



Azië

In Azië dreigt een vergelijkbare ontwikkeling als in Afrika; tot nu toe is de gemiddelde prevalentie relatief laag, maar het cijfer stijgt snel en door de grote aantallen inwoners staan ook lage prevalentiecijfers al voor enorme groepen mensen met hiv. Bovendien ligt de prevalentie in sommige gebieden nu al heel hoog: in Cambodja is 3% van de bevolking hiv-positief (UNAIDS, 2004).

Prevalentie van hiv onder volwassenen in percentages, eind 2003 (UNAIDS 2004).

Sub-Sahara-Afrika	7,5
Noord-Afrika en Midden-Oosten	0,2
Zuid- en Zuidoost-Azië:	0,6
Oost-Azië:	0,1
Latijns-Amerika:	0,6
Cariben:	2,3
Oost-Europa en Centraal-Azië:	0,6
West-Europa:	0,3
Noord-Amerika	0,6
Oceanië:	0,2

Knelpunten bij de bestrijding van hiv en andere soa in hoge-inkomenslanden (UNAIDS 2003):

- het preventiebeleid lijkt in kracht en zichtbaarheid af te nemen;
- er is een trend dat de hiv-epidemie zich verplaatst naar armere en marginale groepen;
- de hiv-overdracht in hoge-inkomenslanden heeft een sterke relatie met hiv-endemische gebieden (via migratie en toerisme);
- heteroseksuele hiv-overdracht neemt sterk toe.

Figuur 11



Aangrijpingspunten en uitgangspunten

2.1	Drie categorieën instrumenten	26
2.2	Aangrijpingspunten	26
2.3	Uitgangspunten	27

2.1 Drie categorieën instrumenten

Om hiv, andere soa en de gevolgen ervan te bestrijden, wordt een mix van instrumenten ingezet. Deze instrumenten zijn in te delen in drie categorieën:

- primaire preventie: het voorkómen van **nieuwe** infecties met hiv of een andere soa;
- secundaire preventie: het vroegtijdig **opsporen** van infecties met hiv of een andere soa;
- tertiaire preventie: het voorkomen dat mensen die ziek zijn door hiv of een andere soa **vermijdbaar lijden**.

Bij deze indeling is het volgende van belang:

Secundaire preventie is vaak meteen primaire preventie

Veel vormen van secundaire preventie zorgen ook voor het voorkómen van nieuwe infecties en zijn zo tegelijkertijd primaire preventie. Bijvoorbeeld: beleid dat mensen stimuleert om zich na risico te laten testen. Dit zorgt ervoor dat men eerder weet of men hiv of een andere soa heeft, dat men zich indien nodig kan laten behandelen en dat de infectiositeit dan afneemt of verdwijnt.

Secundaire preventie kan ook een negatief effect hebben op primaire preventie

Het voorkómen dat mensen met hiv of een andere soa ziek worden kan echter ook een negatief effect hebben op het voorkómen van nieuwe infecties. Twee voorbeelden:

- Omdat de gezondheid van mensen met hiv is verbeterd en hun levensverwachting sterk is gestegen, hebben zij vaker en langer een seksleven dan voor de komst van de combinatietherapie. Hoe meer seksuele contacten, hoe groter de kans dat hiv wordt overgedragen.
- De verbeterde behandeling van hiv heeft de angst voor hiv en aids in de samenleving verminderd. Velen zijn van mening dat deze afgenomen angst voor hiv leidt tot meer onveilig vrijen. Secundaire preventie (bijvoorbeeld een tijdige therapie tegen hiv) kan in deze optiek dus primaire preventie (stimuleren veilig vrijen) belemmeren.



2.2 Aangrijpingspunten

Welke aangrijpingspunten zijn er bij het voorkómen van nieuwe infecties met hiv en andere soa? Oftewel: welke factoren bepalen of hiv en andere soa worden overgedragen?

Kans op overdracht

De eerste factor die bepaalt of hiv en andere soa worden overgedragen, is de kans op overdracht van de ziekteverwekker die hiv of een andere soa veroorzaakt. Deze kans wordt aan de ene kant beïnvloed door de kenmerken van ziekteverwekker: gonorrhoe is bijvoorbeeld extreem besmettelijk, hiv veel minder. Aan de andere kant wordt de kans op overdracht beïnvloed door het gedrag van mensen: hoe veilig vrijt men? Wat voor soort seks heeft men? Veel preventieactiviteiten zijn gericht op deze factor, bijvoorbeeld het beïnvloeden van gedrag door voorlichting.

Aantal seksuele partners en contacten

De tweede factor die bepaalt in hoeverre hiv en andere soa worden overgedragen, is het aantal seksuele partners dat men heeft en het aantal keer dat men met hen seksueel contact heeft. Hoe vaker men onveilige seks heeft en met hoe meer sekspartners, hoe groter de kans op transmissie. Er wordt in Nederland niet geadviseerd om het aantal partners of het aantal seksuele contacten te beperken.

Duur infectieuze periode

De laatste factor die bepaalt in hoeverre hiv en andere soa worden overgedragen, is de duur van de infectieuze periode. Een aantal soa is niet meer infectieus op het moment dat de soa effectief is behandeld. Hiv, chronische hepatitis, herpes en genitale wratten zijn echter chronische ziekten. De infectiositeit van iemand met hiv, chronische hepatitis of herpes neemt wel sterk af op het moment dat hij of zij effectief wordt behandeld. Hoe korter de infectieuze periode, hoe kleiner de kans op overdracht. Een voorbeeld van een preventieactiviteit die op dit punt aangrijpt, is het stimuleren van mensen die risico hebben gelopen om zich te laten testen. Er valt op dit punt in Nederland nog veel te winnen: naar schatting de helft van de mensen met hiv is niet op de hoogte van het feit dat men hiv-positief is. Veel mensen met een soa hebben geen duidelijke klachten en laten zich ook niet testen. Ongeveer tien procent van de mensen met soa-klachten doet daar niets mee.

2.3 Uitgangspunten

Respect voor mensenrechten van mensen met en zonder hiv, aids of andere soa

>>> *Waarom laten we niet iedereen verplicht op hiv testen?*

De sociale en maatschappelijke aspecten van hiv en andere soa zijn groot. Stigmatisering en discriminatie van mensen met hiv of een andere soa liggen voortdurend op de loer: 'Geslachtsziekte wordt veroorzaakt door mensen die maar wat aan rotzooien' (hoofdreactioneel commentaar in NRC Handelsblad, 31 juli 2001). Bij het Nederlandse beleid is respect voor de rechten van mensen met en zonder hiv en andere soa belangrijk. Het voorkomen en tegengaan van mogelijke negatieve maatschappelijke gevolgen van hiv en soa maakt onderdeel uit van het beleid. Een meer repressieve aanpak – bijvoorbeeld een verplichte hiv-test voor bepaalde groepen – werd sinds het begin van de jaren tachtig door vrijwel elke deskundige ontraden. Het ongevraagd of verplicht testen van individuen of groepen (asielzoekers, patiënten, sollicitanten) is in Nederland dan ook niet aan de orde. Het verplicht testen van internationale reizigers is in 1987 al door een groep experts van de WHO afgewezen als niet effectief. Dit advies is in de Raad van volksgezondheidsministers van de toenmalige Europese Gemeenschap unaniem overgenomen (Dees, 1987). De belangrijkste redenen om geen verplichte hiv-test in te voeren zijn (Kollen, 2002):

- Mensen die een aanzienlijk risico hebben gelopen zouden dan ondergronds gaan en onbereikbaar zijn voor preventiewerkers; zo zouden ze een veel groter gevaar voor de volksgezondheid opleveren.
- Het valse gevoel van veiligheid: mensen zonder hiv zouden erop vertrouwen dat mensen met hiv niet aan het maatschappelijk of het seksueel verkeer zouden deelnemen en dus onveilig blijven vrijen; dus ook met niet geteste maar wel geïnfecteerde mensen.
- Omdat hiv ongeneeslijk is, zou iemand levenslang te maken krijgen met beperkingen.

Het gevolg van het gevoerde beleid is dat in de Nederlandse samenleving een klimaat is gecreëerd waarin met betrekkelijke openheid over leven met hiv en de risico's op hiv en andere soa kan worden gesproken. Structurele vormen van stigmatisering en discriminatie zijn vermeden. Deze openheid heeft een positief effect op de mogelijkheden om adequate zorg te bieden en op de maatschappelijke positie en het individuele welzijn van mensen met hiv en andere soa.

Pragmatische aanpak

>>> *Waarom legt de veilig vrijen campagne geen nadruk op het verminderen van wisselende seksuele contacten? Stimuleer onthouding en monogamie!*

De bestrijding van hiv en andere soa is gebaseerd op epidemiologische feiten. Moralisme speelt geen rol. Als men veilig vrijt, is de kans om hiv of een andere soa op te lopen of over te dragen niet gegarandeerd nul: een condoom kan scheuren en sommige soa kunnen ook bij condoomgebruik worden overgedragen. Gegarandeerde veiligheid is er alleen bij onthouding en monogamie. In Nederland is er om pragmatische redenen voor gekozen om geen interventies te ontwikkelen om het aantal partners of de hoeveelheid seks te beperken. De veronderstelling is dat die preventieboodschap zó diep zou ingrijpen in het seksuele leven van de mensen, dat ze het verhaal naast zich neer zouden leggen. Ze zouden het offer te groot vinden. Daarom is het streven mensen ertoe te bewegen zich te beschermen tegen de grootste risico's op de meest effectieve wijze, waarbij zij zo weinig mogelijk hoeven op te geven van het door hen nagestreefde seksuele leven.

Doelstelling preventie is veilig gedrag

>>> *De overheid heeft niks te zoeken tussen de lakens. Waar bemoeien die lui zich mee?*

De doelstelling van preventieactiviteiten is veilig gedrag. In de jaren tachtig was deze doelstelling voor iedereen vanzelfsprekend. Aids was een dodelijke ziekte. Er was geen zicht op medicijnen en men vreesde een enorme epidemie in Nederland. Het beleid was succesvol: men is massaal veilig gaan vrijen, waardoor een grote epidemie is voorkomen. Tegenwoordig is het lastiger om veilig vrijen voor iedereen als gedragsnorm te handhaven. Hiv is geen dodelijke ziekte meer en de ziekte is minder zichtbaar. De doelstelling van organisaties op het gebied van preventie blijft echter om veilig vrijen te bevorderen, omdat individuele keuzes niet alleen effect hebben op individuele gezondheid, maar ook op de volksgezondheid; de zieke-last van mensen met een infectie is soms heel groot en de maatschappelijke kosten van een infectie zijn – zeker bij hiv – aanzienlijk.

Vrijwillige medewerking

>>> *Waarom verbieden we prostitutie niet? Waarom sluiten we darkrooms en homosavva's niet?*

In tegenstelling tot bijvoorbeeld de preventie van autorijden onder invloed van alcohol gaat het bij preventie van

hiv en andere soa om het beïnvloeden van gedrag – namelijk seksueel contact en intraveneus gebruik van drugs – dat veelal in afzondering plaatsvindt. Dwang en sancties zijn daarom geen optie, bijvoorbeeld omdat dan mensen 'ondergronds' gaan en niet meer bereikbaar zijn voor preventie en behandeling. Preventie van hiv en andere soa moet het hebben van de vrijwillige medewerking van de burger aan gezond gedrag. Uitgangspunt bij preventie is dat ieder individu verantwoordelijk is voor de eigen gezondheid en die van de partner(s). Het verbieden van mogelijkheden tot seksueel contact is in het verleden niet effectief gebleken (Mooij, 1993) en wordt in Nederland dan ook niet toegepast.

Preventie van hiv en andere soa gecombineerd aanpakken

>>> *Hiv is toch veel erger dan andere soa? Waarom focust de bestrijding zich niet op hiv?*

De preventie van hiv en die van andere soa gaat in Nederland steeds meer hand in hand. De preventieactiviteiten van het Aids Fonds zijn sinds 2004 samengevoegd met die van de Stichting soa-bestrijding in de nieuwe organisatie 'Soa Aids Nederland'. De bestrijding van hiv en andere soa wordt gecombineerd aangepakt, omdat de prevalentie van hiv en die van andere soa elkaar versterken, omdat het voor een groot deel om dezelfde manieren van overdracht gaat en omdat ongeveer

dezelfde groepen een hoger risico lopen. Verder vinden preventieactiviteiten vaak in dezelfde setting plaats (bijvoorbeeld bij de GGD en de huisarts).

Kwetsbare uitgangspunten

De eerste jaren van het nieuwe millennium is er een aantal tekenen dat de genoemde uitgangspunten voor de bestrijding van hiv en andere soa niet meer door iedereen worden gehanteerd:

- De inzet van de strafwet door het Openbaar Ministerie tegen het onveilig vrijen door mensen met hiv die zelf weten dat ze hiv hebben en dat niet vooraf melden. Het Openbaar Ministerie heeft de strafwet ingezet in situaties waarbij de partner vrijwillig is overgegaan tot onbeschermd seksueel contact. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat mensen met hiv niet meer veilig over hun seksueel gedrag kunnen praten en dat testen wordt ontmoedigd (Aids Fonds, Penitentie of Preventie? Over de gevolgen van de toepassing van het strafrecht voor de volksgezondheid en de positie van mensen met hiv, 2004).
- Het respect voor de rechten van mensen met hiv staat onder druk, door het openbaar maken van de hiv-status van een verdachte door een burgemeester met het oog op de opsporing van infectieziekten. Het gevolg hiervan is dat niet alleen de sociale omgeving van de verdachte, maar het hele land op de hoogte is van deze privé-informatie (Trouw, 6 juni 2003).



3 Organisatie

In dit hoofdstuk komen de organisaties aan bod die een rol spelen bij de bestrijding van hiv en andere soa in Nederland.

Internationale organisaties

Enkele internationale verklaringen en overeenkomsten van met name de Verenigde Naties, de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de International Labour Organization (ILO) en de Europese Unie zijn richtinggevend voor het nationale beleid. Verder spelen het Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+) en het European Network of People Living with HIV/AIDS (ENP+) een belangrijke rol.

Landelijke overheid

De landelijke overheid zorgt voor de landelijke infrastructuur en de randvoorwaarden. De landelijke overheid en gemeenten zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de beheersing van infectieziekten. Dit leidt ertoe dat de landelijke overheid beleid formuleert dat aansluit bij de lokale behoeften en structuren. De volgende ministeries spelen een belangrijke rol bij de bestrijding van hiv en andere soa:

- VWS formuleert beleid op het gebied van de bestrijding van hiv en andere soa, financiert instellingen en programma's, en verstrekt via ZonMw onderzoekssubsidies;
- Buitenlandse Zaken zet zich in voor de Nederlandse bijdrage aan de mondiale aidsbestrijding.

Kenmerkend voor de bestrijding van hiv en andere soa in Nederland tot nog toe is dat de overheid niet het voortouw neemt. De uitgangspunten voor de bestrijding van hiv en andere soa worden door professionals in de bestrijding ontwikkeld. De overheid formaliseert vervolgens de ontwikkelde uitgangspunten (Mooij, 1993; Van Wijnngaarden, 1989). Deze gewoonte lijkt te worden doorbroken. Sinds 2004 neemt de minister van VWS de regie iets meer in handen. Hij heeft bijvoorbeeld besloten tot het opzetten van een nieuw systeem van soa-poliklinieken (Hoogervorst, Preventiebeleid voor de volksgezondheid, 2004).

Centrum voor Infectieziekten

Dat de minister de regie meer in handen neemt, blijkt ook uit oprichting in 2005 van het Centrum voor Infectieziekten (RVD, 2004). De huidige structuur ter bestrijding van infectieziekten is niet meer geschikt in een tijd waarin dreigingen en daadwerkelijke uitbraken van oude en nieuwe infectieziekten elkaar steeds sneller opvolgen. Bovendien is er de dreiging van het moedwillig inzetten van micro-organismen voor terroristische doelen. Daarom is meer landelijke sturing nodig en bovendien een

organisatie die goed aansluit bij het nieuwe European Centre of Disease Prevention and Control en de WHO. De taken van het Centrum voor Infectieziekten, dat onder het RIVM zal vallen, zijn (Hoogervorst, Preventiebeleid voor de volksgezondheid, 2004):

- bundeling van kennis van infectieziektebestrijding;
- communicatie namens de rijksoverheid;
- ondersteuning van beroepsbeoefenaren;
- centrale aansturing bij volksgezondheidsdreiging;
- adviseren over onderzoeksprioriteiten en over uitvoering.

VWS bekijkt of de wettelijke bevoegdheden van de minister moeten worden aangepast om meer sturing door de rijksoverheid mogelijk te maken.

Mogelijke positieve effecten van het Centrum voor Infectieziekten bij de bestrijding van hiv en andere soa zijn dat dit centrum de kennis en expertise bundelt en de eenheid van beleid en de vergelijkbaarheid van cijfers bevordert. Een aandachtspunt is of dit centrum voldoende gewicht zal hechten aan de expertise van professionals op het gebied van de bestrijding van hiv en andere soa.



Schorerstichting



Gemeenten

Gemeenten zijn medeverantwoordelijk voor gedragsgerichte preventie en infectieziektebestrijding. De taken van gemeenten zijn:

- surveillance
- Infectieziektenwet/verwerking meldingen
- beleidsadviesing
- preventie
- bron- en contactopsporing/screening, onderzoek en partnerwaarschuwing
- regie- en netwerk
- vangnet
- outbreakmanagement
- onderzoek

De regionale uitvoering van de infectieziektebestrijding verloopt volgens allerlei verschillende regelingen; ook is de organisatie van de laagdrempelige poliklinieken lokaal verschillend. Daarom is er op dit moment geen uniforme laagdrempelige soa-zorg landelijk beschikbaar. Gemeenten financieren de GGD'en voor voorlichting, preventie en, samen met VWS, soa-poliklinieken. Hiervoor krijgen gemeenten geld van het Gemeentefonds. Dit geld is echter niet gelabeld en kan dus door gemeenten ook aan andere doelen worden besteed. Steeds meer gemeenten hebben een nota gezondheidsbeleid. Zo'n nota draagt ertoe bij dat financiële middelen evenwichtig worden verdeeld tussen verschillende aandachtsgebieden. GGD'en voeren in opdracht van hun gemeenten de openbare gezondheidszorg uit voor alle inwoners van Nederland. GGD Nederland is de landelijke vereniging voor GGD'en, die de belangen van de GGD'en behartigt.

Curatieve zorg aan mensen met hiv

Curatieve zorg aan mensen met hiv is geconcentreerd in 22 ziekenhuizen, hiv-behandelcentra genoemd, met expertise op het gebied van hiv en aids. Daarnaast wordt zorg geleverd aan hiv-positieven door onder anderen huisartsen, apothekers, tandartsen, fysiotherapeuten, instellingen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk.

Curatieve zorg met betrekking tot andere soa

Curatieve zorg voor mensen met een andere soa vindt plaats bij huisartsen, dermatologen en venerologen. Daarnaast zijn er zes door de overheid gefinancierde soa-poliklinieken in de vier grote steden en zijn er door gemeenten en het ministerie van VWS gefinancierde soa-poliklinieken bij GGD'en. De minister is van plan om in 2005 een nieuwe opzet van soa-poliklinieken te realiseren: acht landelijk gespreide, uniforme organisaties, die worden georganiseerd door de GGD.

