

## **Hillary Clinton, Donald Trump, de presidentsverkiezingen en de Amerikaanse gezondheidszorg**

Kieke Okma, Visiting Professor, Katholieke Universiteit Leuven; Visiting Professor McGill Universiteit, Montreal.  
[Kiekeokma781@gmail.com](mailto:Kiekeokma781@gmail.com)

Voordat we de standpunten van de twee presidentskandidaten Hillary Clinton en Donald Trump kunnen samenvatten, is het nuttig om een kort beeld te schetsen van de huidige Amerikaanse gezondheidszorg. Europese commentatoren presenteren soms een beeld van die zorg als het ultieme voorbeeld van een markstelsel waar de individuele burgers al dan niet een verzekering afsluiten met een van de vele concurrerende maatschappijen, met als uiteindelijk resultaat dat vele burgers onverzekerd blijven. Dat beeld van concurrerend marktdenken dient dan als schrille tegenstelling tot de Europese modellen van universele dekking gebaseerd op solidariteit, hetzij dat van de Verenigd Koninkrijk of de Scandinavische landen waar de algemene belastingen de belangrijkste bron van financiering van gezondheidszorg vormen, hetzij dat van Duitsland en omliggende landen met een sociale verzekering. Dat beeld is echter onjuist.

### **Amerikaanse gezondheidszorg: vijf deelsystemen**

De Amerikaanse gezondheidszorg bestaat uit een aantal zeer verschillende deelsystemen voor verschillende bevolkingsgroepen. De onderliggende principes, de criteria voor toegang, de verzekeringsdekking, de financiële voorwaarden, de administratieve verantwoordelijkheden en gevolgen voor de mensen die onder die deelsystemen vallen, lopen sterk uiteen. We kunnen beter spreken van de ‘vijf werelden’ van Amerika’s gezondheidszorg, of vijf deelsystemen. Het eerste is Medicare, de sociale verzekering toegankelijk voor alle gepensioneerden die recht hebben op de algemene ouderdomsverzekering (Social Security) alsmede mensen met bepaalde chronische ziekten zoals patiënten afhankelijk van nierdialyse. Medicare, onder beheer van de federale overheid, verzekert in totaal ongeveer 57 miljoen Amerikanen, inclusief vrijwel alle gepensioneerden boven de 65. Het tweede deelsysteem is Medicaid, de gezondheidszorg voor de armste groepen, meer dan 60 miljoen mensen. De financiering komt uit belastingen van federale regering en deelstaten. Toegang tot Medicaid is afhankelijk van inkomen en (gebrek aan) andere financiële middelen. Het beheer valt onder de deelstaten, en hoewel de regels in principe dezelfde zijn in het hele land loopt de praktijk sterk uiteen van deelstaat tot deelstaat. Zorg voor de armen is vaak armetierige zorg, dat blijkt ook hier. Het derde deelsysteem is dat van de Veterans Health Administration (VHA), het zorgstelsel voor de veteraan, beheert door de 23 regionale kantoren onder centrale federale regels. De VHA is in feite de ‘*socialized medicine*’ van Amerika, georganiseerd en gefinancierd door de federale overheid. Het biedt zorg aan ongeveer 8 miljoen veteranen met ernstige medische aandoeningen als gevolg van hun deelname aan oorlog. De vierde en grootste wereld is de particuliere verzekering voor meer dan 150 miljoen werkende Amerikanen. De meesten van hen zijn verzekerd via hun werkgever, maar die vorm van verzekering is aan erosie onderhevig. Veel werkgevers hebben in de afgelopen jaren bezuinigd door de verzekeringsdekking te krimpen en het deel van eigen betalingen van de

