

Kosten corona geven geen aanleiding om zorgstelsel fundamenteel te hervormen

De kosten van de coronacrisis zijn scheef verdeeld over de zorgverzekeraars, wat de onderlinge concurrentieverhoudingen kan verstoren. Ook zijn er extra voorzieningen voor een eventuele nieuwe virusuitbraak in de toekomst nodig die de markt niet vanzelf tot stand brengt. Betekent dit dat het Nederlandse systeem met geregleerde marktwerking fundamenteel op de schop moet?

IN HET KORT

- De wettelijke catastrofereregeling kan een ongelijke premiestijging tussen zorgverzekeraars grotendeels voorkomen.
- Via beschikbaarheidsbijdragen aan zorgaanbieders kan de overheid voorzieningen voor een volgende pandemie financieren.
- De coronacrisis geeft geen aanleiding om het zorgstelsel met geregleerde marktwerking fundamenteel te hervormen.

MARCO VARKEVISSER
Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam (EUR)

ERIK SCHUT
Hoogleraar aan de
EUR

Nederland heeft, om de woorden van premier Rutte tijdens zijn televisietoespraak van 16 maart jongstleden te gebruiken, door de uitbraak van het coronavirus momenteel te maken met “de grootste crisis in vreedstijd”. En dat geldt zeker ook voor onze gezondheidszorg. De huidige crisis zal voor de zorg in financieel en organisatorisch opzicht zowel op de korte als de middellange termijn belangrijke gevolgen hebben (Jeurissen et al., 2020). Naast de verwachte structurele stijging van de zorguitgaven (RIVM, 2020) zal de coronacrisis tijdelijk voor hoge extra kosten zorgen.

Met deze crisissituatie is ook de discussie weer opgeblaaid over de toekomst van het zorgstelsel met geregleerde marktwerking. Zo wordt de vraag opgeworpen of de huidige situatie niet aantoont dat marktwerking beter kan worden afgeschaft ten gunste van meer samenwerking (zie bijvoorbeeld Zorgvisie, 2020).

Het is indrukwekkend om te zien hoe ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de overheid in onderlinge samenwerking hun uiterste best doen om de coronacrisis het hoofd te bieden. Een mooi voorbeeld hiervan zijn de gezamenlijke afspraken van de zorgverzekeraars over een continuïteitsbijdrage voor zorgaanbieders die in de financiële problemen (dreigen te) komen (ZN, 2020). Hetzelfde geldt voor de afspraken die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa,

2020) – samen met het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de branchevereniging ActiZ – heeft gemaakt om de extra kosten van de tijdelijke locaties voor coronazorg te kunnen declareren.

Nut en noodzaak van deze samenwerking staan natuurlijk niet ter discussie. De mededingingsautoriteit heeft dan ook al laten weten er geen probleem in te zien dat zorgverzekeraars samen afspraken maken om financiële steun te geven aan zorgaanbieders, om zo de zorg tijdens en na de coronacrisis in stand te kunnen houden (ACM, 2020). Dit geeft aan dat het binnen het huidige zorgstelsel goed mogelijk is om, indien wenselijk, de marktwerking tijdelijk geheel of gedeeltelijk buiten werking te stellen.

Maar betekent de huidige samenwerking dan ook dat een terugkeer naar een zorgstelsel met geregleerde marktwerking straks niet meer nodig is? Met andere woorden, moet alle marktwerking blijvend buitenspel worden gezet?

Deze discussie is extra relevant gezien het recent verschenen rapport over een toekomstbestendig zorgstelsel – in het kader van de Brede maatschappelijke heroverweging – waarin twee keuzes worden geschetst om de houdbaarheid van de toekomstige zorguitgaven te vergroten (Inspectie der Rijksfinanciën, 2020): versterking van geregleerde marktwerking of juist versterking van geregleerde samenwerking.

