

Vergaderjaar 1996–1997

**25 000 XVI**

## **Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1997**

**Nr. 54**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 5 maart 1997

Met het oog op het Algemeen Overleg dat de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft geagendeerd op 11 maart aanstaande over de brief ten geleide van het advies «Het Planningsbesluit IVF» van de Gezondheidsraad van 6 februari 1997 en de brief over ideëel draagmoederschap van 14 februari 1997 (Kamerstukken II, 1996/97, 25 000 XVI, nr 51) wil ik U, in overeenstemming met de Minister van Justitie, in hoofdlijnen op de hoogte stellen van mijn standpunt op dit advies. Zoals aangegeven in de brief ten geleide van het advies zal één en ander zijn beslag krijgen in het nieuwe planningsbesluit en in het wetsvoorstel inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's.

#### **1. Algemeen uitgangspunt**

De Gezondheidsraad adviseert de werkingssfeer van artikel 18 WZV voor wat betreft in-vitrofertilisatie uit te breiden. In plaats van de vier fasen van de behandeling die nu onder de vergunningplicht vallen adviseert de Raad alle zes fasen, van de intake tot en met de begeleiding in de afrondingsfase, onder de vergunningplicht te brengen.

Indertijd is in-vitrofertilisatie onder artikel 18 WZV gebracht omdat concentratie niet alleen om kwaliteitsredenen noodzakelijk werd bevonden, maar ook omdat over de aanvaardbaarheid van de techniek en de consequenties van de techniek verschillend werd gedacht. Ik ben, met de Gezondheidsraad, van mening dat deze argumenten nog steeds noodzaken tot een vergunningplicht voor in-vitrofertilisatie. Ten aanzien van de reikwijdte van deze vergunningplicht wil ik echter minder ver gaan. Sinds de totstandkoming van de huidige planningsregeling in 1989 is er immers een Kwaliteitswet zorginstellingen in werking getreden en zijn de ideeën over de inhoud van wetgeving op het terrein van hetgeen met geslachtscellen en embryo's mag gebeuren en wie daar zeggenschap over heeft zo ver uitgekristalliseerd dat wetgeving binnen afzienbare tijd in werking moet kunnen zijn getreden.

Ik wil dan ook als algemeen uitgangspunt hanteren dat in het plannings-

besluit de spreiding en behoefte worden aangegeven, dat de kwaliteits-eisen die de Gezondheidsraad heeft geformuleerd gehandhaafd worden op basis van de Kwaliteitswet en dat ethische aspecten regeling vinden in het wetsvoorstel inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's.

Indien, zoals bij verrichtingen die onder artikel 18 zijn gebracht, concentratie noodzakelijk is om ervaring en deskundigheid op peil te houden en er daarom een vergunningstelsel vigeert, moet inzichtelijk zijn aan welke eisen voor het verkrijgen van een vergunning moet zijn voldaan. Dit houdt in dat in het planningsbesluit op enkele punten een kwaliteitsnorm of een verwijzing daarnaar moet worden opgenomen.

In het onderstaande geef ik puntsgewijs aan wat mijn standpunt is of mijn voornemens zijn ten aanzien van de belangrijkste aanbevelingen van de Gezondheidsraad.

## **2. Reikwijdte artikel 18 WZV**

De Gezondheidsraad maakt in zijn advies een onderscheid tussen IVF-centra, zogenoemde transportziekenhuizen en satellietziekenhuizen. In IVF-centra wordt in principe de gehele IVF-behandeling aangeboden. Bij transport-IVF vindt het eerste gedeelte van de behandeling (de intake, de hormoonstimulatie en de follikelpunctie) in een ander centrum plaats dan waar de eigenlijke in-vitrofertilisatie (laboratoriumfase) plaatsvindt. In zogenaamde satellietziekenhuizen geschiedt slechts de intake en de hormoonbehandeling.

Er zijn op dit ogenblik 13 centra met een vergunning op grond van artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen voor de functie IVF. Daarmee wordt in de behoefte aan deze verrichting voorzien. De Gezondheidsraad heeft berekend dat voor de komende tien jaar de geraamde behoefte aan IVF kan worden opgevangen binnen de thans beschikbare capaciteit.

Ik ben het eens met de Gezondheidsraad dat transport-IVF een goede mogelijkheid is om de hormoonstimulatie en de follikelpunctie in een wat meer vertrouwde omgeving van een ziekenhuis in de naaste omgeving plaats te laten vinden. Daarna kan transport van de aldaar verkregen eicellen naar het IVF-laboratorium plaatsvinden. Er zijn op dit ogenblik 23 van dergelijke transportziekenhuizen. Overigens zijn de mogelijkheden voor dergelijke ziekenhuizen vrij beperkt omdat de verrichting met enige regelmaat moet gebeuren om de expertise op peil te houden. Een te grote spreiding van transportziekenhuizen houdt het risico in zich dat betrokken gynaecologen te weinig ervaring opdoen met hormoonstimulatie en punctie. Ik onderschrijf dan ook het advies van de Gezondheidsraad om het aantal transportziekenhuizen per IVF-centrum te beperken tot hooguit vier.

Ik ben het voorts geheel met de Gezondheidsraad eens dat er geen plaats moet zijn voor satellieten. Uit oogpunt van kwaliteit van zorg is dat een ongewenste ontwikkeling. Aan deze opzet van de zorg moet dan ook geen medewerking worden gegeven.

De Gezondheidsraad adviseert om alle zes fasen van de IVF als zodanig onder een vergunningplicht te brengen. Ik wil op dit punt minder ver gaan. Een verbreding van de vergunningplicht betekent een aanzienlijke verzwaring van de huidige regelgeving omdat voor de transport-ziekenhuizen een afzonderlijk vergunningstelsel met beoordelingscriteria zou moeten worden ontworpen. Ik neem mij voor om op dit punt voort te gaan op de weg van het huidige planningsbesluit door de vergunningplicht beperkt te houden tot de huidige IVF-centra. Ten aanzien van transportziekenhuizen wil ik aanvullende beperkingen opnemen. Bepaald zal worden dat de IVF-centra alleen gebruik mogen maken van transport-centra indien dat tevoren contractueel is vastgelegd. De IVF-centra mogen bovendien slechts met ten hoogste vier centra een contract hebben. De contracten moeten een lange looptijd hebben en moeten tevoren aan de inspectie zijn voorgelegd. Vanzelfsprekend wordt in het te wijzen

planningsbesluit IVF expliciet aangegeven dat samenwerking met een satellietcentrum (met of zonder tussenkomst van een transportziekenhuis) uitgesloten is.

### **3. Andere technieken**

Er is een groot aantal varianten mogelijk op de IVF-techniek. In antwoord op de vraag of er reden is andere methoden en vormen van kunstmatige voortplanting onder artikel 18 te brengen geeft de Gezondheidsraad aan dat de GIFT-methode, een methode waarbij de geaspireerde eicel en de zaadcellen in de eileider worden samengebracht (gamete intra-fallopian transfer), tevens vergunningplichtig zou moeten zijn. De Raad geeft als reden de overeenkomsten van de techniek met IVF en de wenselijkheid om in de praktijk toepassing van GIFT te koppelen aan een IVF-programma, omdat boventallige eicellen niet kunnen worden ingevroren en bewaard. Deze eicellen zullen dan alsnog in vitro worden bevrucht, zodat de embryo's kunnen worden ingevroren. De Gezondheidsraad is echter ook van mening dat gezien de bezwaren die aan de GIFT-methode zijn verbonden IVF de voorkeur verdient. De bezwaren betreffen in de eerste plaats de grotere belasting voor de vrouw. Niet alleen is de terugplaatsing belastender, ook zal in de regel vaker een hormoonstimulatie plaats moeten vinden. Dit laatste hangt samen met het tweede bezwaar: de lagere kans op succes. De twee teruggeplaatste eicellen zullen immers lang niet altijd beide bevrucht worden. De genoemde bezwaren vormen waarschijnlijk de reden dat de techniek in Nederland niet wordt toegepast.

Om de GIFT-methode onder de vergunningplicht van artikel 18 WZV te brengen is het nodig de algemene maatregel van bestuur te wijzigen. Ik ben van mening dat daarvoor vooralsnog niet voldoende reden is. Mijn argumenten daarvoor zijn van verschillende aard. In de eerste plaats zal, zoals de Gezondheidsraad aangeeft, de methode, als men deze zou willen toepassen, veelal gecombineerd worden met de gewone IVF-behandeling die wel onder de vergunningplicht valt. Een aparte vergunningplicht is dan niet nodig. Nu de Gezondheidsraad aangeeft dat IVF de voorkeur verdient boven GIFT, zou ik bovendien niet door wijziging van de algemene maatregel van bestuur de indruk willen geven dat ik die voorkeur niet deel. In de tweede plaats moeten we geen wettelijke regelingen treffen als daar geen noodzaak voor is. Er is geen noodzaak voor deze wijziging zolang de techniek in Nederland niet wordt toegepast. Als in de toekomst de techniek zo ver verbeterd zou worden dat de belasting minder is en klinieken de techniek derhalve wel gaan toepassen, kan de algemene maatregel van bestuur alsnog worden gewijzigd.

### **4. Minimum-succesnorm**

De Gezondheidsraad adviseert om voor de centra die de laboratorium-fase en de terugplaatsing uitvoeren in het nieuwe planningsbesluit opnieuw een minimum-succesnorm op te nemen. In het huidige planningsbesluit is de norm gesteld van één doorgaande zwangerschap per tien gestarte behandelcycli. De Gezondheidsraad stelt voor deze norm te verhogen tot 15% doorgaande zwangerschappen per gestarte – eerste – behandelcyclus. Deze norm moet dan gelden voor paren waarvan de man niet verminderd vruchtbaar is en waarvan de vrouw 35 jaar is of jonger. Met deze nuancerings wordt gecorrigeerd voor cyclusrangorde, leeftijd en indicatie als factoren die kunnen leiden tot verschil in uitkomsten.

Ik acht de nieuwe minimumsuccesnorm een goede maatstaf voor de bepaling van de kwaliteit van IVF-centra. Een centrum dat niet in staat is deze norm bij de omschreven groep patiënten te halen, laat daarmee zien onvoldoende kwaliteit te kunnen bieden. Ik beschouw dit criterium als zo centraal dat ik dit expliciet als eis in het planningsbesluit zal opnemen.

Daarmee komt tot uitdrukking dat met het niet-halen van de norm direct de artikel 18-vergunning voor IVF ter discussie staat en ingetrokken zal kunnen worden.

## **5. Deskundigheid en andere kwaliteitseisen voor de artsen in een IVF-centrum**

Het huidige planningsbesluit IVF bevat een groot aantal kwaliteitseisen met betrekking tot de ervaring, deskundigheid en infrastructuur van de IVF-centra. Deze eisen zijn in 1989 expliciet in het planningsbesluit genoemd omdat er toen geen ander kader was waarin die eisen gehandhaafd konden worden. Thans is voor het handhaven van kwalitatieve aspecten de Kwaliteitswet zorginstellingen beschikbaar. De Gezondheidsraad adviseert om de voorwaarden uit het huidige planningsbesluit met betrekking tot de ervaring en deskundigheid van artsen en de infrastructuur van een centrum te handhaven.

Ik wil die voorwaarden vooral in het licht van de Kwaliteitswet bezien. Naar mijn oordeel dienen de betrokken beroepsgroepen en instellingen het advies van de Gezondheidsraad te beschouwen als de minimumeisen waarvan bij de toetsing van kwaliteit zal worden uitgegaan.

## **6. Protocollen**

Het huidige planningsbesluit bevat als criterium voor vergunningverlening dat de centra een protocol hebben voor de diverse fasen van de behandeling. Ook in het nieuwe planningsbesluit zal deze eis worden opgenomen. Daarbij zal een aantal aandachtspunten voor het protocol expliciet worden genoemd. In ieder geval betreffen dat de indicatiestelling, het verkrijgen en bewaren van geslachtscellen, het tot stand brengen van embryo's buiten het menselijk lichaam, het bewaren ervan en het gebruiken van embryo's voor andere doeleinden.

De beroepsgroep is bezig met een herziening van de indicatielijst van 1993. Ik ga er vanuit dat de beroepsgroep het advies van de Gezondheidsraad in haar overwegingen zal betrekken. Naar verwachting zal de lijst binnen enkele maanden beschikbaar zijn.

## **7. Leeftijdsgrens**

In de protocollen van de meeste centra wordt voor de vrouw een maximumleeftijd van veertig jaar genoemd. In de praktijk gaan enkele klinieken daar relatief flexibel mee om, terwijl andere de grens heel strikt aanhouden. Redenen om een leeftijdsgrens te hanteren zijn gelegen in het met de leeftijd teruglopen van de kans op zwangerschap en het toenemen van risico's. Die risico's betreffen onder meer de verloskundige risico's en de risico's van aangeboren aandoeningen bij het kind. Bij de indicatiestelling wordt leeftijd als exclusie criterium gehanteerd.

De Commissie Medische Ethiek van de KNMG heeft verleden jaar een standpunt uitgebracht over IVF op latere leeftijd (Medisch Contact, jaargang 51, nr. 18, blz 620–627). De Gezondheidsraad betreft dit standpunt in zijn beschouwingen over dit onderwerp. De Gezondheidsraad en de KNMG zijn beide van mening dat er bezwaren kleven aan het hanteren van een grens die berust op gemiddelde cijfers voor de succeskans. Als de teruglopende fertiliteit de overweging is om een leeftijdsgrens te hanteren, verdient het de voorkeur een fysiologische maat te hanteren om een individuele prognose te kunnen doen. De Gezondheidsraad constateert dat een op biologische indicatoren gebaseerde betrouwbare prognose nog niet mogelijk is. De KNMG is van mening dat het daarom buitengewoon moeilijk is om het hanteren van een strikte leeftijdsgrens te onderbouwen en acht het wenselijk dat de beroepsgroep tracht te komen tot grenzen op basis van risico en

effectiviteit. De Maatschappij vindt dat de leeftijdsgrens verhoogd zou kunnen worden tot 42 à 43 jaar en dat die grens met enige flexibiliteit gehanteerd zou kunnen worden. De Gezondheidsraad komt tot de conclusie dat boven de leeftijd van de vrouw van veertig jaar de kans op succes gemiddeld zo klein is, dat de balans van nut en risico's negatief uitvalt en behandeling niet langer verantwoord wordt geacht en opteert voor handhaven van de huidige grens.

Zoals in het algemeen voor de gezondheidszorg kalenderleeftijd slechts een afgeleide rol speelt en gehanteerd wordt als aanduiding voor de effectiviteit van het handelen en de kans op risico's, zou bij IVF leeftijd eveneens gehanteerd moeten worden als zo'n aanduiding. Verder onderzoek naar waarde van parameters als menstruele cyclus en de spiegels van enkele hormonen zal op den duur wellicht leiden tot de mogelijkheid een individuele prognose te doen. Ik ben, met de Gezondheidsraad, van mening dat zolang van biologische parameters nog niet is aangetoond dat zij de basis kunnen vormen voor een betrouwbare uitspraak over de vruchtbaarheid van de individuele vrouw, het handhaven van een leeftijdsgrens van ongeveer veertig jaar als richtlijn voor de indicatiestelling de voorkeur verdient.

## **8. Eiceldonatie en leeftijd**

De twee belangrijkste indicaties die in de praktijk voor eiceldonatie worden gehanteerd zijn premature menopauze (95%) en een verhoogd genetisch risico. Gezien de manier waarop donoreicellen beschikbaar moeten komen, wekt het geen verbazing dat donoreicellen schaars zijn. De Gezondheidsraad waarschuwt voor de morele druk die de donor kan ervaren. De vrijwilligheid van het besluit om zich aan de belastende en zeker niet risicoloze hormoonstimulatie en follikelpunctie bloot te stellen kan daardoor in gevaar komen. Om zeker te stellen dat in ieder geval van winstbejag geen sprake zal zijn, zal in het wetsvoorstel inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's worden bepaald dat donatie van geslachtscellen uitsluitend om niet mag plaatsvinden.

De Gezondheidsraad geeft aan dat bij IVF met door jonge vrouwen gedoneerde eicellen bij vrouwen op hogere leeftijd goede zwangerschapscijfers worden behaald. De leeftijd van de eiceldonor, en niet die van de ontvangende vrouw, blijkt voor de succeskans van IVF met donoreicellen de belangrijkste factor. Bij de groep van peri- en postmenopauzale vrouwen worden, aldus de Gezondheidsraad, zwangerschapscijfers bereikt die gunstig afsteken bij de prognose van jongere, premenopauzale vrouwen die een IVF-behandeling met eigen eicellen ondergaan. Deze feiten plaatsen ons voor de vraag of voor IVF met donoreicellen een hogere leeftijdsgrens zou kunnen gelden.

De Gezondheidsraad geeft een indruk van de medische risico's van zwangerschap op hogere leeftijd. De Raad komt daarbij tot de conclusie dat bij vrouwen tot 45 het verhoogde risico beperkt is en dat daarin geen aanleiding kan worden gevonden vrouwen tussen 40 en 45 de toegang tot IVF (met eiceldonatie) te ontfangen. Over de risico's bij vrouwen van 45 jaar en ouder bestaat daarentegen nog zo veel onduidelijkheid dat, naar het oordeel van de Raad, behandeling geen deel zou moeten uitmaken van het reguliere zorgaanbod. De Raad bepleit dan ook in de protocollen van de centra een maximumleeftijd op te nemen van 44 jaar bij het begin van de behandeling. De Raad adviseert tenslotte IVF bij vrouwen boven deze leeftijd slechts toe te passen in het kader van wetenschappelijk onderzoek dat gericht is op het verkrijgen van inzicht in de medische risico's van zwangerschap na IVF met eiceldonatie op hogere leeftijd. Een leeftijd van 48 jaar bij het begin van de behandeling zou het maximum moeten zijn. De keuze voor dit maximum komt voort uit overwegingen van het belang van het kind enerzijds en anderzijds uit de overweging dat over de medische risico's van de behandeling bij vrouwen in de leeftijd

van 45 tot 50 nog zo weinig bekend is dat het zetten van een grotere stap alleen al daarom moet worden afgewezen. De Gezondheidsraad is van mening dat het belang van het kind bij ouderlijke begeleiding tot aan de volwassenheid het stellen van een leeftijdsgrens rechtvaardigt, al wil dat nog niet zeggen dat duidelijk is waar die moet worden getrokken.

Met betrekking tot eiceldonatie ben ik voornemens om als criterium voor vergunningverlening op te nemen dat, indien centra eiceldonatie toepassen, in het protocol aan deze behandeling apart aandacht wordt besteed. Hierbij zal tevens de indicatiestelling, die voor deze behandeling eveneens door de beroepsgroep geactualiseerd zal worden, moeten worden opgenomen. Ook in dit geval ga ik er vanuit dat de beroepsgroep aan het advies van de Gezondheidsraad een zwaar gewicht zal toekennen en een leeftijd hoger dan 44 jaar bij aanvang van de behandeling als exclusiecriterium op zal nemen. Van toepassing van deze vorm van IVF bij vrouwen die ouder zijn, ook al is het in het kader van wetenschappelijk onderzoek, ben ik geen voorstander.

