

Andersson Elffers Felix

De lasten van de lusten

**Evaluatie Subsidieregeling Aanvullende
Seksuele Gezondheidszorg 2012 (ASG)**

Eindrapport

Utrecht, 11 juli 2013
GB144/eindrapportage

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding en achtergrond	3
1.2	Doelstelling en vraagstelling evaluatie	4
1.3	Onderzoeksmethode	4
2	Ontwikkeling van de regeling	7
2.1	Veranderingen in de regeling in 2012	7
2.2	Organisatie	7
2.3	Aantal soa-consulten en vindpercentages	8
2.4	Sense	9
2.5	Regionale verschillen	10
2.6	Hoog-risicogroepen	11
2.7	Vindpercentage	12
2.8	Mogelijke toekomstige ontwikkelingen	13
3	Ervaringen met de ASG	15
3.1	Integratie soa en seksualiteitshulpverlening	15
3.2	Triage	16
3.3	Hoog-risicogroepen	17
3.4	Hoezo aanvullend?	19
3.5	Financiering	24
3.6	Uitgaven	25
3.7	Perverse prikkels in de financiering	27
3.8	Eigen bijdrage	28
4	Samenvattende conclusies	30
5	Aanpassing van de ASG	35
5.1	Waarom veranderen?	35
5.2	Algemene aanbevelingen	35
5.3	Optie 0: regeling hetzelfde houden	36
5.4	Optie 1: regeling marginaal aanpassen en bekostiging zuiverder maken	37
5.5	Optie 2: optie 1 + meer vertrouwen op professionals	39
5.6	Optie 3: optie 2 + financieringsplafond	40
5.7	Optie 4: financiering via de zorgverzekering	41
5.8	Optie 5: financiering via de zorgverzekering voor 25+	43

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

- *Straks van 16 tot 17 uur is er weer een chatroom voor al je vragen over #seks #soa.*
- *De drogist verkoopt liever condooms dan soatesten.*
- *Vragen over verliefdheid, relaties en (veilige en fijne) seks? Vanmiddag chatroom. #seksweetjes.*
- *Waarom zou je je laten testen op soa? Weet je hoe andere jongeren daar over denken?*
- *Nieuw: fijn vrijen voor alle jongeren! #onlinehulp, #gratis, #anomien, jongeren tot 25, met #seksueleproblemen.*

Bovenstaande twitterberichten zijn te lezen op het twitter-account en de website Sense.info.¹ De website biedt informatie over liefde, relaties, problemen bij het vrijen, voorbehoedsmiddelen en de risico's op een seksueel overdraagbare aandoening (soa).

Nederland kent een jarenlange traditie van het actief informeren van mensen over seksualiteit, inclusief het belang van veilig vrijen. Zo werd bijna 100 jaar geleden, in 1914, de Nederlandsche Vereeniging tot bestrijding der geslachtsziekten opgericht. De werkzaamheden van de vereniging bestonden uit het voorlichten van risicogroepen, deskundigheidsbevordering van professionals en voorlichting aan het algemene publiek. De vereniging was van mening dat voor iedereen met een geslachtsziekte een goedkope en doelmatige behandeling beschikbaar moest zijn in de vorm van een kosteloze polikliniek in elke gemeente van enige omvang. In de jaarvergadering van 1918 werd overgegaan tot oprichting van lokale consultatiebureaus om de geneeskundige behandeling van geslachtsziekten te bevorderen.

Bijna 30 jaar geleden, in 1985, werd de eerste SIRE-campagne op televisie vertoond, waarin mensen met verschijnselen van een soa werden opgeroepen zich te laten testen. In de jaren daarna hadden de Vrij Veilig Campagnes tot doel om de Nederlandse bevolking via televisie en sociale media te wijzen op het belang van veilig vrijen in het algemeen en condoomgebruik in het bijzonder.

Alle voorzieningen en voorlichting op het gebied van seksuele hulpverlening en soa-bestrijding zijn niet uitsluitend vanuit moreel oogpunt opgezet. Het voorkomen en bestrijden van soa's zijn immers onderdeel van de infectieziektebestrijding. Volgens de Wet publieke gezondheid (Wpg) is de bestrijding van soa's, inclusief bron- en contactopsporing, onderdeel van deze infectieziektebestrijding. Omdat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wpg, dragen zij ook zorg voor de bestrijding van soa's.

In de jaren 80 van de vorige eeuw daalde het aantal gevonden soa's na de opkomst van hiv/aids. Eind jaren 90 – begin jaren 00 nam het aantal gevonden soa's weer toe en

¹ Sense.info is een product van Soa Aids Nederland, Rutgers WPF, GGD Nederland, de GGD-centra voor seksuele gezondheid en hun regionale partners, RIVM en ZonMw. Sense.info is een initiatief van het Ministerie van VWS.

daarmee ook het gevaar voor de volksgezondheid. Dit was voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aanleiding om in 2006 een regeling voor Aanvullende Curatieve Soa-bestrijding (ACS) in het leven te roepen. Soa-poli's waren op dat moment vooral in de grote steden aanwezig. Met de ACS werd deze vorm van soa-zorg uitgebreid tot een landelijke dekking en kwam meer aandacht voor een uniforme werkwijze op de soa-poli's. Doel van de ACS was het voorkomen van verspreiding van soa's door vroege opsporing en behandeling. Laagdrempeligheid en gerichtheid op groepen met een verhoogd risico op soa's waren daarom belangrijke pijlers van de ACS.

In 2008 werd naast de ACS ook de regeling Aanvullende Seksualiteitshulpverlening (ASH) ingevoerd, waaruit Sense-sprekuren werden gefinancierd¹. Deze zorg was eerder uitgevoerd door de Rutgershuizen, maar werd met de ASH ondergebracht bij de GGD. In tegenstelling tot de ACS was de ASH gericht op seksualiteitshulpverlening, bijvoorbeeld ongewenste zwangerschap en seksueel geweld. De doelgroep van de ASH waren jongeren tot 25 jaar. Beide regelingen werden uitgevoerd door de GGD en hoewel doelen en doelgroepen van beide regelingen niet helemaal overeenkwamen, was er wel overlap. Daarom zijn de ACS en de ASH in 2012 samengevoegd tot de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG).

1.2 Doelstelling en vraagstelling evaluatie

In opdracht van de Directie Publieke Gezondheid van het ministerie van VWS heeft Andersson Elffers Felix (AEF) de ASG geëvalueerd. Doelstelling van de evaluatie is het verkrijgen van inzicht in de werking van de ASG in de praktijk.

De centrale hoofdvraag van de evaluatie luidt: *hoe functioneert de regeling ASG in het totale stelsel van preventie en zorg rond seksuele gezondheid?*

1.3 Onderzoeksmethode

De evaluatie bestond uit een combinatie van documentenonderzoek en gesprekken met belanghebbenden.

Documentenonderzoek

De volgende documenten zijn geraadpleegd:

- Subsidieregeling Publieke Gezondheid
- Beleidsbrief Seksuele Gezondheid
- Jaarverslagen RIVM, inclusief jaarrapportage soa surveillance van het RIVM/Cib
- Nationaal soa/hiv-plan
- Evaluatie ACS (2008) en ASH (2010)
- Documenten en bestanden met gegevens over aantallen soa-testen (inclusief type testen), doelgroepen en vindpercentages (uitgesplitst naar type soa's): verkregen van het RIVM en de coördinerende GGD'en
- Documenten met informatie over de organisatie van de GGD'en (waaronder: aantallen medewerkers, budgetten en aansturing)

¹ Sense-sprekuren zijn spreekuren waar jongeren kosteloos terecht kunnen met vragen over seksualiteit.

- Visitatierapportages GGD'en
- Documenten met informatie over het aantal Sense-consulten, inclusief doelgroepen: verkregen van Rutgers WPF en de coördinerende GGD'en
- Diverse documenten met informatie over de ontwikkeling van infectieziekten en de hulpverlening door GGD'en en andere organisaties.

Gesprekken

In totaal zijn circa 80 mensen door middel van een gesprek betrokken geweest bij de evaluatie. Hierbij gaat het om medewerkers van:

- 8 coördinerende GGD'en
- Lokale GGD'en (verpleegkundigen en artsen)
- GGD Nederland
- Ministerie van VWS
- RIVM (leidinggevenden, beleidsmedewerkers en regionaal arts-consulenten)
- Soa Aids Nederland
- Rutgers WPF
- SekSHAG
- CASA Nederland
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Huisartsenopleiding AMC
- Huisartsenpraktijken
- Werkgroep Artsen in de aanvullende curatieve Soazorg en Sense (WASS)
- Dermatologiepraktijken
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS)
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
- Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)
- Medische Laboratoria Dr. Stein & Collegae.

Tijdens alle gesprekken is ingegaan op:

- De manier waarop de ASG wordt uitgevoerd
- De ervaringen met de ASG, onder andere de manier waarop de integratie van de regelingen ACS en ASH tot de ASG wordt ervaren
- Financiering van de ASG
- Positie van de ASG in het totale stelsel van publieke gezondheidszorg, onder andere ten opzichte van de eerstelijns zorg op het gebied van seksuele gezondheid
- Aandachtspunten en verbetermogelijkheden bij de huidige vormgeving en uitvoering van de regeling ASG.

Bijeenkomst belanghebbenden

De resultaten van de evaluatie zijn samengevat in een concept eindrapportage. Deze is afgestemd tijdens een bijeenkomst met belanghebbenden op 16 mei 2013. Voor deze bijeenkomst zijn vertegenwoordigers van de hierboven genoemde organisaties uitgenodigd.

Begeleiding evaluatie

Het onderzoek is begeleid door Marieke Mossink en Martine Eenshuistra (ministerie van VWS) en Silke David (RIVM). Alle documenten die voor de evaluatie zijn geraadpleegd, de belanghebbenden die zijn benaderd voor een gesprek en de tussenrapportages zijn met hun afgestemd.

Bij de voorbereiding van de gesprekken en bespreking van de tussentijdse analyses was ter ondersteuning van AEF prof. dr. Jan van Bergen (bijzonder hoogleraar Hiv en Soa in de eerste lijn aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, AMC-UvA) betrokken.

2 Ontwikkeling van de regeling

2.1 Veranderingen in de regeling in 2012

De voorlopers van ASG, de ACS en de ASH zijn geëvalueerd in 2008 en 2010. Het oordeel was overwegend positief, zowel over het bereik als over de effectiviteit van de regelingen. Eén van de aanbevelingen uit de evaluatie van de ASH was om de regelingen te integreren om zo de samenhang tussen preventie en curatie te versterken. Een ander advies was om GGD'en de mogelijkheid te geven om de Sense-hulpverlening breder in te vullen dan alleen fysieke consulten. In de ASG zijn deze aanbevelingen uitgewerkt door de regelingen te integreren de uitvoering van Sense met een lumpsumvergoeding te financieren.

De ASG heeft tot doel de eerdere regelingen ACS en ASH te combineren en geïntegreerde hulpverlening te bieden gericht op seksualiteit en soa's. Het doel van het curatieve deel van de ASG is om verspreiding van soa's tegen te gaan. Daarom is gekozen voor een focus op groepen met een verhoogd risico op een soa:

- mannen die seks hebben met mannen (MSM)
- prostituees en prostituanten (in de 6 maanden voorafgaand aan het consult)
- personen afkomstig uit soa-endemisch gebied (Suriname, Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko, Afrika, Zuid-Amerika, Azië, Oost Europa)
- personen met een partner uit voorgenoemde doelgroepen
- personen die gewaarschuwd zijn voor een soa of klachten hebben die wijzen op een soa
- personen jonger dan 25 jaar
- personen met 3 of meer partners in de 6 maanden voorafgaand aan het consult.

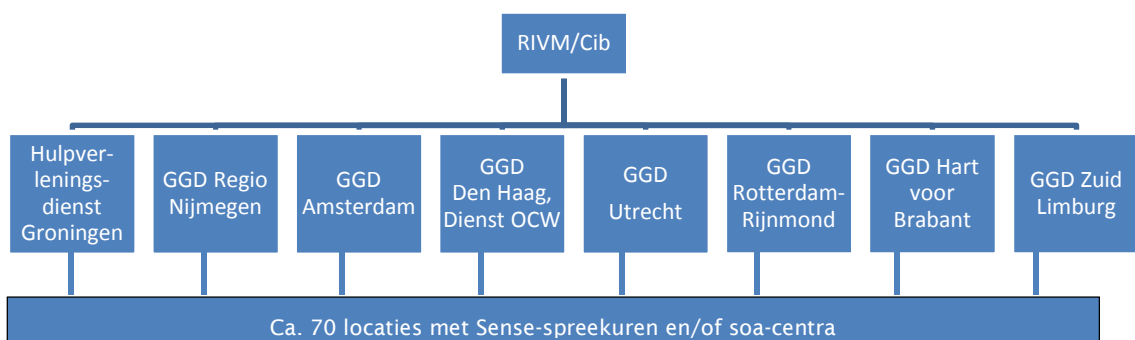
Tot 2012 vielen alle personen die anoniem getest wilden worden binnen de ACS, ook als ze niet tot een hoog-risicogroep behoorden. Sinds de invoering van de ASG valt deze groep niet meer binnen de regeling.

De laatste verandering van de ASG ten opzichte van de ACS is dat mensen onder de 25 jaar die niet tot een andere risicogroep behoren alleen op chlamydia getest worden. Alleen bij positieve chlamydia wordt ook op andere soa's getest.

2.2 Organisatie

De organisatie van de ASG is in handen van acht coördinerende GGD'en (zie figuur 1). Deze GGD'en ontvangen geld van het RIVM/Cib als landelijk coördinerende instantie.

Figuur 1: schematische weergave van de organisatie van de regeling ASG

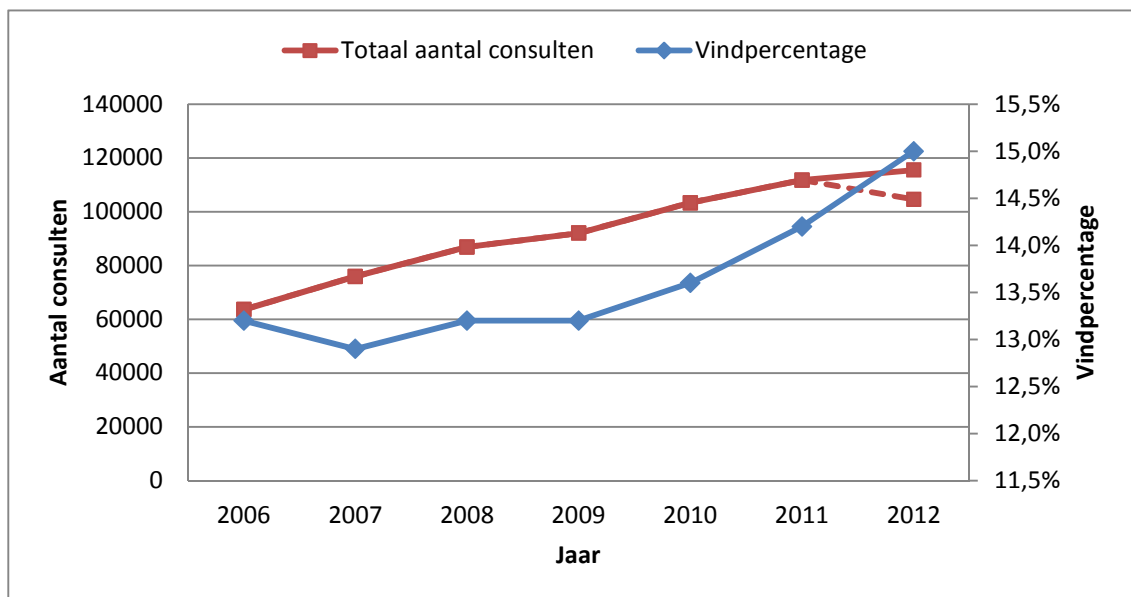


De coördinerende GGD'en zorgen gezamenlijk voor een landelijke dekking van centra seksuele gezondheid. Deze zijn ondergebracht bij GGD'en en CJG's, maar ook bij ziekenhuizen, abortusklinieken en organisaties die veel contact hebben met hoog-risicogroepen, zoals ROC's en het COC.

Binnen de GGD'en kenmerkt de regeling zich door het gebruik van de verlengde-armconstructie. Consulten worden over het algemeen uitgevoerd door verpleegkundigen, met een arts als achterwacht. Deze verpleegkundigen zijn speciaal opgeleid op het gebied van seksuele gezondheid en hebben veel meer ervaring met soa-testen dan de meeste huisartsen. Bovendien zijn ze door hun opleiding toegerust om naast de soa-test ook in te gaan op veilig vrijen en eventuele andere problemen op het gebied van seksualiteit. Doordat een verpleegkundige veel minder kost dan bijvoorbeeld een dermatoloog, is het mogelijk om relatief goedkoop hoogwaardige consulten van 20 tot 30 minuten aan te bieden.

2.3 Aantal soa-consulten en vindpercentages

In de afgelopen jaren zijn zowel het aantal soa-consulten als het vindpercentage gestegen, zoals te zien is in Figuur 2.



Figuur 2: Aantal consulten en vindpercentage

In 2012 is deze stijging licht afgevlakt, maar het aantal testen is wel verder gestegen. Het schrappen van de groep mensen die zich anoniem wilden laten testen zonder aan andere risicocriteria te voldoen heeft dus weinig effect gehad op het aantal consulten. Dit is niet verwonderlijk, aangezien het in 2011 slechts om 3.428 consulten ging, wat overeenkwam met ongeveer 3% van het totale aantal consulten. In Figuur 2 is ook te zien wat het effect is dat wordt bereikt door jongeren die verder geen verhoogd risico hebben, alleen nog op chlamydia te testen. De doorgetrokken lijn geeft het totaal aantal consulten weer, terwijl de gestippelde lijn alleen de consulten laat zien waar het complete pakket van chlamydia,

gonorroe, syfilis en hiv¹ getest is². Het aantal contactmomenten is hoger dan het aantal consulten, aangezien bijvoorbeeld de behandeling van een soa of een vervolgtest bij een jongere waar een positieve chlamydia wordt gevonden niet als apart consult wordt geteld.

In totaal hebben soa-poli's in 2012 bij ruim 17.000 mensen een soa aangetroffen. Het totaal aantal gevonden soa's komt boven de 19.000, doordat één persoon meerdere soa's kan hebben. Er zijn in 2012 11.763 jongeren alleen op chlamydia getest. Bij 959 van hen is een chlamydia-infectie aangetroffen, wat overeenkomt met een vindpercentage van 8,2%. Bij 823 van deze jongeren is vervolgens door getest op andere soa's. Het is niet duidelijk waarom de overige 136 jongeren niet op de andere soa's zijn getest. Het is mogelijk dat het een tijdelijk probleem was bij het invoeren van de nieuwe regeling, maar GGD'en geven ook aan dat jongeren soms niet op komen dagen voor een vervolgtest.

Er zijn ook 779 jongeren ten onrechte op het volledige pakket getest. Het vindpercentage bij deze groep was 7,4%. Waarschijnlijk was dit een overgangsprobleem: GGD'en geven in gesprekken aan dat medewerkers, toen de regeling net veranderd was, soms als automatisme nog alle testen aankruisten, maar dat de invoering inmiddels goed verloopt. Het RIVM vergoedt voor deze groep alleen de chlamydiatetest, dus ook deze testen zijn niet als volledige testen binnen de regeling geteld.

2.4 Sense

Het aantal *geregistreerde* Sense-consulten in 2012 was 12.706. Het aantal geregistreerde consulten is in dit jaar licht afgenomen ten opzichte van 2011 (14.477), maar ligt wel boven het niveau van 2010 (11.500). Deze getallen geven echter een beperkt beeld van de daadwerkelijke Sense-activiteiten. Outreach-activiteiten zijn bijvoorbeeld niet in deze cijfers opgenomen. Daarnaast mist er in de statistieken vrijwel zeker een deel van de seksualiteitshulpverlening die plaatsvindt tijdens soa-consulten. GGD'en geven aan dat Sense-consulten die gecombineerd zijn met een soa-consult vaak niet in het Sense-dossier worden geregistreerd.

De genoemde getallen hebben betrekking op fysieke consulten. Daarnaast zijn er andere vormen van hulpverlening, zoals telefonische of digitale hulpverlening. Er zijn geen landelijke cijfers bekend over deze vormen van hulpverlening. Wel is bekend dat in 2010 sprake was van 6.151 contacten via de Sense infolijn (onderdeel van de website Sense.info):

- email: 2.306 (38%);
- chatservice: 1.982 (32%);
- chatroom Scholieren.com: 1.225 (20%);
- telefoon: 638 (10%).

Verder krijgen de afzonderlijke GGD'en nog vragen binnen per telefoon of e-mail. De registratie van deze vragen is onvolledig en de aantallen verschillen sterk per regio.

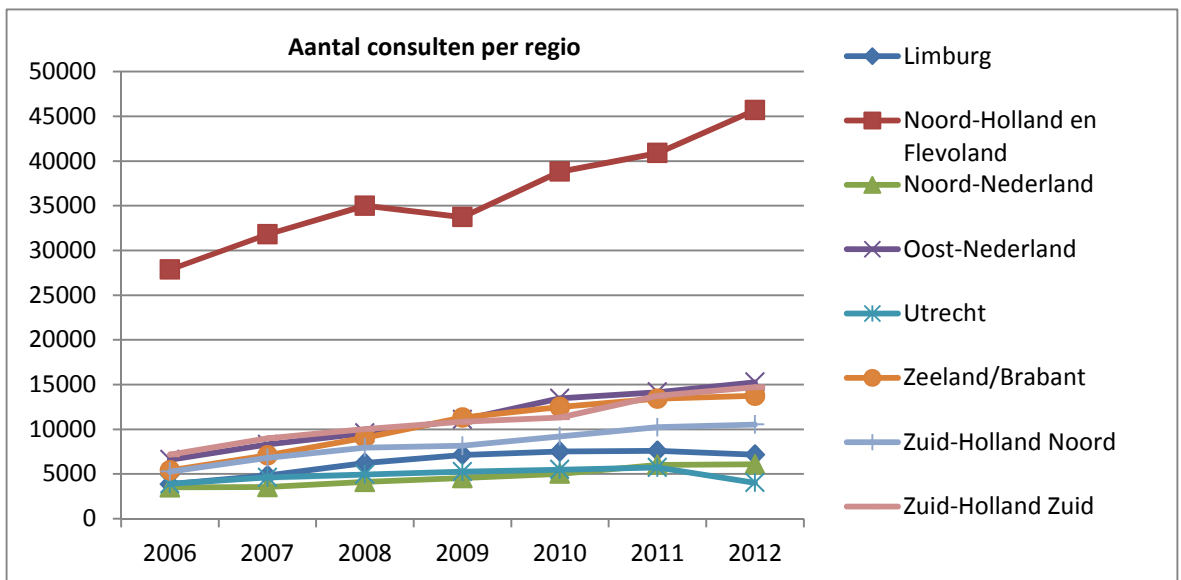
¹ Ook als geen hiv getest is, bijvoorbeeld wegens een bekende hiv-infectie, is de test in dit totaal opgenomen.

² De cijfers voor 2012 zijn gebaseerd op de aantallen zoals halverwege maart 2013 bekend bij het RIVM. GGD'en kunnen tot april consulten doorgeven. Daardoor mist in 2012 een paar procent.

Het algemene beeld is wel dat de meeste mensen bij de GGD komen met een soa-gerelateerde vraag.

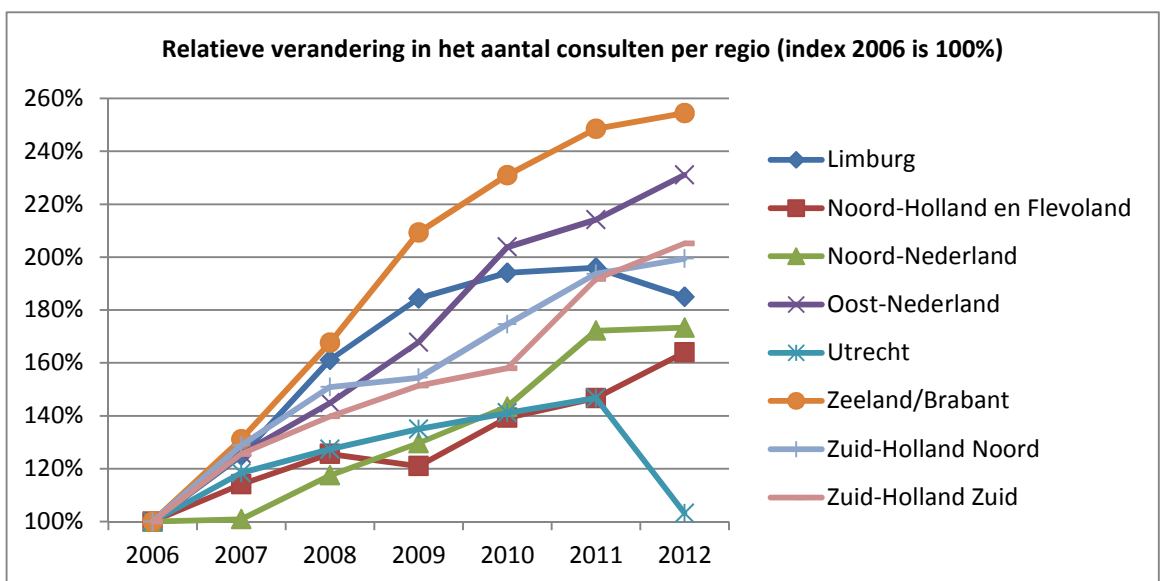
2.5 Regionale verschillen

Het aantal consulten verschilt sterk per regio, zoals te zien is in Figuur 3.



Figuur 3: Aantal consulten per regio

Het grote aantal testen in de regio Noord-Holland en Flevoland valt direct op. Daardoor leent Figuur 3 zich niet goed om regionale trends te zien. Behalve het absolute aantal testen bekijken we daarom in Figuur 4 ook de verandering in het aantal testen ten opzichte van 2006. Hierbij zetten we de index van het aantal testen in 2006, het startjaar van de ACS, op 100%.



Figuur 4: Relatieve verandering ten opzichte van 2006 in het aantal consulten per regio

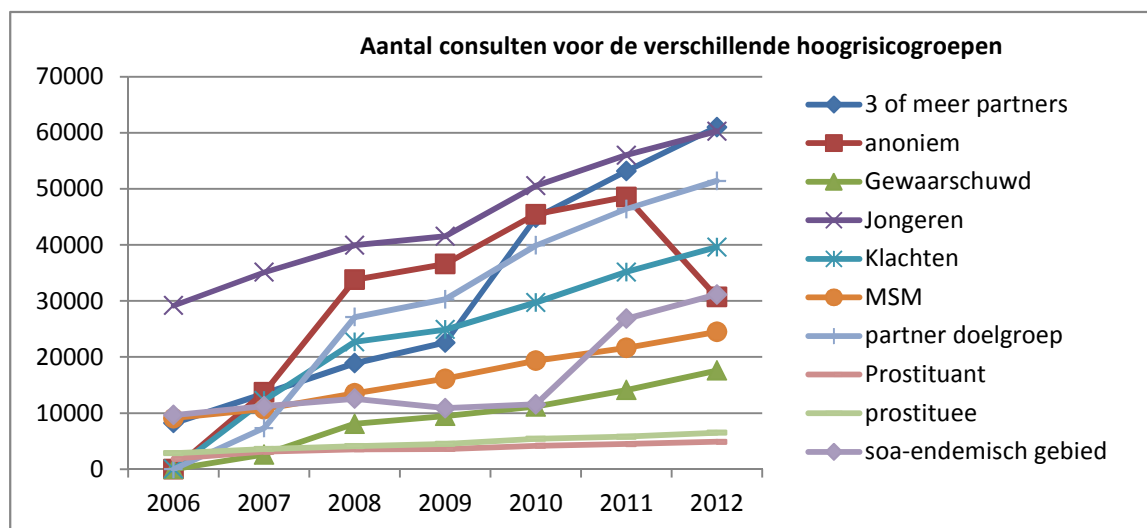
We zien dat bijna de volledige stijging van het aantal consulten in 2012 wordt verklaard door het toegenomen aantal consulten in de regio Noord-Holland en Flevoland. Tegelijkertijd is de relatieve stijging van het aantal consulten ten opzicht van 2006 één van de laagste van het land. Dit komt vooral door de historisch sterke positie van de soa-poli in Amsterdam. In andere delen van het land zijn met de ACS nieuwe soa-poli's opgezet, terwijl de poli in Amsterdam al jaren een begrip was.

De relatief sterke stijging in het jaar 2012 ten opzichte van ander regio's is wel opvallend. Een verklaring hiervoor kan deels worden gevonden in de het grote aantal MSM dat de soa-poli in Amsterdam bezoekt. Deze groep wordt aangemoedigd om zich meerdere keren per jaar (tot wel vier keer) te laten testen om verspreiding van soa's tegen te gaan. Ongeveer 20% van de stijging in 2012 bestaat uit consulten voor MSM. Daarnaast heeft de soa-poli in Amsterdam al jaren te maken met wachtlijsten. Daarom is een scherpe triage, waarbij de mensen met de hoogste risico's voorrang krijgen, in Amsterdam al jaren gebruikelijk. In 2011 was het percentage van de consulten voor mensen die zich alleen anoniem lieten testen zonder aan andere risicofactoren te voldoen er bijvoorbeeld bijna vier keer zo laag als in de rest van het land. De ASG betekende in Amsterdam dus slechts een marginale verandering in het beleid. Daardoor is het niet verwonderlijk dat de trend van de afgelopen jaren zich doorgezet heeft. In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op het onderwerp triage.

In Utrecht en Limburg is het aantal testen in 2012 afgenomen. In Limburg lijkt dit in lijn met de afvlakking in eerdere jaren. In Utrecht wordt in de gesprekken door medewerkers van de soa-poli aangegeven dat de nieuwe regeling ASG aanleiding is geweest voor een scherpere triage. Aangezien in 2011 nog 10% van de consulten in Utrecht was voor mensen die alleen anoniem getest wilden worden, is dit waarschijnlijk de verklaring voor de daling.

2.6 Hoog-risicogroepen

De voornaamste groei van de regeling ASG zit in de soa-consulten en bijbehorende behandelingen bij een positieve uitslag. Uit onderstaande grafiek blijkt dat deze stijging niet wordt veroorzaakt door één specifieke hoog-risicogroep. Voor alle hoog-risicogroepen is een gestage stijging van het aantal consulten te zien.



Figuur 5: Het aantal consulten uitgesplitst naar hoogrisicogroep. Een persoon kan aan meerdere criteria voldoen. GB144/eindrapport evaluatie asg

Er zit veel overlap tussen de verschillende groepen. Iemand van 22 jaar uit de doelgroep MSM met een ouder uit een soa-endemisch gebied en wisselende contacten, komt bijvoorbeeld vier keer in deze grafiek terug. Dit is ook de reden dat minder dan 20% van de jongeren alleen op chlamydia wordt getest. De overige 80% behoort ook tot een andere hoog-risicogroep. Gemiddeld voldoen cliënten van soa-poli's aan 2,8 criteria voor hoog-risicogroepen. De ASG slaagt er dus goed in om de echte hoog-risicogroepen te bereiken.

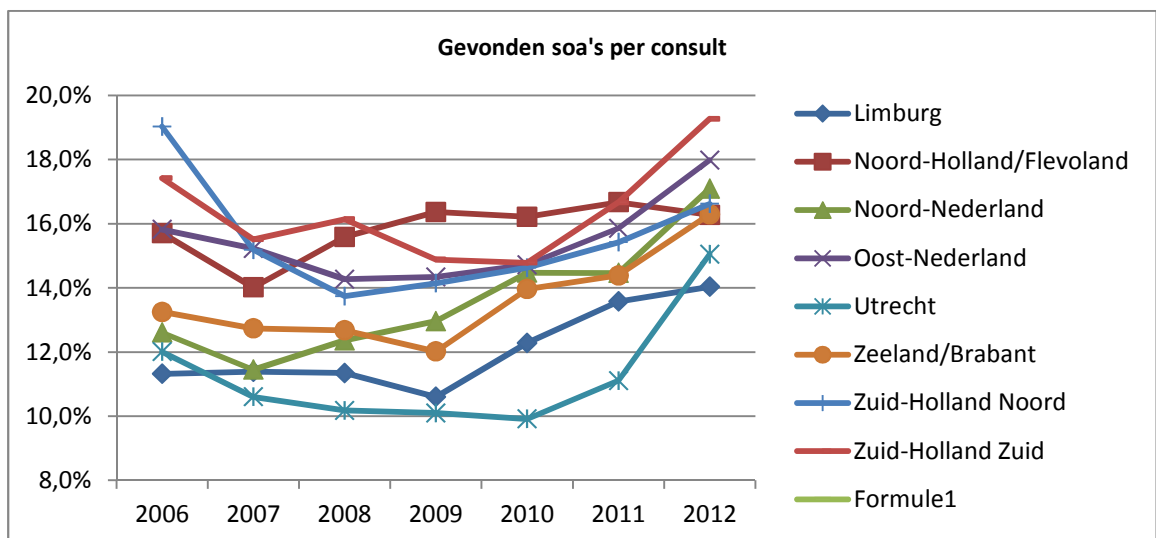
De grote stijging in de groep uit een soa-endemisch gebied in 2011 heeft te maken met een verandering in de definitie van de gebieden die hieronder vallen. Sinds dat jaar is namelijk gebruik gemaakt van de definitie van het CBS voor etniciteit, waardoor meer mensen onder deze groep vallen. Daarnaast zijn op een aantal plaatsen projecten gestart om bijvoorbeeld Antilliaanse jongeren beter te bereiken.

De groep 'Anoniem' geeft in het consult niet de volledige naam op. Ook in 2012 betreft dit nog ruim een kwart van het totale aantal consulten. Het is echter niet duidelijk in hoeverre dit veroorzaakt wordt door de manier van registreren en welk deel van deze mensen anonimiteit daadwerkelijk belangrijk vindt. Uit gesprekken met GGD'en blijkt dat met dit criterium niet door alle GGD'en op dezelfde manier wordt omgegaan.

Het is niet duidelijk in hoeverre de stijging in de ASG ten koste gaat van consulten bij de huisartsen. Ook bij huisartsen is al jarenlang een stijging in het aantal consulten en de verhouding tussen consulten bij de huisartsen en de poli's is door de jaren heen ongeveer gelijk gebleven. Alleen zijn van huisartsen geen verdere gegevens beschikbaar over patiënten. Het is dus niet duidelijk in hoeverre de stijging bij de huisartsen ook hoog-risicogroepen betreft.

