

Vergaderjaar 2023–2024

35 870

Wijziging van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting in verband met de tweede evaluatie van de wet, het actieplan ter ondersteuning van donorkinderen en de omvorming van de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting tot publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan

Nr. 29

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 april 2024

Op 12 april 2023 heeft de mondelinge behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (hierna: Wdkb) plaatsgevonden.¹ Naar aanleiding van dit debat zijn vijf moties aangenomen. In deze brief zal ik een stand van zaken geven ten aanzien van de uitvoering van deze moties, zoals reeds aangekondigd in de Kamerbrief van 20 juni 2023.²

1. De motie van het lid Paulusma over bescherming van wensouders (Kamerstuk 35 870, nr. 20)³

Deze motie verzoekt de regering om wensouders die in de privésfeer op zoek gaan naar een geslachtsceldonor beter te beschermen.

Het uitgangspunt is dat de keuze voor een sperma- of eiceldonor een privéaangelegenheid betreft en dat dit een individuele keuze is van wensouders. Ik zie het wèl als mijn taak wensouders te voorzien van betrouwbare informatie ten aanzien van donorconceptie en de verschillende keuzemogelijkheden op dat terrein. Hier zet ik dan ook op in via het Landelijk Informatiepunt Donorconceptie (LIDC) en via voorlichting door Fiom. Het LIDC biedt informatie aan voor donorkinderen, donoren en wensouders. Zo worden wensouders bijvoorbeeld gewezen op de mogelijke risico's van het kiezen voor een donor in het buitenland of via het internet en is er voor donorkinderen stapsgewijze informatie te vinden over het zoeken naar een donor. Fiom ontvangt van het Ministerie van VWS een instellingssubsidie als expertisecentrum op het gebied van onder meer afstammingsvraagstukken. Zowel donorkinderen, (wens)ouders en donoren kunnen bij Fiom terecht met vragen op dit terrein.

¹ Kamerstukken 35 870.

² Kamerstukken II 2022–2023, 30 486, nr. 31.

³ Kamerstukken II 2022–2023, 35 870, nr. 20.

Het LIDC ontvangt in 2024 extra budget om meer bekendheid te genereren voor het informatiepunt. Het doel is om het LIDC beter vindbaar te maken voor mensen die online informatie zoeken over donorconceptie via zoekmachines, zodat zij in staat worden gesteld om geïnformeerde keuzes te maken.

Hiermee heb ik uitvoering gegeven aan de motie.

2. De motie van het lid Paulusma over tekort aan geslachtsceldonoren (Kamerstuk 35 870, nr. 21)⁴

De aangenomen motie van het lid Paulusma (D66) verzoekt de regering in kaart te brengen welke redenen ten grondslag liggen aan de tekorten aan geslachtsceldonoren en actief voorstellen te doen hoe dit te wijzigen en in samenwerking met fertiliteitsklinieken te onderzoeken hoe een centrale wachtlijst kan worden doorgevoerd, waardoor er meer inzicht is in de wachttijd.

Tijdens het debat over de wijziging van de Wdkb (op 12 april 2023) is afgesproken dat aan de motie uitvoering kan worden gegeven door in gesprek te gaan met fertiliteitsklinieken over de genoemde punten, met respect voor de verantwoordelijkheidsverdeling.⁵

Het doneren van sperma en eicellen is een persoonlijke afweging, waarbij de motivatie, de houding en het karakter van de donor een rol spelen. Daarnaast is het wel of niet doneren afhankelijk van de culturele context. Zo is bekend dat het doneren van sperma voor mannen in Denemarken veel gebruikelijker is dan in Nederland; het is vergelijkbaar met hoe genormaliseerd bloeddonatie in Nederland is. Verschillende studies⁶ hebben de motivatie voor het doneren van geslachtscellen onderzocht. De drie belangrijkste motivaties die genoemd worden, zijn (1) altruïsme, (2) een financiële compensatie en (3) een verificatie van de eigen vruchtbaarheid. Naar alle waarschijnlijkheid zijn de redenen die ten grondslag liggen aan de tekorten voor spermadonatie gerelateerd aan bovengenoemde motivaties. Het verschil in houding ten aanzien van spermadonatie heeft te maken met de opvatting van de donor over de potentiële ontvangers, de relatie met het toekomstige kind, de anonimiteit van de donatie en de sociale aspecten van het proces. Uit de genoemde studie is naar voren gekomen dat het intrekken van anonimiteit van donaties niet noodzakelijk van invloed is op het aantal potentiële donoren. Echter komt ook naar voren dat spermadonoren geneigd zijn zich terug te trekken als er te veel persoonlijke informatie bekend kan worden gemaakt en er een kans is op contact met het donorkind. In Nederland is geborgd dat sperma- en eiceldonatie geen financieel voordeel mag opleveren; enkel de gemaakte onkosten worden vergoed. Artikel 5, tweede lid, Embryowet bepaalt namelijk dat geslachtscellen uitsluitend «om niet» mogen worden gedoneerd. Het tekort aan eiceldonoren is van andere aard; aan het donoren van eicellen ligt een intensief medisch traject⁷ ten grondslag waardoor dit minder aantrekkelijk is voor vrouwen wat het tekort kan verklaren.

⁴ Kamerstukken II 2022–2023, 35 870, nr. 21.

⁵ https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details/activiteit?id=2023A00178.

⁶ Areias J, Gato J, Moura-Ramos M. (2022) Motivations and Attitudes of Men Towards Sperm Donation: Whom to Donate and Why? *Sex Res Social Policy*; U. Van den Broeck, et al., (2013) A systematic review of sperm donors: demographic characteristics, attitudes, motives and experiences of the process of sperm donation, *Human Reproduction Update*.

⁷ De eiceldonor krijgt hormonen om de menstruatiecyclus stil te leggen en meerdere eicellen tegelijk te laten rijpen; middels een punctie, die veelal als pijnlijk wordt ervaren, worden de eicellen geoogst.

In de gesprekken met fertiliteitsklinieken geven klinieken aan dat de vraag naar sperma en eicellen het aanbod overstijgt en dat wensouders zich daarom ook richten op andere landen of internationale spermabanken. Een wervingscampagne voor Nederlandse donoren vanuit de fertiliteitsklinieken zou volgens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) kunnen bijdragen aan een oplossing voor het tekort aan donoren. Een aantal klinieken onderneemt acties ten aanzien van het werven van donoren via hun eigen kanalen, door bijvoorbeeld een oproep op de website van de kliniek⁸.

Voor het oplossen van een tekort aan gedoneerde geslachtscellen zie ik geen actieve rol voor de overheid. Ik laat het aan het veld om hierin naar eigen inzicht te handelen. Het doneren van sperma en eicellen en het gebruik daarvan zijn daarnaast een privéaangelegenheid en afhankelijk van persoonlijke afwegingen.

De overheid is verantwoordelijk voor het borgen van het recht op afstammingsinformatie bij een fertiliteitsbehandeling in Nederland met eicel-of spermadonoren. Hier wordt invulling aan gegeven met de Wdkb. Daarnaast is de overheid verantwoordelijk voor betrouwbare informatie en goede voorlichting aan onder andere wensouders over donorconceptie. Daar wordt in voorzien met het LIDC en Fiom.

Ik ben ook in gesprek gegaan met fertiliteitsklinieken over het nut van een centrale wachtlijst. Een centrale wachtlijst blijkt ingewikkeld, voornamelijk wat betreft de uitvoerbaarheid. Bij de veertien klinieken in Nederland die fertiliteitsbehandelingen met gedoneerd sperma uitvoeren is sprake van variatie in de uitvoering, bijvoorbeeld als het gaat over met welke prioriteit een wensouder op de wachtlijst wordt geplaatst en hoeveel sperma moet worden gereserveerd (niet iedere inseminatie is succesvol). In geval van een centrale wachtlijst moet er tussen de klinieken overeenstemming zijn over dergelijke zaken. Daarnaast vergt een centrale wachtlijst veel (extra) administratieve inspanning en vragen klinieken zich af wat het oplost. Op dit moment hebben alle spermabanken/klinieken een gemiddelde wachttijd van twee jaar en dit zal niet veranderen met een centrale wachtlijst. Ik heb geen signaal ontvangen van klinieken dat wachtlijsten vervuld zijn omdat mensen zich op meerdere wachtlijsten laten zetten. Klinieken geven aan dat mensen toch het liefst geholpen worden in hun eigen regio dus dat een landelijke centrale wachtlijst geen oplossing is. Sinds 1996 is er openheid over het aantal uitgevoerde Ivf-behandelingen en resultaten per kliniek. Deze resultaten lijken geen invloed te hebben op de keuze van mensen voor een kliniek; mensen kiezen alsnog voor een kliniek in hun regio. Wensouders blijven vanzelfsprekend vrij om zelf bij klinieken informatie in te winnen over de wachttijd.

Hiermee heb ik uitvoering gegeven aan de motie.

3. De motie van het lid Bikker over een verbod op anonieme donatie bij buitenlandse klinieken (Kamerstuk 35 870, nr. 23)⁹

Deze motie verzoekt de regering allereerst te verkennen wat andere landen, waar anonieme donatie ook verboden is, doen om activiteiten van buitenlandse klinieken te beperken, en de Kamer hierover te informeren.

Ik heb dit onderdeel van de motie als volgt geïnterpreteerd: wat doen andere landen waar anoniem doneren ook verboden is om te voorkomen dat buitenlandse klinieken (of spermabanken) het sperma distribueren en gebruiken in landen waar anonieme donatie wel is toegestaan?

⁸ Donoren gezocht | TFP in Leiderdorp (tfp-fertility.com).

⁹ Kamerstukken II, 2022–2023, 35 870, nr. 23.

In Duitsland, Noorwegen, Zweden, Oostenrijk, Zwitserland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Finland, Portugal en Kroatië geldt (op dit moment) net als in Nederland een verbod op het anoniem doneren van geslachtscellen. Met een aantal landen heb ik contact gehad over de maatregelen die zij treffen ten aanzien van het beperken van activiteiten van buitenlandse klinieken die ook werkzaam zijn in landen waar anonieme donatie de norm is. Een aantal landen erkent dat dit mogelijk tot problemen kan leiden. Geen van de landen waarmee ik heb gesproken heeft hier nog een oplossing voor gevonden. Wel treffen verschillende landen andere maatregelen, zoals Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk. Deze landen hebben aangegeven dat zij regelgeving hebben ingericht voor de export en het gebruik van sperma in het buitenland. In Noorwegen wordt alle export van sperma van donoren die gerekruteerd zijn door een Noorse spermabank gekeurd door het *Directorate of Health*. Export wordt niet goedgekeurd, tenzij het sperma in het buitenland gebruikt wordt in overeenstemming met de Noorse wetgeving. De non-anonimiteitsstatus is hier een onderdeel van. De strafeisen, wanneer een buitenlandse kliniek zich niet aan de regels houdt, staan in de Noorse Biotechnologiewet. In het Verenigd Koninkrijk ziet de *Human Fertilisation and Embryology Authority* (HFEA) toe op het gebruik van geslachtscellen. Britse fertiliteitsklinieken moeten voldoen aan de *Human Fertilisation and Embryology Act 1990*, zoals opgesteld door de HFEA. Geslachtscellen en embryo's mogen niet geëxporteerd worden als ze in het buitenland niet worden gebruikt volgens de wetgeving van het Verenigd Koninkrijk.

De motie verzoekt daarnaast om te verkennen welke mogelijkheden er zijn in de vergunningverlening van klinieken die anonieme donatie in het buitenland niet uitsluiten.

Fertiliteitsklinieken hebben op basis van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) alleen een vergunning nodig voor het (doen) uitvoeren van in-vitrofertilisatie, voor zover dit het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's betreft. Voor het (doen) uitvoeren van KID-behandelingen (kunstmatige inseminatie met donorsperma) is geen vergunning op grond van de Wbmv nodig. Daarnaast is voor het in ontvangst nemen, bewaren, bewerken en distribueren van donorsperma een erkenning als weefselinstelling nodig op basis van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal (Wvkl). Het is niet mogelijk om een erkenning te weigeren op basis van criteria die geen verband houden met veiligheid en kwaliteit van lichaamsmateriaal.

Naar aanleiding van deze motie heb ik gezien of in de Nederlandse wet- en regelgeving kan worden geborgd dat sperma van Nederlandse donoren, die doneren in Nederland, niet gebruikt mag worden voor fertiliteitsbehandelingen in landen waar behandelingen met anoniem gedoneerde eicellen of sperma zijn toegestaan. De Wdkb heeft als doel om het recht op afstammingsinformatie voor donorkinderen te borgen en voorziet daartoe in een regeling voor de registratie, het beheer en de verstrekking van gegevens van donoren van wie de geslachtscellen zijn gebruikt bij een kunstmatige donorbevruchting in Nederland. Ik ben daarom van mening dat regeling van een verbod als hierboven geschetst, niet goed aansluit bij het doel en de systematiek van de Wdkb. Ik ben tot de conclusie gekomen dat het meest optimaal uitvoering kan worden gegeven aan de geest van de motie met een nadere regeling bij het

Wetsvoorstel zeggenschap lichaamsmateriaal (Wzl)¹⁰, omdat geslachtscellen onder het begrip lichaamsmateriaal vallen als bedoeld in de Wzl («alle van de donor afgescheiden stoffen, bestanddelen of delen»).

Artikel 5, eerste lid, Wzl, ziet op «verboden gebruiksdoelen». Deze bepaling biedt de mogelijkheid om middels een algemene maatregel van bestuur (AMvB) het overdragen van in Nederland gedoneerde spermacellen aan beheerders buiten Nederland voor gebruik in landen waar fertiliteitsbehandelingen met anoniem gedoneerde eicellen of sperma zijn toegestaan, als «verboden gebruiksdoel» te verbieden. Het moet dan gaan om gebruik van lichaamsmateriaal dat gezien de maatschappelijke, ethische of juridische aspecten ongewenst is (artikel 5, tweede lid, Wzl). Via een voorhangprocedure is parlementaire betrokkenheid bij totstandbrenging van deze AMvB geborgd. Een belangrijk aandachtspunt bij de Wzl is dat dit om een nog bij de Tweede Kamer aanhangig wetsvoorstel gaat. Het is nu dus nog onduidelijk of en zo ja, wanneer deze wet in beide Kamers zal worden aanvaard.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zal toezicht houden op de naleving van de Wzl, maar kan uiteraard – zoals dat ook geldt voor andere Nederlandse wetten – alleen in Nederland toezicht houden en handhaven op beheerders die in Nederland gevestigd zijn.

Ik heb ook verkend of andere landen maatregelen treffen met betrekking tot de vergunningverlening aan klinieken die anonieme donatie in het buitenland niet uitsluiten. In Duitsland, Finland, Frankrijk, Kroatië, Noorwegen, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Zweden is anonieme donatie van eicellen en sperma net als in Nederland verboden en wordt een fertiliteitsbehandeling met gebruik van gedoneerde eicellen of sperma vergoed door een zorgverzekering of de overheid. In Duitsland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk wordt de behandeling alleen vergoed indien deze in het betreffende land plaatsvindt. In Frankrijk wordt de behandeling ook in het buitenland vergoed, ook als er sprake is van gebruik van anoniem gedoneerde eicellen of sperma. Frankrijk voert hierbij als argument aan dat anders de keuzevrijheid van de vrouw onterecht wordt ingeperkt. In Noorwegen worden fertiliteitsbehandelingen in het buitenland alleen vergoed als de behandeling in Noorwegen zelf vergoed zou worden. De niet-anonimiteitsstatus van de donor is hier onderdeel van.

Ik heb tevens verkend welke mogelijkheden er zijn met betrekking tot de verzekerde zorg in Nederland. Fertiliteitsbehandelingen vallen onder de verzekerde zorg, maar de aankoop van eicellen of sperma niet. Zorgverzekeraars kunnen dus geen invloed uitoefenen op het gebruik in het buitenland van anoniem gedoneerde eicellen of sperma. Ik oriënteer mij op dit moment op de mogelijkheid om voor de vergoeding van fertiliteitsbehandelingen in het buitenland een beperking op te nemen in het basispakket als gebruik gemaakt wordt van anoniem gedoneerde eicellen of sperma.

Hiermee heb ik uitvoering gegeven aan de motie.

¹⁰ 35 844. Onder de Wzl vallen handelingen met lichaamsmateriaal dat is of wordt afgenomen op het gebied van of in verband met de geneeskunst of de medische en biologische wetenschap, waaronder ook wetenschappelijk onderwijs wordt verstaan. De Wzl heeft voorts slechts betrekking op handelingen met dat lichaamsmateriaal waarmee een ander doel wordt beoogd dan genezing van de donor (waaronder het behoeden van het ontstaan van ziekten en het beoordelen van de gezondheidstoestand), als bedoeld in artikel 7:446, tweede lid, onderdeel a, van het Burgerlijk Wetboek.

4. De motie van het lid Ellemeet c.s. over overtreding van maximaantal buiten de kliniek bestraffen (Kamerstuk 35 870, nr. 24)¹¹

Deze motie verzoekt de regering te onderzoeken op welke manier het maximaantal gezinnen ook van toepassing kan zijn op donoren die buiten de kliniek werken en of en, zo ja, op welke wijze deze donoren gestraft kunnen worden als zij dit maximum willens en wetens overschrijden.

Ik vind massadonatie onwenselijk en deel de zorg van de indieners van de motie. Ik ben van mening dat zowel de overheid als wensouders een verantwoordelijkheid hebben om ervoor te zorgen dat massadonatie zoveel mogelijk wordt voorkomen. Met de wijziging van de Wdkb neemt de overheid haar verantwoordelijkheid hierin.¹² Wanneer de gewijzigde Wdkb in werking treedt, kan er bij donatie via de klinieken centraal toezicht worden gehouden op het maximale aantal vrouwen bij wie de geslachtscellen van eenzelfde donor mogen worden gebruikt. Het maximaantal van twaalf vrouwen wordt bij AMvB bepaald.¹³ De wijzigingen van de wet- en regelgeving treden uiterlijk op 1 januari 2025 in werking.

Naar aanleiding van deze motie heb ik verkend of aanvullende maatregelen van de overheid mogelijk zijn om massadonatie te voorkomen. Dit heeft echter niet geleid tot een ander inzicht dan destijds is aangegeven in de appreciatie van deze motie.¹⁴ De donatie of het gebruik van zaadcellen door personen in de privésfeer is niet verboden. Ik erken dat het voor donorkinderen en wensouders ingrijpend kan zijn als duidelijk wordt dat sprake is geweest van massadonatie. Maar het stellen van een maximum aan het aantal zaadceldonaties in de privésfeer zou een vorm van geboortebeperving zijn die diep ingrijpt op de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen. Naar mijn mening zijn er onvoldoende zwaarwegende redenen om tot een dergelijke ingrijpende maatregel over te gaan. Bovendien zou een dergelijk verbod zeer moeilijk controleerbaar en handhaafbaar zijn, waardoor het bepaalde verwachtingen kan wekken die niet kunnen worden waargemaakt. Door een dergelijk verbod kan ten onrechte de indruk ontstaan dat handhavend kan worden opgetreden. Voor wensouders geldt dat zij via verschillende organisaties, zoals het Landelijk Informatiepunt Donorconceptie (LIDC) en Fiom, betrouwbare informatie kunnen vinden over de mogelijkheden van donorconceptie. Als wensouders kiezen voor een eigen donor wordt geadviseerd om een donorcontract op te stellen met een jurist, zodat op de concrete situatie toegespitste afspraken privaatrechtelijk kunnen worden vastgelegd, zo nodig gecombineerd met een boetebeding. Op het moment dat wensouders erachter komen dat de donor de overeenkomst heeft geschonden, kunnen zij ervoor kiezen juridische stappen tegen de donor te ondernemen.

Hiermee heb ik uitvoering gegeven aan de motie.

¹¹ Kamerstukken II, 2022–2023, 35 870, nr. 24.

¹² Stb. 2023, nr. 294.

¹³ Stb. 2024, nr. 4.

¹⁴ Kamerstukken II 2022–2023, 35 870, nr. 27.

5. De motie van de leden Ellemeet en Bikker over Europese richtlijnen over maximaal aantal donorkinderen (Kamerstuk 35 870, nr. 25)¹⁵

De aangenomen motie van het lid Ellemeet en Bikker verzoekt de regering in Europees verband richtlijnen af te spreken over het toezicht op het maximaal aantal donorkinderen en de uitwisseling van persoonsidentificerende gegevens.

Tijdens het debat over de wijziging van de Wdkb (op 12 april 2023) is afgesproken dat aan de motie uitvoering kan worden gegeven door het onderwerp te bespreken binnen de Europese Unie in het kader van de Verordening lichaamsmateriaal.¹⁶

De Nederlandse wet- en regelgeving rondom donorconceptie geldt niet in het buitenland terwijl mensen wel naar het buitenland kunnen afreizen voor fertiliteitsbehandelingen. In de meeste landen zijn richtlijnen afgesproken voor het maximaal aantal gezinnen of vrouwen bij wie het donorsperma van één donor gebruikt mag worden.

Ik heb gesprekken gevoerd met andere landen over de wet- en regelgeving omtrent donorconceptie in deze betreffende landen. Ten aanzien van het maximum aantal donaties per donor heb ik de volgende informatie opgehaald: België stelt een maximum van 6 gezinnen; Denemarken stelt een maximum van 12 verschillende gezinnen; Duitsland heeft geen wettelijke grens, maar een maximum van 10–15 kinderen wordt geadviseerd; Frankrijk stelt een grens van 10 kinderen per donor; Noorwegen heeft een maximum van 6 gezinnen; Oostenrijk heeft een maximaal aantal van 3 vrouwen, het Verenigd Koninkrijk stelt een limiet van gebruik bij maximaal 10 gezinnen waarbij er geen limiet is op het aantal kinderen dat binnen één gezin wordt geboren en tot slot geldt in Zweden een limiet voor het gebruik van donorsperma van 6 gezinnen.

Het contact dat ik heb gehad met internationale spermabanken¹⁷ laat zien dat deze banken rekening houden met de regelgeving die geldt in de betreffende landen waar zij actief zijn, waartoe zij ook wettelijk verplicht zijn. Donoren en wensouders worden ook geïnformeerd over het feit dat sperma van een donor ook in andere landen gebruikt mag worden. Het aantal geholpen vrouwen per donor varieert, maar de meeste spermabanken hanteren een internationaal gemiddelde van 25 gezinnen per donor.

In de afgelopen periode is er onderhandeld over de Europese Verordening lichaamsmateriaal die kwaliteits- en veiligheidseisen stelt aan onder meer reproductieve cellen (ei- en spermacellen). Ondanks dat het beperken van het aantal toepassingen met het sperma van één donor niet aansluit bij het bereik van de verordening, namelijk kwaliteit en veiligheid van lichaamsmateriaal, heeft Nederland toch geprobeerd deze gelegenheid te benutten om op Europees niveau afspraken te maken over een maximering van het aantal vrouwen/gezinnen per donor. Dit is niet gelukt. Dergelijke ethische beslissingen zijn een nationale bevoegdheid, mits het geen invloed heeft op de veiligheid en kwaliteit van het lichaamsmateriaal. Er bleek geen draagvlak onder de lidstaten voor een dergelijke maatregel. Er zijn landen waarin «een groot aantal nakomelingen per donor» niet als een probleem wordt ervaren.

¹⁵ Kamerstukken II, 2022–2023, 35 870, nr. 25.

¹⁶ https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/plenaire_vergaderingen/details/activiteit?id=2023A00178.

¹⁷ Zoals de European Sperm Bank (ESB) en Borne.

Hiermee heb ik uitvoering gegeven aan de motie.

De gewijzigde Wdkb treedt naar verwachting uiterlijk op 1 januari 2025 in werking. Momenteel wordt er gewerkt aan het aanpassen van het registratiesysteem van de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting (Sdcb). Tevens zal het veld zich moeten voorbereiden op de wijzigingen. In het kader van deze voorbereiding wordt er voor de zomer een bijeenkomst voor fertiliteitsklinieken georganiseerd door de Sdcb.

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra