

Vergaderjaar 2013–2014

**33 675**

## **Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken**

**Nr. 5**

### **VERSLAG**

Vastgesteld 24 september 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

#### **Inhoudsopgave**

	<b>blz.</b>
1. Inleiding	1
2. Wat is anonieme e-mental health	3
3. Financiering tot en met 2013	5
4. Gedeelde verantwoordelijkheid: zorgaanbieder, patiënt, zorgverzekeraar en overheid	6
5. Mogelijke en uiteindelijke optie	6
6. Financiële gevolgen	9
7. Ernstig bedreigde cliënten	9
8. Traceerbaarheid ondergedoken cliënten	10
9. Uniforme maatregel kwetsbare groepen	10
10. Anonieme financiering en voorwaarden	10
11. Artikelsgewijs	11

#### **1. Inleiding**

De leden van de **VVD-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van voorliggend wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken. Zij hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel betreffende Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken. Deze leden zijn er van op de hoogte dat het binnen de Zorgverzekeringswet voor zorgaanbieders financieel moeilijk is om anonieme e-mental health te kunnen aanbieden. Ook constateren deze leden dat er aanwijzingen zijn dat e-mental health, blijkens uit zowel internationaal als nationaal onderzoek, een (kosten)effectieve behandeling kan bieden. Anonieme e-mental health kan voorzien in de behoefte aan goede zorg voor patiënten die niet naar buiten durven te treden met hun problematiek. Anonieme e-mental health is van belang voor deze personen aangezien angst en schaamte vaak onderdeel uitmaken van de problematiek zelf. Genoemde leden waarderen om hierboven genoemde redenen de inspanning om met voorliggend wetsvoorstel structurele financiering te waarborgen voor anonieme e-mental health indien anonimiteit noodzakelijk is voor behandeling.

Hierbij merken de leden van de PvdA-fractie op dat zij sowieso groot voorstander zijn van e-mental health daar het op een kwalitatief goede, voor de patiënt gemakkelijke, privacy waarborgende en kosteneffectieve manier zorg levert die handelingen in de behandelkamer (deels) kan vervangen. Zij vragen waarom e-mental health in zijn algemeenheid nog relatief in de kinderschoenen staat wat betreft implementatie en bekostiging. Welke belemmeringen worden er in de praktijk ondervonden en wat wordt er ondernomen om deze belemmeringen weg te nemen? Genoemde leden zijn van mening dat voorliggend wetsvoorstel kan bijdragen aan laagdrempeligere toeleiding naar goede eerstelijns (basis) psychologische zorg voor patiënten met psychische problematiek die anders geen gebruik zouden maken van zorg, met daarbij kans op verergerende problematiek, hogere vraag naar meer specialistische zorg en oplopende zorgkosten. Daarnaast constateren zij dat anonieme e-mental health kan bijdragen aan meer maatwerk en zelfmanagement binnen het GGZ-domein aangezien het zorg betreft die de patiënt ontvangt in eigen omgeving en wanneer het de patiënt zelf uitkomt.

De leden van de **PVV-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorliggende wijzigingen. Deze leden hebben er begrip voor dat anonieme financiering voor ernstig bedreigde cliënten mogelijk gemaakt wordt. Ten aanzien van de financiering van anonieme e-mental health interventies hebben de leden nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel om de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken. Genoemde leden hebben verschillende vragen die zij hieronder voorleggen. Zo vragen zij de regering te beargumenteren op welke manier dit wetsvoorstel een invulling is van de motie Van Velzen<sup>1</sup>.

De leden van de **CDA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. Deze leden vinden het van belang dat er extra waarborgen zijn voor kwetsbare personen om gebruik te maken van de zorg in Nederland. Zorgmijding kan uiteindelijk leiden tot onnodig dure zorg. Zij hebben nog wel enkele vragen over de reikwijdte en de uitvoering van het wetsvoorstel.

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 24 077, nr. 205

De leden van de **D66-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het wetsvoorstel ter wijziging van de Zvw en de AWBZ teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health en anonieme zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken. Deze leden zijn positief gestemd dat met dit voorstel zorg en anonimiteit gewaarborgd worden binnen het huidige zorgstelsel. Toch hebben deze leden enkele vragen en opmerkingen over het wetsvoorstel.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben de wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken met interesse gelezen. Deze leden pleiten al een lange tijd voor de mogelijkheid om de bekostiging van anonieme e-health structureel mogelijk te maken. Wel hebben zij enkele vragen en opmerkingen bij het wetsvoorstel.

## **2. Wat is anonieme e-mental health**

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat harde cijfers over de toepassing van anonieme e-mental health ontbreken. Zo is niet bekend in welk stadium van de hulpverlening de anonieme e-mental health wordt toegepast. Waarom ontbreken deze cijfers? Wordt na invoering van deze structurele regeling wel gemonitord op welk moment en met welk resultaat de anonieme e-mental health wordt toegepast? Wordt daarbij ook gezien in hoeverre anonieme e-mental health in plaats van reguliere hulpverlening komt, en in hoeverre deze vorm van hulpverlening additioneel is ten opzichte van reguliere hulpverlening? Welk criterium hanteert men om het succes te meten van anonieme e-mental health?

De zorgaanbieder van anonieme e-mental health moet er voor zorgen dat deze vorm van hulpverlening alleen beschikbaar komt voor personen voor wie deze anonimiteit psychisch noodzakelijk is. De zorgaanbieder is verplicht aan te geven op welke wijze hij dit onderzoekt. Kan dit nader toegelicht worden? Wat is een juiste manier voor de zorgaanbieder om dit te onderzoeken? Hoe kan gezien worden of een zorgaanbieder dit op de juiste manier doet? Zijn er sancties voor een zorgaanbieder wanneer dit niet op een juiste manier gebeurt? Is de zorgaanbieder wel de juiste actor om deze rol te vervullen, gezien de eigen belangen die mogelijk spelen? Op welke wijze wordt gecontroleerd of de zorgaanbieder dit op een juiste manier onderzocht heeft? Hoe vindt een cliënt zijn weg in de verschillende aanbieders van anonieme e-health? Er kan praktisch gezien geen sprake zijn van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverlener. Hoe wordt dan kwaliteit bewaakt en hoe kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht houden? Als blijkt dat cliënten medicatie nodig hebben voor genezing, wat schrijft de wet dan voor? Schrijft de wet voor hoe cliënten moeten worden doorverwezen naar eerstelijnszorg of GGZ-zorg? Hoe verhoudt deze wet zich met de maatregelen inzake het hoofdbehandelarschap?

De leden van de **PvdA-fractie** hebben kennisgenomen van de voor het voorliggende wetsvoorstel geldende omschrijving van e-mental health en dat bewezen effectieve interventies die zich richten op geïndiceerde preventie, zorg gerelateerde preventie, behandeling van een vastgestelde aandoening en/of toeleiding naar zorg onder het wetsvoorstel vallen. Deze leden vragen welke criteria gebruikt zijn om vast te stellen of een interventie bewezen effectief is. Worden zowel internationale als nationale studies meegenomen? Welke rol speelt de interventie-database van het Centrum Gezond Leven hier?

Genoemde leden hebben vernomen dat indicatiestelling bepaald of een persoon in aanmerking komt voor gefinancierde anonieme e-mental health. Hoe verhoudt de administratieve last van de indicatiestelling zich tot het effectief kunnen leveren van goede anonieme e-mental health voor de juiste doelgroep? Bestaat de mogelijkheid dat er verschil optreedt in grenswaarden die aanbieders hanteren voor indicatiestelling? In hoeverre kan de indicatiestelling gevolgen hebben voor de karakteristieken van geïndiceerde personen per aanbieder en de hoogte van subsidies die aanbieders van e-mental health interventies ontvangen? Hoe wordt via de indicatiestelling voorkomen dat patiënten met zeer ernstige problematiek (bijvoorbeeld een acute psychose of zelfmoordneiging) een te weinig intensieve behandeling ontvangen?

De leden van de PvdA-fractie hebben begrepen dat het wetsvoorstel aansluit bij eerstelijns psychologische zorg en betrekking heeft op kortdurende generalistische behandeling. Hoe verhoudt zich dit tot de kanteling naar basis-GGZ? Hoe is de doorverwijzing geregeld voor patiënten waarbij de problematiek nog onverminderd aanwezig is na e-mental health interventie? Worden resultaten van de behandeling vastgesteld? Hoe worden patiënten gewezen op eventuele ontoereikende behandelingsuitkomsten? Hoe verhoudt eventuele verdere doorverwijzing zich tot anonimiteit?

Genoemde leden constateren dat onderscheid wordt gemaakt tussen internetinterventies en internetbehandelingen en vragen of op beide de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing is.

Voorts vragen genoemde leden of met de komst van voorliggend wetsvoorstel ook wordt beoogd om beter zicht te krijgen op het moment waarop anonieme e-mental health binnen zorgtrajecten plaatsvindt. Is dit voornamelijk voorafgaande aan de weg naar reguliere behandeling, in plaats van een reguliere behandeling of als nazorgtraject? Zijn er cijfers bekend?

De leden van de **PVV-fractie** vragen hoe de behoefte aan anonieme e-mental health in kaart is gebracht. Bestaat er een keurmerk voor e-mental health interventies? Welke e-mental health interventies zijn bewezen effectief? Kunnen deze leden daar een overzicht van krijgen?

De leden van de PVV-fractie maken uit de memorie van toelichting op dat de anonieme e-mental health interventies moeten leiden tot toegang naar de reguliere eerstelijns psychologische zorg. Waarom niet naar de huisarts, zo vragen deze leden. Is de regering niet bang voor aanzuigende werking naar de eerstelijns psychologische zorg? Is dit onderzocht? Vindt er registratie plaats van de instroom naar de eerstelijns psychologische zorg vanuit een e-mental health interventie? Kunnen deze leden hier een toelichting op krijgen.

De leden van de PVV-fractie vinden het vreemd dat de zorgaanbieder verplicht wordt om aan te geven dat het gebruik van anonieme e-mental health noodzakelijk is. Gaat hier niet een verkeerde prikkel van uit? In welke gevallen zal de zorgaanbieder besluiten dat anonieme e-mental health niet noodzakelijk is?

Voorts vragen genoemde leden hoe wordt nagegaan dat het hele e-mental health traject door dezelfde cliënt gevolgd wordt. Hoe wordt nagegaan dat dezelfde cliënt zich niet opnieuw aanmeldt voor een anoniem interventie-traject? Hoe wordt uiteindelijk de uitkomst gemeten van een interventie-traject?

De leden van de **SP-fractie** lezen dat uit signalen uit de praktijk blijkt, dat de meeste anonieme internetinterventies in plaats van reguliere hulpverlening zijn. Harde cijfers ontbreken echter. Genoemde leden vragen om een helder beeld van de cijfers. Hoe vaak vinden internetinterventies plaats als toeleiding naar zorg? Hoe vaak vinden internetinterventies

plaats als aanvulling of onderdeel van een behandeling? Hoe vaak vinden internetinterventies plaats als vervanging van reguliere hulpverlening met menselijk contact in levenden lijve?

De leden van de SP-fractie vragen of het de bedoeling is van de regering om therapeuten en praktijken te vervangen door internetbehandelingen of programma's. Zo ja, waarom vindt de regering dat wenselijk?

Zorgaanbieders moeten, zoals blijkt uit de memorie van toelichting van het wetsvoorstel, duidelijk maken dat zij alleen anonieme e-mental health toepassen bij mensen voor wie anonimiteit om psychische redenen noodzakelijk is. De leden van de SP-fractie vragen hoe zorgaanbieders dit kunnen aantonen. Daarnaast vragen de leden hoe dit er in de praktijk uitziet wanneer een persoon zich via internet meldt voor hulp. Genoemde leden zien graag een toelichting op de praktijk van aanmelden met een hulpvraag tot nazorg, met daarbij het verschil met een reguliere behandeling.

De leden van de **CDA-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat het gaat om e-mental health interventies die bewezen effectief zijn. Wat verstaat de regering onder bewezen effectief? Tevens vragen zij de regering toe te lichten wanneer een interventie bewezen effectief is verklaard.

In dit wetsvoorstel wordt aangesloten bij zorg die te rekenen is tot de eerstelijns zorg zoals die wordt gehanteerd vóór invoering van de basis GGZ. De leden van de CDA-fractie willen graag weten waarom niet is aangesloten bij de nieuwe structuur van de GGZ in een generalistische en specialistische GGZ om op langere termijn verwarring over de reikwijdte van dit wetsvoorstel te voorkomen. Welke redenen zijn er om de anonieme e-mental health te beperken tot de eerstelijnszorg en niet ook e-mental health binnen de tweedelijnszorg mogelijk te maken, zo vragen deze leden. Is bij deze interventies ook aandacht voor gezinsproblematiek?

