

Vergaderjaar 2013–2014

32 239

Seksuele gezondheid

Nr. 4

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 11 juli 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 mei 2014 inzake evaluatie en wijzigingen regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg (Kamerstuk 32 239, nr. 3).

De op 2 juni 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Staatssecretaris bij brief van 10 juli 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Staatssecretaris	8

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de evaluatie en wijzigingen regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg. Genoemde leden hebben nog enkele vragen hierbij.

Uit de evaluatie blijkt dat de integratie van soa-bestrijding en seksualiteits-hulpverlening positief is. Deze integratie is sinds 2012 van kracht. Echter, bij een aantal GGD'en is het integratieproces nog gaande. Waarom is het integratieproces bij deze GGD'en nog niet afgerond? Om welk deel van de GGD'en gaat het? Wanneer verwacht de Staatssecretaris dat de integratie voltooid is?

In de toelichtende brief gaat de Staatssecretaris in op de activiteiten die in gang zijn gezet om de effectiviteit van seksualiteitshulpverlening inzichtelijk te maken. De leden van de VVD-fractie benadrukken het belang van goed inzicht in de effectiviteit van behandelingen. In hoeverre is er op dit moment sprake van bewezen effectiviteit ten aanzien van de genoemde behandelingen? Is dit ook onderdeel van de richtlijnen op het gebied van seksualiteitshulpverlening? Indien de effectiviteit van behandelingen niet bewezen is: wordt hier door de beroepsgroep nader onderzoek naar gedaan? Zo nee, waarom niet?

De Staatssecretaris stelt een financieel plafond in op het huidige niveau. Hoe wordt dit plafond voor de komende jaren vastgesteld: op basis van productie in het voorgaande jaar of op basis van indexatie?

In de brief beschrijft de Staatssecretaris verschillende maatregelen die waarschijnlijk leiden tot lagere kosten. Indien deze verwachting bewaarheid wordt, wat gebeurt er dan met de middelen die gereserveerd zijn voor deze hulpverlening?

Het risico bij een plafond is dat zorgaanbieders de beschikbare ruimte onder het plafond zullen gebruiken; er is geen prikkel om onder het plafond te blijven, ook al zou dat wel mogelijk zijn. Hoe wil de Staatssecretaris dit voorkomen?

De leden van de VVD-fractie vragen welke maatregelen de Staatssecretaris kan nemen indien het plafond wordt overschreden.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de evaluatie en aangebrachte wijzigingen in de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg. In de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg is geregeld dat hoogrisicogroepen zich gratis en anoniem kunnen laten testen op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en dat jongeren met al hun vragen over seksualiteit terecht kunnen bij de GGD. In de brief wijzigt de Staatssecretaris deze regeling op een aantal punten. Genoemde leden hebben deze wijzigingen kritisch bekeken en hebben nog een aantal vragen die zij graag beantwoord zien.

Allereerst merken de leden van de PvdA-fractie op dat de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg effectief is; de regeling werkt aanvullend op de eerstelijnszorg, 30% van de soa-testen wordt bij de GGD

uitgevoerd, het vindpercentage van soa's is gestegen en GGD'en hebben de juiste expertise. Deze leden vinden dit een zeer positieve uitkomst, eens te meer omdat GGD'en laagdrempelige, hoogwaardige seksuele zorg bieden tegen kosten die vergelijkbaar zijn met de huisarts. Deze leden vinden dit een belangrijk gegeven, omdat hieruit blijkt dat de regeling tegen aanvaardbare kosten een doelgroep bedient die door uiteenlopende redenen niet naar de huisarts gaat. Daarom speelt de regeling, naast de seksuele zorg geboden door de huisarts, een zeer belangrijke rol in de preventie van soa's en het voorkomen van verdere transmissie. Kan de Staatssecretaris zich vinden in deze analyse en onderstreept hij daarmee het belang van deze regeling in haar huidige uitgebreide vorm? Ziet de Staatssecretaris mogelijkheden voor kostenreductie door het gebruik van efficiëntere testen?

Uit de brief van de Staatssecretaris maken de leden van de PvdA-fractie op dat in de evaluatie is geconstateerd dat bepaalde hoogrisicogroepen relatief weinig soa's oplopen. Het gaat hier om prostituanten en personen met meer dan drie bedpartners in de afgelopen drie maanden. Deze leden vragen in hoeverre er in deze evaluatie gebruik is gemaakt van de veelheid aan beschikbare gegevens op het gebied van de preventieve seksuele zorg, bijvoorbeeld die van het Proefbevolkingsonderzoek chlamydia screening. Graag ontvangen zij een uitgebreide toelichting op de gebruikte gegevens en de veronderstelde toereikendheid van deze gegevens. De Staatssecretaris stelt op basis van de uitgevoerde evaluatie immers dat prostituanten en personen met meerdere partners niet meer als hoog risico hoeven te worden bestempeld. Dit houdt in dat deze groepen geen vergoeding meer krijgen voor een soa-test bij de GGD en voor testen of voorlichting naar hun huisarts moeten. Deze leden maken zich hier grote zorgen om, aangezien de Staatssecretaris wel erg makkelijk voorbij gaat aan de mogelijke causaliteit tussen de regeling en de lage prevalentie van soa's bij deze doelgroepen. Is het niet juist een effect van de door de regeling gratis beschikbare testen en goede voorlichting door de GGD dat er zo weinig soa-prevalentie is onder prostituanten en personen met meerdere bedpartners? Graag ontvangen zij een onderbouwing van de Staatssecretaris.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de Staatssecretaris kan onderbouwen waaruit blijkt dat prostituanten en personen met meerdere bedpartners zich veilig voelen bij hun huisarts. Is het niet zo dat deze doelgroepen juist niet naar de huisarts gaan omdat deze ook andere gezinsleden behandelt? Hoe verhoudt zich dit tot het klantvriendelijkheids-oogpunt dat de Staatssecretaris in zijn brief als belangrijk uitgangspunt voor de regeling noemt? Kan de Staatssecretaris onderbouwen dat voorlichting en preventieve soa-testen in dezelfde mate toegankelijk blijven voor prostituanten en personen met meerdere bedpartners, nu deze voorzieningen voor deze doelgroepen buiten de regeling vallen? En hoe zit dat met de toegankelijkheid van soa-testen voor de doelgroep studenten, die veelal een hoog vrijwillig eigen risico hebben afgesloten en vanuit financieel oogpunt mogelijk soa-testen mijden? Wanneer kan de Kamer de evaluatie van het schrappen van prostituanten en personen met meerdere bedpartners als hoogrisicogroepen in de regeling tegemoet zien?

Naast het schrappen van de doelgroepen prostituanten en personen met meerdere partners voegt de Staatssecretaris slachtoffers van verkrachting en seksueel geweld toe aan de regeling als hoogrisicogroep, constateren de leden van de PvdA-fractie. Deze leden kunnen zich hier uitstekend in vinden, omdat het hier gaat om een aanbod van belangrijke, effectieve en gratis voorzieningen voor een kleine maar zeer kwetsbare doelgroep. Zij kunnen zich vinden in de analyse van de Staatssecretaris dat het gebruik

van de regeling door toevoeging van deze groep beperkt zal zijn. Wel vragen zij of de toevoeging van slachtoffers van verkrachting en seksueel geweld nog zal worden geëvalueerd. Bij verkrachtingsonderzoek wordt nu immers standaard de «Rape-kit» gebruikt en deze forensisch gespecialiseerde zorg wordt al vergoed. Genoemde leden vragen wat de Staatssecretaris verwacht van het toevoegen van slachtoffers van verkrachting en seksueel geweld aan de regeling. Hoe wordt er gezorgd voor goede afstemming met gespecialiseerde zorg?

De leden van de PvdA-fractie constateren dat de regeling dusdanig wordt gewijzigd dat GGD'en niet verplicht hoeven door te testen op andere seksuele aandoeningen na een positieve chlamydia-test. Betekent dit dat testen op syfilis en hiv na een positieve chlamydia-test niet meer onder de regeling vallen? En houdt dit in dat de doelgroep deze testen zelf moet gaan betalen? Waarom is hiervoor gekozen en kan in het antwoord de grotere impact van syfilis en hiv op de gezondheid van personen worden meegenomen? Valt voorlichting over het verder testen na een positieve chlamydia-test nog wel onder de regeling? Hoe wordt dit in de praktijk vormgegeven? Hoe wordt gezorgd dat personen een goed geïnformeerde keuze kunnen maken waarin de persoonlijk ervaren voor- en nadelen van een vervolgtest onder begeleiding van een professional worden afgewogen?

De leden van de PvdA-fractie waarderen de inspanningen om tot een nieuw en beter normbedrag te komen voor de laboratoriumkosten voor soa-testen. Iedere zorg-euro kan maar eenmaal uitgegeven worden, en als de gehanteerde tarieven hoger zijn dan de daadwerkelijke kosten, zijn deze leden van mening dat bijstelling noodzakelijk en wenselijk is. Wanneer wordt het nieuwe normbedrag vastgesteld en hoe wordt de Kamer daarover geïnformeerd? Hoeveel lager is dit normbedrag in vergelijking met het huidige bedrag en welke besparing wordt jaarlijks verwacht? Hoeveel euro is jaarlijks gemoeid met het testen en voorlichten van prostituanten en personen met meerdere partners? Ziet de Staatssecretaris mogelijkheden om het schrappen van deze doelgroepen als hoogrisicogroepen in de regeling te heroverwegen en dit te financieren met het geld dat wordt bespaard door het instellen van een lager normbedrag? Zo nee, waarom niet?

Tot slot, maken de leden van de PvdA-fractie zich misschien nog wel het meeste zorgen over het ingestelde financieel plafond van 30 miljoen euro. De Staatssecretaris schetst dat de verwachting is dat het aantal soa's en het aantal soa-testen de komende jaren zal toenemen en daarmee ook de kosten. De Staatssecretaris stelt dat er door het lagere normtarief voor soa-testen vooralsnog ruimte komt om tegemoet te komen aan een hoger aantal testen. Deze leden vragen echter wat het plafond betekent voor de toegankelijkheid van de regeling. Het aantal hoogrisicopersonen dat van de regeling gebruik kan maken wordt gereduceerd en het aantal testen wordt met invoering van het plafond ook aan banden gelegd. Waarom past de Staatssecretaris deze maatregelen toe op een regeling die juist op alle fronten zijn succes heeft bewezen? Kan de Staatssecretaris onderbouwen dat hij met de genomen maatregelen alle behaalde effecten niet weer de das om doet? Kan de Staatssecretaris onderbouwen hoeveel jaar hij verwacht tegemoet te kunnen komen aan de stijgende vraag naar soa-testen nu hij een plafond heeft ingesteld? Hoe zorgt de Staatssecretaris ervoor dat iedereen toegang behoudt tot seksuele zorg en dat niemand tussen wal en schip valt? Waarop baseert hij dat GGD'en in staat zijn om efficiënter te werken? Uit welke evaluatie en gegevens blijkt dat? Hoe gaat de Staatssecretaris voorkomen dat GGD'en de plafondmaatregel aangrijpen om een nog striktere triage toe te passen, waardoor een nog kleinere hoogrisicogroep gebruik kan maken van de regeling? Welke

hoogrisicogroepen worden er in de professionele richtlijnen en standaarden onderscheiden en in hoeverre correspondeert dit met de bepalingen van de regeling?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris met betrekking tot de evaluatie en voorgenomen wijzigingen in de regeling aanvullende seksuele gezondheid. Genoemde leden delen de mening van de Staatssecretaris dat de evaluatie laat zien dat deze regeling een duidelijke meerwaarde voor de volksgezondheid heeft. Ook zijn deze leden het eens met de Staatssecretaris dat GGD'en een laagdrempelige en hoogwaardige zorg leveren tegen relatief lage kosten. Zij juichen het dan ook toe dat de Staatssecretaris voornemens is dit ook voor de toekomst te waarborgen.

De leden van de SP-fractie zijn in het algemeen van mening dat overheidsuitgaven altijd zo zinnig mogelijk gedaan dienen te worden. Deze leden kunnen zich dan ook grotendeels vinden in de voorgestelde wijzigingen in de regeling aanvullende seksuele gezondheid die gericht zijn op een efficiëntere manier van werken. Het lijkt deze leden dan ook een zinnig besluit om de groep prostituanten en de groep personen met drie of meer partners in zes maanden, waarbij uit de praktijk blijkt dat het risico op een soa klein is, niet langer als verhoogd risicogroep aan te merken. Genoemde leden hebben er vertrouwen in dat met de voorgestelde maatregelen zoals het bijstellen van de risicogroepen, het vervallen van het verplicht doortesten en de normering van laboratoriumkosten er meer resultaatgericht gewerkt kan worden. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat sommige van de voorgestelde wijzigingen bovendien meer ruimte laten aan het inzicht van de professional en ervaren dit als een positieve ontwikkeling.

