

Vergaderjaar 2023–2024

32 239

Seksuele gezondheid

Nr. 13

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 september 2023

In deze brief informeer ik uw Kamer over mijn besluit over het bestendigen van PrEP-zorg na afloop van de huidige tijdelijke PrEP-regeling per augustus 2024. PrEP is een oraal middel dat een hiv-besmetting kan voorkomen. Momenteel voeren de centra seksuele gezondheid (CSG) van de GGD'en een tijdelijke regeling uit, waarmee PrEP-zorg wordt geboden aan mannen die seks hebben met mannen (MSM), en aan transgender personen met een verhoogd risico op een hiv-besmetting. Met deze brief voldoe ik ook aan de motie van de leden Paulusma en Ellemeet (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 57), waarin de regering is verzocht om in kaart te laten brengen op welke wijze PrEP-zorg in een vorm van reguliere zorg kan landen, zodat geen gat ontstaat tussen de toegang tot PrEP-zorg via de pilot en toegang tot PrEP-zorg via een reguliere vorm van zorg voor PrEP-gebruikers in de huidige regeling en personen op de wachtlijst. Daarbij is verzocht om in de regeling rekening te houden met de financiële draagkracht van de doelgroep. In deze motie is ook verzocht de uitkomsten te delen tezamen met de resultaten van de tussenevaluatie van de pilot.

De eerder gedeelde tussentijdse evaluatie van de tijdelijke PrEP-regeling was positief.¹ In mijn beleidsreactie op deze evaluatie gaf ik aan dat ik voorzichtig concludeerde dat de seinen op groen staan voor het continueren van de PrEP-zorg na afloop van de huidige pilot per augustus 2024 en dat ik daar rond de zomer van 2023 een besluit over zou nemen. Daarvoor moest wel in beeld zijn gebracht wat het effect van PrEP is op de hiv-incidentie en de soa-prevalentie in Nederland en of PrEP-zorg daadwerkelijk een bijdrage heeft geleverd aan het verder terugdringen van het aantal nieuwe hiv-infecties.

Om te kunnen komen tot een gedegen besluit heb ik het RIVM om twee onderzoeken gevraagd: 1. Een scenarioverkenning naar de mogelijk-

¹ Bijlage bij Kamerstuk 32 239, nr. 12.

heden om PrEP-zorg na afloop van de pilot in augustus 2024 structureel te kunnen bestendigen, met aandacht voor de haalbaarheid, uitvoering en de (financiële) draagkracht van potentiële PrEP-gebruikers; en 2. Een cijfermatige eindevaluatie naar het effect van PrEP op het aantal hiv-infecties en diagnoses in Nederland. Beide onderzoeken zijn inmiddels opgeleverd en deel ik als bijlagen bij deze brief met uw Kamer.

Uitkomsten scenarioverkenning bestendinging PrEP-zorg

Het RIVM adviseert PrEP-zorg onder te brengen in de huidige structurele Specifieke Uitkering Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG-regeling), waarmee de centra seksuele gezondheid (CSG) momenteel al soa-zorg en seksualiteitshulpverlening bieden. Daarnaast adviseert het RIVM om niet langer een maximum aantal deelnemers in de regeling op te nemen, maar te werken met een bevoorschotting en prijsplafond. Dit stimuleert regionaal maatwerk, innovatie en efficiëntie. Verder wordt geadviseerd PrEP op recept voor te schrijven en de kosten voor PrEP-medicatie door de gebruiker te laten betalen, maar dat personen, die niet financieel draagkrachtig genoeg zijn deze medicatie niet hoeven te betalen. Een verdere verhoging van de kosten voor de gebruiker (bijvoorbeeld een bijdrage aan het zorgconsult) wordt afgeraden. Als beoogde uitvoerders voor dit voorstel ziet het RIVM een samenwerking tussen de CSG (primaire uitvoerder) en andere uitvoerders. Deze samenwerking zal zich voornamelijk moeten richten op het laten doorstromen van laagcomplexere gebruikers naar de eerste-lijnszorg (welke dan niet meer onder de regeling zullen vallen). Om het gemakkelijker te maken voor welwillende huisartsen om PrEP-zorg te bieden, adviseert het RIVM te verkennen of landelijke afspraken gemaakt kunnen worden over dekkende vergoedingen van de consulten. Tot slot wordt geopperd te verkennen of PrEP-zorg onder het zorgverzekeringspakket kan vallen.

