

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2653

Vragen van het lid **Paulusma** (D66) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de verwachte toename van geslachtsziekten en ongewenste zwangerschappen door bezuinigingen* (ingezonden 21 mei 2025).

Antwoord van Staatssecretaris **Tielen** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 3 juli 2025). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2024–2025, nr. 2387.

Vraag 1

Bent u bekend met het artikel «Straks meer geslachtsziekten en ongewenste zwangerschappen door bezuinigingen» van 17 mei 2025¹?

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met dit artikel.

Vraag 2

Soa Aids Nederland stelt in het zojuist genoemde artikel dat het aantal soa's de afgelopen jaren fors gestegen is en dat zij ook een toename in onbedoelde zwangerschappen zien, waarbij zij stellen dat voorlichting en soa-testen echt nodig zijn om dit tij te keren. Deelt u deze zorgen en zou u hier een reactie op willen geven?

Antwoord 2

Ik herken de zorgen over de seksuele gezondheid in Nederland, waar het gaat om de stijgende soa- en hiv-cijfers. Ook neemt het aantal zwangerschapsafbrekingen toe. De GGD'en doen heel belangrijk werk. Zij bieden een veilige en deskundige plek waar mensen terecht kunnen voor seksuele gezondheidszorg, in aanvulling op de reguliere seksuele gezondheidszorg die geboden wordt door huisartsen. Bijvoorbeeld waar het gaat om aanvullende soa-zorg, PrEP-zorg (preventieve hiv-medicatie) en gesprekken met jongeren over seksualiteit en seksuele gezondheid, zoals anticonceptie. De meeste GGD'en bieden ook keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap. Daarnaast helpt de interventie Nu Niet Zwanger hulpverleners in gesprek te gaan over kinder-

¹ Omroepwest.nl, 17 mei 2025, «Straks meer geslachtsziekten en ongewenste zwangerschappen door bezuinigingen» www.omroepwest.nl/zorg/4966906/straks-meer-geslachtsziekten-en-ongewenste-zwangerschappen-door-bezuinigingen

wens met mensen in kwetsbare omstandigheden. Nu Niet Zwanger is beschikbaar bij alle 25 GGD'en.

Vraag 3

Hoe beoordeelt u deze zorgelijke ontwikkelingen met het oog op het belang van preventie? Erkent u dat er een verband is tussen deze toename en de bezuinigingen op preventie en de GGD?

Antwoord 3

De financiële middelen voor collectieve preventie rond seksuele gezondheid zijn hetzelfde gebleven. Wel is in het hoofdlijnenakkoord afgesproken dat specifieke uitkeringen per 2026 met 10% gekort worden. Dit geldt ook voor de Regeling specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling) waarmee aanvullende soa-zorg, PrEP-zorg en seksualiteits-hulpverlening door de GGD'en gefinancierd worden. Deze korting gaat pas komend jaar in en kan de huidige ontwikkelingen niet verklaren. In de Kamerbrief Voortgang beleid seksuele gezondheid die u recent heeft ontvangen, staat dat de korting vooral ingevuld zal worden door minder zorg te leveren. Ook staat in die brief dat de ASG-regeling wordt aangepast. In de regeling zal worden benadrukt dat het soa-zorgaanbod bedoeld is voor personen die een drempel ervaren om naar de huisarts te gaan, terwijl zij wel een verhoogd risico lopen op een soa. Het is niet bedoeld voor personen die weliswaar een verhoogd risico lopen op een soa, maar geen onoverkomelijke drempel ervaren tot de reguliere zorg. Zo houden we – binnen de bestaande financiële middelen – deze aanvullende zorg toegankelijk voor diegenen die hier het meeste baat bij hebben.

Vraag 4

Bent u het eens dat goede seksuele voorlichting, toegankelijke soa-testen en anticonceptiezorg kosteneffectieve interventies binnen de publieke gezondheidszorg vormen?

