

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

1571

Vragen van de leden **Stoffer** (SGP), **Bikker**, **Ceder** (beiden ChristenUnie) en **Pouw-Verweij** (JA21) aan de Ministers voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Nederland grote abortusponsor»* (ingezonden 17 december 2021).

Antwoord van Minister **Schreinemacher** (Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking) (ontvangen 4 februari 2022).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van de artikelen «Nederland grote abortusponsor» en «Ruim kwart miljoen abortusdiensten betaald, maar veel is onduidelijk»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Klopt de onderzoeksbevinding van het Reformatorisch Dagblad dat in de afgelopen vijf jaar met Nederlands belastinggeld gemiddeld minstens ruim 250.000 «abortusdiensten» per jaar – ruim 1,25 miljoen cumulatief – werden bekostigd in armere landen? Hoe vaak ging het daarbij om zwangerschapsafbrekingen?

Antwoord 2

De term «abortusdienst» houdt een breed scala aan medische diensten in conform WHO richtlijnen op dit thema. Verschillende organisaties hanteren verschillende definities. Als gevolg daarvan bestaat er geen internationaal overeengekomen methodiek voor het tellen van een abortusdienst en worden verschillende methodieken gebruikt. Om die reden is het niet mogelijk om exact aan te geven hoeveel veilige abortusdiensten of zwangerschapsafbrekingen Nederland de afgelopen vijf jaar mogelijk heeft gemaakt. Het Ministerie van Buitenlandse Zaken heeft er om deze methodologische redenen voor gekozen om vanaf 2017 de aantallen abortusdiensten niet langer bij elkaar op te tellen en bij te houden. De onderzoeksbevinding van het Reformatorisch Dagblad is daarom voor mij niet te verifiëren.

¹ Reformatorisch Dagblad, 14 december 2021.

Vraag 3 en 4

Als u genoemde onderzoeksbevinding niet deelt, om hoeveel abortusdiensten en om welk aantal zwangerschapsafbrekingen ging het dan wel? Kunt u per «doeland» aangeven hoeveel abortusdiensten in de afgelopen vijf jaar geleverd werden, hoe vaak het daarbij ging om zwangerschapsafbrekingen, hoe veel belastinggeld hiermee gemoeid was, en door of via welke organisatie(s) deze abortusdiensten (waaronder zwangerschapsafbrekingen) uitgevoerd werden? Zo nee, waarom niet, en beaamt u dat maximale informatie en transparantie voorwaarde is voor effectieve uitoefening van de controlerende functie van het parlement als «tegenmacht» in een democratische rechtsstaat?

Antwoord 3 en 4

Het kabinet zet in haar beleid in op keuzevrijheid en het brede spectrum van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR). Dit omvat onder andere het verbeteren van toegang tot basisgezondheidszorg, zorg rondom zwangerschap en bevalling, moderne anticonceptiemiddelen, hiv-testen, *counseling* en medicatie, seksuele voorlichting aan jongeren en ook veilige abortuszorg. De Nederlandse bijdragen aan programma's en organisaties zijn over het algemeen niet-geoormerkt en richten zich nooit alleen op het uitvoeren van veilige abortuszorg, maar op verschillende componenten van dat SRGR-spectrum.

In het werk van enkele internationale maatschappelijke organisaties, die door Nederland grotendeels ongeoormerkt worden gesteund, maakt het bieden van toegang tot en de kwaliteit van veilige abortuszorg onderdeel uit van hun werk. Dit geldt voor Ipas, het Safe Abortion Action Fund (SAAF), Marie Stopes International (MSI), de International Planned Parenthood Federation (IPPF) en Population Services International (PSI).

