



Bijlage 4a

BEPALING MACRO-DEELBEDRAGEN 2010

1 Inleiding

In deze notitie worden berekeningen gepresenteerd die ten grondslag liggen aan de bedragen die zijn opgenomen in de wijziging van hoofdstuk 3 van de (ministeriële) regeling Zorgverzekering.

In de risicoverevening 2010 wordt formeel, net als in 2009, gewerkt met vijf verschillende macro-deelbedragen. Er vindt binnen de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg echter vervolgens nog wel een splitsing in twee deelbedragen plaats. Voor de bepaling van het macroprestatiebedrag wordt dan ook uitgegaan van zes deelbedragen:

1. kosten van b-dbc's;
2. variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
3. vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
4. kosten van overige prestaties;
5. kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar;
6. kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

In het deelbedrag "kosten van b-dbc's" vallen alle kosten van dbc's die in het B-segment zitten. De dbc's die per 2009 zijn overgeheveld naar het B-segment, werden in 2009 voor 100 procent toegevoegd aan het deelbedrag "variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp". Deze dbc's worden per 2010 toegerekend aan het deelbedrag "kosten van b-dbc's".

In vergelijking met 2009 is er een splitsing gekomen voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Dit betreft een splitsing in de kosten voor jonge verzekerden, te weten jonger dan achttien jaar, en de kosten voor volwassenen en ouderen, te weten achttien jaar en ouder. In de kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar zijn de volledige kosten van dyslexie opgenomen.

De macro-deelbedragen worden verdeeld over de individuele zorgverzekeraars. De vereveningsbijdrage aan een individuele zorgverzekeraar bestaat uit de som van de zes toegekende deelbedragen minus de eigen inkomsten uit de rekenpremie en de financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico.

Deze notitie is als volgt opgebouwd. Allereerst wordt aandacht geschonken aan de vaststelling van het totale (ex ante) macro-prestatiebedrag voor 2010 (paragraaf 2). Het macro-prestatiebedrag bestaat de facto uit de somming van het Zwv-deel van de kostenramingen voor de afzonderlijke Zwv-prestaties.

Uit de opstelling in paragraaf 2 volgt de hoogte van het macro-deelbedrag voor kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voordat dit is gesplitst in ten eerste een macro-deelbedrag voor de "kosten van b-dbc's", ten

tweede een macro-deelbedrag "variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten specialistische hulp" en ten derde een macro-deelbedrag "vaste kosten van ziekenhuisverpleging". In paragraaf 3 wordt ingegaan op de wijze waarop deze splitsing is aangebracht.

Zorgverzekeraars ontvangen slechts een deel van het macro-prestatiebedrag uit het zorgverzekeringsfonds. De hoogte van de beschikbare middelen uit het zorgverzekeringsfonds wordt berekend via de zogenoemde 50/50-regeling. In paragraaf 4 is een cijfermatige toelichting opgenomen.

2 Het macro-prestatiebedrag Zvw 2010

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2010. De basis wordt gevormd door de Zvw-gefinancierde uitgaven 2010. Deze kostenraming zijn gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.

In de eerste plaats zijn aan de begroting vermelde bedragen de verschillende nominale bijstellingen en groei ruimten toegerekend aan de verschillende (deel)prestaties. Deze extra middelen (circa € 1.306 miljoen) zijn als (onverdeelde) aanvullende post opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2010.

In de tweede plaats is in de begroting 2010 een bedrag opgenomen voor dieetadvies (circa € 36 miljoen). Dit bedrag is naar rato van de kostenramingen in de begroting verdeeld over de verschillende overige prestaties.

In de derde plaats is een bedrag voor ziekenvervoer tussen ziekenhuizen overgeboekt van kosten ziekenhuisverpleging naar ambulancevervoer (circa € 21 miljoen).

In de vierde plaats heeft een overheveling plaatsgevonden van algemene en categorale ziekenhuizen naar medische specialistische hulp, samenhangend met specialisten in loondienst (circa € 90 miljoen).

Als vijfde is in de begroting 2010 een raming voor de kosten buitenland opgenomen. Relevant voor het macro-prestatiebedrag zijn grensoverschrijdende zorg, grensarbeiders en kosten van tijdelijk verblijf (circa € 238 miljoen). Aangezien niet goed bekend is om wat voor zorg het gaat is besloten de kosten te verdelen naar alle deelbedragen. De percentages die gebruikt worden zijn gebaseerd op de verdeling van de kosten binnenland, naar rato van deze kosten zijn de buitenlandkosten er bij opgeteld. Dit sluit aan bij de regeling 2010, waarin sleutels worden gehanteerd voor de toewijzing van buitenland kosten aan de diverse deelbedragen.

Overige kosten buitenland worden direct verrekend met het Zorgverzekeringsfonds (circa € 229 miljoen).

Als zesde heeft er een toedeling van de kosten van ketendbc's plaats gevonden naar de overige kostenposten. In de begroting 2010 vormen de ketendbc's (ca 242 mln) een aparte kostenpost. Dit betreft nieuwe prestaties per 2010, waarvan nog geen gegevens beschikbaar zijn die gebruikt kunnen worden voor de berekening van de normbedragen. De kosten zijn daarom in het kader van het MPB 2010 teruggerekend naar de kostensoorten waar ze in 2009 nog onder vielen. Het grootste deel is teruggeplaatst onder de post huisartsenzorg.

Als zevende en laatste heeft er een splitsing plaats gehad van de kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en verzekerden van achttien jaar en ouder. De splitsing heeft plaats gevonden op basis van gegevens van de NZa over 2008. Voor de jeugdpsychiatrie is het aandeel in de kosten op 13,87% van de totale kosten curatieve geestelijke gezondheidszorg gezet.

Het door de minister van VWS vastgestelde macro-prestatiebedrag voor 2010 bedraagt na bovenstaande bewerkingen € 32 871,5 miljoen (bron: VWS-begroting 2010, hoofdstuk financieel beeld zorg, tabel 7).

Tabel 1: Opbouw macro-prestatiebedrag 2010 (in € miljoenen)

Onderdelen	
Ziekenhuisverpleging en specialisten in loondienst	15 180,6
Vrijgevestigde specialistische hulp	2 335,5
Totaal ziekenhuisverpleging en specialistische hulp	17 516,1
Huisartsenhulp	2 327,2
Tandheeskundige hulp	701,7
Paramedische hulp	598,4
Verloskundige hulp	157,7
Kraamzorg	297,9
Ziekenvervoer	601,2
Farmaceutische hulp	5 602,9
Hulpmiddelen	1 419,5
Totaal overige prestaties	11 706,5
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 18+	3 116,0
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kind en jeugd	533,0
Totaal geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3 648,9
Macro-prestatiebedrag	32 871,5

3 De onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in macrodeelbedragen ziekenhuiszorg

In het macro-prestatiebedrag worden drie macro-deelbedragen onderscheiden die betrekking hebben op kosten van ziekenhuiszorg. Allereerst wordt ingegaan op de afscheiding van het B-segment.

Vervolgens vindt er een splitsing van het onderdeel ziekenhuisverpleging in een vast en variabel deel plaats. Dit betreft dus uitsluitend het zogenaamde A-segment. Dit is het segment waar de tarieven vast zijn en er nog sprake is van een budgetsystematiek.

Bij de macro-raming van vaste en variabele kosten van ziekenhuisverpleging (inclusief kosten van specialisten in loondienst) wordt uitgegaan van de verhouding tussen vaste en variabele budgetonderdelen in de verschillende typen instellingen. Bij algemene, academische en categorale ziekenhuizen is een indelingstabel gehanteerd waarmee voor elke budgetcomponent is gedefinieerd in hoeverre deze als vast dan wel als variabel kan worden aangemerkt. Een gecompriëerde versie van deze classificatie is weergegeven in tabel 2. Deze classificatie is toegepast op de meest recente budgetgegevens van algemene, academische en categorale ziekenhuizen, te weten de stand van de ziekenhuisbudgetten medio 2009, aangeleverd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Per ziekenhuis volgt dan voor het A-segment een splitsing van het budget in een vast en in een variabel deel.

Aandachtspunt is dat de kosten van specialisten in loondienst zijn inbegrepen in deze kosten ziekenhuisverpleging. Doordat kosten van specialistische hulp grotendeels worden geïntegreerd met variabele kosten van ziekenhuisverpleging, is het niet nodig de kosten van specialisten in loondienst over te hevelen van kosten van ziekenhuisverpleging naar kosten van specialistische hulp.

Een tweede aandachtspunt betreft de kortingen over de afgelopen jaren (totaal ca. 0,6 mld) en de schoningen vanwege het B-segment (ca. 1 mld). Deze werden voorheen als 100% variabele kosten aangemerkt. Met ingang van 2010 is de classificatie gewijzigd naar 35% vast en 65% variabel. De reden hiervoor is dat deze kortingen en schoningen op het totale (A-)budget betrekking hebben en niet alleen op het variabele deel.

De wijziging in classificatie van de schoning voor het B-segment betreft uitsluitend de expliciete schoning door de NZa. Naast deze expliciete schoning van de budgetten is er ook sprake van een impliciete schoning door het dalen van de productieafspraken in het A-segment. Deze impliciete schoning wordt nooit apart geclassificeerd omdat lagere productieafspraken automatisch tot een lager budget leiden. Er vindt voor het A-deel een volumedaling plaats in de bestaande, reeds geclassificeerde parameters.

In 2008 zaten de dbc's die in 2009 zijn overgeheveld van A-segment naar B-segment nog in de door de NZA aangeleverde budgetgegevens. In de berekeningen voor het MPB 2009 heeft daarom een correctie op deze basisgegevens uit 2008 plaatsgevonden. De uitbreiding van b-dbc's per 2009 is

immers als 100% variabel geclassificeerd. Dit heeft geresulteerd in een correctie op de vast-variabel verhouding die uit de budgetgegevens 2008 viel te berekenen. Deze dbc's zitten per 2009 niet meer in de budgetten zoals door de NZa vastgesteld (tabel 3). De schoning voor de b-dbc's zit wel in deze cijfers.

Een derde aandachtspunt betreffen de kapitaallasten van de DBC's in het B-segment. Deze vallen (deels) in het A-segment. Voor zover dit zo is worden deze kosten dan vanzelf als 100% vast geclassificeerd.

Tabel 2: Classificatie van budgetonderdelen in voor zorgverzekeraars vaste en variabele componenten (op hoofdlijnen)

Budgetcomponent	Indeling
Kapitaalslasten en overige gebouwgebonden kosten	vast
Adherentie	vast
Erkende bedden	vast
Bijzondere functies en voorzieningen zonder neventarieven	vast
Groottetoeslag op productieparameters	vast
Kortingen en schoningen B-segment	35% vast, 65% variabel
Specialisten in loondienst	variabel
Specialistenplaatsen (exclusief AGIO's)	variabel
Bijzondere functies en voorzieningen met neventarieven	variabel
Productieparameters (exclusief groottetoeslag)	variabel
Eerstelijnsvoorzieningen	variabel
Zorgvernieuwing	variabel

Voor kosten van alle andere instellingen op het gebied van de curatieve zorg geldt dat 75 procent van de kosten als variabel wordt aangemerkt en de overige 25 procent als vast. Dit geldt met ingang van 2009 ook voor de klinische revalidatiecentra en epilepsieinstellingen. Deze zijn per 2009 overgegaan op DBC-financiering. Er worden geen verpleegtarieven meer gedeclareerd. Voor verpleegtarieven geldt dat deze als 60 procent variabel en 40 procent vast worden aangemerkt. Dit geldt vanaf 2009 dus alleen nog voor de astmaklinieken. De overige kosten van deze instellingen zijn wel voor 75 procent variabel en voor 25 procent vast.

Tabel 3 geeft een overzicht van de opbouw van vaste en variabele kosten in het jaar 2009 per instelling, op grond van de door het NZa aangeleverde budgetgegevens. De kosten van algemene, academische en categorale ziekenhuizen bevatten hierbij ook de kosten van specialisten in loondienst.

Aandachtspunt is dat de weergegeven bedragen in tabel 3 niet corresponderen met de kosten van ziekenhuisverpleging vermeld in tabel 1, omdat tabel 1 en tabel 3 betrekking hebben op een verschillend jaar.

Tabel 3: Overzicht opbouw vaste en variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten specialisten in loondienst in 2009 in het A-segment, per type instelling en overall, in € miljoenen

Type instelling	Vaste kosten	Variabele kosten	Totale kosten
Algemene ziekenhuizen*	2 546,8	4 986,5	7 533,3
Academische ziekenhuizen*	872,9	1 606,5	2 479,4
Categorale ziekenhuizen* *	27,2	40,8	68,0
Revalidatie-instellingen >	101,1	303,2	404,3
Overige voorzieningen ¶ >	145,8	437,4	583,2
Totaal	3 693,7	7 374,5	11 068,2
Percentage van totale kosten	33,4%	66,6%	100%

* Inclusief kosten van specialisten in loondienst.

> Bij revalidatie- en epilepsieinstellingen wordt de verdeling 75% variabel en 25% vast toegepast. Het poliklinische deel van de revalidatieinstellingen kan hierdoor worden samengevoegd met de klinische revalidatiecentra

¶ Inclusief epilepsieklinieken, omdat er een splitsing tussen zvw en AWBZ plaats heeft gevonden. Het Oogziekenhuis is sinds vorig jaar overgeheveld van categorale naar algemene ziekenhuizen.

* Exclusief Sint Maartenskliniek, vanwege experimentstatus.

Bron: Nza, bewerking VWS

Uit tabel 3 komt naar voren dat 33,4 procent van de som van de kosten over verschillende instellingen in 2009 als vast kan worden aangemerkt, en de overige 66,6 procent als variabel. Aan de hand van deze verhouding tussen vaste en variabele kosten in het jaar 2009 en de macro-raming voor het jaar 2010 van de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialisten in loondienst (zie tabel 1) is de macro-omvang van de vaste en variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialisten in loondienst voor het jaar 2010 geraamd.

Belangrijk is dat bovengenoemde gegevens uitsluitend het A-segment betreffen zoals dat in 2009 gold. In deze cijfers zijn de b-dbc's niet meegenomen. Alle dbc's die in het B-segment vallen, worden per 2010 immers toegerekend aan het segment "kosten van b-dbc's". In 2009 werden de b-dbc's die in 2009 voor het eerst als zodanig waren aangemerkt nog als 100% variabel geclassificeerd. Per 2010 worden deze b-dbc's overgeheveld naar "kosten van b-dbc's".

De omvang van het B-segment in 2009 is volgens de NZa 32,8 procent (zie bijlage, brief van de NZa d.d. 4 juni 2008). Er zijn geen formele actuelere gegevens over het B-segment in 2009 beschikbaar.

Op grond van tabel 3 kunnen dan de totale ziekenhuiskosten voor die instellingen waar een B-segment aanwezig is (algemene en academische ziekenhuizen), exclusief kosten van vrijgevestigde medisch specialisten, worden benaderd in 2009, te weten $(100/(100-32,8)) \times 10\,012,7 = \text{€ } 14\,899,9$ miljoen. Om tot een

totaalschatting te komen van de ziekenhuiskosten dienen de kosten van de overige instellingen hierbij opgeteld te worden, te weten € 1 055,5 miljoen. Dit resulteert in een subtotaalschatting van € 15 955,4 miljoen. Om te komen tot een raming van de totale kosten medisch specialistische zorg moeten de kosten voor vrijgevestigde specialisten hierbij opgeteld worden. Voor 2010 bedraagt de raming van de kosten voor de vrijgevestigde medisch specialisten € 2 335,5 miljoen. De totale ziekenhuiskosten 2009 waarop de splitsing in vaste en variabele kosten is gebaseerd, bedragen € 18 290,9 miljoen.

De uitbreiding van het B-segment in 2009 wordt per 2010 toegerekend aan 'kosten van b-DBC's' én deze kosten zijn niet meer opgenomen in de hiervoor in tabel 3 vermeldde budgetcijfers. In tegenstelling tot vorig jaar hoeft er hiervoor dus geen correctie plaats te vinden in de budgetcijfers om te komen tot een voorspelling van de vast-variabel verhouding voor 2010.

Er moet nog wel rekening gehouden twee elementen.

De voorgenomen investeringsimpuls die is opgenomen in de cijfers voor 2010 dient grotendeels als vaste kosten te worden beschouwd. Voor het A-segment en 50% van de kapitaallasten van het B-segment geldt dat dergelijke kosten als vast worden geclassificeerd. Met deze meerkosten wordt rekening gehouden bij de bepaling van de vast-variabel verhouding voor 2010.

En voor de verhouding van vast variabel moeten ook de kosten van vrijgevestigde specialisten voorzover toe te rekenen aan het A-segment aan de cijfers uit tabel 3 worden toegevoegd.

Voor de splitsing van de ziekenhuiskosten 2010 volgt dan de verhouding vast:variabel, namelijk 30,1: 69,9

De omvang van het macro-deelbedrag "variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp" wordt verkregen door 69,9 % van de kosten van ziekenhuisverpleging en specialisten in loondienst uit tabel 1 te nemen en daarbij de geraamde kosten van vrijgevestigde specialistische hulp (gecorrigeerd voor de kosten die toegerekend zijn aan het deelbedrag "kosten van b-DBC's", te weten 32,8% van € 2 335,4 miljoen (zie tabel 1)) op te tellen.

De omvang van het macro-deelbedrag "vaste kosten ziekenhuisverpleging" wordt verkregen door 30,1 % van de kosten van ziekenhuisverpleging en specialisten in loondienst uit tabel 1 te nemen.

De omvang van het macro-deelbedrag "kosten van b-DBC's" is vastgesteld op 32,8 procent van de ziekenhuiskosten, inclusief vrijgevestigde specialistische hulp, in 2010, maar exclusief overige curatieve zorg, aangezien daar grotendeels geen B-DBC's zijn. Dit betekent dat op grond van tabel 1 het macro-deelbedrag "kosten van b-DBC's" € 5 551,1 miljoen bedraagt.

Tabel 4: Macro-deelbedragen vaste en variabele kosten van ziekenhuisverpleging 2010 (in € miljoenen)

Deelbedrag		
Ziekenhuisverpleging en specialisten in loondienst	15 180,6	
waarvan: voor kosten van b-dbc's		4 785,1
voor variabele kosten		7 265,2
voor vaste kosten		3 130,2
Vrijgevestigde specialistische hulp	2 335,5	
waarvan: voor kosten van b-dbc's		766,0
voor variabele kosten		1 569,5
Totaal ziekenhuisverpleging en specialistische hulp	17 516,1	
Macro-deelbedrag "kosten van b-dbc's"		5 551,1
Macro-deelbedrag "variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp"		8 834,7
Macro-deelbedrag "vaste kosten van ziekenhuisverpleging"		3 130,2

4 De beschikbare middelen

De in paragraaf 3 gepresenteerde berekeningen hebben betrekking op het macro-prestatiebedrag Zvw voor 2010. Zorgverzekeraars ontvangen slechts een deel van het macro-prestatiebedrag uit het zorgverzekeringsfonds. De hoogte van de beschikbare middelen uit het zorgverzekeringsfonds wordt berekend via de zogenoemde 50/50-regeling. Deze regeling houdt in dat werkgevers voor werknemers een inkomensafhankelijke bijdrage betalen aan het zorgverzekeringsfonds ter hoogte van in totaal vijftig procent van de macropremielast. Het totaal aan beschikbare middelen in het zorgverzekeringsfonds is dan gelijk aan de totale inkomsten van het zorgverzekeringsfonds, te weten de werkgeversbijdrage en een rijksbijdrage ter financiering van de premie van kinderen tot 18 jaar. In praktijk zal blijken dat in totaal ongeveer 55 procent van de totale zorgkosten wordt gefinancierd uit de beschikbare middelen in het zorgverzekeringsfonds. Het resterende deel wordt gefinancierd uit de premie-inkomsten van de zorgverzekeraars. De beschikbare middelen uit het zorgverzekeringsfonds kunnen dus worden herleid door de geraamde opbrengsten van nominale rekenpremie op het totale macro-prestatiebedrag in mindering te brengen.

De nominale rekenpremie is in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgesteld op (afgerond) € 983 (bron: VWS-begroting 2010, hoofdstuk financieel beeld zorg, tabel 8).

Bij de berekening van de beschikbare middelen is voorts uitgegaan van de verzerdenraming conform de begroting 2010 (16 532 duizend). Het geraamde aantal premie-equivalenten bedraagt 12 991 duizend. Het verschil tussen het aantal verzerden en het aantal premie-equivalenten wordt veroorzaakt door kinderen tot 18 jaar en gedetineerden die geen premie verschuldigd zijn. Door de

nominale rekenpremie te vermenigvuldigen met het aantal premie-equivalenten resulteert een initiële raming van de opbrengsten uit nominale premies van € 12 770,0 miljoen (op basis van afgeronde aantallen en bedragen) (bron: VWS-begroting 2010, hoofdstuk financieel beeld zorg, tabel 7).

Verder wordt bij de bepaling van de beschikbare middelen rekening gehouden met de financieringsverschuiving als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico van € 1 548,4 miljoen (bron: VWS-begroting 2010, hoofdstuk financieel beeld zorg, tabel 7).

In totaal bedragen, rekening houdend met boven genoemde bedragen, de ex ante beschikbare middelen € 18 553,1 miljoen.

Tabel 5 geeft een overzicht van de berekening van de ex ante beschikbare middelen. Hier bovenop komen nog middelen ter compensatie van de uitvoeringskosten van de zorgverzekering van verzekerden onder de 18 jaar die geen nominale premie verschuldigd zijn.

Tabel 5: Macro-prestatiebedrag Zvw 2010 (in € miljoenen)

	Totaal
Macro-prestatiebedrag	32 871,5
– Kosten van b-DBC's	5 551,1
– Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	8 834,7
– Vaste kosten van ziekenhuisverpleging	3 130,2
– Kosten van overige prestaties	11 706,5
– Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 18+	3 116,0
– Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kind en jeugd	533,0
 Af: Opbrengsten nominale rekenpremie	 12 770,0
Af: Financieringsverschuiving als gevolg van het verplichte eigen risico	<u>1 548,4</u>
 Beschikbare middelen	 <u>18 553,1</u>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
22 september 2009