemende eisen op het gebied van inbreng van patiënten, het veiligheidsbeleid en het afleggen van verantwoording. En zelfs hun inkomen is niet meer zeker.

De voorstellen van Obama zijn in eigen land niet minder controversieel. Hij heeft twee hoofddoelen: alle inwoners van de VS verzekeren tegen ziektekosten en de kosten van de zorg beheersen. Om die doelen te realiseren, ziet Obama een prominente rol voor de landelijke overheid weggelegd. Zelfs in de VS lijken de grenzen in zicht en misschien jaagt dit besef de Amerikanen wel meer schrik aan dan het overheidsingrijpen. Immers, ook voor de financiële markt en de auto-industrie bleek dit de enige uitweg te zijn voor de haperende economie van de VS.

Keuzevrijheid

Onze overheid is de regisseur van alle veranderingen. En dat is een kwestie van doen en daarna zien hoe het uitpakt – er is genoeg gedebatteerd. Daaraan kan Obama een voorbeeld nemen. Obama kan zich echter geen fouten veroorloven zonder dat zijn imago van onfeilbaarheid wordt geschaad. Voor onze minister geldt dat zijn fouten hem kunnen worden vergeven als hij daar op een goede manier mee omgaat. Of Klinks operatie geslaagd is, kunnen we nu nog niet zeggen. De meest zieke delen zijn uit het systeem gehaald, maar de wonden moeten nog helen.

De minister wil de prestaties verder verbeteren door zorgaanbieders en zorgverzekeraars te prikkelen om over kwaliteit en prijs te onderhandelen. De consument moet daarbij maximale keuzevrijheid hebben om zowel de verzekeraar als zorgaanbieder zelf te kunnen kiezen. 



Obama's hervorming van de gezondheidszorg

Ben V.M. Crul

Wat Hillary Clinton in het begin van de ambts-termijn van haar man maar niet lukte: een totale hervorming van het dure Amerikaanse gezondheidszorgsysteem, wil de huidige president Barack Obama absoluut wél voor elkaar krijgen. En nog wel dit jaar. Het is Obama's voornaamste, op het binnenland gerichte verkiezingsbelofte: goede en goedkopere zorg voor elke Amerikaan. Anders dan Clinton zegt Obama de steun te hebben van verzekeraars, artsen, medische en farmaceutische industrie, ziekenhuizen en vakbonden. Deze

partijen beloofden hem begin juni om met elkaar de komende tien jaar de kosten van de gezondheidszorg met 2 biljoen dollar te verlagen. Maar de eerste scheuren zijn al zichtbaar.

Publieke verzekering

Obama zelf vat de plannen die zijn bijna-minister van gezondheidszorg senator Tom Daschle heeft geïnitieerd, eenvoudig samen als: 'repareren wat fout is en uitbouwen wat goed gaat'. Meer concreet: het door de overheid gefinancierde Medicaid, dat nu vooral is bedoeld voor mindervermogenenden, moet ook toegankelijk worden voor andere groepen. Het moet een publieke verzekering worden die bijvoorbeeld ook toegankelijk is voor werknemers


van wie de ziektekostenpremie nu (nog) door de werkgever wordt gedragen. De particuliere verzekeraars mogen intussen de ziektekostenvergoeding van in het verleden niet-gemelde aandoeningen niet langer uitsluiten, een tactiek door Obama omschreven als *cherry-picking*. Om kosten te sparen pleit de president voor generiek voorschrijven, het

(goedkoper) opleiden van veel huisartsen, EPD, meer preventie, simpeler administratie, ontmoedigen van onnodig onderzoek, best practices en richtlijnontwikkeling.

Weinig genuanceerd

Eigenlijk heeft Obama slechts algemene voorstellen neergelegd, die nu door maar liefst twee commissies in de Senaat en drie in het Huis van afgevaardigden tot wetgeving worden uitgewerkt om daarna in elkaar te worden geschoven. Obama had een deadline van 7 augustus in gedachten, maar mikt nu op 15 oktober. Het werk aan die wetgeving verloopt niet geruisloos. Voor- en tegenstanders, lobbyisten en belangengroepen roeren zich heftig. Zo heeft de oppositie al 9 miljoen dollar aan vaak weinig genuanceerde televisiespotjes gespendeerd. Dat bedrag zal nog fors toenemen. Veel partijen hebben financieel belang bij een status-quo. Angst inboezemen voor een door de overheid bepaalde 'socialistische' gezondheidszorg, nog meer belastingen, inperking van vrije keuze voor arts, behandeling en verzekeraar, vormen de hoofd-moot van de tv-spotjes.

De kosten van de hele operatie worden geschat op 700 miljard euro. Of de bezuinigingsvoorstellen hiervoor voldoende dekking bieden, valt te betwijfelen. Zonder ingrijpen belopen de kosten voor de economie volgens Obama een veelvoud hiervan. Volgens hem kost elke onverzekerde die nu 'gratis' de eerste hulp bezoekt, de belastingbetaler 1000 dollar per keer.

De uitkomst van het debat is onzeker. Compromissen worden alom verkend en gesmeed. Een stap voor stap benadering is mogelijk reëler. Veel hangt echter af van Obama zelf. Hoeveel druk kan hij nog uitoefenen? Hij heeft haast want in 2010 zijn federale verkiezingen waardoor afgevaardigden minder geneigd zijn tot impopulaire beslissingen. Veel zal ook afhangen van het succes van zijn andere economieherstellende ingrepen. Misschien wil hij wel te veel tegelijk. 



Veel partijen hebben financieel belang bij een status-quo

Literatuur

- Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries. *Health Aff (Millwood)*. 2007; 26 (6): w717-34.
- Grol R, Faber M. Een dikke voldoende. Ervaringen van ziekenhuispatiënten in zeven westerse landen onderzocht. *Med Contact* 2008; 63: 191-3.
- Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in Eight Countries, 2008. *Health Aff (Millwood)*. 2009; 28 (1): w1-16.
- Seddon N. Is the future Dutch? *The Lancet* 2008; 372: 103-4.
- Eindrapport Commissie Verticale integratie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, 29 mei 2009.