Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Evaluatie

Subsidieregeling Kunstmatige inseminatie met donorsemen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
Voorwoord	2
Samenvatting	4
Achtergrond	6
Doelstelling en methode	13
Doeltreffendheid	16
Doelmatigheid	24
Conclusies en mogelijke aanpassingen	26

Voorwoord

De Subsidieregeling kunstmatige inseminatie met donorsemen (Subsidieregeling KID) subsidieert sinds 2020 KID-behandelingen en fertiliteitsonderzoek voor vrouwen zonder mannelijke partner.[1] Subsidieregelingen worden altijd voor een periode van vijf jaar ingesteld. Na afloop van deze periode wordt op basis van een evaluatie besloten of de regeling wordt verlengd. De huidige subsidieregeling vervalt per 1 januari 2025 en is daarom in 2024 geëvalueerd. De evaluatie is uitgevoerd door de beleidsdirectie Publieke Gezondheid van het ministerie van VWS. De onafhankelijkheid van de evaluatie is gewaarborgd door het instellen van een klankbordgroep en door het aanwijzen van een auteur die niet betrokken is (geweest) bij de subsidieregeling.

In dit verslag worden de bevindingen van deze evaluatie gepresenteerd. De evaluatie bevat de volgende onderdelen:

- In het hoofdstuk 'Achtergrond' wordt ingegaan op het ontstaan van de subsidieregeling, de opbouw van de subsidieregeling, de hoogte van de subsidiebedragen, de wijzigingen die sinds de invoering zijn doorgevoerd en de partijen die bij de regeling betrokken zijn.
- In het hoofdstuk 'Doelstelling en methode' wordt uitleg gegeven over het doel van de evaluatie, de onderzoeksvragen, de werkvormen en dataverzameling.
- In het hoofdstuk 'Doeltreffendheid' wordt toegelicht in hoeverre het doel van de subsidieregeling is bereikt met zo min mogelijk ongewenste neveneffecten. Hiertoe is het aantal subsidieaanvragen in de afgelopen jaren geanalyseerd en zijn de mate van tevredenheid met de subsidieregeling en de ervaren knelpunten onderzocht.
- In het hoofdstuk 'Doelmatigheid' wordt toegelicht welke financiële middelen zijn ingezet en of deze toereikend waren. Hiertoe zijn de verhouding tussen het subsidiebedrag en de daadwerkelijke kosten van de behandeling, en de verhouding tussen het door VWS begrote bedrag en de daadwerkelijke uitgaven van de regeling, in kaart gebracht.
- In het hoofdstuk 'Conclusies en mogelijke aanpassingen' worden de conclusies getrokken over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de subsidieregeling en worden knelpunten en mogelijke aanpassingen beschreven.

De evaluatie heeft uitgewezen dat de subsidieregeling doelmatig en doeltreffend is. Echter zijn er ook knelpunten gesignaleerd waardoor de doeltreffendheid van de regeling mogelijk in het geding komt. In dit evaluatieverslag worden deze knelpunten beschreven en worden mogelijke aanpassingen voorgesteld om deze knelpunten te verhelpen. De bevindingen en voorgestelde aanpassingen dienen als startpunt voor de besluitvorming over de verlenging (en aanpassing) van de subsidieregeling.

Wij willen degenen die hebben meegewerkt aan deze evaluatie bedanken voor hun waardevolle bijdragen. De gevoerde gesprekken, klankbordgroep-bijeenkomsten en

[1] Waar in dit verslag wordt gesproken over vrouwen zonder mannelijke partner wordt steeds bedoeld: vrouwenparen, alleenstaande vrouwen en vrouwen met een mannelijke partner die als vrouw is geboren.

beantwoording van vragen(lijsten) hebben geleid tot een compleet beeld van de subsidieregeling en zullen bijdragen aan een zorgvuldig besluitvormingsproces.

Samenvatting

Kunstmatige inseminatie met donorsemen (KID) is een behandeling waarbij donorzaad via intra-uteriene inseminatie (IUI) wordt ingebracht in de baarmoeder. Deze behandelingen worden bijvoorbeeld uitgevoerd bij onvruchtbaarheid van de partner of bij vrouwen met een lesbische relatie. In 2018 zijn er vragen ontstaan over de vergoeding van KID-behandelingen voor vrouwen zonder mannelijke partner. Daarop hebben de toenmalig minister voor Medische Zorg en het Zorginstituut verduidelijkt dat deze behandelingen zonder medische indicatie niet op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen worden vergoed. Het ministerie van VWS heeft toen de Subsidieregeling KID ingesteld om de vergoeding voor deze groep toch te continueren. Fertiliteitsklinieken en ziekenhuizen die deze behandelingen uitvoeren kunnen jaarlijks KID-subsidie aanvragen.

Subsidieregelingen worden altijd voor een periode van vijf jaar ingesteld. Daarna wordt op basis van een evaluatie besloten of de subsidieregeling wordt verlengd. Omdat de huidige regeling per 1 januari 2025 vervalt is deze in 2024 geëvalueerd.

De evaluatie wijst uit dat de subsidieregeling doelmatig is. De tarieven blijken kostendekkend en de begroting is in lijn met de daadwerkelijke kosten. De subsidieregeling is in zoverre doeltreffend dat dankzij de regeling deze zorg voor vrouwen zonder mannelijke partner in de afgelopen jaren kon worden vergoed. Het doel van de regeling wordt dus bereikt. De subsidieregeling heeft bijgedragen aan toegankelijkheid van deze zorg voor deze groep cliënten nadat vergoeding op grond van de Zvw niet meer mogelijk was.

Echter zijn in deze evaluatie ook knelpunten gesignaleerd waardoor de doeltreffendheid van de regeling mogelijk in het geding komt. In dit verslag worden deze knelpunten beschreven en worden mogelijke aanpassingen voorgesteld om deze knelpunten te verhelpen. In de tabel op de volgende pagina wordt dit samengevat weergegeven.

De bevindingen en voorgestelde aanpassingen dienen als startpunt voor de besluitvorming over de verlenging (en aanpassing) van de subsidieregeling. Echter, met de uitvoering van de aanpassingen worden niet alle knelpunten opgelost. Er zullen extra administratieve lasten voor instellingen blijven in vergelijking met zorg die op grond van de Zvw wordt vergoed. Door de voorgestelde aanpassingen wordt bovendien de ervaren ongelijkheid bij cliënten niet weggenomen. Veldpartijen roepen hierom op om het weer mogelijk te maken deze zorg op grond van de Zvw te vergoeden. Hiervoor zou echter een wijziging van de Zvw nodig zijn. Dit is een complexe afweging die ook veel andere zorgdomeinen raakt. Uiteindelijk is wijziging van de Zvw (waardoor het pakket kan worden uitgebreid) een politiek besluit. Vanwege de tijd die daarvoor nodig zou zijn kan de Zvw hoe dan ook niet dienen als alternatieve vorm van financiering per 1 januari 2025.

Knelpunt	Mogelijke aanpassing(en)	Consequenties aanpassing(en)
De meldplicht is niet werkbaar, resulterend in boetes of tekorten voor instellingen.	Aanpassen van (regels voor handhaving van) de meldplicht, bijv. deadline verschuiven, boete schrappen of nabetaling mogelijk maken.	• Minder administratie • Voorkomen van boetes en tekorten • Minder nauwkeurige begroting voor VWS • Nader onderzoek nodig naar hoe dit zich verhoudt tot de Algemene Wet Bestuursrecht en de Kaderregeling.
De eigen betaling veroorzaakt administratie bij instellingen en soms financieel nadeel voor cliënten.	De eigen betaling afschaffen.	• Mogelijk financieel nadeel voor cliënten verdwijnt (verandert in voordeel) • Duidelijkheid voor cliënten • Minder administratie • (Laag) risico op oneigenlijk gebruik • Toename kosten VWS
De samenhang tussen de subsidieregeling en de Zvw zorgt voor administratie bij instellingen, onduidelijkheid en soms financieel nadeel voor cliënten.	Volledig zorgpad voor deze cliënten, dus ook uitgebreid OFO en consult na traject, opnemen in de subsidieregeling.	• Duidelijkheid voor cliënten • Mogelijk financieel nadeel voor cliënten verdwijnt • Nader onderzoek nodig naar hoe dit zich verhoudt tot de de Zvw • Toename kosten VWS
De gegevens over het aantal behandelde cliënten bieden niet de inzichten waarvoor ze worden opgevraagd.	De vraag over het aantal behandelde cliënten schrappen uit de vaststellingsprocedure.	• Minder administratie (geen onnodige uitvraag)
De bovenstaande knelpunten leiden tot veel vragen bij cliënten.	Aanvullende informatievoorziening in B1 niveau voor cliënten (over de gewijzigde en verlengde subsidieregeling).	• Duidelijkheid voor cliënten

Achtergrond

Het ontstaan van de regeling

Bij kunstmatige inseminatie met donorsemen wordt donorzaad ingebracht in de baarmoeder. In Nederland worden KID-behandelingen uitgevoerd om verschillende redenen. Voorbeelden hiervan zijn onvruchtbaarheid van de partner, een erfelijke aandoening bij de partner, de afwezigheid van een partner of het hebben van een lesbische relatie.

Een aantal jaar geleden zijn vragen ontstaan over de vergoeding van KID-behandelingen voor vrouwen zonder mannelijke partner. Er werden Kamervragen over gesteld die op 26 februari 2019 zijn beantwoord door de toenmalig minister voor Medische Zorg.[2] In de beantwoording werd vermeld dat het Zorginstituut het ontbreken van een mannelijke partner niet ziet als een medische indicatie. KID-behandelingen voor deze doelgroep waren hierom in voorafgaande jaren ten onrechte op grond van de Zvw vergoed. Deze (juridische) analyse wordt overigens niet door iedereen gedragen. Zo heeft de NVOG kenbaar gemaakt het oneens te zijn met de argumentatie.[3]

De stellingname van de minister voor Medische Zorg zorgde voor onrust en onduidelijkheid onder cliënten die op dat moment al in trajecten zaten of op het punt stonden ermee te starten. Daarom heeft de minister op 13 maart 2019 een brief naar de Kamer gestuurd waarin hij vermeldde dat – op zijn verzoek – zorgverzekeraars gedurende heel 2019 nog wel KID-behandelingen aan betreffende doelgroep zouden vergoeden.[4] Er zou die zomer een definitief besluit volgen over de vergoeding van de KID-behandelingen voor vrouwen zonder mannelijke partner in de toekomst.

Dat besluit volgde op 20 juni 2019.[5] De minister voor Medische Zorg berichtte toen dat de KID-behandelingen toch vergoed zouden blijven voor vrouwen zonder mannelijke partner bij wie een medische indicatie ontbreekt. Dit besluit was ingegeven door het feit dat in de praktijk de afgelopen jaren deze behandelingen voor deze groep wél werden vergoed en door de breed gedeelde politieke en maatschappelijke wens om deze KID-behandelingen te blijven vergoeden. Daarom werd een subsidieregeling opgesteld die per 1 april 2020 in werking trad. Deze subsidie kan sindsdien worden aangevraagd door ziekenhuizen en fertiliteitsklinieken die KID-behandelingen uitvoeren.

[2] Kamervragen (Aanhangsel) 2018-2019, nr. 1715 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)
[3] Kunstmatige Inseminatie met Donorzaad (KID) bij alleenstaande en lesbische vrouwen wordt niet meer vergoed vanuit het basispakket – NVOG
[4] Kamerstuk 35000-XVI, nr. 122 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)
[5] Kamerstuk 35000-XVI, nr. 129 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)

Opbouw subsidieregeling op hoofdlijnen

Vergoedingen

De subsidieregeling faciliteert het verstrekken van subsidie voor KID-behandelingen en bijbehorend basis oriënterend fertiliteitsonderzoek (OFO). Het OFO betreft één of twee consulten en een echo met als doel het opsporen van eventuele stoornissen die het ontstaan van een zwangerschap in de weg kunnen staan. De KID-behandeling is een behandeling waarbij gedoneerde zaadcellen in de baarmoederholte worden gebracht door middel van intra-uteriene inseminatie (IUI). Voor de tarieven van OFO en KID-behandelingen in de subsidieregeling wordt aangesloten bij de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde maximumtarieven. Om het totale door de instelling te ontvangen bedrag te bepalen worden deze tarieven vermenigvuldigd met het aantal behandelingen dat door de instelling is uitgevoerd. Het totaal van de in rekening gebrachte eigen betalingen wordt van dit bedrag afgetrokken.

Berekening van het subsidiebedrag per instelling (versimpeld):

(het aantal OFO * het tarief per OFO)
+
(het aantal KID-behandelingen * het tarief per KID-behandeling)
–
de totaal in rekening gebrachte eigen betalingen.

Voorwaarden van de regeling (waaronder de eigen betaling)

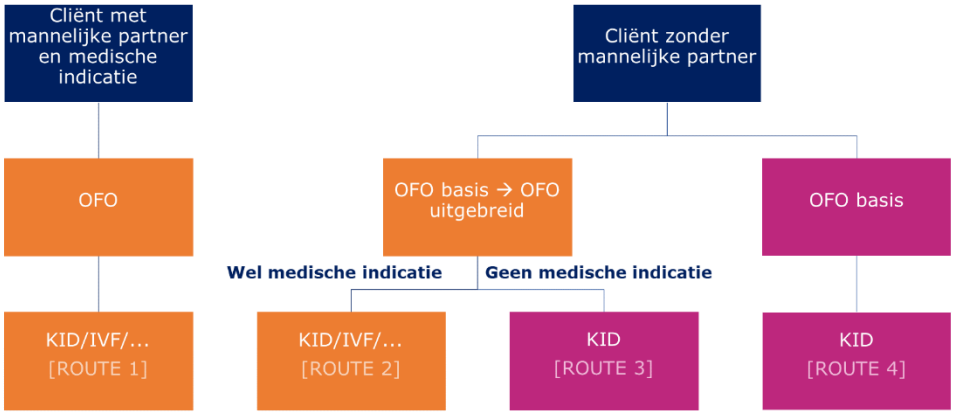
De behandeling is alleen subsidiabel als aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Er gelden voorwaarden waaraan de personen bij wie de behandelingen worden verricht, moeten voldoen. Ook gelden er voorwaarden waaraan de behandelingen zelf moeten voldoen. Zo komen behandelingen niet voor subsidie in aanmerking als deze onder dekking van de verzekering vallen, bijvoorbeeld wanneer sprake is van een medische indicatie bij de cliënt.

Een belangrijke voorwaarde in deze subsidieregeling is dat een door de cliënt aan de instelling betaalde eigen betaling wordt afgetrokken van de subsidie die instellingen ontvangen voor het uitvoeren van een OFO. De reden voor deze eigen betaling is dat eigen risico in rekening wordt gebracht bij cliënten waarbij sprake is van een medische indicatie en vergoeding op grond van de Zvw. Wanneer bij de subsidieregeling geen eigen betaling zou worden gevraagd, zou de doelgroep zonder medische indicatie financieel voordeel ervaren ten opzichte van de doelgroep mét een medische indicatie. Daarnaast zou er dan risico zijn op oneigenlijk gebruik van deze regeling.

Het bedrag van de eigen betaling is gebaseerd op de helft van het eigen risico omdat mogelijk een deel van de cliënten het eigen risico al heeft gebruikt en een deel niet. Om te voorkomen dat cliënten op twee manieren een eigen bijdrage betalen, is de eigen betaling in de subsidieregeling gekoppeld aan het basis OFO.

Het idee is:

- Wanneer geen sprake is van een medisch probleem, is een basis OFO (maximaal twee consulten) nodig. Dit is niet medisch geïndiceerd. Het onderzoek wordt vergoed uit de subsidieregeling en er wordt een *eigen betaling* betaald.
- Wanneer er sprake is van een (vermoeden van een) medisch probleem (bijvoorbeeld verminderde vruchtbaarheid), is een uitgebreid OFO nodig (drie of meer consulten) en dit is wél medisch geïndiceerd. Het onderzoek wordt vergoed uit de Zvw en er wordt *eigen risico* betaald.



Legenda: Zvw, Subsidieregeling KID

Route 1: Een cliënt met een mannelijke partner meldt zich bij een instelling. Er is (vermoeden van) een medische indicatie waardoor hun kinderwens nog niet is vervuld. Er volgt een medisch traject dat wordt vergoed op grond van de Zvw. Er wordt eigen risico betaald.

Route 2: Een cliënt zonder mannelijke partner meldt zich bij een instelling. Er volgt een basis OFO (maximaal twee consulten). Hieruit blijkt dat nader onderzoek nodig is (basis OFO wordt uitgebreid OFO) om een medische indicatie vast te stellen of uit te sluiten. De medische indicatie wordt door dit onderzoek bevestigd. Het uitgebreid OFO (drie of meer consulten) en het daaropvolgend KID- of ivf-traject worden op grond van de Zvw vergoed. Er wordt geen eigen betaling in rekening gebracht (of deze wordt teruggestort). Er wordt wel eigen risico betaald.

Route 3: Een cliënt zonder mannelijke partner meldt zich bij een instelling. Er volgt een basis OFO (maximaal twee consulten). Hieruit blijkt dat nader onderzoek nodig is (basis OFO wordt uitgebreid OFO) om een medische indicatie vast te stellen of uit te sluiten. De medische indicatie wordt door dit onderzoek uitgesloten. Het uitgebreid OFO (drie of meer consulten) wordt op grond van de Zvw vergoed. Er wordt geen eigen betaling in rekening gebracht (of deze wordt teruggestort). Er wordt wel eigen risico betaald. De KID-behandeling wordt op grond van de subsidieregeling vergoed.

Route 4: Een cliënt zonder mannelijke partner meldt zich bij een instelling. Er volgt een basis OFO (maximaal twee consulten). Hieruit blijkt dat nader onderzoek niet nodig is. Het basis OFO en de KID-behandeling worden op grond van de subsidieregeling vergoed. Er wordt een eigen betaling in rekening gebracht.

Subsidieprocedure

De subsidieaanvraag kan door instellingen digitaal, na in te loggen met e-Herkenning, worden ingediend in het Subsidieplatform van de Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I). De subsidieaanvraag (ofwel de aanvraag tot verlening) moet uiterlijk dertien weken voor aanvang van het subsidiejaar worden ingediend bij DUS-I. Bij de aanvraag wordt een begroting aangeleverd die een overzicht bevat van het verwachte aantal te verrichten OFO en KID-behandelingen.

De bewindspersoon geeft binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag een beschikking tot verlening van de subsidie. In het besluit tot subsidieverlening wordt het aantal OFO en KID-behandelingen waarvoor subsidie wordt verleend, het normbedrag per behandeling, en het totale subsidiebedrag vermeld. De subsidie wordt door middel van voorschotten gelijkmatig (per kwartaal) uitbetaald over het subsidiejaar.

Een aanvraag tot vaststelling van de subsidie wordt ingediend binnen 22 weken na afloop van het subsidiejaar. De subsidieontvanger geeft in de verantwoording aan hoeveel subsidiabele OFO en KID-behandelingen er in het subsidiejaar zijn verricht. Als het gaat om een bedrag van meer dan € 125.000 is ook een rapport van feitelijke bevindingen nodig. Uit de verantwoording moet blijken dat het in de aanvraag tot vaststelling opgegeven totaal aantal OFO en KID-behandelingen is verricht en dat aan de subsidievoorwaarden en -verplichtingen is voldaan. In dat geval wordt de subsidie vastgesteld op basis van de gerealiseerde behandelingen.

DAEB

Omdat zorgaanbieders worden beschouwd als ondernemingen kan sprake zijn van staatssteun als zij financiële steun ontvangen van de overheid. In het geval van deze subsidieregeling is geconcludeerd dat het uitvoeren van OFO en KID-behandelingen kan worden aangewezen als een dienst van algemeen economisch belang (DAEB). Redenen hiervoor zijn bijvoorbeeld blijvende gelijke toegang van deze behandelingen. Hiermee is financiële steun gerechtvaardigd. Instellingen moeten hiervoor wel een DAEB-overeenkomst sluiten. Deze is vijf jaar geldig en kan na vijf jaar opnieuw worden afgesloten.

Meldplicht op grond van de Kaderregeling

Op deze subsidieregeling is de Kaderregeling OCW, SZW en VWS (hierna: de Kaderregeling) van toepassing. De belangrijkste voorwaarde die hieruit volgt is de meldplicht. Wanneer gedurende het jaar blijkt dat wordt afgeweken van de inschatting die bij de subsidieaanvraag is gedaan moeten instellingen dit verplicht schriftelijk melden. Zo'n afwijking van de inschatting kan bijvoorbeeld komen doordat in het betreffende jaar meer of juist minder behandelingen worden verricht dan verwacht. Op basis van de melding kan de subsidie gedurende het subsidiejaar nog worden aangepast (herziening). Belangrijk is dat de melding gedurende het subsidiejaar wordt gedaan.

Zoals vermeld bij de uitleg over de subsidieprocedure, wordt de subsidie vastgesteld op basis van de gerealiseerde behandelingen mits aan de voorwaarden en verplichtingen is voldaan. Als niet is voldaan aan de meldplicht geldt het volgende:

- Als niet op tijd is gemeld dat er minder behandelingen zullen worden verricht, heeft de instelling te veel subsidie aangevraagd. Er wordt vastgesteld op basis van het aantal gerealiseerde behandelingen en er wordt een boete in mindering gebracht.
- Als niet op tijd is gemeld dat er meer behandelingen zijn verricht, heeft de instelling te weinig subsidie aangevraagd. Het tekort van de instelling wordt niet nabetaald.

Betrokken partijen

- Het ministerie van VWS, directie Publieke Gezondheid, legt de kaders voor de subsidieregeling vast. Daarnaast heeft het ministerie een rol bij de inhoudelijke beoordeling van subsidieaanvragen en vaststellingen.
- DUS-I is als uitvoerder van de subsidieregeling verantwoordelijk voor de beoordeling van aanvragen en het geven van een beschikking tot subsidieverlening. Vervolgens is DUS-I betrokken bij het herzien van aanvragen (als er wijzigingen optreden) en het definitief vaststellen van de subsidies. Ook is DUS-I verantwoordelijk voor de teksten van de website, het digitale aanvraagformulier en de briefwisselingen met instellingen. DUS-I heeft een dienstverlenende rol bij vragen over de procedure van de subsidieregeling: instellingen kunnen contact opnemen met DUS-I als hier vragen over zijn.
- Zorginstellingen of fertiliteitsklinieken vragen subsidie aan voor het uitvoeren van OFO en KID-behandelingen. Zorgverleners (gynaecologen, verpleegkundigen) in deze instellingen voeren de OFO en KID-behandeling uit. Gedurende het subsidiejaar doen instellingen een melding als de verwachting is dat het daadwerkelijke aantal verrichte behandelingen lager of hoger zal uitvallen dan de inschatting die bij de aanvraag is gedaan. Na afloop van het subsidiejaar dienen deze instellingen een aanvraag tot vaststelling in.
- De cliënten zijn vrouwen met een kinderwens, zonder medische indicatie voor een KID-behandeling, en zonder mannelijke partner of met een mannelijke partner die als vrouw is geboren. Zij maken aanspraak op een behandeling die wordt vergoed uit de subsidieregeling.

Subsidiebedragen

De subsidieregeling dekt (anno 2024) de volgende tarieven per behandeling:

- OFO: €350,73 – verplichte eigen betaling €192,50 = €158,23
- KID-behandeling: €737,32

De subsidie bestaat uit een bedrag dat wordt berekend door de tarieven te vermenigvuldigen met het aantal verrichtingen in het subsidiejaar.

De tarieven worden jaarlijks aangepast op basis van indexering door de NZa, zoals toegelicht in het hoofdstuk ‘Doelmatigheid’.

Wijzigingen in de subsidieregeling

In de afgelopen jaren is de subsidieregeling op twee punten gewijzigd.

Aanpassing van de definitie van instelling

Op 8 maart 2020 is de definitie van 'instelling' uitgebreid.

Artikel 1. Definitiebepaling
Instelling: ~~een rechtspersoon die in het bezit is van een erkenning als orgaanbank specifiek voor donorsemen als bedoeld in artikel 9 van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal;~~
1. een rechtspersoon die in het bezit is van een erkenning als weefselinstelling of orgaanbank specifiek voor donorsemen als bedoeld in artikel 9 van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal; of
2. een door de minister aangewezen zorginstelling;

Met de oorspronkelijke formulering vielen twee soorten instellingen die regelmatig KID-behandelingen uitvoeren buiten de definitie:

- Weefselinstellingen met een erkenning specifiek voor donorsemen die donorsemen ontvangen van een buitenlandse spermabank (en om die reden niet worden erkend als orgaanbank).
- Instellingen die donorsemen ontvangen dat is vrijgegeven door een andere erkende Nederlandse of buitenlandse instelling (en om die reden niet worden erkend als orgaanbank of weefselbank specifiek voor donorsemen).

Ten tijde van de wijziging is geconcludeerd dat ook bij deze instellingen de veiligheid en kwaliteit van het donorsemen is geborgd. Met de wijziging is gezorgd dat deze instellingen ook subsidie kunnen aanvragen, zodat voor vrouwen zonder mannelijke partner geen drempel ontstaat voor een KID-behandeling bij betreffende instellingen.

De wijziging werkt terug tot en met 1 januari 2020 zodat de wijziging ook van toepassing is op aanvragen die zijn ontvangen door het ministerie tussen 1 januari 2020 en het moment van publicatie.

Aanpassing in de wijze van verantwoording

Op 3 maart 2021 is wijze van verantwoording aangepast.

Artikel 9. Aanvraag tot vaststelling
3. ~~De minister kan vrijstelling of ontheffing verlenen van de termijn, bedoeld in het eerste lid.~~ Indien de subsidie € 125.000 of meer bedraagt, legt de subsidieontvanger in afwijking van artikel 7.5, tweede lid, van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS tevens verantwoording af door het overleggen van een rapport van feitelijke bevindingen als bedoeld in artikel 7.5, derde lid, van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS in plaats van een assurancerapport.
4. De minister kan vrijstelling of ontheffing verlenen van de termijn, bedoeld in het eerste lid.

Hiermee wordt de verplichting opgelegd aan instellingen om bij de aanvraag tot vaststelling van een subsidie van € 125.000 of meer, een rapport over de naleving van verplichtingen aan te leveren in plaats van een assurancerapport.

Normaliter moet een assurancerapport worden aangeleverd voor vaststelling van subsidies boven dit bedrag.[6] In het geval van de Subsidieregeling KID kan de accountant met dit rapport echter geen adequate controle uitvoeren. Dat heeft ermee te maken dat de accountant geen inzicht heeft in medische gegevens van de behandelde cliënten (o.a. het aantal behandelingen per cliënt). Het opvragen van een assurancerapport zou daarom onvoldoende informatie opleveren, wat niet in verhouding zou staan tot de administratieve lasten. Er is daarom besloten af te wijken van het verplichte assurancerapport en in plaats daarvan een verplichting op te leggen om een rapport aan te leveren van feitelijke bevindingen over de naleving van de aan de subsidie verbonden verplichtingen door de subsidieontvanger.[7] Zo'n rapport levert voldoende informatie op en staat in verhouding tot de administratieve lasten die ermee gepaard gaan.

De wijziging werkt terug tot en met 1 januari 2021 zodat dit nog toegepast kan worden bij de verantwoording over het jaar 2021.

[6] Op basis van artikel 7.5, tweede lid, van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS
[7] Op basis van artikel 7.5, derde lid, van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS

Doelstelling en methode

Doel en onderzoeksvragen

Het doel van deze evaluatie was om de volgende centrale vraag en de bijbehorende deelvragen te beantwoorden: In hoeverre is de Subsidieregeling KID, in de periode 2020 tot 2024, doelmatig en doeltreffend geweest? En waar liggen, gelet daarop, eventuele verbeterpunten voor de toekomst?

Om de doeltreffendheid te bepalen is in kaart gebracht of het doel van de subsidieregeling (continueren van vergoeding van OFO en KID-behandelingen voor vrouwen zonder mannelijke partner) bereikt is met zo min mogelijk ongewenste neveneffecten. Om de doelmatigheid te bepalen is in kaart gebracht welke financiële middelen zijn ingezet om bovengenoemd doel te bereiken en of deze middelen toereikend waren. Hiertoe zijn onderstaande vragen beantwoord.

Doeltreffendheid:

- Hoeveel subsidieaanvragen zijn er geweest in de afgelopen jaren, hoeveel zijn goedgekeurd en afgewezen en hoe representatief zijn de aanvragen over afgelopen jaren voor de vraag in de toekomst?
- Wat is de mate van tevredenheid met (de procedure van) de subsidieregeling en wat zijn de ervaren knelpunten?

Doelmatigheid:

- Hoe verhoudt het subsidiebedrag zich tot de daadwerkelijke kosten van een behandeling?
- Hoe verhoudt het door VWS begrote bedrag zich tot de daadwerkelijke uitgaven van de regeling?

Werkvormen en data verzameling

Klankbordgroep

Voorafgaand aan de evaluatie is een klankbordgroep ingesteld met verschillende betrokkenen. Het doel van deze klankbordgroep was om verschillende partijen actief te betrekken bij het proces van deze evaluatie en om zo bij te dragen aan de onafhankelijkheid van de evaluatie. De klankbordgroep heeft de gelegenheid gehad om mee te denken over de opzet van de evaluatie, de interpretatie van de resultaten en de conclusies. De klankbordgroep is drie keer bijeengekomen in het eerste en tweede kwartaal van 2024.

In de klankbordgroep waren een aantal fertiliteitsklinieken (directie, control, gynaecologie), Meer dan Gewenst (stichting voor regenboogouderschap), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en DUS-I vertegenwoordigd. VWS zat de bijeenkomsten van de klankbordgroep voor.

De eerste klankbordgroep bijeenkomst is gebruikt om het projectplan en de uitvraag (vragenlijst voor instellingen en bespreekpunten met DUS-I) te bespreken. Tijdens de tweede bijeenkomst is over de resultaten (concepttekst over doeltreffendheid en doelmatigheid) en de interpretatie gesproken. De derde bijeenkomst is gebruikt om

het complete concept-evaluatieverslag te bespreken, met de voornaamste focus op de conclusies.

Deskonderzoek

Er is deskonderzoek uitgevoerd om achtergrondinformatie te verkrijgen over de subsidieregeling. Door middel van deskonderzoek is onder andere informatie vergaard over de hoeveelheid aanvragen, de hoeveelheid aanvragende instellingen, tariefbepaling, begroting, daadwerkelijke kosten, wijzigingen in de regeling, totstandkoming van de regeling, etc.

Hiervoor zijn diverse bronnen gebruikt, waarvan de belangrijkste zijn:

- Oorspronkelijke en gewijzigde teksten Subsidieregeling KID
- Memorie van Toelichting van de subsidieregeling
- Online-informatie over de subsidieregeling op de websites van DUS-I en de Rijksoverheid
- Kamerstukken, waaronder de beantwoording van Kamervragen en Kamerbrieven van de toenmalig minister voor Medische Zorg.
- Uitleg en numerieke gegevens die op aanvraag verstrekt zijn door de NZa, de directie Wetgeving en Juridische Zaken van VWS, en DUS-I

Vragenlijst voor instellingen

De inbreng van instellingen vormde een belangrijke bron voor deze evaluatie. Als subsidieaanvragers konden instellingen zowel over de procedurele als over de zorginhoudelijke aspecten waardevolle inbreng aanleveren. Alle instellingen hebben via een uitgebreide vragenlijst met open vragen de gelegenheid gekregen om bij te dragen aan de evaluatie. Samengevat zijn instellingen o.a. over de volgende zaken bevraagd: het doel van de regeling, ongewenste neveneffecten van de regeling, effecten van de regeling op de zorg, duidelijkheid en eenvoudigheid van de procedure, informatievoorziening over de procedure en administratieve lasten. Aan de instellingen is expliciet meegegeven dat de vragenlijst intern kon worden afgestemd met zorgverleners, financiële experts en bestuurders om zo een compleet beeld te krijgen. Vanuit 13 instellingen is een reactie ontvangen.

Gesprek met DUS-I

Omdat DUS-I verantwoordelijk is voor de uitvoering van de regeling heeft deze organisatie een goed beeld van de procedures en wat hierin mogelijke knelpunten zijn. In een gesprek tussen DUS-I en VWS heeft DUS-I verschillende punten aangedragen die onderdeel zouden moeten uitmaken van de evaluatie en heeft VWS een aantal vragen voorgelegd aan DUS-I.

Samengevat is in het gesprek met DUS-I gesproken over de volgende zaken: tarieven, handhaving en verantwoording subsidieregels, vragen aan DUS-I van instellingen (over de procedure), informatievoorziening over de procedure en kwaliteit van de door instellingen aangeleverde stukken.

Brief van Meer dan Gewenst

Naar aanleiding van de tweede klankbordgroep bijeenkomst heeft Meer dan Gewenst schriftelijk haar overwegingen over de subsidieregeling gedeeld. Deze inbreng is meegenomen in het evaluatieverslag.

Doeltreffendheid

Aantallen en representativiteit

Aantal subsidieaanvragen

Er zijn 17 instellingen bekend bij DUS-I. Deze instellingen dienen jaarlijks een subsidieaanvraag in. Alle aanvragen zijn goedgekeurd en uitbetaald. Alleen dubbele aanvragen zijn buiten behandeling gesteld, bijvoorbeeld wanneer een aanvrager per ongeluk een herzieningsverzoek als nieuwe aanvraag had ingediend. Er zijn geen gevallen van misbruik of fraude bekend.

Aantal behandelingen

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal behandelingen dat wordt vergoed op grond van de subsidieregeling en het aantal behandelingen dat wordt vergoed op grond van de Zvw.

	Subsidieregeling (vastgesteld)		**Zvw (gedeclareerd)[8]**
	OFO	**KID**	**KID**
2017			28.102
2018			29.015
2019			31.654
2020	1.316	4.588	23.820
2021	1.694	6.766	27.608
2022	1.617	6.272	25.840
2023	1.800 (niet definitief)	5.870 (niet definitief)	25.037 (niet compleet)

Representativiteit

Omdat de subsidieregeling pas in april 2020 in werking is getreden zijn de cijfers over de subsidieregeling van het jaar 2020 niet representatief voor een heel jaar. Daar komt bij dat door de coronapandemie deze zorg gedurende een periode werd uitgesteld. De inwerkingtreding van de subsidieregeling en het effect van de coronapandemie zijn ook zichtbaar in de Zvw cijfers, waar 2020 een sterke daling laat zien. Als gevolg van de coronacrisis zijn ook de cijfers over 2021 niet representatief: er was dat jaar namelijk sprake van een gedeeltelijke inhaalslag door de uitgestelde zorg. De cijfers voor 2023 zijn nog niet definitief ten tijde van schrijven van dit rapport.

Rekening houdend met bovengenoemde factoren lijkt het aantal KID-behandelingen jaarlijks redelijk stabiel, ook al zijn er fluctuaties. Het aantal uit subsidie vergoedde behandelingen in de afgelopen jaren geeft een redelijke indicatie voor de komende jaren (mits de regeling in huidige vorm wordt voortgezet).

[8] Er is gebruik gemaakt van de cijfers van Vektis, declaratiecode 972804030 - IUI met/ zonder stimulatie.

Verschillen tussen instellingen

Binnen de subsidieregeling is ook gekeken naar verschillen tussen de instellingen. Hierbij valt op dat de verhouding tussen het aantal gedeclareerde OFO en het aantal gedeclareerde KID-behandelingen verschilt per instelling (de verhouding varieert van ongeveer 1:3 tot 1:6). Globaal zou deze verhouding overeen moeten komen met het aantal inseminatie-pogingen per behandelde vrouw.[9] Omdat eenzelfde aantal pogingen per behandelde vrouw zou worden verwacht onafhankelijk van de kliniek, is het verschil tussen klinieken in eerste instantie hoger dan verwacht. Op basis van gesprekken met klinieken zijn er echter een aantal logische verklaringen voor deze verschillen.

- In de eerste plaats kunnen er verschillen ontstaan als gevolg van de selectie en voorbewerking van het gebruikte donorsemen. Daardoor kan er verschil zijn in bijvoorbeeld de (gemiddelde) spermamotiliteit van het gebruikte semen, wat invloed kan hebben op slagingskans per poging en daarmee op het aantal inseminatie-pogingen.
- Daarnaast zijn er ook verschillen in de prijs. Buitenlandse spermabanken die in Nederland actief zijn, zoals de European Sperm Bank en Cyros, vragen gemiddeld een hogere prijs voor het donorsemen (waarbij de prijs ook kan afhangen van de gemeten spermamotiliteit). Dit bedrag moet door de cliënt zelf worden betaald. Bij een hogere prijs van het donorsemen, kan het zijn dat de cliënt na een aantal pogingen geen nieuwe pogingen meer doet bij de betreffende kliniek, ook al is er nog geen sprake van een doorgaande zwangerschap.
- Tot slot kunnen er verschillen zijn in het beleid rondom het voortraject, waardoor de ene kliniek sneller het OFO declareert via de zorgverzekering dan de andere kliniek. Het basis OFO dat op grond van de subsidieregeling wordt vergoed omvat twee consulten. Als er een extra consult plaatsvindt, wordt dit onderzoek gezien als uitgebreid OFO en vindt de declaratie plaats via de zorgverzekering. Dit is uitgelegd in het schema in het hoofdstuk 'Achtergrond'. Hoe hiermee omgegaan wordt kan per kliniek verschillen. Dit heeft invloed op het aantal OFO dat op grond van de subsidieregeling wordt vergoed en dus op de verhouding OFO:KID binnen de subsidieregeling-zorg.

Het beoogd effect van de regeling wordt bereikt

Zowel de uitvoerder (DUS-I) als het merendeel van de aanvragers (instellingen) beamen dat het doel van de subsidieregeling wordt behaald. Instellingen benoemen dat dankzij deze subsidieregeling de zorg toegankelijk is gebleven.

> *"Door het introduceren van de regeling is behandeling voor deze doelgroepen mogelijk gebleven."*

Door één instelling worden een aantal kanttekeningen geplaatst bij het behalen van het beoogd effect van de subsidieregeling. Deze instelling benoemt dat het doel in mindere mate wordt behaald, omdat niet het volledige fertiliteitstraject altijd uit de subsidieregeling wordt vergoed (immers, uitgebreid fertiliteitsonderzoek wordt vergoed via de Zvw).

[9] Dit zal niet exact kloppen omdat soms de OFO uit de Zvw worden gedeclareerd (zie het hoofdstuk 'Achtergrond')

Duidelijke werkwijze, maar administratie leidt tot problemen

Informatievoorziening en gebruiksvriendelijkheid

Uit de enquête blijkt over het algemeen tevredenheid over de praktische aspecten van de regeling. Instellingen blijken over voldoende informatie te beschikken om de procedure te kunnen volgen en ervaren weinig problemen bij het gebruiken van Subsidieplatform en het aanleveren van de benodigde documenten. Over specifiek de aanvraagprocedure wordt wel opgemerkt dat het heel moeilijk is om een accurate prognose van het aantal behandelingen te maken. Hier wordt later in dit hoofdstuk uitgebreid op ingegaan.

Gesprekken met uitvoerder DUS-I bevestigen dat de subsidieregeling in algemene zin goed uitvoerbaar is. De stukken die instellingen aanleveren zijn volledig en worden correct ingevuld. Er zijn weinig vragen van instellingen over de procedure van de subsidie. Ook zijn er geen signalen van fraude en misbruik.

Toegenomen administratieve druk

Instellingen geven in reactie op de enquête meermaals aan dat de subsidieregeling zorgt voor extra administratieve lasten. Deze bestaan onder andere uit de lasten die gerelateerd zijn aan subsidies in algemene zin, zoals de subsidieaanvraag en de accountantscontrole. Ook zijn er administratieve lasten die specifiek zijn voor deze subsidieregeling en voor dit type zorg(instellingen). Het gaat dan bijvoorbeeld om de financiële afhandeling van de eigen betaling met cliënten, het voldoen aan de meldplicht, en de samenhang van de subsidieregeling met de Zvw. Deze aspecten worden niet alleen door de bijkomende administratie, maar ook door andere problemen als knelpunten ervaren. Hierop wordt later in dit hoofdstuk uitgebreider ingegaan.

> *"Er is veel administratieve last bij de zorgverlener terechtgekomen. Bij iedere behandeling moet gecheckt worden of de behandeling medisch is of onder deze subsidie valt. Voor de eigen betalingen moeten facturen worden verstuurd."*

De administratieve lasten raken zorgverleners, financiële medewerkers en het management. Enkele instellingen maken in respons op de enquête een inschatting van de tijd die zij kwijt zijn aan administratie. Hieruit volgt dat de uitvoering van de subsidieregeling (verantwoording en accountantscontrole) enkele werkdagen per jaar kost. Bij de accountantscontrole komen ook aanvullende kosten kijken. De bijkomende administratietijd per behandeling (waaronder bijvoorbeeld het innen van de eigen betaling) ligt een stuk hoger. Een instelling schat dit in op ongeveer een half uur per OFO en een kwartier per KID-behandeling.

Ook voor uitvoerder DUS-I is vanzelfsprekend sprake van tijdsinvestering. De offerte voor 2024 houdt rekening met 0,75 FTE (€ 123.000) voor de uitvoer van deze subsidieregeling. DUS-I geeft aan dat met name de prognose van het aantal behandelingen in relatie tot de meldplicht en boetesystematiek tot belasting van DUS-I leidt.

Meldplicht en registratie

Zoals uitgelegd in het hoofdstuk 'Achtergrond' hebben instellingen op grond van de Kaderregeling de plicht om de minister van VWS te informeren als zich veranderingen voordoen in de verrichtte activiteiten. Uit de Kaderregeling (in samenhang met de Algemene Wet Bestuursrecht) volgt dat ongebruikt budget wordt teruggevorderd. Er wordt echter niet nabetaald wanneer na afloop van het subsidiejaar blijkt dat instellingen bij de aanvraag voor de verlening van de subsidie zijn uitgegaan van een lager aantal behandelingen dan wat er uiteindelijk gerealiseerd is (waarbij de instellingen dus te weinig subsidie hebben ontvangen).

Hoewel de instellingen in de loop van het jaar een herziene aanvraag kunnen indienen als het aantal behandelingen hoger blijkt dan verwacht, kan deze systematiek instellingen in lastige situaties brengen. Het merendeel van de instellingen geeft aan dat het erg moeilijk is om het aantal behandelingen dat gaat plaatsvinden te voorspellen. Hiervan kan slechts een schatting worden gemaakt. Instellingen moeten vaak de subsidieaanvraag bijstellen. Een voorbeeld van zo'n situatie is dat door het tekort aan zaaddonoren (veel) minder behandelingen kunnen worden verricht dan verwacht.

Dat de melding vóór het einde van het jaar gedaan moet worden leidt tot problemen omdat met DBC-systematiek wordt gewerkt en omdat behandeltrajecten soms over twee kalenderjaren heenlopen. Aan het eind van een kalenderjaar is bijvoorbeeld nog niet duidelijk of een uitgevoerd basis OFO op grond van de subsidieregeling of op grond van de Zvw wordt vergoed (zie het schema in het hoofdstuk 'Achtergrond').

> *"Er wordt gewerkt met DBC-systematiek en nog lang niet alle DBC's zijn in december gesloten. Zo is nog niet altijd bekend of een in december gestarte OFO in de subsidieregeling gaat vallen, of dat de patiënt wellicht toch nog een medische indicatie krijgt."*

DUS-I bevestigt dat het voor instellingen lastig is om voorafgaand aan een kalenderjaar een goede inschatting te maken van het aantal behandelingen. De meldplicht wordt vaak niet nagekomen. Dit kan resulteren in een boete of een tekort, wat voor instellingen erg vervelend kan zijn.

> *"Knelpunt is echter dat bij minder productie dan begroot het corresponderende deel van de subsidie terugbetaald moet worden, maar bij meer productie de begroting tijdig moet worden aangepast. Dit vraagt onnodige monitoring en administratieve handelingen om overschrijding van de begroting tijdig op te merken."*

Specifiek ten tijde van de coronapandemie heeft de meldplicht tot problemen geleid. Door de pandemie en de maatregelen verrichtten instellingen minder behandelingen dan verwacht. Veel instellingen hebben destijds niet aan de meldplicht voldaan en een boete gekregen, wat deels kan worden verklaard door het feit dat de subsidieregeling pas recent in werking was getreden.

> *"We hadden geen ervaring met het aanvragen van subsidie en waren niet op de hoogte dat wij halverwege het jaar een bijstelling moesten doen. We hadden coulance verwacht, maar kregen een fikse boete."*

Administratie en declaratie in verschillende kalenderjaren

DUS-I heeft de indruk dat het voor instellingen niet altijd duidelijk is in welk kalenderjaar behandelingen moeten worden gedeclareerd. Het is de bedoeling dat een behandeling wordt gedeclareerd in het jaar dat deze is uitgevoerd. DUS-I acht het aannemelijk dat instellingen, wanneer een OFO in een eerder kalenderjaar plaatsvindt, alsnog het OFO en de KID in hetzelfde kalenderjaar declareren.

DUS-I geeft ook aan dat, wanneer een behandeling wordt uitgevoerd in twee kalenderjaren, gegevens soms niet accuraat worden geregistreerd. Bij het vaststellen van de subsidie wordt aan instellingen gevraagd om het aantal behandelde cliënten door te geven. De reden hiervoor is dat hiermee inzicht zou kunnen worden geboden in het aantal behandelingen (pogingen) per vrouw. Het is bekend dat dit erg kan verschillen en afhangt van verschillende factoren (zie het hoofdstuk 'Doeltreffendheid'). DUS-I geeft bovendien aan dat, wanneer een traject over twee kalenderjaren loopt, sprake is van dubbele registratie (de vrouw wordt twee keer 'geteld' terwijl er slechts sprake is van één zorgtraject). De gegevens bieden door bovengenoemde redenen niet de inzichten waarvoor ze worden opgevraagd.

Extra uitleg aan cliënten

De subsidieregeling heeft effect op het consult met cliënten. Zij hebben namelijk vaak veel vragen over de financieringswijze. Cliënten vragen zich af of zij onder de subsidieregeling of onder de Zvw vallen, waarom deze zorg niet wordt vergoed zoals gebruikelijk, en waarom er sprake is van een eigen betaling. Deze uitleg kost tijd in de spreekkamer (of telefonisch of per mail) en dit gaat ten koste van het totaal aantal cliënten dat gezien kan worden. Ook Meer dan Gewenst geeft aan veel vragen te ontvangen over de financieringssystematiek.

> *"De subsidieregeling levert veel vragen en discussie op hetgeen tijd kost van de zorgverleners en leidt tot ongenoegen bij zorgvragers, zich bijvoorbeeld uitend in al dan niet formele klachten."*

DUS-I ontvangt af en toe vragen van cliënten. Zo komt het wel eens voor dat cliënten DUS-I bellen om te vragen of zij, in hun specifieke situatie, in aanmerking komen voor subsidie. Ook zijn er af en toe cliënten die bij DUS-I aankloppen met klachten over een specifieke instelling. DUS-I geeft aan dat dit niet al te vaak gebeurt en niet storend is. Bij dergelijke zorg specifieke vragen verwijst DUS-I terug naar de huisarts, instellingen of klachtencommissies.

Dubbele betaling wordt niet altijd voorkomen

Zoals is uitgelegd in het hoofdstuk 'Achtergrond' wordt bij cliënten een eigen betaling in rekening gebracht wanneer zij voorafgaand aan de KID-behandeling een OFO ondergaan. Hiermee wordt voorkomen dat er een voordeel is voor cliënten zonder medische indicatie ten opzichte van cliënten mét een medische indicatie (die eigen risico betalen). De koppeling aan het OFO is bedoeld om te voorkomen dat cliënten dubbel betalen (eigen betaling én eigen risico of twee keer een eigen betaling).

Een aantal instellingen benoemt dat deze eigen betaling een financiële drempel kan vormen die de toegang tot de zorg beperkt. Anderzijds merken instellingen op dat de eigen betaling relatief laag is en in de meeste gevallen lager dan het resterend eigen risico. Uit de enquête bleek daarnaast dat deze systematiek niet geheel kan voorkomen dat toch sprake is van een extra betaling ten opzichte van het Zvw-traject. Dit kan worden veroorzaakt door:

- De status van het eigen risico van de cliënt
- Een succesvolle behandeling in hetzelfde jaar
- Wisselen van instelling

De status van het eigen risico van een cliënt

Wanneer een cliënt bijvoorbeeld het eigen risico al volledig heeft betaald, komt de eigen betaling daar nog bovenop. In zulke gevallen is dus wel sprake van een dubbele betaling. Andersom geldt dat cliënten die nog helemaal geen eigen risico hebben afgedragen bij een behandeling op basis van de subsidieregeling juist een lagere eigen betaling betalen dan wanneer zij eigen risico hadden moeten betalen in een vanuit de Zvw vergoed traject.

Een succesvolle behandeling in hetzelfde jaar

Een succesvolle behandeling die leidt tot zwangerschap wordt bij alle cliënten gevolgd door een ‘consult bij begeleiding vroege zwangerschap na fertiliteitstraject’. Dit valt niet onder de subsidieregeling. Daarom wordt dit consult vergoed op grond van de Zvw en wordt hiervoor dus ook het eigen risico aangesproken. Voor degenen die het geluk hebben snel zwanger te worden betekent dit dat zij in hetzelfde jaar dat zij de eigen betaling hebben betaald ook eigen risico moeten afdragen. Bovendien is dit moeilijk uitlegbaar aan cliënten. Omdat geen sprake is van een medische indicatie hebben zij een traject doorlopen dat uit de subsidieregeling is vergoed. Dit roept de vraag op waarom dit laatste onderdeel wel op grond van de Zvw wordt vergoed.

Wisselen van instelling

Wanneer van instelling wordt gewisseld, wordt in theorie geen nieuwe eigen betaling in rekening gebracht omdat gebruik kan worden gemaakt van hetzelfde OFO. Instellingen geven echter aan dat dit in de praktijk niet het geval is. Vaak moet toch opnieuw een OFO worden gedaan. Het is voor artsen namelijk van belang om een eigen opinie te vormen over de cliënten en om hen voorafgaand aan de KID-behandeling te spreken en/of nader te onderzoeken. Daarnaast kan het voorkomen dat er een aantal maanden tijd zit tussen het eerdere OFO en de instellingswissel, waardoor een nieuw onderzoek wenselijk is.

Het is voor instellingen niet altijd duidelijk of een cliënt bij een andere instelling ook al de eigen betaling heeft betaald. Het komt voor dat de eigen betaling in deze situaties in hetzelfde jaar voor de tweede keer in rekening wordt gebracht (immers, de instelling krijgt vanuit de subsidie het tarief voor het OFO *minus de eigen betaling* vergoed). DUS-I ontvangt hierover soms vragen, maar adviseert dan om dit te bespreken met allebei de instellingen.

"Administratief is het niet altijd duidelijk dat een patiënt bij een andere kliniek ook al een rekening heeft betaald, dus loopt dit nog wel eens mis."

Onduidelijkheid rondom het uitgebreid OFO en de samenhang met de Zvw

Uit het basis OFO kan blijken dat nader onderzoek nodig is. De uitgebreide variant van het OFO wordt niet vergoed op grond van de subsidieregeling. De redenering hierbij is dat er *medisch* iets is geconstateerd waardoor een uitgebreider OFO nodig is. Een uitgebreid OFO valt dus onder de Zvw en hiervoor wordt eigen risico in rekening gebracht. Wanneer na een uitgebreid OFO geen medische indicatie wordt geconstateerd valt de opvolgende KID-behandeling wél onder de subsidieregeling. Deze systematiek is uitgebreider toegelicht in het hoofdstuk 'Achtergrond'.

Het is voor cliënten dus vooraf niet duidelijk of hun behandeling uit de regeling of de Zvw wordt vergoed en of zij dus een eigen betaling of eigen risico moeten betalen. Daarnaast blijkt uit reacties op de vragenlijsten dat bovengenoemde redenering over de medische indicatie niet (altijd) duidelijk is. Als uit het basis OFO blijkt dat meer onderzoek nodig is om een medisch probleem uit te sluiten, betekent dit volgens instellingen niet automatisch dat kan worden gesproken van een medische indicatie. Immers, uit een uitgebreid OFO kan juist blijken dat er geen medisch probleem is. Het is heel lastig uitlegbaar aan cliënten dat hun OFO tóch op grond van de Zvw wordt vergoed wanneer het OFO juist een medisch probleem heeft uitgesloten.

"Als een vrouw ooit een chlamydia-infectie in heeft gehad is er een risico op dichte eileiders. Er is dan extra onderzoek nodig, waarna kan blijken dat de eileiders open zijn en er dus géén medische indicatie is."

Bovendien leidt bovenstaande tot (praktische) problemen voor instellingen, bijvoorbeeld rondom de timing van de betaling van de eigen betaling. Als de eigen betaling direct is betaald en achteraf blijkt dat het OFO op grond van de Zvw wordt vergoed, dient deze te worden teruggestort. Als de eigen betaling achteraf wordt betaald, wanneer bij het sluiten van de DBC zeker is dat er geen sprake is van vergoeding op grond van de Zvw, moeten facturen, herinneringen etc. worden verstuurd. Dit zorgt voor veel administratieve lasten.

"Verder is de grens tussen uit Zvw-betaalde zorg (medische indicatie) en uit de subsidieregeling betaalde zorg nogal diffuus. Ook dit leidt tot discussie, ook binnen het team van zorgverleners, met het risico dat gelijke gevallen niet altijd gelijk worden behandeld."

Ongelijke behandeling

Een aantal instellingen kaart in de enquête aan dat de subsidieregeling ongelijke behandeling in de hand werkt. In de reacties op de enquête wordt opgemerkt dat, afhankelijk van de concrete situatie van een cliënt, het feit dat zij onder de subsidieregeling valt (financieel) nadelig óf voordelig kan uitwerken ten opzichte van een behandeling die wordt vergoed op grond van de Zvw. Daarnaast merken instellingen op dat er met deze financieringsconstructie onderscheid lijkt te worden gemaakt op basis van relatievorm en dat dit discriminerend is.

“Patiënten worden door de regeling niet gelijk bejegend, maar beoordeeld op geaardheid en status. Dat is discriminatie. Dit levert discussie op in de spreekkamer en beïnvloedt de relatie met de arts, die de boodschapper is.”

Instellingen hebben ook bezorgdheid geuit over de vergoeding van fertiliteitstrajecten in brede zin. Zo wordt benoemd dat de regeling bepaalde relatievormen uitsluit, zoals een relatie tussen twee mannen. Instellingen uiten zorgen over juridische onduidelijkheid en financiering voor andere relatievormen met een kinderwens in de toekomst.

“Cliënten voelen zich toch vrijwel allemaal gediscrimineerd en vinden het ongewenst en soms moeilijk om zich te moeten verdiepen in nieuwe regels en afspraken. Voor hen die een eigen betaling in de regeling moeten betalen én eigen risico zorgverzekering, is er een evident financieel nadeel.”

Bovenstaande wordt ook aangekaart door stichting Meer dan Gewenst. Het traject zou volgens deze stichting vanuit het gelijkheidsbeginsel voor iedereen - heteroseksueel, lesbisch of alleenstaand - vanuit het basispakket vergoed moeten worden. Nu er is gekozen voor een subsidieregeling, moet die volgens deze stichting zo zijn ingericht dat degenen die een KID-behandeling ondergaan geen verschil bemerken tussen vergoeding vanuit het basispakket en vergoeding vanuit de subsidieregeling.

Doelmatigheid

Subsidiebedrag t.o.v. de daadwerkelijke zorgkosten

Zoals al toegelicht in het hoofdstuk 'Achtergrond' wordt voor de tarieven aangesloten bij de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. De NZa stelt voor verschillende zorgsoorten tarieven vast om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. De tarieven worden vastgesteld op basis van prijsindexatie en kostprijsonderzoek.

Prijsindexatie vindt jaarlijks plaats. Bij de indexatie van de medisch-specialistische zorg (waar KID-behandelingen en OFO onder vallen) worden de tarieven van zorgproducten geïndexeerd met een verhouding 2/3 loon en 1/3 materiaal. Hieruit volgt een prijsindexcijfer. Dit percentage wordt toegepast op alle (gereguleerde) tarieven. Zo wordt rekening gehouden met jaarlijkse inflatie.

Om de tarieven breed te herijken wordt periodiek uitgebreid kostenonderzoek uitgevoerd. In 2023 zijn de tarieven voor de medisch-specialistische zorg voor het laatst herijkt op basis van de kostprijzen uit 2019. De tarieven voor KID-behandelingen en OFO zijn gemiddeld naar aanleiding van dit kostprijsonderzoek niet gestegen of gedaald. In 2027 worden de tarieven opnieuw breed herijkt.

In het kader van deze evaluatie is aan de NZa gevraagd in hoeverre de tarieven voor de KID-behandeling en het OFO kostendekkend zijn. De NZa heeft hierop laten weten dat de tarieven nog steeds kostendekkend zijn op basis van de meest recente kostprijzen waarover de NZa beschikt (2022). Er zijn bovendien geen (andere) signalen over het niet-toereikend zijn van deze tarieven bekend bij de NZa.

Uit gesprekken met DUS-I en instellingen over de tarieven is gebleken dat er in 2023 verwarring is ontstaan over de tarieven. Aan het einde van dat jaar werden de tarieven toen voor een tweede keer geïndexeerd vanwege de hoge inflatiecijfers. Deze tweede indexatie was niet tijdig verwerkt in de subsidieregeling. Vanwege deze ongebruikelijke situatie (twee indexaties binnen een jaar) is het niet voorzien dat dit in de toekomst nogmaals zal gebeuren.

Begroting t.o.v. de daadwerkelijke uitgaven van de regeling

De uitvoering van deze subsidieregeling is sinds de subsidieperiode in de begroting van het ministerie van VWS opgenomen. In het eerste jaar is € 5 mln. begroot. Dit is structureel omhoog bijgesteld naar € 8,5 mln. In 2021 is dit bedrag – met herzieningen – bijgesteld naar € 7,8 mln. Er wordt dus iets meer aangevraagd dan bij afrekening blijkt. Voor 2024 is het bedrag wederom naar beneden bijgesteld.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Begroting (mln)	5	8,5	8,5	8,5	7,2	7,2	7,2	7,2
Uitgaven (mln)	7,1	7,8	7,3					

De begrote bedragen zijn op meerdere gegevens gebaseerd:

- De gemiddelde prijzen van de betreffende DBC-zorgproducten
- Het aantal verwachte subsidieaanvragen
- De verwachte uitvoeringskosten van DUS-I

Conclusies en mogelijke aanpassingen

De subsidieregeling is doelmatig en doeltreffend

Deze evaluatie wijst uit dat de Subsidieregeling KID doelmatig is. De tarieven blijken toereikend en de begroting is in lijn met de daadwerkelijke kosten. De subsidieregeling is in zoverre doeltreffend dat dankzij de regeling OFO en KID-behandelingen voor vrouwen zonder mannelijke partner in de afgelopen jaren konden worden vergoed. Het doel van de regeling wordt dus bereikt. De subsidieregeling heeft bijgedragen aan toegankelijkheid van deze zorg voor deze groep cliënten nadat vergoeding op grond van de Zvw niet meer mogelijk was.

Echter zijn er ook knelpunten gesignaleerd waardoor de doeltreffendheid van de regeling mogelijk in het geding komt. De aanvragers en uitvoerder van de subsidieregeling hebben een aantal concrete oproepen gedaan om deze knelpunten te verhelpen.

Instellingen roepen vrijwel unaniem op tot:

- Vergoeding van deze zorg op grond van de Zvw.

Als wordt besloten tot verlenging van de subsidieregeling, roepen **instellingen** op tot:

- Een simpelere eindafrekening achteraf (op basis van p*q) zonder boetes en afschaffing van de meldingsplicht.
- Afschaffing of verlaging van de eigen betaling.
- Vergoeding van het volledige zorgpad voor deze cliënten uit de subsidieregeling, dus ook het uitgebreidere OFO en het consult na het traject.
- Betere informatievoorziening voor cliënten over deze regeling.

Ook **DUS-I** signaleert aanknopingspunten voor verbetering, namelijk:

- De registratie van het aantal behandelde cliënten aanpassen (om dubbele registratie te voorkomen) of heroverwegen of dit überhaupt nog moet worden uitgevraagd.
- De (juridische) mogelijkheden onderzoeken om na te betalen op basis van het daadwerkelijke aantal behandelingen (of als alternatief: instellingen beter ondersteunen bij het nakomen van de meldplicht, bijvoorbeeld door extra herinneringen te versturen).

Mogelijkheden ter verbetering van de subsidieregeling

Bovengenoemde oproepen vormen het aanknopingspunt voor een aantal mogelijke aanpassingen. Deze kunnen oplossingen bieden voor specifieke knelpunten die zijn gebleken uit deze evaluatie. De aanpassingen zijn opzichzelfstaand weergegeven, maar sommige aanpassingen kunnen meerdere knelpunten verhelpen.

Aanpassen van (regels voor handhaving van) de meldplicht

Knelpunt	Uit de evaluatie blijkt dat de systematiek van de meldplicht voor instellingen niet werkbaar is. Het nakomen van de meldplicht is vaak niet mogelijk omdat behandeltrajecten over twee kalenderjaren kunnen lopen. Dit resulteert erin dat de subsidie vaak te hoog (terugvordering en boete) of te laag (geen nabetaling) is.
Mogelijke aanpassing(en)	• De deadline van de meldplicht naar achteren verschuiven. • De boete schrappen. • Nabetaling mogelijk maken.
Consequenties aanpassing(en)	Door deze wijzigingen kan beter worden aangesloten bij de praktijk waarin soms pas in het opvolgend kalenderjaar blijkt of activiteiten uitgevoerd in het subsidiejaar daadwerkelijk subsidiabel zijn. • Door het verschuiven van de deadline van de meldplicht krijgen instellingen de mogelijkheid om in opvolgend kalenderjaar nog wijzigingen van voorafgaand subsidiejaar te melden. Hierdoor kunnen instellingen wél aan de meldplicht voldoen. • Door het schrappen van de boete kunnen instellingen een (iets) ruimere inschatting maken bij de laatste herziening. Het overschot aan subsidie wordt dan teruggevorderd zonder dat óók een boete in rekening wordt gebracht. • Door nabetaling mogelijk te maken kunnen instellingen een (iets) lagere inschatting maken bij hun laatste herziening. Het tekort aan subsidie wordt dan nabetaald. Deze aanpassingen hebben tot gevolg dat de kosten van de subsidieregeling voor VWS minder nauwkeurig kunnen worden in begroot. Bovendien moet eerst onderzocht worden in hoeverre deze aanpassingen juridisch haalbaar zijn in samenhang met de Algemene Wet Bestuursrecht en de Kaderregeling.

Afschaffen van de eigen betaling

Knelpunt	Met deze evaluatie is duidelijk geworden dat de eigen betaling in sommige gevallen onbedoeld een nadelig effect heeft. Bij het wisselen van instelling kan sprake zijn van een dubbele eigen betaling. Ook zijn situaties denkbaar waarbij cliënten alsnog óók eigen risico betalen, bijvoorbeeld als zij in hetzelfde jaar zwanger raken (het consult na een fertiliteitstraject wordt op grond van de Zvw vergoed). Instellingen geven aan dat het regelmatig voorkomt dat de cliënten die gebruik maken van de subsidieregeling financieel worden benadeeld. Bovendien leidt de eigen betaling tot administratieve belasting van instellingen.
Mogelijke aanpassing(en)	De eigen betaling afschaffen.

Consequenties aanpassing(en)	Door de eigen betaling af te schaffen wordt voorkomen dat cliënten die in de subsidieregeling vallen soms financieel nadeel ervaren t.o.v. cliënten die het traject vergoed krijgen op grond van de Zvw. Ook worden hiermee de bijkomende administratieve lasten voor instellingen verholpen. Echter, hiermee is er wel de kans dat deze cliënten (soms) een financieel voordeel ervaren t.o.v. de Zvw-cliënten (en de Zvw-cliënten dus worden benadeeld). Ook zou dit mogelijk kunnen leiden tot oneigenlijk gebruik van de subsidieregeling. Dit risico wordt echter laag ingeschat omdat bij deze trajecten uitgebreid wordt gecounseld. De kans dat een cliënt de behandeling kan doorlopen met vergoeding uit de Subsidieregeling KID (omdat ze dan geen eigen risico hoeft te betalen), terwijl ze eigenlijk wél een mannelijke partner (of een medische indicatie) heeft is hiermee nihil. Tot slot heeft deze aanpassing tot gevolg dat de kosten van deze subsidieregeling voor VWS zullen toenemen, omdat per cliënt 192 euro extra uit de regeling dient te worden betaald. Dit zou (uitgaande van grofweg 2000 OFO per jaar, een ruime inschatting) jaarlijks neerkomen op € 384.000.

Het uitgebreid OFO en consult na traject opnemen in de subsidieregeling

Knelpunt	De evaluatie wijst uit dat de samenhang tussen de subsidieregeling en de Zvw voor problemen kan zorgen. Het is moeilijk uitlegbaar waarom een uitgebreid OFO en het consult na het traject (‘consult begeleiding vroege zwangerschap na fertiliteitstraject’) op grond van de Zvw worden vergoed wanneer er uit het OFO geen medisch probleem is gebleken. De systematiek blijkt te leiden tot administratieve belasting en onduidelijkheid. Ook moeten cliënten die snel zwanger raken hierdoor soms in één kalenderjaar zowel eigen risico als een eigen betaling betalen.
Mogelijke aanpassing(en)	De zorgproducten ‘uitgebreid OFO’ en ‘consult na traject’ toevoegen aan de subsidieregeling en (indien dit juridisch noodzakelijk blijkt) de voorwaarde in artikel 3, tweede lid, onderdeel a[10] van de subsidieregeling aanpassen om dit mogelijk te maken.

[10] Het uitvoeren van een basis oriënterend fertiliteitsonderzoek of het verrichten van een KID-behandeling komt uitsluitend voor subsidie in aanmerking indien deze activiteiten niet op grond van een ziektekostenverzekering of een wettelijk voorschrift bekostigd kunnen worden.

Consequenties aanpassing(en)	Door het toevoegen van deze zorgproducten aan de subsidieregeling zijn er voor deze doelgroep de volgende twee mogelijkheden: • Tijdens het (basis of uitgebreid) OFO wordt geen medisch probleem geconstateerd. Het (basis of uitgebreid) OFO en de KID behandeling worden **op grond van de Subsidieregeling KID** vergoed. • Tijdens het (basis of uitgebreid) OFO wordt een medisch probleem geconstateerd. Het (basis of uitgebreid) OFO en de KID behandeling worden **op grond van de Zvw** vergoed. Voor cliënten is de systematiek hiermee duidelijker en is er minder onzekerheid over de wijze van financiering (inclusief de vragen omtrent eigen risico vs. eigen betaling). Dit heeft als bijkomend voordeel dat instellingen minder tijd kwijt zijn aan de uitleg hieromtrent. Ook het risico op een dubbele betaling bij cliënten die in hetzelfde jaar zwanger raken wordt hiermee voorkomen. Echter, het is niet met zekerheid te stellen of dit juridisch goed uit te werken is in samenhang met de Zvw. Bij het opstellen van de regeling is namelijk geoordeeld dat deze twee zorgproducten op grond van de Zvw zouden moeten worden vergoed. Daarnaast blijft een gedeelte van de problematiek bestaan omdat, als er wel een medisch probleem gevonden wordt, de hele behandeling alsnog via de Zvw wordt vergoed. Er moet dan alsnog eigen risico moet worden betaald. Dit zou echter makkelijker uitlegbaar zijn dan de huidige situatie. Tot slot heeft deze maatregel tot gevolg dat de kosten van deze subsidieregeling voor VWS zullen toenemen. In de huidige subsidieregeling wordt in 2024 per OFO € 350,73 vergoed met aftrek van € 192 eigen betaling. Bij het doorvoeren van deze aanpassing zou voor cliënten die dat nodig hebben tussen de € 843,37 - € 930,60 worden vergoed (al dan niet met aftrek van € 192 eigen betaling). Dit zou (uitgaande van grofweg 2000 behandelde vrouwen per jaar, een ruime inschatting, waarvan ongeveer 25% uitgebreid OFO ondergaat[11]) neerkomen op ongeveer € 270.000 extra. Het toevoegen van het nazorg consult zou (wederom uitgaande van grofweg 2000 behandelde vrouwen per jaar waarvan ongeveer 70%[12] zwanger raakt) neerkomen op ongeveer € 420.000.

Registratie van het aantal behandelde cliënten afschaffen

Knelpunten	Bij vaststellen wordt aan instellingen gevraagd om het aantal behandelde cliënten door te geven. Doordat behandeltrajecten over de jaargrenzen heen kunnen lopen worden cliënten dubbel geregistreerd. De informatie dient geen duidelijk doel en wordt (mede doordat cijfers niet betrouwbaar zijn door dubbele telling) nergens voor gebruikt.

[11] De inschatting van 25% is gebaseerd op informatie van verschillende leden van de klankbordgroep.
[12] KID – Kunstmatige Inseminatie Donorzaad - Freya

Mogelijke aanpassing(en)	De vraag over het aantal behandelde cliënten schrappen uit de vaststellingsprocedure.
Consequenties aanpassing(en)	Door deze vraag te schrappen uit de vaststellingsprocedure wordt niet langer informatie die geen duidelijk doel dient opgevraagd bij instellingen.

Verbeterslag in informatievoorziening voor cliënten

Knelpunten	Bovengenoemde knelpunten zorgen voor veel vragen bij cliënten en daardoor door verlies van kostbare (zorg)tijd.
Mogelijke aanpassing(en)	Aanvullende informatievoorziening op B1-niveau voor cliënten (over de gewijzigde/verlengde subsidieregeling).
Consequenties aanpassing(en)	Door over de gewijzigde regeling ook uitleg voor cliënten op B1-niveau te formuleren kunnen deze vragen gedeeltelijk worden voorkomen. Deze informatie zou kunnen worden gepubliceerd op de website van DUS-I en worden gedeeld met instellingen.

Wens voor vergoeding op grond van de Zvw

In het veld bestaat er (nog steeds) veel onbegrip over het stopzetten van de vergoeding vanuit de Zvw van de KID-behandeling voor vrouwen zonder medische indicatie. Dat de financiering wel is gecontinueerd wordt breed gesteund, maar heeft de onderliggende ontevredenheid niet weggenomen.

Deels heeft dit te maken met de toename aan administratieve lasten die gepaard gaan met de aparte financieringsstroom. Zelfs met de uitvoering van (een aantal van) bovenstaande aanpassingen zullen niet alle knelpunten worden opgelost. Er zullen extra administratieve lasten voor instellingen blijven in vergelijking met de zorg die op grond van de Zvw wordt vergoed. Ook zullen situaties zich blijven voordoen waarin de financiële consequenties voor cliënten verschillen afhankelijk van of hun traject via de subsidieregeling of via de Zvw wordt vergoed. Dit raakt aan de tweede bron van onvrede: er bestaat bij de in de evaluatie betrokken partijen een breed gedeeld gevoel dat er sprake is van ongelijke behandeling. Dat juridisch gezien geen sprake is van ongelijke behandeling (voor iedereen geldt immers hetzelfde criterium: als er sprake is van een medische indicatie, wordt de behandeling vergoed vanuit de Zvw, en anders niet), betekent niet dat in de praktijk de cliënten waar het om gaat zich gelijk behandeld voelen. Door de hierboven voorgestelde aanpassingen van de subsidieregeling wordt het gevoel van cliënten ‘anders’ te worden behandeld niet weggenomen.

Een belangrijke oproep die uit de evaluatie volgt is om deze zorg weer op grond van de Zvw te vergoeden. Dit zou echter een wijziging vragen van de Zvw, omdat voor de afbakening hiervan als criterium wordt toegepast dat er sprake moet zijn van een medische indicatie. Er moet dus sprake zijn van een medische aandoening die behandeld wordt, terwijl de aan- of afwezigheid van een mannelijke partner die geen zaadcellen kan leveren op zichzelf geen medische indicatie is.

Dat er sprake moet zijn van een medische indicatie is een (relatief) helder criterium waarmee het zorgverzekeringspakket beheersbaar blijft. Als dit criterium zou worden losgelaten is de vraag welke andere afbakening mogelijk is. In een brief van 12 april 2021 schreef de toenmalig minister voor Medische Zorg hierover dat het

loslaten van het kernbegrip medische indicatie de vraag oproept welk criterium dan gebruikt kan worden om het basispakket af te bakenen.[13]

Een soortgelijke kwestie speelt bij meerdere soorten geneeskundige zorg in het domein van fertiliteitszorg en zwangerschap waarbij eveneens geen sprake is van een medische indicatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan abortuszorgverlening in klinieken en door huisartsen en de dertien- en twintigweken echo, verloskundige zorg.[14] Daarom zou een onderzoek naar de mogelijkheid van een beperkte uitbreiding met deze behandelingen met duidelijke afbakening (zijnde geneeskundige zorg die verband houden met zwangerschap en fertiliteit) overwogen kunnen worden.

Dit is een complexe afweging, waarbij de nadelen van de financiering van deze vormen van zorg vanuit een subsidieregeling afgewogen dienen te worden tegen de nadelen van een herziene afbakening van de Zvw en de precedentwerking die daarvan uitgaat. Dit zou uiteindelijk een politiek besluit zijn.

Vanwege de tijd die daarvoor nodig is (nog afgezien van de tijd die nodig is voor een wetswijziging), zou de Zvw hoe dan ook niet kunnen dienen als alternatieve vorm van financiering per 1 januari 2025.

[13] Kamerstuk 29689, nr. 1100 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)
[14] Feitelijk vallen ook anticonceptiva onder dit rijtje, maar deze worden voor vrouwen onder de 21 jaar wel vergoed vanuit de Zvw

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 ej Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

augustus 2024