



BEPALING MACRO-DEELBEDRAGEN 2014

1 Inleiding

In deze notitie worden berekeningen gepresenteerd die ten grondslag liggen aan de bedragen die zijn opgenomen in de Regeling risicoverevening 2014.

In de risicoverevening 2014 wordt gewerkt met vier verschillende macrodeelbedragen. De kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van jonger dan 18 jaar worden per 2014 niet meer apart gezet, maar worden opgenomen onder de vaste zorgkosten. Hiermee wordt er voor de vaststelling van het macroprestatiebedrag (MPB) uitgegaan van vier deelbedragen:

1. Variabele kosten van medisch-specialistische zorg;
2. Vaste zorgkosten;
3. Kosten van overige prestaties;
4. Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

De macro-deelbedragen worden verdeeld over de individuele zorgverzekeraars. De vereveningsbijdrage aan een individuele zorgverzekeraar bestaat uit de som van de vier toegekende deelbedragen minus de 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 2014 (paragraaf 2). Het macro-prestatiebedrag bestaat de facto uit de somming van het zorgverzekeringswet(zvw-)deel van de kostenramingen voor de afzonderlijke zorgprestaties.

Uit de opstelling in paragraaf 2 volgt de hoogte van het macro-deelbedrag voor kosten van medisch specialistische zorg voordat dit is toegewezen aan een macro-deelbedrag. Deze kosten worden aan macro-deelbedragen toegerekend conform de in 2012 geïntroduceerde methodiek. Deze methodiek en de toepassing is opgenomen in paragraaf 3. Daarnaast is in paragraaf 3 de toedeling van de totale kosten van geneeskundige ggz aan de diverse deelbedragen opgenomen.

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 2014

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014. De basis wordt gevormd door de Zvw-gefinancierde uitgaven 2014. 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 € 993 miljoen) zijn als (onverdeelde) post opgenomen in de Rijksbegroting 2014.

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 2014 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 € 478 miljoen). Voor de verdeling naar deelbedragen wordt per 2014 aangesloten bij declaratiegegevens van het CVZ met betrekking tot de kosten buitenland. Daarnaast zijn er kosten buitenland die direct met het Zorgverzekeringsfonds worden verrekend. Deze vallen buiten het MPB.

Als vierde 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 2014 vrijwel dezelfde kostenposten als per 2013. De kosten voor deze beschikbaarheidsbijdragen vallen buiten het MPB en hiervoor wordt dan ook geschoond.

Als laatste is er rekening gehouden met de opbrengst van specifieke eigen bijdragen. Deze opbrengsten worden buiten het macroprestatiebedrag gehouden.

Het door de minister van VWS vastgestelde macro-prestatiebedrag voor 2014 bedraagt na bovenstaande bewerkingen € 39 833,8 miljoen (uitgaven zorg minus overige baten) (bron: VWS-begroting 2014, hoofdstuk 2 deel 4 Financiering van de zorguitgaven, tabel 15, exploitatie en premiestelling Zvw).

Tabel 1: Opbouw macro-prestatiebedrag 2014 (in € miljoen)¹

Onderdelen	
Totaal medisch specialistische zorg	22 584,0
Totaal overige prestaties	12 809,9
Totaal geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	4 439,9
Macro-prestatiebedrag	39 833,8

¹ In dit overzicht is de overheveling per 2014 van het geneesmiddel triptoline van het farmaciekader naar de kader voor medisch specialistische zorg niet verwerkt (ca. 4 mln), aangezien dit nog niet in de begroting is verwerkt. De overheveling wordt hierna, bij de toerekening naar deelbedragen echter wel meegenomen.

3. De toedeling van de kosten naar macrodeelbedragen

3a. Medisch specialistische zorg

In het macro-prestatiebedrag worden deelbedragen onderscheiden die betrekking hebben op kosten van medisch specialistische zorg. De methodiek die wordt toegepast voor het toedelen van deze kosten naar de diverse deelbedragen is in 2014 vrijwel identiek aan 2013. Er zijn twee wijzigingen, te weten de tarieven voor add-ons voor de per 2014 over te hevelen fertiliteitshormonen (toegerekend aan deelbedrag variabele kosten) en de tarieven voor overige zorgproducten betreffende 'paramedische behandeling en onderzoek' in een instelling (toegerekend aan de overige prestaties).

Voor de toedeling van de kosten aan de diverse deelbedragen wordt zoveel mogelijk uitgegaan van de percentages zoals opgenomen in het rapport 'Beoordeling release DOT 2014 (RZ14a)' van de NZa. Het vrije segment bedraagt circa 75% van de totale productie van zorgproducten, zijnde de omzet van DBC-zorgproducten in het vrije en gereguleerde segment en de overige zorgproducten. De omvang van het gereguleerde segment is circa 10% van de totale productie medisch specialistische zorg. De totale omvang van de post overige zorgproducten bedraagt circa 15% 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 overheveling van groeihormonen en oncolytica per 2013, overheveling van fertiliteitshormonen per 2014 en de overheveling van geriatrische revalidatie per 2013². Om de percentages op de juiste kosten toe te passen zijn deze kosten (in totaliteit ca 1,2 mld) voor de toerekening eerst apart gezet en toegewezen aan de deelbedragen. Dit betreft circa 5,1% van de ziekenhuiskosten. Vervolgens is op de resterende kosten van ziekenhuizen de hiervoor genoemde verdeling 75-10-15 toegepast voor de toewijzing naar de verschillende deelbedragen.

Totaaloverzicht kosten medisch specialistische zorg

Aan de hand van deze percentages en cijfers en de macro-raming voor het jaar 2014 van de kosten van medisch specialistische zorg is de macro-omvang van de vaste en variabele kosten voor het jaar 2014 geraamd. Tevens wordt een deel van de kosten van medisch specialistische zorg toegerekend aan overige prestaties in het hierna volgende overzicht.

² Ook enkele beperkte kosten, zijnde de niet op prestatiebekostiging overgaande sectoren (trombosediensten, Eurotransplant) en de SKMS, vallen buiten deze percentages en zijn apart toegerekend.

Tabel 2: Kosten medisch specialistische zorg toegedeeld aan deelbedragen (€ miljoen)

Kosten medisch specialistische zorg	Percentage	Overige prestaties	Variabele kosten	Vaste zorgkosten
Geriatrische revalidatiezorg	3,6%			821,5
Trombosediensten, Eurotransplant, SKMS	0,4%		63,4	33,4
Vrije segment	71,1%		16 048,8	
Expertproducten	0,1%			23,8
Gereguleerde segment	9,5%			
- Honoraria			270,0	
- Kosten			1401,2	467,1
Addons geneesmiddelen (incl tnf alfa-remmers, oncolytica, groeihormonen, fertiliteitshormonen)	5,9%		79,0	1247,2
Eerstelijnsdiagnostiek en paramedische behandeling en onderzoek	3,8%	857,4		
Overige zorgproducten resterend (incl. addon IC)	5,6%		1271,2	
Totaal	22584,0	857,4	190133,6	2593,0

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 circa 24 mln, deze worden als vaste kosten 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 16,0 mld.

DBC-zorgproducten in het 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 2,1 mld. 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. De totale omvang van specialisten in alle segmenten, vrijgevestigd en in loondienst, kan voor 2014 op 2,7 mld berekend worden.

Overige zorgproducten

De tarieven voor add-ons voor dure geneesmiddelen, exclusief de groeihormonen en fertiliteitshormonen, worden toegerekend aan de vaste kosten. De omvang van de addons voor geneesmiddelen bedraagt circa 1,3 mld.

De kosten van de eerstelijnsdiagnostiek binnen de ziekenhuizen, eerstelijnsdiagnostische centra, productiesamenwerkingsverbanden en ZBC's vormen onderdeel van de overige zorgproducten. De kosten voor paramedische behandeling en onderzoek zijn eveneens onderdeel van de overige zorgproducten. De kosten van deze zorg bedragen ca. 0,9 mld. Deze kosten worden toegedeeld aan het deelbedrag overige prestaties. Vervolgens resteren nog een aantal overige zorgproducten. Deze worden toegerekend aan de variabele kosten. De omvang bedraagt circa 1,3 mld. Een groot deel van de kosten betreft de add-ons voor IC.

3b Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

De kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar worden toegerekend aan de vaste zorgkosten. De splitsing van het totale bedrag voor de geneeskundige ggz heeft plaats gevonden op basis van gegevens van de NZa over 2013. Voor de jeugdpsychiatrie is het aandeel in de kosten op 16,6% van de totale kosten curatieve geestelijke gezondheidszorg gezet. In de kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar zijn tevens de volledige kosten van dyslexie opgenomen.

Ook de kosten voor kwaliteitsgelden binnen de GGZ, die vallen onder geneeskundige geestelijke gezondheidszorg worden geheel toegerekend aan de vaste zorgkosten.

4 De beschikbare middelen

De in paragraaf 3 gepresenteerde berekeningen hebben betrekking op het macro-prestatiebedrag Zwv voor 2014. 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 € 1121 (bron: VWS-begroting 2014, hoofdstuk 2 deel 4, tabel 17, premieoverzicht zwv). Bij de berekening van de beschikbare middelen is voorts uitgegaan van de verzekerdenraming conform de begroting 2014 (16 784 duizend). Het geraamde aantal premie-equivalenten bedraagt 13 361 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 € 14 977,7 miljoen (bron: VWS-begroting 2014, hoofdstuk 2 deel 4, tabel 15, exploitatie en premiestelling Zwv).

Verder wordt bij de bepaling van de beschikbare middelen rekening gehouden met de financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico van € 3 098,1 miljoen (bron: VWS-begroting 2014, hoofdstuk 2 deel 4, tabel 15, exploitatie en premiestelling Zwv).

In totaal zijn, rekening houdend met boven genoemde bedragen, de ex ante beschikbare middelen € 21 758,0 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 2014 (€ miljoenen)

	Totaal
Macro-prestatiebedrag	39 833,8
– Variabele kosten medisch specialistische zorg	19 136,6
– Vaste zorgkosten	3 294,9
– Kosten van overige prestaties	13 663,3
– Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3 739,0
Af: Opbrengsten nominale rekenpremie	14 977,7
Af: Financieringsverschuiving als gevolg van het verplichte eigen risico	<u>3 098,1</u>
Beschikbare middelen	21 758,0

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
september 2014