

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

538

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *eigen bijdrage e-mental health* (ingezonden 10 oktober 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 3 november 2011).

Vraag 1

Kent u het bericht «Eigen bijdrage werkt ontwikkeling e-mental health tegen»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Bent u van mening dat e-mental health, in het regeerakkoord expliciet genoemd als aandachtsgebied, een veelbelovende ontwikkeling is en een antwoord kan zijn op de stijgende zorgkosten? Kunt u dit toelichten?

Antwoord 2

Ik deel zeker de mening dat e-mental health een veelbelovende ontwikkeling is en moet worden bevorderd. De toepassing van e-mental health kan bijdragen aan het anders en efficiënter aanbieden van zorg en ondersteuning of zelfs (gedeeltelijk) vervangen ervan. E-health toepassingen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de vrijheid en zelfredzaamheid van patiënten, oplossingen voor het dreigende personeelstekort, het verbeteren van de uitkomsten van zorg en beperking van de kostenstijging.

Vraag 3

Herkent u de berichten dat e-mental health – ondanks bewezen effectiviteit – op dit moment slechts op beperkte schaal wordt toegepast? Zo ja, vindt u dit wenselijk? Gaat u actie ondernemen om de toepassing van e-mental health te stimuleren?

¹ <http://www.zorgvisie.nl/ICT/Eigen-bijdrage-werkt-ontwikkeling-ehealth-tegen.htm>

Antwoord 3

De berichten dat e-mental health op dit moment nog beperkt worden toegepast herken ik.

Het is van belang dat er ruimte is voor het gebruik van e-health toepassingen die bijdragen aan kwaliteit, doelmatigheid en arbeidsbesparing. Waar die ruimte nog niet is, zal ik deze bieden door het wegnemen van mogelijke belemmeringen in wet- en regelgeving. Over mijn voornemens om de implementatie van e-health te versnellen, zal ik de Tweede Kamer dit jaar nog apart informeren in een brief over e-health en ICT in de zorg.

Vraag 4

Bent u op de hoogte dat zowel burgers als verwijzers beperkt op de hoogte zijn van het bestaan en de mogelijkheden van e-mental health? Zo nee, hoe verklaart u de beperkte toepassing van e-mental health? Zo ja, op welke wijze denkt u de bekendheid te bevorderen?

Antwoord 4

Een toenemend aantal burgers en zorgaanbieders of verwijzers is op de hoogte van e-mental health. De bekendheid van e-health vind ik van belang en zoals aangegeven zal ik hierop terugkomen in de toegezegde brief.

Vraag 5

Deelt u de mening dat een eigen bijdrage van 50 euro voor een internetbehandeltraject een grote drempel vormt voor cliënten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

De eigen bijdrage van 50 euro voor een internetbehandeltraject moet worden afgezet tegen andere eigen bijdragen in de GGZ. Vanuit die optiek vind ik een eigen bijdrage van 50 euro redelijk. Bovendien is het een drempel die ook een meerwaarde kan hebben. Ik vind het belangrijk dat patiënten zich bewust zijn van de kosten van zorg voordat ze aan een behandeling beginnen. De eigen bijdrage draagt bij hieraan. Het bevordert tevens de therapietrouw van patiënten, hetgeen juist binnen de GGZ van groot belang is.

Vraag 6

Hoe ziet u het verhogen van de eigen bijdrage voor een internetbehandeltraject in het licht van de bredere toepassing van e-mental health als goedkopere en beter toegankelijke zorgvorm?

Antwoord 6

De eigen bijdrage voor een internetbehandeltraject is niet verhoogd. Ten opzichte van het jaar 2011 heb ik zelfs de eigen bijdrage voor internetbehandeltraject verlaagd. In het jaar 2011 gold namelijk ook al een eigen bijdrage voor een internetbehandeling, maar dan van maximaal € 80 (indien verzekeraar en aanbieder een prijs zouden afspreken voor een internetbehandeltraject van acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg) Ter toelichting: een internetbehandeltraject valt onder de aanspraak eerstelijnspsychologische zorg. Dit betekent dat per 2012 een prijs mag worden afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar voor een internetbehandeltraject dat overeenkomt met maximaal vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg. Een zitting eerstelijnspsychologische zorg kent een vrije prijs, maar de marktprijs van een zitting ligt ongeveer op € 80. Een internetbehandeltraject zou dan – in relatie tot die marktprijs – maximaal € 400 mogen kosten binnen de aanspraak eerstelijnspsychologische zorg. De eigen bijdrage die daarbij geldt is € 50. Voor face tot face contacten geldt een eigen bijdrage van € 20 per zitting, waarmee bij vijf zittingen dan een eigen bijdrage van € 100 wordt betaald. Ik vind een eigen bijdrage van € 50 voor een internetbehandeltraject in dit licht niet onredelijk. Ik ben van mening dat er enige drempel voor een patiënt nodig is bij het aangaan van een internetbehandeltraject om te voorkomen dat patiënten halverwege het traject stoppen. Ik verwijs hierbij ook naar mijn antwoord op vraag 5. Ik heb e-mental health hoog op mijn agenda staan en vind het van belang dat zowel in de eerstelijns als in de tweedelijns GGZ e-health breed wordt toegepast.

Vraag 7

Vindt u het wenselijk dat de drempel bij e-mental health door de heffing van een eigen bijdrage van 50 euro vooraf groter is dan de drempel voor een reguliere behandeling waar de eigen bijdrage per behandeling wordt betaald en na één sessie kan worden stopgezet? Zo ja, waarom vindt u deze drempel wenselijk? Zo nee, hoe gaat u deze drempel verlagen?

Antwoord 7

Dit ligt genuanceerder. Het klopt dat in eerste instantie de eigen bijdrage voor een internetbehandeltraject hoger is dan de eigen bijdrage van één sessie (oftewel één zitting eerstelijnspsychologische zorg). Echter, één zitting eerstelijnspsychologische zorg kan nooit het behandel-effect hebben die een compleet internetbehandeltraject wel kan hebben. Het internetbehandeltraject is veelal een langduriger traject dan één of twee zittingen face to face behandeling. Verder verwijs ik naar het antwoord op vraag 6.