Soa Aids Nederland

Soa Aids Nederland is een centrale speler bij de bestrijding van hiv en andere soa. De missie van Soa Aids Nederland is om de verspreiding van hiv en andere soa tegen te gaan, de kwaliteit en slagkracht van de nationale en internationale bestrijding van hiv en andere soa te bevorderen en mensen met hiv en andere soa te ondersteunen. Soa Aids Nederland formuleert beleid over de bestrijding van hiv en andere soa, biedt voorlichting aan het algemene publiek, ondersteunt de professionals en organisaties in de praktijk en verzorgt preventieactiviteiten gericht op een aantal specifieke doelgroepen. Soa Aids Nederland en het Aids Fonds vormen samen de Stichting Aids Fonds – Soa Aids Nederland.

Platform soa en seksuele gezondheid

Het Platform soa en seksuele gezondheid heeft als doel het ontwikkelen van een totaalvisie op preventie, afstemming met curatie, praktijk, wetenschap, beleid en uitvoering. Het platform ontwikkelt ideeën, formuleert standpunten, adviseert, bevordert de samenhang in de bestrijding van hiv en andere soa en stimuleert de betrokken partijen. Het platform voert zelf geen projecten of onderzoek uit. Dat wordt gedaan door de bij het platform betrokken organisaties. In het platform zijn vertegenwoordigd:

- alle relevante disciplines, bijvoorbeeld een epidemioloog, een sociaal verpleegkundige, een gynaecoloog en een huisarts;

- een expert op het gebied van seksuele gezondheid;
- de belangen van patiënten;
- het ministerie van VWS.

Organisaties die activiteiten ontplooiën voor specifieke groepen

Enkele belangrijke landelijke organisaties op het gebied van hiv en andere soa zijn:

- de Hiv Vereniging Nederland, de belangenorganisatie van mensen met hiv;
- de Schorerstichting, het landelijk kenniscentrum van gezondheidszorg voor homoseksuele mannen en lesbische vrouwen. De Schorerstichting richt zich onder andere op preventie van hiv en andere soa en biedt buddyzorg voor onder anderen homomannen met hiv of aids;
- het NIGZ, dat zich richt op allochtonen en jongeren;
- de Rutgers Nisso Groep, die zich richt op jongeren;
- AFAPAC, de organisatie van Sub-Sahara-Afrikanen die zich richt op preventie en zorg rondom hiv en andere soa;
- Mainline en het Trimbos-instituut, die zich richten op druggebruikers.

Beroepsorganisaties

De belangrijkste beroepsorganisaties zijn:

- de Nederlandse Vereniging van Aids Behandelaren (NVAB)
- de Werkgroep Verpleegkundig Aids Consulenten (WVAC)
- het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie (NVDV)
- de Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen (LVS)

Organisaties op het gebied van onderzoek

Er is in Nederland een omvangrijke kennisinfrastructuur op het gebied van hiv en aids; naar andere soa wordt nauwelijks structureel onderzoek verricht. Universiteiten spelen een belangrijke rol op het gebied van onderzoek. Daarnaast wordt een belangrijke rol gespeeld door het Aids Fonds, het RIVM, de Stichting HIV Monitoring, het NATEC en de Amsterdamse Cohort Studies.

Organisaties op het gebied van internationale samenwerking

Nederland heeft een belangrijk aandeel in de mondiale aidsbestrijding; door financieel bij te dragen en door mensen bij elkaar te brengen. Hierbij hebben het ministerie van Buitenlandse Zaken, STOP AIDS NOW! en het Aids Fonds een grote inbreng. Nederland speelt bij een aantal internationale netwerken een belangrijke rol omdat een Nederlandse organisatie het netwerk heeft geïnitieerd of omdat het netwerk in Nederland is gevestigd. Aids Action Europe is daarvan een voorbeeld.

Aids Fonds

Het Aids Fonds mobiliseert sinds 1985 de samenleving voor de nationale én internationale strijd tegen hiv/aids. Het bevordert de ondersteuning van mensen met hiv/aids op medisch, psychosociaal en maatschappelijk terrein en biedt directe financiële hulpverlening. Het Aids Fonds stimuleert activiteiten die zorgen voor structurele verbeteringen in de aidsbestrijding en activiteiten die aansluiten bij actuele ontwikkelingen. Tenslotte stimuleert het Aids Fonds onderzoek op het gebied van hiv en aids. Het Aids Fonds richt zich niet alleen op Nederland, maar ook op Oost-Europa en ontwikkelingslanden.

Organisaties op het gebied van financiering

De belangrijkste partijen op het gebied van de financiering van de bestrijding van hiv en andere soa zijn: de ministeries van VWS en OC&W, gemeenten, zorgverzekeraars, ZonMw en het Aids Fonds. Ook zijn er financiers uit de private sector, zoals farmaceutische bedrijven en andere multinationals.

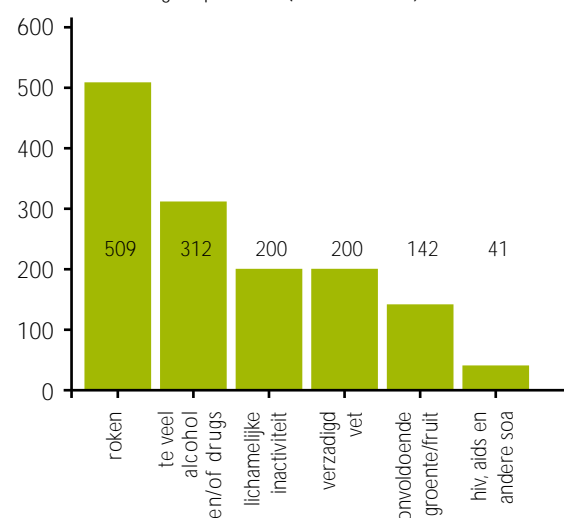


4 Financiering

4.1	De kosten	34
4.2	Belangrijkste financieringsbronnen	34

4.1 De kosten

In 2005 besteedt de Nederlandse samenleving naar verwachting 45,8 miljard euro aan gezondheidszorg. De totale kosten voor hiv en aids bedroegen in 1999 14,8 miljoen euro en de kosten voor andere soa 25,8 miljoen euro. Hiv en aids leggen daarmee een beslag op 0,04% van de uitgaven voor gezondheidszorg en overige soa op 0,07%. Dit is inclusief alle uitgaven voor collectieve preventie (20% van de totale kosten voor hiv en aids en 28% van de kosten voor overige soa). Hiv en andere soa zorgen dus voor een bescheiden aandeel in de kosten van onze gezondheidszorg. Dat komt doordat veel soa snel genezen, weinig ziekte last veroorzaken en weinig zorg nodig hebben. Een belangrijke uitzondering vormt hiv. Het aantal hiv-positieven op de totale bevolking is echter klein, zodat het totale beslag op de gezondheidszorg beperkt is (Polder, 2002).



Figuur 12 • Kosten gezondheidszorg toegewezen aan exogene risicofactoren (kosten in 1999 in miljoenen euro) Bron: Takken, 2002

Bij hiv en ook bij andere soa vormen de kosten van farmaceutische hulp een veel groter aandeel van de totale kosten dan bij andere infectieziekten. Bij alle infectieziekten samen vormt farmaceutische hulp 19% van de kosten. Bij hiv vormt farmaceutische hulp (met name hiv-remmers) 48% van de kosten, bij overige soa 38%.

Uit de grafiek blijkt dat de kosten van hiv en andere soa ook in vergelijking met de kosten van andere ziekten veroorzaakt door exogene risicofactoren beperkt zijn: de kosten van hiv en andere soa waren in 1999 bijvoorbeeld gelijk aan 8% van de kosten veroorzaakt door roken en 29% van de kosten door onvoldoende groente en/of fruit (Takken, 2002).

4.2 Belangrijkste financieringsbronnen

De belangrijkste Nederlandse financieringsbronnen van de bestrijding van hiv en andere soa zijn:

Ministerie van VWS

Dit ministerie verstrekt met name instellingssubsidies (onder andere aan Soa Aids Nederland en de Schorerstichting) en programmasubsidies. Voor de bestrijding van hiv en andere soa is in 2005 5,4 miljoen euro beschikbaar. Het subsidiebeleid ten aanzien van projecten is met ingang van 2005 herzien. Subsidies zijn gebundeld rondom onderwerpen. Voor seksuele gezondheid is ruim één miljoen euro beschikbaar, namelijk voor het uitvoeren van de herziene soa-bestrijding en voor de preventie van ongewenste zwangerschap en vrouwelijke genitale verminking. De rijksbijdrage aan infectieziektebestrijding groeit van 31,8 miljoen euro naar 51,9 miljoen. VWS

financiert verschillende projecten, onder andere het realisatietraject versterking infectieziektebestrijding van GGD Nederland en de proef om een soa-test aan te bieden aan bezoekers van abortusklinieken. Het programma Preventie van VWS stimuleert dat andere partijen hun verantwoordelijkheid nemen. Dit komt onder meer tot uiting in het concept van cofinanciering: VWS levert alleen een financiële bijdrage als de aanvragende partij zelf ook financiert. Activiteiten die via een programma kunnen worden aangepakt, worden uitgevoerd door intermediaire organisaties. Tenslotte financiert VWS de activiteiten van het RIVM op het gebied van infectieziektebestrijding.

Intermediaire organisaties

Vier zelfstandige bestuursorganen besteden overheidsmiddelen en vormen een belangrijke financieringsbron voor innovatieve projecten, onderzoek en uitvoering:

ZonMw

ZonMw is de grootste subsidieverstrekker op het gebied van gezondheidsprojecten en gezondheidsonderzoek. ZonMw financiert onder andere de Vrij Veilig Campagne. De belangrijkste opdrachtgevers van ZonMw zijn VWS en NWO.

NWO

De Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek stimuleert wetenschappelijk onderzoek en een intensiever maatschappelijk gebruik van de resultaten van dit onderzoek.

Fonds PGO

Dit fonds verstrekt – gefinancierd door VWS – subsidies aan landelijke patiëntorganisaties (zoals de Hiv Vereniging Nederland), gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden.

Fonds OGZ

Dit stimuleringsfonds bestaat nog tot 2006 en streeft naar innovatie in de volksgezondheid.

Zorgverzekeringen

De AWBZ verzekert met name thuiszorg, psychische zorg, verpleegzorg, palliatieve zorg en hulpmiddelen. Ook met betrekking tot hiv en andere soa kunnen deze kosten relevant zijn. De AWBZ bekostigt ook zes laagdrempelige soa-poliklinieken die organisatorisch niet vallen onder een GGD. De ziekenfondsverzekering, publieksrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren en de particuliere ziektekostenverzekering vergoeden op het gebied van hiv en andere soa met name medicijnen, consulten bij huisarts en specialist en laboratoriumonderzoek. Via de AWBZ en Ziektenfondswet wordt subsidie verstrekt voor de screening van zwangeren, onder andere op syfilis, hepatitis en hiv.

Gemeenten

Gemeenten financieren voorlichting, preventie en soa-poliklinieken door de GGD'en. Hiervoor krijgen gemeenten geld van het Gemeentefonds. Dit geld is echter niet gelabeld en kan dus door gemeenten ook aan andere doelen worden besteed.

Ministerie van Buitenlandse Zaken

Het ministerie van Buitenlandse Zaken levert een stevige financiële bijdrage aan de mondiale bestrijding van hiv en andere soa. De regering heeft vastgelegd 0,8% van het bruto nationaal product te besteden aan ontwikkelings-samenwerking. Hiervan wordt in 2004 135 miljoen euro besteed aan internationale aidsbestrijding. De regering heeft toegezegd om in 2007 270 miljoen euro te besteden aan de bestrijding van hiv/aids, tbc en malaria in ontwikkelingslanden.

