

# Reactie GGD GHOR NL op wetwijziging Wpg

## Inleiding

In de internetconsultatie van de Wijziging van de Wet publieke gezondheid vanwege de invoering van een vergunning- en meldplicht ter zake van het verrichten van handelingen met verwekkers van bepaalde infectieziekten en enkele andere wijzigingen worden de volgende wetwijzigingen voorgesteld:

- Het wetsvoorstel regelt dat een vergunning- of meldplicht kan worden ingesteld voor faciliteiten die handelingen verrichten met verwekkers van bepaalde infectieziekten. De daadwerkelijke vergunning- of meldplicht wordt bij algemene maatregel van bestuur ingevoerd. Op dit moment bestaat alleen het voornemen om een vergunning- en meldplicht in te voeren voor poliovirus verwerkende faciliteiten.
- Ook wordt voorzien in uitbreiding van de gegevens die een arts in het kader van zijn meldplicht aan de GGD moet verstrekken. Het gaat hierbij om de meldplicht bij een vermoede of vastgestelde besmetting met een infectieziekte behorend tot een van de groepen van de Wet publieke gezondheid.
- Het wetsvoorstel voorziet verder in borging van de aanvullende seksuele gezondheidszorg door de GGD-en in de Wet publieke gezondheid met een regietaak van het RIVM.

## Algemene reactie

GGD GHOR Nederland is in de basis positief over de voorgestelde wetwijzigingen, met daarbij wel een aantal aandachtspunten of voorwaarden die bij deze wijzigingen dienen te worden meegenomen. Hieronder vindt u een korte reactie per thema.

### Vergunning- of meldplicht

Het invoeren van de vergunning- of meldplicht bij algemene maatregel van bestuur lijkt ons een positieve ontwikkeling en is in lijn met de WHO richtlijnen.

We zijn van mening dat verbreding naar andere A-ziekten, inzichten waar de faciliteiten zich bevinden én het actief informeren van de GGD bij potentiële blootstelling wenselijk en noodzakelijk is om effectief te kunnen handelen indien nodig. De uitwerking van de maatregelen vragen nog verdere uitwerking.

### Gegevensverstrekking

GGD GHOR NL is positief over de aanpassingen in de wetwijziging Wpg voor het uitbreiden van het verzamelen van gegevens in het kader van de meldplicht. Om verspreiding van een infectieziekte te voorkomen is het van groot belang dat de GGD op de kortst mogelijke termijn contact kan opnemen met de persoon bij wie de infectieziekte is vastgesteld. Het toevoegen van het mailadres en telefoonnummer aan artikel 24 is een essentiële stap om snel contact op te kunnen nemen. Daarmee is dit een goede ontwikkeling voor de infectieziektebestrijding.

We willen ook graag benadrukken dat de kern van de meldingsplicht is om de mogelijkheid te hebben om spoedig contact te leggen met de positief geteste persoon. Het is daardoor van belang dat bij nieuwe technologische ontwikkelingen er tijdig aanpassingen worden gemaakt, zodat de gegevens waarmee het snelst contact gelegd kan worden met de patiënt beschikbaar zijn.

### Aanvullende seksuele gezondheidszorg

Met betrekking tot de voorgestelde wijziging voor de aanvullende seksuele gezondheidszorg zijn we in de basis positief aangezien op die manier de ASG-zorg gecontinueerd kan worden. Wel vinden we het van belang dat de volgende punten in de wijziging worden meegenomen:

- De uitvoering dient in goede afstemming met de verschillende coördinerende GGD'en en GGD GHOR Nederland te gebeuren, zoals nu reeds is vormgegeven via de stuurgroep.
- Bij de overgang van de subsidieregeling naar een wettelijke taak, waarbij het RIVM de regierol heeft, dienen de beschikbare middelen in lijn te worden gebracht met datgene wat noodzakelijk is om de wettelijke taken op de juiste wijze integraal uit te voeren. De beschikbare middelen zijn op dit moment te beperkt om de aanvullende seksuele gezondheidszorg op goede wijze vorm te geven. Daarvoor verwijzen we naar het verzoek om additionele ASG-middelen zoals deze al eerder per brief van 22 december 2020 bij VWS is ingediend en in de bijlage nogmaals is toegevoegd. Ook is uitbreiding van middelen noodzakelijk om de systeemfouten uit het verleden - waarbij enkele regio's nu een groter tekort hebben dan andere regio's – te herstellen om tot een uitvoerbaar model te komen.

