

In deze brief geven we u informatie over de wijziging in de vergoeding voor behandelingen met donorsperma (KID) die per 1-4-2020 plaatsvindt.

Wat verandert er in de vergoeding van KID?

Per 1-4-2020 wordt KID bij alleenstaande vrouwen en lesbische paren zonder medische oorzaak voor onvruchtbaarheid, anders dan de afwezigheid van een mannelijke partner, niet langer vergoed vanuit de ziektekostenverzekering. Dit is besloten door de minister van VWS. De minister heeft besloten dat KID-behandelingen bij vrouwen zonder mannelijke partner vergoed worden vanuit een subsidieregeling.

Op welke manier gebeurt de administratieve afhandeling van de vergoeding?

Het ziekenhuis of de kliniek waar u behandeld wordt, regelt de administratieve afhandeling van uw behandeling. Daar hoeft u niets voor te doen.

Is van tevoren duidelijk op welke manier de vergoeding geregeld wordt?

Wanneer gedurende de vooronderzoeken of de behandeling blijkt dat er een medische oorzaak voor verminderde vruchtbaarheid aanwezig is, anders dan de afwezigheid van een mannelijke partner, wordt de behandeling vergoed door de ziektekostenverzekering. Zonder medische oorzaak worden de onderzoeken en behandelingen vergoed vanuit de subsidieregeling.

Het kan echter ook zijn dat uw behandelingstraject begint met vergoeding vanuit de subsidieregeling, maar dat gedurende de behandeling vergoeding gaat plaatsvinden vanuit de ziektekostenverzekering als er een medische oorzaak blijkt te zijn.

Ook kan het zijn dat u voor 1-4-2020 behandeld werd met vergoeding vanuit de zorgverzekering en hierna in deze regeling terecht komt.

Wat moet u zelf betalen?

Iedereen die onderzoek en/of een behandeling ondergaat die door de ziektekostenverzekering wordt vergoed, spreekt eerst zijn/haar eigen risico aan. De hoogte van het eigen risico is tenminste 385,- maar wisselt afhankelijk van het verzekeringspakket dat u heeft gekozen. Dit bedrag wordt ieder kalenderjaar eerst zelf betaald, voordat vergoeding door de ziektekostenverzekering plaats vindt. In de subsidieregeling is daarnaast een eigen bijdrage opgenomen van 192,50. Dit is een eenmalige eigen bijdrage.

Afhankelijk van hoe uw traject verloopt, kan het gebeuren dat u zowel uw eigen risico voor de zorgverzekering als ook de eigen bijdrage van 192,50 moet betalen. Afhankelijk van het verloop van uw onderzoeks- en behandeltraject zijn de extra kosten vergeleken met de huidige vergoedingswijze dus maximaal 192,50.

Deze kosten staan los van de kosten van het donorsperma zelf.