## **9. Onderzoek**

De Gezondheidsraad doet in zijn advies een aantal aanbevelingen voor onderzoek. Ik kan mij vinden in de verschillende thema's die de Gezondheidsraad noemt. Ik zal de thema's bij Zorgonderzoek Nederland en de Ziekenfondsraad onder de aandacht brengen. In dit verband wil ik erop wijzen dat er inmiddels al onderzoek loopt of in voorbereiding is.

Onder meer is er een project van de Stichting Perinatale Epidemiologie Nederland (PEN) van TNO-Preventieve Gezondheidszorg. Het gaat hier om een landelijk onderzoek naar de gevolgen van de toepassing van IVF. Het project is gestart in januari 1993 en duurt zeven jaar. Aandachtspunten bij het onderzoek zijn verloop en uitkomsten van zwangerschappen na IVF, psychomotorische ontwikkeling bij kinderen, psychosociale gevolgen van IVF voor de betrokken paren en somatische problemen bij vrouwen. Dit onderzoek is inmiddels uitgebreid met een onderzoek naar de psychomotorische gevolgen voor kinderen die zijn geboren na een ICSI-behandeling. Het gaat hier om een vergelijking tussen ICSI-kinderen, IVF-kinderen en langs natuurlijke weg verwekte kinderen. Het onderzoek, oorspronkelijk gefinancierd uit de begroting van VWS, is met ingang van 1996 gefinancierd door de ZFR en wordt begeleid door de subcommissie Beleids-onderzoek artikel 18 van de ZFR. Voor 1996 bedroegen de totale kosten ca. f 0,47 mln. Voor de resterende looptijd van het project (t/m 1999) bedragen de kosten ca. f 1,8 mln.

Voorts is in 1996 een top-down geïnitieerd Ontwikkelingsgeneeskunde-onderzoeksvoorstel ingediend naar de toepassing van IVF en ICSI. Het gaat hierbij om een onderzoek naar de kosten-effectiviteit van IVF versus IVF/ICSI bij paren waarbij infertiliteit wordt veroorzaakt door subfertiliteit van de man op voorstel van AZVU, AZR en AZU. In het project komen ook de ethische en psychosociale aspecten van beide behandelingen aan de orde.

Het project is eind 1996, na een negatieve beoordeling van de NWO, negatief beoordeeld door de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad. Ik zal er bij de Raad op laten aandringen de mogelijkheden na te gaan om voor 1997 het onderwerp alsnog op te pakken.

Het onderzoek naar de effectiviteit van IVF bij indicaties van subfertiliteit, waartoe de Gezondheidsraad met klem adviseert, acht ik ook van belang. Het komt erop neer dat het zojuist genoemde effectiviteits-onderzoek naar ICSI uitgebreid moet worden met indicaties van subfertiliteit bij de vrouw. Ik wil dan ook bevorderen dat ook dit in het kader van de ontwikkelingsgeneeskunde wordt meegenomen. Ook daarvoor zal ik zonnodig een top-down benadering kiezen.

## **10. Registratie**

De Gezondheidsraad vraagt in zijn advies aandacht voor registratie. Van belang daarbij is vooral de wenselijkheid een landelijke registratie op te zetten door de beroepsgroep zelf. Op grond van zo'n registratie ontstaat immers een beter inzicht over de geleverde prestaties van de IVF-centra. Er wordt gewerkt aan het opzetten van een dergelijke registratie. Tot nu toe hebben die inspanningen nog niet geheel tot het beoogde resultaat geleid. Slechts een deel van de centra werkt met het door de beroepsgroep ontwikkelde registratiesysteem. Daarnaast is er de verplichte jaarlijkse artikel 18-enquête die gegevens moet opleveren voor bijvoorbeeld de overheid. De registratie door de beroepsgroep zelf is uiteraard gedetailleerder dan de jaarlijkse artikel 18-enquête. De Gezondheidsraad stelt voor om de jaarlijkse artikel 18-enquête en de landelijke registratie zodanig in elkaar te schuiven dat een ieder daar voordeel van heeft. Immers ook de huidige artikel 18-registratie behoeft een aanscherping.

Ik ben het met de Gezondheidsraad eens dat de mogelijkheden onderzocht zouden moeten worden om de beide registratiesystemen meer in elkaar te schuiven. Een goede centrale landelijke registratie is nodig om een grotere transparantie te verkrijgen van de toepassing van IVF en de follow-up. Over enkele dagen wordt ten departemente overleg gevoerd met de Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie. Daarbij zal dit onderwerp in ieder geval aan de orde komen.

## **11. Draagmoederschap**

In aanvulling op mijn brief van 14 februari 1997 merk ik met betrekking tot draagmoederschap in combinatie met IVF nog het volgende op.

Familierechtelijk is het kind dat uit de draagmoeder wordt geboren haar kind. De eventuele echtgenoot van de draagmoeder geldt als de vader van het kind. De overgang van het kind van het ene ouderpaar naar het andere is juridisch geen eenvoudige zaak. De draagmoeder (en haar eventuele echtgenoot) moeten uiteindelijk door de rechter worden ontheven van het ouderlijk gezag. De wensouder(s) moeten daarmee worden belast en uiteindelijk zal het kind moeten worden geadopteerd door de wensouders. Bewust is in deze procedures nooit met het oog op draagmoederschap enige verandering gebracht. Ook niet als het gaat om draagmoederschap in combinatie met kunstmatige inseminatie. Wijzigingen in dit opzicht zouden er immers toe leiden dat in feite de terughoudende opstelling tegenover draagmoederschap wordt verlaten.

Tussen de draagmoeder en de wensouders zullen afspraken gemaakt moeten worden over de feitelijke afstand en overgang van het kind. Dergelijke afspraken zijn juridisch echter niet geldig en dus ook niet afdwingbaar. Als de draagmoeder haar kind na de geboorte niet wenst af te staan (omdat zij zich aan dit kind gehecht heeft) of als de wensouders het kind niet wensen op te nemen (omdat het bij voorbeeld ernstig gehandicapt blijkt te zijn), valt daaraan niet veel te doen. Het is ook maar zeer de vraag of afspraken ten aanzien van de draagmoeder (bij voorbeeld dat deze zich onthoudt van roken en alcoholische dranken gedurende de zwangerschap) afdwingbaar zijn.

Beroeps- en bedrijfsmatige bemiddeling bij draagmoederschap is verboden en strafrechtelijk gesanctioneerd (artikel 151b WvSr). Een arts die in een concreet geval IVF toepast bij een draagmoeder valt in principe niet onder dit verbod.

## **12. Handelingen met embryo's**

Enkele aanbevelingen van de Gezondheidsraad hebben betrekking op de wijze van handelen met embryo's nadat zij tot stand zijn gebracht en voor later gebruik zijn ingevroren. Ik noem de eis van gezamenlijke

beslissingsbevoegdheid over de bestemming van die embryo's, regeling van de bewaartermijn, de gevolgen van het overlijden van een van beide partners, alsmede de eis dat eerst de ingevroren embryo's van het paar worden gebruikt alvorens een nieuwe behandelingscyclus wordt begonnen. Deze onderwerpen betreffen de ethische aspecten van wat wel en niet met embryo's mag gebeuren. Zoals ik U eerder heb meegedeeld zal het wetsvoorstel inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's niet meer alleen betrekking hebben op wetenschappelijk onderzoek met embryo's en verboden handelingen met embryo's en geslachtscellen zoals bijvoorbeeld het totstandbrengen van klonen en het speciaal voor wetenschappelijk onderzoek kweken van embryo's. Met de Kamer is over de uitgangspunten van dit onderdeel van gedachten gewisseld. In het wetsvoorstel zullen nu ook de hierboven bedoelde door de Gezondheidsraad genoemde onderwerpen aan de orde komen.

Ik merk daarbij op dat het invriezen van embryo's geschiedt met het oog op het totstandbrengen van een (volgende) zwangerschap van degenen ten behoeve van wie de IVF heeft plaatsgevonden en dus in het kader van hun medische behandeling. Daarvoor gelden uiteraard de gebruikelijke medische indicaties en professionele standaarden, waaronder de afspraken van de beroepsgroep over te hanteren richtlijnen voor leeftijd als exclusie criterium.

De mogelijkheid bestaat dat na beëindiging van de behandeling van het paar ten behoeve waarvan de IVF heeft plaatsgevonden nog ingevroren embryo's resterende. Van beëindiging van de behandeling is niet alleen sprake indien het gezin van het paar is voltooid of het paar om andere redenen van verdere behandeling wenst af te zien, maar ook indien de vrouw gezien haar leeftijd niet meer voor terugplaatsing van een bewaard embryo is geïndiceerd. De beslissing over de bestemming van de dan eventueel nog resterende ingevroren embryo's is een beslissing van de partners gezamenlijk. De bestemming kan zijn donatie ten behoeve van de zwangerschap van een ander, dan wel wetenschappelijk onderzoek onder de in de wet geregelde restricties. Bij die beslissing dienen ook afspraken te worden gemaakt over de termijn gedurende welke de embryo's voor die doelen bewaard zullen blijven. Na het verstrijken van de afgesproken termijn mogen overgebleven ingevroren embryo's niet langer worden bewaard en zullen zij dus teloor gaan. Dat geldt ook indien het paar na beëindiging van de behandeling de embryo's niet voor andere doeleinden ter beschikking wenst te stellen.

### **13. Uitgesteld ouderschap**

De Gezondheidsraad vraagt aandacht voor de gevolgen van de tendens ouderschap uit te stellen. Omdat de vruchtbaarheid van de vrouw boven een leeftijd van dertig jaar betrekkelijk snel afneemt, leidt deze tendens tot een toenemend aantal vrouwen dat voor zwangerschap afhankelijk is van IVF. De Emancipatieraad heeft rond de jaarwisseling '96/'97 een ongevraagd advies uitgebracht over deze problematiek met als titel «Het late ouderschap: advies maatschappelijke consequenties uitgesteld ouderschap». De aanbevelingen richten zich tot de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en tot ondergetekende.

De Emancipatieraad geeft aan dat Nederland voorop loopt met deze tendens. Het percentage vrouwen van dertig jaar en ouder dat een eerste kind krijgt is in geen ander land zo snel gestegen als in Nederland. In 1990 was een kwart van de vrouwen bij de geboorte van het eerste kind dertig jaar of ouder. Voor het jaar 2000 is de prognose dat deze veranderingen zich verder zullen hebben doorgezet. Als belangrijkste reden voor het uitstellen van de kinderwens noemt de Raad de moeizame combinatie van betaalde arbeid, opleiding en zorg. De aanbevelingen aan de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Onderwijs, Cultuur en

Wetenschappen hebben dan ook als strekking de combinatie van zorg en arbeid en van zorg en opleiding te vergemakkelijken.

Uit een oogpunt van volksgezondheid vind ik de tendens zorgelijk. Zoals de Emancipatieraad ook aangeeft, betekent de afname van vruchtbaarheid dat ongeveer tien jaar voor de menopauze de gemiddelde vrouw niet meer in staat is zwanger te worden of een zwangerschap tot een goed einde te brengen. Bovendien is op een hogere leeftijd van de vrouw de kans op aangeboren afwijkingen bij het kind groter. Over enige maanden zal het kabinet een nader standpunt aan de Kamer zenden over «Arbeid en zorg» naar aanleiding van het advies hierover dat binnenkort zal worden uitgebracht door de Stichting van de Arbeid. Ik zal bevorderen dat in dit standpunt de consequenties van uitgesteld ouderschap en de aanbevelingen van de Emancipatieraad aandacht krijgen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers