

Vergaderjaar 2024–2025

29 214

Subsidiebeleid VWS

Nr. 108

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juni 2025

Hierbij bied ik u mijn beleidsreactie aan op de evaluatie van twee subsidieregelingen: de Subsidieregeling abortusklinieken en de Subsidie-regeling opleiding abortusartsen. De Subsidieregeling abortusklinieken vergoedt sinds 1 januari 2015 abortusbehandelingen uitgevoerd in abortusklinieken met een vergunning op grond van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz). De Subsidieregeling opleiding abortusartsen vergoedt sinds 1 januari 2021 het opleiden van verschillende typen abortusartsen en sinds 1 januari 2022 ook de opleiding tot sedationist. Op grond van de Compatibiliteitswet 2016 worden subsidieregelingen voor een periode van maximaal vijf jaar ingesteld. Na afloop van deze periode wordt op basis van een evaluatie besloten of de regeling wordt verlengd. De Subsidieregelingen abortusklinieken en opleiding abortusartsen zijn in de eerste helft van 2025 geëvalueerd. Het evaluatierapport stuur ik u bijgaand mee.

De conclusie van de evaluatie is dat beide subsidieregelingen doeltreffend zijn en geschikt voor het financieren van abortuszorg en het opleiden van abortusartsen. Betrokkenen (het Ministerie van VWS, DUS-I, bestuurders van abortusklinieken en het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)) zijn overwegend positief over beide regelingen. Op basis van deze positieve evaluatie heb ik besloten beide subsidieregelingen per 1 januari 2026 voor vijf jaar te verlengen.

In de evaluatie wordt een aantal knelpunten en mogelijke aanpassingen aan beide regelingen genoemd. In voorliggende beleidsreactie zal ik hier nader op ingaan, aan de hand van vijf onderdelen: 1. Aanpassingen aan de Subsidieregeling abortusklinieken, 2. Aanpassingen aan het accountantsprotocol, 3. Aanpakken van knelpunten in de uitvoering, 4. Verbeten van de informatievoorziening en 5. Voorstel landelijk spreidingsbeleid voor abortusklinieken.

Enkel onderdeel «3. Aanpakken van knelpunten in de uitvoering» heeft ook betrekking op de Subsidieregeling opleiding abortusartsen. Meerdere bestuurders hebben punten van verbetering bij de uitvoering van deze regeling. Verder wijst de evaluatie uit dat de bestuurders unaniem tevreden zijn over de Subsidieregeling opleiding abortusartsen. De resterende vier onderdelen met mogelijke aanpassing hebben dan ook enkel betrekking op de Subsidieregeling abortusklinieken.

1. Aanpassingen aan de Subsidieregeling abortusklinieken

Bestuurders van abortusklinieken plaatsen kanttekeningen bij specifieke onderdelen van de Subsidieregeling abortusklinieken die leiden tot onderstaande mogelijke aanpassingen uit de evaluatie.

I. Berekenen van de egaliseringsreserve altijd op basis van de subsidievestiging (pp. 14–15 & pp. 23–24 evaluatie)

De meeste bestuurders beargumenteren dat de egaliseringsreserve zou moeten worden berekend aan de hand van de daadwerkelijke behandel-aantallen (en dus het vastgestelde subsidiebedrag). Dit is thans het geval als de daadwerkelijke behandelantallen *lager* uitvallen dan de ingeschatte aantallen bij de subsidieverlening. Wanneer de daadwerkelijke behandelantallen echter *hoger* uitvallen dan bij de verleende subsidie wordt in de huidige regeling uitgegaan van een maximale egaliseringsreserve van 10% van de verleende subsidie. Dit beïnvloedt mogelijk de manier waarop bestuurders hun behandelantallen inschatten en de manier waarop klinieken hun bedrijfsvoering inrichten. Deze manier van berekenen van de egaliseringsreserve kan een prikkel creëren voor klinieken om hun behandelantallen hoger in te schatten bij de verlening, omdat de maximale egaliseringsreserve dan hoger is.

Het altijd berekenen van de maximale egaliseringsreserve op basis van de daadwerkelijke aantallen (en dus de vaststelling) haalt deze prikkel uit de systematiek. Daardoor zullen klinieken als het goed is een realistischere inschatting maken van het aantal behandelingen. Bovendien sluit op deze manier de egaliseringsreserve logischer aan bij de omvang van de daadwerkelijke activiteiten van een kliniek, onafhankelijk van de door klinieken gemaakte inschatting over behandelantallen vooraf. Zie ook Fictief rekenvoorbeeld 3 in de evaluatie (p. 15 evaluatie).

Om deze reden neem ik de aanbeveling uit het evaluatierapport over en zal de aanpassing doorvoeren in de nieuwe Subsidieregeling abortusklinieken (per 1 januari 2026).

II. Verhogen van het percentage van 10% van de maximale egaliseringsreserve (p. 15 & p. 24 evaluatie)

In de evaluatie geven de meeste bestuurders aan dat de huidige maximale hoogte van de egaliseringsreserve van 10%, te laag is voor investeringen in de toekomst van de kliniek, zoals een verbouwing of het aanschaffen van medische apparatuur. Dit compliceert het borgen van een financieel gezonde bedrijfsvoering volgens de kliniekbestuurders.

De egaliseringsreserve is echter niet bedoeld voor onderhoud, instandhouding en vervanging van inventaris. Dergelijke kosten worden gedekt met de integrale tarieven in de subsidieregeling. De grens van 10% egaliseringsreserve zoals die gehanteerd wordt in de Subsidieregeling abortusklinieken is gebruikelijk voor instellingssubsidies die verstrekt worden door de Ministeries van OCW, SZW en VWS.

Het opbouwen van een grotere vermogensreserve uit publieke gelden acht ik niet wenselijk, omdat dit, zoals blijkt uit de evaluatie, niet nodig is voor het bereiken van doel achter de subsidieregelingen: het financieren

van abortuszorg en het opleiden van abortusartsen. Tevens dient er zo doelmatig mogelijk te worden omgesprongen met publieke gelden. Ik kies er daarom niet voor om deze aanpassing over te nemen. Het maximale percentage van de egaliseringsreserve zal ook in de nieuwe subsidieregeling dus 10% blijven.

Het beter informeren van klinieken over de mogelijkheden van het aanleggen van voorzieningen zou dit probleem mogelijk (deels) kunnen oplossen. Ik zal hier later in deze brief, bij «4. Verbeteringen informatievoorziening» verder op ingaan.

III. Creëren van een vangnetconstructie voor kleinere klinieken (p. 18 & pp. 24–25 evaluatie)

Uit de evaluatie blijken zorgen over de financiële positie van kleine abortusklinieken. Deze zorgen zijn onder andere ingegeven door het mogelijk maken van abortuszorg via de huisarts. Klinieken vrezen hierdoor in de toekomst een deel van hun inkomsten te verliezen. Eén enkele kliniekbestuurder stelt een vangnetconstructie voor, waarmee financieel kwetsbare klinieken kunnen worden ondersteund.

Het is echter geen doel op zich om kleine klinieken overeind te houden. Het doel is dat er goede en toegankelijke abortuszorg wordt geboden in Nederland.

Daarnaast kent een vangnetconstructie nadelen. Ten eerste vermindert zo'n constructie de prikkel voor kostenbewust werken en efficiënte bedrijfsvoering. Een vangnetconstructie zou daarnaast betekenen dat bepaalde klinieken aanspraak maken op extra financiële steun en financieel worden bevoordeeld ten opzichte van andere klinieken. Het is moeilijk af te bakenen wanneer een kliniek aanspraak zou maken op dergelijke steun, en om wel tot een duidelijke afbakening te komen zouden extra controles en beoordelingskaders nodig zijn met bijkomende administratieve lasten.

De financiële analyse uit mei 2024¹, waarnaar de evaluatie ook verwijst, wijst uit dat de tarieven in de subsidieregeling toereikend zijn voor het overgrote deel van de klinieken. Bij de klinieken waar dit niet het geval was, was sprake van een bijzondere omstandigheid.

Het is niet de verwachting dat de mogelijkheid van abortuszorg via de huisarts hier op korte termijn verandering in zal brengen. Slechts een deel van de huisartsen zal deze zorg in de komende jaren geleidelijk gaan aanbieden. Zij mogen overigens alleen zwangerschapsafbrekingen uitvoeren tot maximaal 9 weken zwangerschap.

Ik kies er om bovengenoemde redenen voor om deze aanpassing niet over te nemen. Wel zal ik, zoals eerder is toegezegd aan uw Kamer, de (financiële) effecten van abortuszorg via de huisarts op klinieken goed monitoren aan de hand van de subsidieverantwoording en jaarverslagen van klinieken.²

IV. Uitbreiden van de activiteiten in artikel 4 van de Subsidieregeling abortusklinieken (p. 18 & p. 25 evaluatie)

In artikel 4 van de subsidieregeling staat voor welke activiteiten klinieken subsidie kunnen ontvangen. Uit de evaluatie blijkt dat de meeste klinieken graag hun aanbod, en daarmee ook artikel 4 van de subsidieregeling, zouden willen uitbreiden. Zo zouden de meeste klinieken graag in aanmerking willen komen voor financiering als keuzehulp- en nazorg aanbieder en als SOA-zorgverlener. Voor de genoemde activiteiten

¹ De financiële analyse op hoofdlijnen, uitgevoerd in opdracht van VWS in 2024, is gebaseerd op een analyse van de financiële gezondheid van individuele klinieken. De gegevens over de kosten en baten zijn bekend bij VWS en de desbetreffende klinieken.

² Kamerstukken II 2021/22, 34 891, nr. 25.

bestaan echter andere financieringsstromen. Denk hierbij aan financiering aan de huisarts (Zvw) of overheidsfinanciering aan GGD'en en onafhankelijke keuzehulp aanbieders. De Subsidieregeling abortusklinieken voldoet nu aan het doel van het waarborgen van toegankelijke hoogkwalitatieve abortuszorg, en ik zie geen reden om de regeling uit te breiden voor andere vormen van zorg en hulpverlening.

V. Tegengaan winsten bij onderaannemers (p. 19 & p. 25 evaluatie)

In de beleidsevaluatie wordt een casus beschreven van een subsidieontvanger waarbij subsidiegelden zijn weggevoerd naar onderaannemers voor wie – in tegenstelling tot de subsidieontvanger zelf – niet het verbod van winstoogmerk geldt. De evaluatie roept op tot het verkennen van de mogelijkheden om dit tegen te gaan. Naar aanleiding hiervan is een verkenning uitgevoerd naar mogelijkheden om winsten bij onderaannemers tegen te gaan en om de werkwijze van deze subsidieontvanger verder te ontmoedigen. Deze verkenning leidt vooralsnog niet tot aanpassing van de systematiek van verantwoording. Een belangrijke reden hiervoor is dat aanpassingen hierin zullen leiden tot een onevenredige toename van administratieve lasten voor alle subsidieontvangers. Een eerlijke en betrouwbare bedrijfsvoering in de zorg en jeugdhulp is onderdeel van het voorstel Wet integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders, dat momenteel in de Tweede Kamer ligt. Dit wetsvoorstel moet voorkomen dat zorgaanbieders vooral gericht zijn op eigen financieel gewin en helpt oneerlijke aanbieders buiten te houden.

2. Aanpassingen aan het accountantsprotocol

Uit de evaluatie blijkt dat kliniekbestuurders veel regeldruk ervaren als gevolg van het accountantsprotocol, waaronder het invullen van de verplichte modelformulieren. Dit gaat bijvoorbeeld over formulieren waarvan de toegevoegde waarde niet duidelijk is, maar waarvan de thans verplichte accountantscontrole veel vraagt van de accountants van klinieken. Ook hebben klinieken aangegeven dat er een dusdanig strenge foutmarge geldt, dat accountants onevenredig veel energie moeten steken in hun financiële controle.

I. Modelformulieren 3 t/m 5 uit de accountantscontrole halen (pp. 15–16 & p. 24 evaluatie)

Kliniekbestuurders geven unaniem aan dat de modelformulieren die aangeleverd dienen te worden bij de accountantscontrole een hoge administratieve last met zich meebrengen. Deze verplichting schuurt, omdat het aanleveren van deze modellen geen duidelijk doel dient voor de klinieken, terwijl het invullen en controleren wel veel tijd kost. Met name modelformulieren 3 t/m 5 dienen geen duidelijk doel volgens de klinieken.³

De in deze modelformulieren opgevraagde informatie wordt door het Ministerie van VWS inderdaad niet regelmatig gebruikt, omdat deze niet noodzakelijk zijn voor de vaststelling van de verleende subsidies. Ik neem de aanbeveling uit de evaluatie daarom over. Modelformulieren 3 t/m 5 zullen vanaf 2026 geen verplicht onderdeel meer zijn bij de accountantscontrole. Wel kan het in de toekomst nodig zijn om deze informatie uit te vragen bijvoorbeeld bij een kostenonderzoek. Het blijft mogelijk om op het moment dat een kostenonderzoek wordt uitgevoerd de klinieken te vragen de benodigde informatie aan te leveren op basis van de modellen.

³ Model 3 betreft het bij instellingen beschikbare aantal medewerkers, model 4 gaat over de samenstelling van het personeelsbestand en de bijbehorende kosten en model 5 betreft een specificatie van zorgkosten en kosten die vallen onder de normatieve huisvestingscomponent.

II. Verhogen van de foutmarge van 1% naar 3,5% in het accountantsprotocol (p. 16 & p. 24 evaluatie)

De meeste kliniekbestuurders hebben in de evaluatie ook gereageerd op de toegestane foutmarge van 1% in het accountantsprotocol. Een materialiteit of foutmarge van 1% betekent dat de accountant zijn of haar werkzaamheden zodanig gedetailleerd uitvoert dat de accountant met 99% betrouwbaarheid een uitspraak kan doen over de juistheid en rechtmatigheid van de bedragen in de jaarrekening. De meeste bestuurders geven aan dat een foutmarge van maximaal 1% leidt tot onnodig hoge administratieve lasten voor de accountants door het aantal dossiers dat moet worden gecontroleerd. Deze controle resulteert ook in bijbehorende accountantskosten voor klinieken.

De vraag vanuit kliniekbestuurders is om dit percentage te verhogen naar 3,5%. Ik kan me vinden in de redenering van de kliniekbestuurders maar constateer ook dat een foutmarge van 3,5% niet gangbaar is voor subsidieverlening. Ik heb daarom besloten te foutmarge te verhogen naar 2%. Dit percentage sluit aan bij de gangbare maximale foutmarges in subsidieregeling van het Ministerie van VWS. Ik zal een vinger aan de pols houden wat het effect hiervan is op de administratieve druk.

III. Onduidelijkheden in het accountantsprotocol verhelpen (pp. 16–17 evaluatie)

Bij kliniekbestuurders leefden twee concrete vragen over het accountant-sprotocol. Uit de evaluatie bleek dat er onduidelijkheid bestaat over hoe in de modellen de overschrijding van de egaliseringsreserve moet worden weergegeven. Ook leefden onder bestuurders vragen over welke richtlijn voor de jaarverslaggeving moet worden gebruikt. Deze punten zullen worden verduidelijkt in het accountantsprotocol en in model 1, en zullen ook worden toegelicht in een brief met aanvullende informatie aan bestuurders (zie kopje «verbetering informatievoorziening»).

3. Aanpakken van knelpunten in de uitvoering

Kliniekbestuurders geven unaniem aan dat de uitvoering van de *beide* subsidieregelingen voor verbetering vatbaar is. De subsidieregelingen abortusklinieken en opleiding abortusartsen worden uitgevoerd door de Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I).

In het evaluatierapport komen verschillende knelpunten naar voren vanuit de kliniekbestuurders. Hierbij worden onduidelijkheid omtrent documenten en communicatie met DUS-I als voorbeelden genoemd.

In de evaluatie staan de volgende mogelijke verbeterpunten:

- Investeren in kennisoverdracht en verminderen personele wisselingen bij DUS-I (pp. 17–18 evaluatie)
- Ontwikkelen van een digitaal portaal door DUS-I (p. 23 evaluatie)
- Publiceren van de Wijzigingsregeling vervroegen naar oktober (p. 23 evaluatie)
- Vervroegen van het online klaarzetten van formats door DUS-I (p. 23 evaluatie)

Het Ministerie van VWS herkent de genoemde problemen en heeft in het afgelopen jaar veelvuldig contact gehad met DUS-I over de mogelijke verbeteringen. De aanpassingen in werkwijzen brengen aanzienlijke voordelen met zich mee. De in het evaluatierapport voorgestelde aanpassingen neem ik dan ook over. Aan de kant van de uitvoering zijn reeds veel inspanningen verricht om de dienstverlening te verbeteren. DUS-I gaat bovendien aan de slag met: het investeren in kennisoverdracht en het verminderen van personele wisselingen, het ontwikkelen van een digitaal portaal en een vervoeging van het online klaarzetten van formats.

Ik streef ernaar om de publicatie van de Wijzigingsregeling voor beide subsidieregelingen te vervroegen naar oktober 2025.

4. Verbeteringen informatievoorziening (p. 26 evaluatie)

De informatievoorziening van DUS-I en VWS is voor verbetering vatbaar, zo blijkt uit de volgende gesignaleerde knelpunten in de evaluatie:

- Onduidelijkheden omtrent de mogelijkheden tot het aanleggen van voorzieningen
- Onduidelijkheden omtrent de egalisatiereserve in model 1 van de accountantscontrole
- Onduidelijkheden omtrent aanloopverliezen
- Inrichten jaarverslag op basis van richtlijn C1 in plaats van richtlijn 640

Dit betreft strikt informatieve punten waarmee verwarring en onduidelijkheid omtrent de Subsidieregeling abortusklinieken kan worden weggewomen. Echter, zoals al naar vooruitgewezen onder het kopje «Verhogen van het percentage van 10% van de maximale egalisatiereserve», heeft het opheffen van de onduidelijkheden omtrent de mogelijkheden tot het aanleggen van de voorzieningen mogelijk ook invloed op het door de meeste bestuurders ervaren knelpunt dat het maximale percentage van de egalisatiereserve te laag zou zijn. Ik ben graag bereid om bestuurders nadere uitleg te geven over deze punten. Ik zal de bestuurders hiertoe schriftelijk informeren over genoemde onderwerpen.

5. Voorstel landelijk spreidingsbeleid voor abortusklinieken (p. 18 & p. 25 evaluatie)

Dit voorstel komt voort uit de zorgen die meerdere kliniekbestuurders hebben geuit over de toekomst van de abortusklinieken. Naast de eerdergenoemde vangnetconstructie is spreidingsbeleid een andere door bestuurders voorgestelde manier om klinieken meer financiële zekerheid te geven. Een landelijk spreidingsbeleid zou een rigoureuze wijziging zijn van het huidige (vergunnings)stelsel. Daarmee zou immers de vrije vestiging van nieuwe abortuszorgaanbieders worden ingeperkt. Zoals eerder toegelicht wijst de financiële analyse uit 2024 uit dat de tarieven uit de Subsidieregeling abortusklinieken toereikend zijn voor het overgrote deel van de klinieken. Ik acht de mogelijkheid van het toetreden van nieuwe zorgtoetreders bovendien van belang voor een gezonde abortus-zorgsector en neem het voorstel voor een landelijk spreidingsbeleid daarom niet over. Wel zal ik de (financiële) effecten van abortuszorg via de huisarts op klinieken goed blijven monitoren.⁴

Tot slot

Ik ben blij dat de evaluatie heeft aangetoond dat de gekozen financierings-instrumenten goed werken. Ik wil behouden wat goed gaat met zo min mogelijk administratieve lasten voor zorgverleners en andere betrokkenen. Daarom zal ik zowel de Subsidieregeling abortusklinieken als de Subsidie-regeling opleiding abortusartsen, verlengen. De voorbereidingen hiertoe heb ik reeds getroffen, en ik zal de vereiste wijzigingsregeling dit najaar publiceren in de Staatscourant. Ik wil de betrokkenen uit de abortussector

⁴ Kamerstukken II 2021/22, 34 891, nr. 25

en DUS-I hartelijk danken voor hun bijdrage aan de grondige evaluatie. Samen met hen zal ik me blijven inzetten voor goede en toegankelijke abortuszorg in Nederland.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V.P.G. Karremans