

Vergaderjaar 2003–2004

**29 220**

## **Seksueel overdraagbare aandoeningen (Soa)**

**Nr. 1**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 september 2003

#### **Inleiding**

Het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (soa, waaronder ook de hiv-infecties) stijgt. De cijfers over 2002 laten een sterke toename zien ten opzichte van 2001 en passen daarmee in een trend: sinds 2000 stijgen de geregistreerde soa met circa 20 procent per jaar. De stijging van hiv en syfilis is over 2002 zelfs nog groter, respectievelijk 111 procent en 78 procent<sup>1</sup>. Nederland staat hierin niet alleen, ook in andere westerse landen nemen de soa toe.

Deze ontwikkeling is verontrustend. Hiv is een zeer ernstige, niet te genezen aandoening. Bovendien is de behandeling van hiv-geïnfecteerden en verzorging van Aids-patiënten zeer kostbaar. Seksueel overdraagbare aandoeningen als gonorrhoe en chlamydia zijn wel goed te genezen, maar verlopen vaak onopgemerkt. Ook is hiv makkelijker overdraagbaar als er andere soa aanwezig zijn.

Ik vind deze trend zorgwekkend. Vanwege de cijfers en de ernst van de aandoeningen, wil ik een extra impuls geven aan het bestrijden van soa.

#### **Cijfers en achtergronden**

De trend is negatief, maar bij hiv gaat het nog wel om relatief kleine aantallen; op dit moment zijn er 8 042 personen met een hiv-infectie geregistreerd. Het werkelijke aantal hiv-geïnfecteerden (inclusief degenen die hiv-positief zijn maar dat niet weten) wordt in Nederland geschat op 16 500 tot 23 000<sup>2</sup>.

Gonorrhoe en chlamydia komen veel meer voor. Volgens een ruwe schatting uit 1996 liepen toen jaarlijks circa 60 000 mensen een chlamydia en 6 000 mensen een gonorrhoe infectie op<sup>3</sup>. Deze soa zijn wel goed te genezen maar helaas verlopen de infecties bij met name vrouwen vaak

<sup>1</sup> Bron: RIVM (soa-registratie 2 soa-poli-klinieken en 37 GGDs).

<sup>2</sup> Bron: Stichting hiv monitoring.

<sup>3</sup> Bron: Stichting soa-bestrijding

onopgemerkt. Het gevaar is tweeledig: enerzijds verdere verspreiden van de infectie en anderzijds secundaire eileiderontsteking met onvruchtbaarheidsproblemen als gevolg en – mogelijk – belastende, dure IVF behandelingen.

Circa zeventig procent van de eerstelijns soa-bestrijding verloopt via de huisarts en komt ten laste van de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast gaat circa dertig procent via aanvullende voorzieningen, waar de soa-zorg anoniem en voor de burger gratis is<sup>1</sup>.

Uitgangspunt bij de preventie van soa is de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Voorlichting moet mensen bewust maken van het bestaan van soa. Deze basiskennis moet via algemene voorlichting, bijvoorbeeld een (massamediale) campagne, onderhouden worden. Ook is (gerichtere) algemene seksuele voorlichting nodig voor de 200 000 jongeren die jaarlijks voor het eerst seksueel actief worden.

Een goed preventiebeleid is van belang voor het individu maar ook voor de samenleving als geheel. Bij de preventie van soa is het zaak de balans te zoeken tussen het prikkelen van de burger om de eigen verantwoordelijkheid te nemen en het collectieve belang om het verspreiden van soa tegen te gaan en de toekomstige kosten in de zorg te beperken.

### **Knelpunten**

Op het gebied van voorlichting (primaire preventie) gebeurt er al veel. De bijlage bij deze brief geeft daarvan een overzicht. Er wordt ook veel gedaan aan het beheersen van soa door actief te testen en te behandelen (secundaire preventie). Maar de stijgende cijfers laten zien dat het preventiebeleid onvoldoende effectief is.

Het huidige beleid is voor een deel ook ondoelmatig. Bij de voorlichting zijn er zowel landelijke als lokale activiteiten, die zich richten op enerzijds het algemene publiek en anderzijds specifieke doelgroepen. In het verleden werkte het risico van hiv-besmetting afschrikwekkend. Dat is nu, waarschijnlijk mede door de komst van medicijnen tegen hiv, minder het geval. Het wordt steeds moeilijker mensen te bewegen de vrij veilig boodschap op te volgen. Daarbij komt dat veel partijen zich met dit onderwerp bezighouden. Hierin zit onvoldoende samenhang.

Het aanbod voor curatieve soa-bestrijding (testen en behandelen) bestaat nu uit de zorg door de huisarts en daarnaast uit verschillende soorten lokale initiatieven waar mensen anoniem terecht kunnen voor testen en behandelen van soa. Deze voorzieningen zijn niet overal hetzelfde, ze zijn ongelijk verdeeld over het land en er is een tekort aan capaciteit waardoor niet iedereen geholpen kan worden. Bovendien is de uitvoering onnodig arbeidsintensief. Ook is een aantal initiatieven duur: veel eenvoudige soa worden door een medisch specialist behandeld. De uitvoerders en andere betrokken organisaties dringen al langer aan op herziening van deze voorzieningen.

### **Nieuwe maatregelen**

De toename van soa en knelpunten in de effectiviteit en doelmatigheid van de voorlichting en het testen en behandelen, brengen mij ertoe de preventie en het bestrijden van soa te verbeteren.

---

<sup>1</sup> Bron: NIVEL en Stichting soa-bestrijding

### *– Algemeen*

Ik ga de curatieve soa-bestrijding uitbreiden en de voorlichting – waar mogelijk – effectiever maken. Voor het testen en behandelen van soa komt (boven op de huidige 6,4 miljoen voor aanvullende curatieve soa-bestrijding) 1,4 miljoen extra beschikbaar in 2004, oplopend tot ruim 2,6 miljoen in 2008. Op dit moment zijn er, naast verschillende lokale initiatieven bij GGD's, zes rijksgefinancierde soa-poliklinieken in de vier grote steden. In deze zes poliklinieken vinden jaarlijks ongeveer 30 000 consulten plaats. Met de extra investering komt er een nieuwe opzet van tien tot vijftien uniforme, landelijk gespreide organisaties die naar verwachting jaarlijks ten minste 55 000 consulten kunnen verwerken. Het extra geld komt er door te herprioriteren binnen het soa-beleid. Binnen de voorlichting geef ik prioriteit aan activiteiten voor bepaalde doelgroepen waar het probleem het grootst is. Er wordt minder nadruk gelegd op algemene voorlichting. Daarnaast bezuinig ik op bureaunkosten van organisaties en wordt beleidsonderbouwend onderzoek dat afloopt, niet voortgezet. Ik ben ervan overtuigd dat meer geld beschikbaar stellen voor het testen en behandelen van soa, een belangrijke nieuwe impuls geeft aan de soa-bestrijding.

### *– Voorlichting*

Voorlichting draagt bij aan het voorkomen en het terugdringen van nieuwe infecties; dat geldt ook voor andere activiteiten zoals hygiëne-maatregelen, onderzoek van donorbloed op soa en sputomruil bij druggebruikers. In deze brief beperk ik mij tot de voorlichting. De voorlichting moet effectiever en doelmatiger worden. Daarom wil ik de voorlichting, nog meer dan nu al het geval is, laten richten op risicogroepen; homoseksuele mannen, jongeren, bepaalde allochtone groepen, prostituees en prostituanten, druggebruikers en hiv-geïnficeerden. De preventieboodschap moet toegesneden zijn op de doelgroep en dicht bij de mensen uitgedragen worden. Om (verdere) versnippering te voorkomen, is wel een sterkere regie nodig en meer aandacht voor de samenhang van verschillende activiteiten. Ik wil binnen een jaar een integraal en – waar nodig – herzien programma maken voor de voorlichting over soa; dat moet uiterlijk in september 2004 gereed komen. Een voorbeeld van betere samenhang is het meer integreren van de soa-preventie met preventie van ongewenste zwangerschap en abortus. De staatssecretaris van VWS heeft u daarover in haar brief van 4 juli 2003 geschreven.

### *– Curatieve soa-bestrijding*

Nationale en internationale deskundigen adviseren om het bestrijden van soa niet te beperken tot voorlichting. Zij bepleiten meer te investeren in het voorkómen van het verspreiden van soa door vroeg opsporen en behandelen. Voor een dergelijk actief testbeleid zijn echter goede testvoorzieningen nodig. Daarom wil ik met laagdrempelige, uniforme, kwalitatief goede voorzieningen het opsporen en behandelen van soa verder verbeteren.

Het zorgaanbod voor het behandelen van soa komt er als volgt uit te zien:

1. Huisarts.
2. Een nieuwe opzet voor aanvullende laagdrempelige voorzieningen. Deze komen bij tien tot vijftien landelijk gespreide organisaties, georganiseerd door GGD's:
  - Uitgangspunt is dat de soa-zorg bij een dergelijke voorziening een zelfstandige verstrekking wordt. Dit brengt soa-zorg terug tot de reguliere financiering, namelijk via de ziektekostenverzekeraar. De cliënten die volledig anoniem willen blijven, betalen zelf.

- Voor onverzekerden en voor cliënten die anoniem willen blijven maar dit niet kunnen betalen (bijvoorbeeld jongeren), treft de gemeente een noodvoorziening.
- 3. Zo nodig doorverwijzen naar de tweede lijn (dermatologen en hiv-behandelaren).

- *Overige aspecten*

Uiteraard zijn voor een goed soa-beleid meer zaken van belang dan voorlichting en behandelen van soa. Zo is er meer aandacht nodig voor evaluatie van bestaand beleid: werkt het ook echt wat we met elkaar doen?

Samen met het Aids Fonds en de Stichting soa-bestrijding maak ik een publicatie die een overzicht geeft van het huidige soa-beleid in Nederland. Die gaat niet alleen over preventie, maar ook over onderzoek, surveillance, internationale aspecten en juridische en maatschappelijke positie van hiv-geïnfecteerden. Deze publicatie is in de eerste helft van 2004 gereed en ik bied hem u dan aan.

Daarnaast heb ik in de begroting voor 2004 aangekondigd dat er de komende jaren meer aandacht komt voor het presteren van instellingen die met collectieve middelen werken. Dus ook de instellingen werkzaam binnen de soa-bestrijding. Dat gaat enerzijds via het verscherpen van het subsidiebeleid; anderzijds ga ik meer letten op meetbare prestaties van instellingen in de zorg, bij voorkeur door het onderling vergelijken van prestaties.

### **Ten slotte**

Seksueel overdraagbare ziekten nemen flink toe in Nederland de laatste jaren. We kunnen daar niet stil bij blijven zitten. Er is een stevige aanpak nodig om het tij te keren. Preventie moet versterkt worden en meer gericht op de groepen waar de echte problemen zijn; daarnaast moeten de mogelijkheden voor het testen en behandelen verbeterd worden.

Dat kan ik als minister niet alleen. Deze aanpak moet door alle partijen gedragen worden, met name ook door gemeenten, zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties en de betrokken zorginstellingen. De nieuwe aanpak moet leiden tot:

Een integraal programma voor de voorlichting; dat is binnen een jaar gereed en verschijnt in september 2004.

Een nieuwe structuur voor de aanvullende voorzieningen voor het testen en behandelen van soa. Ik ga met de betrokken partijen aan de slag om dit op te zetten. De nieuwe infrastructuur van de laagdrempelige curatieve soa-bestrijding moet in 2005 gereed zijn.

In bijlage 1 en 2 werk ik mijn beleid ten aanzien van de voorlichting en de curatieve soa-bestrijding verder uit.

Seksueel overdraagbare aandoeningen zijn, zoals gezegd, een probleem van het individu, maar vanwege de risico's en het verspreiden, ook van de samenleving. Het maatschappelijk belang vraagt om een actieve en krachtdadige aanpak van de overheid. De zorgwekkende cijfers over steeds meer soa maken z'n aanpak des te noodzakelijker. Op 24 juni heb ik u tijdens het vragenuurtje toegezegd (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2002-2003, nr. 81, blz. 4617) op Prinsjesdag mijn beleidsplan te presenteren. In deze brief heb ik dat plan nader uitgewekt. Ik hoop met de voorgestelde maatregelen de krachtige aanpak van soa mogelijk te maken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

*Waarom nieuw beleid?*

De toename in soa toont aan dat de «vrij veilig» -boodschap niet meer voldoende wordt opgevolgd. Er moet dus iets veranderen. Cijfers uit 2002 laten tevens duidelijk zien dat soa met name een groot probleem zijn binnen een aantal risicogroepen. Opvallend daarbij is dat het ook gaat om verschillende soorten soa per risicogroep. De toename van syfilis en hiv komt bijvoorbeeld vooral door een toename onder homo- en biseksuele mannen. Er is echter ook een duidelijke verschuiving te zien van homoseksuele naar heteroseksuele overdracht van hiv. Daarbij komt de stijging van het aantal hiv-positieven onder heteroseksuelen met name door mensen afkomstig uit gebieden waar veel hiv is. Het aandeel van jongeren onder de 25 jaar is bij gonorrhoe en chlamydia hoog (65 procent). Dit is meer uitgesproken het geval bij vrouwen dan bij mannen. Het aandeel van allochtonen is relatief hoog en stijgt.

*Uitgangspunten*

Uitgangspunt bij de preventie van soa is dat burgers een eigen verantwoordelijkheid hebben. Voorlichting moet mensen bewust maken van het bestaan van soa. Deze basiskennis moet via algemene voorlichting, bijvoorbeeld een (massamediale) campagne, onderhouden worden. Ook is (gerichtere) algemene seksuele voorlichting nodig voor de 200 000 jongeren die jaarlijks voor het eerst seksueel actief worden. Daarnaast is gerichte voorlichting nodig voor risicogroepen zoals homoseksuele mannen, jongeren, bepaalde allochtone groepen, prostituees en prostituanten, druggebruikers en hiv-geïnfecteerden. De voorlichting moet de risico's en preventieve maatregelen duidelijk maken en het nemen van de eigen verantwoordelijkheid stimuleren. Individuele voorlichting is het meest effectief en doelmatig wanneer de boodschap zoveel mogelijk op het individu wordt afgestemd. Daarom moet de preventieboodschap nog meer gericht worden op doelgroepen en de boodschap per doelgroep nog specifiek zijn. Preventieprogramma's worden effectiever wanneer doelgroepen benaderd worden in specifieke omgevingen, bij voorkeur de eigen leefomgeving. Voor de preventie van soa zijn dit met name de school, de vrije tijd en de zorg.

*Integrale benadering*

Specifieke, doelgroepgerichte voorlichting houdt in dat partijen de doelgroepen goed moeten kennen. Bij de soa voorlichting zijn juist om die reden veel partijen betrokken, onder anderen gemeenten, GGD's, scholen, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, Stichting soa-bestrijding, Aids Fonds, hiv Vereniging Nederland, ministerie van VWS en ministerie van OCenW. Veel partijen maakt de kans op versnippering groot. Bij de huidige activiteiten zijn er veel initiatieven, die niet altijd (goed) op elkaar afgestemd worden. Bijvoorbeeld voor voorlichting op school voor jongeren bestaat er op dit moment geen samenhangend pakket voor de verschillende schooltypen en leeftijden. De samenhang moet daarom sterk verbeterd worden om dubbel werk en vergeten groepen te voorkomen. Dit vraagt een sterkere regie. Er komt na de zomer van 2004 een integraal en – waar nodig – herzien programma voor de voorlichting gereed. In het hiernavolgende staan alvast een aantal belangrijke aspecten daarvan.

### *Landelijke voorlichting*

Bij de landelijke activiteiten is er een sterkere centrale regie nodig. Bijvoorbeeld ten aanzien van welke organisaties wat doen. Het Aids Fonds werkt sinds 1997 aan het bundelen van de vele losse landelijke projecten tot een beperkt aantal landelijke programma's die zich richten op de preventie van soa bij de belangrijkste risicogroepen. Vanaf 2004 financiert VWS deze programma's weer rechtstreeks. Dit gaat in de vorm van opdrachtverlening aan de instelling die het beste programma kan aanbieden voor die specifieke risicogroep. De huidige programma's zijn dit jaar geëvalueerd. Hieruit bleek onder meer dat er concrete en meetbare doelstellingen moeten komen en dat er meer aandacht nodig is voor samenhang, bijhouden van resultaten en evalueren. Het implementeren van deze aanbevelingen is een voorwaarde voor voortzetten van de subsidie. Bij de volgende evaluatie van de programma's wordt met name het oordeel van de intermediairen die de producten gebruiken, meegenomen.

### *Regionale voorlichting*

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) geeft gemeenten de wettelijke taak voor de regionale bestrijding van soa; zij moeten in dit kader ook doen aan voorlichting en begeleiding. Een probleem is dat de kennis vaak versnipperd is vanwege het gebrek aan schaalgrootte; dit werkt inefficiënt en komt de kwaliteit niet altijd ten goede. GGD Nederland voert het door VWS bekostigde project Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en technische hygiënezorg (VISI) uit. Dit project gaat onder meer over de vraag naar de optimale schaalgrootte voor de verschillende taken van GGD's. De stuurgroep VISI heeft aanbevolen de lokale soa-bestrijding op grotere schaal te organiseren. Het herzien van de curatieve soa-bestrijding biedt hierbij kansen. Vanaf 2005 worden tien tot vijftien GGD's hiervoor verantwoordelijk. Deze GGD's kunnen dan meteen ook zorgen voor een integrale organisatie en uitvoering van de soa-preventie, waaronder voorlichtingsactiviteiten, bron- en contactopsporing en curatieve soa-bestrijding.

### *Schoolgezondheidsbeleid*

Bij jongeren stijgt niet alleen het aantal soa, maar is ook sprake van een toename van het aantal ongewenste zwangerschappen en abortus. Dit dwingt tot beleid dat specifiek op jongeren is gericht. Naast activiteiten gericht op preventie van soa, moeten daarvoor de bestaande structuren en initiatieven zoveel mogelijk benut worden. De school is een belangrijke plaats voor preventieactiviteiten voor deze doelgroep. De staatssecretaris van VWS heeft in het kader van het Grotestedenbeleid met de vier grote steden (G-4) en de 26 grote gemeenten (G-26) afspraken gemaakt over gezondheid en het verkleinen van sociaal economische gezondheidsverschillen. Daarbij is ook gesproken over mogelijkheden om schoolgezondheidsbeleid te verbeteren.

Schoolgezondheidsbeleid heeft met veel zaken te maken en richt zich op gezondheidseducatie, individuele zorg voor leerlingen en de schoolomgeving. Voor de soa-preventie is met name gezondheidseducatie van belang. De landelijke gezondheidsbevorderende instituten hebben lesmateriaal voor verschillende leeftijden en onderwijstypen gemaakt. Voor het vmbo is bijvoorbeeld het lespakket Lang leve de liefde ontwikkeld, waarvan bewezen is dat het goed werkt. Ook zijn er pakketten voor het basisonderwijs en methodes die aansluiten op de vakken biologie en verzorging. Het aanbod is echter versnipperd en onvolledig en er wordt op de scholen niet altijd mee gewerkt. Daarom wordt in het kader van het schoolgezondheidsbeleid overwogen om een leerlijn gezondheids-

educatie rond seksuele en relationele vorming te ontwikkelen en tevens hiaten in het bestaande aanbod in kaart te brengen. In het landelijk actieprogramma schoolgezondheidsbeleid worden ook afspraken gemaakt om de gezondheidsbevorderende instituten beter te laten samenwerken en de organisatie van het aanbod aan scholen te verbeteren.

Gemeenten hebben de wettelijke taak om bij te dragen aan de opzet, uitvoeren en afstemmen van preventieprogramma's op het gebied van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsopvoeding. De GGDs zouden daarom bij het toepassen van het onderwijsaanbod en het begeleiden van scholen een sleutelrol kunnen spelen. Het streven is dat de gezondheidsbevorderende instituten dan hun lesmateriaal zoveel mogelijk via de GGD's aan scholen aanbieden.

Preventie ongewenste zwangerschap en abortus De aandachtsgebieden hiv/Aids en overige soa zijn inmiddels bijna geheel geïntegreerd. Zo gaan het Aids Fonds en de Stichting soa-bestrijding fuseren. Het afstemmen en waar mogelijk integreren van soa-preventie en preventie van abortus en ongewenste zwangerschap bij jongeren kan in de praktijk nog een stuk beter. VWS gaat daar ook werk van maken en binnenkort met de betrokken kennisinstituten en uitvoerders overleggen over hoe dit het beste kan. Het Platform soa-bestrijding kan bijvoorbeeld verbreed worden. Het huidige Platform bestaat uit soa-deskundigen vanuit verschillende disciplines en richt zich op visie-ontwikkeling en afstemming op het terrein van soa. Om de preventie van abortus en ongewenste zwangerschap hierbij te betrekken, moet het platform worden uitgebreid met mensen werkzaam op dit terrein.

#### *Financiële consequenties*

Het subsidiebeleid van VWS wordt met ingang van 2004 ingrijpend gewijzigd. Deels komt dit omdat er moet worden bezuinigd, deels omdat met de beschikbare middelen betere prestaties nodig zijn en duidelijk keuzes in onderwerpen gemaakt moeten worden.

De subsidies aan instellingen voor voorlichting over soa, worden anders en efficiënter ingezet.

Landelijk moet winst te behalen zijn door het versterken van de samenhang binnen de voorlichting. De werkplannen van de betrokken partijen worden dan ook kritisch bekeken. Op regionaal niveau moet het verbeteren van de schaalgrootte op termijn bijdragen aan een efficiëntere soa-bestrijding.

*Huidige situatie*

Circa 70 procent van de eerstelijns soa-bestrijding verloopt via de huisarts en wordt betaald door de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast gaat circa 30 procent via aanvullende voorzieningen, waar de soa-zorg anoniem en gratis is<sup>1</sup>. De aanvullende voorzieningen bestaan momenteel uit drie soorten zorgaanbod die elk op een andere manier aangestuurd en betaald worden:

1. Allereerst zijn er zes drempelvrije soa-poliklinieken in de vier grote steden, één bij de GG&GD Amsterdam en vijf bij een dermatologie-polikliniek in een ziekenhuis. In deze klinieken kunnen mensen zich anoniem en kosteloos laten onderzoeken op soa. Dit wordt betaald met een subsidie uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Ook kunnen eenvoudige soa ter plekke worden behandeld.
2. Daarnaast bestaat er voor de rest van Nederland de landelijke VOMIL-regeling. Dit is een subsidieregeling van de begroting van VWS waarbij de GGD (zonder tussenkomst van de huisarts) doorverwijst naar de dermatoloog. De dermatoloog en apotheker kunnen kosten voor anoniem onderzoek en behandelen declareren bij VWS. De streeklaboratoria kunnen hun kosten voor diagnostiek bij het RIVM declareren. Deze VOMIL-regeling is omslachtig en arbeidsintensief.
3. Tenslotte zijn er nog enkele gemeentelijke behandelingspreekuren bij GGDs buiten de vier grote steden, waar soms gratis diagnostiek en/of behandeling plaats vindt. Dit wordt betaald uit het Gemeentefonds. De precieze aard en omvang van deze spreekuren is bij het Rijk niet bekend en de diagnostiek en behandeling zijn niet wettelijk gedekt.

Er is voor de aanvullende voorzieningen dus sprake van verschillende lokale initiatieven. Het aanbod is versnipperd en de testvoorzieningen zijn ongelijk verdeeld over het land waardoor de toegankelijkheid niet overal goed is. Daarnaast is de uitvoering onnodig arbeidsintensief met veel papierwerk voor de zorginstellingen, VWS en het RIVM. Ook zijn er te weinig voorzieningen en kent de anonieme curatieve soa-bestrijding een financieel plafond. Dit leidt tot wachtlijsten bij de poliklinieken en zo wordt niet iedereen behandeld. Bovendien zijn de eerste twee constructies duur: veel eenvoudige soa worden door een medisch specialist behandeld.

*Actief testbeleid ter bestrijding van soa*

Het huidige preventiebeleid is onvoldoende effectief om de stijging van soa terug te dringen. Deskundigen adviseren daarom om naast voorlichting meer te investeren in het voorkómen van verspreiden van soa door vroegtijdig opsporen en behandelen. Deze aanpak staat in Nederland in de nota Actief testen die het Aids Fonds, de Stichting soa-bestrijding, de Schorerstichting, de Hiv Vereniging Nederland en de GG&GD Amsterdam in augustus 2002 hebben uitgebracht. Dit is een goede aanpak en daarom wordt nu onderzocht hoe de geïdentificeerde doelgroepen gemotiveerd kunnen worden om zich te laten testen en wat de gevolgen zijn van testen op risicogedrag. Daarnaast heeft VWS geld uitgetrokken voor het Actief testen project van de Stichting soa-bestrijding, dat zich richt op invoeren van dit testbeleid in Nederland. Een voorbeeld van actief testbeleid is overigens de standaard hiv-screening van zwangere vrouwen die per 1 januari 2004 van start gaat. Hierover bent u in de brief van 11 april 2003 uitgebreid geïnformeerd.

Om een breder actief testbeleid echter werkelijk mogelijk te maken, zijn er goede laagdrempelige testvoorzieningen nodig. Uitgangspunt hierbij blijft dat de cliënt allereerst naar de huisarts kan. Dat betekent dat de huisarts voldoende deskundig en vaardig moet zijn op het gebied van testen en

<sup>1</sup> Bron: NIVEL en Stichting soa-bestrijding.



behandelen van soa, maar ook aandacht heeft voor de begeleiding, waaronder preventie en bron- en contactopsporing. Daar is zeker nog winst te behalen. In principe is dit de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf en die pakt het ook op. De Stichting soa-bestrijding heeft in samenwerking met het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) gerichte nascholing over soa gemaakt, die nu breed onder huisartsen wordt verspreid. Daarnaast richt het Actief testen project zich onder meer op het toepassen van dit beleid bij de huisarts. Het NHG herzielt momenteel haar soa-standaarden.

In principe kan iedereen dus bij zijn of haar huisarts terecht voor het testen en behandelen van soa. Helaas gaan soa echter gepaard met een uniek kenmerk dat zorgt dat niet iedereen dat doet: schaamte. Soms loopt men liever door met klachten of het vermoeden van een soa, dan dat men naar de huisarts gaat. Daarom zijn naast de eerstelijnszorg via de huisarts aanvullende voorzieningen nodig.

De minister van VWS heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) om advies gevraagd over het herzien van de anonieme curatieve soa-bestrijding. Bij het uitwerken van een nieuwe infrastructuur is gebruik gemaakt van het advies van het CVZ en de reactie en aanbevelingen vanuit het veld daarop, alsmede van de huidige ontwikkelingen in de zorg. Op hoofdlijnen ziet het plan er als volgt uit:

#### *Laagdrempelige curatieve soa-bestrijding bij de GGD*

Naast de huisarts komen er, verspreid over Nederland en georganiseerd door GGD's, tien tot vijftien centra voor het behandelen van soa. De burger kan dus zonder afspraak ergens anders dan bij de huisarts terecht. Er zijn drie vormen van soa-zorg:

1. In principe wordt deze soa-zorg (consult, diagnostiek en behandeling) van een GGD een zelfstandige verstrekking. De huidige ervaring rechtvaardigt de verwachting dat een groot deel van de cliënten geen bezwaar heeft tegen het verdwijnen van de anonimiteit.
2. Cliënten die wel volledig anoniem willen blijven moeten dat zelf betalen.
3. De gemeente regelt een vangnet voor burgers die niet verzekerd zijn en volledig anonieme cliënten die dit niet kunnen betalen.

De GGD's maken productieafspraken met verzekeraars. GGD-artsen en verpleegkundigen worden bijgeschoold. Daarnaast krijgen GGD-artsen de noodzakelijke bevoegdheden om, ten laste van de ziektekostenverzekering, geneesmiddelen voor te schrijven en onderzoek aan te vragen voor een aantal soa. Ook krijgen GGD-artsen een doorverwijsfunctie.

Dit geheel moet met de betrokken partijen verder worden uitgewerkt zodat per 1 januari 2005 de nieuwe infrastructuur er staat. Het jaar 2004 is een overgangsjaar.

#### *Uitwerking en toelichting*

De nieuwe opzet betekent dat de aanvullende soa-zorg teruggaat naar de reguliere lijnen. Mensen die verzekerd zijn en er geen probleem mee hebben dat de soa-zorg niet anoniem is, krijgen de zorg betaald via de ziektekostenverzekeraar. Wellicht is in overleg met ziektekostenverzekeraars (een bepaalde mate van) anonimiteit te waarborgen. Cliënten die echt anoniem willen blijven betalen het consult zelf. Maar het vergoeden door de verzekeraar prikkelt wel om het consult via de verzekering te laten lopen.

De risicogroepen voor soa kennen relatief veel onverzekerden (bijvoorbeeld illegale prostituees, druggebruikers) en cliënten die persé anoniem willen blijven maar dit niet kunnen betalen (bijvoorbeeld jongeren). De

gemeente is het beste in staat aan de hand van de lokale situatie deze risicogroepen in kaart te brengen en voor hen voorzieningen te treffen.

Deze nieuwe opzet brengt een aantal wijzigingen in regelgeving met zich mee. Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en Vergoedingenbesluit particulier verzekerden moeten worden aangepast zodat het soa-consult bij de GGD een zelfstandige verstrekking wordt. Daarnaast moeten deze besluiten ook worden gewijzigd voor de uitbreiding van het takenpakket van de GGD-artsen (diagnostiek aanvragen, geneesmiddelen voorschrijven en doorverwijzen).

GGD's moeten (productie)afspraken maken met verzekeraars. Verzekeraars lijken hier open voor te staan. In de regio Noord-Nederland bestaan al afspraken tussen GGD's en zorgverzekeraars over preventieve zorg, waaronder soa-bestrijding. Ook in andere GGD-regio's bestaan goede samenwerkingsverbanden. Daarnaast hebben GGD's al langer curatieve taken binnen de tuberculosebestrijding en de ambulance hulpverlening.

Voor het garanderen van de kwaliteit van de soa-zorg gaat VWS in overleg met GGD Nederland, de Stichting soa-bestrijding en de Vereniging voor Dermatologie en Venerologie bekijken hoe protocollen en deskundigheidsbevordering gestimuleerd kunnen worden. Met de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden afspraken gemaakt over toezicht. Overigens kan een GGD er ook voor kiezen zorg elders in te kopen, bijvoorbeeld bij soa-poliklinieken in ziekenhuizen. Dit gebeurt waarschijnlijk niet veel omdat zorg via dermatologiepoliklinieken duurder is. Wel verwijzen GGD-artsen zo nodig door, hierover maken GGD's afspraken met dermatologen en hiv-behandelaars. Verder gaat VWS met betrokken partijen na hoe gegarandeerd kan worden dat de relevante gegevens voor de landelijke soa- en hiv-surveillance beschikbaar komen. Bij GGD Nederland loopt onder voorzitterschap van de heer F. Kerckhaert het project Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en technische hygiënezorg (VISI). VWS vraagt de stuurgroep van het VISI project om een advies over het exacte aantal benodigde laagdrempelige centra en de locaties in Nederland.

#### *Financiële consequenties*

De nieuwe aanpak heeft ook gevolgen voor de geldstromen. De financiering van de soa-zorg gaat terug van vier stromen – de ziektekostenverzekeraars, het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, de Rijksbegroting en het Gemeentefonds – naar twee: de ziektekostenverzekeraars en de gemeenten.

De toekomstige centra moeten werken met beide stromen en ook met de eigen betalingen van cliënten die anoniem willen blijven. Daarom moet er voldoende aandacht zijn voor de financiële administratie.

Het huidige geld voor aanvullende curatieve soa-bestrijding (totaal € 6,4 miljoen) wordt gebundeld en aangevuld met € 1,4 miljoen in 2004 oplopend tot ruim € 2,6 miljoen in 2008. Op die manier is er in 2008, naast het geld dat wordt besteed aan soa-zorg bij huisartsen en specialisten, in totaal ruim € 9 miljoen beschikbaar voor de aanvullende voorzieningen. Dit geld wordt verdeeld tussen de ziektekostenverzekeraars en gemeenten op basis van het aantal soa-consulten. De precieze verdeling wordt in overleg met de betrokken partijen uitgewerkt.