



Kostenonderzoek ASG-regeling

Ten behoeve van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

17 december 2024

A2400031549

Inhoudsopgave

1. Aanleiding, vraagstelling resultaat en leeswijzer	3
2. Onderzoeksaanpak	6
3. Toelichting ASG-regeling	8
4. Resultaten kostenonderzoek soa-zorg en sense-zorg	11
5. Resultaten kostenonderzoek PrEP-zorg	18
6. Conclusie en aanbevelingen	22

Bijlagen

- A. Bevindingen analyse doelgroep
- B. Toelichting op de aanpak
- C. Samenstelling begeleidingsgroep

De resultaten in deze rapportage zijn tot stand gekomen met medewerking van een ingestelde begeleidingsgroep en inhoudelijke deskundigen vanuit de diverse betrokken organisaties. Zie Bijlage C voor een overzicht van de betrokken personen. De resultaten zijn tot stand gekomen op basis van een informatie-uitvraag en interviews aangevuld met deskresearch. Deze rapportage is bestemd voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: ministerie van VWS). KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan het ministerie van VWS als opdrachtgever. Wij benadrukken dat KPMG geen beslissingen neemt namens het ministerie van VWS, noch participeert in enig besluitvormingsproces. In dit rapport worden derhalve geen keuzes gemaakt.

Het ministerie van VWS heeft KPMG niet verzocht een controleopdracht uit te voeren op de aangeleverde gegevens. Voor alle duidelijkheid vermelden wij dat wij geen werkzaamheden hebben uitgevoerd die bij controle- of beoordelingsopdrachten van jaarrekeningen van toepassing zijn. Daarom kan aan ons onderzoek geen zekerheid met betrekking tot de getrouwheid van financiële of andere informatie worden ontleend. Daarnaast is KPMG niet verplicht de rapportage te actualiseren naar aanleiding van gebeurtenissen die zich na de opleverdatum voordoen.



© 2024 KPMG Advisory N.V., a Dutch limited liability company and a member firm of the KPMG global organization of independent member firms affiliated with KPMG International Limited, a private English company limited by guarantee. All rights reserved.

1.

**Aanleiding,
vraagstelling, resultaat
en leeswijzer**



VWS heeft KPMG gevraagd inzicht te geven in de kosten voor soa-, sense- en PrEP-zorg

Aanleiding

De huidige Regeling specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (hierna: ASG-regeling) omvat – indien gewenst anonieme – soa-zorg voor mensen met een hoog risico op soa's en hiv, evenals seksualiteitshulpverlening (sense-zorg) voor jongeren tot 25 jaar door de GGD en PrEP-zorg (preventieve hiv-medicatie) aan personen met een verhoogd risico op hiv.¹ De ASG-regeling is aanvullend op de curatieve zorg geleverd door de huisartsen en de collectieve preventiemaatregelen. De aanvullende zorg die de ASG-regeling biedt, heeft daarmee een vangnetfunctie in het Nederlandse zorglandschap.

De activiteiten onder de ASG-regeling worden bekostigd in de vorm van een specifieke uitkering (SPUK). De acht coördinerende GGD'en ontvangen jaarlijks via de SPUK financiering voor activiteiten in hun werkgebied en verdelen deze middelen over de deelnemende GGD'en in de regio. Voor de soa-zorg en sense-zorg geldt een budgetplafond; de financiering van de PrEP-zorg is op basis van prijs maal volume (PxQ) in combinatie met een budgetplafond. Coördinerende GGD'en kunnen binnen dit budgetplafond ook activiteiten bekostigd krijgen gericht op de coördinatie van PrEP-zorg binnen hun werkgebied.

De GGD'en geven aan dat het huidige budget ontoereikend is om voldoende zorg te kunnen bieden aan de doelgroep. Dit komt ook terug in de in 2023 uitgevoerde toekomstverkenning van de ASG-regeling.² Ook geven de GGD'en aan dat de tarieven voor PrEP-zorg ontoereikend zijn. Derhalve is er behoefte om inzicht te krijgen in de kosten van de drie zorgvormen en de benodigde omvang van het ASG-budget.

Vraagstelling

Het ministerie van VWS heeft op basis van het bovenstaande behoefte aan inzicht in het benodigde aanbod en de bijbehorende kosten van de uitvoering van de ASG-regeling om te komen tot een budget per zorgvorm (soa, sense en PrEP) dat het ministerie van VWS beschikbaar stelt aan GGD'en zodat zij op een doelmatig en doeltreffend niveau de zorgvormen kunnen uitvoeren.

Het ministerie van VWS heeft deze behoefte vertaald in de onderstaande hoofdvraag van het onderzoek:

Wat is een doeltreffend en doelmatig niveau van budget dat het ministerie van VWS beschikbaar moet stellen aan GGD'en per hoofdactiviteit (aanvullende soa-zorg, aanvullende seksualiteitshulpverlening en aanvullende PrEP-zorg)?

De hoofdvraag is per hoofdactiviteit vertaald naar zes deelvragen:

1. Wat is het benodigde aanbod voor soa-zorg, seksualiteitshulpverlening en PrEP-zorg?
2. Wat zijn de kosten van de directe en indirecte zorg voor soa-zorg, seksualiteitshulpverlening en PrEP-zorg?
3. Wat zijn de kosten van niet-inzetbare uren van medewerkers?
4. Wat is de nominale huisvestingscomponent?
5. Welke bedrijfsvoeringsfactoren kunnen van invloed zijn op de regionale verdeling?
6. Op welke manieren kan verdere efficiëntie in de aanvullende seksuele gezondheidszorg worden nagestreefd en bereikt?

Resultaat

Het resultaat van het onderzoek is voorliggende rapportage, die inzicht geeft in de opbouw van de kosten voor de soa-, sense- en PrEP-zorg en de onderliggende factoren die van invloed zijn op de hoogte van de kosten. Deze rapportage geeft geen inzicht in de omvang van de doelgroepen voor soa-, sense- en PrEP-zorg en het benodigde aanbod. In het onderzoek is het niet mogelijk gebleken om een betrouwbare raming op te stellen van de omvang van de doelgroep. Dit wordt veroorzaakt door het ontbreken van inzicht in de omvang van een deel van de subgroepen binnen de doelgroep – zoals slachtoffers van seksueel geweld of het aantal sekswerkers – als gevolg van het ontbreken van registraties. Daarnaast is er overlap tussen de subgroepen binnen de doelgroep, waardoor een persoon meerdere keren binnen de doelgroep kan vallen. Ook is niet inzichtelijk welk deel van de doelgroep een drempel ervaart om gebruik te maken van andere zorg zoals huisartsen. Als laatste is de doelgroep mede afhankelijk van het risicogedrag van mensen ten aanzien van onbeschermd seks. Dit risicogedrag kan in de loop der tijd veranderen. De GGD'en beschikken wel over informatie van personen die gebruikmaken van soa-, sense en PrEP-zorg, maar niet altijd over informatie van personen die zich wel melden bij de GGD voor zorg maar door middel van triage, onder andere op basis van de doelgroep en het risicoprofiel, worden doorverwezen naar de huisarts en vervolgens ook gebruik maken van de huisarts. Ook is er geen inzicht in de omvang van de doelgroep met een verhoogd risico op soa's die momenteel niet wordt bereikt door de GGD. In Bijlage A is een nadere toelichting opgenomen over de oorzaken van het niet kunnen komen tot een representatieve raming van de doelgroep.

1. Het onderzoek baseert zich op data en gegevens uit 2023. In 2023 liep er een pilot ten aanzien van PrEP-zorg. Deze pilot is inmiddels afgerond. PrEP-zorg is inmiddels onderdeel van de ASG-regeling.

2. Toekomstverkenning ASG-regeling, SOA-zorg en seksualiteitshulpverlening onder druk, AEF, november 2023.

VWS heeft KPMG gevraagd inzicht te geven in de kosten voor soa-, sense- en PrEP-zorg

Gedurende het onderzoek heeft hierover afstemming plaatsgevonden met de opdrachtgever en de begeleidingsgroep. Dit heeft ertoe geleid dat de doelstelling van het onderzoek is aangepast. Voorliggende rapportage geeft zodoende inzicht in de opbouw van de huidige kosten van soa-, sense- en PrEP-zorg en de factoren die van invloed zijn op hoogte van die kosten. Eventuele mogelijkheden om de doelmatigheid te verhogen – indien deze uit het onderzoek naar voren kwamen – zijn benoemd. Als laatste bevat de rapportage aanbevelingen om het inzicht in de doelgroep en de uitvoeringskosten te vergroten.

Leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding, de vraagstelling en het resultaat van het onderzoek. Hoofdstuk 2 gaat in op de onderzoeksaanpak. De aanpak is in meer detail toegelicht in Bijlage B. Hoofdstuk 3 geeft een toelichting op de ASG-regeling en de uitvoering van soa-, sense- en PrEP-zorg door de GGD'en. De resultaten van het kosten onderzoek voor soa-zorg en sense-zorg zijn opgenomen in Hoofdstuk 4. Soa-zorg en sense-zorg zijn deels geïntegreerd waardoor er samenhang is in de kosten en beiden gezamenlijk in één hoofdstuk zijn beschouwd. Hoofdstuk 5 gaat in op de resultaten van het kostenonderzoek van PrEP-zorg. Hoofdstuk 6 bevat de conclusie en de aanbevelingen die op basis van het onderzoek zijn geformuleerd. De bijlagen bevatten een toelichting op de bevindingen naar aanleiding van de analyse om te komen tot de omvang van de doelgroep (Bijlage A), een nadere toelichting op de aanpak van het onderzoek (Bijlage B) en een overzicht van de samenstelling van de begeleidingsgroep (Bijlage C).

2.

Onderzoeksaanpak



Het onderzoek is uitgevoerd in vier stappen

Gedurende het onderzoek zijn vier verschillende stappen doorlopen in de periode tussen mei 2024 en november 2024. Onderstaand zijn de stappen van het onderzoek nader toegelicht. Zie Bijlage B voor de uitgebreide toelichting op de aanpak.

1. Opstarten onderzoek en vaststellen dataformat

Het doel van de eerste stap was het opstarten van het onderzoek. In deze stap is een startbijeenkomst gehouden met eerst de opdrachtgever en vervolgens de begeleidingsgroep om onder andere het plan van aanpak en de planning vast te stellen en werkafspraken te maken. Hierdoor waren alle betrokkenen op de hoogte van de aanpak, de verwachte betrokkenheid en de wijze van samenwerken. De samenstelling van de begeleidingsgroep is opgenomen in Bijlage C. Na de start is een analyse uitgevoerd naar de informatie die benodigd was voor de beantwoording van de onderzoeksvragen. Vervolgens is op basis van deze analyse en interviews met en informatie van twee coördinerende GGD'en een dataformat opgesteld waarbij door de twee coördinerende GGD'en ook andere GGD'en zijn geraadpleegd. Met behulp van dit dataformat werd in stap 2 van het onderzoek de benodigde informatie ten aanzien van onder andere kosten, personele inzet en productie, bij de 25 GGD'en in Nederland opgevraagd. Het conceptdataformat is besproken met de begeleidingsgroep en vervolgens vastgesteld.

2. Verzamelen en valideren van data

Het doel van de tweede stap was om data te verzamelen, te analyseren en te valideren om inzicht te verkrijgen in de kosten en activiteiten van de GGD'en en in het benodigde aanbod van soa-, sense- en PrEP-zorg. De voornaamste activiteiten waren het geven van een toelichting op het dataformat aan de GGD'en middels een webinar, het opvragen van informatie bij de GGD'en middels het dataformat, het valideren en begrijpen van de ontvangen informatie en het verhaal erachter, onder andere op basis van interviews en het creëren van inzicht in verschillen in kosten en uitvoering tussen de verschillende regio's. Gelijktijdig de mogelijkheden verkend voor de analyse van de omvang van de doelgroep en het aanbod. Het resultaat van stap 2 gaf inzicht in de kosten van de regio's en/of individuele GGD'en en het detailniveau van de beschikbare informatie. Op basis van de beschikbare informatie en het detailniveau daarvan, is met de begeleidingsgroep de wijze van berekening van de kosten van soa-, sense- en PrEP-zorg vastgesteld. Ten aanzien van de analyse van de omvang van de doelgroep kwam naar voren dat het op basis van de beschikbare informatie niet mogelijk was om een betrouwbare raming op te stellen van de omvang van de doelgroep en het benodigde aanbod (zie ook Bijlage A). In overleg met de opdrachtgever en begeleidingsgroep is derhalve besloten om de onderzoeksvragen ten aanzien van de doelgroep niet te beantwoorden.

3. Komen tot duiding van de resultaten

Het doel van de derde stap was duiding te geven aan de resultaten uit het kostenonderzoek. De voornaamste activiteit in deze stap was het houden van een expertsessie met de acht coördinerende GGD'en, het RIVM en GGD GHOR Nederland. In deze werksessie zijn de resultaten van het kostenonderzoek geduid en verrijkt waarbij is ingegaan op regionale verschillen. De resultaten van deze werksessie en daarmee van deze stap, dragen bij aan het vormen van een representatief beeld van de kostenopbouw en uitvoering van soa-, sense- en PrEP-zorg.

4. Opstellen rapportage

In de vierde en laatste stap is de rapportage opgesteld waarin de resultaten van het onderzoek zijn opgenomen.

3.

Toelichting ASG- regeling



3. Toelichting ASG-regeling

Soa-, sense- en PrEP-zorg is bedoeld om transmissieketens bij risicogroepen, die te grote drempels ervaren, te doorbreken en tijdig seksualiteitsproblematiek te signaleren en waar mogelijk te verhelpen

Het doel van de ASG-regeling is om transmissieketens bij soa's te doorbreken bij risicogroepen die een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan.

De ASG-regeling is een aanvullende vorm van zorg naast het reguliere aanbod op het gebied van seksuele gezondheid vanuit zorgaanbieders zoals huisartsen. Deze aanvullende zorg is beschikbaar omdat groepen met een verhoogd risico een drempel kunnen ervaren om via de huisarts hun zorgvraag te beantwoorden vanwege schaamte of beperkte financiële middelen. De ASG-regeling beoogt daarmee een vangnetfunctie te hebben, in aanvulling op het aanbod van de huisartsen.

Het doel van de ASG-regeling is het doorbreken van transmissieketens bij risicogroepen, die een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan, door deze risicogroepen te testen en te behandelen op soa's. Daarnaast worden seksualiteitshulpvragen bij jongeren (<25 jaar) gedetecteerd en besproken waarbij eventueel doorverwijzing plaatsvindt (sense). Naast soa- en sense-zorg wordt PrEP-zorg (preventieve hiv-medicatie) geboden aan personen met een verhoogd risico op hiv. Het doel van de PrEP-zorg is het aantal nieuwe hiv-infecties omlaag te krijgen.

De uitvoering van de soa-, sense- en PrEP-zorg is belegd bij de GGD'en. Zij bieden via de Centra Seksuele Gezondheid (CSG's), zijnde afdelingen binnen de GGD'en, zorg aan voor de eerdergenoemde risicogroepen. Deze activiteiten worden via de ASG-regeling gefinancierd middels een specifieke uitkering (SPUK). De GGD'en ontvangen voor het leveren soa-zorg en seksualiteitshulpverlening (sense) één budget dat niet is uitgesplitst naar beide activiteiten. De GGD'en hebben in het onderzoek aangegeven dat circa 10% van het budget wordt ingezet voor sense-zorg en circa 90% van het budget wordt ingezet voor soa-zorg. De financiering van de PrEP-zorg is op basis van prijs maal volume (PxQ) in combinatie met een budgetplafond. De financiering van de GGD'en vindt getrapt plaats. De SPUK-middelen worden verstrekt aan acht coördinerende GGD'en. Deze coördinerende GGD'en verdelen vervolgens de middelen over de GGD'en in hun regio. Betrokkenen geven aan dat de verdeling van de middelen over de regio's en daarbinnen veelal historisch is bepaald. De GGD'en ontvangen naast de ASG-middelen in voorkomende gevallen ook aanvullende financiering van gemeenten om bijvoorbeeld extra in te zetten op 'outreaching' werken¹, het verminderen van wachtlijsten bij PrEP of activiteiten op het gebied van seksuele gezondheid die niet onder de ASG-regeling vallen zoals voorlichting.

Soa-, sense- en PrEP-zorg richt zich op specifieke risicogroepen

De risicogroepen die in aanmerking kunnen komen voor soa-, sense- en PrEP-zorg van de GGD'en zijn:²

- mannen die seks hebben met mannen (MSM);
- personen die via bron- en contactopsporing gewaarschuwd zijn voor een soa;
- personen met klachten die wijzen op een soa;
- personen die slachtoffer zijn van seksueel geweld;
- personen jonger dan 25 jaar;
- personen uit een soa-endemisch gebied (Suriname, de Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko, Afrika, Zuid-Amerika, Azië, Oost Europa);
- personen met een partner uit de doelgroep MSM of soa-endemisch gebied;
- sekswerkers (in de laatste zes maanden).

Voor sense-zorg is de leeftijdsgrens voor jongeren tot 25 jaar. Nieuw is dat de per 1 augustus 2024 alle inwoners van Nederland met een verhoogd risico op hiv en waarvoor PrEP is geïndiceerd, binnen het beschikbare budget, gratis PrEP-zorg bij de GGD kunnen krijgen. Voorheen betrof dit enkel mannen die seks hebben met andere mannen of transgender personen.³

De zorg die cliënten ontvangen verschilt per zorgvorm

Alle drie de zorgvormen bestaan uit minimaal één contactmoment met een zorgprofessional in de vorm van een consult waarbij het doel en de activiteiten verschillen. Onderstaand zijn op hoofdlijnen de werkprocessen van soa-, sense- en PrEP-zorg toegelicht. De processen van de GGD'en zijn op hoofdlijnen hetzelfde, maar de daadwerkelijke uitvoering en detailinrichting kunnen per GGD verschillen. De GGD'en hebben binnen de gestelde kwaliteitskaders een zekere beleidsvrijheid om de inrichting en opzet van de zorg aan te kunnen laten sluiten op de populatie en specifieke kenmerken van hun werkgebied.

- **Soa-zorg:** bij een regulier soa-zorgtraject vraagt een persoon een consult aan via de telefoon of de website van de GGD. Vervolgens vindt triage plaats. In de triage wordt op basis van vooraf vastgestelde criteria getoetst of de persoon binnen één van de risicogroepen valt en of zijn of haar vraag passend is binnen de ASG-regeling. Indien de persoon niet aan de criteria voldoet, dan wordt deze persoon doorverwezen naar de huisarts of andere zorgverlener. Als de persoon binnen de doelgroep past, dan komt deze op consult. In het startconsult worden de vragen van de betreffende persoon beantwoord en wordt bepaald of en zo ja, welke soa-test benodigd is. Indien een test benodigd is, dan wordt deze afgenomen en verstuurd naar het laboratorium voor analyse.

1. Zie de volgende pagina voor een toelichting op outreachend werken

2. Website RIVM inzake ASG-regeling, geraadpleegd op 14 november 2024

3. De uitbreiding van de doelgroep van PrEP per 1 augustus 2024 heeft tijdens het onderzoek plaatsgevonden en valt derhalve buiten de scope van het onderzoek.

3. Toelichting ASG-regeling

Soa-, sense- en PrEP-zorg is bedoeld om transmissieketens bij risicogroepen, die te grote drempels ervaren, te doorbreken en tijdig seksualiteitsproblematiek te signaleren en waar mogelijk te verhelpen

De testuitslagen van het laboratorium worden vervolgens beoordeeld door de GGD. Bij een positieve uitslag volgt er in bijna alle gevallen een consult. In dit consult wordt uitgelegd wat de soa inhoudt, hoe deze behandeld wordt, hoe een zorgvraag in de toekomst voorkomen kan worden en wordt medicatie verstrekt.

- **Sense-zorg:** er zijn twee mogelijkheden voor een sense-traject. De eerste variant is dat een persoon zich, net als bij soa-zorg, meldt bij de GGD met een seksualiteitshulpvraag over bijvoorbeeld seksuele ontwikkeling en identiteit, en waarbij er geen directe noodzaak is voor een test of behandeling. Deze hulpvragen worden in hoge mate behandeld door de GGD, derhalve vindt er een minder strenge triage en bijna altijd een consult plaats. Als de seksualiteitshulpvraag na het eerste consult niet beantwoord is, volgen er nog één of meerdere vervolgsconsulten. Het traject is afgerond nadat de seksualiteitshulpvraag van de persoon beantwoord is. De tweede variant is dat tijdens een soa-zorgconsult een sense-vraag naar voren komt. De vraag wordt dan in het soa-zorgconsult behandeld, waardoor de duur van het consult langer is dan wanneer er geen sense-vraag wordt behandeld. Indien nodig wordt een sense-vervolgsconsult gepland.
- **PrEP:** bij PrEP-zorg vraagt de persoon een Pre-Expositie Profylaxe (PrEP-)behandeling. PrEP is een middel om een hiv-infectie te voorkomen. De aanvrager wordt door de GGD getriageerd en ontvangt, als de aanvrager binnen de doelgroep valt, een behandeling. Een PrEP-traject begint met een startconsult waarna herhaalconsulten volgen zolang de PrEP-vraag blijft bestaan. Ten tijde van de PrEP-pilot, die nog geldend was in de periode waarover het kostenonderzoek is uitgevoerd, ontving de aanvrager jaarlijks vier PrEP-consulten. De huidige medische richtlijn, geldend vanaf 1 augustus 2024 schrijft voor dat een consult met diagnostiek iedere zes maanden nodig is, en dat middels shared decision making gekozen wordt éénmalig of met regelmaat het consultinterval te verkorten, bijvoorbeeld na een partnernotificatie. Bij elk consult wordt de aanvrager getest en vinden er laboratoriumanalyses plaats. Deze analyses worden beoordeeld door de GGD waarna er indien nodig behandeling plaatsvindt.

GGD'en voeren outreachend werk uit met als doel de doelgroep beter te bereiken

De GGD'en werken deels outreachend, de mate waarin verschilt per GGD. Het doel van outreachend werken is om de geïdentificeerde risicogroep beter te bereiken, met name dat deel van de risicogroep waarvoor het lastig is om zelfstandig de weg naar de GGD en de reguliere zorg te vinden. Bij outreachende werkzaamheden leveren de GGD'en soa- en sense-zorg buiten de eigen locaties. Dit betekent dat de GGD'en actief doelgroepen opzoeken of te testen op locaties waar hier behoefte aan is.

4.

Resultaten kostenonderzoek soa-zorg en sense-zorg



De kosten van soa-zorg en sense-zorg zijn in dit onderzoek onderverdeeld in vijf categorieën

In dit hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven van de kostenanalyse van de soa-zorg en sense-zorg. De analyse richt zich op de opbouw van de kosten voor soa-zorg en sense-zorg, het gewogen gemiddelde van de kosten op totaalniveau en per kostencategorie, en de spreiding van de kosten tussen GGD'en of regio's. In de analyse zijn de eventuele oorzaken en bedrijfsvoeringsfactoren die van invloed zijn op de hoogte van de (individuele) kosten(categorieën) van de individuele GGD'en of regio's nader toegelicht.

De uitvoering en kosten van soa- en sense-zorg zijn deels geïntegreerd

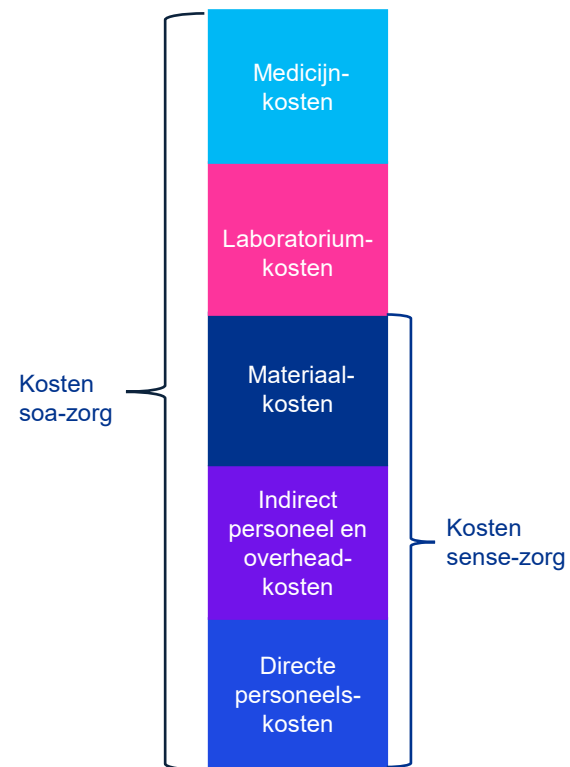
De uitvoering van soa-zorg en sense-zorg vindt deels geïntegreerd plaats, omdat personen die voor een soa-consult bij de GGD komen ook een sense-vraag kunnen hebben. Deze vraag komt vaak pas tijdens het soa-consult naar voren. De GGD'en registreren dan dat er naast het soa-consult ook een sense-vraag is. De duur van het consult wordt dan langer, doordat ook de sense-vraag wordt beantwoord. Daarnaast is het mogelijk dat een persoon alleen voor een sense-vraag op consult komt. Het gevolg van de integratie van soa-zorg en sense-zorg is dat het voor de GGD'en momenteel niet mogelijk is om de inzet van het personeel te verdelen tussen soa-zorg en sense-zorg.¹ Derhalve is in de analyse van de kosten die zich voordoen bij zowel soa-zorg als sense-zorg, het uitgangspunt gehanteerd dat de gemiddelde inzet voor een soa- en een sense-traject aan elkaar gelijk zijn. Een soa-zorgtraject bestaat uit de stappen triage, startconsult, analyse testuitslagen en eventueel een vervolgconsult, en een sense-traject bestaat uit de stappen triage, startconsult en eventueel een vervolgconsult. Beide kunnen outreachend worden uitgevoerd.

Figuur 1 toont de opbouw van de kosten per traject voor soa-zorg en sense-zorg

De kostenopbouw van een soa-zorgtraject en die van een sense-traject verschillen, omdat laboratoriumkosten en medicijnkosten zich niet voordoen bij een sense-traject. De kosten zijn in dit onderzoek opgebouwd uit de volgende categorieën:

- **Directe personele kosten** die betrekking hebben op de inzet van direct personeel zoals artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten voor de uitvoering van het primaire proces inclusief outreachend werken.
- **Indirecte personele kosten en overheadkosten.** Deze kosten hebben betrekking op de indirecte inzet van medewerkers en materiële kosten. Hieronder vallen indirecte personele kosten, ICT-kosten, huisvestings- en facilitaire kosten, en overige overheadkosten. De kosten zijn onder te verdelen in twee categorieën: 1) indirecte kosten die binnen het CSG vallen zoals de teammanager of de regiocoördinator en 2) overheadkosten die buiten het CSG vallen. Dit betreft over het algemeen doorbelaste kosten van bijvoorbeeld huisvesting, facilitair, management, financiën, en hr.
- **Materiaalkosten** hebben betrekking op de inzet van verbruiksmaterialen en andere materialen die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van soa-zorg en sense-zorg. Hieronder vallen bijvoorbeeld kosten van handschoenen, afnamemateriaal, potjes voor de opvang van urine, et cetera. Ook kan dit kosten betreffen voor apparatuur of materialen die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van soa-zorg en sense-zorg, zoals het EPD of eHealth.
- **Laboratoriumkosten** hebben betrekking op de kosten van de analyses van de afgenomen testen, uitgevoerd door een extern laboratorium. De laboratoriumdiensten worden ingekocht door de GGD'en.
- **Medicijnkosten** hebben betrekking op de kosten van medicatie voor de behandeling van soa's.

Figuur 1. Opbouw kosten soa-zorg en sense-zorg



1. De GGD'en waren niet altijd in staat om de informatie op het gevraagde detailniveau aan te leveren. Derhalve zijn er aannames toegepast om tot inzichten te komen. Een toelichting hierop is opgenomen in Bijlage B.

De gemiddelde kosten van soa-zorg en sense-zorg per traject per regio kennen een relatief grote spreiding

De gemiddelde toegerekende kosten per soa-zorgtraject en sense-traject zijn weergegeven op regioniveau, omdat een deel van de kosten bij één GGD in de regio wordt geregistreerd; hierdoor geven de kosten per GGD geen representatief beeld.

De gemiddelde toegerekende kosten per soa-zorgtraject en sense-traject zijn weergegeven in Figuur 2 en 3 (volgende pagina) op het niveau van de ASG-regio. Binnen een ASG-regio kunnen één of meerdere GGD'en vallen. Twee regio's, Utrecht en Haaglanden, hebben elk één GGD. De gemiddelde kosten zijn gepresenteerd op regioniveau, omdat bij een aantal regio's een deel van de kosten bij één GGD wordt geregistreerd en niet wordt doorbelast naar de individuele GGD'en in de regio. Voorbeelden zijn de kosten van laboratoria, het EPD, eHealth, de regiocoördinator of indirect personeel en overhead. Het gevolg is dat de kosten per GGD niet representatief zijn voor de daadwerkelijke kosten van de uitvoering door de individuele GGD. Derhalve zijn de gemiddelde kosten per soa-zorgtraject en sense-traject op regioniveau weergegeven.

De gemiddelde kosten van een soa-zorgtraject per regio kennen een relatief grote spreiding

De gewogen gemiddelde kosten van een soa-zorgtraject bedragen EUR 266. De gemiddelde kosten per regio liggen tussen de EUR 215 en EUR 416. De gewogen gemiddelde kosten zijn berekend door de totale kosten van soa-zorg en sense-zorg in het onderzoek te delen door het aantal startconsulten (soa-zorg en sense-zorg). Het gewogen gemiddelde wordt daarbij met name beïnvloed door één grote GGD die een aandeel heeft van 28% van de aan soa-zorg en sense-zorg toegerekende kosten.

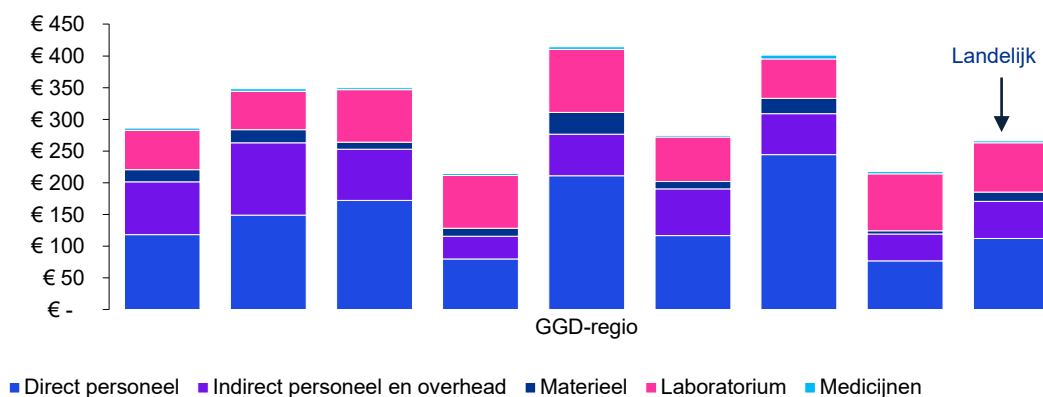
De gemiddelde inzet van het directe personeel voor het uitvoeren van activiteiten als triage, startconsulten, analyse van testuitslagen en behandel-/vervolgconsulten bedraagt 1,8 uur per soa-zorgtraject of sense-traject.¹ Naast de spreiding tussen regio's is er ook spreiding tussen GGD'en binnen een regio. De spreiding wordt onder andere veroorzaakt door:

- De omvang van een GGD voor wat betreft budget en aantal trajecten. De omvang van de GGD is van invloed op de mogelijkheden om via functiedifferentiatie activiteiten te laten uitvoeren door functies met lagere kosten per fte. Ook is de omvang van invloed op de mate waarin het proces doelmatiger kan worden ingericht; beide zijn nader toegelicht op de volgende pagina. Daarnaast kunnen GGD'en met een grotere omvang de meer vaste kosten van bijvoorbeeld het EPD over een groter aantal trajecten verdelen, waardoor de kosten per traject dalen. Daarentegen heeft een groter aantal locaties een negatief effect op de kosten per traject, omdat dit de mogelijkheden voor functiedifferentiatie beperkt.
- De keuzes van een GGD voor de inrichting van de uitvoering. GGD'en hebben de beleidsvrijheid om binnen de kwaliteitskaders de uitvoering zodanig in te richten dat deze aansluit op de populatie in de

regio om de doelstelling van de ASG-regeling te realiseren. Een hogere mate van outreachend werken leidt tot een hogere tijdsbesteding en daarmee tot hogere kosten per traject, doordat de doelgroep wordt opgezocht in plaats van dat deze voor een test naar een GGD-locatie komt.

- Het percentage van startconsulten dat leidt tot een vervolgconsult. Het aantal vervolgconsulten is bij soa-zorg voornamelijk afhankelijk van de testresultaten, omdat na een positieve test de soa wordt behandeld. Ook is het mogelijk dat er bijvoorbeeld vervolgconsulten plaatsvinden om te hertesten. Het percentage vervolgconsulten ten opzichte van startconsulten verschilt per regio en ligt tussen de 19% en 38%. Een hoger percentage betekent dat de gemiddelde personeelsinzet per soa-zorgtraject groter is en dat daarmee ook de kosten hoger liggen.
- De GGD'en geven aan dat de complexiteit van de doelgroep per regio verschilt en van invloed is op de inrichting van de uitvoering en de tijdsbesteding per cliënt. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht (niet limitatief) aan: grensregio's, de aanwezigheid van studenten in de regio en het deel van de inwoners in de regio dat recent in soa-endemische gebieden is geweest.
- De mogelijkheden om inkoopvoordelen te behalen door bij de inkoop van verbruiksmaterialen en de analyse van de testen de inkoop te bundelen met andere GGD'en of met andere diensten van de eigen GGD.

Figuur 2. Gemiddelde kosten soa-zorgtraject per regio²



1. Deze 1,8 uur per traject is benaderd op basis van het gemiddeld aantal trajecten per fte en het gemiddeld aantal uur dat een medewerker in het primaire proces beschikbaar is voor het uitvoeren van directe activiteiten. Het aantal uur dat een fte beschikbaar is voor directe activiteiten is benaderd door de contracturen te verminderen met verlof, feestdagen, ziekte, opleiding en indirecte activiteiten als interne overleggen. Het aantal uur is gebaseerd op een opgave van de GGD'en in dit onderzoek.

2. Om herleidbaarheid te voorkomen, is de informatie in de grafieken en in het vervolg van het onderzoek geanonimiseerd weergegeven.

4. Resultaten kostenonderzoek soa-zorg en sense-zorg

Directe personele kosten lopen uiteen voor de individuele GGD'en en zijn afhankelijk van de prijs van het personeel en de gemiddelde tijdsbesteding per traject

De spreiding van de gemiddelde kosten per regio van een sense-traject is minder groot dan de spreiding van een soa-zorgtraject.

De gemiddelde gewogen kosten per sense-traject per regio zijn weergegeven in Figuur 3 en bedragen EUR 185. De kosten per traject verschillen sterk – met een minimum van EUR 125 en een maximum van EUR 335 – tussen de regio's. Het verschil in de kosten van een sense-traject en een soa-zorgtraject wordt veroorzaakt door de kosten van laboratoria en medicijnen, omdat deze niet voorkomen in een sense-traject en wel in een soa-zorgtraject. Net als soa-zorg kent sense-zorg naast een spreiding tussen regio's ook een spreiding tussen GGD'en binnen een regio. De oorzaken van de spreiding bij sense-zorg zijn gelijk aan die van de spreiding bij soa-zorg en worden op deze en de volgende pagina's per kostencategorie nader toegelicht.

De spreiding van de directe personele kosten per traject tussen GGD'en is te verklaren vanuit factoren die van invloed zijn op de prijs van het ingezette personeel en de hoeveelheid bestede tijd per traject.

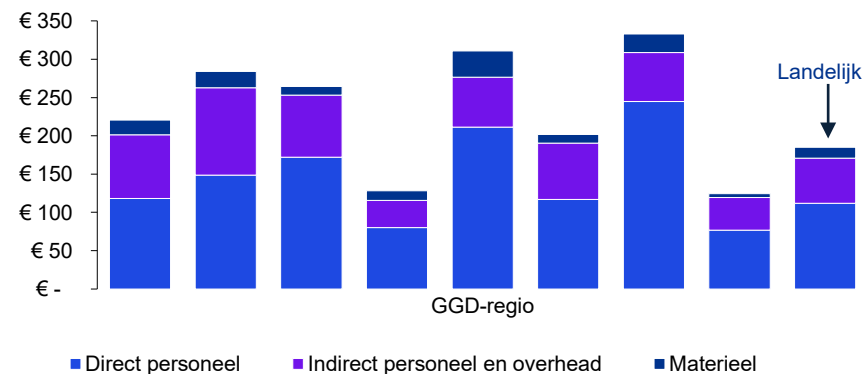
De gemiddelde kosten van de inzet van het directe personeel per soa-zorgtraject en sense-traject zijn weergegeven in Figuur 4. De landelijk (gewogen) gemiddelde directe personele kosten bedragen per traject voor zowel soa-zorg als sense-zorg EUR 112.¹ Met een minimum van EUR 66 en een maximum van EUR 286 lopen de directe personele kosten sterk uiteen. Deze spreiding is te verklaren vanuit factoren die van invloed zijn op de hoeveelheid bestede tijd per traject (Q) en de prijs van het ingezette personeel (P).

De hoeveelheid bestede tijd per traject (Q) is afhankelijk van de inrichting van de uitvoering en de omvang van de GGD

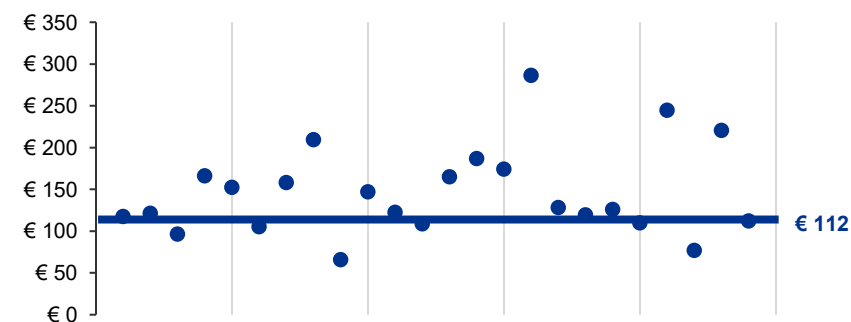
Een eerste factor die van invloed is op de bestede tijd per traject is de mate waarin er outreachend wordt gewerkt. Bij outreachend werken zoeken medewerkers van de GGD de doelgroep op in plaats van dat zij zich bij de GGD melden voor een consult. De gemiddelde tijdsbesteding per traject ligt daardoor volgens de GGD'en hoger dan bij cliënten die zich bij de GGD melden voor een test. Naast het opzoeken van de doelgroep op een locatie buiten de GGD wordt ook tijd geïnvesteerd in het opbouwen van een vertrouwensband met de cliënt.

De tweede factor die van invloed is op de inzet van direct personeel, is de omvang van de GGD. Het is met een hoger aantal trajecten per week mogelijk om de uitvoering efficiënter vorm te geven. De impact van 'no-shows' wordt bijvoorbeeld beperkt, doordat op een locatie meerdere spreekkamers zijn waar consulten plaatsvinden; door het hanteren van één rij voor alle spreekkamers is het eenvoudiger om vast te starten met de volgende cliënt als er een cliënt uitvalt. Ook is er bijvoorbeeld een GGD die een proces (straat) heeft ingericht voor het snel en efficiënt afhandelen van grotere aantallen cliënten bij wie alleen een soa-test wordt afgenomen.

Figuur 3. Gemiddelde kosten sense-traject per regio²



Figuur 4. Directe personele kosten soa-zorg en sense-zorg per traject per GGD²



1. De gelijke kosten voor direct personeel voor soa-zorg en sense-zorg worden veroorzaakt door het uitgangspunt dat de inzet voor een soa-zorgtraject gelijk is aan een sense-traject. Zie ook Bijlage B.
2. Eén GGD is uitgesloten van deze analyse, omdat deze niet in staat is geweest te toe te wijzen aan de zorgvormen (zie Bijlage B).

4. Resultaten kostenonderzoek soa-zorg en sense-zorg

Directe personele kosten lopen uiteen voor de individuele GGD'en en zijn afhankelijk van de inrichting van de uitvoering en de functiemix

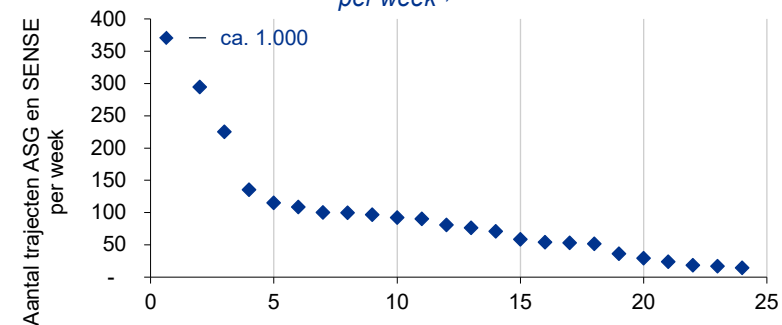
Figuur 5 toont het aantal trajecten soa-zorg en sense-zorg dat gemiddeld in een week wordt gestart per GGD. In de figuur is zichtbaar dat één GGD gemiddeld circa 1.000 trajecten per week start, daarna volgen twee GGD'en met tussen 200 en 300 trajecten per week. Er zijn vijf GGD'en die minder dan 30 trajecten per week starten, waardoor er minder mogelijkheden zijn om bijvoorbeeld teststraten in te richten. GGD'en met een gemiddeld hoger aantal trajecten per week zitten over het algemeen onder of rond de gemiddelde directe personele kosten per traject.

De kosten van het ingezette personeel (P) zijn afhankelijk van de functiemix en het aantal uur dat een medewerker beschikbaar is voor het uitvoeren van werkzaamheden

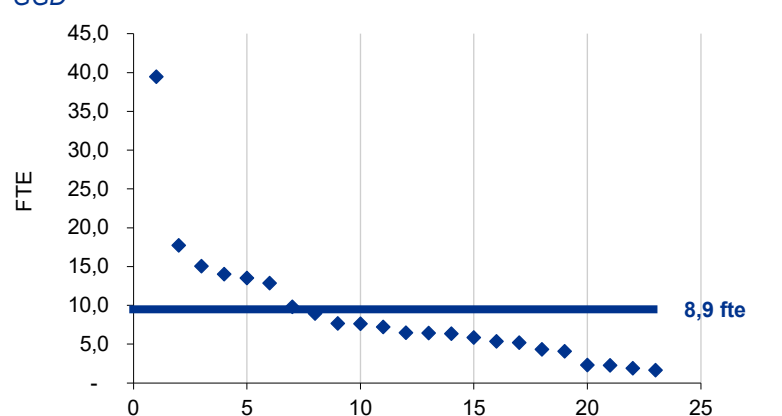
De kosten van het directe personeel zijn afhankelijk van de kosten van een functie per fte, het aantal uur dat een fte beschikbaar is voor het uitvoeren van werkzaamheden en de verhouding tussen de functies die worden ingezet om de directe activiteiten uit te voeren.

- De loonkosten per fte zijn afhankelijk van de cao en de inschaling. De gemiddelde kosten per fte per functie zijn tussen de GGD'en met elkaar in lijn. De gemiddelde kosten bedragen EUR 110.000 per fte voor een arts, EUR 78.000 per fte voor een verpleegkundige en EUR 63.000 per fte voor een doktersassistent. De kosten per functie zijn derhalve geen verklaring voor de verschillen.
- Het aantal uur dat een directe fte beschikbaar is voor het uitvoeren van directe activiteiten wordt berekend door de contracturen te verminderen met het aantal uur dat een medewerker niet inzetbaar is voor directe activiteiten door verlof, feestdagen en ziekte, en door indirecte activiteiten zoals opleiding, intervisie en intern overleg. In het onderzoek is aan de GGD'en gevraagd om de tijd die een fte niet kan besteden aan directe activiteiten te ramen. Het percentage van de contracturen dat een medewerker beschikbaar was voor directe activiteiten op basis van deze raming ligt tussen 67% en 75%. Dit percentage komt op hoofdlijnen overeen met het aantal netto productieve uren in de Handleiding Overheidstarieven. Waarbij functies als artsen en verpleegkundigen die vanuit hun opleiding of registratie verplicht zijn om een minimaal aantal uren aan opleiding en training te volgen, een lager percentage hebben (tussen 67% en 72%) dan een functie als doktersassistent die deze opleidingseisen niet kent. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit de begrote productiviteit betreft. Er is geen inzicht in de gerealiseerde productiviteit omdat de GGD'en geen tijd registreren.
- De verschillen in directe personeelskosten tussen GGD'en ontstaan met name door de mix van ingezette functies. De mogelijkheden hiervoor zijn afhankelijk van de omvang van het team bij een individuele GGD. Het is verplicht dat tijdens de uitvoering een arts beschikbaar is voor supervisie. Naarmate de omvang van het uitvoerende team toeneemt, daalt het aandeel van de arts in de totale personeelsinzet. Kleinere GGD'en hebben daardoor een hogere inzet van artsen per traject dan grotere GGD'en. Het aandeel inzet van artsen per traject varieert tussen GGD'en van 6% tot 27%. Figuur 6 toont het aantal fte direct personeel per GGD dat soa-zorg en sense-zorg uitvoert. In Figuur 6 is zichtbaar dat er grote verschillen zijn in de omvang van een GGD voor wat betreft het directe personeel. Eén GGD is qua aantal fte personeel meer dan tweemaal zo groot is als de eerstvolgende GGD. Zes GGD'en zetten op jaarbasis minder dan 5 fte direct personeel in voor de uitvoering van soa-zorg en sense-zorg en hebben daardoor minder mogelijkheden om verschillende functies in te zetten in de uitvoering.

Figuur 5: Gemiddeld aantal trajecten soa-zorg en sense-zorg per GGD per week^{1,2}



Figuur 6: Aantal fte direct personeel soa-zorg en sense-zorg per GGD^{1,2}



1. Eén GGD is uitgesloten van deze analyse omdat deze niet in staat is geweest fte toe te wijzen aan de zorgvormen (zie Bijlage B).

2. De volgorde van de GGD'en in de verschillende grafieken corresponderen niet met elkaar om herkenbaarheid te voorkomen.

3. Zie [Handleiding Overheidstarieven 2024](#)

4. Resultaten kostenonderzoek soa-zorg en sense-zorg

De materiaalkosten hebben voornamelijk betrekking op het EPD en de bijdrage voor eHealth; de laboratoriumkosten zijn afhankelijk van de aanbesteding en de populatie in de regio

Onderstaand wordt ingegaan op de gemiddelde materiaal- en laboratoriumkosten per regio. Beide kostencategorieën worden voor een deel van de GGD'en (deels) op regioniveau geregistreerd, waardoor een vergelijking van de materiaal- en laboratoriumkosten per traject op het niveau van de individuele GGD niet mogelijk is. Derhalve zijn de gemiddelde kosten weergegeven op regioniveau. De spreiding is zichtbaar in de grafieken rechts.

De gemiddelde materiaalkosten per traject zijn afhankelijk van het aantal trajecten in een regio en inkoop en volume voordeel.

De materiaalkosten hebben betrekking op de kosten van eenmalige verbruiksmaterialen en overige materiële kosten als het EPD en eHealth. De spreiding van de materiaalkosten per traject is opgenomen in Figuur 7. De gemiddelde materiaalkosten bedragen EUR 14 per traject, bestaande uit gemiddeld EUR 2 voor eenmalige verbruiksmaterialen en gemiddeld EUR 12 voor overige materialen. De kosten per regio lopen uiteen van EUR 5 tot EUR 34 per traject. De verschillen worden veroorzaakt door:

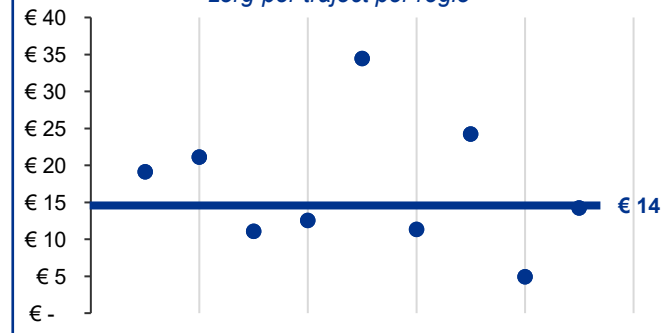
- de omvang van het aantal trajecten per regio. Een deel van de materiaalkosten heeft een meer vast karakter, waardoor de kosten worden gedeeld door een groter aantal trajecten en de prijs per traject lager ligt;
- het inkoopcontract en volumevoordeel. De inkoop van materialen wordt aanbesteed, de kosten zijn afhankelijk van het resultaat van de aanbesteding, waarbij grotere regio's een volumevoordeel kunnen behalen en de materiaalkosten per traject lager liggen. Daarnaast geven enkele regio's aan dat het laboratorium een deel van het materiaal levert, waardoor de materiaalkosten onder de laboratoriumkosten komen te vallen en de materiaalkosten lager zijn.

De gemiddelde laboratoriumkosten per traject zijn afhankelijk van het aantal testen per traject en de aanbesteding van de laboratoria.

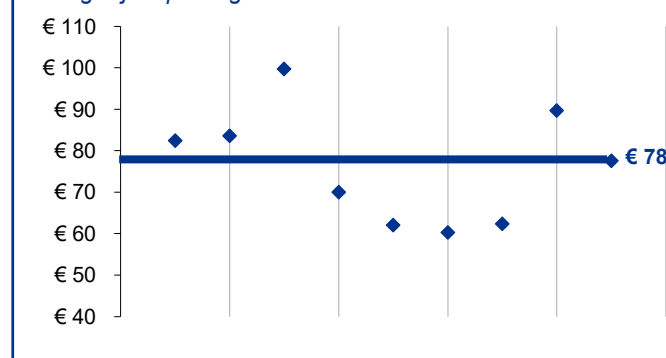
De laboratoriumkosten hebben betrekking op de inkoop van externe laboratoria voor het uitvoeren van analyses. De contracten worden vaak per regio aanbesteed. De spreiding van de laboratoriumkosten per regio zijn zichtbaar in Figuur 8. De gemiddelde gewogen laboratoriumkosten bedragen EUR 78 per traject, waarbij de kosten per regio uiteenlopen van EUR 60 tot EUR 100 per traject. De kosten van laboratoria worden beïnvloed door:

- de resultaten van een aanbesteding waarin niet alleen prijs, maar bijvoorbeeld ook afstand tot de testlocatie (vanwege de vervoerskosten) en de aanvullende onderzoeken die het laboratorium uitvoert een rol speelt. De GGD'en geven aan dat bij een hoger volume aan testen, het mogelijk is om een lagere prijs per test te onderhandelen. Het aantal testen per regio is daarmee van invloed op de prijs. Ook geven de GGD'en aan dat de wijze van vergoeding, bijvoorbeeld per pakket of per analyse, van invloed is op de gemiddelde kosten;
- het gemiddeld aantal testen dat per traject wordt uitgevoerd. Een hoger aantal testen per traject leidt, afhankelijk van het contract, tot hogere kosten per traject. Gemiddeld vinden er per traject ongeveer drie testen plaats. Afhankelijk van de populatie in het werkgebied van een GGD worden er meer of minder testen uitgevoerd per traject. De laboratoriumkosten per traject kunnen hierdoor verschillen, zowel tussen als binnen regio's. In een populatie met een hoger aandeel MSM, ligt het aantal testen per traject waarschijnlijk hoger omdat bij MSM meer getest wordt dan bij andere doelgroepen.
- Het type test dat wordt uitgevoerd. De GGD'en geven aan dat de kosten van bepaalde testen hoger liggen. Het type test dat wordt ingezet is mede afhankelijk van de populatie.

Figuur 7. Gemiddelde materiaalkosten soa-zorg en sense-zorg per traject per regio^(A)



Figuur 8. Gemiddelde laboratoriumkosten per soa-zorgtraject per regio¹



1. De volgorde van de GGD'en in de verschillende grafieken corresponderen niet met elkaar om herkenbaarheid te voorkomen.

4. Resultaat kostenonderzoek soa-zorg en sense-zorg

De indirecte personele kosten en overheadkosten bedragen samen EUR 59 per traject, waarvan EUR 14 betrekking heeft op huisvesting

De gemiddelde medicijnkosten zijn afhankelijk van prijsafspraken met de leveranciers, het vindpercentage en het type medicijn dat wordt ingezet.

De medicijnkosten hebben betrekking op de kosten van de inkoop van medicijnen voor de behandeling van soa's. De medicijnen worden over het algemeen ingekocht. De kosten worden in enkele regio's bij één of enkele GGD'en geregistreerd, waardoor de gemiddelde kosten op regioniveau zijn gepresenteerd. Ook binnen regio's bestaan tussen GGD'en verschillen in de medicijnkosten per traject. In Figuur 9 is zichtbaar dat de gemiddelde medicijnkosten ongeveer EUR 3,25 per traject bedragen. De medicijnkosten liggen, met uitzondering van één regio, rond het landelijk gewogen gemiddelde. Er zijn drie factoren die hoofdzakelijk van invloed zijn op de gemiddelde medicijnkosten:

- Gelijk aan de laboratoriumkosten zijn de kosten afhankelijk van de (prijs)afspraken met de leverancier.
- De hoogte van het vindpercentage per traject. Na een positieve test vindt behandeling plaats waarbij medicijnen worden ingezet. Een hoger vindpercentage betekent dat er gemiddeld gezien vaker positief wordt getest, waardoor er vaker medicijnen worden ingezet in een traject en de kosten per traject hoger liggen.
- Het medicijn dat wordt ingezet. De kosten verschillen per type medicijn. De inzet van een medicijn is afhankelijk van het type soa dat wordt gevonden en de bijbehorende behandeling. De GGD'en geven bijvoorbeeld aan dat de prijs van medicatie voor syfilis hoger is dan die van medicatie voor chlamydia. Een hoger aandeel MSM zorgt vaker voor hogere medicijnkosten omdat bij deze doelgroep vaker soa's worden gevonden.

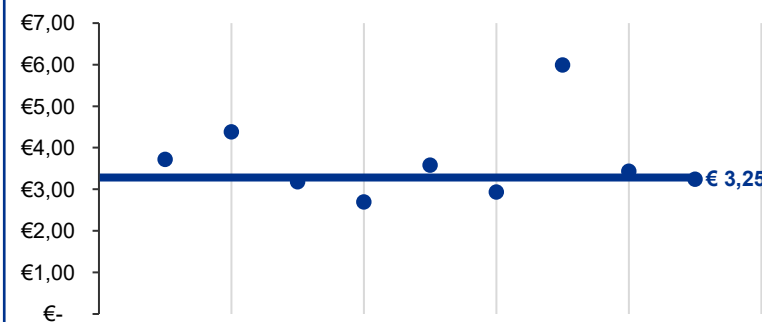
De indirecte personeels- en overheadkosten zijn afhankelijk van de wijze van registratie en de hoogte van de doorbelasting

De indirecte personele kosten hebben betrekking op het personeel binnen het CSG dat geen directe activiteiten uitvoert zoals management en ondersteuning. De overheadkosten hebben betrekking op meer organisatiebrede kosten, zoals huisvesting, IT, hr en financiën. De hoogte van de afzonderlijke kostenposten 'indirect personeel' en 'overhead' is afhankelijk van de wijze van registratie binnen een GGD. Zo zijn er GGD'en die beleid of communicatie registreren onder de indirecte personele kosten en zijn er GGD'en waarbij deze functies onderdeel zijn van de overheadkosten. Derhalve zijn in het onderzoek beide kostenposten samengenomen. De kosten van indirect personeel en overhead zijn weergegeven in Figuur 10 en bedragen gemiddeld EUR 59 per traject. De kosten lopen sterk uiteen voor de verschillende regio's en GGD'en.

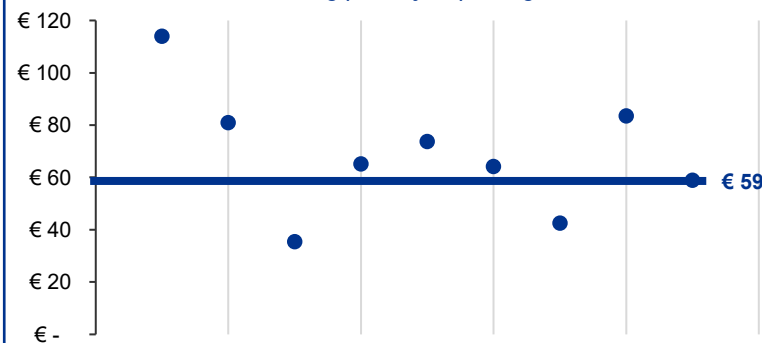
De verschillen worden met name veroorzaakt door de hoogte van de doorbelasting vanuit de centrale GGD-organisatie en de gemiddelde tijdsbesteding per traject. Laatstgenoemde omdat het aantal fte vaak als verdeelsleutel wordt gehanteerd voor de toerekening van kosten binnen de GGD. Indien een fte gemiddeld minder tijd besteedt aan een traject, is het mogelijk om meer trajecten uit te voeren per fte, waardoor de gemiddelde overheadkosten per traject dalen. De GGD'en geven aan dat zij geen of weinig invloed hebben op de hoogte van de door de GGD doorbelaste kosten.

Veertien van de 25 GGD'en hebben inzicht in het aandeel huisvestingskosten van de doorbelasting. Op basis van een extrapolatie van deze veertien GGD'en bedragen dat de huisvestingskosten gemiddeld EUR 14 per traject

Figuur 9. Gemiddelde medicijnkosten soa-zorg per traject per regio¹



Figuur 10. Indirecte personele kosten en overheadkosten soa-zorg en sense-zorg per traject per regio¹



1. De volgorde van de GGD'en in de verschillende grafieken corresponderen niet met elkaar om herkenbaarheid te voorkomen.

5.

Resultaten kostenonderzoek PrEP-zorg

5. Resultaten kostenonderzoek PrEP-zorg

De kosten van PrEP-zorg zijn opgebouwd uit vier kostencategorieën. Dit betreft de inzet en kosten van 2023. De kostenstructuur voor PrEP-zorg is per 1 augustus 2024 gewijzigd.

In dit hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven van de kostenanalyse van de PrEP-zorg. De analyse richt zich op de opbouw van de kosten voor Prep-zorg, het gewogen gemiddelde van de kosten op totaalniveau voor en per kostencategorie en de spreiding van de kosten tussen GGD'en of regio's. In de analyse zijn de eventuele oorzaken en bedrijfsvoeringsfactoren die van invloed zijn op de hoogte van de (individuele) kosten(categorieën) van de individuele GGD'en of regio's nader toegelicht.

De kosten van PrEP-zorg waren in 2023 opgebouwd uit vier categorieën.

De kosten van PrEP-zorg zijn per consult berekend omdat deze zorgvorm uitgaat van een startconsult voor het gebruik van PrEP, waarna een cliënt periodiek terugkomt voor een herhaalconsult. Een PrEP-traject eindigt wanneer een cliënt besluit geen PrEP meer te gebruiken. Figuur 11 toont de opbouw van de kosten van een PrEP-consult (start- of herhaalconsult). De kosten van een consult zijn opgebouwd uit vier categorieën:

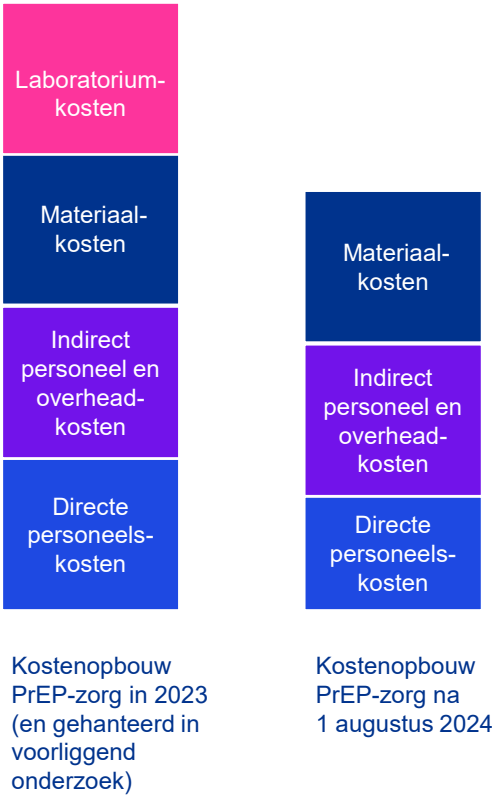
- **Directe personele kosten** die betrekking hebben op de inzet van, onder andere, artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten om de consulten uit te voeren.
- **Indirecte personele kosten en overheadkosten** die betrekking hebben op het indirecte personeel binnen het CSG, zoals teammanagers, en de door de GGD aan het CSG toegerekende kosten van onder andere huisvesting, ICT, hr en financiën.
- **Materiaalkosten** van de verbruiksmaterialen die worden gebruikt bij de consulten voor bijvoorbeeld lichamelijk onderzoek en testen en indirecte materiële kosten waaronder kosten van eHealth en het EPD.
- **Laboratoriumkosten** die betrekking hebben op de kosten van externe laboratoria voor het analyseren van de afgenomen testen. De laboratoriumdiensten worden ingekocht door de GGD'en.

Eventuele medicijnen die op basis van de testresultaten worden verstrekt aan PrEP-cliënten vallen volgens de GGD'en onder soa-zorg, waardoor de kosten van deze medicijnen geen onderdeel zijn van de PrEP-kosten.

De PrEP-zorg is vanaf 1 augustus 2024 gewijzigd, waardoor er een kostenverschuiving plaatsvindt van PrEP-zorg naar soa-zorg en de kosten van PrEP-zorg veranderen.

- Voorliggende analyse heeft betrekking op 2023. In 2024 is de PrEP-zorg veranderd. De laboratoriumkosten zijn onderdeel geworden van de soa-zorg. Ook de bijbehorende personeelsinzet bij GGD'en (direct personeel) voor het analyseren van testresultaten is verschoven naar de soa-zorg.
- Een tweede aanpassing is dat het aantal PrEP-consulten per cliënt (bij een doorlopend traject) daalt van vier consulten per jaar naar minimaal twee consulten per jaar, waarbij afhankelijk van de casus een hogere frequentie kan worden gehanteerd. Dit betekent dat bij een gelijkblijvend budget het aantal cliënten dat gebruik kan maken van PrEP-zorg toeneemt.

Figuur 11. Wijziging in kostenstructuur PrEP-consult



5. Resultaten kostenonderzoek PrEP-zorg

De kosten van PrEP zijn per consult berekend; hier wordt geen onderscheid gemaakt tussen een start- of vervolgconsult

De spreiding van de gemiddelde kosten van een PrEP-consult tussen regio's is minder groot dan bij de soa-zorg

De gewogen gemiddelde kosten van PrEP zijn per consult berekend omdat deze zorgvorm uitgaat van een startconsult voor het gebruik van PrEP, waarna een cliënt periodiek terugkomt voor een herhaalconsult. Voor de GGD'en was het niet mogelijk om te komen tot een representatieve verdeling van het directe personeel over startconsulten en herhaalconsulten.¹ De gemiddelde toegerekende kosten per PrEP-consult zijn weergegeven op regioniveau, omdat bij een deel van de GGD'en een deel van de kosten van onder andere materiaal, indirect personeel en laboratoria bij één GGD in de regio wordt geregistreerd en niet wordt doorbelast aan de overige GGD'en binnen een regio.

De (gewogen) gemiddelde kosten per PrEP-consult zijn weergegeven in Figuur 12 en bedragen EUR 269. De gemiddelde kosten lopen per regio uiteen van EUR 212 tot EUR 356 per consult. Ook binnen regio's zijn tussen de GGD'en verschillen waarneembaar in de kosten gerelateerd aan een PrEP-consult. De spreiding tussen GGD'en is minder groot dan bij soa-zorg. Eén van de mogelijke oorzaken hiervan is dat verschillen door de mate waarin outreachend wordt gewerkt – zoals bij soa- en sense-zorg – geen factor zijn binnen de PrEP-zorg, omdat bij PrEP-zorg geen sprake is van outreachend werken.

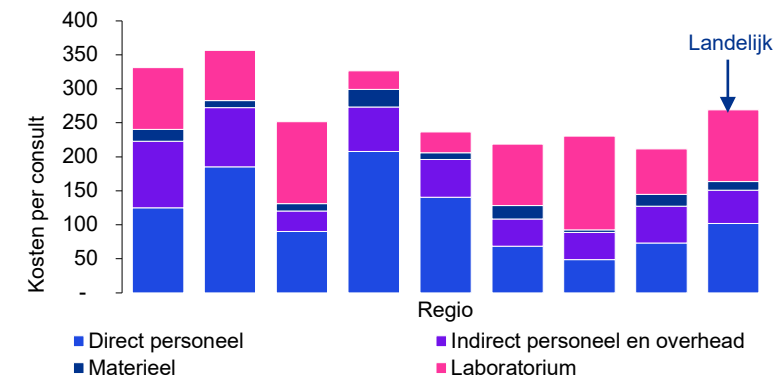
De oorzaken van de spreiding komen veelal overeen met de oorzaken van de spreiding die in de kostenanalyse van soa-zorg en sense-zorg naar voren zijn gekomen. De oorzaken zijn per kostencategorie nader toegelicht.

De toegerekende directe personele kosten van PrEP-zorg variëren sterk tussen de GGD'en.

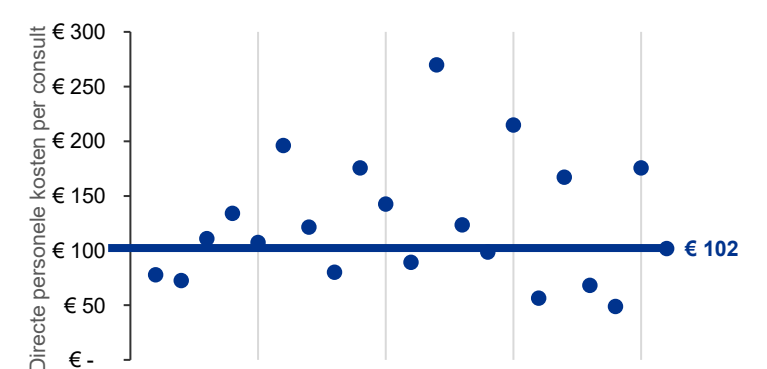
De toegerekende directe personele kosten van PrEP-zorg zijn weergegeven in Figuur 13 en liggen tussen EUR 49 en EUR 270. De gemiddelde inzet van direct personeel bedraagt circa 1,6² uur per consult. De oorzaken van deze verschillen zijn onder te verdelen in oorzaken die van invloed zijn op de prijs van het ingezette personeel en oorzaken die van invloed zijn op de gemiddelde tijdsbesteding per consult.

- De gemiddelde prijs van het ingezette personeel is, gelijk aan de soa-zorg en sense-zorg, afhankelijk van de mix in de ingezette functies. Dit komt doordat de kosten van een functie, afhankelijk van de inschaling, verschillen. Artsen hebben van de ingezette functies de hoogste kosten per fte. Een hoger aandeel artsen leidt tot gemiddeld hogere kosten. Bij PrEP-zorg ligt het aandeel artsen tussen 2% en 27%.
- De omvang van het aantal consulten per GGD (ook in combinatie met soa-zorg en sense-zorg) is van invloed op de tijdsbesteding per consult. Een hoger aantal consulten biedt mogelijkheden om de uitvoering doelmatiger in te richten, zoals benoemd op pagina 15. Ter illustratie: de gemiddelde kosten van direct personeel van de vier GGD'en met het hoogste aantal consulten per week liggen onder het landelijk gemiddelde.

Figuur 12. Gemiddelde kosten per PrEP-consult per regio



Figuur 13. Directe personele kosten PrEP per consult per GGD³



1. De GGD'en waren niet altijd in staat om de informatie op het gevraagde detailniveau aan te leveren. Derhalve zijn er aannames toegepast om tot inzichten te komen. Een toelichting hierop is opgenomen in Bijlage B.

2. Deze 1,6 uur per traject is benaderd op basis van het gemiddeld aantal trajecten per fte en het gemiddeld aantal uur dat een medewerker in het primaire proces beschikbaar is voor het uitvoeren van directe activiteiten. Het aantal uur dat een fte beschikbaar is voor directe activiteiten is benaderd door de contracturen te verminderen met verlof, feestdagen, ziekte, opleiding en indirecte activiteiten als interne overleggen. Het aantal uur is gebaseerd op een opgave van de GGD'en in dit onderzoek.

3. Vier GGD'en zijn uitgesloten van deze analyse, omdat deze niet in staat zijn geweest fte toe te wijzen aan de zorgvormen (zie Bijlage B voor een toelichting). De volgorde van de GGD'en correspondeert niet met andere grafieken om herkenning te voorkomen.

5. Resultaten kostenonderzoek PrEP-zorg

De kosten van PrEP –zorg zijn per consult berekend

De gemiddelde kosten per PrEP-consult voor materialen, laboratoria en indirecte personeel en overhead zijn weergegeven op regioniveau, omdat deze kosten bij één GGD in de regio worden geregistreerd en niet worden doorbelast aan de overige GGD'en binnen een regio.

De gemiddelde materiaalkosten van een PrEP-consulten zijn mede afhankelijk van de omvang van de GGD of regio

De materiaalkosten van PrEP-zorg zijn weergegeven in Figuur 14 en bedragen gemiddeld EUR 13 per consult. Deze EUR 13 bestaan voor circa EUR 2 uit verbruiksmaterialen en voor circa EUR 11 uit overige materiaalkosten. De gemiddelde materiaalkosten liggen tussen EUR 4 en EUR 26 per consult per regio.

Een oorzaak voor de spreiding is de eerdergenoemde omvang van de GGD. Een deel van de kosten heeft een relatief vast karakter, waardoor bij een hoger aantal consulten de gemiddelde vaste kosten per consult dalen. Ook is de hoogte afhankelijk van de resultaten van de aanbesteding van de materialen. De GGD'en geven aan dat bij een aanbesteding volumevoordelen zijn te behalen waardoor de gemiddelde prijs daalt.

De laboratoriumkosten per PrEP-consult zijn afhankelijk van de inkoop en het aantal en type testen per consult

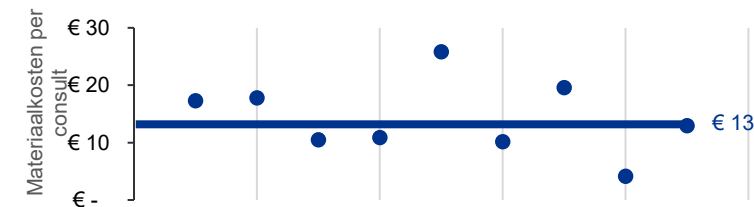
De laboratoriumkosten van PrEP-zorg zijn per regio weergegeven in Figuur 15 en bedragen gemiddeld EUR 105 per consult en liggen tussen EUR 27 en EUR 137 per consult. Dit is hoger dan bij soa-zorg. De oorzaak daarvan is dat in de doelgroep van PrEP-zorg MSM een groter aandeel heeft dan in soa-zorg. Bij MSM worden meer testen afgenomen dan bij andere doelgroepen. Hierdoor is het aantal testen per consult bij PrEP-zorg hoger dan bij soa-zorg, waardoor de laboratoriumkosten per consult hoger uitvallen.

De oorzaken van de verschillen tussen regio's zijn voor de laboratoriumkosten gelijk aan die bij soa-zorg en sense-zorg. De verschillen worden veroorzaakt door een verschil in het aantal testen per consult, het type test en de gemiddelde prijs voor een test. De gemiddelde prijs voor een test is afhankelijk van de resultaten van de aanbesteding. De GGD'en geven aan dat door een hoger volume aan testen in te kopen, volumevoordelen kunnen worden behaald waardoor de prijs per test daalt.

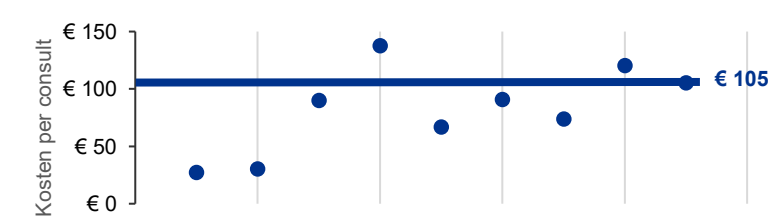
De gemiddelde kosten van het indirect personeel en de overhead zijn mede afhankelijk van de hoogte van de doorbelasting van deze kosten door de GGD.

De kosten van indirect personeel en overhead bedragen voor PrEP zijn weergegeven in Figuur 16 EUR 49 per consult en lopen uiteen van EUR 30 tot 98 EUR per consult. De hoogte van de overheadkosten is voornamelijk afhankelijk van het bedrag dat de GGD'en krijgen doorbelast vanuit de centrale GGD-organisatie. De GGD'en geven aan dat zij weinig invloed kunnen uitoefenen op de hoogte van dit bedrag. Een andere factor die van invloed is op de hoogte van de indirecte personele kosten en overheadkosten is de gemiddelde tijdsbesteding per consult. Het aantal fte is een van de sleutels die wordt gehanteerd voor het doorbelasten van de overheadkosten. Bij een lagere tijdsbesteding per consult kan een fte meer consulten per fte uitvoeren, waardoor de overheadkosten worden gedeeld door een groter aantal consulten en de gemiddelde kosten per consult dalen.

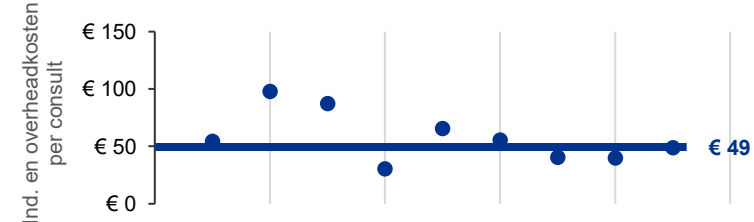
Figuur 14. Gemiddelde materiaalkosten PrEP per consult per regio



Figuur 15. Laboratoriumkosten PrEP per consult per regio¹



Figuur 16. Gemiddelde indirecte personele kosten en overheadkosten PrEP per consult per regio



1. De volgorde van de regio's correspondeert niet met andere grafieken om herkenning te voorkomen.

6.

Conclusies en aanbevelingen



6. Conclusie en aanbevelingen

De verschillen in kostenniveaus tussen GGD'en zijn verklaarbaar door lokale keuzes en context. Tegelijkertijd lijkt er potentieel om van elkaar te leren en op onderdelen kosten efficiënter te werken.

Conclusie

De voorliggende hoofdstukken geven inzicht in de kosten voor het bieden van soa-, sense- en PrEP-zorg, incl. onderlinge verschillen tussen regio's en GGD'en. Wij concluderen dat de kosten per type zorgaanbod onderling sterk verschillen tussen GGD'en en regio's als gevolg van (lokale) keuzes in de uitvoering, personeelsinzet, schaalgrootte en verschillen in doelgroep per regio. Daarmee zijn verschillen in kostenniveaus deels verklaarbaar en deels onvermijdelijk. De landelijk gemiddelde kosten per soa-zorg- of sense-traject of PrEP-consult zijn hierdoor niet representatief. De doelstelling van de ASG-regeling is het doorbreken van transmissieketens bij soa's bij risicogroepen, die een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan. Doordat het niet mogelijk is gebleken een betrouwbaar beeld te schetsen van de doelgroep kunnen op basis van deze uitkomsten geen conclusies worden getrokken over de doelmatigheid of doeltreffendheid in relatie tot de gepresenteerde kostenniveaus per GGD. Tegelijkertijd verwachten wij wel, op basis van gevoerde gesprekken, dat er bij een deel van de uitvoering potentieel bestaat om kostenefficiënter te werken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan kostenbesparingen als gevolg van een aanpassing in functiemix in de uitvoering of de gezamenlijke inkoop van medicijnen of laboratoria. Op basis van onze ervaringen opgedaan tijdens voorliggend onderzoek geven wij ter suggestie de volgende aanbevelingen mee.

01

Voer nader onderzoek uit naar de mogelijkheden om het inzicht in de doelgroep en het benodigde aanbod (per regio) te vergroten.

Het is niet mogelijk gebleken om een betrouwbare raming op te stellen van de omvang van de doelgroep (per regio) van soa-, sense- en PrEP-zorg en daarmee een inschatting te maken van het benodigde aanbod van deze zorgvormen.

Vergroot het inzicht in de doelgroep die de GGD weet te vinden door i) bij alle GGD'en expliciet de aantallen personen en relevante kenmerken te registreren die wel zorg vragen, maar deze (bijvoorbeeld als gevolg van triage) niet ontvangen en indien mogelijk na te gaan of ze deze zorg elders hebben ontvangen, ii) de wachtlijsten op te schonen gericht op het vergroten van de betrouwbaarheid van de wachtlijsten. Vergroot inzicht in de totale doelgroep (incl. personen die de GGD niet weten te vinden) door specifiek onderzoek hier naar in te stellen en de mogelijkheden te verkennen om modellen te ontwikkelen die in staat zijn de ontwikkeling van de doelgroep beter te voorspellen.

02

Stimuleer de kennisdeling en samenwerking tussen GGD'en op een aantal onderwerpen (ook regio overstijgend) om besparingspotentieel waar te maken.

De GGD'en zijn binnen de kwaliteitskaders vrij om de uitvoering van de soa-, sense- en PrEP-zorg vorm te geven, zodat deze aansluit op de kenmerken van de populatie en het werkgebied. Hiermee zullen er verschillen blijven tussen de GGD'en in hun zoektocht de doelgroep zo goed mogelijk te bereiken en te bedienen.

De verwachting is dat er potentieel is om (deels) kosten efficiënter te kunnen werken. Denk hierbij aan aanpassingen in de functiemix door een groter deel van de activiteiten te laten uitvoeren door functies met lagere kosten per fte, de inzet van het aantal en type testen binnen het testprotocol of eventueel met aanpassing van het testprotocol, het organiseren van de (gezamenlijke) inkoop van laboratoriumdiensten en materiaal, de inrichting van de primaire processen en te beoordelen hoe verantwoordingslasten van de regeling naar beneden gebracht kunnen worden.

Organiseer periodieke overlegtafels op tactisch niveau om ervaringen en better practices binnen het werkveld onderling structureel uit te wisselen. Dit ziet zowel toe op vergroten van het doelbereik als het vergroten van de efficiëntie in de uitvoering. Voor laatstgenoemde is beter inzicht in de kosten benodigd. De ASG stuurgroep lijkt het meest geëigende gremium om hier uitvoering aan te geven.

Een belangrijke aanjager voor kennisdeling en het van elkaar leren is het vergroten van de vergelijkbaarheid tussen GGD'en. Het huidige initiatief om te komen tot één EPD met eenduidige definities kan hier een voornaam bouwblok in zijn.

Bijlagen

- A. Bevindingen analyse doelgroep
- B. Toelichting op de aanpak
- C. Samenstelling begeleidingsgroep

Het is op basis van de beschikbare data niet mogelijk om een representatieve inschatting te maken van de omvang van de doelgroep soa-, sense- en PrEP-zorg (1/2)

Een onderzoeksvraag heeft betrekking op het benodigde aanbod van soa- en sense-zorg, gezien vanuit de huidige doelgroepen, de huidige richtlijnen, eventuele wetenschappelijke inzichten ten aanzien van de (grootte van het aanbod van de) benodigde zorg en vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding (publieke gezondheidsbelang), maatschappelijke trends (bijvoorbeeld stijging soa's, druk bij huisartsen), en de vraag naar deze zorg. Ook voor PrEP is gevraagd om inzicht te geven in de omvang van de doelgroep en het benodigde budget.

Om te komen tot het benodigde budget is inzicht vereist in de omvang van de doelgroep van de regeling. Deze omvang dient vervolgens gecombineerd te worden met het doel dat wordt nagestreefd met de regeling en de uitvoeringskosten om te komen tot het benodigde budget. De uitvoeringskosten zijn toegelicht in Hoofdstuk 4 en 5. In het onderzoek is het niet mogelijk gebleken om te komen tot een representatieve raming van de doelgroep en het benodigde aanbod. Gedurende het onderzoek heeft hierover afstemming plaatsgevonden met de opdrachtgever en de begeleidingsgroep. Dit heeft ertoe geleid dat de doelstelling van het onderzoek is aangepast, waarbij geen inzicht wordt gegeven in de omvang van de doelgroep en het benodigde aanbod. Onderstaand zijn redenen toegelicht waardoor het niet mogelijk is om inzicht te geven in de omvang van de doelgroep en het benodigde aanbod.

De doelgroep voor ASG is onvoldoende in zicht om een uitspraak over de omvang te doen

Het doel van de ASG regeling is het doorbreken van transmissieketens bij risicogroepen die een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan. Er is een aantal doelgroepen geïdentificeerd die soa-, sense- en PrEP-zorg kunnen ontvangen via de ASG-regeling. Deze doelgroepen zijn toegelicht in Hoofdstuk 3. VWS en het RIVM geven aan momenteel geen duidelijk inzicht te hebben in de omvang van de doelgroepen voor ASG-zorg in Nederland. De individuele GGD'en hebben ook moeite om de omvang van de doelgroepen in hun regio in beeld te krijgen. Er zijn meerdere redenen waardoor het moeilijk is deze doelgroep te identificeren en te kwantificeren, te weten

- De doelgroepen zijn mede gebaseerd op het gedrag van mensen. Het gedrag van een persoon is bepalend voor dat risico en dat gedrag staat niet vast en kan veranderen over tijd.
- Er is veel overlap tussen de verschillende doelgroepen, waardoor deze niet goed af te bakenen zijn. Een persoon kan binnen meerdere doelgroepen van de soa-zorg passen. Er is geen goed inzicht in de overlap tussen de doelgroepen, waardoor doelgroepen niet optelbaar zijn.
- Er is niet altijd informatie beschikbaar over de omvang van een subgroep binnen de doelgroep. Zo komt uit recent onderzoek van het CBS naar voren dat ongeveer 18% van de Nederlandse bevolking

tot de doelgroep LHBTQIA-personen behoort¹. Dit was hoger dan eerder aangenomen. Daarnaast heeft niet een volledige subgroep een zorgvraag die binnen de soa-zorg valt. Ter illustratie niet de volledige 18% van de bevolking die binnen de doelgroep LHBTQIA valt, behoort ook tot de doelgroep van de ASG-regeling.

- Er is geen zicht op het deel van de doelgroep dat een drempel ervaart om via de huisarts hun zorgvraag te beantwoorden vanwege schaamte of beperkte financiële middelen

Naast de bovenstaande analyse op basis van informatie over de omvang van een doelgroep in Nederland is het ook op basis van de informatie van de GGD'en niet mogelijk gebleken om een betrouwbare raming op te stellen van het benodigde aanbod. Onderstaand zijn de redenen per zorgvorm toegelicht.

- **Soa-zorg:** De GGD'en hebben zicht op het deel van de doelgroep dat momenteel soa-zorg ontvangt. Enkele GGD'en hebben daarnaast zicht op het deel van de doelgroep dat zich wel meldt bij de GGD voor zorg maar deze op basis van triage niet ontvangt. Doordat de samenstelling en omvang van de populatie verschilt per regio en gebied en daarmee per GGD is het niet mogelijk om de cijfers van één GGD te extrapoleren naar andere GGD'en of regio's. Daarnaast ontbreekt het zicht op het deel van de doelgroep dat de GGD niet weten te vinden waardoor het niet mogelijk is om een betrouwbare raming op te stellen van het benodigde aanbod.
- Voor **sense-zorg** is geeft een groot deel van de GGD'en aan dat het beleid is dat een groot deel van zorgvraag in principe beantwoord wordt als de aanvrager binnen de doelgroep valt. Dit betekent dat in principe er een beperkte latente zorgvraag zou moeten zijn en de doelgroep grotendeels wordt bediend. Echter is er geen zicht op het deel van de doelgroep dat de weg naar de GGD niet weet te vinden. Het is daardoor niet mogelijk een raming op te stellen van de benodigde omvang van het aanbod voor sense.
- **PrEP-zorg:** De GGD'en beschikken naast inzicht in het huidige gebruik van PrEP-zorg over wachtlijsten met cliënten die PrEP zouden willen gebruiken. Deze wachtlijsten zijn niet altijd even accuraat. Hiertoe zijn de GGD'en gevraagd de wachtlijsten op te schonen door de personen op de wachtlijsten na te bellen en te vragen of zij nog op de wachtlijsten willen en horen te staan. Nog niet elke GGD heeft dit in dezelfde mate kunnen doen, waardoor niet alle wachtlijsten een even goed beeld geven van de latente vraag naar PrEP-zorg. Er zijn daarnaast drie redenen waardoor de wachtlijsten niet betrouwbaar genoeg zijn om een uitspraak te doen over de omvang van de doelgroep.

1. [Hoeveel LHBTQIA-personen telt Nederland?](#)

Het is op basis van de beschikbare data niet mogelijk om een representatieve inschatting te maken van de omvang van de doelgroep soa-, sense- en PrEP-zorg (2/2)

1. Personen kunnen op meerdere wachtlijsten staan: het komt voor dat iemand ingeschreven staat op de wachtlijst van meerdere GGD'en om de kans op een behandeling te vergroten. Deze worden er niet altijd uit gefilterd bij het nabellen van de wachtlijsten omdat zij graag op beide wachtlijsten blijven staan. Derhalve is er geen inzicht in eventuele dubbelingen in de wachtlijsten
2. Personen ontvangen PrEP-zorg via de huisarts of andere zorgaanbieders: een deel van de wachtlijsten wordt op dit moment al behandeld, maar dan bij de huisarts of via andere zorgaanbieders. De consulten en diagnostiek van de PrEP-zorg zijn via de GGD echter gratis en waardoor personen op de wachtlijst blijven staan, ondanks dat hun zorgvraag elders afgevangen wordt. De omvang van de doelgroep die PrEP-zorg ontvangt via de huisarts en op de wachtlijst staat, is niet inzichtelijk.
3. Personen met een zorgvraag die niet in beeld zijn bij de GGD: Net zoals bij soa-zorg en sense-zorg is er geen zicht op de doelgroep die de weg naar de GGD voor hun zorgvraag niet weet te vinden. Daarbij kan er ook nog een groep zijn die zich eerder niet aangemeld heeft omdat de wachtlijsten te lang zijn en dat wel wil doen als wachtlijsten korter of er niet meer zijn. De omvang van deze groepen is niet inzichtelijk.

Het bovenstaande leidt ertoe dat het op basis van de huidige productie en de wachtlijsten momenteel niet mogelijk is een betrouwbare raming op te stellen van het benodigde aanbod.

Bijlage B: Toelichting op de aanpak

Toelichting op de aanpak (1/3)

Inleiding

KPMG is door VWS gevraagd om te ondersteunen bij het in kaart brengen van de kostenopbouw van soa-, sense- en PrEP-zorg. Het gehele onderzoek is uitgevoerd in de periode van mei tot en met november 2024 en zag toe op data en gegevens uit 2023.

Deze bijlage beschrijft de totstandkoming van de resultaten van het onderzoek. Allereerst wordt een toelichting gegeven op de rolverdeling binnen het onderzoek, en daarna op het ontwerp van de data-uitvraag bij GGD'en, de dataverzameling zelf en de hierop volgende analyse, en de resultaten zoals vastgelegd in de rapportage.

Rolverdeling opdrachtgever, werkgroep en KPMG

VWS was opdrachtgever van dit onderzoek, dat door KPMG is uitgevoerd. De opdrachtgever heeft een besluitvormende rol vervuld ten aanzien van onder andere het vaststellen van de aanpak, de gemaakte keuzes gedurende het onderzoek, tussentijdse producten en het eindrapport.

In het onderzoek is gebruikgemaakt van een begeleidingsgroep. De begeleidingsgroep bestond uit vertegenwoordiging van VWS, het RIVM en GGD'en (zie Bijlage C voor de samenstelling) en heeft gedurende de uitvoering als klankbord gefungeerd. Tussentijdse producten en resultaten zijn besproken met de begeleidingsgroep en de feedback is meegenomen in de totstandkoming van de resultaten. De begeleidingsgroep is samengesteld door de opdrachtgever.

De rol van KPMG is geweest om de data te verzamelen, interpreteren en analyseren. De aard van de werkzaamheden houdt in dat KPMG geen accountantscontrole, beoordelingsopdracht of andere assuranceopdracht heeft uitgevoerd op de aangeleverde data. Wel zijn diverse activiteiten ondernomen om de kwaliteit van de data zo hoog mogelijk te krijgen voor een zo betrouwbaar en volledig mogelijk beeld.

In de gehanteerde onderzoeks aanpak is op diverse momenten de dialoog gezocht met deelnemers uit het veld (hoor en wederhoor) om bijvoorbeeld tussentijds te kunnen klankborden en verdiepingsvragen te stellen en inzichten te kunnen duiden en verrijken met de kennis en expertise vanuit de praktijk. Tussentijdse conceptbevindingen zijn gedurende het onderzoek teruggekoppeld aan VWS als opdrachtgever en de begeleidingsgroep als klankbord. De hieruit volgende feedback is door ons meegenomen in de totstandkoming van dit eindrapport. Het concept eindrapport is toegelicht in de bestuurscommissie IZB van de GGD GHOR waarbij vanuit de Bestuurscommissie aandachtspunten zijn meegegeven. De uitkomsten zijn niet herleidbaar naar individuele organisaties.

Toelichting totstandkoming data-uitvraag

Om te komen tot eenduidige, heldere en uitlegbare definities en uitgangspunten, is op basis van een combinatie van een analyse van de informatie die benodigd was voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen, bestaande documentatie, interviews met twee GGD'en en een locatiebezoek bij een GGD een eerste opzet gemaakt voor een dataformat in MS Excel, inclusief onderliggende definities en uitgangspunten om de benodigde informatie te verzamelen. De eerste opzet van het dataformat is voorgelegd aan de coördinerende GGD'en om de opzet en definities te toetsen. Om de juiste samenhang met de datavelden en de mate van diepgang en definities te bepalen, is een bijeenkomst met de begeleidingsgroep gehouden. Met als resultaat definities en een bewoording die herkenbaar zijn en zo veel mogelijk aansluiten bij de dagelijkse praktijk van de GGD'en. De data-uitvraag is vastgesteld door de opdrachtgever.

Uitgangspunten data-uitvraag

- Om representativiteit in dit onderzoek te borgen, zijn de dataformats via de acht coördinerende GGD'en uitgezet bij alle actieve GGD'en. Door bij alle 25 GGD'en informatie op te vragen, zijn eventuele verschillen binnen en tussen regio's inzichtelijk. De onderstaande tabel geeft de GGD'en weer die uiteindelijk deelgenomen hebben aan dit onderzoek. Enkel de GGD Gooi en Vechtstreek ontbreekt in dit overzicht. Zij hebben geen actief Centrum Seksuele Gezondheid (CSG) meer sinds halverwege 2023. Hun productiecijfers zijn opgenomen bij het CSG van GGD Flevoland.

Regio	Deelnemende GGD
Noord	Groningen*, Drenthe, Fryslân
Noord-Holland en Flevoland	Amsterdam*, Kennemerland, Hollands Noorden, Flevoland, Zaanstreek-Waterland
Utrecht	Regio Utrecht*
Oost	Gelderland-Zuid*, Twente, Gelderland-Midden, IJsselland, Noord- en Oost-Gelderland
Noordelijk Zuid-Holland	Haaglanden*
Zuidelijk Zuid-Holland	Rotterdam-Rijnmond*, Zuid-Holland Zuid, Hollands Midden
Zeeland en Noord-Brabant	Hart voor Brabant*, West-Brabant, Zeeland, Brabant Zuidoo
Limburg	Zuid Limburg*, Limburg-Noord

* De coördinerende GGD van de regio

Toelichting op de aanpak (2/3)

Uitgangspunten dataverzameling

- Data is uitgevraagd bij de GGD'en middels een dataformat in MS Excel.
- Na het aanleveren van de ingevulde dataformats heeft ten minste één interview per regio plaatsgevonden waaraan de individuele GGD'en deelnamen om de data te bespreken en aan te vullen.
- De gevraagde informatie ten aanzien van kosten, personeel en productie had betrekking op 2023. Dit is het meest recente jaar waarvan de productiecijfers en kosten volledig geregistreerd zijn door de deelnemende GGD'en.
- Bij de start van de data-uitvraag heeft een webinar plaatsgevonden waarin een toelichting is gegeven op het dataformat en Frequently Asked Questions-document (FAQ) opgesteld met hierin de verzamelde vragen uit o.a. de webinar en de beantwoording ervan. De FAQ is beschikbaar gesteld aan de deelnemers van het onderzoek.
- Aan het eind van de dataverzameling heeft een expertsessie plaatsgevonden om de conceptresultaten te bespreken en regionale verschillen te duiden. Deelnemers aan deze expertsessie waren vertegenwoordigers van de coördinerende GGD'en en GGD GHOR Nederland.
- Gedurende de dataverzamelingsperiode is er een helpdeskfunctie geweest. Hier konden deelnemers van het onderzoek terecht voor het (telefonisch en per mail) beantwoorden van vragen en hulp bij eventuele onduidelijkheden.
- GGD'en zijn zelf verantwoordelijk geweest voor de juistheid van de aangeleverde data. Het projectteam heeft een plausibiliteitscheck uitgevoerd op de aangeleverde data door het onderling vergelijken van data tussen GGD'en, waarbij onder andere is gekeken naar gemiddelde kosten per fte/functie en ratio's zoals het vindpercentage en het aantal testen per doelgroep.

Uitgangspunten totstandkoming resultaten

Niet alle GGD'en waren in staat om de informatie aan te leveren op het detailniveau dat benodigd was voor het uitvoeren van de analyses en de beantwoording van de onderzoeksvragen. Op basis van de beschikbare informatie is een voorstel opgesteld voor de omgang met de data en de wijze waarop inzicht wordt gegeven om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de onderzoeksvragen. Dit voorstel is besproken en

gevalideerd met de opdrachtgever en begeleidingsgroep en zijn onderstaand toegelicht.

1. Er zijn vier van de 24 GGD'en¹ niet in staat geweest om fte toe te wijzen aan alle drie de verschillende zorgvormen. Hiervan is er één helemaal niet in staat geweest fte aan een zorgvorm toe te wijzen. Dit maakt het voor deze GGD'en niet mogelijk om de directe personele kosten van elke zorgvorm te berekenen. Deze GGD'en zijn uitgesloten in de berekening van de directe personele kosten van de zorgvormen waar zij geen fte aan toegewezen hebben. De overige kostencategorieën van deze GGD zijn wel meegenomen in de kostenberekening van de verschillende zorgvormen.
2. Soa-zorg en sense-zorg wordt in de praktijk veelal gecombineerd in één consult. Zodoende zijn kosten tussen beide zorgvormen sterk verweven en niet eenduidig te splitsen vanuit de administratie bij GGD'en. Hierdoor is er geen scheiding in indirecte personele kosten tussen soa-zorg en sense-zorg uit het onderzoek naar voren gekomen. Daarom hebben we de (in)directe personele kosten van soa-zorg en sense-zorg samengevoegd in de berekening. Op basis van de tijdsduur van de planning voor soa-zorgconsulten en sense-consulten (beide 30 minuten) zijn deze kosten gelijkmatig verdeeld over de twee zorgvormen.
3. In de vraagstelling van het onderzoek werd gevraagd om zicht te geven in de kosten van de directe activiteiten. Het is voor GGD'en echter niet goed mogelijk gebleken om de personele inzet (fte per functie) te verdelen over de onderliggende activiteiten van de zorgvormen (triage, consulten, analyse testuitslagen en vervolgconsulten). De resultaten van de verdeling over activiteiten door de GGD'en leiden niet tot een verdeling die betrouwbaar werd geacht. Derhalve zijn in het onderzoek de personeelskosten niet onverdeeld in onderliggende activiteiten en is de som van het aantal fte dat is toegewezen aan de verschillende zorgvormen gehanteerd. Door deze som te delen door het aantal startconsulten, zijn de kosten per traject berekend voor soa-zorg en sense-zorg. Omdat PrEP-zorg voornamelijk uit herhaalconsulten bestaat, is voor deze zorgvorm de som van het aantal toegewezen fte gedeeld door de som van het aantal start- en vervolgconsulten.
4. De laboratoriumkosten, medicijnkosten en overheadkosten vallen bij enkele regio's onder de kosten van de coördinerende GGD. Hierdoor zijn deze kosten niet representatief voor de individuele GGD'en. Derhalve zijn de laboratoriumkosten, medicijnkosten en overheadkosten op regionaal niveau berekend.

1. De GGD Gooi- en Vechtstreek beschikt vanaf halverwege 2023 niet meer over een CSG. De kosten van GDD Gooi- en Vechtstreek zijn onderdeel van de GGD Flevoland.

Toelichting op de aanpak (3/3)

5. Negen van de 24 GGD'en waren niet in staat om de overheadkosten uit te splitsen naar de onderliggende categorieën (personeel, ICT, huisvesting en overige overhead). In het onderzoek werd specifieke gevraagd naar de omvang van de huisvestingscomponent. De omvang van de huisvestingscomponent is berekend op basis van de informatie van de 15 GGD'en die inzicht konden geven in hun huisvestingskosten.
6. De GGD'en hebben niet altijd gedetailleerd inzicht kunnen geven in hun materiaal-, laboratorium- en medicijnkosten. Dit komt voort uit vertrouwelijk die is afgesproken over de contracten met leveranciers. Hierdoor konden deze kosten niet direct worden toegewezen aan de zorgvormen en zijn verdeelsleutels gehanteerd. De kosten van laboratoria zijn toegerekend aan soa-zorg en PrEP-zorg op basis van het aantal testen verdeeld over soa-zorg en PrEP-zorg. De medicijnkosten zijn volledig toegerekend aan soa-zorg omdat bij SENSE niet of nauwelijks medicatie wordt verstrekt en de GGD'en aangeven dat de medicatie onderdeel zijn de ASG-regeling zijn de medicijnkosten volledig toegerekend aan soa-zorg.
7. Zowel bij soa-zorg als bij PrEP-consulten worden testen afgenomen. Het komt daarbij voor dat een soa gevonden wordt bij een test volgend uit een PrEP-consult, waaruit een vervolgsconsult volgt, een behandelconsult. Deze vervolgsconsulten worden in de berekening van de kosten opgeteld bij de vervolgsconsulten voor soa-zorg omdat de zorgvraag hiermee verschuift van PrEP-zorg naar soa-zorg.

Aanpak analyse doelgroep

De aanpak van de analyse van de doelgroep en het benodigde aanbod was erop gericht om inzicht te creëren in de omvang van de doelgroep soa-, sense- en PrEP-zorg en vervolgens te ramen welk deel van de doelgroep zou moeten worden bediend door de GGD'en om de doelstelling van de ASG-regeling te realiseren. In Bijlage A is een toelichting gegeven op analyse van de doelgroep.

Bijlage C: Samenstelling begeleidingsgroep

Samenstelling van de begeleidingsgroep

Samenstelling begeleidingsgroep	
Naam	Organisatie
Maritte Gossieau	VWS
Anouk Urbanus	RIVM
Stefan Rovers	GGD Rotterdam-Rijnmond
Angelique Lahaut	GGD Zuid Limburg



kpmg.com/socialmedia

© 2024 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Documentclassificatie: KPMG Vertrouwelijk