Deze door Nederland gesteunde organisaties hanteren, in lijn met de Technische Guidance van de WHO rondom abortus, een brede interpretatie van een abortusdienst, die naast de onderbreking van de zwangerschap ook voorlichting en counseling vooraf en achteraf omvat, als ook post-abortuszorg – bijvoorbeeld wanneer een vrouw na een onveilige abortus in levensgevaar is. Gezien deze manier van tellen kan het dus ook zo zijn dat een vrouw in een zorgtraject meerdere abortusdiensten ontvangt. Sommige organisaties splitsen een abortusdienst wel weer verder uit, door bijvoorbeeld post-abortuszorg of zwangerschapsafbrekingen apart te tellen.

Zoals in het antwoord op vraag 2 is gedeeld, bestaat er geen internationaal overeengekomen methodiek voor het tellen van een abortusdienst. Het is daarom niet mogelijk om exact aan te geven hoeveel veilige abortusdiensten of zwangerschapsafbrekingen Nederland de afgelopen vijf jaar mogelijk heeft gemaakt, of die gegevens per focusland aan te leveren.

In bijgevoegde tabel² ziet u, over de afgelopen vijf jaar, de totale budgetten van de genoemde organisaties en de door hen gerapporteerde aantallen abortusdiensten die daarmee zijn gefaciliteerd. Deze gegevens zijn terug te vinden in de jaarrapportages van de betreffende organisaties die op hun websites gepubliceerd zijn. U ziet ook de Nederlandse financiële bijdrage aan deze organisaties voor die periode. Het is van belang te benoemen dat de verschillende organisaties hun eigen definitie van «abortusdiensten» hanteren en eigen methodiek voor het registreren hiervan. Rapportages zijn afhankelijk van registratie van diensten op landenniveau en, mede door het ontbreken van een uniforme definitie, kunnen cijfers fluctueren.

Vraag 5, 6 en 7

Welk percentage van het Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR)-budget van gemiddeld 432 miljoen euro per jaar ging de afgelopen vijf jaar naar abortusdiensten?

Welk percentage van het *totale* ODA-budget ging de afgelopen vijf jaar naar abortusdiensten, en op welk bedrag komt dat gemiddeld per jaar neer?

Welk percentage van het SRGR-budget en van het totale ODA-budget ging de afgelopen vijf jaar naar maatregelen voor de zorg aan (aanstaande) moeders, bijvoorbeeld via inzet op goede «maternity care» of praktische steun voor vrouwen middels bijvoorbeeld moeder-kindcentra?

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Antwoord 5, 6 en 7

Zoals ook aangegeven in het antwoord op de vragen 3 en 4 zet het kabinet in haar beleid in op keuzevrijheid en het brede spectrum van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. De Nederlandse bijdragen aan programma's en organisaties zijn grotendeels ongeoormerkt en richten zich nooit alleen op het uitvoeren van veilige abortuszorg, maar op verschillende, met elkaar samenhangende componenten van het SRGR-spectrum. Omdat Nederland een brede integrale steun verleent op het gebied van SRGR en veelal ongeoormerkt bijdraagt is het niet mogelijk is om het budget uit te splitsen naar specifieke interventies zoals abortusdiensten, in de brede zin van het woord zoals in het antwoord op vraag 3 en 4 omschreven, of zorg rondom zwangerschap en bevalling.

Vraag 8

Beaamt u dat bovengenoemde vormen van zorg substantieel (kunnen) bijdragen aan het voorkomen van sterfte of blijvend letsel door onveilige abortus, en daarom nadrukkelijk (financiële) steun van Nederland verdienen?

Antwoord 8

Nederland staat voor een geïntegreerde benadering van SRGR inclusief hiv/aids, in lijn met recente adviezen van de WHO, zoals bijvoorbeeld te vinden in «Sexual and reproductive health» binnen het WHO UHC Compendium³ die naast goede moeder- en kindzorg ook veilige abortuszorg omvat. Zorg rondom zwangerschap en bevalling zijn belangrijke interventies om moedersterfte te voorkomen. Daarom investeert Nederland bijvoorbeeld in het Global Financing Facility (GFF), waarmee gezondheidssystemen worden ondersteund om met name moeder- en kindsterfte te voorkomen. Echter is dit niet voldoende om onveilige abortus, en de sterfte of letsel veroorzaakt door onveilige abortus tegen te gaan. Daarvoor is het juist belangrijk om enerzijds in te zetten op preventie van ongeplande zwangerschappen, bijvoorbeeld door seksuele voorlichting en toegang tot moderne anticonceptiemiddelen, en anderzijds te zorgen dat vrouwen toegang hebben tot veilige abortuszorg wanneer zij dit nodig hebben en daarvoor kiezen.

