

Vergaderjaar 2021–2022

34 891

Voorstel van wet van de leden Ellemeet, Kuiken, Paternotte en Van Wijngaarden tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap alsmede enkele andere wetten in verband met de legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts

E

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 september 2022

Hierbij bied ik u de antwoorden op de aan de regering gestelde vragen uit het voorlopig verslag inzake het voorstel van wet van de leden Ellemeet, Ploumen, Paternotte en Van Wijngaarden tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap alsmede enkele andere wetten in verband met de legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts (34 891).

Vragen van de VVD-fractie en de 50Plus-fractie

De leden vragen de regering welke stappen worden ondernomen om duidelijkheid te krijgen over de bekostiging vóór de ingangsdatum van deze wet, mocht deze door de Eerste Kamer worden aangenomen. De leden vragen of de regering het met hen eens is dat de wijze van bekostiging geen nieuwe drempel mag opwerpen voor de vrijheid van vrouwen om te kunnen kiezen voor een behandeling door de huisarts of in de kliniek.

Ik ben het met de leden eens dat de wijze van bekostiging geen drempels mag opwerpen voor vrouwen die geconfronteerd worden met een onbedoelde zwangerschap. Binnen de huidige bekostigingssystematiek wordt abortuszorg zoals uitgevoerd in abortusklinieken bekostigd via de Subsidieregeling abortusklinieken. In deze subsidieregeling is voor iedere soort behan-

deling in artikel 4, eerste lid, een eigen tarief vastgesteld.¹ Het totale budgettaire kader wordt bepaald door het aantal uitgevoerde behandelingen in het voorgaande subsidiejaar, vermenigvuldigd met het voor die soort behandeling vastgestelde tarief. Klinieken ontvangen vervolgens subsidie op basis van deze p maal q.

Wanneer dit wetsvoorstel wordt aangenomen, gaat het om verplaatsing (van een deel van de) van zorg van de abortusklinieken naar de huisartsen. Verplaatsing van zorg betekent verplaatsing van financiële middelen. Het budgettaire kader blijft gelijk.

De wijze van bekostiging van het verstrekken van de abortuspil door de huisarts is complex en vereist nog nader onderzoek. Een eerste verkenning wijst uit dat nog de nodige vragen beantwoord moeten worden. Welke manier van financiering is te organiseren tegen een aanvaardbaar niveau van administratieve lasten? Wat zijn de criteria waarlangs we de financiële opties wegen? Is het voorgestelde uitvoerbaar? Leidt de gekozen financiering niet tot versnippering van de geldstromen?

Op basis van de nu bekende gegevens zijn er twee financieringsopties die als eerste onderzocht zullen worden, namelijk financiering via de Subsidieregeling abortusklinieken en financiering via een open house-toelatingsprocedure, waarbij iedere huisarts die aan de eisen voldoet het voor elke behandeling vastgestelde tarief ontvangt. Het is te vroeg om nu al conclusies te trekken over de meest geschikte wijze van financiering.

Ook vragen de leden wat de regering gaat doen om een goede geografische spreiding van aanbieders van abortuszorg over Nederland te blijven waarborgen.

De Wet afbreking zwangerschap (hierna: Wafz) biedt geen mogelijkheden om een spreidingsbeleid te hanteren. Op grond van artikel 4, derde lid, van de Wafz verkrijgt een ziekenhuis of een kliniek een vergunning indien aannemelijk is gemaakt dat aan de voorschriften zoals opgenomen in de Wafz en het Besluit afbreking zwangerschap (hierna: Bafz) zal worden voldaan. Locatie is geen criterium. Ik heb dan ook geen mogelijkheden om geografische spreiding van aanbieders van abortuszorg te blijven waarborgen.

¹ De subsidie voor een activiteit als hieronder vermeld, bedraagt maximaal:

- a. € 46 per consult;
- b. € 446 per eerste trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking medicamenteus wordt verricht;
- c. € 595 per eerste trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking door middel van vacuümaspiratie wordt verricht zonder PSA of algehele anesthesie;
- d. € 701 per eerste trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking door middel van vacuümaspiratie wordt verricht, waarbij PSA wordt toegepast onder verantwoordelijkheid van een abortusarts;
- e. € 725 per eerste trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking door middel van vacuümaspiratie wordt verricht, waarbij PSA of algehele anesthesie wordt toegepast door een anesthesioloog;
- f. € 854 per tweede trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking in de periode vanaf 13 tot en met 17 weken en 6 dagen amenorroe wordt verricht, waarbij PSA wordt toegepast onder verantwoordelijkheid van een abortusarts;
- g. € 925 per tweede trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking in de periode vanaf 13 tot en met 17 weken en 6 dagen amenorroe wordt verricht, waarbij PSA of algehele anesthesie wordt toegepast door een anesthesioloog;
- h. € 1.095 per tweede trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking in de periode vanaf 18 weken amenorroe wordt verricht, waarbij PSA wordt toegepast onder verantwoordelijkheid van een abortusarts;
- i. € 1.213 per tweede trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking in de periode vanaf 18 weken amenorroe wordt verricht, waarbij PSA of algehele anesthesie wordt toegepast door een anesthesioloog;
- j. € 82 voor het plaatsen van langdurige anticonceptie aansluitend op een zwangerschapsafbreking.

Vragen van de CDA-fractie en de 50Plus-fractie

De leden hebben geen vragen aan de regering gesteld.

Vragen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie vragen of de regering van zins is om specifiek te evalueren of het toegevoegde artikel 11a in onderdelen of in zijn geheel leidt tot een nuttige, betrouwbare en zinvolle registratie en of delen of het gehele artikel 11a zou kunnen vervallen, omdat de reguliere wetgeving rond medische behandelingen volstaat. Hierbij in acht nemend dat de regering streeft naar een afname van registratielast binnen de zorgsector.

Het bepaalde in het in het initiatiefwetsvoorstel voorgestelde artikel 11a kan niet los gezien worden van de registratieverplichting die op grond van artikel 11, derde lid, van de Wafz ook voor de abortusklinieken en ziekenhuizen geldt. Ieder kwartaal moeten zij bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) gegevens aanleveren over de uitgevoerde behandelingen via een voorgeschreven registratieformulier. De registratie van gegevens vindt plaats via twee Modelformulieren (A en B), vastgesteld in het Besluit vaststelling model formulieren Besluit afbreking zwangerschap.²

Deze registratieplicht is bij de totstandkoming van de Wafz opgenomen ten behoeve van (medisch-)statistische doeleinden en ten behoeve van het toezicht op de naleving van de Wafz. Als dit initiatiefwetsvoorstel wordt aangenomen is het mijns inziens van belang dat ook zicht gehouden wordt op het aantal afbrekingen van een zwangerschap dat uitgevoerd wordt door de huisarts, ook om gericht de abortuszorg in den brede te kunnen optimaliseren.

In de tweede evaluatie van de Wafz³ doen de onderzoekers de aanbeveling om de inhoud van de modelformulieren opnieuw te bezien en de rapportageplicht te wijzigen naar een frequentie van eens per jaar. Bij de uitwerking van deze aanbeveling, waarover ik heb toegezegd de Tweede Kamer in het najaar van 2022 nader te informeren, zal ik de verdere uitwerking van het voorgestelde artikel 11a meenemen. Bij de eerstvolgende evaluatie van de Wafz zal ik de registratieplicht ten algemene mee laten nemen.

Vragen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering kan aangeven hoe zij kijkt naar de verhouding tussen de waarden keuzevrijheid, kwaliteit van de zorg en toegankelijkheid van de zorg, juist vanuit het perspectief van de zorg.

Kwaliteit van zorg staat voor mij voorop. Ik acht het van groot belang dat de vrouw die de keuze maakt haar zwangerschap af te breken de juiste zorg krijgt en dat deze zorg bereikbaar en toegankelijk is. Daarnaast acht ik keuzevrijheid van groot belang. Iedere vrouw die geconfronteerd wordt met de keuze rondom het wel of niet afbreken van haar zwangerschap, moet die keuze zelf en in alle vrijheid kunnen maken, waarbij zij geïnfor-

² Het Modelformulier A bevat 19 items waarin de gegevens van de individuele patiënt worden geregistreerd. Deze items vormen de bron voor het B-formulier dat de klinieken en ziekenhuizen aan de IGJ dienen te zenden. Op dit B-formulier worden de totalen van de gegevens van de A-formulieren vastgelegd.

³ Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap, mr. dr. M.C. Ploem e.a., 2020.

meerd is over alle zaken die voor haar van belang zijn om deze keuze te kunnen maken.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de verwachting is dat, als deze wet wordt aangenomen, het aantal medicamenteuze afbrekingen die een huisarts gemiddeld zal doen een tot enkele keren per jaar zal zijn. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of dit aantal afbrekingen voldoende is om de kunde van de huisarts op een voldoende hoog kwaliteitsniveau te houden. Zij vragen aan de regering hoe deze daarnaar kijkt vanuit het perspectief van «bevoegd» en «bekwaam».

Zoals hiervoor aangegeven acht ik kwaliteit van zorg van groot belang. Ik vertrouw erop dat de beroepsgroep, samen met o.a. het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (hierna: NGvA) de accreditatie en nascholing zodanig vormgeeft dat daarmee de huisarts die abortuszorg wenst aan te bieden zich voldoende bekwaam acht deze zorg te verlenen. Bij het opstellen van de accreditatie en nascholing zullen uiteraard ook de bestaande richtlijnen van het NGvA, zoals de Richtlijn Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen, de Richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan en de Richtlijn Nazorg bij zwangerschapsafbreking, meegenomen worden zodat de abortuszorg als geheel op hoog kwaliteitsniveau blijft.

Tot slot vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of de regering kan aangeven wat de rol van dit initiatiefvoorstel zou kunnen zijn bij het verminderen van het aantal abortussen en herhaalabortussen en wanneer zij komt met een breder plan om het aantal abortussen en herhaalabortussen terug te dringen.

Ten algemene kan gesteld worden dat het van belang is dat de vrouw die geconfronteerd is met een onbedoelde zwangerschap de voor haar juiste zorg krijgt. Dit kan, indien dit initiatiefwetsvoorstel wordt aangenomen, bij haar eigen huisarts zijn, een andere huisarts die deze zorg aanbiedt als haar eigen huisarts dat niet doet, of in een abortuskliniek of ziekenhuis. Hoe deze zorg er voor deze vrouw uit ziet hangt in sterke mate af van de specifieke omstandigheden waarin de vrouw verkeerd. Maar het is aannemelijk dat een gesprek over anticonceptie onderdeel uitmaakt van de zorg die deze vrouw ontvangt. Door dit gesprek aan te gaan kan ten aanzien van kinderswangerschap meer gericht worden gehandeld. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de vrouw een keuze omtrent anticonceptie maakt die beter bij haar past op dat moment. Dat zou een volgende onbedoelde zwangerschap mogelijk kunnen voorkomen.

In de visiebrief preventie en ondersteuning bij onbedoelde zwangerschappen van 8 juli 2022 aan de Tweede Kamer hebben de Staatssecretaris van VWS en ik toegelicht wat we zullen ondernemen om het aantal onbedoelde zwangerschappen en (herhaalde) abortussen te doen verminderen.⁴

Vragen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering kan reflecteren op de vraag waarom veel huisartspraktijken niet de administratieve lasten van een vergunningsverplichting kunnen dragen maar wel verondersteld worden de lasten van het extra behandelingstraject van het verstrekken van de abortuspil te kunnen dragen.

⁴ Kamerstukken II 2020, 32 279, nr. 234.

Ik zou beide zaken graag willen scheiden. In het Coalitieakkoord «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst» van 15 december 2021 is afgesproken dat aanhangige initiatiefvoorstellen van wet tot wijziging van de Wafz, waaronder onderhavig wetsvoorstel, een persoonlijke afweging voor Kamerleden is. Ik onthoud mij dan ook van een inhoudelijk oordeel over het ontbreken van een vergunningsplicht. Daar waar het gaat om de lasten van een extra behandelingstraject kan in meer algemene zin gesteld worden dat het iedere huisarts de vrijheid geeft om te kiezen deze vorm van zorg wel of niet te verlenen. Zoals eerder aangegeven is het aan de huisarts zelf om te beslissen of hij of zij zich daartoe voldoende bekwaam acht. Hierop wordt op de gebruikelijke wijze door de IGJ toezicht gehouden.

Ook verzoeken de leden van de SGP-fractie de regering om een nadere onderbouwing van de toegevoegde waarde die dit wetsvoorstel heeft dat het zulk een ingrijpende wijziging in het huidige stelsel rechtvaardigt.

Het verzoek van de leden van de SGP-fractie raakt aan de kern van het initiatiefwetsvoorstel. Het geven van een nadere onderbouwing van de toegevoegde waarde van het initiatiefwetsvoorstel zou betekenen dat ik een oordeel uitspreek over de kern van het wetsvoorstel. Wel wil ik de Kamerleden informatie verschaffen ten behoeve van hun persoonlijke afweging door feitelijke vragen te beantwoorden, zoals ik hiervoor ook heb getracht bij de beantwoording van de vragen van andere fracties.

De leden van de SGP-fractie vragen de regering in hoeverre door het feit dat de huisarts altijd de keuze heeft om de abortuspil niet aan te bieden op grond van medisch-inhoudelijke, ethische of praktische bezwaren, de fundamentele intentie van dit wetsvoorstel niet wordt ondergraven. Ook vragen zij hoe voorkomen kan worden dat in de praktijk de huisarts blijft «zitten» met de patiënt die meent de abortuspil zo te kunnen halen bij de huisarts. Daarnaast vragen de SGP-leden om een reflectie op de vraag op welke wijze de wijziging het huidige stelsel zou verbeteren terwijl blijkt dat dit allerminst zeker is.

Ook ten aanzien van deze vragen geldt dat beantwoording zou leiden tot een inhoudelijk oordeel over het initiatiefwetsvoorstel nu de betreffende vraag de kern van het wetsvoorstel raakt. Ik zal mij om die reden onthouden van een beantwoording.

De leden van de SGP-fractie stellen vast dat de overtijdbehandeling niet onder de abortuswetgeving valt. Hierdoor rijzen dus serieuze vragen over zorgvuldigheid binnen de juiste juridische kaders. De SGP-leden vragen of er wel voldaan wordt aan het verzoek van het NHG om te zorgen voor een zorgvuldige juridische basis als die kaders nog onduidelijk blijven. Ook vragen zij of daarmee het wetsvoorstel niet bij voorbaat een wankel basis is om de mogelijkheid tot medicamenteuze afbreking van de zwangerschap bij de huisarts mogelijk te maken.

In het algemeen kan het volgende gesteld worden over de overtijdbehandeling (hierna: OTB).⁵ De OTB valt niet onder de Wafz. Tijdens de totstandkoming van de Wafz bepleitten verschillende medici een uitzonderingspositie voor de OTB omdat met de destijds bestaande medische technologie in de eerste zes weken en twee dagen van de

⁵ De term overtijdbehandeling (OTB) wordt gebruikt voor een behandeling gericht op het afbreken van zwangerschap in de periode vanaf de eerste dag van het uitblijven van de menstruatie tot en met de 16e dag, oftewel tot en met 44 dagen amenorrhoe (zijnde zes weken en twee dagen na de eerste dag van de laatste menstruatie). Alleen Nederland hanteert de grens van 16 dagen overtijd – en dus ook de term overtijdbehandeling.

zwangerschap deze nog niet met zekerheid kon worden vastgesteld. De OTB heeft daarom bij de totstandkoming van de wet een andere status gekregen dan minder vroege zwangerschapsafbrekingen, welke tot op de dag van vandaag geldt.

De OTB valt wel onder de reikwijdte van artikel 296 van het Wetboek van Strafrecht waarin bepaald is dat hij die een vrouw een behandeling geeft, terwijl hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat daardoor zwangerschap kan worden afgebroken, strafbaar is.

Omdat zwangerschap in een steeds vroeger stadium vast te stellen is, onder andere omdat zwangerschapstesten steeds gevoeliger zijn en echoapparatuur meer geavanceerd is, leidt de juridische status van de OTB in de praktijk nog steeds tot onduidelijkheid en verwarring. Om die reden bevelen de onderzoekers van de tweede evaluatie aan om alsnog duidelijkheid te verschaffen over deze juridische positie. Dit zou mogelijk zijn door bijvoorbeeld een heldere omschrijving van het begrip, zodanig dat er in de Wafz en artikel 296 van het Wetboek van Strafrecht gelijklopende definities worden gehanteerd.

Ik heb toegezegd de Tweede Kamer hierover in het najaar van 2022 te informeren.

De leden van de SGP-fractie vragen om een inschatting hoe vaak een verzoek tot medicamenteuze afbreking van de zwangerschap bij de gemiddelde huisarts zal binnenkomen. En in hoeverre er voldoende ervaring kan worden opgebouwd dat een medisch-technische kwaliteit van zorg gegarandeerd blijft, als dit voor de gemiddelde huisarts slechts enkele malen per jaar is.

Uit de meest recente cijfers van de IGJ⁶ blijkt dat 25,4% van de afbrekingen die plaatsvond in een abortuskliniek, een medicamenteuze behandeling betrof. Ook blijkt uit deze rapportage dat 51,6% van het totaal aantal vrouwen dat in een kliniek is behandeld een verwijzing van de huisarts had. Maar op basis van deze gegevens kan geen inschatting gemaakt worden hoe vaak een verzoek tot *medicamenteuze afbreking* van de zwangerschap bij de gemiddelde huisarts binnenkomt.

Zoals ook aangegeven in reactie op vragen van de CU-fractie zullen bij het opstellen van de accreditatie en nascholing ook de bestaande richtlijnen van het NGvA meegenomen worden ten einde de abortuszorg in Nederland op hoog kwaliteitsniveau te houden. Het is uiteindelijk aan de huisarts zelf om te beslissen of hij of zij zich vervolgens voldoende bekwaam acht abortuszorg te verlenen. De IGJ houdt daarop toezicht op de gebruikelijke wijze.

De leden van de SGP-fractie stellen dat een verzoek om afbreking van zwangerschap niet puur een medische maar ook een sociale hulpvraag is. Het begeleiden van het keuzeprocess naar het besluit toe past volgens de leden bij uitstek bij de huisarts. Maar de medische handeling en voorlichting is volgens de leden een specialistische handeling waarvoor geldt dat dit minder past bij de huisarts. De leden vragen dan ook of wel voldoende onderscheid gemaakt wordt tussen de diverse aspecten van de hulpvraag van de vrouw die ongewenst zwanger is.

De beantwoording van de vraag of hier sprake van is raakt de kern van het initiatiefwetsvoorstel. Zoals eerder aangegeven onthoud ik mij hiervan.

⁶ Factsheet «Jaarrapportage 2020 Wet afbreking zwangerschap (Wafz)» & bijlage «Definities en cijfers bij Jaarrapportage 2020 Wet afbreking zwangerschap», IGJ, november 2021.

In algemene zin kan ik de leden van de SGP-fractie wel informeren dat de wijze waarop de zorg is ingericht voor de vrouw die zich wendt tot haar huisarts met een verzoek om het afbreken van zwangerschap, in sterke mate afhankelijk is van de specifieke omstandigheden waarin zij verkeert. Als de vrouw behoefte heeft aan begeleiding tijdens haar keuzeproces, is er ook de mogelijkheid om haar door te verwijzen naar een van de keuzehulpaanbieders. Het blijft echter altijd maatwerk.

De regering wordt gevraagd om een reflectie op de vraag of de huisartsenzorg wel voldoende is voorbereid op de gevolgen van dit wetsvoorstel. In hoeverre is meegewogen dat als een overtijdbehandeling veilig tot 6 weken kan, dit niet automatisch impliceert dat dit ook veilig tot 9 weken kan? Hoe denkt de regering dat de huisarts de zorg voor de complicaties van nabloedingen en dergelijke kan waarborgen?

Het geven van een reflectie raakt de kern van het initiatiefwetsvoorstel. Om die reden onthoud ik mij daarvan.

Daarnaast verwijs ik naar hetgeen ik eerder heb aangegeven over het opstellen van de accreditatie en nascholing, en op het toezicht op de zorgverlening, wanneer dit initiatiefwetsvoorstel wordt aangenomen.

Tot slot vragen de leden van de SGP-fractie aan de regering waarom zij dit wetsvoorstel willen doorzetten terwijl het draagvlak onder de huisartsen zelf minimaal is.

Het betreft een initiatiefwetsvoorstel. Het is dan ook aan initiatiefnemers om deze vraag te beantwoorden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers