

Vergaderjaar 2012–2013

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. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Algemeen

Anonieme e-mental health

1. Inleiding

Met de overheveling in 2008 van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het financieren van anonieme e-mental health interventies niet meer mogelijk, waardoor het voor zorgaanbieders financieel moeilijk is om dit type interventies aan te bieden. Tegelijkertijd is gebleken dat er een breed gedeelde politieke wens en maatschappelijke behoefte is om aanbod van anonieme e-mental health interventies mogelijk te maken. Met deze wetswijziging wordt invulling gegeven aan de motie van Velzen (Kamerstukken II 2007/08, 24 077, nr. 205) en aan toezeggingen gedaan tijdens de begrotingsbehandelingen 2011 en 2012 en in de e-health brief van 7 juni 2012 (Kamerstukken II 2011/12, 27 529, F) om dit structureel te regelen.

Anonieme e-mental health voorziet in een behoefte, daar waar patiënten in eerste instantie niet durven uit te komen voor hun problemen (vanwege bijvoorbeeld schaamte danwel angst voor de omgeving) en toch dringend behoefte hebben aan hulp (zoals bij psychische stoornissen, waaronder verslavingsproblemen). Voor patiënten met psychische aandoeningen blijken vroegtijdige herkenning, adequate triage en preventieve behandeling met kortdurende interventies met zelfmanagement als uitgangspunt zeer veel waarde toe te voegen, ook uit oogpunt van beperking van de gezondheidsschade. Ook e-mental health blijkt een kosteneffectieve behandeling te zijn die in deze benadering van essentiële waarde is.

Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk structurele financiering te waarborgen van een beperkt aanbod van anonieme e-mental health interventies ten behoeve van de eerstelijns psychologische zorg of toegeleiding naar die zorg. Deze zorg is bestemd voor patiënten die kampen met psychische problematiek en die anders geen zorg gebruiken terwijl zij dit wel nodig hebben.

2. Wat is anonieme e-mental health?

Anonieme e-mental health is een verzamelterm voor internetinterventies die gericht zijn op de preventie en behandeling van psychische stoornissen. Het aanbod van e-mental health is zeer divers en is niet onder een noemer te vangen. Het kan bijvoorbeeld gaan om zelfhulpmodules die een persoon kan doorlopen of het kan bestaan uit online contact met een behandelaar. Iets dat veel anonieme e-mental health interventies gemeenschappelijk hebben, is dat de cliënt voorafgaand aan het kunnen volgen van een interventie, een vragenlijst moet invullen om te bezien of hij de betreffende anonieme zorg wel nodig heeft. Op deze wijze vindt indicatiestelling plaats en wordt voorkomen dat personen gebruik gaan maken van interventies die niet geschikt zijn en niet bedoeld zijn voor hun gezondheidsklachten.

Veel aanbod vindt plaats op het snijvlak van selectieve preventie en geïndiceerde preventie¹. Daarnaast is er ook e-mental health aanbod dat als reguliere behandeling kan worden aangemerkt, maar dan online. Er is contact met een behandelaar via de mail of chat.

Welke vormen van anonieme e-mental health vallen onder de wettelijke regeling?

Niet alle anonieme e-mental health interventies komen voor financiering op grond van dit wetsvoorstel in aanmerking. Het moet gaan om e-mental health interventies die bewezen effectief zijn, die zich richten op geïndiceerde preventie, zorggerelateerde preventie² of op behandeling van een psychische stoornis waaronder verslaving of een interventie die gericht is op toegeleiding naar die zorg.

Voor de reikwijdte van dit wetsvoorstel is aansluiting gezocht bij de criteria van het tijdelijk Beleidskader voor subsidiëring van anonieme e-mental health (Beleidskader)³. Het Beleidskader richt zich op eerstelijns psychologische zorg, of toegeleiding naar die zorg. In dit voorliggend wetsvoorstel wordt aangesloten bij zorg die te rekenen is tot de eerstelijns psychologische zorg zoals die wordt gehanteerd vóór invoering van de basis GGZ (hierna: eerstelijns psychologische zorg). Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan kortdurende generalistische behandeling van een persoon met lichte tot matig ernstige problematiek, inclusief de daarbij behorende diagnostiek⁴. Het gaat bij anonieme e-mental health om internet-interventies en internetbehandeling. Onder internet-interventie wordt verstaan een planmatige en doelgerichte zorgdienst die met behulp van informatie- en communicatietechnologie (ICT) aan een persoon wordt aangeboden. Onder internetbehandeling wordt verstaan een behandeling als bedoeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, die plaatsvindt via internet.