Vraag 9 en 10

In hoeverre en op welke wijze houdt Nederland bij (financiële) steun aan abortusdiensten rekening met de nationale wet- en regelgeving van «doellanden» op het vlak van SRGR en abortusdiensten?

Welke (juridische) kaders worden gehanteerd bij het financieren of anderszins mogelijk maken van abortusdiensten in het buitenland, bijvoorbeeld op het vlak van abortustermijn, bedenktijd, vrijwaring van drang of dwang tegen vrouwen om welke reden dan ook, en de kwaliteit van medische zorg?

Antwoord 9 en 10

Alle partners die Nederland financiert op het terrein van SRGR inclusief hiv/aids, en dus ook veilige abortuszorg, handelen binnen de kaders van de nationale wet- en regelgeving van het betreffende land. Daarnaast zijn de internationale WHO richtlijnen en VN mensenrechtenafspraken belangrijke kaders voor de Nederlandse internationale inzet voor veilige abortus. Internationale richtlijnen betreffen de WHO technische richtlijnen over veilige abortus, het Actieprogramma van de International Conference on Population and Development (ICPD), en het internationale kader en recht. Zo stelt de *Convention on All Forms of Discrimination against Women* (CEDAW), dat is geratificeerd door 189 landen, dat lidstaten wettelijke provisies die abortus criminaliseren zouden moeten intrekken.

Vraag 11

Welk Nederlands overheidstoezicht vindt plaats op (handhaving van genoemde kaders door) organisaties die Nederlands belastinggeld ontvangen om abortusdiensten (te helpen) uitvoeren, zoals Ipas, SAAF, MSI, IPFF en PSI?

³ Het «Repository of interventions for Universal Health Coverage».

Antwoord 11

Partnerorganisaties zijn verplicht jaarlijks inhoudelijke en financiële rapportages aan te leveren, deze te uploaden in IATI zodat deze openbaar zijn, alsmede audits uit te voeren (voor activiteiten boven EUR 5 mln). Deze rapportages worden gecontroleerd en beoordeeld. Vrijwel alle partnerorganisaties maken hun jaarverslagen publiek toegankelijk, bijvoorbeeld via hun website. Voor alle programma's boven EUR 5 miljoen is een eindevaluatie verplicht.

Daarnaast worden ook monitoringsmissies uitgevoerd door beleidsmedewerkers uit Den Haag, maar ook door de collega's op de ambassades. Zo wordt de uitvoering van programma's ook ter plaatse gecontroleerd. Dit is evenwel sinds COVID-19 maar beperkt mogelijk.

Beleidsbeoordelingen van BZ, bijvoorbeeld door de IOB, zijn publiekelijk toegankelijk op de website van rijksoverheid.

Vraag 12

Bestaat er een plicht voor deze en soortgelijke door Nederland gesubsidiëerde organisaties om te rapporteren over de aantallen en aard van «abortusdiensten», en de wijze waarop deze zijn verleend? Zo nee, waarom niet, en bent u bereid alsnog zo'n rapportageplicht in te voeren?

Antwoord 12

Nee, deze verplichting is er niet. Partnerorganisaties die ongeoormerkte bijdragen ontvangen rapporteren op indicatoren die in lijn zijn met hun eigen (meerjaren) strategie. Bij het aangaan van een samenwerking met zo'n partnerorganisatie wordt beoordeeld of deze strategie bijdraagt aan de Nederlandse beleidsinzet gericht op het verbeteren van SRGR inclusief hiv/aids. Partners worden verzocht om op een aantal kernindicatoren uit het Nederlandse resultatenkader voor SRGR inclusief hiv/aids te rapporteren. Deze zijn te vinden op www.nlontwikkelingssamenwerking.nl. Omdat Nederland geen indicator hanteert op «abortusdiensten», om hierboven genoemde methodologische redenen, verplicht het kabinet partnerorganisaties niet om daarop te rapporteren en is het ook niet voornemens dit te zullen gaan doen.

Vraag 13

Deelt u de mening dat, juist omdat abortusdiensten ingrijpende fysieke en psychische gevolgen kunnen hebben, zowel intensief overheidsstoezicht vanuit Nederland als het donorland, als ook gedegen rapportage door uitvoerende organisaties, van groot belang is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 13

Toezicht op het handelen van partnerorganisaties en gedegen rapportages zijn in alle gevallen van groot belang. Alle organisaties zijn dan ook verplicht om jaarlijkse te rapporteren, inclusief in IATI. Daarnaast worden er monitoringsmissies uitgevoerd, en regelmatige beleidsbeoordelingen door de IOB. Natuurlijk onderhoudt Nederland tussentijds intensief informeel contact met partnerorganisaties, ook via de posten, om betrokken te zijn en blijven bij de uitvoering van hun werk.

Vraag 14

Wat is concreet de inhoud van door Nederland gesteunde programma's op het vlak van «comprehensive sexuality education» (CSE) en wat zijn de Nederlandse beleidsdoelstellingen daarbij?

Antwoord 14

Binnen de beleidsinzet voor SRGR inclusief hiv/aids zet Nederland zich in om meer jongeren, tussen 10 en 24 jaar, toegang te geven tot kennis over seksualiteit en reproductieve gezondheid en rechten, met als doel om keuzevrijheid te vergroten en gezondheid te verbeteren. Veel jongeren hebben nu geen of beperkt toegang tot juiste informatie omtrent seksuele en reproductieve gezondheid, waardoor zij een groter risico lopen op ongeplande (tiener-)zwangerschappen, seksueel overdraagbare aandoeningen, seksueel en gender-gerelateerd geweld en schadelijke gebruiken zoals meisjesbesnijdenis en kindhuwelijken.

Programma's gericht op het verbeteren van seksuele voorlichting, of ook wel «*comprehensive sexuality education*» (CSE), zijn in lijn met de UNESCO *International Technical Guidance on Sexuality Education* (2018). Dit betekent dat de programma's gericht zijn op het verbeteren van toegang tot door onderzoek ondersteunde informatie (*scientifically accurate*), op een breed scala aan thema's inclusief seksualiteit, mensenrechten, gezondheid en welzijn, respectvolle relaties, waarden, gendergelijkheid, het stellen van grenzen en lichamelijke integriteit. Inhoud van CSE programma's verschillen per leeftijds- en doelgroep, context, als ook nationale beleidskaders.

Vraag 15

Begrijpt of deelt u de zorg, die ook geuit is door een organisatie als *Family Watch International*, dat CSE-programma's promiscuïteit en risicovol seksueel gedrag (kunnen) aanmoedigen onder jongeren of zelfs jonge kinderen?

Antwoord 15

Nee. De bewering van *Family Watch International* wordt tegengesproken door onderzoek en advies van de Verenigde Naties op dit thema. In seksuele voorlichting staat het bieden van kennis en mogelijkheden voor ieder jongere om eigen weloverwogen keuzes rondom seksualiteit te kunnen maken centraal. Daarbij ligt de focus juist op het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van jongeren.

De UNESCO *International Technical Guidance on Sexuality Education* geeft op basis van onderzoek aan dat CSE programma's bijdragen aan latere eerste seksuele ervaring, het verminderen van het aantal seksuele partners, het verminderen van risicovol gedrag, en het verhogen van condoomgebruik en gebruik van anticonceptie. Onder andere het onderzoek van E.S. Goldfarb en L.D. Lieberman «*Three Decades of Research: the Case for Comprehensive Sex Education*» (2021) in *The Journal for Adolescent Health* ondersteunt deze bevindingen, en geeft aan dat CSE, gericht op een breed scala aan gender, mensenrechten en SRGR-gerelateerde thema's, opgenomen zou moeten worden in nationaal beleid.

