



LYMEVERENIGING KEUZEWIJZER ZORGVERZEKERING VOOR 2022

Houd je dezelfde zorgverzekering, verander je aanvullende verzekeringen of stap je over op een andere zorgverzekering? Dit is het moment om aandacht te besteden aan je zorgverzekering. Inmiddels zijn alle premies en pakketten bekend.

De premies verschillen per pakket en per zorgverzekeraar. Voor een naturaverzekering varieert de premie in 2022 tussen de € 108,25 en € 128 per maand. Voor een restitutieverzekering varieert de premie van € 132 tot € 145 per maand.

Alle vier grote zorgverzekeraars (CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis) hebben voor 2022 de premies voor hun basisverzekeringen verhoogd (deze verhogingen bedragen 3 tot 8 euro per maand). Bij de meeste overige zorgverzekeraars stijgen de zorgpremies ook. Er is een enkeling die de premie gelijk houdt of zelfs verlaagt. Het verschil in premie tussen de goedkoopste en duurste verzekering neemt toe.

De Zorgkeuzewijzer

Tot 31 december 2021 kun je je zorgverzekering veranderen of opzeggen. De Werkgroep Juridische Belangenbehartiging van de Lyme Vereniging heeft de Keuzewijzer Zorgverzekering 2022 gemaakt; daarmee kun je in 13 stappen kiezen wat voor jou de beste zorgverzekering is.

Eerder hebben bijna tachtig mensen met lyme informatie met ons gedeeld over hun ervaringen met zorgverzekeraars. Daarnaast hebben artsen, andere behandelaren en verzekeringsadviseurs ons informatie gegeven. Na de publicatie van de eerdere versies in de afgelopen vier jaar hebben we feedback ontvangen, die we hebben verwerkt. Heb jij nu feedback voor ons, laat het dan weten. Vast bedankt daarvoor! We hopen dat we je met deze Keuzewijzer op weg helpen om de zorgverzekering af te sluiten die voor jou het best is.

De Zorgverzekeringswet is behoorlijk complex, en daarnaast kun je te maken krijgen met allerlei andere wetten (Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning en talrijke internationale afspraken). Op deze pagina geeft Zorgwijzer antwoord op uiteenlopende vragen op deze gebieden: <https://www.zorgwijzer.nl/faq>

Aftrekken specifieke zorgkosten

Als je verzekering niet al jouw zorgkosten dekt, dan kun je sommige kosten aftrekken van je inkomstenbelasting:

<https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/belastingaangifte/content/overzicht-zorgkosten-2021>. Veel mensen krijgen op die manier ongeveer een derde van hun zelfbetaalde zorgkosten terug. Als je zo'n laag belastbaar inkomen hebt dat je weinig of geen belasting betaalt, moet je tóch je zorgkosten opvoeren. Want als je door die aftrek van zorgkosten heffingskortingen misloopt (kortingen die veel mensen krijgen op de te betalen belasting), dan berekent de belastingdienst voor jou hoeveel heffingskorting jij had gekregen zónder die zorgkosten, en dan wordt dat bedrag contant aan je uitbetaald (dat heet 'tegemoetkoming specifieke zorgkosten').

Opmerking vooraf over VGZ

De afgelopen jaren is de werkgroep gebleken dat met name de VGZ-zorgverzekeringsmerken (VGZ, IZZ, IZA, UMC Zorgverzekering, Univé, Zekur en Bewuzt) zeer gekant zijn tegen vergoeding van antibioticabehandelingen bij persisterende lymeklachten. Als antibiotica een optie is voor jou en je behandelaar, dan adviseren wij je om VGZ en de aan VGZ verbonden merken te vermijden.

