

Vergaderjaar 2017–2018

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 407**

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,  
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 mei 2018

Op 18 april jl. heb ik met uw Kamer gedebatteerd over zorg aan personen met verward gedrag (Handelingen II 2017/18, nr. 75, debat over zorg aan verwarde personen). In dit debat zijn vragen gesteld over de onderuitputting in het macrokader voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Desgevraagd heb ik toegezegd uw Kamer hierover nader schriftelijk te informeren.

Het Ministerie van VWS stelt de hoogte van het macrokader voor alle medische sectoren vast. Dit bepaalt het maximum aan de zorguitgaven. Het macrokader voor ggz bedroeg in 2016 € 3,8 miljard.

Zorgverzekeraars maken jaarlijks een eigen raming van de verwachte ggz-zorg en kopen op basis daarvan zorg in bij zorgaanbieders. Belangrijk uitgangspunt daarbij is dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Dit houdt in dat zij er voor moeten zorgen dat voldoende verzekerde zorg binnen redelijke tijd en redelijke afstand beschikbaar is voor hun verzekerden. Daarbij sturen zorgverzekeraars door het sluiten van contracten met zorgaanbieders op de kwaliteit én de doelmatigheid van zorg in termen van prijs en volume. Met name dit laatste betekent dat zorgverzekeraars niet het hele bedrag uit het macrokader hoeven te besteden.

De zorguitgaven worden voor ongeveer de ene helft gefinancierd uit de inkomensafhankelijke bijdrage via de overheid en de andere helft via zorgpremies die zorgverzekeraars innen bij hun verzekerden. Door te sturen op doelmatigheid worden – gegeven de zorgplicht en de aanspraken van verzekerden – de uitgaven in de zorg beperkt en kunnen zorgverzekeraars, op basis van de door henzelf geraamde uitgaven, een lagere premie bij hun verzekerden in rekening brengen.

In de praktijk geven zorgverzekeraars voor ggz structureel minder geld uit dan op basis van het macrokader zou zijn toegestaan. In 2016 bedroeg

deze onderuitputting van het macrokader € 288 miljoen. Mijn ambtsvoorganger heeft met de betrokken sectorpartijen afgesproken dat deze onderuitputting voor 2017 en 2018 beschikbaar blijft om de afspraken over de aanpak van wachttijden in de ggz te realiseren (Kamerstuk 25 424, nr. 369). Of de beschikbare middelen in die jaren vervolgens worden uitgeput, zal in de praktijk moeten blijken. Het is geen budget dat moet worden uitgegeven.

Zorgverzekeraars maken elk jaar zelf ook een kostenraming voor het daaropvolgende jaar op basis van onder andere uitgaven in voorafgaande jaren, ontwikkelingen in hun eigen verzekerdportefeuille en hun inschatting van de ontwikkelingen in de sector. De kostenraming door zorgverzekeraars kan afwijken van wat VWS als maximum in het macrokader heeft vastgesteld.

Als zorgverzekeraars verwachten dat zij minder zorguitgaven hebben, dan kunnen zij dit doorvertalen naar een lagere premie voor hun verzekerden. Er worden dan immers naar verwachting minder zorgkosten gemaakt. Het geld ligt in dat geval niet «op de plank» bij de verzekeraar maar komt via een lagere premie ten goede aan verzekerden. Soms kunnen deze middelen nodig zijn voor de versterking van de reservepositie van verzekeraars met het oog op toekomstige zorguitgaven.

Vice versa kan een hogere kostenraming van de totale zorguitgaven tot een hogere premie leiden. Verzekeraars kunnen er ook voor kiezen een premieverhoging (gedeeltelijk) te voorkomen door reserves in te zetten. De premie wordt dan onder het lastendeekkende niveau vastgesteld. Dat is de afgelopen jaren en ook in het lopende jaar steeds het geval geweest. Sinds 2014 hebben de zorgverzekeraars ruim € 6 mld ingezet om de premie te drukken.

In de brief van 10 april over de wachttijden (Kamerstuk 25 424, nr. 396) staat dat uit de contracteringscijfers voor 2018 blijkt dat zorgverzekeraars in 2018, ten opzichte van 2017, voor € 109 miljoen *extra* hebben gecontracteerd. In het debat op 18 april (Handelingen II 2017/18, nr. 75, debat over zorg aan verwarde personen) was aan de orde of deze € 109 miljoen extra contractering automatisch leidt tot een premieverhoging. Zorgverzekeraars hebben bij de vaststelling van de premie voor 2018 al rekening gehouden met hogere uitgaven voor de ggz. Deze € 109 miljoen is dus al meegenomen in de premie voor 2018.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
P. Blokhuis