De leden van de SP-fractie zijn echter van mening dat het doel van de regeling dient te zijn zoveel mogelijk seksueel overdraagbare aandoeningen op te sporen en te behandelen. Genoemde leden zijn van mening dat het instellen van een financieel plafond de volksgezondheid niet ten goede komt. Hoe kan de Staatssecretaris garanderen dat door het instellen van een financieel plafond de laagdrempeligheid en de hoogwaardigheid van de zorg behouden blijft? Kan de Staatssecretaris garanderen dat ook als het plafond bereikt is, verhoogd risicogroepen de zorg krijgen waar zij recht op hebben? Zo nee, hoe ziet de Staatssecretaris dit dan in relatie tot het voor de toekomst waarborgen van de laagdrempeligheid van de regeling?

De leden van de SP-fractie spreken bovendien de zorg uit dat door het instellen van een financieel plafond er een verschuiving plaats kan vinden van de GGD naar de huisarts. Ziet de Staatssecretaris dit ook zo en wat voor maatregelen worden getroffen om overbelasting van de huisarts te voorkomen? Bovendien vrezen deze leden dat wanneer er bij de huisarts door mensen uit een verhoogd risicogroep wel betaald dient te worden, men zorg gaat mijden. Genoemde leden vragen de Staatssecretaris of dit volgens hem een wenselijke ontwikkeling is met het oog op de volksgezondheid en infectieziektebestrijding. Kunnen mensen wanneer zij zich zorgen maken of wanneer de huisarts dit indiceert kosteloos een soa-test doen? Hoe staat de Staatssecretaris tegenover het idee om soa-testen onder te brengen in het basispakket?

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat slechts een financieel plafond instellen en niets wijzigen aan de financieringswijze getuigt van een te enge blik. Deze leden zijn van mening dat een betaling per

behandeling een verkeerde prikkel geeft. Is de Staatssecretaris evenals de leden van de SP-fractie van mening dat dit systeem van betaling per handeling de kosten van de regeling opdrijft? Genoemde leden zijn van mening dat een verschuiving van variabele naar vaste vergoedingen zoals normbedragen voor verzorgingsgebieden en aantal inwoners een betere manier is om – naast reeds genoemde maatregelen – de kosten te beteugelen. Deelt de Staatssecretaris die zienswijze? Deze leden verwachten een uitgebreide reactie.

De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris bovendien met een reactie te komen op hetgeen gesteld is in de evaluatie met betrekking tot de eigen bijdrage. Is de Staatssecretaris het met deze leden eens dat dit de laagdrempeligheid van de regeling bedreigt? Kan de Staatssecretaris genoemde leden toezeggen dat onder geen beding een eigen bijdrage gevraagd zal worden? Bovendien vragen zij een reactie op de situatie in de regio Noord-Nederland waar mensen tegen betaling een spreekuur kunnen bezoeken en zodoende vervroegd worden behandeld. Is de Staatssecretaris het met de leden van de SP-fractie eens dat er hier sprake is van voorkruipzorg? Oftewel dat mensen die het zich financieel kunnen veroorloven voorrang krijgen op mensen met een smallere beurs? Deze leden verwachten een uitgebreid antwoord op de gestelde vragen.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de evaluatie en de wijzigingen van de subsidieregeling aanvullende seksuele gezondheidszorg 2012 (ASG). Deze leden hebben enkele vragen.

De leden van de CDA-fractie vragen op basis waarvan de zogenaamde hoogrisicogroepen worden bepaald. Van enkele huidige hoogrisicogroepen is inmiddels duidelijk dat er weinig soa wordt gevonden, en daarom worden zij na wijziging van de ASG niet meer als hoogrisicogroep gezien. Maar hoe werkt dit andersom? Hoe worden nieuwe hoogrisicogroepen geïdentificeerd? Is de prevalentie van soa's in een bepaalde doelgroep de enige maatstaf hierin? Of wordt, zoals in het geval van de nieuw toegelaten doelgroepen (slachtoffers seksueel geweld), voortaan ook de maatstaf «klantvriendelijkheid» gebruikt bij het vaststellen van de doelgroepen? Overigens kunnen deze leden zich wel vinden in het besluit om deze doelgroep toe te voegen.

In de brief wordt aangegeven dat twee doelgroepen niet meer als hoogrisicogroepen gezien zullen worden, omdat er «weinig soa wordt gevonden». De leden van de CDA-fractie vragen wat wordt bedoeld met «weinig soa». Betekent dit dat er geen (statistisch) significant verschil met overige groepen is? In hoeverre wordt meegenomen dat mensen die meer seksuele contacten hebben een hoger risico lopen om meer mensen te besmetten?

De Staatssecretaris verwacht dat de komende jaren zowel het aantal consulten als het vindpercentage zal blijven stijgen, gelet op de schatting van het aantal mensen dat een soa heeft. De leden van de CDA-fractie vragen of de Staatssecretaris kan aangeven welk aantal of percentage geschat wordt. Is dit ook uit te splitsen naar hoogrisicogroepen en overigen? Hoe verhoudt de verwachting van een blijvende stijging van consulten en vindpercentage zich met het instellen van een financieel plafond in de regeling?

Uit onderzoek blijkt dat jongeren vooral geïnteresseerd zijn in telefonische of digitale hulpverlening van de GGD, zo geeft de Staatssecretaris aan. De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze hierin door de GGDen

wordt voorzien. Waarom zijn hier geen landelijke cijfers van bekend? Kan de Staatssecretaris een overzicht geven van de cijfers die wel bekend zijn? Op welk onderzoek baseert de Staatssecretaris dit precies? Heeft de ASG een rol in het bevorderen van deze vormen van hulpverlening? Zo ja, hoe dan? Zo nee, heeft het dan nog zin om jongeren tot 25 jaar als aparte hoogrisicogroep in de ASG aan te merken?

Kan de Staatssecretaris nader toelichten waarvoor deze regeling überhaupt aanvankelijk nodig was, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Zoals de Staatssecretaris schrijft, kan toch al iedereen, ongeacht het gelopen risico, bij de huisarts terecht?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Staatssecretaris nader kan toelichten waarom uitbraken van soa's of nieuwe vormen van (resistente) soa's sneller bij GGDen zouden worden opgespoord dan bij huisartsen. In de brief suggereert de Staatssecretaris op pagina 4 dat GGDen beter bekend zijn met specifieke risicogroepen dan huisartsen. Klopt deze suggestie? Zo nee, kan de Staatssecretaris toelichten wat dan wel maakt dat GGDen sneller uitbraken van soa's kunnen opsporen? Zo ja, ziet de Staatssecretaris een probleem in het blijkbaar minder bekend zijn met specifieke risicogroepen bij huisartsen, zeker gezien het feit dat nog altijd 70% van de soa-testen door huisartsen wordt uitgevoerd? Is de Staatssecretaris voornemens om hierop actie te ondernemen?

Prostituanten en personen met drie of meer partners in de zes maanden voorafgaand aan het consult zullen niet meer als hoogrisicogroep aangemerkt worden. De leden van de CDA-fractie vragen of de Staatssecretaris kan aangeven om hoeveel mensen het gaat die op dit moment nog wel gebruik maken van de ASG, en daar na wijziging van de regeling geen recht meer op hebben. Welke kostenbesparing wordt naar verwachting hiermee gemaakt?

Waarom wordt het budget na wijziging van de ASG over de regio's verdeeld op basis van historische gegevens (verhoudingen), terwijl de schommelingen tussen de regio's al niet zo groot zijn, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Waarom is niet gekozen voor een evenredige verdeling op basis van het aantal inwoners per regio?

De Staatssecretaris geeft aan dat het instellen van een financieel plafond GGD'en ertoe zal aanzetten om hun werk zo efficiënt en effectief mogelijk te doen. De leden van de CDA-fractie vragen waarop de Staatssecretaris baseert dat het werk efficiënter en effectiever kan. Op welke wijze kan dat volgens de Staatssecretaris door de GGD'en efficiënter en effectiever gedaan worden? Bestaat er een risico dat op een gegeven moment het geld op is in een regio, en er vervolgens geen testen meer gedaan (kunnen) worden door GGD'en? Blijven cliënten uit hoogrisicogroepen een recht houden op gratis en anonieme testen, ongeacht of het plafond bereikt is? Kan de situatie zich voordoen dat iemand die zich in februari wil laten testen nog wel in aanmerking komt voor een gratis en anonieme test, maar dat iemand in november daarop geen recht meer heeft omdat het plafond bereikt is? Kan de Staatssecretaris hierbij ook ingaan op de zorgen die het Platform soa en seksuele gezondheid in zijn brief van 26 mei 2014 uit, met betrekking tot de angst dat klanten kunnen afzien van een soa-test?

Is er een beeld van hoe vaak soa-zelftesten worden gebruikt, en of er groei in het gebruik van zelftesten is? De leden van de CDA-fractie vragen wat de Staatssecretaris vindt van de suggestie van o.a. het Platform soa en seksuele gezondheid om een keurmerk voor betrouwbare zelftesten in te voeren.

Op 11 oktober 2013 zijn de GGD'en, GGD Nederland, Soa Aids Nederland en Rutgers WPF geïnformeerd over de voorgenomen wijzigingen. Kan de Staatssecretaris aangeven wat de mening van deze organisaties was op de verschillende wijzigingsvoorstellen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief en de bijlage betreffende de evaluatie en wijzigingen van de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg. Deze leden hechten veel waarde aan een laagdrempelige toegang tot soa-testen. Genoemde leden willen de Staatssecretaris nog enkele vragen voorleggen.

Het absolute aantal soa-testen is de afgelopen jaren in Nederland bij zowel de huisartsen als de GGD'en gestegen. De Staatssecretaris heeft enkele mogelijke oorzaken hiervoor opgesomd, maar kan geen uitsluitel geven over de daadwerkelijke toedracht van de stijging in verband met het ontbreken van onderzoek. Kan de Staatssecretaris uiteenzetten waarom er in de evaluatie van de ASG geen nader onderzoek naar deze absolute stijging gedaan is? Is de Staatssecretaris bereid in de volgende evaluatie uitgebreider onderzoek te doen naar de oorzaken van de absolute stijging van het aantal soa-testen, waardoor een concretere oorzaak valt aan te wijzen? Is de Staatssecretaris bereid de nieuwe regeling na een jaar te evalueren?

In verband met de soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening laat de effectieve registratie te wensen over. Op dit moment worden slechts de fysieke consulten geregistreerd, en is er een onvolledig overzicht van het aantal digitale of telefonische consulten. De coördinatie en toetsing op effectiviteit van de seksuele gezondheidszorg zijn daardoor niet optimaal. Hoe is de Staatssecretaris van plan deze problemen rondom effectiviteit aan te pakken? Kan de Staatssecretaris aangeven wanneer hij deze problemen opgelost heeft en er sprake is van een verbeterde peiling van effectiviteit?

De Staatssecretaris heeft het voornemen een financieel plafond in de regeling ASG in te stellen van ongeveer 30 miljoen euro, hetgeen over de regio's verdeeld zal worden. Kan de Staatssecretaris uiteenzetten of het juist is dat men geen soa-testen kan laten uitvoeren indien het budget in een regio volledig uitgeput is? Zo ja, geldt dit ook voor hoogrisicogroepen? Deze leden achten het van belang dat een verwijzing naar de huisarts voor een soa-test er niet toe mag leiden dat wordt afgezien van de test. Op welke wijze gaat de Staatssecretaris dit proberen te voorkomen?

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

Algemene reactie

Alvorens in te gaan op de vragen die door de verschillende fracties zijn gesteld wil ik nogmaals benadrukken dat ik veel waarde hecht aan de laagdrempelige voorziening die de regeling seksuele gezondheidszorg bij de GGD'en biedt.

De regelingen (die sinds vorig jaar geïntegreerd zijn tot één regeling ASG) zijn in het leven geroepen om risicogroepen zo goed mogelijk te kunnen benaderen en daardoor verspreiding van seksueel overdraagbare aandoeningen te doorbreken en problemen rondom seksualiteit bij jongeren vroegtijdig op te sporen. Vanwege het verhoogde risico van transmissie van soa onder bepaalde groepen in de bevolking is er in 2006

voor gekozen om deze voorziening voor deze hoogrisicogroepen naast het reguliere aanbod van huisartsen in te richten. De regeling is daarmee vooral gericht op bescherming van de volksgezondheid, terwijl het reguliere aanbod van huisartsen meer focus heeft op de individuele patiënt.

De evaluatie van de regeling ASG toont dat doelgroepen goed in staat zijn om deze voorzieningen bij de GGD'en te vinden. De regeling kan daarom een succes genoemd worden. Bij een aanvullende regeling zoals deze is het belangrijk dat er een balans is tussen het gebruik van het reguliere aanbod en het gebruik van de aanvullende voorziening. Het publieke belang van het opsporen van een infectie en het doorbreken van de transmissieketen moet hand in hand gaan met het individuele belang van de patiënt. Deze patiënt heeft bij onveilig seksueel gedrag echter ook nadrukkelijk een eigen verantwoordelijkheid. Het aanbod van seksuele gezondheidszorg met de geïntegreerde en gewijzigde ASG-regeling enerzijds en de huisartsenzorg anderzijds, doet mijns inziens recht aan zowel het publieke belang als de individuele zorgbehoefte en verantwoordelijkheid.

Beantwoording vragen

Hieronder volgen mijn antwoorden op de gestelde vragen, geclusterd naar onderwerp.

Vragen ten aanzien van het plafond en de financieringswijze

De leden van de VVD-fractie vragen bij welke GGD'en het integratieproces nog niet is afgerond en wanneer dit proces wel afgerond zal zijn. Het evaluatierapport dat ik u met mijn brief van 13 mei toestuurde, beschrijft de stand van zaken over 2012 en begin 2013. Inmiddels is bij alle GGD'en de integratie doorgevoerd.

De VVD uit haar bezorgdheid over de effectiviteit van de behandeling op het gebied van seksuele gezondheidszorg. Behandeling van cliënten door de GGD vindt alleen plaats bij een opgespoorde soa, tenzij deze specialistische hulp vraagt. In dat geval wordt doorverwezen naar een medisch specialist. Wat betreft seksualiteitsvraagstukken bij jongeren vindt geen behandeling plaats. De consulten bij jongeren zijn er op gericht om vragen rondom seksualiteit, onbedoelde zwangerschap en dergelijke te beantwoorden en overige hulpvragen te identificeren, zodat doorverwijzing plaats kan vinden indien noodzakelijk. Leefstijladviezen kunnen in twee categorieën verdeeld worden: veilig-vrijen-adviezen om herinfectie en verspreiding te voorkomen, en leefstijladviezen in het kader van Sense (dus bredere seksualiteitsvraagstukken) aan jongeren.

Leden van de CDA-fractie vragen daarnaast naar mogelijkheden voor digitaal hulpaanbod. Zowel voor triage van doelgroepen, de opsporing van soa, met name chlamydia, als voor beantwoording van seksualiteitsvraagstukken worden toenemend digitale middelen ingezet. Bij verschillende GGD'en worden methoden ontwikkeld en zijn pilots gaande. Er zijn nog geen definitieve gegevens bekend omdat deze testen pas sinds kort ingezet worden, maar voorlopige resultaten laten zien dat deze vormen van hulpaanbod succesvol zijn. Onder regie van het RIVM wordt in de stuurgroep ASG samen met experts besproken en gemonitord welke online (e-health) interventies effectief zijn en of en hoe deze landelijk ingezet kunnen worden. Ook de verbetering van de registratie van telefonische consulten en digitale consulten, waar de leden van de fractie van D66 naar vragen, zal vanuit deze coördinerende taak van het RIVM worden vorm gegeven.

De leden van de VVD-fractie vragen daarnaast naar de wijze waarop het plafond op de regeling wordt vastgesteld. Ook de andere fracties hebben vragen over het plafond, over de effecten van het plafond en de verdeling van het geld over de acht GGD'en.

Zoals in mijn brief van 13 mei 2014 is aangegeven wordt het plafond voor de komende jaren vastgesteld ter hoogte van het bedrag dat in 2013 aan de geïntegreerde regeling is uitgegeven. Ook de verdeling van het geld over de regio's zal gebaseerd zijn op de huidige verdeling.

Voorafgaande aan de integratie is langdurig gesproken met alle betrokken partijen over een eenvoudige verdeelsleutel die recht doet aan de problematiek in zowel grote steden als plattelandsgebieden. Een simpele formule gebaseerd op inwoneraantal, zoals door de CDA-fractie wordt voorgesteld, doet onvoldoende recht aan de inzet die geleverd moet worden voor het bereiken van de verschillende doelgroepen. Daarom is gekozen voor het vastleggen van de huidige verdeling, die onder meer gebaseerd is op de aantallen gevoerde consulten en uitgevoerde laboratoriumtesten. Omdat er over de jaren heen sprake was van weinig schommeling tussen de aantallen van de verschillende regio's in de totale uitgaven van de regelingen, is er gekozen voor het bevroeren van de huidige verdeling. Bovendien zal de nieuwe regeling na drie jaar geëvalueerd worden en zal de verdeling opnieuw bekeken worden.

De leden van de VVD-fractie vragen vervolgens wat er gebeurt met het geld als er minder kosten worden gemaakt en hoe GGD'en geprikkeld blijven om onder het plafond te blijven. De onderzoekers hebben geconstateerd dat het aantal consulten en het aantal gevonden soa's de afgelopen jaren is gestegen en dat deze stijging zich waarschijnlijk nog voortzet. Daarnaast monitort het RIVM driemaandelijks trends in soa zodat er inzicht blijft in het aantal. Het is niet mijn verwachting dat er geld overblijft. GGD'en zullen juist extra scherp moeten zijn in de triage om met het vastgestelde bedrag uit te komen. Mocht er wel geld overblijven dan is dit geoormerkt voor seksuele gezondheidszorg en kan het bijvoorbeeld ingezet worden op de ontwikkeling van nieuwe testen of digitaal aanbod.

De leden van de PvdA-fractie, de SP-fractie, de CDA-fractie en de D66-fractie vragen ook naar de effecten van het plafond op de regeling. Zij uiten juist zorgen dat het plafond zal leiden tot een verminderde toegankelijkheid of tot het terugverwijzen naar de huisarts. De VVD vraagt zich af welke maatregelen ik kan nemen als het plafond wordt overschreden. Zoals ik in mijn inleiding heb aangegeven hecht ik, vooral om volksgezondheidsredenen, sterk aan laagdrempelige, goede seksuele gezondheidszorg en aan het doorbreken van de overdracht van seksueel overdraagbare infecties. Dat is precies de reden dat ik gekozen heb voor het voortbestaan van de ASG-regeling. Ik ben mij er van bewust dat dit plafond een maximum stelt aan de gezondheidsbeschermende maatregelen en bijvoorbeeld de outreachende activiteiten van de GGD'en (naast hun reguliere taken op het gebied van onder meer infectieziektenpreventie). Ik vind het echter ook legitiem om een limiet te stellen aan de kosten van deze collectieve regeling. Het bedrag dat nu beschikbaar is voor de regeling, en de ruimte door mogelijke besparingen acht ik voldoende om het gewenste niveau van bescherming te kunnen blijven bieden. In mijn brief van 13 mei 2014 heb ik aangekondigd dat de nieuwe regeling na drie jaar geëvalueerd zal worden. In die evaluatie zal worden bekeken welke ontwikkelingen er in de epidemiologie zijn en of de volksgezondheid blijvend voldoende beschermd kan worden. In de tussentijd ben ik niet voornemens om maatregelen te nemen bij overschrijding van het plafond. De GGD'en zijn er zelf verantwoordelijk voor dat hun uitgaven binnen het budget blijven.

De toegankelijkheid van de zorg voor individuele patiënten is in mijn optiek niet in het geding. De patiënten (ook de hoogrisicogroepen) kunnen immers altijd met klachten terecht bij de huisarts. Wel zullen patiënten die niet tot de doelgroep behoren vaker worden terugverwezen naar de huisarts. Ik vind dat niet onwenselijk, daar het hier ook activiteiten betreffen die tot de reguliere huisartsenzorg en het verzekerde pakket behoren.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar het normbedrag van de laboratoriumtesten. De NZa voert een kostprijsonderzoek uit naar de kosten van eerstelijns diagnostiek waaronder soa-testen. Zoals ik in mijn brief heb aangegeven verwacht ik dat GGD'en met dit nieuwe tarief kunnen onderhandelen met de Medische Microbiologische laboratoria. Zodra hierover meer bekend is zal ik uw Kamer informeren. Op dit moment kan ik nog niet aangeven welke mogelijk besparingen de GGD'en met dit normbedrag kunnen bereiken. Dat zal afhangen van de hoogte van het bedrag maar ook van het onderhandelingsresultaat van de GGD'en.

De leden van de SP-fractie vragen of de financieringswijze per behandeling geen verkeerde prikkel geeft. De financieringswijze van de nieuwe regeling zal niet verlopen per behandeling of test, maar een vast bedrag zijn dat na drie jaar wordt geëvalueerd. Doel van de wijzigingen is juist om uitvoerende GGD'en meer vrijheid te geven voor een efficiënte besteding van het geld en zo ruimte te geven voor bijvoorbeeld de ontwikkeling en inzet van e-consulten.

De leden van de SP-fractie verwijzen ook naar de discussie over een eigen bijdrage. Ik ben het met deze leden eens dat een eigen bijdrage voor deze voorziening een negatief effect kan hebben op de laagdrempeligheid en daarmee op de volksgezondheid. Ik heb dit instrument daarom niet overwogen.

Ten aanzien van het experiment in Noord Nederland waar patiënten de mogelijkheid hebben om tegen betaling op een spreekuur te komen merk ik het volgende op. De GGD in Noord Nederland biedt, net als de andere GGD'en, een inloospreekuur waar alle mensen uit de doelgroep gebruik van kunnen maken. Het uitgangspunt blijft dus ook daar laagdrempelige gratis zorg. De GGD in de regio heeft ervaring met een specifieke doelgroep van MSM-mannen, die draagkrachtig zijn, graag gebruikmaken van de expertise van de GGD, maar het niet erg vinden om zelf een bijdrage te betalen. Ik ben geïnteresseerd in de effecten van deze pilot.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Staatssecretaris aan kan geven welk aantal consulten of vindpercentage voor de toekomst geschat wordt en of dit uit te splitsen is naar hoogrisicogroepen en overige. Ook vragen zij hoe de verwachte blijvende stijging van consulten en vindpercentage zich verhoudt tot het instellen van een financieel plafond.

Het is moeilijk in te schatten hoe het aantal consulten en het vindpercentage zich zullen ontwikkelen na wijziging van de regeling door met name invoering van een maximering. Het RIVM monitort driemaandelijks de trends in soa, zodat er inzicht blijft op het aantal consulten en vindpercentage in de belangrijkste risicogroepen.

Gebaseerd op eerdere cijfers en trends zal het vindpercentage rond 15,5% uitkomen als gemiddelde voor alle soa. Gezien langjarige trends is het verloop in vindpercentages soa vergelijkbaar in alle risicogroepen. Mogelijk dat de stijging van consulten en het vindpercentage in de toekomst zal afvlakken. Hiervoor zijn momenteel bij enkele soa (syfilis, gonorrhoe) aanwijzingen. Prevalentieonderzoek bij chlamydia sterkt echter de verwachting dat momenteel nog niet alle infecties opgespoord worden. Hierdoor kan bij de hoogrisicogroepen het vindpercentage

stijgen, mits de personen gezien worden op de soa polikliniek. Ook zullen GGD'en steeds meer hun triage zodanig aanscherpen om vooral risicogroepen te trekken waarin de kans op het vinden van soa het hoogst is.

Vragen ten aanzien van hoogrisicogroepen

Verschillende fracties vragen toelichting op de wijzigingen ten aanzien van de hoogrisicogroepen.

De leden van de PvdA-fractie vragen om een toelichting op het besluit om de hoogrisicogroepen «prostituanten» en «personen met meer dan drie bedpartners in de afgelopen zes maanden» niet meer als hoogrisicogroep op te nemen. Daarbij vragen zij zich af of juist de regeling met gratis beschikbare testen deze prevalenties omlaag heeft gebracht. De leden van de PvdA-fractie vragen tevens wanneer de Kamer de evaluatie van het schrappen van prostituanten en personen met meerder bedpartners als hoogrisicogroepen in de regeling tegemoet kan zien.

Met de wijzigingen in de regeling worden de hoogrisicogroepen scherper gedefinieerd. Daarbij kunnen de huidige hoogrisicogroepen «prostituanten» en «personen met meer dan drie partners in de laatste zes maanden» komen te vervallen. Het prostituant zijn of het meer dan drie bedpartners gehad hebben in de afgelopen zes maanden zijn, als zodanig, niet voldoende om tot een hoogrisicogroep te behoren. Immers, als er geen sprake van onveilige seks is geweest, is er geen hoog risico op soa's. Dit blijkt ook uit het relatief lage vindpercentage soa bij personen, die alleen tot deze doelgroep behoren. Het percentage valt al jaren ruim onder het gemiddelde vindpercentage. Ik verwacht dat dit vindpercentage voor personen, die alleen tot deze doelgroepen behoren, niet sterk zal stijgen wanneer zij geen toegang meer hebben tot deze regeling. Een deel van de doelgroep, waar het vindpercentage hoger is, behoort echter ook tot een van de andere risicogroepen en valt in die hoedanigheid nog steeds binnen de aanvullende regeling.

Voor de bovengenoemde twee hoogrisicogroepen (prostituanten en personen met meer dan drie bedpartners in de afgelopen zes maanden) vragen de leden van de PvdA-fractie zich of zij zich veilig voelen bij hun huisarts en of de voorgestelde regeling klantvriendelijk en toegankelijk genoeg is.

Uit de evaluatie is gebleken dat de grootste groep die niet naar de huisarts gaat (op basis van het argument van de anonimiteit) bestaat uit jongeren en niet uit de genoemde twee doelgroepen. Tevens is de anonimiteit van groot belang voor mannen die seks hebben met mannen vanuit een heterosituatie. Deze laatste groep zal dus ook onder een ander hoogrisicocriterium vallen (mannen die seks hebben met mannen). Er rest een kleine groep die op basis van verzekeringsgegevens moeite kan hebben met niet-anonieme testen. In het geval van prostituanten en mensen met wisselende contacten vind ik dat er een juiste balans moet kunnen worden gevonden – en is gevonden – tussen de eigen verantwoordelijkheid en de (meer anonieme) publieke gezondheidszorg. Ik ben dus niet voornemens het schrappen van deze doelgroepen ter heroverwegen. Ik benadruk dat de regeling blijft voorzien in de zorg voor de genoemde groepen indien zij tevens onder een ander hoogrisicocriterium blijven vallen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het met de toegankelijkheid van soa-testen voor de doelgroep studenten, die veelal een hoog vrijwillig eigen risico hebben afgesloten en vanuit financieel oogpunt mogelijk soa-testen mijden. In de voorgestelde regeling zullen studenten doorgaans onder de hoogrisicogroepen blijven vallen, aangezien de meeste studenten jonger zijn dan 25 jaar. Zij hoeven soa-testen daardoor niet om financiële redenen te mijden.

De leden van de PvdA fractie vragen zich af wat ik verwacht van de toevoeging van verkrachtingslachtoffers tot de doelgroep. Zij wijzen er op dat goed afgestemd moet worden met de gespecialiseerde forensische zorg. Ik deel deze opvatting. Ik heb besloten deze groep toe te voegen omdat de GGD'en hierin duidelijk een doelgroep zien. GGD'en hebben een brede deskundigheid in huis voor de zorg aan deze groep en zijn in het algemeen goed op de hoogte van de mogelijkheden en het belang van het doen van aangifte. Tot op heden komen deze slachtoffers ook bij GGD'en terecht, maar een regeling is er nog niet. Bij sommige GGD'en wordt samengewerkt met forensische teams en in heel Nederland bestaan nu zo'n drie Centra Seksueel Geweld, waarin ook GGD'en zijn betrokken. Deze centra bieden forensisch-medische zorg die bestaat uit forensische testen ten behoeve van onder meer het identificeren van de dader (DNA), alsook de soa-testen en het eventueel verstrekken van premedicatie voor hiv-infectie.

De PvdA-fractie vraagt welke hoogrisicogroepen er worden onderscheiden in de professionele richtlijnen en of de regeling hierbij aansluit. In de NHG-(huisartsen)richtlijn (2013) staan momenteel de volgende doelgroepen:

- mannen die seks hebben met mannen (MSM);
- prostituees en prostituanten (contact in de afgelopen zes maanden);
- personen afkomstig uit een soa-endemisch gebied (eerste en tweede generatie);
- personen met veel wisselende contacten (drie of meer in de afgelopen zes maanden);
- personen met een partner uit een van de voorgaande groepen.

Richtlijnen en standaarden zijn altijd in beweging, omdat ze op basis van de laatste gegevens aangepast worden. De doelgroepen in bovengenoemde NHG-richtlijn zijn dezelfde groepen als in het huidige kwaliteitsprofiel van het RIVM met de GGD-en. In de aangepaste regeling is ervoor gekozen om op basis van de huidige epidemiologische gegevens de genoemde twee doelgroepen te laten vervallen. De aanpassing wordt uiteraard gedeeld met de huisartsen, zodat de huisartsen hun richtlijn bij de volgende wijziging, in overleg met het RIVM, kunnen synchroniseren. Het testbeleid van de nieuwe regeling blijft wel gelijk aan dat van de NHG.

Ook de leden van de CDA-fractie willen graag weten op basis waarvan de hoogrisicogroepen worden bepaald, zowel die toegevoegd moeten worden, als die weggelaten kunnen worden.

Net als bij de doelgroepen prostituanten en bij de doelgroep van mensen met meer dan drie wisselende partners in de laatste zes maanden, is gekeken naar aantallen besmettingen (vindpercentage) die bij de GGD'en en huisartsen en andere zorgverleners worden geconstateerd, en wordt het risicogedrag in de overweging betrokken. De maatstaf «klantvriendelijkheid» – een morele overweging – zal een aspect blijven bij het vaststellen van de risicogroepen.

De leden van de CDA-fractie vragen wat er bedoeld wordt met «weinig soa wordt gevonden» bij de doelgroepen die in de nieuwe regeling worden weggelaten («is dit een statistisch gegeven?»). Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie zich af in hoeverre het hogere besmettingsrisico via mensen met meer seksuele contacten wordt meegenomen. Ik heb de formulering «weinig soa» gebruikt als weergave van de volgende vindpercentages: personen met wisselende contacten zonder additioneel risico 6,27%; prostituanten 3,17%.

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel mensen die gebruikmaken van de regeling nu onder de doelgroep prostituanten en mensen met meer dan drie contacten vallen, en welke besparing het schrappen van deze doelgroepen oplevert.

De meest recente gegevens (uit 2013) betreffen 5.860 personen met wisselende contacten zonder additioneel risico, en 63 prostituanten. Als deze groepen buiten de regeling waren gevallen had dit een besparing van circa € 1 miljoen opgeleverd.

Verschillende fracties vragen naar een evaluatie van de doelgroepen. De gehele regeling, inclusief de aanscherping van de hoogrisicogroepen, zal na drie jaar na ingang van de regeling (per januari 2015) worden geëvalueerd.

Vragen ten aanzien van testen

De leden van de PvdA-fractie vragen naar afspraken ten aanzien van het doortesten na een positieve chlamydia-test.

Ten eerste informeer ik u dat met betrekking tot het zogenaamde doortesten de wijziging ten aanzien van de huidige regeling bestaat uit het vervallen van de verplichting om bij een positieve chlamydiatest door te testen op andere soa's. Mensen jonger dan 25 jaar en zonder aanvullend risico (dus ook in een andere hoogrisicogroep vallen) op een soa, worden in de nieuwe regeling standaard op chlamydia en gonorrhoe getest en niet standaard doorgetest op syfilis en hiv. In de afgelopen 2 jaar is er geen hiv of syfilis gevonden bij jongeren tot 25 jaar die niet aan een van de andere criteria van hoogrisicogroep voldoen. Met deze wijziging wordt tegemoetgekomen aan de behoefte van de verpleegkundigen en artsen bij de GGD'en. Onder meer vanwege het bloedprikken zijn deze testen belastend voor de patiënt; en het schrappen van de verplichting om door te testen biedt ruimte voor afweging van de professional of dit al dan niet nodig is. Voorlichting over het al dan niet verder testen valt onder de regeling. De testen op hiv en syfilis blijven dus in de regeling, alleen zullen bij personen onder de 25 jaar zonder andere risicofactoren dan hun leeftijd, niet meer standaard, maar nog slechts naar afweging door de professional, worden verricht. Dit zal een medisch verantwoorde keuze zijn, die rekening houdt met de ernst en impact van hiv en syfilis. Het staat eenieder vrij om alsnog naar de huisarts te gaan voor nadere testen, maar in principe zal deze dezelfde afweging maken.

De leden van de CDA-fractie vragen naar het nut van een keurmerk voor betrouwbare zelftesten.

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in haar reactie op de Kamervragen van de Kamerleden Bouwmeester (PvdA) en Wolbert (PvdA) over hiv-zelftesten: «Los van het feit dat ik geen voorstander ben van separate keurmerken en Nederland in Europa geen apart keurmerk kan instellen vanwege de interne Europese markt, heeft een keurmerk in deze situatie überhaupt geen toegevoegde waarde zolang de tests nog niet eens voldoen aan de huidige regelgeving (CE-markering)».

Overige vragen

De leden van de CDA-fractie vragen naar de reactie van de betrokken GGD'en, GGD-NL, SoaAids Nederland (SANL) en Rutgers WPF op de voorgestelde wijzigingen. Ik heb de voorgenomen wijzigingen uitgebreid besproken met de experts van de betrokken GGD'en en de themainstituten. Bovendien heb ik de directeurs van de GGD'en van tevoren gevraagd hun bestuurders te informeren.

De reacties die ik heb gekregen waren zeer constructief. Er was grote waardering voor de evaluatie, en veel begrip voor de maatregelen die ik aankondigde. Uiteraard voelen alle partijen dat een plafond noodzaak tot scherpere triage. Maar alle partijen gaven ook aan dat, gelet op de enorme stijging van de kosten over de afgelopen jaren, een plafond voor de hand ligt.

De leden van de D66-fractie 6 vragen zich af of onderzocht is wat de reden is voor de stijging van het aantal consulten. De evaluatie was gericht op het beoordelen van de effecten van de re-integratie van twee regelingen en het bestaansrecht van de aanvullende voorziening. De evaluatie was niet ingezet als epidemiologisch onderzoek naar soa of naar de leefstijl-aspecten die het aantal soa's beïnvloeden. Ik vind deze aspecten ook buiten de scope van de evaluatie van een regeling vallen. Ik kan mij voorstellen dat een onderzoeksvoorstel hiertoe past binnen de programma's van ZonMW.

De leden van de CDA-fractie vragen ook waarom uitbraken en nieuwe soa's sneller bij GGD'en worden opgespoord en of het klopt dat GGD'en beter bekend zijn met specifieke risicogroepen dan huisartsen. Zij willen ook weten of, als huisartsen minder bekend met deze groepen zijn, de Staatssecretaris daar dan een probleem in ziet omdat 70% van de soa-testen nog altijd door huisartsen wordt uitgevoerd en of de Staatssecretaris van plan is hier dan actie op te ondernemen. Ik ben van mening dat uitbraken en nieuwe soa's sneller bij GGD'en worden opgespoord omdat door de organisatiestructuur van de GGD'en – lokale GGD'en verenigd in 8 coördinerende GGD-regio's – dergelijke epidemiologische informatie tijdig kan worden gesignaleerd.

Met de betere bekendheid van hoogrisicogroepen bij de GGD'en bedoel ik dat de GGD'en gericht zijn op, en ervaring hebben met, de specifieke groepen en preventie, terwijl de huisarts gericht is op de individuele patiënt die doorgaans al klachten heeft. Daarnaast kan het consult bij de GGD anoniem plaatsvinden, wat voor sommigen mensen de zorg laagdrempeliger maakt. De meeste soa's die door huisartsen worden gevonden zijn gebaseerd op testen naar aanleiding van klachten. Het aantal huisartstesten van het totaal aantal testen is gebaseerd op van NIVEL-peilstations verkregen gegevens van gespecialiseerde huisartsen en er bestaat nog geen landelijk totaalbeeld. Wat betreft de bevordering van eventuele kennis/bijscholing over de specifieke doelgroepen deel ik u nog mede dat er meer aandacht is in de opleiding en bijscholing van huisartsen voor het onderwerp seksuele gezondheid. Landelijke organisaties zoals SANL ontvangen al subsidies om dit onderwerp bij opleidingen actueel te houden en ook aanbod te maken.

Op basis van bovenstaande zie ik geen probleem in het minder bekend zijn van de huisartsen met de specifieke groepen en het feit dat de huisartsen op dit moment circa 70% van de soa-testen afnemen, en ben ik niet voornemens hier extra actie op te ondernemen.