

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2303

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Schaf verbod op betalen eicel af»* (ingezonden 24 maart 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 april 2011).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht «Schaf verbod op betalen eicel af»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Vindt u het onwenselijk het verbod op betalen voor eicellen af te schaffen?

Antwoord 2

Ja.

Het «betalen» voor het doneren van eicellen verdraagt zich niet met artikel 21 van het Verdrag inzake de bescherming van de mens met betrekking tot de toepassing van de biologie en de geneeskunde (VRMB) van de Raad van Europa (RvE). Genoemd artikel bepaalt: «Het menselijk lichaam en zijn bestanddelen, als zodanig, mogen niet dienen tot verkrijging van financieel voordeel». In de toelichting bij het VRMB is dienaangaande opgenomen dat vergoeding van onkosten of verlies aan inkomen wel is toegestaan. Ik maak onderscheid tussen het geven van een dergelijke vergoeding en het «betalen». Spanje is (net als Nederland) lidstaat van de RvE. Ik ga er vanuit dat het in het bericht genoemde bedrag van € 900 dat donoren van eicellen in dat land kennelijk «krijgen» voor de donatie, zich verdraagt met artikel 21 van het VRMB en de toelichting daarbij.

Vraag 3

Bent u op de hoogte van het feit dat steeds meer onvruchtbare stellen naar het buitenland uitwijken wegens een groot gebrek aan eicellen in Nederland?

Antwoord 3

Ja.

¹ De Volkskrant, «Schaf verbod op betalen eicel af», 12 maart 2011.

Uit een Nederlands abstract² voor de bijeenkomst van de «European Society of Human Reproduction and Embryology» die in 2010 in Rome plaats had, leid ik in ieder geval af dat het aantal patiënten dat voor een behandeling met eiceldonatie naar het buitenland ging, in de periode 2005–2008 (149) ruim drie keer zo hoog was als in de periode 2000–2004 (45). Deze aantallen betreffen alleen de gevallen waarbij medewerking van Nederlandse gynaecologen aan de orde was. Dit betekent dat de feitelijke aantallen ongetwijfeld groter zullen zijn geweest. Desalniettemin gaat het om relatief kleine aantallen vergeleken met het aantal procedures voor in-vitrofertilisatie dat jaarlijks in Nederland start (in 2008 bedroeg dat aantal ongeveer 9 000³). Een eventueel tekort aan bij vruchtbaarheidsbehandelingen te gebruiken eicellen is overigens niet een automatisch gevolg van (verboden die zijn opgenomen in) de Nederlandse regelgeving. De Embryowet staat immers toe dat vrouwen eicellen beschikbaar kunnen stellen voor de ingevolge die wet toegestane doeleinden, in casu de zwangerschap van een ander of wetenschappelijk onderzoek. Bij die eicellen kan het zowel gaan om eicellen die zijn overgebleven van hun eigen vruchtbaarheidsbehandeling als om eicellen die met het oog op donatie ten behoeve van de vruchtbaarheidsbehandeling van een ander na een hormoonbehandeling speciaal moeten worden afgenomen.

Vraag 4

Vindt u het wenselijk dat vrouwen steeds vaker naar het buitenland gaan voor een vruchtbaarheidbehandeling waarbij gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie en daarvoor in toenemende mate een vergoeding krijgen van hun verzekering? Zo nee, welke middelen staan u ter beschikking om daar wat aan te doen?

Antwoord 4

De vruchtbaarheidsbehandeling met eiceldonatie is ook in Nederland beschikbaar en zij behoort onder voorwaarden ook tot de te verzekeren zorg. Het is aan vrouwen zelf om de behandelaar te kiezen bij wie zij zo'n behandeling ook daadwerkelijk kunnen ondergaan. Daarbij kan een vrouw kiezen voor behandeling bij zorgaanbieders in Nederland of in het buitenland. De Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt de mogelijkheid zorgpolissen (restitutiepolissen) aan te bieden met een volledig vrije keuze of zorgpolissen uitgaande van gecontracteerde zorg. Maar ook ingeval een zorgverzekeraar slechts gecontracteerde zorg aanbiedt, heeft de verzekerde op grond van de Zvw toch de mogelijkheid om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De zorgverzekeraar zal in die situaties in de zorgpolis moeten hebben bepaald welk deel van de kosten niet wordt vergoed. Op grond van Europese jurisprudentie (Hof van Justitie, 13 mei 2003, C-385/99 inzake Müller-Fauré/Van Riet) mag de vergoeding niet zodanig laag zijn dat feitelijk een hinderpaal ontstaat voor het inroepen van hulp bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarmee zou immers een niet gerechtvaardigde belemmering van het vrije verkeer van diensten kunnen ontstaan. Ik heb geen middelen om dit tegen te gaan. De vraag of ik de ontwikkeling wenselijk acht is dan in wezen niet meer aan de orde.

Vraag 5

Wat is uw reactie op de uitspraak: «Nieuwe vruchtbaarheidstechnieken komen in Nederland pas zeer laat ter beschikking van patiënten», waardoor we altijd achter de feiten aan lopen?

Antwoord 5

Ik ben van mening dat de aangehaalde uitspraak een te negatief beeld geeft van de mogelijkheden die er in Nederland in het algemeen zijn om nieuwe vruchtbaarheidstechnieken toe te passen. De Embryowet respectievelijk de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) maken immers mogelijk dat binnen kaders van die regelgeving klinisch onderzoek op het gebied van (nieuwe) vruchtbaarheidstechnieken wordt uitgevoerd. Ik vind het van groot belang dat in Nederland nieuwe technieken zorgvuldig worden geïntroduceerd met het oog op de belangen van de betrokken vrouwen en vooral ook de (gezondheid van) toekomstige kinderen.

² Zie nr. O-199 op http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/suppl_1/i77.abstract

³ Zie <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/topklinische-zorg/in-vitro-fertilisatiecentra/>

Vraag 6

Deelt u de mening dat er in Nederland een onafhankelijke instantie moet komen, zodat in een vroeg stadium gefundeerd advies beschikbaar komt, analoog aan de Britse Human Fertility and Embryology Authority? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

Ik ben van mening dat er in Nederland niet een onafhankelijke instantie analoog aan de Britse Human Fertility and Embryology Authority (HFEA) moet komen. We hebben met de Gezondheidsraad al een orgaan dat – desgevraagd of uit eigener beweging – onafhankelijk een gefundeerd advies ook over fundamentele ontwikkelingen op het gebied van vruchtbaarheidsproblematiek kan uitbrengen. Wanneer het gaat om relatief beperkte bijstellingen van handelwijzen zoals die in de praktijk bij vruchtbaarheidsbehandelingen worden gehanteerd, zal veelal volstaan kunnen worden met het door de beroepsgroepen wijzigen van hun protocollen en reglementen. De Nederlandse situatie lijkt mij daarmee ten minste net zo werkbaar als die in het Verenigd Koninkrijk. Ik merk in dit verband nog op dat in het Verenigd Koninkrijk plannen bestaan om de taken van de HFEA over te dragen aan andere organen.