



BEPALING MACRO-DEELBEDRAGEN 2011

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 2011 wordt formeel gewerkt met vijf verschillende macro-deelbedragen. Er vindt binnen de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg echter vervolgens nog 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.

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 inkomsten uit de rekenpremie en de financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico.

In 2011 wordt er geen verder onderverdeling meer gemaakt binnen de 'kosten van overige prestaties'. Hiermee worden -net als voor de overige deelbedragen- het MPB en de normbedragen op het niveau van het deelbedrag berekend.¹

Deze notitie is als volgt opgebouwd. Allereerst wordt aandacht geschonken aan de vaststelling van het totale (ex ante) macro-prestatiebedrag voor 2011 (paragraaf 2). Het macro-prestatiebedrag bestaat de facto uit de somming van het Zvw-deel van de kostenramingen voor de afzonderlijke Zvw-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.

¹ Voor de nauwkeurigheid in de berekeningen van de normbedragen vindt ophoging naar het MPB nog wel op het niveau van de deelprestaties (i.c. huisartsenhulp, tandheelkundige hulp, paramedische hulp, verloskundige hulp, kraamzorg, ziekenvervoer, farmaceutische hulp en hulpmiddelen) plaats.

2 Het macro-prestatiebedrag Zvw 2011

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2011. De basis wordt gevormd door de Zvw-gefinancierde uitgaven 2011. 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 begroting², 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 € 1 061 miljoen) zijn als (onverdeelde) aanvullende post opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2010.

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

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

Als vierde is in de begroting 2011 een raming voor de kosten buitenland opgenomen. Relevant voor het macro-prestatiebedrag zijn grensoverschrijdende zorg, grensarbeiders en kosten van tijdelijk verblijf (circa € 281 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 2011, waarin sleutels worden gehanteerd voor de toewijzing van buitenland kosten aan de diverse deelbedragen.

Overige kosten buitenland worden direct verrekend met het Zorgverzekeringsfonds (circa € 244 miljoen).

Als vijfde is er rekening gehouden met het uitstel van de overheveling van tnf-alfaremmers van het geneesmiddelenvergoedingensysteem naar de dure geneesmiddelen binnen de ziekenhuizen. Deze overheveling zou per 2011 plaatsvinden, maar is uitgesteld tot 2012. In de begroting 2011 staan deze kosten ook nog op het geneesmiddelenkader. De kosten van tnf-alfaremmers vallen in 2011 dus conform de begroting nog onder de kosten van overige prestaties.

² Aangezien het deelbedrag overige prestaties niet verder is onderverdeeld zijn de overhevelingen zoals deze in 2010 plaatsvonden niet relevant meer (op voetnoot 1 na). Deze overhevelingen zijn derhalve ook niet meer opgenomen in deze notitie .

Als 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. In de kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar zijn de volledige kosten van dyslexie opgenomen. De splitsing heeft plaats gevonden op basis van gegevens van de NZa over 2009. Voor de jeugdpsychiatrie is het aandeel in de kosten op 14,64% van de totale kosten curatieve geestelijke gezondheidszorg gezet.

Het voornemen om middelen uit de ziekenhuisbudgetten naar het Fonds Ziekenhuis Opleidingen over te hevelen (Tweede Kamer 2009-2010, 29 282, nr 104), een bedrag van € 112 mln, binnen het Budgettair Kader zorg, is niet in de begroting opgenomen en niet in de berekeningen van het MPB meegenomen.

Het door de minister van VWS vastgestelde macro-prestatiebedrag voor 2010 bedraagt na bovenstaande bewerkingen € 34 265,8 miljoen (bron: VWS-begroting 2011, bijlage 6, tabel 7, exploitatie en premiestelling Zwv)³.

Tabel 1: Opbouw macro-prestatiebedrag 2011 (in € miljoenen)

Onderdelen	
Ziekenhuisverpleging en specialisten in loondienst	15 595,6
Vrijgevestigde specialistische hulp	2 549,8
Totaal ziekenhuisverpleging en specialistische hulp	18 145,4
Totaal overige prestaties	12 312,1
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 18+	3 222,4
Kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kinder en jeugd	585,9
Totaal geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3 808,2
Macro-prestatiebedrag	34 265,8

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.

Conform eerdere jaren wordt eerst het B-segment afgescheiden. Vervolgens vindt er een splitsing van het onderdeel ziekenhuisverpleging in een vast en variabel deel plaats. Deze splitsing betreft dus uitsluitend het zogenaamde A-segment. Dit

³ Voor alle volledigheid wordt opgemerkt dat in de begroting de korting ad € 549 mln voor de medisch specialisten is opgenomen, net als de opbrengst van € 110 mln vanwege de invoer van de eigen bijdragen tweedelijns GGZ. Ten tijde van het verschijnen van deze notitie speelt bij de korting voor de ziekenhuizen de rechterlijke uitspraak in kort geding d.d. 14 september 2010, ten aanzien van de tweedelijns GGZ is een voorstel gedaan door de minister voor een gedeeltelijk andere invulling, dit wordt behandeld in de Tweede Kamer in een VAO op 29 september 2010.

is het segment waar de tarieven vast zijn en er nog sprake is van een budgetsystematiek. Deze budgetsystematiek dient als basis voor de vast-variabel verdeling.

Bij algemene, academische en categorale ziekenhuizen is een indelingstabel gehanteerd waarmee voor elke budgetcomponent (inclusief kosten van specialisten in loondienst) 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 2010, aangeleverd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

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.

Er heeft in het afgelopen jaar slechts één wijziging plaats gevonden van de classificatie van budgetparameters, namelijk een aanpassing van het brandwondenbed. Deze is van 100% variabel per 2011 naar 65% variabel en 35% vast gewijzigd.

Een laatste 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 somatische zorg geldt dat 75 procent van de kosten als variabel wordt aangemerkt en 25 procent als vast. Slechts voor verpleegtarieven geldt een

andere classificatie, 60 procent variabel en 40 procent vast Dit geldt vanaf 2009 alleen nog voor de long-/astmaklinieken.

Tabel 3 geeft een overzicht van de opbouw van vaste en variabele kosten in het jaar 2010 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.

De weergegeven bedragen in tabel 3 corresponderen niet 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 2010 in het A-segment, per type instelling en overall, in € miljoenen

Type instelling	Vaste kosten	Variabele kosten	Totale kosten
Algemene ziekenhuizen*	2 543,6	5 048,8	7 592,4
Academische ziekenhuizen*	871,8	1 666,3	2 538,0
Categorale ziekenhuizen* *	25,7	38,6	64,3
Revalidatie-instellingen	106,3	318,8	425,0
Overige voorzieningen [^]	149,4	448,3	597,7
Totaal	3 696,8	7 520,7	11 217,4
Percentage van totale kosten	33,0%	67,0%	100%

* Inclusief kosten van specialisten in loondienst.

♣ Exclusief Sint Maartenskliniek, vanwege experimentstatus.

[^] Inclusief epilepsie-instellingen

Bron: Nza, bewerking VWS

Uit tabel 3 komt naar voren dat 33,0 procent van de som van de kosten over verschillende instellingen in 2010 als vast kan worden aangemerkt, en de overige 67,0 procent als variabel. De 'bandbreedte' betreffende de splitsingspercentages voor verzekeraars zijn van 36% vast tot 21% vast, en dus 64% variabel tot 75% variabel⁴.

Aan de hand van deze verhouding tussen vaste en variabele kosten in het jaar 2010 en de macro-raming voor het jaar 2011 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 2011 geraamd.

⁴ Basis voor deze gegevens: Ex ante vereveningsbijdragen 2010 CVZ (29102424 - plausibiliteit ex ante bijdrage 2010 - 1 - POVOOPEN)

Belangrijk is dat bovengenoemde gegevens uitsluitend het A-segment betreffen zoals dat in 2010 gold. In deze cijfers zijn de b-dbc's niet meegenomen. Alle dbc's die in het B-segment vallen, worden immers toegerekend aan het segment "kosten van b-dbc's". Dit zijn alle DBC's die tot en met 2009 vanuit het A-segment zijn overgeheveld naar het B-segment.

De omvang van het B-segment in 2010 is NZa 31 procent (zie bijlage, brief van NZa d.d. 23 februari 2010). Dit percentage heeft betrekking op de DBC-omzet. Naast DBC's declareren ziekenhuizen ook andere producten. De verhouding tussen DBC-omzet en totale omzet kan worden berekend op circa 87%⁵. Ten behoeve van de berekeningen van het macro-prestatiebedrag wordt het percentage B-dbc's derhalve berekend op 27% van de ziekenhuiskosten. Dit percentage is lager dan voorgaande jaren (in 2010: 32,8%). Reden hiervoor is dat voorheen het percentage werd toegepast op de totale omzet van het ziekenhuis, die groter is dan de DBC-omzet. Het percentage van 27% sluit beter aan bij de gegevens zoals uit berekeningen van Vektis bleken in het kader van de splitsingsonderzoek ten behoeve van de herijking en overall toets.

Op grond van tabel 3 kunnen dan de totale ziekenhuiskosten voor die instellingen waar een B-segment aanwezig is (algemene en academische ziekenhuizen⁶), exclusief kosten van vrijgevestigde medisch specialisten, worden benaderd in 2010, te weten $(100/(100-27)) \times 10\ 130,4 = \text{€ } 13\ 877,3$ miljoen. Om tot een totaalschatting te komen van de ziekenhuiskosten dienen de kosten van de overige instellingen hierbij opgeteld te worden, te weten € 1 087,0 miljoen. Dit resulteert in een subtotaalschatting van € 14 964,3 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 € 2 549,8 miljoen. De totale ziekenhuiskosten 2009 waarop de splitsing in vaste en variabele kosten is gebaseerd, bedragen € 17 514,1 miljoen.

De in tabel 3 berekende percentages moeten worden vertaald naar een percentage voor 2011. Hiervoor is het nodig om de kosten voor vrijgevestigde specialisten mee te nemen als 100% variabel. De kosten van vrijgevestigde specialisten voorzover toe te rekenen aan het A-segment worden toegevoegd aan de cijfers uit tabel 3. Voor de splitsing van de ziekenhuiskosten 2011 volgt dan de verhouding vastvariabel, namelijk 28,4% vast en 71,6% variabel.

⁵ Uit de zorgcijfers van CVZ (NB; cijfers inclusief opbrengstresultaten) blijkt de verhouding DBC-omzet tov totale ziekenhuisomzet in 2007 ca. 13%, in 2008 ca. 14% en in 2009 ca. 12%. Een check met de gegevens die gebruikt zijn voor de splitsingsrapportages voor de herijking en de overall toets levert voor 2007 ca. 14% en voor 2008 ca 15% op. Er is gekozen voor een meerjarig gemiddelde omdat er gebruik is gemaakt van cijfers van declaraties. Over diverse jaren heen zal de gemiddelde verhouding overeenkomen met cijfers van ziekenhuizen.

⁶ De omvang van het B-segment bij de overige instellingen is beperkt. Daarom zijn deze niet meegenomen in de berekening.

De omvang van het macro-deelbedrag "variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp" wordt verkregen door 71,6 % van de kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, dwz van ziekenhuisverpleging, specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialistische hulp, voor zover het het A-segment betreft, uit tabel 1 te nemen.

De omvang van het macro-deelbedrag "vaste kosten ziekenhuisverpleging" wordt verkregen door 28,4 % van de kosten van ziekenhuiszorg in het A-segment uit tabel 1 te nemen.

De omvang van het macro-deelbedrag "kosten van b-DBC's" is vastgesteld op 27,0 procent van de ziekenhuiskosten, inclusief vrijgevestigde specialistische hulp, in 2011, 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" € 4 742,9 miljoen bedraagt.

Tabel 4: Macro-deelbedragen vaste en variabele kosten van ziekenhuisverpleging 2011 (in € miljoenen)

Deelbedrag		
Ziekenhuisverpleging en specialisten in loondienst	15 595,6	
waarvan: voor kosten van b-DBC's		4 054,5
voor variabele kosten		7 733,8
voor vaste kosten		3 807,4
Vrijgevestigde specialistische hulp	2 549,8	
waarvan: voor kosten van b-DBC's		688,5
voor variabele kosten		1861,4
Totaal ziekenhuisverpleging en specialistische hulp	18 145,4	
Macro-deelbedrag "kosten van b-DBC's"		4 742,9
Macro-deelbedrag "variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp"		9 595,1
Macro-deelbedrag "vaste kosten van ziekenhuisverpleging"		3 807,4

Na de vaststelling van de drie deelbedragen binnen de ziekenhuiszorg, zoals opgenomen in tabel 4, vindt nog een overheveling plaats van € 17 mln van overige prestaties naar ziekenhuisvast. Dit is gebeurd vanwege het als risicoloos aanmerken van kosten overgangsregeling functioneel leeftijdsontslag van publieke ambulancediensten. Dit bedrag is gebaseerd op de omvang van de bedragen die in 2010 zijn opgenomen in de budgetten van desbetreffende diensten. Per 2011 is nog geen definitieve beslissing over financieringswijze, wel is besloten dat verzekeraars over deze kosten geen risico lopen. In tabel 5 zal het bedrag voor vaste kosten ziekenhuis dus € 17 mln hoger zijn dan in tabel 4, en het bedrag voor overige prestaties zal in tabel 5 € 17 mln lager zijn dan in tabel 1.

4 De beschikbare middelen

De in paragraaf 3 gepresenteerde berekeningen hebben betrekking op het macro-prestatiebedrag Zvw voor 2011. 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) € 1088 (bron: VWS-begroting 2011, bijlage 6, tabel 8, premieoverzicht).

Bij de berekening van de beschikbare middelen is voorts uitgegaan van de verzekerdenraming conform de begroting 2011 (16 607 duizend). Het geraamde aantal premie-equivalenten bedraagt 13 138 duizend. Het verschil tussen het aantal verzekerden 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 raming van de opbrengsten uit nominale premies van € 14 294,1 miljoen (op basis van afgeronde aantallen en bedragen) (bron: VWS-begroting 2011, bijlage 6, tabel 7, exploitatie en premiestelling Zvw).

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 € 1 649,8 miljoen (bron: VWS-begroting 2011, bijlage 6, tabel 7, exploitatie en premiestelling Zvw).

In totaal bedragen, rekening houdend met boven genoemde bedragen, de ex ante beschikbare middelen € 18 321,8 miljoen⁷.

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.

⁷ Door afronding in de cijfers in de begroting ontstaat een verschil van € 0,1 mln.

Tabel 5: Macro-prestatiebedrag Zvw 2011 (in € miljoenen)

	Totaal
Macro-prestatiebedrag	34 265,8
– Kosten van b-dbc's	4 742,9
– Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten specialistische hulp	9 595,1
– Vaste kosten van ziekenhuisverpleging	3 824,5
– Kosten van overige prestaties	12 295,0
– Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 18+	3 222,4
– Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kinder en jeugd	585,9
Af: Opbrengsten nominale rekenpremie	14 294,1
Af: Financieringsverschuiving als gevolg van het verplichte eigen risico	<u>1 649,8</u>
Beschikbare middelen	18 321,8

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
27 september 2010