

7. Financiering van onze zorg

Natuurlijk heb ik begrip voor het geklaag van veel mensen over de dure zorgpremie. Per volwassene betaal je al snel meer dan € 1.500 per jaar. Met zijn tweeën is dit € 3.000 per jaar. Of beter gezegd € 250 per maand. En dan vergeet ik nog even het eventueel te betalen wettelijk eigen risico.

Veel huishoudens zijn een traditioneel gezin met één persoon die voor het inkomen zorgt, een partner en twee kinderen. Hun netto inkomen ligt op veelal tussen de € 1.500 en € 2.500. Bij twee verdieners ligt dit iets hoger. Dus gaat ruim 10% van het geld naar de premie voor de zorgverzekering. Veel geld. Als je dan ook nog gezond bent dan vind je het al snel te duur. Voor één persoon huishoudens geldt trouwens hetzelfde. Die zijn eerder slechter af dan beter.

De kosten van het zorgstelsel

Gezondheidszorg kost geld, heel veel geld. Het gaat om ongeveer 50 miljard euro voor de basis- en aanvullende verzekering. Voor de langdurige zorg (Wlz) komt daar nog eens 21 miljard euro bij. Daar komt nog een paar miljard bij voor de zorg die via gemeenten (Wmo) betaald wordt. In totaal is dat meer dan 70 miljard. Dat is duizeling wekkend veel geld.

Van die vele miljarden worden meer dan één miljoen mensen betaald die in de gezondheidszorg werken. De Nederlandsche beroepsbevolking is ongeveer negen miljoen. Dus meer dan één op de tien werkende Nederlanders werkt in de gezondheidszorg. Er zijn bijna honderd ziekenhuizen. In vijfduizend huisartspraktijken werken elf duizend huisartsen. Het aantal apothekers bedraagt 2.300. En dan kennen we ook nog 18.000 fysiotherapeuten die in 8.000 praktijken werken. En laat ik het aantal medisch specialisten niet vergeten. Daar

zijn er 20.000 van. En dan sla ik nog veel beroepsgroepen over. Maar één ding is wel duidelijk. De gezondheidszorg is verreweg de grootste sector binnen werkend Nederland.

Maar er wordt ook veel geld uitgegeven aan gebouwen waarin al deze zorgverleners werken. En wat te denken van de kosten medicijnen en hulpmiddelen. Deze bedragen bijna zeven miljard euro. En dacht u dat de apparatuur niets kost? Daar wordt jaarlijks minstens een miljard euro aan uitgegeven.

Hoe komt het geld bijeen?

Laat ik eenvoudig beginnen. De aanvullende verzekering kost bijna vier miljard euro per jaar. Het geld voor de aanvullende verzekering komt uitsluitend bijeen door het betalen van premie door de verzekerden. De aanvullende verzekering is een vrijwillige verzekering, die te vergelijken is met een schadeverzekering. De totale uitbetaalde zorgkosten moet minder of gelijk zijn aan de ontvangen premie. Ruim 10 procent van de Nederlanders heeft zich niet verzekerd voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

Voor de basisverzekering is het moeilijker. De jaarlijks benodigde 46 miljard euro komt via verschillende kanten binnen:

- De zorgpremie voor de basis verzekering levert 18 miljard euro op. Deze wordt betaald door de Nederlander zelf.
- Via het wettelijke verplichte eigen risico en eigen bijdragen komt 4 miljard euro binnen. De verplichte eigen bijdrage zit ondermeer op kraamzorg en hoortoestellen. Ook dit betalen de Nederlanders zelf.
- De werkgevers en uitkeringsinstanties betalen 22 miljard euro. Uitkeringsinstanties zijn ondermeer pensioenfondsen, sociale verzekeringsbank, het UWV en sociale

- diensten. Maar ook ZZP-ers moeten een extra bijdrage leveren.
- Via belastingen legt de overheid 2 miljard euro in voor de zorgkosten van kinderen onder de 18 jaar.

We zien dat de Nederlander drie dingen betaald. Namelijk 1). de premie voor basisverzekering, 2). De premie voor de aanvullende verzekering en 3). Het wettelijk verplichte eigen risico en eigen bijdrage. Maar we zien ook dat deze betalingen niet voldoende zijn om alle zorgkosten te betalen. Als Nederlander krijgen wij ons inkomen van werkgevers en/of uitkeringsinstanties. We zien dat zij fors mee betalen. Deze werkgevers en uitkeringsinstanties betalen bijna 7% over de bruto uitbetaalde bedragen. Voor ZZP-ers is dit iets minder. Die betalen bijna 6%. Zij betalen dit aan de Belastingdienst.

De helft van de basisverzekering wordt betaald via de bankrekening van de Nederlanders. Maar zij betalen daarbovenop ook nog het volledige bedrag voor de aanvullende verzekering. De andere helft van de basisverzekering wordt betaald via de bankrekening van werkgevers, uitkeringsinstanties en ZZP-ers. Dit is één van de politieke afspraken geweest bij de start van de huidige zorgverzekeringswet. 50% van de kosten van de basisverzekering wordt door de Nederlander zelf betaald en is voor iedere Nederlander gelijk. Dit laatste blijkt niet waar te zijn. Daar kom ik verderop in dit hoofdstuk op terug. De andere helft wordt door werkgevers, uitkeringsinstanties en ZZP-ers betaald. De politiek wilde de Nederlander zo laten voelen dat zorg niet gratis is en veel geld kost. Op deze wijze dacht men de Nederlander zorgkosten bewust te maken en de kosten voor onnodige zorg terug te dringen. Ik denk dat men dit doel niet bereikt heeft. Er is sinds de invoering volgens mij meer

sprake dan voorheen van het principe “*ik heb ervoor betaald en heb er dus recht op*”. De zorgconsumptie lijkt vanaf 2006 meer toegenomen te zijn dan voorheen. Dat de zorgkosten jaarlijks toch minder hard gestegen zijn dan daarvoor komt door het volgende. De zorgverzekeraars hebben steeds strakker onderhandeld over de tarieven die zorgverleners in rekening mochten brengen. Het zou een gedegen onderzoek waard zijn of mijn inschatting juist of onjuist is.

Dacht u nu werkelijk dat de overheid uw zorgkosten geheel of gedeeltelijk betaald? Dat er een zoete lieve Gerritje bestaat zoals uit het oud Hollandse liedje “Dat gaat naar Den Bosch toe”? Laat ik u uit de droom helpen. Een zoete lieve Gerritje bestaat niet. Alle zorgkosten worden uitsluitend door u en mij betaald. Wij als Nederlanders hoesten met elkaar dit geld op. De betalingen door werkgevers, uitkeringsinstanties en ZZP-ers zien wij gewoon in de prijs van artikelen, diensten en (pensioen)premies terug. Dus dat bedrag betalen wij ook zelf. Natuurlijk dragen de hogere inkomens meer bij dan de lagere. Maar dat is de keuze voor solidariteit, -pardon, ik bedoel natuurlijk egaliteit – die wij met zijn allen gemaakt hebben. Gelukkig maar.

De financiering van de zorgverzekeraar

We weten nu waar het geld van ons zorgstelsel vandaan komt. Maar we weten ook dat alle zorgkosten door de zorgverzekeraars betaald wordt. Hoe komt nu dat geld van de werkgevers, uitkeringsinstanties, ZZP-ers en overheid bij de zorgverzekeraars terecht. Dat de premie en betalingen van het wettelijk verplicht eigen risico en eigen bijdrage rechtsreeks bij

de zorgverzekeraar terecht komt wist u al. De zorgverzekeraar int deze bedragen direct bij u.

Laat ik beginnen met het meest eenvoudige deel. De overheid betaalt ruim 2 miljard euro voor de zorgkosten van kinderen onder de 18 jaar. De zorgverzekeraar kan dus de betaalde zorgkosten voor deze kinderen direct incasseren bij de overheid. Men weet wat men betaald heeft. Dus kan de rekening opgemaakt worden en bij de overheid neergelegd worden. Per kind krijgt men ook een kleine vergoeding voor de verrichte administratieve werkzaamheden.

Maar hoe wordt dan het geld voor de basisverzekering verdeeld dat via de belasting geïnd wordt bij werkgevers, uitkeringsinstanties en ZZP-ers? Dit geld gaat in een grote pot. Stel je voor dat ook het meeste ontvangen geld door zorgverzekeraars voor de basisverzekering in deze pot gaat. Het ministerie van VWS rekent jaarlijks uit wat de rekenpremie is. De rekenpremie? Ja, waarschijnlijk een nieuw begrip voor de meesten van. Het begrip rekenpremie leg ik uit in het hoofdstuk "PREMIE" in het onderdeel "Berekening". Per verzekerde draagt de verzekeraar deze rekenpremie dus af. Een verzekeraar rekent op een verlies als zijn premie lager is dan de opgelegde rekenpremie.

Op deze manier ontstaat dus een pot van 44 miljard euro. De verdeling van de 2 miljard euro voor de kinderen is hiervoor al uitgelegd.

De politiek heeft niet alleen besloten dat de Nederlander aan den lijve moet ondervinden dat zorg niet gratis is. Ze hebben ook besloten dat het voor een zorgverzekeraar niet mag uitmaken of iemand veel of weinig zorgkosten heeft. Een zorgverzekeraar moet wettelijk iedereen accepteren. Mag dus

niemand weigeren voor de basisverzekering. Zo ontstaat een eerlijk speelveld. Zorgverzekeraars kunnen zich dus niet richten op lucratieve verzekerden. Dat zijn verzekerden die veel meer geld in het laatje brengen dan dat zij aan kosten maken. Hiervoor is het vereveningssysteem ontworpen. Op basis van kenmerken van verzekerden groepen wordt op voorhand bepaald wat de gemiddelde zorgkosten van deze verzekerden zijn. Deze kosten worden uitbetaald vanuit de pot.

Het vereveningssysteem

Het vereveningssysteem als een bonus of malus voor de verzekeraar. Voor veel zorgvragende verzekerden ontvangt de verzekeraar een bonus, dus vergoeding, van de overheid. Voor een gezonde verzekerde moet de verzekeraar een malus betalen. Zeg maar, een boete. De overheid heeft met het vereveningssysteem een gelijkwaardig speelveld gemaakt voor iedere zorgverzekeraar.

In het vereveningssysteem worden groepen verzekerden onderkend met als belangrijkste kenmerken:

- Leeftijd
Oudere mensen hebben hogere zorgkosten
- Geslacht
Vrouwen maken extra zorgkosten door zwangerschap en bevallingen
- Chronische ziekte
Vooral de chronisch zieken met hoge zorgkosten
- Sociaal economische status
Lagere inkomens hebben hogere zorg kosten
- Aard van inkomen
Dit heeft effect op de hoogte van de zorgkosten
- Regio
Er zijn forse regionale verschillen in zorgkosten

Het gaat te ver om hier alles te beschrijven en uit te leggen. Er wordt met bijna 100 verschillende factoren rekening gehouden. Jaarlijks wordt het vereveningssysteem verder aangescherpt. Door onvolledigheden in het systeem was het jarenlang mogelijk dat verzekeraars aan bepaalde groepen geld over hielden. Studenten en hogere inkomens zijn daarvan voorbeelden. Inmiddels is het vereveningssysteem sterk verbeterd maar ook veel uitgebreider geworden.

Op basis van de zorgkosten uit de voorgaande jaren wordt per groep verzekerden de verwachte zorgkosten uitgerekend. Dat hier Big Data verwerking plaats vindt spreekt bijna voor zich.

Een verzekeraar moet voor verzekerden die naar verwachting minder zorgkosten maken dan de vastgestelde rekenpremie een malus, een boete, betalen. De malus is de rekenpremie verminderd met de verwachte zorgkosten van de groep waartoe deze verzekerde behoort.

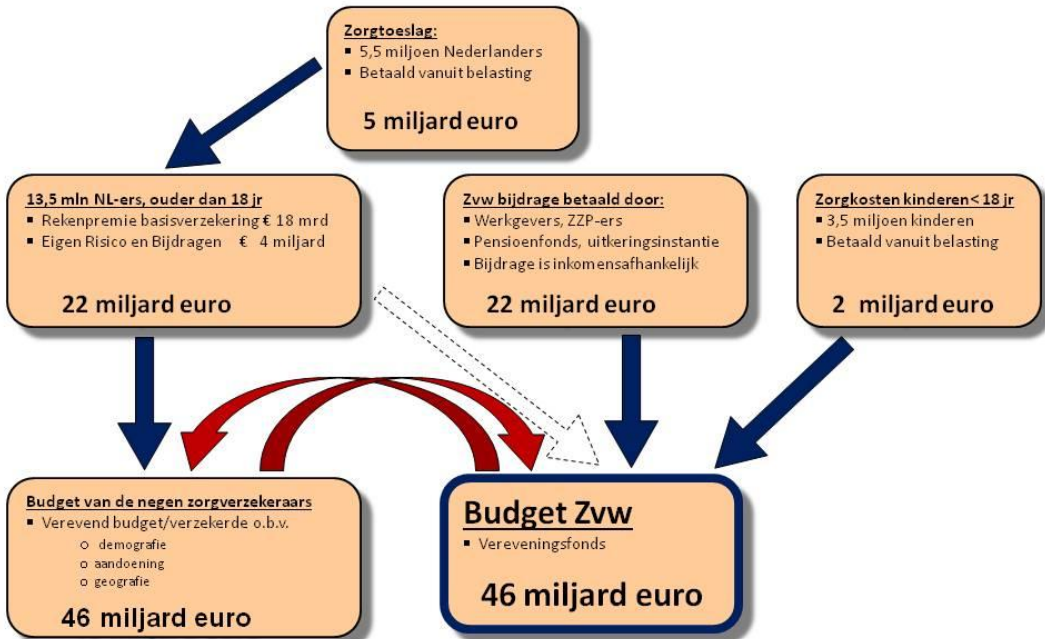
Voor verzekerden die naar verwachting meer zorgkosten gaan maken dan de rekenpremie ontvangt de verzekeraar een bonus, een vergoeding, ontvangen. De bonus is de verwachte zorgkosten verminderd met de rekenpremie.

De berekeningen van bonussen en malussen zijn omvangrijk. De zorgverzekeraars moeten deze berekeningen zelf uitvoeren en laten controleren door hun accountants.

Het risico vereveningssysteem is bedoeld om zorgverzekeraars in voldoende mate te vergoeden voor verzekerden met voorspelbare hogere zorgkosten.

Ik kan alle financiële teksten van dit hoofdstuk ook in een plaatje neerzetten. Maar of dit daarmee zo echt duidelijker wordt? Hopelijk voor sommige lezers wel.

Geldstromen Zorgverzekeringswet (Zvw)



© Zorgaspect.nl

Inkomensafhankelijke zorgpremie?

Een vaak gehoorde politieke discussie in Den Haag gaat over het inkomensafhankelijk maken van de zorgpremie die iedere Nederlander betaald. Nu betaalt iedereen hetzelfde bedrag. Maar klopt deze discussie wel?

Ongeveer 13 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder betalen zorgpremie. Om de lagere inkomens te compenseren heeft de politiek de Zorgtoeslag in het leven geroepen.

Alleenstaanden met een inkomen van minder dan € 28.000 per jaar hebben recht op deze toeslag. Dat geldt ook als het gezamenlijke inkomen van twee partners minder dan € 36.000 per jaar is. In totaal krijgen ongeveer 5,5 miljoen Nederlanders de Zorgtoeslag. De totale hoogte van deze Zorgtoeslag bedraagt vijf miljard euro. De Zorgtoeslag wordt uitbetaald door de Belastingdienst. Het geld hiervoor is afkomstig van de inkomstenbelasting. En wie betaalt dit? Juist vooral de midden en hoger inkomens. Ik durf dus te stellen dat voor inkomens onder de € 30.000 er al sprake is van een inkomensafhankelijke zorgpremie.

De hogere inkomens vanaf ongeveer € 35.000 per jaar droegen voor de invoering van de Zorgverzekeringswet slechts voor een beperkt bedrag bij aan de zorgkosten van de lagere inkomens. Vaak ontvingen zij ook nog een vergoeding van de werkgever voor de premie die zij moesten betalen voor de particuliere ziektekostenverzekering. Vanaf 2006 is dat voor deze groep volstrekt anders. Zij ontvangen geen vergoeding meer en betalen ongeveer eenzelfde bedrag per maand als voorheen. Werkgevers werden in 2006 geconfronteerd met het betalen van een werkgeversbijdrage van ruim 6% voor iedere medewerker. Daarvoor betaalden werkgevers ongeveer 4,5% werkgeversbijdrage voor hun medewerkers die ziekenfonds verzekerd waren. Voor de overige werknemers werd vaak maar niet altijd een vergoeding betaald. In totaliteit zijn werkgevers meer gaan betalen. De overheid heeft de salarisingrens waarover een werkgever Zvw-bijdrage moet betalen verhoogd van ongeveer € 34.000 in 2006 naar € 54.000 in 2018.