

Vergaderjaar 2013–2014

**32 239**

## **Seksuele gezondheid**

**Nr. 3**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 mei 2014

In het voorjaar van 2013 is de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg (onderdeel van de Subsidieregeling publieke gezondheid) geëvalueerd. De aanleiding voor deze evaluatie was de integratie van de regelingen aanvullende seksualiteitshulpverlening en de aanvullende regeling op de curatieve soabestrijding. Bovendien is de evaluatie benut om de legitimatie van deze aanvullende voorziening op het terrein van seksuele gezondheid opnieuw te bezien.

De evaluatie laat zien dat de aanvullende seksuele gezondheidszorg een duidelijke meerwaarde heeft voor de volksgezondheid. De GGD'en leveren met de focus op preventie en publieke gezondheid laagdrempelige en hoogwaardige zorg en zijn goed in staat om epidemiologische ontwikkelingen te signaleren. De meerwaarde van de regeling ASG staat daarmee vast.

Op grond van de evaluatie wordt een aantal wijzigingen aangebracht. Het gaat hierbij om: wijziging van de doelgroepen waarop de soa-bestrijding betrekking heeft, vervallen van de verplichting om bij een positieve chlamydia-test door te testen op andere soa, een nieuw normbedrag voor vergoeding van de laboratoriumkosten en de invoering van een financieel plafond in de regeling. Met deze laatste wijziging ontstaat duidelijkheid over het benodigde budget voor de regeling ASG.

#### **Aanleiding**

Sinds 2006 kennen we in Nederland de regeling «aanvullende curatieve soa-bestrijding» (ACS). Deze regeling is gericht op het vroegtijdig opsporen van seksueel overdraagbare aandoeningen (hierna soa's) en het

doorbreken van transmissie bij hoogrisicogroepen<sup>1</sup>. Op grond van deze regeling kunnen de hoogrisicogroepen zich gratis en anoniem laten testen bij een GGD.

In 2008 is daarnaast voor jongeren tot 25 jaar de regeling «aanvullende seksualiteitshulpverlening» (ASH) ingesteld. Deze regeling maakt het mogelijk dat jongeren met al hun vragen rond seksualiteit terecht kunnen bij een GGD. Het gaat hier om de zogenaamde Sense-activiteiten zoals bijvoorbeeld fysieke spreekuren, digitale vormen van hulpverlening en outreach-activiteiten.

In 2012 zijn beide regelingen geïntegreerd tot één regeling «aanvullende seksuele gezondheidszorg» (ASG). In het voorjaar van 2013 is deze geïntegreerde regeling geëvalueerd. Belangrijk doel van de evaluatie was om naast de effecten van de integratie ook te kijken naar de doelmatigheid en de financiële houdbaarheid van de regeling.

Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van de evaluatie en de wijzigingen die ik naar aanleiding daarvan wil aanbrengen in de regeling ASG. In de bijlage treft u het evaluatierapport «De lasten van de lusten, Evaluatie Subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg 2012 (ASG), juni 2013»<sup>2</sup>.

### **Uitkomsten evaluatie regeling ASG**

De belangrijkste conclusies uit de evaluatie zijn als volgt.

#### *Aantal consulten en vindpercentage stijgt*

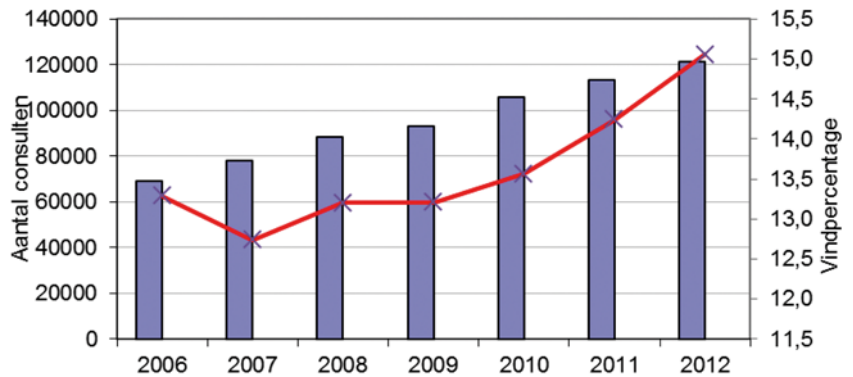
De ASG-regeling is aanvullend op de eerstelijnszorg van de huisartsen. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor vragen over soa en seksuele gezondheid. Iedereen, ongeacht het gelopen risico, kan bij de huisarts terecht. Daarnaast kunnen, in aanvulling hierop, bepaalde in de regeling omschreven risicogroepen ook bij de GGD terecht.

Uit de evaluatie volgt dat de regeling daadwerkelijk aanvullend werkt en dat er geen aanleiding is om aan te nemen dat sprake is van substitutie van zorg. De verhouding tussen het aantal soa-tests dat door de huisartsen wordt gedaan en het aantal dat door de GGD'en wordt uitgevoerd is gelijk gebleven te weten respectievelijk 70% en 30%. Het absolute aantal testen als ook het vindpercentage is de afgelopen jaren zowel bij de huisartsen als bij de GGD'en gestegen (zie figuur 1).

---

<sup>1</sup> Op grond van de regeling ASG worden de volgende groepen aangemerkt als hoogrisicogroepen: personen met een verhoogd risico op een soa bijvoorbeeld mannen die seks hebben met mannen (MSM), prostituees en prostituanten en personen met wisselende contacten, personen die gewaarschuwd zijn voor een soa, personen met klachten en personen jonger dan 25 jaar.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

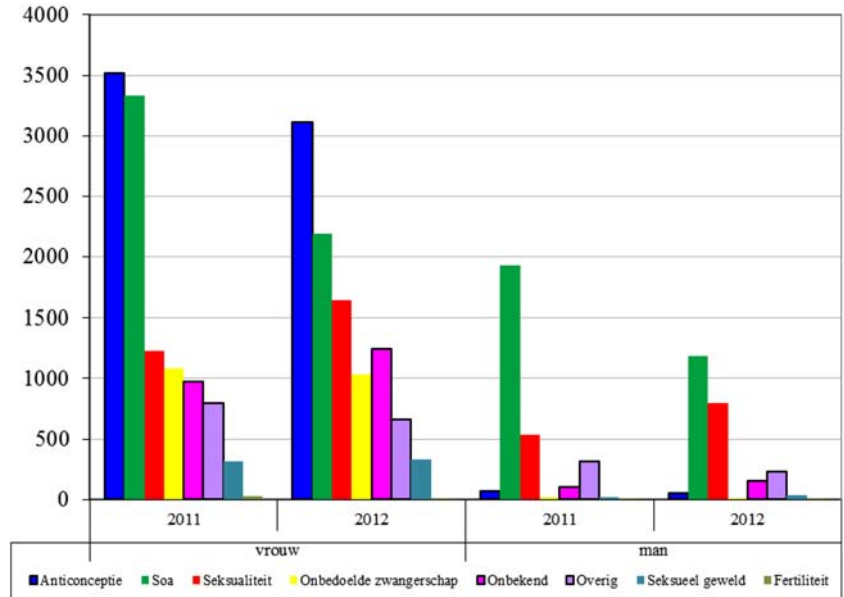


**Figuur 1. Aantal consulten (blauwe staaf) en vindpercentage (rode lijn) bij de GGD'en**

Een mogelijke verklaring voor deze stijgingen is de toenemende aandacht voor seksuele gezondheid door outreach-activiteiten van GGD'en, Sense-activiteiten en aandacht op scholen en in de media. Een sluitende verklaring kan echter niet worden gegeven omdat hier in de evaluatie geen nader onderzoek naar is gedaan.

Gelet op het huidige vindpercentage en de schatting van het aantal mensen dat een soa heeft zal ook de komende jaren de stijging doorzetten.

Consulten op het terrein van seksualiteitshulpverlening voor jongeren onder 25 jaar, de zogenaamde Sense-consulten, worden vanaf 2012 geïntegreerd aangeboden met het soa-consult. Integratie van deze twee typen consulten is door de uitvoerende GGD'en in de evaluatie als zeer positief beoordeeld. Tot 2011 werden jaarlijks stijgende aantallen Sense-consulten geregistreerd (2011: 14.477). Vanwege het feit dat er in 2012 nog geen geïntegreerd cliënt-registratiesysteem beschikbaar was is de registratie van de Sense-consulten in 2012 achtergebleven (11.500 consulten in 2012).



**Figuur 2: Aantal Sense-consulten naar gespreksthema en geslacht, 2011-2012**

De genoemde getallen hebben betrekking op de fysieke consulten. Onderzoek heeft aangetoond dat jongeren vooral geïnteresseerd zijn in andere vormen van hulpverlening, zoals telefonische of digitale hulpver-

lening. Hierin voorzien de GGD'en in toenemende mate. Er zijn echter nog geen landelijke cijfers bekend over deze vormen van hulpverlening. **Sense hulpverlening wordt daarnaast landelijk ondersteund door de website [sense.info](http://sense.info) (574.671 bezoekers in 2012), de mobile website (118.429 bezoekers vanaf juli 2012) en de Sense infolijn (in 2012 7.620 contacten).**

#### *Laat de aanvullende seksuele gezondheidszorg bij de GGD*

Naast het feit dat het aanvullende karakter van de regeling ASG gewaarborgd lijkt, volgt uit de evaluatie dat de GGD'en vanuit hun centra seksuele gezondheidszorg laagdrempelige zorg leveren tegen kosten die vergelijkbaar zijn met die van een huisarts. De deskundigheid bij de centra seksuele gezondheidszorg is vergelijkbaar met eerste- of soms zelfs tweedelijns zorg. De combinatie van laagdrempelige en hoogwaardige zorg tegen lage kosten met de focus op publieke gezondheidszorg en preventie maken volgens de onderzoekers de GGD'en de meest geschikte partner om de seksuele gezondheidszorg voor hoogrisicogroepen uit te voeren.

Daarbij kunnen epidemiologische veranderingen efficiënter door de GGD'en gesignaleerd worden dan door de huisartsen. Uitbraken van soa of nieuwe vormen van (resistente) soa manifesteren zich vaak binnen specifieke risicogroepen, doordat deze bij de GGD'en bekend zijn kunnen deze sneller bij GGD'en dan bij huisartsen opgespoord worden. Kortom, de evaluatie laat zien dat de aanvullende seksuele gezondheidszorg bij de GGD'en goed is belegd. Er is geen aanleiding om hierin verandering te brengen.

#### *De integratie van soabestrijding en seksualiteitshulpverlening is positief*

De integreerde regeling ASG maakt het voor de GGD'en mogelijk om tijdens de spreekuren zowel aandacht te besteden aan (een vermoeden van) een soa als aan seksualiteitsvraagstukken. De consulten dragen zo bij aan de algehele seksuele gezondheid van de cliënt. Door de medewerkers wordt dit als zinvol en uitdagend ervaren. De eerste indruk van de integratie is dus positief. Gelet op de korte termijn dat de integratie van kracht is (sinds 1 januari 2012) kan nog geen volledig beeld worden gegeven. Bij een aantal GGD-en is het integratieproces ook nog gaande.

#### *Meer coördinatie en zicht op effectiviteit op seksualiteitshulpverlening is gewenst*

Zoals gezegd wordt door de GGD'en laagdrempelige en hoogwaardige zorg geleverd. Dit geldt voor de soa-bestrijding maar ook voor de seksualiteitshulpverlening. De medewerkers zijn betrokken, deskundig en professioneel. Het feit dat niet altijd duidelijk is wat in het kader van de seksualiteitshulpverlening gebeurt ligt dan ook niet aan de professionaliteit van de medewerkers maar komt onder meer doordat op dit moment alleen de fysieke consulten worden geregistreerd. Er bestaat daardoor een beperkt overzicht van aantallen en inhoud van telefonische, email- of chatcontacten. Ook de gegevens over effecten van outreach-activiteiten zijn beperkt. Daarnaast worden op het gebied van seksualiteitshulpverlening door verschillende partners vergelijkbare activiteiten verricht. Meer coördinatie en toetsing op effectiviteit lijkt dan ook nodig.

Er is betere registratie mogelijk door de dossiers soa- en seksualiteitshulpverlening te integreren.

Met de integratie van de regeling per 1 januari 2012 is er geen verplichting meer voor de GGD'en om fysieke spreekuren te houden. Dit heeft ertoe

geleid dat de GGD'en alternatieve mogelijkheden zoals hulpverlening per e-mail of chat (verder) hebben ontwikkeld. Op basis van de ervaringen die met deze vormen van digitale hulpverlening zijn opgedaan wordt onder coördinatie en aansturing van het RIVM/Cib gewerkt aan een inhoudelijk toetsingskader voor de landelijke uitrol van de nu nog veelal regionale initiatieven. Ook online-testen en nieuwe activiteiten zullen hieraan worden getoetst. Verbetering van de coördinatie en samenwerking op het terrein van Sense is daarmee in gang gezet.

Daarnaast wordt onder begeleiding van ZonMw onderzoek gedaan naar de werkzame elementen in de huidige initiatieven tot digitale informatievoorziening, ondersteuning en hulpverlening op het terrein van seksuele gezondheid. Op deze manier ontstaat meer zicht op de effectiviteit van deze vormen van hulpverlening en op aanknopingspunten voor (door)ontwikkeling en verdere implementatie.

### *Scherpere triage en meer eenheid in testbeleid is mogelijk*

Uit de evaluatie blijkt dat binnen de betrokken beroepsgroepen op grote lijnen consensus is over welke testen in welke gevallen moeten worden afgenomen. In de uitvoering, bijvoorbeeld door bij de triage (wie wel of niet toelaten) aanvullende vragen met betrekking tot risicogedrag te stellen, kunnen bij de centra voor seksuele gezondheid regionaal verschillen optreden. Deze verschillen zijn de afgelopen jaren sterk verminderd door invoering van een kwaliteitsprofiel ASG en intercollegiale kwaliteitsvisitaties georganiseerd door GGD Nederland en het RIVM/Cib. Daarbij wordt harmonisatie van de aanpak ondersteund door een landelijke structuur van overleg en kennisdeling.

Voor de kwaliteit van de Nederlandse soa-zorg is het belangrijk om contacten tussen beroepsgroepen te behouden en daarnaast met behulp van gedegen epidemiologisch onderzoek actuele testmethodieken te bepalen.

De huidige standaarden seksuele gezondheidszorg voor zowel de 1<sup>e</sup> als de 2<sup>e</sup> lijn als de landelijke LCI-richtlijn zijn onlangs geactualiseerd en op elkaar afgestemd. Deze nieuwe richtlijnen worden in 2014 geïmplementeerd. Het actueel houden van richtlijnen en standaarden is een continu proces en heeft de aandacht van de betrokken beroepsgroepen. Ik hecht eraan dat volgens de richtlijnen en standaarden wordt gewerkt.

### *Grote verschillen tussen GGD-regio's in laboratoriumkosten*

Het uitvoeren van een soa-test door een laboratorium is in de ene regio tientallen euro's duurder dan in de andere regio. Voor een deel wordt dit verklaard door verschil in ervaring met openbare aanbesteding. De ene regio is beter in staat om scherpe tarieven af te spreken dan de andere regio.

Ik acht het van belang dat de tarieven die worden gehanteerd reële tarieven zijn. Het kostprijsonderzoek van de NZa naar de eerstelijnsdiagnostiek dat eind van dit jaar wordt opgeleverd dient hiervoor duidelijkheid te scheppen. Hierna onder «wijziging regeling ASG» ga ik nader in op de aanpak van de hoge laboratoriumkosten.

Tot zover de algemene conclusies uit de evaluatie. Naast de effecten van de integratie van de regelingen ACS en ASH tot de regeling ASG is bij de evaluatie ook gekeken naar de doelmatigheid en de financiële houdbaarheid van de regeling. Naar aanleiding daarvan geven de onderzoekers in het evaluatierapport een aantal opties waarmee de regeling doelmatiger en/of goedkoper wordt. Op basis van deze opties schets ik hieronder de wijziging van de regeling ASG.

## **Wijziging regeling ASG**

Een belangrijke conclusie uit het evaluatierapport is dat de GGD'en op het terrein van seksuele gezondheid kwalitatief goede zorg leveren en dat het vanuit het perspectief van de volksgezondheid, het vroegtijdig opsporen van soa en het doorbreken van transmissie, gewenst is om deze zorg bij de GGD'en te houden. Ik vind het van groot belang dat dit in de toekomst gewaarborgd blijft.

Tegelijkertijd is het budget voor de regeling de afgelopen jaren gestegen van 23 miljoen euro in 2008 naar bijna 30 miljoen euro in 2012. Indien de regeling ongewijzigd blijft zal ook de komende jaren het budget verder stijgen. Dit was een belangrijke reden om bij de evaluatie niet alleen naar de effecten van de integratie maar ook naar de doelmatigheid en de financiële houdbaarheid van de regeling te kijken.

In het kader van de evaluatie is geconstateerd dat onder bepaalde hoogrisicogroepen relatief weinig soa worden gevonden, hetgeen de vraag oproept of de regeling op deze groepen van toepassing moet blijven. Daarnaast is, zoals hierboven opgemerkt, vastgesteld dat de huidige laboratoriumkosten voor soa-diagnostiek aan de hoge kant zijn en dat het vanuit het oogpunt van doelmatigheid en kostenbeheersing mogelijk is om een financieel plafond aan te brengen in de regeling. Hieronder ga ik nader op deze bevindingen in.

### *Wijziging van de doelgroepen waarop de soa-bestrijding betrekking heeft*

In de huidige regeling ASG is opgenomen dat de soa-bestrijding betrekking heeft op «personen die behoren tot groepen in de samenleving met een verhoogd risico op een soa». Hieronder vallen onder meer prostituanten en personen met drie of meer partners in de zes maanden voorafgaand aan het consult. In praktijk wordt bij deze doelgroepen weinig soa gevonden. Op basis hiervan kan gesteld worden dat deze groepen niet meer beschouwd dienen te worden als personen met een verhoogd risico. Gelet hierop acht ik het opportuun de regeling ASG niet langer voor deze groepen open te stellen. Indien nodig kunnen deze groepen gebruik maken van de eerstelijnszorg door de huisartsen. Hiermee kan het gebruik van de regeling beperkt worden. Op basis van epidemiologische gegevens zal geëvalueerd worden wat de effecten zijn op de SOA bestrijding.

Anderzijds is in de evaluatie naar voren gekomen dat het vanuit het oogpunt van klantvriendelijkheid gewenst is om personen die zich bij de GGD melden als slachtoffer van verkrachting of seksueel geweld, toe te voegen aan de doelgroepen waarop de regeling van toepassing is. Gelet op de vaak traumatische ervaringen van deze personen is het gewenst om het geïntegreerde hulpverleningsaanbod van testen op soa en seksualiteitshulpverlening door de GGD'en ook voor deze groep laagdrempelig beschikbaar te maken. Daarbij hebben de GGD'en vaak goede contacten met 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg en justitie. De schatting is dat het hier om een relatief kleine groep personen gaat. De toename van het gebruik van de regeling zal dan ook beperkt zijn.

### *Vervallen van de verplichting om bij een positieve chlamydiatetest door te testen op andere soa*

In het verlengde van het voorstel om prostituanten en personen met wisselende contacten in het kader van regeling ASG niet langer te beschouwen als doelgroep van de soa-bestrijding, ligt het voorstel om de verplichting om bij jongeren na een positieve chlamydiatetest door te testen op andere soa te laten vervallen. Ook in deze gevallen worden relatief weinig soa gevonden.

Het gaat hierbij om de doelgroep jongeren die jonger dan 25 jaar zijn en die geen aanvullend risico<sup>3</sup> op een soa hebben.

Met deze wijziging wordt tegemoet gekomen aan de behoefte van de verpleegkundigen en artsen bij de GGD'en om niet verplicht jongeren ook te moeten testen op hiv en syfilis. Onder meer vanwege het bloedprikken zijn deze testen belastend voor de patiënt. Het schrappen van de verplichting om door te testen biedt ruimte voor afweging van de professional of dit al dan niet nodig is. Ook hier geldt dat de effecten van deze wijziging op basis van epidemiologie zullen worden gemonitord.

#### *Een nieuw normbedrag voor vergoeding van de laboratoriumkosten*

Een belangrijke component in de huidige financieringsystematiek van de regeling ASG op grond waarvan het benodigde budget wordt vastgesteld is de vergoeding voor de laboratoriumkosten.

Zoals hiervoor aangegeven zijn er grote verschillen in de tarieven die de verschillende GGD'en betalen voor de laboratorium diagnostiek. Door GGD'en en Medisch Microbiologische Laboratoria (MML's) zelf is aangegeven dat de tarieven in veel gevallen te ruim zijn. Waarschijnlijk worden hieruit andere kosten op terrein van infectieziekten gefinancierd. Door de NZa is een kostprijsonderzoek naar de eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd. In dit onderzoek zijn ook de tarieven voor soa-diagnostiek meegenomen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek wordt een nieuw normbedrag voor vergoeding van de laboratoriumkosten vastgesteld. Met het vaststellen van dit nieuwe normbedrag wordt getracht de laboratoriumkosten voor soa-diagnostiek meer in lijn te brengen met de feitelijke kostprijs.

Door de GGD'en zullen de nieuwe normbedragen gebruikt worden in hun onderhandeling met de laboratoria, waardoor naar verwachting de gemiddelde laboratoriumkosten naar beneden gaan.

Aangezien een groot deel van het subsidiebudget voor de regeling ASG opgaat aan laboratoriumkosten levert dit een besparing op van de totale kosten.

#### *Financieel plafond in de regeling ASG*

Zoals hiervoor weergegeven in figuur 1 is het aantal soa-tests de afgelopen jaren flink gestegen. Gelet op het huidige vindpercentage (14%) en de schatting van het aantal personen met een soa (bijvoorbeeld voor chlamydia is de schatting dat momenteel 50% wordt ontdekt), is het de verwachting dat ook de komende jaren het aantal soa-tests zal toenemen. Met de jaarlijkse groei van het aantal consulten en een financieringsystematiek, dat afreken per consult en gevonden soa, stijgt het totale benodigde budget jaarlijks en dat is onwenselijk. Vanuit doelmatigheid en kostenperspectief wil ik een financieel plafond aanbrengen in de regeling, welke niet gebaseerd is op het aantal consulten, maar zich richt op efficiënter werken.

De hoogte van het plafond wordt vastgesteld op het huidige niveau van het benodigde budget voor de regeling te weten ± 30 mln euro. Het beschikbare budget zal over de regio's verdeeld worden op basis van historische gegevens (verhoudingen). In het verleden waren de schommelingen tussen de regio's niet groot. Mogelijke schommelingen door toekomstige verschillen in regionale ontwikkelingen worden ondervangen door een evaluatie na drie jaar.

<sup>3</sup> Bijvoorbeeld omdat ze tevens behoren tot de groep mannen die seks heeft met mannen.



In combinatie met de hiervoor geschetste – per saldo kostenbesparende – maatregelen, blijft er vooralsnog ruimte voor groei van het aantal testen. Dit is, zoals hiervoor aangegeven, in lijn der verwachting en gelet op het huidige vindpercentage gewenst. Met het instellen van een financieel plafond ontstaat duidelijkheid over het benodigde budget voor de regeling ASG. Voor het Rijk zal de jaarlijkse stijging worden beperkt tot jaarlijkse indexering.

Voor de GGD'en betekent het instellen van een plafond dat zij hun werkzaamheden binnen een vastgesteld budget moeten uitvoeren. Dit zal de GGD'en ertoe aanzetten om hun werk zo efficiënt en effectief mogelijk te doen.

Daarbij kan gedacht worden aan het maken van scherpe keuzes bij de triage, hetgeen bijvoorbeeld mogelijk is als naast hoogrisicogroepen ook gekeken wordt naar risicogedrag en keuzes bij het gebruik van testen. Ook gunstige contracten met de laboratoria kunnen hierbij uitkomst bieden. Met betrekking tot de afwegingen bij de triage en de inzet van testen zijn de professionele richtlijnen en standaarden leidend.

### **Vervolg**

Tijdens een bijeenkomst op 11 oktober 2013 op het Ministerie van VWS zijn de acht coördinerende GGD'en, GGD Nederland, Soa Aids Nederland en Rutgers WPF geïnformeerd over bovenstaande wijzigingen van de regeling ASG.

De regeling ASG wordt in de eerste helft van 2014 aangepast en voor 1 augustus 2014 in de Staatscourant gepubliceerd. Aan de GGD'en is tijdens genoemde bijeenkomst verzocht om vanaf heden bij de planning en organisatie rekening te houden met de aangekondigde wijzigingen.

Ik hoop u hiermee een goed beeld te hebben gegeven van het functioneren van de aanvullende seksuele gezondheidszorg bij de GGD'en. Daarbij heb ik er vertrouwen in dat met de voorgestelde wijzigingen ook in de toekomst de aanvullende seksuele gezondheidszorg op adequate wijze kan worden uitgevoerd.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn