

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2551 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

382910-122083-PG

Uw kenmerk

32 239, nr. 3

Datum 10 juli 2014

Betreft Commissiebrief inzake VSO Evaluatie en wijzigingen regeling aanvullende
seksuele regeling

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij stuur ik u mijn reactie op de vragen die zijn gesteld in het VSO Evaluatie en
wijzigingen regeling aanvullende seksuele regeling.

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.

Ons kenmerk
382910-122083-PG

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 bevriezen 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 geormerkt voor seksuele gezondheidszorg en kan het bijvoorbeeld ingezet worden op de ontwikkeling van nieuwe testen of digitaal aanbod.

Ons kenmerk
382910-122083-PG

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 hoogerisicogroepen) 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 inloopspreekuur 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.

Ons kenmerk
382910-122083-PG

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.

Ons kenmerk
382910-122083-PG

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 chlamydia-test 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 thema-instituten. 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 noodzaakt 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 leefstijlaspecten 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.

Hoogachtend,

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Ons kenmerk
382910-122083-PG