Antwoord 4

Binnen de publieke gezondheidszorg richten we ons op de algehele bevolking, hoog-risicogroepen of groepen in een kwetsbare positie. Dit in tegenstelling tot de curatieve zorg, waar een individuele behandeling centraal staat. Ik ben bekend met onderzoeken waaruit blijkt dat laagdrempelige soa-zorg aan hoog-risicogroepen en PrEP-zorg binnen de publieke gezondheidszorg kosteneffectief zijn.² Wat betreft seksuele voorlichting ben ik bekend met internationale onderzoeken waaruit blijkt dat relationele en seksuele vorming in het onderwijs kosteneffectief kan zijn, mede door de verschillende effecten per leeftijdsgroep en de ingewikkeldheid van het identificeren van de directe baten op (vaak zeer) lange termijn.³

Vraag 5

Kunt u aantonen hoeveel gezondheidscomplicaties hiermee voorkomen worden?

Antwoord 5

Met de soa-zorg door GGD'en worden transmissieketens doorbroken en voorkomen, waardoor soa's niet verder verspreiden. PrEP-zorg voorkomt hiv. Tijdige seksualiteitshulpverlening leidt tot vroegtijdige signalering en hulp bij seksuele gezondheidsproblematiek, waarmee verergering van problematiek kan worden voorkomen. Er worden dus gezondheidscomplicaties voorkomen, hoeveel precies is lastig in te schatten. Dit omdat ontwikkelingen rond seksuele gezondheid van meerdere factoren afhankelijk zijn en moeilijk

² Zie bijvoorbeeld de cijfermatige eindevaluatie van de pilot waarin GGD'en PrEP-zorg hebben aangeboden, te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/07/27/cijfermatige-eindevaluatie-prep-pilot>. Of de recente studie naar kosteneffectiviteit van soa-zorg aan hoog-risicogroepen Brunner P, Brunner K, Kübler D. The Cost-Effectiveness of HIV/STI Prevention in High-Income Countries with Concentrated Epidemic Settings: A Scoping Review. *AIDS Behav.* 2022 Jul;26(7):2279–2298.

³ Zie bijvoorbeeld: Kivela J., Ketting, E., Baltussen, R. Cost and cost-effectiveness analysis of school-based sexuality education programmes in six countries: full report. UNESCO, Radboud University Nijmegen Medical Center (2011).

toegeschreven kunnen worden aan één (preventie-)maatregel vanuit de overheid. Zo kunnen personen altijd voor soa-zorg bij hun huisarts terecht. Bovendien kunnen de effecten van preventie ook op zeer lange termijn pas zichtbaar worden. Zoals uw Kamer weet, werkt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport momenteel aan een investeringsmodel voor preventie. In de ontwikkeling van het model hebben we aandacht voor het in kaart brengen en onderbouwen van de langetermijneffecten van preventieve maatregelen, ook op het terrein van seksuele gezondheid. Wel is te zien dat sinds PrEP beschikbaar is in Nederland, het aantal nieuwe hiv-diagnoses meer dan gehalveerd is. Verder is er wetenschappelijke onderbouwing dat relationele en seksuele vorming er onder andere aan bijdraagt dat mensen bewuster beginnen met seks, beter wensen en grenzen kunnen aangeven en respecteren, en een positiever zelfbeeld hebben.⁴

Vraag 6

Heeft u onderzoek gedaan naar de effecten van de bezuinigingen op preventie? Zo ja, wat is er uit deze onderzoeken gekomen? Zo nee, bent u voornemens verder onderzoek te doen?

Antwoord 6

De financiële middelen voor collectieve preventie op het terrein van seksuele gezondheid zijn hetzelfde gebleven. Integendeel, zoals ik eerder met uw Kamer deelde, doen het RIVM en Soa Aids Nederland onderzoek naar effectieve interventies om het condoomgebruik te stimuleren. Ik verwacht de resultaten in oktober 2025. Op basis van deze resultaten, start ik activiteiten met als doel meer condoomgebruik. Per 2026 is wel sprake van een korting van 10% op de specifieke uitkering Regeling Aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling), waarmee GGD'en aanvullende soa-zorg, prep-zorg en seksualiteitshulpverlening bieden. Er is geen onderzoek verricht naar de verwachte effecten van deze bezuiniging. In de Kamerbrief Voortgang beleid seksuele gezondheid die u recent heeft ontvangen, heeft u kunnen lezen hoe deze korting wordt ingevuld.

Vraag 7

Is er bij de besluitvorming over deze bezuinigingen rekening gehouden met de verwachte maatschappelijke kosten en zorgkosten die zullen voortvloeien uit een stijging van soa's en ongewenste zwangerschappen? Zo ja, hoe is hier rekening mee gehouden en kunnen stukken hierover met de Kamer gedeeld worden?

Antwoord 7

De bezuiniging van 10% op de specifieke uitkeringen is een afspraak voor alle specifieke uitkeringen op basis van het hoofdlijnenakkoord.

Vraag 8

Is er onderzocht wat de directe effecten van de bezuinigingen op bijvoorbeeld Centra voor Seksuele Gezondheid zijn op de ontwikkeling van geslachtsziektes, zoals HIV en syfilis? Erkent u dat het zeer zorgelijk is als deze besmettingen oplopen en het de gezondheid van veel Nederlanders ernstig kan schaden?

Antwoord 8

Er is niet onderzocht wat de directe effecten zijn van de bezuinigingen op bijvoorbeeld de Centra Seksuele Gezondheid. Het is zorgelijk dat diverse soa's momenteel aan het stijgen zijn, met mogelijke schadelijke gevolgen voor de volksgezondheid en het individu.

Vraag 9 en 10

Hoe beïnvloeden de voorgenomen bezuinigingen de beschikbare capaciteit en de wachtlijsten bij de seksuele gezondheidszorg van GGD'en?

Wat betekent deze beleidswijziging voor de regionale beschikbaarheid van seksuele gezondheidszorg, met name in regio's waar GGD'en al kampen met personeelstekorten of financiële krapte?

⁴ «Kennisdossier relationele en seksuele vorming», Rutgers, <https://rutgers.nl/kennisdossier-relationele-en-seksuele-vorming/>.

Antwoord 9 en 10

De korting van 10% wordt evenredig over de regio's verdeeld. Zoals aangegeven betekent deze korting vooral een afschaling van zorg. Dit heeft negatieve gevolgen voor de beschikbaarheid van deze zorg bij GGD'en. Voor soa-zorg kan eenieder terecht bij de huisarts. Zoals aangegeven is het soa-zorgaanbod bij de GGD bedoeld voor personen die een drempel ervaren om naar de huisarts te gaan, terwijl zij wel een verhoogd risico lopen op een soa. Het is niet bedoeld voor personen die weliswaar een verhoogd risico lopen op een soa, maar geen onoverkomelijke drempel ervaren tot de reguliere zorg. Dit zal worden verduidelijkt in de ASG-regeling.

Vraag 11

Wat is de verwachte invloed van deze bezuinigingen op de werkdruk van huisartsen?

Antwoord 11

De korting van 10% wordt grotendeels ingevuld door minder aanvullende soa-zorg, seksualiteitshulpverlening en PrEP-zorg. Personen waarvoor geen plek meer is bij de GGD, kunnen elders zorg ontvangen, bijvoorbeeld bij de huisarts. Soa-zorg is een basistaak van de huisarts. Huisartsen leveren ongeveer twee derde van de soa-zorg, een derde wordt geleverd door GGD'en. De verwachting is daarom dat huisartsen iets vaker seksuele gezondheidszorg zullen verlenen, al blijft het lastig te voorspellen in welke mate.

Vraag 12

Welke maatregelen neemt u om te waarborgen dat de toegankelijkheid tot soa-zorg, anticonceptie en seksuele voorlichting gewaarborgd blijft voor iedereen, ongeacht afkomst, inkomen of leeftijd?

Antwoord 12

Zoals u heeft kunnen lezen in de Kamerbrief Voortgang beleid seksuele gezondheid, wordt de ASG-regeling wat betreft de doelgroepen voor aanvullende soa-zorg verduidelijkt. Het aanvullende soa-zorgaanbod is bedoeld voor diegenen die dit het hardst nodig hebben, omdat zij behoren tot een hoog-risicogroep én een dermate drempel ervaren om naar de huisarts te gaan dat zij anders zorg zouden mijden. De huisarts is immers de plek waar iedereen terecht kan, ongeacht afkomst, inkomen of leeftijd. Met activiteiten binnen de Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap en het programma Nu Niet Zwanger, verbeter ik de toegang tot anticonceptie en versterk ik de regie op een kinderwens voor mensen in een meer kwetsbare positie. Seksuele voorlichting kan op verschillende plekken plaatsvinden en door verschillende personen. Denk aan zorgverleners, gezondheidsbevorderaars bij GGD'en, leraren of ouders en verzorgers in de thuissituatie. De kennisinstituten Rutgers en Soa Aids Nederland zetten zich met velerlei activiteiten in om zorg- en onderwijsprofessionals en ouders hierin te ondersteunen.⁵ Naast ondersteuning van en voorlichting aan specifieke doelgroepen, voorzien Rutgers en Soa Aids Nederland de gehele samenleving van betrouwbare informatie over seksuele en reproductieve gezondheid. Het werk van deze kennisinstituten blijf ik vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mogelijk maken. Bovendien is toegankelijkheid tot seksuele voorlichting gewaarborgd in het onderwijs via de landelijke wettelijke kerndoelen voor relationele en seksuele vorming. In de Kamerbrief Voortgang beleid seksuele gezondheid ben ik hier nader op ingegaan.

Vraag 13

Op welke wijze wordt gemonitord of de toegankelijkheid van seksuele gezondheidszorg voldoende blijft als gevolg van deze voorgenomen bezuiniging, met name voor kwetsbare groepen en risicogroepen?

⁵ Zo faciliteren zij zorgprofessionals in het geven van inclusieve zorg op het gebied van relaties, intimiteit en seksualiteit, en geven zij ouders concrete handvatten om invulling te geven aan seksuele opvoeding op een manier die bij de ouders past.

Antwoord 13

Het RIVM monitort de seksuele gezondheidszorg die GGD'en bieden, bijvoorbeeld welke doelgroepen soa-zorg ontvangen en met welke uitkomsten.⁶ Ook monitoren thema-instituten Rutgers en Soa Aids Nederland periodiek de seksuele gezondheid in Nederland, bijvoorbeeld in Seks onder je 25^{ste} of de volwassenenmonitor Seksuele Gezondheid in Nederland.^{7, 8} Op basis van deze surveillance hebben we inzicht in ontwikkelingen en trends, maar een causaal verband met de korting op de specifieke uitkering is niet zomaar te leggen.

Vraag 14

Op welke termijn zal de Kamer geïnformeerd worden over de exacte invulling van deze bezuiniging?

Antwoord 14

Uw Kamer is op 18-06-2025 geïnformeerd over de invulling van de korting op de specifieke uitkering voor de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheid, in de Kamerbrief Voortgang beleid seksuele gezondheid.

⁶ Zie bijvoorbeeld: Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2023, RIVM, <https://www.rivm.nl/publicaties/sexually-transmitted-infections-in-netherlands-in-2023> (27 juni 2024)

⁷ Seks onder je 25°, Rutgers, <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/03/Boek-S25-2023-DEF.pdf> (2024)

⁸ Monitor Seksuele gezondheid, Rutgers, https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2024/09/Rapport_monitor_seksuele_gezondheid_2023.pdf (2024)