Resultaten cijfermatige eindevaluatie

In Nederland voltrekt zich al langere tijd een daling in aantal hiv-diagnoses en de laatste jaren speelt PrEP hierin een belangrijke rol, al zijn effecten van gedragsverandering tijdens de pandemie en afschaling van soa- en PrEP-zorg door COVID-19 hier niet helemaal van te onderscheiden. Uit de resultaten van de kosteneffectiviteitsanalyses blijkt dat het PrEP-programma in de loop van de tijd als kosteneffectief kan worden beschouwd naarmate meer infecties worden voorkomen, wat resulteert in lagere totale hiv-behandelkosten.² Het is moeilijk vast te stellen of de soa-incidentie toeneemt door PrEP-gebruik vanwege de verschillende soa-testfrequenties op individueel niveau (voor versus tijdens PrEP) en groepsniveau (wel versus geen PrEP). Immers worden personen voordat zij PrEP gebruiken niet periodiek getest, waardoor een vergelijking in het voorkomen van soa bij personen die PrEP gebruiken en personen die dat niet doen, niet goed te meten is. Anderzijds kan het regelmatig testen bij PrEP-gebruik ervoor zorgen dat infecties vroegtijdig worden gediagnosticeerd en behandeld, waardoor verdere transmissie voorkomen wordt. Deze twee effecten kunnen elkaar opheffen. De PrEP-pilot bij de CSG's laat zien dat soa vaak voorkomen bij PrEP-gebruikers – 39,8% van de MSM

² Uitgaande van een regeling zonder maximum aantal deelnemers met medicatiekosten van 30 tot 50 euro per maand. Een kosteneffectiviteitsratio (Incremental Cost Effectiveness Ratio, ICER) van lager dan € 20.000 per gewonnen Quality Adjusted Life Year (QALY) wordt als kosteneffectief beschouwd voor preventieve interventies in Nederland. De ICER was over de eerste 5 jaar € 111.900 per gewonnen QALY en over de eerste 10 jaar was de ICER € 12.000 per gewonnen QALY. Deze sterke daling wordt veroorzaakt door een afname in PrEP-kosten als gevolg van een afnemend aantal deelnemers over tijd en een afname in hiv-behandelkosten als gevolg van afgewende hiv-infecties over tijd.

binnen de pilot had minimaal één keer een soa-diagnose in 2022 –, maar dat de soa-incidentie stabiel blijft bij 3-maandelijks testen. Daarmee kunnen we dus stellen dat in de periode dat iemand PrEP gebruikt, het voorkomen van soa niet stijgt. We kunnen door het verschil in testfrequentie, zoals gezegd, geen vergelijking maken met de periode voordat iemand PrEP gebruikt, of de groep die geen PrEP gebruikt. De cijfermatige eindevaluatie bevestigt daarmee het positieve beeld van PrEP-zorg dat in de tussentijdse evaluatie van de PrEP-regeling voorzichtig werd gesteld.

Beleidsreactie

Op basis van deze twee studies kan ik concluderen dat PrEP-zorg een belangrijke bijdrage levert aan het tegengaan van hiv en de ambitie om Nederland naar 0 nieuwe hiv-besmettingen te brengen. PrEP is ook in de Nederlandse context aantoonbaar effectief en op de langere termijn kosteneffectief. De afgelopen jaren is het gebruik van PrEP genormaliseerd door toename van kennis over PrEP-gebruik onder professionals, toename van bekendheid met PrEP en afname van PrEP-gerelateerde stigma onder de doelgroep, wat bevorderlijk is met het oog op infectieziektebestrijding.

Investing en verruiming

Ik wil dat iedereen die een hoger risico loopt op een hiv-besmetting kan kiezen om zichzelf te beschermen door PrEP te slikken. Daarom heb ik besloten de PrEP-zorg te bestendigen en breder beschikbaar te maken in overeenstemming met de indicatiestelling uit de richtlijn³.

