

Coronavirus kan de zorg structureel veranderen

Het uitbreken van het coronavirus COVID-19 heeft op korte termijn grote invloed op de zorg, zowel financieel als organisatorisch. En waarschijnlijk zal het virus ook consequenties hebben voor hoe de zorg zich op de middellange termijn zal ontwikkelen.

IN HET KORT

- De zorgkosten zullen op korte termijn oplopen door het opvoeren van de acute-zorgcapaciteit en het wegvallen van omzet elders.
- Omdat het Nederlandse zorgstelsel goed gekapitaliseerd is, zullen de liquiditeitsproblemen beperkt blijven.
- Het valt te verwachten dat ziekenhuizen meer zullen focussen op de cruciale functies, en dat zorg op afstand zal toenemen.

PATRICK JEURISSEN

Hoogleraar aan de Radboud Universiteit (RU)

EDDY ADANG

Universitair hoofd-docent aan de RU

FLORIEN KRUSE

Promovenda aan de RU

NIEK STADHOUDERS

Postdoctoraal onderzoeker aan de RU

Alle aandacht gaat momenteel uit naar het indammen van het COVID-19-virus. De uitbraak van het virus heeft op de korte termijn twee verschillende effecten op de zorg: aan de ene kant is er in de acute keten meer capaciteit nodig. Aan de andere kant valt de zorg die even kan wachten massaal weg.

Meer capaciteit nodig in de acute keten

De acute keten – de zorg die direct nodig is om serieuze gevolgen voor de gezondheid te voorkomen, zoals IC-capaciteit – blijkt niet te zijn ingericht op een piekcapaciteit van deze omvang. Kijken we naar het aantal verpleegkundigen en artsen per inwoner, dan scoort ons land weliswaar iets boven het OESO-gemiddelde, maar ook weer niet zo heel veel (OESO, 2020). Ons land telt verder relatief weinig ziekenhuisbedden en bedden op de intensive care (IC), vergeleken met andere Europese landen (figuur 1).

Vanwege de vele patiënten die het virus onder de leden hebben, moet de IC-capaciteit nu in korte tijd bijna worden verdubbeld, terwijl ook de reguliere bedden capaciteit onder druk staat. Deze benodigde extra bedden leiden tot extra zorgkosten: een bed op de IC staat voor 2.300 tot 2.800 euro per dag in de boeken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, 2019a).

Met man en macht en met de hulp van het leger wordt er nu gewerkt aan een snelle opschaling van de capaciteit van IC-bedden en andere voorzieningen. Om in de toekomst voorbereid te zijn op een pandemie zal er nagedacht moeten worden over een permanent hogere piekcapaciteit.

Het zal kostbaar worden om dure zorgvoorzieningen zoals IC-bedden buiten crisistijd ongebruikt te laten. Hier

geldt bovendien de wet van Say: ieder aanbod schept zijn eigen vraag. Dit betekent dat we patiënten mogelijk langer zullen gaan opnemen, zoals in Duitsland. Hierdoor nemen de zorgkosten toe.

Toch lijkt het verstandig om voorzieningen in te bouwen die buiten crisistijd ‘overbodig’ zijn, inclusief de ‘reservisten’ die in tijden van nood deze capaciteit kunnen bemensen. Dergelijke voorzieningen helpen niet alleen om in crisistijd snel op te kunnen schalen, maar ook om de extra incidentele kosten te voorkomen die nu ontstaan omdat veel landen tegelijkertijd beademingsapparatuur en andere essentiële producten nodig hebben.

Zorg die kan wachten valt massaal weg

Doordat veel zorgcapaciteit nodig is voor de coronapatiënten, en contactmomenten vanwege besmettingsgevaar zo veel mogelijk worden vermeden, zakt veel reguliere zorg momenteel massaal in. Niet-acute behandelingen worden uitgesteld of afgezegd, net als allerlei reguliere controles van chronisch zieke patiënten. Eén inventarisatie komt uit op een tientallen procenten lagere zorgproductie in de week van 16 tot 22 maart (Gupta, 2020). Ongeveer 40 procent van de ziekenhuiszorg is momenteel weggefallen, en voor dagbesteding en mondzorg loopt dit naar de 95 procent.

Een deel van deze electieve zorg is wellicht onnodig of van beperkte waarde, zoals routinematige controlebezoeken. Een ander deel van deze zorg is wel nodig en kan niet worden ingehaald, zoals een twaalfwekenecho bij zwangerschap. En er is een deel dat later moet worden ingehaald, zoals een totale heupprothese bij artrose. Deze achterstanden worden waarschijnlijk in de rest van het jaar ook niet helemaal ingehaald, zeker als de crisis langer aanhoudt.

Kosten op macroniveau nemen toe

De combinatie van een grotere vraag naar acute zorg en het wegvallen van overige zorg zal ervoor zorgen dat de ziekenhuiskosten op macroniveau gaan toenemen.

Hogere uitgaven

De ziekenhuisuitgaven zullen op korte termijn stijgen als gevolg van de additionele kosten voor de (extra) intensieve zorg (de IC) en vanwege het feit dat de vaste kosten voor de overige zorg doorlopen. Wel zullen de variabele kosten wegvallen die samenhangen met niet-geleverde reguliere zorg, maar deze variabele zijn van beperkte omvang.

De (beperkte) meerkosten zullen overigens niet beperkt blijven tot de ziekenhuizen. Zo zien verpleeghuizen de soms aanzienlijke hulp van mantelzorgers en vrijwilligers deels wegvallen. Op middellange termijn kunnen er



verder nog meerkosten ontstaan doordat preventieve controles door de huidige crisis worden opgeschort,

Omzet valt weg

Terwijl de uitgaven op korte termijn dus stijgen, betekent de weggevallen zorg voor veel zorgaanbieders dat de omzet zal afnemen. De meeste zorgaanbieders worden immers bekostigd op basis van het aantal declaraties. Alleen zorgaanbieders met een aanneemsom zijn gegarandeerd van omzet. Afhankelijk van de verzekeraar gaat het hierbij om 2 tot 47 procent van de ziekenhuiscontracten (NZa, 2019b).

In de meeste andere contracten wordt alleen de werkelijke productie vergoed, vaak tot een bepaalde limiet. Minder doen betekent dan minder omzet. Nu de praktijken van tandartsen en fysiotherapeuten nagenoeg stil liggen, is er bij deze groepen veel onzekerheid over hoe verzekeraars om zullen gaan met deze potentiële meevaller binnen de aanvullende verzekeringen. Zorgaanbieders zonder contract, zoals sommige Zelfstandige Behandelcentra, geven nu al aan dat zij zonder vangnet in financiële problemen komen (Ahli, 2020).

De volgens cijfers van Bureau van Dijk snel gedaalde beurskoersen van de beursgenoteerde ziekenhuisketens in de VS (HCA) (-38 procent in een maand), en ook in Duitsland en Spanje (Fresenius) (-23 procent in een maand), suggereren dat beleggers de gevolgen van COVID-19 op de ziekenhuisfinanciën niet rooskleurig inschatten.

Verdeling van de kosten

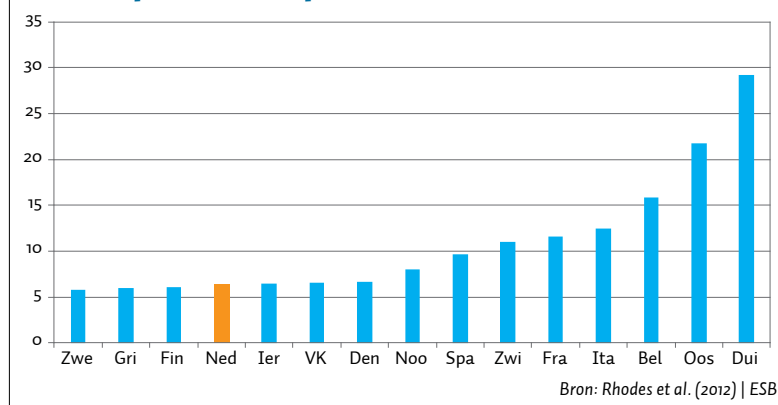
Een voordeel bij de oplopende kosten en wegvallende omzet is dat het Nederlandse zorgstelsel erg goed gekapitaliseerd is. Verzekeraars en (grotere) zorginstellingen beschikken over relatief ruime reserves (NZa, 2019c; Vermeulen, 2018) – zie ook figuur 2. Deze hoge kapitalisatie impliceert dat zorgpartijen niet acuut in liquiditeitsproblemen zullen raken.

Op de langere termijn zal het wel de vraag zijn wie de meerkosten voor zijn rekening gaat nemen. In eerste instantie komen die kosten terecht bij degene die ze maakt. Dat

zijn nu vooral de ziekenhuizen. De vraag is echter in hoeverre dat redelijk wordt gevonden, en of alle ziekenhuizen dit financieel kunnen behappen.

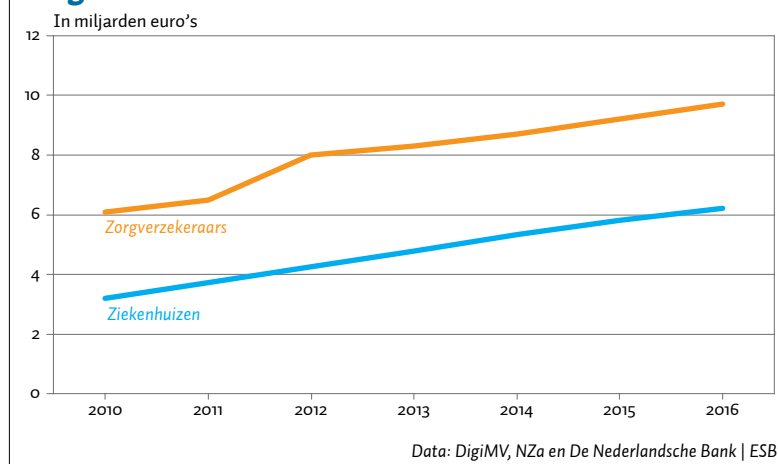
Aantal intensivacare- en intermediecare-bedden per 100.000 personen

FIGUUR 1



Eigen vermogen ziekenhuizen en zorgverzekeraars

FIGUUR 2



Een deel van de kosten zal waarschijnlijk komen uit de reserves van ziekenhuizen en andere zorgaanbieders. Een ander deel zal waarschijnlijk ten koste gaan van de reserves van verzekeraars en zorgprofessionals die nu geen zorg leveren – zij worden misschien niet helemaal gecompenseerd voor hun inkomensverlies. Tot slot zal de overheid waarschijnlijk moeten bijspringen, zowel direct (bijvoorbeeld via apparaatruaanschaf) als indirect (bijvoorbeeld via een eenmalige ex-post-faciliteit voor verzekeraars om kosten te verevenen). Structurele extra kosten zullen verdisconteerd moeten worden in de toekomstige premies.

De rekening van het coronavirus zal tussen de regio's verschillen, wat kan leiden tot ongelijkheid

Bijkomend punt bij de kostenverdeling is dat de rekening tussen de regio's zal verschillen: tot dusver kampt bijvoorbeeld Brabant met meer kosten dan Groningen. Dit betekent dat ziekenhuizen en verzekeraars met een groot marktaandeel in Brabant veel meer extra kosten op zich zien afkomen dan andere partijen. Als hier geen regeling voor wordt getroffen, kan dit op termijn tot ongelijkheid leiden.

Organisatie van de zorg

Naast de hogere kosten, kan de huidige crisis ook gevolgen hebben voor de organisatie van de zorg. Ten eerste zal de druk om af te stappen van het typische Nederlandse alles-in-één-ziekenhuis – een relatief grote instelling waar alles gebeurt, en waar nu veel problemen bestaan rondom de *efficiency of scope* – verder toenemen. In de zorg zijn er op dit moment veel kruissubsidies: de reguliere zorg draagt over het algemeen bij aan de kosten voor de acute en zeer specialistische zorg (De Boer, 2019). Ziekenhuizen zitten nu in een dubbele klem omdat de 'winsten' van de reguliere zorg in de huidige situatie wegvallen, terwijl de kosten van 'verlieslatende' zorg toenemen. Deze klem kan een proces in gang zetten waarbij de zorg meer wordt georganiseerd langs gelijksoortige processen (Jeurissen et al., 2016), bijvoorbeeld via een grotere compartimentering tussen acute zorg, academische zorg, electieve zorg en chronische zorg (Christensen et al., 2010).

Ten tweede zullen, als gevolg van deze crisis, nieuwe zorgmodellen snel toenemen. Oude belemmeringen, soms ingegeven door gevestigde belangen, maken nu snel plaats voor pragmatische oplossingen. Vernieuwde concepten om zorg thuis te leveren, zullen hier zeker onderdeel van uitmaken. Volgens cijfers van Bureau van Dijk zag *Teladoc Health*, wereldwijd de grootste aanbieder van telezorg, zijn koers bijvoorbeeld stijgen van zo'n 114 dollar een maand terug tot net boven de 160 dollar op 24 maart. Als beleggers gelijk hebben, dan zal zorg op afstand een grote vlucht nemen. De huidige viruscrisis kan dus als breekijzer functi-

oneren voor een omslag in hoe we straks veel reguliere zorg zullen gaan leveren.

Ten derde kan de virusuitbraak invloed hebben op de discussie over concentratie van de acute zorg. Het belang van voldoende cruciale ziekenhuisfuncties is in zijn volle omvang duidelijk geworden: de piek van de COVID-19-uitbraak speelt zich af in onze IC-bedden. De meeste zorg voor coronapatiënten heeft op zich geen academisch karakter: stabilisatie in een regulier ziekenhuis met toegang tot zuurstof, voldoende antibiotica en continue diagnostische monitoring is ook voor veel ernstige gevallen meestal voldoende. Die constatering zal een rem zetten op een verdere concentratie van de zorg.

Tot slot, wat deze uitbraak bij uitstek benadrukt, is het belang van een infrastructuur van (collectieve) preventie. Veel studies wezen al op de zeer grote kosteneffectiviteit van interventies die zich richten op het voorkomen van een uitbraak van resistente micro-organismen. Hierbij zijn rendementen van vele honderden procenten, die ontstaan doordat een lokale uitbraak voorkomen wordt, geen uitzondering (Oberjé et al., 2017). Er zal dus waarschijnlijk meer in preventie van infectieziekten geïnvesteerd worden nu de huidige virusuitbraak het belang daarvan nog eens heeft onderstreept.

Tot slot

Het Nederlandse zorgsysteem is financieel en organisatorisch gezien niet ingericht op een crisis van de huidige omvang. Op dit moment wordt de rekbaarheid van het systeem op de proef gesteld. Op termijn zal de rekening van de crisis bij de burger op de mat komen. Daarnaast kan het virus een aantal structurele veranderingen in de zorg in gang zetten. Het valt te verwachten dat de zorg zich beweegt richting meer zorg-op-afstand, meer (snel op te schalen) acute zorgcapaciteit, organisatie van de medisch-specialistische zorg langs gelijksoortige processen, en meer investeringen in collectieve preventie.

Literatuur

- Ahli, S. (2020) *Zorgaanbieder zonder contract dreigt door vangnet te vallen*. Artikel op www.zorgvisie.nl, 24 maart.
- Boer, W. de (2019) *Regievoerder gezocht voor het Nederlandse ziekenhuislandschap*. *Beleid en Maatschappij*, 46(4), 481–489.
- Christensen, C.M., J.H. Grossman en J. Hwang (2010) *The innovator's prescription*. New York: McGraw-Hill.
- Gupta (2020) *In de slijpstream van corona: een secundaire crisis in de zorg*. Studie Gupta Strategists, 23 maart. Te vinden op gupta-strategists.nl.
- Jeurissen, P., A. Duran en R.B. Saltman (2016) *Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector*. *BMC Health Services Research*, 16, artikel 168. Te vinden op bmchealthservres.biomedcentral.com.
- NZA (2019a) *Dbc-pakket 2020 RZ20a*. Te vinden op puc.overheid.nl
- NZA (2019b) *Monitor inhoud contracten medisch-specialistische zorg 2018*. Te vinden op puc.overheid.nl.
- NZA (2019c) *Monitor Zorgverzekeringen 2019*. Te vinden op puc.overheid.nl.
- Oberjé, E.J., M.A. Tanke en P.P. Jeurissen (2017) *Antimicrobial stewardship initiatives throughout Europe: proven value for money*. *Infectious Disease Reports*, 9(6800). Artikel te vinden op pagepress.org.
- OESO (2020) *Beyond containment: health systems responses to COVID-19 in the OECD*. OECD Policy Brief.
- Rhodes, A., P. Ferdinande, H. Flaatten et al. (2012) *The variability of critical care bed numbers in Europe*. *Intensive Care Medicine*, 38(10), 1647–1653.
- Vermeulen, A. (2018) *Financiële kengetallen zorginstellingen 2017*. CBS Paper, november.