De leden van de **D66-fractie** constateren dat financiering van anonieme e-mental health gezondheidsschade voor de cliënt kan beperken en daarmee ook kosten voor de gezondheidszorg bespaart. Welke financiële besparing verwacht de regering dat vroege indicatie en behandeling zullen opleveren?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** begrijpen dat er behoefte is aan anonieme e-mental health. Zij begrijpen dat zorgaanbieders alleen die patiënten anoniem moeten behandelen die zich zonder deze behandelingsmogelijkheid zich niet voor zorg aanmelden of afhaken. Op welke wijze controleren zorgaanbieders dit? Hoeveel zorgaanbieders komen in aanmerking voor de financiering van anonieme e-mental health? Welke eisen worden aan deze zorgaanbieders gesteld? Op welke wijze worden de kwaliteitseisen gecontroleerd van de geboden hulp

### **3. Financiering tot en met 2013**

De leden van de **PvdA-fractie** zijn er van op de hoogte dat anonieme e-mental health niet herleidbaar is naar verzekerde personen en daarom niet in aanmerking komt voor financiering vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze leden constateren dat anonieme e-mental health op basis van vertrouwen gefinancierd dient te worden vanuit de subsidie die het Zorginstituut Nederland hier voor krijgt. Het Zorginstituut kan vanwege de anonimiteit van patiënten immers niet controleren hoeveel patiënten er daadwerkelijk hebben deelgenomen aan de interventie en hoeveel van deze patiënten verzekerd zijn. Hoe kunnen zorgaanbieders aantonen dat de subsidie gebruikt is voor anonieme e-mental health? Welke maatregelen zijn er beschikbaar om eventuele fraude tegen te gaan? Zullen deze

maatregelen ook ingezet worden indien nodig en wie houdt toezicht op eerlijke aanspraken op de subsidie van het Zorginstituut? Genoemde leden vragen of het structurele budget van 2 miljoen euro toereikend is voor de vraag naar anonieme e-mental health. Wat zijn de ervaringen vanuit de periode met tijdelijke financiering en wat zijn de verwachtingen voor de toekomst, ook gezien het feit dat incidentie en prevalentie van belangrijke psychische aandoeningen zoals depressie stijgen? Hoe zit dat bij e-mental health in zijn algemeenheid? Wordt er door aanbieders van anonieme e-mental health vaak gebruik gemaakt van eigen financiering en particuliere fondsen? Kan dit dan ook niet (bewezen) effectieve interventies betreffen en is dit, in het kader van mogelijk onbekende en/of negatieve gevolgen voor de volksgezondheid, wenselijk?

#### **4. Gedeelde verantwoordelijkheid: zorgaanbieder, patiënt, zorgverzekeraar en overheid**

De leden van de **PvdA-fractie** spreken hun waardering uit over intenties van de regering om een structurele oplossing te bieden voor de financiering van anonieme e-mental health zodat het vermijden van noodzakelijke zorg voor patiënten die zich niet durven te melden in reguliere zorg voorkomen kan worden. Genoemde leden vragen wel hoe er kan worden gecontroleerd of anonimiteit daadwerkelijk een noodzakelijke voorwaarde voor behandeling is, en niet andere motieven zoals het ontlasten van het eigen risico. Deze leden constateren dat de aanbieder van anonieme e-mental health hier verantwoordelijk voor is en verplicht is om zelf aan te geven hoe dit is onderzocht. Zij vragen wat de mogelijkheden zijn voor zorgaanbieders om de noodzakelijkheid van anonimiteit te onderzoeken, aangezien niet duidelijk is met welke personen zorgaanbieders te maken hebben. Ook lezen deze leden dat de zorgaanbieders de gebruikers dienen te motiveren over te stappen naar reguliere zorg. Hoe verhoudt zich dit tot de wens voor gebruikers om anoniem te blijven?

De leden van de **SP-fractie** willen weten op welke wijze de regering voorkomt, dat de zorgverzekeraar op de stoel van arts of psycholoog gaat zitten en gaat bepalen wie wel of niet toegang krijgt tot anonieme internetinterventies.

In het verlengde hiervan willen genoemde leden weten hoe de uitdijende macht van de zorgverzekeraar zich verhoudt de «gedeelde verantwoordelijkheid» waar de regering over spreekt. Is er hier sprake van een glijdende schaal en houdt de regering zich aan haar verantwoordelijkheid, zo vragen deze leden.

