

Grote scheefheid in regionale Covid-19 kosten leidt tot ongelijk speelveld zorgverzekeraars

Wat gaat de impact van het coronavirus zijn op de zorgpremies?

In ons artikel over premieverschillen¹ stipten we het al even aan: Covid-19 heeft een grote impact op de zorgkosten in 2020 en naar verwachting ook op de premie in 2021, door o.a. extra ziekenhuiskosten als gevolg van Covid-19 en de continuïteitsbijdrage als compensatie voor zorguitval. Ook de impact op de (vaststelling van de) risicoverevening is groot omdat de vereveningsopbrengsten berekend worden op basis van de sterk verstoorde declaratiedata uit 2020 jaar. Zonder aanpassingen van het model leidt dit in 2021 tot grote verschuivingen tussen zorgverzekeraars. Doordat de impact van Covid-19 (en haar maatregelen) ook nog eens regionaal sterk verschilt, zullen de financiële lasten zonder extra maatregelen niet eerlijk tussen de verzekeraars verdeeld worden. Dit verstoort het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars sterk en is in onze ogen onwenselijk.

Trendbreuk in zorgdata 2020 leidt tot enorme onzekerheden

Niemand weet nu nog wat de exacte impact van Covid-19 op de zorgkosten is en hoe de rekening gaat worden verdeeld. Daarbij is er sprake van een enorme trendbreuk in de zorgdata vanwege Covid-19, waardoor bijvoorbeeld het maken van contractafspraken (bijv. omzetplafonds van ziekenhuizen of GGZ-instellingen) enorm bemoeilijkt wordt en benchmarks o.b.v. declaratiedata onbetrouwbaar worden. Dit brengt grote onzekerheid voor de verwachte zorgkosten (en ook de opbrengsten vanuit de risicoverevening) met zich mee, waardoor het voor zorgverzekeraars een enorme uitdaging wordt om de premie vast te stellen. Hierbij geldt: hoe groter de onzekerheid, hoe hoger de risico-opslag en dus de zorgpremie. Daarom is het zaak om de onzekerheid zo klein mogelijk te houden.

Natuurlijk ging en gaat veel aandacht uit naar de continuïteit van de zorg. Maar voordat je het weet is het september en moet het regeringsbeleid voor 2021 bekend worden gemaakt. Met Prinsjesdag wordt ook de rekenpremie (de basis voor de zorgpremie 2021) bekend gemaakt. En hoe je het ook wendt of keert, het is al eind mei. We hebben met z'n allen nog 3 maanden om deze zeer complexe puzzel op te lossen en de rekening eerlijk met elkaar te verdelen.

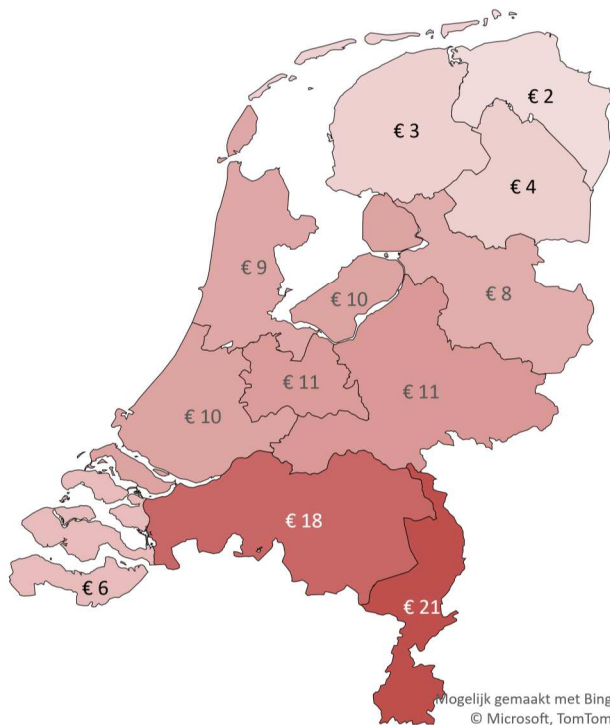
¹ <https://equalis.nl/verschillen-in-het-resultaat-van-verevening-en-zorginkoop-tussen-verzekeraars-blijven-groot/>

Zorgkosten voor Covid-19 zijn regionaal zeer scheef verdeeld

We weten inmiddels dat er grote regionale verschillen zijn in ziekenhuisopnames, sterfte en besmetting. Om een idee te geven wat de gevolgen zijn van deze verschillen werken we in dit artikel als voorbeeld de potentiële impact uit op basis van de verschillen tussen regio's in sterfte en IC-opnames door Covid-19.