telefoon 088 - 308 43 50  
fax 088 - 308 39 00  
datum 22 december 2020  
onze ref Dir/SdG/380  
betreft herhaald verzoek additionele ASG middelen  
bijlage(n)  
e-mail [sdegouw@ggdhm.nl](mailto:sdegouw@ggdhm.nl)



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
t.a.v. minister T. van Ark  
Minister van Medische Zorg en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ 's-GRAVENHAGE

Geachte minister Van Ark,

Begin dit jaar (10 januari jl.) heeft de ASG stuurgroep op verzoek van het ministerie van VWS een uiteenzetting gestuurd van de benodigde additionele middelen voor een adequate uitvoering van de Aanvullende Seksuele Gezondheid regeling (ASG). Op 11 maart jl. ontvingen wij het bericht vanuit VWS waarin is aangegeven dat de benodigde extra middelen op dat moment niet gehonoreerd konden worden. Een zeer teleurstellende reactie, die voorbij gaat aan de financiële én inhoudelijke knelpunten die worden ervaren door alle acht regio's in dit belangrijke onderdeel van de infectieziektebestrijding.

In afstemming met uw medewerkers is ons gevraagd onze claim opnieuw in te dienen en daarbij vooral toe te lichten welke maatregelen de regio's zelf ondernomen hebben op het gebied van efficiëntie en kostenbesparing.

#### Belang van preventie én curatie

De regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg maakt het mogelijk laagdrempelige toegang tot testen en behandeling op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) kosteloos aan te bieden. Dit is bedoeld voor personen met een verhoogd risico op soa voor wie de eigen huisarts geen optie is. Ook kunnen jongeren onder 25 jaar hulp krijgen bij seksualiteitsvraagstukken. Het is daarmee een vangnetfunctie met als uiteindelijk doel om te voorkomen dat soa- en hiv-infecties worden verspreid.

Middels deze brief benadrukken wij nogmaals het belang van laagdrempelige seksualiteitshulpverlening en soa zorg. De ervaren structurele financiële knelpunten verhinderen een goede uitvoering van de ASG regeling. Ook belichten we de inzet die regio's zelf plegen voor een zo efficiënt mogelijke uitvoering van taken binnen die regeling alsook de inzet van regio's om extra financiën te verkrijgen via de gemeenten waar mogelijk.

#### Efficiënte inzet van beschikbare middelen

Als vanzelfsprekend zijn de acht GGD-regio's, belast met de uitvoering van de ASG-regeling, zich ervan bewust dat met publieke middelen zorgvuldig omgegaan moet worden. Binnen het beperkte beschikbare budget wordt continu gezocht naar een zo efficiënt mogelijke inzet. Zo is er in vrijwel alle regio's ingezet op:

1. Taakherschikking; taken van artsen naar verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen, en van verpleegkundige naar doktersassistenten;
2. Digitalisering; zoals lab koppelingen, online triage, online anamneseformulier, aanmeldzuilen en online afspraken modules;
3. Efficiëntere planning van spreekuren waardoor er minder personeel benodigd is;
4. Inkorten van consulttijden;
5. Strenge triage zodat enkel de mensen met een zeer hoog risico gezien worden (bijvoorbeeld gewaarschuwd en met klachten), en bij sommige Centra voor Seksuele Gezondheid (CSG's) verlagen van het leeftijds criterium van 25 jaar naar 23 of 21 jaar. Uiteraard met uitzondering van de 21/23-25-jarigen die ook additionele risicofactoren hebben;
6. Ontwikkeling van EHealth aanbod door middel van telefonische en webcam consulten. Gebleken is echter dat dit aanbod vooralsnog geen tijds winst oplevert;
7. Zelf- en thuistesten aanbieden en bij consulten op locatie cliënten zelfstandig alle monsters af laten nemen;
8. Besparing op laboratoriumkosten door nieuwe contracten met de laboratoria af te sluiten via aanbestedingstrajecten.
9. Sommige regio's proberen door het opzetten van een bredere regionale soatest-infrastructuur door b.v. commerciële aanbieders, de druk op de soaspreekuren van de GGD'en te verlagen.

Ondanks de continue inzet op een zo efficiënt mogelijke inzet van de beperkte middelen is de rek er inmiddels uit. Verdere efficiëntieslagen gaan ten koste van verantwoorde kwaliteit conform het kwaliteitsprofiel. Als ASG stuurgroep staan wij voor kwalitatief goede, passende, en laagdrempelige voorzieningen voor zorg, advies, ondersteuning en bescherming bij hulpvragen en problemen rond seksuele gezondheid voor mensen die geen andere opties voor hulp zien.

#### Gevolgen van het financieel tekort

- Onvoldoende laagdrempelige toegang tot benodigde zorg

Als gevolg van het financiële tekort ontstaat er meer en meer schaarste van het aanbod. Ondanks de gemaakte efficiëntieslagen, blijft de druk op het aanbod te groot en is strengere triage en prioritering noodzakelijk. De toegang tot de CSG's wordt hierdoor bemoeilijkt. Dit heeft tot gevolg dat hoog-risicogroepen niet binnen de gestelde termijn geholpen kunnen worden en moeten worden doorverwezen naar de huisarts en/of een andere betrouwbare (commerciële) soa-testfaciliteit. Dit is voor een deel van de populatie echter geen optie vanwege het ontbreken van anonimiteit en/of financiële middelen.

Het gebrek aan capaciteit treft specifieke hoog-risicogroepen als lage SES en personen met een migratie achtergrond in toenemende mate. Terwijl juist bij hen laagdrempelige faciliteiten van groot belang zijn bij het opsporen en voorkomen van soa's en opsporen van seksuele problematiek. Uit beschikbaar onderzoek<sup>1</sup> blijkt dat lage SES jongeren en personen met een migratie achtergrond de CSG's niet goed weten te vinden, dit terwijl er juist bij hen een hoger vindpercentage is dan bij jongeren met hoge SES. Voor outreachend werk, dat nodig is om juist deze groepen te bereiken, is het

---

<sup>1</sup> [https://www.ggdzl.nl/fileadmin/files/ggdzl/Documenten/Factsheets/Thermometerseksuelegezondheid-\\_2017.pdf](https://www.ggdzl.nl/fileadmin/files/ggdzl/Documenten/Factsheets/Thermometerseksuelegezondheid-_2017.pdf).

huidige budget voor onder andere extra personele inzet voor testen op locatie niet toereikend.

Helaas is het ook bij de groepen met het hoogste risico (Mannen die Seks hebben met Mannen (MSM) en gewaarschuwden voor een soa of klachten die wijzen op een soa) niet altijd gezegd dat deze binnen de gestelde termijn van 24 uur gezien kunnen worden. Ook deze cliënten moeten met enige regelmaat worden doorverwezen naar andere zorgverleners. Opvolging van de doorverwijzing kan niet gegarandeerd worden waardoor hoog risico groepen uit beeld verdwijnen. Dit heeft gevolgen voor de transmissie van soa en brengt derhalve risico's voor de publieke gezondheid met zich mee.

Ter illustratie, in 2019 zijn in de regio Utrecht alleen al, naast de 4319 gerealiseerde consulten, 6373 consultaanvragen van cliënten verwezen naar de huisarts en/of een andere betrouwbare (commerciële) soa-testfaciliteit door gebrek aan beschikbare capaciteit. Het merendeel van de verwezen cliënten, naar schatting 98%, kwam volgens de hoogrisico-en urgentie criteria wel in aanmerking voor een soatest bij de GGD. Voor Regio Noord-Holland/Flevoland zijn er 62.966 afspraakverzoeken (online), naast de 51.692 afspraakverzoeken (online) die wel ingepland konden worden, doorverwezen naar de huisarts vanwege gebrek aan capaciteit. Bij voldoende capaciteit waren deze mensen zeer waarschijnlijk door de triage heen gekomen. In de regio Limburg Noord zijn 10.877 verzoeken binnen gekomen in 2019 waarvan 3647 afspraken zijn gemaakt (incl. follow up, behandeling etc). Ook hieruit blijkt dat er onvoldoende capaciteit is om te kunnen doen aan de veelal terechte vraag aan de GGD voor een soa test. In de regio Noord-Nederland is door financiële omstandigheden de digitale soatest-faciliteit 'Testlab.' heel 2019 gesloten geweest. Bij onderzoek bleek dat zowel bij huisartsen als ook bij de regionale commerciële aanbieders er in 2019 geen toename van MSM in die periode is geconstateerd. De kans is aannemelijk dat deze doelgroep zich minder liet testen. Deze aanname wordt bevestigd toen de noordelijke GGD'en de Testlab-faciliteit in begin 2020 weer openden, de aanvragen weer binnen stroomden zonder enige vorm van publiciteit.

- Kwaliteit van zorg in het geding

Het niet kunnen zien van een cliënt met het hoogste risico binnen de gestelde 24 uur heeft bovendien tot gevolg dat de kwaliteitsnormen waarop wordt gevisiteerd onvoldoende nageleefd kunnen worden. De IGJ heeft eerder aangegeven op de uitkomsten van de kwaliteitsvisitaties, georganiseerd door GGD-GHOR en RIVM-CIb, te zullen varen. De kans op sluiting van CSG's op last van de IGJ is daarin een reëel risico indien deze kwaliteitsnormen herhaaldelijk onvoldoende kunnen worden nageleefd.

- Stijging vindpercentage en behandelkosten

De efficiëntere werkwijze heeft tot gevolg dat in toenemende mate alleen personen met de meeste risico's op soa gezien worden. Daardoor is het vindpercentage in vrijwel alle regio's gestegen zoals ook al in de brief van 10 januari jl. is benoemd. Een stijgend vindpercentage is een belangrijk signaal dat de verspreiding van soa's niet onder controle is. In de regio Utrecht bijvoorbeeld lag het vindpercentage in 2019 hoger (20,4%) dan verwacht (18%). Een hoog vindpercentage betekent ook meer noodzakelijke behandelingen en meer behandel tijd binnen de ASG regeling.

- *Verdringing kwetsbare groepen*

De afgelopen jaren heeft er een grote toename plaatsgevonden in het aandeel van de risicogroep MSM, van 25,3 % in 2015 naar 35,7% in de eerste helft van 2019. Het RIVM jaarverslag<sup>2</sup> laat zien dat in 2019 ruim 10% meer MSM gezien werden bij de CSG's ten opzichte van 2018. Dit ging grotendeels ten koste van heteroseksuele (jonge) mannen en vrouwen. Bovendien zijn er meer kosten verbonden aan het testen van de MSM doelgroep dan aan het testen van bijvoorbeeld een jongere. Dit wordt veroorzaakt door de aard van het risicogedrag en betekent dat meer op soa moet worden getest, en er vaak meer consulten nodig zijn om de gevonden soa's te behandelen. Ook is gebleken dat een deel van de volwassen MSM die de CSG's bezoekt minder ontvankelijk is voor de preventieboodschap, waardoor de kans groter is dat deze groep mannen (meerdere malen) terugkomt voor testen en behandeling. Met het oog op infectieziektebestrijding en continuïteit van de benodigde PrEP- zorg is ook van belang dat deze doelgroep regelmatig wordt getest. Echter, door de toename van het aantal MSM in combinatie met het budgetplafond is verdringing ontstaan van het aantal beschikbare consulten en behandelingen voor andere risicogroepen. Voor zowel de uitvoering van de PrEP-regeling als de ASG regeling worden dezelfde voorzieningen gebruikt en ook hetzelfde personeel ingezet. Ondanks het feit dat vanuit VWS een extra bijdrage voor de PrEP regeling is toegezegd, is daarmee de verdringing niet opgelost en de tekorten bij de ASG regeling evenmin.

- *Te weinig ruimte voor monitoring en surveillance*

Monitoring en surveillance zijn van belang om beleid tijdig bij te stellen, clusters en uitbraken tijdig te identificeren en het geeft inzicht welke maatregelen genomen moeten worden. Financiële krapte betekent grotendeels personele krapte, dus artsen combineren hun dagelijkse werk omtrent de cliëntenzorg met deze surveillance en monitoring taak. Er is gebleken dat surveillance niet meer in alle regio's wordt uitgevoerd. Een voorbeeld is de surveillance van gonokokken antibioticaresistentie. De huidige krapte binnen de ASG-regeling dwingt regio's toenemend hun deelname aan deze surveillance te staken. Terwijl de dreiging van antibioticaresistentie juist borging van de surveillance van de gonokokken vraagt. Ook overige monitoring en surveillance van gedegen kwaliteit staan onder druk, zoals in de brief van 10 januari jl. nader is toegelicht.

### **Tot slot**

De seksuele gezondheidszorg die GGD'en nu bieden is aantoonbaar niet voldoende: door hoge percentages positieve testen, door te grote schaarste van het noodzakelijke aanbod en verdringing van hoog risicogroepen veroorzaakt door een structurele bezuiniging als gevolg van de plafond financiering. Ook is er in deze huidige situatie onvoldoende borging van de kwaliteit van de soa-zorg en onvoldoende mogelijkheid om te reageren op verandering en signalen die spelen in de samenleving. De corona pandemie laat des te meer het belang zien van zowel preventie en voorlichting over gedrag als een gedegen testaanpak waarbij de barrières om te komen testen zo laag mogelijk moeten zijn.

### *Dringend beroep*

In het belang van kwalitatief goede, passende en laagdrempelige voorzieningen voor zorg, advies en bescherming bij hulpvragen en problemen rond seksuele gezondheid doen alle acht regio's een dringende oproep additionele middelen beschikbaar te stellen.

---

<sup>2</sup> Jaarrapportage subsidieregeling PrEP april 2019 tot augustus 2020

Om tegemoet te komen aan de gezamenlijke financiële knelpunten die in alle coördinerende ASG regio's worden ervaren en recht te doen aan het doel van de regeling is minimaal een totaal van €3.551.621 extra nodig vanuit het ministerie van VWS. De financiële onderbouwing vindt u in de eerdere brief van 10 januari jl. die als bijlage is toegevoegd. Daarnaast zijn tevens de specifieke knelpunten van de regio Utrecht van in totaal €700.000 toegelicht. In de 2<sup>de</sup> bijlage treft u hiervan een nadere specificatie.

<i>Knelpunten</i>	<i>Benodigde additionele middelen</i>
Gezamenlijk acht regio's	€3.551.621
Specifiek regio Utrecht	€700.000
Totaal	€4.251.621

U kunt ervan op aan dat met het beschikbaar stellen van de extra benodigde middelen, wij als ASG stuurgroep zullen komen tot een verdeling tussen de ASG regio's die zoveel mogelijk recht doet aan de financiële situatie waarin de regio's zich bevinden.

Ook vragen wij u in de nieuw vorm te geven ASG-regeling rekening te houden met de structurele knelpunten en deze regeling ook financieel op een toekomstbestendige manier vorm te geven.

Wij zien uw reactie met belangstelling tegemoet.

Met vriendelijke groet,  
Namens de gehele ASG stuurgroep



Sjaak de Gouw  
Voorzitter ASG stuurgroep

Cc:  
Ciska Scheidel  
Francine l'Ortye  
Marcel de Kort

Bijlagen:  
-Brief aan VWS Benodigde additionele middelen voor de ASG regeling +  
bijlage (Toelichting op de genoemde bedragen) (d.d. 10 januari 2020)  
-Bijlage nadere specificatie regio Utrecht