In hoeverre zet de zin «de regering is van mening dat anonieme e-mental health niet uitsluitend een verantwoordelijkheid is van de overheid» de deur open naar externe financiers die hun eigen voorwaarden gaan stellen? Bij het garanderen van privacy en anonimiteit moet de overheid zorgvuldig zijn, naast het vervullen van de plicht voor kwaliteit van zorg. De leden van de SP-fractie zien graag een toelichting hierop. Dit geldt ook voor de anonieme financiering voor ernstig bedreigde personen. Genoemde leden vragen hoeveel geld er gemoeid is met de internetinfrastructuur en hoeveel daarvan door de overheid wordt bekostigd. Graag zien de leden een verduidelijking over de technische systemen en de beveiliging van de ICT omtrent e-health tegemoet. Tevens vragen de leden van de SP-fractie wat het bedrijfsleven investeert in deze technieken.

#### **5. Mogelijke en uiteindelijke optie**

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat per zorgaanbieder een minimaal en maximaal subsidiebedrag wordt vastgesteld, te weten: € 100.000 en. € 700.000. Kan nader worden

toegelicht waarom juist voor deze bedragen gekozen is? De kosten van 2 miljoen euro per jaar dienen uit het Zorgverzekeringsfonds betaald te worden. Indien er minimaal 100.000 en maximaal 700.000 euro per zorgverzekeraar uitgekeerd wordt, wie bepaalt dan de prioritering? Op basis van wie het eerst komt, wie het eerst maalt? Wat als het plafond van 2 miljoen euro al na 3 verzekeraars bereikt is? Subsidie en tarifiering lopen door elkaar heen. Waarom is dat zo en hoe werkt dat in praktijk? Wordt deze zorg ook al zonder subsidie aangeboden door zorgverleners? Vanwege Europeesrechtelijke aspecten wordt in de subsidieregeling niet opgenomen dat de zorgaanbieder in Nederland gevestigd moet zijn. Kan dit nader worden toegelicht, waarbij ook in wordt gegaan op mogelijke implicaties hiervan?

De leden van de **PvdA-fractie** hebben er kennis van genomen dat de regering inzet op een structurele oplossing zonder onnodige drempels voor patiënten, passend binnen het zorgstelsel en met doelmatigheidspraktijken voor aanbieders. Deze leden hebben vernomen dat van mogelijke oplossingsrichtingen die op verzoek van de Kamer zijn onderzocht, uitvoering door het Zorginstituut door het verstrekken van subsidie het minste drempels opwerpen voor mensen waarbij anonieme zorg noodzakelijk is. Genoemde leden vragen hoe het toetsingskader dat het Zorginstituut gaat gebruiken om aanbieders aan te merken voor financiering eruit komt te zien. Hoe onderscheidt dit kader goede van minder goede anonieme e-mental health? Toetst dit kader ook in hoeverre de gebruiker behoort tot de juiste doelgroep en in hoeverre anonieme e-mental health door zorgaanbieders is verstrekt aan personen voor wie anonimiteit noodzakelijk is? Zo nee, kan deze voorwaarde aan het toetsingskader worden toegevoegd?

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de maximumprijzen voor het aanbieden van anonieme e-mental health en van de minimum- en maximumbestedingen per zorgaanbieder. Deze leden vragen waarop deze prijzen zijn gebaseerd. Waarom is het gewenst om een minimaal subsidiebedrag van € 100.000 per zorgaanbieder te verlenen? In hoeverre is het minimaal subsidiebedrag per zorgaanbieder van invloed op de beschikbaarheid van anonieme e-mental health interventies voor psychische aandoeningen die minder vaak, en waar dus minder vraag naar is, voorkomen? In hoeverre beïnvloeden deze «financieel begrensde afspraken met zorgaanbieders» de keuzevrijheid van patiënten en in hoeverre leidt deze begrenzing daadwerkelijk tot een reductie van fraudepraktijken?

Deze leden zijn bezorgd dat mogelijk Europese aanbieders aanspraak kunnen maken op de subsidie. In hoeverre is dit van invloed op de voorwaarden en kwaliteitseisen die in de memorie van toelichting zijn uitgesproken? Vallen deze voorwaarden en eisen nog voldoende te handhaven door het Zorginstituut?

De leden van de **SP-fractie** willen weten hoe het toetsingskader er uitziet dat het Zorginstituut opstelt, waar zorgaanbieders zich aan moeten houden om in aanmerking te komen voor een subsidie. Daarnaast willen zij weten waarom er voor is gekozen om de subsidie jaarlijks te verstrekken.

De leden van de SP-fractie vragen waarom er gekozen is voor een maximumprijs voor een geheel interventietraject en voor een maximale minuutprijs. Betekent dit dat zorgaanbieders een geheel anonieme internettraject kunnen bieden? Genoemde leden vragen in hoeverre de regering dit wenselijk vindt.

Daarnaast willen zij weten waarom er gekozen is voor het verlenen van een minimum en een maximum bedrag aan subsidie. Deze leden zien graag een toelichting hierop tegemoet.

De leden van de **SP-fractie** vragen in hoeverre er met de invulling van dit wetsvoorstel extra massa wordt gecreëerd. In hoeverre worden zorgaanbieders beperkt om een extra doelgroep aan te boren, waarvoor deze internetinterventies niet bedoeld zijn, omdat zorgaanbieders hiermee subsidie kunnen krijgen?

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat in de subsidieregeling nadere voorwaarden gesteld kunnen worden. Daarbij dient de zorgaanbieder na te gaan of de gebruiker behoort tot de doelgroep en of het gebruik geïndiceerd is. Wie houdt er toezicht op dat de desbetreffende zorgaanbieder de zorg ook aan de juiste personen aanbiedt en dat niet fictieve personen van de zorg gebruik maken? Hoe ziet dit toezicht eruit? De regering belegt de uitvoering van de regeling bij het Zorginstituut. Het hanteren van een beschikbaarheidsbijdrage valt af, omdat het niet mogelijk is om het totaal van deze bijdragen te begrenzen met een plafond. De leden van de CDA-fractie willen graag nadere uitleg waarom het niet mogelijk is om de bijdragen te begrenzen met een plafond. Geldt dit ook bijvoorbeeld voor overige beschikbaarheidsbijdragen? Deze leden vragen of het beleggen van de uitvoering bij het Zorginstituut niet weer een extra financieringsstroom betekent. Op welke andere gebieden verstrekt het Zorginstituut ook subsidies? Het Zorginstituut verstrekt subsidies per kalenderjaar. Dat geeft het Zorginstituut de mogelijkheid om een toetsingskader op te stellen voor zorgaanbieders waaraan zij jaarlijks getoetst kunnen worden. De leden van de CDA-fractie vragen de regering of zij ook nadelen aan een subsidieregeling ziet. Het maakt het verdienmodel voor zorgaanbieders onzeker en kan bijvoorbeeld er ook voor zorgen dat van de een of andere dag anonieme personen niet meer over het zorgaanbod kunnen beschikken, indien de subsidie stopgezet wordt. De maximumprijs voor een geheel interventietraject is 312 euro. Hoe is tot de hoogte van dit bedrag gekomen? De in het Beleidskader opgenomen eis dat de zorgaanbieder in Nederland moet zijn gevestigd, zal in verband met Europeesrechtelijke aspecten niet opgenomen worden in de subsidieregeling. Genoemde leden willen graag weten wat die Europeesrechtelijke aspecten dan inhouden. Daarnaast vragen zij of zorgaanbieders die niet in Nederland gevestigd zijn nu wel aanspraak op de subsidieregeling kunnen maken. Tevens vragen de leden van de CDA-fractie hoe de regering dit wetsvoorstel en de effectiviteit ervan gaat evalueren.

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de zorgaanbieder wettelijke kaders moet hanteren om de anonimiteit van de cliënt te waarborgen. Zijn deze wettelijke kaders in rechte afdwingbaar en welke instantie houdt toezicht op de naleving van deze kaders? Welke sancties heeft de regering voorhanden voor zorgaanbieders die de anonimiteit van de cliënt niet kunnen waarborgen?

Genoemde leden constateren dat de zorgaanbieder de gebruiker van anonieme e-mental health naar reguliere zorg dient te begeleiden. Welk beleid hanteert de regering voor gebruikers die niet tot reguliere zorg te bewegen zijn?

De leden van de **D66-fractie** constateren dat de regering voor een maximumprijs van het interventietraject en voor een maximale minuutprijs heeft gekozen. Waaraan ontleent zij die tarieven en wat is de onderbouwing daarvan?

Tevens hebben deze leden kennisgenomen van de criteria voor financiering van e-mental health en zorg aan ernstig bedreigde cliënten. In de memorie van toelichting schrijft de regering dat er wellicht grote bedragen nodig zullen zijn voor aanschaf van voorzieningen voor hulpverlening. Denkt de regering dat het eerste jaar van subsidieverlening teveel zorgaanbieders een te hoge aanvraag doen op het budget van 2



miljoen euro? Kortom, acht zij het huidige budget toereikend? Indien nee, op welke manier wil de regering de financiering rond krijgen? Deze leden vernemen graag het antwoord.

## 6. Financiële gevolgen

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat er structureel 2 miljoen euro wordt uitgetrokken voor deze subsidieregeling. Is dit bedrag gelijk aan het bedrag dat in 2012 en in 2013 werd besteed aan deze hulpverlening? Zo nee, waarom niet? Is dit bedrag gelijk aan het bedrag dat voor 2.012 jaarlijks werd uitgegeven aan deze hulpverlening? Zo nee, waarom niet?

In totaal is 2 miljoen euro (inclusief uitvoeringskosten) structureel uitgetrokken voor de financiering van anonieme e-mental health. De leden van de **CDA-fractie** willen graag weten wat met de uitvoeringskosten bedoeld wordt. Zijn dit de uitvoeringskosten van het Zorginstituut? Hoe groot zijn de uitvoeringskosten van het Zorginstituut voor deze subsidieregeling? Ook vragen zij of de subsidieregeling ook het ontwikkelen van de e-mental health interventie betreft.

Voor 2008 waren anonieme e-mental health interventies op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) mogelijk. Hoe groot was het bedrag dat in 2007 aan anonieme e-mental health is besteed is?

De leden van de **D66-fractie** vragen de regering of de financieringskosten voor e-mental health in de toekomst zullen oplopen. Is de regering van mening dat door de verdere digitalisering automatisering van de zorg en maatschappij, mensen een groter beroep zullen doen op e-mental health? Is de kans daarmee aanwezig dat de kosten voor deze vorm van zorg sterk zullen stijgen? Deze leden vernemen graag de regeringsverwachtingen hieromtrent en hoe zij een en ander zullen monitoren.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen de regering op basis van welke gegevens het budget voor deze regeling van 2 miljoen euro is vastgesteld. Welke uitvoeringskosten worden er door de regering verwacht? Valt het opbouwen een veilig ICT systeem door de zorgaanbieder ook onder uitvoeringskosten? Vallen de kosten voor de regeling die wordt getroffen voor de opvang en het zorgtraject van ernstig bedreigde personen en die van wege hun veiligheid anoniem dienen te blijven ook onder dit budget?

## 7. Ernstig bedreigde cliënten

De leden van de **VVD-fractie** vragen de regering of door het ontbreken van de wet al zaken ernstig fout zijn gegaan. Wanneer dat fout ging, was het dan een systeemfout? Met andere woorden: een menselijke fout? Lost een wetsvoorstel die problemen dan ook op voor de ernstig bedreigde cliënt?

De leden van de **PvdA-fractie** hebben ook met belangstelling kennisgenomen van het deel van het voorliggend wetsvoorstel dat betrekking heeft op de financiering van de zorg voor ernstig bedreigde patiënten. Zoals deze leden al bij gelegenheid van de schriftelijke inbreng over de pilot «anonieme financiering van zorg genoten door ernstig bedreigde personen»<sup>2</sup> duidelijk hebben gemaakt, hechten zij zeer aan het belang van geheimhouding van de identiteit en verblijfplaats van ernstig bedreigde personen. Wat is de verhouding tussen deze pilot en voorliggend wetsvoorstel?

<sup>2</sup> Kamerstuk 30 388, nr. 533

De leden van de **SP-fractie** vragen hoe lang het duurt voordat mensen opgenomen worden in het Stelsel Bewaken en Beveiligen (SBB) van het Openbaar Ministerie (OM). Genoemde leden stellen zich een vrouw voor die na jaren ernstige mishandeling en bedreiging in een ziekenhuis terecht komt en daar voor het eerst vertelt van de bedreigingen die zij heeft ondergaan. Op dat moment is zij nog niet opgenomen in het SBB maar gaat na verpleging wel naar een opvanghuis. Wanneer zij voor controle in een andere ziekenhuis of bij een andere huisarts terug moet, is haar anonimiteit dan te garanderen in de financiering? Op welk moment kan een zorgaanbieder gebruik maken van de anonieme financiering? De leden van de SP-fractie vragen welke positie ernstig bedreigde kinderen hebben in dit wetsvoorstel. Graag willen deze leden weten welke positie de kinderen hebben als ze bijgeschreven zijn op de polis van een ouder die ernstig bedreigd wordt. Genoemde leden vragen in hoeverre via de zorg, die een kind heeft gehad, te herleiden is waar de bedreigde ouder zich bevindt.

Tot slot vernemen de leden van de SP-fractie graag wat de reacties zijn van organisaties die zich bezighouden met slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties, en waarom de regering deze reacties niet heeft meegenomen in het opstellen van de wetswijziging. Te denken valt aan Fier Fryslân, vrouwenopvangorganisaties en organisaties tegen eengerelateerd geweld.

### **8. Traceerbaarheid ondergedoken cliënten**

De leden van de **PvdA-fractie** delen de mening dat ondanks de afspraken voor een sluitend systeem om de traceerbaarheid van kwetsbare patiënten te vermijden, problemen in de praktijk nooit helemaal te voorkomen zijn. Naar de mening van deze leden is de voorgestelde anonieme financiering van de zorg aan bedreigde personen een middel waarmee de risico's van traceerbaarheid tot een minimum kunnen worden teruggebracht.

De leden van de **CDA-fractie** vragen op welke wijze zorgverzekeraars proberen te voorkomen dat privacygevoelige gegevens van cliënten in de verkeerde handen terecht komen. Deze leden gaan ervan uit dat zorgverzekeraars in elk geval enige moeite doen om informatie niet oneigenlijk te verstrekken.

### **9. Uniforme maatregel kwetsbare groepen**

De leden van de **CDA-fractie** lezen in de memorie van toelichting over het feit dat medewerkers van zorgverzekeraars moedwillig onbevoegd informatie doorgeven. Deze leden vinden dat zeer onwenselijk is. Welk beleid hebben zorgverzekeraars als zij ontdekken dat dit gebeurd is? Kan dit een grond voor ontslag zijn als op zo'n manier misbruik van privacygevoelige gegevens wordt gebruikt?

### **10. Anonieme financiering en voorwaarden**

De anonieme financiering is voorbehouden voor zwaar bedreigde personen die in het Stelsel van Bewaken en Beveiligen (SBB) zijn opgenomen. Het is de leden van de **PvdA-fractie** niet duidelijk of bedreigde personen die niet in dit stelsel zijn opgenomen, afdoende beschermd zouden worden door de bestaande maatregelen. Waarom zou niet ook voor bedreigde personen buiten het SBB anonieme financiering kunnen gelden? Waarom is anonieme financiering niet voor iedereen mogelijk waarvan bij gemeenten of zorgstellingen bekend is dat hun informatie geheim moet blijven? Op grond van welke criteria wordt de

categorie bedreigde personen in de «uniforme maatregel kwetsbare groepen» van Zorgverzekeraars Nederland gedefinieerd? Is het mogelijk dat op individuele basis personen kunnen worden aangewezen voor wie anonieme financiering mogelijk moet worden, ook al valt die persoon niet in het SBB? Bijvoorbeeld als het Openbaar Ministerie (OM) of de Nationale Politie de bedreiging van een persoon zo ernstig acht, dat anonimiteit ook via anonieme financiering van de zorg gewaarborgd moet worden? Zo ja, hoe gaat de regering dit bewerkstelligen? Zo nee, waarom niet?

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat de financiering vindt plaats vanuit het Zorgverzekeringsfonds en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Genoemde leden vragen op welke wijze declaraties van de verleende zorg plaats vindt en bij wie de declaraties kunnen worden ingediend. Hoeveel mensen zijn gemiddeld in het SBB van het OM opgenomen? Hoe waarborgen de zorgverleners de privacy van deze personen?

## **11. Artikelsgewijs**

### *Artikel I, onderdeel B*

De leden van de **CDA-fractie** vragen waarom de subsidie voor anonieme e-mental health alleen wordt verstrekt aan zorgaanbieders ten behoeve van kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Is dit een limitatieve opsomming van zorgverleners? Mag ook zorg vergoed worden van bijvoorbeeld een psychotherapeut, kinder- en jeugdpsycholoog dan wel een gezondheidszorgpsycholoog (gz-psycholoog), die ook hoofdbehandelaar zijn?

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

De adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp