College voor zorgverzekeringen

Evaluatie subsidie medische en seksuologische hulpverlening

Oktober 2006

© 2006 KPMG Business Advisory Services B.V., lid van KPMG International, een Zwitserse coöperatie. Alle rechten voorbehouden.

Inhoudsopgave

1	Samenvatting en conclusies	1
1.1	Plaats van de medische en seksuologische hulpverlening	1
1.2	Effectiviteit	2
1.3	Financiële situatie	4
1.4	Organisatie en financiering	5
1.5	Conclusies	6
2	Verantwoording	8
2.1	Aanleiding	8
2.2	Onderzoeksvragen	8
2.3	Reikwijdte	9
2.4	Onderzoeksopzet	10
2.5	Leeswijzer	11
3	Plaats van de medische en seksuologische hulpverlening	12
3.1	Positionering	12
3.2	Soort hulpverlening en cliënten	17
4	Effectiviteit	25
4.1	Kwaliteit volgens cliënten	25
4.2	Kwaliteit volgens hulpverleners	26
4.3	Toegankelijkheid	32
4.4	Landelijke dekking	34
4.5	Betaalbaarheid	36
5	Financiële situatie	38
5.1	Financiële gevolgen bij toepassing normprijzen	38
5.2	Berekening kosten per consult	39
5.3	Dekking door subsidie en eigen bijdragen	40
5.4	Doelmatigheid subsidieparagraaf	41
6	Organisatie en financiering	44
6.1	Voorwaarden voor effectieve uitvoering	44
6.2	Mogelijke organisatievormen	46
6.3	Mogelijke financieringsvormen	49
6.4	Naar een model voor de toekomst	52
A	Begeleidingscommissie	55
B	Gesprekspartners interviews	56

C Analyse landelijke dekking 58
C.1 Bereikbaarheid huidige situatie 58
C.2 Bereikbaarheid bij andere uitgangspunten 59

D Financiële analyse 66
D.1 Financiële gevolgen bij toepassing normprijzen 66
D.2 Berekening kosten per consult 69
D.3 Dekking door subsidie en eigen bijdragen 70

1 Samenvatting en conclusies

Vanaf begin 2002 is de eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening (anders dan hulpverlening door huisartsen) geleidelijk ondergebracht bij een aantal gesubsidieerde abortusklinieken in de steden waar de voormalige Rutgershuizen waren gevestigd en bij de Stichting Rutgershuis Utrecht.

Vanaf 2003 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) subsidie verleend aan zeven instellingen voor de uitvoering van de medische en seksuologische hulpverlening (hierna te noemen: MH/SH-centra), conform de subsidieparagraaf Medische en seksuologische hulpverlening (deze paragraaf maakt onderdeel uit van de Regeling Zorgverzekering). In artikel 6.2.41.9 van de subsidieparagraaf is opgenomen dat de subsidieparagraaf in 2006 wordt geëvalueerd.

Het CVZ heeft aan KPMG Gezondheidszorg gevraagd het evaluatieonderzoek uit te voeren. Het evaluatieonderzoek moet duidelijk maken of het onderbrengen van de seksualiteitshulpverlening bij de aangewezen instellingen doelmatig is en of de structuur van de zorg in organisatorisch en financieel opzicht adequaat is. Daarnaast moet de mogelijkheid worden onderzocht om de relatie tussen kosten en producten transparant te maken.

Het onderzoek bestond uit interviews met vertegenwoordigers van beleidsmakers, koepels en MH/SH-centra (directie en hulpverleners), een analyse van de registratiesets van de MH/SH-centra en een financiële analyse. De MH/SH-centra hebben zeer constructief meegewerkt aan het onderzoek. Daardoor was het mogelijk het onderzoek in korte tijd uit te voeren.

1.1 Plaats van de medische en seksuologische hulpverlening

Positionering

Verschillende aanbieders zijn actief op het gebied van medische en seksuologische hulpverlening, soa-bestrijding en abortushulpverlening. De MH/SH-centra onderscheiden zich van andere aanbieders door de combinatie van laagdrempeligheid (geen verwijzing nodig), anonimiteit en het soort hulpverlening. Het aanbod voor medische en seksuologische hulpverlening is deels complementair (bijvoorbeeld eerstelijns hulpverlening door MH/SH-centra en somatische tweedelijns hulpverlening door ziekenhuizen). Deels is er overlap, waardoor keuzemogelijkheden ontstaan. Verschillende organisaties werken met elkaar samen om doelgroepen beter te kunnen bedienen. De gedifferentieerde financieringssystematiek van het hulpverleningsaanbod kan ertoe leiden dat hulpvragers niet altijd het meest passende aanbod ontvangen of dat zij een duurder aanbod ontvangen dan nodig is.

Soort hulpverlening en cliënten

Hieronder geven we een overzicht van de kenmerken van de hulpverlening en het cliëntenbestand. De informatie is gebaseerd op de gegevens van de registratiesets van de MH/SH-centra over de tweede helft van 2005.

- *Aard van de hulpvraag*. Bij cliënten voor medische hulpverlening komen hulpvragen over anticonceptie het meest voor (29% van de cliënten). De meest voorkomende hulpvraag van mannen heeft betrekking op soa (83% van de mannelijke cliënten); de meest voorkomende hulpvraag van vrouwen heeft betrekking op anticonceptie (32% van de vrouwelijke cliënten). Bij cliënten voor seksuologische hulpverlening komen hulpvragen over seksueel verlangen het meest voor;

- *Aantal consulten tegenover aantal cliënten*. Het gemiddelde aantal consulten voor medische hulpverlening in 2005 was 1,3; voor seksuologische hulpverlening was dit 2,2;

- *Soort gesprekken*. Twee derde van de cliënten voor seksuologische hulpverlening heeft een individueel gesprek en een derde een gesprek met een paar. Groepsgesprekken komen nauwelijks voor;

- *Verdeling man/vrouw*. Het aantal mannelijke cliënten voor medische hulpverlening maakt 11% uit van het totale aantal cliënten. Het aantal jongeren tot 24 jaar bedraagt 27% van het totale aantal cliënten. Bij de seksuologische hulpverlening is het aandeel mannelijke cliënten 46% en het aandeel jongeren tot 24 jaar 13%;

- *Etniciteit*. Van de cliënten medische hulpverlening is 72% autochtoon; voor seksuologische hulpverlening is dit 83%;

- *Eigen bijdrage*. De MH/SH-centra hanteren wisselende systematieken voor de hoogte van de eigen bijdrage. Criteria die worden gebruikt bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage zijn inkomen en leeftijd.

1.2 Effectiviteit

De effectiviteit van de eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening hebben we beoordeeld aan de hand van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Kwaliteit volgens cliënten

Uit onderzoek van de Rutgers Nisso Groep blijkt dat cliënten tevreden zijn over verschillende aspecten van de hulpverlening. Alleen over het resultaat van de behandeling zijn cliënten seksuologische hulpverlening minder tevreden. Cliënten seksuologische hulpverlening zijn significant minder tevreden dan cliënten medische hulpverlening over verschillende aspecten van de hulpverlening.

Kwaliteit volgens hulpverleners

Belangrijke kwaliteitsvoorwaarden volgens hulpverleners zijn: een adequaat opleidingsniveau van de hulpverleners, voldoende mogelijkheden voor bij- en nascholing en deskundigheidsbevordering, de mogelijkheid om complexe problemen multidisciplinair te

behandelen, voldoende verwijsmogelijkheden en een correcte omgang met klachten. De hulpverlening voldoet aan de meeste van deze voorwaarden. Een knelpunt is de kleine personele omvang van de MH/SH-centra waardoor een multidisciplinaire aanpak binnen het centrum niet altijd mogelijk is. Hulpverleners vinden certificering van de organisatie over het algemeen niet een noodzakelijke voorwaarde voor een hoogwaardige kwaliteit.

De hoogte van de eigen bijdragen die MH/SH-centra moeten vragen, heeft volgens sommige een negatief effect op de kwaliteit van de hulpverlening. Om redenen van betaalbaarheid wordt het aantal consulten beperkt, terwijl dit vanuit het oogpunt van kwaliteit niet wenselijk is.

Toegankelijkheid (aantal cliënten)

Het aantal vrouwelijke cliënten medische hulpverlening is in de periode 2003 – 2005 met 23% afgenomen. Het aantal mannelijke cliënten is in die periode toegenomen met 14%. Het totale aantal cliënten voor medische hulpverlening is vanaf 2000 (voordat de MH/SH-centra zijn ondergebracht bij abortusklinieken) tot en met 2005 gedaald met 36%. Mogelijke oorzaken zijn de verminderde bekendheid van de MH/SH-centra, de toegenomen verkrijgbaarheid van anticonceptiemiddelen via andere kanalen dan de MH/SH-centra en het toenemende gebruik van Internet.

Het aantal vrouwelijke cliënten seksuologische hulpverlening is in de periode 2003 – 2005 toegenomen met 16% (met een terugval in 2004); het aantal mannelijke cliënten is in die periode toegenomen met 46%. Het totale aantal cliënten voor seksuologische hulpverlening is in 2002 sterk gedaald ten opzichte van 2000. Daarna is het aantal cliënten gestegen. Het totale aantal cliënten voor seksuologische hulpverlening is vanaf 2000 (voordat de MH/SH-centra zijn ondergebracht bij abortusklinieken) tot en met 2005 gestegen met 20%.

Toegankelijkheid (bereikbaarheid)

Uit berekeningen blijkt dat met de huidige verdeling van de zeven centra 94% van de Nederlandse bevolking een MH/SH-centrum binnen één uur met de auto kan bereiken. Als we uitgaan van de huidige locaties van de zeven MH/SH-centra kan met vijf extra locaties (in totaal dus 12 locaties) een dekking van bijna 100% worden verkregen.

Betaalbaarheid

Uit het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep blijkt dat meer dan de helft van de cliënten medische hulpverlening de tarieven te hoog vindt; voor de cliënten seksuologische hulpverlening is dit meer dan drie kwart. In de interviews geven MH/SH-centra aan dat de hoogte van de eigen bijdrage een drempel kan opwerpen voor potentiële cliënten, vooral voor risicogroepen met een laag inkomen.

1.3 Financiële situatie

In een financiële analyse hebben we bepaald wat de financiële gevolgen zijn voor individuele centra als normprijzen worden gehanteerd. In de berekeningen is uitgegaan van twee normtarieven voor medische hulpverlening van EUR 25 en EUR 30 (exclusief kapitaallasten) en voor seksuologische hulpverlening van EUR 87 en EUR 107 (exclusief kapitaallasten). Uit de berekening blijkt dat de centra bij hantering van de gestelde tarieven en de huidige productie (lang) niet uitkomen qua resultaat. De tekorten per centrum kunnen flink oplopen (de hoogte van het tekort hangt af van het gehanteerde normtarief).

Het gerealiseerde aantal consulten per centrum is niet voldoende om de kosten van de MH/SH-centra te dekken bij toepassing van normprijzen. We hebben berekend hoeveel consulten nodig zijn om bij toepassing van normprijzen de kosten te dekken. Als het werkelijke aantal consulten daartegen wordt afgezet, blijkt dat de verhouding gerealiseerde consulten medische hulpverlening ten opzichte van het normaantal consulten medische hulpverlening varieert tussen centra van 18% tot 66%. Voor seksuologische consulten varieert de verhouding van 19% tot 74%.

Vervolgens zijn we nagegaan wat de gemiddelde kosten zijn per consult medische hulpverlening en per consult seksuologische hulpverlening. Uit de berekening blijkt dat de kosten per consult sterk uiteenlopen tussen de centra. De kosten per consult medische hulpverlening lopen uiteen van EUR 39 tot EUR 121; voor seksuologische hulpverlening lopen de kosten per consult uiteen van EUR 138 tot EUR 426. Zeker bij enkele centra zijn de kosten (exclusief huisvesting en medische middelen) te hoog in relatie tot het aantal consulten. Een eerste mogelijke oorzaak hiervoor is dat een te hoog bedrag aan kosten wordt toegerekend aan de MH/SH-centra. Een tweede mogelijke oorzaak is dat het aantal consulten per fte te laag is. Dit kan betekenen dat de vraag achterblijft bij de begrote capaciteit of dat de doelmatigheid te wensen overlaat. Een derde mogelijke oorzaak is dat minder consulten worden geregistreerd dan het aantal dat in werkelijkheid wordt uitgevoerd. In dat geval zou een vertekend beeld ontstaan door onnauwkeurigheden in de registratie.

De relatief hoge gemiddelde kosten per consult worden naar ons idee veroorzaakt door een te lage productie als gevolg van een achterblijvende vraag in combinatie met een te hoog kostenniveau. Op basis van het onderzoeksmateriaal hebben wij geen aanwijzingen dat de relatief hoge gemiddelde kosten per consult worden veroorzaakt door inefficiënte werkprocessen of door onnauwkeurigheden in de registratie.

Ten slotte hebben we gekeken naar de huidige dekking van de kosten door subsidies en eigen bijdragen. Bij twee centra is het totaal van het subsidiebedrag en de eigen bijdragen voldoende om de totale lasten exclusief medische middelen te dekken. Bij de andere vijf centra ontstaan tekorten die uiteenlopen van 4% tot 21% van de totale kosten exclusief medische middelen.

De subsidieparagraaf bevat weinig prikkels tot doelmatigheid. Centra die subsidiegeld overhouden worden hiervoor niet beloond. Het verstrekken van een maximaal subsidiebedrag dat niet afhankelijk is van prestaties, stimuleert centra niet om kosten te verlagen bij een vermindering van de vraag.

1.4 Organisatie en financiering

Voorwaarden voor effectieve uitvoering

Volgens de gesprekspartners is een aanbod van eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening, in aanvulling op het aanbod van de huisarts, noodzakelijk. Argumenten hierbij zijn de anonimiteit en de grotere mate van specialisatie. Een belangrijk voordeel van de huidige organisatievorm is volgens gesprekspartners het geïntegreerde aanbod van medische en seksuologische hulpverlening en abortushulpverlening. Nadelen van de huidige organisatievorm zijn de hoogte van de eigen bijdragen, de beperkte dekking en het ontbreken van een financiële vergoeding voor preventieactiviteiten.

Mogelijke organisatievormen

In de gesprekken met MH/SH-centra komt een aantal voorwaarden naar voren voor een effectieve en doelmatige uitvoering van de medische en seksuologische hulpverlening. Voorwaarden zijn: een apart aanbod voor eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening (in aanvulling op de huisarts), een verdere integratie van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg, een betere betaalbaarheid, ontwikkeling van richtlijnen en kwaliteitseisen, een betere bekendheid, meer aandacht voor preventie en een toekomstbestendige financiering.

Bij het nadenken over organisatievormen voor de toekomst zijn twee aspecten van belang:

- *Fysieke integratie of virtueel loket*. De seksuele en reproductieve gezondheidszorg kan verder worden geïntegreerd door het organiseren van de hulpverlening op één locatie of het organiseren van een virtueel loket. Ook is een tussenvorm mogelijk waarbij hulpverleners werken vanuit hun eigen instelling maar wel in staat zijn een groter scala aan hulpvragen te behandelen. Een laatste vorm is het verbeteren van de samenwerking tussen MH/SH-centra en soa-centra door het afspreken van verwijsprotocollen;

- *Coördinatie*. Bij een verdere integratie van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg is het raadzaam om de coördinatie van deze hulpverlening bij één organisatie onder te brengen (bijvoorbeeld de GGD). Wel moeten dan goede afspraken worden gemaakt over onder meer de borging van de kwaliteit, de financiering en een adequate inkoopfunctie. Als de samenwerking beperkt blijft tot afspraken over verwijzing, ligt coördinatie door één organisatie minder voor de hand.

Mogelijke financieringsvormen

Een eerste financieringsmogelijkheid is subsidiëring van de hulpverleningsactiviteiten. Een voordeel van subsidiëring is dat hiermee de continuïteit van hulpverlening kan worden gewaarborgd. Een nadeel is dat van subsidiëring weinig of geen prikkels uitgaan voor doelmatigheid. Naast subsidiëring van hulpverlening kan ook worden gekozen voor subsidiëring van collectieve preventieactiviteiten.

Een tweede financieringsmogelijkheid is vergoeding van medische en seksuologische hulpverlening op basis van de Zorgverzekeringswet. Financiering door zorgverzekeraars is echter pas mogelijk als medische hulpverlening en seksuologische hulpverlening te verzekeren prestaties zijn voor het basispakket van de zorgverzekering. Vervolgens moeten heldere producten worden gedefinieerd en tarieven vastgesteld. Als medische en seksuologische hulpverlening kan worden vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet, is het vervolgens niet zeker dat de MH/SH-centra door zorgverzekeraars worden gecontracteerd. De voor- en nadelen van deze financieringsmogelijkheid zijn op dit moment nog moeilijk te overzien. Een aandachtspunt bij deze financieringsmogelijkheid is de anonimiteit van cliënten. Deze kan in het geding komen als gegevens worden uitgewisseld in verband met de vergoeding door de verzekeraar.

Financiering door zorgverzekeraars en subsidies kan worden aangevuld door de heffing van eigen bijdragen. De systematiek van eigen bijdragen moet zodanig zijn dat risicogroepen beter worden bereikt. Daarbij kan worden gedacht aan het verlagen van de eigen bijdrage voor risicogroepen of het heffen van een eigen bijdrage na twee of drie consulten.

1.5 Conclusies

Op basis van ons onderzoek trekken we de volgende conclusies ten aanzien van de organisatie en de financiering van de medische en seksuologische hulpverlening in de toekomst.

Aparte eerstelijns voorziening naast huisarts noodzakelijk

Uit alle gesprekken komt naar voren dat een aparte eerstelijns voorziening voor medische en seksuologische hulpverlening naast de huisarts noodzakelijk is. Hulpvragers kunnen anoniem terecht bij de MH/SH-centra. Bovendien kunnen MH/SH-centra een betere kwaliteit van hulp bieden door de specialisatie in medische en seksuologische hulpverlening.

Toegankelijkheid kan worden verbeterd door uitbreiding met drie locaties

Uit analyses van de bereikbaarheid blijkt dat 94% van de bevolking de zeven MH/SH-centra binnen één uur kan bereiken met de auto. Met het openbaar vervoer is dit percentage waarschijnlijk lager. De toegankelijkheid kan worden verbeterd door uitbreiding van het aantal locaties. Met vijf extra locaties kan een dekking van bijna 100% (met de auto) worden verkregen. Bij drie extra locaties is de dekking al 99%.

Doelmatigheid vormt belangrijk punt van aandacht voor toekomst

De financiële analyse wijst uit dat de kosten van de MH/SH-centra in relatie tot het aantal consulten op dit moment te hoog zijn. Voor de toekomst is het aan te bevelen om goed zicht te verkrijgen en te houden op de kosten in relatie tot het aantal consulten. De relatief hoge gemiddelde kosten per consult worden naar ons idee veroorzaakt door een te lage productie als gevolg van een achterblijvende vraag in combinatie met een te hoog kostenniveau.

De verhouding tussen de kosten van de centra en het aantal consulten kan naar ons oordeel worden verbeterd door het vergroten van de productie. Door meer bekendheid te geven aan de MH/SH-centra kan de productie meer in lijn worden gebracht met de huidige kostenniveaus. Uiteraard moet ook worden bekeken in hoeverre kostenverlagingen of doelmatigheidsverbeteringen mogelijk zijn. Schaalverkleining is naar ons idee echter geen zinvolle oplossing omdat dit ten koste kan gaan van de bekendheid van de centra en de kwaliteit van de hulpverlening. Bovendien blijven de gemiddelde kosten bij een lager productieniveau relatief hoog vanwege het aandeel vaste kosten.

Toegankelijkheid (in financiële zin) kan worden vergroot door lagere eigen bijdrage

Uit de financiële analyse blijkt dat de meeste MH/SH-centra gemiddeld een hogere eigen bijdrage hanteren dan volgens de subsidieregeling verplicht is. De financiële toegankelijkheid voor cliënten kan worden vergroot door het hanteren van een lagere eigen bijdrage. Een aandachtspunt daarbij is de financiële exploitatie. Volgens sommige centra is de hogere eigen bijdrage noodzakelijk om een sluitende begroting te realiseren.

Meer samenhang in aanbod en centrale toegang zijn wenselijk

In bijna alle gesprekken komt naar voren dat de betrokken organisaties een verdere integratie van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg wenselijk vinden. Daarbij is het niet per se noodzakelijk dat de betrokken instellingen (MH/SH-centra, abortusklinieken, soa-centra) hun hulpverlening vanuit één fysieke locatie aanbieden. Wel is het van belang om meer samenhang te creëren in het hulpverleningsaanbod zodat voor elke cliënt een passend aanbod beschikbaar is. De meeste gesprekspartners vinden dat de GGD daarbij een coördinerende rol zou moeten krijgen. Indien nodig, kan regionaal één centrale toegang worden georganiseerd, in de vorm van een virtueel loket (bijvoorbeeld centraal telefoonnummer). De uitwerking van de samenwerkingsvorm kan regionaal worden bepaald zodat rekening kan worden gehouden met regionale verschillen.

Toekomstbestendige financiering moet leiden tot doelmatigheid en continuïteit

Naar ons oordeel is financiering van de medische en seksuologische hulpverlening mogelijk als de financiering prikkels voor doelmatigheid, waarborgen voor continuïteit en prikkels voor kostenbeheersing bevat. Dit leidt tot een financieringsmix van vergoedingen op basis van de Zorgverzekeringswet (indien mogelijk), subsidies en eigen bijdragen. De mogelijkheden voor financiering van medische en seksuologische hulpverlening door zorgverzekeraars moeten verder worden verkend. Als financiering op basis van de Zorgverzekeringswet haalbaar is, kan de continuïteit van MH/SH-centra worden gewaarborgd door het verstrekken van subsidies die de financiële gevolgen van fluctuaties in de vraag compenseren. Ten slotte moeten eigen bijdragen worden geheven om de kosten beheersbaar te houden.

2 Verantwoording

In dit hoofdstuk verantwoorden we onze werkwijze. We beschrijven de aanleiding van het onderzoek (2.1), geven een overzicht van de onderzoeksvragen (2.2) en gaan in op de reikwijdte van het onderzoek (2.3). In 2.4 beschrijven we de opzet die we hebben gehanteerd bij dit onderzoek. Een leeswijzer is opgenomen in 2.5.

2.1 Aanleiding

Met ingang van 1 januari 2002 zijn de Rutgershuizen opgeheven. Vanaf begin 2002 is de eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening (anders dan hulpverlening door huisartsen) geleidelijk ondergebracht bij een aantal gesubsidieerde abortusklinieken in de steden waar de voormalige Rutgershuizen waren gevestigd en bij de Stichting Rutgershuis Utrecht. Voor het jaar 2002 zijn deze abortusklinieken door een rechtstreekse begrotingssubsidie in staat gesteld de betreffende activiteiten voort te zetten.

Vanaf 2003 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) subsidie verleend aan zeven instellingen voor de uitvoering van de medische en seksuologische hulpverlening, conform de subsidieparagraaf Medische en seksuologische hulpverlening (deze paragraaf maakt onderdeel uit van de Regeling Zorgverzekering). In artikel 6.2.41.9 van de subsidieparagraaf is opgenomen dat de subsidieparagraaf in 2006 wordt geëvalueerd. In het vervolg van dit rapport gebruiken we voor deze zeven gesubsidieerde instellingen de term 'MH/SH-centra'.

Het CVZ heeft aan KPMG Gezondheidszorg gevraagd het evaluatieonderzoek uit te voeren. Het evaluatieonderzoek moet duidelijk maken of het onderbrengen van de seksualiteitshulpverlening bij de aangewezen instellingen doelmatig is en of de structuur van de zorg in organisatorisch en financieel opzicht adequaat is. Daarnaast moet de mogelijkheid worden onderzocht om de relatie tussen kosten en producten transparant te maken.

Het onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie van het CVZ. Bijlage A geeft een overzicht van de leden van de begeleidingscommissie.

2.2 Onderzoeksvragen

Voor het onderzoek hebben we de volgende onderzoeksvragen gehanteerd:

1. Welke plaats neemt de medische en seksuologische hulpverlening in binnen de zorg voor de seksuele en reproductieve gezondheid?
2. Hoe succesvol en effectief is de medische en seksuologische hulpverlening binnen zijn huidige setting?
3. Wat zijn de consequenties van de huidige financieringswijze? Welke financieringsvorm is aangewezen zodat de relatie tussen kosten en producten transparant is?

2.3 Reikwijdte

In dit onderzoek hebben we ons gericht op de zeven gesubsidieerde organisaties waaraan een projectsubsidie is verleend op grond van de subsidieparagraaf Medische en seksuologische hulpverlening.

De volgende organisaties hebben in de periode 2003 tot 2006 een projectsubsidie ontvangen:

- MR'70 (Stimezo) te Amsterdam;
- Mildredhuis (Stimezo) te Arnhem;
- Preterm Kliniek te Den Haag;
- Stimezo Eindhoven te Eindhoven;
- Stichting Seksuele Gezondheidszorg Noord Nederland te Groningen;
- CASA Rotterdam te Rotterdam;
- Stichting Rutgershuis te Utrecht.

In dit onderzoek hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd ten aanzien van de reikwijdte:

- Bij het bepalen van de plaats van de medische en seksuologische hulpverlening binnen de zorg voor de seksuele en reproductieve gezondheid en het beoordelen van de effectiviteit hebben we gekeken naar het aanbod ten aanzien van medische en seksuologische hulpverlening, abortushulpverlening en de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa);
- In het onderzoek hebben we gekeken naar de relatie van de hulpverlening met eventuele preventieactiviteiten. In de verkennende evaluatie van het CVZ (*Evaluatie subsidieparagraaf medische en seksuologische hulpverlening*) is 'preventie' als aandachtspunt naar voren gekomen. Volgens het onderzoeksrapport is bij de overdracht van de Rutgersactiviteiten preventie niet als activiteit gezien, maar wordt er wel op diverse manieren voorlichting gegeven;
- We hebben in dit onderzoek gebruik gemaakt van bestaande informatie, zoals informatie uit de registratiesets die gesubsidieerde instellingen aan het CVZ verstrekken, de verkennende evaluatie *Evaluatie subsidieparagraaf medische en seksuologische hulpverlening* van het CVZ (2005), het onderzoeksrapport *Tevredenheid over de medische en seksuologische hulpverlening in de eerstelijnscentra* van Rutgers Nisso Groep (2005) en de publicatie *Abortus in Nederland 2001 – 2002, Verslag van de landelijke abortusregistratie* door C. Wijsen en J. Rademakers (2003). Op de bestaande informatie hebben we analyses uitgevoerd.

2.4 Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestond uit drie onderdelen: interviews, analyse van bestaande informatie en een financiële analyse.

Interviews

We hebben 12 interviews gehouden met vertegenwoordigers van beleidsmakers, koepels en MH/SH-centra (zie voor een overzicht Bijlage B). In de interviews zijn we nagegaan wat de visie van de gesprekspartners is op de drie onderzoeksvragen. Daarnaast zijn we ingegaan op organisatie- en financieringsvormen voor de toekomst.

Verder hebben we telefonische interviews gehouden met tien hulpverleners die werken bij de MH/SH-centra. We hebben gesproken met drie hulpverleners die medische hulp verlenen, vier hulpverleners die seksuologische hulp verlenen en drie hulpverleners die medische en seksuologische hulp verlenen. In deze telefonische interviews zijn we ingegaan op de kwaliteit van de hulpverlening volgens het perspectief van de hulpverleners.

De MH/SH-centra hebben zeer constructief meegewerkt aan het onderzoek. Daardoor was het mogelijk het onderzoek in korte tijd uit te voeren.

Analyse van bestaande informatie

We hebben een analyse gemaakt van de registratiesets die de MH/SH-centra aanleveren aan het CVZ (dit is een voorwaarde uit de subsidieparagraaf). Over de jaren 2003 en 2004 hebben de centra één registratieset aangeleverd; over 2005 hebben de centra halfjaarlijks gerapporteerd. De registratiegegevens over de eerste helft van 2006 waren tijdens de uitvoering van het onderzoek nog niet beschikbaar.

De registratiesets van de tweede helft van 2005 zijn gebruikt om inzicht te verkrijgen in de aard van de hulpvraag, de soort hulpverlening, de doelgroep en de betaalbaarheid. Ten aanzien van de productie (in termen van het aantal cliënten) zijn de sets van 2003, 2004 en 2005 gebruikt, om ontwikkelingen in de tijd te laten zien. Vervolgens hebben we een vergelijking gemaakt met de periode 2000 – 2002 op basis van de publicatie *Abortus in Nederland 2001 – 2002, Verslag van de landelijke abortusregistratie* door C. Wijsen en J. Rademakers (2003)

Het onderzoek van Rutgers Nisso Groep (*Tevredenheid over de medische en seksuologische hulpverlening in de eerstelijnscentra*) is gebruikt om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit (in termen van klanttevredenheid) van de hulpverlening en de betaalbaarheid.

Ten slotte is een model ontwikkeld om uitspraken te doen over de landelijke dekking en spreiding. Hierbij is gebruik gemaakt van de deskundigheid van het adviesbureau de Praktijk Index.

Financiële analyse

Op basis van financiële informatie van de MH/SH-centra hebben we een financiële analyse uitgevoerd. Voor de financiële analyse hebben we gebruik gemaakt van de jaarverslagen of exploitatieoverzichten van de instellingen, de aanvragen tot subsidievaststellingen en van de informatie uit de registratiesets (productiegegevens). Ook hebben we de doelmatigheid van de subsidieparagraaf onderzocht.

2.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 gaan we in op de plaats van de medische en seksuologische hulpverlening binnen de zorg voor de seksuele en reproductieve gezondheid. De effectiviteit van de medische en seksuologische hulpverlening komt aan de orde in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 beschrijven we de resultaten van de financiële analyse. Hoofdstuk 6 geeft een overzicht van mogelijke organisatie- en financieringsvormen voor medische en seksuologische hulpverlening; daarnaast gaan we in op de meest wenselijke en haalbare organisatie- en financieringsvorm voor de toekomst.

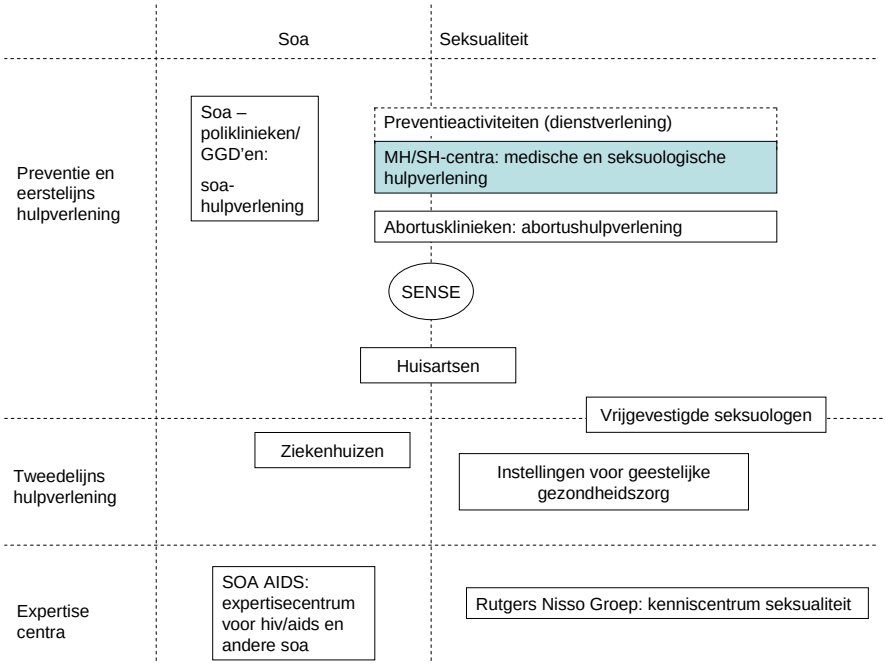
3 Plaats van de medische en seksuologische hulpverlening

In dit hoofdstuk gaan we in op de plaats van de medische en seksuologische hulpverlening binnen de zorg voor de seksuele en reproductieve gezondheid. Eerst besteden we aandacht aan de positionering van de medische en seksuologische hulpverlening (3.1). We beschrijven de aanbieders op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid en de plaats van de MH/SH-centra hierin. Vervolgens besteden we aandacht aan de soort hulpverlening die wordt geboden in de MH/SH-centra en de cliënten die er komen (3.2). De informatie hierover is afkomstig uit de registratiesets die zijn aangeleverd door de MH/SH-centra.

3.1 Positionering

Verschillende aanbieders zijn actief op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid. Figuur 3.1 geeft de plaats weer van de MH/SH-centra ten opzichte van andere aanbieders op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid. De figuur beperkt zich tot de aanbieders op het gebied van soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening. In de figuur maken we onderscheid in aanbieders waarvoor geen verwijzing nodig is (eerstelijns hulpverlening) en aanbieders waarvoor wel een verwijzing nodig is (tweedelijns hulpverlening).

Figuur 3.1. Positionering van de MH/SH-centra



Hieronder geven we een toelichting op de aanbieders:

MH/SH-centra

Zeven MH/SH-centra worden gesubsidieerd vanuit de subsidieparagraaf Medische en seksuologische hulpverlening. Subsidie wordt verleend voor medische en seksuologische hulpverlening. De MH/SH-centra zijn ondergebracht bij abortusklinieken (zie hieronder). Voor drie MH/SH-centra zijn aparte rechtspersonen opgericht.

Volgens de subsidieparagraaf bestaat de medische hulpverlening uit het geven van consulten aan cliënten in de vorm van voorlichting, begeleiding en hulp op het gebied van seksualiteit, waaronder anticonceptie, op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen en op het gebied van seksuele problemen.

De seksuologische hulpverlening bestaat (volgens de subsidieparagraaf) uit het in individuele gesprekken, relatiegesprekken dan wel in groepstherapie bieden van hulp, door een seksuoloog die in het Register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS) is ingeschreven, aan cliënten bij seksuele problemen, seksuele disfuncties en seksuele identiteitsstoornissen.

De financiering van preventieactiviteiten maakt geen deel uit van de subsidiëring. Sommige centra voeren wel op aanvraag preventieactiviteiten uit tegen betaling of in de vrije tijd van hulpverleners (op vrijwillige basis).

Op grond van de subsidieparagraaf zijn de MH/SH-centra verplicht per consult of per gesprek een eigen bijdrage te vragen. De centra moeten er zorg voor dragen dat de eigen bijdrage voor een medisch consult gemiddeld EUR 23 bedraagt en voor een seksuologisch gesprek of groepsgesprek gemiddeld EUR 48.

Meestal worden de kosten van de medische en seksuologische hulpverlening of de eigen bijdrage hiervoor niet vergoed door zorgverzekeraars. Volgens de NVVS (bron: website) vergoedt een beperkt aantal zorgverzekeraars (gedeeltelijk) seksuologische hulp als aan een aantal voorwaarden is voldaan. De website noemt drie kleinere verzekeraars en één grote verzekeraar die (gedeeltelijk) seksuologische hulp vergoeden. Meestal geldt een aantal voorwaarden voor vergoeding, zoals een verwijzing door de huisarts, een eigen bijdrage, een BIG-registratie van de hulpverlener (als arts, psychotherapeut en/of als gezondheidszorgpsycholoog) en/of een registratie als seksuoloog NVVS. In een aantal gevallen kan aanspraak worden gemaakt op een vergoeding vanuit de AWBZ als de seksuoloog ook psychotherapeut is. De verzekeraars die psychotherapeutische hulp vergoeden hebben meestal een aantal praktijken of individuele hulpverleners gecontracteerd, waar zij hun patiënten naar toe sturen. Het percentage vergoeding en het maximum aantal consulten dat kan worden vergoed, verschilt per verzekeraar.

Abortusklinieken

Zestien abortusklinieken ontvangen subsidie op basis van artikel 2.11 (‘Abortusklinieken’) van de Regeling subsidies AWBZ. De gesubsidieerde activiteiten bestaan uit zwangerschapsonderbreking in de zin van de Wet afbreking zwangerschap, overtijdbehandelingen en de aan beide vormen verbonden behandelingsvormen nazorg voor AWBZ-verzekeringsgerechtigden.

De abortusklinieken vallen onder de reikwijdte van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Hulpvragers (voor abortushulpverlening) betalen geen eigen bijdrage voor hulp die valt onder de gesubsidieerde activiteiten.

Soa-centra

Vanaf 1 januari 2006 wordt de aanvullende curatieve soa-bestrijding georganiseerd vanuit acht regio’s. Per regio is één coördinerende GGD aangewezen. In elke regio is minimaal één laagdrempelige voorziening waar mensen kosteloos en desgewenst anoniem terecht kunnen. De acht coördinerende GGD’en kunnen op basis van de Subsidieregeling Publieke Gezondheid, paragraaf 6 (Aanvullende curatieve soa-bestrijding) aanspraak maken op een instellingssubsidie als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. De subsidie wordt verleend voor het uitvoeren van gepaste soa-coördinatie en toereikende soa-bestrijding. De bestrijding is gericht op vijf soa’s (chlamydia trachomatis, gonorroe, syfilis, hiv en hepatitis B). De hoogte van de subsidie is onder meer afhankelijk van het totale aantal soa's dat in het verzorgingsgebied van de desbetreffende coördinerende GGD in het kader van de soa-bestrijding is geconstateerd. In de subsidieregeling is bepaald dat van cliënten geen betalingen worden verlangd voor soa-bestrijding.

Sense

Vanaf 2005 zijn in drie regio’s projecten gestart die moeten leiden tot een verbetering van de eerstelijns seksuele en reproductieve gezondheid. Er worden eerstelijnscentra (onder de naam 'Sense') opgericht die een geïntegreerd aanbod op het gebied van anticonceptie, soa en seksuologische hulpverlening gaan bieden. De hulp is laagdrempelig: hulpvragers kunnen zonder verwijzing terecht bij de eerstelijnscentra. In de regio’s Zuid-Holland, Midden-Holland en Flevoland zijn samenwerkingsverbanden, op basis van een projectplan, begin 2005 gestart met de vormgeving van de centra. Een begeleidend evaluatieonderzoek moet aantonen of de waardering en het aantal gebruikers gedurende de looptijd van de projecten is gestegen. Deze evaluatie is inmiddels gestart.

De projectkosten van de drie pilots worden gefinancierd door ZonMw in het vervolgprogramma Seksualiteit. De kosten van de hulpverlening zelf worden niet gefinancierd door ZonMw. Bestaande organisaties, zoals GGD’en, soa-poliklinieken, ziekenhuizen en eerstelijnscentra voor medische en seksuologische hulpverlening, voeren de projecten uit. In de pilots wordt geëxperimenteerd met verschillende organisatievormen van geïntegreerde hulpverlening op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid.

In de regio Noord-Nederland gaat binnenkort ook een samenwerkingsproject onder de naam 'Sense' van start en ook in Gelderland denkt men hierover. Deze initiatieven maken echter geen deel uit van het vervolgprogramma Seksualiteit.

Huisartsen

Eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening is onderdeel van het takenpakket van de huisarts. De zorg van de huisarts wordt vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet.

Ziekenhuizen

De somatische tweedelijns seksualiteitshulpverlening wordt uitgevoerd door ziekenhuizen. De hulpverlening wordt geboden vanuit een polikliniek seksuologie, een polikliniek gynaecologie of een polikliniek urologie. Voor de specialismen gynaecologie en urologie bestaan Diagnose Behandel Combinaties (DBC) ten aanzien van seksuele disfuncties/seksuele problematiek. De ziekenhuiszorg wordt vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet.

GGZ-instellingen

In de interviews komt naar voren dat ook sommige instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) seksuele problemen behandelen. Het gaat dan bijvoorbeeld om seksuele problemen waarbij sprake is van psychische of psychiatrische comorbiditeit. Als de hulpverlening valt onder de noemer 'psychotherapie' moet de cliënt een eigen bijdrage betalen. Het aantal zittingen dat kan worden vergoed, is gemaximeerd.

Vrijgevestigde seksuologen

Een deel van de seksuologen werkt als vrijgevestigde seksuoloog. Op dit moment is er geen door de overheid erkende opleiding tot seksuoloog. Wel kunnen gekwalificeerde seksuologen zich registreren bij de NVVS als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Voor registratie is als vooropleiding een academische opleiding, of daaraan gelijk gesteld niveau, vereist. Verder moet een door de NVVS geaccrediteerde opleiding seksuologie zijn gevolgd en zijn er eisen gesteld aan supervisie en werkervaring. De NVVS heeft een klacht- en tuchtreglement en er zijn eisen gesteld aan de herregistratie elke vijf jaar. Meestal worden de kosten niet vergoed door zorgverzekeraars; de cliënten betalen de zorg meestal zelf.

Expertisecentra

Op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid zijn er twee kenniscentra: de Rutgers Nisso Groep en Soa Aids Nederland.

De Rutgers Nisso Groep is het kenniscentrum op het gebied van seksualiteit. De Rutgers Nisso Groep wil een bijdrage leveren aan de verbetering van voorlichting, preventie, hulpverlening en

beleid door het verzamelen en verspreiden van kennis. De Rutgers Nisso Groep doet dat door middel van wetenschappelijk onderzoek en het ontwikkelen van praktisch toepasbare diensten en producten voor verschillende doelgroepen, zoals lespakketten, trainingen, websites, boeken en brochures.

Soa Aids Nederland is het expertisecentrum op het gebied van hiv en andere soa. Soa Aids Nederland komt voort uit de fusie van het Aids Fonds met de Stichting soa-bestrijding. Soa Aids Nederland heeft als missie de verspreiding van hiv en andere soa tegen te gaan, het bevorderen van de kwaliteit en effectiviteit van zowel de hiv- en soabestrijding en het ondersteunen van mensen met hiv en andere soa.

Overzicht

In het schema hieronder geven we een overzicht van de aanbieders van seksuele en reproductieve gezondheid en de soort hulpverlening die wordt geboden.

Tabel 3.1. Soort hulpverlening per aanbieder

Aanbieder	Medische en seksuologische hulpverlening	Soa	Abortus-hulpverlening
MH/SH-centra	●	●	
Abortusklinieken	(●)[1]		●
Soa-centra		●	
Sense	●	●	(●)[2]
Huisartsen	●	●	
Ziekenhuizen	●		
GGZ-instellingen	●		
Vrijgevestigde seksuologen	●		

Relatie tussen aanbod

In het overzicht hierboven wordt duidelijk dat er verschillende soorten aanbieders zijn op het gebied van medische en seksuologische hulpverlening, soa-bestrijding en abortushulpverlening. De MH/SH-centra onderscheiden zich van andere aanbieders door de combinatie van laagdrempeligheid (geen verwijzing nodig), anonimiteit en het soort hulpverlening.[3]

[1] Hierbij gaat het om consulten die geen behandeling tot gevolg hebben.
[2] In één van de drie Sense-projecten wordt abortushulpverlening aangeboden.
[3] De definiëring en afbakening van het begrip seksuele gezondheid(szorg) en de afbakening van de eerstelijns en tweedelijnszorg zijn (onder meer) onderwerp van het document *Seksuele gezondheid in Nederland – een raamwerk voor vernieuwing van de eerstelijns gezondheidszorg rondom seksualiteit en reproductie per januari 2008.* Het document is in 2006 opgesteld door NVVS, Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland, Centra voor Anticonceptie Seksualiteit en Abortus Nederland, Sense Midden-Holland/Sense Zuidelijk Zuid-Holland, Rutgers Nisso Groep en Stichting Anticonceptie Nederland.

Als we kijken naar de medische en seksuologische hulpverlening, is het hulpverleningsaanbod deels complementair. Bijvoorbeeld: hulpvragers met medische en seksuologische problemen die niet in de eerste lijn (MH/SH-centra of huisartsen) kunnen worden behandeld, kunnen worden verwezen naar de tweede lijn (ziekenhuis of GGZ-instelling).

Gedeeltelijk is er overlap, waardoor keuzemogelijkheden ontstaan. Hulpvragers kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om met seksualiteitsvragen naar de huisarts te gaan maar zij kunnen ook terecht bij een MH/SH-centrum (bijvoorbeeld als zij anonimiteit van belang vinden). Soms kunnen ook financiële motieven een rol spelen bij de keuze voor de aanbieder. Hulpvragers met een soa-hulpvraag kunnen bijvoorbeeld gratis terecht bij een soa-polikliniek terwijl zij bij een MH/SH-centrum een eigen bijdrage moeten betalen.

De verschillende organisaties werken ook met elkaar samen. Een aantal MH/SH-centra heeft bijvoorbeeld afspraken gemaakt met een GGD (of is daarmee bezig) om samen te werken bij de soa-bestrijding. De afspraken worden gemaakt met GGD'en die als coördinerende organisatie zijn aangewezen om de aanvullende curatieve soa-bestrijding te organiseren.

De gedifferentieerde financieringssystematiek kan ertoe leiden dat hulpvragers niet altijd het meest passende aanbod ontvangen of dat zij een duurder aanbod ontvangen dan nodig is. In de interviews is bijvoorbeeld naar voren gekomen dat een deel van de hulpvragers die in ziekenhuizen worden behandeld, beter bij een MH/SH-centrum zou kunnen worden behandeld omdat de hulpverlening die in het centrum wordt geboden beter past bij de hulpvraag. Hulpvragers kunnen er echter belang bij hebben om naar een ziekenhuis te gaan omdat deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Ook hulpvragers voor wie een MH/SH-centrum moeilijk bereikbaar is, kunnen ervoor kiezen om hulp te zoeken bij een ziekenhuis dat dichter in de buurt is. Ten slotte wordt in de gesprekken naar voren gebracht dat huisartsen niet altijd op de hoogte zijn van het bestaan van een MH/SH-centrum. De onbekendheid kan ertoe leiden dat hulpvragers worden verwezen naar een ziekenhuis in plaats van een MH/SH-centrum.

3.2 Soort hulpverlening en cliënten

In deze paragraaf gaan we in op kenmerken van de hulpverlening en het cliëntenbestand. De informatie is gebaseerd op de gegevens van de registratiesets van de MH/SH-centra over de tweede helft van 2005.

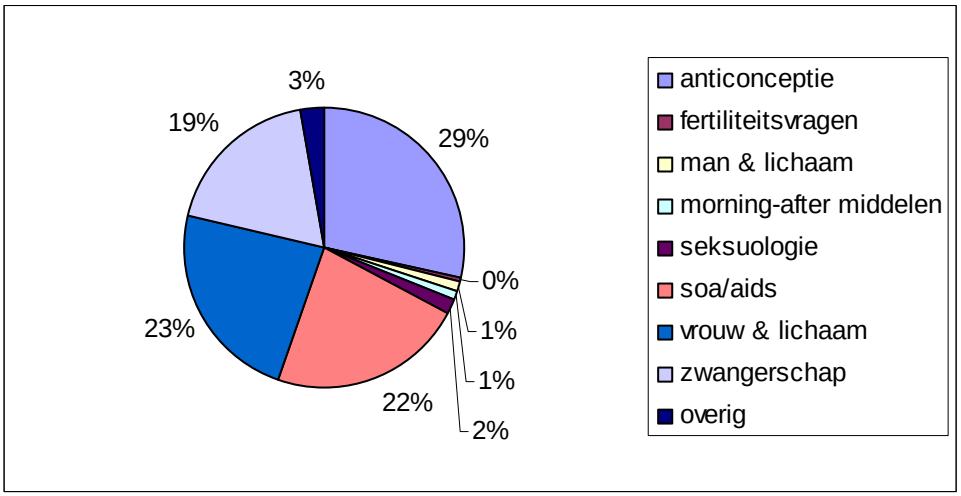
Volgens een aantal MH/SH-centra is de betrouwbaarheid van de geregistreerde gegevens niet optimaal. MH/SH-centra registreren gegevens niet altijd op dezelfde wijze en in sommige gevallen levert het geautomatiseerde registratiesysteem niet alle gegevens voor de registratiesets. Ook in de verkennende evaluatie van het CVZ (*Evaluatie subsidieparagraaf medische en seksuologische hulpverlening)* blijkt dat gegevens niet altijd eenduidig worden geregistreerd (met name consulten). Voor dit onderzoek hebben we ons beperkt tot registratiegegevens die volledig zijn ingevuld. Wel is – vanwege enkele onvolkomenheden in de registratie – enige voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de uitkomsten.

Aard van de hulpvraag

Bij cliënten voor medische hulpverlening (hierna: MH-cliënten) komen hulpvragen over anticonceptie het meest voor (29%), gevolgd door vragen ten aanzien van 'vrouw en lichaam' (23%), soa (22%) en zwangerschap (19%). Zie figuur 3.2.

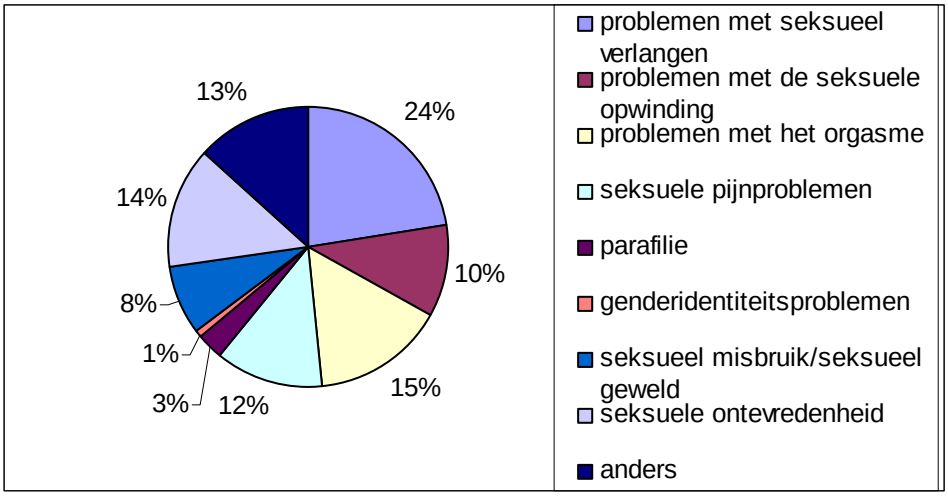
De meest voorkomende hulpvraag van mannen heeft betrekking op soa (83% van de mannelijke MH-cliënten). Navraag bij enkele MH/SH-centra leert dat het meestal gaat het om mannen die zich willen laten testen op een soa na onveilige seks of als zij een vaste relatie aangaan (preventieve tests). De meest voorkomende hulpvraag van vrouwen heeft betrekking op anticonceptie (32% van de vrouwelijke MH-cliënten).

Figuur 3.2. Belangrijkste hulpvraag van MH-cliënten



Bij cliënten voor seksuologische hulpverlening (hierna: SH-cliënten) komen hulpvragen over seksueel verlangen het meest voor (24%), gevolgd door vragen ten aanzien van orgasme (15%), seksuele ontevredenheid (14%) en seksuele pijnproblemen (12%). Zie figuur 3.3.

Figuur 3.3. Belangrijkste hulpvraag van SH-cliënten



De meest voorkomende hulpvraag van mannen heeft betrekking op seksuele ontevredenheid (24% van de mannelijke SH-cliënten); de meest voorkomende hulpvraag van vrouwen heeft betrekking op problemen met seksueel verlangen (27% van de vrouwelijke SH-cliënten).

Aantal gesprekken per cliënt

Gegevens over het aantal consulten per individuele cliënt zijn niet opgenomen in de registratiesets. Wel is het mogelijk om het gemiddelde aantal consulten per cliënt te berekenen door het totale aantal consulten te delen door het aantal cliënten. Het gemiddelde aantal consulten voor medische hulpverlening in 2005 was 1,3. Het gemiddelde aantal consulten voor seksuologische hulpverlening in 2005 was 2,2.

Het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep geeft inzicht in de duur van de behandeling voor seksuologische hulpverlening. Als de behandeling bestaat uit individuele gesprekken is het gemiddelde aantal gesprekken 8,4 met een sterk uiteenlopende range van 1 tot 100. Voor gesprekken met een partner is het gemiddelde aantal gesprekken 5,2 en voor groepsgesprekken 12,6. Het gemiddelde voor alle soorten gesprekken is 9,9.

We kunnen de twee uitkomsten voor seksuologische hulpverlening (gemiddelde aantal consulten: 2,2 – duur van de behandeling: 8,4) niet goed met elkaar vergelijken. In de vragenlijst van de Rutgers Nisso Groep is gevraagd naar de duur van de behandeling per cliënt. In de berekening die is gemaakt op basis van de registratiesets, is het totale aantal consulten in één kalenderjaar gedeeld door het totale aantal cliënten in één kalenderjaar. Dit kengetal geeft geen uitsluitsel over het aantal consulten per individuele cliënt. Het kan namelijk zijn dat een cliënt wordt behandeld in twee of meer kalenderjaren.

Het gemiddelde aantal gesprekken van 8,4 (uit het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep) valt mogelijk hoog uit door behandelingen waarvan het aantal gesprekken sterk afwijkt van het gemiddelde. De langste behandeling bestond uit 100 gesprekken.

Soort gesprekken

De verdeling van het soort gesprekken voor seksuologische hulpverlening is weergegeven in tabel 3.2 (de gegevens hebben betrekking op een half jaar, de tweede helft van 2005).[4] Uit deze tabel wordt duidelijk dat twee derde van de cliënten een individueel gesprek heeft en een derde een gesprek met partner erbij. Voor vijf van de zeven centra is bekend dat de partners van de hoofdcliënt in deze telling ook als cliënt zijn gerekend.

Groepsgesprekken worden nauwelijks uitgevoerd. In 2005 zijn bij drie van de zeven centra groepsgesprekken uitgevoerd; het totale aantal cliënten dat aan groepsgesprekken heeft deelgenomen is zeer klein. Redenen om geen groepsgesprekken aan te bieden zijn (volgens MH/SH-centra): onvoldoende aantal cliënten met een gelijke hulpvraag, geringe belangstelling van cliënten (cliënten willen geen seksuele problemen in een groep bespreken), te grote tijds- en geldinvestering voor cliënten en organisatieproblemen (het organiseren van een groep kost veel tijd voor een MH/SH-centrum).

Tabel 3.2. Soort gesprek van SH-cliënten

Soort gesprek	Aantal cliënten	Percentage
Individueel	524	67%
Paar	253	32%
Groep	8	1%
Totaal	**785**	**100%**

Doelgroep

De leeftijdsverdeling voor MH-cliënten is weergegeven in tabel 3.3. De gegevens hebben betrekking op een half jaar (de tweede helft van 2005). Uit de tabel wordt duidelijk dat het aantal mannelijke cliënten 11% uitmaakt van het totale aantal cliënten. Het aantal jongeren tot 24 jaar bedraagt 27% van het totale aantal cliënten in de tweede helft van 2005.

[4] Voor medische hulpverlening wordt in de registratiesets geen uitsplitsing gemaakt naar het soort gesprek.

Tabel 3.3. Verdeling van het aantal MH-cliënten naar leeftijd en sekse

Leeftijd	Man (aantal)	Man (percentage)	Vrouw (aantal)	Vrouw (percentage)	Totaal (aantal)	Totaal (percentage)
10-15 jaar	0	0%	37	1%	37	1%
16-18 jaar	0	0%	142	6%	142	5%
19-24 jaar	53	16%	553	22%	606	21%
25-29 jaar	48	15%	414	16%	462	16%
30-34 jaar	55	17%	584	23%	639	22%
35-39 jaar	56	17%	298	12%	354	12%
40-44 jaar	36	11%	215	8%	251	9%
45-49 jaar	29	9%	90	4%	119	4%
50-54 jaar	12	4%	78	3%	90	3%
55-59 jaar	17	5%	123	5%	140	5%
60-64 jaar	11	3%	28	1%	39	1%
65-69 jaar	3	1%	6	0%	9	0%
70-74 jaar	4	1%	0	0%	4	0%
75-79 jaar	2	1%	2	0%	4	0%
80 jaar en ouder	2	1%	0	0%	2	0%
Niet bekend	0	0%	0	0%	0	0%
Totaal	**328**	**100%**	**2570**	**100%**	**2898**	**100%**

De leeftijdsverdeling voor de SH-cliënten is weergegeven in tabel 3.4. De gegevens hebben betrekking op een half jaar (de tweede helft van 2005). Het percentage mannelijke SH-cliënten (46%) is fors hoger dan het aandeel mannelijke MH-cliënten. Het aantal jongeren tot 24 jaar bedraagt 13% van het totale aantal cliënten in de tweede helft van 2005.

Tabel 3.4. Verdeling van het aantal SH-cliënten naar leeftijd en sekse

Leeftijd	Man (aantal)	Man (percentage)	Vrouw (aantal)	Vrouw (percentage)	Totaal (aantal)	Totaal (percentage)
10-15 jaar	0	0%	0	0%	0	0%
16-18 jaar	1	0%	4	1%	5	1%
19-24 jaar	26	7%	70	17%	96	12%
25-29 jaar	50	14%	113	27%	163	21%
30-34 jaar	66	18%	67	16%	133	17%
35-39 jaar	70	19%	57	14%	127	16%
40-44 jaar	48	13%	40	10%	88	11%
45-49 jaar	34	9%	19	5%	53	7%
50-54 jaar	19	5%	16	4%	35	4%
55-59 jaar	21	6%	16	4%	37	5%
60-64 jaar	14	4%	8	2%	22	3%
65-69 jaar	9	2%	0	0%	9	1%
70-74 jaar	3	1%	0	0%	3	0%
75-79 jaar	1	0%	0	0%	1	0%
80 jaar en ouder	0	0%	0	0%	0	0%
Niet bekend	3	1%	10	2%	13	2%
Totaal	**365**	**100%**	**420**	**100%**	**785**	**100%**

De verdeling naar etniciteit voor cliënten medische hulpverlening is weergegeven in tabel 3.5.[5] Van de MH-cliënten is 72% van autochtone afkomst. Het aandeel allochtonen (eerste en tweede generatie) in de totale bevolking is 19,2%.[6] De definitie die de MH/SH-centra hebben gehanteerd is dezelfde als de definitie van CBS.

Tabel 3.5. Verdeling van het aantal MH-cliënten naar etniciteit

Etniciteit	Man (aantal)	Man (percentage)	Vrouw (aantal)	Vrouw (percentage)	Totaal (aantal)	Totaal (percentage)
Autochtoon	272	84%	1796	70%	2068	72%
Allochtoon	31	10%	449	18%	480	17%
Overig	22	7%	313	12%	335	12%
Totaal	**325**	**100%**	**2558**	**100%**	**2883**	**100%**

De verdeling naar etniciteit voor cliënten seksuologische hulpverlening is weergegeven in tabel 3.6. Van de SH-cliënten is 83% van autochtone afkomst. Dit aandeel is hoger dan het aandeel autochtone cliënten bij medische hulpverlening.

Tabel 3.6. Verdeling van het aantal SH-cliënten naar etniciteit

Etniciteit	Man (aantal)	Man (percentage)	Vrouw (aantal)	Vrouw (percentage)	Totaal (aantal)	Totaal (percentage)
Autochtoon	218	82%	293	85%	511	83%
Allochtoon	28	11%	31	9%	59	10%
Overig	20	8%	22	6%	42	7%
Totaal	**266**	**100%**	**346**	**100%**	**612**	**100%**

De weg naar de kliniek

In het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep is nagegaan op welke wijze de cliënten bij het MH/SH-centrum terecht zijn gekomen.

Van de MH-cliënten is 75,5% op eigen initiatief naar het MH/SH-centrum gegaan; 10,7% is doorverwezen door de huisarts en 4,1% door een andere hulpverlener. 9,5% is op een andere manier bij het MH/SH-centrum terecht gekomen. Dit betekent dat ze op advies van andere hulpverleners of bekenden zijn gegaan, dat ze eerder zijn geweest of dat ze een oproep hebben gekregen voor bevolkingsonderzoek.

Van de SH-cliënten is 45,9% op eigen initiatief naar het MH/SH-centrum gegaan; 32,1% is doorverwezen door de huisarts en 10,7% door een andere hulpverlener. 10,7% is op een andere manier bij het MH/SH-centrum terecht gekomen (bijvoorbeeld via vrienden of familie).

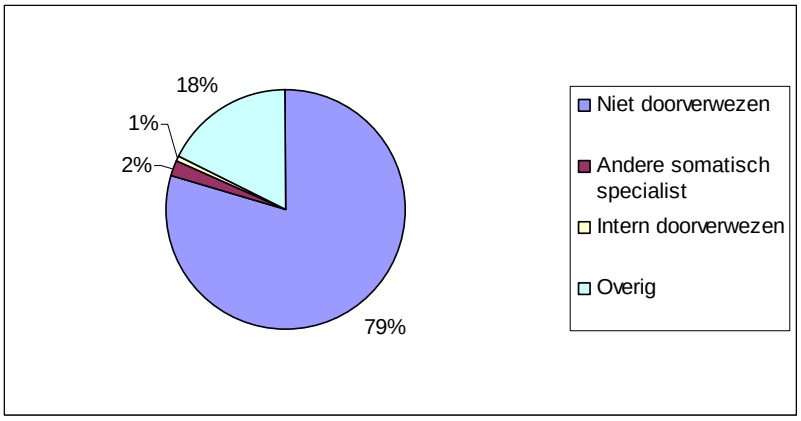
[5] Het totale aantal cliënten in tabel 3.5 correspondeert niet geheel met het totale aantal cliënten in tabel 3.3. Er is een klein verschil omdat niet voor alle cliënten de etniciteit bekend is of geregistreerd. Hetzelfde geldt voor het totale aantal cliënten in tabel 3.6 ten opzichte van het totale aantal cliënten in tabel 3.4. Hier is het verschil groter.
[6] We zijn uitgegaan van het aandeel allochtonen eerste en tweede generatie in 2005 volgens CBS-cijfers. Het aantal allochtonen eerste en tweede generatie in 2005 bedroeg 3.122.717 ten opzichte van een totale bevolking van 16.305.526.

De meeste cliënten (zowel MH-cliënten als SH-cliënten) zijn op eigen initiatief naar de kliniek gegaan. Opvallend is dat het percentage MH-cliënten dat op eigen initiatief naar de kliniek gaat (75,5%) veel groter is dan het percentage SH-cliënten (45,9%). Daar staat tegenover dat SH-cliënten vaker worden doorverwezen dan MH-cliënten.

Doorverwijzingen

Figuur 3.4 geeft inzicht in de doorverwijzingen van MH-cliënten. 79% van de MH-cliënten wordt niet doorverwezen. Op basis van informatie van de registratiesets kan voor een groot deel van de categorie 'overig' niet worden achterhaald naar welke hulpverleners de hulpvrager is verwezen.

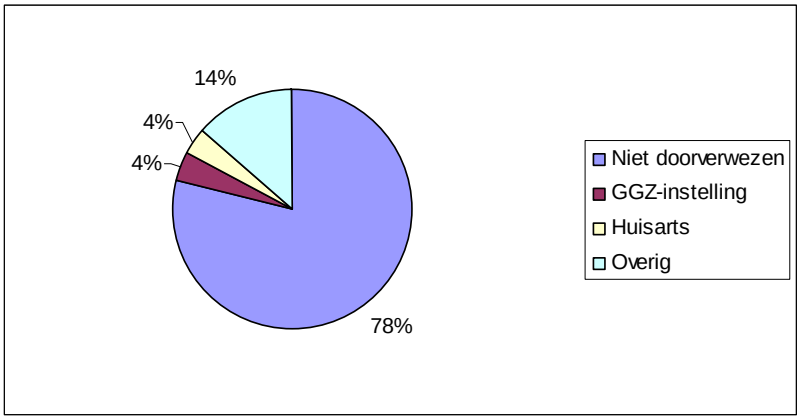
Figuur 3.4. Doorverwijzingen MH-cliënten



Figuur 3.5 geeft inzicht in de doorverwijzingen van SH-cliënten. 78% van de SH-cliënten wordt niet doorverwezen. Op basis van informatie van de registratiesets kan voor een groot deel van de categorie 'overig' niet worden achterhaald naar welke hulpverleners de hulpvrager is verwezen.

Uit gesprekken met hulpverleners komt naar voren dat seksuologische problemen niet altijd kunnen worden opgelost – gezien de complexe aard van het probleem. Voor zover seksuologische problemen niet geheel kunnen worden opgelost, kan de behandeling volgens hulpverleners in de meeste gevallen toch succesvol worden afgesloten, zonder doorverwijzing. In de behandeling heeft de cliënt bijvoorbeeld geleerd om het probleem hanteerbaar te maken (ook al is het probleem zelf niet opgelost) of de cliënt heeft zijn of haar verwachtingen ten aanzien van het resultaat van de behandeling bijgesteld.

Figuur 3.5. Doorverwijzingen SH-cliënten



Eigen bijdrage

De MH/SH-centra hanteren wisselende criteria op basis waarvan de eigen bijdrage wordt gedifferentieerd.

Voor de medische hulpverlening zijn er vijf centra waarbij de leeftijd bepalend is voor de eigen bijdrage, twee centra maken hierin geen onderscheid.

Voor de seksuologische hulpverlening wordt door zes centra het inkomen als criterium gehanteerd, hoewel zij daarbij wel verschillende inkomensgrenzen hanteren. Eén centrum hanteert een speciaal tarief voor studenten en bijstandsgerechtigden.

Bij de seksuologische hulpverlening zijn drie soorten consulten mogelijk: individuele consulten, paar consulten en groepsconsulten. Bij zes centra wordt voor deze consulten in het tarief geen onderscheid gemaakt, één centrum hanteert wel verschillende tarieven.

4 Effectiviteit

In dit hoofdstuk gaan we in op de effectiviteit van de medische en seksuologische hulpverlening. De gegevens die wij hiervoor gebruiken, zijn afkomstig van de registratiesets van de MH/SH-centra en uit bestaand onderzoeksmateriaal, zoals het rapport *Tevredenheid over de medische en seksuologische hulpverlening in de eerstelijnscentra* van de Rutgers Nisso Groep. Daarnaast zijn de visies van gesprekspartners over de effectiviteit in dit hoofdstuk opgenomen.

We beoordelen de effectiviteit aan de hand van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de hulpverlening. In 4.1 gaan we in op de kwaliteit van de eerstelijns hulpverlening vanuit cliëntperspectief. De kwaliteit vanuit het perspectief van de hulpverleners bespreken we in 4.2. De toegankelijkheid komt aan de orde in 4.3. In 4.4 besteden we apart aandacht aan de landelijke dekking en spreiding, als onderdeel van 'toegankelijkheid'. In 4.5 gaan we in op de betaalbaarheid van de hulpverlening.

4.1 Kwaliteit volgens cliënten

In dit onderzoek meten we de kwaliteit van de hulpverlening af aan de klanttevredenheid van de cliënten van MH/SH-centra. Informatie over de klanttevredenheid is beschikbaar via het hierboven genoemde rapport van de Rutgers Nisso Groep. De gegevens uit dit onderzoek hebben betrekking op 2004.

Hieronder gaan we in op de belangrijkste conclusies uit dit rapport ten aanzien van de klanttevredenheid. We maken daarbij onderscheid in MH-cliënten en SH-cliënten.

Medische hulpverlening

- Over het algemeen zijn MH-cliënten tevreden over de gang van zaken in de kliniek. Rond de drie kwart of meer is tevreden of heel tevreden met de meest praktische kanten. Alleen over de schriftelijke informatie en de wachttijd in de wachtkamer zijn de cliënten minder tevreden, hoewel ook (ruim) de helft van de respondenten uit het onderzoek aangeeft (heel) tevreden te zijn;

- MH-cliënten zijn over verschillende aspecten van de hulpverlening buitengewoon tevreden. Slechts 1 à 2% is ontevreden of heel ontevreden over de behandeling. Het minst tevreden zijn cliënten over het resultaat van de behandeling, maar nog altijd bijna drie kwart is daar tevreden of heel tevreden over;

- De cliënten hebben gemiddeld een rapportcijfer van 8,5 (op een schaal van 1 tot 10) gegeven over de hulp die zij hebben gekregen;

- 64% van de MH-cliënten geeft aan dat zij in de toekomst 'beslist wel' weer naar dezelfde kliniek zouden gaan; 31% heeft geantwoord 'ik denk het wel';

- De tevredenheid over de hulpverlening, het resultaat van de behandeling en het rapportcijfer hangen samen met leeftijd: hoe jonger de cliënt, des te meer ontevreden. Cliënten met een seksueel probleem zijn significant minder tevreden over het resultaat van de behandeling dan bijna alle andere groepen.

Seksuologische hulpverlening

- Over het algemeen zijn SH-cliënten tevreden over de gang van zaken in de kliniek, hoewel wat minder dan de MH-cliënten. Zo is 13% ontevreden tot heel ontevreden over de telefonische bereikbaarheid;

- SH-cliënten zijn over verschillende aspecten van de hulpverlening tevreden; alleen over het resultaat van de behandeling zijn cliënten minder tevreden;

- De cliënten hebben gemiddeld een rapportcijfer van 7,8 (op een schaal van 1 tot 10) gegeven over de hulp die zij hebben gekregen;

- 35% van de SH-cliënten geeft aan dat zij in de toekomst 'beslist wel' weer naar dezelfde kliniek zouden gaan; 45% heeft geantwoord 'ik denk het wel';

- De tevredenheid over de hulpverlening, het resultaat van de behandeling en het rapportcijfer hangen samen met de duur van de behandeling: hoe langer de behandeling heeft geduurd, des te meer tevreden.

Vergelijking medische en seksuologische hulpverlening

MH-cliënten en SH-cliënten verschillen significant van elkaar over de tevredenheid over de hulpverlening, de tevredenheid over de gang van zaken in de kliniek, het resultaat van de behandeling en het rapportcijfer. SH-cliënten zijn minder tevreden dan MH-cliënten. Volgens het rapport van de Rutgers Nisso Groep zijn seksuele problemen, meer dan een hulpvraag over anticonceptie of een uitstrijkje, moeilijker op te lossen. Wellicht moeten resultaten ook wat meer worden afgewacht. Misschien speelt hier ook een rol dat meer dan driekwart van de SH-cliënten al meer dan een jaar last heeft van de klachten voor zij hulp hebben gezocht.

4.2 Kwaliteit volgens hulpverleners

In deze paragraaf brengen we de kwaliteit in kaart vanuit het perspectief van hulpverleners. We hebben in overleg met de NVVS een aantal mogelijke kwaliteitsvoorwaarden gedefinieerd, die we vervolgens door middel van telefonische interviews bij tien beroepsbeoefenaars (zowel medische hulpverlening als seksuologische hulpverlening) hebben getoetst. Hieronder geven we antwoord op de vraag aan welke voorwaarden de medische en seksuologische hulpverlening volgens de beroepsbeoefenaars moet voldoen en in hoeverre hier in de praktijk ook daadwerkelijk aan wordt voldaan.

Deskundigheid/opleidingsniveau

Tot nu toe is er geen door de overheid erkende opleiding tot seksuoloog. Door de NVVS worden drie registers bijgehouden van gekwalificeerde seksuologen, te weten een register voor leden met Aantekening Seksuologie NVVS, een register voor seksuologische hulpverleners NVVS SH en een register voor hen die werkzaam zijn op het terrein van seksuologische voorlichting, preventie en onderwijs (VPO). Opname in het register betekent dat wordt voldaan aan de kwaliteitseisen zoals die zijn vastgelegd in het registratiereglement van de NVVS. Volgens de eisen van de NVVS is voor de registratie in het register seksuoloog NVVS SH een academische opleiding (bijvoorbeeld geneeskunde, psychologie, pedagogiek) of een daaraan gelijk gesteld niveau vereist. Daarnaast is een aanvullende theoretische tweejarige opleiding noodzakelijk en 1.300 uur seksuologische hulpverlening (waarvan 900 patiëntcontact uren) onder begeleiding in een door de NVVS erkende werkomgeving. Voorts is 30 uur supervisie van een NVVS-erkende supervisor een verplicht element. De subsidieparagraaf schrijft voor dat de seksuologische hulp wordt verleend door een seksuoloog die in het register van de NVVS is ingeschreven.

De medische hulpverlening moet worden verleend door een arts of een verpleegkundige (dit is verplicht op basis van de subsidieparagraaf).

De meningen onder de beroepsbeoefenaars over de vereiste vooropleiding voor seksuoloog zijn verdeeld. Sommige beroepsbeoefenaars vinden een academische vooropleiding een vereiste en zijn van mening dat een HBO-achtergrond niet volstaat. Volgens hen reikt een HBO-opleiding over het algemeen onvoldoende kennis aan van de somatische problematiek en de psychotherapeutische en multidisciplinaire aanpak. Een aantal is echter van mening dat een 'HBO-plus'-opleiding kan volstaan, als de persoon voldoende therapeutisch inzicht en deskundigheid bezit en werkt onder verantwoordelijkheid van een seksuoloog met academische vooropleiding.

De medische hulpverlening is te typeren als eerstelijnsgezondheidszorg, waarbij in principe moet worden voldaan aan de eisen die worden gesteld aan het huisartsenwerk. De meeste hulpverleners vinden een academische achtergrond een vereiste. Voor zover verpleegkundigen worden ingezet voor medische hulpverlening, moeten deze altijd onder verantwoordelijkheid van een arts werken.

Het belang van registratie in het register NVVS SH of het register Aantekening Seksuologie NVVS wordt door alle beroepsbeoefenaren onderschreven. Hoewel deze registratie geen basis vormt voor eventuele vergoedingen door zorgverzekeraars, wordt dit toch als een kwaliteitskeurmerk beschouwd.

In aanvulling op het vereiste opleidingsniveau en registratie-eisen vinden hulpverleners mogelijkheden voor bij- en nascholing en deskundigheidsbevordering van belang.

Protocollen

Er is veel ervaring en expertise ontwikkeld op het terrein van seksuele gezondheid. Inhoudelijk zijn diverse protocollen ontwikkeld door diverse wetenschappelijke organisaties. Het raamwerk *Seksuele gezondheid in Nederland* noemt een aantal belangrijke protocollen die van toepassing zijn op de medische en seksuologische hulpverlening. Voor de seksuologische hulpverlening zijn dit de protocollen van de Nederlandse Vereniging voor Urologie (erectiele disfunctie), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (onder andere seksuele anamnese, vulvodynie, abnormaal vaginaal bloedverlies, diverse vormen van anticonceptie) en de behandelstrategieën bij seksuele disfuncties van de NVVS en het LOPS (Landelijk Overleg Poliklinieken Seksuologie). De eerstelijns standaarden van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (hormonale anticonceptie, soa-consult, fluor vaginalis, spiraal), de richtlijnen van het CBO (soa) en de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie (soa) gelden voor de medische hulpverlening als belangrijke protocollen.

Bijna alle beroepsbeoefenaars zijn bekend met de protocollen die op hen van toepassing zijn. In de praktijk wordt weinig puur protocollair gewerkt. In sommige gevallen blijkt de praktische toepasbaarheid (veel problemen zijn niet 'in hokjes' te plaatsen) van de protocollen beperkt. De protocollen vormen echter wel de achtergrond, het handvat, van de werkzaamheden. Iedere beroepsbeoefenaar ontwikkelt een eigen, op de cliënt toegepaste stijl, waarbij het klachtgericht werken het uitgangspunt is.

Naast bovengenoemde protocollen blijkt dat in de praktijk veel gebruik wordt gemaakt van andere protocollen. Hygiëneprotocollen, gedragsprotocollen en het prik-accidentenprotocol[7] worden in dit verband onder meer genoemd. Voor wat betreft de diagnostiek wordt het classificatiesysteem DSM-IV[8] regelmatig gebruikt.

Dossiervorming en rapportage

Het patiëntendossier moet volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) onder meer voldoen aan de bewaarplicht van ten minste 15 jaar. Verder moet het dossier toegankelijk zijn voor collega's die optreden als vervanger van de hulpverlener, vanuit het belang van de continuïteit van de hulpverlening.

Aan bovengenoemde eisen wordt door alle geïnterviewde beroepsbeoefenaren voldaan. Het belang van een goede documentatie en verslaglegging wordt door alle geïnterviewden onderschreven. De rapportering (voorgeschiedenis, anamnese, diagnostiek, uitslag, medicatie en advies) gebeurt bijna in alle gevallen op digitale wijze (elektronisch patiëntendossier), wat veelal als prettig en efficiënt wordt ervaren. Een aantal beroepsbeoefenaren twijfelt aan de veiligheid van een digitaal dossier en werkt daarom liever met pen en papier. Hulpverleners

[7] Het prik-accidentenprotocol is van toepassing op ieder prik- en besmettingsaccident en bevat standaard richtlijnen over de wijze van handelen in specifieke situaties.

[8] Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM) is een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen, dat door hulpverleners wordt gebruikt als handboek bij de diagnostiek. De huidige versie is de vierde editie, aangeduid als DSM-IV.

rapporteren niet of meestal niet naar de huisarts van hun cliënt. Het waarborgen van de anonimiteit en privacy zijn hiervoor de belangrijkste redenen. Patiënten komen juist omdat ze met een bepaald probleem niet naar de huisarts willen, of om een second opinion vragen. De MH/SH-centra zijn dan een bewuste keuze. Als patiënten door de huisarts worden verwezen, dan vormt rapportage meestal geen probleem. Toestemming wordt echter in alle gevallen aan de patiënt gevraagd.

Verder bestaat de mogelijkheid om voor de seksuologische hulpverlening de LOPS-registratie te gebruiken. In deze registratie worden seksuele disfuncties geregistreerd in een aantal categorieën. Zowel eerstelijns problematiek als tweedelijns problematiek kan hierin worden geregistreerd.

Alle beroepsbeoefenaars in de seksuologische hulpverlening zijn bekend met de LOPS-registratie, maar het wordt niet daadwerkelijk door iedereen als registratie-instrument gebruikt. De mogelijkheid om de LOPS-registratie als management/benchmarktool toe te passen wordt door de beroepsbeoefenaars erkend, maar wordt voornamelijk als een taak van de directie beschouwd.

Multidisciplinaire aanpak

Volgens het raamwerk *Seksuele gezondheid in Nederland* wordt elke casus na de intakefase idealiter in multidisciplinair verband besproken. In een teamvergadering waarin zowel medewerkers met een medisch-seksuologische achtergrond als medewerkers met een psychologisch-seksuologische achtergrond zitting hebben, moet een vast moment zijn om een casus in te brengen.

Gezien de relatief kleine personele omvang van de MH/SH-centra, blijkt dat in de praktijk een multidisciplinaire setting in de directe werksfeer niet altijd aanwezig is. In deze gevallen neemt de beroepsbeoefenaar bij een problematische casus contact op met een externe collega. Beroepsbeoefenaars beschouwen dit zeker niet als ideaal (het is lastig om continuïteit te creëren als gevolg van versnippering), maar kunnen gezien hun ervaring heel vaak eigenhandig naar tevredenheid van de cliënt de problematiek oplossen. Desondanks wordt deze ontwikkeling, niet alleen nu maar vooral met het oog op de toekomst, als zorgelijk bestempeld.

Als er wel mogelijkheden zijn voor multidisciplinair overleg, zijn naast de collega die medische of seksuologische hulpverlening biedt, vaak een verpleegkundige, gynaecoloog, gedragstherapeute of een bekkenbodemfysiotherapeut vertegenwoordigd. De onderlinge samenwerking tussen deze disciplines wordt in een aantal centra niet als optimaal ervaren, wat veelal wordt toegeschreven aan een gebrek aan tijd (veel parttime werkenden), financiële middelen of communicatie. Andere centra geven echter aan dat heel intensief wordt samengewerkt en dat dit perfect verloopt.

Verwijsmogelijkheden

Voor patiënten met een complexe problematiek zijn adequate verwijsmogelijkheden naar bijvoorbeeld een psychotherapeut, relatietherapeut, uroloog, gynaecoloog, FIOM of een (bekkenbodem)fysiotherapeut noodzakelijk.

Het verwijspercentage varieert voor de medische hulpverlening tussen de 1% en de 5%. Het verwijspercentage naar abortushulpverlening is hierin niet meegenomen. Voor de seksuologische hulpverlening ligt dit percentage over het algemeen hoger; het percentage bedraagt in enkele centra 10%. De verwijspercentages zijn laag omdat volgens hulpverleners een gering aantal cliënten met tweedelijns problematiek terecht komt bij een MH/SH-centrum.

Voor zover verwijzing wel noodzakelijk is, ervaren medische en seksuologische hulpverleners beperkingen in hun verwijsmogelijkheden vanwege lange wachttijden bij een ziekenhuis of GGZ-instelling. Een oplossing is om een patiënt via het eigen netwerk naar een collega te verwijzen, waardoor de wachttijden kunnen worden omzeild. Dit ligt echter niet altijd binnen de mogelijkheden van alle beroepsbeoefenaars.

Als de patiënten niet worden doorverwezen, zijn de problemen over het algemeen opgelost of is de klacht minder geworden. Dit geldt vooral voor medische hulpverlening. Seksuologische problemen zijn moeilijker op te lossen. Een belangrijk aspect dat wordt genoemd in dit verband is het verwachtingenmanagement. Patiënten komen vaak met te hoge verwachtingen bij de hulpverlener. Als de behandeling bij het betreffende MH/SH-centrum is afgesloten, zijn de klachten misschien niet helemaal opgelost, maar zijn de verwachtingen wel realistischer.

Cliënttevredenheid

Een mogelijke kwaliteitsindicator voor de medische en seksuologische hulpverlening is de cliënttevredenheid. De cliënttevredenheid moet dan idealiter eens per jaar door alle MH/SH-centra worden gemeten.

Alle beroepsbeoefenaars erkennen het belang van cliënttevredenheid, maar zien als gevolg van de kleinschaligheid van de centra vaak een gebrek aan mogelijkheden om zelf als centrum een tevredenheidsonderzoek uit te voeren. Om deze reden wordt het door de Rutgers Nisso Groep uitgevoerde cliënttevredenheidsonderzoek (2005) veelal als meetlat gebruikt. In één geval wordt de tevredenheid met een anonieme enquête gemeten en worden de resultaten in het jaarverslag verwerkt.

Klachten

Alle beroepsbeoefenaars zijn gebonden aan de beroepscode. Hierin zijn de regels vastgelegd voor een professionele relatie, zowel binnen de hulpverlening als in onderzoekssituaties of bij voorlichting, preventie en onderwijs. Dit betreft bijvoorbeeld vertrouwelijkheid en geheimhouding. Indien de beroepsbeoefenaar zich niet aan deze beroepscode houdt, kan hierover een klacht worden ingediend. Het doel van een klachtenregeling is het recht doen aan een klager, met zo mogelijk herstel van de vertrouwensrelatie.

Alle beroepsbeoefenaren vinden dat er zorgvuldig met klachten moet worden omgegaan. Klachtenfolders in de wachtruimte, voldoende tijd en mogelijkheden voor hoor- en wederhoor zijn hiervoor belangrijke voorwaarden. Ook is het belangrijk dat klachten worden geregistreerd. Het proces en de afhandeling van de klacht wordt vaak gezien als een taak van de directeur of, afhankelijk van de klacht, van de landelijke klachtencommissie. Volgens de hulpverleners beschikken alle centra over een klachtenprocedure. Klachten zijn volgens hen niet of zeer incidenteel voorgekomen de afgelopen jaren.

Bijna alle MH/SH-centra hebben een vertrouwenspersoon. Dit is intern ofwel extern belegd. In een aantal centra is er (nog) geen vertrouwenspersoon. De keuze voor het aanstellen van een vertrouwenspersoon is afhankelijk van de daadwerkelijke behoefte aan een vertrouwenspersoon. Deze behoefte varieert tussen de diverse centra.

Certificering

Certificering is een procedure voor het evalueren en beoordelen van een instelling of individu op basis van vooraf opgestelde criteria. Een certificaat is een kwaliteitsverklaring die inhoudt dat de keurende instantie het vertrouwen heeft dat het proces overeenkomt met de opgestelde normen. Certificering op basis van bijvoorbeeld de HKZ- of de ISO-normen is voornamelijk gericht op de kwaliteit van de organisatie. Deze eisen kunnen dus bestaan naast de eisen van de NVVS, die gelden voor individuele hulpverleners.

Volgens een aantal beroepsbeoefenaren verdient kwaliteit een keurmerk, maar is dat volstrekt secundair aan de eisen die vanuit de beroepsgroep worden gesteld. Zij zetten vraagtekens bij de vereiste tijdsinvestering en benodigde financiële middelen voor certificering. Enkele beroepsbeoefenaren zien certificering als een bureaucratisch obstakel en willen zich kunnen concentreren op de hulpverlening. Certificering is in hun ogen niet nodig en leidt tot onnodige vastlegging van processen.

Subsidiesystematiek

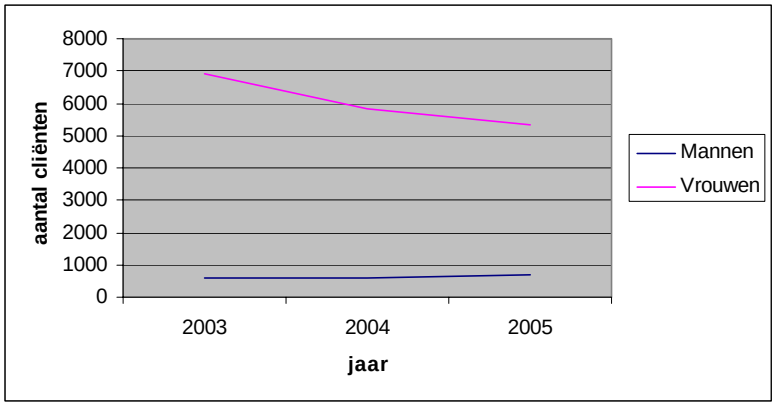
In de interviews met de hulpverleners zijn we nagegaan in hoeverre de kwaliteit van de hulpverlening afhankelijk is van de subsidiesystematiek. Volgens de hulpverleners heeft de inning van de eigen bijdragen in sommige gevallen een negatief effect op de kwaliteit van de hulpverlening. Het gaat om hierbij om situaties waarbij de cliënt een laag inkomen heeft. Vanuit het oogpunt van betaalbaarheid wordt de behandeling zo snel mogelijk afgesloten (zo min mogelijk consulten) zodat de totale eigen bijdrage die de cliënt moet betalen, beperkt blijft. De behandeling wordt sneller afgesloten dan wenselijk is vanuit het oogpunt van een goede kwaliteit. Onbekend is echter hoe groot dit percentage is.

4.3 Toegankelijkheid

Ontwikkeling aantal cliënten in de periode 2003 – 2005

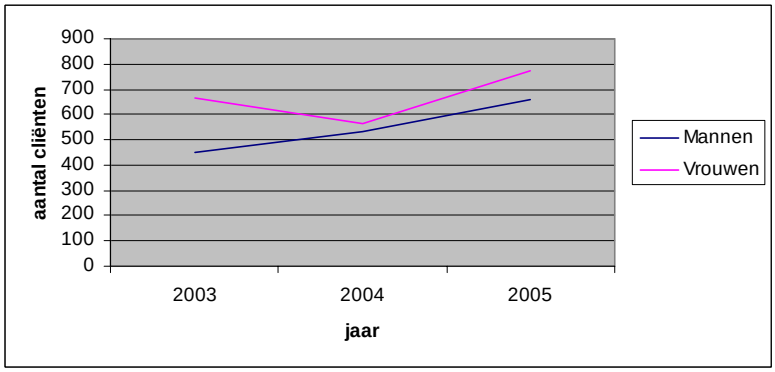
Figuur 4.1 laat de ontwikkeling van het aantal MH-cliënten zien in de tijd. De gegevens zijn afkomstig uit de registratiesets over de jaren 2003 tot en met 2005. Opvallend is dat het aantal vrouwelijke cliënten in de jaren 2003 – 2005 fors is afgenomen (afname van 23% ten opzichte van 2003). De afname in het totale aantal cliënten wordt veroorzaakt door dalingen in het aantal cliënten bij vijf centra. Het aantal mannelijke cliënten in die periode is enigszins gestegen (toename van 14% ten opzichte van 2003).

Figuur 4.1 Ontwikkeling van het aantal MH-cliënten in de tijd



Figuur 4.2 laat de ontwikkeling van het aantal SH-cliënten zien in de tijd. Het aantal vrouwelijke SH-cliënten is toegenomen ten opzichte van 2003 (toename van 16% ten opzichte van 2004) maar er is een terugval in 2004. De terugval wordt veroorzaakt door dalingen in het aantal cliënten bij vier centra. Uit de interviews met MH/SH-centra komt geen duidelijke oorzaak naar voren voor de terugval. De ontwikkeling van het aantal mannelijke cliënten laat een stijging zien (toename van 46% ten opzichte van 2003).

Figuur 4.2. Ontwikkeling van het aantal SH-cliënten in de tijd



De ontwikkeling van het aantal consulten over de tijd laten we buiten beschouwing. Gegevens over het aantal consulten zijn niet voor alle centra en niet voor alle jaren bekend.

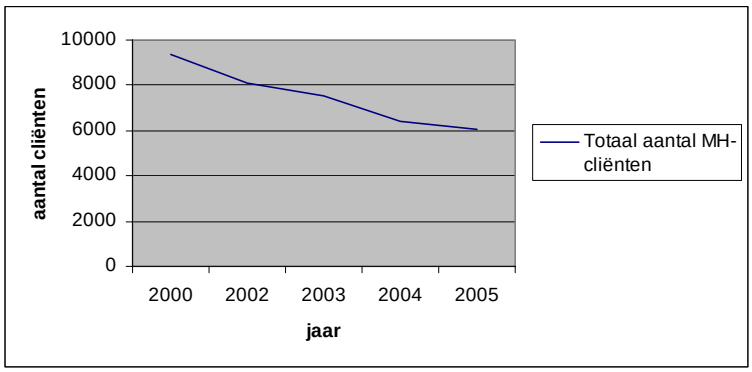
Ontwikkeling aantal cliënten ten opzichte van 2002

We hebben de ontwikkeling van het aantal cliënten in de periode 2003 tot 2005 afgezet tegen het aantal cliënten in 2002 (het jaar waarin de medische en seksuologische hulpverlening werd ondergebracht bij de abortusklinieken) en 2000 (gegevens over 2001 zijn niet beschikbaar). De informatie over 2000 en 2002 is afkomstig uit de publicatie *Abortus in Nederland 2001 – 2002, Verslag van de landelijke abortusregistratie* door C. Wijsen en J. Rademakers (2003). We hebben de cijfers gebruikt die betrekking hebben op de locaties Amsterdam, Arnhem, Den Haag, Eindhoven, Groningen, Rotterdam en Utrecht.

Vier van de zeven centra zijn in januari 2002 gestart met de medische hulpverlening. In drie centra is later gestart: Amsterdam (februari 2002), Utrecht (mei 2002) en Eindhoven (februari 2002). Het totale aantal cliënten dat in 2002 werd gezien in de zeven locaties was 8.067. Een uitsplitsing naar geslacht is niet goed mogelijk omdat dit niet bij alle centra is geregistreerd. Het aantal MH-cliënten in 2000 bij de zeven hoofdvestigingen van de toenmalige Rutgershuizen was 9.396.

Figuur 4.3 laat zien dat het aantal cliënten in vijf jaar is gedaald van 9.396 naar 6.035, een afname van 36%.

Figuur 4.3. Ontwikkeling van het aantal MH-cliënten in 2000 – 2005

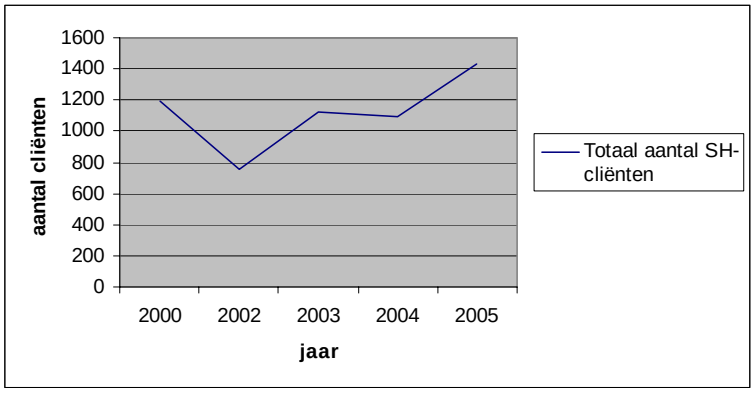


In de interviews met hulpverleners is gevraagd naar mogelijke oorzaken van de daling van het aantal MH-cliënten. Een eerste veelgenoemde oorzaak is de afnemende bekendheid van potentiële cliënten met de MH/SH-centra. Dit verklaart echter niet de stijging van het aantal SH-cliënten (zie hierna). Een andere mogelijke oorzaak is de toegenomen verkrijgbaarheid van anticonceptiemiddelen via andere kanalen dan de MH/SH-centra. Een laatste (mogelijke) oorzaak is het toenemende gebruik van Internet. Een deel van de potentiële hulpvragers haalt informatie van Internet waardoor een bezoek aan een MH/SH-centrum niet meer nodig is.

De ontwikkeling van het aantal SH-cliënten in de periode 2000 tot en met 2005 laat een ander beeld zien. Zes centra zijn in januari 2002 gestart met seksuologische hulpverlening; alleen Utrecht is later gestart (mei 2002). Het totale aantal nieuwe cliënten dat in 2002 werd gezien, was ten minste 756. Het aantal nieuwe cliënten dat zich in 2000 aanmeldde bij de zeven hoofdvestigingen van de toenmalige Rutgershuizen was 1191.

Figuur 4.4 laat zien dat het aantal nieuwe cliënten fors is gedaald in 2002, het jaar waarin de seksuologische hulpverlening is ondergebracht bij abortusklinieken. Daarna is er een opgaande lijn. Het aantal cliënten in 2005 is sterk gestegen ten opzichte van het aantal in 2004 (met 31%). De stijging van het aantal cliënten ten opzichte van 2000 bedraagt 20%.

Figuur 4.4. Ontwikkeling van het aantal SH-cliënten in 2000 – 2005



Bekendheid

Uit het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep is informatie naar voren gekomen over de kennis van de cliënten over de MH/SH-centra.

Ruim een kwart van de MH-cliënten en bijna een vijfde van de SH-cliënten wist niet dat in de kliniek die ze hebben bezocht, zowel medische en seksuologische hulpverlening als abortushulpverlening wordt aangeboden.

Van de MH-cliënten geeft 71% aan dat de kliniek meer naamsbekendheid zou moeten hebben; bij de SH-cliënten is dit 73%.

4.4 Landelijke dekking

We hebben een analyse gemaakt van de landelijke dekking. De bereikbaarheid is berekend op basis van reistijden met de auto. Hierbij is geen rekening gehouden met vertraging door files et cetera. De reistijden met openbaar vervoer zijn waarschijnlijk langer dan de reistijden per auto.

Huidige bereikbaarheid

Eerst zijn we uitgegaan van de huidige locaties van de zeven klinieken. We zijn nagegaan hoeveel mensen de huidige locaties kunnen bereiken, als we uitgaan van een reistijd van een half uur en een reistijd van één uur. Uit de analyse blijkt dat bijna 66% van de bevolking een MH/SH-centrum kan bereiken met de auto binnen een half uur en 94% binnen één uur.

Bereikbaarheid bij andere uitgangspunten

In de tweede benadering zijn we uitgegaan van een norm voor reistijd, ongeacht de huidige locaties. Hieruit kan worden afgeleid hoeveel locaties er zouden moeten zijn om aan de norm voor de reistijd te voldoen en waar die locaties zouden moeten zijn in Nederland. Ook hierbij zijn de normen: een reistijd van een half uur en een reistijd van één uur.

Tabel 4.1 geeft de uitkomsten wanneer verschillende uitgangspunten worden gehanteerd.

Tabel 4.1. Bereikbaarheid bij andere uitgangspunten

Voorwaarde bereikbaarheid	Extra voorwaarde(n)	Aantal benodigde locaties	Bereikbaarheid
Reistijd van één uur	Geen	7	• 36% kan het centrum binnen een half uur bereiken • Bijna 100% kan het centrum binnen één uur bereiken
Reistijd van een half uur	Geen	23	• 97% kan het centrum binnen een half uur bereiken • Bijna 100% kan het centrum binnen één uur bereiken
Reistijd van één uur	Vestiging van de MH/SH-centra in de vier grote steden	10	• 66% kan het centrum binnen een half uur bereiken • Bijna 100% kan het centrum binnen één uur bereiken
Reistijd van één uur	Tien locaties, vestiging van de MH/SH-centra in de vier grote steden en de overige centra in grote steden	10	• 66% kan het centrum binnen een half uur bereiken • 96% kan het centrum binnen één uur bereiken
Reistijd van één uur	Vestiging van de MH/SH-centra op de huidige locaties	12	• 76% kan het centrum binnen een half uur bereiken • Bijna 100% kan het centrum binnen één uur bereiken

Bijlage C gaat nader in op de uitkomsten. De belangrijkste conclusie is dat uitbreiding met vijf locaties leidt tot een dekking van bijna 100%, als we uitgaan van een reistijd van één uur met de auto. Bij 10 locaties (uitbreiding met drie locaties) kan al een dekking van 99% worden bereikt.

Verdeling stad en omgeving

Verder hebben we aan MH/SH-centra een verdeling gevraagd van het cliëntenbestand uit 2005 naar postcode. Hieruit wordt duidelijk welk deel van de cliënten woont in de stad waarin het MH/SH-centrum is gevestigd en welk deel van de cliënten buiten de stad woont. Vier MH/SH-centra hebben hierover informatie kunnen aanleveren.

Tabel 4.2. Verdeling cliëntenbestand

Plaats	Percentage wonend in stad	Percentage wonend buiten stad	Totaal
Amsterdam	90%	10%	100%
Arnhem	37%	63%	100%
Eindhoven	49%	51%	100%
Groningen	57%	43%	100%

Toelichting: de gegevens van Amsterdam hebben alleen betrekking op cliënten van de medische hulpverlening. Bij 'cliënten wonend in de stad' zijn cliënten gerekend afkomstig uit Amsterdam en Amsterdam Zuidoost.

4.5 Betaalbaarheid

Veel cliënten vinden tarieven te hoog

Het onderzoek van de Rutgers Nisso Groep heeft informatie opgeleverd over de mening van cliënten over de tarieven. Meer dan de helft van de MH-cliënten vindt de tarieven te hoog; 8% vindt de tarieven een belemmering om – indien nodig – weer hulp te zoeken.

Bij de SH-cliënten zijn deze cijfers fors hoger: meer dan drie kwart vindt de tarieven hoog en voor een kwart zijn ze een belemmering om weer hulp te zoeken.

Mensen met en zonder betaald werk blijken niet significant te verschillen in hun mening over de tarieven (dit geldt zowel voor MH-cliënten als voor SH-cliënten).

Hoogte eigen bijdrage belemmert mogelijk de toegankelijkheid

In de interviews met MH/SH-centra komt naar voren dat volgens de gesprekspartners de hoogte van de eigen bijdrage een drempel kan opwerpen voor potentiële cliënten. De hoogte van het tarief kan vooral een drempel opwerpen voor risicogroepen met een laag inkomen.

MH/SH-centra zijn verplicht om voor medische hulpverlening een gemiddelde eigen bijdrage van EUR 23 in rekening te brengen en voor seksuologische hulpverlening EUR 48. Uit de financiële analyse (zie bijlage D.3) blijkt echter dat de meeste MH/SH-centra een gemiddelde bijdrage hanteren die hoger is dat de verplichte eigen bijdrage van EUR 23 voor medische hulpverlening en EUR 48 voor seksuologische hulpverlening. Ook binnen de huidige regelgeving zou de toegankelijkheid dus kunnen worden vergroot door het hanteren van een

lagere eigen bijdrage (zodat de eigen bijdrage gemiddeld EUR 23 bedraagt voor medische hulpverlening en EUR 48 voor seksuologische hulpverlening). Een aandachtspunt daarbij is de financiële exploitatie. Volgens sommige centra is de hogere eigen bijdrage noodzakelijk is om een sluitende begroting te realiseren.

5 Financiële situatie

In dit hoofdstuk gaan we in op de financiële situatie van de MH/SH-centra. In 5.1 beschrijven we de financiële effecten als normprijzen worden toegepast op de huidige productie van MH/SH-centra. In 5.2 geven we een overzicht van de gerealiseerde kosten per consult. In 5.3 laten we zien welk deel van de werkelijke kosten van de MH/SH-centra wordt gedekt door subsidies en eigen bijdragen. We sluiten dit hoofdstuk af met een paragraaf over de doelmatigheid van de subsidieparagraaf (5.4).

5.1 Financiële gevolgen bij toepassing normprijzen

In een financiële analyse hebben we bepaald wat de financiële gevolgen zijn voor individuele centra als normprijzen worden gehanteerd.

Bij het bepalen van een normprijs zijn we uitgegaan van twee referentietarieven voor medische en seksuologische hulpverlening.

Voor medische hulpverlening hebben we een normtarief gehanteerd van EUR 25 en EUR 30 en voor seksuologische hulpverlening een normtarief van EUR 87 en EUR 107. Beide tarieven zijn exclusief kapitaallasten. In Bijlage D.1 geven we een toelichting op de totstandkoming van deze tarieven.

Deze tarieven hebben wij vermenigvuldigd met het werkelijke aantal consulten uit 2005. Deze berekening leidt tot potentiële opbrengsten voor de centra en zijn naast de werkelijke kosten gelegd over 2005. De werkelijke kosten hebben wij uit de jaarrekeningen gehaald. Hierbij zijn de (eventuele) huisvestingslaten en kosten voor medische middelen buiten beschouwing gelaten.

Uit de berekening blijkt dat de centra bij hantering van de gestelde tarieven (lang) niet uitkomen qua resultaat (zie onderstaande tabel).

Tabel 5.1. Resultaat bij toepassing normprijzen (alle bedragen in EUR)

Normprijzen EUR 25 (MH) en EUR 87 (SH)							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Totale opbrengsten	137.931,00	43.061,00	118.030,00	38.529,00	75.130,00	30.981,00	24.478,00
Totale kosten	320.938,00	77.047,00	186.663,00	90.033,91	165.367,00	130.124,00	119.178,00
Resultaat	**183.007,00-**	**33.986,00-**	**68.633,00-**	**51.504,91-**	**90.237,00-**	**99.143,00-**	**94.700,00-**
Normprijzen EUR 30 (MH) en EUR 107 (SH)							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Totale opbrengsten	168.852,08	52.757,08	144.291,93	47.142,01	92.190,23	37.837,88	29.938,11
Totale kosten	320.938,00	77.047,00	186.663,00	90.033,91	165.367,00	130.124,00	119.178,00
Resultaat	**152.085,92-**	**24.289,92-**	**42.371,07-**	**42.891,90-**	**73.176,77-**	**92.286,13-**	**89.239,89-**

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat alle centra in de rode cijfers zouden belanden indien de gestelde tarieven zouden zijn gehanteerd in 2005. Uit de analyse blijkt dat het gerealiseerde aantal consulten per centrum niet voldoende is om de kosten van MH/SH-centra (exclusief kosten huisvesting en medische middelen) te dekken bij toepassing van normprijzen.

We zijn nagegaan hoeveel consulten nodig zijn om de kosten te dekken, bij toepassing van normprijzen. Dit aantal hebben we afgezet tegen het werkelijke aantal consulten. Zie tabel 5.2.

Tabel 5.2. Verhouding werkelijke aantal consulten ten opzichte van normaantal

	1	2	3	4	5	6	7
Medische hulpverlening	35%	37%	66%	39%	18%	29%	20%
Seksuologische hulpverlening	51%	74%	60%	47%	73%	19%	21%

Tabel 5.2 maakt duidelijk dat bij toepassing van normprijzen het werkelijke aantal consulten veel te laag is om de huidige kostenniveaus te dekken.

5.2 Berekening kosten per consult

Vervolgens zijn we nagegaan wat de gemiddelde kosten zijn per consult medische hulpverlening en per consult seksuologische hulpverlening.

In de berekening zijn we uitgegaan van de totale lasten per centrum verminderd met huisvestingslasten en kosten voor medische middelen. Een toelichting op de berekening is opgenomen in bijlage D.2.

Tabel 5.3 bevat de toegerekende kosten medische hulpverlening (exclusief huisvestingslasten en medische middelen) per consult medische hulpverlening en de toegerekende kosten seksuologische hulpverlening (exclusief huisvestingslasten en medische middelen) per consult seksuologische hulpverlening

Tabel 5.3. Toegerekende kosten per consult (alle bedragen in EUR)

	1	2	3	4	5	6	7
Medische hulpverlening	58	44	39	58	55	105	121
Seksuologische hulpverlening	203	156	138	204	192	368	426

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat de kosten per consult sterk uiteenlopen tussen de centra. Bovendien komen de kosten per consult bij sommige centra zeer hoog uit. Wanneer de zeven centra alle worden meegerekend komt de gemiddelde kostprijs voor medische hulpverlening uit op EUR 58 per consult en voor seksuologische hulpverlening op EUR 203 per consult.

De tabel maakt duidelijk dat de kosten (exclusief huisvesting en medische middelen) te hoog zijn in relatie tot het aantal consulten. We zien hiervoor drie mogelijke oorzaken. Een eerste oorzaak is dat een te hoog bedrag aan kosten wordt toegerekend aan de MH/SH-centra. De

abortusklinieken kunnen zelf bepalen welk percentage van de gezamenlijke kosten (bijvoorbeeld salariskosten receptie, management, materiële kosten) zij doorberekenen aan de MH/SH-centra. Mogelijk wordt een te hoog bedrag toegerekend (in verhouding met de productie). Een tweede mogelijke oorzaak is dat het aantal consulten per fte te laag is. Een te laag aantal consulten per fte kan betekenen dat de vraag achterblijft bij de begrote capaciteit (onderbezetting) of dat de doelmatigheid te wensen overlaat. Een derde mogelijke oorzaak is dat minder consulten worden geregistreerd dan het aantal dat in werkelijkheid wordt uitgevoerd. In dat geval zou een vertekend beeld ontstaan door onnauwkeurigheden in de registratie.

De relatief hoge gemiddelde kosten per consult worden naar ons idee veroorzaakt door een te lage productie als gevolg van een achterblijvende vraag in combinatie met een te hoog kostenniveau. De gemiddelde kosten zijn het laagst bij het centrum waarbij zowel het aantal cliënten medische als het aantal cliënten seksuologische hulpverlening in de periode 2003 – 2005 zijn gestegen. De gemiddelde kosten zijn het hoogst bij het centrum waarbij zowel het aantal cliënten medische als het aantal cliënten seksuologische hulpverlening in de periode 2003 – 2005 sterk zijn gedaald.

Op basis van het onderzoeksmateriaal hebben wij geen aanwijzingen dat de relatief hoge gemiddelde kosten per consult worden veroorzaakt door inefficiënte werkprocessen of door onnauwkeurigheden in de registratie.

De verhouding tussen de kosten van de centra en het aantal consulten kan naar ons oordeel worden verbeterd door het vergroten van de productie. De registratiecijfers over de periode 2000 – 2005 laten zien dat het aantal cliënten in 2005 ruim een derde lager is dan het aantal cliënten in 2000. Door meer bekendheid te geven aan de MH/SH-centra kan de productie meer in lijn worden gebracht met de huidige kostenniveaus.

Uiteraard moet ook worden bekeken in hoeverre kostenverlagingen of doelmatigheidsverbeteringen mogelijk zijn. Hier schuilt echter ook een gevaar. Het terugbrengen van de personele capaciteit kan ertoe leiden dat de centra onder een kritische omvang komen, waardoor het niet of nauwelijks mogelijk wordt zich te profileren in de markt. Schaalverkleining kan ook ten koste gaan van de kwaliteit van de hulpverlening omdat er minder mogelijkheden zijn voor collegiale toetsing en multidisciplinair werken. Ten slotte zijn de gemiddelde kosten per consult bij een lager productieniveau relatief hoog. Een deel van de kosten is vast en dus niet afhankelijk van het productieniveau. Bij een lager productieniveau zijn de gemiddelde vaste kosten per consult hoger dan bij een hoger productieniveau.

5.3 Dekking door subsidie en eigen bijdragen

We hebben gekeken naar de huidige dekking van de kosten door subsidie en eigen bijdragen. Een toelichting is opgenomen in Bijlage D.3.

Tabel 5.4 geeft inzicht in het percentage van de totale lasten exclusief medische middelen dat wordt gedekt door subsidie en eigen bijdragen. Bij de totale lasten zijn de huisvestingskosten

opgenomen (indien van toepassing) omdat deze door subsidie en/of eigen bijdrage moeten worden gefinancierd.

Uit tabel 5.4 blijkt dat bij twee centra het totaal van het subsidiebedrag en de eigen bijdragen voldoende is om de totale lasten exclusief medische middelen te dekken.

Tabel 5.4. Dekking door subsidie en eigen bijdragen

	1	2	3	4	5	6	7
Subsidie	60,08%	54,92%	40,53%	70,62%	56,39%	61,62%	67,47%
Eigen bijdragen	28,69%	41,12%	67,19%	32,89%	30,67%	17,77%	15,85%
Resultaat	**-11,24%**	**-3,96%**	**7,73%**	**3,52%**	**-12,94%**	**-20,61%**	**-16,68%**

5.4 Doelmatigheid subsidieparagraaf

Aan het slot van dit hoofdstuk gaan wij in op de relatie tussen de subsidiesystematiek en de bedrijfsvoering van de MH/SH-centra. We zijn nagegaan in hoeverre de subsidieparagraaf elementen bevat die van invloed kunnen zijn op de bedrijfsvoering van de MH/SH-centra.

Vanuit het oogpunt van bedrijfsvoering zijn vooral de volgende elementen in de subsidieparagraaf van belang:

- In de subsidieregeling (artikel 6.2.41.4) zijn maximale subsidiebedragen opgenomen die per centrum worden verleend. De hoogte van het subsidiebedrag is niet afhankelijk gesteld van productieomvang of andere indicatoren;

- De verleende voorschotten, baten en lasten voor medische en seksuologische hulpverlening moeten gescheiden zijn van de verleende voorschotten, baten en lasten voor abortushulpverlening (artikel 6.2.41.5);

- De subsidieregeling (artikel 6.2.41.6) schrijft voor dat MH/SH-centra per consult een eigen bijdrage vragen (gemiddeld EUR 23 voor een medisch consult en EUR 48 voor een seksuologisch consult);

- De subsidie wordt vastgesteld op het saldo van de baten en lasten die met de gesubsidieerde activiteiten samenhangen (6.2.41.7). De subsidieregeling schrijft voor welke lasten en baten in aanmerking komen voor subsidie;

- Het CVZ kan bij de subsidievaststellingen onbenutte subsidiegelden overhevelen van het ene MH/SH-centrum naar het andere (6.2.41.8). Als na overheveling nog een overschrijding resteert, dient deze in het volgende jaar te worden ingelopen.

Voor de bedrijfsvoering betekent dit het volgende:

- 6.2.41.4: de subsidieparagraaf bevat geen (financiële) prikkel om bij een dalende productie de kosten naar beneden te brengen. De hoogte van de subsidie is niet afhankelijk van de productieomvang. Bij een stijgende productie biedt de subsidieparagraaf geen mogelijkheid om de subsidie te verhogen;

- 6.2.41.5: de subsidieparagraaf legt niet vast in welke mate kosten intern mogen worden doorbelast in een stichting die zowel abortushulpverlening uitvoert als medische en seksuologische hulpverlening. Bijvoorbeeld de gezamenlijke kosten voor management, receptie en stafdiensten en huisvestingskosten. Het kan financieel aantrekkelijk zijn om – ook bij een lage productie – relatief hoge kosten ten laste te laten komen van de medische en seksuologische hulpverlening, zodat het maximale subsidiebedrag (voor medische en seksuologische hulpverlening) kan worden gedeclareerd;

- 6.2.41.6: de subsidieparagraaf bevat een financiële prikkel om minimaal de vereiste gemiddelde eigen bijdrage te vragen. Bij de vaststelling van de subsidie worden onder meer de werkelijke eigen bijdragen als baten in aanmerking genomen, waarbij de eigen bijdragen ten minste gesteld worden op de vereiste gemiddelde bedragen (EUR 23 voor medische hulpverlening en EUR 48 voor seksuologische hulpverlening);

- 6.2.41.7: de subsidieparagraaf bevat een prikkel om uitsluitend kosten te maken die voor subsidie in aanmerking komen;

- 6.2.41.8: de subsidieparagraaf bevat geen (financiële) prikkel om subsidiegelden onbenut te laten. Als een centrum subsidiegelden niet heeft benut, kan het CVZ deze overhevelen naar een centrum met een overschrijding.

We zijn nagegaan wat de mogelijke gevolgen zijn geweest van de subsidiesystematiek op de bedrijfsvoering. Hiervoor hebben we onder meer de jaarrekeningen en de aanvragen (van de centra) tot subsidievaststellingen in de periode 2003 – 2005 gebruikt. Hieronder gaan we in op opvallende bevindingen.

Daling van vraag leidt niet tot lagere kosten

Bij één centrum is het aantal cliënten medische hulpverlening in de periode 2004 – 2005 gestegen met 9% en het aantal cliënten seksuologische hulpverlening met 38%. De lasten zijn in 2005 ten opzichte van 2004 met 8% gestegen (cijfers over 2003 zijn niet bekend) maar de lastenstijging wordt bijna geheel gecompenseerd door een stijging van de baten. Bij dit centrum is de productiviteit in de periode verbeterd omdat de groei van het aantal cliënten hoger is dan de groei van de lasten. Bij een ander centrum is het aantal cliënten medische hulpverlening in de periode 2003 – 2005 gedaald met 36% en het aantal cliënten seksuologische hulpverlening met 44%. De totale lasten zijn met 3% toegenomen. De productiviteit is bij dit centrum gedaald.

Mogelijk zijn bij deze twee centra de veranderingen in de productiviteit een gevolg van de subsidiesystematiek. Bij een toename van het aantal cliënten komt een MH/SH-centrum niet in aanmerking voor een hoger subsidiebedrag. Bij een daling van het aantal cliënten heeft het

MH/SH-centrum geen financieel belang om de kosten naar beneden te brengen (het maximale subsidiebedrag is onafhankelijk van het aantal cliënten).

Bij de vijf andere centra is de relatie tussen het kostenniveau en de productie minder duidelijk. Bij vier van deze vijf centra is het aantal cliënten medische hulpverlening in de periode 2003 – 2005 gedaald; daar tegenover staat een stijging van het aantal cliënten seksuologische hulpverlening in de periode 2003 – 2005. Bij één centrum is het aantal cliënten medische hulpverlening gestegen maar het aantal cliënten seksuologische hulpverlening gedaald.

Hogere eigen bijdrage geen gevolg van subsidieparagraaf

Bijna alle MH/SH-centra hanteren een gemiddelde eigen bijdrage die hoger is dan de gemiddelde bedragen die zijn genoemd in de subsidieparagraaf. Het ligt niet voor de hand dat dit een gevolg is van de bepalingen hierover in de subsidieparagraaf. Meer waarschijnlijk is dat centra een hogere eigen bijdrage hanteren om daarmee hun exploitatie rond te krijgen.

Centra maken uitsluitend subsidiabele kosten

In de jaarrekeningen zijn wij (voor zover we kunnen overzien) geen kostensoorten tegengekomen die niet voor subsidie in aanmerking komen. Dit lijkt een logisch gevolg van artikel 6.2.41.7 uit de subsidieparagraaf. Centra hebben een financieel belang om alleen kosten te maken die in aanmerking komen voor subsidie.

Subsidiegelden worden grotendeels benut

In 2005 hebben vier centra een hoger saldo van lasten en baten opgevoerd dan het maximale subsidiebedrag. Hierdoor komen zij in aanmerking voor het maximale subsidiebedrag. In 2004 kwamen vijf centra bij de subsidievaststelling in aanmerking voor het maximale subsidiebedrag. Voor zover centra een lager bedrag hebben gedeclareerd dan het maximale subsidiebedrag was het gedeclareerde bedrag een fractie lager dan het maximale subsidiebedrag.

Conclusie

Op basis van het voorgaande concluderen we dat de subsidieparagraaf weinig prikkels tot doelmatigheid bevat. Centra die subsidiegeld overhouden worden hiervoor niet beloond. Het verstrekken van een maximaal subsidiebedrag dat niet afhankelijk is van prestaties, stimuleert centra niet om kosten te verlagen bij een vermindering van de vraag.

6 Organisatie en financiering

In dit hoofdstuk gaan we in op mogelijke organisatievormen en financieringsvormen voor de medische en seksuologische hulpverlening voor de toekomst. In 6.1 geven we een overzicht van voorwaarden die volgens de MH/SH-centra moeten gelden voor een effectieve uitvoering van de medische en seksuologische hulpverlening in de toekomst. In 6.2 gaan we in op aspecten die van belang zijn bij de besluitvorming over toekomstige organisatievormen. In 6.3 wordt een beschrijving gegeven van mogelijke financieringsvormen in de toekomst. In 6.4 gaan we in op de meest wenselijke en haalbare organisatie- en financieringsvorm voor de toekomst.

6.1 Voorwaarden voor effectieve uitvoering

Huidige organisatievorm

In de interviews is gevraagd naar de visie van de gesprekspartners over de huidige organisatievorm, waarbij de medische en seksuologische hulpverlening is ondergebracht bij abortusklinieken.

Uit de interviews wordt duidelijk dat een aanbod van eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening, in aanvulling op het aanbod van de huisarts, in de ogen van de gesprekspartners noodzakelijk is. Hulpvragers kunnen anoniem terecht bij de MH/SH-centra. Daarnaast kunnen MH/SH-centra (volgens gesprekspartners) kwalitatief betere zorg bieden door de grotere mate van specialisatie in de seksualiteitshulpverlening. Ten slotte kunnen hulpverleners van een MH/SH-centrum langer de tijd nemen voor een consult dan een huisarts. Dit wordt ondersteund door onderzoek waaruit blijkt dat slechts 42% van de huisartsen het bieden van hulp bij seksuele moeilijkheden volledig of grotendeels tot zijn takenpakket rekent (*Taakopvatting psychosociale hulpverlening versmald*, E. Kolthof, in: Huisarts en Wetenschap, 47 (10) september 2004).

Verder is gesproken over voor- en nadelen van het onderbrengen van de medische en seksuologische hulpverlening bij abortusklinieken.

Voordelen:

- *Geïntegreerd aanbod*. Het onderbrengen van de medische en seksuologische hulpverlening bij de abortusklinieken heeft ertoe geleid dat een geïntegreerd aanbod is ontstaan van medische en seksuologische hulpverlening en abortushulpverlening. Voor cliënten die met beide vormen van hulpverlening in aanraking komen, is het een voordeel dat beide soorten hulpverlening vanuit één locatie kunnen worden aangeboden. Er zijn geen tekenen die erop wijzen dat het onderbrengen van medische en seksuologische hulpverlening bij abortusklinieken potentiële cliënten heeft weggehouden;

- *Divers takenpakket voor hulpverleners*. Het samenbrengen van medische hulpverlening en abortushulpverlening kan een verrijking betekenen van het takenpakket van de hulpverleners, als zij worden ingezet op verschillende werkzaamheden;

- *Flexibeler inzet personeel*. Enkele MH/SH-centra geven aan dat zij pieken en dalen in de hulpvraag (voor medische hulpverlening of voor abortushulpverlening) beter kunnen opvangen door de gezamenlijke organisatie van medische hulpverlening en abortushulpverlening.

Nadelen:

- *Hoogte eigen bijdragen*. De MH/SH-centra zijn niet tevreden over de financieringssystematiek, waarbij een eigen bijdrage moet worden gevraagd aan de cliënt. De hoogte van de eigen bijdrage werpt volgens de MH/SH-centra een drempel op voor risicogroepen met een laag inkomen. Een aantal gesprekspartners vindt het vreemd dat abortushulpverlening gratis is, terwijl voor consulten over anticonceptie een eigen bijdrage moet worden betaald;

- *Geen landelijke dekking*. Met de zeven MH/SH-centra is een landelijke dekking niet mogelijk. In de interviews komt naar voren dat de centra voor een deel van de bevolking niet binnen een redelijke reistijd kunnen worden bereikt. Dit wordt ondersteund door onze analyse van de landelijke dekking (zie 4.4);

- *Geen ruimte voor preventieactiviteiten*. De subsidieparagraaf biedt nauwelijks ruimte om preventieactiviteiten uit te voeren. Alleen bureau- en locatiegerichte voorlichtingskosten komen voor subsidie in aanmerking (zie lid c van artikel 6.2.41.7 van de subsidieparagraaf). Volgens de MH/SH-centra zijn preventieve activiteiten, zowel collectief als op individuen gericht, hard nodig om te voorkomen dat in een later stadium ernstige problemen (ongewenste zwangerschap, soa) ontstaan.

Voorwaarden voor de toekomst

Uit de gesprekken met MH/SH-centra komen voorwaarden naar voren voor een effectieve en doelmatige uitvoering van de medische en seksuologische hulpverlening in de toekomst:

- *Apart aanbod voor eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening*. Een aanbod van eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening, in aanvulling op het aanbod van de huisarts, is noodzakelijk. Hulpvragers kunnen bij de MH/SH-centra anoniem terecht en ontvangen kwalitatief betere zorg door de grotere mate van specialisatie in de seksualiteitshulpverlening (ten opzichte van de huisarts);

- *Verdere integratie aanbod*. Er moet een verdere integratie tot stand komen van het aanbod op het gebied van medische en seksuologische hulpverlening, soa en abortushulpverlening. De integratie kan tot stand komen door een betere samenwerking tussen MH/SH-centra met soa-centra maar ook met ziekenhuizen, GGZ-instellingen en huisartsen;

- *Betere betaalbaarheid*. De toegankelijkheid van de medische en seksuologische hulpverlening moet worden vergroot door het wegnemen van financiële belemmeringen voor potentiële cliënten met een laag inkomen;

- *Ontwikkeling richtlijnen en kwaliteitscriteria.* De medische en seksuologische hulpverlening kan verder worden geprofessionaliseerd door het ontwerpen van *evidence based* richtlijnen voor de behandeling, het opstellen van kwaliteitscriteria voor de hulpverlening en het bevorderen van de deskundigheid van hulpverleners. Ook moet duidelijk worden gemaakt aan cliënten, financiers en samenwerkingspartijen wat het aanbod van medische en seksuologische hulpverlening inhoudt;

- *Betere bekendheid*. De hulpverlening van de MH/SH-centra zou beter 'in de markt' moeten worden gezet, om zo ook risicogroepen te bereiken. Volgens de gesprekspartners laat de naamsbekendheid van de MH/SH-centra op dit moment te wensen over. De Rutgershuizen waren vroeger een 'begrip'; voor de MH/SH-centra is dit niet het geval;

- *Meer aandacht voor preventie*. Uit de interviews komt naar voren dat er meer aandacht moet komen voor preventie. Preventie kan gericht zijn op doelgroepen, bijvoorbeeld het geven van voorlichting over seksualiteit op scholen. Landelijk ontwikkelde preventieprogramma's die bewezen effectief zijn, moeten op regionaal niveau worden uitgevoerd. Daarnaast zou ook meer aandacht moeten worden besteed aan preventie gericht op individuen. Bijvoorbeeld door het aanbieden van een preventief consult voor informatieve vragen of lichtere hulpvragen. Het preventief consult kan in een *face-to-face* gesprek worden geboden; andere opties zijn een telefonisch consult of een consult per e-mail/digitaal;

- *Toekomstbestendige financiering*. In de gesprekken komt de behoefte naar voren aan een toekomstbestendige financiering. De MH/SH-centra willen een financieringsvorm waarmee de continuïteit van de medische en seksuologische hulpverlening ook op de langere termijn is gewaarborgd.

6.2 Mogelijke organisatievormen

Zoals hierboven beschreven bestaat er bij de betrokken organisaties behoefte om het hulpverleningsaanbod op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid verder te integreren.

Er zijn verschillende mogelijkheden om dit te organiseren. Hieronder beschrijven we twee aspecten die bij de keuze voor een organisatievorm van belang zijn. Door deze aspecten te combineren ontstaan verschillende mogelijkheden voor organisatievormen.

Fysieke integratie of virtueel loket

De hulpverlening op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid kan verder worden geïntegreerd door het maken van goede samenwerkingsafspraken tussen de betrokken organisaties.

In deze samenwerking zijn vier modellen denkbaar.

In een **eerste model** is er in een regio één virtueel (telefonisch) loket voor seksuele en reproductieve gezondheid. Op basis van het eerste telefonisch contact vindt triage plaats om te bepalen bij welke organisatie de hulpvrager het beste terecht kan. Als de hulpvrager zich niet telefonisch meldt, maar bij één van de samenwerkende instellingen, wordt bekeken of de hulpvrager zich bij de juiste instelling heeft gemeld. Zo nodig wordt de hulpvrager verwezen naar een andere instelling. De samenwerkende organisaties maken afspraken met elkaar over een samenhangend hulpverleningsaanbod, zodat voor elke cliënt een passend hulpaanbod beschikbaar is. MH/SH-centra en soa-centra kunnen bijvoorbeeld afspraken maken over het uitvoeren van de aanvullende curatieve soa-bestrijding, waarbij cliënten van een abortuskliniek of MH/SH-centrum (indien nodig) kunnen worden getest of eventueel behandeld voor een soa. Daarnaast kunnen afspraken worden gemaakt over verwijzing, door het opstellen van verwijsprotocollen.

Een **tweede model** gaat verder. In dit model worden de verschillende soorten hulpverlening op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid vanuit één fysieke locatie aangeboden. De hulpvrager kan dus met al zijn/haar vragen terecht op één adres. Bij het beoordelen van dit model is het van belang om de ervaringen te betrekken die vanuit de Sense-pilots hierbij zijn opgedaan.

Het voordeel van beide modellen is dat een geïntegreerd aanbod van hulpverlening ontstaat en dat de cliënt beter kan worden bediend. Het tweede model heeft als extra voordeel de één-loket-functie maar de organisatie ervan is complex. Alle betrokken partijen moeten bereid zijn om met elkaar samen te werken. Vervolgens moet het aanbod van de organisaties inhoudelijk, organisatorisch en financieel worden geïntegreerd.

Een **derde model** is een combinatie van het eerste en het tweede model. De hulpverleners werken vanuit hun eigen instelling maar zijn wel in staat om een groter scala aan hulpvragen te behandelen. Bij dit model moet vooral worden geïnvesteerd in een grotere en bredere deskundigheid van de betrokken hulpverleners.

Een **vierde model** is het verbeteren van de onderlinge samenwerking zonder dat dit leidt tot een virtueel loket of fysieke integratie. De samenwerkingsafspraken zijn beperkt tot het afspreken van verwijsprotocollen. De samenwerking zou gericht moeten zijn op het verbeteren van de hulpverlening aan specifieke doelgroepen die hulpverlening nodig hebben op het gebied van soa én seksualiteit. Bijvoorbeeld vrouwen die een abortus hebben ondergaan en ook behandeld moeten worden voor chlamydia.

Uit de interviews komt naar voren dat fysieke integratie van het hulpverleningsaanbod misschien wel wenselijk is, maar op korte termijn niet haalbaar. De meeste MH/SH-centra zijn voorstander van een netwerkmodel waarbij per regio samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen de betrokken partijen. Indien nodig kan de toegang van de hulpverlening worden verbeterd door een virtueel loket maar volgens de gesprekspartners is dit niet altijd nodig of wenselijk. De keuze hiervoor zou dus regionaal moeten worden gemaakt.

Coördinatie

Sinds begin dit jaar hebben acht GGD'en een coördinerende rol bij de bestrijding van soa's. De coördinerende rol zou zich ook kunnen uitstrekken tot de medische en seksuologische hulpverlening en eventueel abortushulpverlening. Coördinatie kan betrekking hebben op het creëren van inhoudelijke samenhang van het hulpverleningsaanbod maar ook op het verdelen van de financiële middelen over de betrokken organisaties. Het laatste is alleen het geval als de GGD als onderdeel van haar coördinerende rol ook budgethouder wordt voor de medische en seksuologische hulpverlening en het zorgaanbod moet inkopen bij de hulpverlenende aanbieders.

Het voordeel van coördinatie door de GGD is dat soa-bestrijding en medische en seksuologische hulpverlening vanuit één organisatie worden gecoördineerd. Een nadeel is de relatieve onbekendheid van GGD'en met de medische en seksuologische hulpverlening. Een belangrijke randvoorwaarde zou dus moeten zijn dat de deskundigheid op het gebied van de medische en seksuologische hulpverlening is geborgd bij de coördinerende organisaties. Een andere randvoorwaarde kan zijn dat er geoormerkte gelden zijn voor de uitvoering van de medische en seksuologische hulpverlening. Daarnaast moeten voldoende middelen beschikbaar worden gesteld om de coördinerende rol uit te breiden. Ten slotte is het belangrijk dat GGD'en, als zij budgethouder zijn voor de medische en seksuologische hulpverlening, hun inkoopfunctie op adequate wijze kunnen uitvoeren.

De wenselijkheid van één regionale coördinerende organisatie hangt samen met de mate waarin de zorg op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid wordt geïntegreerd. Als wordt gekozen voor een vergaande vorm van integratie (zie hiervoor), ligt het voor de hand dat per regio één organisatie een coördinerende rol heeft.

Naast regionale coördinatie kan ook worden gestreefd naar meer coördinatie op landelijk niveau. Die coördinatie kan bijvoorbeeld betrekking hebben op het ontwikkelen van *evidence based* richtlijnen voor de behandeling, het opstellen van kwaliteitscriteria voor de hulpverlening en het bevorderen van de deskundigheid van hulpverleners. Ook kan centraal voorlichtingsmateriaal worden ontwikkeld dat regionaal wordt verspreid.

Uit de interviews komt naar voren dat de meeste gesprekspartners (niet alle) voorstander zijn van het toekennen van een coördinerende rol van de GGD op het terrein van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Het streven naar meer landelijke coördinatie wordt niet door alle gesprekspartners gedeeld.

Voor- en nadelen

We zetten de voor- en nadelen van de verschillende aspecten op een rij in tabel 6.1.

Tabel 6.1. Voor- en nadelen bij verschillende organisatievormen

Organisatieaspect	Voordelen	Nadelen
Virtueel loket	• Eén virtueel loket voor hulpvrager	• Kosten door investeren in samenwerking
Fysieke integratie van aanbod	• Eén fysiek loket voor hulpvrager	• Afbreukrisico door inhoudelijke, organisatorische en financiële belemmeringen
Virtueel loket met taakverbreding hulpverleners	• Eén virtueel loket voor hulpvrager	• Kosten door investeringen in deskundigheidsbevordering
Verbeteren samenwerkingsafspraken	• Betere bediening van specifieke doelgroepen	• Hulpvrager kan niet terecht bij één loket
Coördinatie GGD	• Eén coördinerende organisatie voor de zorg voor seksuele en reproductieve gezondheid	• Risico op problemen in samenwerking
Geen coördinatie GGD	• Geen risico op problemen in samenwerking	• Coördinatie is verdeeld

6.3 Mogelijke financieringsvormen

De subsidieparagraaf Medische en seksuologische hulpverlening eindigt eind 2006. Het jaar 2007 is een overgangsjaar; voor de periode vanaf 2008 moet een nieuwe financieringsstructuur worden ontworpen.

Voor de financiering van de medische en seksuologische hulpverlening zijn drie financieringsbronnen mogelijk.

Subsidies

Een eerste mogelijkheid is het verstrekken van subsidies door de rijksoverheid. Afhankelijk van de gekozen organisatievorm kunnen MH/SH-centra direct of indirect worden gesubsidieerd. Als bijvoorbeeld de medische en seksuologische hulpverlening onder coördinatie van de GGD wordt uitgevoerd (zoals ook de aanvullende curatieve soa-bestrijding), ligt het voor de hand om de subsidiestromen via de GGD te laten verlopen. Als de GGD geen coördinerende functie heeft, ligt directe subsidiëring van MH/SH-centra meer voor de hand.

Wat betreft de verdeling van subsidiegelden is het van belang om te kiezen voor een verdeling op basis van objectieve criteria. Uiteraard dient daarbij wel te worden gekeken naar de gevolgen van een objectieve verdeling voor de continuïteit van individuele instellingen. Objectieve criteria die kunnen worden gebruikt, zijn het inwonersaantal van een regio of de leeftijd van de inwoners. Verdeling op basis van het vóórkomen van risicogroepen is nog niet mogelijk omdat duidelijke risicogroepen voor medische en seksuologische hulpverlening niet kunnen worden gedefinieerd (in tegenstelling tot risicogroepen voor soa of abortus).

Op dit moment ontvangen de MH/SH-centra een jaarlijkse projectsubsidie op grond van de subsidieparagraaf. De subsidies worden verleend voor de uitvoering van de hulpverlening. Een

alternatieve vorm is het subsidiëren van activiteiten anders dan hulpverlening, zoals het uitvoeren van regionale preventieactiviteiten of het uitvoeren van regionaal onderzoek naar de vraag van cliënten. Uiteraard moet er dan ook financiering zijn voor de uitvoering van de hulpverlening. Een optie daarbij is het subsidiëren van collectieve preventieactiviteiten op het gehele gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid (in aanvulling op de preventieactiviteiten van de GGD). Deze optie is vooral aan de orde als de GGD een coördinerende rol krijgt toebedeeld op het terrein van seksuele en reproductieve gezondheid.

Een voordeel bij subsidiëring als financieringsvorm is dat de anonimiteit van de cliënten kan worden gewaarborgd. Een ander voordeel is dat fluctuaties in de hulpvraag (bijvoorbeeld een afname van het aantal consulten) niet meteen leiden tot problemen in de continuïteit. Een deel van de vaste kosten is immers gedekt door een subsidiebedrag. Een nadeel van subsidiëring kan zijn dat instellingen weinig prikkels ondervinden om de kwaliteit of de bedrijfsvoering te verbeteren. Als wordt gekozen voor subsidiëring, is het aan te raden om bij het ontwerp van de subsidiesystematiek aandacht te besteden aan dit soort prikkels.

Vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet

Een andere mogelijke financieringsvorm voor MH/SH-centra is vergoeding van medische en seksuologische hulpverlening op basis van de Zorgverzekeringswet.

Een eerste voorwaarde voor vergoeding van medische en seksuologische hulpverlening op basis van de Zorgverzekeringswet is dat medische hulpverlening en seksuologische hulpverlening te verzekeren prestaties zijn.

Voor medische hulpverlening is aannemelijk te maken dat dit een te verzekeren prestatie is omdat deze hulpverlening onderdeel uitmaakt van het takenpakket van huisartsen en medische specialisten.

Eerstelijns seksuologische hulpverlening is op dit moment niet een te verzekeren prestatie op basis van het huidige basispakket. Eerstelijns seksuologische hulpverlening is niet als aparte prestatie omschreven en maakt geen onderdeel uit van het takenpakket van huisartsen en medische specialisten (tweedelijns seksuologische hulpverlening wordt weer wel geboden door medische specialisten). Vergoeding van eerstelijns seksuologische hulpverlening op basis van de Zorgverzekeringswet is daarom alleen mogelijk als deze vorm van hulpverlening als te verzekeren prestatie in het basispakket van de zorgverzekering is opgenomen.

Een tweede voorwaarde voor vergoeding van medische en seksuologische hulpverlening op basis van de Zorgverzekeringswet is het contracteren van instellingen die deze hulpverlening bieden. Als medische hulpverlening en seksuologische hulpverlening te verzekeren prestaties zijn, kunnen verzekeraars vervolgens zelf bepalen welke aanbieders zij hiervoor willen contracteren.

Voor de uitwerking van deze mogelijkheid is in ieder geval van belang dat er producten medische hulpverlening en seksuologische hulpverlening worden gedefinieerd. Het document *Seksuele gezondheid in Nederland* biedt hiertoe een eerste aanzet. Als producten zijn

gedefinieerd, moeten CTG-tarieven voor medische en seksuologische hulpverlening worden bepaald. Ten slotte moeten afspraken worden gemaakt over de wijze waarop de kosten kunnen worden gedeclareerd bij de verzekeraar.

Overigens is contractering van instellingen of hulpverleners niet altijd een voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen. Op basis van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet heeft een verzekerde recht op vergoeding voor zorg als hij die zorg betrekt van een niet-gecontracteerde aanbieder. De zorgverzekeraar kan in dat geval de vergoeding bepalen die wordt uitgekeerd aan de verzekerde.

Een voordeel van vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet is dat er een duidelijke grondslag is voor vergoeding van medische en seksuologische hulpverlening, ongeacht welke hulpverlener (huisarts, MH/SH-centrum of ziekenhuis) de zorg aanbiedt. Een nadeel voor MH/SH-centra is dat zij niet op voorhand zeker zijn van contractering en dus financiering.

Een aandachtspunt bij deze financieringsmogelijkheid is de anonimiteit van cliënten. Deze kan in het geding komen als gegevens worden uitgewisseld in verband met de vergoeding door de verzekeraar. Cliënten die belang hechten aan anonimiteit zouden zich moeten wenden tot andere vormen van hulpverlening of de kosten voor eigen rekening moeten nemen.

Eigen bijdragen

Een aanvullende financieringsmogelijkheid is de heffing van eigen bijdragen. Op dit moment zijn MH/SH-centra verplicht een eigen bijdrage te heffen. De gemiddelde hoogte van de eigen bijdrage is in de subsidieparagraaf vastgesteld. Wel is het mogelijk verschillende tarieven te hanteren voor verschillende cliënten (bijvoorbeeld differentiatie naar leeftijd of inkomen). De gemiddelde eigen bijdrage is op dit moment niet kostendekkend.

Bij de heffing van de eigen bijdrage zijn verschillende varianten mogelijk. Een mogelijkheid is het verlagen van de eigen bijdrage voor risicogroepen met een laag inkomen, terwijl aan cliënten met een hoog inkomen een eigen bijdrage in rekening wordt gebracht die zo veel mogelijk kostendekkend is. Een andere mogelijkheid is het hanteren van een eigen bijdrage na twee of drie consulten. Voor de eerste consulten wordt dan geen eigen bijdrage in rekening gebracht; daarna geldt een kostendekkende eigen bijdrage.

Een nadeel van de eigen bijdrage is dat de toegankelijkheid voor medische en seksuologische hulpverlening minder groot wordt. Volgens de MH/SH-centra is dit vooral een probleem voor risicogroepen met een laag inkomen.

Voor- en nadelen

We zetten de voor- en nadelen van de verschillende financieringsvormen op een rij in tabel 6.2.

Tabel 6.2. Voor- en nadelen bij verschillende financieringsvormen

Organisatieaspect	Voordelen	Nadelen
Subsidie	• Financiële continuïteit voor centra	• Weinig prikkels voor verbetering kwaliteit en doelmatigheid
Vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet	• Duidelijke grondslag voor financiering	• Continuïteit van huidige centra niet zeker
Eigen bijdragen	• Kostenbeheersing	• Minder grote toegankelijkheid

6.4 Naar een model voor de toekomst

Organisatie

In 6.2 hebben we een aantal mogelijke organisatievormen beschreven voor de toekomst. In de interviews zijn de voor- en nadelen van de verschillende vormen afgewogen. Hieruit is een beeld naar voren gekomen van de meest wenselijke en haalbare organisatievorm voor de toekomst.

In alle interviews geven gesprekspartners aan voorstander te zijn van een aparte voorziening voor medische en seksuologische hulpverlening naast de huisarts. Er is een breed gedeelde behoefte om het aanbod voor de medische en seksuologische hulpverlening verder te integreren. Indien nodig kan de toegang van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg worden verbeterd door het organiseren van een virtueel loket. Daarnaast moeten per regio goede samenwerkingsafspraken worden gemaakt om een samenhangend hulpverleningsaanbod te organiseren. De precieze invulling van de samenwerkingsafspraken kan per regio verschillen en is afhankelijk van de bestaande regionale situatie.

In dit model wordt de verantwoordelijkheid om tot een samenhangend aanbod te komen, gelegd bij één coördinerende organisatie.[9] Daarbij ligt het voor de hand dat deze coördinerende rol wordt toegekend aan de GGD, gezien ook de coördinerende rol die de GGD nu al heeft bij de aanvullende curatieve soa-bestrijding. Wel is het van belang dat dit gebeurt onder een aantal voorwaarden om ervoor te zorgen dat de GGD deze rol op een adequate wijze kan vervullen.

Financiering

In de interviews met MH/SH-centra komt de wens naar een toekomstbestendige financiering van de medische en seksuologische hulpverlening naar voren. Vergoeding van de eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening door zorgverzekeraars is daarbij een van de opties. Vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet is echter pas mogelijk als aan bepaalde voorwaarden is voldaan (bijvoorbeeld: medische hulpverlening en seksuologische hulpverlening moeten te verzekeren prestaties zijn). De voor- en nadelen zijn op dit moment nog moeilijk te

[9] De meeste MH/SH-centra (maar niet alle) zijn voorstander van een coördinerende rol van de GGD op het terrein van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

overzien voor de betrokken organisaties. Wel is duidelijk dat financiering van eerstelijns medische en seksuologische hulpverlening op basis van de Zorgverzekeringswet geen garantie geeft voor MH/SH-centra dat zij door zorgverzekeraars worden gecontracteerd.

Naar ons oordeel zijn drie uitgangspunten van belang om te komen tot een toekomstbestendige financiering: prikkels voor doelmatigheid, waarborgen voor continuïteit en prikkels voor kostenbeheersing.

Prikkels voor een efficiënte uitvoering zijn noodzakelijk om ervoor te zorgen dat een goede prijs-kwaliteitverhouding ontstaat voor de medische en seksuologische hulpverlening. Financiering door zorgverzekeraars biedt deze prikkels omdat zorgverzekeraars er belang bij hebben om instellingen met de beste prijs-kwaliteitverhouding te contracteren. Een slechte prijs-kwaliteitverhouding kan ertoe leiden dat instellingen niet (meer) worden gecontracteerd.

Waarborgen van continuïteit zijn belangrijk om te voorkomen dat fluctuaties in de vraag het voortbestaan van instellingen in gevaar brengen. Door het verstrekken van subsidies waarmee fluctuaties in de vraag kunnen worden gecompenseerd, ontstaat financiële continuïteit voor instellingen. De subsidie moet echter niet het karakter hebben van een basisfinanciering omdat hiervan geen prikkels uitgaan voor een betere doelmatigheid. Daarnaast kan worden overwogen om collectieve preventieactiviteiten te subsidiëren.

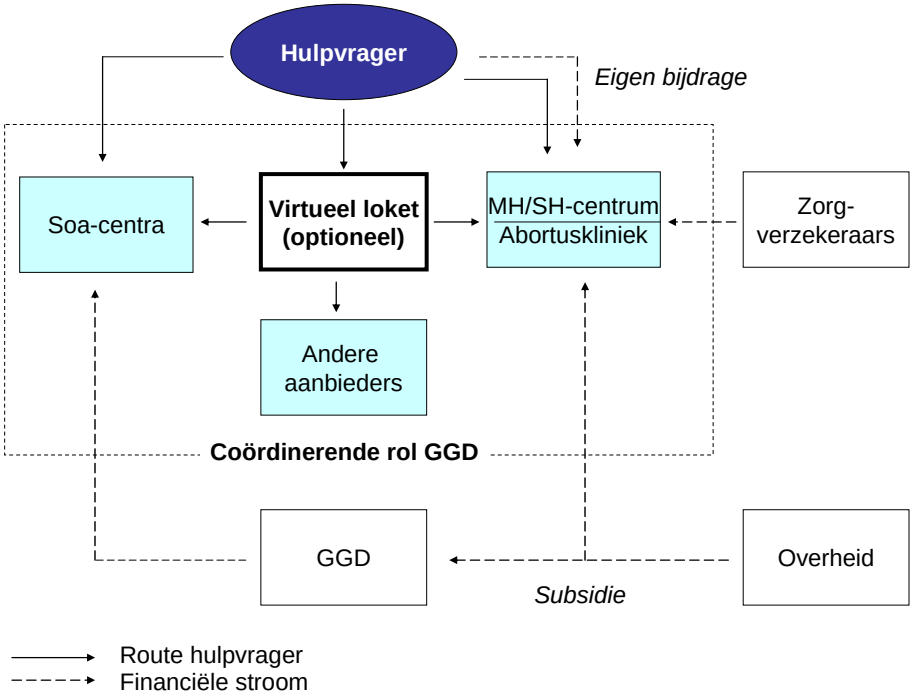
Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing is het belangrijk om eigen bijdragen te heffen. De systematiek van eigen bijdragen moet wel zodanig zijn dat risicogroepen beter worden bereikt. Daarbij kan worden gedacht aan het verlagen van de eigen bijdrage voor risicogroepen of het heffen van een eigen bijdrage na twee of drie consulten.

Toepassing van de drie genoemde uitgangspunten (prikkels voor doelmatigheid, waarborgen voor continuïteit en prikkels voor kostenbeheersing) leidt tot een gemengde financiering van medische en seksuologische hulpverlening. De mogelijkheden voor financiering van medische en seksuologische hulpverlening door zorgverzekeraars moeten verder worden verkend. Als financiering op basis van de Zorgverzekeringswet haalbaar is, kan de continuïteit van MH/SH-centra worden gewaarborgd door het verstrekken van subsidies die de financiële gevolgen van een tijdelijke terugvallende hulpvraag compenseren. Ten slotte moeten eigen bijdragen worden geheven om de kosten beheersbaar te houden.

Financiering in relatie tot organisatie

In de figuur hieronder hebben wij het model voor organisatie en financiering weergegeven.

Figuur 6.1. Model voor organisatie en financiering



Figuur 6.1 gaat uit van een samenhangend aanbod op het gebied van de seksuele en reproductieve gezondheid. Indien nodig, kan per regio een centrale toegang worden georganiseerd door een virtueel loket. Hulpvragers kunnen echter ook direct bij een hulpverlenende instelling terecht. De samenhang in het aanbod wordt gecoördineerd door de GGD. Verder zijn we ervan uitgegaan dat MH/SH-centra worden gefinancierd op basis van de Zorgverzekeringswet en door eigen bijdragen. In geval van financiële nood (bijvoorbeeld door fluctuaties in de vraag) kunnen zij een beroep doen op subsidie.

Als financiering op basis van de Zorgverzekeringswet niet haalbaar is en gekozen wordt voor subsidiëring, ligt het voor de hand deze subsidiëring via de coördinerende GGD'en te verstrekken. De coördinerende GGD'en zijn dan aanspreekpunt voor het verstrekken van de subsidie (zowel voor de aanvullende curatieve soa-bestrijding als voor de medische en seksuologische hulpverlening), waarbij de GGD'en deze subsidie vervolgens verdelen over de betreffende instellingen in het verzorgingsgebied. Uiteraard moeten de belangen ten aanzien van de medische en seksuologische hulpverlening daarbij wel goed worden gewaarborgd (bijvoorbeeld door het oormerken van gelden).

Regionaal kan de samenwerkingsvorm verschillend worden uitgewerkt, onder meer afhankelijk van de regionale situatie. Mocht er regionaal bijvoorbeeld geen behoefte zijn aan één regionaal loket, dan zou de samenwerking zich moeten richten op het creëren van een samenhangend aanbod, maar zonder één centrale toegang.

A Begeleidingscommissie

Het onderzoek is begeleid door een interne begeleidingscommissie van het CVZ, die bestond uit:

- De heer A. Bouwman
- De heer E. Koops
- Mevrouw N. Slooff
- Mevrouw D. Visser

B Gesprekspartners interviews

Hieronder geven we een overzicht van de interviews die we hebben gehouden:

Beleidsmakers en koepels

- CVZ, mevrouw D. Visser
- GGD Nederland, de heer M. de Vries
- Ministerie van VWS, mevrouw M. Kok
- Ministerie van VWS, mevrouw H. Slingeland
- Nederlandse Vereniging Voor Seksuologie, de heer P. Leusink
- Nederlandse Vereniging Voor Seksuologie, mevrouw M. Ramakers
- Rutgers Nisso Groep, mevrouw I. Vanwesenbeeck
- SOA Nederland, de heer T. Coenen
- ZonMw, mevrouw H. Bonink

MH/SH-centra

- CASA (Utrecht), mevrouw A. van den Berg
- CASA (Rotterdam/Utrecht), de heer B. van Herk
- Centrum voor Seksuele Gezondheid (Amsterdam), mevrouw J. Floor
- Centrum voor Seksuele Gezondheid (Amsterdam), mevrouw Y. Hazeveld
- Centrum voor Seksuele Gezondheid (Amsterdam), mevrouw M. Rossmark
- Centrum voor Seksuele Gezondheid (Amsterdam), mevrouw M. Zwaan
- Centrum voor Seksuele Gezondheid Noord Nederland (Groningen), mevrouw C. Bauer
- Centrum voor Seksuele Gezondheid Noord Nederland (Groningen), de heer J. Drenth
- Centrum voor Seksuele Gezondheid Noord Nederland (Groningen), de heer J. Naaijer

- Centrum voor Seksuele Gezondheid Noord Nederland (Groningen), mevrouw S. Oosterbaan
- Mildred Rutgers Huis (Arnhem)/Rutgers Stimezo Zuid-Nederland (Eindhoven), mevrouw R. Compiet
- Mildred Rutgers Huis (Arnhem)/Rutgers Stimezo Zuid-Nederland (Eindhoven), de heer J. de Feijter
- Mildred Rutgers Huis (Arnhem)/Rutgers Stimezo Zuid-Nederland (Eindhoven), mevrouw M. van Heijst
- Mildred Rutgers Huis (Arnhem)/Rutgers Stimezo Zuid-Nederland (Eindhoven), mevrouw O. Loeber
- Mildred Rutgers Huis (Arnhem)/Rutgers Stimezo Zuid-Nederland (Eindhoven), mevrouw E. Muller
- Preterm Kliniek (Den Haag), mevrouw F. Bekkers
- Preterm Kliniek (Den Haag), mevrouw A. van Melsen
- Preterm Kliniek (Den Haag), mevrouw W. Obdeijn
- Preterm Kliniek (Den Haag), de heer J. Posthumus
- Preterm Kliniek (Den Haag), mevrouw A. Richardson

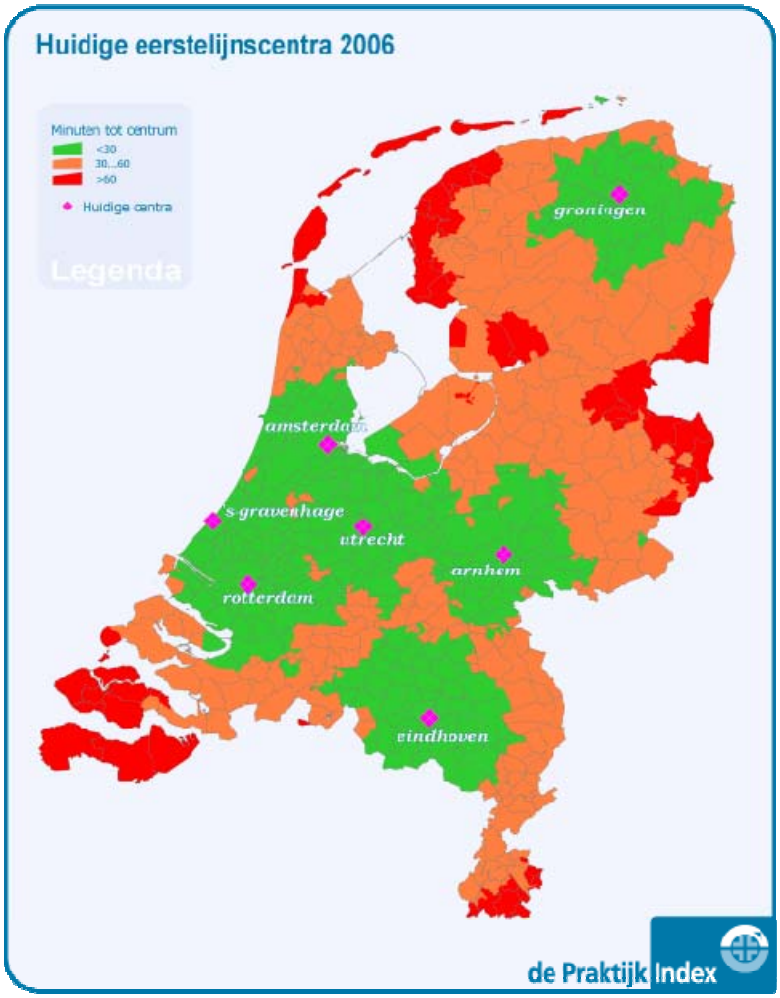
C Analyse landelijke dekking

In deze bijlage gaan we in op de analyse die is gemaakt over de landelijke dekking van de medische en seksuologische hulpverlening. De analyses zijn uitgevoerd door het adviesbureau de Praktijk Index. De routeberekeningen zijn gemaakt op basis van AND routesoftware van 2006. De berekeningen zijn gebaseerd op reistijden per auto.

C.1 Bereikbaarheid huidige situatie

Er zijn op dit moment zeven locaties voor seksuologische hulpverlening. Deze locaties bevinden zich in Amsterdam, Arnhem, Den Haag, Eindhoven, Groningen, Rotterdam en Utrecht. Zie kaart C.1 voor de locaties.

Kaart C.1. Spreiding van de huidige 7 centra



Kaart C.1 toont voor alle postcodegebieden in Nederland hoe ver het rijden is naar het dichtstbijzijnde centrum. In tabel C.1 staat voor elke klasse het aantal inwoners.

Tabel C.1. Inwoners per rijtijdklasse huidige situatie

Klasse	Aantal inwoners	Percentage
< 30	10.667.940	65,5%
30 tot 60	4.684.335	28,7%
> 60	944.840	5,8%
Totaal	**16.297.115**	**100,0%**

Opvallend is dat bijna 6% (bijna één miljoen mensen) buiten de grens van één uur vallen.

C.2 Bereikbaarheid bij andere uitgangspunten

In deze fase zijn berekeningen uitgevoerd op basis van twee uitgangspunten:

- Als iedereen binnen één uur bij een centrum moet kunnen zijn, hoeveel locaties moeten er zijn, en wat zijn die locaties;
- Dezelfde analyse als hiervoor, maar dan binnen een half uur.

Deze analyses zijn uitgevoerd met behulp van een optimalisatiemodel. Op basis van inwoners en afstanden tussen postcodes worden de meest ideale locaties en het meest ideale aantal locaties voor de nieuwe centra gekozen. Om de nieuwe locaties niet 'midden in het weiland' te plannen zijn er als mogelijke locaties alleen postcodes toegelaten die deel uitmaken van gemeenten met meer dan 50.000 inwoners. Een nieuwe locatie komt dus altijd in een 'grotere' gemeente te liggen.

Analyse 1

Met zeven locaties kan zo goed als iedereen in Nederland binnen één uur met de auto bij een MH/SH-centrum zijn. In kaart C.2 is te zien wat de meest ideale locaties zijn. Doordat wordt geoptimaliseerd voor het aantal locaties (zo weinig mogelijk) en niet voor het aantal mensen binnen zo kort mogelijke tijd, komen de locaties niet in de grote steden te liggen, maar juist daarbuiten. Een oplossing hiervoor wordt aangedragen in analyse 3.

Tabel C.2. Inwoners per rijtijdklasse analyse 1

Klasse	Aantal inwoners	Percentage
< 30	5.834.375	35,8%
30 tot 60	10.383.820	63,7%
> 60	78.920	0,5%
Totaal	**16.297.115**	**100,0%**

In de tabel is te zien dat het grootste deel van de inwoners van Nederland tussen de 30 en 60 minuten moet reizen naar een centrum (meer dan 60%).

Kaart C.2. Spreiding van de centra volgens analyse 1

Analyse 2

In deze analyse wordt de tijdstermijn waarbinnen cliënten bij een centrum moeten zijn verlaagd naar een half uur. Het is onmogelijk om dan een 100% dekking over Nederland te krijgen omdat niet iedereen van elke plek in Nederland binnen een half uur een gemeente kan bereiken met minimaal 50.000 inwoners.

Tabel C.3 laat zien dat 97% binnen een half uur bij een centrum is. De overige mensen kunnen wel binnen 60 minuten bij een centrum zijn.

Tabel C.3. Inwoners per rijtijdklasse analyse 2

Klasse	Aantal inwoners	Percentage
< 30	15.757.955	96,7%
30 tot 60	524.340	3,2%
> 60	14.820	0,1%
Totaal	**16.297.115**	**100,0%**

Kaart C.3 toont de spreiding van 23 locaties over Nederland.

Kaart C.3. Spreiding van de centra volgens analyse 2

Analyse 3

Deze analyse komt overeen met analyse 1. Er is echter één nieuwe voorwaarde aan het model toegevoegd, namelijk dat in de vier grote steden in ieder geval een centrum is gevestigd. Van daaruit is berekend hoeveel en welke locaties dan geschikt zijn voor lokalisering van een centrum. Doordat er vier locaties worden vastgezet, zijn er meer locaties nodig om tot een zo goed als volledige dekking te komen. Konden we in analyse 1 nog toe met zeven locaties, nu zijn dat er tien geworden. Zie kaart C.4 voor de locaties. In tegenstelling tot analyse 1 kan meer dan 60% van de mensen binnen een half uur een centrum bereiken.

Tabel C.4. Inwoners per rijtijdklasse analyse 3

Klasse	Aantal inwoners	Percentage
< 30	10.687.875	65,6%
30 tot 60	5.530.445	33,9%
> 60	78.795	0,5%
Totaal	**16.297.115**	**100,0%**

Kaart C.4. Spreiding van de centra volgens analyse 3

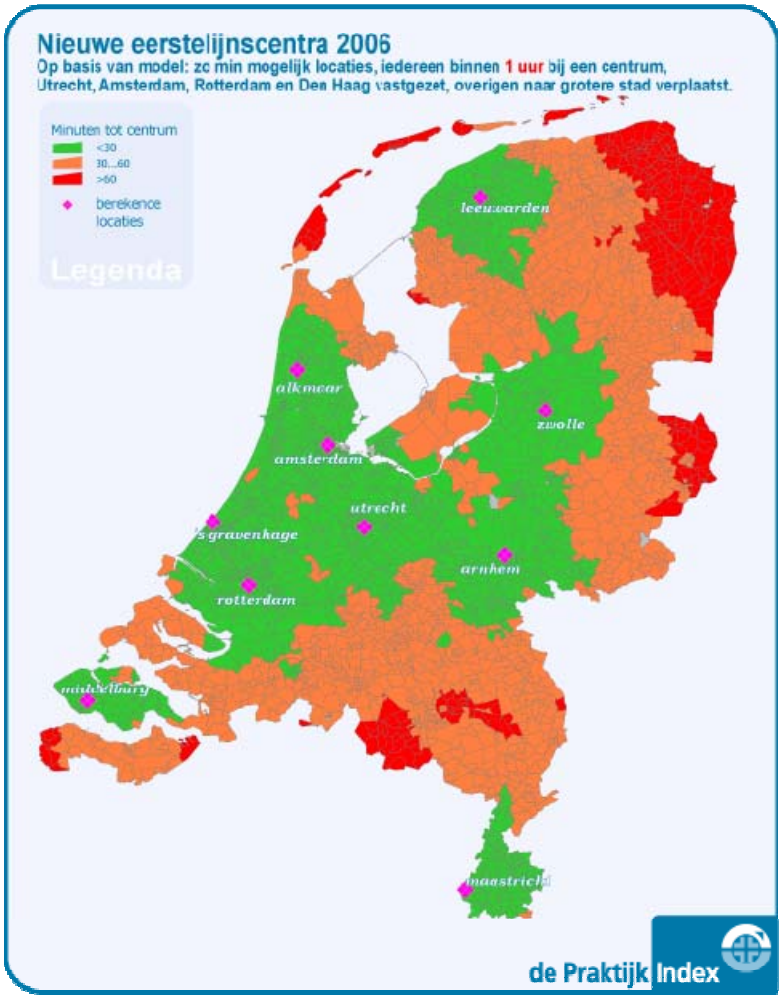
Analyse 4

Deze analyse is een vervolg op analyse 3. De locaties die het model berekende waren naast de huidige locaties: Smallingerland (Drachten), Hardenberg, Sittard-Geleen, Terneuzen en Alkmaar. In analyse 4 zijn de eerste vier locaties verschoven naar de hoofdsteden van de provincie respectievelijk: Leeuwarden, Zwolle, Maastricht en Middelburg. Alkmaar blijft staan. Tabel C.5 laat zien dat er dan rond de 700.000 mensen (4,4%) buiten de grens van 1 uur vallen. Zie ook de donkerrode gebieden in kaart D.5. Het gaat hier vooral om gebieden in het oosten en een paar in het zuiden van het land.

Tabel C.5. Inwoners per rijtijdklasse analyse 4

Klasse	Aantal inwoners	Percentage
< 30	10.704.410	65,7%
30 tot 60	4.883.025	30,0%
> 60	709.680	4,4%
Totaal	**16.297.115**	**100,0%**

Kaart C.5. Spreiding van de centra volgens analyse 4



Analyse 5

Deze analyse komt overeen met analyse 3. In aanvulling op analyse 3 zijn niet alleen de vier grote steden vastgezet, maar ook de steden Groningen, Arnhem en Eindhoven. Bij totaal 12

locaties is de dekking zo goed als 100% (bij tien locaties kan al een dekking van 99% worden verkregen).

Tabel C.6. Inwoners per rijtijdklasse analyse 5

Klasse	Aantal inwoners	Percentage
< 30	12.407.115	76,1%
30 tot 60	3.860.095	23,7%
> 60	29.905	0,2%
Totaal	**16.297.115**	**100,0%**

Kaart C.6. Spreiding van de centra volgens analyse 5

D Financiële analyse

D.1 Financiële gevolgen bij toepassing normprijzen

Bij het bepalen van een normprijs zijn we uitgegaan van referentietarieven voor de hulpverlening.

We hebben twee referentietarieven gehanteerd. Ten eerste hebben we tarieven gehanteerd die zijn berekend in de verkennende evaluatie van het CVZ (*Evaluatie subsidieparagraaf medische en seksuologische hulpverlening*). De tarieven zijn EUR 25 voor medische hulpverlening (afgerond) en EUR 87 voor seksuologische hulpverlening (afgerond).

Daarnaast hebben we gekeken naar referentietarieven voor vergelijkbare hulpverlening. Voor een consult seksuologische hulpverlening hebben we als referentietarief het CTG-tarief voor een psychotherapiecontact geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot volwassenen gehanteerd. Dit tarief bedraagt EUR 107 (exclusief kapitaallasten; CTG-tarief F 104 uit de tarieflijst AWBZ-instellingen 2006). We hebben voor dit tarief gekozen vanwege overeenkomsten in het soort contact (face-to-face contact volwassenen) en de aard van de hulpverlening die wordt geboden (het bieden van hulp in individuele gesprekken of relatiegesprekken). Overigens zijn er ook verschillen omdat de MH/SH-centra eerstelijns hulpverlening bieden en GGZ-instellingen tweedelijns hulpverlening. Ook het deskundigheidsniveau van hulpverleners kan verschillen.

Bij het bepalen van een referentietarief voor een consult medische hulpverlening ligt een vergelijking met de medische hulpverlening door een huisarts voor de hand. Een referentietarief voor de huisarts kan echter moeilijk worden bepaald omdat huisartsen worden gefinancierd zowel op basis van inschrijvingstarieven van verzekerden ('abonnementstarief') als op basis van consulten. We hebben er daarom voor gekozen een referentietarief af te leiden van het referentietarief voor seksuologische hulpverlening. In eerdere berekeningen (bijvoorbeeld van adviesbureau Berenschot in een advies over de exploitatiecijfers van Rutgershuizen die voor subsidiëring in aanmerking komen, 2002) is als uitgangspunt gehanteerd dat 1 fte medische hulpverlening 4.400 consulten per jaar verricht en 1 fte seksuologische hulpverlening 1.250 consulten per jaar. We hebben deze verhouding tussen het aantal consulten toegepast op het referentietarief seksuologische hulpverlening om een referentietarief medische hulpverlening te bepalen. Het referentietarief voor medische hulpverlening komt dan uit op EUR 30,40 (namelijk 1.250/4.400 * EUR 107). Ook dit tarief is exclusief kapitaallasten.

Deze tarieven hebben wij vermenigvuldigd met het werkelijke aantal consulten uit 2005. Deze berekening leidt tot potentiële opbrengsten voor de centra en zijn naast de werkelijke kosten gelegd over 2005. De werkelijke kosten hebben wij gehaald uit de jaarrekeningen en/of exploitatieoverzichten en/of aanvragen tot subsidievaststelling. Hierbij zijn de (eventuele) huisvestingslasten en kosten voor medische middelen buiten beschouwing gelaten. De huisvestingslasten zijn buiten de totale kosten gelaten vanwege twee redenen. Ten eerste zijn niet bij alle centra huisvestingslasten doorberekend. Het opnemen van huisvestingskosten zou tot een scheef beeld leiden. Ten tweede is het CTG-tarief berekend exclusief huisvestingslasten. Als de huisvestingslasten buiten de opbrengsten worden gehouden betekent dit dat de huisvestingslasten ook buiten de kosten moeten worden gelaten. De kosten voor de medische

middelen zijn buiten beschouwing gelaten omdat we ervan uit gaan dat deze kosten volledig worden doorbelast aan cliënten (de kosten zijn dus gelijk aan de opbrengsten). Ook een eventuele resterende overschrijding uit voorgaande jaren is niet opgenomen in de totale lasten (deze kunnen wel worden gesubsidieerd).

Uit de berekeningen blijkt dat de centra bij hantering van de gestelde tarieven (lang) niet uitkomen qua resultaat (zie onderstaande tabel).

Tabel D.1. Resultaat bij toepassing normprijzen (alle bedragen in EUR)

Normprijzen EUR 25 (MH) en EUR 87 (SH)							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Totale opbrengsten	137.931,00	43.061,00	118.030,00	38.529,00	75.130,00	30.981,00	24.478,00
Totale kosten	320.938,00	77.047,00	186.663,00	90.033,91	165.367,00	130.124,00	119.178,00
Resultaat	**183.007,00-**	**33.986,00-**	**68.633,00-**	**51.504,91-**	**90.237,00-**	**99.143,00-**	**94.700,00-**
Normprijzen EUR 30 (MH) en EUR 107 (SH)							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Totale opbrengsten	168.852,08	52.757,08	144.291,93	47.142,01	92.190,23	37.837,88	29.938,11
Totale kosten	320.938,00	77.047,00	186.663,00	90.033,91	165.367,00	130.124,00	119.178,00
Resultaat	**152.085,92-**	**24.289,92-**	**42.371,07-**	**42.891,90-**	**73.176,77-**	**92.286,13-**	**89.239,89-**

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat alle centra in de rode cijfers zouden belanden indien de gestelde tarieven zouden zijn gehanteerd in 2005. Mogelijke oorzaken hiervan bespreken we hieronder.

Salariskosten hulpverleners

Voor twee MH/SH-centra hebben we de gemiddelde salariskosten per fte arts/seksuoloog en de gemiddelde salariskosten per fte verpleegkundige berekend (voor de vijf andere centra was een uitsplitsing van salariskosten en/of het aantal fte naar discipline niet mogelijk). De gemiddelde salariskosten (inclusief sociale lasten) voor een arts/seksuoloog bedragen EUR 60.653. Als dit wordt vergeleken met schaal 65 van de CAO ziekenhuizen 2005 (salaris EUR 70.437 inclusief sociale lasten), kunnen we vaststellen dat de salariskosten in de MH/SH-centra voor artsen/seksuologen relatief laag zijn. De gemiddelde salariskosten voor een verpleegkundige in een MH/SH-centrum bedragen EUR 43.986 inclusief sociale lasten. Deze kosten zijn enigszins hoger dan de salariskosten op basis van schaal 45 in de CAO ziekenhuizen (EUR 41.159 inclusief sociale lasten).

Hieruit leiden we af dat het negatieve resultaat bij toepassing van normprijzen niet wordt veroorzaakt door de hoogte van de salariskosten van de hulpverleners. De gemiddelde salariskosten voor een verpleegkundige zijn enigszins hoger in vergelijking met de CAO ziekenhuizen, maar dit wordt ruimschoots gecompenseerd door de lagere kosten van artsen en seksuologen in vergelijking met de CAO ziekenhuizen. We plaatsen hierbij de kanttekening dat de informatie is gebaseerd op gegevens van twee centra.

Salariskosten receptie, overige personeelskosten, materiële en overige kosten

In de financiële analyse hebben we berekend wat de verhouding is van de salariskosten van de receptie, de overige personeelskosten en de materiële en overige kosten ten opzichte van de salariskosten (inclusief sociale lasten) van de hulpverleners. Kosten van huisvesting en medische middelen hebben we buiten beschouwing gelaten. Doorbelaste kosten voor management hebben we gerekend onder overige personeelskosten. We hebben één opslagpercentage gehanteerd voor de salariskosten receptie, overige personeelskosten en de materiële en overige kosten omdat de indeling in kostensoorten tussen MH/SH-centra niet altijd vergelijkbaar is.

De opslagpercentages voor de salariskosten receptie, overige personeelskosten en materiële en overige kosten lopen uiteen tussen MH/SH-centra van 69% tot 155%. In het laatste geval zijn de salariskosten receptie, overige personeelskosten en materiële en overige kosten dus ruim anderhalf keer zo hoog als de salariskosten van de hulpverleners. Zie tabel D.2.

Tabel D.2. Opslagpercentages receptie, overige personeelskosten, materiële en overige kosten

	1	2	3	4	5	6	7
Opslagpercentage salariskosten receptie, overige personeelskosten, materiële en overige kosten	88%	132%	69%	110%	105%	98%	155%

Op basis van tabel D.2 kunnen we concluderen dat de hoogte van de opslagpercentages voor de salariskosten receptie, overige personeelskosten, materiële en overige kosten ten opzichte van de directe salariskosten sterkt uiteenloopt tussen centra.

Aantal consulten

Op basis van de beschikbare gegevens is het niet mogelijk het gemiddelde aantal consulten te berekenen per fte. Het werkelijke aantal fte uitgesplitst naar medische hulpverlening en naar seksuologische hulpverlening is bij de meeste centra niet bekend. We kunnen dus geen uitspraak doen over het gemiddelde aantal consulten per fte. Wel is duidelijk dat het gerealiseerde aantal consulten per centrum niet voldoende is om de kosten van MH/SH-centra (exclusief kosten huisvesting en medische middelen) te dekken bij toepassing van normprijzen.

We zijn nagegaan hoeveel consulten nodig zijn om de kosten te dekken, bij toepassing van normprijzen. Dit aantal hebben we afgezet tegen het werkelijke aantal consulten. Zie tabel D.3.

Tabel D.3. Verhouding werkelijke aantal consulten ten opzichte van normaantal

	1	2	3	4	5	6	7
Medische hulpverlening	35%	37%	66%	39%	18%	29%	20%
Seksuologische hulpverlening	51%	74%	60%	47%	73%	19%	21%

Tabel D.3 maakt duidelijk dat bij toepassing van normprijzen het werkelijke aantal consulten veel te laag is om de huidige kostenniveaus te dekken.

D.2 Berekening kosten per consult

Vervolgens zijn we nagegaan wat de gemiddelde kosten zijn per consult medische hulpverlening en per consult seksuologische hulpverlening.

In de berekening zijn we uitgegaan van de totale lasten per centrum verminderd met huisvestingslasten en kosten voor medische middelen (zie D.1 voor een toelichting).

In de jaarrekeningen zijn de kosten voor medische en seksuologische hulpverlening niet (altijd) gescheiden. Ook het aantal fte is niet goed te scheiden tussen beide soorten hulpverlening. Daarom is het niet mogelijk de werkelijke kosten toegerekend aan medische hulpverlening af te zetten tegen het aantal consulten medische hulpverlening (idem voor seksuologische hulpverlening). In plaats daarvan hebben we de totale werkelijke kosten (exclusief huisvestingslasten en kosten medische middelen) toegerekend aan een consult medische hulpverlening en een consult seksuologische hulpverlening, op basis van de verhouding die geldt voor het normaantal consulten per fte medische hulpverlening (4.400 per fte) ten opzichte van het normaantal consulten per fte seksuologische hulpverlening (1.250 per fte). We hebben verondersteld dat de salariskosten en overheadkosten voor een fte medische hulpverlening gelijk zijn aan de salariskosten en overheadkosten voor een fte seksuologische hulpverlening. Bij gelijke salariskosten en overheadkosten bedraagt de kostprijs van een consult medische hulpverlening 28,4% (1.250/4400) van de kostprijs van een consult seksuologische hulpverlening.

We hebben de volgende berekening gehanteerd:

$p_m * Q_m + p_s * Q_S = TK$

$p_m = 1.250/4.400 * p_s$

p_m = totale toegerekende kosten medische hulpverlening (exclusief huisvestingslasten en medische middelen) per consult medische hulpverlening in 2005

p_s = totale toegerekende kosten seksuologische hulpverlening (exclusief huisvestingslasten en medische middelen) per consult seksuologische hulpverlening in 2005

Q_m = totale aantal consulten medische hulpverlening in 2005

Q_s = totale aantal consulten seksuologische hulpverlening in 2005

TK = totale kosten exclusief huisvestingslasten en medische middelen

Tabel D.4 bevat de toegerekende kosten medische hulpverlening (exclusief huisvestingslasten en medische middelen) per consult medische hulpverlening en de toegerekende kosten seksuologische hulpverlening (exclusief huisvestingslasten en medische middelen) per consult seksuologische hulpverlening

Tabel D.4. Toegerekende kosten per consult (alle bedragen in EUR)

	1	2	3	4	5	6	7
Medische hulpverlening	58	44	39	58	55	105	121
Seksuologische hulpverlening	203	156	138	204	192	368	426

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat de kosten per consult sterk uiteenlopen tussen de centra. Bovendien komen de kosten per consult bij sommige centra zeer hoog uit. Wanneer de zeven centra alle worden meegerekend komt de gemiddelde kostprijs voor medische hulpverlening uit op EUR 58 per consult en voor seksuologische hulpverlening op EUR 203 per consult.

De tabel maakt duidelijk dat de kosten (exclusief huisvesting en medische middelen) te hoog zijn in relatie tot het aantal consulten. We zien hiervoor drie mogelijke oorzaken. Een eerste oorzaak is dat een te hoog bedrag aan kosten wordt toegerekend aan de MH/SH-centra. De abortusklinieken kunnen zelf bepalen welk percentage van de gezamenlijke kosten (bijvoorbeeld salariskosten receptie, management, materiële kosten) zij doorberekenen aan de MH/SH-centra. Mogelijk wordt een te hoog bedrag toegerekend (in verhouding met de productie). Een tweede mogelijke oorzaak is dat het aantal consulten per fte te laag is. Een te laag aantal consulten per fte kan betekenen dat de vraag achterblijft bij de begrote capaciteit (onderbezetting) of dat de doelmatigheid te wensen overlaat. Een derde mogelijke oorzaak is dat minder consulten worden geregistreerd dan het aantal dat in werkelijkheid wordt uitgevoerd. In dat geval zou een vertekend beeld ontstaan door onnauwkeurigheden in de registratie.

D.3 Dekking door subsidie en eigen bijdragen

Ten slotte hebben we gekeken naar de huidige dekking van de kosten door subsidie en eigen bijdragen.

In tabel D.5 hebben we de gemiddelde eigen bijdrage opgenomen die MH/SH-centra in rekening hebben gebracht. Hieruit blijkt dat bij vijf centra de gemiddelde eigen bijdrage ongeveer gelijk is aan of hoger is dan de gemiddelde eigen bijdrage die op basis van de subsidieparagraaf in rekening moet worden gebracht (EUR 23 voor medische hulpverlening en EUR 48 voor seksuologische hulpverlening).

Tabel D.5. Gemiddelde eigen bijdrage

	1	2	3	4	5	6	7
Medische hulpverlening	17,08	26,02	34,56	23,79	23,55	24,28	32,21
Seksuologische hulpverlening	67,38	53,71	61,31	55,70	58,83	34,04	49,20

Tabel D.6 geeft inzicht in het percentage van de totale lasten exclusief medische middelen dat wordt gedekt door subsidie en eigen bijdragen. Bij de totale lasten zijn de huisvestingskosten opgenomen (indien van toepassing) omdat deze door subsidie en/of eigen bijdrage moeten worden gefinancierd. We hebben gerekend met de subsidiebedragen voor het jaar 2006.

Uit tabel D.6 blijkt dat bij twee centra het totaal van het subsidiebedrag en de eigen bijdragen voldoende is om de totale lasten exclusief medische middelen te dekken.

Tabel D.6. Dekking door subsidie en eigen bijdragen

	1	2	3	4	5	6	7
Subsidie	60,08%	54,92%	40,53%	70,62%	56,39%	61,62%	67,47%
Eigen bijdragen	28,69%	41,12%	67,19%	32,89%	30,67%	17,77%	15,85%
Resultaat	**-11,24%**	**-3,96%**	**7,73%**	**3,52%**	**-12,94%**	**-20,61%**	**-16,68%**