Verlies verzekeraar door COVID19 sterfte & IC-gebruik

Verlies per volwassen inwoner
[dd 19-05-2020]



Binnen de risicoverevening is bekend dat het overlijden van een verzekerde tot forse verliezen leidt voor zorgverzekeraars van gemiddeld tussen de €10.000 en €20.000 per overledene². Daarnaast worden de kosten van het IC-gebruik door Covid-19-patiënten niet gedekt vanuit de risicoverevening, doordat het huidige model niet in staat is om Covid-19 zorgkosten te voorspellen. Al met al verliest een verzekeraar naar verwachting ca. €50 duizend per IC-patiënt met Covid-19³. Als we bovenstaande verliezen los laten op de huidige⁴ Covid-19 cijfers zien we landelijke verliezen van ca. €155 miljoen⁵. Omgerekend spreken we landelijk over gemiddeld €11 per volwassen inwoner.

Op het eerste gezicht lijkt dit voor zorgverzekeraars geen groot probleem: deels vangen ze dit op door eigen reserves in te zetten en/of

de premie te verhogen en deels kunnen er mogelijk door uitval van reguliere zorg ook positieve resultaten geschreven worden. Echter, op regionaal niveau zien we grote verschillen tussen het verlies per inwoner op basis van sterfte en IC gebruik (zie figuur). De meer zuidelijk georiënteerde zorgverzekeraars (mn. CZ en VGZ) lijden naar verwachting een verlies van €18 tot €21 per verzekerde voor inwoners uit Noord-Brabant en Limburg, terwijl de andere zorgverzekeraars gemiddeld veel lagere verliezen (waarbij Groningen, Friesland en Drenthe met een verlies van

² WOR 953 – "Onderzoek naar de zorgkosten voor overlijden". Verwachte negatieve resultaten voor verzekerden tussen de 25 en 80 jaar. Boven de 80 jaar zien we een sterke afname van het negatieve resultaat. Hiervoor is gecorrigeerd in de analyses.

³ Een gemiddelde IC-lichtijd van 20,5 dag (www.stichting-nice.nl) met gemiddelde kosten van ca. €2600 per ligdag (gemiddeld max-tarief 2020 IC-type I & II) . Om niet te interfereren met de sterftcijfers, zijn alleen IC-patiënten meegenomen die niet zijn overleden.

⁴ dd 19 mei 2020

⁵ Dit verlies wordt voor €52 miljoen veroorzaakt door sterfte en voor €103 miljoen door IC-gebruik

'slechts' €2 tot €4 per inwoners (bijzonder opvallen) zullen noteren. Een verschil dat in de komende jaren, zonder aanpassingen aan het vereveningsmodel, nog verder kan oplopen door de nasleep en revalidatie van Covid-patiënten.

Door dit enorme verschil boeten de zorgverzekeraars in het zuiden van het land flink in op hun concurrentiepositie, waardoor het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars onder druk komt te staan. En dit zijn slechts de verschillen op basis van alleen sterfte en IC-gebruik. Ook bij andere vormen van zorg, waaronder wijkverpleging en revalidatie, zullen grote regionale verschillen ontstaan die de concurrentiepositie beïnvloeden en leiden tot een nog ongelijker speelveld tussen zorgverzekeraars.

Inzicht in regionale verschillen is op korte termijn noodzakelijk

Ons inziens zou het uitgangspunt moeten zijn dat er *geen* concurrentiële voor- of nadelen van de Covid-19 crisis zijn. Om dit te bereiken dient echter een zeer complexe puzzel te worden gelegd, waarbij naast de hierboven uitgewerkt regionale verschillen door extra sterfte en IC-gebruik nog vele andere Covid-gerelateerde zorg en maatregelen (denk bijvoorbeeld aan regionale verschillen in zorguitval en de benutting van de continuïteitsbijdragen) moeten worden meegenomen. Een eerste stap hierin is om de regionale verschillen in kaart te brengen. Uniforme registratie, het gebruik van alternatieve data bronnen en het vaststellen van de netto impact per zorgverzekeraar zijn hierbij van groot belang. Dit vormt de basis om tot maatregelen te kunnen komen die de concurrentieverhoudingen door Covid-19 niet verstoren en een gelijk speelveld te kunnen behouden.

Utrecht, 28 mei 2020

Contactpersonen: Paul van Drunen (paul.van.drunen@equalis.nl)
Senior consultant bij Equalis – Strategy & Modeling

Barry Egberts (barry.egberts@equalis.nl)
Partner bij Equalis – Strategy & Modeling