2.7 Vindpercentage

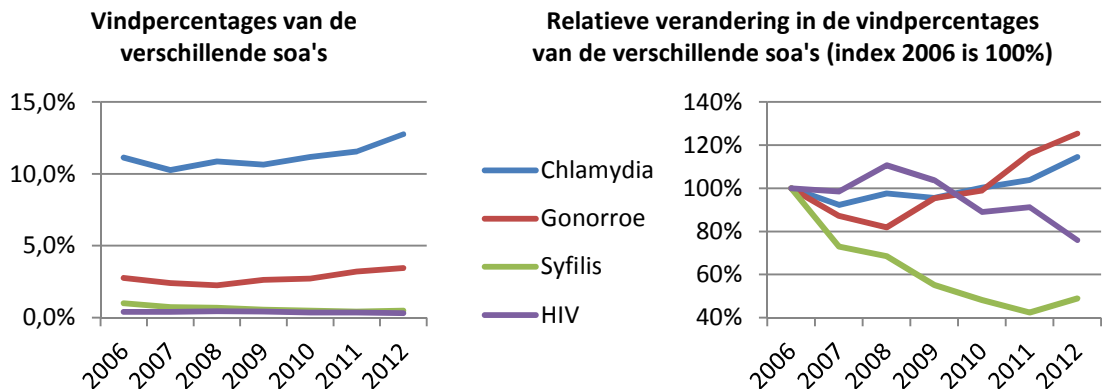
Als we kijken naar het aantal gevonden soa's per consult, zien we dat de vindpercentages in bijna alle regio's gestegen zijn en dat de verschillen tussen de regio's kleiner zijn geworden in 2012.



Figuur 6: Aantal gevonden soa's per consult voor de verschillende regio's

In bijna alle regio's zijn in 2012 meer soa's per consult gevonden. Alleen in Amsterdam is het vindpercentage licht gedaald. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het aantal gevonden soa's per consult sterk bepaald wordt door het aantal gevonden chlamydia-infecties, aangezien deze soa verreweg het meeste voorkomt. Dit is ook te zien in Figuur 8. In Amsterdam is het vindpercentage voor chlamydia relatief laag in vergelijking met de rest van het land, maar de vindpercentages voor alle andere soa's liggen hoger. Hoewel het totale vindpercentage dus niet meer tot de landelijke top behoort, scoort Amsterdam nog steeds hoog op de gevaarlijkere soa's.

In Figuur 8 zijn de vindpercentages weergegeven voor de verschillende soa's en de ontwikkeling van deze vindpercentages door de jaren heen (waarbij het vindpercentage in 2006 op 100% is gezet).



Figuur 7: Vindpercentages van de verschillende soa's en de relatieve verandering van deze vindpercentages door de jaren heen.

De vindpercentages voor de verschillende soa's laten een wisselend beeld zien. De vindpercentages voor de relatief ernstige soa's, hiv en syfilis, zijn de afgelopen jaren stabiel laag en dalen zelfs. De vindpercentages voor de vaker voorkomende soa's, chlamydia en gonorrhoe, stijgen echter wel. Zeker gezien de toename in het aantal consulten is deze stijging opmerkelijk. Dit betekent namelijk dat de stijging in het aantal consulten niet ten koste gaat van de doelmatigheid van de regeling.

2.8 Mogelijke toekomstige ontwikkelingen

Zoals aan het begin van dit hoofdstuk is beschreven, is het aantal soa-testen in de afgelopen 6 jaar zo goed als verdubbeld. De toenemende aandacht voor seksuele hulpverlening – onder andere via Sense-activiteiten, aandacht op scholen en in de media en andere outreach-activiteiten – zou een logische verklaring voor deze toename kunnen zijn. Het blijft een aanname. Wat de daadwerkelijke verklaring is voor de stijging van het aantal mensen dat zich meldt voor een soa-test kan op dit moment niet worden geobjectiveerd.

Doordat het uitvoeren van de soa-consulten het grootste deel van de totale kosten van de ASG zijn, betekent een stijging van het aantal consulten ook een stijging van het benodigd budget voor het uitvoeren van de ASG. De vraag dient zich aan of een voortzetting van deze stijging wenselijk is. In het kader van deze evaluatie kan wel worden geconstateerd dat vooral de afgelopen 3 jaar ook het vindpercentage is toegenomen. Onder andere door een scherpe triage en doelgroep-beleid is het niet onwaarschijnlijk dat dit vindpercentage de

komende jaren blijft stijgen. Deze stijging kan – vanuit de doelstelling van efficiënte infectieziektebestrijding – als een succes van de ASG worden gezien. Het is duidelijk dat we nooit in een situatie zullen komen dat heel Nederland uitgebreid gebruik maakt van soa-zorg. Op een bepaald moment zal het aantal consulten of het vindpercentage dus wel afvlakken. De beste schatting op dit moment is echter dat ongeveer de helft van het aantal chlamydia-infecties in Nederland wordt gevonden. Er is dus geen reden om aan te nemen dat bij ongewijzigd beleid het aantal consulten terug zal lopen of af zal vlakken in de komende jaren.

3 Ervaringen met de ASG

3.1 Integratie soa en seksualiteitshulpverlening

In de regeling ASG is opgenomen dat de integratie van de ACS (soa-bestrijding) en ASH (seksualiteitshulpverlening; Sense) twee doelen heeft:

- 1 Er wordt een doelmatigheidsslag beoogd. Zowel soa-bestrijding als Sense consulten worden door de GGD uitgevoerd en kunnen tegelijkertijd plaatsvinden.
- 2 Een verbetering van de financiële houdbaarheid. Met de ASG wordt een financiële besparing van met name de aanvullende soa-bestrijding beoogd.

De integratie van soa en Sense wordt door het overgrote deel van de betrokkenen als positief ervaren. In de praktijk melden de meeste mensen zich bij de GGD met (het vermoeden van) een soa. Tijdens het consult wordt door de GGD-artsen en – verpleegkundigen veelal ook ingegaan op seksualiteitsvraagstukken, zoals: weerbaarheid en seksueel geweld, verschillende vormen van anticonceptie en de risico's van soa's. Regelmatig blijken dan ook andere vraagstukken te spelen. Met name anticonceptie is een belangrijk onderwerp. Er komen jongeren op de GGD om zich laten testen op een soa wegens een onveilig contact waarvan blijkt dat ze geen vorm van anticonceptie gebruiken. Door de integratie van de twee regelingen is het mogelijk deze jongeren meteen voor te lichten over anticonceptie en een recept mee te geven. Als het recept afgelopen is, gaan deze jongeren over het algemeen naar de huisarts voor anticonceptie. Medewerkers zijn positief over de gecombineerde consulten en geven aan hun werk zinvoller en uitdagender te vinden door breder te kijken dan soa's. De soa-vraag wordt in consulten aangegrepen om een breder gesprek over seksualiteit te hebben, wat een doelstelling van de ASG is.

De geïntegreerde consulten, waarbij niet meer apart afgerekend wordt voor het Sense-consult, gaan wel ten koste van de registratie. De soa- en Sense-dossiers zijn op dit moment nog twee verschillende elektronische dossiers en – indien van toepassing – moet daarnaast ook nog het Hepatitis-B dossier apart worden geopend. Tijdens een consult is dit niet praktisch. Voorheen was het voor de financiering noodzakelijk een Sense-consult als zodanig te registreren, ook als iemand oorspronkelijk binnenkwam met een soa-vraag. Nu worden veel Sense-vragen in de praktijk genoteerd in het soa-dossier, zeker omdat het Sense-dossier vooral door artsen als gebruiksonvriendelijk wordt ervaren; in gesprekken wordt naast het praktische nadeel van meerdere dossiers ook de onoverzichtelijkheid van het Sense-dossier als knelpunt genoemd. Hierdoor is het moeilijk om zicht te krijgen op de inhoud en daarmee de effectiviteit van de Sense-consulten. Op het moment wordt zowel in Amsterdam als in Limburg een geïntegreerd dossier ontwikkeld om dit probleem te ondervangen.

Met betrekking tot de mate van integratie van soa en Sense zijn wel regionale verschillen zichtbaar. Bijvoorbeeld: GGD-regio Limburg biedt al jarenlang voor de komst van de ASG een spreekuur seksuele gezondheidszorg aan. Tijdens dit spreekuur wordt standaard aan zowel soa-bestrijding als seksuele hulpverlening aandacht besteed. In Amsterdam ligt de focus – zoals vanouds – vooral op de bestrijding van soa's. In vergelijking met GGD Limburg is het Sense deel hier dan ook minder nadrukkelijk zichtbaar. Vanzelfsprekend is het aantal mensen dat zich meldt met (het vermoeden van) een soa hiervoor een belangrijke verklaring. Dit aantal ligt in Amsterdam in vergelijking met andere GGD-regio's vele malen hoger waardoor de aandacht in deze regio primair op soa-bestrijding ligt.

De integratie van de regelingen en de Sense-opleiding van verpleegkundigen heeft er wel voor gezorgd dat er overall meer aandacht is voor seksualiteitshulpverlening. Hoewel de regelingen pas een jaar geïntegreerd zijn, is wel al te zien dat verschillende regio's naar elkaar toegroeien. Het effect van de integratie kan pas over een paar jaar echt bepaald worden, aangezien de geïntegreerde regeling nu nog te kort bestaat.

3.2 Triage

Eén van de uitgangspunten van de ASG is de wenselijkheid van een scherpe triage om ervoor te zorgen dat de voorzieningen worden aangeboden aan de juiste doelgroepen. In de ASG is een beschrijving gegeven van de doelgroepen die in aanmerking komen voor curatieve soa-zorg. Hierdoor zouden in theorie tussen de verschillende GGD'en geen verschillen zichtbaar mogen zijn in de mensen die gebruik mogen maken van de regeling. Toch blijken in de praktijk verschillen te zijn tussen de GGD-regio's in de uitvoering van de triage.

Selectie aan de poort

- Er zijn regio's waar tijdens de triage (telefonisch, digitaal of op locatie) standaard wordt gevraagd of de persoon met (het vermoeden van) een soa zich reeds heeft gemeld bij de huisarts en waarom dit wel of niet is overwogen. Hiermee wordt beoogd om een deel van de mensen die zich melden bij de GGD naar de huisarts te verwijzen. Er zijn ook regio's waar vragen over het al dan niet consulteren van de huisarts niet aan de orde zijn. Hier is uitsluitend de vraag of iemand tot de doelgroep van de ASG behoort leidend. Er wordt niet geregistreerd hoe veel mensen zich naar aanleiding van die vraag alsnog bij de huisarts melden, waardoor er geen schatting te maken is van een eventuele besparing die het consequent stellen van deze vraag op zou kunnen leveren.
- Ook al behoort iemand volgens de ASG tot een hoog-risicogroep, dat wil niet zeggen dat deze persoon in alle GGD-regio's zonder meer wordt toegelaten tot een consult. Een voorbeeld ter illustratie. Een vrouw die wisselende contacten heeft gehad meldt zich bij de GGD om zich te laten testen op soa's. Bij de ene GGD-regio krijgt ze meteen groen licht: ze behoort volgens de ASG immers tot een hoog-risicogroep. In de andere regio wordt in het kader van triage onder andere de vraag gesteld of ze in de achterliggende periode wel eens onveilige seks heeft gehad. Als ze aangeeft dat dit niet het geval is, is dit voor de GGD aanleiding om deze persoon niet uit te nodigen voor een consult. Immers, er is geen hoog risico op de aanwezigheid van een soa. Amsterdam heeft een geautomatiseerd online triagesysteem dat mensen met een relatief laag risico een langere wachttijd geeft. Ook hier is niet duidelijk welk percentage daardoor naar de huisarts gaat.

Testen

Onderdeel van de triage is ook de keuze voor het type soa-test dat wordt toegepast. In de ASG is geregeld dat personen jonger dan 25 jaar die niet tot een andere hoog-risicogroep behoren uitsluitend op chlamydia wordt getest. Pas als de uitslag van deze test positief is, wordt ook op syfilis, gonorrhoe en hiv getest en worden deze testen vergoed. In de praktijk zijn in de toepassing hiervan verschillen tussen GGD-regio's zichtbaar:

- In een aantal regio's worden personen jonger dan 25 jaar naast chlamydia ook standaard op gonorrhoe getest. Deze keuze is mede bepaald door de lokale situatie. Bijvoorbeeld, Rotterdam geeft aan een specifiek probleem met gonorrhoe te hebben en vooral gonorrhoe te vinden bij jongeren die geen chlamydia hebben. Veel laboratoria testen standaard chlamydia en gonorrhoe samen, waardoor de gecombineerde test relatief goedkoop kan worden aangeboden. Er zijn echter ook regio's waar wel beide testen standaard worden uitgevoerd, maar het resultaat van de gonorrhoe-test niet wordt doorgegeven aan de GGD,

omdat dan het dubbele tarief betaald moet worden. In feite wordt dan bijna € 50 gerekend voor het uitprinten van een extra papiertje. Het zou mogelijk moeten zijn om hier met het laboratorium een gunstiger regeling voor te treffen, maar in de praktijk blijkt dit moeilijk. We zullen verder ingaan op de laboratoriumkosten in paragraaf 3.6.

- In Amsterdam is een pilot bezig waarbij personen jonger dan 25 jaar die niet tot een hoog-risicogroep behoren online een zelftest voor chlamydia kunnen bestellen. Hierdoor hoeft de GGD voor deze groep alleen administratiekosten te maken tenzij de cliënt positief blijkt te zijn en doorgetest moet worden. Op dit moment gaat het hier nog om een bescheiden aantal consulten, maar de eerste resultaten duiden erop dat 74% van de jongeren voor een thuistest kiest. Landelijk zou dit neerkomen op ongeveer 7.500 consulten, wat neerkomt op een besparing van minimaal € 200.000 aan kosten voor personeel en voorzieningen.
- Ook voor hoog-risicogroepen is er geen standaard voor de precieze testen die moeten worden uitgevoerd. Het standaardpakket wordt getest, maar er is niet voorgeschreven wanneer een rectale of orale test gedaan moet worden, of wanneer aanvullende test moet worden uitgevoerd – bijvoorbeeld op LGV. In de praktijk blijkt het bestaande kwaliteitsdocument hier niet voldoende duidelijkheid over te bieden. Sommige GGD'en geven aan soms testen die ze wel zouden willen doen niet kunnen doen, omdat de kosten te hoog worden. Om in beeld te brengen wat voor risico's hierdoor eventueel gelopen worden, is een uitgebreide epidemiologische analyse nodig. Als hiervoor duidelijkere normen worden opgesteld – bijvoorbeeld door de beroepsgroep – kan dit ook meer inzicht geven in de opbouw van de kosten van de ASG en totale kosten die eventuele extra testen met zich mee zouden brengen.

Niet iedereen is enthousiast over het doortesten op andere soa's bij een positieve uitslag voor chlamydia bij jongeren die niet tot een andere risicogroep behoren. In de afgelopen twee jaar is er geen hiv of syfilis gevonden bij deze groep, terwijl doortesten wel een extra consult, met bloedprikken, betekent. Financieel gezien is de opbrengst van het niet doortesten van deze jongeren gering. Het ging in 2012 om minder dan 1.000 consulten. Het levert dus een kostenbesparing van minder dan € 100.000 op, terwijl de kosten van een niet-ontdekte infectie, zeker gezien het gevaar op verdere verspreiding, enorm kunnen zijn.

3.3 Hoog-risicogroepen

De ASG beschrijft de doelgroep die in aanmerking komt voor consulten bij de GGD. Alle GGD'en zijn hiervan op de hoogte en houden deze omschrijving aan bij de triage, al wordt hier in de praktijk in bepaalde gevallen verschillend mee omgegaan (zie hierboven). Toch worden in bijna alle gesprekken op onderdelen kanttekeningen geplaatst bij de huidige definiëring van hoog-risicogroepen. De meest genoemde:

- Personen met veel wisselende contacten (3 of meer partners in de laatste 6 maanden) worden in de ASG als hoog-risicogroep gekwalificeerd. Deze doelgroep wordt als te vrijblijvend ervaren. Dit heeft vooral te maken met de financiering. Met name swingers worden genoemd als een groep die de test eigenlijk zelf zou moeten betalen. Ook bestaat de indruk dat mensen die niet tot een andere hoog-risicogroep behoren, zich bij de intake onder deze doelgroep scharen om zodoende recht te hebben op een gratis consult en soa-test. In hoeverre dit daadwerkelijk het geval is, laat zich moeilijk controleren. Het aantal personen dat op basis van dit criterium een soa-consult heeft ontvangen, is de afgelopen jaren aanzienlijk gestegen (zie hoofdstuk 2), maar er is geen trendbreuk zichtbaar sinds de verscherping van de triage. Daarnaast behoort verreweg het grootste deel van deze groep ook tot een andere hoog-risicogroep. In 2012 waren er ongeveer 3.700 consulten voor mensen die alleen wisselende contacten hadden en niet aan andere criteria voldeden. Als

deze groep buiten de regeling was gevallen, had dit circa € 0,5 miljoen aan consulten uitgespaard.

- Ongeveer dezelfde argumenten gelden voor de groep prostituanten. Dit zijn echter maar een paar honderd consulten, dus financieel heeft dit weinig effect.
- De groep 'mensen met klachten die wijzen op een soa' heeft weliswaar een hoger vindpercentage, maar zou ook goed naar de huisarts kunnen. Huisartsen testen immers veel op klachten. Het vindpercentage bij mensen die alleen aan dit criterium voldoen is ook relatief laag. GGD'en geven wel aan dat betere triage op klachten mogelijk is, aangezien het nu nog voorkomt dat er schimmelinfecties door de triage heenkomen. Ook hier geldt dat het merendeel van deze groep ook aan andere criteria voldoen. Het aantal consulten voor mensen met alleen klachten lag in 2012 rond de 3.300, dus ook als deze groep buiten de regeling was gevallen had dat circa € 0,5 miljoen uitgespaard.
- Ook over de hoog-risicogroep 'personen afkomstig uit een soa-endemisch gebied' worden veel opmerkingen gemaakt. In de praktijk blijkt dit geregeld tot lastige situaties te leiden, bijvoorbeeld bij mensen met een ouder uit een soa-endemisch gebied. Een voorbeeld ter illustratie. Twee vriendinnen van 23 jaar melden zich bij de GGD. Qua risicogedrag zijn ze vergelijkbaar. Maar de ene wordt – conform de ASG – uitsluitend op chlamydia getest, terwijl de andere – wiens vader is geboren in Indonesië – op het hele pakket moet worden getest, inclusief bloedprikken. In de praktijk leidt dit tot onduidelijkheid en onbegrip van zowel de patiënten als GGD-medewerkers en een enkele keer zelfs tot het 'creatief' invullen van het dossier.
- De hoog-risicogroep 'jongeren' wordt enerzijds als belangrijkste groep genoemd, maar er worden ook kanttekeningen bij geplaatst. Met name studenten lopen relatief weinig risico op een soa en weten bovendien de weg in de reguliere zorg wel te vinden. De stelling dat studenten eigenlijk niet thuishoren op de soa-poli wordt breed gedragen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat veel studenten nog geen huisarts in hun woonplaats hebben en vaak ook nog bij hun ouders verzekerd zijn. In Utrecht is een pilot bezig waarbij studenten van de soa-poli aangemoedigd worden zich gratis te laten testen bij de huisarts, waar ze zich meteen kunnen inschrijven. Hierbij speelt wel het kostenaspect mee. Gedurende de pilot betaalt het huisartsenlaboratorium de testen, maar dit is op lange termijn natuurlijk niet houdbaar. De pilot is net begonnen, dus er zijn nog geen resultaten bekend.
- Een groep die volgens veel GGD'en mist in de regeling, zijn slachtoffers van seksueel misbruik. Hoewel deze groep uit transmissie-oogpunt geen enorm gevaar is voor de volksgezondheid – het is immers een kleine groep waarvan de kans groot is dat ze zich anders ook zouden laten testen – voelen de meeste GGD'en wel de morele plicht om deze mensen te helpen. De brede deskundigheid van Sense-verpleegkundigen op het gebied van seksualiteit kan juist voor deze groep ook een meerwaarde zijn. De GGD is vaak ook goed op de hoogte van de mogelijkheden en het belang van het doen van aangifte. Over het algemeen is deze groep dan ook welkom op het soa-spreekuur. De financiering hiervoor is echter niet duidelijk geregeld. Onder GGD'en bestaat de indruk dat er ongeschreven afspraak is met het RIVM dat deze consulten vergoed worden, maar dit wordt niet bevestigd door het RIVM. Het RIVM staat wel positief tegenover het opnemen van deze groep in de regeling. In Nederland zijn ongeveer 2.000 geregistreerde verkrachtingen per jaar. Hoewel de werkelijke verkrachtingscijfers waarschijnlijk hoger liggen, zullen lang niet alle slachtoffers zich op de soa-poli melden. Als we uitgaan van 1.000 extra consulten per jaar voor deze groep, zouden de kosten rond de € 150.000 liggen.

Over het bereik van de hoog-risicogroepen bestaat de indruk dat deze de afgelopen jaren steeds beter worden bereikt. Eén uitzondering wordt veelvuldig genoemd: allochtonen. De indruk bestaat dat deze groep onvoldoende wordt bereikt. Uit de cijfers spreekt op het eerste gezicht geen duidelijke ondervertegenwoordiging. Ruim een kwart van de consulten betreft allochtonen, terwijl deze groep slechts 20% van de Nederlandse bevolking uitmaakt. Hierbij moet echter wel aangemerkt worden dat niet de hele Nederlandse bevolking welkom is op de soa-sprekuren. Ter vergelijking: ongeveer 20% van de consulten betreft MSM, terwijl het percentage MSM in Nederland vermoedelijk onder de 5% ligt.

De discussies over de triage en de hoog-risicogroepen hebben vrijwel uitsluitend betrekking op het soa-deel. Voor het Sense-deel gelden andere normen. Als jongeren zich melden met uitsluitend vragen over seksualiteit en niet over de (mogelijke) aanwezigheid van een soa, zijn deze mensen bij alle GGD-regio's welkom op het Sense consult. In sommige regio's bestaat ook voor mensen boven de 25 de mogelijkheid voor een Sense-consult. Deze consulten vallen buiten de regeling en daarom wordt soms een eigen bijdrage gevraagd om het consult te bekostigen. Het gaat hier hooguit om enkele tientallen consulten. Alle GGD'en vinden het belangrijk dat vanuit het oogpunt van preventie en voorlichting aan iedereen de ruimte wordt gegeven om vragen over seksualiteit te bespreken met een Sense-verpleegkundige. Hierbij speelt ook mee dat slechts een klein deel van het totale aantal mensen zich uitsluitend voor seksualiteitshulpverlening – dus niet met (het vermoeden van) een soa meldt bij een GGD. In de geïntegreerde regeling leidt een soa-vraag daardoor veel vaker tot een gesprek over seksualiteit dan dat een Sense-consult tot een soa-test leidt.

3.4 Hoezo aanvullend?

Een belangrijke vraag is wat de waarde is van de A uit de ASG, oftewel: in hoeverre de ASG aanvullend is op de eerstelijns zorg, vooral door huisartsen. Immers, voor curatieve soa-zorg ligt de eerste verantwoordelijkheid bij de huisarts. De ASG is expliciet bedoeld als aanvullende zorg en zou daarom gericht moeten zijn op doelgroepen die problemen ondervinden in de reguliere zorg.

Soa

Er worden verschillende argumenten genoemd waarom iemand zich voor een soa-test meldt bij de GGD in plaats van de huisarts:

- **Deskundigheid.** Soa-artsen en -verpleegkundigen bij de GGD zouden beter dan huisartsen op de hoogte zijn van de verschillende soa's en een effectieve diagnostiek en behandeling ervan. Daar komt bij dat een standaardconsult bij de GGD doorgaans twee keer zo lang duurt als een standaardconsult bij de huisarts waardoor meer aandacht besteed kan worden aan risicogedrag.
- **Anonimiteit.** Dit geldt vooral voor jongeren die via de zorgverzekering van hun ouder(s) verzekerd zijn en niet willen dat de ouder(s) op de nota van de verzekering de gemaakte kosten voor een soa-test zien. Het argument van anonimiteit zou ook een belangrijke rol spelen bij mensen die vreemdgaan en niet willen dat hun partner de kans krijgt om het consult en de soa-test op een verzekeringsnota terug te vinden. Hoewel een soa-test niet als zodanig aangemerkt wordt op de nota, kunnen kosten voor een laboratoriumonderzoek wel tot vragen leiden.
- **Betaalbaarheid.** Personen tot 25 jaar en mensen die vallen onder een hoog-risicogroep kunnen volgens de ASG kosteloos gebruik maken van consulten door de GGD, inclusief de bijbehorende soa-testen. Vooral voor jongeren zou dit een belangrijk argument zijn om de GGD te verkiezen boven de huisarts. In de gesprekken wordt veelvuldig genoemd dat

huisartsen om die reden jongeren doorverwijzen naar de GGD. Wat de omvang hiervan is, is niet bekend.

Deskundigheid

De deskundigheid van huisartsen is een interessant onderwerp voor discussie. Ten eerste omdat van het totale aantal soa-testen nog altijd het overgrote deel (circa 70%) door de huisartsen wordt uitgevoerd. De verhouding tussen GGD'en en huisartsen is in de afgelopen jaren niet veranderd. Ten tweede omdat vanuit de huisartsen wordt aangegeven dat zij vanuit hun opleiding, cursussen en vakkennis prima een soa kunnen diagnosticeren en behandelen. En ten derde omdat volgens huisartsen – afhankelijk van het vraagstuk van de patiënt – altijd een vervolgconsult mogelijk is waardoor voldoende tijd aan zowel de diagnose als het gesprek kan worden besteed. Huisartsen hebben ook een completer beeld van de voorgeschiedenis van een patiënt.

Tegelijkertijd is voor de hoog-risicogroepen extra deskundigheid nodig. Zo blijken veel huisartsen nauwelijks rectaal te testen, wat voor bijvoorbeeld veel MSM wel geïndiceerd is en bij GGD'en in deze gevallen ook standaard gebeurt. Ook de algemene kennis is niet altijd op peil. Zo blijkt 30% van de huisartsen medicatie voor gonorrhoe voor te schrijven waarvan al 5 jaar resistentie bekend is.¹ Dit kan correct zijn als bekend is dat de patiënt besmet is met een niet-resistente vorm. De meeste huisartsenlaboratoria hebben echter niet de technische mogelijkheden voor een resistentiebepaling. Zeker voor hoog-risicogroepen kan het dus risico's opleveren om de soa-zorg onder te brengen bij de huisartsen. De nieuwe huisartsenstandaard, die binnenkort verschijnt, geeft wel eenduidiger adviezen over medicatie en testbeleid en kan daarmee een deel van dit probleem oplossen.

GGD'en geven aan dat ze wel proberen contact te leggen met huisartsen, maar dat het moeilijk is om ze te bereiken. Er zijn plaatsen waarbij de GGD, in samenwerking met huisartsen, bijscholingen organiseert voor huisartsen. Huisartsen die bijscholingen over soa's verzorgen, geven aan dat huisartsen over het algemeen naar bijscholingen gaan op hun eigen interessegebied. Daardoor wordt slechts een beperkte groep huisartsen bereikt met bijscholingen. Op een aantal plaatsen werken GGD'en hierin samen met laboratoria, bijvoorbeeld door op het belang van partnerwaarschuwingen en juiste medicatie te wijzen in de begeleidende brief van het laboratorium naar de huisarts bij een positieve uitslag. In regio Twente, waar maar één laboratorium is, krijgt de GGD alle positieve gonorrhoe- en syfilisuitslagen geanonimiseerd van het lab door, met de naam van de huisarts erbij. De huisarts wordt dan gebeld om de behandeling en partnerwaarschuwingen te bespreken. In hetzelfde gesprek kan ook het testbeleid aan bod komen. Huisartsen reageren hier positief op, maar het is een erg arbeidsintensief proces. In sommige regio's weten huisartsen de soa-poli wel te vinden voor vragen over patiënten, maar meestal gaat dit om doorverwijzingen van patiënten voor soa-testen of behandeling bij de GGD.

¹ Zie onder andere: 'Prescriptie bij gonorrhoe (nog) niet in lijn met sterk toegenomen gonokokkenresistentie' door Femke Koedijk, Ingrid van den Broek, Christel van Dijk en Jan van Bergen (Huisarts & Wetenschap: januari 2010).

GGD'en lijken op het gebied van deskundigheid ook verschillende rolopvattingen te hebben. Grootstedelijke soa-poli's zien zichzelf vooral als aanvullend in expertise. Deze poli's doen meer testen dan wie ook in het land en zijn daarmee specialisten in soa-zorg. In andere regio's staat laagdrempelige toegang tot goede zorg voorop. Dit verschil in uitgangspunten komt ook tot uiting in ontevredenheid over de kwaliteitseisen. De grote poli's vinden bijvoorbeeld een minimaal volume belangrijk om de kwaliteit te waarborgen en vinden het minimum van 400 consulten per jaar voor een Sense-verpleegkundige daarom te soepel. De kleine poli's kunnen deze aantallen slechts met moeite halen.

Het verschil zit niet alleen in de aantallen, ook de lokale situatie speelt mee. De thema's seksualiteit en soa's hebben op de Veluwe nu eenmaal een andere lading dan in Amsterdam. Hoewel ook in landelijke gebieden de soa-poli het lokale expertisecentrum is, is het logisch dat de GGD zich vooral concentreert op het aanbieden van laagdrempelige soa-zorg en seksualiteitshulpverlening. De regeling heeft wel een impuls gegeven aan regionale en landelijke samenwerking op het gebied van soa-bestrijding, waardoor succesvolle lokale initiatieven sneller in andere regio's worden toegepast.

Vanuit het oogpunt van deskundigheid – de GGD als eerste- of zelfs tweedelijns soa- zorg – zou het logisch zijn om het aantal soa-poli's in Nederland terug te brengen. Vanuit een van de andere doelstellingen van de regeling – laagdrempelige soa-zorg – is een landelijke dekking van soa-poli's wel gewenst.

Anonimiteit of betaalbaarheid

Het argument van anonimiteit zal slechts voor een deel van de totale doelgroep van toepassing zijn. Dit geven de meeste GGD'en ook aan in de gesprekken. Betrouwbare cijfers over het belang van anonimiteit zijn niet beschikbaar. Zoals eerder gezegd leent de registratie van de wens tot anonimiteit in het soa-dossier zich hier niet voor. GGD-medewerkers noemen het belang van anonimiteit vooral voor jongeren die nog bij hun ouders verzekerd zijn en voor mensen die vreemdgaan, met name MSM in een heterosituatie. Het argument van betaalbaarheid is daarmee het meest overtuigend, ook voor huisartsen. Want waarom zou je er als 20-jarige voor kiezen om bij de huisarts geld uit te geven voor een chlamydiatetest terwijl dit bij de GGD gratis kan?

Zowel GGD'en als huisartsen geven aan dat dit probleem verscherpt is sinds de verhoging van het eigen risico. Hierbij speelt ook mee dat het hele pakket soa-testen bij de huisarts circa € 150 tot € 200 kost. Zeker in vergelijking met bijvoorbeeld een standaard bloedonderzoek van € 25 is dit veel geld. Huisartsen krijgen regelmatig te maken met patiënten die boos zijn dat de huisarts ze niet over de gratis mogelijkheid van de soa-poli heeft verteld, maar ook met patiënten die ervoor kiezen geen of minder testen te laten doen dan volgens de huisarts verantwoord is. Deze ontwikkeling is vooral zorgwekkend omdat hiermee het risico op verdere verspreiding toeneemt.

Behalve huisartsen spelen ook hiv-behandelaars een belangrijke rol in soa-bestrijding. Onder hiv-geïnfecteerden komen veel soa's voor. Vanuit Soa Aids Nederland komt het signaal dat hiv-behandelaars regelmatig patiënten doorsturen naar de GGD voor een soa-test, omdat zij zelf de test niet kunnen declareren.

Surveillance en publieke gezondheidszorg

Soa's, met uitzondering van de hepatiden, vallen niet onder de registratieplicht onder de WPG. Dit betekent dat geen landelijk totaalbeeld bestaat van het aantal soa-consulten, soa-testen en vindpercentages. Wel zijn gegevens bekend van peilstations bij huisartsen waarbij geselecteerde huisartsen gegevens doorgeven aan het NIVEL. Op basis van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat huisartsen in vergelijking met GGD'en meer soa-testen uitvoeren (circa 70% van het totaal aantal testen), maar deze testen zijn niet geheel vergelijkbaar. De meeste soa's door huisartsen worden gevonden in consulten die niet begonnen met een soa-vraag, maar met klachten waarbij de huisarts aan een soa denkt. Over het aantal testen bij de huisarts naar aanleiding van een soa-vraag, vergelijkbaar met een consult op de GGD, zijn geen cijfers bekend. Ook over het bereik van hoog-risicogroepen door huisartsen zijn eveneens geen gegevens beschikbaar. In het algemeen testen huisartsen meer op basis van klachten en GGD'en op basis van risicogedrag. Vanuit die optiek kan soa-bestrijding door GGD'en als aanvullend op die van huisartsen worden gekwalificeerd.

Bovenstaande raakt ook de hoofddoelstelling van de ASG, namelijk: het opsporen en bestrijden (curatief) en voorkomen (preventief) van soa's. GGD'en richten zich hierbij – als uitvoerders van de ASG – op de groepen waarbij de kans op aanwezigheid van soa's en het risico op verspreiding ervan het grootst is. Onderdeel van deze taak is het tijdig signaleren van nieuwe typen soa's, een toename van bestaande soa's en de ontwikkeling van soa-prevalentie bij specifieke doelgroepen. Door de organisatiestructuur van de GGD'en – lokale GGD'en verenigd in acht coördinerende GGD-regio's – kan dergelijke epidemiologische informatie tijdig worden gesignaleerd. Het is de vraag of deze signaleringsfunctie effectief door meer dan 8.000 huisartsen kan worden uitgevoerd. Laboratoria zouden hier een rol in kunnen spelen, maar hebben geen inzicht in risicofactoren van patiënten.

Tot slot denkt de GGD vanuit publieke gezondheidszorg en preventie, terwijl huisartsen denken vanuit hun individuele patiënt. Hoewel de soa-zorg in belangrijke mate curatief is, is ook het preventieve karakter bij de GGD goed geborgd. In ieder consult wordt aandacht besteed aan risicogedrag en kennis over soa's. De verpleegkundigen hebben trainingen in *motivational interviewing* gehad om risicogedrag te verminderen. Ook het beperken van de transmissie door partnerwaarschuwingen is een belangrijke taak van de GGD. Daarnaast wordt in de consulten aandacht besteed aan andere seksualiteitsvraagstukken. In principe zouden huisartsen deze taken ook kunnen uitvoeren, maar doordat GGD'en het probleem benaderen vanuit de publieke gezondheidszorg, zijn deze taken beter geborgd bij de GGD.

Sense

Het kostenargument voor de patiënt is in veel mindere mate van toepassing voor het Sense deel. Een gesprek over vragen of issues op het gebied van seksualiteit kunnen immers ook kosteloos en anoniem met de huisarts worden gevoerd. In een publicatie van Rutgers WPF wordt inzicht gegeven in de redenen van personen tot 25 jaar om in 2011 toch voor seksualiteitsvragen naar het Sense consult van de GGD te gaan in plaats van de huisarts. Hieronder zijn de uitkomsten van het onderzoek weergegeven.

Reden om niet naar de huisarts te gaan	%
Niet overwogen	46,6
Bespreekt seks zorgen liever niet met huisarts	17,7
Huisarts is minder deskundig / niet tevreden over zorg bij huisarts	4,4
Ouders hebben dezelfde huisarts	3,0
Heeft geen huisarts	2,9
Huisarts staat te dichtbij	2,7
Huisarts buiten woonplaats	2,5
Huisarts is een man	0,7
Andere reden	8,5
Onbekend	10,9
Totaal	100 (n = 14.477)

Ruim de helft van de jongeren heeft volgens het onderzoek niet overwogen om voor seksualiteitshulpverlening naar de huisarts te gaan. Dit antwoord wordt echter ook wel ingevuld als het onderwerp niet ter sprake is gekomen tijdens het consult, dus het kan zijn dat het werkelijke cijfer lager ligt. Voor zover jongeren niet overwogen hebben om naar de huisarts te gaan, kan dit naar alle waarschijnlijkheid worden verklaard door de ruchtbaarheid die de GGD'en en andere organisaties - waaronder Soa Aids Nederland en Rutgers WPF - vanaf 2008 geven aan het fenomeen Sense. Hierdoor is het logisch om aan te nemen dat jongeren zich met vragen over seksualiteit eerder tot een Sense consult van de GGD dan de huisarts wenden.

Ook bij Sense speelt deskundigheid een rol. Sense-verpleegkundigen hebben een uitgebreide training gehad over het bespreekbaar maken van problemen op het gebied van seksualiteit. Slechts een deel van de huisartsenopleidingen besteedt expliciet aandacht aan communicatie over seksualiteit en seksuologische problemen. Zowel GGD'en als huisartsen geven aan dat Sense niet bedoeld is voor langdurige hulpverlening, maar dat de huisartsenzorg op dit vlak ook verbeterd zou moeten worden.

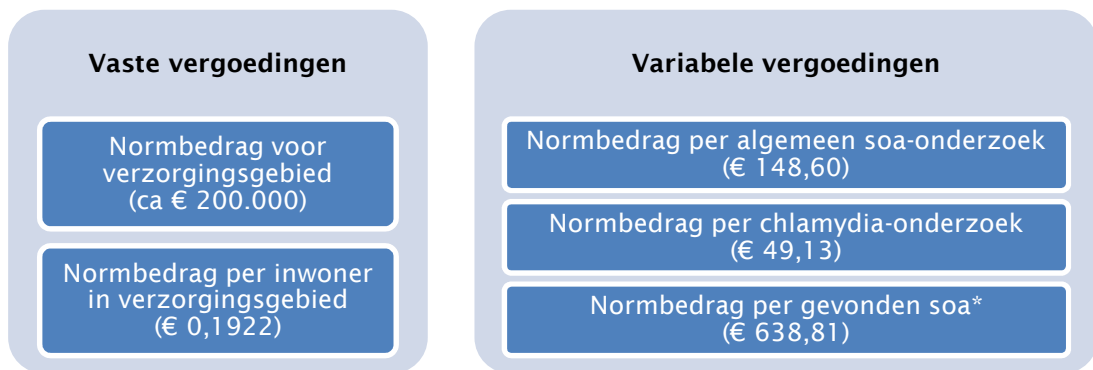
Tijdens veel gesprekken wordt opgemerkt dat er landelijk geen duidelijke regie is op de uitvoering van preventieve taken op het gebied van seksualiteit. De website Sense.info biedt informatie over seksualiteit en soa's. Zowel Soa Aids Nederland als Rutgers WPF houden zich bezig met activiteiten op het gebied van preventie en voorlichting, onder andere door middel van een chatfunctie. Ook alle GGD-regio's ondernemen op dit gebied hun eigen activiteiten waarbij de ene GGD-regio de informatie van Sense.info als uitgangspunt neemt terwijl een andere regio eigen brochures, chatfuncties, telefonische hulpdiensten en andere activiteiten hebben ontwikkeld. Er is dus sprake van overlap in de activiteiten van de verschillende organisaties.

Waar de taken van de GGD'en met betrekking tot de soa-bestrijding relatief duidelijk zijn, lijkt dit voor de preventieve taken minder het geval te zijn. Dit geldt ook voor de grens tussen de ASG en de reguliere preventieve taken die de GGD moet uitvoeren volgens de Wet Publieke Gezondheidszorg. De ASG is expliciet bedoeld voor hulpverlening, terwijl de algemene preventieve taken uit de WPG betaald moeten worden. De beleidsvrijheid in de WPG geeft de mogelijkheid voor een lokale invulling, maar veroorzaakt ook onduidelijkheid over het vereiste niveau van preventie buiten de ASG. GGD'en geven aan dat het verschil tussen de ASG en de WPG veel uitleg vergt bij onderhandelingen met gemeenten over

budgetten. Tegelijkertijd geeft het inzicht dat met de ASG in de problematiek verkregen wordt ook goede argumenten voor gemeenten om juist wel extra in seksuele gezondheid te investeren.

3.5 Financiering

De integratie van de regelingen ACS en ASH heeft gevolgen voor de financiering. De financiering van de ASG bestaat uit verschillende componenten, die in onderstaand schema zijn weergegeven.



Figuur 8: Overzicht van de financiering van de ASG. *Het normbedrag per gevonden soa wordt alleen verstrekt voor het aantal gevonden soa's dat uitkomt boven een drempelwaarde die afhangt van het inwoneraantal van het verzorgingsgebied.

De financiering per gevonden soa wordt alleen verstrekt voor het aantal gevonden soa's dat een drempelwaarde overstijgt. Deze drempelwaarde is afhankelijk van het aantal inwoners in het verzorgingsgebied. Met name de financiering van de seksualiteitshulpverlening is veranderd van financiering per consult naar financiering vanuit een instellingssubsidie. Op deze manier hebben GGD'en meer vrijheid om bijvoorbeeld online of telefonische hulp te verlenen. GGD'en zijn bezig om hier projecten voor op te starten, maar de regeling is nog te jong om conclusies te kunnen trekken over het effect van deze verandering in financiering.

Meer dan de helft van de vergoedingen die GGD'en in het kader van de ASG ontvangen, is bedoeld voor financiering van de soa-testen (kosten voor laboratorium en personele inzet op taken die een huisarts aan het laboratorium zou uitbesteden). Daarnaast ontvangen GGD'en een bedrag per gevonden soa, waaruit de behandeling betaald wordt en – op basis van een verdeelsleutel die in de ASG is uitgewerkt – een bedrag waaruit de kosten voor personeel, huisvesting, overhead en dergelijke worden betaald. Het coördinatiebudget is primair bedoeld voor financiering van alle Sense-activiteiten in de regio en de coördinatie van de regeling. Jaarlijks beschrijven de GGD'en welke activiteiten zij voor het komende jaar gaan uitvoeren op het gebied van Sense. Dit activiteitenplan moet naar het RIVM worden gestuurd.

De activiteitenplannen worden beoordeeld door een commissie waar ook landelijke thema-instituten in participeren. Hier wordt getoetst of de plannen voldoen aan de vastgestelde kaders. GGD'en stellen naar aanleiding van het commentaar hun activiteitenplannen ook wel bij. Het wel of niet goedkeuren van een activiteitenplan heeft geen gevolgen voor het coördinatiebudget waarmee de Sense activiteiten worden gefinancierd. Dit bedrag is gebaseerd op het aantal inwoners en wordt – conform de ASG – zonder verdere

voorwaarden aan de coördinerende GGD'en uitgekeerd. De rol in de activiteitenplannen van het RIVM heeft dus geen financiële consequenties.

Uit de evaluatie komt naar voren dat over de controlerende rol van het RIVM onduidelijkheden bestaan. Zo moeten alle coördinerende GGD'en jaarlijks een jaarrekening opsturen aan de minister van VWS. Het is bij de GGD'en niet duidelijk of het RIVM bij deze controle ook aandacht heeft voor de besteding van overgebleven gelden, bijvoorbeeld doordat de labkosten lager zijn dan de ontvangen vergoedingen. In de ASG is geen verplichting opgenomen dat het geld van de ASG ook aan soa-zorg besteed moet worden. Zowel het RIVM als de deelnemende GGD'en benadrukken dat ze zich hier wel voor inspannen. Aan de laboratoria waarmee GGD'en contracten afsluiten worden wel eisen gesteld. Zo moeten de labs kunnen kweken op gonorrhoe en een arts-microbioloog in dienst hebben. Het is voor de GGD'en niet duidelijk in hoeverre het RIVM er conclusies aan verbindt als niet aan deze voorwaarden wordt voldaan. Het RIVM geeft aan dat voor hun een knelpunt is dat de regeling geen mogelijkheden biedt sancties op te leggen aan GGD'en die niet voldoen aan de kwaliteitseisen.

De verdere financiering verschilt per GGD. In sommige regio's, zoals regio Oost, is er een duidelijke scheiding tussen de budgetten van de ASG en de WPG-gelden, met als doel om de financiering helder en zuiver te houden. In andere regio's, bijvoorbeeld Zuid-Holland-Noord en Limburg, wordt het Sense-merk gebruikt voor bijna alle preventieve activiteiten op het gebied van seksualiteit. Hier lopen de ASG en WPG-gelden soms meer door elkaar heen, maar wordt lokaal ook financieel sterk ingezet op preventie. De ASG-gelden worden in deze regio's met 10% tot 20% opgehoogd vanuit lokale middelen om deze gecombineerde Sense- en WPG-activiteiten uit te kunnen voeren. Aan de ene kant is niet iedereen gelukkig met het feit dat het Sense-merk op deze manier lokaal wordt gemaakt. Aan de andere kant zorgt het combineren van budgetten en activiteiten ook voor ontschotting. Dit kan de efficiëntie van het programma en de kracht van het Sense-merk ook ten goede komen.

3.6 Uitgaven

Uit de evaluatie komt naar voren dat alle GGD'en redelijk uit de voeten kunnen komen met zowel de vaste als variabele vergoedingen. Het overgrote deel van de totale kosten voor uitvoering van de ASG – circa € 27,8 miljoen in 2011 – betreft de kosten voor de laboratoria en personeel.

Laboratoriumkosten

Uit de gesprekken en documentenanalyse komt naar voren dat het uitvoeren van een chlamydia-test door een laboratorium in de ene regio tientallen euro's duurder is dan in de andere regio. Hier liggen verschillende aspecten aan ten grondslag:

- 1 De normbedragen voor labonderzoek zijn gebaseerd op de tarieven voor huisartsen. In de praktijk verricht de GGD echter een deel van de werkzaamheden van het lab (zoals bloed afnemen) zelf. Daardoor maakt het laboratorium minder kosten en kan het tarief voor de laboratoriumtest omlaag. Deze kosten worden dan natuurlijk wel door de GGD gemaakt. Daarnaast moeten ook de personele kosten voor het consult zelf uit de vergoeding worden betaald. Hoewel personele kosten deels uit het coördinatiebudget betaald worden, brengen meer consulten wel meer kosten met zich mee.

- 2 De focus op hoog-risicogroepen zorgt voor problemen in de bekostiging, bijvoorbeeld omdat in deze groepen relatief veel patiënten op meerdere lichaamslocaties of op extra soa's¹ getest moeten worden. Hoewel de regeling voorziet in een beperkt aantal extra testen, valt het percentage patiënten waarbij meer getest moet worden in de praktijk hoger uit. Dit bekostigingsprobleem is gesignaleerd in de evaluatie van de ACS in 2008, waarna GGD'en zijn aangemoedigd om te onderhandelen met laboratoria. De afgelopen jaren hebben diverse GGD'en werk gemaakt van het zo goedkoop mogelijk inkopen van laboratoriumwerkzaamheden. Dit heeft er in sommige GGD-regio's toe geleid dat via openbare aanbestedingen met andere laboratoria contracten zijn gesloten. Door de lagere inkooprijzen spelen deze GGD'en geld vrij om extra testen uit te voeren. Op sommige plaatsen zijn de contracten dusdanig gunstig dat een deel van de vergoedingen voor laboratoriumtesten op Sense wordt ingezet.
- 3 In de praktijk is sprake van kruisfinanciering. Laboratoria maken winst op soa-testen, waardoor ze verliezen op andere vlakken, zoals tuberculostesten, kunnen opvangen. Laboratoria zelf geven aan dat van de vergoedingen voor het uitvoeren van de soa-test ook werkzaamheden van laboratoria op het gebied van algemene infectieziektebestrijding worden betaald, zoals advies en samenwerking met de GGD bij een outbreak. Deze taken behoren bij het takenpakket van laboratoria, maar de totaalbudgetten die met andere infectieziekten gemoeid zijn, zijn veel kleiner dan de budgetten voor soa-testen en daarmee niet toereikend voor deze activiteiten. Veel laboratoria en GGD'en hebben daarom convenanten gesloten, waarin vastgelegd is dat het totaalpakket van taken bij het laboratorium ondergebracht zal worden. Van de labkosten die worden betaald voor het uitvoeren van een soa-test wordt in de praktijk dus meer gedaan dan alleen de soa-test. Deze activiteiten zouden eigenlijk uit WPG-gelden betaald moeten worden, maar worden nu dus vaak indirect uit de ASG betaald.

Met name door de derde reden ligt bij het grootste deel van de GGD'en het tarief voor soa-testen aanmerkelijk boven het laagste tarief. Veel GGD'en geven aan de samenwerking met het laboratorium erg belangrijk te vinden en daardoor kwetsbaar te zijn in de onderhandelingen over de prijs van soa-testen. Als het gaat om deskundigheid, moet opgemerkt worden dat de duurste testen, die voor chlamydia en gonorrhoe, tegenwoordig grotendeels geautomatiseerd zijn. Voor het gros van deze testen speelt specialistische kennis dus maar een beperkte rol in het dagelijkse productiewerk. Een aantal GGD'en heeft inmiddels lagere prijzen voor soa-diagnostiek uit kunnen onderhandelen zonder dat dit de relatie met het laboratorium heeft aangetast. In sommige gevallen betreft dit lagere prijzen voor alle testen, in andere gevallen wordt de prijs per test lager naarmate meer testen afgenomen worden, om recht te doen aan het bulkvolume van de GGD. Veel GGD'en zitten vast aan lange-termijncontracten, maar er liggen hier wel mogelijkheden om de kosten op termijn omlaag te brengen.

Voor algemene infectieziektebestrijding is het wel belangrijk dat deze specifieke kennis ergens wordt ondergebracht. Hoewel deze taken integraal tot de werkzaamheden van de arts-microbioloog horen, moeten ze wel ergens van betaald worden. Een andere manier om dit te organiseren zou een ingrijpende verandering in het systeem van Nederlandse infectieziektebestrijding zijn, die het soa-vraagstuk uit deze evaluatie overstijgt. Een optie

¹ Zoals trichomonas, herpes, HPV en HBV. Ook LGV-typering is een extra test.

die een aantal keer genoemd is, is een abonnementstarief voor GGD'en waar deze werkzaamheden uit worden betaald. Dit betekent wel dat er moet worden betaald voor samenwerking die nu nog als vanzelfsprekend ingebakken zit in de Nederlandse gezondheidszorg.

Personeelskosten

Behalve de labkosten hebben GGD'en vooral te maken met personele kosten voor de uitvoering van de regeling. Voor (de coördinatie van) outreach-activiteiten is personele inzet nodig. Uit het coördinatiebudget worden de personeelskosten van coördinatoren van de regeling en kennisdeling van professionals gefinancierd. Daarnaast is dit geld beschikbaar voor de Sense-consulten. De kostprijs van een Sense-consult van 20 tot 30 minuten, zonder labtesten, wordt door GGD'en tussen de € 55,- en € 70,- geschat. Dit lijkt erg hoog in vergelijking met een consult van 10 minuten bij de huisarts, waarvoor nog geen € 9 wordt gedeclareerd. Deze tarieven zijn echter bij lange na niet kostendekkend, aangezien een veel groter deel van de inkomsten van huisartsen uit de inschrijftarieven komt. Als deze kosten meegenomen worden in de schatting voor de kosten van een consult bij de huisarts, blijkt een consult van 10 minuten bijna € 24,- te kosten. Daarmee zijn de kosten bij de GGD vergelijkbaar met die van de huisarts.

3.7 Perverse prikkels in de financiering

De financiering van de ASG wordt in een aantal gesprekken ondoorzichtig genoemd. Dit komt deels doordat bij het combineren van de twee regelingen de regelingen ook financieel gecombineerd zijn. Aan de oorspronkelijke financieringsstructuur is echter alleen het Sense-deel veranderd. Daardoor wordt de financiering nu berekend via een formule die een samenraapsel van de twee oude regelingen lijkt en waarvan niet meer duidelijk is waar hij op gebaseerd is.

Uit de regeling wordt een normbedrag voor 'het complete testpakket' betaald. Dit normbedrag komt niet overeen met de daadwerkelijke kosten van een consult, aangezien bij sommige consulten op meerdere lichaamslocaties of op extra soa's getest moet worden. Het idee achter dit normbedrag is dat het gemiddeld goed uitkomt, maar door de ondoorzichtige financieringsstructuur is het niet duidelijk in hoeverre dit ook daadwerkelijk het geval is.

De huidige financieringsstructuur nodigt in ieder geval uit tot teveel testen. Dit heeft deels te maken met het feit dat alleen een standaard testpakket wordt vergoed en er binnen de huidige financieringsstructuur geen mogelijkheden zijn om minder testen uit te voeren. Bovendien is er voor GGD'en nu een prikkel om altijd te testen, zelfs als dit medisch niet noodzakelijk is. Als een arts bijvoorbeeld tijdens een consult voor iemand met klachten ziet dat de klachten veroorzaakt worden door schimmelinfectie, krijgt de GGD geen vergoeding voor dit consult als ze deze persoon niet op alle soa's testen. Dit legt een oneigenlijke prikkel bij de GGD om deze persoon wel te testen, wat de kosten opdrijft.

3.8 Eigen bijdrage

Eerder is geconstateerd dat sommige mensen onder andere vanuit kosten oogpunt voor een soa-test naar de GGD gaan. Dit geldt echter niet voor iedereen. Op sommige plaatsen zijn er initiatieven voor een eigen bijdragen. Bij GGD Noord-Nederland krijgen mensen die een soa-test willen laten uitvoeren en relatief laag risico hebben, de keuze om zich te laten behandelen via de reguliere GGD of via het zogenaamde verzekeringsspreekuur. In het laatste geval betaalt de verzekering de labkosten van de soa-test (of gaat het van het eigen risico af), maar hier staat tegenover dat zij – in vergelijking met het reguliere soa-spreekuur – sneller worden geholpen. In 2012 ging het om 318 consulten. In de regio Zeeland-Brabant kunnen mensen die buiten de risicogroep vallen maar niet naar de huisarts willen tegen betaling van € 180,- terecht voor een consult. In 2012 zijn hier ongeveer 80 betaalde consulten uitgevoerd. De doelgroepen in deze pilots zijn te specifiek om de resultaten te extrapoleren naar alle doelgroepen van de ASG.

Het invoeren van een eigen bijdrage voor de curatieve soa-bestrijding of het bij de financiering ervan differentiëren naar doelgroep blijkt een gevoelig thema. Enerzijds kan het vanuit het oogpunt van redelijkheid en eigen verantwoordelijk reëel zijn om van bepaalde groepen – bijvoorbeeld personen die zich herhaaldelijk bij de GGD melden voor een soa-test – een eigen bijdrage te vragen. Aan de andere kant bestaat hierdoor het risico dat een deel van deze doelgroep zich niet meer meldt voor een soa-test. Vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding is dit niet wenselijk. Er zijn onvoldoende gegevens om een goede kwantitatieve inschatting te maken van risicogroepen die zich niet meer melden op het soa-spreekuur als een eigen bijdrage ingevoerd wordt.

Het onderbrengen van (een deel van) de kosten van de ASG via de zorgverzekering is in alle gesprekken aan de orde gesteld. De belangrijkste observaties uit de gesprekken:

- Om te voorkomen dat de ASG een subsidieregeling zonder einde wordt en de kosten de komende jaren blijven toenemen, is het redelijk om de kosten ervan onder de Zorgverzekeringswet te laten vallen. Dit heeft wel gevolgen voor de anonimiteit (zie eerder in dit hoofdstuk). Een mogelijk risico is dat mensen die tot een hoog-risicogroep behoren en zich anoniem op de aanwezigheid van soa's willen laten testen, dat minder snel of helemaal niet doen als de behandeling op de nota's van de zorgverzekeraar verschijnt. Het is niet duidelijk hoe groot deze groep is, maar ook als het om een klein aantal mensen gaat, kan dit resulteren in verdere verspreiding van soa's.
- Met het oog op infectieziektebestrijding lijkt het niet verstandig om de volledige kosten van de soa-testen in rekening te brengen bij de patiënten. Als het doel is om de zorg bij huisartsen onder te brengen, is er ook de mogelijkheid om de financiële consequenties voor patiënten bij huisartsen gelijk te trekken met die van de GGD en de testen daar buiten het eigen risico te laten. Gezien de hoeveelheid testen bij de huisarts, zullen daarmee de totale kosten wel toenemen. Daarnaast kan een 'simpele' maatregel als soa-zorg buiten het eigen risico plaatsen verstrekkende gevolgen hebben voor het systeem van betalen voor de gezondheidszorg in Nederland. Er kan immers bij meer zaken de vraag worden gesteld of ze niet buiten het eigen risico zouden moeten vallen met het oog op de volksgezondheid. Het CVZ heeft daarom bedenkingen bij een uitzonderingspositie voor soa-testen, aangezien hier een precedentenwerking vanuit kan gaan.

- Herhaaldelijk is in de gesprekken een vergelijking gemaakt met de nieuwe beleidsregel die regelt dat bepaalde onderdelen van de tuberculose-behandeling vanaf 1 juli 2013 vanuit de zorgverzekering worden gefinancierd. Het eigen risico van patiënten wordt in deze beleidsregel echter niet gespaard. Als de behandeling van soa's onder de verzekerde zorg komt te vallen, maar dit ten koste gaat van het eigen risico van patiënten – zoals momenteel voor de labkosten bij de behandeling van soa's door huisartsen geldt – is het de vraag of dit voor bepaalde groepen reden is om zich minder vaak of helemaal niet meer te melden voor de behandeling van (mogelijke) soa's. Dit kan conflicteren met de huidige taken van de GGD'en met betrekking tot de actieve opsporing van soa's bij hoog-risicogroepen. Er zijn geen cijfers beschikbaar waaruit een betrouwbare schatting gemaakt kan worden van het aantal soa's gemist zou worden.

Kortom, het publieke belang van soa-bestrijding, een toename van het vindpercentage in de afgelopen jaren – wat als een succes van de ASG kan worden gekwalificeerd – in combinatie met praktische bezwaren zijn veel gehoorde overwegingen om niet ingrijpend te sleutelen aan de financiering van de soa-zorg. Zoals eerder beschreven, is het wel wenselijk om aandacht te hebben voor mogelijkheden om de kosten te verminderen door te kijken naar de lokale uitvoering van het beleid ten aanzien van triage, hoog-risicogroepen en de kosten per soa-test. Hierbij hoort ook het geven van aandacht aan de uitvoering van het Sense-deel van de ASG. Het lijkt overlap te zijn in de uitvoering van preventieve activiteiten door de regionale en lokale GGD'en en allerlei thema-organisaties.

4 Samenvattende conclusies

Op basis van voorgaande hoofdstukken worden hieronder de belangrijkste conclusies samengevat.

Aantal consulten en vindpercentage stijgt

De afgelopen jaren is sprake van een landelijke stijging van het aantal soa-consulten en vindpercentages. De verklaring van deze stijging is niet geheel duidelijk. Wel is duidelijk dat de verhouding tussen testen bij de soa-poli's en bij de huisartsen niet verandert. Daarnaast is de stijging in het aantal testen zichtbaar in alle hoog-risicogroepen. Er zijn wel verschillen tussen de GGD-regio's. Het grootste deel van de stijging van het aantal soa-consulten in 2012 kan worden verklaard door een stijging van het aantal consulten in de regio Noord-Holland en Flevoland. De stijging in deze regio is vergelijkbaar met de stijging in voorgaande jaren. In Utrecht en Limburg is het aantal consulten in 2012 juist afgenomen, wat waarschijnlijk samenhangt met een scherpere triage.

Het vindpercentage is de afgelopen jaren in bijna alle regio's gestegen, waarbij in 2012 de verschillen in vindpercentages tussen de regio's kleiner zijn geworden. Dit lijkt een gevolg te zijn van de verdere uniformering in testbeleid en triage die door de ASG is ingezet. Dit is een positief effect van de regeling.

De integratie van soa en Sense is positief

In de praktijk melden de meeste cliënten zich bij de GGD met (het vermoeden van) een soa. Tijdens het consult wordt door de GGD-artsen en -verpleegkundigen veelal ook ingegaan op seksualiteitsvraagstukken. Op dit punt zijn verschillen in focus merkbaar tussen de GGD-regio's, maar de Sense-benadering is breed geïmplementeerd. Soa-consulten dragen zo bij aan de algehele seksuele gezondheid van de cliënt, bijvoorbeeld in te gaan op gebruik van anticonceptie en ervaringen met seksueel geweld. Hierbij komen regelmatig andere problemen aan het licht. Medewerkers geven aan hun werk hierdoor zinvoller en uitdagender te vinden.

De eerste indruk van de implementatie van dit doel van de ASG is dus positief. Een volledige evaluatie van de integratie van de regelingen is nog niet mogelijk omdat de ASG hiervoor nog te kort in werking is getreden. Bij veel GGD'en is de integratie dus nog niet afgerond.

Regie en zicht op de uitvoering van seksualiteitshulpverlening ontbreekt

Het aantal geregistreerde Sense-consulten in 2012 was 12.706. In dit getal zijn niet de telefonische en e-mailvragen opgenomen. Bovendien mist er in de statistieken vrijwel zeker een deel van de seksualiteitshulpverlening die plaatsvindt tijdens soa-consulten. Dit komt doordat de soa- en Sense-dossiers verschillende systemen zijn, waardoor Sense-consulten die gecombineerd zijn met een soa-consult vaak niet in het Sense-dossier worden geregistreerd. Ook de effecten van outreach-activiteiten worden niet overal in beeld gebracht. Hierdoor is niet duidelijk wat er precies gebeurt op Sense-gebied en wat het effect hiervan is.

De andere taken op het gebied van seksualiteitshulpverlening zijn landelijk op verschillende plaatsen ondergebracht. Zowel alle GGD-regio's als landelijke organisaties, waaronder Soa Aids Nederland, Rutgers WPF en CASA Nederland, houden zich bezig met de ontwikkeling van activiteiten op het gebied van preventie en voorlichting. Daardoor mist de regie op deze activiteiten en wordt dubbel werk gedaan. De seksualiteitshulpverlening kan dus efficiënter worden georganiseerd.

Triage kan scherper worden ingezet

Niet iedereen die behoort tot een hoog-risicogroep heeft ook daadwerkelijk een verhoogd risico op een soa. In sommige regio's worden aanvullende triagevragen gesteld waaruit beter kan worden afgeleid hoe groot de daadwerkelijke kans op een soa is. Als blijkt dat deze kans relatief klein is, wordt er in sommige GGD-regio's voor gekozen om deze persoon niet uit te nodigen voor een consult of een langere wachttijd te geven om hen zo te motiveren om naar de huisarts te gaan.

Op dit moment is in de meeste regio's de definitie van hoog-risicogroep uit de ASG leidend. Door een scherpere triage kan de focus verlegd worden van hoog-risicogroep naar hoogrisicogedrag. Hierdoor kan de regeling effectiever worden ingezet.

Soa-testen kunnen beter worden afgestemd op de cliënt

In de ASG is voorgeschreven bij welke groepen welke testen moeten worden uitgevoerd. Hierdoor wordt de deskundigheid van GGD-artsen en -verpleegkundigen niet optimaal benut. Waarom zou iemand op alle soa's moeten worden getest als de GGD-arts op basis van het risicogedrag constateert dat de kans op een soa verwaarloosbaar klein is? De groep 'personen afkomstig uit een soa-endemisch gebied' leidt in de praktijk tot situaties van onduidelijkheid en onbegrip van zowel cliënten als GGD-medewerkers. Waarom een Nederlandse vrouw waarvan één ouder in Indonesië is geboren standaard op alle soa's moet worden getest, wordt niet begrepen vanuit het oogpunt van (a) de kans op een soa, (b) kosteneffectiviteit en (c) ruimte voor de professional.

Het standaard doortesten van jongeren na een positieve chlamydia-test lijkt ook niet kosteneffectief. In de afgelopen twee jaar is er geen hiv of syfilis gevonden bij jongeren tot 25 jaar die niet aan één van de andere criteria van hoog-risicogroep voldoen. Toch moeten deze jongeren bij positieve chlamydia-uitslag op alle soa's worden getest. Als het gaat om kosteneffectiviteit is het wel belangrijk om niet alleen naar vindpercentages te kijken. De vindpercentages van syfilis en hiv zijn weliswaar laag, maar de gevolgen en kosten van een niet-ontdekte infectie zijn enorm. Aangezien de testen voor deze soa's relatief goedkoop zijn, is het zelfs bij een laag vindpercentage al snel kosteneffectief om deze testen wel uit te voeren.

Voor effectievere en efficiëntere soa-zorg zou meer vertrouwd moeten worden op de deskundigheid van de professionals die de regeling uitvoeren. Het is goed dat er landelijke richtlijnen zijn voor soa-testen, maar er zou meer vrijheid moeten zijn om beargumenteerd van deze richtlijnen af te wijken.

Definitie van hoog-risicogroepen behoeft aanscherping

De ASG beschrijft wanneer iemand wel of niet tot een hoog-risicogroep behoort. Hierbij worden de doelgroepen 'personen met veel wisselende contacten' en 'prostituanten' als te vrijblijvend ervaren. Bovendien maakt het voor het risico op een soa uit of deze contacten veilig waren of niet, terwijl dat verschil niet gemaakt wordt in de regeling. Personen met klachten die niet aan een ander criterium voldoen zouden ook terechtkunnen bij de huisarts, aangezien huisartsen vaak wel testen bij klachten. In 2012 waren ongeveer 7.000 consulten voor deze groepen, wat neerkomt op circa € 1 miljoen.

Er bestaat onduidelijk over het helpen van slachtoffers van seksueel misbruik. Officieel valt deze groep niet onder de ASG terwijl GGD'en vanuit moreel oogpunt wel als een plicht zien om deze mensen te helpen. De extra kosten voor het opnemen van deze groep zijn beperkt (geschat op ongeveer € 150.000), terwijl de GGD wel de deskundigheid heeft om voor deze groep snel brede hulpverlening te leveren. Juist voor deze groep kan een soa-test de deur openen voor een breder gesprek dat latere problemen op allerhande andere vlakken kan voorkomen.

Deskundigheid, anonimiteit en betaalbaarheid zijn redenen om de GGD boven de huisarts te verkiezen

Vanuit het oogpunt van anonimiteit, betaalbaarheid en deskundigheid verkiezen cliënten voor seksualiteitshulpverlening en het laten uitvoeren van een soa-test de GGD boven de huisarts:

- **Deskundigheid:** huisartsen voeren al jarenlang circa 70% van het totale aantal soa-testen uit en hier zijn geen verschuivingen in geweest de afgelopen jaren. In principe moeten huisartsen ook de kennis hebben om soa's te diagnosticeren en te behandelen en hebben huisartsen door vervolggconsulten de mogelijkheid om hieraan voldoende aandacht te besteden. Tegelijkertijd blijken huisartsen in 30% van de gonorroegevallen medicatie voor te schrijven waar resistentie voor bekend is. Bovendien is voor de hoog-risicogroepen extra deskundigheid nodig, zoals testen op meerdere lichaamslocatie of kennis van specifieke soa's die alleen bij deze groepen voorkomen. Deze kennis is bij de GGD-en beter geborgd. Ook op het gebied van seksualiteitshulpverlening is specifieke kennis niet bij alle huisartsen aanwezig.
- **Anonimiteit:** het belang hiervan wordt vooral genoemd voor jongeren die nog bij hun ouders zijn verzekerd en MSM in een heterosituatie of andere mensen die vreemdgaan.
- **Betaalbaarheid:** soa-testen zijn relatief duur, zeker in vergelijking met bijvoorbeeld een standaard bloedonderzoek. Om die reden is de keuze voor de GGD waar deze test – mits degene onder de doelgroep van de ASG valt – kosteloos kan worden uitgevoerd, in de praktijk snel gemaakt.

Vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding is het goed dat GGD'en zich bezighouden met de behandeling van hoog-risicogroepen

Hoofddoelstelling van de ASG is het opsporen, bestrijden (curatief) en voorkomen (preventief) van soa's. GGD'en richten zich hierbij – als uitvoerders van de ASG – op de groepen waarbij de kans op aanwezigheid van soa's en het risico op verspreiding ervan het grootst is. Onderdeel van deze taak is het tijdig signaleren van nieuwe typen soa's, een toename van bestaande soa's en de ontwikkeling van soa-prevalentie bij specifieke doelgroepen. Ook het beperken van de transmissie door partnerwaarschuwingen is een belangrijke taak van de GGD.

Door de organisatiestructuur van de GGD'en – lokale GGD'en verenigd in acht coördinerende GGD-regio's – kan dergelijke epidemiologische informatie tijdig worden gesignaleerd. Zeker als het gaat om een outbreak of nieuwe vormen van (resistente) soa's, die zich over het algemeen manifesteren binnen specifieke risicogroepen, kan deze signaleringsfunctie niet effectief door meer dan 8.000 huisartsen worden uitgevoerd. Daarnaast zijn huisartsen er in de eerste plaats voor hun patiënten, terwijl de GGD er primair is voor publieke gezondheidszorg. Daarom is bij de GGD ook het preventieve aspect beter geborgd.

Grote verschillen tussen GGD-regio's in laboratoriumkosten

Uit de evaluatie komt naar voren dat het uitvoeren van een chlamydia-test door een laboratorium in de ene regio tientallen euro's duurder is dan in de andere regio. De normbedragen voor labonderzoek zijn gebaseerd op de tarieven voor huisartsen, waarbij rekening is gehouden met een vast percentage extra testen. In de praktijk ligt dit percentage extra testen hoger, maar verricht de GGD een deel van de werkzaamheden van het laboratorium (zoals bloed afnemen) zelf, waardoor lagere tarieven voor laboratoriumtesten gerekend kunnen worden. Waar de ene regio door ervaringen met openbare aanbestedingen scherpe tarieven met laboratoria heeft onderhandeld, is dit in andere regio's veel minder of helemaal niet het geval.

Daar komt bij dat in de praktijk veelal sprake is van kruisfinanciering: op soa-testen wordt winst gemaakt, waaruit werkzaamheden van laboratoria op het gebied van tuberculostesten, maar ook algemene infectieziektebestrijding – zoals advies en samenwerking met de GGD bij een outbreak – worden betaald. Dit zijn kosten die eigenlijk uit andere financieringsbronnen moeten worden betaald.

De vergoedingen voor soa-testen uit de ASG zijn op een ondoorzichtige manier opgebouwd. Door scherp te onderhandelen over de kosten van een soa-test en de activiteiten die hiervoor worden uitgevoerd, kunnen op een aantal plaatsen nog kosten worden bespaard. Een deel van deze besparingen heeft betrekking op taken die wel uit andere financieringsbronnen moeten worden betaald. Een meer realistische en zuivere financiering van de regeling kan de kosten inzichtelijker maken.

Het is mogelijk om door de invoering van positieve prikkels cliënten zelf voor de kosten van soa-testen te laten betalen

Het invoeren van een eigen bijdrage voor de curatieve soa-bestrijding of het bij de financiering ervan differentiëren naar doelgroep blijkt een gevoelig thema. Enerzijds kan het vanuit het oogpunt van redelijkheid en eigen verantwoordelijk reëel zijn om van bepaalde groepen – bijvoorbeeld personen die zich herhaaldelijk bij de GGD melden voor een soa-test – een eigen bijdrage te vragen. Aan de andere kant bestaat hierdoor het risico dat een deel van deze doelgroep zich niet meer meldt voor een soa-test. Vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding is dit niet wenselijk. Het is niet duidelijk hoe groot deze groep is.

Toch wijst de praktijk uit dat er wel mogelijkheden zijn om een deel van de cliënten te laten betalen voor de zorg die zij krijgen van de GGD. Een voorbeeld hiervan is de regio Noord-Nederland waarbij een deel van mensen die een soa-test willen laten uitvoeren de keuze hebben om zich te laten behandelen via de reguliere GGD of via het zogenaamde verzekeringsspreekuur. Daar moeten zij zelf de labkosten van de soa-test betalen, maar worden ze sneller geholpen. Als dergelijke voorbeelden landelijk worden ingevoerd, is een reductie van de totale kosten van de ASG mogelijk. Op basis van huidige resultaten kan de grootte van deze besparing niet betrouwbaar worden geschat.

5 Aanpassing van de ASG

5.1 Waarom veranderen?

Gelet op het bereik onder hoog-risicogroepen en de vindpercentages, kan de ASG als succesvol in het opsporen van soa's worden gezien. Ook de integratie van de regelingen lijkt succesvol te verlopen. Toch wordt door het overgrote deel van zowel huisartsen als GGD'en aangegeven dat de regeling een bijzondere – misschien wel vreemde – plaats inneemt in het stelsel van de Nederlandse publieke gezondheidszorg. Aan de ene kant is het, in het licht van het curatieve karakter van de regeling die soms zelfs tweedelijnszorg betreft, bijzonder dat deze zorg door de GGD wordt uitgevoerd. Aan de andere kant is curatie bij een infectieziekte automatisch ook preventie, wat wel degelijk bij de GGD thuishoort.

Het grootste ongewenste effect van de regeling ligt in de mogelijke substitutie van huisartsenzorg. Niet alleen vanwege het financiële plaatje, maar ook omdat het voor goede zorgverlening belangrijk is dat huisartsen een volledig beeld van hun patiënten hebben, inclusief risicogedrag op seksueel gebied. Hoewel het percentage van mensen dat zich laat testen bij de huisarts de afgelopen jaren ongeveer constant 70% is gebleven, zijn er zowel bij huisartsen als bij GGD'en signalen dat mensen zich om financiële redenen bij de GGD laten testen, wat onwenselijk is. Daarnaast is de regeling in de afgelopen jaren continu gegroeid en lijkt het einde van deze groei nog niet in zicht.

De regeling kan op een aantal manieren worden aangepast om effectiever en/of goedkoper te worden. In dit hoofdstuk zullen we eerst een aantal algemene aanbevelingen doen en daarna 5 opties schetsen om de regeling te veranderen. Hoewel de geschetste opties erop gericht zijn de effectiviteit van de regeling zo hoog mogelijk te houden, hebben ze wel consequenties voor het aantal gevonden (en gemiste) soa's. Het is niet precies bekend hoeveel mensen in Nederland met een soa besmet zijn, of hoe dit aantal zich ontwikkeld had zonder de regeling. Dit maakt het lastig om het effect van de regeling, en dat van eventuele aanpassingen, precies te benoemen. Binnen ieder van deze opties gaan we in op de consequenties voor de kosten en op het aantal soa's dat vermoedelijk gemist zou worden. Als iemand met een soa rond blijft lopen, heeft dit invloed op de gezondheid van deze persoon en op de transmissie van soa's, aangezien deze persoon dan anderen kan besmetten. Als een soa gemist wordt heeft dit ook invloed op de kwaliteit van de surveillance. Aangezien dit niet het hoofddoel van de regeling is, gaan we hier niet uitgebreid op in.

5.2 Algemene aanbevelingen

Houd de soa-zorg bij de GGD

De GGD'en leveren in de soa-poli's laagdrempelige zorg tegen kosten die ongeveer vergelijkbaar zijn met die van een huisarts. De deskundigheid bij soa-poli's 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 de GGD'en de meest geschikte partner om de soa-zorg voor hoog-risicogroepen uit te voeren. Hierbij zou wel standaard eerst de vraag moeten worden gesteld waarom mensen zich niet bij de huisarts melden.

Meer sturing en samenwerking op Sense

Zoals geconcludeerd, wordt op het gebied van seksualiteitshulpverlening momenteel door de verschillende partners dubbel werk gedaan. Dit kan worden voorkomen door coördinatie op landelijk niveau. Hierin is het wel van belang dat er ruimte blijft voor lokale initiatieven, aangezien de medewerkers op GGD'en een waardevolle bron van kennis en ideeën zijn.

Door projecten centraal te coördineren, wordt geen dubbel werk gedaan. Daarnaast kan meer aandacht worden besteed aan het sturen op effecten. Wat is het doel van Sense? Wat is het doel van een project? En hoe bepalen we in hoeverre dit doel bereikt is?

Door antwoorden op dit soort vragen op landelijk niveau te formuleren, kunnen projecten beter met elkaar vergeleken worden en kunnen *best practices* sneller over het land worden verspreid.

Onderzoek de wenselijkheid van online testen

Vanuit kosten oogpunt lijken online testen de toekomst. Er zijn immers minder kosten aan verbonden dan aan fysieke testen en daarmee kan de regeling goedkoper worden. Met online testen valt alleen wel de preventie van het gesprek op de soa-poli weg. Het is daarom niet duidelijk in hoeverre online testen de regeling ook daadwerkelijk effectiever maakt. Om de wenselijkheid van online testen te bepalen, is onderzoek nodig naar de effectiviteit van online preventie bij het aanvragen van een test (bijvoorbeeld een filmpje op de website) ten opzichte van het gesprek tijdens het consult. Op basis daarvan, en het kostenplaatje voor beide mogelijkheden, kan de wenselijkheid van online testen voor verschillende risicogroepen vastgesteld worden.

Verdere ontwikkeling beroepsstandaard

Op grote lijnen is er consensus binnen de beroepsgroep over welke testen in welke gevallen moeten worden afgenomen. Op meer detailniveau zijn er hier wel regionale verschillen. De ASG, en de voorloper ACS, heeft de verschillen tussen soa-poli's onderling al veel kleiner gemaakt door een landelijke structuur van overleg en kennisdeling te creëren. Voor de kwaliteit van de Nederlandse soa-zorg is het belangrijk om deze ontwikkeling voort te zetten en op basis van gedegen epidemiologisch onderzoek te bepalen welke testen zinvol zijn voor welk risicogedrag.

Schep duidelijkheid over laboratoriumkosten

Zoals eerder aangegeven, zijn er grote verschillen tussen laboratoriumkosten in verschillende regio's, met name door de kruisfinanciering van de laboratoria. Iedereen is zich bewust is van de grote prijsverschillen, maar slechts weinig GGD'en zetten zelf de stap naar een ander laboratorium. Een nationale richtlijn zou de GGD'en kunnen helpen in hun onderhandelingspositie. Bijvoorbeeld GGD Nederland zou hierin een rol kunnen spelen. Daarnaast is het schrijven van een aanbesteding een vak op zich. GGD'en worden verhinderd op dit onderwerp hun kennis te delen door de regels voor aanbestedingen. Daardoor moeten die acht regio's (en in sommige gevallen zelfs de afzonderlijke GGD'en) ieder het wiel opnieuw uitvinden. Een betere ondersteuning van GGD'en bij aanbestedingen kan helpen om de laboratoriumkosten te verminderen.

5.3 Optie 0: regeling hetzelfde houden

De regeling zorgt voor hoogwaardige en laagdrempelige soa-zorg in heel Nederland en is daarmee succesvol.

Consequenties voor het aantal gemiste soa's

Door de regeling op deze manier in stand te houden, wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd.

Consequenties voor de kosten

Er is geen reden om aan te nemen dat de stijging in het aantal soa-testen in de komende jaren zal afvlakken bij ongewijzigd beleid. In dat geval is te verwachten dat de kosten van soa-testen in de regeling jaarlijks met ongeveer € 1 miljoen zullen toenemen. Daar komen de vergoedingen voor gevonden soa's nog bij, wat bij de huidige ontwikkeling in het vindpercentage nog eens € 1,5 miljoen per jaar extra kost.

5.4 Optie 1: regeling marginaal aanpassen en bekostiging zuiverder maken

De eenvoudigste optie om de regeling aan te passen is het grootste gedeelte van de structuur in stand te houden, maar een paar kleine aanpassingen aan te brengen in de precieze bekostigungsstructuur en in de hoog-risicogroepen.

De bekostiging van de regeling blijft in deze optie in grote lijnen hetzelfde en er wordt, op mensen die alleen jonger dan 25 jaar zijn na, nog wel op alle soa's getest, maar er wordt per test gedeclareerd in plaats van per consult. Daardoor wordt de bekostiging zuiverder. Dit houdt in dat er apart afgerekend wordt voor de volgende zaken (de bedragen zijn indicatief en moeten in dit geval in samenspraak met de GGD'en worden vastgesteld):

- Fysiek consult (in verband met personele personele kosten): circa € 50.
- Standaard chlamydia- en gonorroetest (in de meeste laboratoria gecombineerd): circa € 50.
- Standaard syfilistest: circa € 5.
- Standaard hivtest: circa € 15.
- Prijzen voor meer gespecialiseerde testen of testen voor andere soa eventueel op basis van LHV-tarieven.
- Behandeling bij een gevonden soa: circa € 50 consultkosten en de kosten voor medicatie.

De vergoeding per gevonden soa kan dan worden geschrapt, aangezien de kosten voor medicatie, en ook de personeelskosten, direct vanuit de regeling vergoed worden. Deze optie vraagt wel meer organisatie aan de kant van het RIVM als subsidieverlener.

Daarnaast zouden de volgende wijzigingen in de doelgroep van de regeling kunnen worden aangebracht:

- Mensen met klachten, prostituanten en mensen met wisselende contacten die niet tot een andere hoogrisicogroep behoren niet meer onder de regeling laten vallen.
- Verkrachtingsslachtoffers aan de regeling toevoegen.
- Mensen die alleen jong zijn standaard op chlamydia en gonorroetesten en niet doortesten op syfilis en hiv.

Consequenties voor het aantal gemiste soa's

De verandering in bekostiging zou tot gevolg kunnen hebben dat meer testen worden uitgevoerd, waardoor soa's kunnen worden gevonden die anders gemist waren. Mensen met klachten, prostituanten en mensen met wisselende contacten die niet tot een andere hoog-risicogroep behoren kunnen qua deskundigheid ook bij de huisarts terecht. Het is mogelijk dat sommige van deze mensen niet naar de huisarts gaan wegens de wens om anoniem te blijven of vanwege de kosten en daardoor rond blijven lopen met een soa, in verreweg de meeste gevallen chlamydia. Het is niet bekend voor hoe veel van deze mensen dit geldt.

- Het is aannemelijk dat van de mensen met klachten een hoog percentage zich bij de huisarts zal melden. Bij deze groep worden nu ongeveer 300 soa's per jaar gevonden. Uitgaande van een percentage van 90% dat zich alsnog bij de huisarts meldt, zouden in deze groep ongeveer 30 soa's per jaar worden gemist. Dit aantal kan oplopen als meer mensen zich niet alsnog laten testen.
- Van de twee andere groepen zal het percentage dat zich bij de huisarts meldt lager zijn. Aangezien het hier uitsluitend mensen ouder dan 25 jaar betreft, is het overgrote deel in staat de soa-test te betalen. Voor een klein deel, met name mensen die vreemdgaan, zal anonimiteit een barrière vormen. Toch zal ook van deze groep een aanzienlijk deel zich wel laten testen. Ze zijn immers wel bang voor een soa en namen voorheen ook de moeite om naar de soa-poli te komen. Uitgaande van een negatief scenario waarbij slechts 50% van de prostituanten en mensen met wisselende contacten die nu nog bij de soa-poli komen zich bij de huisarts meldt bij angst voor een soa, zouden ongeveer 100 soa's per jaar worden gemist. Dit aantal kan oplopen tot 200 per jaar in het extreme geval dat geen van deze mensen zich bij de huisarts laat testen.
- Door jongeren standaard op chlamydia en gonorrhoe te testen en niet op hiv en syfilis worden in deze groep nauwelijks soa's gemist, ook als niet op hiv en syfilis getest wordt bij een positieve chlamydia of gonorrhoe.

Consequenties voor de kosten

De verschillende maatregelen hebben verschillende consequenties.

- Van de tariefdifferentiatie is niet duidelijk wat het precieze effect is. De kosten voor een standaardconsult zijn met € 120 lager dan de huidige vergoeding, maar afhankelijk van het aantal extra testen kan de gemiddelde consultprijs hoger uitpakken. Bovendien zit er in deze vorm van bekostiging geen financiële prikkel meer voor GGD'en om soa's te vinden, waardoor het voor een GGD met lage laboratoriumtarieven gunstig is om meer testen uit te voeren, met een lager vindpercentage als resultaat. Er zit in deze manier van bekostigen dus een prikkel om veel testen uit te voeren. Dat is in de huidige situatie overigens ook het geval, dus het is onwaarschijnlijk dat het vindpercentage hierdoor sterk zal dalen. Deze bekostigingsstructuur geeft wel meer handvaten om de tarieven jaarlijks te evalueren en eventueel bij te stellen naar realistischer bedragen naar aanleiding van ontwikkelingen in laboratoriumtarieven
- Voor deze optie is met name in de opstartfase wel extra budget nodig om de infrastructuur voor afrekenen per test op te zetten. In principe worden de testen wel in het elektronische patiëntendossier geregistreerd, maar er is ook een IT-infrastructuur nodig om ervoor te zorgen dat deze gegevens gemakkelijk gebruikt kunnen worden door het RIVM om de afrekening te maken.
- Mensen met klachten, wisselende contacten en prostituanten die niet aan andere criteria voldoen niet meer binnen de regeling laten vallen leidt tot ongeveer 7.000 consulten minder, wat neerkomt op een besparing van circa € 1 miljoen aan laboratoriumkosten. Daarnaast wordt nu voor deze groepen nog ongeveer € 0,3 miljoen betaald voor de 500 tot 600 soa's die jaarlijks in deze groepen gevonden worden.
- Het toevoegen van verkrachtingsslachtoffers aan de regeling zal niet boven de € 0,2 miljoen komen gezien het geringe aantal waar dit om gaat.
- Het niet doortesten van mensen die alleen jonger dan 25 jaar zijn bij een positieve chlamydiatetest bespaart circa € 0,1 miljoen aan testkosten (€ 100 keer ongeveer 1.000 positieve chlamydiatesten bij jongeren die niet aan andere criteria voldoen).

5.5 Optie 2: optie 1 + meer vertrouwen op professionals

In deze optie wordt optie 1 gecombineerd met een grotere vrijheid voor professionals. Er wordt dus per test afgerekend in plaats van per consult en de risicogroepen worden iets beperkt. Daarnaast krijgen GGD'en meer vrijheid in triage en testbeleid. Op die manier kan de deskundigheid die aanwezig is bij de GGD optimaal worden gebruikt. Nu is het nog zo dat voorgeschreven is welke testen bij welke risicogroepen moeten worden uitgevoerd. Als een arts hier van afwijkt, wordt de test niet vergoed. Door de mogelijkheid te scheppen om beargumenteerd van het standaardpakket af te wijken (bij twijfel wel testen), kan er gerichter worden getest. Deze testen kunnen dan, net als in optie 1, apart worden afgerekend.

De voornaamste reden om de regeling op deze manier te veranderen ligt niet in de kosten, maar in de werkbaarheid van de consulten. Artsen en verpleegkundigen vinden het ethisch onverantwoord om 'nutteloze' testen uit te voeren bij mensen die absoluut geen risico hebben gelopen. Ook patiënten laten liever geen bloed prikken als het niet nodig is. Een verdere differentiatie in testen op basis van de definitie van de hoog-risicogroepen kan niet worden gemaakt op basis van de epidemiologische gegevens. Door deze beslissing aan de professional over te laten, kan in het consult worden uitgegaan van het daadwerkelijke risico dat iemand heeft gelopen.

Consequenties voor het aantal gemiste soa's

Voor zover het zuivere tarieven en het aanpassen van de hoog-risicogroepen betreft, zijn de consequenties hetzelfde als bij optie 1.

Een scherpere triage kan het aantal consulten licht terugbrengen. Een deel van deze mensen zal zich niet bij de huisarts melden en daardoor met een soa blijven lopen, maar de aantallen zullen beperkt zijn. Door een scherpere triage kan het vindpercentage wel stijgen.

Door professionals meer vrijheid te geven om sommige testen niet uit te voeren, zal het soms voorkomen dat er een soa gemist wordt. Dit zal met name hiv en syfilis betreffen, aangezien op chlamydia en gonorrhoe over het algemeen wel zal worden getest. De voornaamste groepen waarbij minder hiv en syfilis zal worden getest zijn jongeren (eventueel uit soa-endemisch gebied) en mensen met wisselende contacten zonder andere risico's. Als standaard geen hiv en syfilis in deze groepen getest zou zijn in de afgelopen jaren, waren maximaal vijf gevallen per jaar gemist. Bij een individuele risico-afweging kan dit aantal kleiner zijn, maar er zal een enkel geval gemist worden. Hoe dan ook zal de richtlijn voor hiv- en syfilistesten moeten zijn: bij de minste twijfel altijd testen.

Consequenties voor de kosten

Een scherpere triage kan het aantal consulten licht terugbrengen. Op dit moment is het namelijk niet bij alle GGD'en duidelijk in hoeverre mensen 'recht' hebben om op het spreekuur te komen, puur omdat ze tot een hoog-risicogroep behoren en in hoeverre de GGD de vrijheid heeft om deze mensen van het spreekuur te weren. In de praktijk is iedereen daardoor welkom op het spreekuur, tenzij de wachtlijsten te lang zijn. Binnen deze optie zal dit effect echter niet groot zijn, omdat er voor GGD'en geen prikkel is om het aantal consulten terug te brengen.

Meer vrijheid voor professionals kan wel kosten besparen. Tegelijkertijd moet dit niet overschat worden. Er zal vooral worden gekozen om de hiv- en syfilistesten niet meer uit te voeren en dit zijn juist de goedkoopste testen. Als we uitgaan van bovengenoemde

bedragen voor deze testen (€ 5 voor syfilis en € 15 voor hiv), wordt € 20 per consult bespaard. Daarnaast zal om de verspreiding van soa's tegen te gaan bij twijfel altijd wel worden getest, waardoor deze testen vaak wel uitgevoerd zullen worden. We kunnen ervan uitgaan dat bij MSM vrijwel altijd op deze soa's getest wordt, aangezien de vindpercentages in deze groep het hoogst zijn. Voor andere groepen is moeilijker in te schatten hoe vaak op hiv en syfilis getest zal worden, aangezien dit af zal hangen van het risicogedrag, waar nu niet op geselecteerd wordt. Als we ervan uitgaan dat in circa 20% van de niet-MSM-consulten nog wel hiv en syfilis getest zal worden, leidt dit tot 75.000 consulten waar niet op deze soa's wordt getest. Met een besparing van € 20 per test betekent dit in totaal een besparing van € 1,5 miljoen. In de praktijk wordt dit bedrag waarschijnlijk niet gehaald. Als bij de minste twijfel altijd wordt getest, ligt het aantal consulten waar deze soa's niet getest worden en daarmee de besparing, waarschijnlijk veel lager.

5.6 Optie 3: optie 2 + financieringsplafond

In deze optie krijgen de professionals meer vrijheid, net als in optie 2 en er wordt ook per test gedeclareerd in plaats van per consult, maar hier staat tegenover dat ze hun werk ook binnen een vastgesteld budget moeten doen. Dit budget kan worden vastgesteld op basis van het aantal consulten in de regio in het voorafgaande jaar of van twee jaar geleden. Als een GGD meer consulten noodzakelijk acht, zal dit het eerste jaar uit eigen middelen moeten worden betaald. Zeker in combinatie met meer vrijheid voor GGD'en in de uitvoering van de regeling kan dit GGD'en motiveren om efficiënter te werken en strenger te triageren.

Consequenties voor het aantal gemiste soa's

Met een financieringsplafond worden GGD'en gedwongen om keuzes te maken in de triage en testen, waar dit in de voorgaande optie vrijblijvender was. Hoewel de consequenties in grote lijnen hetzelfde zijn als voor optie 2, zullen ze door het financieringsplafond wel worden versterkt. Met name in de triage zullen GGD'en scherpere keuzes moeten maken, waardoor meer mensen naar de huisarts worden verwezen. Een deel van deze mensen zal niet bij de huisarts aankomen en in een aantal gevallen rond blijven lopen met een soa. Het is moeilijk in te schatten om hoeveel mensen het gaat.

Door het financieringsplafond te baseren op het voorafgaande jaar, worden deze effecten geminimaliseerd. GGD'en hoeven dan immers alleen een eventuele stijging van de regeling op te vangen en kan daardoor het triagebeleid geleidelijk aanpassen. Het is ook mogelijk dat GGD'en door slimme contracten met laboratoria te sluiten binnen het gestelde budget meer consulten kunnen doen, of (tijdelijk) extra testen uit andere middelen betalen.

Consequenties voor de kosten

Het voordeel van een financieringsplafond is dat het open-einde karakter van de regeling ingeperkt wordt. Voor zowel de GGD'en als voor VWS schept het jaarlijks duidelijkheid over het budget. Door het plafond te baseren op het voorafgaande jaar, komt er voor GGD'en wel een prikkel om jaarlijks het budget op te maken en dus zoveel mogelijk testen uit te voeren.

Er is ook een mogelijkheid dat extra testen tijdelijk betaald worden uit gemeentelijke gelden, waardoor het plafond voor het jaar erna omhoog gaat. In principe kan een gemeente immers besluiten om een eventueel tekort dat kan ontstaan door een financieringsplafond in de ASG aan te vullen vanuit gemeentelijke budgetten. Gezien de

druk op gemeentelijke budgetten is het onwaarschijnlijk dat dit op grote schaal zal gebeuren.

Als GGD'en in staat zijn om gunstige contracten met laboratoria te sluiten kunnen de kosten wel jaarlijks toenemen doordat ze hierdoor extra testen zouden kunnen uitvoeren voor hetzelfde bedrag. Stel: een GGD krijgt in jaar 1 een budget dat uitgaat van 1.000 testen. Door efficiënt te werken en goede contracten af te sluiten met laboratoria, kan deze GGD dit jaar 1.100 testen uitvoeren. Dit zorgt ervoor dat het budget het jaar erna hoger is. Het budget in jaar 2 wordt in deze variant immers vastgesteld aan de hand van het aantal testen in jaar ervoor, en ligt in dit geval dus hoger dan in jaar 1. Op die manier zou het aantal testen jaarlijks verhoogd kunnen worden binnen het budget van de ASG voor dat jaar. Om dit tegen te gaan moeten de tarieven regelmatig geëvalueerd en eventueel bijgesteld worden, zoals ook al genoemd is in optie 1. Op deze manier is er nog wel een prikkel voor GGD'en om lage laboratoriumtarieven te bedingen, maar wordt een te grote groei van de regeling voorkomen.

5.7 Optie 4: financiering via de zorgverzekering

Voor een deel van de doelgroep is het geen probleem (een deel van) de zorg via de zorgverzekering te betalen. De soa-zorg volledig onderbrengen in de zorgverzekering doet ook recht aan het feit dat soa-poli's eerste- en soms zelfs tweedelijnszorg bieden. Zeker in de grote steden zijn de soa-poli's superspecialist. In deze optie verschuiven de kosten van soa-consulten – het grootste deel van de totale kosten van de ASG – van gesubsidieerde zorg naar verzekerde zorg. Hiervoor moet wel aan een aantal voorwaarden voldaan worden:

- GGD'en moeten afspraken met zorgverzekeraars kunnen maken over het declareren van het curatieve gedeelte van de soa-zorg en tijd krijgen daar hun systemen op aan te passen.
- Het preventieve karakter van de regeling moet behouden blijven. Dit kan door hier met de verzekering goede afspraken over te maken, maar is beter geborgd door de personeelskosten voor consulten en de structuur die opgezet is door de ASG wel via de regeling te laten lopen.
- Voor een kleine groep moet de mogelijkheid tot anoniem testen open blijven. Dit kan door een eigen bijdrage (buiten de zorgverzekering om) of door een (klein) budget per GGD voor schrijnende gevallen. Met de huidige data is het niet mogelijk om een betrouwbare schatting te geven van de omvang van deze groep.
- Voorkomen moet worden dat mensen zich door de hoge kosten (eigen risico) niet laten testen en rond blijven lopen met een soa. Dit kan door soa-testen uit te sluiten van het eigen risico, of slechts een deel van het bedrag (in eerste instantie circa € 25) onder het eigen risico te laten vallen. Dit bedrag kan na verloop van tijd worden bijgesteld, afhankelijk van de resultaten.
- Als de financiering wordt ondergebracht bij de zorgverzekering, is er geen reden om een verschil te maken tussen huisartsenzorg en GGD-zorg. Een verzekeraar behoort niet te weten of iemand tot een hoog-risicogroep behoort, dus ook niet-hoog-risicogroepen zouden welkom moeten zijn bij de GGD. Dit betekent dat de kosten voor de patiënt bij de huisarts en de GGD gelijkgetrokken moeten worden. Als de kosten bij de huisarts het achtvoudige zijn van die bij de GGD en iedereen welkom is bij de GGD, is het immers niet onwaarschijnlijk dat een grotere groep voor de goedkopere optie zal gaan. Ook vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding zou het goed zijn soa-testen gedeeltelijk uit te sluiten van het eigen risico. Van huisartsen komen immers ook signalen dat mensen zich minder laten testen dan wenselijk, wat een probleem is voor de volksgezondheid.

Consequenties voor het aantal gemiste soa's

Er zullen mensen zijn die geen test meer laten doen als het van het eigen risico afgaat. Zeker als het volledige bedrag van het eigen risico afgaat zullen mensen (met name jongeren) afhaken. Door soa-testen uit te sluiten van het eigen risico of niet het volledige bedrag van het eigen risico af te halen, kan dit aantal wel worden gereduceerd. Hoe groot deze groep is, zal afhangen van het bedrag, maar is niet te kwantificeren. Veel GGD'en geven bedragen tussen de € 10 en € 35 als prijs die niet teveel mensen zou afschrikken, maar er zijn ook GGD'en die iedere vorm van een eigen bijdrage als te hoge barrière zien. De effecten van dergelijk bedrag, en ook de meest wenselijke hoogte, zullen daarom in het begin jaarlijks geëvalueerd moeten worden.

Daarnaast is er een groep waarvoor anonimiteit belangrijk is. Met name voor jongeren is het van groot belang dat de kosten die op de rekening van de zorgverzekering verschijnen niet te herleiden zijn naar een soa-test. Ook voor mensen die vreemdgaan is dit een probleem. De angst dat de test te herleiden is voor de omgeving kan ervoor zorgen dat mensen zich niet meer laten testen en rond blijven lopen met een soa. Het is niet duidelijk hoe groot deze groep is.

Onder de groepen die niet tot de hoog-risicogroepen behoren, zal het aantal testen waarschijnlijk iets toenemen als de kosten bij de huisarts omlaag gaan. Er komen immers signalen van huisartsen dat mensen geen soa-test willen laten uitvoeren wegens de hoge kosten. Het is niet bekend om hoeveel mensen het gaat, dus er is geen schatting te maken van het aantal extra soa's dat door deze extra testen opgespoord zou kunnen worden.

Consequenties voor de kosten

Door een deel van de regeling over te hevelen naar de ziektekostenverzekering, zullen de totale kosten niet veranderen. Wat wel verandert, is wie de kosten betaalt. Op dit moment worden soa-testen bij de GGD betaald uit de regeling. Bij de huisarts wordt de test betaald uit het eigen risico of uit de zorgverzekeringspremie. Dit is afhankelijk van het eigen risico dat nog over is, en dus van de overige zorgkosten van de patiënt.

Het effect op verdeling van de kosten hangt sterk af van de precieze invulling van deze optie. Er is dan ook alleen een ordegrootte van de bedragen aan te geven. Bij het berekenen van die bedragen gaan we daarom uit van de huidige financiering en aantallen van de testen. Bovendien gaan we ervan uit dat alleen de laboratoriumkosten overgeheveld worden en dat de overige kosten binnen de regeling blijven om preventie te waarborgen. In dat geval worden ongeveer 100.000 testen van € 150 (volledig pakket) en 10.000 testen van € 50 (alleen chlamydia) van de regeling naar de ziektekostenverzekering overgeheveld. Als de kosten voor testen via de verzekering lopen en de rest nog via de regeling, scheelt dit binnen de regeling ongeveer € 15,5 miljoen. In plaats van uit de regeling komt dit bedrag dan uit de premie voor de zorgverzekering.

Vervolgens gaan we ervan uit dat voor al deze testen € 25 binnen het eigen risico valt en de rest erbuiten. Het is niet duidelijk hoe veel ook daadwerkelijk uit het eigen risico betaald zal worden, aangezien dit afhangt van de overige zorgkosten van de patiënt. Bezoekers van de soa-poli zijn over het algemeen onder de 50, waardoor het percentage van de testen dat binnen het eigen risico valt relatief groot is. Als we ervan uitgaan dat ongeveer 70% van de bezoekers het eigen risico moet aanspreken, zal iets minder dan € 2 miljoen door de patiënten betaald worden (uit het eigen risico) in plaats van door de zorgverzekering.

Het aantal testen bij huisartsen ligt ruim twee keer zo hoog als bij de soa-poli. Als we hier ook van € 150 aan laboratoriumkosten uitgaan en € 25 onder het eigen risico valt, betekent

dit dat € 125 per test niet meer onder het eigen risico valt en dus uit de premie moet worden betaald. Een deel van de testen valt nu natuurlijk ook niet binnen het eigen risico, omdat de patiënt al andere zorgkosten gemaakt heeft. Als we ook hier ervan uitgaan dat 70% van de testen onder het eigen risico valt, betekent dit dat ongeveer € 22,5 miljoen van het eigen risico naar de premie overgeheveld wordt. Ongeveer € 4,5 miljoen valt nog wel onder het eigen risico.

5.8 Optie 5: financiering via de zorgverzekering voor 25+

Het grote belang van preventie voor jongeren, kan een reden zijn om de regeling voor jongeren intact te laten. Op die manier wordt gezorgd dat jongeren zich in ieder geval bijtijds blijven laten testen en ook dat de voorlichting en het Sense-gesprek voor deze groep behouden blijven. Eventueel kan de leeftijdsgrens naar beneden worden bijgesteld om te zorgen dat de regeling gebruikt wordt door de mensen waar hij voor bedoeld is en een overmatig gebruik door studenten tegen te gaan.

Consequenties voor het aantal gemiste soa's

Het voordeel van deze optie is dat de meest kwetsbare groep, waar preventie het belangrijkste is, binnen de regeling blijft vallen. Bovendien hebben jongeren veelal nog geen baan dus zijn de kosten vaak een probleem. Er zullen dus minder jongeren met een soa rond blijven lopen dan bij optie 4. Bovendien is preventie voor de belangrijkste groep, de kwetsbare jongeren, beter geborgd.

Consequenties voor de kosten

Ongeveer de helft van de consulten in de ASG betreft jongeren. De andere helft van de consulten – met bijbehorende kosten van ongeveer € 8 miljoen – zouden in deze optie wel overgeheveld worden naar de zorgverzekering. De overige € 7,5 miljoen blijft dan in de regeling.

Ook in deze optie valt een deel van deze kosten onder het eigen risico. Uitgaande van dezelfde aannames als bij optie 4, zou dit bedrag op iets minder dan € 1 miljoen uitkomen. De overige € 7 miljoen die naar de zorgverzekering overgeheveld wordt, moet uit de premie betaald worden. Als jongeren binnen de regeling blijven vallen, kan het bedrag dat onder het eigen risico valt op termijn waarschijnlijk wel omhoog bijgesteld worden. Daardoor zou uiteindelijk een groter aandeel uit het eigen risico betaald kunnen worden dan in optie 4 zonder dat dit een gevaar oplevert voor de volksgezondheid.