Dit betekent óók dat ik niet langer de regeling alleen beschikbaar maak voor de groep mannen die seks hebben met mannen en de groep transgender personen met een verhoogd risico op hiv. Alle andere personen die een substantieel risico op hiv lopen, kunnen in aanmerking komen voor PrEP-zorg vanuit de regeling. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om personen die zelf niet tot een hoog-risicogroep behoren, maar (ook) seks hebben met MSM, transgender personen of personen afkomstig uit een land met hoge hiv-prevalentie. Zij hebben dus seks met personen afkomstig uit een hoog-risicogroep en hebben daardoor zelf ook een verhoogde kans op hiv. Het includeren van deze mensen in de regeling geeft ook hen de mogelijkheid zich tegen hiv te beschermen. Het RIVM heeft mij laten weten dat dit waarschijnlijk een kleine groep betreft.

Om te voorzien in de groter dan verwachte vraag, investeer ik jaarlijks € 1.000.000 extra in PrEP-zorg. U bent hierover reeds geïnformeerd in de Rijksbegroting op Prinsjesdag. Daarmee verwacht ik de wachttijd te minimaliseren. Dit bedrag gaat in per 1 augustus 2024 en zal voor de vijf maanden in 2024 € 400.000,- betreffen. Vanaf 2025 is € 1.000.000,- extra beschikbaar, wat uitkomt op een totaal van € 7.100.000,- per jaar. Deze fasering geeft de CSG bovendien de benodigde voorbereidingstijd om de capaciteit te vergroten en werkprocessen aan te passen.

PrEP-zorg als onderdeel van een nieuwe Regeling specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg zonder maximum aantal deelnemers

Ik ben voornemens een nieuwe structurele Regeling specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling) in te stellen,

³ Nederlandse multidisciplinaire richtlijn.

Pre-expositie profylaxe (PrEP) ter preventie van hiv. Te raadplegen via <https://www.soa aids.nl/professionals/themas/prep>.

waarin zowel PrEP-zorg als soa-zorg en seksualiteitshulpverlening zijn ondergebracht. Soa-zorg en seksualiteitshulpverlening zijn al bestaande taken voor de CSG in de ASG-regeling. Op deze manier wordt ook PrEP-zorg structureel aangeboden en zal zo onderdeel worden van de reguliere zorg door de centra seksuele gezondheid wordt uitgevoerd. Inhoudelijk zal de bekostiging van de periodieke diagnostiek (naar o.a. hiv, andere soa en een nierfunctiescreening, alsmede de materiaalkosten) overgaan naar de bekostiging van taken voor soa-zorg, die hiervoor feitelijk bedoeld zijn. Dit betekent dat van het totale budget voor PrEP-zorg van per 2025 € 7.100.000,-, een deel wordt overgeheveld naar het budget voor soa-zorg in de nieuwe ASG-regeling. PrEP-zorg in de nieuwe regeling behelst dan de PrEP-consulten.

Overigens kent de huidige ASG-regeling grote (financiële) uitdagingen, mede doordat de financiering in de huidige regeling sinds 2015 niet is meegegroeid met gestegen materiaalkosten, aangepast testbeleid en gestegen behandelkosten door hogere vindpercentages en duurdere behandelingen. Over de huidige ASG-regeling loopt momenteel een toekomstverkenning door AEF. Deze verkenning zal in november worden afgerond en zal ik vervolgens met uw Kamer delen. Of en welke wijzigingen verder nodig zijn om de ASG-regeling toekomstbestendig te maken, is aan het volgend kabinet om te beslissen.

Bij de bestending van PrEP-zorg wil ik, zoals ook door het RIVM wordt geadviseerd, af van het opnemen van een maximum aantal deelnemers per CSG in de regeling. Dit bevordert efficiëntie: in de huidige regeling is door een maximum aantal deelnemers per regio geen differentiatie mogelijk in het soort begeleiding dat een gebruiker nodig heeft. Zo blijkt dat lang niet iedere PrEP-gebruiker in de praktijk een driemaandelijkse consult en diagnostiek behoeft, waardoor – in combinatie met het maximum aantal deelnemers – onderuitputting optreedt in de regeling. De huidige budgetten zijn immers gebaseerd op het maximum aantal deelnemers en de verwachte driemaandelijkse consulten en diagnostiek. In de huidige regeling vloeiden deze overgebleven middelen terug in de staatskas, waardoor deze niet meer benut konden worden voor PrEP-zorg, ondanks dat er substantiële wachtrijen voor PrEP-zorg zijn ontstaan. Uw Kamer vroeg vorig jaar al om aandacht voor het bestaan van onderuitputting, terwijl er wel een wachtlijst is van toentertijd duizenden personen⁴. Met de voorgestelde wijzigingen is meer differentiatie mogelijk en neemt het risico op onderuitputting af. Bovendien hoeven PrEP-gebruikers, die op basis van hun gedrag (tijdelijk) geen PrEP meer willen slikken, niet meer bang te zijn dat zij hun plekje in de PrEP-zorg definitief kwijt zijn, omdat er geen maximum aantal deelnemers meer is. Flexibele en passende in- en uitstroom wordt zo bevorderd.

Het totale budget zal worden verdeeld op grond van een verdeelsleutel over de coördinerende GGD'en. Dit maximum budget geldt als een budgetplafond: overschrijdingen worden niet vergoed. Hoewel de regeling zelf geen maximum aantal deelnemers kent, kan het natuurlijk wel zo zijn dat wachtlijsten ontstaan als gevolg van het budgetplafond. Ik zet voor PrEP-zorg de huidige PxQ-bekostiging voort⁵, waarbij verantwoording plaats gaat vinden op basis van werkelijk gemaakte kosten met een maximum van het PxQ-tarief per consult en een maximum totaal budgetplafond.

⁴ Tijdens het Commissiedebat Geneesmiddelenbeleid / Hulpmiddelenbeleid / Pakketbeheer op 9 juni 2022. (Kamerstukken 29 477 en 32 805 en 29 689, nr. 776) De wachtlijst is ondertussen opgelopen tot 3.000 personen.

⁵ Dit houdt in dat er een vast tarief geldt voor de start- en vervolgconsulten zoals nu ook het geval is.

PrEP-medicatie

Ik wil dat PrEP-gebruikers binnen de regeling zelf gaan betalen voor hun orale PrEP-medicatie. In de huidige regeling betalen gebruikers een eigen bijdrage van € 7,50 per dertig pillen. Op basis van de huidige situatie schat ik in dat het zelf betalen van de medicatie uiteindelijk neerkomt op ongeveer € 30,- in de maand bij structureel (dagelijks) gebruik van PrEP. Hier komen nog verhandelingskosten⁶ bij. Op basis van onderzoek verwacht ik dat dit bedrag voor de meeste gebruikers aanvaardbaar is.⁷ Door PrEP-gebruikers zelf hun medicatie te laten betalen, hoeft VWS niet in de medicatiekosten te voorzien en zijn meer overheidsmiddelen beschikbaar om meer PrEP-gebruikers van PrEP-zorg te voorzien binnen de regeling. Door enkel de PrEP-medicatie zelf te laten betalen en de rest van de zorgkosten te vergoeden via de regeling, heb ik in de besteding van PrEP-zorg rekening gehouden met de financiële draagkracht van personen met een hoger risico op hiv. Daarmee kom ik tegemoet aan de eerder genoemde motie van Ellemeet en Paulusma om rekening te houden met de financiële draagkracht van de gebruiker.

Samenwerking huisartsen

Een toenemend aantal huisartsen – maar nog wel een minderheid – biedt PrEP-zorg. Eerder heb ik al aangekondigd in gesprek te gaan met de LHV over de rol die huisartsen (kunnen) vervullen in het bieden van PrEP-zorg⁸. In mijn eerdere brief⁹ deelde ik al het standpunt van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), dat PrEP-zorg geen basis huisartsenzorg betreft, maar extra zorg waarvoor een huisarts kan kiezen. Dit standpunt komt voort uit het gegeven dat de vraag naar PrEP-zorg in een groot aantal huisartsenpraktijken slechts incidenteel voorkomt en het verlenen van PrEP-zorg specifieke kennis en een logistieke organisatie van zorg vergt, die niet gebruikelijk is in de huisartsenpraktijk. Deskundige huisartsen, die kennis hebben genomen van de betreffende richtlijnen én hun organisatie hierop goed hebben uitgerust, kunnen wel PrEP-zorg bieden. PrEP-zorg maakt ook deel uit van de NHG-standaarden «het soa-consult».¹⁰

Ik ondersteun huisartsen die PrEP-zorg (willen gaan) bieden, door een webinar te laten ontwikkelen, waarmee huisartsen meer kennis kunnen vergaren over de inhoud van PrEP-zorg en de praktische kant om dit te organiseren. De webinar is naar verwachting eind van dit jaar gereed. Zoals ik tijdens het tweeminutendebat Medische Preventie op 16 maart jl. aankondigde, heeft de LHV de informatie over PrEP en de vindbaarheid daarvan op de website verbeterd door een verwijzing toe te voegen naar de kwaliteitsstandaard van de NHG.

Naast kennis wordt door huisartsen, die PrEP-zorg willen bieden, aangegeven dat zij knelpunten ervaren in de vergoeding van de consulten. Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om in de onderlinge onderhan-

⁶ Kosten voor de dienstverlening van de (online) apotheek. Dit is de eerste keer dat het medicijn wordt verstrekt € 12,- à € 15,- en de daaropvolgende keren € 6,- à € 7,-.

⁷ Dit is niet met zekerheid te stellen, maar eerder onderzoek geeft indicaties dat de meeste gebruikers bereid zijn voor PrEP te betalen, daarvan lijkt voor de meeste gebruikers een prijs rond 30 euro acceptabel. Hierbij moet wel genoemd worden dat dit onderzoek geen representatief beeld van de PrEP-gebruikers geeft. O.a. Van Dijk, M., de Wit, J.B.F., Gueadamuz, T.E., Martinez, J.E., Jonas, K.J. (2021). Slow Uptake of PrEP: Behavioral Predictors and the Influence of Price on PrEP Uptake Among MSM with a High Interest in PrEP. *Aids and behavior*. Vol.:(0112 33456789). <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03200-4> en de resultaten van het *Flash! PrEP in Europe* onderzoek over de Nederlandse context (niet gepubliceerd).

⁸ Commissiedebat Medische Preventie, 16 februari jl. Kmaerstuk 32 793, nr. 671.

⁹ Kamerstuk 32 239, nr. 10.

¹⁰ Te raadplegen via <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/het-soa-consult>.

deling tot goede afspraken over vergoedingen te komen. De diagnostiek en consulten worden vergoed, maar huisartsen geven aan knelpunten te ervaren in de consulttarieven. Ik faciliteer het gesprek tussen de LHV, NHG Expertgroep soa, hiv en seksualiteit (SeksHAG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) over de mogelijkheden over landelijke tariefafspraken met betrekking tot PrEP-zorg bij de huisarts. Bij deze gesprekken zal ik ook de GGD'en gaan betrekken. Dit proces loopt nog. Ik verwacht in de voortgangsrapportage seksuele gezondheid (eerste kwartaal 2024) uw Kamer te kunnen informeren over de uitkomsten.

Bij comorbiditeit met mogelijk invloed op PrEP (zoals diabetes, hypertensie en een cardiovasculaire voorgeschiedenis), dient de afweging gemaakt te worden of de zorg verantwoord geleverd kan worden bij een CSG of dat deze primair bij de huisarts thuishoort. Vanwege de expertise van de CSG heeft het de voorkeur om in ieder geval complexere groepen te begeleiden waarbij het op een juiste manier slikken van PrEP extra aandacht behoeft of die op een andere manier kwetsbaar zijn (zoals statushouders, sekswerkers, zij die extra aandacht behoeven m.b.t. bijkomende seksualiteitsproblematiek, of hoge soa-incidentie). Ook het opstarten van nieuwe PrEP-gebruikers vraagt meer tijd en expertise. Laag-complexe PrEP-gebruikers die door de CSG opgestart zijn en inmiddels ervaren zijn in het gebruik van PrEP kunnen in overleg met de huisarts terugverwezen worden naar de eerste lijn.

Planning

Omdat ik het – in het belang van continuïteit van zorg – onwenselijk vind om een gat te laten ontstaan in de PrEP-zorg na afloop van de regeling, beoog ik voorgestelde wijziging per 1 augustus 2024 in te laten gaan. Na 1 augustus 2024 zal de wachtlijst dus worden geminimaliseerd. Uw Kamer heeft mij hiertoe ook opgeroepen in de eerdergenoemde motie. Ik verwacht eind november 2023 de gewijzigde regeling bij uw Kamer in voorhang te brengen.

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