¹ **Selectieve preventie** richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma. **Geïndiceerde preventie** richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/behandeling;

² **Zorggerelateerde preventie** richt zich op individuen met een ziekte of één of meer gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en «erger» te voorkomen.

³ Beleidskader voor subsidiëring van anonieme e-mental health, Staatscourant d.d. 21 oktober 2011, nr. 18936).

⁴ Zie: definitie NZa-Beleidsregel BR /CU- 7013, Eerstelijns psychologische zorg, onder punt 3

Waar in het zorgtraject vindt anonieme e-mental health plaats?

Anonieme e-mental health interventies vinden in sommige gevallen plaats als een stap voorafgaand aan de weg naar de reguliere hulpverlening, maar er zijn ook vele interventies die juist als nazorgtraject na een reguliere behandeling worden gevolgd of in plaats van een reguliere behandeling. Harde cijfers ontbreken, maar uit signalen vanuit de praktijk blijkt dat de meeste anonieme e-mental health interventies worden gevolgd in plaats van de reguliere hulpverlening. Dit komt omdat het veelal gaat om personen die anders geen hulp willen zoeken omdat zij niet bekend willen worden bij de hulpverlening, zorgverzekeraar of anderen. Die behoefte aan anoniem blijven heeft te maken met schaamtegevoelens omdat men hulp zoekt voor een psychische stoornis of verslaving. Er rust voor veel mensen nog steeds een taboe op dit soort aandoeeningen.

Waarom is er behoefte aan anonieme e-mental health?

Zoals hiervoor is vermeld zijn er met name in de GGZ en vooral ook in de verslavingszorg mensen die de stap naar de reguliere zorg nog niet hebben gezet, maar die wel (dringend) behoefte hebben aan (preventieve) zorg of behandeling. Te denken valt aan mensen die een alcoholprobleem hebben en ook aan mensen met een angststoornis of een andere psychische stoornis. Veelal is er sprake van schaamte om contact op te nemen met een behandelaar, waarbij ook voor de «buitenwereld» kenbaar wordt dat deze persoon een alcoholprobleem heeft of lijdt aan een angststoornis. Dit verklaart ook het wijdverbreide aanbod op het gebied van anonieme e-mental health. Met name uit de praktijk in de verslavingszorg is gebleken dat deze personen wel de stap naar de online hulpverlening weten te zetten als dit anoniem kan. Diezelfde categorie personen haakt echter af zodra verlangd wordt dat men zijn naam bekend maakt, zo werd geconstateerd door verslavingszorginstellingen. Aangezien anonimiteit voor deze mensen een noodzakelijke voorwaarde is voor behandeling, wil de regering de wettelijke regeling ook tot die categorie personen beperken. Dit betekent dat indien mensen andere redenen hebben voor het gebruik van anonieme e-mental health, bijvoorbeeld om kosten te besparen van een reguliere behandeling, zij geen aanspraak kunnen maken op financiering op grond van dit wetsvoorstel. Op de zorgaanbieder van anonieme e-mental health rust de verplichting om duidelijk te maken dat de internetinterventies gebruikt worden door die categorie personen, voor wie anoniem gebruik van e-mental health, om psychische redenen, noodzakelijk is. De zorgaanbieder van anonieme e-mental health is verplicht aan te geven op welke wijze hij dit onderzoekt. Verder dient de zorgaanbieder de gebruiker te motiveren of toe te geleiden naar de reguliere zorg (en daarmee uit de anonimiteit te treden). De voorwaarde van psychische noodzaak voor anonieme behandeling heeft tegelijkertijd tot gevolg dat personen die bijvoorbeeld uit pragmatische overwegingen zich tot anonieme e-mental health richten, worden uitgezonderd.

Die psychische noodzaak kan bij personen zo diep geworteld zitten, dat zij volledig en te allen tijde anoniem willen zijn. Hierdoor is het ook niet mogelijk om hun identiteit bij de hulpverlener bekend te maken, die dan voor declaratie zou kunnen zorgen bij de zorgverzekeraar.

Als deze personen langer zonder zorg en behandeling blijven, zal de gezondheidsschade van deze personen toenemen en zullen de kosten van de behandeling van hen alleen maar hoger worden. Ook vanuit deze optiek wordt gemeend dat deze laagdrempelige vorm van zorg noodzakelijk is.

3. Financiering tot en met 2013

Op basis van het huidige financieringsstelsel van de gezondheidszorg, kunnen bepaalde vormen van hulpverlening, zorg en behandeling in de geneeskundige GGZ worden bekostigd op grond van de Zvw. Het gaat om die vormen van hulpverlening, zorg en behandeling, die voldoen aan de definitie van «te verzekeren zorg» als bedoeld in de Zvw. De Zvw vereist dat de zorg herleidbaar is naar een individuele verzekerde. Bij zorgverlening aan anonieme personen is de zorg niet herleidbaar naar een individuele verzekerde, als gevolg waarvan geen betalingstitel bestaat voor de verzekeraar.

Vóór de overheveling van de geneeskundige GGZ uit de AWBZ naar de Zvw in 2008 was geregeld dat een GGZ-behandeling kon plaatsvinden door een GGZ-instelling en vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. GGZ-instellingen werden bekostigd op basis van een budget. Een van de budgetparameters was «preventie en dienstverlening». Onder deze noemer konden instellingen preventie- en dienstverleningsactiviteiten aanbieden. Instellingen declareerden destijds niet op individuele basis. De activiteiten konden voor patiënten kosteloos worden aangeboden en verzekerd zijn speelde in de praktijk geen rol. Patiënten konden daarmee dus anoniem blijven.

Ná de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw was bekostiging van anonieme e-mental health interventies voor gebudgetteerde GGZ-instellingen via de budgetcomponent dienstverlening nog mogelijk (mits hier overeenstemming over was met de representerende zorgverzekeraar). Met het vervallen van deze budgetcomponent per 2013 is er ook voor gebudgetteerde aanbieders geen bekostiging meer mogelijk. Het vervallen van deze budgetcomponent houdt verband met de invoering van prestatiebekostiging. Bij prestatiebekostiging zijn de tarieven, die redelijkerwijs kostendekkend zijn, gekoppeld aan individuele zorgprestaties.

Voor het jaar 2012 en 2013 is, vooruitlopend op een structurele regeling, het hiervoor genoemde tijdelijk beleidskader vastgesteld voor het verstrekken van subsidies aan zorgaanbieders voor anonieme e-mental health. Een aantal zorgaanbieders heeft subsidie gekregen op basis van dit tijdelijk beleidskader. Naast de hiervoor genoemde financiering maken zorgaanbieders gebruik van andere financieringsbronnen, zoals eigen financiering en particuliere fondsen.

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

De regering is van mening dat anonieme e-mental health voorziet in een behoefte, daar waar patiënten in eerste instantie niet durven uit te komen voor hun problemen en toch dringend hulp nodig hebben (zoals bij bepaalde psychische stoornissen waaronder verslavingsproblemen). Zorgmijding kan uiteindelijk leiden tot onnodig dure zorg. Door het bieden van een structurele oplossing voor de financiering voor anonieme e-mental health wil de regering bijdragen aan het voortbestaan van deze vorm van zorg.

De regering is echter ook van mening dat het aanbod van anonieme e-mental health niet uitsluitend een verantwoordelijkheid is van de overheid. Zorgaanbieders moeten alleen die patiënten anoniem behandelen die zich zonder deze behandelingsmogelijkheid niet voor zorg aanmelden of afhaken en het vertrouwen van patiënten winnen om ze binnen het reguliere zorgaanbod te kunnen helpen. Patiënten kunnen alleen gebruik maken van deze zorg als zij daadwerkelijk anonieme GGZ nodig hebben.

5. Mogelijke en uiteindelijke optie

De regering is van mening dat de structurele oplossing zodanig vormgegeven moet worden dat er geen onnodige drempels worden opgeworpen voor patiënten die deze zorg nodig hebben. Tevens moet de oplossing zo goed mogelijk passen binnen het zorgstelsel en zorgaanbieders prikkelen om goed werk te leveren voor die patiënten die dat nodig hebben voor een zo goed mogelijke prijs.

Diverse oplossingsrichtingen zijn daarbij mede op verzoek van de Tweede Kamer onderzocht, waarbij er hier drie opties worden benoemd, namelijk via een trusted third party (TTP), via een beschikbaarheidsbijdrage en via een bestaand zelfstandig bestuursorgaan, het College zorgverzekeringen (CVZ). Overigens wordt dat college in voorliggend wetsvoorstel en in het vervolg van deze toelichting het «Zorginstituut Nederland» of korthedshalve het «Zorginstituut» genoemd, nu de Eerste Kamer een wetsvoorstel in behandeling heeft dat er onder meer toe strekt de naam van het CVZ in «Zorginstituut Nederland» te wijzigen (Kamerstukken I 2012/13, 33 243, A). De optie via een TTP komt erop neer dat na een eerste contactmoment met de zorgaanbieder, de patiënt zich aanmeldt bij een geselecteerde TTP waar noodzakelijke persoons- en verzekeringsgegevens in een «kluis» terechtkomen, waarbij anonimiteit is gewaarborgd. Na de nodige controles, kan vervolgens de behandeling gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Met een dergelijke optie is het de vraag in hoeverre de patiënt het gevoel heeft dat de anonimiteit daadwerkelijk gewaarborgd is. Tevens gaat een TTP-constructie gepaard met hoge kosten om de anonimiteit te kunnen waarborgen.

Voor een beschikbaarheidsbijdrage is allereerst van belang dat anonieme e-mental health is aan te wijzen als een vorm van zorg waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van die wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktverstorend zou werken. Indien dit het geval zou zijn, zou gelden dat zorgaanbieders, na vaststelling door de NZa, een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds kunnen krijgen voor deze bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vorm van anonieme zorg die voldoet aan vooraf vastgestelde zorginhoudelijke criteria. Het is niet mogelijk om het totaal van deze bijdragen te begrenzen met een plafond.

Uitvoering door het Zorginstituut

Het Zorginstituut kan de bekostiging van anonieme e-mental health op verschillende wijzen vorm geven, waarbij een subsidie danwel een overeenkomst de meest voor de hand liggende vormen zijn. Met een subsidie ligt het initiatief bij het veld. Zorgaanbieders kunnen zich bij het Zorginstituut melden om mogelijk aanspraak te maken op een subsidie. Met een overeenkomst is het Zorginstituut verplicht om de benodigde zorg in te kopen. Gezien de hiervoor genoemde gedeelde verantwoordelijkheid wordt ervoor gekozen om het Zorginstituut deze regeling via een subsidie vorm te laten geven. 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, opdat zorgaanbieders geprikkeld worden zo goed mogelijke zorg te leveren.

Van de zelfstandige bestuursorganen is het Zorginstituut een logische keuze aangezien het Zorginstituut een belangrijk aandeel heeft in de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg.

In dit wetsvoorstel is ervoor gekozen om de uitvoering op te dragen aan het Zorginstituut, omdat deze oplossing zo min mogelijk drempels opwerpt voor de beoogde doelgroep. Tevens sluit dit zo goed mogelijk aan binnen het huidige zorgstelsel en kan door het maken van periodieke afspraken een prikkel worden ingebouwd om zorgaanbieders zo goed mogelijk werk te laten leveren voor een zo goed mogelijke prijs. Het Zorginstituut heeft aangegeven een structurele oplossing uit te kunnen voeren door het aangaan van financieel begrensde afspraken met verschillende zorgaanbieders die deze zorg leveren.

De subsidieregeling zal in hoofdlijnen inhoudelijk overeen komen met het hiervoor vermelde Beleidskader. In 2012 en 2013 heeft een aantal GGZ en verslavingszorginstellingen subsidie gekregen op basis van dit Beleidskader voor hun anoniem e-mental health aanbod.

Het Beleidskader kent een aantal voorwaarden waaraan voldaan moest zijn om voor subsidiëring in aanmerking te komen. Dit betreft onder meer de volgende aspecten:

- De zorgaanbieder dient wettelijke kaders te hanteren bij het waarborgen van informatiebeveiliging, dient de anonimiteit van de gebruiker te garanderen, dient na te gaan of de gebruiker behoort tot de doelgroep en of het gebruik geïndiceerd is.
- Het anonieme e-mental health aanbod dient te bestaan uit eerstelijns psychologische zorg inclusief verslavingsproblematiek en op interventies die bestaan uit toegeleiding naar die zorg;
- De interventies moeten bewezen effectief zijn en dienen zich te richten op geïndiceerde preventie, zorggerelateerde preventie of behandeling van een psychische stoornis of een vorm van verslaving als bedoeld in de DSM⁵ IV criteria of toegeleiding naar die zorg;
- De interventies dienen te worden verricht door of onder de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren met een BIG-registratie;
- Op de zorgaanbieder van anonieme e-mental health rust de verplichting om duidelijk te maken dat de internetinterventies gebruikt worden door die categorie personen, voor wie anoniem gebruik van e-mental health, om psychische redenen, noodzakelijk is. De zorgaanbieder is verplicht aan te geven op welke wijze hij dit onderzoekt. Verder dient de zorgaanbieder de gebruiker te motiveren of toe te leiden naar de reguliere zorg (en daarmee uit de anonimiteit te treden).
- Er geldt een maximumprijs voor een geheel interventietraject van € 312,- (exclusief indexering) en een maximale minuutprijs van € 1,33 per minuut (exclusief indexering).

Daarnaast is bij toepassing van het Beleidskader gebleken dat het gewenst is dat de minimaal te verlenen subsidie € 100.000,- bedraagt per zorgaanbieder. Het gaat daarbij niet om de hoogte van de aangevraagde subsidie, maar om het bedrag dat verleend kan worden. Met deze ondergrens is een balans gezocht tussen een optimale stimulering van anonieme e-mental health enerzijds en het realiseren van voldoende grootschalige voorzieningen anderzijds. Om te voorkomen dat de beschikbare middelen aan slechts enkele zorgaanbieders worden verstrekt, is ook een bovengrens voor de te verlenen subsidie bepaald. Deze bedraagt maximaal € 700.000,- per zorgaanbieder.

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.

⁵ Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders

6. Financiële gevolgen

In de brief van 10 juni 2011 (Kamerstukken II, 2010/11, 25 424, nr. 118) is aangegeven dat in totaal (inclusief uitvoeringskosten) twee miljoen euro structureel uitgetrokken wordt voor de financiering van anonieme e-mental health. Dit bedrag komt ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

Financiering ernstig bedreigde cliënten

Met deze wetswijziging wordt tevens anonieme financiering van verleende zorg aan ernstig bedreigde cliënten onder bepaalde voorwaarden mogelijk gemaakt.

1. Ernstig bedreigde cliënten

In de media zijn de laatste jaren enkele schrijnende eengerelateerde zaken belicht waarbij vrouwen om het leven zijn gebracht door hun ex-partner of familie, omdat zij de eer van de familie zouden hebben geschonden. Eengerelateerd geweld is geestelijk of lichamelijk geweld om de geschonden eer van de familie te herstellen, zoals bijvoorbeeld bedreiging, mishandeling, huwelijksdwang, ontvoering en zelfs eerwraak. Vooral allochtone vrouwen en meisjes krijgen ermee te maken. Ook verschijnen met enige regelmaat berichten in de media over de loverboyproblematiek. Loverboys zijn mensenhandelaren die met verleidingstactieken, manipulaties, chantage en geweld meisjes die vaak nog niet volwassen zijn, inpalmen met als oogmerk hen later voor zich te laten werken in de prostitutie of in andere (illegale) sectoren. Het gaat om een ernstig misdrijf, waarbij de slachtoffers ernstig getraumatiseerd kunnen raken en veelal intensieve zorg en hulpverlening nodig hebben om te herstellen. De hulpverlening geeft regelmatig signalen af dat de slachtoffers vaak kwetsbare meisjes zijn met regelmatig een licht verstandelijke handicap. Steeds vaker worden deze meisjes via sociale netwerksites op het internet door de loverboys benaderd. De overheid probeert dit geweld te voorkomen door het geweld op tijd te signaleren, slachtoffers op te vangen en door te zorgen dat daders gestraft worden.

2. Traceerbaarheid ondergedoken cliënten

Zowel bij de politie en het Openbaar Ministerie (OM) als binnen de vrouwenopvang is steeds meer aandacht gekomen voor deze ernstig bedreigde personen. Fier Fryslan, een expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties en het OM hebben mijn aandacht gevraagd voor de declaratieproblematiek van aan zeer ernstig bedreigde personen verleende zorg. Indien de rekening voor deze zorg naar de zorgverzekeraar van betrokkenen of naar hun verblijfadres – vaak een geheime woonlocatie – wordt verstuurd, dan is het risico dat zij door hun ex-partner of familie, dan wel door de loverboy, achterhaald kunnen worden, te groot.

Ernstig bedreigde cliënten kunnen op verschillende manieren worden getraceerd. Te denken valt aan onvoorzichtigheid van de cliënt zelf, via de gemeentelijke basisadministratie, de zorgaanbieder maar ook via zorgverzekeraars en zorgkantoren. De overheveling in 2008 van de op genezing gerichte GGZ naar de zorgverzekeraars heeft het vraagstuk van de traceerbaarheid van ernstig bedreigde cliënten binnen de (vrouwen-)opvang opnieuw op de agenda gezet. De traceerbaarheid via de zorgverzekeraar wordt vergroot doordat zorgaanbieders afgesloten diagnose behandelcombinaties (DBC's) moeten factureren bij de zorgverzekeraar waarbij hun cliënten zijn verzekerd. Hierdoor is de zorgaanbieder (opvangvoorziening) en daarmee de woonplaats van de

cliënt gemakkelijk te traceren. De kans dat na facturatie gegevens lekken via de zorgverzekeraar en daarna ernstig geweld plaatsvindt met alle gevolgen van dien is ondanks de hierna beschreven maatregelen reëel aanwezig. Het niet factureren bij de zorgverzekeraar betekent dat de zorginstelling dan wel de politie de zorgkosten voor hun rekening nemen. Dit is een onwenselijke situatie. Oplossingen zijn niet eenvoudig, omdat cliënten in principe bij iedere zorgverzekeraar verzekerd kunnen zijn en maatregelen dus ook alle zorgverzekeraars aangaan.

3. Uniforme maatregel kwetsbare groepen

Op grond van artikel 87, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet of, voor verzekeringsartsen, op grond van het medisch beroepsgeheim, is het personeel van zorgverzekeraars, behalve voor zover een wettelijk voorschrift dat toestaat, verboden om gegevens over hun verzekerden naar buiten te brengen. Voor de hiervoor beschreven personen, die extra bescherming nodig hebben, hebben de zorgverzekeraars – verenigd in Zorgverzekeraars Nederland (ZN)- met ingang van 23 juni 2008 bovendien concrete afspraken gemaakt, gericht op uniforme maatregelen om traceerbaarheid via de zorgverzekeraar te voorkomen («uniforme maatregel kwetsbare groepen», onderdeel van de «Gedragscode goed zorgverzekeraarschap» van ZN). Concreet komen de afspraken er op neer, dat direct in de administratie wordt verwerkt dat een bepaalde cliënt behoort tot de categorie bedreigde personen. In dat geval krijgen AW-gegevens (adres en woonplaats) de aanduiding «geheim», wat voor alle medewerkers een signaal is, dat over deze personen geen enkele informatie mag worden verstrekt. Derden (bijvoorbeeld zorgverleners die willen nagaan of iemand wel verzekerd is) krijgen dan voor het adres een leeg veld. Op zich leidt dit tot een sluitend systeem, dat betrekkelijk eenvoudig door de zorgverzekeraars kan worden geïmplementeerd.

In de praktijk is duidelijk geworden dat ondanks de goede intenties van die maatregel het declareren van verzekerde zorg voor vrouwen in de vrouwenopvang toch niet zonder risico is.

Allereerst blijft de mogelijkheid bestaan dat door onvoldoende zorgvuldig handelen van medewerkers, adresgegevens toch naar buiten komen. Als de werkdruk hoog is, kan men wel eens iets over het hoofd zien. Gegevens kunnen ook verstrekt worden in het kader van klantvriendelijkheid. Doorgaans wordt slechts een beperkt aantal verificatievragen gesteld om iemand de gevraagde gegevens te leveren. Zorgverzekeraars stellen dat het naar buiten komen van adresgegevens alleen kan worden voorkomen door in het geheel geen telefonische informatie te geven en uitsluitend informatie te geven aan personen die zich met een identiteitsbewijs melden bij de balie van het verzekeringskantoor. Dat is evenwel ook erg klantonvriendelijk en bureaucratisch. De verzekeraars voelen daar dan ook weinig voor.

Een ander risico is het onvoldoende integer handelen van medewerkers die onbevoegd informatie doorgeven. De bedreiger schakelt familie of vrienden in. Zeker bij problemen rondom eerwraak is dit een reëel risico.

Om deze risico's te ondervangen zijn aanvullende maatregelen onderzocht. Eén van deze maatregelen is alle gegevens van de betrokken vrouwen af te schermen, en slechts een kleine groep geautoriseerde medewerkers toegang te geven tot deze gegevens. Een dergelijke maatregel betekent een grote belasting voor de administratieve organisatie van de verzekeraars. Niet alleen moet de programmatuur worden aangepast, maar ook krijgt een aantal medewerkers een specifieke taak. Mede vanwege de kosten bestaat bij veel verzekeraars weerstand tegen

een dergelijke afspraak. Daar komt bij, dat als dit «lek» met veel inspanning wordt gedicht, nog veel andere veiligheidsrisico's blijven bestaan.

Een laatste maatregel – personen hetzij buiten het geautomatiseerde systeem houden (maar wel in een schaduwadministratie opnemen) dan wel het gebruik van een fictieve naam en burgerservicenummer – krijgt weinig steun omdat het enerzijds in strijd is met wettelijke regelingen en anderzijds leidt tot een vervuiling van de eigen bestanden.

Protocollen en gedragsregels zijn nooit geheel waterdicht: negen van de tien keer gaat het goed; de tiende keer gaat het fout. Wat niet in het systeem zit, kan er ook niet uitkomen. Daarom gaat, uit het oogpunt van de bescherming van de ernstig bedreigde personen, mijn voorkeur uit naar een oplossing waarbij er geen gegevens in het systeem van de zorgverzekeraars zitten (geen declaratiestroom van zorginstelling naar zorgverzekeraar) waardoor cliënten van de vrouwenopvang via de zorgverzekeraar te traceren zijn. Hier is ook voor gepleit door de Tweede Kamer⁶.

4. Anonieme financiering en voorwaarden

In overleg met het Zorginstituut, ZN, het OM en de Nationale Politie is besloten tot een afzonderlijke wijze van anonieme financiering van de zorg aan zeer ernstig bedreigde personen. Voorwaarden om in aanmerking te komen voor deze vorm van anonieme financiering zijn:

- De zwaar bedreigde persoon is opgenomen in het stelsel van Bewaken en Beveiligen⁷ (SBB) van het OM en één van de maatregelen in het kader van dit stelsel is dat de anonimiteit van de bedreigde persoon gewaarborgd moet zijn. Het SBB regelt de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de burger door de decentrale overheid («gewone» burgers) en die van de bijzondere verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid voor een bepaalde groep personen (publieke ambtsdragers). Voor beide groepen bedreigde personen die in het SBB zijn opgenomen – en dus de maatregel anonimiteit is opgelegd – en zorg gebruiken, geldt deze wijze van anonieme financiering.
- Het betreft de zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het Zorginstituut wordt belast met de uitvoering van deze financiering. De financiering vindt plaats vanuit het Zorgverzekeringsfonds en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Voor personen die niet in het SBB zijn opgenomen, is de kans op zeer ernstige bedreiging minder aanwezig. Bescherming van gegevens door middel van de al getroffen maatregelen door zorgverzekeraars volstaat dan.

Tot slot

Op grond van artikel 6 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen is de minister van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties medeondertekenaar van dit wetsvoorstel. De toelichting wordt dan ook mede namens de minister van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties gegeven.

Deze wet veroorzaakt geen administratieve lasten.

⁶ Kamerstukken II, 2007–2008, 29 689, nr. 177.

⁷ Kamerstukken II, 2002–2003, 28 974, nrs. 1 en 2.

Deze wet heeft geen gevolgen voor de op Bonaire, St. Eustatius en Saba geldende regelgeving. De Zorgverzekeringswet zoals die in Europees Nederland geldt, is niet van toepassing in Caribisch Nederland.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel I

Onderdeel A

De bijdragen voor de bekostiging van anonieme e-mental health en van zorg op grond van de Zvw aan ernstig bedreigde cliënten van wie de anonimiteit gewaarborgd moet blijven, worden beschikbaar gesteld uit het Zorgverzekeringsfonds. Er is voor gekozen om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de uitgangspunten van het zorgstelsel. Aangezien het om tot het te verzekeren pakket behorende zorg gaat, vindt de bekostiging plaats vanuit het Zorgverzekeringsfonds.

Onderdeel B

In deze twee artikelen worden nieuwe taken aan het Zorginstituut gegeven in verband met de uitvoering van de bekostiging van anonieme e-mental health en van anonieme financiering van zorg voor ernstig bedreigde cliënten. Deze artikelen worden in hoofdstuk 6 van de Zvw geplaatst, omdat het bij deze vormen van zorg hoofdzakelijk om zorg aan verzekeren gaat. Het betreft in principe niet de zorg aan mensen, die zich per definitie niet kunnen verzekeren, zoals bijvoorbeeld bij illegalen het geval is. Daar is artikel 122a Zvw reeds voor bedoeld.

Artikel II

Er wordt een nieuw artikel ingevoegd in hoofdstuk VI van de Algemene wet bijzondere ziektekosten, omdat het Zorginstituut ook in het kader van de AWBZ-zorg een nieuwe taak krijgt opgedragen. De anonieme financiering van zorg voor ernstig bedreigde cliënten geldt niet alleen voor de zorg op grond van de Zorgverzekeringswet, maar ook voor zorg op grond van de AWBZ.

Artikel III

Dit artikel regelt dat de bijdragen op grond van het nieuwe artikel 44a van de AWBZ betaald worden uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Artikel IV en V

In het wetsvoorstel Veegwet VWS wordt eveneens een nieuw artikel 44a aan de AWBZ toegevoegd. Gezien het onderwerp van artikel 44a zoals dat in voorliggend wetsvoorstel luidt, ligt het meer voor de hand om dat artikel op die plaats in de AWBZ op te nemen en het artikel 44a AWBZ zoals dat luidt in het wetsvoorstel Veegwet VWS te vernummeren. Indien het voorliggende wetsvoorstel eerder in werking treedt dan het wetsvoorstel Veegwet VWS wordt in artikel IV geregeld dat artikel 44a in dat voorstel overal vernummerd wordt tot artikel 44b. Indien het wetsvoorstel Veegwet VWS eerder in werking treedt dan voorliggend wetsvoorstel dient artikel 44a van de AWBZ vernummerd te worden, evenals de bepalingen die naar artikel 44a verwijzen. Dat wordt in artikel V geregeld.

Artikel VI

De structurele financiering van anonieme e-mental health moet aansluiten op de huidige financiering door middel van een tijdelijke subsidie, zodat er geen gat ontstaat. De datum van inwerkingtreding zal dan ook gekoppeld worden aan het eindigen van deze tijdelijke subsidie voor anonieme e-mental health.

Voor artikel I, onderdeel B, en de artikelen II en III loopt in 2013 eerst een pilot. Na evaluatie hiervan zal bekeken worden wat een geschikt moment voor inwerkingtreding van deze artikelen is.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers