



Stichting
Tekenbeetziekten

Wat te doen als Uw zorgverzekeraar Uw zorgkosten niet wil vergoeden ?



INFORMATIELIJN 0900-2355627

WWW.TEKENBEETZIEKTEN.NL

Lymepatiënt !

Wat te doen als Uw zorgverzekeraar Uw zorgkosten niet wil vergoeden ?

28-2-2012 Gerechtshof Amsterdam

Lyme-Patiënt Oosteinde Walborg Kliniek behandeld met Ceftriaxon wint rechtszaak en krijgt kosten behandeling vergoed



Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

0 Inhoud

1	Inleiding	4
2	Stappenplan om Uw zorgkosten vergoed te krijgen.....	4
2.1	Vooraf toestemming aanvragen	4
2.2	Achteraf kosten declareren	6
2.3	Schematisch overzicht procesgang	6
3	Buitenland	8
3.1	Geplande zorg in het buitenland	8
4	Betrokken instanties	9
4.1	Rechtsbijstandsverzekering.....	9
4.2	Zorgverzekeraar.....	9
4.3	Stichting klachten en geschillen zorgverzekering (SKGZ)	9
4.4	Rechtspraak	10
4.5	College voor zorgverzekeringen.....	10
4.6	Nederlandse Zorgautoriteit.....	11
4.7	Advocaten	11
5	Arrest.....	12
6	Aftrek specifieke zorgkosten Inkomstenbelasting	14
7	Eindwoord.....	15

Colofon

Auteur: K.H.A.M. van Kempen

Illustrator: M. Geugjes

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed.

Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen.

Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

1 Inleiding

In deze brochure wordt toegelicht, hoe U Uw zorgkosten vergoed kunt krijgen. Er kunnen diverse instanties bij betrokken worden, maar de stappen die U kunt ondernemen, vormen de leidraad van deze brochure. Voor inhoudelijke argumentatie wordt er een arrest behandeld van het Hof van Amsterdam.

2 Stappenplan om Uw zorgkosten vergoed te krijgen

U kunt de strijd met Uw zorgverzekeraar aangaan op twee verschillende manieren: namelijk vooraf of achteraf: Veel mensen zullen niet het geld hebben om de strijd met de verzekeraar achteraf aan te gaan en zij zijn genoodzaakt om vooraf toestemming aan te vragen:

1. Gaat U vooraf toestemming aanvragen voor een behandeling, doe dit altijd schriftelijk.
2. Gaat U achteraf kosten declareren, doe dit altijd schriftelijk.

Als U werk wilt maken van het vergoed krijgen van Uw zorgkosten, begin met het bewaren van alle relevante stukken. Mondeling gemaakte afspraken altijd per e-mail of brief laten bevestigen.

2.1 Vooraf toestemming aanvragen

Mensen die niet het geld hebben om een behandeling zelf te bekostigen, zullen genoodzaakt zijn om vooraf toestemming aan te vragen bij de zorgverzekeraar.

Ziektekostenverzekeraars zullen de "standaardbehandelingen" uitgevoerd door beroepsbeoefenaren, zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, zonder meer vergoeden.

1. Behandeling via de huisarts (let op, behandeling volgens bijvoorbeeld: ILADS richtlijnen kan een probleem opleveren met de zorgverzekeraar, omdat die over het algemeen van mening is, dat een dergelijke behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk). Zolang de verzekeraar niet weet welke behandeling U krijgt, zal dit waarschijnlijk geen probleem opleveren.
2. Behandeling via het ziekenhuis (let op, behandeling volgens bijvoorbeeld: ILADS richtlijnen kan een probleem opleveren met de zorgverzekeraar, omdat die over het algemeen van mening is, dat een dergelijke behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk). Zolang de verzekeraar niet weet welke behandeling U krijgt, zal dit waarschijnlijk geen probleem opleveren.
3. Behandeling via één van de Lyme centra in Nederland
 - 3.1. AMLC Amsterdam Multidisciplinair Lyme Centrum www.amc.nl
 - 3.2. LCA Lyme Centrum Apeldoorn www.gelreziekenhuizen.nl
 - 3.3. UMC St Radboud www.umcn.nl
 - 3.4. MCL Medisch centrum Leeuwarden (borrelia kenniscentrum) www.mcl.nl

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

Mijn inziens, is het juridisch het beste de bovenstaande mogelijkheden te bewandelen. U heeft zo de meeste kans dat Uw zaak bij behandeling door het SKGZ¹ of bij de rechter gewonnen wordt en U meer kans van slagen heeft om alsnog toestemming te krijgen om behandeld te worden conform een “niet standaard behandeling”. Deze “niet standaard behandeling” moet uitgevoerd zijn door een beroepsbeoefenaar, genoemd in de verzekeringsvoorwaarden. Alleen als de “niet standaard behandeling”, niet of slechts zeer beperkt toegankelijk is via de genoemde beroepsbeoefenaren in de verzekeringsvoorwaarden, wordt die behandeling ook voor vergoeding vatbaar als deze wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die is uitgesloten in de verzekeringsvoorwaarden.

Bij het verkrijgen van toestemming voor een “niet standaard behandeling” spelen er twee hoofdzaken.

1. De “niet standaard behandelingen” worden over het algemeen verstrekt door beroepsbeoefenaars die niet vermeld zijn in de verzekeringspolisvoorwaarden.
en/of
2. De “niet standaard behandeling” wordt door de zorgverzekeraar gezien als een behandeling die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt daarmee naar de mening van de zorgverzekeraar niet in aanmerking voor vergoeding.

Deze twee hoofdzaken komen uitvoerig ter sprake in de het arrest in paragraaf 5.

Via onderstaande websites kunt U behandelaars vinden die over het algemeen zijn uitgesloten volgens de polisvoorwaarden van zorgverzekeringen en daarmee van vergoeding zijn uitgesloten. U kunt vaak wel via een aanvullende verzekering een deel vergoed krijgen. Dit wordt vermeld onder het “alternatieve geneeswijze”.

Hieronder een link naar een lijst met een aantal lyme artsen in Nederland.

<http://www.avig.nl> of bel met de informatielijn van stichting tekenbeetziekten.

Hieronder een link naar een lijst met artsen in Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en Luxemburg.

<http://www.dr-hopf-seidel.de/borreliose-aerzte.html>

De meeste artsen genoemd in bovenstaande lijst gebruiken de richtlijnen van de Deutsche Borreliose Gesellschaft.

Richtlijn Deutsche Borreliose Gesellschaft:

<http://www.borreliose-gesellschaft.de/de/Leitlinien>

¹ Stichting klachten en geschillen zorgverzekering (SKGZ) bestaat uit twee instanties: de ombudsman zorgverzekeringen en de geschillencommissie zorgverzekeringen.

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed.

Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen.

Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

De stappen die gevolgd kunnen worden bij het vooraf toestemming vragen zijn de volgende:

Stap 1: Dien een schriftelijk verzoek in bij Uw zorgverzekeraar, waarin in U toestemming vraagt om een behandeling te ondergaan bij een beroepsbeoefenaar. Dit kan gaan om een behandeling in het binnenland of het buitenland.

Stap 2: Indien Uw verzoek wordt afgewezen, dient U een klacht in bij de zorgverzekeraar. Probeer dit zoveel mogelijk te motiveren. Gebruik bijvoorbeeld het arrest dat behandeld wordt in paragraaf 5.

Stap 3: Indien de klacht wordt afgewezen en U besluit het er niet bij te laten zitten, zult U moeten bepalen of U naar de rechter stapt, of naar het SKGZ.

