

Vergaderjaar 2023–2024

32 239

Seksuele gezondheid

Nr. 16

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 december 2023

Graag bieden wij de toekomstverkenning naar de Regeling specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling) aan uw Kamer aan. Deze toekomstverkenning, genaamd *SOA-zorg en seksualiteitshulpverlening onder druk*, is in opdracht van VWS uitgevoerd door adviesbureau AEF. In het rapport constateert AEF dat het doel van de regeling momenteel niet behaald kan worden.

De ASG-regeling wordt uitgevoerd door de centra seksuele gezondheid (CSG) van de GGD'en. Het betreft gratis en – indien gewenst – anonieme soa-zorg aan groepen met een hoog risico op soa, en gratis en – indien gewenst – anonieme seksualiteitshulpverlening aan jongeren onder de 25 jaar. Volgend jaar zal een nieuwe ASG-regeling ingaan, waarin ook PrEP-zorg (medische begeleiding bij het slikken van preventieve hiv-medicatie) wordt geïncorporeerd.

De regeling is aanvullend op de curatieve zorg en op de collectieve preventie door gemeenten en het Rijk. Daarmee valt de ASG-regeling deels onder de portefeuille van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, namelijk voor wat betreft de soa-zorg en de aanvullende werking op de curatieve preventie. Men kan voor soa-diagnostiek of vragen over seksualiteit of seksuele gezondheid in eerste instantie terecht bij de huisarts. Sommige personen ervaren echter een te hoge drempel om naar de huisarts te gaan, bijvoorbeeld door schaamte of financiële overwegingen, terwijl zij wel behoren tot een hoog-risicogroep voor wat betreft soa.

De regeling valt ook deels onder de portefeuille van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor wat betreft de seksualiteits-hulpverlening en de aanvullende werking op de collectieve preventie. Deze aanvullende werking heeft betrekking op het bieden van een mogelijkheid voor jongeren om vertrouwelijk vragen te stellen over

seksualiteit, indien algemene voorlichting niet volstaat en indien jongeren zich niet prettig voelen om hun vragen aan hun huisarts te stellen.

De overheid faciliteert deze aanvullende zorg vanuit het belang voor de volksgezondheid. Dit belang bestaat uit het vroegtijdig doorbreken van soa-transmissieketens, het vroegtijdig signaleren en bespreken van seksualiteitsvragen, het bijdragen aan regionale en landelijke surveillance en het voorkomen van onbedoelde en ongewenste zwangerschappen.

Samenvatting toekomstverkenning

AEF constateert dat de meerwaarde van de ASG-regeling en uitvoering door de CSG volgt uit de hoge expertise, gratis zorg en anonimiteit of vertrouwelijkheid. Het belang van de ASG-regeling wordt extra onderstreept door het grote en stijgende aantal soa-besmettingen, de online desinformatie over anticonceptie, het beeld dat leeft bij jongeren over (hormonale) anticonceptie, de toename van het aantal abortussen en de mate waarin seksueel grensoverschrijdend gedrag in de samenleving vóórkomt.

Echter constateert AEF dat het doel van de ASG-regeling onder de huidige randvoorwaarden en ontwikkelingen niet kan worden behaald.

Er zijn grote financiële tekorten met nadelige gevolgen voor de volksgezondheid. De financiële middelen zijn sinds 2015 niet meer voldoende meegegroeid met loon- en prijsontwikkelingen¹. Verder hebben de CSG te maken met veranderende richtlijnen over diagnostiek waardoor meer getest moet worden, wat leidt tot meer positieve testen, waardoor er meer behandeld moet worden, en waarvan de kosten door veranderend behandelbeleid en duurder medicatie hoger uitvallen. Dit heeft geleid tot efficiëntie én krapte. De CSG hebben maar plek voor ongeveer 50% van de hoog-risicogroepen die zich bij de CSG melden; voornamelijk mondige burgers die het systeem goed kennen. Wachttijden lopen in enkele gevallen op tot wel twee à drie weken, terwijl casussen met een bepaald soort klachten volgens de richtlijn² binnen één tot drie dagen gezien zouden moeten worden.

Outreach-activiteiten (testen of seksualiteitshulpverlening op locatie of het informeren over het aanbod van de ASG-regeling) om personen in een kwetsbare positie te bereiken, zijn vanwege de krapte afgeschaald. Het afschalen van de outreach-activiteiten in combinatie met de schaarste die ertoe leidt dat vooral mondige burgers een plek weten te bemachtigen, kan ervoor zorgen dat de regeling bijdraagt aan gezondheidsverschillen. Er is behoefte aan meer aandacht voor groepen die niet in de reguliere zorg terecht komen. En voor groepen jongeren die zich in een kwetsbare positie bevinden waardoor zij een grotere kans hebben op seksualiteitsproblematiek.

AEF signaleert dat er met het huidige budget steeds minder soa-zorg en seksualiteitshulpverlening kan worden geboden. Daarbij geeft AEF aan dat dit negatieve effecten heeft met een versterkende spiraal. Steeds strenger prioriteren leidt tot een grotere kans dat een soa wordt gevonden, wat leidt tot relatief meer behandelkosten. Ook wordt de kans dat soa of seksualiteitsproblemen worden gemist steeds groter en daarmee wordt

¹ Tot 2023 is alleen geïndexeerd voor de loonkostenontwikkeling.

² Kwaliteitsprofiel aanvullende seksuele gezondheid, 2022. Te raadplegen via <https://www.rivm.nl/documenten/kwaliteitsprofiel-aanvullende-seksuele-gezondheidszorg-2022>. En het Draaiboek Consult seksuele gezondheid. Te raadplegen via <https://lci.rivm.nl/draaiboeken/consult-seksuele-gezondheid>.

het aantal transmissieketens dat wordt doorbroken steeds kleiner. Dit vermoeden wordt versterkt door de geconstateerde toename van soa-besmettingen.

Daarnaast geeft AEF aan dat de landelijke verdeling van het budget tot ongelijke toegang tussen regio's leidt. De verdeelsleutel is gebaseerd op het niveau van de ontvangen middelen van 2013. Deze verdeelsleutel was in hoge mate gebaseerd op het aantal gevonden soa's en aantal verrichte diagnostiek. In de tien jaar dat deze verdeelsleutel vastgestaan heeft, is de werkelijkheid er steeds meer van gaan afwijken. Daardoor ontstaan grote verschillen in toegankelijkheid van zorg tussen GGD'en, die volgens AEF niet (langer) te rechtvaardigen zijn.

Tegelijkertijd wijst ook een aantal huisartsen (te) snel door naar de GGD. Dat komt onder meer door de hoge druk op de huisarts en de beperkte kennis over de doelgroepen die de GGD bedient. Zeker huisartsen met populaties waar minder soa's voorkomen, weten niet altijd de juiste vragen te stellen, en daarmee ook niet de juiste (locaties op het lichaam voor) testen te selecteren, wat kan leiden tot een gemiste diagnose. Dit gebrek aan kennis en competentie wordt onder meer verklaard doordat er weinig aandacht is voor seksualiteit- en soa-problematiek in de opleiding.

Naast de financiële knelpunten in de regeling, noemt AEF dat preventie op het gebied van seksuele gezondheid onder druk staat, bijvoorbeeld doordat er minder publiekscampagnes zijn en de investeringen vanuit gemeenten voor preventie zeer wisselend zijn. Er is onduidelijkheid bij gemeenten over welke verantwoordelijkheid gemeenten hebben. Nu wordt het werk van de CSG ervaren als «dweilen met de kraan open». En hoewel door alle betrokkenen het belang van seksualiteitshulpverlening wordt, vragen de knelpunten in de soa-zorg de meeste aandacht. Seksualiteitshulpverlening raakt daarmee ondergesneeuwd.

De ervaren knelpunten nopen tot diverse aanbevelingen en een verruiming en/of aanpassingen in de financiering dan wel een herijking van de verschillende rollen en taken.

AEF doet daartoe een aantal aanbevelingen. Zo raden zij aan om structurele publiekscampagnes over seksuele gezondheid in den brede in te voeren, met daarin aandacht voor anticonceptie, soa, onbedoelde zwangerschappen, seksuele weerbaarheid, en de bekendheid met seksualiteitshulpverlening en Sense³ (bezoekersaantallen nemen af). Ook noemt AEF het ontwikkelen van een visie op collectieve preventie, met aandacht voor wat werkt. Daarbij wordt de optie genoemd om afspraken vast te leggen, bijvoorbeeld in het Gezond en Actief Leven Akkoord of de regionale uitwerking daarvan. Verder doet AEF de aanbeveling om ruimte te bieden aan zorg voor personen in kwetsbare positie, zowel binnen als buiten de genoemde hoog-risicogroepen. Het vergroten van outreach-activiteiten om deze groepen te bereiken wordt door AEF tevens aanbevolen. Voor seksualiteitshulpverlening wordt voorgesteld om extra inzet te plegen om de groepen te bereiken die hierbij het meeste baat hebben. Ook noemt AEF het aanpassen van het financiële verdeelmodel voor een gelijkere verdeling van zorg door het land, het investeren in landelijke e-health, het investeren in scholing op het gebied van seksuele gezondheid, en het verduidelijken van de regeling aan zorgprofessionals.

³ Sense is een samenwerking van Soa Aids Nederland, Rutgers, GGD'en en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Sense bestaat uit www.sense.info, met een telefoonlijn, chatlijn en emaildienst. Daarnaast kan een afspraak worden gemaakt voor een seksualiteits-hulpverleningsconsult. Dit laatste wordt bekostigd vanuit de ASG-regeling.

Daarnaast schetst AEF een aantal scenario's om de financiële knelpunten te adresseren. Deze toekomstscenario's zien vooral op de soa-zorg. Op hoofdlijnen houden deze in dat gekozen kan worden om:

1. De huidige regeling te behouden en de financiële middelen te verhogen;
2. De huidige regeling te behouden en een beperkte eigen bijdrage te introduceren (jongeren en minima uitgezonderd); of
3. Een laagdrempelige basisinfrastructuur op te tuigen waarbij iedereen voor laag-complexe soa-zorg terecht kan. Voor deze zorg zou een eigen bijdrage gelden, de rest wordt betaald door de zorgverzekeraars. Een regeling is dan nog wel nodig voor gratis en desgewenst anonieme soa-zorg, o.a. bij sociaal-complexe zorgvragen, aan jongeren tot 18 jaar, aan minima en aan mensen die een hoog risico hebben op soa maar zich per se anoniem willen laten testen. Deze regeling zou ook seksualiteitshulpverlening aan jongeren tot 25 moeten bieden.

Beleidsreactie

Het AEF-rapport toont opnieuw het belang aan van een goed functionerende aanvullende seksuele gezondheidszorg. Tegelijkertijd laat het rapport ook duidelijk zien dat de regeling in de huidige vorm niet het doel behaalt waarvoor deze is bedoeld. Het rapport biedt aanknopingspunten om noodzakelijke verbeteringen tot stand te brengen.

Een deel van de aanbevelingen van AEF sluit aan bij reeds ingezet lopend beleid. De problematiek in de verdeling van de middelen tussen de regio's is al langere tijd bekend bij het Ministerie van VWS. Er zijn de afgelopen jaren diverse gesprekken geweest met regio's die als gevolg van de verdeelsleutel relatief weinig budget hebben. In de ASG-stuurgroep, waaraan de coördinerende GGD'en die de regeling uitvoeren deelnemen, is afgesproken om met elkaar toe te werken naar een herijkte en – zoveel als mogelijk – gedragen verdeelsleutel. Het Ministerie van VWS zal uiteindelijk een keuze maken over de wijziging van de verdeelsleutel. Daarvoor is het nodig om een kostprijsonderzoek uit te voeren voor de soa-zorg, seksualiteitshulpverlening en PrEP-zorg. Ook laten we een kosten-baten analyse uitvoeren, waarin wordt gekeken naar eventuele kosteneffectiviteit en kostenbesparing van de ASG-regeling. We zullen bovendien met de LHV en NHG bespreken wat voor mogelijkheden er zijn om kennis over de ASG-regeling te vergroten bij huisartsen, om te voorkomen dat patiënten onnodig of onjuist worden doorverwezen naar de GGD'en en van het kastje naar de muur worden gestuurd. Deze activiteiten zijn ter voorbereiding op toekomstige besluitvorming over de vorm, inhoud en financiële middelen van de aanvullende seksuele gezondheidszorg.

AEF constateert ook onduidelijkheid over collectieve preventie en de gemeentelijke taak daarin op het gebied van seksueel gezondheid. Zoals wij in de Beleidsvisie Seksuele Gezondheid⁴ vorig jaar hebben aangekondigd, verkennen we momenteel hoe we gemeenten kunnen ondersteunen om invulling te geven aan hun verantwoordelijkheid op het gebied van collectieve preventie rond seksuele gezondheid. We zien dan ook raakvlakken tussen de conclusies van AEF en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Integraal Zorg Akkoord (IZA), bijvoorbeeld voor wat betreft de beweging naar gezond leven en preventie. We verkennen daarom ook de mogelijkheden voor een betere verbinding met het thema seksuele gezondheid. In de voortgangsrapportage van de

⁴ Kamerstukken II, 2022–2023, 32 239, nr. 10, te raadplegen via <https://zoek.officiëlebezoekingen.nl/dossier/kst-32239-10.html>.

Beleidsvisie Seksuele Gezondheid die uw Kamer dit voorjaar zal ontvangen, zullen we hier verder op ingaan.

Tegelijkertijd realiseren we ons dat we het belangrijkste knelpunt, namelijk de grote financiële tekorten met nadelige gevolgen voor de volksgezondheid, als demissionair kabinet niet kunnen oplossen. Het oplossen van dat knelpunt vergt keuzes over het doel en de doelgroepen van de regeling. Met name in hoeverre de regeling verbreed dient te worden om ruimte te bieden aan personen in een kwetsbare positie die niet behoren tot een hoog-risicogroep waarvoor zorg op basis van de regeling nu mogelijk is. In het verlengde daarvan moet er een keuze gemaakt worden over de stelselinrichting en de daarbij benodigde financiële middelen. We zullen de komende periode benutten om de overige aanbevelingen en scenario's van AEF te doordenken op wenselijkheid, haalbaarheid en (financiële) consequenties. Dit bespreken we met de relevante veldpartijen. Het is aan een volgend kabinet om te besluiten over een stelsel en de daarbij passende financiering.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. van Ooijen