

12/12  
10.2.e, tenzij anders aangegeven

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Doc. 2  
19/12/01  
VFFS

## Nota

Uitsluitend voor intern gebruik en één onderwerp

Uiterlijk behandelen op

Ontworpen door

In verband met

Toestelnummer

Aan

070-340

Medeparaaf

Datum

De Minister

D.t.v.

DGV

Van

De directeur IBE

Kenmerk

IBE-E-2241296

Onderwerp

Gelijke behandeling door instituten voor KI-

Datum

5 december 2001

### 1. Samenvatting

In een brief die u op 25 september 2001 aan de kamer heeft gezonden, met als onderwerp de gelijke behandeling door instituten voor KI-behandelingen heeft u aangegeven een afschrift van deze brief toe te sturen aan de instituten die KI-behandelingen geven. Dit tevens ter uitvoering van een motie van het kamerlid Dittrich (kamerstukken II, 2000/2001, 23 207, nr 19).

### 2. Beslispunten/advies

Instemmen met de begeleidende brief naar de instituten.

### 3. Toelichting

Het kabinetsstandpunt over gelijke behandeling m.b.t. KI-behandelingen houdt het volgende in. Lesbische paren en alleenstaande vrouwen mogen in het geval van een verzoek om een KI-behandeling niet worden achtergesteld ten opzichte van heteroseksuele paren. Het standpunt m.b.t. KI-behandelingen verschilt hierin van het standpunt m.b.t. IVF-behandelingen dat voor een IVF-behandeling een medische indicatie is vereist.

### 4. Financiële consequenties (Begroting/Zorgnota)

Geen.

Bijlage(n)

Afschrift aan

Archief

Secr. E

17/12

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

2

Kenmerk

IBE-E-2241296

IVF's

**5. Personele consequenties**

Geen.

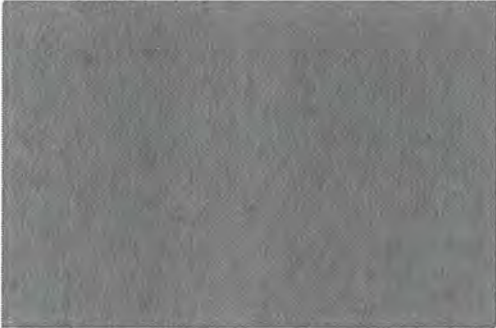
**6. Toezeggingen aan het parlement/politieke  
aandachtspunten**

Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie van het kamerlid  
Dittrich (kamerstukken II, 2000/2001, 23 207, nr 19). Deze motie  
is ingediend tijdens de behandeling van het wetsvoorstel  
Donorgegevens kunstmatige bevruchting.

Reeds eerder heeft u een brief gezonden inhoudende het  
kabinetsstandpunt m.b.t. het oordeel van de Commissie gelijke  
behandeling over IVF-behandelingen (kenmerk CSZ/ZT/2076894,  
28 juni 2000).

**7. Communicatie en Voorlichting**

Geen





20/12



Secr. E/

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Ons kenmerk  
IBE/E-2234373

Inlichtingen bij



Doorkiesnummer  
070-340

Den Haag  
5 december 2001

Onderwerp  
Gelijke behandeling door instituten voor KI-behandeling

Bijlage(n)  
1 (3 blz.)

Uw brief

In een brief die ik op 25 september 2001 aan de Tweede Kamer deed toekomen heb ik mijn standpunt verwoord met betrekking tot de gelijke behandeling van homoseksuele paren en alleenstaande vrouwen in het kader van een verzoek om een KI-behandeling.

Ik wil het volgende onder uw aandacht brengen. Het kabinetsstandpunt met betrekking tot het toelatingsbeleid tot KI-klinieken houdt in dat lesbische paren en alleenstaande vrouwen bij de toepassing van KI niet enkel op grond van de hoedanigheid 'lesbisch' of 'alleenstaand' mogen worden achtergesteld ten opzichte van heteroseksuele paren. Dit standpunt komt in grote lijnen overeen met het standpunt ten aanzien van een verzoek om een IVF-behandeling. Wij zijn echter van mening dat voor een IVF-behandeling, in verband met de hormoonbehandelingen en de kans op complicaties, een medische indicatie is vereist, terwijl voor een KI-behandeling het ontbreken van een mannelijke partner al een voldoende indicatie is.

In de betreffende brief aan de Tweede Kamer, die ik heb bijgevoegd, vindt u de overwegingen die tot dit standpunt leiden meer uitgebreid terug.

Ik hecht eraan dat u dit aspect van gelijke behandeling in acht neemt.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. E. Borst-Eilers

▲ Minuut

Documentnaam: BriefAanInstellingen.doc

Auteur: Irene Keizer

Toestel: 070-3407029

Route	Paraaf/Datum	Route	Paraaf/Datum
auteur		SG	
directeur		Min.	
WJZ	11/12		
CDS	13/12		
DGV	13/12		

Bijzonderheden

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan geadresseerde

Ons kenmerk  
IBE/E-2234373

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer  
070-3

Den Haag  
19 DEC. 2001

Onderwerp  
Gelijke behandeling door instituten voor KI-  
behandeling

Bijlage(n)  
1 (3 blz.)

Uw brief

In een brief die ik op 25 september 2001 aan de Tweede Kamer deed toekomen heb ik mijn standpunt verwoord met betrekking tot de gelijke behandeling van homoseksuele paren en alleenstaande vrouwen in het kader van een verzoek om een KI-behandeling.

Het kabinetsstandpunt met betrekking tot het toelatingsbeleid tot KI-klinieken houdt in dat lesbische paren en alleenstaande vrouwen bij de toepassing van KI niet enkel op grond van de hoedanigheid 'lesbisch' of 'alleenstaand' mogen worden achtergesteld ten opzichte van heteroseksuele paren. Dit standpunt komt in grote lijnen overeen met het standpunt ten aanzien van een verzoek om een IVF-behandeling. Wij zijn echter van mening dat voor een IVF-behandeling, in verband met de hormoonbehandelingen en de kans op complicaties, een medische indicatie is vereist, terwijl voor een KI-behandeling het ontbreken van een mannelijke partner al een voldoende indicatie is.

In de betreffende brief aan de Tweede Kamer, die ik heb bijgevoegd, vindt u de overwegingen die tot dit standpunt leiden meer uitgebreid terug.

Wellicht ten overvloede deel ik u mee dat ik ervan uitga dat u bovenstaand beleid zult uitvoeren.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. E. Borst-Eilers

Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG  
Telefoon (070) 340 79 11  
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG

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

Internetadres:  
[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk  
IBE/E/2211448

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer

Den Haag

Onderwerp  
gelijke behandeling door  
instituten voor KI-behandeling

Bijlage(n)

25 SEP. 2001  
Uw brief

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel donorgegevens kunstmatige bevruchting heb ik toegezegd mede namens de Minister van Justitie ons standpunt met betrekking tot het toelatingsbeleid van instituten voor een KI-behandeling in een brief aan de Kamer uiteen te zetten. In deze brief zal tevens worden ingegaan op de zogenaamde problematiek van de mogelijk botsende grondrechten en enkele in het NJB verschenen commentaren<sup>1</sup> op het oordeel van de Commissie gelijke behandeling inzake het toelatingsbeleid tot IVF-klinieken (oordeel 2000-04), waarom de heer Van der Staaij heeft gevraagd.

Reeds eerder deed ik u het kabinetsstandpunt met betrekking tot het oordeel van de Commissie gelijke behandeling toekomen (kenmerk CSZ/ZT/2076894, 28 juni 2000). De Commissie stelt in haar oordeel dat door een aantal IVF-klinieken in strijd met de Algemene wet gelijke behandeling wordt gehandeld wegens onderscheid op grond van homoseksuele gerichtheid. Met betrekking tot andere klinieken heeft de Commissie het uitsluiten van alleenstaande vrouwen van een IVF-behandeling vooralsnog gerechtvaardigd geacht omdat de gegevens van het door de Commissie geraadpleegde onderzoek aanwijzingen inhouden dat kinderen van alleenstaande ouders relatief meer problemen ondervinden. Het kabinetsstandpunt met betrekking tot het toelatingsbeleid tot IVF-klinieken houdt in dat lesbische paren met een medische indicatie en alleenstaande vrouwen met een medische indicatie bij de toepassing van IVF niet enkel op grond van de hoedanigheid "lesbisch" of "alleenstaand" mogen worden achtergesteld ten opzichte van heteroseksuele paren met een medische indicatie. Wij nemen eenzelfde standpunt in met betrekking tot de beoordeling van behandelingsverzoeken om KI-behandelingen, zij het dat de eis van aanwezigheid van een medische indicatie in dit geval niet gesteld hoeft te worden.

Met betrekking tot de mogelijke strijd tussen de verschillende grondrechten merken wij het volgende op. Artikel 1 AWGB bepaalt dat de wet onder meer ziet op onderscheid tussen personen op grond van burgerlijke staat en homoseksuele gerichtheid. Artikel 7 lid 1 sub c

<sup>1</sup> Commentaren: 'Monomanie' door C.A.J.M. Kortmann, *NJB 2000, nr. 11, blz. 594-595*, 'Onvruchtbare argumenten' door R. de Winter, *NJB 2000, nr. 16, blz. 850-851*, 'Naschrift' door C.A.J.M. Kortmann, *NJB 2000, nr. 16, blz. 851*, 'Diagnose: emotionele onvruchtbaarheid. Behandeling: IVF middels juridische vrouwenstudies' door R. Holtmaat, *NJB 2000, nr. 22, blz. 1106-1107*.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

2

Kenmerk

IBE/E/2211448

AWGB bepaalt onder meer dat onderscheid verboden is bij het aanbieden van goederen of diensten en bij het sluiten, uitvoeren of beëindigen van overeenkomsten terzake, indien dit geschiedt door instellingen die werkzaam zijn op het gebied van de gezondheidszorg. De wetgever heeft geen uitzondering gecreëerd die het maken van onderscheid onder verwijzing naar godsdienstige of levensbeschouwelijke grondslag (identiteitsgebonden argumenten) rechtvaardigt op het terrein van de gezondheidszorg.

De werkingssfeer van de AWGB omvat de belangrijkste terreinen van het maatschappelijk leven, welke in beginsel voor eenieder, zonder enig onderscheid, open dienen te staan. De wetgever heeft het aanbod van de instellingen die werkzaam zijn op een van deze terreinen uitdrukkelijk onder het bereik van de AWGB willen brengen. De wetgever heeft daarbij een afweging gemaakt tussen enerzijds de vrijheid van organisaties op godsdienstige of levensbeschouwelijke grondslag om op basis van groepsopvattingen en -normen te functioneren (artikel 6 Gw, vrijheid van godsdienst en levensovertuiging) en anderzijds het recht op bescherming tegen discriminatie in het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van het individu (artikel 1Gw, gelijke behandeling/discriminatieverbod). De wetgever heeft het op grond van die afweging noodzakelijk geacht een verbod op onderscheid op de in art. 7 AWGB genoemde terreinen op te nemen. Daarmee is een oplossing gegeven voor het probleem van mogelijk met elkaar conflicterende grondrechten op dit punt. Dit laat onverlet de mogelijkheid die individuele hulpverleners hebben om een beroep te doen op gewetensbezwaren.

Op eerdergenoemde commentaren zouden wij als volgt willen ingaan.

Wij onderschrijven het standpunt van de Commissie dat geen onderscheid dient te worden gemaakt op grond van de noodzaak donormateriaal te gebruiken, omdat homoseksuele paren daarmee indirect worden gediscrimineerd. Een directe verwijzing naar de homoseksuele gerichtheid is daarvoor niet vereist. Zoals ook R. Holtmaat in haar commentaar vermeldt is van indirecte discriminatie immers sprake wanneer een maatregel niet direct verwijst naar de verboden discriminatiegrond, maar in de praktijk in overwegende mate nadelige gevolgen heeft voor een groep die wordt beschermd door een van de wettelijke verboden discriminatiegronden.

De heer Kortmann stelde in zijn commentaar de vraag aan de orde, en de heer De Winter gaat daar op zijn commentaar op in, of een kind, dat met behulp van donormateriaal is verwekt, binnen of buiten een relatie wordt geboren. Familierechtelijk beschouwd wordt een kind binnen een relatie geboren wanneer het is verwekt door middel van een KI-behandeling met behulp van een donor. De donor staat in ieder geval niet in familierechtelijke relatie tot het kind.

In de commentaren kwam verder aan de orde in hoeverre in het geval van een verzoek van een heteroseksueel paar, van een homoseksueel paar en van een alleenstaande vrouw kan worden gesproken van gelijke gevallen. Dat aan het fertiliteitsprobleem verschillende oorzaken ten grondslag kunnen liggen, kan niet worden ontkend. Dat betekent naar onze mening echter niet dat daarmee verschillen in behandeling zijn gerechtvaardigd. Dat wil niet zeggen dat ieder een gelijk recht heeft op een fertiliteitsbehandeling, maar dat bepaalde manieren om onderscheid te maken niet zijn toegestaan. Het gaat daarbij onder andere om criteria die op grond van de Algemene wet gelijke behandeling zijn verboden. Criteria die wel zijn toegestaan zijn medische gronden als de leeftijd van de vrouw en de slagingskans van een behandeling, maar ook een criterium als het belang van het kind.

VVF's

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

3

Kenmerk

IBE/E/2211448

Wij onderschrijven het standpunt dat voor de beoordeling van de gelijkheid van gevallen, wanneer het verzoeken om een IVF-behandeling betreft, moet worden gekeken naar de medische afwijking en de behoefte aan de daarvoor geschikte medische behandeling. Een KI-behandeling is in vergelijking met een IVF-behandeling een redelijk eenvoudige en goedkope ingreep met weinig mogelijke complicaties. Wij denken hierbij vooral aan het feit dat in het geval van een IVF-behandeling altijd een hormoonbehandeling is vereist. Om deze reden vinden wij dat voor een IVF-behandeling een medische indicatie is vereist, maar dat voor een KI-behandeling het ontbreken van een mannelijke partner al een voldoende indicatie kan zijn.

Voor de beoordeling van gelijkheid van gevallen van verzoeken om KI-behandelingen moet worden gekeken of een verzoeker zonder een dergelijke behandeling niet in staat is om een kind te krijgen zonder daarbij gebruik te maken van seksuele contacten buiten een eventuele duurzame relatie. In alle gevallen dat daarvan sprake is hebben de verzoekers in principe een gelijk recht op behandeling, tenzij in een individueel geval redenen bestaan om een verzoek af te wijzen. Een aantal mogelijke redenen werden hierboven al genoemd.

Het kabinetsstandpunt met betrekking tot IVF-behandelingen wijkt af van het oordeel van de Commissie wat betreft de beoordeling van verzoeken van alleenstaanden. Wat betreft KI-behandelingen nemen wij eenzelfde standpunt in.

Uit onderzoek blijkt dat de pedagogische kwaliteiten en de sociaal-economische situatie van de ouders een grotere invloed hebben op de ontwikkeling van kinderen dan de leefvorm van de ouder(s). Op grond hiervan achten wij het bij voorbaat afwijzen van een behandelingsverzoek van alleenstaanden niet gerechtvaardigd. Uiteraard moeten hulpverleners bij het beoordelen van een behandelingsverzoek alert zijn op factoren die belangrijk zijn voor het welzijn en de ontwikkeling van het kind.

Ter uitvoering van de motie van het lid Dittrich (Kamerstukken II, 2000/2001, 23 207, nr 19) wordt een afschrift van deze brief toegezonden aan de instituten die KI-behandelingen geven.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

dr. E. Borst-Eilers

AZG <sup>10.2.e. tenzij anders aangegeven</sup>

Postbus 30001  
9700 GB GRONINGEN

Isala klinieken  
locatie Sophia  
T.a.v. IVF laboratorium  
Van Heesweg 2  
8025 AB ZWOLLE

Reinier de Graaf Gasthuis  
T.a.v. afdeling IVF  
Fonteynenburghlaan 5  
2275 CX VOORBURG

St. Elisabeth  
T.a.v. afdeling IVF  
Hilvarenbeekseweg 60  
5022 GC TILBURG

Diaconessen Meppel  
Hoogeveenseweg 38  
7493 KA MEPPEL

MCL, locatie noord  
Mr. P.J. Troelstraweg 78  
8917 CR LEEUWARDEN

Westfries Gasthuis  
locatie St. Jan  
Fr. Maelsonstraat 3  
1624 NP HOORN

medisch Spectrum Twente  
locatie Oldenzaal  
prins Bernhardstraat 17  
7573 AM OLDENZAAL

**Doc. 2**

AZM  
T.a.v. secretariaat IVF  
P. debyelaan 25  
6229 HX MAASTRICHT

LUMC  
gebouw 1, zone H-3-P  
Rijnsburgerweg 10  
2333 ZA LEIDEN

SMCG  
Kort Rapenburg 1-3  
2311 GC LEIDEN

UMC Utrecht  
T.a.v. Poli IVF  
Heidelberglaan 100  
3584 CX UTRECHT

Fertiliteitspoli Almere  
p/a Gezondheidscentrum de Prisma  
Surabayastraat 1  
1335 GT ALMERE

OLVG  
1e Oosterparkstraat 279  
1091 HA AMSTEDAM

Medisch Spectrum Twente  
locatie Enschede  
Ariënsplein 1  
7511 JH ENSCHEDE

Diaconessenhuis  
Bosboomstraat 1  
3582 KE UTRECHT



10.2.e. tenzij anders aangegeven

Eemland

locatie de Lichtenberg  
Utrechtseweg 160  
3818 ES AMERSFOORT

Stichting Samenwerkende  
Ziekenhuizen  
locatie Rode kruis  
Sportlaan 600  
2566 MJ DEN HAAG

Doc. 2

Gelre Ziekenhuizen  
Juliana/Lukas  
Postbus 9014  
7300 DS APELDOORN

Rivas Medizorg  
locatie Beatrixziekenhuis  
Banneweg 57  
4204 AA GORINCHEM

Streekziekenhuis Koningin Beatrix  
Beatrixpark 1  
7101 BN WINTERSWIJK

Ziekenhuis Gelderse Vallei  
Willy Brandtlaan 10  
6716 RP EDE

Ziekenhuis Rijstate  
Wagnerlaan 55  
6800 TA ARNHEM

St. Maartens Gasthuis  
Tegelseweg 210  
5912 BL VENLO

St. Elisabeth Ziekenhuis  
Merceloseweg 130  
5801 CE VENRAY

Bosch Medicentrum  
locatie WAZ  
Deutersestraat 2  
5223 GV DEN BOSCH

St. Joseph Ziekenhuis Bernhoven  
locatie Veghel  
Burg. de Kuyperlaan 7  
5461 AA VEGHEL

St. Gemini Ziekenhuis  
Huisduinenweg 3  
1782 GZ DEN HELDER

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Commissie Gelijke Behandeling  
T.a.v. prof. mr. J.E. Goldsmidt, voorzitter  
Postbus 16001  
3500 DA Utrecht

Ons kenmerk  
CSZ/ZT/2076894  
Onderwerp  
Standpunt op oordeel CGB inzake  
toelatingsbeleid IVF-klinieken

Inlichtingen bij

Doorkiesnummer  
070 - 340 [REDACTED]  
Bijlage(n)

Den Haag  
28 JUNI 2000  
Uw brief  
10 februari 2000

Geachte mevrouw Goldsmidt,

Met uw schrijven van 10 februari van dit jaar heeft u mij een afschrift van het oordeel van de Commissie gelijke behandeling inzake een aantal criteria die de in-vitrofertilisatie (IVF)-klinieken gebruiken voor de toelating tot een IVF-behandeling meegezonden. Hierbij doe ik u mijn standpunt op genoemd oordeel toekomen.

In bovengenoemd oordeel is de Commissie tot de conclusie gekomen dat een aantal klinieken op basis van deze criteria lesbische paren en alleenstaanden uitsluit van een IVF-behandeling. Volgens de Commissie wordt door een aantal IVF-klinieken in strijd gehandeld met de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB) wegens onderscheid op grond van homoseksuele gerichtheid. Eén IVF-kliniek maakt volgens de Commissie ongerechtvaardigd indirect onderscheid op grond van burgerlijke staat door alleenstaande vrouwen uit te sluiten van een IVF-behandeling. Met betrekking tot andere klinieken heeft de Commissie het uitsluiten van alleenstaande vrouwen van een IVF-behandeling vooralsnog gerechtvaardigd geacht omdat de voorhanden zijnde onderzoeksgegevens aanwijzingen inhouden dat kinderen van alleenstaande ouders relatief meer problemen ondervinden. Hierbij geeft de Commissie aan dat er geen onderzoek voorhanden is dat is toegesneden op de specifieke groep alleenstaanden die bewust kiezen voor deze vorm van ouderschap. De Commissie acht het daarom wenselijk dat dergelijke gegevens beschikbaar komen en beveelt aan om op korte termijn onderzoek daarnaar te doen verrichten. De Commissie wil van mij vernemen welke consequenties ik aan genoemd oordeel verbind voor wat betreft de vergunningverlening aan de IVF-klinieken.

Alvorens hier nader op in te gaan wil ik het volgende onder uw aandacht brengen. Zoals ik u reeds eerder in mijn aan de Commissie gericht schrijven van 8 februari 1999 (kenmerk CSZ/ZT/991364) heb aangegeven, is aan de 13 IVF-klinieken in het kader van de Wet op bijzondere medische verrichtingen een vergunning verleend voor het uitvoeren van IVF-behandelingen. In het Planningsbesluit in-vitrofertilisatie van 1998 zijn nadere regels

Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG  
Telefoon (070) 340 79 11  
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG

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

Internetadres:  
[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad  
2  
Kenmerk  
CSZ/ZT/2076894

IVF's

opgenomen ten aanzien van het toepassen van genoemde behandeling. Met deze regeling stel ik in de eerste plaats de omvang van de behoefte aan in-vitrofertilisatie vast, alsmede de wijze waarop in die behoefte wordt voorzien. In dit besluit heb ik verder de kaders voor een verantwoorde kwaliteit van deze vorm van zorg neergelegd. De IVF-klinieken hebben voor het overige hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het aanbieden van een verantwoorde kwaliteit van de in-vitrofertilisatiebehandelingen.

In het Planningsbesluit IVF is neergelegd dat toepassing van een IVF-behandeling plaats vindt op basis van de Richtlijn "Indicaties voor IVF" van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Over de toegang van lesbische paren of alleenstaande vrouwen bevat genoemd Planningsbesluit geen nadere regels. Het moge duidelijk zijn dat de door de instellingen gehanteerde criteria voor toelating niet in strijd dienen te zijn met overige wet- en regelgeving.

Ten aanzien van het oordeel van de Commissie is mijn standpunt dat bij de toepassing van IVF (en ook andere kunstmatige fertiliteitstechnieken) lesbische of alleenstaande vrouwen niet achtergesteld mogen worden ten opzichte van heteroseksuele paren. Bij de beoordeling van de individuele hulpvraag hoort het (toekomstig) belang van het kind uitgangspunt te zijn. Met de Gezondheidsraad (zie het rapport "Het Planningsbesluit IVF" van 1997) ben ik van mening dat hulp bij voortplanting onverantwoord is wanneer naar het oordeel van de arts een grote kans bestaat dat daarmee het te verwekken kind ernstige schade wordt berokkend. Het belang van het kind vormt derhalve in zijn algemeenheid geen rechtvaardiging om lesbische of alleenstaande vrouwen bij voorbaat van een IVF-behandeling uit te sluiten. Wanneer besloten is dat, gelet op het belang van het kind, een IVF-behandeling niet verantwoord is, dient evenwel het paar of de vrouw in kwestie zowel de uitkomst van het besluit als ook de argumentatie die daartoe heeft geleid te worden medegedeeld.

Zoals bekend huldigt de regering de opvatting dat ook andere leefvormen dan het traditionele gezin met een vader en moeder een zorgzaam en stabiel opvoedingsklimaat kunnen bieden aan de kinderen die daarin opgroeien. Uit onderzoek is niet gebleken dat alternatieve gezinsstructuren een negatief effect hebben op de ontwikkeling van kinderen. Naar voren komt dat naast diverse andere factoren met name de pedagogische kwaliteiten van de ouder(s) van belang zijn voor de ontwikkeling van het kind. Gelet op het vorenstaande acht ik een beleid dat erop is gericht lesbische of alleenstaande vrouwen bij voorbaat uit te sluiten van een IVF-behandeling niet aanvaardbaar. Aan onderzoek zoals door de Commissie wenselijk wordt geacht bestaat er mijnerzijds vooralsnog dan ook geen behoefte.

Wat betreft de consequenties die ik ten aanzien van de vergunningverlening aan het oordeel van de Commissie verbind, kan ik u mededelen dat ik de IVF-klinieken in de gelegenheid zal stellen om hun beleid op korte termijn waar nodig aan mijn standpunt op bovengenoemd oordeel aan te passen. Dat wil zeggen dat de IVF-klinieken lesbische en alleenstaanden die daarvoor in aanmerking komen niet bij voorbaat van een behandeling mogen uitsluiten. Dit laat onverlet de keuzevrijheid van de individuele hulpverlener om op grond van religieuze overtuiging een behandeling te weigeren. De hulpverlener moet de motieven voor de weigering mededelen en de patiënt, zo mogelijk behulpzaam te zijn bij het vinden van andere mogelijkheden van hulpverlening.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

3

Kenmerk

CSZ/ZT/2076894

VVF'S

Mocht blijken dat het bovenstaande niet of in onvoldoende mate wordt geëffectueerd, dan zal ik mij beraden over eventueel te nemen maatregelen voor wat betreft de centra die IVF toepassen.

Afschrift van deze brief zend ik aan alle IVF-klinieken, de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het College voor zorgverzekeringen, Zorgverzekeraars Nederland, het College Tarieven Gezondheidszorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport



dr. E. Borst-Eilers

30/3  
p2 10/9  
2 u/s  
D

dep. 24/9-2010



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

- 2 de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport
- 1 de Minister voor Jeugd en Gezin

13/9

Dank!

Directie Publieke  
Gezondheid

Ontworpen door  
Marlies Vos AA 16/8

T 6873

Datum  
12 augustus 2010

Kenmerk  
PG/E-3018573

Zaaknummer  
3016180 en  
(3016182)

Bijlagen  
4

Afschrift aan  
Archief  
Secr. E. 2x  
Lisette Geldof van Doorn  
Marlies Vos  
Nadia Oost (A 1206)

Uw kenmerk

# nota

(ter beslissing)

Kamervragen IVF alleenstaand

Paraaf directeur PG

Paraaf directeur CZ

Paraaf SG

DG/MZ

## 1 Aanleiding voor deze nota

Kamervragen over IVF-behandelingen bij alleenstaanden gesteld door de kamerleden Arib (PvdA) en Hennis-Plasschaert (VVD).

## 2 Beslispunten en advies

Gaarna uw akkoord met beide sets kamervragen (bijlage 1 en 2).

## 3 Toelichting

**Achtergrond** - Op 27 juli heeft NOVA aandacht besteed aan IVF-behandelingen bij alleenstaanden. Uit onderzoek van NOVA bleek dat 3 van de 13 vruchtbaarheidscentra in Nederland alleenstaanden bij voorbaat een vruchtbaarheidsbehandeling weigeren. Het gaat om het Medisch Centrum Kinderwens (Leiderdorp), UMC Utrecht en VUMC. Naar aanleiding van de uitzending zijn vragen gesteld door de leden Arib (PvdA) en Hennis-Plasschaert (VVD).

In 2000 heeft de toenmalig minister VWS, mw. Borst-Eilers, een brief aan de Commissie Gelijke Behandeling gestuurd. Deze brief is in afschrift aan de Tweede Kamer verzonden. Hierin staat beschreven dat lesbische stellen en alleenstaanden met een medische indicatie niet bij voorbaat uitgesloten mogen worden van IVF of KI (kunstmatige inseminatie). In de brief stond verder beschreven dat bepaalde criteria mogen worden toegepast bij beslissingen rondom de toepassing van vruchtbaarheidsbehandelingen. Het gaat om medische criteria (bv. leeftijd), maar ook om het criterium het belang van het kind.

In juni 2010 is het "Modelprotocol mogelijke morele contra-Indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen" uitgebracht door de Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) (zie bijlage 3). Het protocol beschrijft wat hulpverleners moeten doen als zij twijfels hebben over het wel of niet inzetten van vruchtbaarheidsbehandelingen (zoals IVF). Een arts kan afzien van een vruchtbaarheidsbehandeling als er sprake zou zijn van 'een risico op ernstige schade bij een toekomstig kind' (bijvoorbeeld in geval van instabiele relaties,



verslaving en psychische problemen). Dan moet wel een multidisciplinair overleg hebben plaatsgevonden.

In het protocol staat beschreven dat het categorisch uitsluiten van bepaalde groepen hulpvragers (zoals alleenstaanden, maar ook lesbische stellen) met een beroep op een groot risico voor ernstige schade voor het toekomstig kind niet te verdedigen valt. Alleenstaanden zouden dus niet bij voorbaat uitgesloten moeten worden.

Over het modelprotocol zijn eveneens kamervragen gesteld. Deze vragen zijn nog niet beantwoord, omdat hierover nog overeenstemming moet worden gezocht binnen het departement.

**Bijzondere aandacht voor** – In het antwoord op vraag 5 van het lid Arib zegt u toe de vruchtbaarheidscentra uiterlijk eind 2010 te wijzen op het beleid rondom vruchtbaarheidsbehandelingen bij lesbische stellen en alleenstaanden.

**Afstemming** – Afstemming heeft plaatsgevonden met de directie CZ.

*en directie JEG.*

Directie Publieke  
Gezondheid

Kenmerk  
PG/E-3018573

De Directeur-Generaal Volksgezondheid

[Redacted signature area]

30  
8

*djs* // P.H.A.M. Huljts

[Redacted signature area]



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:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk  
PG-U-3016184

Bijlagen  
1

Uw brief  
28 juli 2010

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

Datum 21 SEP 2010  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Hennis-Plasschaert (VVD) over bij voorbaat uitsluiten van alleenstaanden voor een IVF-behandeling (2010Z11306).

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

/ dr. A. Klink



Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Hennis-Plasschaert over bij voorbaat uitsluiten van alleenstaanden voor een IVF-behandeling (Ingezonden 28 juli 2010).

1

Is het waar dat er op dit moment nog altijd IVF-klinieken in Nederland zijn die alleenstaande vrouwen bij voorbaat van een IVF-behandeling uitsluiten?

1

Mij is gebleken dat er vruchtbaarheidscentra zijn die alleenstaande vrouwen uitsluiten van vruchtbaarheidsbehandelingen.

2

Kent u de brief d.d. 28 juni 2000 1) van de toenmalige minister van VWS aan de Commissie Gelijke Behandeling?

2

Deze brief ken ik.

3

Deelt u de mening dat de door de klinieken gehanteerde criteria voor toelating niet in strijd dienen te zijn met overige wet- en regelgeving? Zo nee, waarom niet?

3

Ja, vruchtbaarheidscentra dienen in overeenstemming met de huidige regels te handelen.

4

Deelt u de mening dat "het belang van het kind" in zijn algemeenheid geen rechtvaardiging vormt om alleenstaande vrouwen bij voorbaat van een IVF-behandeling uit te sluiten? Zo nee, waarom niet?

4

Het welzijn van het toekomstig kind vormt uitgangspunt als het gaat om beslissingen rondom vruchtbaarheidsbehandelingen. Het welzijn van het kind is echter niet de enige factor die gewogen moet worden bij dergelijke beslissingen. Zo worden ook de wensen van de ouder(s) meegewogen. Ik ben echter, net als de beroepsgroepen, van mening dat het welzijn van het toekomstig kind het zwaarst weegt. Dat betekent dat als de arts in een individuele situatie ernstig bezorgd is over het welzijn van het toekomstig kind, hij de hulpvrager(s) een vruchtbaarheidsbehandeling kan weigeren.

5

Deelt u de mening dat bij de toepassing van IVF (en ook andere kunstmatige fertiliteitstechnieken) alleenstaande vrouwen niet mogen worden achtergesteld? Zo nee, waarom niet?

6

Bent u voornemens maatregelen te nemen tegen de IVF-klinieken die alleenstaanden bij voorbaat van een behandeling uitsluiten? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kunt u uiteenzetten welke maatregelen dat zijn (incl. tijdspad)?

5 en 6



Zoals ik ook heb aangegeven in antwoorden op vragen van het lid Arib (2010Z11306) ben ik van mening dat alleenstaanden met een medische indicatie niet bij voorbaat mogen worden uitgesloten van vruchtbaarheidsbehandelingen. Ik ben voornemens eind 2010 hierover een brief aan de vruchtbaarheidscentra te sturen. Tevens zal ik in deze brief ingaan op het NVOG-modelprotocol en aangeven dat de centra conform dit modelprotocol dienen te handelen.

1) Brief minister VWS, d.d. 28 juni 2000, kenmerk CSZ/ZT/2076894 en VWS 0001078

**Toelichting:**

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Arib (PvdA), ingezonden 28 juli 2010 (vraagnummer 2010Z11305)





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:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk  
PG-U-3016181

Bijlagen  
1

Uw brief  
28 juli 2010

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

Datum 21 SEP 2010  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Arib (PvdA) over het  
bij voorbaat uitsluiten van alleenstaanden voor een IVF-behandeling  
(2010Z11305).

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport.

[Redacted signature block]  
dr. A. Klink  
[Redacted signature block]

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Arib over het bij voorbaat uitsluiten van alleenstaanden voor een IVF-behandeling. (Ingezonden 28 juli 2010)

1

Bent u op de hoogte van het feit dat er in Nederland klinieken zijn die alleenstaanden bij voorbaat uitsluiten van een in-vitrofertilisatie (IVF) behandeling? 1)

1

Ik ben op de hoogte van de bevindingen van het genoemde programma.

2

Deelt u de mening dat het beleid inzake IVF zoals verwoord in de brief 2) van uw ambtsvoorganger nog steeds geldt en dat een beleid dat erop is gericht lesbische of alleenstaande vrouwen bij voorbaat uit te sluiten van een IVF-behandeling niet aanvaardbaar is?

2

Het beleid zoals verwoord in de brief van toenmalig minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mw. Borst-Eilers, d.d. 28 juni 2000 is nog steeds van toepassing. In deze brief staat beschreven dat lesbische stellen en alleenstaanden met een medische indicatie niet bij voorbaat uitgesloten mogen worden van IVF. In deze brief is tevens aangegeven dat er criteria zijn om onderscheid te maken die wel zijn toegestaan, zoals criteria gebaseerd op medische gronden (bijvoorbeeld de leeftijd van de vrouw en de slagingskans van de behandeling), maar ook een criterium als het belang van het kind.

Het onlangs uitgekomen modelprotocol 'Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen' van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) ondersteunt dit beleid. Hierin staat beschreven dat iedere vraag naar een vruchtbaarheidsbehandeling afzonderlijk moet worden gewogen en bij twijfels in een multidisciplinair overleg moet worden besproken. Het kan dan ook niet zo zijn dat bepaalde groepen hulpvragers bij voorbaat worden uitgesloten van een vruchtbaarheidsbehandeling.

Ik wijs erop dat hiermee nog geen uitspraak is gedaan over het al dan niet verzekerd zijn van deze zorg.

3

Deelt u de mening dat ook andere leefvormen dan het traditionele gezin met een vader en moeder, een zorgzaam en stabiel opvoedingsklimaat kunnen bieden aan de kinderen die daarin opgroeien? Is er onderzoek bekend dat het tegendeel bewijst?

3

Ja, ik deel de mening dat kinderen ook gezond en gelukkig op kunnen groeien als zij niet opgroeien in een 'traditioneel gezin'. Naar mijn weten is geen onderzoek bekend dat het tegendeel bewijst.

4

Deelt u de mening dat alleen het belang van het kind een rol mag spelen in de beslissing om IVF te weigeren en dat in die gevallen waarin IVF wordt geweigerd aan het paar of de vrouw in kwestie zowel de uitkomst van het besluit als ook de argumentatie die daartoe heeft geleid moet worden medegedeeld? Gebeurt dit op dit moment in de IVF-klinieken?

4

Ik ben van mening dat het welzijn van het toekomstig kind uitgangspunt vormt als het gaat om beslissingen rondom vruchtbaarheidsbehandelingen. Het welzijn van het kind is natuurlijk niet de enige factor die gewogen moet worden: ook de wensen van de ouder(s) moeten worden mee gewogen. Uitgangspunt blijft echter het welzijn van het kind.

In het eerdergenoemde protocol staat het volgende over het informeren van de hulpvragers: *"Voor het bespreken van een patiënt in het multidisciplinair beraad wordt om toestemming gevraagd aan de patiënt. Patiënten worden van te voren op de hoogte gebracht van het voornemen om het beraad te voeren. Achteraf worden zij geïnformeerd over het beraad, de genomen beslissing en over de overwegingen die hiertoe hebben geleid."* Het modelprotocol is vastgesteld tijdens de ledenvergadering van de NVOG. Dit betekent dat de beroepsgroep conform het modelprotocol dient te handelen.

5

Bent u bereid de IVF-klinieken in Nederland (nogmaals) nadrukkelijk te informeren over dit beleid en duidelijk te maken dat de door instellingen gehanteerde criteria voor toelating niet in strijd mogen zijn met overige wet- en regelgeving, en dat de IVF-klinieken lesbische stellen en alleenstaanden die daarvoor in aanmerking komen dus niet bij voorbaat van een behandeling mogen uitsluiten?

5

Ik ben bereid de vruchtbaarheidscentra te informeren over het beleid rondom vruchtbaarheidsbehandelingen bij lesbische stellen en alleenstaanden. Daarom ben ik voornemens de centra eind 2010 hierover een brief te sturen.

6

Welke maatregelen kunt en gaat u nemen ten aanzien van IVF-klinieken waarin het bovenstaande beleid niet of in onvoldoende mate wordt geëffectueerd? Hoe gaat u dit controleren? Bent u bereid onderzoek te doen naar de mate waarin het beleid in IVF-klinieken afwijkt van het beleid zoals verwoord in de genoemde brief en de Kamer hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte te stellen?

6

Zoals ik hiervoor al aangaf zal ik de vruchtbaarheidscentra een brief zenden waarin ik zal aangeven dat lesbische stellen en alleenstaanden niet bij voorbaat uitgesloten mogen worden van vruchtbaarheidsbehandelingen. Tevens zal ik in deze brief ingaan op het NVOG-modelprotocol en aangeven dat de centra conform dit modelprotocol dienen te handelen.

Overigens worden de Wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting en de Embryowet in 2011 geëvalueerd. Dan zal ook aandacht worden besteed aan het beleid van vruchtbaarheidscentra ten aanzien van wachtlijsten en prioritering.

1) NOVA d.d. 27 juli 2010

2) Brief minister VWS, d.d. 28 juni 2000, kenmerk CSZ/ZT/2076894 en VWS 0001078



's-Gravenhage, 28 juli 2010

Aan:  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport, A. Klink

Kenmerk: 2010Z11306

Namens de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal heb ik de eer u mede te delen dat door het lid / de leden:

- J.A. Hennis-Plasschaert (VVD)

schriftelijke vragen overeenkomstig artikel 134 en 135 van het Reglement van Orde zijn ingediend.

Ik verzoek u de vragen binnen drie weken te beantwoorden. Mocht u hiertoe niet in staat zijn, dan dient u dit onder opgave van redenen aan de Voorzitter te laten weten.

Vragen die niet binnen zes weken zijn beantwoord worden op het overzicht van niet-beantwoorde vragen geplaatst. Dit overzicht wordt elke maand gepubliceerd.

De Griffier van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal,

[Redacted]  
Griffie Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
070 - [Redacted]

Verzoek bij beantwoording datum en kenmerk te vermelden.

2010Z11306

Vragen van lid Hennis-Plasschaert (VVD) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het bij voorbaat uitsluiten van alleenstaanden voor een IVF-behandeling. (Ingezonden 28 juli 2010)

1

Is het waar dat er op dit moment nog altijd IVF- klinieken in Nederland zijn die alleenstaande vrouwen bij voorbaat van een IVF-behandeling uitsluiten?

2

Kent u de brief d.d. 28 juni 2000 1) van de toenmalige minister van VWS aan de Commissie Gelijke Behandeling?

3

Deelt u de mening dat de door de klinieken gehanteerde criteria voor toelating niet in strijd dienen te zijn met overige wet- en regelgeving? Zo nee, waarom niet?

4

Deelt u de mening dat "het belang van het kind" in zijn algemeenheid geen rechtvaardiging vormt om alleenstaande vrouwen bij voorbaat van een IVF-behandeling uit te sluiten? Zo nee, waarom niet?

5

Deelt u de mening dat dat bij de toepassing van IVF (en ook andere kunstmatige fertiliteitstechnieken) alleenstaande vrouwen niet mogen worden achtergesteld? Zo nee, waarom niet?

6

Bent u voornemens maatregelen te nemen tegen de IVF-klinieken die alleenstaanden bij voorbaat van een behandeling uitsluiten? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kunt u uiteenzetten welke maatregelen dat zijn (incl. tijdpad)?

1) Brief minister VWS, d.d. 28 juni 2000, kenmerk CSZ/ZT/2076894 en VWS 0001078

**Toelichting:**

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Arib (PvdA), ingezonden 28 juli 2010 (vraagnummer 2010Z11305)

[Redacted]

---

**Van:** [Redacted]  
**Verzonden:** maandag 30 augustus 2010 14:53  
**Aan:** [Redacted]  
**CC:** [Redacted]  
**Onderwerp:** RE: Kamervragen IVF alleenstaanden

okee, bedankt!

---

**Van:** [Redacted]  
**Verzonden:** maandag 30 augustus 2010 14:52  
**Aan:** [Redacted]  
**CC:** [Redacted]  
**Onderwerp:** RE: Kamervragen IVF alleenstaanden

Hallo [Redacted]

De vragen worden ook ter accordering aan minister Rouvoet voorgelegd.

Groet van [Redacted]

---

**Van:** [Redacted]  
**Verzonden:** maandag 30 augustus 2010 14:25  
**Aan:** [Redacted]  
**CC:** [Redacted]  
**Onderwerp:** RE: Kamervragen IVF alleenstaanden

Beste [Redacted]

Ik ben akkoord met de antwoorden. Ik denk wel dat minister Rouvoet deze vragen & antwoorden ook wil zien. [Redacted], kunnen deze antwoorden ook tkn aan Rouvoet worden voorgelegd (vraag is vooral even hoe/wie)?

groet,  
[Redacted]

---

**Van:** [Redacted]  
**Verzonden:** maandag 30 augustus 2010 13:18  
**Aan:** [Redacted]  
**CC:** [Redacted]  
**Onderwerp:** RE: Kamervragen IVF alleenstaanden

Hallo [Redacted]

Allereerst, wat fijn dat je zo snel reageerde!

Antwoord 3 heb ik aangepast conform wat we net afgesproken hebben over de telefoon. In de bijlage vind je voor de volledigheid beide sets kamervragen. Zou je nog aan kunnen geven of je akkoord bent met het nieuwe voorstel.

Dankjewel! Groet van [Redacted]

---

**Van:** [Redacted]  
**Verzonden:** maandag 30 augustus 2010 10:10  
**Aan:** [Redacted]  
**CC:** [Redacted]

**Onderwerp:** FW: Kamervragen IVF alleenstaanden

Hallo, [redacted]

Zie bijgaande vraag van [redacted] van Ethiek. Kunnen jullie met deze tekst instemmen? Zo ja, wil je dat dan aan [redacted] doorgeven? [redacted] is naast [redacted] betrokken bij de nota gezinsbeleid.

Met vriendelijke groet, en bij voorbaat dank,

[redacted] (6705)

---

**Van:** [redacted]

**Verzonden:** vrijdag 27 augustus 2010 14:17

**Aan:** [redacted]

**Onderwerp:** Kamervragen IVF alleenstaanden

Hallo [redacted]

Kamerleden Arib en Hennis-Plasschaert hebben vragen gesteld over IVF bij alleenstaanden. Een van de vragen van Arib is:

3

Deelt u de mening dat ook andere leefvormen dan het traditionele gezin met een vader en moeder, een zorgzaam en stabiel opvoedingsklimaat kunnen bieden aan de kinderen die daarin opgroeien? Is er onderzoek bekend dat het tegendeel bewijst?

11:1

Is dit antwoord conform het Jeugd-beleid? Ik ben namelijk voor deze tekst uitgegaan van bovenstaand modelprotocol. DGV vraagt echter of dit niet afgestemd had moeten worden met Jeugd. Denk jij dat dit nodig is en zo ja, bij wie moet ik dan zijn?

Alvast bedankt voor je hulp.

Groet van [redacted]

[redacted]  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Directie Publieke Gezondheid  
Afdeling Ethiek  
T 070-340 [redacted]



[Redacted]

**Van:** [Redacted]

**Verzonden:** zaterdag 28 augustus 2010 10:31

**Aan:** [Redacted]

**CC:** [Redacted]

**Onderwerp:** Re: Kamervragen IVF alleenstaanden

[Redacted]

Bedankt voor je toelichting. Ik ben akkoord met het nieuwe tekstvoorstel.

Groet,

[Redacted]

---

**Van:** [Redacted]

**Verzonden:** Friday, August 27, 2010 03:11 PM

**Aan:** [Redacted]

**Cc:** [Redacted]

**Onderwerp:** Kamervragen IVF alleenstaanden

Beste [Redacted]

Hierbij mijn reactie op jouw opmerkingen bij de kamervragen IVF bij alleenstaanden van Arib en Hennis-Plasschaert:

[Large redacted area]

Ben jij akkoord met dit nieuwe voorstel?

Zodra Jeugd akkoord is, zal de ik de vragen ter accordering aan je voorleggen.

Groet van [REDACTED]

[REDACTED]  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Directie Publieke Gezondheid  
Afdeling Ethiek  
T 070- [REDACTED]



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Directie Publieke Gezondheid  
Afdeling Ethiek

Aan: DGV

- conform afspraak d.d.
- te uwer informatie
- met verzoek om de behandeling over te nemen
- met verzoek om terugzending
- met dank voor inzage
- op uw verzoek
- om te behouden

Van:

Telefoon:



Faxnummer

070-340 7197

Opmerkingen: De hanenvragen IVF alleenstaander zijn conform jouw opmerkingen aangepast. Antwoorden zijn bovendien afgestemd met directie J&G (zie ook Met vriendelijke groet, mailwisseling).

Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG

Internetadres:  
www.minvws.nl



**nvog**

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

---

## MOGELIJKE MORELE CONTRA-INDICATIES BIJ VRUCHTBAARHEIDSBEHANDELINGEN

Versie 1.0



Discipline  
Verantwoording

Multidisciplinair  
nvog



## Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b> .....	1
<b>Morele overwegingen bij vruchtbaarheidsbehandelingen: dubbele verantwoor</b> .....	2
Dubbele verantwoordelijkheid.....	2
Het stellen van een contra-indicatie vanwege het welzijn van het kind.....	2
Beoordeling.....	3
<b>Juridisch kader</b> .....	4
Goed hulpverlenerschap.....	4
Recht op procreatie.....	4
Toegankelijkheid zorg.....	4
Toetsing.....	5
<b>Nadere bepaling van mogelijke morele contra-indicaties</b> .....	6
Mogelijke medische en psychosociale contra-indicaties.....	6
Beschermdende factoren.....	6
Het maken van een afweging.....	6
<b>Procedures: Overleg, besluitvorming en aanbeveling</b> .....	7
Algemene overwegingen.....	7
De verantwoordelijkheid van de eerste lijn.....	7
De verantwoordelijkheid in de tweede of derde lijn.....	7
Het multidisciplinaire beraad.....	8
Communicatie met het paar met kinderwens.....	8
<b>Referenties</b> .....	9
<b>Colofon</b> .....	11
<b>Disclaimer</b> .....	12

## Inleiding

Het *Modelprotocol mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen* is bedoeld als handreiking bij de besluitvorming door hulpverleners die worden gevraagd medische hulp te verlenen bij voortplanting. Soms vinden hulpverleners dat zij een dergelijk verzoek moeten afwijzen, omdat zij niet betrokken willen zijn bij het op de wereld brengen van een kind met een verwachte slechte kwaliteit van leven. De aanleiding voor dit protocol is de behoefte van hulpverleners aan ondersteuning bij de besluitvorming. Daarnaast wordt door verschillende hulpverleners op uiteenlopende manieren met contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen omgegaan. Uit een kleine inventarisatie door de commissie die dit protocol heeft ontwikkeld <sup>(1)</sup> blijkt dat wat in sommige centra aanleiding kan zijn voor afwijzing, in andere centra zonder bedenkingen wordt aanvaard. Dat is aan afgewezen hulpvragers moeilijk uit te leggen en roept de vraag op naar de kwaliteit van de argumentatie. Verder toont de inventarisatie verschillen aan in de besluitvormingsprocedure.

Dit protocol biedt een algemeen kader voor zorgvuldige en transparante besluitvorming dat voldoende ruimte laat voor individuele afweging. Het protocol beperkt zich tot mogelijke redenen voor afwijzing van een verzoek om hulp bij voortplanting die betrekking hebben op het welzijn van het toekomstige kind; contra-indicaties die te maken hebben met de kans op succes van de behandeling of met medische risico's van de zwangerschap voor de vrouw vallen buiten het bereik van dit protocol (behalve waar het factoren betreft die ook van belang kunnen zijn voor de gezondheidsvooruitzichten van het te verwekken kind).

Het protocol stelt dat besluitvorming over het weigeren van vruchtbaarheidsbehandelingen voortaan in multidisciplinair overleg wordt genomen. De nadere invulling van het algemene kader laat zij over aan het multidisciplinair overleg en het oordeelsvermogen van de hulpverleners in de locale centra. Voor multidisciplinair overleg is gekozen om de deskundigheid en argumenten van de verschillende beroepsgroepen voldoende ruimte te geven in de besluitvorming.

In paragraaf 1 worden de dubbele verantwoordelijkheid van de arts, het stellen van een contra-indicatie vanwege het welzijn van het kind alsmede enkele aspecten van de besluitvormingsprocedure toegelicht. Paragraaf 2 schetst de juridische kaders. In paragraaf 3 worden mogelijke contra-indicaties en beschermende factoren nader bepaald. In paragraaf 4 volgen procedurele overwegingen ten aanzien van het overleg, de besluitvorming en de advisering.

Begin 2009 werd een commissie ingesteld met als opdracht "het opstellen van een modelprotocol dat artsen helpt om gebalanceerde besluiten te nemen in het geval van twijfels over het wel of niet aanbieden van vruchtbaarheidsbehandelingen" (Projectvoorstel NVOG modelprotocol: Afwegingen in geval van mogelijke morele contra-indicaties bij het inzetten van vruchtbaarheidsbehandelingen). Informatie over de samenstelling van deze commissie alsmede over haar werkwijze is toegevoegd onderaan het protocol.

## Morele overwegingen bij vruchtbaarheidsbehandelingen: dubbele verantwoor

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

### Dubbele verantwoordelijkheid

Op het gebied van de voortplantingsgeneeskunde heeft de arts een dubbele verantwoordelijkheid. In de eerste plaats is dat, net als elders in de geneeskunde, goede zorg bieden aan de patiënt. In dit geval is dat meestal een paar met kinderwens dat wegens een fertiliteitsprobleem medische hulp heeft gezocht. Omdat de arts door het bieden van die hulp causaal betrokken is bij het tot stand brengen van het gewenste kind, mag worden verwacht dat hij of zij tevens rekening houdt met het welzijn van dat toekomstige kind. Dat wordt onder andere bepaald door de psychosociale omstandigheden waarin het kind wordt geboren, maar het kan ook gaan om diens gezondheidsvooruitzichten.

In uitzonderlijke gevallen kan bezorgdheid over het welzijn van het toekomstige kind een reden zijn voor het stellen van een contra-indicatie voor de vruchtbaarheidsbehandeling. Van de hier bedoelde verantwoordelijkheid van de arts om rekening te houden met het welzijn van het kind is niet alleen sprake bij medische hulp in de vorm van vruchtbaarheidsbehandeling en geassisteerde voortplanting (zoals intra-uteriene inseminatie [iui], in-vitro fertilisatie [ivf] of intracytoplasmatische sperma-injectie [icsi]) maar ook als het gaat om een op herstel van de natuurlijke vruchtbaarheid gerichte refertilisatie.

Een van de kant van patiënten (maar ook van hulpverleners) veel gehoord argument tegen het betrekken van het welzijn van het kind bij de beoordeling van verzoeken om medische hulp bij voortplanting is dat mensen die langs natuurlijke weg kinderen kunnen krijgen (meestal) geen strobreed in de weg wordt gelegd als zij zich willen voortplanten, ook niet als er alle reden is voor bezorgdheid over het welzijn van hun eventuele kinderen. Is er geen sprake van meten met twee maten als dat wel gebeurt bij mensen die onvruchtbaar zijn of om andere redenen zijn aangewezen op medische hulp bij voortplanting?

Dat is niet vanzelfsprekend het geval. Het verschil tussen beide situaties is de causale betrokkenheid van de arts bij de realisering van de kinderwens van wie op medische hulp bij voortplanting is aangewezen. Het feit dat de arts daarmee medeverantwoordelijk wordt voor het welzijn van het toekomstige kind geeft hem of haar niet alleen het recht, maar ook de morele plicht om de hulpvraag mede in het licht van die verantwoordelijkheid te beoordelen. Dat in de context van adoptie aanzienlijk strengere eisen worden gesteld heeft te maken met het feit dat daar maar één belang in het geding is: het vinden van goede ouders voor een vaak extra kwetsbaar kind.

### Het stellen van een contra-indicatie vanwege het welzijn van het kind

Als standaard voor de besluitvorming wordt in dit protocol het redelijk welzijn van het kind gehanteerd; artsen moeten afzien van hulp bij voortplanting als naar hun mening sprake is van een groot risico op ernstige schade voor het kind. In Nederland (Commissie Herziening Planningsbesluit 1997, KNMG 1989) en internationaal (ondermeer: ESHRE Task Force on Ethics and Law 2007) wordt aan deze standaard de voorkeur gegeven boven de standaards van minimaal en maximaal welzijn. Als ieder mogelijk risico op een minder dan maximaal welzijn al voldoende reden zou zijn om hulp te weigeren, zouden maar weinig paren voor medisch geassisteerde voortplanting in aanmerking komen. De standaard van minimaal welzijn daarentegen gaat uit van een te magere opvatting van ouderlijke en professionele verantwoordelijkheid.

De standaard van redelijk welzijn doet recht aan de beide perspectieven die hier in het geding zijn: aan de ene kant het in internationale verdragen erkende recht een gezin te stichten (en daarin niet zonder goede reden te worden gehinderd) en de verantwoordelijkheid van de arts om goede zorg te verlenen aan wie daarbij op medische hulp is aangewezen; aan de andere kant de verantwoordelijkheid van de wensouders en de medeverantwoordelijkheid van de arts voor het welzijn van het toekomstige kind.

Van een groot risico op ernstige schade kan sprake zijn als eerdere kinderen wegens mishandeling of verwaarlozing uit huis zijn geplaatst of als er vanwege zwakbegaafdheid of psychische problematiek gegronde redenen zijn om ernstig te twijfelen aan de ouderschapscompetenties van het paar (The Ethics Committee of the American Reproductive Society 2009a). Categorisch uitsluiten van bepaalde groepen hulpvragers (lesbische paren, alleenstaande vrouwen) met een beroep op 'groot risico op ernstige schade' valt niet te verdedigen (Bolt et al. 2004; The Ethics Committee of the American Reproductive Society 2009b; Golombok, en Badger 2010).

Behalve aan mogelijke schade van psychosociale aard valt ook te denken aan medische schade, met name



bij ernstige ziekten bij man of vrouw of bij paren met een bekend risico op het krijgen van een kind met een ernstige erfelijke aandoening. Als het paar in een dergelijke situatie laat weten geen gebruik te willen maken van de mogelijkheid van prenatale of pre-implantatie genetische diagnostiek, of als het risico langs die weg onvoldoende uit te sluiten valt, kan voor de arts de vraag rijzen of het verantwoord is het paar te helpen een voor beide partners genetisch eigen kind te krijgen. In dergelijke situaties is kunstmatige inseminatie met donorzaad of in-vitro fertilisatie met donorgameten een met de betrokkenen te bespreken alternatief.

## Beoordeling

De besluitvorming dient transparant te zijn, waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwd en gebaseerd op argumenten die ook ten overstaan van de betrokkenen kunnen worden verantwoord. Dat vraagt om een multidisciplinaire beoordeling. Het uitsluiten van hulpvragers mag niet berusten op het particuliere oordeel van individuele hulpverleners.

Van artsen wordt niet verwacht dat zij bij ieder paar dat zich bij hen meldt actief naspeuren of er reden is tot het stellen van een contra-indicatie met het oog op het welzijn van het toekomstige kind. Dit verdraagt zich niet met de vertrouwensbasis van de arts-patiënt relatie. Dergelijke naspeuringen zouden ook al snel op gespannen voet komen te staan met het recht op privacy van de betrokkenen. Zijn er echter aanwijzingen die de arts reden geven te vermoeden dat sprake kan zijn van een situatie die het stellen van contra-indicaties zou rechtvaardigen, dan is een nadere beoordeling volgens de in dit protocol beschreven procedure aangewezen.

## Juridisch kader

In dit protocol blijft de juridische uiteenzetting beperkt tot de voor de besluitvorming meest relevante vragen. Daarom is ook dit hoofdstuk geen volledig juridisch overzicht, maar een inhoudelijke samenvatting van de wetten en regels die van toepassing zijn in geval van mogelijke morele twijfels bij vruchtbaarheidsbehandelingen.

## Goed hulpverlenerschap

De arts is volgens de wet gehouden te handelen conform de professionele standaard (Art. 7:453 BW). Dit betreft het medisch handelen volgens inzichten van medische wetenschap en ervaring, maar ook het voldoen aan de algemene juridische en maatschappelijke regels en normen. Op grond van deze regels wordt in bepaalde gevallen van een arts verwacht dat, naast het belang van de individuele patiënt, mede rekening wordt gehouden met belangen van derden. Een arts die ivf toepast is moreel medeverantwoordelijk voor het ontstaan van leven en deze verantwoordelijkheid houdt in dat, bij toepassing van deze behandeling, andere belangen dienen te worden meegewogen, zoals de toekomstige situatie van het door ivf te verwekken kind (Leenen 2007; Commissie Herziening Planningsbesluit 1997; KNMG 1989).

## Recht op procreatie

Rechten van de patiënt zijn onder andere neergelegd in grond- en mensenrechten. Het recht om kinderen te krijgen, ofwel het recht op procreatie, is niet als zodanig in wetten of verdragen opgenomen. Volgens sommige juridische literatuur (Leenen 2007; Veerman, en Hendriks 1996, Buijsen 2006) kunnen in het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten voor de Mens (artikel 12 recht op huwen en recht op slichten van een gezin en artikel 8 recht op privé, gezins- en familielevens) hiervoor wel aanknopingspunten worden gevonden en kan het recht op procreatie als een ongeschreven grondrecht worden beschouwd. Het gaat hierbij om een individueel vrijheidsrecht, namelijk bescherming tegen de overheid en - voor zover sprake is van horizontale werking - tegen derden ten aanzien van ingrijpen in de vrijheid van voortplanting. Het is dus geen (afdwingbaar) recht om kinderen te krijgen, maar een recht niet te worden gehinderd kinderen te krijgen. Het biedt (als vrijheidsrecht) geen grondslag voor een aanspraak op voorzieningen om kinderloosheid op te heffen. Ook in (Europese) jurisprudentie wordt een recht op procreatie niet als zodanig vastgelegd, maar het biedt er wel aanknopingspunten voor. In uitspraken van het Europese Hof en de Europese Commissie werd op basis van artikel 8 en 12 EVRM aangegeven dat er verschillende aspecten van de voortplanting voor bescherming in aanmerking komen. Het is echter niet duidelijk welke aspecten van de voortplanting bescherming krijgen en hoever deze bescherming reikt.

Grond- en mensenrechten zijn fundamentele rechten. Een schending of beperking hiervan door overheid of anderen (indien horizontale werking wordt aangenomen) laat zich alleen rechtvaardigen als er andere, meer zwaarwegende rechten, plichten of belangen in het geding zijn. Het is van belang dat in individuele gevallen een zorgvuldige en gemotiveerde belangenafweging plaatsvindt.

## Toegankelijkheid zorg

Door de toenemende beschikbaarheid van voorzieningen op het gebied van kunstmatige voortplanting doet de vraag naar de toegankelijkheid ervan zich voor. Moet een voorziening voor een ieder op gelijke wijze toegankelijk zijn of mag sommigen toegang worden ontzegd bijvoorbeeld op grond van samenstelling van het gezin? Bij ivf ontstaat deze discussie met name rondom de behandeling van alleenstaande vrouwen en lesbische paren. In de Nederlandse wet- en regelgeving is geen verplichting opgenomen voor ivf-centra om alleenstaande vrouwen een behandeling aan te bieden. Anderzijds is uit de wetgeving niet af te leiden dat deze categorie géén recht heeft op deze vorm van hulp. Zoals hierboven vermeld, bieden artikel 8 en 12 EVRM voor alleenstaande vrouwen geen aanspraak op hulp bij voortplanting. Het categorisch uitsluiten van bepaalde groepen kan echter op gespannen voet komen te staan met het recht op gelijke behandeling, zoals dat in Nederland is uitgewerkt in de algemene wet gelijke behandeling (AWGB). Over de toelaatbaarheid om alleenstaande vrouwen te weigeren bestaat enige juridisch onduidelijkheid. De AWGB verzet zich tegen het maken van direct of indirect onderscheid bij het aanbieden van diensten of sluiten van overeenkomsten, tenzij een dergelijk onderscheid objectief is gerechtvaardigd.

De Commissie Gelijke Behandeling heeft aangegeven dat het weigeren van alleenstaande vrouwen niet in strijd is met de wet (Commissie Gelijke Behandeling: uitspraak 2000-4). In een kabinetstandpunt naar

aanleiding van die uitspraak is door de toenmalige minister van VWS aangegeven dat een beleid gericht op uitsluiting van alleenstaande vrouwen (met een medische indicatie) van een ivf-behandeling niet aanvaardbaar wordt geacht (brief d.d. 28 juni 2000). Ook in de juridische literatuur wordt aangegeven dat het uitsluiten van deze groep, mede vanwege de vergelijking met het adoptierecht, waarin verzoeken om eenpersoonsadoptie per geval worden beoordeeld, geen geschikt en noodzakelijk middel is (Buijsen 2006; Veerman, en Hendriks 1996).

Ten aanzien van lesbische paren oordeelde de Commissie gelijke behandeling anders, namelijk dat categorische uitsluiting van deze groep in strijd is met de AWGB. Ook hier past dezelfde individuele benadering.

## Toetsing

Voor het afnemen van een algemene toets/beoordeling van allen (vrouwen of paren) die zich voor ivf aanmelden met betrekking tot de geschiktheid tot het opvoeden van het kind is geen plaats, vanwege het recht op privacy (privéleven) en zelfbeschikking. Immers in de situatie waarin geen voorziening van kunstmatige voorplanting nodig is worden ook geen eisen gesteld aan de stabiliteit van de betrokkenen noch aan de toekomstige opvoedingssituatie. Van wilsbekwame mensen wordt verwacht dat zij besluiten tot procreatie met zorg nemen en het belang van het kind dat geboren zal worden in het besluit betrekken. Bij adoptie ligt dat anders; daar is een wettelijke regeling (waarin de toetsingscriteria zijn opgenomen) die een algemene toetsing rechtvaardigt.

Hoewel een arts geen algemene eisen mag stellen aan de toekomstige opvoedingssituatie en de geschiktheid van het paar of de vrouw betekent dit niet dat met ledere vorm van toetsing, in het bijzonder marginale toetsing, het recht op privacy en zelfbeschikking van de wensouders op onaanvaardbare wijze wordt geschonden. Onder marginale toetsing wordt verstaan: het toetsen op die condities die strikt noodzakelijk worden geacht voor een redelijk welzijn van het kind. Het stellen van een contra-indicatie komt alleen dan aan de orde indien de arts op grond van alle informatie in de concrete situatie ervan overtuigd is dat de voortplanting ernstige risico's voor het welzijn van het kind inhoudt. Een nadere beoordeling van deze condities houdt bijvoorbeeld in het stellen van oriënterende vragen over de duur en stabiliteit van de relatie, de aanwezigheid van psychiatrische problematiek, verslavingen en het gebruik van geweld. Het stellen van een contra-indicatie komt alleen dan aan de orde indien de arts ervan overtuigd is dat de voorplanting ernstige risico's voor het welzijn van het kind inhoudt.

Een weigering van een fertiliteitsbehandeling op basis van een morele contra-indicatie dient zorgvuldig te worden genomen en dient deugdelijk te worden gemotiveerd op basis van de informatie rondom de individuele situatie en zo mogelijk op wetenschappelijk onderzoek. Dit geldt zowel voor situaties waarin dit gebeurt binnen een eerder gesloten behandelingsovereenkomst, als in de situatie dat de arts om deze reden weigert een behandelingsovereenkomst te sluiten.

## Nadere bepaling van mogelijke morele contra-indicaties

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

### Mogelijke medische en psychosociale contra-indicaties

Geassisteerde voortplanting kan in bepaalde gevallen leiden tot lichamelijke en psychosociale gezondheidsrisico's voor het kind. Een erfelijke aandoening van een of beide ouders kan bijvoorbeeld leiden tot een aangedaan kind. Het welzijn van het kind wordt echter ook bedreigd, wanneer de opvoedingscompetenties van ouders tekort schieten of wanneer het ouderschap een te zware last legt op het functioneren van ouders. Medische aandoeningen bij ouders kunnen bijvoorbeeld niet alleen negatieve gevolgen hebben voor de lichamelijke gezondheid van het kind, maar blijken daarnaast van invloed te kunnen zijn op het ouderschap en daarmee op de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (Koot 1993). Ook ziekten waarbij de partner op korte termijn zal overlijden kunnen gevolgen hebben voor de ontwikkeling van zwangerschap en kind.

Uit epidemiologisch onderzoek is gebleken dat ook de aanwezigheid van bepaalde psychosociale factoren bij ouders leidt tot een verhoogd risico op schade bij het kind. Voorbeelden van dergelijke psychosociale factoren zijn: zwakbegaafdheid (de Vries et al. 2005), psychiatrische instabiliteit (Koot 1993), verslavingsproblematiek (Steinhausen et al. 2007; Cuipers et al. 1999), een instabiele relatie tussen de ouders (Koot 1993), alleenstaand ouderschap (Weitof et al. 2003) en kindermishandeling, alsmede ook seksueel misbruik en verwaarlozing van het kind (Arnou 2004)

### Beschermende factoren

Wanneer de aanwezigheid van een risicofactor samengaat met één of meer beschermende factoren blijkt dit de kans op psychosociale problemen bij het kind te kunnen verkleinen. Het hebben van een gezonde partner of een nauw betrokken mantelzorgverlener blijkt bijvoorbeeld in een aantal gevallen te kunnen leiden tot competent ouderschap bij een zwakbegaafde (De Vries et al. 2005). Andere mogelijke beschermende factoren zijn: een stabiele, positieve relatie tussen de wensouders; de aanwezigheid van een goed sociaal netwerk; een veerkrachtige persoonlijkheid bij de ouder(s); en een goede socio-economische situatie (Aalbers-van Leeuwen et al. 2002).

### Het maken van een afweging

De aanwezigheid van een risicofactor leidt niet in alle gevallen tot een bedreiging van het welzijn van kind. Het is veeleer het aantal en de combinatie van risicofactoren dat bepalend is (Ten Brink, en Veerman 1998). Zo is gebleken dat de negatieve effecten van alleenstaand ouderschap op de lichamelijke en psychische gezondheid van kinderen grotendeels worden verklaard door andere factoren die samenhangen met het alleenstaand ouderschap, waaronder een slechte socio-economische situatie en langdurige conflictsituaties (Weitof et al. 2003).

Het bepalen van opvoedingsvaardigheden is daarom lastig en wordt in het ideale geval gedaan door hulpverleners die zijn gespecialiseerd in de betreffende problematiek. Hierbij dient een zorgvuldige afweging te worden gemaakt van de aanwezige risicofactoren (de zogenaamde draaglast) en beschermende factoren (de zogenaamde draagkracht) van de wensouders. De aanleiding voor een dergelijke afweging is het vermoeden dat mogelijk sprake is van een groot risico op ernstige schade voor het toekomstig kind.

## Procedures: Overleg, besluitvorming en aanbeveling

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

### Algemene overwegingen

De beroepsgroep hanteert bij beslissingen tot vruchtbaarheidsbehandelingen een "Ja tenzij" beleid; behandelen is de norm. Een besluit om niet te behandelen wordt beschouwd als uitzondering van de norm die zorgvuldig dient te worden beargumenteerd. In geval van twijfel kan de arts overwegen om niet over te gaan tot vruchtbaarheidsbehandeling. Hierbij worden twee zorgvuldigheidfilters voorgesteld, te weten de beslissingsprocedure en de inhoudelijke randvoorwaarden.

*Zorgvuldigheidfilter 1: De beslissingsprocedure.* Voor het nemen van een besluit om niet over te gaan tot vruchtbaarheidsbehandeling is multidisciplinair beraad op zijn plaats. Met andere woorden: een dergelijke negatieve beslissing wordt niet door de arts alleen genomen. Wel is de arts verantwoordelijk voor het uiteindelijke besluit, de implementatie hiervan, en de communicatie hierover.

*Zorgvuldigheidfilter 2: De inhoudelijke randvoorwaarden.* In het multidisciplinaire beraad wordt getoetst of de twijfels van de arts en van de andere professionals gegrond zijn. Centraal is daarbij de in hoofdstuk 1 genoemde standaard: een groot risico op ernstige schade voor het toekomstig kind.

### De verantwoordelijkheid van de eerste lijn

Indien de huisarts ernstige twijfels heeft betreffend de ouderschapscompetenties van het paar met kinderwens, en indien hij of zij het vermoeden heeft dat er een groot risico aanwezig is op ernstige schade voor een toekomstig kind, bespreekt hij deze met het paar en geeft hij het paar ter overweging van fertiliteitsbevorderende behandelingen af te zien.

Sommige paren zullen blijven persisteren in hun verzoek tot verwijzing naar een fertiliteitscentrum. Als de huisarts op morele gronden deze verwijzing weigert, dient hij dit besluit te toetsen bij een collega. Het weigeren van een verwijzing kan in concrete gevallen tot verstoring van de arts-patiënt relatie leiden. Dit kan een reden zijn om te besluiten het paar toch te verwijzen. In een dergelijk geval heeft de huisarts de morele plicht om de arts naar wie wordt verwezen te informeren over zijn twijfels. Indien het paar hiertoe geen toestemming geeft vindt geen doorverwijzing plaats.

Na verwijzing naar de tweede lijn werkt de huisarts - nadat daartoe toestemming is verkregen van het paar - desgevraagd mee aan de verstrekking van verdere informatie die de arts in het fertiliteitscentrum nodig acht om tot een goed beredeneerd en moreel verantwoord besluit te kunnen komen.

### De verantwoordelijkheid in de tweede of derde lijn

Wanneer de arts in het fertiliteitscentrum vermoedt dat er wellicht sprake is van een groot risico op ernstige schade voor het toekomstig kind, is multidisciplinair beraad op zijn plaats. In dit beraad wordt ook - met toestemming van de patiënt - informatie aangevraagd bij de huisarts en evt. anderen. Indien de patiënt hiervoor geen toestemming geeft, kan in het beraad worden besloten een negatief advies te geven. Er ontbreken immers immers mogelijk belangrijke gegevens voor de risico-inschatting. De arts informeert de patiënt hier tijdig en zorgvuldig over (cf. ESHRE Task Force on Ethics and Law 2007, 2586).

Verder is iedereen in het team van zorgverleners verantwoordelijk voor het aangeven van eventuele twijfels. Ook deze twijfels kunnen via de arts aanleiding zijn voor een multidisciplinair beraad. Bijzondere aandacht moet hierbij uitgaan naar de medische en sociale anamnese die bij alle personen met een kinderwens wordt afgenomen. Het doel van de anamnese is om het medische nut van de eventuele behandeling in te schatten en de relevante risicofactoren van het kind in kaart te brengen (van Dijk, en Laven 2009).

Hoewel iedereen binnen het team verantwoordelijkheid heeft binnen het multidisciplinair beraad, blijft de arts verantwoordelijk voor het uiteindelijk genomen besluit. Deze verantwoordelijkheid sluit de medische, morele en juridische aspecten van de situatie in. Het beraad draagt in die zin bij aan de verbetering van het tot stand komen van het besluit. Het vervangt niet de eindverantwoordelijkheid van de arts.

## Het multidisciplinaire beraad

Overall waar vruchtbaarheidsbehandelingen worden aangeboden moet multidisciplinair beraad mogelijk zijn. In ieder geval dient ieder ivf centrum zelf over een multidisciplinaire beraadsgroep te beschikken. De centra hebben daarbij ook een regionale verantwoordelijkheid en moeten dus twijfels van derden (bijvoorbeeld van transportklinieken) kunnen bespreken. Instellingen anders dan de ivf-centra die eveneens vruchtbaarheidsbehandelingen aanbieden, of die personen met een kinderwens doorverwijzen naar ivf-centra, moeten afspraken maken met ivf-centra om gebruik te kunnen maken van het multidisciplinair beraad. Het primaire doel van het multidisciplinair beraad is de adequate professionele en morele onderbouwing van het oordeel van de arts in geval van twijfel. Het secundaire doel van het multidisciplinaire beraad is de verbetering van de zorgvuldigheid en kwaliteit van de besluitvorming zelf. Zowel de concrete uitvoering van het beraad, als ook de nadere omstandigheden waarin het besluit wordt genomen zullen per centrum verschillen.

Het multidisciplinair beraad wordt gehouden met de hulpverleners die direct zijn betrokken bij de zorg van de patiënt(en) in kwestie, bijvoorbeeld de arts, een verpleegkundige, een psycholoog en een sociaal-maatschappelijk werker. Daarnaast kunnen ook hulpverleners en anderen bij het beraad worden betrokken die niet zelf zorg verlenen aan de patiënt(en). Voorbeelden hiervan zijn: andere artsen of verpleegkundigen, een seksuoloog, een uroloog, een jurist, en een ethicus. Aanbevolen wordt om het beraad te laten leiden door een persoon die vertrouwd is met onderhavige problematiek. De nadere invulling van het beraad hangt af van lokale omstandigheden, en wordt daarom overgelaten aan de centra en afdelingen die het beraad uitvoeren.

Voor het bespreken van een patiënt in het multidisciplinair beraad wordt om toestemming gevraagd aan de patiënt. Patiënten worden van te voren op de hoogte gebracht van het voornemen om beraad te voeren. Achteraf worden zij geïnformeerd over het beraad, de genomen beslissing en over de overwegingen die hiertoe hebben geleid. Hierbij is duidelijk dat de eindverantwoordelijkheid voor het uiteindelijk genomen besluit bij de arts ligt. Er wordt een schriftelijke samenvatting gemaakt van de uitkomst van het beraad alsmede van de meest belangrijke redenen die tot deze uitkomst hebben geleid. Deze samenvatting is tevens onderdeel van het patiëntendossier. Indien de patiënt geen toestemming verleent om de hulpvraag in het multidisciplinaire beraad te bespreken, kan de arts besluiten om de behandeling niet te verrichten. De ivf-centra ontwikkelen een protocol over de implementatie en uitvoering van het multidisciplinair beraad in eigen huis.

## Communicatie met het paar met kinderwens

Wanneer een verzoek wordt besproken in het multidisciplinair beraad, zijn de betreffende patiënten van te voren door de behandelend arts op de hoogte gebracht. Tijdens dit beraad wordt een besluit genomen, dan wel een advies geformuleerd. Het is aan de arts om dit besluit aan de patiënt(en) over te brengen. De wijze waarop de uitkomst van het beraad wordt meegedeeld in geval van morele contra-indicaties zal invloed hebben op de manier waarop het paar hiermee kan omgaan. Verder is dit bepalend voor de kwaliteit van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt.

## Referenties

- Aalbers-van Leeuwen, M., L. van Hees, and J. Hermanns. 2002. Risico- en protectieve factoren in moderne gezinnen: reden tot optimisme of reden tot pessimisme? *Pedagogiek* 1: 41-54.
- Arnow, B.A., Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. 2004. *J Clin Psychiatry* 65 Suppl 12: 10-5.
- Attekum, O. e.a. 2007. *Handleiding slecht nieuwsgesprek*, IKMN. Brief d.d. 28 juni 2000 aan de voorzitter van de commissie gelijke behandeling, kenmerk CSZ/ZT/2076894 (niet dossierstuk 1999-2000, vws 00001078 TK)
- ten Brink, L. and J. Veerman, 1998. Risicofactoren en protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. Bosch, J. et al. Eds. *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie* Bohn Stafleu Van Loghum: Houten/Zaventem. p. 13-46.
- Bolt L.L.E., M.A.J.M. Buijsen, en J.A.M. Hunfeld. 2004. Morele contra-indicaties voor ouderschap? "Een psychologisch, ethisch en juridisch onderzoek naar de selectie van hulpvragers voor een ivf-behandeling. Budel: Uitgeverij Damon.
- Buijsen, M., "Alleenstaande vrouwen en het recht op hulp bij voortplanting" uit: den Hartogh, G. en Beaufort, I. de, "een hoge prijs voor een kind", 2006, Koninklijke van Gorcum b.v.
- Commissie gelijke behandeling: oordeel 2000-4.
- Commissie Herziening Planningsbesluit. 1997. Het Planningsbesluit IVF.. Rijswijk: Gezondheidsraad, Publicatienummer 1997/03, 107-14.
- Cuijpers, P., Y. Langendoen, and R.V. Bijl. 1999. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors. *Addiction* 94(10): p. 1489-98.
- van Dijk, G., en J. Laven. 2009. "De willekeur voorbij", Medisch Contact 19 februari, 64, nr. 8.
- ESHRE Task Force on Ethics and Law 13. 2007. The welfare of the child in medically assisted reproduction. *Human Reproduction* 22(10): 2585-8.
- Eijkholt, M. 2007. Het recht op procreatie: voldragen of in status nascendi?" *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 31(1): 2-9.
- Engberts, D.P., en L.E. Kalkman-Bogerd. 2009. KNMG-richtlijn "Gezondheidsrecht". Tweede druk, Bohn Stafleu Van Loghum.
- The Ethics Committee of the American Reproductive Society. 2009a. Child rearing ability and the provision of fertility services. *Fertility and Sterility* 92: 864-7.
- The Ethics Committee of the American Reproductive Society. 2009b. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons. *Fertility and Sterility* 92: 1333-5.
- Gerrits, G.J.E. 2008. *Clinical Encounters. Dynamics of patient-centered practices in a Dutch fertility clinic*. Universiteit van Amsterdam.
- Gezondheidsraad. 2007. *Preconceptiezorg: voor een goed begin*, Paragraaf 7.2 juridische aspecten, Den Haag, Centrum voor ethiek en gezondheid, publicatienummer 2007/19.
- Golombok, S., and S. Badger. 2010. Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Human Reproduction* 25(1): 150-7.
- KNMG. 1989. Standpunt "Verantwoordelijkheid arts bij kunstmatige voortplanting", versie 3.0, laatstelijk gewijzigd in 1989. *Medisch Contact* 44: 1711-4.
- KNMG. 2006. Standpunt "Ouderschap van mensen met een verstandelijke handicap".
- Koot, H. 1993. *Problem behavior in Dutch preschoolers*. Rotterdam.
- Leenen, H.J.J., J.K.M. Gevers, M.C.I.H. Biesart. 2002. *Handboek gezondheidsrecht, deel 2: Gezondheidszorg en recht*, Vierde druk. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Leenen, H.J.J., J.K.M. Gevers en J. Legemaate. 2007. *Handboek gezondheidsrecht - deel 1 Rechten van mensen in de gezondheidszorg*. Vijfde druk. Bohn Stafleu Van Loghum.
- NVAVG 2005. *NVAVG-standaard "Omgaan met vragen omtrent kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap"*.
- Out, J.J. 2004. *Het slecht nieuwsgesprek*. Erasmus Medisch centrum Rotterdam.
- Schmitz, M. 2000. *Het slecht nieuws gesprek, huisartsenopleiding*, VUmc.
- Steinhausen, H.C., B. Blattmann, and F. Pfund. 2007. Developmental outcome in children with intrauterine exposure to substances. *Eur Addict Res*, 13(2): 94-100.
- Slob, C., e.a. 2001. *De grens van de kinderwens. Weigeren of behandelen: de grenzen van de arts*. Debat cyclus, Rotterdam.
- Veerman T., en A. Hendriks. 1996. Recht op toegang tot ivf. *Nemesis* nr. 5
- Uitspraak EHRM 4 december 2007 (Dickson vs Verenigd Koninkrijk) met noot van A. Hendriks en M den Houdijker
- de Vries, J., et al. 2005. *Samenspel van factoren: inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam.

- Weitoff, G.R., et al. 2003. Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*. 361(9354): p. 289-95.

Dit modelprotocol is in 2009 ontwikkeld onder de verantwoordelijkheid van de NVOG met financiële ondersteuning van het Ministerie van VWS. De commissie die dit modelprotocol heeft opgesteld bestaat uit de volgende personen:

- Dhr. prof. dr. Jan Kremer, hoogleraar voortplantingsgeneeskunde, UMC St Radboud - voorzitter
- Dhr. dr. Norbert Steinkamp, medisch ethicus, UMC St Radboud - secretaris
- Mevr. dr. Ingrid Denkers, arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)
- Dhr. dr. Wybo Dondorp, medisch ethicus, MUMC Maastricht
- Dhr. prof. dr. Bart Fauser, hoogleraar voortplantingsgeneeskunde, UMC Utrecht
- Dhr. prof. dr. Frans Helmerhorst, hoogleraar klinische epidemiologie fertiliteit, LUMC Leiden
- Mevr. dr. Cora de Klerk, klinisch psycholoog, Erasmus MC Rotterdam
- Dhr. prof. dr. Eric Meuleman, hoogleraar urologie, VUMC Amsterdam
- Dhr. prof. dr. Jan Passchier, hoogleraar klinische psychologie, VUMC Amsterdam
- Mevr. José van der Schoor, patiëntenvereniging FREYA
- Mevr. Metty Spelt, MANP, verpleegkundige, divisie Vrouw & Baby UMC Utrecht
- Mw. drs. Carolien Tiemessen, fertiliteitsarts, Ziekenhuis Rijnstate Arnhem
- Dhr. dr. Hans Westphal, hoofd fertiliteitslaboratorium, UMC St Radboud
- Dhr. dr. Tjerk Wiersma, huisarts en filosoof, Nederlandse Huisartsen Genootschap
- Mevr. mr. Karen de Wolf, jurist, UMC St Radboud

De gedachtewisseling binnen de commissie is in belangrijke mate gebaseerd op notities van de leden - ten behoeve van de discussie tijdens vergaderingen - over de diverse aspecten van onderhavige problematiek. De notities zijn geschreven vanuit de respectievelijke deskundigheid van de leden. Daarnaast heeft de commissie kennis genomen van binnen- en buitenlandse vakliteratuur over mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen. Ook heeft commissie een externe deskundige geraadpleegd. Met mevrouw dr. G.J.E. Gerrits, medisch socioloog en antropoloog, is van gedachte gewisseld over de evaluatie van multidisciplinaire ethische casusbesprekingen binnen de ivf kliniek aan het Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen (Gerrits 2008)



## Colofon

© 2010 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

*Een modelprotocol beschrijft een klinische procedure en vormt een verlengstuk van wetgeving of documenten opgesteld door de NVOG. Incidentele omstandigheden kunnen het onmogelijk maken om aan alle aspecten van een protocol te voldoen. Afwijkingen dienen in een verslag te worden verantwoord.*

*Dit modelprotocol is onder eindverantwoordelijkheid van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, vastgesteld in de 603e ledenvergadering d.d. 4 juni 2010 te Utrecht en is samengesteld door en met financiële ondersteuning van het Ministerie van VWS. (zie referenties) De geldigheid van dit protocol eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening.*

*Dagtekening juni 2010.*

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

<http://www.nvog.nl/>

## **Disclaimer**

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: [info@nvog.nl](mailto:info@nvog.nl)).

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Kopie Staatssecretaris

Ontworpen door  
Ger Olthof/Liisa Kok

T 7190/5078

Datum  
9 juli 2009

Kenmerk  
GMT\MVG-2943185

Bijlagen  
3

Afschrift aan  
Archief

**nota**  
(ter beslissing)

IVF/lesbische stellen

Paraaf directeur GMT

Paraaf SG

Paraaf directeur PG

Uw kenmerk

Onderwerp

c:\documents and  
settings\valkm\local  
settings\temporary internet  
files\olk344\2943185 lk 10  
aug.doc

## 1 Aanleiding voor deze nota

In een recent oordeel van de Commissie Gelijke Behandeling (CGB) heeft de CGB geoordeeld dat er lesbische stellen gediscrimineerd worden bij In-vitrofertilisatie (IVF-) behandelingen.

Naar aanleiding hiervan:

- zijn er Kamervragen (Sap en Heemelaar, beiden GroenLinks) aan de Minister van OCW en u gesteld met onder meer het verzoek de Wet veiligheid en kwaliteit (WVKL) aan te passen (opdat ook donorzaad onder de uitzondering valt);
- heeft de CGB u om een reactie gevraagd op de ratio van een uitzondering in de WVKL, in casu ten aanzien van gebruik van sperma van de eigen partner bij vruchtbaarheidsprocedures (bijlage 1);
- heeft ook het COC om aanpassing van de WVKL verzocht (bijlage 2).

## 2 Samenvatting

In de verschillende antwoordbrieven geven de minister van OCW en u aan dat er geen sprake is van een uit de WVKL voortvloeiende discriminatie zoals die in het kader van de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB) 'bewezen' is. Een aanpassing van de WVKL zoals verzocht is naar uw mening in wezen niet aanvaardbaar, waar die aanpassing het bevorderen van onveilig handelen tot gevolg zou hebben.

Wel zijn er in de uitvoering van de WVKL problemen, die voortkomen uit de onjuiste of onnodig beperkende interpretatie van de WVKL door betrokken instellingen en beroepsgroepen. U kondigt aan deze over de uitleg van de WVKL te zullen informeren.



### 3 Beslispunten en advies

Ik verzoek u bij akkoord de bijgevoegde beantwoording van de Kamervragen en de brieven aan CGB en COC af te doen.

Kenmerk  
GMT\MVG-2943185

### 4 Toelichting

#### Algemeen

In het oordeel van de CGB wordt de zaak behandeld van twee getrouwde vrouwen (verzoeksters), die na een aantal mislukte pogingen tot zelfinseminatie een vruchtbaarheidstraject zijn gestart in een ziekenhuis. Toen ook op die wijze geen zwangerschap tot stand kwam, zijn zij doorverwezen naar een ziekenhuis (verweerster) waar een In-vitrofertilisatie (IVF-)behandeling zou kunnen worden uitgevoerd. Verweerster heeft vervolgens aangegeven dat, omdat zij geen behandelingen met gedoneerd zaad uitvoert omdat zij geen spermabank meer beheert, de vrouwen niet voor zo'n IVF-behandeling in aanmerking kwamen.

In het oordeel wordt vervolgens melding gemaakt van een heterostel dat mogelijk wél door verweerster met donorsperma zou zijn behandeld. De Algemene wet gelijke behandeling bepaalt dat in dergelijke gevallen verweerster de bewijslast draagt. In verband met het ten aanzien van het heterostel van toepassing zijnde beroepsgeheim heeft verweerster deze aanname niet kunnen weerleggen. De CGB heeft geoordeeld dat het (proces)risico bij verweerster ligt en geeft aan dat de conclusie dat het vermoeden van onderscheid niet gemotiveerd is weerlegd, aldus leidt tot het oordeel dat onderscheid is gemaakt.

#### Relevante VWS-regelgeving

- De Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (Wvkl) stelt eisen aan (handelingen met) lichaamsmateriaal van donor tot patiënt;
- Onderdeel hiervan is de verplichting lichaamsmateriaal na de verkrijging daarvan aan te bieden aan een orgaanbank; Dit dient twee doelen:
  - Commerciële belangen worden uitgesloten (orgaanbank mag geen winst uitkeren);
  - Orgaanbanken moeten zich ervan vergewissen dat de juiste donortests zijn uitgevoerd om te controleren of het materiaal veilig is (zoals niet besmet zijn met hiv, hepatitis et cetera).
- Een in dit verband relevante uitzondering op deze verplichting betreft de geslachtscellen voor partnerdonatie, omdat dan het extra risico van besmetting van overdraagbare ziektes via de medische behandeling met de geslachtscellen gering wordt geacht.

#### Overwegingen ten aanzien van de casus

- In de behandelde casus betrof het een ziekenhuis dat een lesbisch stel niet in aanmerking liet komen voor een IVF-behandeling omdat dat ziekenhuis geen spermabank heeft en meent dus geen IVF-behandeling uit te kunnen voeren met gedoneerd sperma.
- De CGB heeft geoordeeld dat het ziekenhuis indirect onderscheid maakt omdat in het bijzonder lesbische stellen door dit beleid worden getroffen omdat deze altijd afhankelijk zijn van donorzaad. Wel is dit volgens de



CGB objectief gerechtvaardigd omdat het begrip partnerdonatie geen ruimere interpretatie toelaat en het ziekenhuis zich dus aan de wet houdt;

- Omdat de betreffende vrouw reeds via zelfinseminatie en intra uterine inseminatie (IUI) met zaad van een derde risico's op besmetting heeft gelopen, snapt de CGB de ratio van de wetgever niet, hetgeen zij u nu voorlegt;
- Nieuwe feiten maakten dat uiteindelijk toch geoordeeld is dat het ziekenhuis 'schuldig' is bevonden. Op internetfora was inmiddels gesteld dat een heterostel wél met donorsperma was behandeld in dat ziekenhuis. Het ziekenhuis kon vervolgens het gestelde vanwege het medisch beroepsgeheim niet ontcrachten. De AWGB legt de bewijslast (altijd) bij degene naar die verdacht wordt van het ongelijke behandelen. Omdat het ziekenhuis de verdenking vanwege het beroepsgeheim niet heeft kunnen weerleggen, volgt uit de systematiek van de AWGB dat het ziekenhuis zich schuldig heeft gemaakt aan ongeoorloofd onderscheid.
- De Kamervragen en de brief van het COC sluiten eigenlijk aan bij de eerdere vraag van de CGB naar de ratio van de wetgever en men vraagt daarin ook expliciet om tot aanpassing van de bestaande regelgeving over te gaan, nu men uit bovenstaande concludeert dat voor lesbische stellen ten onrechte andere regels gelden dan voor heterostellen.

Kenmerk  
GMT\MVG-2943185

#### Reactie

In uw antwoord geeft u aan om een tweetal redenen de regelgeving niet aan te willen passen:

- De ratio van de WVKL is om een patiënt een zo veilig mogelijk lichaamsmateriaal (i.c. sperma) toe te dienen.
- Op de ingevolge de WVKL verplichte donortests is een aantal uitzonderingen, waaronder die van 'partnerdonatie' van sperma. Bij een vruchtbaarheidsbehandeling van een heterostel met het sperma van de mannelijke partner, is het risico van het gebruik van zulk sperma namelijk niet groter dan dat is verbonden aan intiem seksueel verkeer van het stel dat gericht is op het tot stand brengen van een zwangerschap. Daarom is in dit geval het risico als verwaarloosbaar/niet relevant beoordeeld. Bij gebruik van sperma van een derde ligt dat anders, daarom moeten in zo'n geval de veiligheidstesten wel zijn uitgevoerd. Uiteraard bestaat in beide gevallen nog de kans dat er in de uitvoering van de vruchtbaarheidsbehandeling nog iets misgaat, maar daarop heeft de WVKL geen betrekking.
- Aan bovenstaande doet niet af dat een vrouw thuis reeds een paar pogingen tot zelfinseminatie kan hebben gedaan. Hiermee heeft de vrouw zich al aan een zeker risico blootgesteld. Dit wil echter niet zeggen dat u kunt toelaten dat artsen, door hun medisch handelen, de vrouw een risico op besmetting met een overdraagbare aandoening laten lopen.
- U geeft aan ook het beroepsgeheim te moeten eerbiedigen, maar ook dat uit alle reguliere inspecties nooit is gebleken dat het ziekenhuis de geldende regelgeving op dit punt overtreedt.

#### Verbeterpunten ten aanzien van de uitvoering van de WVKL

- De aanname van het betreffende ziekenhuis en de CGB dat, omdat het ziekenhuis geen spermabank heeft, het 'dus' geen IVF-behandeling met donorsperma uit kan voeren is onjuist. Zo kan er bijvoorbeeld een overeenkomst gesloten worden met een spermabank, zodat het



ziekenhuis wel degelijk vruchtbaarheidsbehandelingen kan uitvoeren met sperma van een derde dat aan eisen van de WVKL voldoet. In uw antwoord geeft u aan de beroepsgroep hier middels een schrijven op te zullen attenderen;

- Een ander ziekenhuis, waar het stel al eerder zonder succes een vruchtbaarheidsbehandeling onderging (IUI met sperma van een derde dat niet onderworpen is geweest aan veiligheidsprocedures van de WVKL), heeft het stel ten onrechte naar het nu 'veroordeelde' ziekenhuis doorverwezen. U geeft in uw antwoord aan dit te betreuren, het stel had direct doorverwezen moeten worden naar een ziekenhuis dat wel kan beschikken over sperma dat aan de eisen van de WVKL voldoet. Echter de oorzaak van deze foute verwijzing zit hem erin dat het ziekenhuis dat het stel via IUI behandeld heeft, niet heeft beseft dat ook dát al ingevolge de WVKL niet gemogen had; er blijkt aldus in het veld sprake van een gebrek aan kennis over de (on)mogelijkheden van de WVKL. Nu het oordeel van de commissie en ook de Kamervragen dit niet als probleem hebben herkend, is in de antwoordbrieven nu de lijn gekozen dit niet eigener beweging als zodanig te benoemen in uw antwoorden. Dit zou de kwestie onnodig compliceren. U volstaat daarom met de aankondiging om in een later nog aan de beroepsgroep te zenden brief het gehele wettelijk kader uit te leggen en te wijzen op de mogelijkheden die dit kader via bovengenoemde overeenkomsten biedt voor het kunnen gebruik van donorsperma dat aan de eisen van de wet voldoet.

Kenmerk  
GMT/MVG-2943185

#### **Financiële en personele gevolgen en juridische haalbaarheid**

N.v.t.

#### **Interne afstemming**

Heeft plaatsgehad met PG, S (dossierhouder homo-emancipatie), CZ en WJZ.

#### **Nationaal en/of internationaal politiek en maatschappelijk draagvlak voor het voorstel**

Ambtelijk OCW (verantwoordelijk ministerie voor homo-emancipatie) is akkoord met de voorgestelde beantwoording van de Kamervragen

#### **Communicatie naar de betrokken doelgroepen**

Te zijner tijd door middel van brieven naar betrokken instellingen en beroepsgroepen.



**Consequenties voor de administratieve lasten**

Kenmerk  
GMTMVG-2943185

N.v.t.

De Minister van Volksgezondheid  
26  
8  
dr. P.H.A.M. Huijs  
[Redacted]



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Commissie Gelijke Behandeling  
t.a.v. mr. M. Graven, secretaris  
Postbus 16001  
3500 DA UTRECHT

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

Inlichtingen bij

mln@minvws.nl  
T 070

Datum 08 SEP 2009  
Betreft Reactie op oordeel 2009-31

Ons kenmerk  
GMT/MVG-2943228

Bijlagen

Uw brief  
CGB 2008-0276 MGr

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

Geachte mevrouw Graven,

Uw brief d.d. 13 mei, kenmerk CGB 2009-0276 MGr, heb ik in goede orde ontvangen. In deze brief vraagt u namens de Commissie Gelijke Behandeling (CGB) aandacht voor oordeel nummer 2009-31 van de commissie.

Hieronder zal ik allereerst ingaan op de aanleiding van het oordeel, vervolgens op de ratio van de relevante regelgeving, daarna op de uitvoering die verweerster aan deze regelgeving geeft en ten slotte concluderend afsluiten.

#### **Aanleiding**

In het oordeel wordt de zaak behandeld van twee getrouwde vrouwen (verzoeksters), die na een aantal mislukte pogingen tot zelfinseminatie een vruchtbaarheidstraject zijn gestart in een ziekenhuis. Toen ook op die wijze geen zwangerschap tot stand kwam, zijn zij doorverwezen naar een ander ziekenhuis (verweerster, bedoeld in het oordeel van de CGB), waar een in-vitrofertilisatie (IVF-)behandeling zou kunnen worden uitgevoerd. Verweerster heeft vervolgens aangegeven dat daar zij geen behandelingen met gedoneerd zaad uitvoert omdat zij geen spermabank meer beheert, de vrouwen niet voor zo'n IVF-behandeling in aanmerking kwamen.

In het oordeel stelt u dat er sprake is van indirect onderscheid op grond van seksuele geaardheid, omdat in het bijzonder lesbische stellen door dit beleid worden getroffen omdat deze altijd afhankelijk zijn van donorzaad (zie paragraaf 3.6), maar concludeert u voorts dat dit indirecte onderscheid objectief gerechtvaardigd is (paragraaf 3.10). U oordeelt dat aangezien er geen ruimere interpretatie mogelijk is van het begrip 'partnerdonatie', verweerster niet kan worden verweten dat zij de wettelijke voorschriften omtrent het handelen met lichaamsmateriaal naleeft.

In paragraaf 3.11 merkt u vervolgens op dat voor u niet duidelijk is geworden wat de ratio is geweest van het onderscheid tussen sperma afkomstig van de partner en sperma afkomstig van een bekende donor, en dat u dit ter kennis van mij zal brengen.

#### **Regelgeving**

De Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (WVKL) beoogt in de hele keten van donor tot ontvanger een veilig gebruik van lichaamsmateriaal dat bestemd is





voor toepassing op de mens te waarborgen. Met het oog daarop dient lichaamsmateriaal na de verkrijging te worden aangeboden aan een orgaanbank en dienen alle handelingen/bewerkingen tot de levering aan de eindgebruiker door een weefselinstelling uitgevoerd te worden. Zo'n weefselinstelling kan ook een orgaanbank zijn. Door de verplichting lichaamsmateriaal na verkrijging aan te bieden aan een orgaanbank worden commerciële belangen uitgesloten, omdat ingevolge de wet een erkenning aan een orgaanbank alleen kan worden verleend indien het doel van die orgaanbank blijktens haar statuten niet het doen van uitkeringen aan oprichters of aan hen die deel uitmaken van haar organen noch aan anderen is. Ten aanzien van al het lichaamsmateriaal moet een orgaanbank zich ervan vergewissen dat de vereiste donortests (correct) zijn uitgevoerd. Op deze wijze wordt de veiligheid vanaf het startpunt gewaarborgd.

Ons kenmerk  
GMT/MVG-2943228

De wet kent enkele uitzonderingen op de aanblijdingsplicht. Zo zondert artikel 4, tweede lid, onder d, daarvan uit 'geslachtscellen ten behoeve van in-vitrofertilisatie of inseminatie, behoudens in geval van kunstmatige donorbevruchting als bedoeld in artikel 1, onder c, van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting'. Destijds (bij de totstandkoming van de wet) is als reden hiervan onder meer aangevoerd dat het risico van kruisbesmetting voor de ontvanger in geval van 'partnerdonatie' kleiner zal zijn (dat wil zeggen kleiner dan wanneer er sprake is van donatie door een derde).

In het oordeel geeft u aan dat niet blijkt wat de ratio is geweest van het onderscheid tussen sperma afkomstig van de partner en sperma afkomstig van een bekende donor. Hieronder zal ik ingaan op de ratio van de wetgeving.

Zoals hierboven reeds geschetst, is het doel van de WVKL de patiënt een zo veilig mogelijk product aan te bieden. Hiertoe dienen er o.a. donortests uitgevoerd te worden om bijvoorbeeld op ziektes als hiv en hepatitis te testen. Een uitzondering op het uitvoeren van deze verplichte donortests is 'partnerdonatie'. De definitie hiervan luidt 'donatie van geslachtscellen tussen een man en een vrouw die verklaren een intieme lichamelijke relatie te hebben'. De uitzondering vindt zijn grond in Richtlijn 2004/23EG, die Nederland heeft geïmplementeerd in de WVKL en het Eisenbesluit lichaamsmateriaal 2006. De ratio van de (Europese) wetgever hierachter is dat zulke partners door het hebben van een dergelijke relatie reeds eerder het risico op besmetting door de andere partner hebben gelopen, zou die besmet zijn (geweest). In het geval van een donor, al dan niet een bekende van het stel, geldt die ratio niet.

Dat in de betreffende casus door de zelfinseminatie reeds sprake is geweest van het lopen van een risico op besmetting, doet niets af aan mijn verantwoordelijkheid om een patiënt bij een medische behandeling te beschermen tegen mogelijke risico's. Evenmin wil ik toelaten dat artsen door hun medisch handelen de vrouw een risico op besmetting met een overdraagbare aandoening laten lopen.

Naast medische risico's zijn er ook aandachtspunten op ethisch vlak. In dit verband noem ik de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting. Deze wet vereist dat in geval van zwangerschap en geboorte die tot stand komt mede dankzij gebruik van gedoneerde geslachtscellen of embryo's, een aantal gegevens omtrent de donoren (zoals persoonsidentificerende gegevens, bepaalde medische gegevens en uiterlijke kenmerken) worden geregistreerd in een landelijk register.



welke gegevens later kunnen worden opgevraagd door degene die door en ten gevolge van kunstmatige donorbevruchting is verwekt.

Derhalve ben ik van mening dat bovengenoemde regelgeving terecht geen onderscheid maakt tussen een spermadonor die een bekende of een verwant is en de onbekende donor, die - zo merk ik wellicht ten overvloede op - voor de instelling die met succes van het sperma gebruik maakt niet anoniem kan zijn.

Ons kenmerk  
GMT/MVG-2943228

Wellicht ten overvloede merk ik op dat deze wettelijke eisen ook voor heterostellen gelden die een voor hen bekende donor niet zijnde de partner meebrengen.

#### **Uitvoering in de praktijk**

Dat stellen die afhankelijk zijn van donorsperma, dat wil zeggen ander sperma dan dat van een van de twee betrokken partners, bij minder ziekenhuizen terecht kunnen dan andere stellen, vind ik als zodanig niet bezwaarlijk. Dergelijke zorg kan beter op een hoog kwaliteitsniveau in een beperkt aantal instellingen worden aangeboden, dan op een lager niveau in meer instellingen. Op deze wijze worden besmettingsrisico's beter beperkt. Wel is het dan natuurlijk wenselijk dat personen die voor het tot stand brengen van een zwangerschap gebruik willen maken van donorsperma direct naar het juiste ziekenhuis worden doorgestuurd. Dat dit in het geval waarover de CGB heeft geoordeeld bij verzoeksters niet is gebeurd, vind ik betreurenswaardig.

Voorts ben ik het niet eens met de aanname van het betrokken ziekenhuis, die door de CGB kennelijk niet in twijfel is getrokken, dat indien een instelling geen spermabank heeft deze **dit** geen IVF-behandeling met donorzaad uit kan voeren. Een instelling die IVF-behandelingen mag uitvoeren kan mijns inziens wel handelingen met donorsperma uitvoeren ook al heeft zij geen spermabank in beheer. Hiertoe kan zij namelijk een (derden)contract afsluiten met een spermabank.

Vervolgens maakt u in uw oordeel melding van een heterostel dat mogelijk wél door verweerster met donorsperma zou zijn behandeld. De Algemene wet gelijke behandeling bepaalt dat in dergelijke gevallen verweerster de bewijslast draagt. In verband met het ten aanzien van het heterostel van toepassing zijnde beroepsgeheim heeft verweerster deze aanname niet kunnen weerleggen. U heeft geoordeeld dat het (proces)risico bij verweerster ligt en geeft aan dat de conclusie dat het vermoeden van onderscheid niet gemotiveerd is weerlegd, aldus leidt tot het oordeel dat onderscheid is gemaakt.

Het medisch beroepsgeheim moet ook door mij worden geëerbiedigd. Omdat bijgevolg ook ik geen inzicht heb in de concrete casus, kan ik op de details niet ingaan. Wel kan ik hier melden dat in alle reguliere inspecties nooit is gebleken dat verweerster de wettelijke eisen zoals die zijn gesteld in toepasselijke regelgeving waaronder de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal en de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting overtreedt.

#### **Conclusie**

Gelet op bovenstaande ben ik van mening dat de wetgeving inzake lichaamsmateriaal voor wat betreft de uitzonderingsbepaling in artikel 4, tweede lid, onder d, in stand kan en moet blijven. De concrete casus geeft wel aan dat instellingen niet de mogelijkheden benutten die de WVKL bij IVF-procedures biedt. De



regelgeving maakt het wel degelijk mogelijk dat indien een Instelling bevoegd is om IVF-behandelingen uit te voeren, deze zo'n behandeling in principe ook met gedoneerd zaad (dus afkomstig van een ander dan van de levenspartner) uit kan voeren, ook als de Instelling zelf niet over een erkende spermabank beschikt. Hiertoe dient de instelling afspraken te maken met een spermabank. Ik zal in ieder geval een brief sturen naar de betrokken Instellingen en beroepsgroep(en) om deze te attenderen op de mogelijkheden van de bestaande regelgeving in dezen.

Ons kenmerk  
GMT/MVG-2943228

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport



dt. A. Klink /



Kluis  
Embassy



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

COC Nederland  
t.a.v. V. Bergkamp, vice-voorzitter  
Postbus 3836  
1001 AP AMSTERDAM

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

Inlichtingen bij

@minvws.nl  
T 070

Ons kenmerk  
GMT/MVG-2943241

Bijlagen

Uw brief  
V09.050/6.30.1-LWP-PhT-VB-  
RvS

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

Datum 08 SEP 2009

Betreft Verzoek tot aanpassing Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal

Geachte mevrouw Bergkamp,

Uw brief, d.d. 25 mei 2009, kenmerk V09.050/6.30.1-LWP-PhT-VB-RvS, heb ik in goede orde ontvangen. In deze brief verzoekt u de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) tevens coördinerend bewindspersoon voor het homo-emancipatiebeleid en mij om de regelgeving zo aan te passen dat het voor lesbische paren ook mogelijk is om met een *bekende donor* gebruik te maken van in-vitrofertilisatie (IVF) zonder tussenkomst van een spermabank. U stelt vervolgens met deze oproep aan te sluiten bij oordeel 2009-31 van de Commissie Gelijke Behandeling (CGB). Mede namens de minister van OCW beantwoord ik in het onderstaande uw brief.

In het oordeel wordt de zaak behandeld van twee getrouwde vrouwen, die na een aantal mislukte pogingen tot zelfinseminatie een vruchtbaarheidstraject zijn gestart in een ziekenhuis. Toen ook op die wijze geen zwangerschap tot stand kwam, zijn zij doorverwezen naar een ziekenhuis waar een IVF-behandeling zou kunnen worden uitgevoerd. Het laatstbedoelde ziekenhuis heeft vervolgens aangegeven dat, omdat zij geen behandelingen met gedoneerd zaad uitvoert omdat zij geen spermabank meer beheert, de vrouwen niet voor zo'n IVF-behandeling in aanmerking kwamen.

Hieronder zal ik allereerst ingaan op ratio van de regelgeving, vervolgens op de uitvoering hiervan in de praktijk en de conclusies die ik hieraan verbind.

#### Regelgeving

De Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (WVKL) is erop gericht in de hele keten van donor tot ontvanger een veilig gebruik van lichaamsmateriaal dat bestemd is voor toepassing op de mens te waarborgen. Met het oog daarop dient lichaamsmateriaal na de verkrijging te worden aangeboden aan een orgaanbank en dienen alle handelingen/bewerkingen tot de levering aan de eindgebruiker door een weefselinstelling uitgevoerd te worden. Zo'n weefselinstelling kan ook een orgaanbank zijn. Door de verplichting lichaamsmateriaal na verkrijging aan te bieden aan een orgaanbank worden commerciële belangen uitgesloten, omdat ingevolge de wet een orgaanbank geen 'winst mag uitkeren'. Ten aanzien van al het lichaamsmateriaal moet een orgaanbank zich ervan vergewissen dat de veraste donortests (correct) zijn uitgevoerd. Op deze wijze wordt de veiligheid



vanaf het startpunt gewaarborgd zodat geen besmetting met hiv, hepatitis etc. kan plaatsvinden.

De wet kent enkele uitzonderingen op de aanbiedingsplicht. Zo zondert artikel 4, tweede lid, onder d, daarvan uit 'geslachtscellen ten behoeve van in-vitrofertilisatie of inseminatie, behoudens in geval van kunstmatige donorbevruchting als bedoeld in artikel 1, onder c, van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting'. Destijds (bij de totstandkoming van de wet) is als reden onder meer aangevoerd dat het risico van kruisbesmetting voor de ontvanger in geval van 'partnerdonatie' kleiner zal zijn (dat wil zeggen kleiner dan wanneer er sprake is van donatie door een derde).

Ons kenmerk  
GMT/MVG-2943241

In het oordeel van de CGB geeft de Commissie aan dat niet blijkt wat de ratio is geweest van het onderscheid tussen sperma afkomstig van de partner en sperma afkomstig van een bekende donor. U verzoekt vervolgens tot aanpassing van deze regelgeving. Hieronder zal ik ingaan op de ratio van deze regelgeving.

Zoals hierboven reeds geschetst, is het doel van de WVKL de patiënt een zo veilig mogelijk product aan te bieden. Hiertoe dienen er o.a. donortests uitgevoerd te worden om bijvoorbeeld op ziektes als hiv en hepatitis te testen. Een uitzondering op het uitvoeren van deze verplichte donortests is 'partnerdonatie'. De definitie hiervan luidt 'donatie van geslachtscellen tussen een man en een vrouw die verklaren een Intieme lichamelijke relatie te hebben'. De uitzondering vindt zijn grond in Richtlijn 2004/23EG, die Nederland heeft geïmplementeerd in de WVKL en het Eisenbesluit lichaamsmateriaal 2006. De ratio van de (Europese) wetgever hierachter is dat zulke partners door het hebben van een dergelijke relatie reeds eerder het risico op besmetting door de andere partner hebben gelopen, zou die besmet zijn (geweest). In het geval van een donor, al dan niet een bekende van het stel, geldt die ratio niet.

Dat in de betreffende casus door de zelfinseminatie reeds sprake is geweest van het lopen van een risico op besmetting, doet niets af aan mijn verantwoordelijkheid om een patiënt bij een medische behandeling te beschermen tegen mogelijke risico's. Evenmin wil ik toelaten dat artsen door hun medisch handelen de vrouw een risico op besmetting met een overdraagbare aandoening laten lopen.

Naast medische risico's zijn er ook aandachtspunten op ethisch vlak. In dit verband noem ik de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting. Deze wet vereist dat in geval van zwangerschap en geboorte die tot stand komt mede dankzij gebruik van gedoneerde geslachtscellen of embryo's, een aantal gegevens omtrent de donoren (zoals persoonsidentificerende gegevens, bepaalde medische gegevens en uiterlijke kenmerken) worden geregistreerd in een landelijk register, welke gegevens later kunnen worden opgevraagd door degene die door en ten gevolge van kunstmatige donorbevruchting is verwekt.

Derhalve ben ik van mening dat bovengenoemde regelgeving terecht geen onderscheid maakt tussen een spermadonor die een bekende of een verwant is en de onbekende donor, die - zo merk ik wellicht ten overvloede op - voor de instelling die met succes van het sperma gebruik maakt niet anoniem kan zijn.

Van de Groot as  
wellicht ook anders  
ook opmerken



Wellicht ten overvloede merk ik op dat deze wettelijke eisen ook voor heterostellen gelden die een voor hen bekende donor niet zijnde de partner meebrengen.

Ons kenmerk  
GMT/MVG-2943241

#### **Uitvoering in de praktijk**

Dat stellen die afhankelijk zijn van donorsperma, dat wil zeggen ander sperma dan dat van een van de twee betrokken partners, bij minder ziekenhuizen terecht kunnen dan andere stellen, vind ik als zodanig niet bezwaarlijk. Dergelijke zorg kan beter op een hoog kwaliteitsniveau in een beperkt aantal instellingen worden aangeboden, dan op een lager niveau in meer instellingen. Op deze wijze worden besmettingsrisico's beter beperkt. Wel is het dan natuurlijk wenselijk dat personen die voor het tot stand brengen van een zwangerschap gebruik willen maken van donorsperma direct naar het juiste ziekenhuis worden doorgestuurd. Dat dit in het geval waarover de CGB heeft geoordeeld bij verzoeksters niet is gebeurd, vind ik betreurenswaardig.

Voorts ben ik het niet eens met de aanname van het betrokken ziekenhuis, die door de CGB kennelijk niet in twijfel is getrokken, dat indien een instelling geen spermabank heeft deze *dus* geen IVF-behandeling met donorzaad uit kan voeren. Een instelling die IVF-behandelingen mag uitvoeren kan mijns inziens wel handelingen met donorsperma uitvoeren ook al heeft zij geen spermabank in beheer. Hiertoe kan zij namelijk een (derden)contract afsluiten met een spermabank.

#### **Conclusie**

Bovenstaande leidt tot de conclusie dat ik van mening ben dat de wetgeving inzake lichaamsmateriaal wat betreft de uitzonderingsbepaling in artikel 4, tweede lid, onder d, in stand kan en moet blijven. De concrete casus geeft wel aan dat instellingen niet de mogelijkheden benutten die de WVKL bij IVF-procedures biedt. De regelgeving maakt het wel degelijk mogelijk dat indien een instelling bevoegd is om IVF-behandelingen uit te voeren, deze zo'n behandeling in principe ook met gedoneerd zaad (dus afkomstig van een ander dan van de levenspartner) uit kan voeren, ook als de instelling zelf niet over een erkende spermabank beschikt. Hiertoe dient de instelling dan afspraken te maken met een spermabank. Ik zal in ieder geval een brief sturen naar de betrokken instellingen en beroepsgroep(en) om deze te attenderen op de mogelijkheden van de bestaande regelgeving in dezen.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport



dr. A. Klink

Pg



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:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.mlnvws.nl

Ons kenmerk  
PG-K-U-2928873

Bijlagen  
1

Uw brief  
23 april 2009

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

Datum **- 2 SEP 2009**  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de Minister van Onderwijs, Cultuur en  
Wetenschappen, de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Sap en  
Heemelaar (beiden GroenLinks) over ivf-behandeling van lesbische stellen  
(2009Z07886).

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

dr. A. Klink /



Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Sap en Heemelaar over ivf-behandeling van lesbische stellen. (Ingezonden 23 april 2009) (2009Z07886)

1

Hebt u kennisgenomen van de uitspraak van de Commissie Gelijke Behandeling over wettelijke voorschriften die de ivf-behandeling van lesbische echtparen frustreren?

1.

Ja.

2

Deelt u de mening dat het ongewenst is dat lesbische stellen niet zelf een donor mogen meenemen voor een ivf-behandeling, terwijl heterostellen dat wel mogen? Zo nee, waarom niet?

2.

Deze vraag gaat uit van de juistheid van de aanname dat 'lesbische stellen niet zelf een donor zouden mogen meenemen'. Het staat in principe zowel heterostellen als lesbische stellen vrij zelf een zaaddonor mee te nemen bij een in-vitrofertilisatie (IVF-)procedure. Op het te gebruiken donorzaad is altijd de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (WVKL) van toepassing zoals deze luidt na de implementatie van de Europese Richtlijn 2004/23EG. De WVKL voorziet erin dat beoordeeld wordt of een (potentiële) donor voldoet aan de donorselectiecriteria en dat beoordeling plaatsvindt van de vereiste laboratoriumtests. In Nederland geschiedt dit onder verantwoordelijkheid van een orgaanbank, in casu een spermabank. De vereisten van de WVKL hebben als doel het beschermen van de gezondheid van de ontvang(st)er, bijvoorbeeld tegen besmetting met het hiv-virus. Daarbij is het zo dat WVKL verschillende gevolgen heeft voor de situatie waarbij een derde fungeert als spermadonor en de situatie waarbij in een vruchtbaarheidprocedure van een heterostel gebruik wordt gemaakt van het eigen sperma van de man. Alleen in die laatste situatie bestaat er géén verplichting tot het aanbieden van het sperma aan een orgaanbank, omdat er dan geen noodzaak is tot bescherming van de vrouw bij het inbrengen van zulk sperma of van een daarmee via een IVF-procedure tot stand gebracht embryo; er is immers geen sprake van een risico dat groter is dan dat verbonden aan intiem seksueel verkeer van het heterostel dat gericht is op het tot stand brengen van een zwangerschap.

3

Bent u bereid de wet voor het gebruik van donorzaad zodanig aan te passen dat lesbische stellen die een ivf-behandeling wensen niet langer worden benadeeld? Zo ja, wanneer kan de Kamer deze wetswijziging tegemoet zien? Zo nee, waarom niet?

3.

Zoals uit het antwoord op vraag 2 in feite ook volgt, is er naar onze mening in deze casus geen sprake van benadeling van lesbische stellen. De minister van VWS ziet dan ook geen aanleiding om vanwege deze casus de WVKL te wijzigen.

In het Oordeel 2009-31 van de Commissie Gelijke Behandeling (CGB) ging het om een zorginstelling die zelf geen erkende spermabank meer heeft, en er kennelijk





ook voor heeft gekozen om niet een samenwerkingsverband aan te gaan met een erkende spermabank. Dat de instelling bijgevolg geen IVF-procedure met donorzaad meer kan uitvoeren, is dan niet het gevolg van genoemde wet, maar van een beleidskeuze van de instelling zelf. De commissie oordeelde overigens dat de zorginstelling indirect onderscheid maakte op grond van seksuele gerichtheid, maar óók dat dit onderscheid objectief gerechtvaardigd was.

Vervolgens stelt de CGB dat de desbetreffende zorginstelling - waar deze een beroep doet op het medisch beroepsgeheim - niet met zekerheid heeft kunnen aantonen dat zij bij een heterostel dat gebruik maakte van donorsperma niet is afgeweken van het instellingsbeleid.

Het medisch beroepsgeheim moet ook door ons worden geëerbiedigd. Omdat bijgevolg ook wij geen inzicht hebben in de concrete casus, kunnen wij op de details niet ingaan. Wel kan hier worden gemeld dat in alle reguliere inspecties nooit is gebleken dat de betreffende zorginstelling de wettelijke eisen zoals die zijn gesteld in toepasselijke regelgeving waaronder de WVKL en de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting overtreedt. Wij kunnen dan ook niet anders dan uitgaan van de feiten zoals die bekend én aantoonbaar zijn en die zijn dat de zorginstelling in kwestie zich wel degelijk aan de wettelijke eisen houdt.

Ten overvloede zij nog opgemerkt dat zelfs indien de zorginstelling wel daarvan zou zijn afgeweken, dit naar onze mening evenmin het gevolg zou zijn van de bestaande regelgeving. Er zou in dat geval mogelijk 'slechts' sprake zijn van een inconsistentie in de uitvoering van het beleid van de zorginstelling. Die inconsistentie kan er vervolgens toe hebben geleid dat de zorginstelling zich niet aan de regels heeft gehouden zoals die ten aanzien van donorsperma op grond van de WVKL gelden.

Het voorgaande houdt in dat naar onze mening geen sprake is van een in de WVKL 'ingebakken' vorm van discriminatie van lesbische stellen die in verband met een IVF-procedure gebruik willen maken van zaad van een donor als bedoeld in de Embryowet respectievelijk de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting. Immers, de wet maakt wat betreft de vereisten bij donatie en gebruik van sperma geen onderscheid tussen enerzijds lesbische stellen en anderzijds heterostellen die - omdat het sperma van de man niet (meer) tot de gewenste zwangerschap kan leiden - gebruik moeten maken van donorsperma.

Deze casus geeft wel aan dat er door betrokken zorginstellingen een uitleg aan de WVKL wordt gegeven die onnodig beperkend is. De regelgeving maakt het wel degelijk mogelijk dat indien een instelling bevoegd is om IVF-behandelingen uit te voeren, deze zo'n behandeling in principe ook met gedoneerd zaad (dus afkomstig van een ander dan van de levenspartner) uit kan voeren ook als de instelling zelf niet over een erkende spermabank beschikt. Hiertoe dient de instelling afspraken te maken met een spermabank. De minister van VWS zal in ieder geval een brief sturen naar de betrokken instellingen en beroepsgroep(en) om deze te attenderen op de mogelijkheden van de bestaande regelgeving in dezen.

Deponeren	Datum	Kopie naar	
Paraaf	8/7/09	archief sec. E	A1927

## ► Minuut

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.mlnvws.nl

Ons kenmerk  
PG/E- 2931946

Uw brief  
23 april 2009

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

Datum  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

De vragen van de Kamerleden Sap en Heemelaar (beiden SP) over ~~over~~ ivf-behandeling van lesbische stellen (2009Z07886) kunnen tot mijn spijt niet binnen de gebruikelijke termijn worden beantwoord.

De reden van het uitstel is dat de interdepartementale afstemming van de beantwoording nog niet is afgerond. Ik acht het overigens niet uitgesloten dat het ook nog wenselijk blijkt dat informatie van derden wordt verkregen.

De beantwoording zal plaatshebben omstreeks eind juni 2009.

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

Documentnaam: R:\60 Ethiek\2009\kamervragen 2009\2931946.go.doc Auteur: Ger Olthof Toestel: 7190

Route	Paraaf/Datum	Route	Paraaf/Datum
auteur		Min.	
afdelingshoofd		DGV	27/2
directeur			
CDS	13.34		
SG			

Bijzonderheden



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:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

Ons kenmerk  
PG/E- 2931946

Uw brief  
23 april 2009

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

Datum **28 MEI 2009**  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

De vragen van de Kamerleden Sap en Heemelaar (beiden SP) over ivf-behandeling van lesbische stellen (2009Z07886) kunnen tot mijn spijt niet binnen de gebruikelijke termijn worden beantwoord.

De reden van het uitstel is dat de interdepartementale afstemming van de beantwoording nog niet is afgerond. Ik acht het overigens niet uitgesloten dat het ook nog wenselijk blijkt dat informatie van derden wordt verkregen.

De beantwoording zal plaatshebben omstreeks eind juni 2009.

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

10.2.e, tenzij anders aangegeven

sch 10/5  
13.34  
p2 18/5  
MVG 18/5  
MVG 25/5  
p2 26/5  
p2 20/5

[Redacted]  
[Redacted]



dep. [Redacted] 9/7-'09

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Directie  
Gezond  
Ontwor  
[Redacted]  
T 7190

Datum  
11 mei 2009

Kenmerk  
PG/E-2931285

Bijlagen  
1

Afschrift aan  
Archief

# nota

(ter beslissing)

Uitstel beantwoording Kamervragen (discriminatie)  
lesbische stellen bij ivf

Paraaf SA  
[Redacted]

Paraaf directeur PG  
[Redacted] 4/5

[Redacted]

sec. E. A1927

Uw kenmerk

Onderwerp

R:\60 Ethiek\2009\nota's  
2009\2931285b.go.doc

## 1 Aanleiding voor deze nota

De Kamervragen van de leden Sap en Heemelaar (SP) aan u en de minister van OCW naar aanleiding van een uitspraak van de Commissie Gelijke Behandeling op een klacht van een lesbisch stel over discriminatie bij in-vitrofertilisatie (ivf) met zaad van een zaaddonor.

## 2 Samenvatting en toelichting

De Kamervragen gaan uit van de juistheid van de conclusie van de CGB dat 'vastgestelde' discriminatie van een lesbisch stel zou voortvloeien uit met name de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (WVKL). Binnen ambtelijk VWS is de opvatting dat geen sprake is van een in de WVKL ingebakken vorm van discriminatie, maar er wel sprake kan zijn van het niet strikt naleven van de WVKL. Ambtelijk OCW is het inmiddels met deze visie eens. Er bestaat echter nog geen overeenstemming over de totale beantwoording. Het zou overigens wel zo kunnen zijn dat het eventueel overtreden van de WVKL niet alleen een kwestie van slordigheid is geweest, maar er ook meer structurele redenen aan te wijzen zijn. Overleg met derden daarover kan wenselijk zijn.

## 3 Beslispunten en advies et cetera

Ik adviseer u om een uitstelbrief te zenden, en bij akkoord de bijgevoegde minute en brief voor het antwoord aan de voorzitter van de Tweede Kamer af te doen.

De Directeur-generaal Volksgezondheid

[Redacted signature]

drs. P.H.A.M. Huijts

Bijlage bij nota.  
P6/E-2931285

## Tweede Kamer der Staten-Generaal

# 2

Vergaderjaar 2008–2009

Vragen gesteld door de leden der Kamer

### 2009Z07886

Vragen van de leden **Sap** en **Heemelaar** (beiden GroenLinks) aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over *ivf-behandeling van lesbische stellen*.  
(Ingezonden 23 april 2009)

1

Habt u kennisgenomen van de uitspraak van de Commissie Gelijke Behandeling over wettelijke voorschriften die de ivf-behandeling van lesbische echtparen frustreren?

*hierachter bij gevoegd*

2

Deelt u de mening dat het ongewaanst is dat lesbische stellen niet zelf een donor mogen meenemen voor een ivf-behandeling, terwijl heterostellen dat wel mogen? Zo nee, waarom niet?

3

Bent u bereid de wet voor het gebruik van donorzaad zodanig aan te passen dat lesbische stellen die een ivf-behandeling wensen niet langer worden benadeeld? Zo ja, wanneer kan de Kamer deze wetswijziging tegemoet zien? Zo nee, waarom niet?

**CGB**

Commissie Gelijke Behandeling

## **Oordeel 2009-31**

Datum: 20 april 2009  
Dossiernummer: 2008-0276

op het verzoekschrift van 1 augustus 2008 van  
.... en ....  
wonende te ....., verzoeksters 1 en 2

tegen

....  
gevestigd te ....., verweerster  
vertegenwoordigd door ....., jurist medische zaken, en door mr. [REDACTED], advocaat  
te Utrecht



## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31  
Vervolgel: 1

### 1 Procesverloop

- 1.1 Bij het voornoemde verzoekschrift hebben verzoeksters de Commissie Gelijke Behandeling, hierna: de Commissie, gevraagd te onderzoeken of verweerster jegens hen onderscheid op grond van seksuele gerichtheid heeft gemaakt en haar oordeel daaromtrent kenbaar te maken.
- 1.2 Verweerster heeft schriftelijk verweer gevoerd. Verzoeksters hebben daarop een schriftelijke reactie gegeven.
- 1.3 De Commissie heeft partijen opgeroepen hun standpunten ter zitting van 4 november 2008 mondeling nader toe te lichten. De vertegenwoordigers van verweerster waren vergezeld van . . . ., coördinator IVF Polikliniek, afdeling gynaecologie.
- 1.4 Op 17 november 2008 hebben verzoeksters uit eigen beweging nieuwe informatie toegestuurd aan de Commissie en aan verweerster. De Commissie heeft naar aanleiding van deze informatie het onderzoek heropend en verweerster om een reactie gevraagd. Verweerster heeft bezwaar gemaakt tegen de heropening van het onderzoek. De Commissie heeft dit bezwaar niet gehonoreerd. De relevante overwegingen zijn weergegeven onder 3.12 - 3.15. Vervolgens heeft verweerster haar reactie gegeven. Verzoeksters hebben hierop gereageerd bij brief van 19 maart 2009, waarna de Commissie het onderzoek definitief heeft gesloten.

### 2 Feiten

- 2.1 Verzoeksters zijn gehuwd. Zij hebben sinds enige jaren een kinderwens. Zij hebben een mannelijk familielid van verzoekster 2 bereid gevonden hen te helpen bij het vervullen van die wens. Na een aantal mislukte pogingen tot zelfinseminatie is in januari 2008 een vruchtbaarheidstraject gestart in een ziekenhuis in Den Haag. Ook hierdoor kwam geen zwangerschap tot stand. In juni 2008 kreeg verzoekster 1 een medische indicatie voor in vitro fertilisatie, hierna: IVF.
- 2.2 Het Haagse ziekenhuis kent geen voorzieningen voor het uitvoeren van IVF-behandelingen. Daarom heeft dit ziekenhuis verzoeksters verwezen naar verweerster, een academisch ziekenhuis, waarmee zij een samenwerkingsverband heeft. Patiënten van het Haagse ziekenhuis kunnen bij verweerster terecht voor de bevruchting en de terugplaatsing van het embryo. Het eigen, Haagse ziekenhuis verzorgt de controles en de nazorg.
- 2.3 De behandelende arts in het Haagse ziekenhuis heeft verzoeksters op dezelfde dag dat zij hen had meegedeeld dat verzoekster 1 naar verweerster zou worden doorverwezen, teruggebeld met de mededeling dat verzoekster 1 niet voor behandeling bij verweerster in aanmerking komt, omdat zij gebruik maakt van donorzaad.
- 2.4 Verweerster beheerde tot 2005 een spermabank. Het bestuur van verweerster heeft besloten tot opheffing daarvan in verband met de aanscherping van de regelgeving voor het beheer van spermabanken.



## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31  
Vervolgvel: 2

### 3 Beoordeling van het verzoek

3.1 Ter beoordeling liggen de volgende vragen voor:

- 1) Maakt verweerster verboden onderscheid op grond van seksuele gerichtheid door het beleid te voeren dat geen IVF-behandelingen worden aangeboden aan vrouwen die gebruik maken van donorzaad?
- 2) Maakt verweerster verboden onderscheid op grond van seksuele gerichtheid bij de feitelijke uitvoering van dat beleid?

#### Wettelijk kader

- 3.2 In artikel 7, eerste lid, onderdeel c, van de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB), in samenhang met artikel 1 AWGB, is bepaald dat het maken van onderscheid op grond van onder meer seksuele gerichtheid is verboden bij het aanbieden van en het verlenen van toegang tot goederen of diensten, indien dit geschiedt door een instelling die werkzaam is op het gebied van de gezondheidszorg.
- 3.3 In artikel 1 AWGB is bepaald dat onder onderscheid zowel direct als indirect onderscheid wordt verstaan. Het begrip direct onderscheid ziet op onderscheid dat rechtstreeks verwijst naar of gebaseerd is op een van de door de AWGB beschermde gronden, waaronder seksuele gerichtheid. Onder indirect onderscheid wordt verstaan onderscheid dat het gevolg is van een ogenschijnlijk neutraal criterium, voorschrift of handelen dat bepaalde mensen in het bijzonder treft, vanwege een door de AWGB beschermde persoonsgebonden kenmerk.

#### Vraag 1: het beleid

##### *Onderscheid*

- 3.4 Verweerster ontkent onderscheid te maken op grond van seksuele voorkeur in haar beleid ten aanzien van de door haar aangeboden behandelingen. In dit verband wijst zij erop dat zij tot 2005 een spermabank beheerde en toen ook IVF-behandelingen aanbood aan lesbische paren die gebruik maakten van een anonieme donor. Sinds zij echter, in verband met de aangescherpte wetgeving, heeft besloten de spermabank op te heffen, is zij niet langer bevoegd om IVF-behandelingen uit te voeren waarbij gebruik wordt gemaakt van donorzaad. Dit is de enige beleidswijziging die zij heeft doorgevoerd en die staat geheel los van de seksuele voorkeur van de patiënt.
- 3.5 Verzoeksters stellen zich op het standpunt dat het gevolg van het door verweerster gevoerde beleid niettemin is, dat lesbische paren, anders dan man/vrouw-paren, per definitie zijn uitgesloten van het IVF-aanbod van verweerster. Verzoeksters vergelijken hun situatie, waarin zij gebruik maken van een bekende donor, met die van een heteroseksueel paar dat gebruik kan maken van het eigen sperma van de mannelijke partner. Ook dan is immers sprake van zaad dat ter plekke verzameld en gebruikt wordt ten behoeve van de behandeling. Het argument van verweerster dat donorzaad van anderen dan de echtgenoot of vaste partner van de vrouw eerst moet worden getest in verband met besmettingsrisico's, gaat volgens verzoekster niet op. Verzoekster 1 is immers al diverse malen met hetzelfde zaad geïnsemineerd, zowel tijdens





## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31  
 Vervolgel: 3

zelfinseminatie thuis als tijdens iui-behandelingen (intra uterine inseminatie) in het Haagse ziekenhuis.

- 3.6 De Commissie stelt vast dat verweersters besluit en het daaruit voortvloeiende beleid om geen spermabank te beheren als zodanig geen verband houdt met een bepaalde, door de gelijkebehandelingswetgeving beschermde grond, waaronder seksuele gerichtheid. Ook het uit dit besluit voortvloeiende gevolg, te weten dat geen IVF-behandelingen worden aangeboden waarbij gebruik wordt gemaakt van donorzaad, houdt geen (rechtstreeks) verband met seksuele gerichtheid. Daarom is er geen sprake van direct onderscheid. Echter, door dit beleid worden lesbische paren in het bijzonder getroffen omdat ze altijd aangewezen zijn op donorzaad. Dat sommige heteroseksuele paren ook aangewezen zijn op donorzaad maakt dit niet anders. Zoals verzoeksters signaleren is het enige verschil tussen de situatie van verzoeksters en die van een heteroseksueel paar dat gebruik maakt van eigen zaad van de man, het ontbreken van een partnerrelatie tussen verzoekster 1 en de (bekende) zaaddonor. Gezien het bovenstaande is de Commissie van oordeel dat er sprake is van indirect onderscheid naar seksuele gerichtheid.

*Objectieve rechtvaardiging*

- 3.7 Indirect onderscheid kan onder omstandigheden gerechtvaardigd zijn. Ingevolge artikel 2, eerste lid, AWGB, geldt het verbod van onderscheid niet ten aanzien van indirect onderscheid dat objectief gerechtvaardigd is door een legitiem doel terwijl de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn. Ten aanzien van deze uitzondering geldt dat de partij die onderscheid heeft gemaakt (verweester) feiten dient aan te voeren ter rechtvaardiging van dit onderscheid.
- 3.8 De Commissie stelt voorop dat het verweester vrij staat al dan niet te kiezen voor het in stand houden van een spermabank. Ziekenhuizen mogen zelf beslissen welke accenten zij leggen in hun zorg. Echter, als een ziekenhuis besluit bepaalde zorg aan te bieden of juist niet aan te bieden, mag daarbij geen verboden onderscheid – dat wil zeggen: onderscheid dat niet is gerechtvaardigd – worden gemaakt op grond van één van de non-discriminatiegronden.
- 3.9 Verweester stelt dat zij met haar beleid uitvoering geeft aan wettelijke voorschriften met betrekking tot het gebruik van lichaamsmateriaal. Ingevolge artikel 4, eerste lid van de Wet Veiligheid en Kwaliteit van Lichaamsmateriaal (WVKL) moet zij lichaamsmateriaal, waaronder ook geslachtscellen worden begrepen, aanbieden aan een orgaanbank. Het tweede lid van dit artikel zondert geslachtscellen ten behoeve van onder meer IVF-behandelingen onder voorwaarden uit van dit vereiste. Ingevolge artikel 1, onder c, 1e, van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting geldt die uitzondering echter alléén voor sperma van echtgenoten, geregistreerde partners of andere 'levensgezellen'. Met deze bepalingen heeft de wetgever uitvoering gegeven aan Richtlijn 2004/23/EG van 31 maart 2004 tot vaststelling van kwaliteits- en veiligheidsnormen voor het doneren, verkrijgen, testen, bewerken, bewaren en distribueren van menselijke weefsels en cellen, alsmede Richtlijn 2006/17/EG van 8 februari 2006 ter uitvoering van Richtlijn 2004/23/EG wat betreft bepaalde technische voorschriften voor het doneren, verkrijgen en testen van menselijke weefsels en cellen. Artikel 1 van bijlage III bij Richtlijn 2006/17/EG, bepaalt dat 'In geval van partnerdonatie van geslachtscellen voor direct



## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31  
 Vervolgvel: 4

gebruik [...] de donorselectiecriteria voor donors en de laboratoriumtests [kunnen] vervallen.' In artikel 1 van deze richtlijn wordt partnerdonatie gedefinieerd als 'Donatie van geslachtscellen tussen een man en een vrouw die verklaren een intieme lichamelijke relatie te hebben.'

Verweerster meent dat er geen twijfel mogelijk is dat genoemde bepalingen uitsluitend voorzien in een uitzondering voor zaad van de mannelijke partner van een vrouw met een IVF-indicatie. Dat betekent dat zij - nu zij niet over een vergunning beschikt om een spermabank te beheren - niet bevoegd is om IVF-behandelingen met donorzaad van anderen dan de vaste partner uit te voeren.

- 3.10 De Commissie kan de opvatting van verweerster volgen dat voornoemde bepalingen geen ruimere interpretatie van het begrip 'partnerdonatie' toelaten, te meer nu het hier gaat om een uitzondering op een zeer strikt geformuleerd beleid dat besmettingsrisico's beoogt te voorkomen. Dat betekent dat, wat er ook zij van de stelling van verzoeksters dat er kennelijk andere ziekenhuizen zijn die geen spermabank hebben, maar wél IVF-behandelingen met gebruik van donorzaad aanbieden, verweerster niet kan worden verweten dat zij de wettelijke voorschriften omtrent het handelen met lichaamsmateriaal naleeft.
- De Commissie oordeelt dan ook dat het indirecte onderscheid op grond van seksuele gerichtheid dat het gevolg is van het beleid van verweerster, objectief gerechtvaardigd is.
- 3.11 In dit verband merkt de Commissie op dat uit de toelichtingen op de verschillende bepalingen die tezamen het relevante wettelijk stelsel met betrekking tot het gebruik en de behandeling van sperma ten behoeve van IVF vormen, niet blijkt wat de ratio is geweest van het onderscheid tussen sperma afkomstig van de partner en sperma afkomstig van een bekende donor. De Commissie zal daarom gebruik maken van haar bevoegdheid om dit oordeel ter kennis te brengen van de verantwoordelijke minister (zie hierna overweging ten overvloede onder 3.26 - 3.28).

#### Heropening van het onderzoek

- 3.12 Na de zitting hebben verzoeksters de Commissie nieuwe informatie toegezonden (zie 1.4). Dit betrof een bericht aan verzoeksters van een bezoeker van een internetforum waaraan ook verzoeksters deelnemen. Op dat forum wisselen mensen onder een pseudoniem ervaringen met IVF-procedures met elkaar uit. Verzoeksters hebben verklaard dat de vrouw, die met haar mannelijke partner bij verweerster een vruchtbaarheidsbehandeling ondergaat, hen schreef dat zij naar aanleiding van een radiobericht - waarin de behandeling van de zaak van verzoeksters door de Commissie aan de orde kwam - haar behandelend arts had gevraagd of de situatie van verzoeksters consequenties voor haar zou hebben, nu zij en haar man ook gebruik maakten van een bekende zaaddonor. De behandelend arts zou echter hun zorgen hebben weggewuifd en haar hebben meegedeeld dat dit geen betrekking had op hun situatie.
- 3.13 Deze informatie was voor de Commissie aanleiding het onderzoek te heropenen (artikel 26 Besluit werkwijze Commissie gelijke behandeling), omdat zij de informatie van belang acht voor de beantwoording van de in dit verzoek voorliggende vraag. Immers, verweerster heeft gesteld dat alle vrouwen met een medische indicatie voor IVF die gebruik willen maken van zaad dat niet afkomstig is van hun eigen partner, worden doorverwezen, omdat verweerster niet langer een spermabank beheert. Verder heeft



## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31  
Vervolgel: 5

verweerster verklaard dat de relevante wetgeving inzake spermabanken hierop geen enkele uitzondering toestaat en dat zij die daarom ook niet maakt. Het door verzoeksters overgelegde bericht behelst echter gedetailleerde en concrete aanwijzingen dat verweerster mogelijk toch uitzonderingen op haar eigen beleid maakt. In het hier voorliggende geval geldt bovendien dat het gaat om informatie die pas na de zitting, meer in het bijzonder naar aanleiding van berichtgeving over de zitting, bekend was geworden. Verzoeksters hadden deze informatie derhalve niet eerder kunnen overleggen.

- 3.14 Verweerster heeft bezwaar gemaakt tegen de heropening van het onderzoek. Zij heeft in dat verband gesteld dat op grond van artikel 27, tweede lid, van het Besluit, in combinatie met artikel 19 van dit Besluit, heropening van het onderzoek slechts mogelijk is op basis van informatie waar door de Commissie om is gevraagd, en niet op basis van informatie die na sluiting spontaan door een der partijen wordt overgelegd.
- 3.15 De Commissie heeft dit bezwaar verworpen. Met genoemde artikelen wordt beoogd de beginselen van een behoorlijke procesvoering te waarborgen, waaronder het beginsel van hoor en wederhoor. Dat beginsel is door het besluit van de Commissie tot heropening van het onderzoek op geen enkele wijze geschonden, of zelfs maar in gevaar gebracht, nu partijen kennis hebben kunnen nemen van alle stukken en ruimschoots de gelegenheid hebben gehad daarop te reageren.

Medisch beroepsgeheim

- 3.16 Verweerster heeft in reactie op het bericht van verzoeksters geantwoord dat zij geen uitzonderingen maakt op het beleid zoals in het verweer en ter zitting verwoord, ook niet in bijzondere omstandigheden. Voorts heeft verweerster verklaard dat de arts in kwestie "op belangrijke onderdelen een andere herinnering heeft aan haar mededelingen dan in het bericht van verzoeksters is weergegeven". Welke mededelingen de behandelend arts heeft gedaan, wil verweerster evenwel niet prijs geven, omdat deze mededelingen zijn gedaan in het kader van een behandelgesprek tussen arts en patiënt en mitsdien onder het medisch beroepsgeheim vallen.
- 3.17 Verweerster heeft toegelicht dat zij het op zichzelf geen probleem had gevonden om de Commissie te informeren over de door de arts gedane mededelingen en de relevante bijzonderheden omtrent het paar in kwestie. Echter, verweerster meent dat verzoeksters via het internetforum relatief eenvoudig achter de identiteit van deze mensen kunnen komen en dat zij hen in ieder geval in abstracto kennen. Daarom kan de anonimiteit van deze patiënten, ook als verweerster geanonimiseerde informatie zou verstrekken, niet worden gewaarborgd. Verweerster heeft betrokkenen toestemming gevraagd de relevante gegevens geanonimiseerd aan de Commissie te mogen verstrekken, maar zij hebben dat geweigerd.
- 3.18 In artikel 19, tweede lid, AWGB is bepaald dat een ieder verplicht is de door de Commissie gevorderde inlichtingen en bescheiden te verstrekken, behoudens verschoning wegens ambts- of beroepsgeheim. Het medisch beroepsgeheim ziet op gevoelige gegevens. Wat daar onder moet worden verstaan is neergelegd in artikel 16 van de Wet bescherming persoonsgegevens: het gaat om - onder meer - persoonsgegevens betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid, gezondheid, seksuele leven. Gegevens als hier aan de orde, dat wil zeggen



## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31

Vervolg: 6

gegevens betreffende de vruchtbaarheid van betrokkenen, moeten worden gekwalificeerd als gevoelige gegevens betreffende het privéleven van betrokkenen. Verweerster heeft gemotiveerd betoogd dat zij niet aan het verzoek van de Commissie om nadere informatie kan voldoen zonder haar medisch beroepsgeheim te schenden. Betrokkenen hebben immers verweerster geen toestemming gegeven de relevante gegevens geanonimiseerd aan de Commissie te verstrekken. Bovendien is het risico niet ondenkbaar dat de gegevens tot de personen in kwestie te herleiden zijn. Daarom honoreert de Commissie verweersters beroep op haar medisch beroepsgeheim.

Vraag 2: de praktijk

- 3.19 In artikel 10 AWGB is bepaald dat degene die meent dat in zijn nadeel een onderscheid is of wordt gemaakt als bedoeld in de wet, in rechte feiten aanvoert die dat onderscheid kunnen doen vermoeden, de bewijslast verschuift naar de verwerende partij die moet aantonen dat niet in strijd met deze wet is gehandeld.
- 3.20 Verzoeksters hebben met de aanvullende informatie die zij de Commissie hebben toegestuurd, aanwijzingen naar voren gebracht die doen vermoeden dat verweerster in de praktijk, anders dan zij heeft verklaard, toch uitzonderingen maakt, althans één uitzondering heeft gemaakt, op het beleid dat geen IVF-behandelingen worden uitgevoerd met donorzaad. Volgens deze informatie biedt verweerster wel een IVF-behandeling aan een vrouw/man-paar terwijl zij ook gebruik maken van donorzaad. Op basis van deze informatie lijkt het enige verschil tussen de situatie van verzoeksters en die van het betreffende echtpaar erin te bestaan dat verzoeksters beide vrouw zijn, terwijl het paar uit een man en een vrouw bestaat. Verweerster betwist weliswaar dat zij onderscheid zou maken, maar heeft bevestigd dat de informatie in ieder geval zodanig concreet is, dat haar op grond daarvan bekend is om welke patiënt(en) het gaat. De Commissie oordeelt dat verzoeksters hiermee aanwijzingen naar voren hebben gebracht die kunnen doen vermoeden dat verweerster in de praktijk onderscheid op grond van seksuele gerichtheid maakt.
- 3.21 Verweerster heeft dit vermoeden weersproken, door te verklaren dat zij geen uitzonderingen toelaat, maar zij heeft dit niet nader onderbouwd, onder verwijzing naar haar medisch beroepsgeheim.
- 3.22 De Commissie constateert dat de bewijslastverdeling in de gelijkebehandelingswetgeving (zie hierboven 3.19) in dit geval voor een bijzondere situatie zorgt. Het vermoeden is door verzoeksters gevestigd, maar verweerster verkeert vanwege haar medisch beroepsgeheim in de onmogelijkheid dit vermoeden te weerleggen.
- 3.23 De Commissie heeft verweerster nadrukkelijk gewezen op de bewijslastverdeling zoals die geldt in het gelijkebehandelingsrecht en heeft verweerster daarom bij herhaling gevraagd om daarom, eventueel in zeer algemene zin, toch op deze informatie van verzoeksters te reageren. Verweerster heeft verklaard zich bewust te zijn van de mogelijke consequenties van de bewijslastverdeling, maar geen manier te zien om daaraan te ontsnappen zonder haar beroepsgeheim te schenden.
- 3.24 De Commissie oordeelt dat het (proces)risico van verweersters verplichtingen in verband met haar beroepsgeheim, dient te liggen bij de partij die zich beroept op haar



## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31  
 Vervolgel: 7

geheimhoudingsverplichting. Een ander oordeel zou afbreuk doen aan de effectiviteit van de gelijkebehandelingswetgeving. De Commissie zou dan immers geen oordeel kunnen geven over een situatie waarvan het vermoeden bestaat dat er verboden onderscheid wordt gemaakt. Wanneer het procesrisico bij verweerster ligt, kan van haar ten minste worden gevergd dat zij, met behulp van een oordeel van de Commissie, zelf zorgvuldig onderzoekt of haar beleid en praktijk conform de eisen van de gelijkebehandelingswetgeving zijn.

- 3.25 Ingevolge de systematiek van de gelijkebehandelingswetgeving leidt de conclusie dat een vermoeden van onderscheid niet gemotiveerd is weerlegd, tot het oordeel dat onderscheid is gemaakt, ook in het geval, zoals in het onderhavige, dat de Commissie wordt geconfronteerd met een feitelijke onmogelijkheid om te onderzoeken of dit daadwerkelijk het geval is. De Commissie is derhalve van oordeel dat verweerster direct onderscheid maakt op grond van seksuele gerichtheid bij de uitvoering van haar beleid.

### Ten overvloede

- 3.26 Ten overvloede overweegt de Commissie als volgt. Verweerster heeft verklaard dat zij, wanneer zij nog wel een spermabank zou beheren, ook niet zou werken met zaad van bekende donoren en dat zij dit ook niet deed toen zij nog wel een spermabank beheerde. Het is haar ervaring, onder meer gebaseerd op een situatie waarbij draagmoederschap aan de orde was, dat bekendheid van de donor tot medische en/of sociale problemen kan leiden. Zij verwijst in dit verband naar CGB-oordeel 2000-4, waarbij ook het beleid ter zake van IVF-behandelingen van onder andere verweerster aan de orde was. De Commissie heeft destijds echter de vraag centraal gesteld of de betreffende instellingen bij het aanbieden van IVF-behandelingen onderscheid maakten jegens (onder meer) lesbische paren. De vraag of de weigering om met bekende donoren te werken als zodanig tot (verboden) onderscheid kan leiden, is destijds niet aan de orde geweest. Uit een door Movisie in opdracht van de Commissie gemaakte verkenning van het beschikbare wetenschappelijke onderzoek naar inschakeling van bekende en onbekende spermadonoren (gepubliceerd op [www.cgb.nl](http://www.cgb.nl)), blijkt dat het meeste onderzoek naar het gebruik van bekende en onbekende spermadonoren is verricht onder lesbische paren. Heterostellen blijven in dergelijk onderzoek doorgaans buiten beschouwing. Uit het onderzoek blijkt echter tevens dat onderzoekers ervan uitgaan dat heterostellen de voorkeur geven aan gebruik van een onbekende (anonieme) donor. Dat geldt niet voor lesbische paren, zij maken doorgaans een weloverwogen keuze voor een bekende of onbekende donor. Dat betekent dat onderscheid naar seksuele voorkeur ten gevolge van het destijds door verweerster gevoerde beleid - niet werken met zaad van bekende donoren, ook wanneer ze een spermabank zou beheren - dan ook niet op voorhand kan worden uitgesloten.
- 3.27 Daarnaast overweegt de Commissie, zoals in 3.11 al aangegeven, omtrent de wettelijke regels inzake het gebruik van sperma ten behoeve van IVF-behandelingen nog het volgende. Uit de parlementaire geschiedenis en de relevante wet- en regelgeving komen drie redenen naar voren waarom de uitzondering op de verplichting om donorzaad aan te bieden aan een spermabank is beperkt tot intieme of partnerrelaties. De wetgever noemt als motief de wens commerciële belangen uit te sluiten (*Kamerstukken II 2005-06, 30 338, nr. 4, p. 5*). Richtlijn 2004/23/EG bevat hiertoe geen verplichting, maar laat voor een dergelijke aanscherping wel ruimte: artikel 4, tweede lid van de Richtlijn bepaalt dat



## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31

Vervolgveld: 8

de lidstaten 'teneinde een hoog niveau van gezondheidsbescherming te waarborgen, kunnen [...] voorschrijven dat donaties vrijwillig en onbetaald moeten zijn'. Een tweede reden komt naar voren in de vijfde overweging van de preambule van Richtlijn 2006/17/EG. Daar wordt als reden voor de uitzondering genoemd dat het risico van kruisbesmetting voor de ontvanger in geval van partnerdonatie kleiner zal zijn. Een derde reden, ten slotte, lijkt gelegen te zijn in het feit dat in het geval van partnerdonatie veelal het zaad van de partner onmiddellijk, dat wil zeggen zonder noodzaak tot bewaren of bewerking van het zaad, wordt gebruikt. Voor situaties waarin dat niet het geval is en het zaad moet worden bewaard of behandeld, gelden strengere regels.

- 3.28** Deze redenen bieden op het eerste gezicht geen verklaring voor de uitsluiting van situaties als die waarin verzoeksters zich bevinden. Met verzoeksters acht de Commissie het aannemelijk dat, na de pogingen tot zelfinseminatie en iui-behandelingen, het risico voor verzoekster 1 om alsnog via IVF te worden besmet met een geslachtziekte vergelijkbaar is met de situatie van een vrouw die sperma van haar levenspartner gebruikt. Verder wordt ook in de situatie van verzoeksters, anders dan wanneer van een anonieme donor gebruik wordt gemaakt, het zaad direct na donatie gebruikt. En ten slotte lijkt de kans op commerciële belangen, met alle mogelijke risico's voor de gezondheid van dien, niet groter wanneer de donor, zoals in dit geval, een naaste verwant is van de mee-wensmoeder, verzoekster 2, dan wanneer de donor de echtgenoot of partner van de wensmoeder is.
- 3.29** Het komt de Commissie voor dat niet is uit te sluiten dat bij de totstandkoming van de hier aan de orde zijnde wetgeving vooral is gedacht aan heteroseksuele relaties en anonieme donoren. Het - mogelijk onbedoelde - gevolg daarvan is dat voor alleenstaande en lesbische vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen minder behandelcentra beschikbaar zijn dan voor vrouwen met een mannelijke partner, ook wanneer eerstgenoemden gebruik willen maken van het sperma van een verwant of anderszins bekende donor. Omdat de ratio voor deze verschillende behandeling van, althans op het eerste gezicht, gelijke gevallen niet duidelijk is, terwijl de nadelige gevolgen voor lesbische paren die gebruik willen maken van een bekende donor aanzienlijk zijn, zal de Commissie dit oordeel ter kennis van de verantwoordelijke minister brengen.

**CGB**

Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31  
Vervolgveld: 9

#### 4 Oordeel

De Commissie Gelijke Behandeling spreekt als haar oordeel uit dat het Leids Universitair Medisch Centrum . . . . en . . . . :

- geen verboden onderscheid heeft gemaakt op grond van seksuele gerichtheid in haar beleid ten aanzien van het aanbieden van IVF-behandelingen;
- verboden onderscheid heeft gemaakt op grond van seksuele gerichtheid bij het aanbieden van IVF-behandelingen.

Aldus gegeven te Utrecht op 20 april 2009 door mr. M. van den Brink, voorzitter, mr. D. Ghidei en mr. H.J. Vilters, leden van de Commissie Gelijke Behandeling, in tegenwoordigheid van mr. M. Graven, secretaris.

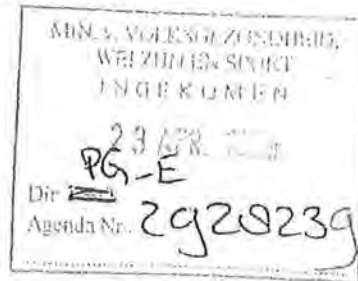
mr. M. van den Brink  
namens deze,  
mr. D. Ghidei

mr. M. Graven



## Commissie Gelijke Behandeling

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
De heer dr. A. Klink Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag



Onderwerp  
Oordeel 2009-31 van de CGB

Uw brief van

Datum

22 april

2009

Uw kenmerk

Ons kenmerk

CGB 2008-0276 MGr

Zeer geachte heer Klink,

Langs deze weg vraag ik uw aandacht voor de problematiek die ten grondslag ligt aan oordeel nummer 2009-31 van de Commissie Gelijke Behandeling (CGB).

De zaak betreft de weigering van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) een IVF-behandeling te bieden aan paren die gebruik moeten maken van een spermadonor.

Lesbische paren worden door dit beleid nadelig getroffen, nu zij per definitie zijn aangewezen op een spermadonor.

Het paar dat de zaak aanhangig heeft gemaakt, heeft het LUMC verzocht het sperma van hun donor - een familielid van één van beiden, met wie zij al een lang vruchtbaarheidstraject hebben afgelegd aan te merken als ware het afkomstig van een eigen partner.

Het LUMC heeft dit verzoek afgewezen met een beroep op de vigerende wetgeving inzake het gebruiken en bewaren van donorsperma ten behoeve van IVF: alle sperma behalve die van de partner met wie een intieme relatie bestaat, moet worden aangeboden aan een zogenaamde spermabank. Nu het LUMC deze heeft afgeschafte ontbreekt haar de mogelijkheid IVF-behandelingen te bieden aan paren die gebruik moeten maken van het sperma van een donor, ook als deze een bekende van het paar is.

De CGB oordeelt dat het LUMC niet is gehouden de behandeling aan te bieden, nu van haar niet kan worden verlangd dat zij in strijd handelt met genoemde wetgeving. Wel heeft de CGB geconstateerd dat met deze wetgeving een aantal doelen lijkt te worden nagestreefd die op het eerste gezicht geen verklaring geven voor de beperking van de uitzondering op het onderbrengen van sperma in een spermabank, tot het sperma van de eigen partner van de vrouw.

Het komt de Commissie voor dat niet is uit te sluiten dat bij de totstandkoming van de hier aan de orde zijnde wetgeving vooral is gedacht aan heteroseksuele relaties en anonieme donoren.

Het - mogelijk onbedoelde - gevolg daarvan is dat voor alleenstaande en lesbische vrouwen minder behandelcentra beschikbaar zijn dan voor vrouwen met een mannelijke partner, ook wanneer



eerstgenoemden gebruik willen maken van het sperma van een verwant of anderszins bekende donor.

Ik verzoek u bij correspondentie altijd het bovengenoemde kenmerk te vermelden. Voor informatie over deze brief kunt u ons bereiken op telefoonnummer 030-8883888.


Kleinesingel 1-3 Postbus 16001 | 3500 DA Utrecht T 030 888 38 88 F 030 888 38 83 | E info@cgb.nl | W www.cgb.nl

0302

De CGB dringt er bij u op aan om deze wetgeving - en dan met name de reikwijdte van de uitzondering - nog eens kritisch tegen het licht van de gelijkebehandelingswetgeving te houden.


Tot het geven van een nadere toelichting ben ik graag bereid.

Hoogachtend

  
mr. L.J.L.  
Koster  
voorzitter  
namens deze,  
mr. D. Ghidei  
commissielid

Bijlagen:

- geblindeerd oordeel 2008-122 - memo van  
Movisie aan de CGB inzake IVF-behandelingen

cc aan mevrouw  Ministerie van VWS, directie GMT

Ik verzoek u bij correspondentie altijd het bovengenoemde kenmerk te vermelden. Voor informatie over deze brief kunt u ons bereiken op telefoonnummer 030-8883888.

Commissie Gelijke Behandeling

0302

**Onderwerp:** Bijgewerkt: kamervragen IVF/lesbische stellen  
**Locatie:** A-1436

*CZ in geen directe beschoudding  
 serie*

**Begin:** di 9-6-2009 11:00  
**Einde:** di 9-6-2009 12:00

*IGZ:*

*frouwen van  
 Alice van*

**Type terugkeerpatroon:** (geen)

**Vergaderingsstatus:** Geaccepteerd

**Vereiste genodigden:**

**Optionele genodigden:**

Go

*+CG  
 + Cod*

oord09 31.pdf (89 2009Z07886.doc V09.050-1VF - brief (23  
 kB) aan de min...

Collega's,

Al eerder is er mailcontact geweest nav het oordeel van de Commissie Gelijke Behandeling over 2 lesbische vrouwen en IVF. Ook liggen er Kamervragen (waarop uitstel is aangevraagd) en een brief van het COC met de vraag de regelgeving op dit punt aan te passen.

Het uitstel op de Kamervragen was mede ingegeven om tot een VWS/overheidsbreed oordeel te komen of de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (Wvkl) daadwekelijk discriminerend is of dat de uitvoering (toegankelijkheid van IVF behandelingen voor lesbische stellen) dat is, bijvoorbeeld door:

1. de keuze van instellingen geen spermabanken in stand te houden en 'dus' geen IVF met donorzaad uit kunnen voeren (idee zou kunnen zijn hen te attenderen op mogelijke samenwerkingsverbanden met derde/spermabank)
2. keuze van instellingen geen IVF met donorzaad uit te voeren ivm de kosten (er is 1 DBC voor IVF of dit nou met partnerzaad of donorzaad gebeurt. vanwege de uit te voeren testen op donorzaad is een dergelijke behandeling veel duurder.

*DBC - voor IVF  
 houdt geen relatie met  
 fedmeent sperma*

Afstemming dient volgens mij plaats te vinden met: CZ (oa uitvoering ivf en iui etc.en Kwaliteitswet en DBC's),

Sport (coördinatie homo-emancipatiebeleid VWS)

PG (mensenrechten en Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting).

Z (aanspraken op zorg ihkv de zorgverzekeringswet)

en IGZ (toezicht op in ieder geval Wvkl)

(en GMT - dossierhouder Wvkl)

en aansluitend OCenW

Gelet op de Kamervragen heeft dit redelijk SPOED! Locatie volgt nog.

# CGB

Commissie Gelijke Behandeling

## Oordeel 2009-31

Datum: 20 april 2009

Dossiernummer: 2008-0276

op het verzoekschrift van 1 augustus 2008  
van ....en ....wonende te verzoeksters 1  
en 2 tegen

gevestigd te verweester vertegenwoordigd door jurist medische zaken,  
en door mr. [REDACTED] advocaat te Utrecht  
2

### 3 Beoordeling van het verzoek

3.1 Ter beoordeling liggen de volgende vragen voor:

- 1) Maakt verweester verboden onderscheid op grond van seksuele gerichtheid door het beleid te voeren dat geen IVF-behandelingen worden aangeboden aan vrouwen die gebruik maken van donorzaad?
- 2) Maakt verweester verboden onderscheid op grond van seksuele gerichtheid bij de feitelijke uitvoering van dat beleid?

#### Wettelijk kader

- 3.2 In artikel 7, eerste lid, onderdeel c, van de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB), in samenhang met artikel 1 AWGB, is bepaald dat het maken van onderscheid op grond van onder meer seksuele gerichtheid is verboden bij het aanbieden van en het verlenen van toegang tot goederen of diensten, indien dit geschiedt door een instelling die werkzaam is op het gebied van de gezondheidszorg.

# CGB

## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31 Vervolgvel:

- 3.3 In artikel 1 AWGB is bepaald dat onder onderscheid zowel direct als indirect onderscheid wordt verstaan. Het begrip direct onderscheid ziet op onderscheid dat rechtstreeks verwijst naar of gebaseerd is op een van de door de AWGB beschermde gronden, waaronder seksuele gerichtheid. Onder indirect onderscheid wordt verstaan onderscheid dat het gevolg is van een ogenschijnlijk neutraal criterium, voorschrift of handelen dat bepaalde mensen in het bijzonder treft, vanwege een door de AWGB beschermde persoonsgebonden kenmerk.

### Vraag 1: het beleid

#### Onderscheid

- 3.4 Verweerster ontkent onderscheid te maken op grond van seksuele voorkeur in haar beleid ten aanzien van de door haar aangeboden behandelingen. In dit verband wijst zij erop dat zij tot 2005 een spermabank beheerde en toen ook IVF-behandelingen aanbood aan lesbische paren die gebruik maakten van een anonieme donor. Sinds zij echter, in verband met de aangescherpte wetgeving, heeft besloten de spermabank op te heffen, is zij niet langer bevoegd om IVF-behandelingen uit te voeren waarbij gebruik wordt gemaakt van donorzaad. Dit is de enige beleidswijziging die zij heeft doorgevoerd en die staat geheel los van de seksuele voorkeur van de patiënt.
- 3.5 Verzoeksters stellen zich op het standpunt dat het gevolg van het door verweerster gevoerde beleid niettemin is, dat lesbische paren, anders dan man/vrouw-paren, per definitie zijn uitgesloten van het IVF-aanbod van verweerster. Verzoeksters vergelijken hun situatie, waarin zij gebruik maken van een bekende donor, met die van een heteroseksueel paar dat gebruik kan maken van het eigen sperma van de mannelijke partner. Ook dan is immers sprake van zaad dat ter plekke verzameld en gebruikt wordt ten behoeve van de behandeling. Het argument van verweerster dat donorzaad van anderen dan de echtgenoot of vaste partner van de vrouw eerst moet worden getest in verband met besmettingsrisico's, gaat volgens verzoekster niet op. Verzoekster 1 is immers al diverse malen met hetzelfde zaad geïnsemineerd, zowel tijdens

4

gebruik de donorselectiecriteria voor donors en de laboratoriumtests [kunnen] vervallen.' In artikel 1 van deze richtlijn wordt partnerdonatie gedefinieerd als 'Donatie van geslachtscellen tussen een man en een vrouw die verklaren een intieme lichamelijke relatie te hebben.'

Verweerster meent dat er geen twijfel mogelijk is dat genoemde bepalingen uitsluitend voorzien in een uitzondering voor zaad van de mannelijke partner van een vrouw met een IVF-indicatie. Dat betekent dat zij - nu zij niet over een

# CGB

## Commissie Gelijke Behandeling

Oordeel: 2009-31 Vervolgvel:

vergunning beschikt om een spermabank te beheren - niet bevoegd is om IVF-behandelingen met donorzaad van anderen dan de vaste partner uit te voeren.

- 3.10 De Commissie kan de opvatting van verweerster volgen dat voornoemde bepalingen geen ruimere interpretatie van het begrip 'partnerdonatie' toelaten, te meer nu het hier gaat om een uitzondering op een zeer strikt geformuleerd beleid dat besmettingsrisico's beoogt te voorkomen. Dat betekent dat, wat er ook zij van de stelling van verzoeksters dat er kennelijk andere ziekenhuizen zijn die geen spermabank hebben, maar wél IVF-behandelingen met gebruik van donorzaad aanbieden, verweerster niet kan worden verweten dat zij de wettelijke voorschriften omtrent het handelen met lichaamsmateriaal naleeft. De Commissie oordeelt dan ook dat het indirecte onderscheid op grond van seksuele gerichtheid dat het gevolg is van het beleid van verweerster, objectief gerechtvaardigd is.
- 3.11 In dit verband merkt de Commissie op dat uit de toelichtingen op de verschillende bepalingen die tezamen het relevante wettelijk stelsel met betrekking tot het gebruik en de behandeling van sperma ten behoeve van IVF vormen, niet blijkt wat de ratio is geweest van het onderscheid tussen sperma afkomstig van de partner en sperma afkomstig van een bekende donor. De Commissie zal daarom gebruik maken van haar bevoegdheid om dit oordeel ter kennis te brengen van de verantwoordelijke minister (zie hierna overweging ten overvloede onder 3.26 - 3.28).

### Heropening van het onderzoek

- 3.12 Na de zitting hebben verzoeksters de Commissie nieuwe informatie toegezonden (zie 1.4). Dit betrof een bericht aan verzoeksters van een bezoeker van een internetforum waaraan ook verzoeksters deelnemen. Op dat forum wisselen mensen onder een pseudoniem ervaringen met IVF-procedures met elkaar uit. Verzoeksters hebben verklaard dat de vrouw, die met haar mannelijke partner bij verweerster een vruchtbaarheidsbehandeling ondergaat, hen schreef dat zij naar aanleiding van een radiobericht - waarin de behandeling van de zaak van verzoeksters door de Commissie aan de orde kwam - haar behandelend arts had gevraagd of de situatie van verzoeksters consequenties voor haar zou hebben, nu zij en haar man ook gebruik maakten van een bekende zaaddonor. De behandelend arts zou echter hun zorgen hebben weggewuifd en haar hebben meegedeeld dat dit geen betrekking had op hun situatie.
- 3.13 Deze informatie was voor de Commissie aanleiding het onderzoek te heropenen (artikel 26 Besluit werkwijze Commissie gelijke behandeling), omdat zij de informatie van belang acht voor de beantwoording van de in dit verzoek voorliggende vraag. Immers, verweerster heeft gesteld dat alle vrouwen met een medische indicatie voor IVF die gebruik willen maken van zaad dat niet afkomstig is van hun eigen partner, worden doorverwezen, omdat verweerster niet langer een spermabank beheert. Verder heeft

Oordeel: 2009-31 Vervolgel:

**C GB**

Gelijke

6

gegevens betreffende de vruchtbaarheid van betrokkenen, moeten worden gekwalificeerd als gevoelige gegevens betreffende het privéleven van betrokkenen. Verweerster heeft gemotiveerd betoogd dat zij niet aan het verzoek van de Commissie om nadere informatie kan voldoen zonder haar medisch beroepsgeheim te schenden. Betrokkenen hebben immers verweerster geen toestemming gegeven de relevante gegevens geanonimiseerd aan de Commissie te verstrekken. Bovendien is het risico niet ondenkbaar dat de gegevens tot de personen in kwestie te herleiden zijn. Daarom honoreert de Commissie verweersters beroep op haar medisch beroepsgeheim.

Vraag 2: de praktijk

- 3.19 In artikel 10 AWGB is bepaald dat degene die meent dat in zijn nadeel een onderscheid is of wordt gemaakt als bedoeld in de wet, in rechte feiten aanvoert die dat onderscheid kunnen doen vermoeden, de bewijslast verschuift naar de verwerende partij die moet aantonen dat niet in strijd met deze wet is gehandeld.
- 3.20 Verzoeksters hebben met de aanvullende informatie die zij de Commissie hebben toegestuurd, aanwijzingen naar voren gebracht die doen vermoeden dat verweerster in de praktijk, anders dan zij heeft verklaard, toch uitzonderingen maakt, althans één uitzondering heeft gemaakt, op het beleid dat geen IVF-behandelingen worden uitgevoerd met donorzaad. Volgens deze informatie biedt verweerster wel een IVF-behandeling aan een vrouw/man-paar terwijl zij ook gebruik maken van donorzaad. Op basis van deze informatie lijkt het enige verschil tussen de situatie van verzoeksters en die van het betreffende echtpaar erin te bestaan dat verzoeksters beide vrouw zijn, terwijl het paar uit een man en een vrouw bestaat.
- Verweerster betwist weliswaar dat zij onderscheid zou maken, maar heeft bevestigd dat de informatie in ieder geval zodanig concreet is, dat haar op grond daarvan bekend is om welke patiënt(en) het gaat. De Commissie oordeelt dat verzoeksters hiermee aanwijzingen naar voren hebben gebracht die kunnen doen vermoeden dat verweerster in de praktijk onderscheid op grond van seksuele gerichtheid maakt.
- 3.21 Verweerster heeft dit vermoeden weersproken, door te verklaren dat zij geen uitzonderingen toelaat, maar zij heeft dit niet nader onderbouwd, onder verwijzing naar haar medisch beroepsgeheim.
- 3.22 De Commissie constateert dat de bewijslastverdeling in de gelijkebehandelingswetgeving (zie hierboven 3.19) in dit geval voor een bijzondere situatie zorgt. Het vermoeden is door verzoeksters gevestigd, maar verweerster verkeert vanwege haar medisch beroepsgeheim in de onmogelijkheid dit vermoeden te weerleggen.

- 3.23 De Commissie heeft verweerster nadrukkelijk gewezen op de bewijslastverdeling zoals die geldt in het gelijkebehandelingsrecht en heeft verweerster daarom bij herhaling gevraagd om daarom, eventueel in zeer algemene zin, toch op deze informatie van verzoeksters te reageren. Verweerster heeft verklaard zich bewust te zijn van de mogelijke consequenties van de bewijslastverdeling, maar geen manier te zien om daaraan te ontsnappen zonder haar beroepsgeheim te schenden.
- 3.24 De Commissie oordeelt dat het (proces)risico van verweersters verplichtingen in verband met haar beroepsgeheim, dient te liggen bij de partij die zich beroept op haar

**CGB**  
Gelijke

8

de lidstaten 'teneinde een hoog niveau van gezondheidsbescherming te waarborgen, kunnen L....] voorschrijven dat donaties vrijwillig en onbetaald moeten zijn'.

Een tweede reden komt naar voren in de vijfde overweging van de preambule van Richtlijn 2006/17/EG. Daar wordt als reden voor de uitzondering genoemd dat het risico van kruisbesmetting voor de ontvanger in geval van partnerdonatie kleiner zal zijn. Een derde reden, ten slotte, lijkt gelegen te zijn in het feit dat in het geval van partnerdonatie veelal het zaad van de partner onmiddellijk, dat wil zeggen zonder noodzaak tot bewaren of bewerking van het zaad, wordt gebruikt. Voor situaties waarin dat niet het geval is en het zaad moet worden bewaard of behandeld, gelden strengere regels.

- 3.28 Deze redenen bieden op het eerste gezicht geen verklaring voor de uitsluiting van situaties als die waarin verzoeksters zich bevinden. Met verzoeksters acht de Commissie het aannemelijk dat, na de pogingen tot zelfinseminatie en iui-behandelingen, het risico voor verzoekster 1 om alsnog via IVF te worden besmet met een geslachtziekte vergelijkbaar is met de situatie van een vrouw die sperma van haar levenspartner gebruikt. Verder wordt ook in de situatie van verzoeksters, anders dan wanneer van een anonieme donor gebruik wordt gemaakt, het zaad direct na donatie gebruikt. En ten slotte lijkt de kans op commerciële belangen, met alle mogelijke risico's voor de gezondheid van dien, niet groter wanneer de donor, zoals in dit geval, een naaste verwant is van de mee-wensmoeder, verzoekster 2, dan wanneer de donor de echtgenoot of partner van de wensmoeder is.
- 3.29 Het komt de Commissie voor dat niet is uit te sluiten dat bij de totstandkoming van de hier aan de orde zijnde wetgeving vooral is gedacht aan heteroseksuele relaties en anonieme donoren. Het - mogelijk onbedoelde - gevolg daarvan is dat voor alleenstaande en lesbische vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen minder behandelcentra beschikbaar zijn dan voor vrouwen met een mannelijke partner, ook wanneer eerstgenoemden gebruik willen maken van het sperma van een verwant of anderszins bekende donor. Omdat de ratio voor deze verschillende behandeling van, althans op het eerste gezicht, gelijke gevallen niet duidelijk is, terwijl de nadelige gevolgen voor lesbische paren die gebruik willen maken van



Commissie Behandeling

Oordeel: 2009-31 Vervolgvel:  
 een bekende donor aanzienlijk zijn, zal de Commissie dit oordeel ter kennis van de verantwoordelijke minister brengen.



Ke  
 mi  
 advies voor  
 Kennis en  
 maatschappelijke  
 ontwikkeling mov•sIE  
 mantelzorg kwetsbare  
 groepen vrijwillige inzet  
 huiselijk en seksueel  
 geweld leefbaarheid

# Memo

**Aan** Commissie Gelijke Behandeling  
**Van** MOVISIE-  
**Cc**  
**Datum** 4 februari 2009  
**Betreft** beantwoording vragen betreffende donoren

## Toelichting terminologie in deze memo:

lesbische koppels: twee vrouwen met een partnerrelatie  
 lesbische gezinnen: twee vrouwen met een partnerrelatie (lesbisch koppel) met één of meerdere kinderen  
 biologische moeder: in een lesbisch gezin wordt hiermee de moeder aangeduid die het kind zelf heeft gebaard.  
 sociale moeder: in een lesbisch gezin wordt hiermee de moeder aangeduid die het kind niet zelf heeft gebaard.

heterokoppels: een man en een vrouw met een partnerrelatie  
 hetero gezinnen: een man en een vrouw met een partnerrelatie (hetero koppel) met één of meerdere kinderen.

kunstmatige inseminatie: is een techniek die gebruikt wordt in een kliniek of ziekenhuis om tot een bevruchting te komen wanneer de bevruchting niet door geslachtsgemeenschap tot stand komt. Bij kunstmatige inseminatie wordt er sperma van de eigen partner of van een donor in de baarmoeder of baarmoederhals gebracht om de bevruchting tot stand te brengen.  
 kunstmatige zelfinseminatie: zelf uitgevoerde kunstmatige inseminatie. Veelal gebeurt dit thuis.

donor: hiermee wordt in deze memo een zaaddonor bedoeld. Een zaaddonor is een man die zijn zaad doneert ten behoeve van een alleenstaande of koppel met een kinderwens. Het zaad wordt meestal via kunstmatige inseminatie ingebracht bij de alleenstaande vrouw of een vrouw van het koppel met als doel haar te bevruchten.

bekende donor: hiermee wordt bedoeld dat een bekende man uit de eigen omgeving (bijvoorbeeld een broer, vriend of kennis) van een koppel of alleenstaande met een kinderwens de donor is.

onbekende donor: hiermee wordt bedoeld dat een koppel of alleenstaande met een kinderwens, zaad gebruikt van een spermabank voor bevruchting. Wie de donoren zijn bij spermabanken is voor de alleenstaande of het koppel onbekend: de donoren zijn voor hen anoniem. Vanaf 2004 is de wet "donorgegevens kunstmatige bevruchting" van kracht

waardoor voor een kind dat geboren wordt in Nederland door middel van een donor van de spermabank, de donor niet meer geheel anoniem is. Nu is het namelijk verplicht voor spermabanken om bij te houden welk kind van welke donor is. Als het kind zestien jaar oud is kan het de naam, geboortedatum en adres opvragen van de donor en hem eventueel ontmoeten.

## VRAAG 1

1. a.) Maken lesbische koppels vaker gebruik van bekende donor óf van een onbekende donor?

In verschillende onderzoeken komen er verschillende cijfers naar voren. Of lesbische koppels kiezen voor een bekende donor of juist onbekende donor lijkt afhankelijk van verschillende factoren. Een van die factoren is geografische ligging: er zijn zowel grote juridische als sociaal maatschappelijke verschillen tussen landen en gebieden als het gaat om de situatie van lesbische en heterokoppels die gebruik willen maken van een donor. Belangrijk is daarom in de gaten te houden dat onderzoek uit de Verenigde Staten niet automatisch vertaalbaar is naar de Nederlandse context.

### Amerikaans onderzoek

In een Amerikaans onderzoek van Patterson et al. uit 1998 had 27 % van de deelnemende lesbische koppels gekozen voor een bekende donor en 46 % voor een onbekende donor. De overige 27 % had kinderen door seks met een man, had kinderen geadopteerd of had kinderen gekregen door andere omstandigheden (Touroni & Coyle, 2002).

In een studie van Gartrell et al. is gevraagd aan lesbische koppels of zij een voorkeur hebben voor een onbekende donor of juist een bekende donor. Hier uit kwam naar dat 45 % van de lesbische koppels uit het onderzoek een voorkeur bleek te hebben voor een bekende donor, 47 % procent voor een onbekende donor en 8 % had geen voorkeur (Gartrell et al., 2000). In een interview met kinderen hadden 27 kinderen een bekende donor, 30 een onbekende donor en 18 hadden de mogelijkheid om donor te ontmoeten wanneer ze 18 jaar worden (Gartrell et al., 2005).

### Nederlandse situatie

In een onderzoek van Henny Bos (2007) in Nederland waaraan 100 lesbische koppels met kind meededen, die allemaal vóór 2003 zwanger waren geworden. Dat betekent dat deze koppels zwanger worden voor de wet "donorgegevens kunstmatige bevruchting" van kracht werd. In 58 gezinnen was het kind vewekt met sperma van een spermabank. In 13 gevallen hebben de moeders ervoor gekozen dat het kind op hun 18<sup>e</sup> eventueel de donor kan ontmoeten. In de andere 42 families was het kind verwekt door kunstmatige inseminatie met een bekende donor.

Vanaf 2004 is de wet "donorgegevens kunstmatige bevruchting" van kracht. (Hermans & Buiting, 2008) Hierdoor is het verplicht voor spermabanken om bij te houden welk kind van welke donor is. Als het kind zestien jaar oud is kan het de naam, geboortedatum en adres opvragen van de donor en hem eventueel ontmoeten. Het volledig anonieme donorschap is daarmee afgeschaft. Hierdoor worden veel minder mannen donor dan voorheen. Er is daardoor een enorm tekort ontstaan aan donoren. Er zijn nu lange wachttijden bij spermabanken. Door deze oplopende wachttijd is waarschijnlijk dat steeds meer

## movisE

lesbische koppels gaan kiezen voor een bekende donor uit de eigen omgeving (Bos, 2007; Trouw, 2009).

Onderzoeker Henny Bos verwacht tevens dat de groep van lesbische ouders met een bekende donor die in meer of mindere mate betrokken is in de opvoeding van de kinderen waarschijnlijk groter wordt de komende jaren. Een reden hiervoor is de groeiende behoeften onder homo mannen om vader te worden (Bos, 2007).

### 1. b.) Motivatie?

#### Lesbische koppels

In een Brits kwalitatief onderzoek onder negen lesbische koppels met kinderen is uitgezocht wat hun motieven waren om te kiezen voor een bekende dan wel voor een onbekende donor. Zes van deze koppels had een kind door zelfinseminatie van een bekende donor. Zij gaven aan deze keuze te hebben gemaakt om de volgende redenen:

- De koppels vonden het wenselijk dat hun kind weet wie zijn of haar vader is. Dit achten zij in het belang van het welzijn van het kind.
- De koppels wilden graag enige controle hebben op het proces van conceptie. Ze wilden het graag zelf (thuis) doen zonder de inmenging van officiële instanties. Deze keuze was veelal gelinkt aan de afkeuring waarmee zij te maken hadden (gehad) om als lesbisch stel kinderen te krijgen.
- Sommige koppels wilden de vader van het kind betrekken in de opvoeding. (Touroni & coyle, 2002)

Drie koppels hadden een kind door middel van een onbekende, anonieme, donor van een spermabank. Hun redenen hiervoor waren:

- De koppels wilden geschillen met de donor, oftewel de biologische vader, vermijden. De koppels waren bang dat de donor, oftewel de biologische vader, de nietbiologische moeder zou ondermijnen.
- De koppels waren in de veronderstelling dat de nadelen van het gebruik maken een bekende donor zwaarder wegen dan de voordelen. Na een kosten - batenanalyse, kozen de koppels toch voor een onbekende donor. De koppels hadden er vertrouwen in dat zij in staat zijn om de nadelen van het anonieme donorschap (veelal dat een kind niet weet wie zijn of haar biologische vader is en het ontbreken van de biologische vader in het leven van het kind) aan te kunnen.

(Touroni & coyle, 2002)

In Nederlands onderzoek van Henny Bos (2007) worden vergelijkbare motieven genoemd door lesbische koppels om te kiezen voor een bekende ofwel onbekende donor. Zwanger worden door kunstmatige zelfinseminatie met een bekende donor betekent het ontbreken van een medische staf of maatschappelijk werkers. Zelfinseminatie geeft daardoor meer autonomie en intimiteit aan een lesbisch koppel. Andere redenen om te kiezen voor een bekende donor is de overtuiging dat een kind het recht heeft om zijn of haar genetische afkomst te weten en dat het goed is voor een kind is om de donor vanaf het begin af aan te kennen. En sommige lesbische koppels kiezen voor een bekende donor zodat deze betrokken kan zijn bij de opvoeding (Bos, 2007). Er zijn ook lesbische koppels die juist geen

betrokkenheid of inmenging van de donor of derde partij wensen en daarom kiezen voor een spermabank (Bos, 2007).

#### Heterokoppels

Opvallend is dat vrijwel alle wetenschappelijke literatuur er vanuit gaat dat heterokoppels een onbekende (anonieme) donor gebruiken. Het lijkt er dan ook op dat er, in tegenstelling tot bij lesbische koppels, geen onderzoek is gedaan naar de afweging van heterokoppels tussen de keuze bekende of onbekende donor.

Het gebrek aan onderzoek dat er is over heterokoppels die gebruik maakten van een bekende donor kan komen doordat heterokoppels simpelweg nauwelijks gebruik maken een bekende donor, anders dan de eigen mannelijke partner. Uit een onderzoek van Wendland (1997) komt naar voren dat van de mannen van heterokoppels die gebruik hadden gemaakt van een onbekende anonieme donor, minder dan een derde had overwogen gebruik te maken van een bekende donor, ten opzichten van alle lesbische sociale moeders die dit hadden overwogen (Wendland, et al, 1997). Gebruik maken van een bekende donor is dus voor veel mannen bij voorbaat al geen optie. Het is niet onderzocht wat hierbij het standpunt is van de vrouw in een hetero koppel of de biologische moeder in een lesbisch koppel.

Het is vrij aannemelijk dat heterokoppels weinig gebruik maken van een bekende donor omdat er vaak een taboe heerst op mannelijke onvruchtbaarheid (Brewaeyts, 1997). Voor heterokoppels is het moeilijk om over het gebruik van een donor te praten: dit confronteert hen met de onvruchtbaarheid van de man. Heterokoppels die gebruik maakten van een onbekende, anonieme, donor hebben dit dan ook vaak niet verteld aan hun kinderen (Golombok 2006). Ouders denken er liever ook niet meer over na (Brewaeyts, 1993). Zoals een moeder uit een hetero gezin in een onderzoek aangaf is het pijnlijk om er aan herinnerd te worden dat je kinderen eigenlijk niet de biologische kinderen zijn van je echtgenoot (Brewaeyts, 1993). Het zou daarom dus goed mogelijk kunnen zijn dat heterokoppels weinig kiezen voor een bekende donor. Men is bang de bekende donor tegen te komen, angst dat hij zich zelf bekend maakt aan het kind als donor of dat hij zelfs regelmatig contact zou willen met het kind. Hierdoor zou het heterokoppel weer geconfronteerd worden met de onvruchtbaarheid van de man. Dit vinden veel heterokoppels waarschijnlijk niet wenselijk.

Een andere reden voor het ontbreken van onderzoek naar heterokoppels die gebruik maken van een bekende donor, zou kunnen zijn dat heterokoppels wel gebruik maken een bekende donor maar dit buiten het blikveld valt van onderzoekers. Heterokoppels houden het gebruik van een bekende donor immers vaak geheim en komen hier niet openlijk voor uit komen naar hun omgeving. Ze proberen het zo snel mogelijk te vergeten door hier zo min mogelijk over te praten, zoals verder omschreven staat onder vraag 2.



**VRAAG 2:** Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen heterogezinnen en lesbische gezinnen in het omgaan met een donor?

**Verschillen tussen heterogezinnen en lesbische gezinnen**

Allereerst is belangrijk dat uit verschillende onderzoeken naar voren komt dat lesbische en heterogezinnen niet met elkaar vergeleken kunnen worden als het gaat om het gebruik maken van een donor om avanger te worden.

Voor heteroseksuele koppels biedt het gebruiken van een donor hen de mogelijkheid om een 'normaal' gezin te worden: een vader, een moeder en een of meerdere kinderen. Voor homoseksuele ouders betekent het gebruik maken van een donor om een kind te krijgen juist dat zij nog een stap verder gaan in het afwijken van hun (veelal) heteroseksuele omgeving: behalve homoseksueel, zijn zij nu ook een familie met twee moeders.

De houding ten opzichte van een donor verschilt dan ook voor heterokoppels en voor lesbische koppels. Zo informeren lesbische koppels doorgaans hun kind over het gebruik van een donor. Dit is ook logisch: het bestaan van het kind is moeilijk te verklaren zonder het benoemen van het gebruik maken van een donor. Heterokoppels informeren hun kinderen juist vaak niet: 92 % kiest er voor het hun kinderen niet te vertellen, komt naar voren in een onderzoek van Brewaeyts uit 1993. In de woorden van deze onderzoeker is de positie van de donor in het gezin anders in deze twee gezinstypen. De lesbische ouders zien de donor meestal niet als bedreiging voor hun gezinsrelaties. In heterogezinnen leiden gedachten over de donor tot spanningen, zoals aangegeven bij vraag 1 b (Brewaeyts et al., 1993).

De spanningen die ontstaan in een hetero gezin door het gebruik van een (onbekende) donor hebben ook effect op het kind. Kinderen binnen een hetero gezin die verwekt zijn door middel van kunstmatige inseminatie met het gebruik maken van een donor, blijken meer problemen te hebben met emotionele en gedragsaanpassing dan kinderen uit hetero gezinnen die op een natuurlijke wijze verwekt zijn (Brewaeyts et al., 1997)<sup>1</sup>. In lesbisch gezinnen lijkt dit niet het geval te zijn: kinderen uit lesbische gezinnen verschillen weinig in hun gedrag en ontwikkeling van kinderen uit hetero gezinnen, zowel natuurlijk verwekt als door kunstmatige inseminatie (Brewaeyts et al., 1997; Bos et al., 2005; Bos et al., 2007).

**Verschillen bekende en onbekende donor in lesbische gezinnen**

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar geplande lesbische gezinnen met een bekende donor, Daarmee is er ook weinig bekend over de verschillen tussen bekende en onbekende donoren in deze gezinnen. Het onderzoek dat er is, toont aan dat er weinig verschillen lijken te bestaan tussen lesbische gezinnen met een bekende donor en lesbische gezinnen met een onbekende donor.

The National Lesbian Family Study (Gartrell et al. 2005) deed een onderzoek naar moeders en naar de kinderen zelf. De kinderen van onbekende donoren waren niet te onderscheiden van bekende donoren als het gaat om hun psychologisch aanpassingsvermogen.

In hoeverre dit ook geldt voor eiceldonatie is niet meegenomen in dit onderzoek omdat de vraagstelling alleen betrekking heeft op zaaddonatie.

movisIE

In Nederland is er onderzoek van Henny Bos (2007). Net als in het onderzoek van The National Lesbian Family Study, komt naar voren dat er weinig verschillen zijn tussen lesbische gezinnen met een bekende donor en lesbische gezinnen met een onbekende donor.

Er zijn geen verschillen tussen internaliserend, externaliserend en probleemgedrag tussen kinderen van een bekende donor en kinderen van een onbekende donor. Ook zijn er geen verschillen gevonden tussen ouderlijke stress en opvoeding (o.a. ouderlijke betrokkenheid) van moeders in gezinnen met een bekende donor en gezinnen met een onbekende donor. In dit zelfde onderzoek naar lesbische koppels wordt er ook ingezoomd op problematische gedragingen of stoornissen zoals aangegeven op de Child Behavior Checklist<sup>1</sup>. Te zien is dat er weinig grote verschillen zijn maar dat bij kinderen met een bekende donor wel meer 'sociale problemen' worden gerapporteerd dan bij kinderen met een onbekende donor. Bij de andere stoornissen zijn er geen verschillen tussen kinderen van bekende donoren en kinderen van onbekende donoren? Als we ook naar sekseverschillen kijken, dan zien we dat jongens met een bekende donor vaker 'aandachtsproblemen' hebben in vergelijking met meisjes met een bekende donor. Bij kinderen van een onbekende donor zijn deze sekseverschillen niet in die mate waargenomen.

De onderzoekers geven aan dat een mogelijke verklaring voor deze verschillen te maken zou kunnen hebben met de betrokkenheid van de donor bij de opvoeding als vader. Het zou bijvoorbeeld verwarrend kunnen zijn voor kinderen om op te groeien in meer dan één gezin. Wanneer er meer dan twee ouders betrokken zijn, zou het ook betekenen dat het moeilijk is voor de ouders om gezamenlijk een lijn te trekken. Daarnaast zou de betrokkenheid van de donor soms moeilijk kunnen zijn voor de niet biologische moeder.

Een andere verklaring voor de verschillen wordt niet gegeven. Hiermee blijft onder andere nog onduidelijk in hoeverre deze verschillen in het gedrag van de kinderen tussen bekende en onbekende donor ook opgaan wanneer de bekende donor niet als vader betrokken is bij de opvoeding of als deze als geheel onbekend blijft voor het kind.

Een ander verschil dat werd gevonden is dat lesbische moeders met een onbekende donor vaker te maken krijgen met stigmatisering: mensen koppels hen vaker vervelende vragen, mensen roddelen vaker over hen en mensen sluiten hen vaker buiten. Uit eerder onderzoek van de The National Lesbian Family Study komt een zelfde beeld naar voren. Als verklaring

---

<sup>1</sup> De Gedragsvragenlijst voor Kinderen van 6-18 jaar (CBCW6-18, Child Behavior Checklist for Ages 6-18) is een vragenlijst waarop ouders, andere familieleden of volwassenen die een kind goed kennen vragen kunnen beantwoorden over vaardigheden en gedrag van een kind. De vragen over gedrag vormen de acht probleemschalen Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Klachten, Angst/Depressief, Sociale Problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Normafwijkend Gedrag en Agressief Gedrag. Bron: <http://www.aseba.nl/>

wordt gegeven dat mensen misschien vinden dat het beter is voor een kind om twee moeders en een vader te hebben dan om alleen twee moeders te hebben.

dachtsproblemen, Normatwikkend Gedrag en Agressief Gedrag. Bron: <http://www.aseba.nl/>

© 2000



#### BRONNEN:

Bos, H. M. W., van Balen, F., & van den Boom, D. C. Planned lesbian families: Their desire and motivation to have children. *Human Reproduction* 2003, 18, 2216—2224.

Bos, M.W., Balen F. v., Dymphna, C., Boom, D.C. van den Lesbian families and family functioning: an overview *Patient Education and Counseling* 59 (2005) 263—275

Bos, M.W., Balen F. v., Dymphna, C., Boom, D.C. van den Child Adjustment and Parenting in Planned Lesbian-Parent Families *American Journal of Orthopsychiatry* Copyright 2007 by the American Psychological Association 2007, Vol. 77, No. 1, 38—48

Bos, M. W., Hakvoort, EM. Child adjustment and parenting in planned lesbian families with known and as-yet unknown donors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, June 2007; 28(2)•. 121-129

Brewaeyns, A., Ponjaert, 1., van Steirteghem, A.C., Devroey, P. Children from anonymous donors: an inquiry into homosexual and heterosexual parents' attitudes. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1993;14:

Brewaeyns, A., Ponjaert, 1., Hall, E.V. van, Golombok, S. Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families with 4 to 8 year old children. *Hum Reprod* 1997;12: 1349-59.



Gartrell, N. , Rodas R, Deck A. Peyser H. , Banks A. Interviews With Ten-year-Old Children American Journal of Orthopsychiatry, 70(4), October 2005, American Orthopsychiatric Association, Inc.

Gartrell, N. , Banks A, Reed N., Hamiton, J. Rodas, C., Deck A. Interviews With Prospective Mothers American Journal of Orthopsychiatry, 70(4), October 2000, American Orthopsychiatric Association, Inc.

Golombok, S. New Familiy forms in: Clarke-Stewart, A. & Dunn, J. (2006) Families count effects on child and adolescent development Cambridge: Cambridge University Press

Hermans, M. & Buiting, R. (2008) Roze ouders Amsterdam: Uitgeverij Ploegsma

Touroni, E., & Coyle, A. (2002). Decision-making in planned lesbian parenting: An interpretative phenomenological analysis. Journal of Community and Applied Social Psychology, 12, 194-209.

Wendland, C.L. (1996) Donor insemination: A comparison of lesbian couples, heterosexual couples and single women. Fertility and sterility : official journal of the American Society for the Study of Sterility vol. 65 (1996), afl. 4, pag. 764-770 (7)

Utrecht, 16 januari 2009



moVISIE

#### Internetbronnen:

Trouw (2009) "Spermadonor is single met kindervens":  
<http://www.trouw.nl/nieuws/nederland/article1633512.ece>

g.v.  
27/8

ontv [redacted]

28/8  
**CGB**

Commissie Gelijke Behandeling

SPOER  
Ethisch  
te behandelen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Dr. A. Klink  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

[redacted]

Bekrft WVBV,  
dus des GMT  
PG/6 29/8 Over  
geden.

Onderwerp  
Uitnodiging gesprek

Uw brief van

Datum  
20 juli 2007  
nummer

Uw kenmerk

Ons kenme

2007-0228-AGC-

*Seachte heer*

Z.Q.CPI k, ML

Bij brief van 1 juni 2007 heb ik u een afschrift toegezonden van het oordeel dat de Commissie Gelijke Behandeling op verzoek van Stichting Sanquin Bloedvoorziening heeft uitgesproken (oordeel 200785). De Commissie heeft geoordeeld dat de stichting direct onderscheid maakt naar homoseksuele gerichtheid door mannen die seksuele contacten hebben (gehad) met mannen uit te sluiten van bloeddonorschap. De Commissie heeft geoordeeld dat hierdoor niet in strijd wordt gehandeld met de Algemene wet gelijke behandeling nu strikte toepassing van de AWGB leidt tot onaanvaardbare gevolgen voor de volksgezondheid.

Een zelfde overweging lag ten grondslag aan een oordeel waard Commissie oordeelde over vaccinaties in verband met hepatitis A en B (oordeel 2006-20) e aan een advies in verband met de selectie van proefpersonen (advies 2006-8). Deze oordelen heb kook onder uw aandacht gebracht.

Ik heb u in overweging gegeven in de wet een uitdrukkelijke itzondering op te nemen met het oog op het belang van de volksgezondheid. Tot op heden heb ik een reactie van u mogen ontvangen.

Gelet op het tijdsverloop en het uitblijven van een reactie en ik zo vrij u een concrete uitnodiging te zenden voor een gesprek op donderdag 13 september 27 m 10.00 uur, ook met de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, mevrouw r er Horst. Het gesprek kan plaats hebben op het bezoekadres van de Commissie aan de Kleinesi el 1-3 te Utrecht. Graag verneem ik van u of u op bovengenoemde datum en tijdstip aanwezig kunt zijn.

Tot nadere toelichting houd ik mij vanzelfsprekend gereed. Bij mijn afwezigheid kunt u contact opnemen met mijn collega, mevrouw mr. M.M. van der Burg, ondervoorzitter.



Gelet op het tijdsverloop en het uitblijven van een reactie ben ik zo vrij u een concrete uitnodiging te zenden voor een gesprek op donderdag 13 september 2007 om 10.00 uur, ook met de heer dr. A. Klink, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het gesprek kan plaats hebben op het bezoekadres van de Commissie aan de Kleinesingel 1-3 te Utrecht Graag verneem ik van u of u op bovengenoemde datum en tijdstip aanwezig kunt zijn.

Tot nadere toelichting houd ik mij vanzelfsprekend gereed. Bij mijn afwezigheid kunt u contact opnemen met mijn collega, mevrouw mr. M.M. van der Burg, ondervoorzitter.

Hoogachtend,



A.G. Castermans. .G. Castermans,

10

3072007

Voorzitter

Kleinesingel 1-3 | Postbus 16001 | 3500 DA Utrecht | T 030 888 38 88 | F 030 888 38 83 | E info@cgb.nl | W www.cgb.nl



COC NEDERLAND

Postbus 3836 - 1001 AP Amsterdam - tel: 020-6234595 - [info@coc.nl](mailto:info@coc.nl) - [www.coc.nl](http://www.coc.nl)

Aan dr. A. Klink, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dr. R. Plasterk,  
coördinerend bewindspersoon voor het Homo-emancipatiebeleid  
i.a..a. de leden van de Vaste Commissies OCW en VWS

Amsterdam, 25 mei 2009

Kenmerk: V09. 050 / 6.30.1 - LWP-PhT-VB-RvS

Betreft: IVF-behandeling - aanpassing wet- en regelgeving

Geachte minister Klink en minister Plasterk,

Middels deze brief verzoeken wij u om de wet- en regelgeving zodanig aan te passen dat het voor lesbische paren ook mogelijk is om met een bekende donor gebruik te maken van in vitro fertilisatie (IVF) zonder tussenkomst van een spermabank.

Nu is een IVF-behandeling zonder tussenkomst van een spermabank volgens de Wet Veiligheid en Kwaliteit Lichaamsmateriaal (Wet VKL) alleen mogelijk wanneer de zaaddonor de mannelijke partner van de vrouw is. Aangezien vrouwenparen per definitie zijn aangewezen op een 'derde' als zaaddonor - meestal een bekende donor - ondervinden zij onevenredig nadeel van de huidige wet- en regelgeving.

Wij sluiten met deze oproep aan bij een recent oordeel van de Commissie Gelijke Behandeling (CGB, oordeel 2009-31). De CGB oordeelt dat het door ziekenhuizen zonder spermabank gehanteerde beleid leidt tot onderscheid op grond van seksuele gerichtheid, omdat alle lesbische stellen hierdoor worden uitgesloten van zo'n behandeling; zij zijn namelijk per definitie aangewezen op donorzaad. De CGB constateerde echter ook dat het onderscheid gerechtvaardigd is, omdat ziekenhuizen gebonden zijn aan de huidige wet- en regelgeving. De CGB heeft dit oordeel onder de aandacht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gebracht.

1

COC Nederland - Postbus 3836 - 1001 AP Amsterdam - tel: 020-623 45 96 - e-mail: [j.ntQ.@.GQc..nl](mailto:j.ntQ.@.GQc..nl) - [www.coc.nl](http://www.coc.nl)

Wij verzoeken u daarom tevens om ziekenhuizen die vruchtbaarheidsbehandelingen verrichten er opnieuw op te wijzen dat (direct of indirect) onderscheid (in de praktijk) op grond van seksuele gerichtheid bij IVF-behandelingen onaanvaardbaar.

Met dank voor uw belangstelling zien wij uit naar uw antwoord.

Hoogachtend,

Vera Bergkamp, vicevoorzitter  
COC Nederland





Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

De Minister

Ontworpen door

T [redacted]@minvws.nl

Datum

29 november 2010

Kenmerk

GMT/MVG 3036742

Zaaknummer

3036742

Bijlagen

1

Afschrift aan

Archief  
de Staatssecretaris  
Linden  
olthof

Uw kenmerk

## nota

(ter beslissing)

IVF-behandeling lesbische stellen

Paraaf DGU

3/12

Paraaf directeur GMT

04/12

6/12

### 1 Aanleiding voor deze nota

Het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) heeft een IVF-behandeling geweigerd uit te voeren bij een lesbisch stel ondanks het feit dat het stel een eigen zaaddonor had gevonden. In verschillende bladen is de suggestie gewekt dat er bij het LUMC onderscheid gemaakt zou worden tussen homo- en heterostellen bij het uitvoeren van IVF-behandelingen. Tweede Kamerlid Linda Voortman van GroenLinks heeft aangegeven middels een spoeddebat opheldering te willen krijgen over de werkwijze van het LUMC. Echter, de Tweede Kamer heeft besloten eerst een brief van u af te wachten waarin opheldering wordt gegeven over de werkwijze van het LUMC.

### 2 Samenvatting

Bijgevoegd treft u de brief aan de Tweede Kamer aan waarin u uitleg geeft over de wettelijke mogelijkheden en beperkingen bij IVF-behandelingen met donorzaad. In de brief geeft u aan dat er geen sprake is van uit de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal voortvloeiende discriminatie. Bijgevoegde brief is afgestemd met OC&W.

Het LUMC heeft overigens contact opgenomen met Tweede Kamerlid Linda Voortman en haar uitgenodigd voor een gesprek. Het LUMC zal tijdens het gesprek, mevr. Voortman informeren over de werkwijze inzake IVF-behandelingen binnen het LUMC.

### 3 Beslispunten en advies

Bij akkoord, bijgevoegde brief aan de Tweede Kamer ondertekenen.

### 4 Toelichting

#### Algemeen

Het LUMC heeft een IVF-behandeling geweigerd uit te voeren bij een lesbisch stel ondanks het feit dat het stel een eigen zaaddonor had gevonden. In

r:\uitgaande stukken  
gmt\nota\2010\mvg\3036742  
.id.doc



verschillende bladen is de suggestie gewekt dat er bij het LUMC onderscheid gemaakt zou worden tussen homo- en heterostellen bij het uitvoeren van IVF-behandelingen.

Kenmerk  
GMT/MVG 3036742

Relevante wetgeving bij bovengenoemde casus betreft de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (Wvkl). De Wvkl stelt eisen aan lichaamsmateriaal van donor tot patiënt. Onderdeel hiervan is de verplichting lichaamsmateriaal na de verkrijging ervan aan te bieden aan een orgaanbank (in dit geval aan een erkende spermabank). Een reden hiervoor is het waarborgen van de kwaliteit van het lichaamsmateriaal. Een in dit verband relevante uitzondering op deze verplichting betreft de geslachtscellen voor partnerdonatie.

Het LUMC heeft geen eigen spermabank en heeft ten aanzien van IVF-behandelingen de beleidskeuze gemaakt om alleen IVF-behandelingen uit te voeren indien er daarbij sprake is van gebruik van zaad van de partner. Met andere woorden, het ziekenhuis biedt geen IVF-behandelingen aan als het daarbij gaat om gebruik van donorzaad. Ook heterostellen die afhankelijk zijn van een derde persoon als zaaddonor worden niet door het LUMC geholpen. Het LUMC heeft het stel bij het intakegesprek doorverwezen naar Stichting Freya (patiëntenorganisatie voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen) zodat zij vanuit daar verder konden zoeken naar een geschikte kliniek. In bijgevoegde brief aan de Tweede Kamer geeft u aan dat er geen sprake is van uit de Wvkl voortvloeiende discriminatie. Ook geeft u aan dat het feit dat het LUMC geen spermabank beheert, niet de reden is waarom het LUMC geen IVF-behandelingen uitvoert met donorzaad, maar dat het een beleidskeuze van het LUMC betreft om niet met een erkende spermabank samen te werken. Daarnaast geeft u aan dat de insinuaties in de verschillende bladen dat er bij het LUMC onderscheid gemaakt zou worden tussen homo- en heterostellen bij het uitvoeren van IVF-behandelingen niet correct is. De wettelijke eis met betrekking tot het aanbieden van donorzaad aan een (erkende) spermabank geldt namelijk net zo goed voor heterostellen die een voor hen bekende donor niet zijnde de partner meebrengen.

In de brief refereert u ook aan het oordeel dat is uitgebracht door de Commissie Gelijke Behandeling (CGB) in een vergelijkbare zaak waarbij een ziekenhuis geen IVF-behandeling aanbiedt aan twee met elkaar getrouwde vrouwen. Hierna treft u de achtergrond aan van het oordeel van de CGB.

(\* was ook LUMC.)

### **Achtergrond**

#### Oordeel Commissie Gelijke Behandeling

Op 20 april 2009 heeft de Commissie Gelijke Behandeling (CGB) haar oordeel (oordeel 2009-31) uitgebracht in de zaak waarbij een ziekenhuis geen IVF-behandeling aanbiedt aan twee met elkaar getrouwde vrouwen. Het stel was na een aantal mislukte pogingen tot zelfinseminatie een vruchtbaarheidstraject gestart in een ziekenhuis. Toen ook op deze wijze geen zwangerschap tot stand kwam, zijn zij doorverwezen naar een ziekenhuis waar een IVF-behandeling zou kunnen worden uitgevoerd. Het laatst bedoelde ziekenhuis heeft vervolgens aangegeven dat de vrouwen niet voor een dergelijke IVF-behandeling in aanmerking zouden komen omdat het ziekenhuis geen behandelingen met gedoneerd zaad uitvoert vanwege het feit dat het ziekenhuis geen spermabank beheert.





De CGB heeft destijds ondermeer geoordeeld dat het ziekenhuis indirect onderscheid maakte omdat in het bijzonder lesbische stellen door dit beleid worden getroffen vanwege het feit dat deze stellen altijd afhankelijk zijn van donorzaad. Wel is dit volgens de CGB objectief gerechtvaardigd omdat het begrip partnerdonatie geen ruimere interpretatie toelaat en het ziekenhuis zich aan de wet houdt.

Kenmerk  
GMT/MVG 3036742

Naar aanleiding van bovengenoemd oordeel zijn destijds Kamervragen (Sap en Heemelaar, beiden GroenLinks) aan de Minister van OCW en uw ambtsvoorganger gesteld met onder meer het verzoek de Wvkl aan te passen (opdat ook donorzaad onder de uitzondering van aanbidding aan een orgaanbank (in dit geval spermabank) zou komen te vallen). Daarnaast heeft ook het COC destijds naar aanleiding van het oordeel de minister van VWS verzocht de Wvkl aan te passen.

#### Reactie op het oordeel

In de verschillende antwoordbrieven heeft uw ambtsvoorganger destijds aangegeven dat er geen sprake is van een uit de Wvkl voortvloeiende discriminatie zoals die in het kader van de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB) 'bewezen' is. Bovendien zijn er redenen van volksgezondheid om deze eis te handhaven. Een aanpassing van de Wvkl was dan ook niet aan de orde.

De concrete casus had wel aangetoond dat instellingen niet de mogelijkheden benutten die de Wvkl bij IVF-procedures biedt. Daarom heeft uw ambtsvoorganger begin 2010 betrokken instellingen en beroepsgroepen erop geattendeerd dat de Wvkl het wel degelijk toelaat dat indien een instelling bevoegd is om IVF-behandelingen uit te voeren, deze zo'n behandeling in principe ook met gedoneerd zaad (dus afkomstig van een ander dan van de levenspartner) kan uit voeren, ook als de instelling zelf niet over een erkende spermabank beschikt. Indien een instelling IVF-behandelingen wil uitvoeren met gedoneerd zaad, kan de instelling een (derden)contract afsluiten met een erkende spermabank. Willen stellen gebruik maken van zaad van een hen bekende donor, dan zal diens zaad wel op de gebruikelijke wijze door de spermabank moeten worden getest en goed bevonden voordat het voor IVF-behandelingen kan worden vrijgegeven. De spermabank is er altijd verantwoordelijk voor dat in voorkomende gevallen ook de registratieprocedures voorgeschreven in de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting worden gevolgd.

#### **Financiële en personele gevolgen en juridische haalbaarheid**

nvt

#### **Interne afstemming**

PG



**Nationaal en/of internationaal politiek en maatschappelijk draagvlak voor het voorstel**

nvt

**Kenmerk**  
GMT/MVG 3036742

**Communicatie naar de betrokken doelgroepen**

nvt

**Consequenties voor de administratieve lasten**

nvt

senior beleidsmedewerker



## 1 LUMC weigert lesbisch stel ivf-behandeling

22 november 2010

Volgens GroenLinks weigert het Leids Universitair Medisch Centrum lesbische stellen voor een ivf-behandeling, zelfs als de partners verminderd vruchtbaar zijn en zelf een donor hebben gevonden. GroenLinks wil met een spoeddebat opheldering van minister Schippers van VWS.

Het ziekenhuis weigerde een ivf-behandeling uit te voeren bij een lesbisch stel ondanks dat zij een eigen donor hadden. Reden voor weigering was de geaardheid van het paar. "Hadden zij zich als heterostel voorgedaan, dan had het wel gekund, zo zou het LUMC gesteld hebben", volgens GroenLinks.

## 2 Onderscheid

Tweede Kamerlid Linda Voortman van GroenLinks wil opheldering over de werkwijze van het LUMC. "Stellen met vruchtbaarheidsproblemen moeten in aanmerking kunnen komen voor ivf. Daar past geen onderscheid tussen homo- of heterostellen." Minister Klink heeft afgelopen september de Kamer beloofd de centra voor ivf te wijzen op het feit dat ze geen onderscheid mogen maken op basis van seksuele geaardheid. "We rekenen erop dat Schippers zich aan deze toezegging houdt", aldus Voortman.

## 3 Discriminatie niet aan de orde

Een woordvoerder van het LUMC laat weten dat van discriminatie geen sprake is. "We begrijpen de teleurstelling, maar er zijn wettelijke procedures verbonden aan stellen die met een donor komen. Daarvoor heeft een ziekenhuis een eigen spermabank nodig en die heeft het LUMC niet. We hebben het paar doorverwezen naar Stichting Freya (patiëntenorganisatie voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen) zodat zij vanuit daar verder konden zoeken naar een geschikte kliniek. Het gaat dus absoluut niet om discriminatie, maar om naleving van de wet." De woordvoerder laat verder weten dat ook heterostellen die afhankelijk zijn van een derde persoon als zaaddonor, niet in het LUMC geholpen kunnen worden.



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:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk  
GMT/MVG 3038287

Bijlagen

Uw brief

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

Datum - 7 DEC 2010  
Betreft IVF-behandeling lesbische stellen

Geachte voorzitter,

Het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) heeft een in-vitrofertilisatie (IVF-) behandeling geweigerd uit te voeren bij een lesbisch stel ondanks het feit dat het stel een eigen zaaddonor had. De Tweede Kamer heeft opheldering over de werkwijze van het LUMC gevraagd. Middels deze brief wil ik u informeren over de uitleg van de wettelijke mogelijkheden en beperkingen bij IVF-behandelingen met donorzaad.

#### Achtergrond

Het LUMC heeft een IVF-behandeling geweigerd uit te voeren bij een lesbisch stel ondanks het feit dat het stel een eigen zaaddonor had. Het ziekenhuis heeft tijdens het intakegesprek het paar doorverwezen naar Stichting Freya (patiëntenorganisatie voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen) zodat zij met hulp daarvan konden zoeken naar een geschikte kliniek. Het LUMC heeft geen eigen spermabank en heeft mij laten weten ten aanzien van IVF-behandelingen de beleidskeuze te hebben gemaakt om alleen IVF-behandelingen uit te voeren indien er daarbij sprake is van gebruik van zaad van de partner. Met andere woorden, het ziekenhuis biedt geen IVF-behandelingen aan als het daarbij gaat om gebruik van donorzaad. Ook heterostellen die afhankelijk zijn van een derde persoon als zaaddonor worden niet door het LUMC geholpen.

#### Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal

De Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (Wvkl) stelt eisen aan (handelingen met) lichaamsmateriaal van donor tot patiënt. Onderdeel hiervan is de verplichting menselijk lichaamsmateriaal dat bestemd is voor gebruik bij een geneeskundige behandeling, na verkrijging ervan aan te bieden aan een zogenaamde orgaanbank (in dit geval een spermabank). Dit dient twee doelen, namelijk het uitsluiten van commerciële belangen en daarnaast het waarborgen van de kwaliteit van het lichaamsmateriaal.

Een in dit verband relevante uitzondering op de verplichting lichaamsmateriaal na verkrijging ervan aan te bieden aan een orgaanbank betreft de geslachtscellen voor zogenaamde partnerdonatie. Zaad van een ander dan de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel van de vrouw valt buiten de definitie van partnerdonatie en dient derhalve te worden aangeboden aan een spermabank. Bovengenoemde uitzondering vindt zijn grond in Richtlijn 2004/23EG



die Nederland heeft geïmplementeerd in de Wvkl en het bijbehorende Eisenbesluit lichaamsmateriaal 2006. De ratio van de (Europese) wetgever hierachter is dat zulke partners door het hebben van een dergelijke relatie reeds eerder het risico op besmetting door de andere partner hebben gelopen, zou die besmet zijn (geweest). In het geval van een donor, al dan niet een bekende van het stel, geldt die ratio niet.

Ons kenmerk  
GMT/MVG 3038287

Bovenstaande doet overigens niets af aan het feit of een vrouw voorafgaand aan haar verzoek voor een IVF-behandeling zelf al pogingen heeft ondernomen tot zelfinseminatie. Bij elke poging van een vrouw tot zelfinseminatie wordt zij blootgesteld aan een zeker risico. Dat wil echter niet zeggen dat ik kan toelaten dat artsen, door hun medisch handelen, deze vrouwen een risico op besmetting met een overdraagbare aandoening laten lopen.

#### **Tot slot**

Bovengenoemde casus staat niet op zichzelf. Op 20 april 2009 heeft de Commissie Gelijke Behandeling (CGB) haar oordeel (oordeel 2009-31) uitgebracht in de zaak waarbij een ziekenhuis geen IVF-behandeling aanbiedt aan twee met elkaar getrouwde vrouwen. Het stel was na een aantal mislukte pogingen tot zelfinseminatie een vruchtbaarheidstraject gestart in een ziekenhuis. Toen ook op deze wijze geen zwangerschap tot stand kwam, zijn zij doorverwezen naar een ziekenhuis waar een IVF-behandeling zou kunnen worden uitgevoerd. Het laatst bedoelde ziekenhuis heeft vervolgens aangegeven dat de vrouwen niet voor een dergelijke IVF-behandeling in aanmerking zouden komen omdat het ziekenhuis geen behandelingen met gedoneerd zaad uitvoert vanwege het feit dat het ziekenhuis geen spermabank beheert.

Bovengenoemde casus heeft destijds aangetoond dat instellingen niet de mogelijkheden benutten die de Wvkl bij IVF-procedures biedt. Daarom heeft mijn ambtsvoorganger begin 2010 betrokken instellingen en beroepsgroepen erop geattendeerd dat de Wvkl het wel degelijk toelaat dat indien een instelling bevoegd is om IVF-behandelingen uit te voeren, deze zo'n behandeling in principe ook met gedoneerd zaad (dus afkomstig van een ander dan van de partner) kan uitvoeren, ook als de instelling zelf niet over een (erkende) spermabank beschikt. Indien een instelling IVF-behandelingen wil uitvoeren met gedoneerd zaad, kan de instelling een (derden)contract afsluiten met een spermabank. Willen stellen gebruik maken van zaad van een hen bekende donor, dan zal diens zaad wel op de gebruikelijke wijze door de spermabank moeten worden getest en goed bevonden voordat het voor IVF-behandelingen kan worden vrijgegeven. De spermabank is er altijd verantwoordelijk voor dat in voorkomende gevallen ook de registratieprocedures voorgeschreven in de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting worden gevolgd.

Dat in dit geval het LUMC geen IVF-procedures uitvoert met zaad afkomstig van een ander dan van de partner is een beleidskeuze van het desbetreffende ziekenhuis en geen gevolg van beperkende regelgeving, immers zij hebben er voor gekozen niet samen te werken met een erkende spermabank. Dat stellen die afhankelijk zijn van zaad afkomstig van een ander dan van de partner bij minder ziekenhuizen terecht kunnen dan andere stellen, vind ik als zodanig niet bezwaarlijk. Dergelijke zorg kan beter op een hoog kwaliteitsniveau in een beperkt aantal instellingen worden aangeboden, dan op een lager niveau in meer instellingen. Op deze wijze worden besmettingsrisico's beter beperkt. Wel is het




wenselijk dat personen die voor het tot stand brengen van een zwangerschap gebruik willen maken van donorzaad direct naar het juiste ziekenhuis worden doorgestuurd.

Ons kenmerk  
GMT/MVG 3038287

Het LUMC heeft mij laten weten dat het stel tijdens het intakegesprek is medegedeeld dat het LUMC zelf geen IVF-behandelingen uitvoert met donorzaad. Het LUMC heeft het stel daarom doorverwezen naar Stichting Freya die beschikt over informatie welke klinieken in Nederland IVF-behandelingen met donorzaad aan lesbische stellen aanbiedt. Het gaat in dit geval om de volgende klinieken: AMC, UMC Utrecht, UMC Groningen, Deventer Ziekenhuis en Medisch Centrum Kinderwens te Leiderdorp.

Ten slotte wil ik er op wijzen dat er bij het LUMC geen onderscheid gemaakt wordt tussen homo- en heterostellen bij het uitvoeren van IVF-behandelingen. Wellicht ten overvloede merk ik nogmaals op dat bovengenoemde uit de Wvkl voortvloeiende eisen niet alleen gelden voor lesbische stellen, maar ook voor heterostellen die zaad willen laten gebruiken van een donor niet zijnde de partner. Met betrekking tot IVF-behandelingen bij stellen die gebruik willen maken van zaad afkomstig van een donor niet zijnde de partner acht ik zorgvuldige communicatie van groot belang zodat duidelijk is dat de situatie voor homo- en heterostellen gelijk is.

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

  
mw/rls E.T. Schinners



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

DGV  
h/u

Directie Publiek  
Gezondheid

Ontworpen door

@minvws.r

T

Datum 7 januari 2011

Kenmerk

PG/E-3045051

Zaaknummer

3045051

Bijlagen

1

Afschrift aan

Archief

J. Roos

Uw kenmerk

p:\pg\ivf-klinieken sluiten  
alleenstaanden uit\nota ter  
info aan dgv.doc

# nota

(ter beslissing)

Brief aan IVF-klinieken

Paraaf eur PG

## 1 Aanleiding voor deze nota

Uw opmerkingen op de eerdere versie van de brief aan IVF-klinieken.

## 2 Samenvatting

De brief aan de IVF-klinieken is naar aanleiding van uw opmerkingen aangepast.

## 3 Beslispunten en advies

Gaarne akkoord gaan met de aangepaste tekst van de brief.

## 4 Toelichting

In reactie op uw opmerkingen het volgende:

### 1) De brief verwijst naar ophef alleenstaanden, de brief gaat over alleenstaande en lesbische vrouwen.

in de uitzending van Nova van 27 juli jl. ging het specifiek om alleenstaande vrouwen die geweigerd werden door drie IVF-klinieken (UMC, Medisch Centrum Kinderwens en VU medisch centrum). Kamerlid Arib heeft echter in haar kamervragen het thema uitgebreid tot lesbische vrouwen. Eerder beleid (reeds ontwikkeld onder toenmalig bewindspersoon Borst) gaat over beide groepen. Dit beleid is nog steeds hetzelfde. De brief gaat daarom in op het beleid ten aanzien van zowel alleenstaande als ook lesbische vrouwen (paren).

### 2) De brief is wellicht wat bot, gezien het feit dat de meeste klinieken wel overeenkomstig de regels handelen.

De brief is aangepast. In de minuut ziet u de wijzigingen in geel gemarkeerd.

### 3) U geeft aan de situatie te missen die in de kamervragen over spermabanken speelde.

Er is sprake van verschillende kamervragen:

- Onderhavige brief is een uitvloeisel van de kamervragen van o.a. Arib. Deze kamervragen gaan over het beleid ten aanzien van lesbische



paren en alleenstaande vrouwen. In deze vragen was er wel degelijk sprake van dat enkele klinieken mogelijk deze groepen – in strijd met het beleid – ongelijk behandelen. Vandaar het verzoek in de brief om het beleid aan te passen.

- b) Kamervragen over de spermabank (beantwoord door GMT). De kamervragen suggereerden discriminatie van lesbische paren, terwijl zoals aangegeven in de beantwoording van de kamervragen door GMT, hiervan geen sprake is. Immers: er is een rechtvaardiging voor het onderscheid op grond van de Wet kwaliteit zeggenschap lichaamsmateriaal.

Directie Publieke  
Gezondheid

Kenmerk

In de brief wordt alleen ingegaan op de kamervragen onder a, namelijk:

- Dat is conform de toezegging aan de TK.
- Onderdeel b. ook opnemen zou leiden tot meer verwarring bij de klinieken (immers het gaat dan om een ander probleem en een andere wetgevingscontext).

beleidsmedewerker Ethiek







21/1-2011



# ► Minuut

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

## Gezondheid

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

## Inlichtingen bij

[Redacted]@minvws.nl  
T 070 [Redacted]

Ons kenmerk  
G/E-3038535

## Bijlagen

## Uw brief

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

## Datum

Betreft toegang tot vruchtbaarheidsbehandeling bij IVF-klinieken

Geacht Bestuur,

Met deze brief informeer ik u over het beleid ten aanzien van vruchtbaarheidsbehandelingen bij lesbische en alleenstaande vrouwen. Naar aanleiding van berichten in de media dat in drie IVF-klinieken alleenstaande vrouwen uitgesloten zouden worden van behandeling, is aan de Tweede Kamer in de beantwoording van kamervragen toegezegd het lopende beleid aangaande vruchtbaarheidsbehandelingen en lesbische en alleenstaande vrouwen nogmaals uiteen te zetten (Kamerstukken II, 2010/11, 2010Z11305 en 2010Z11306).

Hierbij merk ik op dat ik me er van bewust ben dat het overgrote deel van de dertien IVF-klinieken zich wel aan het hieronder beschreven beleid en protocol houdt. Wellicht is deze brief met uitleg over het kabinetbeleid derhalve voor u niet relevant.

Het kabinet acht het niet aanvaardbaar dat lesbische stellen en alleenstaanden met een medische indicatie bij voorbaat worden uitgesloten van IVF enkel en alleen op grond van het feit dat zij lesbisch respectievelijk alleenstaand zijn. Eenzelfde standpunt geldt met betrekking tot verzoeken om KI, zij het dat het vereiste van aanwezigheid van een medische indicatie dan niet gesteld hoeft te worden. Een KI-behandeling is in vergelijking met een IVF-behandeling een redelijk eenvoudige ingreep met weinig complicaties. Om deze reden is voor een IVF-behandeling een medische indicatie vereist, maar voor een KI-behandeling kan het ontbreken van een mannelijke partner al een voldoende indicatie zijn. Dit standpunt is geformuleerd door de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstukken II, 2001/2002, 23 307, nr. 26). Dit standpunt verwoordt nog steeds het huidige beleid.

Documentnaam: P:\PG\IVF-klinieken sluiten alleenstaanden uit\herziene brief IVF-klinieken 10 dec 2010.doc Auteur: [Redacted] Toestel: [Redacted]

Route	Paraaf/Datum	Route	Paraaf/Datum
auteur	[Redacted]		
afdelingshoofd	[Redacted]		
directeur	[Redacted]		

## Bijzonderheden

Dit betekent uiteraard niet dat er geen redenen kunnen zijn om in individuele gevallen toch geen vruchtbaarheidsbehandeling uit te voeren. Uiteraard spelen in deze beslissing medische gronden een rol, zoals de medische situatie van de vrouw, de leeftijd en de slagingskans van de behandeling; daarnaast is ook het belang van het toekomstige kind een criterium in de beoordeling van de vraag of over wordt gegaan tot een vruchtbaarheidsbehandeling. Het onlangs door de Nederlandse Vereniging van Gynaecologie en Obstetrie (NVOG) uitgebrachte protocol 'Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen' ondersteunt dit beleid. Hierin staat beschreven dat iedere aanvraag naar een vruchtbaarheidsbehandeling afzonderlijk moet worden gewogen en bij twijfels in een multidisciplinair overleg moet worden besproken. Het kan uiteraard ook dan niet zo zijn dat bepaalde groepen hulpvragers bij voorbaat kunnen worden uitgesloten van een vruchtbaarheidsbehandeling. Wel betekent het dat het welzijn van het toekomstige kind uitgangspunt vormt als het gaat om beslissingen rondom vruchtbaarheidsbehandelingen.

**Directie Publieke  
Gezondheid**

**Ons kenmerk  
PG/E-3038535**

Mocht het zo zijn dat in uw kliniek de regels voor toegang tot vruchtbaarheidsbehandelingen voor lesbische en alleenstaande vrouwen niet overeenkomen met het beleid zoals hierboven beschreven, dan wil ik u vriendelijk verzoeken om uw beleid aan te passen aan het kabinetsbeleid en het protocol van de beroepsgroep.

Met vriendelijke groet,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport, namens deze,  
de Directeur-Generaal Volksgezondheid,

drs. P.H.A.M. Huijts

AMC  
Raad van Bestuur  
Postbus 22660  
1100 DD AMSTERDAM

AZM  
Raad van Bestuur  
Postbus 5800  
6202 AZ MAASTRICHT

Catharina Ziekenhuis Eindhoven  
Raad van Bestuur  
Postbus 1350  
5602 ZA EINDHOVEN

Erasmus MC  
Raad van Bestuur  
Postbus 2040  
3000 CA ROTTERDAM

Isala Klinieken  
Raad van Bestuur  
Postbus 104008  
8000 GK ZWOLLE

LUMC  
Raad van Bestuur  
Postbus 9600  
2300 RC LEIDEN

Medisch Centrum Kinderwens  
Directie  
Postbus 30  
2350 AA LEIDERDORP

Reinier de Graaf gasthuis,  
Diaconessenhuis  
Raad van Bestuur  
Fonteynenburglaan 5  
2275 CX VOORBURG

St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg  
Raad van Bestuur  
Postbus 90151  
5000 LC TILBURG

UMC St. Radboud  
Raad van Bestuur  
Postbus 9190  
6500 HB NIJMEGEN

UMCG  
Raad van Bestuur  
Postbus 30001  
9700 RB GRONINGEN

UMCU  
Raad van Bestuur  
Postbus 85500  
35085 GA UTRECHT

Vrije Universiteit Medisch Centrum  
Raad van Bestuur  
Postbus 7057  
1007 MB AMSTERDAM

deppen 4/10 '2011 JK  
10.2.e, tenzij anders aangegeven

Doc. 7

MIN. v. VOLKSGEZON. TIJD.  
WELZIJN EN SPORT  
INGEKOMEN

1 FEB 2011

Directie: PG  
Registratie: AE  
3049165

MEDISCH CENTRUM  
KINDERWENS  
VRUCHTBAARHEIDSONDERZOEK, IVF EN SPERMABANK

Ministerie Van V.W. en S.  
t.a.v. [redacted]  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Leiderdorp, 28 januari 2011

Betreft: uw brief kenmerk PG/E-3038535 "toegang tot vruchtbaarheidsbehandelingen"

Geachte mevrouw [redacted]

Alhoewel uw bovengenoemde brief niet specifiek aan ons is gericht, stellen wij er toch prijs op als betrokken IVF kliniek te reageren.

U noemt de "berichten in de media dat in drie IVF klinieken alleenstaande vrouwen uitgesloten zouden worden van behandeling" als aanleiding. Met een van die klinieken worden wij bedoeld. Het betreffende VARA programma heeft gekozen voor sensatie en niet voor waarheid.

Als IVF kliniek met een grote spermabank behandelen wij al meer dan twintig jaar naast heteroparen ook lesbische paren en alleenstaande vrouwen en zijn daarmee ook niet gestopt. Momenteel zijn nog steeds alleenstaanden onder behandeling. Vorig jaar hebben wij een *tijdelijke en kortdurende stop op nieuwe aanmeldingen voor behandeling met donorzaad* gehad om de simpele reden dat er een chronisch tekort aan donorzaad is. In het gesprek met de VARA journalist is dit uitgelegd, hij meldde dat hij dit begreep en zou dit ook zo vermelden. Vervolgens wordt in de betreffende uitzending gemeld dat ook wij alleenstaanden weigeren voor IVF behandeling. Dit is het niveau van berichtgeving, het verdriet ons dat Tweede Kamer en vervolgens het kabinet zich hierdoor laat leiden in haar meningsvorming.

Een eenvoudige enquête had kunnen leren dat alleen de vier IVF klinieken met een spermabank (Groningen, Zwolle, AMC, Leiderdorp) in staat zijn tot behandeling van lesbische paren en alleenstaanden en deze vier klinieken weigeren niet. De andere negen IVF kliniek wel omdat zij niet in staat zijn tot behandeling wegens ontbreken van een essentieel onderdeel van bevruchting: zaad.

Wij zijn het dus eens met het kabinetstandpunt en voeren dit als zodanig ook uit. Wellicht is het een volgende maal te overwegen eerst te informeren of het waar is wat een sensatiezoekend medium debiteert

Met vriendelijke groet

Dr. M.J. Croij  
Gynaecoloog  
Directeur Medisch Centrum Kinderwens

Medisch Centrum Kinderwens  
Elisabethhof 21 A, 2353 EW Leiderdorp  
Postbus 30, 2350 AA Leiderdorp  
FO K012\_v2

Tel. +31(0)71 [redacted]  
Fax +31(0)715812309  
e-mail info@mckinderwens.nl  
www.mckinderwens.nl

ABN-AMRO 47.41.16.190  
BIC: ABNANL2A  
IBAN: NL97ABNA0474116190  
Kamer van koophandel Rijnland 41165830

**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Cc:** [redacted]  
**Onderwerp:** FW: vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen  
**Datum:** dinsdag 7 augustus 2018 12:08:26  
**Bijlagen:** [image001.jpg](#)

---

Ha [redacted]

Ik mail je even over onderstaand gespreksverzoek vanuit het NVOG, zie onderstaande mailwisseling. NVOG heeft hierover recent ook bijgaande brief aan het ZIN geschreven, waarop ZIN heeft uitgelegd waarom het niet tot de verzekerde zorg onder de Zorgverzekeringswet valt.

Omdat we de laatste tijd vaker Zwv-financieringsvraagstukken t.a.v. medisch-ethische ingrepen krijgen (bijv. het dossier IVF behandeling bij draagmoederschap, waarop we nu uitvraag bij ZIN hebben uitstaan) lijkt het mij goed om gezamenlijk te bespreken wat we hiermee kunnen en willen. Mogelijk zien jullie wel opties om hier – buiten het Zwv-kader – over na te denken met deze bewindspersonen. Maar dan vanuit de vraag: wil men dit politiek gaan financieren? Vervolg vraag daarna is dan het hoe, waarvoor uiteraard ook andere mogelijkheden dan de Zwv zijn.

Ik zal hiervoor een overleg inplannen.

Vriendelijke groeten,

[redacted]

---

**Van:** Hellebrekers, Bart [redacted] @ [redacted]  
**Verzonden:** vrijdag 3 augustus 2018 8:38  
**Aan:** [redacted]  
**Onderwerp:** RE: vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen  
Geachte heer [redacted], beste [redacted]

Dank voor de snelle reply!

Ik ben vanaf morgen drie weken op vakantie dus bellen liever daarna.

Ten aanzien van de vraag. Wij wilden al langer met het zorginstituut in een breder kader de vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bespreken. Dit mede n.a.v. het verschijnen van het rapport van de staatscommissie herijking ouderschap. Die commissie vindt dat de overheid zich zou moeten beraden op de financiering van complexere IVF-behandelingen, waarbij ook de vraag in welke gevallen draagmoederschap binnen het basispakket moet worden gefinancierd, aan de orde dient te komen. Wij zijn het hier mee eens. Het onderwerp is nu vrij acuut actueel geworden doordat verzekeraar ENO materiele controles uitvoert naar fertiliteitsbehandelingen bij lesbische en alleenstaande vrouwen. Het ZIN hanteert de regel dat 'een alleenstaande alleen aanspraak op vergoeding van een vruchtbaarheidsbehandeling heeft wanneer duidelijk is dat er sprake is van een stoornis in de vruchtbaarheid; het alleenstaand zijn staat een zwangerschap op natuurlijke wijze niet in de weg. Hetzelfde geldt voor een lesbisch stel'. De NVOG is van mening dat ook voor alleenstaande en lesbische paren moet gelden dat zij de hulp bij de voortplanting, nodig bij het vormen van een gezin, vergoed krijgen uit de basisverzekering. Hier zijn legio argumenten voor aan te dragen, van pure discriminatie tot in strijd zijn met standpunten van onze wetenschappelijke vereniging tot nieuwe definities van infertiliteit van de WHO. Gynaecologen blijken in de praktijk niet bezig te zijn met of iemand nu hetero, lesbisch of alleenstaand is, maar zijn bezig met het beantwoorden van de hulpvraag van hun patiënt. Het gaat in de discussie met ENO met name om KID en IUI-D bij alleenstaande en lesbische paren. Omdat materiele controles worden doorgezet is er nu onrust in het land aan het ontstaan, bij patiënten en gynaecologen. Vandaar onze vraag aan ZIN hoe we het geregeld kunnen krijgen deze zaken op te nemen in het basispakket. Wij begrepen van hen dat zij hier recent met jullie over hebben gesproken en kregen het advies het met VWS op te nemen omdat er een

regelgevingswijziging nodig is en dat opname uiteindelijk een politiek besluit is van 2<sup>e</sup> kamer en minister. Gezien de onrust die er nu aan het ontstaan is, en de gevoeligheid van het onderwerp, lijkt het ons verstandig dat we op vrij korte termijn een afspraak plannen. We spreken elkaar in ieder geval snel. Ik houd mijn mail enigszins bij op vakantie.

Beste groeten,

Bart

**Dr. Bart W.J. Hellebrekers, gynaecoloog**

10.2.g

**Van:** [redacted]

**Verzonden:** donderdag 2 augustus 2018 14:02

**Aan:** Hellebrekers, Bart

**Onderwerp:** RE: vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen  
Geachte heer Hellebrekers, beste Bart,

Je eerste mail van dinsdag jl. heeft [redacted] onder meer naar mij doorgezonden.

Ik stel voor om volgende week even te bellen. Dan is namelijk een collega van mij terug van vakantie en hij heeft de onderwerpen rond zwangerschap en geboorte in portefeuille voor zover het de aspecten rond het verzekerde pakket betreft. Ik mail je begin volgende week nog even wie je het best kan benaderen en wanneer dat het best schikt.

Daarop vooruitlopend alvast een vraag: heeft het Zorginstituut hierover onlangs soms een officieel standpunt uitgebracht? Ik kan hierover niets op hun website vinden.

Met vriendelijke groet,

[redacted]

[redacted]

Ministerie van VWS

directie Zorgverzekeringen, cluster Pakketbeheer

tel: 06 [redacted]

[redacted]

---

**Van:** Hellebrekers, Bart [redacted]@<sup>10.2.g</sup>[redacted].nl>

**Datum:** dinsdag 31 jul. 2018 7:50 PM

**Aan:** [redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** RE: vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen

Beste [redacted]

Dank voor je snelle reply!

Ik was van plan om je morgen even te bellen om e.e.a. toe te lichten..

Vraag me af of dat nu nog zinvol is of zal ik op korte termijn bellen met iemand van directie Zorgverzekeringen? Laat me maar weten!

Beste groet,

Bart

**Dr. Bart W.J. Hellebrekers, gynaecoloog**

10.2.g



**Van:** [redacted]@minvws.nl>

**Verzonden:** dinsdag 31 juli 2018 16:59

**Aan:** Hellebrekers, Bart [redacted]@10.2.g [redacted].nl>

**Onderwerp:** RE: vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen  
Dag [redacted]

Ik heb je mail doorgestuurd naar mijn collega's van de directie Zorgverzekeringen. Je hoort nog van ons.

Vriendelijke groet,

[redacted]

---

**Van:** Hellebrekers, Bart [redacted]@10.2.g [redacted].nl]

**Verzonden:** dinsdag 31 juli 2018 16:08

**Aan:** [redacted]

**Onderwerp:** vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen

Beste [redacted]

e NVOG zou graag op korte termijn een afspraak met VWS willen maken om problematiek rond de. Er is landelijk tumult ontstaan rond een materiële controle van verzekeraar ENO naar vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij deze patiëntengroep. ENO is van mening dat een alleenstaande alleen aanspraak heeft op vergoeding van een vruchtbaarheidsbehandeling wanneer er duidelijk is dat er sprake is van een stoornis in de vruchtbaarheid. De verzekeraar is van mening dat het alleenstaand zijn een zwangerschap op natuurlijke wijze niet in de weg staat. Ook vinden zij dat hetzelfde geldt voor een lesbisch stel. ENO voelt zich hierbij gesteund door een uitspraak van het Zorginstituut. Wij zijn het hier als NVOG principieel niet mee eens. Om bij deze patiëntengroep verantwoord en veilig een zwangerschap tot stand te brengen heb je medische hulp nodig (zie de donorproblematiek van afgelopen jaar). De NVOG ziet zich hierbij gesteund door het staatsrapport 'herijking ouderschap in de 21<sup>ste</sup> eeuw' en het NVOG standpunt 'Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten en gedoneerde embryo's en draagmoederschap'. Graag willen wij hier met VWS het gesprek over aangaan. Een afvaardiging van het NVOG bestuur zal zich laten vergezellen door een aantal leden van de pijler voortplantingsgeneeskunde van de NVOG en een vertegenwoordiger van de patiëntenvereniging Freya. Gezien de maatschappelijke, politieke en media-gevoeligheid van het onderwerp hopen we op korte termijn het gesprek aan te kunnen gaan.

Beste groeten,  
Bart Hellebrekers  
Bestuurslid NVOG

**Dr. Bart W.J. Hellebrekers, gynaecoloog**

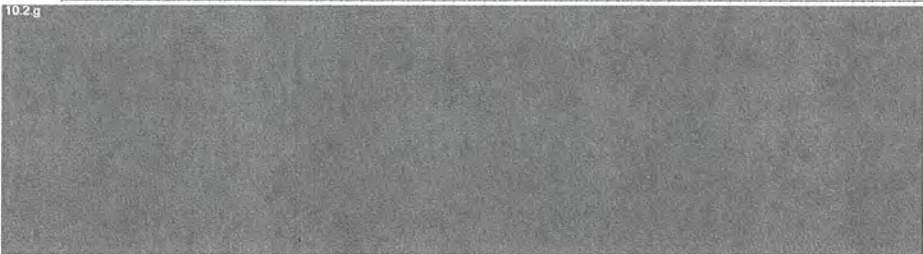
10.2.g



Website: [www.gyn-care.nl](http://www.gyn-care.nl)



10.2.g





**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Onderwerp:** FW: vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen vanuit het basispakket  
**Datum:** maandag 3 september 2018 16:03:52  
**Bijlagen:** [image001.jpg](#)

---

Beste [redacted] en [redacted]

Ik ben weer in huis. Morgen spreken we elkaar over onderstaand vraagstuk. Deze mail ter info. Ik heb a.s. donderdag ook een telefonisch overleg met dhr. Hellebrekers ingepland op zijn verzoek. Goed om dus morgen ook onze reactie te bespreken.

Vriendelijke groet,

---

**Van:** Hellebrekers, Bart [mailto:[redacted]@10.2g]

**Verzonden:** donderdag 30 augustus 2018 11:01

**Aan:** [redacted]

**Onderwerp:** vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen vanuit het basispakket

Geachte heer [redacted]

Via [redacted] en [redacted] als het goed is nu aangekomen bij de juiste persoon en net als ik net of bijna terug van vakantie! Ik benader u met een prangende vraag aangaande de vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen vanuit het basispakket (KID en IUI-D).

Wij wilden al langer met het zorginstituut in een breder kader de vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bespreken. Dit mede n.a.v. het verschijnen van het rapport van de staatscommissie herijking ouderschap. Ik begrijp dat u de afstemming verzorgt over de adviesaanvraag om na te gaan of, en zo ja op welke wijze, complexere IVF-behandelingen (bij voorbeeld draagmoederschap) binnen het basispakket van de Zorgverzekeringswet kan worden gefinancierd. Als NVOG kijken wij bijzonder positief tegen deze ontwikkeling aan. Het onderwerp is nu vrij acuut actueel geworden doordat verzekeraar ENO materiële controles uitvoert naar fertiliteitsbehandelingen bij lesbische en alleenstaande vrouwen. Het ZiN hanteert de regel dat *'een alleenstaande alleen aanspraak op vergoeding van een vruchtbaarheidsbehandeling heeft wanneer duidelijk is dat er sprake is van een stoornis in de vruchtbaarheid; het alleenstaand zijn staat een zwangerschap op natuurlijke wijze niet in de weg. Hetzelfde geldt voor een lesbisch stel'*. De NVOG is van mening dat ook voor alleenstaande en lesbische paren moet gelden dat zij de hulp bij de voortplanting, nodig bij het vormen van een gezin, vergoed krijgen uit de basisverzekering. Hier zijn legio argumenten voor aan te dragen, van pure discriminatie tot in strijd zijn met standpunten van onze wetenschappelijke vereniging tot nieuwe definities van infertiliteit van de WHO. Gynaecologen blijken in de praktijk niet bezig te zijn met of iemand nu hetero, lesbisch of alleenstaand is, maar zijn bezig met het beantwoorden van de hulpvraag van hun patiënt. Het gaat in de discussie met ENO met name om KID en IUI-D bij alleenstaande vrouwen en lesbische paren. Omdat materiële controles worden doorgezet is er nu onrust in het land aan het ontstaan, bij patiënten en gynaecologen. Wij hebben hierop contact opgenomen met het ZiN met de vraag hoe we het geregeld kunnen krijgen deze zaken op te nemen in het basispakket. Ik begreep van hen dat zij hier met jullie over in gesprek zijn en kreeg het advies het met VWS op te nemen omdat er een regelgevingswijziging nodig is en dat opname uiteindelijk een politiek besluit is van 2<sup>e</sup> kamer en minister. Wij hopen dat we een koppeling kunnen maken tussen het dossier van de complexere IVF-behandelingen bij draagmoederschap en die van KID en IUI-D bij alleenstaande en lesbische vrouwen. Gezien de

onrust die er nu aan het ontstaan is, en de gevoeligheid van het onderwerp, zouden wij graag op korte termijn hierover het gesprek willen aangaan.

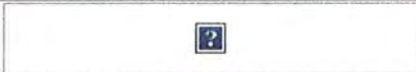
Beste groeten,

Bart Hellebrekers

Bestuurslid NVOG

**Dr. Bart W.J. Hellebrekers, gynaecoloog**

10.2.g



**Van:** [redacted]  
**Aan:** [Hellebrekers, Bart](mailto:Hellebrekers, Bart)  
**Onderwerp:** RE: vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen vanuit het basispakket  
**Datum:** donderdag 6 september 2018 19:42:00

---

Beste Bart,

Dank voor doorsturen van je nummer, ik neem volgende week contact met je op.

Vriendelijke groet,

[redacted]

---

**Van:** Hellebrekers, Bart [mailto:[redacted]@10.2.g[redacted].nl]  
**Verzonden:** donderdag 6 september 2018 16:57  
**Aan:** [redacted]  
**Onderwerp:** RE: vergoeding van fertiliteitsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen vanuit het basispakket

Beste [redacted]

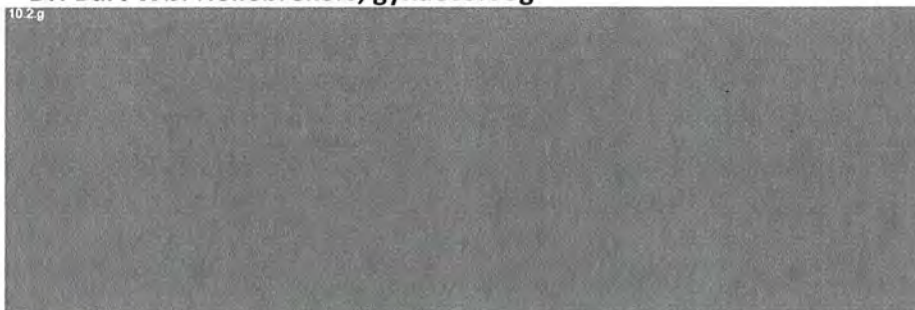
Dank voor het constructieve gesprek. Hierbij mijn [redacted].  
Ik wacht bericht volgende week even af.

Beste groet,

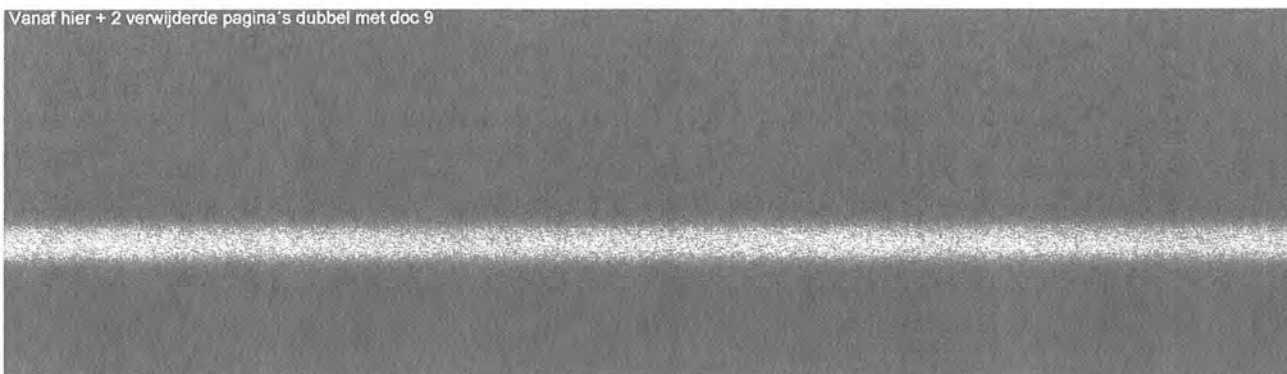
Bart

**Dr. Bart W.J. Hellebrekers, gynaecoloog**

10.2.g



Vanaf hier + 2 verwijderde pagina's dubbel met doc 9



[REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** zondag 9 september 2018 21:58  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** RE: NVOG / fertiliteitsbehandeling

Ik zal wat inplannen met ons drieën. Morgen melding door [REDACTED] in mtdgcz, goed om met elkaar door te spreken over de vervolgstap.

Verzonden met BlackBerry Work  
(www.blackberry.com)

---

**Van:** [REDACTED]@minvws.nl>  
**Datum:** zondag 09 sep. 2018 11:06 AM  
**Aan:** [REDACTED]@minvws.nl>  
**Kopie:** [REDACTED]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** FW: NVOG / fertiliteitsbehandeling

Hoi,  
ik ben weer terug van vakantie en zag onderstaande voorbij komen. Is een bijpraat nog nodig of even afwachten wat uit overleg met dgcz komt?  
Gr [REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 7 september 2018 14:32  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** FW: NVOG / fertiliteitsbehandeling

Ter info

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 7 september 2018 13:44  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** FW: NVOG / fertiliteitsbehandeling

Ha [REDACTED], ter info, begrijp dat [REDACTED] is aangesloten, maar met vakantie is. Zal maandag vast noemen in MTDGCZ. Ontbreken mannelijke partner is kennelijk tot dusverre als vruchtbaarheidsprobleem gezien, waardoor behandelingen zijn vergoed, terwijl medische noodzaak ontbreekt (tenzij er natuurlijk daadwerkelijk een vruchtbaarheidsprobleem bij de vrouw is).<sup>11.1</sup> [REDACTED]  
[REDACTED]


Groet, [REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 7 september 2018 11:11  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** NVOG / fertiliteitsbehandeling

Hoi [REDACTED]

Hierbij een weerslag van het gesprek dat ik gisteren heb gevoerd met Bart Hellebrekers, bestuurslid van de NVOG (beroepsvereniging gynaecologen), n.a.v. signalen over onrust over vergoeding van fertiliteitsbehandelingen. Ik gaf ook aan dat NVOG in de richtlijnen/een standpunt hierover iets heeft opgenomen, dit wordt mij later vandaag nog toegestuurd. Benieuwd hoe jij tegen de verzoeken aankijkt.

Groeten, 

#### Aanleiding

- o NVOG geeft aan dat er recent toenemende onrust is ontstaan onder de leden omdat verzekeraar ENO gestart is met materiële controles op vruchtbaarheidsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen. Bij de vruchtbaarheidsklinieken is de uitvraag uitgezet om op verzekerdenniveau het vruchtbaarheidsprobleem te onderbouwen, ik weet niet op welke schaal (vermoedelijk steekproefsgewijs). Dat zal dus in meerdere gevallen geen medische indicatie zijn, in geval van alleenstaande en lesbische vrouwen.

#### Vraagstuk

- o NVOG is van mening dat vruchtbaarheidsbehandelingen voor alleenstaande- en lesbische vrouwen vergoed moeten worden uit het basispakket. Het betreft de behandelingen KID (kunstmatige inseminatie met donorzaad) en IUI (intra uteriene inseminatie). Dit punt agenderen ze al langere tijd en ze waren dan ook erg blij met het rapport van de Staatscommissie Ouderschap die stelde dat complexere ivf-behandelingen (zoals IVF-behandelingen bij draagmoederschap) ook vergoed moeten worden, waarop we inmiddels een adviesaanvraag bij het Zorginstituut hebben neergelegd. NVOG geeft aan dat gynaecologen in de praktijk niet blijken bezig te zijn met of iemand nu hetero, lesbisch of alleenstaand is, maar zijn bezig met het beantwoorden van de hulpvraag van hun patiënt. Daarom zouden ook alleenstaande- en lesbische paren hulp bij voortplanting vergoed moeten krijgen vanuit het pakket. Hieruit blijkt dat het kennelijk al langere tijd gemeengoed is om kosten van de KID (paar honderd euro, vaak meerdere keren nodig) en IUI-behandelingen (ca. 3000 keer, meer kans op succes en wordt snel ingezet) te declareren.
- o Het Zorginstituut hanteert de regel dat *'een alleenstaande alleen aanspraak op vergoeding van een vruchtbaarheidsbehandeling heeft wanneer duidelijk is dat er sprake is van een stoornis in de vruchtbaarheid; het alleenstaand zijn staat een zwangerschap op natuurlijke wijze niet in de weg. Hetzelfde geldt voor een lesbisch stel'*. Er is dus geen sprake van een medische indicatie, want ontbreken van een mannelijke partner is geen (medisch) vruchtbaarheidsprobleem.
- o NVOG heeft recent bij ZIN gevraagd om te regelen dat de vruchtbaarheidsbehandelingen ook voor alleenstaanden en lesbische vrouwen in het basispakket wordt opgenomen, waarop ZIN hen naar VWS en de politiek heeft doorverwezen.
- o Breder context: NVOG heeft afgelopen maanden meerdere discussies geagendeerd via de ZIN/VWS route, zo heeft ZIN in maart een position paper ontvangen om anticonceptiepil voor kwetsbare vrouwen evenals zwaardere sterilisatiebehandelingen in het pakket op te nemen. Goed om te weten is dat Hugo volgende week programma Kansrijke Start lanceert, waarin hij aankondigt plaatsing van duurzame anticonceptie (spiraal) voor kwetsbare vrouwen te willen financieren (zij het niet via pakket). NVOG zal dat als een wind in de rug kunnen ervaren en mogelijk ook andere discussies een boost willen geven.

#### Verzoeken NVOG aan ons

- o NVOG bestuur geeft dat ze graag de situatie in de achterban tot rust brengen en hebben daartoe drie verschillende verzoeken gedaan
  - 1) In gesprek met VWS: NVOG wil graag met ons in gesprek om VWS/de minister o.b.v. argumentatie te bewegen tot opname in het pakket. Momenteel werken ze aan position paper met maatschappelijke en wetenschappelijke argumenten over deze kwestie.



- 2) Het huidige adviestraject ivf-draagmoederschap bij ZIN uitbreiden met KID en IUI bij lesbische/alleenstaande paren: <sup>11.1</sup>



- 3) Stopzetten materiële controles door ENO: hierop heb ik aangegeven dat VWS hier niet over gaat. NVOG is uiteraard vrij in zijn eigen contacten met ENO.

Eno verzekeraar N.V.  
T.a.v. de heer [REDACTED], zorgcontrol  
Postbus 166  
7400 AD Deventer

POSTADRES WOOZ  
POSTBUS 20075  
3502 LB UTRECHT

REGISTERED NVOG  
MERCATORLAAN 1209  
6E ETAGE, B-ZIJD  
3529 BL UTRECHT

+31 (0)30 28 23 812  
INFO@NVOG.NL  
WWW.NVOG.NL

KVK 40532508  
ING BANK 31 29 79  
IBAN NL70INGB0000312079  
BIC INGBNL2A  
BTW NL8065 88 847891

Betreft Materiele controle fertiliteitsbehandelingen ENO  
Kenmerk  
Datum 27-07-2018  
Plaats Utrecht

Geachte heer [REDACTED]

Hierbij willen wij u graag op de hoogte brengen van het standpunt van de NVOG betreffende vergoeding via de basis verzekering voor fertiliteitsbehandelingen met donorsperma voor alleenstaande vrouwen en lesbische paren. Dit standpunt staat los van de formele kanten van deze kwestie, waarover U in een eerder schrijven bent geïnformeerd.

In het onderhavige dossier wil de NVOG graag de volgende punten benadrukken:

1. Al heel lang is er een maatschappelijke verandering aan de gang waarbij de ouderwetse "genezing van een aandoening" is komen te vervallen en wij zijn gaan spreken over "zorg" en "zorgvragen". Kinderwens is een zeer diepgevoelde wens en permanente, ongewenste kinderloosheid leidt in alle opzichten tot een situatie voor de betrokkenen die alle kenmerken van een chronische ziekte heeft. Deze mensen zullen ook nooit opa en oma worden, het blijft je hele leven bij je.
2. Helemaal van deze tijd is het alleen aanbieden van "zinnige zorg" via de basisverzekering. Zinnige zorg is doelmatig en kwalitatief hoogstaand. Hierbij heeft ZiN ook overduidelijk de stelling genomen dat een behandeling toegevoegde waarde moeten hebben boven

geen behandeling en dient het behandelen gestoeld te zijn op wetenschappelijk bewijs. Behandeling met donorsperma van alleenstaande en lesbische paren valt onder zinnige zorg. Het is effectief, de vrouwen hebben immers thuis geen partner met sperma en het is kwalitatief hoogstaand. Behandeling met donorsperma valt onder strenge wet en regelgeving (Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb), de embryowet en de wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (Wvkl). Tenslotte is bij het vormen van een gezin met een spermadonor psychosociale screening en begeleiding een vereiste en volgen wij de nationale en internationale richtlijnen (Visser et al).

3. Indien de betreffende zorg niet gedekt wordt uit de basisverzekering, bestaat de kans dat de huidige praktijk van de KID in Nederland niet op niveau kan worden gehandhaafd en dat vrouwen hun heil moeten zoeken op het internet, of in het buitenland. Het toekomstig kind zal dan risico's gaan lopen op psychisch lijden, want het is niet voor niets in de wet geborgd dat donorgegevens beheerd en bewaard moeten worden voor 80 jaar, zodat het kind altijd zijn biologische verwekker kan achterhalen. (Zie hiervoor de Wet donorgegeven kunstmatige bevruchting). Dergelijke garanties bestaan in het buitenland zeker niet automatisch.
4. Alleenstaande vrouwen en lesbische paren zullen zich gediscrimineerd voelen. Waarom wordt de behandeling van een vrouw waarvan de man geen spermacellen in zijn ejaculaat heeft wel vergoed? Zij heeft immers ook geen ziekte in de klassieke zin en ook dit paar kan zelf een donor zoeken via het internet of in het buitenland.

De NVOG is van mening dat ook voor alleenstaande en lesbische paren moet gelden dat zij de hulp bij de voortplanting, nodig bij het vormen van een gezin, vergoed krijgen uit de basisverzekering. Momenteel zijn gesprekken gaande tussen ZiN, VWS en de NVOG, mede naar aanleiding van de nota Herijking Ouderschap. Hierin zijn ook de onderhavige kwesties in betrokken. Dit zal nadere, en breed maatschappelijk gedragen, duidelijkheid verschaffen.

De NVOG wil ENO dan ook verzoeken de huidige activiteiten in de vorm van Materiele controles te staken en af te wachten wat de besluiten gaan worden in de samenspraak tussen ZiN, VWS en de NVOG.

Met vriendelijke groeten,

Namens het bestuur NVOG,



Dr. Bart Hellebrekers, Bestuurslid NVOG



Prof. Dr. Frank Broekmans, Voorzitter Pijler voortplantingsgeneeskunde NVOG



**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Cc:** [redacted]  
**Onderwerp:** FW: vergoeding fertiliteitsbehandelingen  
**Datum:** maandag 10 september 2018 12:49:17  
**Bijlagen:** [image001.jpg](#)  
[Brief NVOG materiële controle fertiliteitsbehandelingen ENO.pdf](#)  
[standpunt-geassisteerde-voortplanting-met-gedoneerde-gameten-gedoneerde-embryos-en-draagmoederschap ws.pdf](#)

---

Beste [redacted] en [redacted]

Zie hieronder en bijgaand ter informatie nog aanvullende mail vanuit NVOG/Bart Hellebrekers, n.a.v. mijn vraag op welke plek hierover iets in kwaliteitsdocumenten is beschreven.

Groeten,

[redacted]

Vanaf hier + 2 verwijderde pagina's reeds openbaar



**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Cc:** [redacted]  
**Onderwerp:** Input Curestaf a.s. maandag  
**Datum:** vrijdag 21 september 2018 14:32:00

---

Ha [redacted] (en [redacted] en [redacted] in cc);

Zie hieronder input voor Curestaf t.b.v. de fertiliteitsdiscussie met NVOG. Mis jij nog zaken?

**Vergoedingsdiscussie fertiliteitsbehandelingen voor alleenstaande- en lesbische vrouwen**

- NVOG (beroepsgroep gynaecologen) heeft bij ons aangekaart dat er recent toenemende onrust is onder de leden omdat verzekeraars ENO en DSW materiële controles op vruchtbaarheidsbehandelingen. Klinieken moeten aantonen dat er bij hun cliënten sprake is van een medisch vruchtbaarheidsprobleem. Aanleiding voor de controles zijn signalen dat de klinieken behandelingen voor alleenstaande- en lesbische stellen in rekening brengen, terwijl daar strikt genomen geen medische indicatie voor is.
- Twistpunt is dat NVOG van mening is dat vruchtbaarheidsbehandelingen voor alleenstaande- en lesbische vrouwen vergoed moeten worden uit het basispakket, terwijl Zorginstituut/verzekeraars aangeven dat er geen sprake is van een medische indicatie. Het ontbreken van een mannelijke partner is immers geen medisch vruchtbaarheidsprobleem. Het betreft de behandelingen KID (kunstmatige inseminatie met donorzaad, kost per keer paar honderd euro) en IUI (intra uteriene inseminatie, behandeling ca €3000 euro per ker). NVOG geeft aan dat gynaecologen in de praktijk niet blijken bezig te zijn met of iemand nu hetero, lesbisch of alleenstaand is, maar zijn bezig met het beantwoorden van de hulpvraag van hun patiënt. Daarom zouden ook alleenstaande- en lesbische paren hulp bij voortplanting vergoed moeten krijgen vanuit het pakket.
- NVOG geeft aan dat gynaecologen deze behandelingen voor deze doelgroepen al jaren declareren en geven aan dat de onrust door de controles ertoe kan leiden dat specialisten de media op zullen zoeken om hun punt te maken dat deze behandelingen in het pakket thuishoren. Zij vragen VWS om pakketopname te regelen, of op z'n minst het Zorginstituut te verzoeken hierover een advies te schrijven. Ze voelen zich gesterkt door het recent uitgezette adviestraject bij het ZIN aangaande financiering van IVF-draagmoederschap (voor m.n. homoseksuele stellen), dat u op verzoek van MinOCW hebt uitgevraagd.
- Handelingsperspectief: <sup>11.1</sup> [redacted]

Groeten,

[redacted]

[REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** zondag 30 september 2018 19:24  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** RE: Input Curestaf a.s. maandag

Okidol

Grts, [REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** zondag 30 september 2018 19:22  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** RE: Input Curestaf a.s. maandag

Ha [REDACTED] en [REDACTED]

Er staat voor donderdag een reservering voor periodiek overleg met de NVOG in mijn agenda. Ik heb het daar met [REDACTED] nog net over gehad.

Weet ook niet wat daar geagendeerd is. Ik zet [REDACTED] in de cc. Morgen even naar kijken.

Groet, [REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** zondag 30 september 2018 11:03  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** FW: Input Curestaf a.s. maandag

Hoi [REDACTED] kan jij deze plaatsen?

Groet, [REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 28 september 2018 16:18  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** FW: Input Curestaf a.s. maandag

Weet jij hier iets van?


Verzonden vanaf mijn mobiele telefoon

---

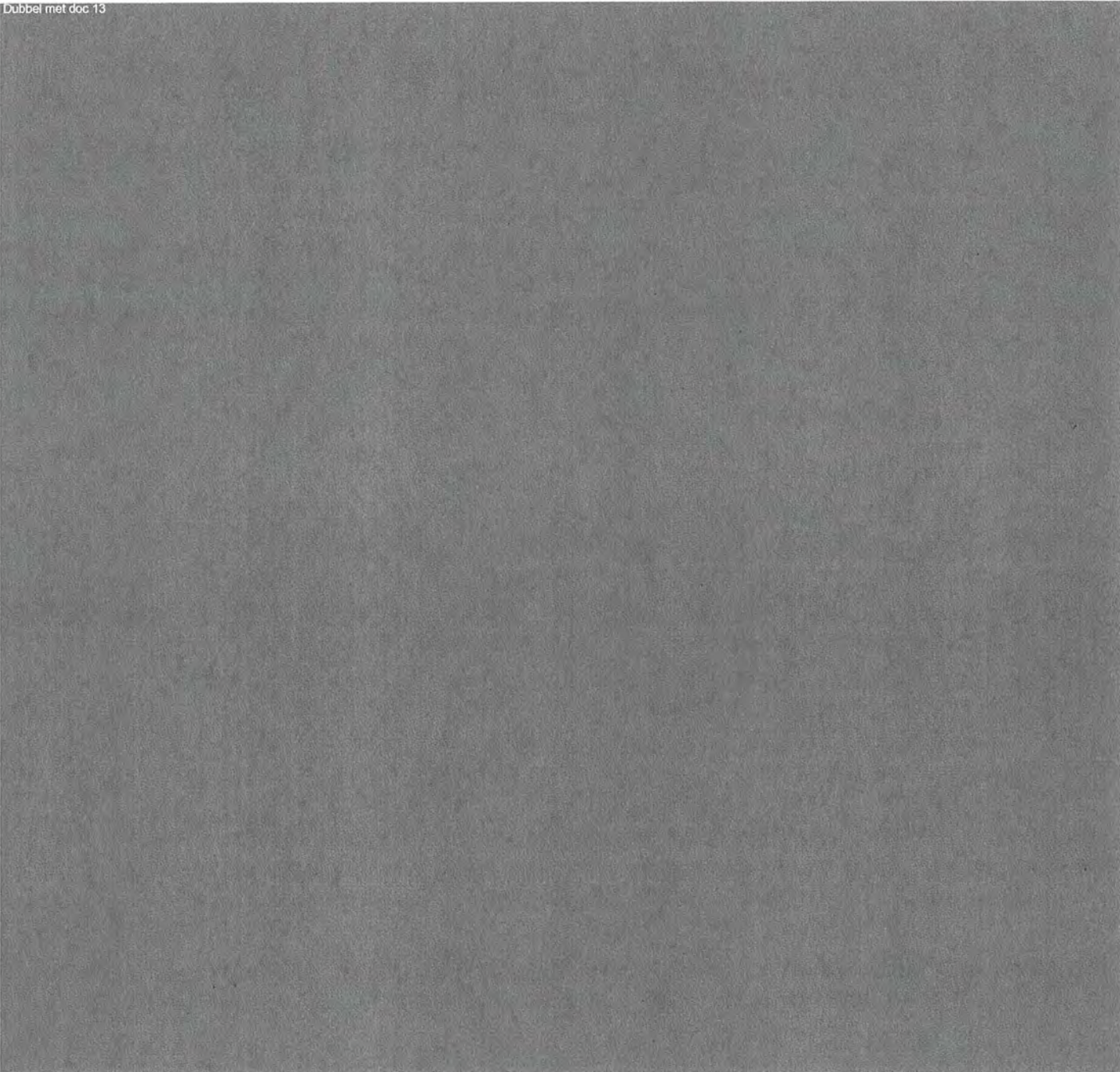
**Van:** [REDACTED] <[REDACTED]@minvws.nl>  
**Datum:** vrijdag 28 sep. 2018 4:15 PM  
**Aan:** [REDACTED] <[REDACTED]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** FW: Input Curestaf a.s. maandag

Ha [REDACTED] begrijp van [REDACTED] dat je volgende week ook overleg met NVOG hebt waarbij dit ter sprake komt en hij daarom aan zal schuiven.

Stuur je daarom ook onderstaand stukje voor curestaf. Heb jij voldoende info?

Fijn weekend, groet, 

Dubbel met doc 13



10.2.e, tenzij anders aangegeven

Overleg NVOG – VWS 4 oktober

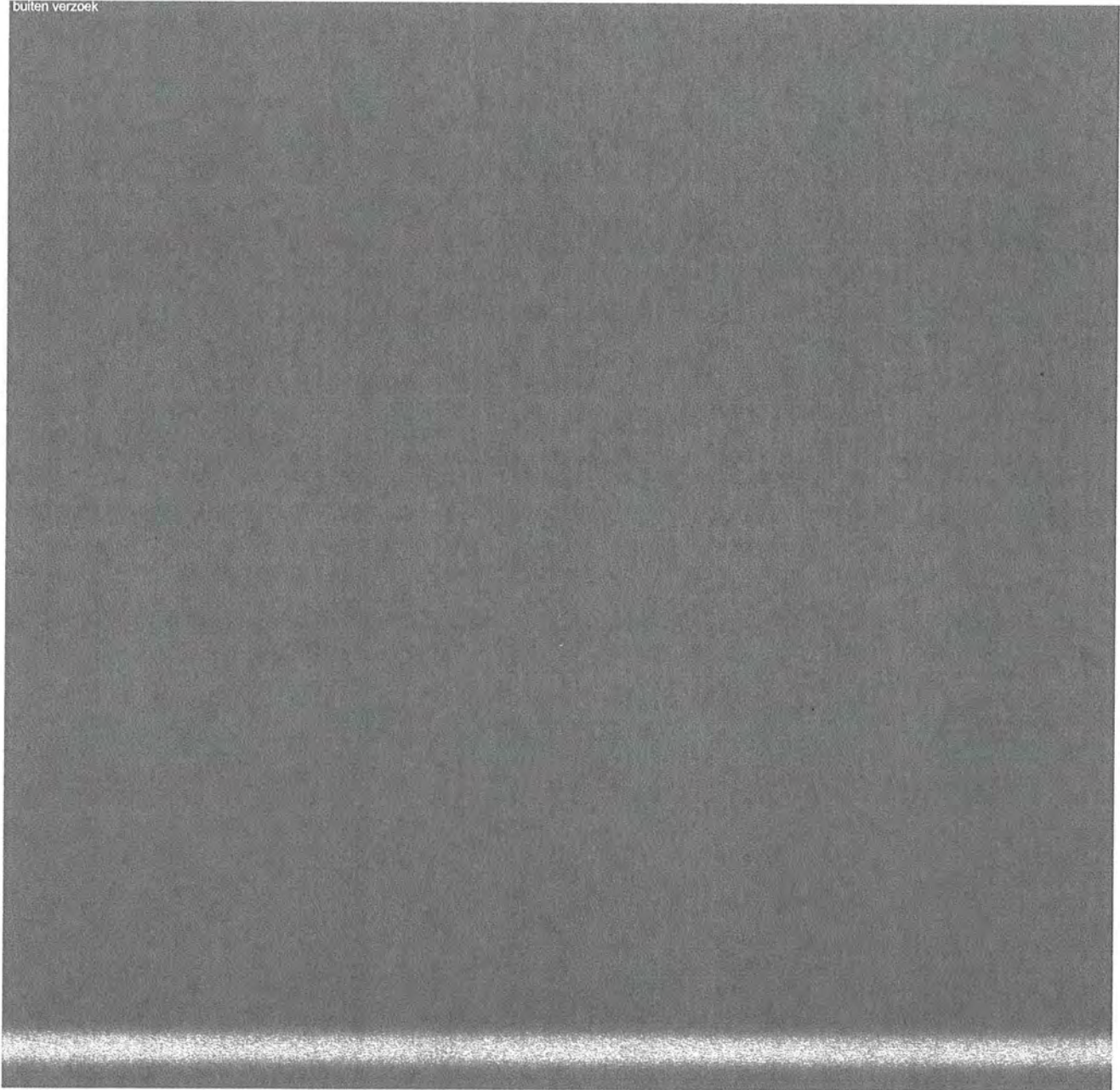
Aanwezig NVOG

[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]

Aanwezig VWS

[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]

buiten verzoek



buiten verzoek



#### Fertiliteit

- NVOG geeft aan dat er toenemend onrust is onder de leden i.v.m. de materiële controles door ENO en DSW op vruchtbaarheidsbehandelingen.
- NVOG is van mening is dat vruchtbaarheidsbehandelingen voor alleenstaande- en lesbische vrouwen vergoed moeten worden uit het basispakket, terwijl Zorginstituut en zorgverzekeraars aangeven dat er geen sprake is van een medische indicatie.
- VWS geeft toelichting op de verschillende rollen van zorgverzekeraars, het Zorginstituut en VWS met betrekking tot het beheer van het verzekerde pakket.
- Op een verzoek van NVOG om reactie op de argumentatie waarom deze behandelingen voor de betreffende doelgroepen tot basispakket moeten behoren, doet VWS de suggestie dat NVOG deze argumenten nog eens nader laat bekijken door het Zorginstituut.

buiten verzoek



[REDACTED]

---

**Van:** [REDACTED]  
**Verzonden:** vrijdag 12 oktober 2018 14:28  
**Aan:** [REDACTED]  
**CC:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** FW: KID

Beste [REDACTED] en [REDACTED],

Zie onderstaande mail vanuit NVOG-bestuur over discussie fertiliteitsbehandelingen. Ze volgen onze suggestie om hun argumenten nog eens te toetsen bij ZIN, maar zoals reeds bekend zal dat geen nieuwe lijn van ZIN opleveren (bilateraal hebben we met ZIN reeds de argumenten doorgeakkerd). Prettig dat ze ons goed op de hoogte willen houden van de politieke lobby.

@ [REDACTED] en [REDACTED]: hebben jullie weet van AO's dit najaar waar het in dat kader mogelijk kan opspelen?

Groeten,

---

**Van:** Hellebrekers, Bart [mailto:[REDACTED]@10.2.g[REDACTED].nl]  
**Verzonden:** vrijdag 12 oktober 2018 14:26  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** KID

Beste [REDACTED]

Helaas zijn we nog niet heel veel verder gekomen maar ik wilde je bedanken voor al je inspanningen. De bestuursleden die je hebt gesproken hadden, net als ikzelf, de indruk dat je bijzonder betrokken was met het onderwerp en uitermate je best hebt gedaan om met ons een oplossing te vinden. Dank daarvoor! Ik zal je op de hoogte houden van onze vorderingen. Juristen van FMS zijn e.e.a. aan het uitzoeken. Na hun advies stappen we naar ZiN zoals jullie ook adviseerden. Ook zullen we ZN benaderen en bereiden we ons ook voor op een politieke lobby. Zal je van dat laatste zeker op de hoogte houden. We gaan elkaar vast nog wel spreken over dit onderwerp.

Beste groeten,

Bart

**Dr. Bart W.J. Hellebrekers, gynaecoloog**

10.2.g

**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Onderwerp:** RE: financiering draagmoederschap en gelijke behandeling  
**Datum:** woensdag 6 februari 2019 15:15:43  
**Bijlagen:** 2019-02-05 financiering draagmoederschap SL.docx

---

[redacted]  
Ik heb te weinig ruimte in m'n hoofd om er echt goed naar te kijken met de opmerkingen van [redacted] en van jou er weer over. Dus ik stuur je nu wat ik gisteren al had en laat jou weer even doorgaan met alle extra input die gekomen is...sorry voor het oponthoud!

Het staat ook op de schijf trouwens ☺

Thnx,  
[redacted]

[redacted]  
*Coördinerend Beleidsmedewerker Ethiek*  
**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
Directie Publieke Gezondheid, afdeling Ethiek  
Adres: Parnassusplein 5 // Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag  
Contact: 070 - [redacted] // 06 - [redacted] // [redacted]@minvws.nl

**Van:** [redacted]@minvws.nl>  
**Verzonden:** woensdag 6 februari 2019 15:03  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** FW: financiering draagmoederschap en gelijke behandeling

Nog even ter aanvulling:

[redacted] geeft dus aan dat voor het precedent van orgaandonatie blijkbaar een aantal zwaarwegende argumenten waren (levensreddende behandeling, algemeen beleidsdoel meer donoren, kostenverlagend effect) om over te gaan tot de vergoeding van kosten bij orgaandonor.

11.1

[redacted]  
Bij ZIN heb je dus adviescommissie pakket (APK), die maatschappelijke wenselijkheid betreft in het advies, naast de zorginhoudelijke kant (die door andere commissie wordt gedaan)

**Van:** [redacted]@minvws.nl>  
**Verzonden:** woensdag 6 februari 2019 10:56  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**CC:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]  
[redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** RE: financiering draagmoederschap en gelijke behandeling

Hoi [redacted]  
In aanvulling op mijn opmerkingen in de nota vind je hierbij ook de opmerkingen van [redacted]. Het komt er eigenlijk op neer dat wij adviseren om niet over te gaan tot uitbreiding van de kostenvergoeding zoals voorgesteld onder het eerste beslispunt. De argumenten daarvoor vind je terug in de nota bij het kopje advies en gelijke behandeling. Als je nog vragen hebt of het wil bespreken, horen we het wel!  
Groet,  
[redacted]



**Van:** [redacted]  
**Verzonden:** maandag 4 februari 2019 17:58  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**CC:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]  
[redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** RE: financiering draagmoederschap en gelijke behandeling

Ha [redacted]  
Zie hierbij in concept mijn aanvullingen. Ik had het graag met JenV besproken, maar daar was tot nu toe niemand beschikbaar. Volgende week kan ik daar weer iemand spreken, maar dat zal voor de nota waarschijnlijk niet op tijd zijn. Is er al een nieuwere versie eigenlijk, of staat mijn reactie in de laatste versie?

@ [redacted], misschien kunnen wij het morgen of woensdagochtend nog even samen bekijken?  
Groet,  
[redacted]

**Van:** [redacted]  
**Verzonden:** maandag 4 februari 2019 12:49  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**CC:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]  
[redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** RE: financiering draagmoederschap en gelijke behandeling

Hoi [redacted]  
Is het je ondertussen gelukt om een tekstje te maken over de gelijke behandeling?  
We willen de nota graag deze week afronden.  
Groet,  
[redacted]

**Van:** [redacted]@minvws.nl>  
**Verzonden:** dinsdag 29 januari 2019 09:19  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**CC:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]  
[redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** RE: financiering draagmoederschap en gelijke behandeling

Ha [redacted]  
Ik ben hier mee bezig, maar het wordt denk ik lastig om hier een eenduidig verhaal van te maken... wat is jullie deadline?  
Groet,  
[redacted]

**Van:** [redacted]  
**Verzonden:** woensdag 23 januari 2019 15:32  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**CC:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]  
[redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** financiering draagmoederschap en gelijke behandeling

Hoi [REDACTED]

Bij deze zoals besproken de conceptnota over financiering draagmoederschap waar [REDACTED] en ik aan werken, en de brief van de NVOG waarin ze ingaan op de vergoeding van kunstmatige inseminatie bij lesbische vrouwen en alleenstaande vrouwen (waarop we in nota ook ingaan). In de nota hebben we al een kopje opgenomen over gelijke behandeling. Daaronder hebben we ook een paragraaf over de vraag of er een recht bestaat op een genetisch eigen kind waar we nog niet helemaal uitkomen. Kan je daar ook naar kijken? Het kan zijn dat dit samengenomen moet worden met de paragraaf over gelijke behandeling, want er zit overlap in, dus mogelijk kan de passage die wij geschreven hebben dan helemaal weg.

We zien graag je aanvullingen tegemoet!

Groet,

[REDACTED]

**Van:** [REDACTED]  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** nota financiering draagmoederschap  
**Datum:** donderdag 7 februari 2019 11:33:00  
**Bijlagen:** [2019-02-06 financiering draagmoederschap HS.docx](#)

---

Hoi [REDACTED]

Hierbij weer nieuwe versie.

[REDACTED] geeft aan dat bij het voorbeeld van eiceldonatie, het zorginstituut heeft aangegeven dat dit buiten het pakket valt; dat heb ik inderdaad teruggevonden op pag. 3 van hun advies. Dit voorbeeld kunnen we dan niet meer zo sterk neerzetten als een grensgeval waar onduidelijkheid over bestaat.

11.1  
[REDACTED]

Het lijkt me handig om met WJZ en [REDACTED] om tafel te gaan zitten om het weer eens door te nemen, want dat aspect is natuurlijk juist van Z.

Maar zullen we eerst dan de nota agenderen voor afdelingsoverleg komende maandag?

Groet,  
[REDACTED]

dr. [REDACTED]

*Senior beleidsmedewerker ethiek*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Publieke Gezondheid, afdeling Ethiek

Adres: Parnassusplein 5 // Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag

Contact: 06-[REDACTED] // [REDACTED]@minvws.nl

**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Cc:** [redacted]  
**Onderwerp:** RE: nota draagmoederschap  
**Datum:** vrijdag 15 februari 2019 16:06:13  
**Bijlagen:** [2019-02-11 financiering draagmoederschap \[redacted\].met opm \[redacted\].docx](#)

---

Ha [redacted]  
Zie bijgevoegd de reactie van [redacted] en mij.  
Groet en fijn weekend!  
[redacted]

**Van:** [redacted]@minvws.nl>  
**Verzonden:** maandag 11 februari 2019 22:30  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>;  
[redacted]@minvws.nl>; [redacted]  
[redacted]@minvws.nl>  
**CC:** [redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** nota draagmoederschap

Dag allen,  
Bij deze de nieuwe versie van nota voor de financiering draagmoederschap waaraan we gewerkt hebben .  
@[redacted] hij is flink gewijzigd van de laatste versie die jullie gezien hebben. Ik heb geen versie met track changes helaas, maar volgens mij maakt dat gezien de vele wijzigingen ook niet uit.  
@[redacted], we hebben ook zitten schaven aan de paragraaf over gelijke behandeling, willen jullie kijken of dat zo juridisch nog klopt?

We willen nog wat zaken toevoegen; het lijkt ons in elk geval belangrijk om alvast een goede woordvoeringslijn te hebben voor de belangrijkste alternatieven, zodat de minsters kunnen zien of ze zich daar comfortabel bij gaan voelen. Hier moeten we nog aan werken.  
Zou het jullie lukken de nota deze week de nota te becommentariëren?  
Groet,  
[redacted]

---

**Van:** [redacted]  
**Verzonden:** maandag 4 februari 2019 13:44  
**Aan:** [redacted]  
**Onderwerp:** RE: nota draagmoederschap

Niets meer van vernomen na dat artikel... [redacted] van het Zorginstituut liet mij weten dat NVOG binnenkort nog bij ze langskomt om de argumentatie te bespreken. Zal begin deze week op de nota reageren.

Groeten,  
[redacted]

---

**Van:** [redacted]@minvws.nl>  
**Verzonden:** maandag 4 februari 2019 13:41

**Aan:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>;  
[redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** RE: nota draagmoederschap

Ik geloof niet dat het artikel in NRC veel stof heeft doen opwaaien, wel?

Geeft ons weer iets meer lucht ☺

[redacted]

*Coördinerend Beleidsmedewerker Ethiek*

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Directie Publieke Gezondheid, afdeling Ethiek

Adres: Parnassusplein 5 // Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag

Contact: 070 - [redacted] // 06 - [redacted] // [redacted]@minvws.nl

**Van:** [redacted]@minvws.nl>

**Verzonden:** donderdag 24 januari 2019 17:48

**Aan:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>;

[redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** RE: nota draagmoederschap

Hierbij een paar kleine aanvullingen. Gr [redacted]

**Van:** [redacted]@minvws.nl>

**Verzonden:** woensdag 23 januari 2019 15:54

**Aan:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>;

[redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** nota draagmoederschap

Hoi [redacted], hoi [redacted]

Omdat met het aankomende artikel in het NRC de discussie over vergoeding van fertiliteitsbehandeling mogelijk in stroomversnelling komt, hebben [redacted] en ik alvast gewerkt aan een conceptnota over de vergoeding van de medische kosten van ivf-draagmoederschap naar aanleiding van het traject herijking ouderschap. Grootste gedeelte van de nota gaat in op de situatie voor mannenparen (waarbij geen sprake is van een medische indicatie) en we noemen ook de link met KID/IUD bij lesbische paren (eveneens geen medische indicatie). We hebben aan WJZ gevraagd om een paragraaf aan te leveren over argument van discriminatie/gelijke behandeling.

Het is een concept om ook onze eigen gedachten te ordenen, dus het staat jullie vrij om hieraan te sleutelen.

@ [redacted], morgen 14:30u komen we dus bij elkaar over dit onderwerp, we snappen dat het te korte termijn is om het te lezen. We kunnen deze nota in elk geval gebruiken als handvat voor het gesprek. Volgens mij is [redacted] voor dit overleg niet uitgenodigd, is het niet handig dat zij ook aanschuift?

Groet,

[redacted]

**Van:** [redacted]@minvws.nl>

**Verzonden:** maandag 14 januari 2019 09:18

**Aan:** [redacted]@minvws.nl>

**CC:** [redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** RE: nota

Ha [redacted] en [redacted],

Welkom op dit dossier [redacted]!

Ik heb vorige week met JenV contact opgenomen over hun planning v.w.b het bredere traject t.a.v. de commissie herijking ouderschap. Ik ontvang van hen deze week een planning voor de besluitvorming en verslagen van de laatste twee politieke kabinetscommissies hierover. Telefonisch begreep ik dat eind januari/begin februari een volgende bijeenkomst van de politieke kabinetscommissie (met min JenV en TK-leden van de coalitie), waar een plan wordt gemaakt voor de precieze politiek besluitvormingsroute voor dit traject. We ontvangen hierover nog een nota van JenV. Omdat we steeds hebben aangegeven wel zicht te willen hebben hoe kabinetsbreed wordt aangekeken tegen draagmoederschap, voordat wij een positief/negatief besluit nemen over vergoedingskwesities, lijkt het mij wel handig om eerst planning van JenV af te wachten.

Mijn voorstel is dat zodra we wat meer info van JenV hebben over het proces, we een half uur samen zitten om ons eigen stappenplan te bepalen. Zal vast voor tweede helft volgende week een half uur inplannen.

Groeten,

[redacted]

**Van:** [redacted]@minvws.nl>

**Verzonden:** maandag 17 december 2018 15:42

**Aan:** [redacted]@minvws.nl>

**CC:** [redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** nota

Hi [redacted]

[redacted] is mij komen versterken op de Embryowet; er lag teveel om dat in m'n eentje te kunnen bolwerken.

Hij gaat in januari een begin maken met ons deel van de gezamenlijke nota die we aan de twee ministers moeten sturen over de financieringskwestie, namelijk:

- De ethische overwegingen (inclusief een analyse van de vraag of het verwijt van ongelijke behandeling terecht is, samen met WJZ)
- De mogelijkheden en risico's van alternatieve financieringsvormen (dus buiten de Zvw).

Wat is jouw planning rond deze nota?

Groet,

[redacted]

[redacted]  
Coördinerend Beleidsmedewerker Ethiek

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Directie Publieke Gezondheid, afdeling Ethiek

Adres: Parnassusplein 5 // Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag

10.2.e, tenzij anders aangegeven

**Doc. 21**

Contact: 070- [redacted] // 06- [redacted] // [redacted]@minvws.nl

**Van:** [REDACTED]  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** 180219 - opzet beantwoording kamervragen IUI en KID  
**Datum:** maandag 18 februari 2019 16:44:50  
**Bijlagen:** [180219 - opzet beantwoording kamervragen IUI en KID.docx](#)

---

Paar suggesties.  
Groet, [REDACTED]



**Van:** [REDACTED]  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** 180219 - opzet beantwoording kamervragen IUI en KID (002)  
**Datum:** dinsdag 19 februari 2019 11:33:08  
**Bijlagen:** [180219 - opzet beantwoording kamervragen IUI en KID \(002\).docx](#)

---

Hoi,  
Ik heb 1 opmerking. Verder strakke antwoorden op de vragen.  
Gr [REDACTED]

10.2.e, tenzij anders aangegeven

**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Onderwerp:** FW: Vervolg fertiliteitsvraagstuk  
**Datum:** maandag 18 februari 2019 08:53:15

---

Hi [redacted] en [redacted],



Groet,

[redacted]

[redacted]  
*Coördinerend Beleidsmedewerker Ethiek*

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Directie Publieke Gezondheid, afdeling Ethiek

Adres: Parnassusplein 5 // Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag

Contact: 070 - [redacted] // 06 - [redacted] // [redacted]@minvws.nl

**Van:** [redacted]@minvws.nl>

**Verzonden:** vrijdag 15 februari 2019 14:42

**Aan:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>

**CC:** [redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** FW: Vervolg fertiliteitsvraagstuk

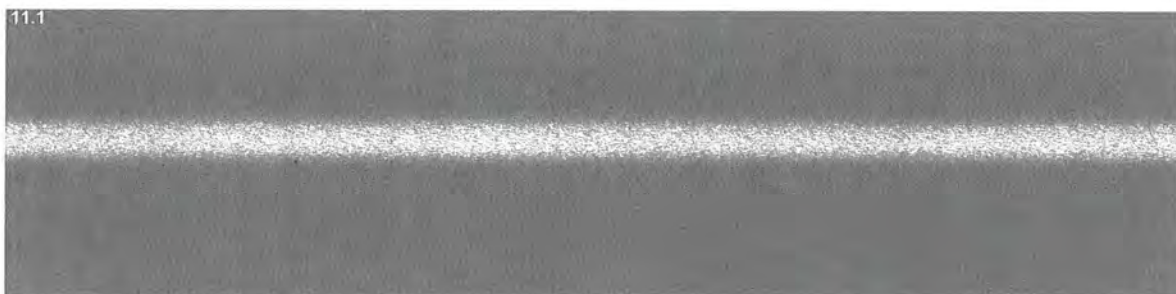
Hoi [redacted] en [redacted]

Zie bijgaand bericht van NVOG over de KID-vergoedingskwesitie. Ik heb Bart laten weten dat het wel goed is volgende week even telefonisch contact over de stand van zaken met elkaar te hebben. Willen jullie daar bij aansluiten?

Ik stuur jullie volgende week een voorzet voor de beantwoording van de onderstaande Kamervragen van Ploumen.

Vriendelijke groet en fijn weekend,

[redacted]



11.1

**Van:** Hellebrekers, Bart [redacted]@<sup>10.2.g</sup>[redacted].nl>  
**Verzonden:** donderdag 14 februari 2019 13:58  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** RE: Vervolg fertiliteitsvraagstuk

Beste [redacted]

Ik had je eerder toegezegd je op de hoogte te houden en dat wil ik bij deze doen. Gisteren zijn we op bezoek geweest bij het ZiN zoals jullie hebben geadviseerd tijdens ons bezoek aan jullie op 4 oktober. Daar besproken waarom KID voor deze indicaties niet vergoed wordt vanuit het basispakket en wat mogelijke oplossingen hiervoor zouden kunnen zijn (subsidieregeling VWS dan wel opname basispakket waarvoor wetgeving moet worden veranderd). ZiN kan ons dus, zoals verwacht, niet verder helpen. We kregen gisteren ook bericht van ZN die we om een reactie hadden gevraagd n.a.v. de berichten in de pers en wat hun gezamenlijke standpunt nu is. Ze lieten ons weten dat de medisch adviseurs van de zorgverzekeraars hierover hebben gesproken en ook nogmaals de standpunten van het Zorginstituut hebben bestudeerd en dat ze niet anders kunnen dan de volgende conclusie trekken: KID of IUI bij alleenstaande of homoséksuele vrouwen is geen verzekerde zorg volgens de zorgverzekeringswet.

Teleurstellend dus, we komen niet verder. NVOG is en blijft van mening dat toegankelijkheid van zorg en veiligheid van vrouwen door de ontstane situatie in het geding komen. We gaan ons de komende week beraden op te nemen vervolgstappen. Ik vernam inmiddels ook dat er vorige week kamervragen zijn gesteld door mw. Ploumen aangaande dit onderwerp. We houden de kikkers niet meer allemaal in de kruiwagen lijkt het .. Maar goed, er is veel onrust. Decennia 's lang is deze zorg betaald vanuit het basispakket en men begrijpt niet waarom dit nu opeens anders zou moeten zijn .. Ik zal je op de hoogte houden van vervolgstappen.

Beste groeten,

Bart

10.2.e, tenzij anders aangegeven

**Dr. Bart W.J. Hellebrekers, gynaecoloog**

10.2.g



---

10.2.g

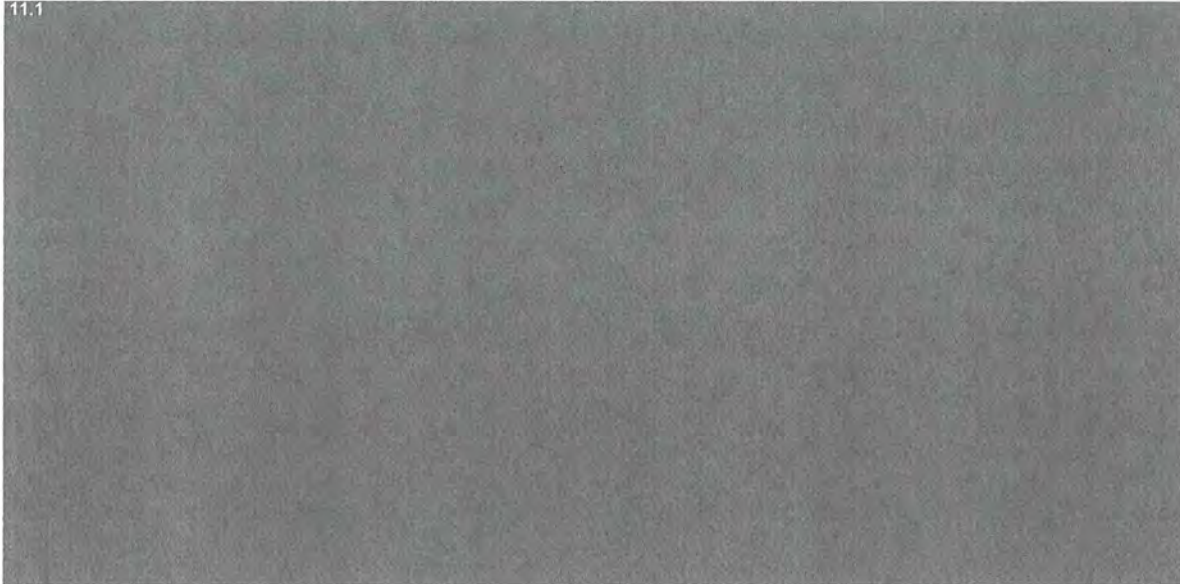


**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Cc:** [redacted]  
**Onderwerp:** 2019-02-11 financiering draagmoederschap [redacted] met opm [redacted] (002) lf  
**Datum:** maandag 18 februari 2019 14:50:58  
**Bijlagen:** 2019-02-11 financiering draagmoederschap [redacted] met opm [redacted] (002) lf.docx

---

Hoi [redacted] en [redacted]

Hierbij mijn reactie op de nota, die ik nog niet heb afgestemd met ons MT. Mijn belangrijkste punten zijn:



Laat weten als jullie behoefte hebben aan bespreking van mijn reactie. Laat ook weten of jullie het met bovenstaande punten wel of niet eens zijn, dan zal ik daarna ook mijn (tijdelijke) MT-lid meenemen met de laatste versie van de nota en evt. bespreekpunten tussen PG/CZ/Z.

Vriendelijke groet,

[redacted]

**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Onderwerp:** RE: Beantwoording Kamervraag 2019-02-08 13\_50\_06  
**Datum:** dinsdag 19 februari 2019 15:43:05  
**Bijlagen:** [Beantwoording Kamervraag 2019-02-08 13\\_50\\_06 ivm vergoeden KID.docx](#)

---

Hi [redacted]

Bijgaand enkele suggesties in de beantwoording.

Het is belangrijk het proces nu af te stemmen.

Jouw beantwoording klopt feitelijk, maar neemt ook alle ruimte weg voor de bewindspersonen om eventueel te kiezen voor een vergoedingsregeling buiten de Zvw om. Dat is waar de nota over gaat die [redacted] in voorbereiding heeft.

Die nota is inmiddels nog urgenter geworden na het telefoontje dat ik vanochtend kreeg van de collega van JenV die afgelopen donderdag bij de coalitiebespreking heeft gezeten. Die liet mij o.a. weten dat in elk geval D66 drukt op vergoeding van ivf-draagmoederschap, dus dat dit een mogelijke uitkomst van de besprekingen kan zijn. <sup>11.1</sup> [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted] is als volgt:

- We maken nu als de wiedeweerga die nota af, zodat we richting krijgen van de bewindspersonen.
- Jij maakt een uitstelbrief voor de Kamervragen, zodat je de definitieve beantwoording kan afstemmen op de gewenste richting.

Is dit een gaanbare route voor jou?

Groet,

[redacted]

[redacted]  
*Coördinerend Beleidsmedewerker Ethiek*

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Directie Publieke Gezondheid, afdeling Ethiek

Adres: Parnassusplein 5 // Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag

Contact: 070 - [redacted] // 06 - [redacted] // [redacted]@minvws.nl

**Van:** [redacted]@minvws.nl>

**Verzonden:** dinsdag 19 februari 2019 12:24

**Aan:** [redacted]@minvws.nl>; [redacted]  
 [redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** Beantwoording Kamervraag 2019-02-08 13\_50\_06

Hoi [redacted] en [redacted]

10.2.e, tenzij anders aangegeven

Hierbij de laatste versie van de beantwoording van de kamervragen, waarin commentaar van ZIN en Z-collega's is verwerkt. De geelgemarkeerde passage heb ik nog een vraag over uitstaan.

@ [REDACTED]: ik heb die zin toch maar even laten staan, omdat we daarmee (en met de volgende zin) aangeven dat we de discussie zien tussen beroepsgroep en Zorginstituut.

Groeten,

[REDACTED]

**Van:** [REDACTED]  
**Aan:** [REDACTED]  
**Cc:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** FW: KID  
**Datum:** woensdag 20 februari 2019 10:57:37

---

Hoi [REDACTED] en [REDACTED]

Zie onderstaand bericht dat de NVOG vandaag heeft geplaatst met pleidooi voor subsidieregeling dan wel pakketuitbreiding om KID voor alleenstaande en lesbische vrouwen te vergoeden.

Groeten,

[REDACTED]

**Van:** Hellebrekers, Bart [REDACTED]@<sup>102g</sup>[REDACTED].nl>  
**Verzonden:** woensdag 20 februari 2019 10:15  
**Aan:** [REDACTED]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** RE: KID

Ha [REDACTED]

We hebben onderstaand bericht inmiddels op het openbare gedeelte van de NVOG site geplaatst.  
Ter informatie, we bellen morgen even.

Groet,

Bart

<https://www.nvog.nl/actueel/kunstmatige-inseminatie-met-donorzaad-kid-bij-alleenstaande-en-lesbische-vrouwen-wordt-niet-meer-vergoed-vanuit-het-basispakket/>

**Kunstmatige Inseminatie met Donorzaad (KID) bij alleenstaande en lesbische vrouwen wordt niet meer vergoed vanuit het basispakket**

Geplaatst op 18 februari 2019

De afgelopen decennia werd Kunstmatige Inseminatie met Donorzaad (KID) bij alleenstaande en lesbische vrouwen vergoed vanuit het basispakket. September 2017 kregen verschillende fertiliteitsklinieken een brief van een verzekeraar met de mededeling dat vruchtbaarheidsbehandelingen bij alleenstaande en lesbische vrouwen alleen voor een vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking komen wanneer er duidelijk is dat er sprake is van een stoornis in de vruchtbaarheid en dus van een medische noodzaak. Omdat er bij alleenstaande en lesbische vrouwen geen sprake zou zijn van een medische noodzaak wilde deze zorgverzekeraar de zorg voor deze vrouwen niet meer vergoeden. De NVOG is het met deze argumentatie niet eens en meent dat er sprake is van rechtsongelijkheid omdat KID bij een heteroseksuele vrouw, waarvan de man bijvoorbeeld slecht zaad heeft, wel wordt vergoed.



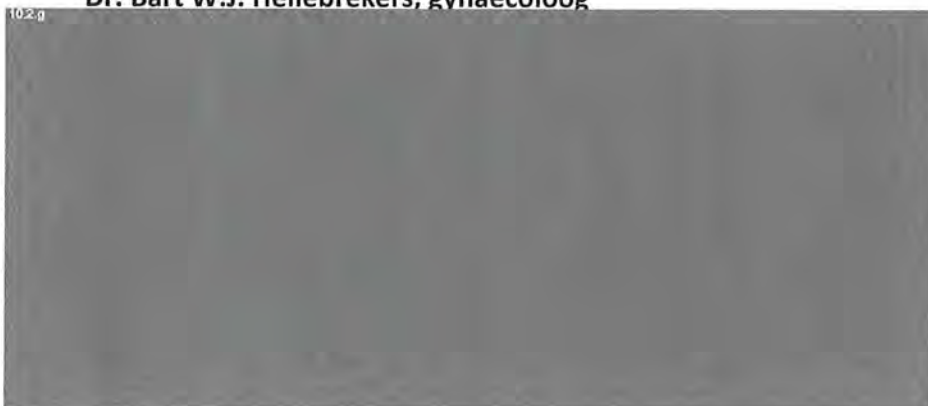
Daarnaast maakt de NVOG zich met name zorgen over de toegankelijkheid en veiligheid van zorg die hiermee in het geding komt.

Het afgelopen jaar heeft de NVOG intensief gesprekken gevoerd met het ministerie van VWS, individuele verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), betrokken klinieken en behandelaars, COC Nederland, patiëntenverenigingen en het Zorginstituut Nederland (ZiN). Helaas hebben al deze gesprekken niet geleid tot het gewenste resultaat en is ons duidelijk geworden dat KID bij alleenstaande en lesbische vrouwen niet meer vergoed gaat worden vanuit het basispakket. De NVOG roept behandelaars dan ook op om patiënten te adviseren contact op te nemen met hun verzekeraar om te informeren of KID vergoed wordt.

De NVOG blijft actief om deze zorg alsnog gefinancierd te krijgen. Er blijven nu twee mogelijkheden over om KID voor deze indicatie toch te financieren, alsnog opname in het basispakket of via een VWS subsidieregeling. Voor het eerste is een wetwijziging nodig en dat betekent een traject van meerdere jaren, ook voor de tweede optie is er politieke wil nodig. De NVOG doet hierbij dan ook een beroep op de politiek om dit te realiseren en roept daarbij ook betrokken patiënten op om zich te laten horen.

[Meer actueel](#)

**Dr. Bart W.J. Hellebrekers, gynaecoloog**



**Van:** [redacted]@minvws.nl>

**Verzonden:** maandag 18 februari 2019 12:58

**Aan:** Hellebrekers, Bart [redacted]@10.2.g >

**Onderwerp:** RE: KID

Prima!

Groeten,

[redacted]

**Van:** Hellebrekers, Bart [redacted]@10.2.g .nl>

**Verzonden:** maandag 18 februari 2019 12:52

**Aan:** [redacted]@minvws.nl>

**Onderwerp:** Re: KID

Beste [REDACTED]

Ik bel je donderdag of vrijdag!

Beste groet,

Bart

Op 12 okt. 2018, om 16:23 heeft [REDACTED] <[\[REDACTED\]@minvws.nl](mailto:[REDACTED]@minvws.nl)> het volgende geschreven:

Beste Bart,

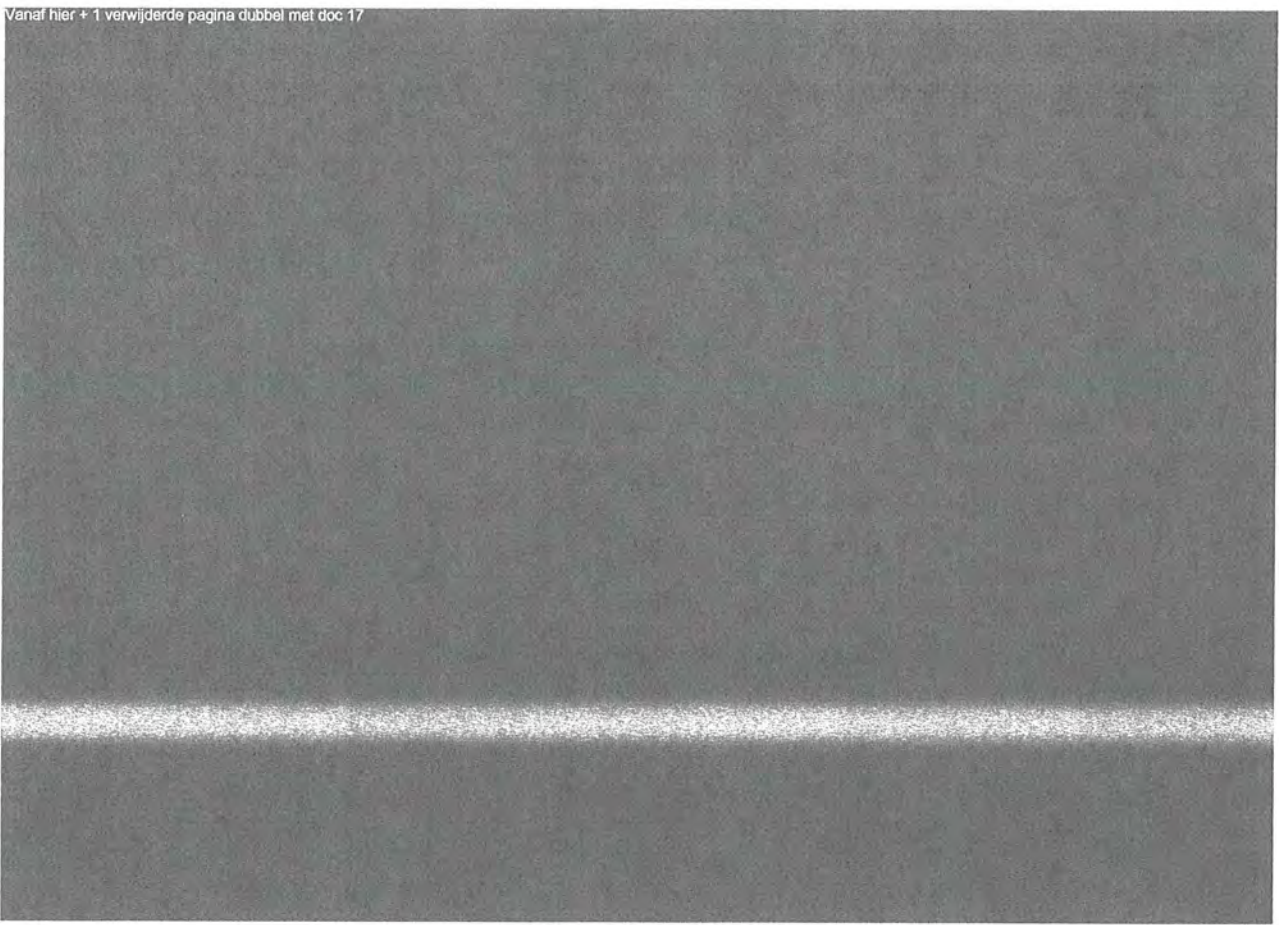
Dank voor je bericht en terugkoppeling over jullie vervolgacties. Ook dank voor je compliment, al vind ik het vanzelfsprekend om naar beste mogelijkheid mee te denken met jullie.

Zoals je begrijpt blijf ik inderdaad goed op de hoogte van de verdere ontwikkelingen en reacties van FMS, ZIN, ZN en de acties richting politiek.

Vriendelijke groet en voor nu prettig weekend gewenst,

[REDACTED]

Vanaf hier + 1 verwijderde pagina dubbel met doc 17



**Van:** [redacted]  
**Aan:** [redacted]  
**Onderwerp:** RE: nieuwe versie nota draagmoederschap  
**Datum:** woensdag 20 februari 2019 10:39:00  
**Bijlagen:** [2019-02-20 financiering draagmoederschap \[redacted\].docx](#)

---

Hoi [redacted]  
De memo die je hebt geschreven maakt het nu heel mooi inzichtelijk allemaal, mijn complimenten.  
In de nota kan daar makkelijk naar verwezen worden zodat er inderdaad veel tekst uit de nota kan. Hierbij mijn voorstel.  
Groet,  
[redacted]

**Van:** [redacted]@minvws.nl>  
**Verzonden:** dinsdag 19 februari 2019 18:15  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** RE: nieuwe versie nota draagmoederschap

Sorry [redacted], ik was al bezig in de vorige versie, dus daarin heb ik mijn opmerkingen nu geplaatst (niet meer naar deze met eiceldonatie erin gekeken...).

Bijgaand mijn suggesties op je nota (oude versie dus...) en de concept memo voor de coalitie die er als bijlage bij zou moeten.

Groet,  
[redacted]

[redacted]  
*Coördinerend Beleidsmedewerker Ethiek*  
**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
Directie Publieke Gezondheid, afdeling Ethiek  
Adres: Parnassusplein 5 // Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag  
Contact: 070 - [redacted] // 06 - [redacted] // [redacted]@minvws.nl

**Van:** [redacted]@minvws.nl>  
**Verzonden:** dinsdag 19 februari 2019 13:26  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** nieuwe versie nota draagmoederschap

Toch nog een nieuwe versie tussendoor, nu staat eiceldonatie er wel in...

**Van:** [redacted]  
**Verzonden:** dinsdag 19 februari 2019 09:28  
**Aan:** [redacted]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** nieuwe versie nota draagmoederschap

Bij deze!  
Nog niet helemaal tevreden mee, blijft te lang en eiceldonatie zit er nog niet in...

[redacted]  
*Senior beleidsmedewerker ethiek*

10.2.e, tenzij anders aangegeven

**Doc. 29**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Publieke Gezondheid, afdeling Ethiek

Adres: Parnassusplein 5 // Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag

Contact: 06 [redacted] // [redacted]@minvws.nl

**Van:** [REDACTED]  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** RE: 2019-02-11 financiering draagmoederschap\_HS  
**Datum:** woensdag 20 februari 2019 15:22:00  
**Bijlagen:** [Memo voor coalitie over vergoeding ivf-draagmoederschap.docx](#)  
[2019-02-20 financiering draagmoederschap \[REDACTED\].docx](#)

---

Hoi [REDACTED]  
Nog bedankt voor je commentaar!  
Inmiddels hebben we weer de nota herzien; zoals je uit [REDACTED]'s mail van gisteren heb kunnen lezen heeft [REDACTED] nu een memo geschreven voor de coalitie (ook bijgevoegd), dus daar verwijzen we in de nota ook naar. Is meteen een oplossing voor de lengte, want daarmee hebben we veel kunnen schrappen in de nota zelf.  
Verder hebben we met [REDACTED] afgesproken de beslispunten m.b.t. ivf draagmoederschap als er een medische indicatie is schrappen, omdat die pas voorgelegd zullen worden als coalitie besluit heeft genomen over aanbevelingen van de staatscommissie.  
[REDACTED] zal morgen de antwoorden op de kamervragen de lijn in doen, en wij willen dan ook deze nota de lijn in doen.  
Als je nog verdere opmerkingen/aanvullingen heb hoor ik dat dus graag uiterlijk morgenochtend, maar gezien de korte termijn snap ik het als je niet meer de tijd hebt er weer een blik op te werpen. Inhoudelijk is het ook niet veranderd.  
Groet,  
[REDACTED]

**Van:** [REDACTED]@minvws.nl>  
**Verzonden:** vrijdag 15 februari 2019 10:49  
**Aan:** [REDACTED]@minvws.nl>; [REDACTED]@minvws.nl>  
**Onderwerp:** 2019-02-11 financiering draagmoederschap\_ [REDACTED]

Hi,  
Mooie nota en laat zien dat het complex is.  
Maar een paar kleine aanvullingen.  
Gr [REDACTED]