Stap 4a: Stapt U naar de rechter, dan voorziet deze rechtsgang: (1) in het geding in eerste aanleg (inhoudelijk behandeling), (2) het geding in tweede aanleg (hoger beroep en inhoudelijke behandeling) en (3) daarna nog cassatie. Bij cassatie vindt een procedurele toetsing plaats. Dus als U voor de rechter kiest, kan Uw zaak twee keer inhoudelijk behandeld worden en 1 keer in cassatie. Hierbij wordt er gekeken of de rechter in tweede aanleg geen procedurele fouten heeft gemaakt.

Stap 4b: U stapt naar het SKGZ. Als uw klacht aan de voorwaarden voldoet, wordt deze voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Als de Ombudsman geen mogelijkheid ziet tot bemiddeling, kan zij U direct verwijzen naar de Geschillencommissie. De Geschillencommissie brengt een bindend advies uit.

Hierna kunt U nog naar de rechter stappen. Echter, de rechter zal dan alleen toetsen of de uitspraak van de SKGZ gezien de inhoud of wijze van totstandkoming van het advies in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid, aanvaardbaar is.

2.2 Achteraf kosten declareren

Stap 1: Dien al Uw zorgkosten in, ook de kosten waarvan U denkt dat U ze toch niet vergoed krijgt. Zelf als de zorgverzekeraar heeft aangegeven, bepaalde kosten niet te vergoeden, moet U de kosten toch indienen. Alleen kosten die worden gedeclareerd worden in het geschil betrokken bij SKGZ en de rechter dus als U Uw zaak wint kunnen alleen die kosten worden toegewezen die U gedeclareerd hebt.

Stap 2: Indien Uw declaratie wordt afgewezen, dient U een klacht in bij de zorgverzekeraar. Probeer dit zoveel mogelijk te motiveren. Gebruik bijvoorbeeld het arrest dat behandeld wordt in paragraaf 5.

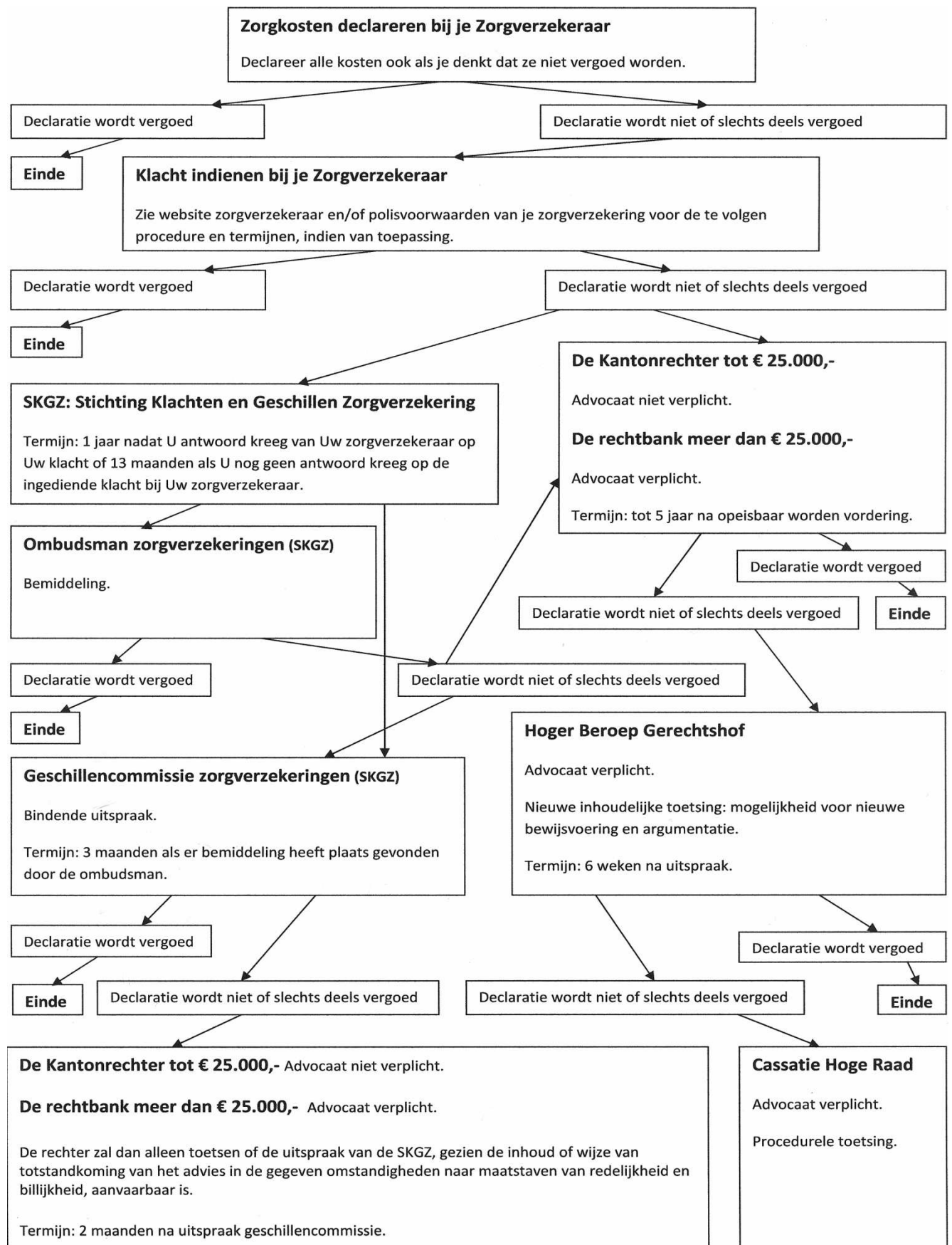
Zie stap 3, 4a en b vorige alinea.

2.3 Schematisch overzicht procesgang

Met ‘termijn’ wordt bedoeld: de tijd, die U heeft om Uw zaak in te dienen bij de betreffende instantie. Als U Uw zaak niet binnen de termijn hebt ingediend, zal Uw zaak niet meer behandeld worden.

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.



Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

3 Buitenland

3.1 Geplande zorg in het buitenland

Bij een geplande behandeling, m.a.w. U heeft Uw behandeling gepland en reist er speciaal voor naar het buitenland, is de volgende vraag: wordt U voor de behandeling opgenomen in het ziekenhuis, of wordt U poliklinisch/ambulant behandeld?

Als U wordt opgenomen in het ziekenhuis, verlangt Uw zorgverzekeraar bijna altijd dat U voorafgaande toestemming vraagt. De kosten zijn dan gedekt volgens de regels van het land waar U wordt behandeld (het land van behandeling). Als de behandeling er duurder is dan wat Uw eigen zorgverzekeraar vergoedt, dan krijgt U ook het verschil vergoed. Als U geen voorafgaande toestemming hebt gekregen, zijn de kosten niet automatisch gedekt. U kunt dan toch een verzoek om terugbetaling indienen, maar U heeft niet de garantie dat dit wordt gehonoreerd.

Ook **als U voor de behandeling niet in het ziekenhuis opgenomen**, wordt, kunt U van tevoren toestemming vragen. De kosten worden dan onder dezelfde voorwaarden vergoed. Maar U mag zich ook zonder voorafgaande toestemming in het buitenland laten behandelen en na terugkeer een verzoek om terugbetaling indienen. De kosten van de behandeling worden dan vergoed volgens de regels van het land waar Uw zorgverzekeraar is gevestigd. Opmerking: Voor een behandeling in Zwitserland is dit niet mogelijk.

In principe wordt Uw behandeling alleen vergoed als die behandeling wettelijk is erkend in het land waar U bent verzekerd. Om een voorbeeld te geven: in sommige landen worden de kosten van een verblijf in een kuuroord vergoed, in andere niet. Informeer bij Uw zorgverzekeraar voordat U vertrekt.

Uw zorgverzekeraar mag de toestemming niet weigeren als de behandeling die U nodig hebt, niet wordt verricht in Uw land, maar wel onder de verplichte ziektekostenverzekering valt, of, als U de behandeling die U nodig hebt, in Uw eigen land niet snel genoeg kunt krijgen, gezien Uw gezondheidstoestand.

Voor meer en uitgebreidere informatie zie onderstaande website:

- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=569&langId=nl>

Organisaties die U kunnen helpen bij geplande zorg in het buitenland:

www.hollandintercare.nl

www.zorgloketduitsland.nl

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

4 Betrokken instanties

4.1 Rechtsbijstandsverzekering

Hebt U een rechtsbijstandsverzekering, informeer deze over Uw geschil, zodra U een klacht indient bij Uw zorgverzekeraar. Zij zullen dan laten weten, of Uw verzoek tot rechtsbijstand wordt toegewezen. U hoeft dan nog niet direct gebruik te maken van de rechtsbijstand, maar U weet dan al wel, dat U bij hen terecht kunt op het moment dat U bijvoorbeeld naar het SKGZ of de rechter stapt.

4.2 Zorgverzekeraar

Als U een klacht indient bij Uw zorgverzekeraar, verwijst dan naar het arrest van het Gerechtshof te Amsterdam 28-02-2012 zaaknummer: 200.079.908. In paragraaf 5 wordt dit arrest besproken. Als U een afwijzing krijgt van Uw zorgverzekeraar, laat U dan niet afschepen met een eventueel standaard antwoord, maar eis een uitgebreide motivatie en zorg ervoor dat, als de zorgverzekeraar zich beroept op regeltjes en/of andere zaken, U vraagt waar U het gestelde kunt nagaan/nalezen.

4.3 Stichting klachten en geschillen zorgverzekering (SKGZ)

Het SKGZ bestaat uit twee instanties: de ombudsman zorgverzekeringen en de geschillencommissie zorgverzekeringen.

Bemiddeling van de ombudsman is gratis; kosten die U daarbij zelf maakt, zijn voor eigen rekening.

Toegang tot de geschillencommissie kost € 37,- en kosten die U daarbij zelf maakt, zijn voor eigen rekening.

SKGZ: www.skgz.nl

Uitspraken SKGZ: www.skgzpro.nl Gebruik de zoekterm: lyme

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

4.4 Rechtspraak

Griffierechten bij de kantonrechter variëren van € 73,- tot € 473,- afhankelijk van het geldbedrag, waarover het gaat.

Kosten van rechtsbijstand: Als u een procedure begint bij de kantonrechter of wordt gedagvaard, kunt u zich laten bijstaan (bijstand is niet verplicht) door bijvoorbeeld een advocaat of deurwaarder. Als u een rechtsbijstandverzekering heeft, regelt de verzekeraar uw juridische bijstand. Wie een laag inkomen heeft, kan in aanmerking komen voor gefinancierde rechtshulp. Dat wordt ook wel rechtsbijstand genoemd. Uw advocaat moet dan een verzoek indienen bij de Raad voor de Rechtsbijstand. Die beslist of u daarvoor in aanmerking komt. U moet wel altijd een eigen bijdrage betalen. De eigen bijdrage kan variëren van € 100,- tot € 750,- afhankelijk van uw inkomen.

Kostenveroordeling: de kantonrechter kan de partij die ongelijk heeft gekregen, veroordelen om de kosten van de tegenpartij te betalen (standaardtarief dekt vaak niet alle kosten). Dit heet kostenveroordeling. De rechter kan ook bepalen dat beide partijen hun eigen kosten moeten betalen.

Uitspraken: www.rechtspraak.nl

Ga naar: uitspraken en registers en vervolgens uitspraken.

Gebruik voor lyme-gerelateerde rechtszaken de zoekterm: lyme

4.5 College voor zorgverzekeringen

Geeft voorlichting aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders en burgers over de aard, inhoud en omvang van de prestaties.

Het SKGZ is verplicht advies in te winnen bij CVZ. Dit advies is zwaarwegend en tot nu toe zijn alle zaken bij SKGZ verloren als het ging over het vergoed krijgen van gemaakte kosten inzake een lyme behandeling. Echter, zeer recent is er een uitspraak van het Gerechtshof te Amsterdam geweest (in paragraaf 5 wordt dit arrest uitvoerig behandeld). Met dit arrest zijn bijna alle punten die het SKGZ gebruikt om de klacht af te wijzen, op losse schroeven komen te staan. Concreet houdt dit in dat, als U gemotiveerd verwijst naar dit arrest, SKGZ een volledige nieuwe afweging zal moeten gaan maken op die punten.

CVZ: www.cvz.nl

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

4.6 Nederlandse Zorgautoriteit

Rol NZa

De NZa stelt de DBC-prestaties, zorgproducten, tarieven en regelgeving vast. Hiervoor werkt zij samen met de stichting DBC-Onderhoud, het ministerie van VWS, brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen. De uitvoering van inhoudelijke analyses en het bouwen en beheren van de tabellen ligt bij DBC-Onderhoud, www.dbconderhoud.nl.

Wat is een DBC

Een diagnosebehandelingcombinatie (DBC) is het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt.

Wat is DOT

DOT staat voor 'DBC's op weg naar transparantie'. DOT is het traject om te komen tot een verbeterd declaratiesysteem voor ziekenhuizen, dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. De declarabele prestaties worden uitgedrukt in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Doel is vereenvoudiging van het DBC-systeem. Transparantie en medische herkenbaarheid zijn hierbij belangrijke uitgangspunten.

4.7 Advocaten

ATM Advocaten

www.atmadvocaten.nl

Mw. mr. P. de Bruijn (pb@atmadvocaten.nl<<mailto:pb@atmadvocaten.nl>>)

Dhr. mr. Th.H.P. van den Kieboom (tk@atmadvocaten.nl<<mailto:tk@atmadvocaten.nl>>)

Postbus 85299
3508 AG UTRECHT
Tel.: 030-2523520
Fax: 030-2512741

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

5 Arrest

In onderstaande gedeelte komt een arrest ter sprake, gewezen door het gerechtshof te Amsterdam. In dit arrest werd de zorgverzekeraar veroordeeld tot het betalen van alle geclaimde zorgkosten die samenhangen met de behandeling van de ziekte van Lyme. Dit arrest is van belang bij Uw strijd om Uw kosten vergoed te krijgen. In het arrest worden een aantal belangrijke uitspraken gedaan door de rechter die U kunnen helpen ook Uw zorgkosten vergoed te krijgen.

Zie voor Arrest 28.02.2012 zaaknummer 200.079.908: www.rechtspraak.nl of <http://zoeken.rechtspraak.nl/detailpage.aspx?ljn=BV7524>

Kernpunten:

1. Zorgverzekeraar mag beroepsbeoefenaren uitsluiten, maar een dergelijke uitsluiting zal niet tot gevolg mogen hebben dat voor vergoeding vatbare zorg voor een verzekerde praktisch niet toegankelijk is vanwege een categorische uitsluiting van bepaalde beroepsbeoefenaren.
 - a. De nota van toelichting van artikel 2.4 Besluit zorgverzekering vermeldt: het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Het regelt niet dat zij de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering verlenen.

Als een behandeling onder de verzekering valt, moet deze toegankelijk zijn, ook al wordt deze behandeling alleen gegeven door beroepsbeoefenaren die de zorgverzekering uitsluit. Van belang is dus te bepalen of een behandeling onder de verzekering valt.

2. Vergoeding van kosten van zorg wordt naar inhoud en omvang bepaald door (de stand van) de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
 - a. Stand van de wetenschap: toestemming voor de behandeling door de verzekeraar kan niet geweigerd worden, indien blijkt dat de betrokken behandeling door de internationale medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk is bevonden. Consensus is hierbij geen vereiste.
 - b. Het Nederlandse gebruikelijkheids criterium is alleen aanvaardbaar, indien deze verwijst naar hetgeen door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Consensus is hierbij geen vereiste.
 - c. CVZ geeft aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders en burgers voorlichting over de aard, inhoud en omvang van de prestaties. CVZ kan in civielrechtelijke geschillen tussen een verzekerde en een zorgverzekeraar niet beslissend (en buiten de betrokkene om) bepalen of een vorm van zorg al dan niet voor vergoeding in aanmerking komt. Evenmin kan het CVZ voorschrijven wat de stand van de wetenschap is.
 - d. Het ontbreken van een diagnosebehandelcombinatie (DBC) kan geen reden zijn om niet tot vergoeding over te gaan.

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

Bewezen zal moeten worden, dat de behandeling in overeenstemming is met (1) de stand van de wetenschap en de praktijk (2) of bij een gebrek aan een dergelijke maatstaf, dat de behandeling voldoet aan hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Richtlijnen:

- ILADS www.ilads.org
- DBG www.borreliose-gesellschaft.de
- CBO www.cbo.nl

Beroepsbeoefenaren zijn bijvoorbeeld: huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen, verloskundigen en BIG-geregisteerde artsen. Beroepsbeoefenaar is een niet afgekaderd begrip in de wet. Bij onenigheid over de inhoud van het begrip beroepsbeoefenaar, is het aan de rechter te bepalen wat hieronder te verstaan.

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

6 Aftrek specifieke zorgkosten Inkomstenbelasting

Aftrek specifieke zorgkosten Inkomstenbelasting:

Zie voor volledige informatie over aftrek specifieke zorgkosten de laatste versie van het aangifte programma van de Belastingdienst. Onder het kopje aftrekposten vindt U het kopje specifieke zorgkosten klik op het vraagteken voor alle informatie.

Het programma kunt U op de onderstaande website downloaden:

www.belastingdienst.nl

Aftrekbare specifieke zorgkosten:

- [Genees- en heelkundige hulp](#)

In het aangifte programma staat:

Van de genees- en heelkundige hulp zijn de kosten aftrekbaar voor:

- huisarts, tandarts of specialist
- fysiotherapeut (alleen zogenoemde eerstelijnszorg, niet bijvoorbeeld sportmassages)
- verpleging in een ziekenhuis of een andere verpleeginstelling
- paramedische behandelingen door (of op voorschrift en onder begeleiding van) een arts, bijvoorbeeld acupunctuur, revalidatie, logopedie of homeopathie

In de wet staat:

Wet IB 2001 artikel 6.17 lid 9

Onder genees- en heelkundige hulp wordt verstaan:

- een behandeling door een arts
- een behandeling op voorschrift en onder begeleiding van een arts door een paramedicus

In het aangifte programma staat een opsomming van wat onder een arts verstaan wordt maar deze opsomming is niet uitputtend. **Als Uw arts een Big - registratie heeft voldoet hij ook aan de eisen.**

- [reiskosten voor ziekenbezoek](#)
- [medicijnen op doktersvoorschrift](#)
- [hulpmiddelen](#)
- [vervoer](#)
- [dieet op voorschrift van dokter of diëtist](#)
- [extra uitgaven voor kleding en beddengoed](#)
- [aanpassingen aan een woning](#)
- [andere aanpassingen](#)
- [uitgaven voor extra gezinshulp](#)

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed.

Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen.

Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.

7 Eindwoord

Wij hopen dat U met de inhoud van deze brochure op weg geholpen wordt in Uw streven om Uw zorgkosten vergoed te krijgen. Opmerkingen, suggesties en dergelijke zijn van harte welkom.

Heeft U vragen of wilt U een digitaal exemplaar ontvangen, stuur dan een e-mail naar vankempenkoen@hotmail.com

Disclaimer Aansprakelijkheid

Ik heb de grootste zorg aan de opmaak en inhoud van dit document besteed. Onjuistheden en onvolledigheden kunnen echter voorkomen. Ik aanvaard hiervoor geen aansprakelijkheid.