



Zorgfinanciering in de praktijk

In Nederland houden de meeste actuariële professionals zich bezig met particuliere verzekeraars of pensioenen. De actuariële aandacht voor zorgfinanciering is relatief beperkt. Dat komt wellicht doordat de zorgfinanciering voor het grootste deel wordt bepaald door wettelijke regelingen waarin verzekeringstechnische risico's een beperkte rol spelen. We willen in dit themanummer over gezondheid aandacht besteden aan de financiële kant van de zorgfinanciering. We spreken met Karel Delvaux, een fictieve zorgmanager. In het gesprek ontdekken we bijzondere elementen in de zorgfinanciering toegelicht in aparte kader. De zorgfinanciering werkt dus anders dan bekende actuariële technieken die gebaseerd zijn op risicoprocessen en rente. Maar de complexiteit, de grote geldstromen en maatschappelijke relevantie maken het een terrein waarop actuarissen een rol kunnen spelen.

Bij wat voor instelling werk je?

"Ik werk als een niet-medisch manager bij een medisch-specialistische revalidatiekliniek. Daar hou ik me bezig met het draaiend houden van een afdeling. Wij leveren medisch-specialistische revalidatie-behandelingen aan revalidanten. Dat gebeurt in de driehoek revalidant, medisch specialist en behandelteam. De revalidanten komen na een ingrijpende medische gebeurtenis zoals een auto-ongeluk of beroerte bij ons terecht met als doel om zelfstandiger te kunnen functioneren. Denk daarbij aan douchen, naar het toilet gaan, staan of lopen. Cruciale activiteiten, die langzaam (her-)aangeleerd moeten worden. Daarvoor beschikken we over een team van diverse medewerkers, waaronder veel therapeuten die de revalidanten helpen, zoals ergotherapeuten of fysiotherapeuten. De revalidanten komen niet direct bij ons terecht, maar voor het grootste deel vanuit ziekenhuizen waar ze in eerste instantie zijn behandeld. Ze zijn voor langere duur bij ons bezig met revalidatie, dat kan enige maanden duren. Als de revalidatie leidt tot een stabiele situatie dan stromen de revalidanten weer door. Dat kan naar huis zijn, met eventuele ondersteuning vanuit de gemeente via de Wmo². Een andere mogelijke uitstroom is naar verpleeghuizen, dan zit je in de Wlz sfeer."

Waar zijn jullie nu mee bezig?

"Momenteel is het druk, onder andere vanwege de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over de tarieven. Dat is de basis voor de financiële planning voor het komende jaar. Als zorgaanbieder hebben we geen winstoogmerk, maar we moeten wel financieel gezond blijven, om mogelijke tegenvallers op te kunnen vangen of om te kunnen investeren in een verdere verbetering van de zorg. De financiën zijn een cruciale randvoorwaarde, en hebben dus invloed op het beleid. Door de wijze van financiering zijn de interne budgetten scherp. De kosten zijn voor het grootste deel gerelateerd aan het personeel.

De macht van de zorgverzekeraars is groot bij de onderhandelingen over tarieven, en dat geldt zeker bij kleine zorgaanbieders. De verhouding tussen een vrijgevestigde therapeut en een zorgverzekeraar is niet gelijkwaardig."

Hoe werkt de financiering van jullie instelling?

"De financiering van onze instelling komt voor het grootste deel uit de zorgverzekeringswet. De behandeling voor de revalidanten wordt financieel vertaald in DBC's, Diagnose Behandel Combinaties. Voor een onderscheid gemaakt worden naar gelang van de intensiteit van de behandeling. Per revalidant hou je bij hoeveel tijd er is besteed binnen een DBC. De ene keer is een behandeling binnen de DBC-vergoeding gerealiseerd, de andere keer is de vergoeding niet toereikend. Als je veel behandelingen hebt, middelt zich dat uit, maar het financieel risico ligt uiteindelijk bij de instelling. Het systeem stimuleert samenwerking met andere instellingen niet. Je krijgt immers een vergoeding op basis van een DBC voor één instelling."

Hoe sturen jullie de financiën?

"Onze instelling stuurt actief op het beperkt houden van overhead, wat zich vertaalt in weinig managers zoals ik, die een grote span of control hebben in vergelijking met andere sectoren. De prioriteit ligt bij ons op het bieden van zorg aan de revalidanten. We zien een tendens dat de complexiteit van de ziektebeelden van de revalidanten toeneemt, en bovendien wordt het moeilijker om ze door te plaatsen als hun

revalidatie afgerond is. Dat is primair vervelend voor de revalidanten, maar is voor onze bedrijfsvoering ook onaantrekkelijk. Wij zijn niet gericht op permanent verblijf. De kostendruk maakt het ook moeilijk om tijd te besteden aan innovatie in de zorg, de DBC-vergoeding is immers gericht op de revalidatie. Met zorgverzekeraars maken we daar incidenteel afspraken over.

De vaste tarieven leggen het risico van 'moeilijke risico's' bij de instelling. Als je systematisch de cases krijgt waarbij de kosten hoger zijn dan de vergoeding dan is dat financieel gevaarlijk. Dat kan ertoe leiden dat men complexe gevallen liever niet neemt, terwijl je dat vanuit je zorgopdracht juist graag zou doen, dat speelt bij kleine zorgaanbieders nog meer."

Hoe werkt het financiële proces?

"Eens per jaar wordt tussen de zorgverzekeraars en ons als zorgaanbieder onderhandeld over tarieven. De tarieven kunnen per zorgverzekeraar verschillen, en soms kan ook sprake zijn van een maximumvergoeding door een zorgverzekeraar. Die onderhandelingen zijn cruciaal voor de financiële bedrijfsvoering. Daarnaast moeten we de geleverde zorg goed verantwoorden, we laten onze jaarrekening door een accountant controleren. Je hebt dus een goede interne

administratie nodig, en moet in de gaten houden hoe de geleverde zorg zich verhoudt tot de afgesproken vergoeding. Dat is administratief complex, en vereist investeringen in administratieve systemen die de processen ondersteunen.

Het systeem stimuleert kostenbewustzijn, al gebeurt dat misschien te veel. De administratieve verantwoording kost geld dat we niet aan de zorg kunnen uitgeven. Maar in ieder systeem zul je natuurlijk de uitgaven goed moeten verantwoorden. Het gaat om publiek geld."

Hoe kijk je aan tegen de nieuwe nominale premies over 2024 en het hele financieringsstelsel?

"Jaarlijks maken zorgverzekeraars hun nieuwe premies bekend, dat krijgt veel aandacht. Een stijging van meer dan tien euro is groot nieuws. Dat is maar een klein deel van de zorgkosten, en ik vind dat niet veel als je het vergelijkt met al de zorg die geleverd wordt. De wijze van zorgfinanciering kent dus zeker zijn vervelende elementen. Maar een overgang naar een compleet nieuw financieringsstelsel zou weer nieuwe nadelen introduceren, en bovendien weer heel veel tijd en aandacht vergen van management. Bovendien, de Nederlandse zorg is zeer toegankelijk en van hoog niveau. Dat is het belangrijkste." ■

Stelselwet	Wat en door wie	Financiering
Wet publieke gezondheid, Wpg	Wpg stelt GGD in bij gemeentes en RIVM op rijksniveau. Gaat om groepsgewijze gezondheid. Infectieziekten, bevolkingsonderzoek, jeugdgezondheidszorg.	Wpg zorg is voor burgers vrij toegankelijk en gratis. In 2023 was er € 5 miljard begroot, grotendeels coronagerelateerd.
Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo	Gemeentelijke verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning. Dit kan gaan om dagbesteding of beschermd wonen.	Gemeente kan ondersteuning bieden na 'keukentafel-gesprek'. Voor 2023 is er € 1,5 miljard begroot op rijksbegroting.
Jeugdwet	Gemeenten zijn verantwoordelijk. Hulp bij opgroei-, psychosociale en psychiatrische problemen van jeugdigen.	Toegang via gemeenten, (huis-)arts of maatregelen opgelegd door een kinderrechtter. Niet opgenomen op rijksbegroting.
Zorg verzekeringswet, Zvw	Recht op zorg vanuit basiszorgverzekering. Rijk bepaalt zorgpakket. Iedereen heeft toegang tot eerste lijn (huisarts), toegang tot tweede lijn (ziekenhuis, specialist) via eerste lijn.	Verplichting om verzekering te sluiten voor mensen, er geldt keuzevrijheid waar je je verzekert. Acceptatieplicht voor zorgverzekeraars. In totaal is er voor 2023 € 59,1 miljard begroot. Zorgverzekeraars betalen zorgaanbieders.
Wet langdurige zorg, Wlz	Blijvende 24-uur zorg. Recht op zorg door Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Zorgkantoren kopen regionaal zorg in en verstrekken PGB's.	Inkomensafhankelijke premie, plus rijksbijdrage. In 2023 is er € 33,5 miljard begroot. Centraal Administratie Kantoor (CAK) betaalt zorgaanbieders in opdracht Zorgkantoor.

Financiering ziektekostenwet

De financiering van de zorgkosten uit de rijksbegroting (vooral de Zvw en Wlz) leidt tot een bijdrage van € 6.601 per volwassene. De nominale premie bedraagt daarvan ongeveer een kwart. De verschillende componenten zien we in de volgende grafiek terug. De nominale premie lijkt de enige inkomensafhankelijke component, al compenseert de zorgtoeslag die voor lagere inkomens. Uiteindelijk is de financiering van de zorg dus sterk inkomensafhankelijk. In een andere bijdrage in De Actuaris zien we dat zorggebruik hoger is voor lagere inkomens. Het Nederlands zorgstelsel kent dus een aanzienlijke solidariteit van hoge met lage inkomens.

Financiering zorgkosten per volwassene

