



## **2 Het macro-prestatiebedrag Zvw 2013**

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2013.

De basis wordt gevormd door de Zvw-gefinancierde uitgaven 2013. Deze kostenramingen 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 verschillende nominale bijstellingen en groeiruiten, die in de begroting vermeld zijn, toegerekend aan de verschillende (deel)prestaties. Deze extra middelen (circa € 1 006 miljoen) zijn als (onverdeelde) post opgenomen in de Rijksbegroting 2013.

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

Als derde is in de begroting 2013 een raming voor de kosten buitenland opgenomen. Relevant voor het macro-prestatiebedrag zijn grensoverschrijdende zorg, zorgkosten in het buitenland van grensarbeiders en kosten van tijdelijk verblijf (circa € 362 miljoen). Net als in voorgaande jaren is besloten de kosten te verdelen naar alle deelbedragen. Daarnaast zijn er kosten buitenland die direct met het Zorgverzekeringsfonds worden verrekend. Deze vallen buiten het MPB.

Als vierde is er rekening gehouden met de overheveling van de geriatrische revalidatie zorg naar de zorgverzekeringswet. Bij deze overheveling wordt ook rekening gehouden met de introductie van dbc's. Dit leidt tot een eenmalige verhoging van het macroprestatiebedrag voor verzekeraars. Er is in totaliteit rekening gehouden met circa € 944 miljoen.

Als vijfde is er een raming gemaakt van de kosten die gepaard gaan met de beschikbaarheidsbijdragen. Deze kosten worden rechtstreeks aan aanbieders betaald vanuit het zorgverzekeringsfonds. De beschikbaarheidsbijdrage omvat per 2013, naast de reeds per 2012 opgenomen kosten, ook opleidingen, de overgangsregeling kapitaallasten<sup>1</sup>, specifieke GGZ-zorg (oa stichting '40-'45). De kosten voor deze beschikbaarheidsbijdragen vallen buiten het MPB en hiervoor wordt dan ook geschoond.

Als zesde is er rekening gehouden met de opbrengst van specifieke eigen bijdragen<sup>2</sup>. Deze opbrengsten worden buiten het macroprestatiebedrag gehouden.

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

<sup>1</sup> De overgangsregeling kapitaallasten blijft van kracht en maakt geen deel uit van het transitie-model prestatiebekostiging. De kosten die hiermee gepaard gaan worden wel berekend en verrekend na vaststelling van het verrekenbedrag. Er is in 2013 een bedrag voor gereserveerd binnen het BKZ.

<sup>2</sup> Opbrengsten eigen bijdragen zijn voorheen ook buiten het MPB gehouden. Dit was echter niet expliciet in de notities betreffende het MPB opgenomen.

ouder. De splitsing heeft plaats gevonden op basis van gegevens van de NZa over 2012. Voor de jeugdpsychiatrie is het aandeel in de kosten op 15,12% van de totale kosten curatieve geestelijke gezondheidszorg gezet. In de kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar zijn vervolgens de volledige kosten van dyslexie opgenomen.

Het door de minister van VWS vastgestelde macro-prestatiebedrag voor 2013 bedraagt na bovenstaande bewerkingen € 38 603,6 miljoen (bron: VWS-begroting 2013, hoofdstuk 2 deel 4 Financiering van de zorguitgaven, tabel 16, exploitatie en premiestelling Zvw).<sup>3</sup>

**Tabel 1: Opbouw macro-prestatiebedrag 2013 (in € miljoenen)**

|  |                 |
|--|-----------------|
| Onderdelen                                       |                 |
| Instellingen voor medisch specialistische zorg   | 19 420,7        |
| Vrijgevestigde medisch specialistische hulp      | 2 288,7         |
| Totaal medisch specialistische zorg              | <b>21 709,4</b> |
| Totaal overige prestaties                        | <b>12 744,6</b> |
| Totaal geneeskundige geestelijke gezondheidszorg | <b>4 149,6</b>  |
| Macro-prestatiebedrag *)                         | <b>38 603,6</b> |

\*) In deze tabel vallen de kosten voor eerstelijnsdiagnostiek onder medisch specialistische zorg. Deze worden hierna overgeheveld naar overige prestaties. De kosten voor kwaliteitsgelden binnen de GGZ vallen in deze tabel onder geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Deze worden hierna overgeheveld naar vaste zorgkosten.

### 3. De toedeling van de kosten voor medisch specialistische zorg naar macrodeelbedragen

In het macro-prestatiebedrag worden macro-deelbedragen onderscheiden die betrekking hebben op kosten van ziekenhuiszorg. De methodiek die wordt toegepast voor het toedelen van ziekenhuiskosten naar de diverse deelbedragen is vrijwel identiek aan de methodiek over 2012. Wel zijn er aanpassingen in de feitelijke toerekening.

De toedeling vindt in 2013 als volgt plaats:

- De tarieven voor DBC-zorgproducten in het vrije segment vallen onder het deelbedrag 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' (voorheen 'DBC-zorgproducten in het vrije segment').
- De tarieven voor DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment worden voor het kostendeel gesplitst in de verhouding 75% variabele kosten en 25% vaste kosten. De honoraria voor medisch specialisten zijn 100% variabel.
- De tarieven voor expertproducten vallen onder het deelbedrag vaste zorgkosten.
- De tarieven voor add-ons voor intramurale (dure) geneesmiddelen vallen onder het deelbedrag vaste zorgkosten. Dit geldt ook voor de overgeheveld/te hevelen tnf-alfa remmers en oncolytica. De tarieven voor add-ons voor de per 2013 over te hevelen groeihormonen vallen echter onder het deelbedrag variabele kosten.

<sup>3</sup> Uitgaven voor zorg individuele verzekeraars (38836,7 mln) minus opbrengst eigen bijdragen (228,2 mln). Deze berekening kijkt 5,1 mln af van het in tabel 1 opgenomen bedrag door afronding. Pagina 3 van 7

- De tarieven voor add-ons voor IC vallen onder het deelbedrag variabele zorgkosten.
- De overige tarieven voor overige trajecten, overige producten, ondersteunende producten en overige verrichtingen zullen voor 100% onder het deelbedrag variabele kosten vallen. Dit geldt ook voor de tarieven betreffende de hemostatica (stollingsmiddelen).
- De tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek vallen onder de overige prestaties.
- Long/astma en epilepsie-instellingen gaan in 2013 over op prestatiebekostiging en vallen ook onder de hierboven aangegeven systematiek.
- De tarieven voor geriatrische revalidatiezorg zijn toegerekend aan de vaste kosten.

Voor de toedeling van de kosten aan de diverse deelbedragen wordt zoveel mogelijk uitgegaan van de percentages zoals opgenomen in het rapport 'Definitieve beoordeling DOT' van juni 2011<sup>4</sup>. Het vrije segment bedraagt circa 70% van de totale productie van zorgproducten, bestaande uit de omzet van DBC-zorgproducten in het vrije en gereguleerde segment en de overige zorgproducten (add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen en intensive care, overige producten, ondersteunende producten, overige trajecten en overige verrichtingen). De omvang van het gereguleerde segment is circa 13% van de totale productie medisch specialistische zorg. De totale omvang van de post overige zorgproducten bedraagt circa 17% van de totale productie medisch specialistische zorg.

Bij de berekening van deze percentages zijn een aantal kosten niet meegenomen in de bepaling van de omzet. Dit betreft de omzet van longastmacentra en epilepsieklinieken (deze gingen per 2012 nog niet over op prestatiebekostiging). Ook de overheveling van tnf alfa remmers per 2012, de overheveling van groeihormonen en oncolytica per 2013 en de overheveling van geriatrische revalidatie per 2013 zijn niet meegenomen bij de berekening van de percentages<sup>5</sup>. Om de percentages op de juiste kosten toe te passen zijn deze kosten (in totaliteit ca 1,8 mld) voor de toerekening eerst apart gezet en toegewezen aan de deelbedragen. Dit betreft circa 8,5% van de ziekenhuiskosten. Vervolgens is op de resterende kosten van ziekenhuizen de genoemde verdeling 70-13-17 toegepast voor de toewijzing naar de verschillende deelbedragen.

#### *Expertproducten*

Vanaf 2012 worden er expertproducten gedeclareerd. Deze expertproducten zijn specifieke DBC-zorgproducten en kunnen zowel in het vrije als in het gereguleerde segment vallen. De omvang van deze kosten bedraagt ruim 60 mln<sup>6</sup>, waarvan enkele miljoenen toe te rekenen zijn aan variabele zorgkosten en het overgrote deel als vaste kosten wordt aangemerkt.

#### *DBC-zorgproducten in het vrije segment*

De kosten voor de DBC-zorgproducten met vrije prijsvorming, het vrije segment, worden aangemerkt als variabele kosten van medisch specialistische zorg. De omvang van dit segment is circa 13,9 mld. Het percentage van de totale omzet, dwz inclusief de hiervoor genoemde 1,8 mld, binnen de kosten medische specialistische zorg conform MPB 2013 is 64,1%.

<sup>4</sup> [http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport\\_Definitieve\\_beoordeling\\_DOT.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_Definitieve_beoordeling_DOT.pdf) pagina 12

<sup>5</sup> Ook enkele beperkte kosten, zijnde de niet op prestatiebekostiging overgaande sectoren (trombosediënten, Eurotransplant) en de SKMS, vallen buiten deze percentages en zijn apart toegerekend.

<sup>6</sup> <http://www.nza.nl/95826/dbc-dossier/282263/Eindrapportage-impactanalyse-ziekenhuiskostendeel-DOT.pdf> pagina 21, en raming NZa met betrekking tot 2012.



### *Gereguleerde segment*

De kosten voor DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment worden gesplitst in een vast en een variabel deel. De omvang van dit segment is circa 2,6 mld. Aandachtspunt is dat de kosten van specialisten in loondienst zijn inbegrepen in deze kosten. De totale omvang van specialisten in loondienst kan voor 2013 op ruim 400 mln berekend worden. Het honorariumdeel van het gereguleerde segment wordt berekend door het percentage van het gereguleerde segment van de totale specialistenkosten te nemen. Het kostendeel wordt gesplitst in de verhouding 75% variabel en 25% vast, het honorariumdeel is 100% variabel.

Het percentage van de totale omzet, dwz inclusief de hiervoor genoemde 1,8 mld, binnen de kosten medisch specialistische zorg conform MPB 2013 is 11,6%.

### *Overige zorgproducten*

Rekening houdend met de kosten van hiervoor genoemde overhevelingen en de kosten van de per 2013 op prestatiebekostiging overgaande sectoren, komt het percentage overige zorgproducten ten opzichte van de totale omzet op ca 15,6%.

Binnen dit percentage vallen zowel de tarieven voor add-ons voor dure geneesmiddelen (inclusief hemostatica/bloedstollingspreparaten<sup>7</sup> en weesgeneesmiddelen, exclusief de overgehevelde tnf-alfaremmers, oncolytica en groeihormonen) als de add-ons voor IC. De omvang van de add-ons geneesmiddelen is geraamd op ca. 2,8%<sup>8</sup>.

De omvang van de overige zorgproducten voor hemostatica/stollingsmiddelen en addons voor IC is ca. 5,3%<sup>9</sup>.

Overige producten, overige trajecten, overige verrichtingen en ondersteunende producten (voor zover declarabel) worden voor 100% toegerekend aan variabele kosten. Rekening houdend met de uitzondering betreffende de eerstelijnsdiagnostiek (zie hierna), resteert circa 3,9% als resterende overige producten, trajecten, verrichtingen en ondersteunende producten.

### *Eerstelijnsdiagnostiek*

De kosten van de eerstelijnsdiagnostiek binnen de ziekenhuizen, eerstelijnsdiagnostische centra, productiesamenwerkingsverbanden en ZBC's vormen onderdeel van de overige zorgproducten. De kosten van deze zorg bedragen ca. 3,7%<sup>10</sup> van de totale kosten medisch specialistische zorg. Deze kosten worden toegedeeld aan het deelbedrag overige prestaties.

---

<sup>7</sup> Hemostatica/stollingsmiddelen vielen tot 2012 onder de dure en weesgeneesmiddelen. Deze kosten worden vanaf 2012 als overige verrichting gedeclareerd, en werden in 2012 tot de vaste zorgkosten gerekend. Vanaf 2013 worden de hemostatica tot de variabele zorgkosten gerekend.

<sup>8</sup> Op basis van budgetcijfers 2011: ruim 750 mln voor dure geneesmiddelen (3,5%). Hiervan betreft ca 0,7% de hemostatica. In deze cijfers zijn de overhevelingen van inclusief tnf alfa remmers, oncolytica en groeihormonen niet meegenomen. De totale omvang van alle addons voor dure en weesgeneesmiddelen is ca 6% van de totale ziekenhuisomzet.

<sup>9</sup> Voor IC is uitgegaan van 'Conversie en toedeling kosten ziekenhuiszorg 2010 tbv Overall toets 2013' pag. 26 WOR 617. Percentage is berekend door indexatie van het bedrag naar niveau 2012, rekening houdend met dekking in het onderzoek van 99%. Dit leidt tot een percentage van 4,7%.

<sup>10</sup> Bedrag op basis van 'Conversie en toedeling kosten ziekenhuiszorg 2010 tbv Overall toets 2013' pag. 26 WOR 617. In dit overzicht zijn add-ons en expertproducten niet meegenomen. Percentages zijn berekend door indexatie van het bedrag naar niveau 2013, rekening houdend met dekking in het onderzoek van 99%, te relateren aan de totale kosten ziekenhuiszorg 2013.

#### Totaaloverzicht kosten medisch specialistische zorg

Aan de hand van deze percentages en cijfers en de macro-raming voor het jaar 2013 van de kosten van medisch specialistische zorg is de macro-omvang van de vaste en variabele kosten voor het jaar 2013 geraamd. Tevens wordt een deel van de kosten van medisch specialistische zorg toegerekend aan overige prestaties in onderstaand overzicht.

**Tabel 2: Kosten medisch specialistische zorg toegedeeld aan deelbedragen (in € miljoenen)**

| Kosten medisch specialistische zorg                                      | Percentage     | Overige prestaties | Variabele kosten | Vaste zorgkosten |
|--|----------------|--------------------|------------------|------------------|
| Longastmaklinieken en epilepsiecentra                                    | 0,5%           |                    | 98,9             | 17,4             |
| Geriatrische revalidatiezorg   | 4,3%           |                    |                  | 943,6            |
| Trombosediensten, Eurotransplant, SKMS                                   | 0,4%           |                    | 58,2             | 32,0             |
| Vrije segment  | 64,1%          |                    | 13906,9          |                  |
| Expertproducten  | 0,3%           |                    |                  | 61,0             |
| Gereguleerde segment   | 11,6%          |                    |                  |                  |
| - Honoraria  |                |                    | 351,0            |                  |
| - Kosten   |                |                    | 1631,6           | 543,9            |
| Addons geneesmiddelen (incl tnf alfa remmers, oncolytica, groeihormonen) | 6,0%           |                    | 56,5             | 1240,1           |
| Add ons IC   | 4,6%           |                    | 991,9            |                  |
| Overige zorgproducten  | 4,5%           |                    | 983,2            |                  |
| Eerstelijnsdiagnostiek   | 3,7%           | 793,1              |                  |                  |
| Totaal   | <b>21709,4</b> | 793,1              | 18078,3          | 2838,0           |

#### 4 De beschikbare middelen

De in paragraaf 3 gepresenteerde berekeningen hebben betrekking op het macro-prestatiebedrag Zvw voor 2013. 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 blijkt 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 € 1154 (bron: VWS-begroting 2013, hoofdstuk 2 deel 4, tabel 17, premieoverzicht zvw). Bij de berekening van de beschikbare middelen is voorts uitgegaan van de verzekerdenraming conform de begroting 2013 (16 766 duizend). Het geraamde aantal premie-equivalenten bedraagt 13 309 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. Voor de gedetineerden (ca 11.000) wordt wel een vereveningsbijdrage toegekend aan verzekeraars. Door de nominale rekenpremie te vermenigvuldigen met het aantal premie-equivalenten resulteert een raming van de opbrengsten uit nominale premies van € 15 358,6 miljoen (bron: VWS-begroting 2013, hoofdstuk 2 deel 4, tabel 16, 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 € 2 865,2 miljoen (bron: VWS-begroting 2013, hoofdstuk 2 deel 4, tabel 16, exploitatie en premiestelling Zvw).

In totaal zijn, rekening houdend met boven genoemde bedragen, de ex ante beschikbare middelen € 20 379,7 miljoen.

Tabel 3 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 3: Macro-prestatiebedrag Zvw 2013 (in € miljoenen)**

|  | Totaal          |
|--|-----------------|
| Macro-prestatiebedrag  | 38 603,6        |
| – Variabele kosten medisch specialistische zorg                          | <b>18 078,3</b> |
| – Vaste zorgkosten   | <b>2 843,0</b>  |
| – Kosten van overige prestaties  | <b>13 537,7</b> |
| – Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 18+               | <b>3 483,1</b>  |
| – Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kind en jeugd     | <b>661,5</b>    |
| Af: Opbrengsten nominale rekenpremie                                     | 15 358,6        |
| Af: Financieringsverschuiving als gevolg van het verplichte eigen risico | <u>2 865,2</u>  |
| Beschikbare middelen   | 20 379,7        |