Vraag 16

Klopt de bewering dat programma's in Burundi en Jemen gericht zijn op zaken als «verzachten van de demografische druk» of het «verlagen van het vruchtbaarheidscijfer», en zo ja, hoe verhoudt dat zich tot het zelfbeschikingsrecht van moeders (en vaders) wereldwijd om juist wel kinderen te willen krijgen?

Antwoord 16

De Nederlandse beleidsinzet voor het verbeteren van SRGR inclusief hiv/aids is gericht op het vergroten van keuzevrijheid. Zelfbeschikking en mensenrechten staan daarbij centraal, voor individuen om zelf te kunnen beslissen of, wanneer en hoeveel kinderen te krijgen, en te beschikken over hun eigen lichaam. Dit is ook in lijn met het Actieprogramma van de *International Conference on Population and Development* (ICPD).

De SRGR programma's richten zich dus ook in Burundi en Jemen op het vergroten van keuzevrijheid en toegang tot goede kwaliteit zorg rondom zwangerschap en bevalling met als doel moeder- en kindsterfte te verlagen. In landen met hoge demografische druk blijkt juist dat die keuzevrijheid in het gedrang is, en dat veel mensen minder kinderen zouden willen krijgen maar bijvoorbeeld onvoldoende of geen toegang hebben tot moderne anticonceptiemiddelen of zelf geen keuzes kunnen maken over gebruik daarvan. In Burundi en Jemen hebben respectievelijk slechts 47% en 48% van de vrouwen (15–49 jaar) die moderne anticonceptie willen gebruik daar ook toegang toe, en dus ruim de helft niet. Beide landen hebben een zeer jonge bevolkingsstructuur, en hoge aantallen tienerzwangerschappen.

Vraag 17

Kunt u vaststellen dat bij abortusdiensten die Nederland financiert, en zeker in het geval van zwangerschapsafbreking, geen sprake is van enige drang of dwang, bijvoorbeeld vanuit de omgeving van de vrouw, om een abortus te ondergaan? Zo nee, zou u nader onderzoek willen doen naar het voorkomen en voorkómen van dergelijke dwang of drang rondom door Nederland gefinancierde abortusdiensten?

Antwoord 17

Nee, dat kan niet worden vastgesteld. Zoals aangegeven in Notaoverleg d.d. 27 september 2021 en conform de daaruit volgende toezeggingen is het kabinet tegen elke vorm van gedwongen abortus. Nederland zet zich al decennialang actief in voor keuzevrijheid. Juist deze inzet op het totale pakket aan SRGR, gericht op keuzevrijheid, gelijke toegang tot informatie en zorg, moet bijdragen aan voorkomen van dwang en drang rond abortus. Ook zet het kabinet zich in voor het aanpakken van grondoorzaken van genderongelijkheid en genderdiscriminatie inclusief grond oorzaken van *son preference* die leidt tot sekseselectie voor de geboorte.

Onder andere de VN, EU en het Guttmacher Institute publiceerden rapporten inzake gedwongen abortus. Deze rapporten heb ik op 5 oktober 2021 met uw kamer gedeeld. Ik zie op dit moment dan ook geen noodzaak voor aanvullend onderzoek.

Vraag 18

Wilt u deze schriftelijke vragen afzonderlijk en nauwgezet beantwoorden, en niet volstaan met algemene antwoorden of algemene verwijzingen naar bijvoorbeeld de website <https://www.nlontwikkelingssamenwerking.nl>, tenzij een dergelijke bron daadwerkelijk en direct antwoord geeft op de gestelde vraag?

Antwoord 18

Ik heb uw vragen met alle zorgvuldigheid, aandacht en transparantie beantwoord.