

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 voorzitter van de commissie,
Neppéus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave

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