

Zorgkosten bij KID

Wat verandert er in de vergoeding van KID?

Per 01-04-2020 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.

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

Wanneer gedurende de onderzoeken of het behandeltraject 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 onderzoeks- of behandelingstraject begint met vergoeding vanuit de subsidieregeling, maar dat gedurende het traject vergoeding gaat plaatsvinden vanuit de ziektekostenverzekering als er een medische oorzaak blijkt te zijn.

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 plaatsvindt. In de subsidieregeling is een eigen bijdrage opgenomen van €192,50. Dit is een eenmalige eigen bijdrage, ook als de behandelingen vallen in meer dan één kalenderjaar.

Afhankelijk van hoe uw traject verloopt, kan het gebeuren dat u zowel uw eigen risico voor de zorgverzekering als 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.

Als u gebruik maakt van de UMC Utrecht semendonorbank krijgt u een rekening van €247 per inseminatie. Deze rekening krijgt u thuisgestuurd en wordt niet door de zorgverzekeraar vergoed.

Op welke manier gebeurt de administratieve afhandeling van de vergoeding in het UMC Utrecht?

U kunt uzelf inschrijven door uw gegevens in patiëntenportaal Mijn UMC Utrecht in- of aan te vullen of door u te melden bij de balie "Inschrijven Patiënten" in het UMC Utrecht. De door de overheid vastgestelde eigen bijdrage van €192,50 dient te worden voldaan voorafgaand aan het eerste gesprek dat u bij ons op de polikliniek heeft. U kunt het totale bedrag voorafgaand aan uw afspraak via bankbetaling aan ons overmaken, wanneer dit niet mogelijk is kunt u het ook via pin- of cashbetaling bij de balie "Inschrijven Patiënten" voldoen. De instructies voor deze betaling worden verder toegelicht in de brief die u van Team Zorgkosten ontvangt.

Bij vrouwen tot 38 jaar zullen maximaal 12 inseminatiebehandelingen vergoed worden uit de subsidieregeling. Bij vrouwen ouder dan 38 jaar zullen maximaal 9 inseminatiebehandelingen vergoed worden uit de subsidieregeling. Indien er eerder een medische oorzaak blijkt te zijn, dan wordt uw behandeling medisch en zal dit bij uw verzekering in rekening gebracht worden. De door u betaalde €192,50 wordt dan niet teruggestort. U moet hierbij wel rekening houden met het betalen van uw eigen risico dat bij de meeste verzekeringen €385,- bedraagt.