



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Evaluatie

Subsidieregelingen
abortusklinieken en
opleiding abortusartsen

Inhoudsopgave

1. Voorwoord.....	3
2. Samenvatting	4
3. Achtergrond subsidieregeling abortusklinieken	5
4. Achtergrond subsidieregeling opleiding abortusartsen.....	9
5. Doelstelling en methoden.....	12
6. Resultaten subsidieregeling abortusklinieken.....	14
7. Resultaten subsidieregeling opleiding abortusartsen	20
8. Conclusies	22
9. Mogelijke aanpassingen aan de subsidieregelingen.....	23
10. Bijlage: Suggesties voor aanvullende informatie	26

1. Voorwoord

De subsidieregeling abortusklinieken en Subsidieregeling opleiding abortusartsen subsidiëren abortusbehandelingen en het opleiden van verschillende typen abortusartsen en sedationisten. Subsidieregelingen worden voor een periode van vijf jaar ingesteld. Na afloop van deze periode wordt op basis van een evaluatie besloten of de regelingen worden verlengd. De huidige subsidieregelingen vervallen per 1 januari 2026 en zijn om deze reden in 2025 geëvalueerd.

Deze evaluatie richt zich primair op de doeltreffendheid van de subsidieregelingen. Het doel is om te bepalen in hoeverre het doel van de regelingen – het financieren van abortuszorg en het opleiden van abortusartsen – wordt bereikt. Hierbij worden eventuele knel- en verbeterpunten voor de regelingen geïdentificeerd. Dit evaluatierapport bevat een overzicht van de resultaten, conclusies en mogelijke aanpassingen op basis van de inbreng van de betrokken partijen.

Het evaluatierapport is bedoeld ter ondersteuning van de besluitvorming door de staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport over het voortzetten van de regelingen. De evaluatie is uitgevoerd door de beleidsdirectie Publieke Gezondheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De onafhankelijkheid van de evaluatie is gewaarborgd door het instellen van een klankbordgroep met externe deskundigen en betrokkenen en door het aanwijzen van een auteur die niet betrokken is bij de subsidieregelingen. Het ministerie van VWS is alle deelnemers aan deze evaluatie erkentelijk voor hun bijdragen.

2. Samenvatting

2.1 Achtergrond subsidieregelingen

De subsidieregelingen worden uitgevoerd door de Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I).¹ De subsidieregeling abortusklinieken dient jaarlijks te worden aangevraagd door klinieken en volgt een vaste procedure.² Bij het subsidiëren van abortuszorg wordt gewerkt met een integraal tarief per behandeling. Dit houdt in dat in de tarieven alle kosten die de abortuskliniek maakt voor abortushulpverlening, zijn meegenomen. Zo omvatten de tarieven bijvoorbeeld ook een component voor huisvesting. De subsidie bestaat uit een bedrag dat wordt berekend door de behandel tarieven (p) te vermenigvuldigen met het aantal behandelingen (q) in het subsidiejaar.

De subsidieregeling opleiding abortusartsen is een doorlopende subsidie voor de opleidingsperiode en kan het gehele jaar door worden aangevraagd.³ Een erkenning van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)⁴ voor de opleidingskliniek is noodzakelijk. De regeling trad op in 2021 in werking om het opleiden van abortusartsen meer te stimuleren.

2.2 Doelstelling en Methoden

Het evaluatieproces van de subsidieregelingen heeft plaatsgevonden in verschillende stappen. Er is eerst een klankbordgroep samengesteld om mee te denken over het proces. De klankbordgroep bestond uit twee bestuurders van abortusklinieken, de voorzitter van het NGvA tevens abortusarts, een vertegenwoordiger vanuit DUS-I, een financieel adviseur en vertegenwoordigers van het ministerie van VWS.

Tijdens de eerste klankbordgroepbijeenkomst zijn door VWS opgestelde vragenlijsten voor de klinieken en DUS-I besproken. Na het verwerken van aanpassingen en aanvullingen van de deelnemers zijn de vragenlijsten uitgezet bij abortusklinieken. Aan de hand van de vragenlijst voor DUS-I heeft er een evaluatiegesprek met DUS-I plaatsgevonden. Ook zijn de beleidsmedewerkers van VWS bevestigd die verantwoordelijk zijn voor de regelingen. Door middel van deskonderzoek zijn de achtergronden van beide regelingen in kaart gebracht. In de tweede bijeenkomst van de klankbordgroep zijn de bevindingen uit de vragenlijsten aan klinieken, het evaluatiegesprek met DUS-I en de opgehaalde informatie bij VWS besproken. Tijdens de derde en laatste bijeenkomst stonden de conclusies en mogelijke aanpassingen aan de regelingen centraal. Het evaluatierapport is vervolgens afgerond na aanpassingen en aanvullingen van de klankbordgroep. De staatssecretaris zal op basis van deze evaluatie een beslissing nemen over het eventueel aanpassen en verlengen van de subsidieregelingen.

2.3 Resultaten, conclusies en mogelijke aanpassingen

Deze evaluatie wijst uit dat zowel de subsidieregeling abortusklinieken als de subsidieregeling opleiding abortusartsen over het algemeen doeltreffend zijn. Het financieren van abortuszorg en het opleiden van abortusartsen wordt succesvol bereikt. Op basis van de geïdentificeerde knelpunten beschrijft deze evaluatie mogelijke aanpassingen aan beide regelingen. Ook blijkt uit deze evaluatie dat een aantal knelpunten verholpen kunnen worden door het verbeteren van de informatievoorziening vanuit VWS.

¹ [Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

² [Abortusklinieken | Subsidie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

³ [Opleiding abortusartsen | Subsidie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

⁴ [Nederlands Genootschap van Abortusartsen](#)

3. Achtergrond subsidieregeling abortusklinieken

Dit hoofdstuk bespreekt de achtergrond van de subsidieregeling abortusklinieken. Er wordt ingegaan op de betrokken partijen en de belangrijkste onderdelen van de regeling voor deze evaluatie, aan de hand van de paragrafen en artikelen. Tot slot worden recente wijzigingen aan de subsidieregeling beschreven.

3.1 Betrokkenen partijen

Bij deze subsidieregeling zijn de volgende partijen betrokken:

- **Subsidieontvangers:** Abortusklinieken vragen subsidie aan voor het financieren van de door hen uit te voeren abortuszorg. Er zijn 17 abortusklinieken die jaarlijks subsidie aanvragen.
- **DUS-I:** DUS-I is als uitvoerder van de subsidieregeling verantwoordelijk voor de administratieve en financiële beoordeling van aanvragen en het geven van een beschikking tot subsidieverlening en -vaststelling. Ook is DUS-I verantwoordelijk voor de inhoud van het aanvraagformulier en het opstellen van de brieven over verleningen, vaststellingen en (in)complete aanvragen.
- **Zorgverleners:** Abortusartsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in abortusklinieken verzorgen abortushulpverlening die wordt gefinancierd vanuit de subsidieregelingen. De zorgverleners zijn indirect betrokken bij de subsidieregeling omdat de aanvraag van de subsidie door de bestuurders wordt gedaan.
- **Het ministerie van VWS:** De directie Publieke Gezondheid is verantwoordelijk voor de subsidieregeling.

3.2 De subsidieregeling abortusklinieken op hoofdlijnen

Paragraaf 1, artikel 1b. Staatssteun

Omdat zorgaanbieders worden beschouwd als ondernemingen, kan sprake zijn van staatssteun als zij financiële steun ontvangen van de overheid. Abortusbehandelingen zijn aangewezen als Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB)⁵, waardoor, met een DAEB-overeenkomst, financiële steun van de overheid gerechtvaardigd is. Deze overeenkomst is vijf jaar geldig en kan na deze termijn opnieuw worden afgesloten.

Paragraaf 1, artikel 2, lid 2. Wet afbreking zwangerschap (Wafz)

De subsidie voor abortuszorg wordt enkel verstrekt aan abortusklinieken met een Wafz-vergunning.⁶ Deze vergunning is noodzakelijk voor klinieken om een abortusbehandeling uit te mogen voeren.

Paragraaf 1, artikel 2, lid 3. Wet langdurige zorg (Wlz)

Een abortusbehandeling in een kliniek wordt vergoed voor mensen die verzekerd zijn onder de Wlz.⁷ In de praktijk zijn dit personen die vast in Nederland verblijven en/of werken. Abortuszorg wordt niet vergoed voor mensen die geen geldige verblijfspapieren hebben of tijdelijk in Nederland zijn.

Paragraaf 1, artikel 4. Verplichtingen

De tarieven worden elk jaar aangepast in verband met een verhoging van de jaarlijkse

⁵ [DAEB-overeenkomst Abortusklinieken | Formulier | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen \(dus-i.nl\)](#)

⁶ [Wet afbreking zwangerschap](#)

⁷ [Wet langdurige zorg](#)

indexatiecijfers vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).⁸ Onderstaande tarieven worden gehanteerd in 2025. De tarieven voor de behandelingen omvatten mede de kosten van gesprekken, nazorg en nacontrole.

- € 54 per consult;
- € 526 per eerste trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking medicamenteus wordt verricht;
- € 699 per eerste trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking door middel van vacuümaspiratie wordt verricht zonder PSA of algehele anesthesie;
- € 825 per eerste trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking door middel van vacuümaspiratie wordt verricht, waarbij PSA wordt toegepast onder verantwoordelijkheid van een abortusarts;
- € 854 per eerste trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking door middel van vacuümaspiratie wordt verricht, waarbij PSA of algehele anesthesie wordt toegepast door een anesthesioloog;
- € 1.004 per tweede trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking in de periode vanaf 13 tot en met 17 weken en 6 dagen amenorroe wordt verricht, waarbij PSA wordt toegepast onder verantwoordelijkheid van een abortusarts;
- € 1.089 per tweede trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking in de periode vanaf 13 tot en met 17 weken en 6 dagen amenorroe wordt verricht, waarbij PSA of algehele anesthesie wordt toegepast door een anesthesioloog;
- € 1.289 per tweede trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking in de periode vanaf 18 weken amenorroe wordt verricht, waarbij PSA wordt toegepast onder verantwoordelijkheid van een abortusarts;
- € 1.430 per tweede trimesterbehandeling, indien de zwangerschapsafbreking in de periode vanaf 18 weken amenorroe wordt verricht, waarbij PSA of algehele anesthesie wordt toegepast door een anesthesioloog;
- € 92 voor het plaatsen van langdurige anticonceptie binnen een periode van 8 weken aansluitend op een zwangerschapsafbreking;
- € 64 per anticonceptieconsult dat plaatsvindt in de periode van 1 juli 2023 tot en met 31 december 2025.

Bij de bepaling van de tarieven spelen verschillende factoren een rol. Voor het subsidiëren van abortuszorg wordt gewerkt met een integraal tarief per behandeling. Dit houdt in dat in de tarieven voor hulpverlening alle kosten voor de abortuskliniek zijn meegenomen. Naast de zorgcomponent omvat het tarief ook componenten voor huisvesting (de zogenaamde Normatieve Huisvestingscomponent (NHC)) en andere kostencomponenten. Om de NHC te bepalen wordt een norm gehanteerd voor het aantal behandelingen dat een kliniek uitvoert. Voor de subsidieregeling abortusklinieken wordt uitgegaan van een normkliniek van 2.000 equivalente behandelingen per jaar. Hierbij gaat het om 2.000 eerste trimesterbehandelingen, 1.500 tweede trimesterbehandelingen, of een mix van beide. Een kostenonderzoek in 2019 heeft onderzocht wat zou moeten gelden als normkliniek en welke NHC hieruit volgt.

Paragraaf 2, artikel 6. Aanvraag tot verlening

DUS-I verleent subsidie aan klinieken met een Wafz-vergunning. De subsidie moet 13 weken voor aanvang van het nieuwe boekjaar worden aangevraagd.

Een abortuskliniek dient online een aanvraag tot subsidieverlening in bij DUS-I. Een complete aanvraag voor de subsidie bestaat uit:

⁸ [Nederlandse Zorgautoriteit](#)

- Een volledig ingevuld aanvraagformulier subsidieverlening (origineel ondertekend door het bestuur).⁹
- Een overzicht van het aantal uit te voeren activiteiten, zoals bedoeld in artikel 4 van de regeling.
- Een ondertekende DAEB-overeenkomst.¹⁰

Paragraaf 3, artikel 8. Verlening en bevoorschotting

De minister besluit binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag over de verlening van de subsidie. Als de subsidie is goedgekeurd, wordt de subsidie verleend en ontvangt de kliniek het bedrag in voorschotten verspreid over het jaar.

Paragraaf 5, artikelen 23-24. Aanvraag tot vaststelling

De subsidieontvanger dient binnen 22 weken na afloop van het boekjaar waarvoor de subsidie is verleend een aanvraag tot vaststelling van de subsidie in.

De verleende subsidie dient vervolgens verantwoord te worden door de kliniek en gecontroleerd door DUS-I. Om een subsidie te verantwoorden, is een complete aanvraag tot vaststelling nodig.

Deze aanvraag bestaat uit:

- Een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier tot vaststelling.¹¹ De aanvrager of een persoon die bevoegd is de aanvrager te vertegenwoordigen moet het formulier ondertekenen.
- Een jaarverantwoording bestaande uit:
 - Een bestuursverslag.
 - Een jaarrekening met inbegrip van de door de minister vastgestelde modellen.
 - Een controleverklaring bij de jaarrekening opgesteld door een accountant overeenkomstig een door de minister vastgesteld model met inachtneming van een door de minister vastgesteld protocol, als de subsidieverlening €125.000 of meer bedraagt.
- Een accountant moet voor het verantwoorden van de subsidie gebruikmaken van het accountantsprotocol¹² met de daarbij horende modellen¹³ als onderdeel van de jaarrekening.

Paragraaf 6, artikel 25. Vaststelling

Binnen 22 weken na ontvangst van de aanvraag tot vaststelling van de subsidie neemt de minister een besluit op de aanvraag.

Paragraaf 7, artikelen 26-28. Egalisatiereserve

De subsidie bestaat uit een bedrag dat wordt berekend door de behandelarieven (p) te vermenigvuldigen met het aantal behandelingen (q) in het subsidiejaar. Het is voor klinieken mogelijk om een egalisatiereserve te vormen ter hoogte van maximaal 10% van de verleende subsidie (zie Fictief rekenvoorbeeld 1). In het geval dat bij de vaststelling wordt vastgesteld dat er minder activiteiten zijn verricht dan waarvoor de subsidie is verleend, wordt de subsidie omlaag bijgesteld en wordt de egalisatiereserve berekend op basis van de verlaagde subsidie (zie Fictief rekenvoorbeeld 2). In de eerste drie jaar na oprichting van een nieuwe kliniek bedraagt de egalisatiereserve ten hoogste 20% van het bij het besluit tot verlening bepaalde bedrag van de subsidie.

⁹ [Aanvraagformulier subsidieregeling Abortusklinieken 2025 | Publicatie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

¹⁰ [DAEB-overeenkomst Abortusklinieken | Formulier | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

¹¹ [Aanvraagformulier vaststelling Abortusklinieken 2023 | Publicatie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

¹² [Accountantsprotocol Abortusklinieken | Publicatie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

¹³ [Modellen \(formulieren\) verantwoording Abortusklinieken | Publicatie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

VWS heeft met de invoering van de egalisereserve vermogensvorming toegestaan tot een bepaald maximum. De egalisereserve kan in latere jaren gebruikt worden om een eventueel tekort op te vangen. De reserve kan uitsluitend worden ingezet voor de activiteiten waarvoor de subsidie is verleend. In het geval dat de subsidie de maximale egalisereserve overschrijdt, moet dit bedrag worden terugbetaald aan DUS-I.

Fictief rekenvoorbeeld 1:

- Aan een abortuskliniek is voor 500.000 euro subsidie verleend voor abortusbehandelingen.
- Doordat de kliniek meer behandelingen verricht dan gedacht, wordt het verleende subsidiebedrag vastgesteld op 550.000 euro.
- De kosten van een kliniek zijn 490.000 euro.
- De kliniek heeft dus een overschot van $550.000 - 490.000 = 60.000$ euro.
- De maximale egalisereserve bedraagt maximaal 10% van het **verleende** bedrag, dus 50.000 euro.
- De kliniek moet van de 60.000 euro dus 10.000 euro terugbetalen en mag 50.000 euro toevoegen aan de egalisereserve (uitgaande van een beginstand van de egalisereserve van 0 euro).

Fictief rekenvoorbeeld 2:

- Aan een abortuskliniek is voor 500.000 euro subsidie verleend voor abortusbehandelingen.
- Doordat de kliniek minder behandelingen verricht dan gedacht, wordt het verleende subsidiebedrag vastgesteld op 450.000 euro.
- De kosten van een kliniek zijn 390.000 euro.
- De kliniek heeft dus een overschot van $450.000 - 390.000 = 60.000$ euro.
- De maximale egalisereserve bedraagt 10% van het **vastgestelde** bedrag, dus 45.000 euro.
- De kliniek moet van de 60.000 euro dus 15.000 euro terugbetalen en mag 45.000 euro toevoegen aan de egalisereserve (uitgaande van een beginstand van de egalisereserve van 0 euro).