In onze ogen geven de huidige samenwerking en oplopende kosten geen aanleiding om het systeem van geregleerde marktwerking te laten vallen. Allereerst is het goed om te beseffen dat er, op het gebied van samenwerking, ook onder normale omstandigheden al veel mogelijk is (Van der Schors et al., 2020).

Bovendien bevat ons zorgstelsel met geregleerde marktwerking adequate beleidsinstrumenten die kunnen worden ingezet om – bij de exceptionele omstandigheden van nu, alsmede bij toekomstige catastrofes zoals nieuwe pandemieën – de kosten zo veel mogelijk gelijk te kunnen verdelen en de beschikbaarheid van de benodigde voorzieningen te kunnen waarborgen. In dit artikel gaan we in op de mogelijkheden die ons zorgstelsel nu al biedt.

Ongelijke kostenverdeling

De coronacrisis heeft forse financiële consequenties voor de zorgverzekeraars. Niet alleen vanwege de hoge extra zorguitgaven voor coronapatiënten, maar ook vanwege de sterk verminderde beleggingsopbrengsten van hun financiële buffers. Zo heeft zorgverzekeraar Menzis (2020)



onlangs laten weten dat, als gevolg van de sterk gedaalde beurskoersen, de positieve beleggingsresultaten van 2019 al binnen een paar maanden weer zijn verdwenen. Tegenover de gedaalde beleggingsopbrengsten staan overigens op korte termijn dalende uitgaven voor reguliere zorg: van de uitgestelde zorg zal naar verwachting een deel op termijn worden ingelopen, en een ander deel zal niet meer in te halen zijn of zichzelf oplossen (Gupta Strategists, 2020).

Gelukkig hebben de Nederlandse zorgverzekeraars aanzienlijke reserves om de forse klappen te kunnen opvangen. Wel zijn de reserves door de zorgverzekeraars de afgelopen jaren deels ingezet om de stijging van de zorgpremie te dempen. Niettemin hadden de zorgverzekeraars eind 2018 gemiddeld ongeveer 45 procent meer reserves dan minimaal vereist is door De Nederlandsche Bank (NZa, 2019). Deze ruime financiële buffers komen nu goed van pas.

Maar omdat de ene regio zwaarder wordt getroffen dan de andere, zal ook de rekening van de coronacrisis niet bij alle zorgverzekeraars gelijkelijk neerslaan. Zorgverzekeraars hebben namelijk van oudsher hun eigen kernregio's. Zo zijn de verzekeraars CZ en VGZ qua verzekerden sterk vertegenwoordigd in de door het coronavirus zwaarst getroffen provincies Noord-Brabant en Limburg (Vektis, 2020). Aangezien de financiële buffers niet van de ene naar de andere verzekeraar kunnen worden overgeheveld, betekent dit dat de lasten van de coronacrisis ongelijk over de zorgverzekeraars verdeeld worden. Dit kan leiden tot een onevenredige stijging van de nominale zorgpremie bij bepaalde verzekeraars.

Catastroferegeling voor verzekeraars

KADER 1

Verzekeraars komen in aanmerking voor een extra bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds als de kosten voor zorg in de Zorgverzekeringswet "in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar tezamen, voor een zorgverzekeraar hoger zullen zijn dan vier procent van het product van de gemiddelde vereveningsbijdrage en het op het moment van de toekenning van de vereveningsbijdrage over het catastrofejaar verwachte aantal verzekerden bij die verzekeraar" (art. 33 Zvw lid 2).

Het drempelpercentage van vier procent is gebaseerd op de spreiding qua schadelast, die onder normale omstandigheden van jaar tot jaar bij zorgverzekeraars optreedt (Tweede Kamer, 2013b). Alleen afwijkingen in de schadelast die groter zijn dan de standaarddeviatie komen in aanmerking voor een extra bijdrage, mits deze voortkomen uit een aanwijsbare catastrofe.

Aangezien de vereveningsbijdrage die een verzekeraar ontvangt gemiddeld ongeveer vijftig procent van zijn zorguitgaven dekt, treedt de catastroferegeling dus in werking wanneer er achteraf blijkt dat de feitelijke zorguitgaven van een verzekeraar als gevolg van de huidige pandemie meer dan twee procent hoger zijn dan vooraf voor die verzekeraar was verwacht.

Op basis van de huidige regeling geldt dan het hiernavolgende (Staatscourant, 2015). Ten eerste, als de catastrofeschedelast tussen de vier procent (drempel) en tien

procent van de gemiddelde vereveningsbijdrage ligt, dan heeft een zorgverzekeraar recht op een extra bijdrage ter grootte van vijf derde van het verschil tussen de catastrofeschedelast en de drempel.

Dit impliceert dat, wanneer de catastrofelast de drempel van vier procent overschrijft, een toenemend deel ervan zal worden vergoed. Bij een catastrofelast van tien procent zal deze zelfs volledig worden vergoed. Dan geldt immers dat de extra bijdrage vijf derde maal zes procent (te weten het verschil tussen catastrofelast en drempel) oftewel tien procent bedraagt (en dat dus de volledige catastrofelast wordt vergoed).

Ten tweede, als de catastrofeschedelast tien procent of meer bedraagt, dan heeft een zorgverzekeraar recht op een extra bijdrage die de meerkosten volledig dekt. De extra bijdrage is dan wel gemaximeerd op twintig procent van de gemiddelde vereveningsbijdrage. Omdat die gemiddelde vereveningsbijdrage ruwweg vijftig procent van de zorguitgaven van een verzekeraar dekt, komt deze bovengrens overeen met tien procent van de in normale omstandigheden verwachte zorguitgaven per verzekeraar. De eventueel resterende meerkosten boven deze bovengrens vallen buiten de regeling, en blijven dus volledig voor rekening van de zorgverzekeraar. Die moet dit bedrag dan uit zijn eigen financiële buffers bekostigen en/of de zorgpremie verhogen.

Zonder maatregelen kan dat de concurrentieverhoudingen tussen verzekeraars sterk verstoren – en daarmee de werking van ons zorgstelsel met gereguleerde marktwerking, omdat er dan een ongelijk speelveld ontstaat.

Catastroferegeling voor de zorgverzekering

Om voor de zorgverzekeraars zowel het financiële risico als de ongelijke verdeling daarvan te verzachten, is artikel 33 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) relevant. Dit in 2013 gewijzigde wetsartikel bepaalt dat in het geval van een catastrofe – zoals een natuurramp, pandemie of kernexplosie – de overheid (in casu het Zorgverzekeringsfonds) een deel van de catastrofeschadelast van een verzekeraar voor haar rekening zal nemen, in de vorm van een extra bijdrage bovenop de voor het catastrofejaar toegekende vereveningsbijdrage (kader 1).

Met de catastroferegeling kan een verstoring van de concurrentie tussen zorgverzekeraars sterk worden gemitigeerd

De vereveningsbijdrage ontvangen zorgverzekeraars jaarlijks uit het Zorgverzekeringsfonds, dat wordt gevuld met inkomensafhankelijke bijdragen en met een (veel kleinere) rijksbijdrage. De vereveningsbijdrage is afhankelijk van de risicosamenstelling van de verzekerdenpopulatie van een verzekeraar, en heeft als doel om bij verzekeraars de prikkels voor risicoselectie weg te nemen (Van Kleef et al., 2019). In totaal dekken de vereveningsbijdragen ruim vijftig procent van de zorguitgaven die op grond van de Zorgverzekeringswet worden vergoed. In de rijksbegroting voor dit jaar is hiermee totaal een bedrag gemoeid van 26,2 miljard euro (Tweede Kamer, 2019).

Het idee achter deze catastroferegeling is dat, door de hiermee samenhangende overheidsgarantie, iedere zorgverzekeraar minder grote financiële buffers (reserves) hoeft aan te houden. En dat heeft een drukkend effect op de zorgpremie (Tweede Kamer, 2013a). Bovendien zorgt de catastroferegeling ervoor dat de kosten van catastrofes die een bepaalde drempel overschrijden gelijk worden verdeeld over de verzekeraars, waardoor een verstoring van de concurrentieverhoudingen tussen zorgverzekeraars sterk kan worden gemitigeerd.

Vergoeding van meerkosten

De precieze schadelast van de coronacrisis is natuurlijk nog niet bekend. Momenteel is het dus nog onduidelijk in hoeverre de catastroferegeling de ongelijke verdelingseffecten tussen zorgverzekeraars straks daadwerkelijk zal reduceren. Alleen wanneer de meerkosten voor een zorgverzekeraar beneden de drempel blijven van twee procent van de normaal verwachte zorguitgaven, komen deze volledig voor rekening van de zorgverzekeraar zelf. Wanneer deze verzekeraar dit volledig doorberekent in de nominale premie,

dan betekent dat per premiebetalende verzekerde een *extra* premieverhoging van maximaal 75 euro per jaar.

Indien een verzekeraar als gevolg van de coronacrisis te maken krijgt met twee tot tien procent hogere zorguitgaven dan vooraf was verwacht, dan wordt echter, op grond van de catastroferegeling, vijf derde deel van deze meerkosten vergoed. Dit betekent dat een verzekeraar zelfs alle coronakosten vanuit het Zorgverzekeringsfonds vergoed krijgt wanneer deze vijf tot tien procent van zijn normaal verwachte zorguitgaven bedragen.

Zorgverzekeraars met hogere coronakosten kunnen dus dankzij deze regeling zelfs beter af zijn dan verzekeraars met lage coronakosten. Dit geldt echter niet voor verzekeraars met extreem hoge coronakosten. Voor zover namelijk hun kosten uitstijgen boven de tien procent van de verwachte schadelast (oftewel twintig procent van de gemiddelde vereveningsbijdrage), komen deze extra kosten volledig voor rekening van deze zorgverzekeraars.

Nominale zorgpremie 2021

Voor de burger is het van belang dat, door artikel 33 in de Zorgverzekeringswet, de extra zorgkosten ten gevolge van de coronacrisis niet volledig in de nominale zorgpremie van 2021 verrekend hoeven te worden. Dankzij de catastroferegeling zal de vergoeding van de extra coronakosten namelijk betaald worden vanuit het Zorgverzekeringsfonds. Dit betekent dat ruim de helft van de extra kosten moet worden gefinancierd via inkomensafhankelijke bijdragen – die grotendeels door werkgevers worden opgebracht. De overige kosten moeten in principe via de nominale premie worden gefinancierd.

De overheid kan de stijging van de inkomensafhankelijke bijdragen en nominale premies overigens beperken door tijdelijk de rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds te verhogen. Een tijdelijke rijksbijdrage is ook van 2015 tot 2019 ingezet om de premiestijging te beperken ten gevolge van de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Vanwege het eenmalige en landelijke karakter van de coronacrisis ligt een dergelijke oplossing ons inziens ook nu voor de hand.

Bijdrage voor zorgvoorzieningen in crisistijd

Naast de huidige hogere kosten, zullen er ook kosten gemaakt moeten worden om “voorzieningen in te bouwen die buiten crisistijd ‘overbodig’ zijn” (Jeurissen et al., 2020). Wat betreft deze kosten ligt het voor de hand om aan bepaalde ziekenhuizen een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen. Sinds 2012 kan de Nederlandse Zorgautoriteit, (NZa) op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), een beschikbaarheidsbijdrage aan zorgaanbieders betalen.

Deze jaarlijkse subsidie is bedoeld voor de bekostiging van belangrijke voorzieningen die financiële compensatie behoeven, omdat deze niet (of in onvoldoende mate) tot stand komen op een markt.

Momenteel worden beschikbaarheidsbijdragen gebruikt bij de financiering van onder andere de medische vervolopleidingen, acute verloskunde, spoedeisende zorg, traumahelikopters en gespecialiseerde brandwonden-zorg. Mede vanwege de grote publieke belangen die ermee

gemoeid zijn, kunnen dergelijke onderdelen namelijk niet worden overgelaten aan de (jaarlijkse) onderhandelingen tussen onderling concurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Het huidige zorgstelsel met gereguleerde marktwerking kan dus afhankelijk van het type zorg en de omstandigheden indien wenselijk meer, minder of in het geheel geen marktwerking toelaten. Het gaat in het zorgstelsel daarom niet om een dichotome keuze tussen wel of geen markt, maar om marktwerking en overheidsregulering op maat die hand in hand gaan (Varkevisser, 2019).

Zodra het straks, na een grondige evaluatie, duidelijk is welke extra voorzieningen wenselijk zijn om in de toekomst snel te kunnen aanwenden wanneer zich onverhoopt weer een nieuwe besmettingsgolf of een pandemie voordoet, dan kan de Minister van VWS deze toevoegen aan de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG (Staatsblad, 2012).

Vervolgens is het dan aan diezelfde minister om de zorgaanbieders aan te wijzen die belast worden met het beschikbaar maken ervan. De bijdrage kan bijvoorbeeld worden ingezet voor voorzieningen die nodig zijn om zowel een snelle opschaling van de IC-capaciteit als het aanleggen van voorraden van beschermingsmiddelen of medicatie mogelijk te maken.

Overigens zullen, net als de extra bijdragen inzake de catastrofereregeling, de beschikbaarheidbijdragen eveneens moeten worden betaald vanuit het Zorgverzekeringsfonds. Ook deze betalingen zullen dus, zonder een extra rijksbijdrage aan dit fonds, leiden tot een stijging van de inkomensafhankelijke bijdragen en nominale premies.

Tot slot

Het staat buiten kijf dat de coronavirusuitbraak veel vergt van de Nederlandse gezondheidszorg. Maar het zorgstelsel heeft gelukkig belangrijke beleidsinstrumenten die kunnen worden ingezet zowel om de exceptionele omstandigheden (zoals die zich nu voordoen) in financieel-economische zin het hoofd te bieden als om ons beter voor te bereiden op mogelijke nieuwe rampen en pandemieën. Het huidige stelsel biedt bovendien de nodige flexibiliteit om, indien gewenst, de markt op onderdelen sterker te reguleren of zelfs geheel buitenspel te zetten.

Er zullen uit de huidige crisis ongetwijfeld nuttige lessen te trekken zijn over de optimale balans tussen samenwerking en concurrentie. Maar de uitzonderlijke omstandigheden van nu stellen ieder zorgsysteem, los van de precieze vormgeving, voor grote uitdagingen. De huidige capaciteitstekorten zijn dan ook geen gevolg van 'de marktwerking' in de zorg, zoals door sommigen wordt beweerd. Integendeel, juist voor de invoering van het zorgstelsel met gereguleerde marktwerking kende de Nederlandse gezondheidszorg capaciteitstekorten en lange wachtlijsten (Schut en Varkevisser, 2013).

De uitdagingen van de coronacrisis gelden niet alleen voor het Nederlandse zorgstelsel met zijn gereguleerde marktwerking, maar net zo goed voor de van oudsher door de overheid aangestuurde *National Health Service* in het Verenigd Koninkrijk – waar de capaciteitsproblemen en tekorten momenteel nog veel groter zijn (Calnan, 2020).

En aan de andere kant maken de Verenigde Staten duidelijk dat een sterk marktgericht zorgsysteem van groten-deels particuliere zorgverzekeringen, met hoge eigen risico's en veel onder- of onverzekerden, in het geheel niet in staat is om een goede back-up te bieden (Glied en Swartz, 2020).

De coronacrisis als zodanig geeft dus geen aanleiding om ons zorgstelsel met gereguleerde marktwerking straks fundamenteel anders te gaan inrichten.

Literatuur

- ACM (2020) *Zorgverzekeraars mogen gezamenlijk zorgaanbieders financieel steunen tijdens coronacrisis*. Nieuwsbericht, 21 april. Te vinden op www.acm.nl.
- Calnan, M. (2020) *England's response to the coronavirus pandemic*. HEPL blog series: Country Responses to the Covid19 Pandemic, 6 april. Te vinden op www.cambridge.org.
- Glied, S. en K. Swartz (2020) *Using federal reinsurance to address the health care financial consequences of COVID-19*, 1 april. Health Affairs Blog. Te vinden op www.healthaffairs.org.
- Gupta Strategists (2020) *In de slijpstream van corona: een secundaire crisis in de zorg*. Studie Gupta Strategists. 24 maart. Te vinden op gupta-strategists.nl.
- Inspectie der Rijksfinanciën (2020) *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel*. Rapport Brede maatschappelijke heroverwegingen. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Jeurissen, P., E. Adang, F. Kruse en N. Stadhouders (2020) *Coronavirus kan de zorg structureel veranderen*. ESB, 105(4784), 168–170.
- Kleef, R. van, R. van Vliet, F. Eijkenaar en W. van de Ven (2019) *Compenseer zorgverzekeraars beter voor verlies op chronisch zieken*. ESB, 104(4776), 373–375.
- Menzis (2020) *Jaarresultaat 2019 in licht van coronacrisis*. Tekst te vinden op www.menzis.nl.
- NZA (2019) *Monitor Zorgverzekering 2019*. Nederlandse Zorgautoriteit. Te vinden op nza.nl.
- NZA (2020) *NZA werkt mee aan bekostiging tijdelijke corona-units*. Nieuwsbericht, 21 april. Te vinden op www.nza.nl.
- RIVM (2020) *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015–2060*. RIVM-rapport 2020-0059.
- Schors, W. van der, R. Kemp en M. Varkevisser (2020) *Toepassing kartelverbod in de zorg laat veel ruimte voor samenwerking*. ESB, 105(4783), 127–129.
- Schut, F.T., en M. Varkevisser (2013) *Tackling hospital waiting times: the impact of past and current policies in the Netherlands*. *Health Policy*, 113(1-2), 127–133.
- Staatsblad (2012) *Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG*. *Staatsblad*, 396. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.
- Staatscourant (2015) *Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 17 november 2015, kenmerk 370991-120804-Z, tot wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met het opnemen van bepalingen omtrent de berekening, de administratie en de wijze van betaling van extra bijdragen in geval van catastrofes*. *Staatscourant*, 41997. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.
- Tweede Kamer (2013a) *Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet teneinde daarin enkele verbeteringen aan te brengen, alsmede technische reparaties in diverse wetten (Veegwet VWS 2012): Memorie van Toelichting*. Kamerstuk 33507, nr. 3. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.
- Tweede Kamer (2013b) *Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet teneinde daarin enkele verbeteringen aan te brengen, alsmede technische reparaties in diverse wetten (Veegwet VWS 2013): nota naar aanleiding van het verslag, Kamerstuk 33507, nr. 6*. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.
- Tweede Kamer (2019) *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2020: memorie van toelichting*. Kamerstuk 35300 XVI, nr. 2. Te vinden op zoek.officielebekendmakingen.nl.
- Varkevisser, M. (2019) *Hand in hand: op zoek naar de juiste balans tussen marktwerking en overheidsingrijpen in de gezondheidszorg*. *TPEdigitaal*, 13(3): 56–69.
- Vektis (2020) *Zorgthermometer: verzekeren in beeld 2020*. Publicatie te vinden op www.vektis.nl.
- ZN (2020) *ZN-brief aan gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders van overige zorg: continuïteitsbijdrage en vooruitbetaling*, 5 april. Te vinden op www.zn.nl.
- Zorgvisie (2020) *Gaat gereguleerde marktwerking tot 2022 de ijskast in?* Tekst te vinden op www.zorgvisie.nl.