Tips van Zorgwijzer

Zorgwijzer komt met deze drie tips voor mensen die overwegen om te switchen:

Tip 1: neem alleen een aanvullende verzekering als je ervan uit mag gaan dat je in 2022 meer kunt declareren dan je aan premie zult betalen. Tip 2: collectieve verzekeringen (bijvoorbeeld via een werkgever) zijn geregeld duurder – inclusief korting! – dan een verzekering die je gewoon zelf afsluit. Tip 3: zet niet het hele gezin op één polis, maar bekijk per gezinslid wat de voordeligste optie is. Lees de details op:

<https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2022/let-op-deze-3-valkuilen-bij-het-kiezen-van-een-zorgverzekering>

1 Wil je vrije keuze of ga je voor de voordeligste verzekering?

Bij een restitutiepolis heb je zelf de keus naar welke reguliere dokter of zorginstelling je gaat, bij een naturapolis worden de kosten van een arts of behandeling alleen helemaal vergoed als die arts of instelling een contract heeft met de verzekeraar; zo'n polis is gemiddeld 2 tot 4 euro per maand voordeliger (bij een enkele verzekeraar geven alle polissen je een vrije keuze).

Als je lyme hebt, is het vaak al niet eenvoudig om een arts te vinden die je wil behandelen. Met een naturapolis loop je daarbij tegen extra beperkingen aan. Vraag je goed af of de besparing van een paar euro per maand daar wel tegen opweegt.

Verzekeraars sluiten contracten met ziekenhuizen af per specialisme. Het kan dus gebeuren dat cardiologie wel een contract heeft, maar interne geneeskunde niet. Als er geen contract is, moet je naar een andere arts of zorginstelling gaan, of je krijgt maar een deel vergoed (meestal moet je ongeveer een kwart zelf betalen). Als je een naturapolis hebt, is het daarom goed om vóórdat je naar een arts of instelling gaat, te checken of je zorgverzekering een contract heeft. Bij de derde variant, de budgetpolis, heb je nog minder keuze. Daarom raadt de werkgroep een budgetpolis af.

Veel lymepatiënten zijn in behandeling bij een arts die een eigen praktijk heeft. Deze behandelaar is opgeleid tot dokter, maar is vaak 'basisarts', dus geen huisarts of specialist.

Voorbeelden zijn dokter Deutsch, dokter Fierlafijn, dokter Kingma, dokter Korbee, dokter Van Meerendonk en dokter Schroeter. Of je een 'vrije keus'-verzekering hebt of niet, maakt hierbij niet uit: veel zorgverzekeringen vergoeden een consult van deze dokters alleen als 'alternatieve geneeswijze'. Dat is nadelig, want voor alternatieve geneeswijzen moet je een aanvullende verzekering hebben en er geldt een maximale vergoeding (zie bij punt 3).

Alle geregistreerde artsen staan in het BIG-register:

<https://zoeken.bigregister.nl/zoeken/kenmerken>. Als je behandelaar niet in dit register is opgenomen, krijg je sowieso geen vergoeding vanuit de basisverzekering. De meeste verzekeraars geven alleen een vergoeding als er in het register bij jouw arts een vermelding staat van een specialisme, bijvoorbeeld huisartsgeneeskunde of interne geneeskunde. Een basisarts, natuurgeneeskundig arts of orthomoleculair arts staat doorgaans alleen als 'arts' in dit register; dan staat er geen specialisme vermeld, en dan worden de kosten dus door veel verzekeraars niet vergoed (behalve als alternatieve geneeswijze, punt 3).

2 Neem je een aanvullende verzekering voor fysiotherapie?

Bekijk goed of het voor jou voordelig is om aanvullende verzekeringen te nemen. Soms is het goedkoper om de zorgkosten die je maakt zelf te betalen, in plaats van per maand te betalen voor een aanvullende verzekering.

De basisverzekering vergoedt grotere aantallen (meer dan twintig) behandelingen fysiotherapie alleen bij bepaalde chronische aandoeningen, en lyme zit daar niet bij. Als je ook een andere chronische aandoening hebt, kun je daarvoor misschien wél fysiotherapie krijgen die vergoed wordt. Lees de voorwaarden van de verzekeraar daarom goed. Hier vind je de complete lijst: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2016-01-01#Bijlage1>. (Let op: deze vergoeding geldt pas vanaf de *eenentwintigste* behandeling; de eerste twintig behandelingen moet je zelf betalen of declareren via een aanvullende verzekering.)

Voor fysiotherapie kun je een aanvullende verzekering afsluiten. Aandachtspunten:

- Het aantal fysiotherapie behandelingen dat wordt vergoed, verschilt sterk per polis.
- Er zijn aanvullende verzekeringen waarbij je vrije keuze hebt, er zijn ook verzekeringen waarbij je niet zomaar naar elke fysiotherapeut kunt. Als je per se naar een bepaalde fysiotherapeut wilt, is het verstandig om van tevoren te checken of de verzekeraar die vergoedt. Als je een aanvullende verzekering hebt met een restitutiepolis ben je over het algemeen vrij in de keuze van je fysiotherapeut. Tenzij de bepalingen van de aanvullende verzekering anders zijn.
- Veel aanvullende verzekeringen werken met een 'behandelindex', waardoor je bij bepaalde klachten maximaal een bepaald aantal behandelingen vergoed krijgt. Als je dan meer behandelingen nodig hebt, moet je dat zelf betalen. Soms worden aanvullende behandelingen geweigerd door de fysiotherapeut, ook als je zelf de rekening betaalt, omdat de betreffende therapeut anders ongunstig scoort in de monitors van de verzekeraars. Je kunt dan voor het vervolg van je behandeling worden doorverwezen naar een andere fysiotherapeut, of je kunt voor de overblijvende klachten opnieuw een intakegesprek doen met je fysiotherapeut (waarvoor je een rekening krijgt) en die klachten vervolgens weer laten behandelen binnen de behandelindex.
- De vereniging van fysiotherapeuten heeft een checklist gemaakt die je kunt gebruiken om te bepalen welke (aanvullende) verzekering voor jou de beste keuze is: <https://defysiotherapeut.com/goed-verzekerd/de-beste-zorgpolissen-in-2022/>.

3 Neem je een aanvullende verzekering voor alternatieve behandelingen?

Onder 'alternatieve behandeling' valt doorgaans:

- Elke behandeling van een arts die niet in het basispakket zit (bijvoorbeeld een arts die werkt met acupunctuur)
- Behandelingen die worden uitgevoerd door iemand die geen arts of paramedicus is (maar bijvoorbeeld een homeopathisch therapeut).
- Meestal wordt ook de behandeling door een dokter met een eigen praktijk die geen huisarts is en ook geen medisch specialist, vergoed als alternatieve behandeling.

De meeste aanvullende pakketten die alternatieve behandeling vergoeden, vergoeden die tot een maximaal bedrag per dag of per consult én tot een maximaal bedrag per jaar. Als je het eerste maximum overschrijdt maar het tweede niet, kun je misschien in overleg met je behandelaar de consulten zo inrichten dat je vaker een korter consult hebt, zodat je onder het maximum per dag blijft.

Veel verzekeraars vergoeden alleen alternatieve behandelingen door behandelaars die zijn aangesloten bij een door hen erkende beroepsvereniging – en ook dat kan elk jaar wijzigen. Deze informatie vind je op de website van de verzekeraar.

Hieronder vind je de vergoedingen per verzekeraar en per pakket voor natuurgeneeskunde, homeopathie, acupunctuur en neuraaltherapie.

<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/natuurgeneeskunde>

<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/homeopathie>

<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/acupunctuur>

<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/neuraaltherapie>

Hier vind je informatie over de vergoedingen van diensten van orthomoleculair geneeskundigen:

<https://www.independer.nl/zorgverzekering/vergoedingen/orthomoleculaire-geneeskunde.aspx>.)

Veel verzekeraars vergoeden in hun aanvullende pakket wel het consult van een alternatieve arts, en soms zelfs de voorgeschreven medicijnen, maar niet de 7 euro voor het uitschrijven van een recept van een nieuw geneesmiddel; of het adviesgesprek in de apotheek bij dit middel.

Hier lees je een artikel over wat de beste polis is voor mensen die alternatief behandeld willen worden: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2022/zo-vind-je-de-beste-zorgpolis-voor-alternatieve-geneeswijzen>

4 Is er iemand die veel zorg voor je verricht?

Als bijvoorbeeld je ouders of je partner voor je zorgt, dan is het goed om te weten dat er aanvullende verzekeringen zijn die bijvoorbeeld een vergoeding geven als er vervanging moet komen, omdat de mantelzorger op vakantie wil of ziek is. Er zijn verzekeringen die € 1.000 of meer per jaar vergoeden voor deze vervangende mantelzorg; andere aanvullende verzekeringen vergoeden bijvoorbeeld maximaal 14 dagen vervangende mantelzorg per jaar. Daarnaast kunnen aanvullende verzekeringen bijvoorbeeld cursussen

voor de mantelzorger vergoeden. [Alles over wat aanvullende verzekeringen vergoeden rondom mantelzorg.](#)

5 Heeft je gemeente een speciale zorgverzekering?

In heel veel gemeenten kunnen mensen met een laag inkomen en weinig bezit een zorgverzekering via de gemeente afsluiten. [Check hier of jouw gemeente zo'n verzekering aanbiedt.](#) De ene gemeente werkt samen met een andere zorgverzekeraar dan de andere en ook de korting die je krijgt met een laag inkomen of als chronische zieke verschilt per gemeente. Via de link kun je het aanbod in jouw gemeente vergelijken met je huidige zorgverzekering. De zorgverzekering via de gemeente is niet altijd de beste keuze. Maar als je veel gebruik maakt van zorg, dan ben je meestal goedkoper uit dan bij andere verzekeringen. N.B. Kijk wel of er een restitutiepolis bij zit. Die heeft echt de voorkeur. Hier vind je meer informatie over gemeentepolissen:

<https://www.poliswijzer.nl/zorgverzekering/kennisbank/zorg-verzekerd-via-een-gemeentepolis>

Als de collectiviteitskortingen in 2023 vervallen (zie punt 8) moeten gemeenten zelf bepalen of ze hun gemeentepolis willen handhaven of niet.

6 Vergelijk het aanbod op een vergelijkingsite

Als je via de bovenstaande vragen weet wat voor jou belangrijk is, dan kun je via een vergelijkingswebsite kijken wat voor jou de beste zorgverzekering is. Met al deze vijf sites hadden wij positieve ervaringen: www.zorgverzekeringwijzer.nl, www.independer.nl, www.zorgwijzer.nl, www.zorgkiezer.nl, en <https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering>. Al deze vergelijkingswebsites krijgen een premie van zorgverzekeraars als je via die vergelijkingsite overstapt.

- Independer is onderdeel van zorgverzekeraar Achmea, daardoor zou je kunnen twijfelen aan hun objectiviteit. We hebben daar echter geen concrete aanwijzingen voor.
- Zorgwijzer geeft geen kortingen op zorgverzekeringen. Dat maakt ze misschien het meest onafhankelijk.
- Zorgkiezer zet zich in voor meer openheid, om te komen tot betere zorg en lagere kosten. In 2013 publiceerde Zorgkiezer als eerste alle tandartstarieven en in 2017 de tarieven van ziekenhuizen.
- De Consumentenbond zet de premies die men van zorgverzekeraars ontvangt in voor acties om de zorg te verbeteren.

Als je het al moeilijk genoeg vindt, dan kies je gewoon één van deze sites. Als je het nog grondiger wilt checken, dan kijk je of je via één van de andere vergelijkingsites een nog betere zorgverzekering kunt vinden.

Als je een naturapolis of budgetpolis overweegt (zie punt 2): op alle vergelijkingsites hebben we onjuistheden gevonden bij de vraag of een zorgverzekeraar een contract heeft met een ziekenhuis of niet. Dus je kunt op deze informatie niet vertrouwen. Als je zeker wilt weten of je zorgverlener een contract heeft met de verzekeraar, zoek dat dan op de website van de verzekeraar zelf (dus niet op de vergelijkingsite) en maak een foto of een print van het scherm met het antwoord. Nog niet alle contracten zijn afgesloten, dus niet alle informatie is compleet. Als je hier geen onzekerheid over wilt, moet je kiezen voor een restitutiepolis.

7 Ben je lid van de Lymevereniging en/of een andere patiëntenvereniging?

Sommige zorgverzekeraars vergoeden de contributie van patiëntenverenigingen. Dat kun je [hier checken](#) (de Lymevereniging is lid van Ieder(in) en ook van de NPCF). Maar er zijn ook lymepatiënten die ons hebben laten weten: als mijn verzekeraar weet voor welke aandoening ik word behandeld, dan stoppen ze met het vergoeden van de behandeling. Als je meerdere aandoeningen hebt en van meer patiëntenverenigingen lid bent, kan het verstandig zijn om de contributie van een andere patiëntenvereniging op te voeren.

8 Heeft je verzekeraar kortingsregelingen?

Collectiviteitskorting is een korting op de verzekeringspremie als je tot een bepaalde groep hoort, bijvoorbeeld een vakbond, een werkgever, een sportvereniging, een beroepsvereniging, een ouderenbond, noem maar op. Tot drie jaar geleden liepen die kortingen op tot wel 15%, maar met ingang van 2019 is 5% korting het maximum geworden.

Het is maar de vraag hoe rechtvaardig het is om de leden van grote clubs collectiviteitskorting te geven, omdat die korting uiteraard wordt opgehoest door verzekerden die de pech hebben dat ze geen lid zijn van een grote club. Vanaf 1 januari 2023 worden de collectiviteitskortingen dan ook helemaal geschrapt. (Het is dan aan gemeenten om te bepalen of ze vanaf dat jaar inwoners met een laag inkomen nog steeds een korting willen aanbieden op hun zorgverzekering, zie punt 5.)

Maar tot 2023 kun je bij je aanvraag nog aankruisen dat je tot zo'n collectiviteit behoort. Wij hebben overigens van verschillende kanten gehoord dat verzekeraars niet controleren of je er ook echt toe behoort.

Check wel of je met die collectiviteitskorting iets opschiet, want wij horen geregeld verhalen van mensen die – zelfs inclusief die korting – meer betalen voor zo'n collectieve verzekering dan ze zouden betalen als ze gewoon zelf een polis hadden uitgekozen.

Hier vind je meer info over collectiviteitskortingen:

<https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/collectieve-zorgverzekering/2020>

9 Kun je je korting krijgen als je je verzekering afsluit via een vergelijkingswebsite?

Bij een aantal vergelijkingswebsites kun je op een aantal verzekeringen korting krijgen als je de verzekering via hen afsluit. Hier vindt je de kortingen op een rijtje:

- [kortingen via Independer](#)
- [kortingen via Consumentenbond](#)
- [kortingen via Zorgkiezer](#)

10 Wil je je eigen risico zo laag mogelijk houden?

Het eigen risico is volgend jaar € 385. Daar kom je niet onderuit. Je kunt ervoor kiezen om dit vrijwillig te verhogen. Als je lyme hebt, heb je waarschijnlijk geregeld zorgkosten en dan is het voordeliger om dit eigen risico niet te verhogen.

11 Wil je je eigen risico gespreid betalen?

Kun je je eigen risico niet in één keer betalen? Maak dan een afspraak met je zorgverzekeraar om het bedrag gespreid te betalen. Meestal moet je hier zelf contact voor opnemen met je zorgverzekeraar, en doorgaans moet dat aan het begin van het jaar. Het verschilt per verzekeraar wat de mogelijkheden zijn. Bij [independer.nl](https://www.independer.nl) geeft de

vergelijkingstool aan bij welke verzekeraars dat kan. Als dit voor jou belangrijk is, neem dan contact op met de verzekeraar die je op het oog hebt voordat je eventueel overstapt.

12 Geeft je verzekering korting bij jaarbetaling?

Op een spaarrekening krijg je tegenwoordig bijna geen rente meer. Dus als je het geld hebt of kunt lenen van iemand in je omgeving: veel verzekeraars geven 1% of 2% en sommige zelfs 3% korting als je de premie niet per maand, maar per jaar betaalt. Stel dat je met aanvullende verzekeringen erbij € 1.800 per jaar betaalt en je krijgt 2% korting, dan scheelt dat € 36. [Overzicht van korting bij jaarbetaling per verzekeraar](#)

13 Zeg je verzekering pas op nadat je geaccepteerd bent bij je nieuwe zorgverzekeraar.

Voor de basisverzekering geldt een verplichte acceptatie, maar voor aanvullende verzekeringen mogen de verzekeraars iemand weigeren of een wachttijd hanteren of aanvullende gezondheidsvragen stellen. Geef bij een acceptatieprocedure altijd eerlijk antwoord op alle vragen, maar beantwoord alleen de vragen die gesteld worden. Geef geen uitgebreide verklaring, dat is nergens voor nodig. In dit [overzicht staat welke zorgverzekeraars acceptatieregels toepassen](#).

We wensen je heel veel succes.