

BEPALING MACRO-DEELBEDRAGEN 2018

1 Inleiding

In deze notitie worden berekeningen gepresenteerd die ten grondslag liggen aan de bedragen die zijn opgenomen in de Regeling risicoverevening 2018. In de risicoverevening 2018 wordt gewerkt met drie verschillende macrodeelbedragen. Ten opzichte van 2017 zijn de deelbedragen 'Geneeskundige GGZ' en 'Langdurige GGZ' samengevoegd. Voor de vaststelling van het macroprestatiebedrag (MPB) wordt uitgegaan van de volgende deelbedragen:

1. Variabele zorgkosten;
2. Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;
3. Vaste zorgkosten.

De macro-deelbedragen worden verdeeld over de individuele zorgverzekeraars. De vereveningsbijdrage aan een individuele zorgverzekeraar bestaat uit de som van de drie 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 2018 (paragraaf 2). Het macro-prestatiebedrag bestaat de facto uit de sommering van het zorgverzekeringswet(zvw-)deel van de kostenramingen voor de afzonderlijke zorgprestaties. Uit de opstelling in paragraaf 2 volgt de hoogte van de macro-deelbedragen. De toewijzing naar de deelbedragen conform de risicoverevening is opgenomen in paragraaf 3. Zorgverzekeraars ontvangen een deel van het macroprestatiebedrag 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 macroprestatiebedrag Zvw 2018

De hoogte van het MPB volgt uit de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018. De basis wordt gevormd door de Zvw-gefinancierde uitgaven 2018. Deze kostenramingen zijn gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau. Bij de onderverdeling van het MPB in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.

In de eerste plaats zijn verschillende nominale bijstellingen en groeiruimten (ook vanwege groei van het aantal verzekerden), die in de begroting vermeld zijn, toegerekend aan de verschillende (deel)prestaties. Deze extra middelen (circa € 1.536 miljoen) zijn als (onverdeelde) post opgenomen in de Rijksbegroting 2018.

In de tweede plaats is in de begroting 2018 een raming voor de kosten buitenland opgenomen. Relevant voor het MPB zijn grensoverschrijdende zorg, zorgkosten in het buitenland van grensarbeiders en kosten van tijdelijk verblijf (circa € 438 miljoen). Voor de verdeling naar deelbedragen wordt sinds 2016 voornamelijk aangesloten bij de verdeling van kosten in het MPB en deels bij declaratiegegevens van het Zorginstituut Nederland met betrekking tot de kosten buitenland.

Daarnaast zijn er kosten buitenland die direct met het Zorgverzekeringsfonds worden verrekend. Deze vallen buiten het MPB.

Als laatste is er een raming gemaakt van de kosten die gepaard gaan met de beschikbaarheidsbijdragen. De kosten voor deze beschikbaarheidsbijdragen vallen buiten het MPB en hiervoor wordt dan ook geschoond.

De kosten voor keten DBCs worden toegevoegd aan huisartsen en dieetadvisering.

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf zijn toegeedeeld aan de kosten medisch specialistische zorg.

Tabel 1: Opbouw macroprestatiebedrag 2018 conform begroting (in € miljoen)

Onderdelen	
Totaal medisch specialistische zorg	24 389,5
Totaal overige prestaties	13 658,8
Totaal verpleging en verzorging	3 946,1
Totaal geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3 761,4
Totaal langdurige geestelijke gezondheidszorg	220,0
Macroprestatiebedrag conform begroting	45 975,8

Het op basis van de begroting vastgestelde MPB voor 2018 bedraagt na bovenstaande bewerkingen € 45.975,8 miljoen (bron: VWS-begroting 2018, financieel beeld zorg 4.3, pagina 198, tabel 13 exploitatie en premiestelling Zvw).

Na indiening van de begroting bij de Tweede Kamer is een wet van kracht geworden die er voor zorgt dat er geen indexering van het eigen risico voor 2018 plaats zal vinden¹. Door deze maatregel zullen de zorgkosten naar verwachting met 39 mln stijgen. Deze kosten zijn in het definitieve macroprestatiebedrag verwerkt door de kosten pons pons toe te delen aan de sectoren waar het eigen risico van kracht is. Het definitieve macroprestatiebedrag is hiermee **46.014,8 mln.**

¹ Wet van 27 september 2017 tot het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2018 (Stb. 2017, 356)

3 De toedeling van de kosten naar macrodeelbedragen

In 2018 worden de kosten voor medisch specialistische zorg, overige prestaties en verpleging en verzorging vrijwel geheel toegekend aan het deelbedrag 'variabele zorgkosten'. De vaste kosten binnen deze drie deelsectoren bedragen 361,4 mln en bestaan uit ramingen voor de kosten van geneesmiddelen die via de zogenaamde 'sluis' in het pakket stromen en enkele kleinere posten². De kosten voor geneeskundige GGZ en langdurige GGZ worden vrijwel geheel toegerekend aan het deelbedrag 'geneeskundige GGZ'. De vaste kosten binnen deze twee deelsectoren bedragen 6,0 mln en bestaan uit enkele kleinere posten³.

4 De beschikbare middelen

Zorgverzekeraars ontvangen slechts een deel van het MPB 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), gepensioneerden en zelfstandigen 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. Het resterende deel wordt gefinancierd uit de premie-inkomsten van de zorgverzekeraars. De beschikbare middelen uit het zorgverzekeringsfonds kunnen worden herleid door de geraamde opbrengsten van nominale rekenpremie en eigen risico op het totale MPB in mindering te brengen.

De nominale rekenpremie is rekening houdend met de eerder genoemde wet en de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgesteld op € 1.324. Bij de berekening van de beschikbare middelen is voorts uitgegaan van de verzekerdensraming 2018 (17.098 duizend). Het geraamde aantal premie-equivalenten bedraagt 13.730 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 8.000) 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 € 18.178,5 miljoen.

Verder wordt bij de bepaling van de beschikbare middelen rekening gehouden met de financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico van € 3.207,7 miljoen (gebaseerd op de VWS-begroting 2018 - financieel beeld zorg 4.3, tabel 13 exploitatie en premiestelling Zvw en rekening houdend met de eerder genoemde wet). In totaal zijn, rekening houdend met boven genoemde bedragen, de ex ante beschikbare middelen € 24.628,6 miljoen.

Tabel 2 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

² In de berekening wordt rekening gehouden met middelen die nog niet in de sluis zijn, maar wel verwacht worden en de kleinere posten betreffen 25% van de kosten van Nederlandse transplantatiestichting en van SKION, en de kosten kwaliteitsgelden (MSZ, NPCF, eerstelijnszorg en wijkverpleging).

³ In de berekening wordt rekening gehouden met de kosten kwaliteitsgelden GGZ

van verzekerden onder de 18 jaar die geen nominale premie verschuldigd zijn.

Tabel 2: Definitief Macroprestatiebedrag Zvw 2018 (€ miljoenen)

	<i>Totaal</i>
Macroprestatiebedrag, definitief	46.014,8
– Variabele zorgkosten	41.667,8
– Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3.979,6
– Vaste zorgkosten	367,4
Af: Opbrengsten nominale rekenpremie	18.178,5
Af: Financieringsverschuiving als gevolg van het verplichte eigen risico	3.207,7
Beschikbare middelen	24.628,6

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
September 2017*