

Terecht gaat momenteel alle aandacht uit naar indammen van het COVID-19 virus. Inmiddels wordt ook duidelijk dat de invloed van het virus op onze zorg ook groot is, op korte termijn en waarschijnlijk ook op lange termijn. De directe mortaliteit is min of meer real-time beschikbaar. Daarnaast worden er momenteel allerlei modelmatige studies uitgevoerd. Tot slot kunnen we nog leren van de effecten van economische crisis, zoals die van 2008 of die van 1929. De effecten van economische crisis op de sterfte zijn, met uitzondering van extra suicides, overigens zeer beperkt. Dat geldt echter niet voor zij die langdurig werkeloos raken, dat kan een gemiddeld leven met wel tien jaar verkorten.

Het is de bedoeling van dit artikel om een eerste en voorzichtige duiding te geven van de invloed van COVID-19 op de economie van de zorgsector.

#### **Meer capaciteit in de acute keten nodig**

De acute keten blijkt niet ingericht op een piekcapaciteit van deze omvang. In korte tijd moet de IC capaciteit bijna worden verdubbeld en ook de reguliere bedden capaciteit staat onder druk. Dit leidt tot extra kosten. Een IC bed staat nu voor XX in de boeken van de Nza. Ons land telt verder relatief weinig IC- en ziekenhuisbedden (figuur X). Een constatering die ongetwijfeld terug zal komen in de evaluaties die te zijner tijd zullen verschijnen, net als de vraag of en wat daaraan dan te doen. Een interessant aspect zou de uitbreiding van een 'mottenballen' capaciteit kunnen zijn, inclusief 'reservisten' die in tijden van nood deze capaciteit kunnen bemannen. Hiernaast is er de roep om regie, juist in de acute keten.

#### **Zorg die even kan wachten valt massaal weg**

Veel reguliere zorg zakt momenteel massaal in. De electieve behandelingen worden uitgesteld of afgezegd, net als allerlei reguliere controles van chronisch zieke patiënten. Een inventarisatie van Gupta komt uit op tientallen procenten lagere productie (week 16 – 22 maart); vooral onze eerste lijn wordt hard geraakt; de mondzorg is nagenoeg stil gevallen; en de thuiszorg blijft relatief het beste op peil. Ervan uitgaand dat deze achterstanden niet helemaal worden ingelopen in de rest van het jaar, zullen verzekeraars meevallers krijgen in de aanvullende polissen. De individuele hulpverleners die op basis van behandelingen worden gefactureerd, in plaats van met gegarandeerde omzetten, zoals bijvoorbeeld populatiebekostiging, lopen het meeste risico. Ongetwijfeld zal dit te zijner tijd invloed hebben op de bereidheid van zorgverleners om voor deze contracten te kiezen.

Kijken we naar de snelle en hardere val van de beursgenoteerde ziekenhuisketen in de VS (HCA) en Duitsland/Spanje (Fresenius) – ketens met een sterke focus op electieve zorg, zoals bij ons de ZBC's - dan blijken beleggers het niet al te rooskleurig in te zien: XXX Teleadoc daarentegen, de wereldwijd grootste aanbieder van telezorg, zag zijn koers stijgen van zo'n \$ 110 een maand terug tot net boven de \$ 160 op 24 maart. Als beleggers gelijk hebben, dan zal zorg op afstand een grote vlucht krijgen. De scherpe prioriteitstelling van de schaarse capaciteit zal verder zorgen dat veel niet gepaste zorg, geen doorgang meer zal vinden – een goede zaak.

#### **Op korte termijn zullen de kosten op macroniveau toenemen**

Op de kortere termijn zullen de kosten stijgen. Dat is een gevolg van de aanname dat de vaste kosten zullen doorlopen en worden vermeerderd met de additionele kosten voor de (extra) intensieve zorg. Aan de andere kant zullen variabele kosten wegvallen die samenhangen met niet geleverde reguliere zorg. Het Nederlandse zorgstelsel is erg goed gekapitaliseerd. Verzekeraars en (grotere) instellingen beschikken over relatief ruime reserves. Dit weinig geziene voordeel zou ons nu wel eens goed van pas kunnen komen.

De vraag die over enige tijd echter zeker op ons afkomt is wie de meerkosten voor zijn rekening zal nemen? In eerste instantie degene die ze maakt en dat zijn vooral de ziekenhuizen. De vraag is echter in hoeverre dat redelijk wordt gevonden. De opties: 1) De bestaande reserves van verzekeraars (XX) en zorgaanbieders (XY), 2) Zorgprofessionals die nu geen zorg leveren (zij worden niet meer betaald), 3) De overheid springt bij, direct (bijvoorbeeld aanschaf apparatuur) of indirect (bijvoorbeeld via een eenmalige ex-post faciliteit voor verzekeraars om kosten te verevenen). Daarbij komt dat de rekening tussen de regio's zal verschillen: tot dusver kampt Brabant met meer kosten dan Groningen. De extra kosten na de toekomst toe (inhaalslag en extra capaciteit) zullen moeten worden verdisconteerd in de premies.

#### **Organisatie van de zorg**

In de zorg zijn er veel kruissubsidies. In de praktijk draagt de reguliere zorg bij aan de kosten voor de acute- en zeer specialistische zorg (de Boer, 2019). Omdat 'winsten' van de reguliere zorg wegvallen, terwijl de kosten van 'verlieslatende' zorg toenemen, zitten ziekenhuizen in een dubbele klem. Het zal de druk om af te stappen van het typische Nederlandse alles-in-een-ziekenhuis, een relatief grote instelling waar alles gebeurt verder kunnen kanaliseren. Moet de organisatie van de zorg niet meer plaats vinden langs gelijksoortige processen (Jeurissen et al., 2016)? Een grotere compartimentering tussen acute zorg, academische zorg, electieve zorg en chronische zorg? Een benadering langs de lijn van individuele deelmarkten dus (Christensen, 2010).

Nieuwe zorgmodellen zullen snel toenemen. Dit geldt niet alleen voor de concepten om zorg thuis te leveren, maar bijvoorbeeld ook om advanced care planning voor ouderen met meerdere chronische aandoeningen. Het belang van voldoende cruciale ziekenhuisfuncties is in zijn volle omvang duidelijk geworden. De piek van de COVID-19 uitbraak speelt zich af op onze IC-bedden. Tegelijkertijd heeft de zorg voor coronapatiënten meestal geen academisch karakter. Stabilisatie in een regulier ziekenhuis met toegang tot zuurstof, voldoende antibiotica en continue diagnostische monitoring is ook voor de ernstige gevallen meestal voldoende.

Wat deze uitbraak ons wel leert is het belang van een infrastructuur van (collectieve) preventie. Veel studies wezen al op de zeer grote kosten effectiviteit van interventies die zich richten op bacteriële resistenties. Rendementen van vele honderden procenten, die ontstaan door het voorkomen van een lokale uitbraak, zijn dan geen uitzondering. Op mondiale schaal drukt deze virusuitbraak ons nu op dit feit: zonder goede gezondheid, geen goede economie.