3.3 Recente wijzigingen aan de subsidieregeling abortusklinieken

De huidige vorm van de subsidieregeling abortusklinieken trad op 1 januari 2015 in werking.¹⁴ Sinds 1 januari 2021 zijn er een aantal wijzigingen doorgevoerd. Alle wijzigingen zijn vindbaar in het wijzigingenoverzicht voor de regeling.¹⁵ De voornaamste wijzigingen zijn:

- Per 1 juli 2023 kan anticonceptiecounseling door een abortuskliniek worden vergoed.¹⁶ Dit was een tijdelijke wijziging, die na de positieve bevindingen van de tussentijdse evaluatie in 2024 werd verlengd tot 2025.¹⁷ Op basis van een eidevaluatie van het RIVM zal worden besloten of dit een structureel onderdeel wordt van de subsidieregeling.
- Vanaf 1 januari 2024 vervalt artikel 2, vierde lid en is het niet langer noodzakelijk dat personeel in dienst van de subsidieontvanger is.¹⁸ Mede door de praktijk waarin abortusklinieken moeite hebben met het aantrekken van personeel, wordt er gebruik gemaakt van ZZP'ers.

¹⁴ [Staatscourant 2014, 22349 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#)

¹⁵ [wetten.nl - Informatie - Subsidieregeling abortusklinieken - BWBR0035433](#)

¹⁶ [Staatscourant 2023, 14155 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#)

¹⁷ [Staatscourant 2024, 35843 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#)

¹⁸ [Staatscourant 2023, 30264 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#)

4. Achtergrond subsidieregeling opleiding abortusartsen

Dit hoofdstuk behandelt de betrokken partijen bij de subsidieregeling opleiding abortusartsen, de belangrijkste onderdelen van de regeling aan de hand van de artikelen, en de voornaamste recente wijziging.

4.1 Betrokken partijen

Bij deze subsidieregeling zijn de volgende partijen betrokken:

- **Subsidieontvangers:** Een abortuskliniek erkend door het NGvA als opleidingskliniek of een abortuskliniek met een samenwerkingsverband met een erkende kliniek.
- **DUS-I:** DUS-I is als uitvoerder van de subsidieregeling verantwoordelijk voor de administratieve en financiële beoordeling van aanvragen en het geven van een beschikking tot subsidieverlening en -vaststelling. Ook is DUS-I verantwoordelijk voor de inhoud van het aanvraagformulier en het opstellen van de brieven over verleningen, vaststellingen en (in)complete aanvragen.
- **Zorgverleners:** Abortusartsen en sedationisten volgen de gesubsidieerde opleiding.
- **Het ministerie van VWS:** De directie Publieke Gezondheid is verantwoordelijk voor de subsidieregeling.

4.2 De subsidieregeling opleiding abortusartsen op hoofdlijnen.

Artikel 1 f. Algemeen

Voor het opleiden van een abortusarts is de schriftelijke verklaring van het NGvA nodig om een kliniek officieel te erkennen als opleidingskliniek. Abortusklinieken die een samenwerkingsverband hebben met andere abortusklinieken die erkend zijn door het NGvA, kunnen ook een arts opleiden. In deze situatie dient één abortuskliniek die opleidt de aanvraag in. Deze opleidingskliniek ontvangt de subsidie en zal uiteindelijk ook verantwoording afleggen over de gehele subsidie. Het NGvA erkent abortusklinieken conform de eisen in het document Opleiding, (Her)registratie en Opleidingsvisiteatie Abortusartsen.¹⁹

Staatssteun

Het verstrekken van subsidie ten behoeve van het opleiden van abortusartsen betreft geen staatssteun, omdat er geen sprake is van economische activiteiten. Opleidingsplaatsen zijn een Dienst van Algemeen Belang (DAB) wanneer ze onlosmakelijk verbonden zijn met bekostigd onderwijs. Medische vervolgoopleidingen worden volgens de Europese Commissie gezien als een onderdeel van de universitaire opleidingen. De Europese Commissie merkt een dergelijke opleiding daarom niet aan als een economische activiteit.

Artikel 3. Subsidiabele activiteiten

De subsidieregeling opleiding abortusartsen wordt verleend voor de duur van maximaal 52 weken, waarbij de termijn op verzoek verlengd kan worden.

Artikel 5. Hoogte van de subsidie

De totale kosten om een abortusarts op te leiden bestaan uit het salaris van de abortusarts in opleiding voor de volledige duur van de opleiding en de tijd die de opleider besteedt aan het opleiden van de abortusarts in opleiding (denk aan voorbespreken, behandelingen die

¹⁹ [Richtlijnen - NGvA](#)

enigszins langer duren vanwege de opleiding, nabespreken). Net als bij de subsidieregeling abortusklinieken worden de tarieven jaarlijks aangepast in verband met de indexatie door de NZa. Het tarief van het jaar waarin de opleiding start, wordt gehanteerd voor de gehele opleiding.

De subsidie voor het verzorgen van een opleiding tot abortusarts bedraagt in 2025 maximaal:

- € 88.122 per opleidingsplaats eerste trimester abortusarts;
- € 169.489 per opleidingsplaats tweede trimester A abortusarts;
- € 201.226 per opleidingsplaats tweede trimester B abortusarts.

De subsidie voor het verzorgen van een opleiding tot sedationist bedraagt in 2025 maximaal:

- € 10.558 per opleidingsplaats voor een eerste trimester opleiding;
- € 17.670 per opleidingsplaats voor een eerste trimester abortusarts;
- € 21.385 per opleidingsplaats voor een tweede trimester A abortusarts;
- € 23.676 per opleidingsplaats voor een tweede trimester B abortusarts.

Artikel 6. Aanvraag tot verlening van de subsidie

Het aanvragen kan gedurende het hele jaar zolang de subsidieregeling van kracht is. Opleidingskosten die worden gemaakt vóórdat de subsidie is aangevraagd, zijn niet subsidiabel. Als een opleiding niet wordt afgerond, wordt de subsidie vastgesteld naar rato van het aantal weken dat de opleiding is gevolgd.

De abortuskliniek vraagt online de subsidie aan bij DUS-I. Een complete aanvraag voor de subsidie bestaat uit:

- Een volledig ingevuld aanvraagformulier (origineel ondertekend door het bestuur).²⁰
- Een schriftelijke verklaring (erkenning) van het NGvA dat de abortuskliniek in ieder geval gedurende de projectperiode erkend is als opleidingskliniek.
- Als de aanvraag tot verlening van de subsidie wordt ingediend door een abortuskliniek namens een samenwerkingsverband, dan bevat de aanvraag de erkenningen van alle betrokken abortusklinieken.
- Een activiteitenplan.

Artikel 7. Verlening en bevoorschotting

De minister besluit binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag tot subsidieverlening.

Artikel 10. Aanvraag tot vaststelling

Om een subsidie te verantwoorden, is een complete aanvraag tot vaststelling nodig. Deze aanvraag bestaat uit:

- Een volledig ingevuld aanvraagformulier tot vaststelling subsidie opleiding abortusartsen (origineel ondertekend door het bestuur).²¹
- Een geanonimiseerd uittreksel van het opleidingsregister abortusarts van het NGvA.
- Een schriftelijke verklaring (erkenning) van het NGvA dat de abortuskliniek in ieder geval gedurende de projectperiode erkend is als opleidingskliniek.
- In het geval de subsidie €125.000 of meer bedraagt, dient er bij de aanvraag tot vaststelling ook een assurancerapport van een accountant te worden toegevoegd.

²⁰ [Aanvraagformulier Opleiding abortusartsen | Publicatie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

²¹ [Aanvraagformulier verantwoording projectsubsidie Opleiding abortusartsen | Formulier | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

Het assurancerapport moet zijn opgesteld volgens een vastgesteld accountantsprotocol.²²

Artikel 11. Aanvraagtermijn

De aanvraag tot vaststelling dient uiterlijk 22 weken na de datum waarop de activiteiten uiterlijk moeten zijn verricht, te worden ingediend.

Artikel 12. Vaststelling

De minister besluit binnen 22 weken op een aanvraag tot vaststelling.

4.3 Recente wijzigingen aan de subsidieregeling opleiding abortusartsen

Sinds 1 januari 2021 is deze regeling van kracht.²³ Alle wijzigingen die sindsdien zijn doorgevoerd zijn vindbaar in het wijzigingenoverzicht voor de regeling.²⁴ De voornaamste wijziging is dat op 1 januari 2022 de opleiding tot sedationist werd toegevoegd aan de regeling.²⁵ Voor verdoving bij een abortusbehandeling werkt een meerderheid van de abortusklinieken met een anesthesioloog. Klinieken kunnen echter ook kiezen voor de werkwijze met procedurele sedatie en/of analgesie (PSA), waarbij een abortusarts geaccrediteerd voor sedatie de ingreep uitvoert. Een opleiding tot sedationist is een extra opleiding voor abortusartsen of abortusartsen in opleiding. Door deze wijziging kan ook voor deze opleiding subsidie aangevraagd worden.

²² [Accountantsprotocol Opleiding abortusartsen | Publicatie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen](#)

²³ [Staatscourant 2020, 51826 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#)

²⁴ [wetten.nl - Informatie - Subsidieregeling opleiding abortusartsen - BWBR0044185](#)

²⁵ [Staatscourant 2021, 47854 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#)

5. Doelstelling en methoden

Dit hoofdstuk bespreekt hoe de doeltreffendheid van beide subsidieregelingen is onderzocht. Hiervoor worden de verschillende onderzoeksmethoden van het evaluatieproces beschreven.

5.1 Doelstelling

Deze evaluatie dient als startpunt voor de besluitvorming over de verlenging van de regeling. De evaluatie richt zich primair op de doeltreffendheid van de subsidieregelingen. Het doel is om te bepalen in hoeverre het doel van de regelingen – het financieren van abortuszorg en het opleiden van abortusartsen – wordt bereikt. Hierbij worden eventuele knel- verbeterpunten voor de regelingen geïdentificeerd.

De evaluatie richt zich in mindere mate op de doelmatigheid van beide subsidieregelingen. De mate van toereikendheid van de tarieven voor abortushulpverlening zijn onderzocht in een kostenonderzoek in 2019²⁶ en een financiële analyse op hoofdlijnen in 2024.²⁷ De opleiding voor abortusartsen is onderzocht in een kostenonderzoek gepubliceerd in 2021.²⁸ Door de uitkomsten van deze onderzoeken ziet VWS op dit moment geen aanleiding voor een nieuw kostenonderzoek. De genoemde onderzoeken worden in de hoofdstukken met de resultaten kort samengevat.

5.2 Klankbordgroepbijeenkomsten

In het evaluatieproces is gewerkt met een klankbordgroep. De vertegenwoordiging van verschillende betrokkenen in de klankbordgroep draagt bij aan de kwaliteit en onafhankelijkheid van de evaluatie. De klankbordgroep bestond uit twee bestuurders van abortusklinieken namens subsidieontvangers, de voorzitter van het NGvA tevens abortusarts namens abortuszorgverleners, DUS-I als subsidie-uitvoerder, een financieel adviseur en vertegenwoordigers van het ministerie van VWS. De klankbordgroep is drie keer bijeengekomen in de periode november 2024 – februari 2025. Het doel van deze bijeenkomsten was het meedenken met het evaluatieproces. De deelnemers waren betrokken bij de opzet van de evaluatie en de vragenlijsten, de interpretatie van de bevindingen en de conclusies en mogelijke aanpassingen aan de regelingen.

5.3 Vragenlijst voor klinieken

De doeltreffendheid van de huidige subsidieregeling abortusklinieken en subsidieregeling opleiding abortusartsen is geanalyseerd door het uitzetten van vragenlijsten voor klinieken. De vragenlijst richtte zich op de knel- en verbeterpunten, inclusief de procedures, van beide regelingen. Door middel van de vragenlijst met open vragen kregen alle klinieken de gelegenheid om bij te dragen aan de evaluatie. De ervaringen van klinieken als subsidieaanvragers zijn essentieel voor het evalueren van de subsidieregelingen.

5.4 Vragen aan DUS-I

Naast de vragenlijsten voor klinieken werd het functioneren van de subsidieregelingen onderzocht door middel van een aparte vragenlijst en evaluatiegesprek met DUS-I. De

²⁶ [Kostenonderzoek Abortusklinieken | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

²⁷ De financiële analyse op hoofdlijnen, uitgevoerd in opdracht van VWS in 2024, is gebaseerd op een analyse van individuele klinieken en is om die reden slechts bestemd voor intern gebruik. De gegevens over de kosten en baten zijn bekend bij VWS en de desbetreffende klinieken.

²⁸ [Kostenonderzoek opleiding abortusartsen | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

centrale rol van DUS-I als dienstverlenende schakel tussen subsidieaanvragers en het ministerie van VWS biedt een noodzakelijk perspectief op de subsidieprocedures en wat hierin mogelijke knel- en verbeterpunten zijn.

5.5 Vragen aan VWS

Ook zijn de betrokken beleidsmedewerkers bij VWS bevroegd over het functioneren van beide subsidieregelingen. De kaders van de regelingen worden vastgelegd door VWS. Daarnaast staat VWS gedurende het jaar in contact met DUS-I en kliniekbestuurders over de uitvoering van de regelingen. VWS voert een beoordeling en inhoudelijke controle uit op de subsidieaanvragen en vaststellingen van klinieken. Deze evaluatie bevat hierom ook het perspectief van de betreffende beleidsmedewerkers op beide regelingen.

5.6 Deskonderzoek

VWS en DUS-I beschikken over informatie die een noodzakelijk context biedt voor beide subsidies. Deze informatie is onderzocht door middel van deskonderzoek. Hiermee zijn onder andere de recente wijzigingen en de achtergrond van de subsidieregelingen in kaart gebracht.

6. Resultaten subsidieregeling abortusklinieken

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen uit de vragenlijsten en evaluatiegesprekken met kliniekbestuurders, DUS-I en VWS over de subsidieregeling abortusklinieken. De meeste bestuurders zijn in algemene zin tevreden over de subsidieregeling. Het gestelde doel, het financieren van abortushulpverlening door middel van de verleende subsidie, wordt behaald.

Door enkele bestuurders worden kanttekeningen geplaatst bij het bereiken van het beoogd effect van de subsidieregeling. Deze klinieken stellen dat de regeling onvoldoende rekening houdt met het opbouwen van reserves voor grote toekomstige uitgaven, wat voor de betreffende klinieken het borgen van een financieel gezonde bedrijfsvoering compliceert. Deze opmerkingen zullen verder worden uitgewerkt onder 'Berekening egalisatiereserve' en 'Hogere egalisatiereserve'.

De doelmatigheid van de subsidieregeling abortusklinieken is in mei 2024 onderzocht in een financiële analyse op hoofdlijnen. In deze analyse is nagegaan in welke mate de tarieven die gehanteerd worden kostendekkend zijn, door te kijken naar het aantal prestaties en het resultaat uit abortushulpverlening van klinieken. De analyse wijst uit dat de tarieven toereikend zijn voor het overgrote deel van de klinieken. Bij de klinieken waar dit niet het geval was, was sprake van een bijzondere omstandigheid. De conclusie van de analyse is hierom dat de tarieven kostendekkend voor modale klinieken, onder normale omstandigheden. Vanwege deze recente analyse zijn er in deze evaluatie geen specifieke vragen opgenomen naar de doelmatigheid van de regeling.

6.1 Berekening egalisatiereserve

VWS heeft met de invoering van de egalisatiereserve vermogensvorming op basis van overtollige middelen toegestaan tot een bepaald maximum. In de huidige vorm van de subsidieregeling bedraagt de reserve maximaal 10% van het bij het besluit tot verlening bepaalde bedrag van de subsidie.

In het evaluatiegesprek stelt DUS-I dat de subsidieregeling geen ingewikkelde regeling is, maar dat de egalisatiereserve een aandachtspunt is dat het geheel complexer maakt. De antwoorden van de kliniekbestuurders onderschrijven dit beeld. Zo geeft een bestuurder aan dat de berekening van de egalisatiereserve niet eenvoudig is.

In de vragenlijst geven de meeste bestuurders aan problemen te ervaren met artikelen 26 t/m 28 die de egalisatiereserve beschrijven. Vanuit de klinieken wordt de wens uitgesproken om opnieuw te kijken naar de systematiek van de egalisatiereserve. In een brief aan VWS hebben kliniekbestuurders in maart 2024 gereageerd op de koppeling van de reserve aan de subsidieverlening. De meeste bestuurders beargumenteren wederom dat de egalisatiereserve zou moeten worden berekend aan de hand van de daadwerkelijke behandel aantallen.

Fictief rekenvoorbeeld 3, volgens het voorstel van klinieken om de egalisereserve te berekenen aan de hand van de daadwerkelijke behandelaantallen:

- Aan een abortuskliniek is voor 500.000 euro subsidie verleend voor abortusbehandelingen.
- Doordat de kliniek meer behandelingen verricht dan gedacht, bedraagt de subsidie voor abortusbehandelingen bij de vaststelling 550.000 euro.
- De kosten van een kliniek zijn 490.000 euro.
- De kliniek heeft dus een overschot van $550.000 - 490.000 = 60.000$ euro.
- De maximale egalisereserve beslaat in dit scenario 10% van **de subsidie voor abortusbehandelingen bij de vaststelling**, dus 55.000 euro. **(let op: in de huidige regeling zou dit 10% van het verleende bedrag zijn, dus 50.000 euro).**
- De kliniek moet van de 60.000 euro dus 5.000 euro terugbetalen en mag 55.000 euro toevoegen aan de egalisereserve (uitgaande van een oorspronkelijke stand van de egalisereserve van 0 euro).

6.2 Hogere egalisereserve

In de antwoorden op de vragenlijst houden de meeste bestuurders een pleidooi voor een hogere egalisereserve in de subsidieregeling abortusklinieken. In de eerdergenoemde brief hebben kliniekbestuurders aangekaart dat het maximum van 10% egalisereserve te laag is. De klinieken herhalen deze boodschap in deze evaluatie. Door de beperkte maximale hoogte van de egalisereserve vrezen bestuurders dat zij onvoldoende buffers hebben als zij in latere jaren verliezen maken.

"Beter is om de egalisereserve cumulatief te laten zijn. Dan kun je deze reserve ook benutten voor investeringen t.b.v. de abortuszorg."

Daarnaast pleiten meerdere bestuurders ervoor om de egalisereserve cumulerend op te bouwen over meerdere jaren. Meerdere bestuurders geven aan dat een hogere egalisereserve investeringen in een verbouwing of medische apparatuur makkelijker zou maken.

Een enkele bestuurder voegt hieraan toe dat Wlz-activiteiten in zekere zin 'gesponsord' worden vanuit inkomsten uit niet-Wlz-zorg. Cliënten die niet onder de Wlz vallen, betalen namelijk zelf voor abortushulpverlening. De opbrengsten die klinieken hieruit overhouden worden niet meegenomen in de berekening van de egalisereserve.

6.3 Procedure subsidieregeling

De algemene procedure van de subsidieregeling is helder en de meeste bestuurders hebben een duidelijk beeld van de werkwijze en verwachtingen. DUS-I onderschrijft dit beeld en geeft aan dat nieuwe klinieken in het verleden vragen hebben gesteld, maar dat er in de huidige situatie weinig vragen worden ontvangen over de procedure van de regeling. Ook geeft een bestuurder aan dat VWS goed bereikbaar is voor vragen. Wel benadrukken de meeste bestuurders in hun antwoorden dat er knelpunten worden ervaren in de uitvoering van de regeling. Deze punten worden later in dit hoofdstuk uiteengezet onder 'Uitvoering subsidieregeling'.

6.4 Administratieve lasten door modelformulieren

De bestuurders geven unaniem aan dat een knelpunt wordt veroorzaakt door de administratieve lasten in de accountantscontrole die komen kijken bij het opstellen van de

modellen 1 t/m 5 bij de jaarverantwoording voor de verantwoording van de subsidie.²⁹ De bestuurders kaarten aan dat het onduidelijk is waarom met name de modellen 3 t/m 5 moeten worden aangeleverd. Het invullen van deze modellen kost veel tijd en het is voor de bestuurders onduidelijk wat VWS met deze informatie doet.

"Invullen van de modellen is tijdrovend."

DUS-I geeft verder aan dat het format van de formulieren ook lastig kan zijn voor klinieken. Bestuurders werken met zelf opgestelde documenten, omdat de originele documenten moeilijk te bewerken zijn. Dit compliceert zowel het invullen als het verwerken van de documenten. De meeste bestuurders spreken de wens uit om de procedure en de modellen te vereenvoudigen en te digitaliseren, om zo de administratieve lasten te verlichten.

6.5 Administratieve lasten door 1% foutmarge

De meeste kliniekbestuurders reageren ook op de toegestane foutmarge 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. In de antwoorden op de vragenlijst geven de meeste bestuurders aan dat een foutmarge van maximaal 1% leidt tot te hoge administratieve lasten voor de accountants door het aantal dossiers dat moet worden gecontroleerd. Deze controle resulteert ook in bijbehorende accountantskosten voor klinieken. Dit standpunt is in maart 2024 ook gecommuniceerd in de eerdergenoemde brief van kliniekbestuurders aan VWS.

"1% foutmarge is een te hoge steekproef en leidt tot hogere accountantskosten."

Om deze reden vragen de bestuurders om een verhoging van dit percentage, zodat accountants minder tijd kwijt zijn met hun controle, waardoor de kosten van de controle ook lager uitvallen. Een enkele bestuurder voegt toe dat een auditdienst van VWS in 2020 een review heeft uitgevoerd bij de accountant van de kliniek en de jaarverslagen, waarbij het gehanteerde percentage van 3,5% betrouwbaar zou zijn bevonden.

6.6 Uitvoering subsidieregeling

In de antwoorden op de vragenlijst geven de kliniekbestuurders unaniem aan dat de uitvoering van de regeling verbeterd dient te worden. De bestuurders noemen verschillende voorbeelden van onduidelijkheden in de uitvoering van de regeling. In sommige gevallen is het niet helder welke documenten moeten worden meegeleverd bij het aanvragen van de subsidie. Daarnaast benoemen meerdere bestuurders dat er soms fouten in vaststellingsformulieren staan, en zij incompleet brieven van DUS-I ontvangen terwijl zij in de veronderstelling waren dat alle benodigde documenten waren aangeleverd. In sommige gevallen is er bij klinieken onduidelijkheid over of en wanneer aanvragen en vaststellingen compleet bevonden zijn, omdat er geen ontvangstbevestiging wordt verstuurd.

²⁹ [Modellen \(formulieren\) verantwoording Abortusklinieken | Publicatie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen.](#)

De inhoud van deze modellen is als volgt:

Model 1: Informatie over abortusactiviteiten.

Model 2: Personele informatie en kosten.

Model 3: Aantallen medewerkers.

Model 4: Informatie over samenstelling personeelsbestand en kosten.

Model 5: Specificatie van zorgkosten en kosten vallen onder de NHC.

"Regelmatig krijgen wij incompleet brieven, terwijl wij de documenten/informatie die beschreven staan hebben aangeleverd."

VWS beaamt de onduidelijkheid omtrent documenten en communicatie vanuit DUS-I. Ook voor VWS kost het soms veel tijd om omissies en fouten van DUS-I te corrigeren en te herstellen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om spelfouten, foutieve ondertekeningen, rekenfouten, en het ontbreken van documenten. Dit is reeds door VWS besproken met DUS-I.

DUS-I herkent de onduidelijkheid rond het aanleveren van incomplete en niet-kloppende documenten. In het evaluatiegesprek kaart DUS-I aan dat zij bij de klinieken vooraf wel hebben aangekondigd welke documenten er wanneer moeten worden aangeleverd, maar dat dit kennelijk niet voldoende duidelijk is. Er worden door DUS-I niet-gewaarmerkte documenten ontvangen en soms missen vereiste verslagen of modelformulieren. Bij klinieken met meerdere vestigingen worden er aan de kant van DUS-I problemen ervaren met de algemene jaarrekening, omdat het moeilijk te herleiden is welke kosten of baten bij een specifieke vestiging hoort.

Daarnaast noemt DUS-I het moment van publiceren van de wijzigingsregeling met de jaarlijks geïndexeerde tarieven in de Staatscourant als aandachtspunt. De huidige planning voor het gereedmaken van de nieuwe subsidieregeling laat weinig tijd over voor DUS-I om de nieuwe tarieven te verwerken in hun betalingssystemen, wat resulteert in een krap intern proces.

6.7 Capaciteit DUS-I

Uit gesprekken met DUS-I komt naar voren dat DUS-I kampt met onderbezetting en een lage capaciteit. Op dit moment zorgt met name deze onderbezetting voor knelpunten bij het uitvoeren van de subsidieregeling. Administratief vraagt het verwerken van de subsidieregeling in de huidige vorm veel handmatige acties. Dit kost veel tijd. Meerdere bestuurders beamen dat zij soms lang moeten wachten op informatie en duidelijkheid over de subsidie.

"De doorlooptijd van aanvraag voor subsidieverlening/vaststelling kan beter, het duurt te lang."

VWS herkent dit beeld. DUS-I heeft in het verleden deadlines van de verlening en vaststelling niet gehaald. VWS ziet de structurele onderbezetting en personele wisselingen als reden voor de knelpunten aan de kant van DUS-I. Enkele bestuurders geven expliciet aan dat het late handelen van DUS-I heeft gezorgd voor administratieve vertraging voor de klinieken en hun accountants. Hierbij worden het laat publiceren van het aanvraagformulier en het accountantsprotocol als voorbeelden genoemd.

In het evaluatiegesprek legt DUS-I uit dat de vele handmatige acties ervoor zorgen dat de uitkomsten afhankelijk zijn van de nauwkeurigheid en kennis van de verschillende medewerkers. De meeste bestuurders bevestigen dit beeld. Een bestuurder geeft aan dat er in de communicatie over de regeling soms onvoldoende inhoudelijke kennis is aan de kant van de medewerkers van DUS-I, wat niet bevorderlijk is voor de continuïteit van de regeling.

Het contact over de uitvoering van de subsidies met DUS-I wordt wisselend ervaren. Meerdere bestuurders benoemen dat in hun ervaring het initiatief voor het leggen van contact bij hen ligt. Het kan soms lang duren voordat er door DUS-I wordt teruggebeld. Enkele bestuurders benadrukken dat de directe communicatie met DUS-I goed is en dat de

verbeterpunten met name liggen bij de interne werkwijze. DUS-I beaamt dat het persoonlijke contact met de bestuurders positief wordt ervaren en dat dit helpend is voor het in kaart brengen van de knelpunten.

6.8 Zorgen over voortbestaan

In de vragenlijst uiten meerdere bestuurders zorgen over het voortbestaan van de abortussector. Hier worden verschillende redenen voor aangedragen.

Vanaf 1 januari 2025 kan de abortuspil worden voorgeschreven door de huisarts. Meerdere bestuurders zijn bezorgd over de mogelijk nadelige effecten van deze ontwikkeling op hun positie als zorgaanbieders. Deze bestuurders verwachten dat een deel van hun inkomsten zal wegvallen doordat een medicamenteuze abortus nu ook door huisartsen kan worden aangeboden. Een bestuurder voegt toe dat het werkveld van de abortuszorg klein is en klinieken een vergoeding per behandeling ontvangen.

"Bij tegenvallende resultaten worden klinieken in een concurrentiepositie geplaatst."

In het kader van zorgen over concurrentie bespreekt een enkele bestuurder de afwezigheid van een zogenaamd spreidingsbeleid voor abortusklinieken. Hiermee wordt bedoeld dat slechts een beperkt aantal abortusklinieken toegelaten wordt in een bepaald gebied. Het gebrek aan dergelijk spreidingsbeleid wordt door deze bestuurder gezien als een bedreiging voor het voortbestaan van de sector. Om deze reden geeft de bestuurder aan behoefte te hebben aan een vangnetconstructie waardoor kleinere klinieken gesteund kunnen worden, om te voorkomen dat klinieken uiteindelijk zouden moeten sluiten. Bij eerdere kostenonderzoeken is VWS uitgegaan van een normkliniek van 2.000 equivalente behandelingen per jaar. Door het mogelijk wegvallen van behandelingen doordat de huisarts de abortuspil kan voorschrijven, betwijfelt deze bestuurder of de huidige tarieven in de toekomst voldoende zullen zijn om dergelijke kleine klinieken levensvatbaar te houden.

6.9 Verbreden aanbod seksuele gezondheidszorg

Uit de antwoorden op de vragenlijst komt naar voren dat de meeste bestuurders van mening zijn dat de subsidieregeling verbeterd kan worden door het vergoeden van een breder scala aan activiteiten en middelen die vallen onder seksuele gezondheidszorg. De meeste bestuurders spreken de wens uit om uitgebreidere keuzehulp, nazorg, of SOA-onderzoek aan te bieden in een abortuskliniek. Op deze manier zou de seksuele gezondheidszorg die klinieken kunnen aanbieden, worden verruimd.

"Hierdoor wordt abortus ook meer als reguliere zorg gezien (wat het ook is)."

Kliniekbestuurders wijzen op hun ervaring en expertise als zorgverleners op het gebied van seksuele gezondheid. De klinieken zouden dit nog meer willen benutten. Op dit moment gaan cliënten naar andere initiatieven voor deze diensten, zo wordt keuzehulp bijvoorbeeld aangeboden door FIOM.³⁰

Daarnaast noemt een enkele bestuurder specifiek het vergoeden van langdurige anticonceptiemiddelen zoals een spiraal en Implanon als mogelijk verbeterpunt. Binnen de huidige subsidieregeling is enkel het *plaatsen* van langdurige anticonceptie bij een vrouw na het ondergaan van een abortus declarabel.

³⁰ [Fiom | Expertisecentrum ongewenste zwangerschap, verwantschapsvragen en adoptie](#)

6.10 Verbreden doelgroep regeling

Een enkele bestuurder heeft een aantal vragen over de subsidieregeling en de Wlz. Zo is het voor de bestuurder niet altijd duidelijk wie er precies onder de Wlz valt. Daarnaast beargumenteert de bestuurder dat de regeling verbeterd zou kunnen worden door het loskoppelen van de subsidie en de Wlz. Ook draagt de bestuurder aan dat de regeling verbeterd zou kunnen worden door het toevoegen van een noodfonds dat de kosten van abortusbehandelingen voor ongedocumenteerden woonachtig in Nederland dekt.

6.11 Aandachtspunten bij de verantwoording van subsidiegelden

De subsidieregeling abortusklinieken bevat meerdere bepalingen die erop gericht zijn om via verantwoordingsverplichtingen de besteding van subsidiegelden na te kunnen gaan. Uit de stukken die het ministerie in het kader van de subsidieverantwoordingen heeft beoordeeld, blijkt dat de regels door de verschillende abortusklinieken goed zijn nageleefd in de afgelopen jaren.

Er heeft zich echter één geval voorgedaan waarin subsidiegelden zijn weggevoerd naar onderaannemers voor wie – in tegenstelling tot de subsidieontvanger zelf – niet het verbod van winstoogmerk geldt. Onderaannemers in de zorg zijn bovendien niet onderworpen aan de Wet Normering Topinkomens (WNT), in tegenstelling tot hoofdaannemers zoals bestuurders van de abortusklinieken.

Het voorgaande wringt temeer omdat, zoals eerder in deze evaluatie is toegelicht, abortusklinieken een vast bedrag per geleverde prestatie ontvangen, waarmee zij al hun kosten die betrekking hebben op abortushulpverlening moeten dekken. Voor deze systematiek is gekozen met het oog op beperking van de administratieve lasten. Echter, deze systematiek van de subsidieregeling maakt dat in dit specifieke geval ruimte is gevonden om via de onderaannemers hoge, niet-marktconforme kosten op te voeren. Voor de subsidieontvanger droeg dit ertoe bij dat de toevoeging aan de egaliseringsreserve lager werd, waardoor er minder geld terugbetaald moest worden aan het ministerie van VWS.

7. Resultaten subsidieregeling opleiding abortusartsen

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen uit de vragenlijsten en evaluatiegesprekken van kliniekbestuurders, DUS-I, en VWS over de subsidieregeling opleiding abortusartsen. Zowel de klinieken als DUS-I bevestigen dat de subsidieregeling opleiding abortusartsen doeltreffend is. In deze evaluatie zijn geen specifieke vragen opgenomen naar de doelmatigheid van de regeling. De vragen over deze subsidie zijn beantwoord door de klinieken die gebruik hebben gemaakt van deze regeling. Volgens deze bestuurders dekt de regeling de kosten voor het opleiden van abortusartsen en sedationisten voldoende en is de regeling eenduidig.

De subsidieregeling opleiding abortusartsen is onderzocht in een kostenonderzoek gepubliceerd in 2021. In dit onderzoek zijn de kosten en opbrengsten van het opleiden van abortusartsen geanalyseerd. Eerder werden de kosten voor het opleiden van abortusartsen gefinancierd via een opslag op het tarief van behandelingen. Deze vorm van bekostiging stimuleerde abortusklinieken onvoldoende tot het opleiden van abortusartsen. Abortusklinieken die niet opleidden ontvingen onnodig dezelfde opslag en bovendien dekte deze manier van subsidieverstrekking niet alle kosten. Mede hierom is de opslag voor opleiding in de tarieven komen te vervallen. In plaats hiervan zijn de opleidingskosten apart declarabel geworden.

De evaluatie wijst uit dat de bestuurders unaniem tevreden zijn over de subsidieregeling opleiding abortusartsen en van mening zijn dat de huidige vorm van de regeling de abortuszorg ten goede komt omdat de subsidie nu gericht wordt ontvangen door klinieken die kosten maken voor het opleiden van artsen en sedationisten.

"Positieve ontwikkeling omdat de verleende subsidie ten goede komt aan de kliniek die ook daadwerkelijk opleidt."

7.1 Procedure en uitvoering regeling

De inhoud en procedure zijn duidelijk en er worden geen ongewenste neveneffecten genoemd in de antwoorden op de vragenlijst.

"De informatie voor, gedurende en na is toereikend om de procedure van de subsidieregeling te kunnen volgen."

De meeste bestuurders ervaren over het algemeen weinig administratieve lasten door deze regeling. Een bestuurder geeft aan dat een accountant een aparte controleverklaring moet afgeven, wat zorgt voor extra kosten.

Meerdere bestuurders benoemen punten die verbeterd zouden kunnen worden in de uitvoering van de regeling. Zo geeft een enkele bestuurder aan dat net als bij de subsidieregeling abortusklinieken, het afhandelen van aanvragen en verleningen soms langer duurt dan gewenst. Daarnaast benoemt deze bestuurder dat de vaststellingsformulieren soms onjuistheden bevatten, zoals fouten in de formule.

7.2 Kalenderjaar

DUS-I beaamt dat de subsidieregeling goed loopt en er weinig vragen komen vanuit klinieken. Een aandachtspunt voor DUS-I is dat de aanvraag voor de subsidieregeling

opleiding abortusartsen het gehele jaar door kan worden ingediend en hierdoor afwijkt van de vaste vorm van de subsidieregeling abortusklinieken.

Een enkele bestuurder kaart aan dat de declarabele opleidingsbedragen voor de subsidieregeling jaarlijks worden geïndexeerd door de NZa. Dit opleidingsbedrag geldt voor een specifiek kalenderjaar, terwijl een opleiding kan doorlopen in het volgende jaar.

7.3 Rol NGvA in de procedure

Een enkele bestuurder plaatst kanttekeningen bij de rol van het NGvA in de procedure. Erkenning door het NGvA is noodzakelijk voor het opleiden van een abortusarts, maar het officieel verkrijgen van deze erkenning heeft in het verleden wel eens veel tijd gekost, wat resulteerde in vertraging van de opleiding bij de kliniek.

Ook stelt een enkele bestuurder de vraag waarom de aanvraag tot verlening moet worden ingediend voor aanvang van de opleiding, aangezien de arts is opgeleid in een kliniek die voldoet aan de opleidingseisen van het NGvA.

8. Conclusies

Dit hoofdstuk bespreekt de conclusies van deze evaluatie van de subsidieregeling abortusklinieken en de subsidieregeling opleiding abortusartsen. De evaluatie wijst uit dat beide regelingen over het algemeen doeltreffend zijn. Het financieren van abortuszorg en het financieren van het opleiden van abortusartsen wordt succesvol bereikt. Uit eerder onderzoek blijkt dat de tarieven over het algemeen kostendekkend zijn gebleken, waarmee de subsidieregelingen ook doelmatig worden geacht. Deze evaluatie brengt wel een aantal knelpunten in kaart en toont aan dat er in beide regelingen ruimte is om de doeltreffendheid te verhogen.

Subsidieregeling abortusklinieken

- De meeste kliniekbestuurders roepen op tot het berekenen van de **de egalisatiereserve** op basis van de daadwerkelijke behandelaantallen in plaats van de verlening van de subsidie. Ook geven de meeste bestuurders aan dat het maximum van 10% egalisatiereserve niet hoog genoeg is.
- De procedure en verwachtingen zijn duidelijk. **De uitvoering** van de subsidieregeling dient op een aantal punten verbeterd te worden volgens alle kliniekbestuurders, DUS-I en VWS. De lage capaciteit van DUS-I zorgt voor knelpunten voor de betrokken partijen.
- Bestuurders geven unaniem aan onevenwichtige **administratieve lasten** te ervaren door het invullen van de **modelformulieren** bij de jaarverantwoording. Ook zorgt de toegestane **1% foutmarge** in het accountantsprotocol voor een hoge administratieve druk en hoge accountantskosten volgens de meeste bestuurders.
- Meerdere bestuurders spreken hun **zorgen** uit over een mogelijk negatief effect van de abortuspil bij de huisarts op het voortbestaan van de kliniek.
- De meeste kliniekbestuurders spreken de wens uit om een **breder scala aan seksuele gezondheidszorgactiviteiten** aan te bieden.

Subsidieregeling opleiding abortusartsen

- Kliniekbestuurders zijn **unaniem tevreden over de huidige vorm** van de regeling.
- De subsidieregeling opleiding abortusartsen is een eenduidige regeling en de procedure is helder. Net als bij de subsidieregeling abortusklinieken, moet **de uitvoering** van de regeling op een aantal punten verbeterd worden volgens meerdere kliniekbestuurders.
- Ook volgens DUS-I loopt de regeling soepel, maar een aandachtspunt is dat een aanvraag **het gehele jaar** kan worden ingediend, waardoor de regeling afwijkt van de vaste procedure van de Subsidieregeling abortusklinieken.
- Voor enkele bestuurders is **de rol en noodzaak van het NGvA** in de regeling onduidelijk.

9. Mogelijke aanpassingen aan de subsidieregelingen

Dit hoofdstuk stelt op basis van de geïdentificeerde knel- en verbeterpunten uit de conclusies een aantal aanpassingen aan de subsidieregelingen voor. Met deze aanpassingen kan mogelijk de doeltreffendheid van de regelingen worden vergroot. De evaluatie van de subsidieregeling opleiding abortusartsen toont aan dat er weinig verbeterpunten zijn en dat de regeling werkt naar tevredenheid. De enige directe aanpassing die hieruit volgt gaat over de uitvoering van de regeling. Alle andere hieronder genoemde punten hebben enkel betrekking op de subsidieregeling abortusklinieken.

9.1 De uitvoering van de regelingen

Knelpunt: In de huidige situatie zorgt de uitvoering van de subsidieregeling abortusklinieken en subsidieregeling opleiding abortusartsen voor onduidelijkheden, vertraging en extra werk voor DUS-I, klinieken en VWS. Zowel DUS-I als VWS hebben toegezegd zich te willen inzetten voor verbetering van de subsidieprocessen.

Mogelijke aanpassingen:

- 1) Meer continuïteit door minder personele wisselingen bij DUS-I. Het investeren in kennisoverdracht en het verminderen van personele wisselingen aan de kant van DUS-I is een uitgesproken wens van alle betrokkenen.
- 2) Het publiceren van de Wijzigingsregeling met de nieuwe geïndexeerde tarieven door VWS in oktober in plaats van later in het jaar, om de termijn voor de subsidieverlening door DUS-I te verruimen.
- 3) Het eerder online klaarzetten van formats door DUS-I.
- 4) Het ontwikkelen van een digitaal portaal door DUS-I. Meerdere bestuurders en DUS-I geven aan dat de knelpunten in de werkwijze en uitvoering van de subsidies verminderd kunnen worden door het werken met een digitaal portaal. In het portaal kan de status van bijvoorbeeld de aanvraag en vaststelling worden bijgehouden. Daarnaast kan een checklist duidelijkheid geven over welke documenten moeten worden geüpload, en waar de documenten aan moeten voldoen. Vragen vanuit VWS zouden ook via dit portaal gecommuniceerd kunnen worden.

9.2 De berekening van de egalisatiereserve

Knelpunt: In de huidige vorm van de subsidieregeling abortusklinieken is de egalisatiereserve gekoppeld aan de verlening van de subsidie. Het kan voorkomen dat een abortuskliniek meer behandelingen uitvoert dan aangegeven bij de verlening en de vaststelling hierdoor hoger is. Volgens de regeling resulteert deze hogere vaststelling echter niet in een hogere egalisatiereserve en kan er dus minder vermogen gevormd worden. De meeste bestuurders beargumenteren hierom dat de regeling verbeterd kan worden door de egalisatiereserve te berekenen aan de hand van het daadwerkelijk aantal uitgevoerde behandelingen. Bestuurders geven ook aan vragen te hebben over onderdelen van de reserve.

Mogelijke aanpassingen:

- 1) De egalisatiereserve berekenen op basis van de subsidie voor abortusbehandelingen bij de vaststelling, in plaats van de verlening. Voor kliniekbestuurders zou deze aanpassing ertoe leiden dat zij meer egalisatiereserve kunnen opbouwen wanneer de vaststelling hoger is dan de verlening en zij positief resultaat behalen. Het dient onderzocht te worden in

hoeverre een eventuele aanpassing aan deze systematiek haalbaar en wenselijk is en wat de budgettaire gevolgen zijn voor het ministerie van VWS.

- 2) De informatievoorziening over de systematiek van de egalisereserve verbeteren.

9.3 De hoogte van de egalisereserve

Knelpunt: In deze evaluatie geven bestuurders aan dat de huidige systematiek van de egalisereserve, waarbij een maximale hoogte van 10% geldt, niet werkbaar is voor klinieken. Volgens bestuurders is een egalisereserve van 10% te laag 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.

Mogelijke aanpassingen:

- 1) Het percentage van 10% van de maximale egalisereserve verhogen. Met het verhogen van de reserve gaat er meer publiek geld naar de vermogensopbouw van abortusklinieken. Het dient onderzocht te worden in hoeverre dit haalbaar en wenselijk is en wat de budgettaire gevolgen zijn voor het ministerie van VWS.
- 2) De informatievoorziening over de egalisereserve en het aanleggen van voorzieningen verbeteren. Uit de evaluatie komt naar voren dat de wens van bestuurders voor een hogere reserve deels voortkomt uit onduidelijkheden over mogelijkheden op dit gebied. Opheldering over aanwezige mogelijkheden voor het aanleggen van voorzieningen zou een deel van de zorgen over het borgen van een financieel gezonde bedrijfsvoering wegnemen.

9.4 De modelformulieren van de jaarrekening

Knelpunt: Als onderdeel van de verantwoording van de subsidieregeling abortusklinieken leveren klinieken jaarlijks de ingevulde modelformulieren 1 t/m 5 aan bij VWS. Kliniekbestuurders geven unaniem aan dat deze vereiste een hoge administratieve last met zich meebrengt. Deze verplichting schuurt, omdat het aanleveren van de modellen geen duidelijk doel dient voor de klinieken, terwijl het wel veel tijd kost.

Mogelijke aanpassing: De modelformulieren 3 t/m 5 uit de accountantscontrole halen, omdat hier de administratieve last ligt. Ook scheelt dit in accountantskosten voor de klinieken.

9.5 De 1% foutmarge voor accountants

Knelpunt: Klinieken ervaren een hoge administratieve last door de toegestane foutmarge in het accountantsprotocol voor het verantwoorden van de subsidieregeling abortusklinieken. Bij deze controle geldt een materialiteit of foutmarge van 1%. Dit zorgt bijkomend voor hoge accountantskosten voor klinieken.

Mogelijke aanpassing: Het verhogen van de foutmarge van 1% naar 3,5% in het accountantsprotocol. Net als bovengenoemde aanpassing, heeft het verhogen van dit percentage twee voordelen voor klinieken. De controle door de accountant wordt minder arbeidsintensief, waardoor tijd bespaard wordt en daarnaast de kosten lager uitvallen. Dit betekent echter wel dat er in principe meer afwijkingen kunnen resteren in de door accountants gecontroleerde stukken.

9.6 Zorgen over voortbestaan kliniek en financiële ondersteuning

Knelpunt: Uit deze evaluatie blijkt dat meerdere bestuurders zich zorgen maken over de toekomst van hun kliniek en de diensten die zij leveren, onder andere door de beschikbaarheid van de abortuspil bij de huisarts vanaf 2025 en het gebrek aan een

landelijk spreidingsbeleid.

Mogelijke aanpassingen:

- 1) Een landelijk spreidingsbeleid voor abortusklinieken. Momenteel staat het iedereen vrij om een vergunning aan te vragen voor een abortuskliniek, mits aan de wettelijke voorwaarden is voldaan. Een landelijk spreidingsbeleid zou klinieken meer zekerheid geven. De invoering van een spreidingsbeleid zou echter een grote wijziging zijn van het huidige stelsel van klinieken.
- 2) Een vangnetconstructie om kleinere klinieken te kunnen steunen als in de toekomst blijkt dat zij niet kunnen overleven, bijvoorbeeld in de vorm van beschikbaarheidsfinanciering. Met beschikbaarheidsfinanciering ontvangen klinieken een bedrag voor het beschikbaar houden van de zorg voor cliënten. Dit zou concurrentie tussen klinieken kunnen verminderen. Een nadeel van deze vorm van financiering is dat het niet stimulerend werkt voor het voeren van efficiënte bedrijfsvoering.

9.7 Het aanbieden van bredere seksuele gezondheidszorg

Knelpunt: De meeste kliniekbestuurders geven aan een breder scala aan activiteiten te willen aanbieden die vallen onder seksuele gezondheidszorg. Het gaat hierbij om uitgebreidere keuzehulp, nazorg, SOA-onderzoek of langdurige anticonceptiemiddelen. De activiteiten die vergoed worden, staan in artikel 4 van de subsidieregeling abortusklinieken.

Mogelijke aanpassing: De activiteiten in artikel 4 van de subsidieregeling uitbreiden, omdat het op grond van de huidige regeling niet mogelijk is om eerdergenoemde activiteiten aan te bieden.

9.8 Aandachtspunten bij de verantwoording van subsidiegelden

Knelpunt: De systematiek van de subsidieregeling maakt dat er ruimte gevonden kan worden om via onderaannemers hoge, niet-marktconforme kosten op te voeren. Voor de subsidieontvanger draagt dit ertoe bij dat de toevoeging aan de egalisatiereserve lager wordt, waardoor er minder geld terugbetaald wordt aan het ministerie van VWS. Bestuurders van deze onderaannemers zijn bovendien niet gebonden aan de Wet Normering Topinkomens.

Mogelijke aanpassing: Het moet nader (juridisch) onderzocht worden of, en zo ja hoe, deze werkwijze kan worden tegengegaan.

10. Bijlage: Suggesties voor aanvullende informatie

Een uitkomst van deze evaluatie is dat voor een aantal knelpunten het verbeteren van de informatievoorziening (een deel van) de oplossing is. De ingebrachte punten van klinieken waar dit voor geldt staan hieronder samengevat.

- **Aanleggen van voorzieningen:** Er is bij kliniekbestuurders onvoldoende duidelijk over de mogelijkheden voor klinieken om voorzieningen aan te leggen. De egalisereserve is hier namelijk niet voor bedoeld.
- **Overschrijding egalisereserve in modelformulieren:** Er bestaat bij bestuurders en accountants onduidelijkheid over het Rekenvoorbeeld Egalisereserve en over hoe in model 1 dient te worden omgegaan met een overschrijding van de reserve. In het model wordt gevraagd om zowel het totaalbedrag ($p \cdot q$) als om de totale opbrengst van het boekjaar. De optelsom van de totale opbrengst kan lager zijn dan $p \cdot q$ door het aftrekken van mogelijke overcompensatie. Hierdoor sluiten het model en de jaarrekening niet op elkaar aan.
- **Aanloopverliezen:** Een enkele bestuurder merkt op dat de systematiek van de subsidieregeling problemen kan opleveren voor beginnende (nieuwe) klinieken. Na de opstart zou sprake zijn van 'aanloopverliezen'. Omdat er geen negatieve egalisereserve mag worden gevormd zou het moeilijk zijn om verliezen in te lopen. Immers, eventuele positieve resultaten komen ten goede aan de egalisereserve waardoor die al snel het maximum bereikt. De overschrijding van de maximale egalisereserve moet dan worden terugbetaald. Door deze systematiek zouden aanloopverliezen moeilijk ingelopen kunnen worden. Bij dit punt van de bestuurder is het goed om te vermelden dat er bij de start van een nieuwe kliniek inderdaad investeringen gedaan moeten worden, die bijvoorbeeld bekostigd kunnen worden met aangegane leningen. Dat is echter niet hetzelfde als een 'negatief eigen vermogen'. Negatief eigen vermogen ontstaat pas als schulden het totaal aan bezittingen overschrijdt. Het klopt wel dat er binnen de huidige subsidieregeling geen negatieve egalisereserve gevormd kan worden.
- **Richtlijnen jaarverslag:** Een enkele bestuurder heeft een opmerking over de richtlijn van het jaarverslag. Klinieken moeten volgens het subsidiekader hun jaarverslag inrichten volgens jaarverslagrichtlijn 640. Een bestuurder merkt op dat klinieken ook kunnen voldoen aan de vereisten om jaarverslagrichtlijn C1 toe te passen. Richtlijn C1 kent minder bepalingen en vraagt minder diepgang in vergelijking met richtlijn 640. Wanneer klinieken richtlijn C1 mogen toepassen in plaats van richtlijn 640, zou dit dus de administratieve lasten kunnen verlagen.

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

mei 2025