

Vergoeding basisverzekering 2026



Verloskundige zorg:

De basisverzekering vergoedt alle verloskundige zorg aan moeder en baby voor, tijdens en na de bevalling. Ook bij een miskraam wordt de benodigde zorg vergoed.

De vergoeding van verloskundige zorg geldt voor bevallingen die plaatsvinden:

- Thuis (onder begeleiding van een verloskundige)
- Poliklinisch of in een geboortecentrum (onder begeleiding van een verloskundige)
- In het ziekenhuis (onder begeleiding van een gynaecoloog)

Voor behandeling door een gynaecoloog is altijd een verwijzing nodig van een verloskundige of huisarts.

Laboratoriumonderzoek en geneesmiddelen:

- 12-weekse onderzoek naar infectieziekten (PSIE) wordt vergoed vanuit de basisverzekering en valt niet onder het eigen risico.
- Overig laboratoriumonderzoek wordt wel vergoed, maar soms ten laste van het eigen risico.
- Geneesmiddelen rondom verloskundige zorg worden vergoed, maar kunnen ten laste vallen van het eigen risico. Soms wordt een eigen bijdrage gerekend. De maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen ligt op €250,- per verzekerde per jaar. De apotheker is verantwoordelijk voor het bespreken van deze kosten.
- Vervoerskosten van bijv. ambulance worden vergoed maar komen soms ten laste van het eigen risico. Een spoedrit met de ambulance kost ongeveer €980,-.

Echo's

- 8-weken echo (vitaliteitsecho) wordt alleen vergoed op medische indicatie, bij enkele aanvullende verzekeringen ook zonder medische indicatie.
- Termijnecho wordt eenmalig volledig vergoed zonder eigen risico
- Overige echo's zoals groei, placenta lokalisatie of ligging worden volledig vergoed op basis van medische indicatie.

Prenataal onderzoek:

- Counseling (een uitgebreid gesprek met de verloskundige) bij de keuze voor prenatale screening wordt volledig vergoed en valt niet ten laste van het eigen risico.
- De NIPT wordt volledig vergoed zonder eigen risico.
- De ETSEO (13-weken echo) wordt volledig vergoed zonder eigen risico.*
- De TTSEO (20-wekenecho) wordt volledig vergoed zonder eigen risico.

* De 13-weken echo wordt gratis aangeboden vanuit een landelijk wetenschappelijk onderzoek ([IMITAS](#))

Diagnostisch vervolgonderzoek

- Geavanceerd diagnostisch geluidsonderzoek (GUO) wordt volledig vergoed op basis van medische indicatie.
- Ook een vlokcentest of vruchtwaterpunctie wordt vergoed op basis van medische indicatie, maar valt wel ten laste van het eigen risico.

Bevalling

Vrouwen hebben een keuze bij de plaats van bevalling.

- Een thuisbevalling wordt volledig vergoed.
- Een keuze voor een ziekenhuisbevalling zonder medische indicatie (poliklinische bevalling) wordt niet volledig vergoed. Er wordt €278 vergoed vanuit de basisverzekering bij gecontracteerde aanbieders, de rest is een eigen bijdrage en afhankelijk van het tarief per ziekenhuis. Meestal ligt de eigen bijdrage voor een ziekenhuisbevalling rond de €500,-. Deze kosten worden soms wel (gedeeltelijk) vergoed vanuit een aanvullende verzekering. Het landelijke maximumtarief voor een bevalling zonder medische indicatie is vastgesteld op € 883,64.
- Als een poliklinische bevalling medisch wordt dan vervalt de eigen bijdrage. Deze vervalt ook als er een plaatsindicatie is gesteld voor de bevalling.
- Pijnstilling tijdens de bevalling wordt vergoed. Bij het gebruik van lachgas betaal je nog steeds een eigen bijdrage voor de kamer.



Kraamzorg

Kraamzorg is de zorg die nodig is bij en na de geboorte, zoals het assisteren bij de bevalling, verzorging van moeder en baby en het monitoren van de gezondheid van moeder en baby. Bij een thuisbevalling kan de kraamverzorgster ook huishoudelijke taken overnemen.

Het aantal uur dat een vrouw kraamzorg nodig heeft, wordt bepaald door een landelijk indicatieprotocol. De basisverzekering dekt minimaal 24 uur en maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen vanaf de dag van de bevalling. Uren van zorg die nodig zijn tijdens de bevalling worden hierbij niet meegerekend. Soms heeft je verzekeraar geen kostendekkend contract met een kraamzorgorganisatie, dit kan van invloed zijn op het aantal uren.

- Het kraampakket wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering, maar is wel noodzakelijk rondom de bevalling en in het kraambed. Vanuit een aanvullende verzekering wordt deze soms wel vergoed. De kosten van een kraampakket liggen rond de €30.
- Kraamzorg thuis wordt volledig vergoed, wel met een eigen bijdrage van €5,70 per uur. De eigen bijdrage wordt soms wel vergoed vanuit een aanvullende verzekering.
- Kraamzorg in een kraam- of geboortehotel wordt volledig vergoed, wel met een eigen bijdrage van € 5,70 per uur. De eigen bijdrage wordt soms wel vergoed vanuit een aanvullende verzekering.
- Kraamzorg in een geboortecentrum of in het ziekenhuis zonder medische indicatie wordt vergoed. Wel is er een eigen bijdrage van €22,50- per dag voor de moeder en €22,50- per dag voor het kind.
- Kraamzorg in het ziekenhuis met medische indicatie wordt volledig vergoed, zonder eigen bijdrage.
- De maximale vergoeding voor kraamzorg in het ziekenhuis bedraagt 323 euro per dag (in 2026). Van dit bedrag is de helft voor de moeder en de helft voor het kindje. Er geldt een hogere eigen bijdrage als de zorgverlener meer dan dit per dag declareert bij de verzekeraar.

Overige vergoedingen

- ❖ Doula: een doula wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering. Soms kan er wel een gedeeltelijke vergoeding worden ontvangen vanuit een aanvullende verzekering
- ❖ Borstvoeding: Hulp van een lactatiekundige wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering, wel vindt er eventueel (gedeeltelijke) vergoeding plaats vanuit de aanvullende verzekering. Hetzelfde geldt voor de huur of aanschaf van een elektrische borstkolf.
Het inloopspreekuur op de praktijk is gratis.
- ❖ Zwangerschapscursussen worden niet vergoed vanuit de basisverzekering. In aanvullende verzekeringen is hier vaak wel een vergoeding voor mogelijk.
- ❖ Dieetadvies: wordt vergoed vanuit de basisverzekering voor 3 behandelingen. Deze vallen wel onder het eigen risico.
- ❖ Zwangerschapsdiabetes: de bloedglucosemeter wordt vergoed uit de basisverzekering, tevens worden er max. 400 teststrips per jaar vergoed. De kosten worden verrekend met je eigen risico.
- ❖ Bekkenfysiotherapie bij incontinentie: Vergoeding vindt plaats vanuit de basisverzekering voor maximaal 9 behandelingen. Deze vallen onder het eigen risico. Voor overige bekkenklachten kan vergoeding plaats vinden vanuit een aanvullende verzekering.
- ❖ Anticonceptie: Afhankelijk van je leeftijd valt anticonceptiezorg wel of niet in het basispakket en onder het eigen risico.
- ❖ Preconceptiezorg: De meeste verzekeraars vergoeden het kinderwensspreekuur, sommigen niet volledig. Dit kun je terugvinden in de polisvoorwaarden van je zorgverzekeraar. Dit gaat niet ten koste van je eigen risico.
- ❖ Fototherapie thuis: de kosten voor de bilicocoon, de extra huisbezoeken van de verloskundige en de bloedafnames/laboratoriumonderzoeken worden volledig vergoed door de basisverzekering zonder dat ze ten laste komen van het eigen risico. Je moet de baby binnen 4 maanden na de geboorte hebben aangemeld bij de verzekering, anders komen de kosten alsnog voor eigen rekening. Tip: Wacht niet te lang. Hoe eerder je het doet, hoe sneller de dekking volledig geregeld is.



Voor meer informatie over contractering met verzekeraars, tarieven en vergoedingen met betrekking tot onze zorg verwijzen wij naar onze [website](#).



Bron: zorgwijzer.nl