verzekeringen te verhogen. Daarnaast heeft ook nog zo'n 10 miljoen mensen een individuele verzekering. Ten slotte is de wereld van de onverzekerden in de ogen van de meeste Europeanen onbegrijpelijk hoog: voor de invoering van de Patient Protection and Affordable Care Act van 2012 (meest geduid als de ACA of 'Obamacare') hadden meer dan 50 miljoen Amerikanen geen ziektekostenverzekering. Zij moeten zorg uit eigen zak betalen, of zijn afhankelijk van liefdadigheid in ziekenhuizen of klinieken. Maar niet alleen de onverzekerden hebben problemen met het betalen van de dokter: meer dan 20% van de Amerikanen ondervindt vandaag de dag problemen met het betalen van de medische rekeningen, en kosten van zorg zijn de tweede oorzaak van individuele faillissementen. Kortom, de Amerikaanse gezondheidszorg is gefragmenteerd naar bevolkingsgroep, met enorme verschillen in financiële lasten en toegang tot de zorg. Het is ook inefficiënt en het duurste van de wereld.

### **Obamacare 2012: doel en resultaten**

De ACA van 2012 had als eerste doel het aantal onverzekerden te verminderen. Dat gebeurde langs twee wegen: uitbreiding van particuliere verzekering en uitbreiding van Medicaid. Het eerste gebeurde met een combinatie van een verzekeringsplicht en subsidie aan individuen om de verzekering te kunnen betalen. De tweede waren federale subsidies aan deelstaten om hun Medicaidprogramma uit te breiden. Eind 2016 was het aantal onverzekerden gedaald van naar schatting 50 tot 30 miljoen. Voor optimisten een grote vooruitgang, voor pessimisten geenszins voldoende. De ACA heeft nog twee andere delen: regulering van de particuliere verzekering en een groot aantal andere beleidsmaatregelen. De regulering van de particuliere verzekering kreeg veel minder aandacht, maar is misschien wel het belangrijkste deel van de hele wet. Het houdt onder meer in dat verzekeringsmaatschappijen niet langer mensen kunnen weigeren die verzekering aanvragen, dure patiënten uit de verzekering zetten of bepaalde condities uitsluiten van dekking (*'pre-existing conditions'*), en jongeren kunnen verzekerd blijven onder de polis van hun ouders tot hun 27<sup>e</sup> jaar. Verder hoeven ouderen of chronisch zieken of andere 'high risk' groepen geen hogere premies te betalen dan andere verzekerden. Het derde onderdeel van de ACA omvat een breed scala van beleidsmaatregelen onder meer gericht op preventie, informatietechnologie en *'medical technology assessment'* (MTA). Dat zijn ook de maatregelen die de basis zijn voor de verwachtingen van betere kostenbeheersing. Dat lijkt echter erg optimistisch. De praktijk heeft uitgewezen dat preventie op zich misschien nuttig is, maar dat het niet een directe bijdrage levert tot het beheersen van uitgaven voor gezondheidszorg. Dat geldt net zo voor informatietechnologie en MTA. Dus wanneer we de balans opmaken van de ACA is het beeld op z'n minst gemengd.

### **Presidentsverkiezingen: de kandidaten en hun voorstellen over gezondheidszorg**

Op 9 november vinden de presidentsverkiezingen plaats. Het gaat om de Republikeinse onroerendgoedmagnaat Donald Trump tegen de Democratische voormalig First Lady, Senator en minister van Buitenlandse Zaken Hillary Clinton. Hun achtergrond kleurt hun standpunten en voorstellen over de gezondheidszorg.

Aanvankelijk leek Trump redelijk gematigd en vooral pragmatisch. Hij wilde het algemene ouderdomspensioen Social Security en de sociale verzekering Medicare handhaven, en kondigde vooral plannen aan voor het liberaliseren van de markt voor particuliere verzekeringen. Zijn plannen zijn in de loop der tijd aangescherpt, duidelijk geïnspireerd door de rechterflank binnen de Republikeinse partij en de plannen van de partijvoorzitter Paul Ryan. Zo staat hij nu ook meer marktwerking voor binnen Medicare voor in de vorm van vouchers of belastingsubsidie waarmee de verzekerden zelf hun (particuliere) verzekering kunnen kiezen. In tegenstelling tot veel conservatieve partijgenoten wil Trump de belastingaftrek voor werkgevers voor hun aandeel in de particuliere verzekeringspremies niet afschaffen; integendeel, hij wil juist dat die aftrek voor iedereen met een particuliere verzekering gaat gelden ter vervanging van de individuele belastingsubsidies. Naast directe verzekeringen pleit hij ook voor de zogeheten ‘*medical savings accounts*’, onbelaste spaarrekeningen waaruit mensen hun medische uitgaven kunnen betalen. De idee van die rekeningen is dat patiënten het geld zuiniger zullen uitgeven (door voorstanders, net als de hogere eigen bijdragen, aangeduid met ‘*skin in the game*’). Verder stelt hij voor om de federale bijdragen aan deelstaten voor Medicaid te vervangen door ‘*block grants*’ die de staten volledige vrijheid bieden het geld naar eigen inzicht te besteden. Sommige deelstaten met een conservatieve regering hebben nu al een belangrijk deel van de administratie van Medicaid in handen van particuliere verzekeraars overgedaan. Trump is ook voorstander van vrije invoer van geneesmiddelen (vooral uit Canada waar de prijzen van geneesmiddelen veel lager zijn dan in de Verenigde Staten; de farmaceutische industrie heeft zich tot nu toe fel tegen deze invoer verzet), versimpelen van regels tot markttoegang voor nieuwe geneesmiddelen, scherper toezicht op fraude en misbruik, en meer informatie en transparantie van de prijzen van medische behandeling zodat patiënten beter inzicht in de markt kunnen verwerven. Tenslotte heeft Trump verschillende keren aangekondigd –net als de andere voormalige Republikeinse kandidaten— Obamacare (een “disaster” in zijn ogen) geheel te willen afschaffen.

Het is duidelijk dat de voorstellen van Clinton in een geheel andere richting gaan. Zij wil Obamacare verbeteren, niet afschaffen. Haar plannen bouwen voort op het beleid van President Barack Obama. Haar programma is veel uitgebreider en veel gedetailleerder dan dat van Trump. Het bevat ook veel technische details die voor niet-ingewijden en niet-experts soms moeilijk te doorgronden zijn. In de loop van dit jaar heeft zij haar plannen bijgesteld onder druk van haar concurrent Bernie Sanders, de populaire senator uit Vermont die vooral onder jongere Democraten veel steun verwierf en pas laat in de race opgaf. Dat late tijdstip zit Clinton nu dwars, want veel aanhangers van Sanders hebben helemaal geen zin om opeens hun stem laat staan hun financiële steun aan Clinton te geven. Vooral op het gebied van de gezondheidszorg (en onderwijs) presenteerde Sanders zijn plannen steeds in schrille tegenstelling tot die van Clinton: zij als kandidaat van de gevestigde orde, voortbordurend op het beleid van haar voorganger, hij als de radicale socialist (in Europa zouden wij hem eerder een gematigde sociaaldemocraat noemen) die het bestaande gefragmenteerde en oneerlijke systeem wil vervangen door een volksverzekering voor iedereen, bovendien veel goedkoper zoals de praktijk in Canada en andere landen heeft uitgewezen. Wat is daar eigenlijk tegen in te brengen (behalve natuurlijk het feit dat het in de ogen van tegenstanders leidt tot ‘socialized medicine’)? Clinton moest wel iets doen en paste haar voorstellen aan op twee belangrijke punten. Zij haalde de ‘*public option*’ uit de kast (dat voorstel maakte aanvankelijk deel uit van de hervormingsplannen

van Obama, maar was gesneuveld in een vroeg stadium van de debatten), en stelde voor de toegangsgrens tot Medicare te verlagen tot 55 jaar. Haar plannen beogen voorts verdere uitbreiding van het aantal verzekerden en verzachten van de financiële lasten voor lagere inkomensgroepen. Dat vertaalt zich in limieten voor eigen betalingen, grenzen aan de jaarlijkse verhogingen van verzekeringspremies en hogere inkomensafhankelijke (premie)subsidies. Ook stelt zij scherper toezicht voor op de verzekeringen door de deelstaten en toepassing van de antitrustwetgeving (dus eigenlijk het tegendeel van Trump). Andere voorstellen van Clinton richten zich op afschaffen van de belastingaftrek van de kosten van adverteren van de farmaceutische industrie, minimumeisen voor het onderzoeksbudget van de pharma industrie, en—een belangrijke stap—een sterke rol voor de Medicare-administratie in onderhandelingen over prijzen van geneesmiddelen en medische behandeling. Net als Trump wil ze meer invoer van (goedkope) geneesmiddelen toelaten, de markttoegang van generieke geneesmiddelen versnellen, prijstransparantie verbeteren en fraude en misbruik bestrijden. Maar overige maatregelen gaan duidelijk in een andere richting: meer overheidsgeld voor gezondheidscentra en werkers in arme buurten, versterken van de rol van *'accountable care organizations'*, en nieuwe betalingsvormen die zorgverleners aansporen tot betere en meer doelmatige zorg (*'value based incentives'*).

Het is duidelijk dat niet alleen de richting van de voorstellen van de twee kandidaten uiteenlopen, ook de gevolgen. Een recente studie gepubliceerd door het Commonwealth Fund liep de voorstellen na. Grosso modo komen de voorstellen van Trump vooral de rijkere ten goede, leiden tot een drastische daling van het aantal verzekerden en tot een forse verhoging van het overheidstekort. De plannen van Clinton laten het tekort nog veel verder oplopen, maar bij haar daalt het aantal onverzekerden en verbetert de financiële positie van de lagere- en middeninkomens groepen ([www.cwf.org](http://www.cwf.org) september 27, 2016 New Reports: Impact of Clinton and Trump Health Reform Proposals). Maar een van de zaken die voor veel Amerikanen moeilijk te begrijpen lijkt, is dat een sociale verzekering weliswaar tot hogere publieke uitgaven leidt, maar niet noodzakelijk tot hogere kosten. In het geval van gezondheidszorg gaat een sociale verzekering in de meeste gevallen (zoals ook in Nederland is gebleken), juist samen met lagere uitgaven onder meer omdat de administratiekosten lager zijn en collectieve onderhandelingen over prijzen en capaciteit van ziekenhuizen en andere zaken tot een betere kostenbeheersing leiden dan een decentrale en onbeheerste marktwerking.

## **De toekomst van Obamacare**

De dag na de overwinning van President Obama kondigden de Republikeinen als hun belangrijkste (en in feite enige) agendapunt aan het verslaan van de niet-blanke Democraat. Zij hielden zich aan die agenda in alle acht jaren van Obama's presidentschap, zelfs op onderwerpen die tegen hun eigen belang waren. De Republikeinen hebben geen enkele keer ingestemd met wetsvoorstellen van de regering-Obama, of in de verste verte ook maar enige waardering geuit voor de inspanning van de president. De tegenwerking van de Republikeinen tegen de Democratische president is in dat opzicht werkelijk uniek geweest. Bij zijn aantreden was Obama een relatief onervaren politicus op het nationale en internationale toneel. Hij had een

achtergrond als community-organisator en academicus en slechts enkele jaren als Senator. Obama's veronderstelling dat hij de tegenstelling tussen de Democraten en Republikeinen zou kunnen overbruggen bleek al gauw een valse hoop. Zijn voorstel voor de hervorming van de gezondheidszorg was gebaseerd op het model van de staat Massachusetts met de voormalige Republikeinse gouverneur Mitt Romney. Hij hoopte dat hij daarmee steun zou krijgen van de Republikeinen maar was dus niet het geval. Zijn voorstel kreeg geen enkele stem van de Republikeinen in het Congres. Zelfs na het aannemen van de ACA in het Congres bleven de tegenstanders actief. Keer op keer probeerden de conservatieve Republikeinen in het Huis van Afgevaardigden de wet af te stemmen, en verschillende keren voerden deelstaten een rechtszaak tegen de federale overheid over vermeende ongrondwettelijkheid van de ACA. Dat leidde in enkele gevallen tot afzwakken van de wet, bijvoorbeeld de verplichting van deelstaten om Medicaid uit te breiden, en uiteindelijk weigerden 19 staten om dat te doen. Ook weigerden verschillende staten om 'exchanges' op te zetten, de kantoren waar de burgers online en in persoon informatie kunnen krijgen over ziektekostenverzekeringen in hun staat. In die gevallen stapte de federale overheid in om een exchange op te zetten.

Hoe kunnen we de mogelijke uitkomsten beoordelen? De kansen van de twee kandidaten lijken op dit moment dicht bij elkaar te liggen. Wanneer Trump president mocht worden valt niet te verwachten dat zijn aandacht als eerste uitgaat naar de gezondheidszorg. Het is een terrein waar hij niet veel vanaf weet of waar hij veel belangstelling voor heeft getoond. Hij zal het waarschijnlijk voor een groot deel aan anderen moeten overlaten. Hoewel hij met veel enthousiasme heeft aangekondigd Obamacare te willen afschaffen, zal al snel blijken dat dat in de praktijk nog niet zo eenvoudig is. Zoals politieke wetenschapper Paul Pierson eens schreef, als overheidsprogramma's eenmaal zijn ingevoerd, is het veelal lastig ze weer te ontmantelen omdat er snel groepen belanghebbenden ontstaan die dat met kracht zullen weerstaan: de direct belanghebbenden, managers van die programma's en politieke supporters. Vooral de regulering van de particuliere verzekering onder de ACA is erg populair gebleken en dat weten de Republikeinen ook heel goed. Trump zal dus waarschijnlijk geen haast maken om dat weer af te schaffen. Andere voorstellen van hem vergen wetgeving die in het huidige verdeelde Congres niet veel kans van slagen maken. Het ziet er niet naar uit dat de Republikeinen op dit moment afstevenden op een overweldigende meerderheid in beide huizen van het Congres die snelle wetgeving vergemakkelijken. Wel kan hij enkele zaken doorvoeren, bijvoorbeeld de block grants voor Medicaid en dat zou vooral de armste en meest conservatieve staten treffen—en daarmee de armste bevolkingsgroepen van Amerika. Ook kan hij—en dat zou wel eens echt het allerbelangrijkste uit zijn presidentschap kunnen zijn—een of twee rechters in het Amerikaanse oppergerechtspraakshof benoemen. Daarmee verandert de balans in dat politiek belangrijke college voor de komende 20 tot 40 jaar want de rechters zitten er doorgaans vele jaren lang.

Wat betreft de lange boodschappenlijst van Hillary Clinton, daar doet zich een ander probleem voor. De belangrijkste onderdelen die verlagen van het aantal onverzekerden nastreven zijn het verlagen van de toegangsleeftijd voor Medicare en de '*public option*'. Dat zijn in wezen strijdige voorstellen. De eerste gaat met de uitbreiding van de publieke verzekeringen (met daarmee gepaard een flinke verhoging van de openbare uitgaven en het overheidstekort), in wezen in de richting van een volksverzekering. De public option wil juist de functie van de particuliere markt

versterken door een extra keuze toe te voegen (nu is er geen enkel voorbeeld op de wereld waar een particuliere en publieke verzekering naast elkaar op een markt in evenwicht bestaan—dat leidt altijd tot een ‘doodsspiraal’ waarin de jongere, hoger opgeleide, rijkere en door de bank genomen gezondere groepen een particuliere verzekering afsluiten maar de ouderen, lager opgeleide, armere en vaak minder gezonde mensen op de publieke verzekering zijn aangewezen. De winsten voor de markt, de kosten voor de staat, kortom. Dat is niet eenvoudig oplosbaar, en dit punt zal binnen de mogelijke regering-Clinton nog veel voeten in de aarde hebben.

Geen van beide kandidaten zal in staat zijn hun program snel door te voeren. Daar is het staatsbestel niet op gericht. Integendeel, al vanaf de Amerikaanse onafhankelijkheid zijn de politieke instituties ontworpen met misschien wel belangrijkste doel het voorkomen van de tyrannie der meerderheid. Dat resulteerde in een scherpe scheiding tussen wetgevende (*legislative*), rechtsprekende (*judicial*) en regerende (*administrative*) machten, en tussen federale overheid, deelstaten en lokale overheden. Bovendien zijn de regels van het Congres heel ingewikkeld. Allerlei commissies in beide huizen van het Congres bemoeien zich uitgebreid met bijna alle wetsvoorstellen en zij kunnen die naar hartenlust amenderen en aanvullen met onderwerpen die niets met het oorspronkelijke voorstel van doen hebben. De uiteindelijke voorstellen zien er vaak totaal anders uit dan de oorspronkelijke plannen. Het vergt enorme slimheid en veel ervaring en vooral compromisbereidheid om tussen al die klippen te zeilen en links en rechts conflicten te sussen en belangen af te kopen. Sinds Newt Gingrich in 1994 voorzitter werd van het Huis van Afgevaardigden met een nieuwe generatie congresleden en aankondigde dat er voortaan nieuwe regels golden, is er een verscherpt klimaat van wantrouwen en onwil tot samenwerken tussen beide partijen ontstaan. Het is steeds moeilijker geworden om steun voor wetsvoorstellen uit beide partijen te vinden. Dus de politieke instituties en het politieke klimaat vormen extra barrières voor het invoeren van de plannen van de komende President.

## Bronnen

Websites: [www.cwf.org](http://www.cwf.org) (Commonwealth Fund); [www.kff.org](http://www.kff.org) (Kaiser Family Foundation); [www.NYT.com](http://www.NYT.com) (New York Times)

Marmor, T.R. and J. Oberlander. 2010. Health Bill Explained at Last. *New York Review of Books*. August 19, 2010.

Okma, K.G.H. and T.R. Marmor, forthcoming. Understanding Health Care Reforms in North America and Europe (book chapter). *Choices and Changes in European and American Welfare State Reform*. J. Cordes and C.P. Toft (eds). Oxford UP (forthcoming).

## Technische termen

*Socialized medicine.* Betekent letterlijk gezondheidszorg geheel in handen van de overheid, zowel wat financiering als feitelijke zorgverlening betreft. In de Amerikaanse politieke gebruikt als scheldwoord voor alle vormen van gezondheidszorg waar de overheid een grote rol speelt zoals in Canada of in Europa.

*Pre-existing conditions.* Prive-verzekeringen in de VS kunnen betalingen weigeren voor de behandelen van een aandoening die een verzekerde reeds had bij het afsluiten van de verzekering.

*Medical technology assessment.* Systematisch onderzoek naar de effectiviteit en de kosten en baten van bepaalde behandelingen als basis voor al dan niet opnemen in de verzekeringsdekking.

*Medical savings accounts.* Spaarrekeningen waar mensen belastingvrij geld opzij kunnen zetten alleen te besteden voor medische kosten (en soms belastingvrij nalaten aan hun kinderen)

*Skin in the game.* Uitdrukking van de verwachting dat patienten die zelf meer betalen, zorgvuldiger zijn in de keuze van medische zorg en dus minder kosten veroorzaken.

*Block grants.* Federale bijdragen voor specifieke programmas gestort in de algemene middelen van de deelstaten zodat die staten zelf kunnen beslissen hoe zij dat geld gaan besteden.

*Public option.* Voorstel van de regering-Obama (en nu van Clinton) om verzekerden in de 'exchanges' van de deelstaten de mogelijkheid te bieden in plaats van een prive-verzekering ook een publieke verzekering af te sluiten.

*Accountable care organizations.* Groepen van zorgaanbieders zie zich aan bepaalde regels houden in ruil voor extra subsidie van de overheid.

*Value based incentives.* Extra betalingen voor zorgverleners om hen tot betere hulpverlening aan te sporen.