

Volwassenen:

Je kan een vergoeding krijgen voor de zorg die ik bied, vaak is dit 60-80%. Hieronder staan kort de belangrijkste punten genoemd. Ik kan altijd met je meedenken, neem vooral contact op bij vragen.

Let op: Er kunnen hier geen rechten aan worden ontleend.

Hierbij is het volgende belangrijk:

- Ik ben **BIG geregistreerd** en **lid van de NVO** (eis zorgverzekeraar)
- Ik heb een **kwaliteitsstatuut** (eis zorgverzekeraar)
- Kijk goed naar de **voorwaarden van je verzekeraar**, deze verschillen per pakket.
- Je hebt een **verwijzing** van een huisarts, bedrijfsarts of regiebehandelaar.
- Het kan zijn dat je een **akkoordverklaring** bij je zorgverzekeraar aan moet vragen voor zorg bij een zorgverlener zonder contract. Dit vindt je op de website van je zorgverzekeraar.
- Je betaalt altijd eerst zelf voor de zorg en declareert dit dan bij de verzekering. Het kan zijn dat je **een deel van de zorg vergoed** krijgt. De rest betaal je zelf.
- Je **eigen risico** wordt altijd aangesproken bij GGZ zorg (ook als deze helemaal vergoed wordt).
- Iedereen heeft recht op zorgbemiddeling door zijn of haar zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan verzekerden op weg helpen naar tijdige zorg, juist ook als er sprake is van wachtlijsten. Is er sprake van een wachttijd die langer is dan de Treeknorm (langer dan 14 weken wachten)? Dan kan de verzekerde dus meteen om zorgbemiddeling vragen bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet zijn verzekerde, welke polis hij ook heeft, helpen aan een alternatieve zorgaanbieder om te voldoen aan zijn zorgplicht. De zorgverzekeraar bekijkt dan waar de verzekerde snel(ler) terecht kan.

Als er geen plek is bij een zorgaanbieder met wie er een contract is, dan kan de zorgverzekeraar ook een niet-gecontracteerde zorgaanbieder benaderen. Er wordt dan vaak voorafgaand aan de zorg een individuele maatwerkafsprake gemaakt. In dat geval zal de zorgverzekeraar **de geleverde zorg aan zijn verzekerde volledig vergoeden**.

Leidt de zorgbemiddeling niet tot tijdige zorg voor de verzekerde? Dan mag de zorgverzekeraar de vergoeding van de zorg niet beperken, als de verzekerde wel tijdig bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder terecht kan. Belangrijk hierbij is wel dat de verzekerde eerst echt om bemiddeling heeft gevraagd.

Het is belangrijk dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders mensen wijzen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling. Zie ook; [De wachttijden bij gecontracteerde zorgaanbieder zijn te lang. Wat moet de zorgverzekeraar doen? | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

- Wil je naar een zorgverlener zonder contract? Maar ga je niet, omdat je het bedrag dat je zelf moet betalen te hoog vindt? Met andere woorden: ervaar je **hinder (een hinderpaal)** om naar een zorgverlener zonder contract te gaan? Dan kun je een beroep doen op de **hardheidsclausule** voor niet-gecontracteerde zorg. En kun je bij je verzekeraar een aanvraag doen voor een hogere vergoeding.
- Wanneer je in de **bijstand** zit kan het zinvol zijn om te onderzoeken of de gemeente aanvullende regelingen of voorzieningen heeft voor de vergoeding van psychologische zorg. Dit verschilt per gemeente, dus het is raadzaam om contact op te nemen met het lokale sociale team of het Wmo-loket.
- Indien je niet voor vergoeding in aanmerking komt, dan kun je de gemaakte kosten aftrekken als **bijzondere ziektekosten** in je belastingaangifte. Heb je zorg nodig die onder het basispakket valt en kies je voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan moet je misschien betalen voor de zorg. Deze kosten kun je niet aftrekken. Niet-gecontracteerde zorg die zou vallen onder een aanvullende verzekering, mag je wel in aftrek brengen.