

---

# Informatie subsidieregeling VZM

## Medisch Centrum Kinderwens

---

### Doel

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 basisverzekering. Dit is besloten door de minister van VWS. De minister heeft besloten dat KID-behandelingen bij vrouwen zonder mannelijke partner (VZM) vergoed worden vanuit een subsidieregeling. Let op: er worden maximaal 12 IUI-behandelingen vergoed in deze regeling.

### Is van tevoren duidelijk welke instantie de behandeling vergoedt?

Wanneer blijkt dat er een medische oorzaak voor verminderde vruchtbaarheid aanwezig is, wordt de behandeling vergoed door de ziektekostenverzekering. Zonder medische oorzaak wordt het basisonderzoek (zonder extra consulten/onderzoeken) en behandelingen vergoed vanuit de subsidieregeling. Indien er wel extra consulten/onderzoeken zijn, valt het onderzoek onder de verzekerde zorg.

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 basisverzekering als er een medische oorzaak blijkt te zijn. Ook kan het zijn dat u voor 1-4-2020 behandeld werd met vergoeding vanuit de basisverzekering en hierna in de subsidieregeling terecht komt. Medisch Centrum Kinderwens regelt de administratieve afhandeling van uw behandeling, u hoeft daar zelf niets voor te doen.

### Wat moet u zelf betalen?

Iedereen die een intake heeft, onderzoek en/of een behandeling ondergaat die door de basisverzekering wordt vergoed, spreekt eerst zijn/haar eigen risico aan. De hoogte van het eigen risico is tenminste € 385,- maar is 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 (de helft van het eigen risico voor de basisverzekering). 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 basisverzekering als de eigen bijdrage voor de subsidieregeling 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.

## Verklaring subsidie VZM

Ondergetekende verklaart hierbij te voldoen aan de voorwaarden zoals gesteld in de Subsidieregeling kunstmatige inseminatie met donorsemen (kenmerk 1596133-197192-CZ):

- Ik heb een zorgverzekering in Nederland of heb als buitenlander recht op zorg of andere diensten in de zin van de Zorgverzekeringswet;
- De KID-behandeling kan niet op grond van een ziektekostenverzekering bekostigd worden (ofwel er is geen sprake van een medische indicatie);
- De behandeling wordt niet in het kader van draagmoederschap verricht.

Tevens verklaar ik dat ik de eigen bijdrage van € 192,50 zal voldoen voorafgaand aan mijn onderzoeks- en behandeltraject.

Mocht na het onderzoekstraject blijken dat de onderzoeksfase niet in de subsidieregeling valt (door extra consulten/onderzoeken of door medische indicatie), dan zal de eigen bijdrage aan mij worden terugbetaald.

Naam cliënte:

Geboortedatum:

Handtekening:

.....

.....

.....

Plaats:

Datum:

.....

.....

