

Vergaderjaar 2019–2020

35 300 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2020

Nr. 95

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 november 2019

Op 20 juni jl. (Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 129) gaf ik aan een subsidieregeling op te stellen voor de vergoeding van Kunstmatige Inseminatie met Donorsemen (KID) bij vrouwen zonder mannelijke partner. Zoals ik heb aangegeven in die brief is het uitgangspunt bij het opzetten van de regeling dat er zo min mogelijk zal veranderen voor deze groep vrouwen met een kinderwens die gebruik zal maken van de subsidieregeling. Via deze brief breng ik u op de hoogte van de invulling van de regeling.

Achtergrond

Zorgverzekeraars hebben aangekondigd KID-behandelingen niet meer te vergoeden voor vrouwen zonder mannelijke partner, omdat er bij hen, door ontbreken van een mannelijke partner, geen sprake is van een medische indicatie. Zorgverzekeraars zullen deze behandeling gedurende 2019 nog blijven vergoeden voor vrouwen die nu reeds in een dergelijk traject zitten en vrouwen die zich dit jaar nog voor een dergelijk traject melden. Zodra deze financiering vervalt worden de behandelingen voor deze doelgroep en het voorafgaand oriënterend fertiliteitsonderzoek gefinancierd uit de subsidieregeling voor klinieken die KID-behandelingen kunnen uitvoeren.

(basis) Oriënterend fertiliteitsonderzoek ook vanuit de subsidieregeling

Voordat een KID-behandeling kan worden gestart zal altijd vooraf een (basis) oriënterend fertiliteitsonderzoek worden verricht. Een dergelijk onderzoek is nodig om te komen tot een prognose voor de kans op zwangerschap, en daarmee samenhangend het uitsluiten van een medische indicatie waarbij de vrouw in aanmerking of sneller in aanmerking zou komen voor een andere behandeling dan KID. Het geldt als geïndiceerde zorg als een heterostel een jaar of langer heeft geprobeerd om zwanger te worden en desondanks een zwangerschap uitblijft.

Bij vrouwen zonder mannelijke partner mist op voorhand deze medische aanleiding¹, maar is het basis oriënterend fertiliteitsonderzoek wel nodig om de behandeling goed uit te kunnen voeren. Daarom wordt het basis oriënterend fertiliteitsonderzoek meegenomen in de subsidieregeling. Als uit dit basisonderzoek echter een medische aanleiding naar voren komt voor aanvullende diagnostiek, zal dit onderzoek – een totaalpakket inclusief het uitgevoerde basisonderzoek – ten laste worden gebracht van de zorgverzekering.

Eigen betaling

Oneigenlijk gebruik van de regeling wordt tegengegaan doordat een eigen betaling wordt gevraagd aan de vrouwen die van de subsidieregeling gebruik maken. Het verplicht eigen risico van de Zorgverzekeringswet (Zvw) geldt immers niet voor de subsidieregeling. Een vrouw die een KID-behandeling ondergaat *zonder* medische indicatie, kan daardoor te maken krijgen met samenloop van het eigen risico voor medisch noodzakelijke Zvw-zorg en de eigen betaling vanuit de subsidieregeling. Doordat de eigen betaling van EUR 192,50 de helft van het verplicht eigen risico bedraagt, zal deze samenloop in de praktijk echter geen grote drempel opwerpen. De eigen betaling in de subsidieregeling is bovendien gekoppeld aan het basis oriënterend fertiliteitsonderzoek dat voorafgaat aan de KID-behandeling. Indien tijdens het fertiliteitsonderzoek blijkt dat ruimer onderzoek nodig is, dan wordt dat ruimere fertiliteitsonderzoek betaald vanuit de Zvw. De vrouw betaalt dus óf voor het basis fertiliteitsonderzoek een eigen betaling van EUR 192,50 óf het verplicht eigen risico voor het ruimere onderzoek op grond van de Zvw (mits het eigen risico niet al is volgemaakt).

Tot slot

Met bovenstaande beschreven invulling van de regeling probeer ik de verschillen die zijn ontstaan doordat het basis oriënterend fertiliteitsonderzoek en KID-behandeling niet vanuit de Zvw vergoed kunnen worden, zo klein mogelijk te maken. Ik ben voornemens de regeling uiterlijk half december te publiceren in de Staatscourant, zodat de regeling met ingang van 1-1-2020 in werking kan treden.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

¹ Het Zorginstituut geeft aan: *Zorg komt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) op grond van artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering, enkel voor vergoeding in aanmerking indien de verzekerde daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Voor het OFO geldt dat verzekerden daarvoor in aanmerking komen wanneer zij een medische indicatie hebben. Dat is het geval indien zij een jaar of langer geprobeerd hebben zwanger te worden en desondanks een zwangerschap uitblijft. Daarnaast kan het voorkomen dat vrouwen zelf medische klachten hebben die nader onderzoek behoeven, gegeven hun kinderwens. Voorbeelden daarvan zijn menstruatieproblemen of een ontsteking van de eileiders. In die gevallen is er een medische indicatie en kan het vereiste onderzoek (en de eventuele behandeling) ten laste worden gebracht van de Zvw. Ter verheldering: zolang het gaat om vrouwen die in de periode voorafgaand aan de KID nog niet gepoogd hebben zwanger te worden of om vrouwen die geen evidente gynaecologische problemen hebben waarvan bekend is dat ze zwanger worden in de weg kunnen staan, is geen sprake van een medische indicatie voor OFO.*