

Gelijke toegang tot zorg voor minima

Jasper J. van Dijk
Janine Wegh

Instituut
voor

Publieke
Economie

Het Instituut voor Publieke Economie (IPE) is een onafhankelijke denktank. Wij publiceren onderzoek en analyses over economisch beleid. Zo maken we complexe onderwerpen toegankelijk, brengen we nieuwe ideeën onder de aandacht en mengen we ons in het debat. We werken daarbij samen met academische, journalistieke, ambtelijke en politieke instellingen.

Nederland heeft behoefte aan onafhankelijke economische analyse. Op tal van onderwerpen zien we beleid dat stuurloos lijkt. Denk aan ons begrotingsbeleid, dat binnen enkele jaren sterk is verkapt en vervolgens weer verruimd. Of ons belastingstelsel, dat elk jaar minder samenhang lijkt te kennen. Ten slotte vraagt de economie van de toekomst om denkkracht, bijvoorbeeld als het gaat om industriepolitiek of digitalisering.

Wij maken complexe onderwerpen toegankelijk en transparant. Zo zetten we ondergewaardeerde onderwerpen op de agenda. Informatie blijft nu vaak besloten binnen ministeries en overheidsinstanties. Wij vinden dat richtinggevende keuzes een open debat verdienen, omdat beter begrip leidt tot betere politiek.

Wij werken nieuwe ideeën uit. Die ruimte hebben we omdat we niet gebonden zijn aan Haagse besluitvorming. Omdat we onafhankelijk zijn van politiek of ambtenarij, kunnen we ons eigen oordeel vormen. Daarbij richten we ons op de lange termijn, die te vaak ten onder gaat in het hier en nu.

Wij komen op voor het publieke belang. Beleid wordt beïnvloed door deelbelangen. Dat is niet gek: als er veel op het spel staat voor enkelen, verheffen zij hun stem via belangengroepen en lobbyisten. Dat kan ten koste gaan van anderen. Daarom melden wij ons, als het publieke belang erom vraagt.

Zo versterken wij onze democratie.

Het is toegestaan om door IPE uitgegeven publicaties te gebruiken of hergebruiken. Wel vragen wij u om IPE als bron te vermelden. Op onze publicaties is de Creative Commons licentie: [CC BY-ND 4.0](#) van toepassing.



Gelijke toegang tot zorg voor minima

Voorstel voor een landelijk alternatief voor de versnipperde gemeentepolis

September 2026

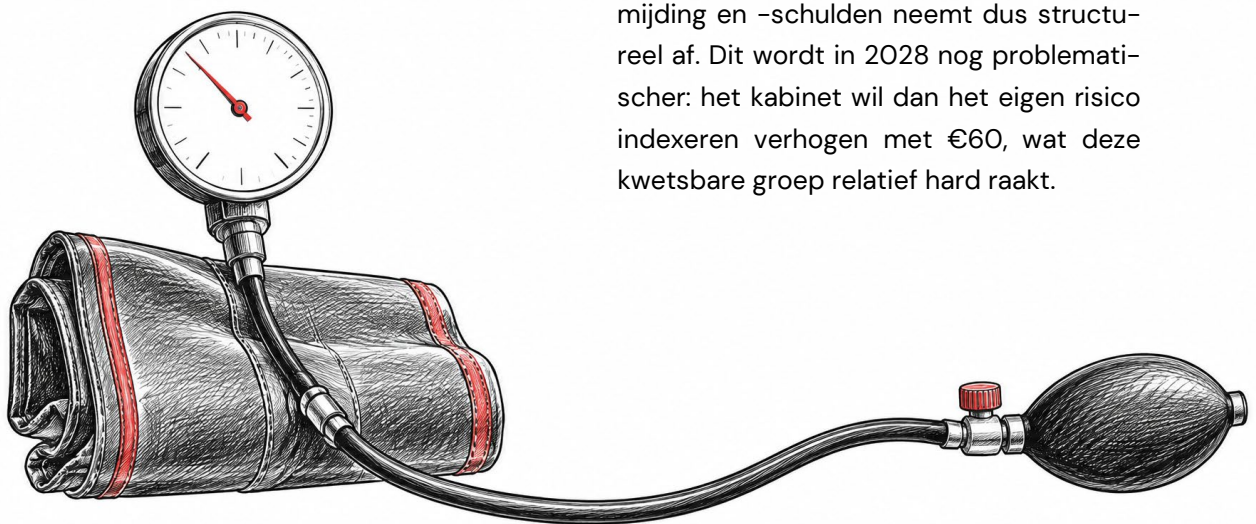
In het kort

Het is in ieders belang dat toegang tot zorg gegarandeerd is, ongeacht iemands portemonnee. Mensen in armoede gaan minder vaak naar de dokter. Ook is hun gezondheid gemiddeld slechter en belanden ze vaker in de schulden wanneer ze wel naar de dokter moeten. Dit is niet alleen schadelijk voor henzelf, maar ook voor de rest van de maatschappij. Zieke mensen werken minder, uitgestelde zorg is vaak veel duurder, en schulden leiden tot grote maatschappelijke kosten.

Veel gemeenten bestrijden zorgmijding en -schulden met een gemeentepolis. Dit is een speciale zorgverzekering met een brede dekking, waaronder minder of geen eigen betalingen, waar 580.000 mensen gebruik van maken in 2026. Hoewel die dekking vaak relatief voordelig wordt aangeboden, heeft deze polis nog steeds een forse premie die voor de doelgroep moeilijk is op te brengen. De meeste gemeenten betalen daarom mee aan die premie.

Bescherming via de gemeentepolis hangt af van iemands woonplaats. Gelijkaardige toegang tot zorg is een fundamenteel onderdeel van bestaanszekerheid en de tarieven in de zorg zijn daarom landelijk vastgelegd. Mensen met dezelfde ziekte hebben in iedere gemeente dezelfde kosten, maar de ondersteuning kent grote verschillen. Zo zijn er 34 gemeenten zonder gemeentepolis en zijn er grote verschillen in de premiebijdrage in de overige gemeenten. 83 gemeenten betalen €40 of meer per maand, 53 gemeenten betalen minder dan €20 en de overige 167 zitten ertussenin. We schatten dat er 160.000 minima zijn die geen gebruikmaken van de gemeentepolis omdat hun gemeente deze niet heeft, of voor hen te weinig meebetaalt aan de premie.

Het aanbod en het gebruik van de gemeentepolis nemen daarnaast al jaren af. Het aandeel gemeenten zonder een gemeentepolis is de afgelopen tien jaar vertienvoudigd. De bescherming tegen zorgmijding en -schulden neemt dus structureel af. Dit wordt in 2028 nog problematischer: het kabinet wil dan het eigen risico indexeren verhogen met €60, wat deze kwetsbare groep relatief hard raakt.



Het uitbreiden van de huidige gemeentepolis is niet de juiste route. Er kan gekozen worden om een minimale premiebijdrage vast te stellen. Maar dan nemen de verschillen tussen gemeenten met en zonder gemeentepolis toe, en is het risico groot dat meer gemeenten met de polis stoppen. Een alternatief is om alle gemeenten te verplichten tot het aanbieden van een gemeentepolis. Dit ontnemt veel gemeenten echter hun toch al schaarse onderhandelingsruimte richting zorgverzekeraars. Bij beide oplossingen blijft niet-gebruik daarnaast een probleem. Een groep die baat zou hebben bij de gemeentepolis, maakt er bijvoorbeeld geen gebruik van; bijvoorbeeld omdat ze niet weten dat de regeling bestaat, omdat ze de overheid niet vertrouwen of omdat ze de formulieren niet snappen.

Wij adviseren om de gemeentepolis af te schaffen en de bescherming van mensen in armoede tegen hoge zorgkosten landelijk te regelen. Iedereen met een laag inkomen wordt in ons voorstel automatisch vrijgesteld van eigen betalingen in het basispakket. De Rijksoverheid betaalt mee aan de premie van een aanvullende verzekering voor ten minste mondzorg, fysiotherapie en een bril of contactlenzen. Samen doen deze twee maatregelen wat de gemeentepolis nu ook doet, maar dan grotendeels automatisch en voor iedereen in Nederland hetzelfde.

Over de auteurs

Jasper J. van Dijk

Jasper is onderzoeksleider sociaal beleid bij IPE. Hij was eerder verantwoordelijk voor onder andere het IPE-rapport *Eerlijker en eenvoudiger armoedebelief*. Eerder werkte hij bij het ministerie van Financiën en de Boston Consulting Group. Hij promoveerde in de economie aan de universiteit van Oxford.



Janine Wegh

Janine liep een half jaar stage bij IPE tijdens haar studie Policy Economics aan de Erasmus Universiteit. Ze heeft een bachelor Economics and Business Economics van de Radboud Universiteit.

Dankwoord

Dit rapport had niet geschreven kunnen worden zonder de waardevolle expertise, inzichten en kritiek van alle mensen die we hierover hebben gesproken. Maar wij blijven vanzelfsprekend zelf verantwoordelijk voor de inhoud, conclusies en eventuele fouten. Wij danken in het bijzonder:

Jeroen Boerman

Senior Beleidsadviseur, MinSZW

Maarten Cornet

Plv. directeur Zorgverzekeringen, MinVWS

Jasper H. van Dijk

Onderzoeksleider, IPE

Judith Gunnink

Director, Rebel

Niels de Haan

Beleidsadviseur W&I, gemeente Utrecht

Prof. dr. Patrick Jeurissen

Hoogleraar Healthcare Finance and Systems, Radboudumc

Radboud Koning

Senior onderzoeker / adviseur, Rebel

Prof. dr. Xander Koolman

Hoogleraar Gezondheidseconomie, Vrije Universiteit Amsterdam

Jako Papac

Directeur, DSW Zorgverzekeraar

Joline van de Rijt

Senior beleidsmedewerker, MinVWS

Prof. dr. Erik Schut

Hoogleraar Health Economics & Health Policy, Erasmus Universiteit Rotterdam

Wouter Snel

Senior beleidsadviseur Bestaanszekerheid, Directie Inclusieve Samenleving, VNG

Han Tanis

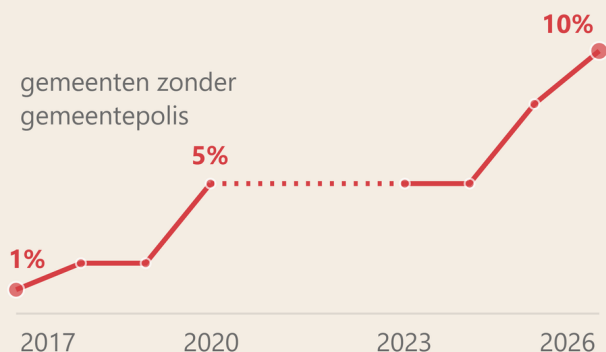
Directeur Finance & IT, Zilveren Kruis

Prof. dr. Marco Varkevisser

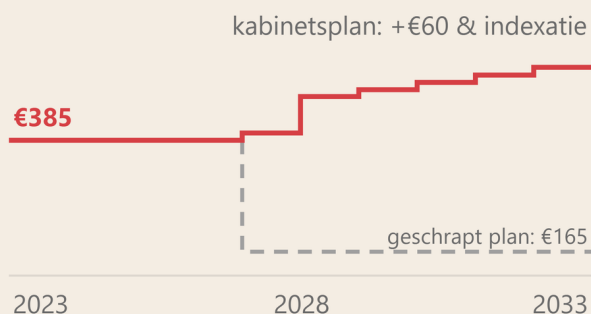
Hoogleraar Marktordening in de Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

Regel de bescherming tegen hoge zorgkosten landelijk

1 Steeds minder gemeentepolissen



2 Tegelijk stijgt het eigen risico met €60



3 Zorgkosten leiden al tot gemeden zorg



2 op de 5

hebben moeite met het betalen van zorgkosten

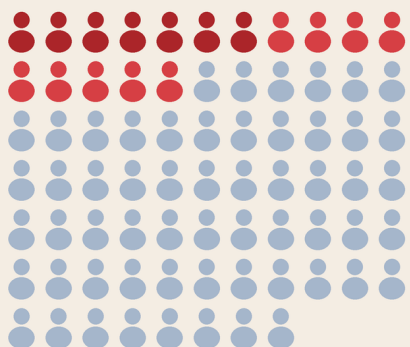


1 op de 3

van hen stelt zorg uit, mijdt zorg of past die aan

5 160.000 mensen missen de polis door hun gemeente

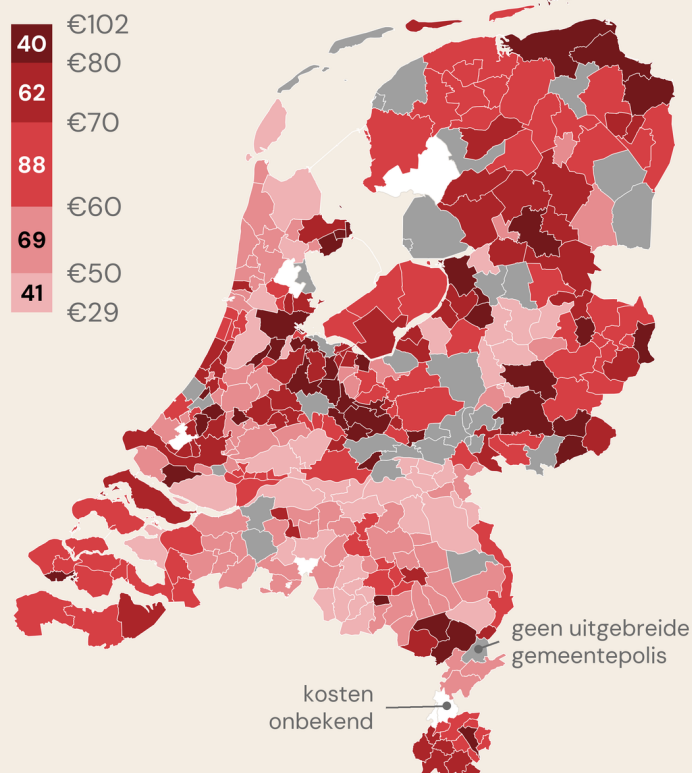
1 poppetje = 10.000 mensen



- 70.000 de gemeente biedt geen polis
- 90.000 de bijdrage is (te) laag
- 580.000 met gemeentepolis

4 De gemeentepolis moet dit tegengaan, maar is in veel gemeenten duur of niet beschikbaar

netto kosten per maand



6 Daarom: een landelijke bodem in plaats van 308 lokale regelingen

Gemeentepolis

308 gemeentelijke regelingen, alleen op aanvraag

Het IPE-voorstel: landelijke oplossing voor alle minima

1 Automatische vrijstelling

geen eigen betalingen in het basispakket, zonder aanvraag

2 Landelijke premiebijdrage

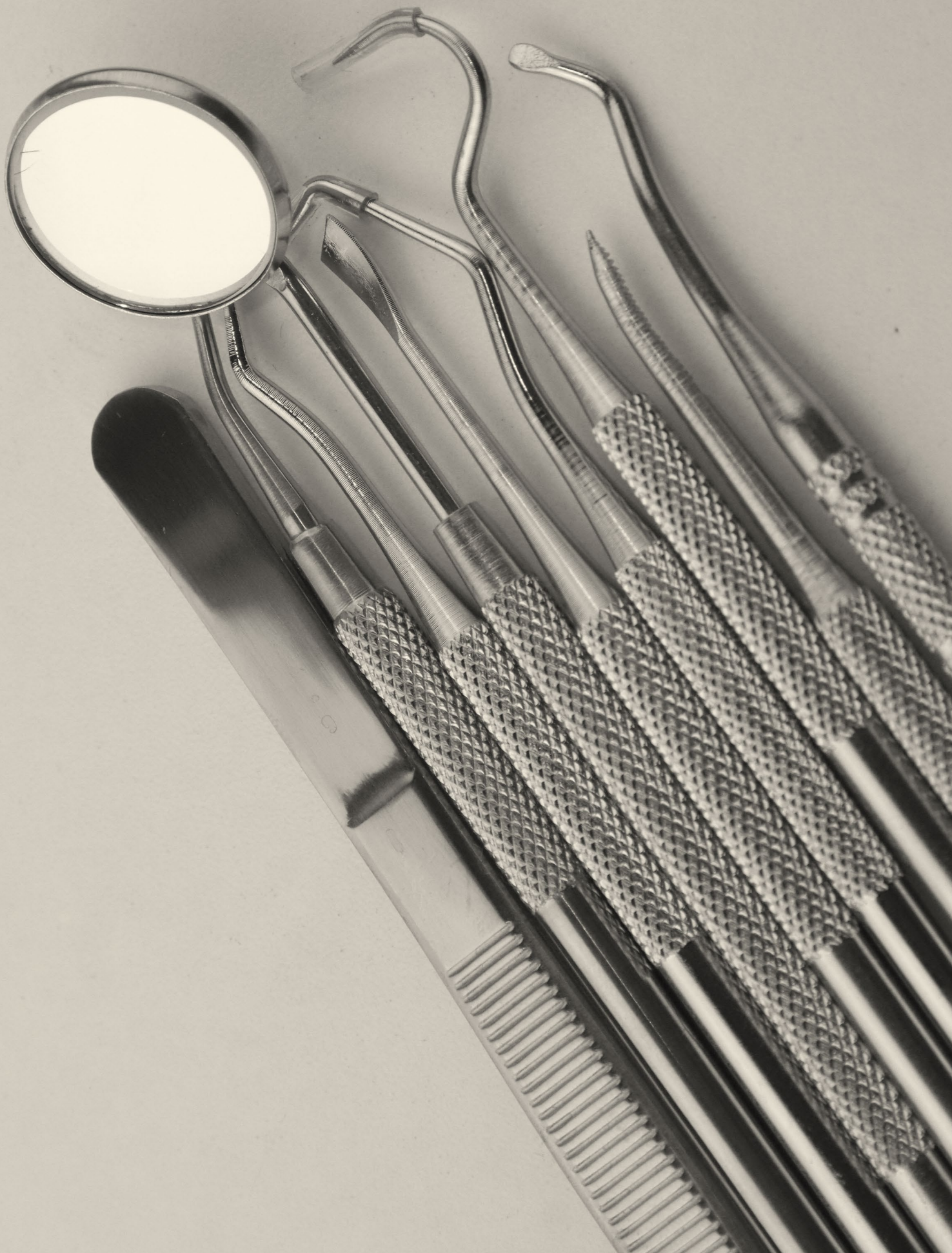
Rijk betaalt mee aan de aanvullende verzekering: mondzorg, fysiotherapie, bril

Inhoudsopgave

In het kort	2
Over de auteurs	3
Dankwoord	4
1 Mensen met lage inkomens worstelen met hoge zorgkosten	9
2 De gemeentepolis voorkomt schulden en zorgmijding	11
2.1 Geen eigen betalingen en relatief kleine marges	11
2.2 Gemeentepolis voorkomt zorgmijding en schulden	12
2.3 De gemeentepolis bespaart gemeenten tijd	13
3 Grote lokale verschillen en weinig sturing vanuit de overheid	15
3.1 Toegang en betaalbaarheid hangt af van de gemeente	15
3.2 Beperkte grip op vormgeving gemeentepolis	17
4 Manieren om voor meer minima eigen betalingen tegen te gaan	21
Optie A. De gemeentepolis standaardiseren	23
Optie B. De gemeentepolis verplichten	24
Optie C. Geen eigen betalingen voor minima	24
Optie D. Gemeentepolis vervangen door landelijke premiebijdrage	26
Optie E. Geen eigen betalingen en landelijke premiebijdrage	27
5 Garandeer landelijk voor alle minima zorg zonder eigen betalingen	29
5.1 Gezondheid en schulden	31
5.2 Rechtvaardigheid en herverdeling	35
5.3 Sturing	38
5.4 Kosten	43
5.5 Conclusie	47
Bronnen	49
Bijlage 1: Premie gemeentepolissen	51

Bijlage 2: Hoe verschilt de dekking tussen Menzis, CZ, VGZ en Univé?	57
Bijlage 3: Fasering landelijke bijdrage aan zorgpolis voor minima	59
Bijlage 4: Berekeningen	61





1 Mensen met lage inkomens worstelen met hoge zorgkosten

Voor mensen met een laag inkomen liggen schulden en zorgmijding op de loer – zeker als het eigen risico stijgt. De gemeentepolis biedt uitkomst, maar steeds minder gemeenten bieden deze aan.

Nederland heeft een toegankelijk zorgstelsel van hoge kwaliteit, waarbij eigen betalingen horen. De meeste zorgkosten worden vergoed via de verplichte basisverzekering, maar binnen het basispakket zijn er ook eigen betalingen – zoals het eigen risico. Deze betalingen moeten verzekerden kostenbewust maken, en onnodig zorggebruik voorkomen.¹ Zorg buiten het basispakket wordt standaard niet vergoed. 80% van de verzekerden sluit voor een deel van deze kosten een aanvullende verzekering af.²

Maar deze eigen betalingen kunnen schulden en zorgmijding veroorzaken bij mensen in armoede. 40% van de Nederlanders heeft moeite met het betalen van zorgrekeningen³ en huishoudens belanden in de schulden na onverwachte zorgkosten.⁴ Daarnaast gaat deze groep vanwege de kosten soms niet naar de tandarts of dokter, wanneer dat wel nodig is.^{5,6,7} Aan zorg waaraan ze zelf moeten meebetalen, geven huishoudens met minder financiële middelen volgens recent onderzoek van het Centraal Planbureau (CPB) minder uit. Dit verschil is er niet voor bezoeken aan de huisarts, die volledig vergoed worden.⁸ Het CPB benoemt specifiek het verplichte eigen risico als oorzaak van schulden en zorgmijding.⁹

Terwijl steeds minder gemeenten schulden en zorgmijding tegengaan met een gemeentepolis, wil het kabinet het eigen risico verhogen. Het kabinet wil het eigen risico indexeren en verhogen met €60, wat mensen in armoede het hardst raakt.^{10,11} Als oplossing hiervoor leunt het kabinet, naast een gedeeltelijke compensatie via de zorgtoeslag, op de gemeentepolis.¹² Maar deze regeling verschilt sterk per gemeente en bovendien doen steeds minder gemeenten mee. Het aandeel gemeenten zonder gemeentepolis steeg in de afgelopen tien jaar van 1% naar 10%. Niet voor niets waarschuwt de Raad van State het Rijk dat het doorverwijzen naar de gemeentepolis verwachtingen wekt die gemeenten misschien niet waarmaken.¹³

Wij verkennen in dit rapport alternatieven voor de gemeentepolis. In hoofdstuk 2 beschrijven we hoe de gemeentepolis werkt en wat de voordelen zijn ten opzichte van de bijzondere bijstand. In hoofdstuk 3 gaan we in op de grote verschillen tussen gemeenten en de grip van gemeenten op deze polis. Ten slotte werken we vijf alternatieve beleidsopties uit in hoofdstuk 4, die we in hoofdstuk 5 met elkaar vergelijken om vervolgens de beste te kiezen.



2 De gemeentepolis voorkomt schulden en zorgmijding

De gemeentepolis voorkomt in zijn huidige vorm schulden en zorgmijding, en beperkt administratieve lasten bij gemeenten.

2.1 Geen eigen betalingen en relatief kleine marges

308 gemeenten bieden inwoners met een laag inkomen een collectieve aanvullende zorgverzekering, beter bekend als de gemeentepolis.* De gemeentepolis combineert een basisverzekering met een speciale aanvullende verzekering die alleen toegankelijk is voor mensen met een inkomen van meestal maximaal 120%–130% van de bijstand. De gemeente maakt hiervoor afspraken met een zorgverzekeraar, die enkele door de gemeente goedgekeurde polissen aanbiedt. De aanvraag loopt vervolgens via de gemeente, die meebetaalt aan de premie. Vaak kunnen inwoners kiezen uit drie pakketten met een verschillende dekking. Veelvoorkomende onderdelen zijn relatief uitgebreide dekkingen voor de tandarts en fysiotherapeut; verzekering – eigenlijk herverzekering – van het eigen risico; en dekking van eigen betalingen aan medicijnen, kraamzorg, ziekenvervoer of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De huidige gemeentepolis is vastgelegd in de Participatiewet als vorm van ‘categoriale bijstand’.¹⁴ Dit betekent dat de gemeente inwoners geld mag geven voor de gemeentepolis, zonder dat inwoners hoeven aan te tonen dat ze gebruik hebben gemaakt van zorg.

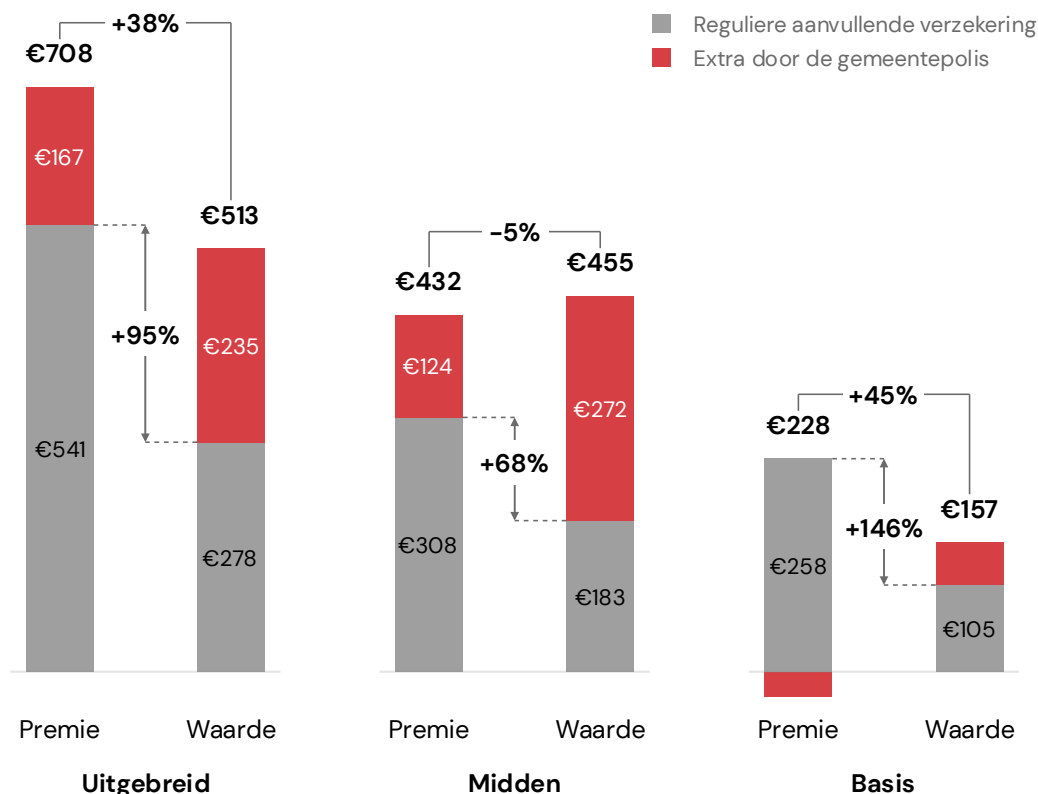
Soms zit er in de gemeentepolis ook een budget voor preventie.¹⁵

De aanvullende dekking van de gemeentepolis wordt met een relatief kleine marge aangeboden. Zorgweb heeft de gemiddelde waarde van de zorg in de gemeentepolis berekend (zie figuur 2.1).¹⁶ Voor de uitgebreide variant is dit €513, hierbij hoort een premie van €708 per jaar. Zorgweb legde dit naast de meest vergelijkbare reguliere aanvullende verzekeringen. Deze hadden een gemiddelde waarde van €278 en een premie van €541. De extra waarde van de gemeentepolis is dus €235, terwijl de premie slechts €167 per jaar hoger ligt. De waarde neemt daarmee harder toe dan de premie, terwijl bij reguliere verzekeringen de extra premie altijd boven de waarde moet liggen. Tijdens onze interviews met vijf verzekeraars (Achmea, VGZ, CZ, Menzis en DSW) gaven de meeste aan dat ze uit maatschappelijk oogpunt kiezen voor een kleinere marge bij de gemeentepolis dan bij hun andere polissen.

*BS&F en het Zorginstituut telden 309 gemeenten met een gemeentepolis (33 zonder) voor 2026. Wij telden er 308: één gemeente noemt op haar website reguliere, vrij beschikbare aanvullende verzekeringen een ‘gemeentepolis’, maar dit is naar onze definitie geen gemeentepolis.

Figuur 2.1. Op de gemeentepolis is de marge veel kleiner

Jaarpremie en waarde van de gedekte zorg, per verzekerde



Bron: Zorgweb (2026) ZIN Data-analyse en IPE-analyse.

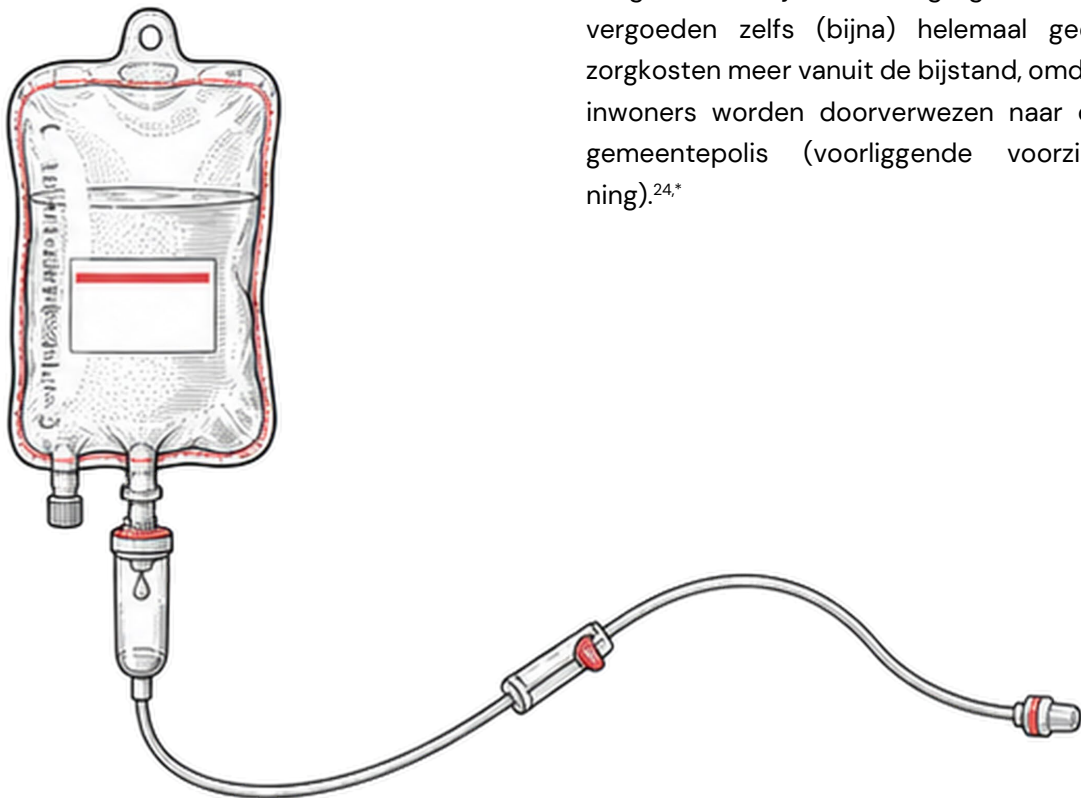
2.2 Gemeentepolis voorkomt zorgmijding en schulden

De gemeentepolis kan gezondheidsproblemen voorkomen die ontstaan door zorgmijding.^{17,18} Door de ruimere dekking hoeven mensen niet bij te betalen wanneer ze medicijnen kopen of naar de dokter of tandarts gaan. Daardoor is geld geen directe overweging meer bij de keuze om wel of geen zorg te gebruiken. Bij reguliere aanvullende verzekeringen is zo'n uitgebreide dekking maar gedeeltelijk mogelijk. Volgens het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) is het huidige eigen risico van €385 voor 7% van de mensen een belemmering om noodzakelijke zorg te gebruiken, en neemt dit toe tot 16% als het eigen risico wordt verhoogd naar €460.¹⁹

De gemeentepolis voorkomt schulden.

De ruime dekking en de (her)verzekering van het eigen risico en andere eigen betalingen voorkomt dat mensen plots grote zorguitgaven moeten doen die ze eigenlijk niet kunnen betalen.^{20,21} Daarnaast kunnen gemeenten de zorgpremie inhouden op de bijstand, wat wanbetaling en schuldbouw bij de zorgverzekeraar voorkomt, en dus voor beide partijen gunstig is. Daarnaast zijn er ook maatschappelijke baten: schuldenproblematiek kost de samenleving nu ten minste €8,5 miljard per jaar.²²

De gemeentepolis geeft lage inkomens die vanwege een wanbetalersregeling of bestaande klachten worden uitgesloten, toch toegang tot een aanvullende zorgverzekering. Zorgverzekeraars kunnen mensen in een wanbetalersregeling weigeren voor hun aanvullende verzekeringen, net als mensen met bijvoorbeeld een slecht gebit. De gemeentepolis geeft deze mensen toch toegang middels betalingsregelingen en een acceptatieplicht. Dit maakt het mogelijk voor zorgmijders om toch hulp te krijgen en kan bij mensen met betalingsachterstanden verdere schulden voorkomen.



2.3 De gemeentepolis bespaart gemeenten tijd

De druk op de individuele bijzondere bijstand is dankzij de gemeentepolis lager. Inwoners kunnen via de individuele bijzondere bijstand een vergoeding aanvragen voor zorgkosten die zij niet kunnen opbrengen. De behandeling van die aanvragen is voor gemeenten tijdrovend. Wanneer mensen zich verzekeren via de gemeentepolis, neemt deze werklast af: de uitvoering van de gemeentepolis ligt immers bij de verzekeraar en ook het aanvragen is relatief laagdrempelig. Behalve dat dit prettig is voor inwoners, bespaart het de gemeente tijd.²³ Sommige gemeenten vergoeden zelfs (bijna) helemaal geen zorgkosten meer vanuit de bijstand, omdat inwoners worden doorverwezen naar de gemeentepolis (voorliggende voorziening).^{24,*}

* De Centrale Raad van Beroep oordeelde in 2025 bovendien dat tandartskosten niet via de bijzondere bijstand vergoed mogen worden, omdat de Zorgverzekeringswet als voorliggende voorziening geldt. Daardoor is voor tandartskosten een (aanvullende) verzekering de enige route en wordt een goed toegankelijke aanvullende verzekering voor minima des te belangrijker.



3 Grote lokale verschillen en weinig sturing vanuit de overheid

De gemeentepolis verschilt sterk per gemeente en steeds minder gemeenten bieden er één aan. Ook functioneert de gemeentepolis maar beperkt als een markt: de meeste gemeenten hebben weinig keuze tussen verzekeraars, en beperkte invloed op de dekking.

3.1 Toegang en betaalbaarheid verschilt per gemeente

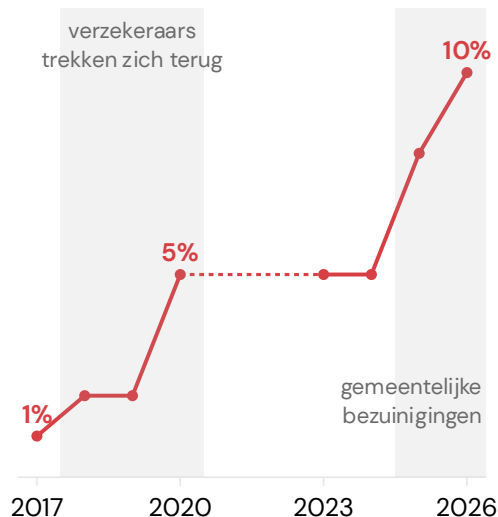
Gemeenten kunnen op vier vlakken van elkaar verschillen bij de gemeentepolis.

(1) Of er een gemeentepolis wordt aangeboden; (2) de financiële compensatie van de premie van de gemeentepolis; (3) de inhoud van de aangeboden pakketten en tot slot (4) de inkomensgrens waarbij er recht is op de gemeentepolis.

13% van de mensen met een laag inkomen woont in een gemeente zonder gemeentepolis. In 2026 zijn er 34 gemeenten zonder gemeentepolis. In deze gemeenten wonen bij elkaar opgeteld 225.000 (190.000) mensen in een huishouden met een inkomen onder 130% (120%) van het sociaal minimum.²⁵ Landelijk gaat het om 1,8 (1,4) miljoen mensen, oftewel 13% van de mensen met een laag inkomen. Figuur 3.1 laat zien hoe het aantal gemeenten zonder gemeentepolis zich heeft ontwikkeld. In 2017 waren er nog maar vier gemeenten zonder gemeentepolis. Van 2018 tot 2020 nam dat aantal gemeenten toe doordat verzekeraars verlieten leden op de gemeentepolis. Vooral Zilveren Kruis en Menzis boden hem toen in minder gemeenten aan.^{26,27} Sinds 2025 neemt het aantal gemeenten zonder polis opnieuw toe, maar dit keer door bezuinigingen van gemeenten.²⁸

Figuur 3.1. Aandeel zonder gemeentepolis vertienvoudigd

Aandeel van alle gemeenten zonder gemeentepolis

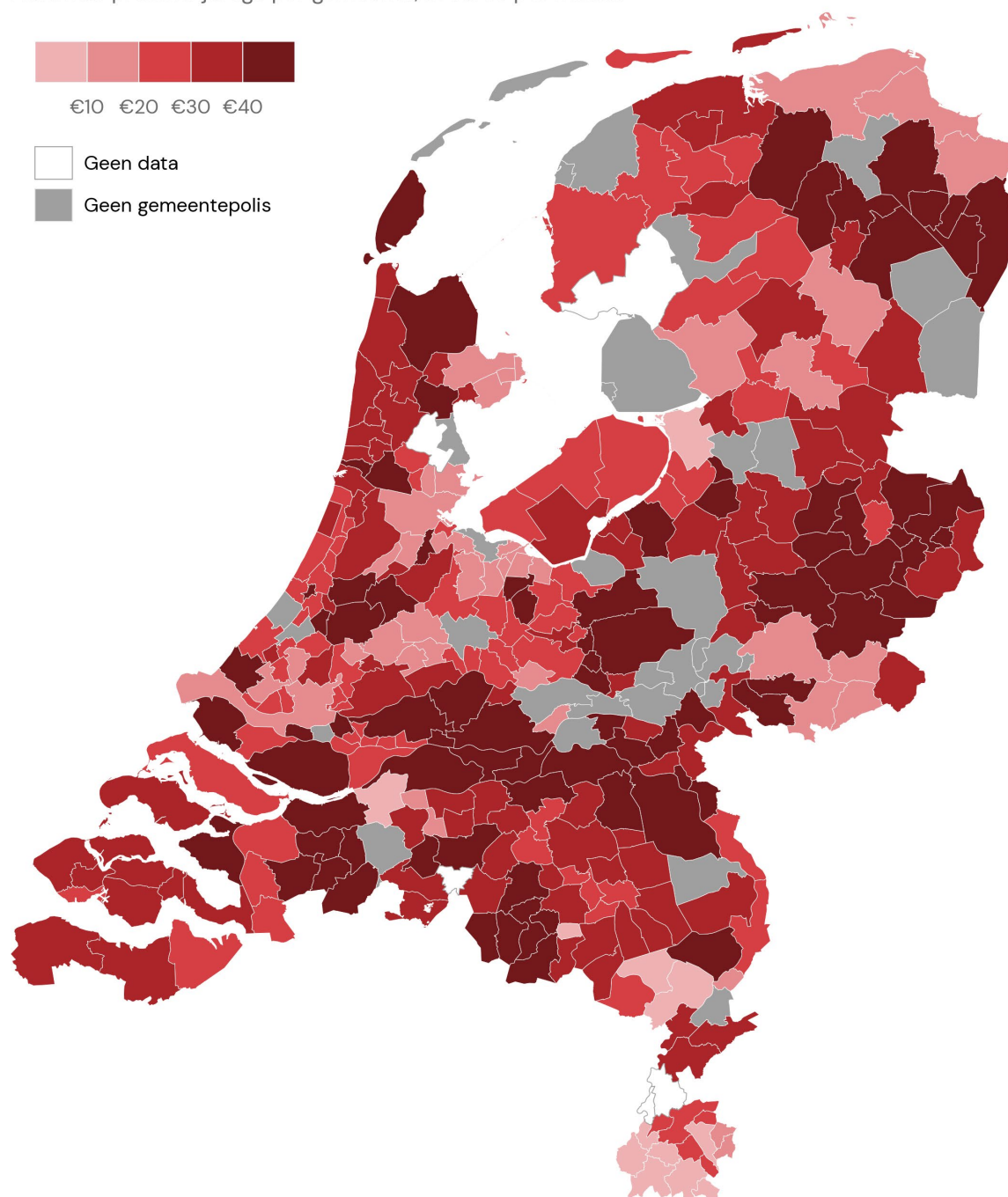


Bron: Zorgweb, BS&F en IPE-analyse.

Voor de mensen die wél toegang hebben, verschilt de gemeentelijke bijdrage aanzienlijk. Gemeenten mogen namelijk zelf bepalen hoeveel ze meebetalen aan de premie voor de gemeentepolis. Figuur 3.2 laat de landelijke verdeling van de maximale premiebijdrage zien: 83 gemeenten betalen €40 of meer per maand, 53 gemeenten betalen minder dan €20 en de overige 167 zitten ertussenin. Hierdoor kan de netto maandpremie voor dezelfde dekking verschillen van €23,75 in Zaanstad tot €84,15 in Waalre (zie bijlage 1). En dat is nog zonder de kosten voor de verplichte basisverzekering. Deze 'postcodeloterij'²⁹ heeft een directe invloed op de toegankelijkheid

Figuur 3.2. Gemeentelijke bijdrage loopt uiteen van €0 tot €67 per maand

Maximale premiebijdrage per gemeente, in euro's per maand



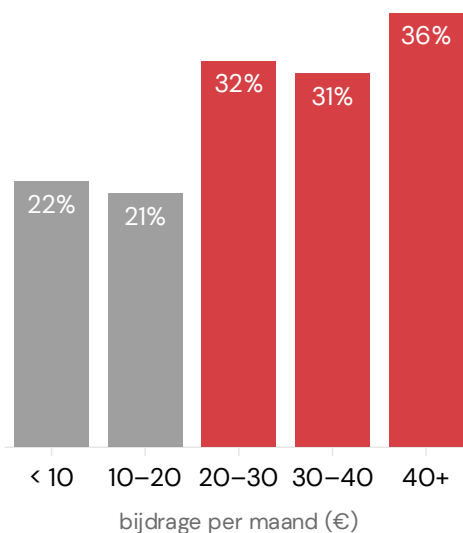
Bron: Gemeentewebsites, gezondverzekerd.nl en IPE-analyse.

van de gemeentepolis.³⁰ Zo ligt het gebruik van de gemeentepolis 50% hoger in gemeenten met een ruimere bijdrage, zie figuur 3.3.³¹

De pakketten zelf verschillen nauwelijks tussen gemeenten. We hebben de uitgebreide pakketten vergeleken van de vier grootste aanbieders van de gemeentepolis, Menzis, CZ, VGZ en Univé. Deze pakketten zijn beschikbaar in driekwart van de gemeenten met een gemeentepolis, waarbij het uitgebreide pakket in twee derde van de gevallen wordt gekozen.³² Deze pakketten bevatten allemaal de optie om het eigen risico te verzekeren en bieden een vergoeding voor mondzorg, fysiotherapie en 'ooghulpmiddelen' zoals een bril – plus de vergoeding van verschillende eigen bijdragen. Er zijn wel verschillen, maar die zitten in de precieze bedragen (zie bijlage 2).

Figuur 3.3. Gebruik neemt toe vanaf €20 premiebijdrage

Aandeel van de doelgroep met een polis, per bijdrageklasse, 2026



Bron: Zorginstituut Nederland (2026) De gemeentepolis gewogen en IPE-analyse.

Ook de inkomensgrenzen tussen gemeenten verschillen maar beperkt. Gemeenten mogen zelf bepalen tot welk inkomen inwoners toegang krijgen tot de gemeentepolis. Meestal bepalen ze dit ten opzichte van het sociaal minimum (de voornaamste uitzondering is Rotterdam, dat zich baseert op het minimumloon). Er zijn ook gemeenten die vermogensgrenzen stellen, maar dit komt zelden voor. De verschillen in inkomensgrenzen zijn beperkt. Bij 86% van de gemeenten met een gemeentepolis ligt de eis om in aanmerking te komen voor de gemeentepolis op 120 tot 130% van de bijstand.

3.2 Beperkte grip op vormgeving gemeentepolis

Gemeenten hebben weinig invloed op de premie en het pakket. Op papier is er marktwerking rond de gemeentepolis: gemeenten kunnen een aanbesteding uitschrijven, waarbij verschillende verzekeraars een aanbod doen. De gemeente kiest vervolgens het aanbod dat voor hun inwoners het aantrekkelijkst is. Maar gemeenten geven aan dat deze marktwerking in de praktijk beperkt is.³³ Ze krijgen vaak maar één aanbod. Dan valt er weinig te onderhandelen –bijvoorbeeld over de premie of de samenstelling van het pakket – en resteert alleen de keuze tussen wél of geen gemeentepolis. De oorzaak is dat verzekeraars vooral interesse hebben in het aanbieden van de gemeentepolis in een gebied waar zij al veel verzekerden hebben, omdat ze daar makkelijker kandidaten kunnen vinden voor de gemeentepolis. Uitbreiden is minder aantrekkelijk, omdat verzekeraars op gemeentepolissen geen winst maken en soms zelfs een beetje

verlies lijden.* Dit is ook terug te zien op de kaart van Nederland (zie box 1). In de 234 roodgekleurde gemeenten wordt de gemeentepolis verzorgd door de verzekeraar met het grootste marktaandeel. In de gemeenten die hiervan afwijken, gaat het vaak ook niet om concurrentie, maar om een marktleider die zich heeft teruggetrokken.

Gemeenten hebben geen invloed op de herverdeling door zorgverzekeraars. Zoals we in §2.1 schreven, bieden zorgverzekeraars de gemeentepolis aan met een relatief kleine marge (38% voor de uitgebreide gemeentepolis, zie figuur 2.1). Hierdoor moeten ze een hogere marge rekenen voor hun reguliere aanvullende verzekeringen (95%), om hun kosten te kunnen blijven dekken – de meeste verzekeraars hebben geen winstoogmerk. Dit is een herverdeling tussen twee groepen verzekerden (lage en hoge inkomens) op initiatief van de verzekeraars. Dit hoort eigenlijk niet thuis in een competitieve markt, maar in de gereguleerde zorgverzekeringsmarkt kan dit klaarblijkelijk wel. De overheid heeft hier geen grip op, waardoor de mate van solidariteit van de gemeentepolis afhankelijk is van de goodwill van zorgverzekeraars en niet is gegarandeerd in de toekomst.

Gemeenten hebben alleen indirect invloed op wie de gemeentepolis wel of niet gebruikt. De gemeente kan inwoners niet verplichten om een gemeentepolis af te sluiten. Door de hogere premie zullen mensen die lage zorgkosten verwachten, er minder snel gebruik van maken. Hierdoor zal het gemiddelde aan eigen betalingen altijd hoger liggen onder mensen met een gemeentepolis dan bij de gemiddelde Nederlander. Verzekeraars moeten dit meenemen in de premie, die daardoor hoger wordt en de gemeentepolis nog minder aantrekkelijk maakt, enzovoort. Gemeenten proberen dit effect, averechtse selectie, tegen te gaan door mee te betalen aan de premie.³⁴ Daarnaast kan de gemeente rijkere inwoners uitsluiten, de gemeentepolis als voorwaarde stellen in de individuele bijzondere bijstand, en investeren in voorlichting (want sommige mensen onderschatten hun zorgkosten of de rust die een gemeentepolis kan bieden). Maar hiermee heeft de gemeente nog steeds alleen maar indirect invloed.

Voor gemeenten is veronderstelde marktwerking tussen zorgverzekeraars in de praktijk laag tot afwezig: zorgverzekeraars blijven overwegend binnen het eigen 'kernwerkgebied'

– Zorginstituut³⁵

* Mensen met een gemeentepolis zijn gemiddeld vaker ziek. Zorgverzekeraars worden door de overheid via de risicoverevening gecompenseerd wanneer ze veel verzekerden hebben met een slechte gezondheid. Dit voorkomt dat ze zich alleen op gezonde mensen richten. Maar deze risicoverevening werkt niet volledig. Daarom maakten zorgverzekeraars lange tijd verlies op de basisverzekering voor mensen die ook een aanvullende gemeentepolis hadden. Dit is grotendeels opgelost met een aanpassing van de risicoverevening in 2024 (*constrained regression*). Er blijft wel een verschil tussen gemeenten; in sommige gemeenten is de basisverzekering bij de gemeentepolis nu kostenneutraal voor verzekeraars, in andere gemeenten blijft deze licht verlieslatend.

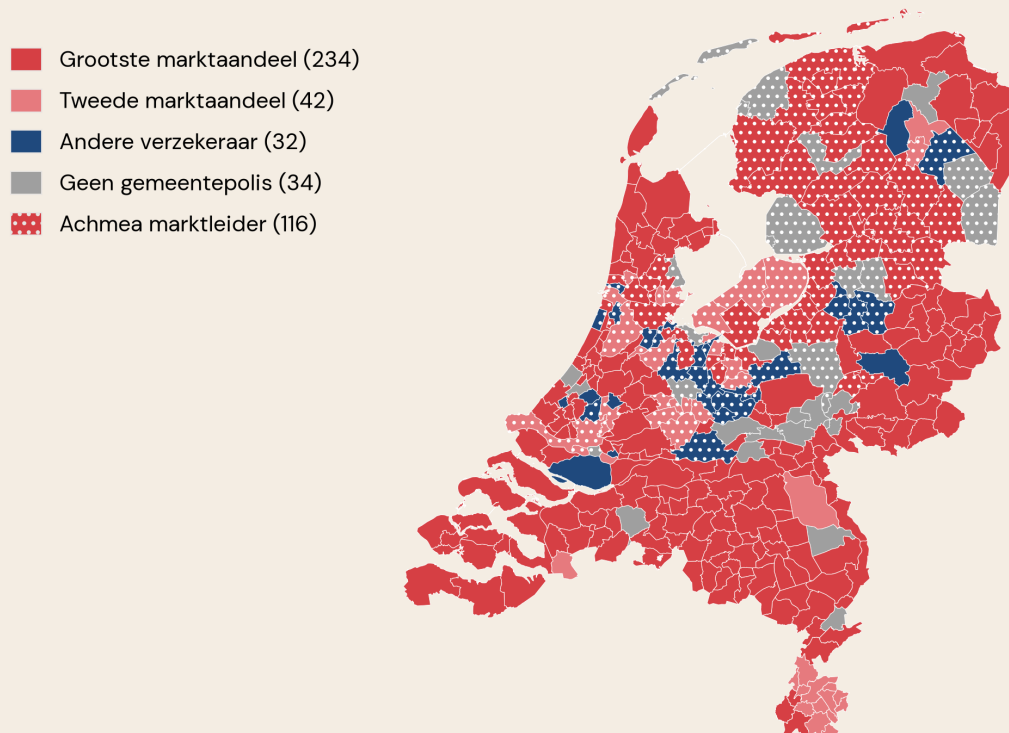
Box 1: Verdeling van de gemeentepolismarkt

Veel gemeenten krijgen alleen een aanbod voor de gemeentepolis van de zorgverzekeraar met het grootste lokale marktaandeel. Dit blijkt uit onze interviews met gemeenten en verzekeraars en is consistent met de landelijke data. Veruit de meeste gemeenten (234) hebben inderdaad een gemeentepolis die wordt verzorgd door de verzekeraar met het grootste marktaandeel. Waar dit niet zo is, lijkt dit vooral te maken te hebben met strategische keuzes van zorgverzekeraar Achmea (Zilveren Kruis en De Friesland): in 50 gemeenten waar Achmea marktleider is, biedt niet Achmea, maar een andere verzekeraar de gemeentepolis aan. Ook in de 34 gemeenten zonder gemeentepolis is Achmea – met 18 gemeenten – het vaakst marktleider. Er zijn ook 19 gemeenten waar CZ de grootste is, maar waar VGZ de gemeentepolis aanbiedt (in één geval samen met Menzis). Daarbuiten zijn er maar 5 gemeenten waar de gemeentepolis niet van de marktleider is.

De data sluit ook aan op de *fair-share*-gedachte. Vanaf 2018 ging Achmea (Zilveren Kruis) in minder gemeenten een gemeentepolis aanbieden.^{36,37} Om te voorkomen dat gemeenten zonder gemeentepolis kwamen te zitten, vulden andere gemeenten dit gat.³⁸ Dat zien we nu terug op de kaart in de vorm van gemeenten met Achmea als marktleider, maar met een andere verzekeraar die de gemeentepolis aanbiedt. Of gemeenten waar nu geen gemeentepolis meer is. Het onderling verdelen van de gemeentepolissen tussen verzekeraars wordt de *fair-share*-gedachte genoemd. In het begin vulde Menzis vooral de gaten die Achmea liet vallen, maar later trok ook Menzis zich meer terug en namen andere verzekeraars dit deels over.

Figuur 3.4. In 234 gemeenten levert de marktleider de gemeentepolis

Aanbieders van de gemeentepolis, ten opzichte van het lokale marktaandeel



Bron: Vektis, Zorgthermometer Verzekerden in beeld 2026; gemeentewebsites en IPE-analyse.



4 Manieren om voor meer minima eigen betalingen tegen te gaan

In dit hoofdstuk werken we vijf alternatieven uit die net als de gemeentepolis zorgmijding en schulden kunnen verminderen door eigen betalingen te voorkomen. In het volgende hoofdstuk zullen we deze opties vergelijken.

We zien vijf alternatieven voor de huidige gemeentepolis. Al deze opties zijn gericht op het voorkomen van eigen betalingen bij mensen met een laag inkomen. Dit is de meest directe manier om zorgmijding en schulden tegen te gaan. In hoofdstuk 2 lieten we zien dat dit is wat de gemeentepolis zo effectief maakt. We vonden geen andere methoden die binnen onze randvoorwaarden (zie box 2) pasten. In hoofdstuk 5 zullen we deze vijf beleidsopties evalueren.

- A. De gemeentepolis standaardiseren met minimale eisen;
- B. De gemeentepolis standaardiseren én verplichten voor alle gemeenten;
- C. Naast een verplichte gemeentepolis eigen betalingen in het basispakket afschaffen voor minima;
- D. De gemeentepolis afschaffen en vervangen door een landelijke premiebijdrage;
- E. Een combinatie van opties C en D.

Figuur 4.1. Vijf alternatieven voor de huidige gemeentepolis

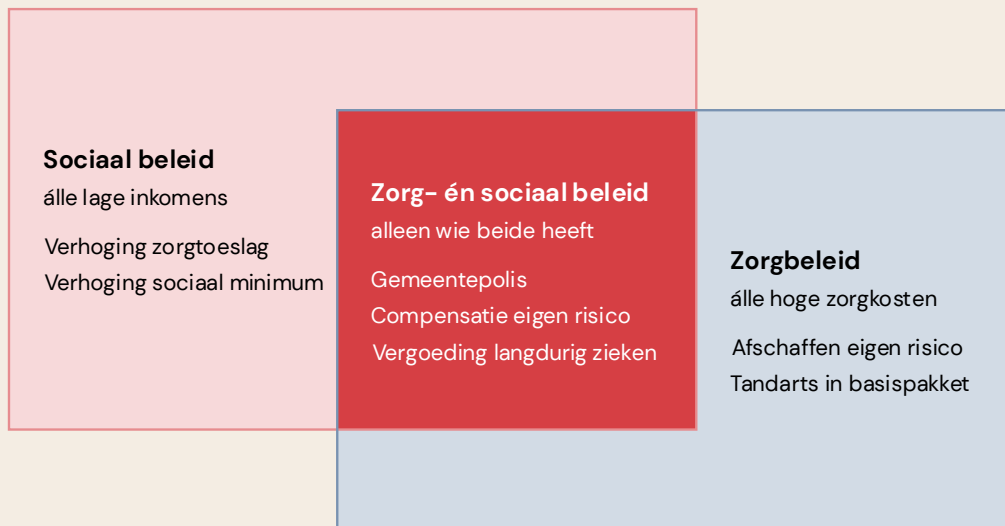
	A 	B 	C 	D 	E 
	Standaardiseren	Verplichten	Geen eigen betalingen	Landelijke bijdrage	Opties C + D
Gemeentepolis	Vrijwillig, met minimeisen	Verplicht aanbod	Verplicht, maar veel kleiner	Vervalt	
Eigen betalingen basispakket	Herverzekeren via de gemeentepolis		Automatische vrijstelling voor alle minima	Herverzekeren via aanvullende verzekering	Automatische vrijstelling voor alle minima
Mondzorg, fysio en bril	Via de gemeentepolis			Via aanvullende verzekering op de markt	
Wie bepaalt het aanbod	Gemeenten en verzekeraars binnen kader Rijk		Het Rijk bepaalt de vrijstelling	Alle verzekeraars	Rijk en verzekeraars
Wie betaalt de premiebijdrage	Gemeenten met een polis betalen die zelf	Rijk en gemeenten samen	Gemeenten; Rijk betaalt de vrijstelling	Rijk	Rijk betaalt premiebijdrage én vrijstelling

Bron: IPE-analyse.

Box 2: We richten ons alleen op het snijvlak van sociaal beleid en zorg

Bij het bedenken van de beleidsopties hanteren we drie randvoorwaarden. Ten eerste moet de beleidsoptie – net als de gemeentepolis – op het snijvlak van zorgbeleid en sociaal beleid liggen (zie figuur 4.2). We behandelen dus geen sociaal beleid gericht op álle huishoudens met een laag inkomen, onafhankelijk van hun huidige gezondheid. En ook geen zorgbeleid voor álle mensen met hoge zorgkosten, onafhankelijk van hun inkomen. Ten tweede moeten de beleidsopties uitvoerbaar zijn. En ten slotte mogen ze niet meer kosten dan €1 miljard per jaar, wederom om aan te sluiten bij het gerichte karakter van de gemeentepolis.

Figuur 4.2. Gemeentepolis: snijvlak van zorg en sociaal beleid



Bron: IPE-analyse.

Een verhoging van het sociaal minimum of de zorgtoeslag – zodat meer huishoudens ook bij (chronische) ziekte nog kunnen rondkomen – hebben we daarom bijvoorbeeld niet meegenomen, want dit is puur sociaal beleid. Een verruiming van het basispakket^{39,*} of de afschaffing van het eigen risico (voor delen van de zorg)⁴⁰ hebben we ook niet meegenomen. Dit zien we als puur zorgbeleid. Een volledige afschaffing van het eigen risico valt ook budgettair buiten de randvoorwaarden: de door het kabinet-Schoof voorgestelde halvering van het eigen risico zou al €4 miljard kosten.⁴¹

* Dit kent zijn eigen hindernissen. Zo mag preventieve mondzorg voor volwassenen wettelijk niet in het basispakket.

Optie A. De gemeentepolis standaardiseren

De Rijksoverheid kan via bestuurlijke afspraken de verschillen tussen gemeentepolissen verkleinen. Het Rijk kan dit doen door een ondergrens vast te leggen voor de dekking, de premiebijdrage, en de inkomensgrens. Alle gemeenten die de gemeentepolis aanbieden moeten dan met ten minste één polis aan deze eisen voldoen. De hoogte van de minimale premiebijdrage luistert nauw, want een te lage bijdrage kan averechtse selectie (zie §3.2 voor een nadere toelichting) in de hand werken. Er kan gekozen worden voor een premiebijdrage van minstens €20 per maand, volgens een analyse van BS&F voor het Zorginstituut neemt het gebruik vanaf deze bijdrage significant toe.⁴² De spreiding in de gemeentelijke bijdrage – van nu €0 tot €67 per maand (zie bijlage 1) – krijgt dan een bodem. Door een minimale netto inkomensgrens van 120% van de bijstand te kiezen hoeven slechts 32 gemeenten hun inkomensgrens te verhogen en wordt aangesloten bij de meest voorkomende grens.

De minimale dekking van een gestandaardiseerde polis kan worden gebaseerd op de huidige gemeentepolis en bestaande initiatieven. Zo kan de overheid de tandartsdekking baseren op het voorstel van de Mondzorgalliantie; een landelijke, uniforme regeling van €250 per jaar voor basale mondzorg met eenmalige ruimte voor groot onderhoud als het gebit in slechte staat is.⁴³ Fysiotherapie zit voor chronisch zieken al in het basispakket – behalve de eerste twintig behandelingen. Deze kunnen onderdeel worden gemaakt van het minimapakket. Gemeenten kunnen dan zelf kiezen of ze dit willen uitbreiden naar mensen die niet chronisch ziek zijn. Voor een bril of lenzen zou €150 per twee jaar goed aansluiten op de bestaande praktijk. Tot slot kan de herverzekering van de eigen betalingen uit het basispakket worden opgenomen. Die bestaan uit:

- Tot €385 per jaar aan eigen risico
- Tot €250 per jaar voor medicijnen
- €134 per jaar voor ziekenvervoer
- €135 voor orthopedische schoenen
- 25% van de kosten van een hoortoestel
- €5,70 per uur voor kraamzorg thuis of €45 per dag in het ziekenhuis
- 8–17% voor een klikgebit of 25% voor een kunstgebit

* Deze ondergrens ligt ruim onder de tandartsdekking van circa €500 in de meest uitgebreide bestaande gemeentepolissen (zie bijlage 2). Dit betekent voor de huidige polishouders met zo'n pakket een versobering. Die keuze is verdedigbaar. De €250 van de Mondzorgalliantie is gericht op basale mondgezondheid volgens het principe van de verkorte tandboog: een bewust scherp begrensde aanspraak, omdat een ruime, ongerichte tandartsvergoeding in de grotendeels ongereguleerde mondzorgmarkt weinig doelmatig is. Bovendien is het een ondergrens: verzekeraars mogen ruimere pakketten aanbieden en ook die komen in aanmerking voor de rijksbijdrage.

Uitvoering

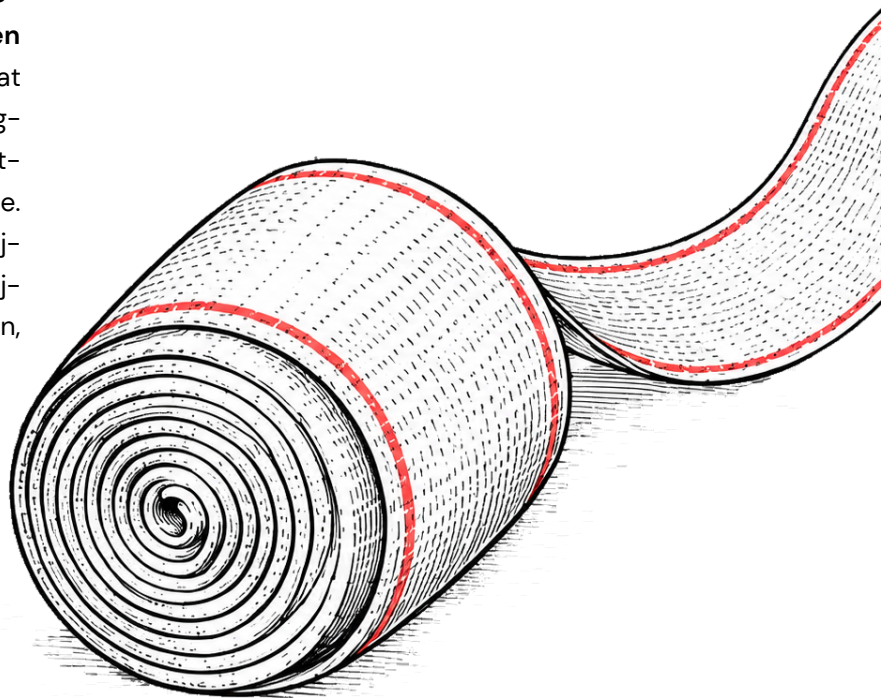
Gemeenten kunnen de eigen bijdrage voor de Wmo rechtstreeks compenseren. Gemeenten mogen gebruikers van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een eigen bijdrage vragen van maximaal €21,80 per maand, waarbij de uitvoering in handen is van het CAK.⁴⁴ Vervolgens dekt de gemeentepolis dit in veel gemeenten weer af voor mensen met een laag inkomen. De dekking komt terug in de premie, maar daar betaalt de gemeente dan weer aan mee. Dit hoeft niet te worden opgenomen in de minimeisen voor de gemeentepolis, omdat gemeenten deze eigen bijdrage nu ook al rechtstreeks via het CAK kunnen compenseren.⁴⁵ Hierdoor is de indirecte route via de gemeentepolis niet nodig. Verder blijft de uitvoering hetzelfde als bij de huidige gemeentepolis.

Optie B. De gemeentepolis verplichten

In deze beleidsoptie moeten alle gemeenten een gemeentepolis aanbieden die aan de minimale eisen voldoet. Dat zou het Rijk dan wettelijk moeten vastleggen. De gestelde eisen kunnen verder hetzelfde zijn als bij de vorige beleidsoptie. Het Rijk vergoedt de minimale premiebijdrage. Gemeenten mogen een hogere bijdrage geven of meer mensen toelaten, maar moeten dit dan zelf betalen.

Optie C. Geen eigen betalingen voor minima

De Rijksoverheid kan alle eigen betalingen voor minima vanuit het basispakket compenseren via het Zorgverzekeringsfonds. De verzekering van de eigen betalingen in het basispakket (zie de opsomming bij beleidsoptie A) geldt nu alleen voor mensen met een gemeentepolis. In plaats daarvan kan het Rijk met de zorgverzekeraars afspreken dat dit voor alle mensen met een laag inkomen gaat gelden. Zorgverzekeraars kunnen hiervoor worden gecompenseerd via het Zorgverzekeringsfonds, zodat ze de premies niet hoeven te verhogen. Deze regeling kan, net als bij optie A, worden ingesteld voor iedereen met een inkomen tot 120–130% van de bijstand. De gemeentepolis blijft in deze beleidsoptie bestaan, maar wordt beperkt tot een verzekering van kosten buiten het basispakket, zoals tandartsbezoek, fysiotherapie en bril.



Uitvoering

Om deze beleidsoptie uitvoerbaar te maken moet er één inkomensgrens komen voor de gemeentepolis. Deze beleidsoptie is complex zolang de inkomensgrens tussen gemeenten verschilt. Wanneer het maximale inkomen voor het aanvragen van de gemeentepolis relatief laag ligt, heeft iemand vanaf een bepaald inkomen alleen nog de landelijke dekking. Maar wanneer de inkomensgrens van de gemeentepolis hoog ligt, valt juist het landelijke deel vaker weg. Om dit op te vangen, zou er een tweede variant moeten komen met een uitgebreidere dekking voor de mensen met een hoger inkomen. Om dit te voorkomen, is het noodzakelijk om één inkomensgrens af te spreken voor de gemeentepolis. Voor het resterende deel van de gemeentepolis moet dus beleidsoptie B worden toegepast.

Voor deze optie is het ook nodig om het vrijwillig eigen risico af te schaffen (box 3). Momenteel mogen mensen het verplichte eigen risico van €385 per jaar met nog eens €500 verhogen in ruil voor een lagere premie. Ook iemand die automatisch van het verplichte eigen risico wordt vrijgesteld zou hier gebruik van kunnen maken. Dit is onwenselijk, omdat de mensen die deze beleidsoptie probeert te beschermen tegen eigen betalingen, hierdoor toch weer een eigen risico zouden kunnen krijgen bij zorgkosten tussen €385 en €885.

Gemeenten kunnen de eigen bijdrage voor de Wmo rechtstreeks compenseren – net als in beleidsoptie A. De uitvoering van de resterende gemeentepolis verandert niet. Alleen de inhoud van het pakket is nu kleiner. De verzekering van de eigen bijdrage voor de Wmo kan net als bij beleidsoptie A worden vervangen door een directe compensatie.



Box 3: Vrijwillig eigen risico

Zorgverzekeraars zijn al jaren kritisch over het vrijwillig eigen risico.^{46,47,48,49,50} Het vormt een gevaar voor mensen die in geldnood zitten, en die tegen hun eigen belang in toch een heel goedkope verzekering met een verhoogd eigen risico kiezen. Het vermindert de solidariteit in ons zorgstelsel, omdat vooral gezonde (en ruim boven het bestaansminimum verdienende) mensen er gebruik van maken. En het verhoogt de premie voor alle mensen die geen gebruik maken van het vrijwillig eigen risico.⁵¹ Dit laatste verdient een korte toelichting. Het vrijwillig eigen risico levert op twee manieren geld op. De totale zorgkosten in Nederland gaan omlaag, omdat mensen die er gebruik van maken nog minder zorg gaan gebruiken door het remgeldeffect. Daarnaast moeten deze mensen meer eigen risico betalen als ze toch zorg gebruiken. Maar de korting die verzekeraars aan deze groep geven is groter dan dit remgeldeffect en de extra eigenrisicobetalingen bij elkaar opgeteld. Daardoor gaat onder de streep de premie voor alle andere verzekerden omhoog.

Optie D. Gemeentepolis vervangen door landelijke premiebijdrage

De Rijksoverheid kan meebetalen aan de premie voor de aanvullende verzekering voor minima, en hiermee de rol van de gemeente overnemen. We noemen deze variant in dit rapport de landelijke premiebijdrage. Iedere inwoner onder de inkomensgrens die een aanvullende verzekering afsluit die aan de pakketeisen voldoet, krijgt een maandelijkse bijdrage van het Rijk aan de premie. Als premiebijdrage en inkomensgrens kan – net als bij optie A, B en C – €20 per maand en 120%–130% van de bijstandsnorm worden gekozen. Het is niet uitvoerbaar om met één rijksbrede minimapolis te werken,^{*} maar het Rijk kan wel landelijk eisen stellen aan het aanvullende pakket. Dit kunnen dezelfde eisen zijn als de minimumeisen voor de gestandaardiseerde gemeentepolis van optie A. Het Rijk betaalt alleen mee als aan die eisen wordt voldaan. Zorgverzekeraars houden hier rekening mee in hun aanbod, waarmee de gereguleerde zorgmarkt haar werk blijft doen.[†] Zo verplicht het Rijk verzekeraars en minima nergens toe, maar kan het toch de functie van de gemeentepolis overnemen.

Een acceptatieplicht moet onderdeel zijn van de eisen. Zoals beschreven in §2.2 mogen verzekeraars aanvragen voor reguliere aanvullende verzekeringen weigeren – in de praktijk vooral bij mondzorgverzekeringen – en spreken gemeenten daarom een acceptatieplicht af met de verzekeraar. Zo'n acceptatieplicht moet ook onderdeel worden van de landelijke vereisten. Dit maakt het voor verzekeraars aantrekkelijk om ook tandpakketten met acceptatieplicht aan te bieden, aangezien ze daar dan overheidsgeld voor ontvangen. Ze kunnen daarbij zelfs de premie iets verhogen, want voor minima kunnen deze pakketten dan nog steeds – dankzij de bijdrage van de Rijksoverheid – relatief goedkoop zijn.

^{*} In ons rapport Eerlijker en eenvoudiger armoedebeleid suggereerden we dat de marktmacht van de overheid zou toenemen met een landelijke aanbesteding. Op basis van dit vervolgonderzoek verwachten we dit niet meer. Het lijkt bij deze beleidsoptie namelijk niet realistisch dat de Rijksoverheid met één verzekeraar gaat onderhandelen zoals individuele gemeenten nu doen. Er zijn ongeveer 580.000 mensen met een gemeentepolis en een verzekeraar kan waarschijnlijk niet in één keer de verplichte reserves opbouwen die nodig zijn voor zo'n grote groep. Het Rijk zou dit regionaal kunnen opknippen, maar dan blijft de gebrekkige concurrentie bestaan die de gemeentepolis nu ook parten speelt.

[†] De EU staat lidstaten toe om eisen te stellen aan verzekeringen die het wettelijke ziektekostenstelsel (deels) vervangen (substitutieve zorgverzekering, zoals de basisverzekering – zie artikel 206 van de Solvency II-richtlijn), maar dit geldt niet voor de vrijwillige aanvullende verzekering. Daardoor stuit het rechtstreeks reguleren van aanvullende verzekeringen op het algemene EU-verzekeringsrecht. De route die wij voorstellen – het Rijk reguleert de aanvullende verzekering niet, maar stelt eisen als voorwaarde voor de rijksbijdrage – lost dit probleem op.

Uitvoering

Gemeenten krijgen een kleinere rol in de uitvoering. De uitvoering van de gemeentepolis werkt nu nog als volgt:

1. De overheid – nu de gemeente – laat de inwoner kiezen uit een aantal polissen.
2. Iemand met een laag inkomen vraagt een polis aan bij de overheid.
3. De overheid bevestigt dat de aanvrager aan de inkomenseisen voldoet.
4. De verzekerde betaalt een verlaagde premie aan de verzekeraar, of de overheid houdt de premie in op de uitkering.
5. De overheid betaalt de premie of haar bijdrage hieraan aan de verzekeraar.

Bij de gemeentepolis wordt de rol van de overheid bij al deze stappen door de gemeente ingevuld. Bij de landelijke premiebijdrage kunnen deze stappen op termijn waarschijnlijk worden uitgevoerd door het Rijk, al is het niet nodig dat alle stappen tegelijk overgaan (zie bijlage 3).

Zelfs als alle stappen overgaan naar de Rijksoverheid, blijven gemeenten cruciaal bij de communicatie over de landelijke premiebijdrage. Voor inwoners die het ingewikkeld vinden om een goede verzekeringskeuze te maken, blijft hulp bij het kiezen van een zorgverzekering van belang.

^{52,53,54} Gemeenten hebben daarnaast beter zicht op inwoners in armoede.

Optie E. Geen eigen betalingen en landelijke premiebijdrage

Het afschaffen van eigen betalingen (beleidsoptie C) en de landelijke premiebijdrage (beleidsoptie D) voor minima kunnen ook worden gecombineerd. Daarbij blijft optie C onveranderd: het Rijk kan alle eigen betalingen voor minima vanuit het basispakket compenseren via het Zorgverzekeringsfonds. Vervolgens blijven er drie belangrijke zorgkosten voor minima over: de tandarts, de fysio en een bril.* Deze kunnen worden afgedekt in een variant van de landelijke premiebijdrage uit optie D, maar dan zonder de herverzekering van betalingen, die dan niet meer nodig is. De acceptatieplicht blijft echter van belang. Om de regeling zo begrijpelijk mogelijk te maken, moeten voor beide componenten dezelfde eisen gelden, met één inkomensgrens. De premie voor deze aanvullende verzekering waar de overheid aan meebetaalt, zal lager liggen dan in optie D, omdat een deel van de dekking nu via het Zorgverzekeringsfonds gaat. Hierdoor kan ook de premiebijdrage omlaag. De uitvoering van de landelijke premiebijdrage is verder hetzelfde als in beleidsoptie D, en net als daar kan de gemeentepolis volledig worden afgeschaft.

* Er is mogelijk sprake van marktfalen in de mondzorg, bij brillen en hoortoestellen. Waardoor de consumentenprijzen een stuk hoger liggen dan de kosten. Juist omdat deze prijzen buiten het basispakket vallen, krijgt de regulering hiervan minder aandacht. Dit wordt nu voor mensen met een laag inkomen gecompenseerd via de gemeentepolis. Maar het tegengaan van het marktfalen in deze sectoren zou een fundamentele oplossing kunnen bieden. De opname van deze diensten en producten in voorwaarden voor een landelijk premiebijdrage zou een goede aanleiding kunnen zijn om als Rijksoverheid hier verder in te duiken.



5 Garandeer landelijk voor alle minima zorg zonder eigen betalingen

Een vrijstelling van eigen betalingen gecombineerd met een landelijke premiebijdrage voor een aanvullende verzekering scoort het beste op de gestelde criteria. Iemands woonplek speelt hierbij geen rol meer.

Wij identificeren vier criteria voor de vormgeving van de gemeentepolis. De gemeentepolis gaat schulden tegen en vergroot de gezondheid bij mensen met een laag inkomen, maar kent grote lokale verschillen en geeft de overheid slechts beperkte ruimte om te sturen (zie hoofdstukken 2 en 3). Een beleidswijziging heeft als doel die zorgschulden en zorgmijding nog beter tegen te gaan, maar moet ook de lokale verschillen verminderen en de sturing door de overheid versterken. Ten slotte moet een alternatief kosteneffectief zijn. Deze doelen hebben we vertaald naar vier criteria:

- **Gezondheid en schulden:** In hoeverre voorkomt de beleids optie schulden en beschermt zij de gezondheid van de doelgroep?
- **Rechtvaardigheid en herverdeling:** Wat is het effect op deze terreinen?
- **Sturing:** Hoeveel grip heeft de overheid op de gewenste uitkomst?
- **Kosten:** Wat kost de beleids optie?

We beoordelen de beleidsopties uit het vorige hoofdstuk op basis van deze criteria. In dit hoofdstuk lopen we de bovenstaande vier criteria stuk voor stuk langs en beoordelen we telkens de vijf beleidsopties uit het vorige hoofdstuk:

- A. De gemeentepolis standaardiseren met minimale eisen;
- B. De gemeentepolis standaardiseren én verplichten voor alle gemeenten;
- C. Naast een verplichte gemeentepolis eigen betalingen in het basispakket afschaffen voor minima;
- D. De gemeentepolis afschaffen en vervangen door een landelijke premiebijdrage;
- E. Een combinatie van opties C en D.

Figuur 5.1. Beoordeling van de vijf beleidsopties op alle criteria

	 A	 B	 C	 D	 E
Gezondheid en schulden					
Dekking					
Bereik					
Preventie					
Rechtvaardigheid en herverdeling					
Verschillen					
Herverdeling					
Armoedeval					
Sturing					
Maatwerk					
Marktmacht					
Verankering					
Kosten					
Begroting					
Zorggebruik					
Uitvoering					

Noot: Een vollere bol is beter, bij kosten betekent dit goedkoper. Bron: IPE-analyse.

Figuur 5.2. Gezondheid en schulden

	Dekking	Bereik	Preventie
 A Gemeentepolis standaardiseren	●	◐	◐
 B Gemeentepolis verplichten	●	◐	◐
 C Geen betalingen basispakket	●	●	◐
 D Landelijke premiebijdrage	●	◐	◐
 E Opties C + D	●	●	◐

Bron: IPE-analyse.

5.1 Gezondheid en schulden

Criterium 1: Gezondheid en schulden. De belangrijkste doelen van de gemeentepolis zijn het vergroten van de gezondheid van mensen met een laag inkomen en het tegengaan van schulden. Dit doet de gemeentepolis voornamelijk door eigen betalingen te voorkomen bij mensen met een laag inkomen. Dat geldt ook voor de alternatieven die we in het vorige hoofdstuk hebben besproken. Daarom hebben we deze twee doelen samengevoegd tot één criterium waarin we bekijken hoe effectief een beleidsoptie die eigen betalingen bij mensen met een laag inkomen voorkomt, dit werkt door op zowel de gezondheid als schulden. Daarnaast kijken we naar het effect op preventie, wat de gezondheid verder kan verbeteren. Al met al beoordelen we de aanpassing van de gemeentepolis op de vraag: *In hoeverre voorkomt de beleidsoptie schulden en beschermt zij de gezondheid van de doelgroep?* Hierbij spelen drie deelvragen een rol:

- **Dekking:** Hoe breed is de dekking van de voorgestelde oplossing?
- **Bereik:** Hoe groot is het bereik van de voorgestelde oplossing?
- **Preventie:** Hoe sterk stimuleert de oplossing preventief zorggebruik?

Optie A. Gemeentepolis standaardiseren

Het standaardiseren van de gemeentepolis heeft waarschijnlijk een beperkt effect op de omvang van de dekking van gemeentepolis. De meeste gemeenten kennen drie varianten van de gemeentepolis. Een basisvariant, een middenvariant en een uitgebreide variant, waarbij de laatste het meest wordt gebruikt. De standaardisering van de gemeentepolis stelt alleen eisen aan de uitgebreide variant. Maar de verschillen tussen deze polissen zijn nu al beperkt (zie bijlage 2), dus het effect van standaardisering op de dekking van de gemeentepolis zal ook beperkt zijn.

Een ondergrens voor de gemeentelijke bijdrage aan de premie vergroot het bereik van de gemeentepolis en kan zo schulden en zorgmijding verminderen.

De inwoners van gemeenten waar de bijdrage van de gemeente zo laag is dat de polis minder werd gebruikt, worden geholpen door de minimale premiebijdrage. Afhankelijk van het gekozen bedrag schatten we dat het aantal mensen met een gemeentepolis kan toenemen met 40 tot 90 duizend mensen (zie bijlage 4). Daardoor kunnen zorgmijding en schulden ook bij

deze mensen worden tegengegaan. Maar gemeenten kunnen de hogere bijdrage ook te duur vinden en ervoor kiezen met de gemeentepolis te stoppen.

Niet-gebruik beperkt het bereik van de gemeentepolis. Wie de polis niet afsluit, blijft onbeschermd. De gemeentepolis is een vrijwillige verzekering, die mensen moeten kennen, aanvragen en zich kunnen veroorloven. Een minimale premiebijdrage helpt: het gebruik van de gemeentepolis ligt 50% hoger in gemeenten met een bijdrage van meer dan €20.⁵⁵ Maar zolang veel eigen betalingen worden herverzekerd, blijft de premie hoog en blijft de prijs-opdrijvende averechtse selectie bestaan (zie §3.2). En waar deelnemers beschermd zijn tegen onverwachte rekeningen, blijft voor niet-deelnemers het risico op schulden en zorgmijding bestaan – omdat de premie te hoog is of omdat ze hun zorgkosten te laag inschatten.

Het standaardiseren van de gemeentepolis verandert de manier waarop gemeenten en zorgverzekeraars afspraken maken over preventie niet.

Optie B. Gemeentepolis verplichten

Het verplichten van de gemeentepolis heeft geen aanvullend effect op de dekking, ten opzichte van de standaardisatie in optie A.

Verplichten én standaardiseren geeft iedereen met een laag inkomen toegang tot de gemeentepolis en vergroot zo het bereik nog verder dan optie A. Er wonen ongeveer 190.000 mensen in een huishouden met een inkomen tot 120% van de bijstand in een gemeente zonder gemeentepolis. We schatten dat 60 tot 70 duizend van deze mensen (afhankelijk van de hoogte van gemeentelijke bijdrage, zie bijlage 4) de gemeentepolis hadden afgesloten als hij wel beschikbaar was geweest. Wanneer alle gemeenten verplicht een gemeentepolis aanbieden met een premiebijdrage van ten minste €20 (€40) per maand verwachten we dat ongeveer 100 (160) duizend extra mensen een polis zullen afsluiten. Dit zijn ongeveer twee keer zoveel mensen als in optie A, zonder verplichting. Maar ook wanneer de gemeentepolis verplicht is voor gemeenten blijft het een vrijwillige verzekering voor de inwoners. Niet-gebruik blijft daardoor – net als bij beleidsoptie A – een probleem.

Ook het verplichten van de gemeentepolis verandert de manier waarop gemeenten en zorgverzekeraars afspraken maken over preventie niet.

Optie C. Geen eigen betalingen voor minima

De vrijstelling van eigen betalingen in het basispakket heeft een beperkt effect op de dekking. De gemeentepolis verzekert de eigen betalingen (zoals het eigen risico) binnen het basispakket én zorg (zoals de tandarts) buiten het basispakket (zie bijlage 2). In optie C wordt de gemeentepolis beperkt tot het deel buiten het basispakket. Mensen met een laag inkomen worden vrijgesteld van het eigen risico en de overige eigen betalingen. Dit is een andere aanpak, maar de totale dekking blijft ongeveer hetzelfde. Het effect is vergelijkbaar met de standaardisatie in optie A en B, omdat de dekking binnen het basispakket voor iedereen hetzelfde wordt, maar die verschillen waren al klein.

Deze vrijstelling is automatisch actief en vergroot daardoor het bereik nog verder. Beleids optie C stelt iedereen onder de inkomensgrens, ongeacht woonplaats, automatisch vrij van eigen betalingen binnen het basispakket — waaronder het eigen risico. Mensen met een laag inkomen hoeven hiervoor geen aanvullende verzekering aan te vragen en zijn beschermd tegen een belangrijke oorzaak van zorgmijding en schulden. Hetzelfde geldt voor mensen die in een gemeente zonder gemeentepolis woonden, die niet wisten dat de gemeentepolis bestond of hoe deze moest worden aangevraagd, en zij die de aanvullende premie simpelweg niet konden betalen. Tot slot beschermt deze beleids optie ook mensen met een relatief goede gezondheid voor wie de gemeentepolis nu te duur is, maar die wel in de knel zouden komen bij onverwachte zorgkosten.

Deze vrijstelling voor alle minima komt in de praktijk vooral ten goede aan minima met hoge zorgkosten. Bij deze beleids optie hoeft niemand met een laag inkomen — ziek of gezond — nog eigen betalingen te doen, en dat lijkt strijdig met de nadruk in dit rapport op mensen met zowel een laag inkomen als hoge zorgkosten. Kan de overheid dan niet beter rechtstreeks het sociaal minimum verhogen? Het antwoord is nee, want gezonde mensen hebben geen direct voordeel van deze vrijstelling. Dat voordeel ontstaat pas wanneer iemand naar de dokter moet. Het is bovendien lastig om vooraf vast te stellen wie (kans op) hoge zorgkosten heeft: het effect op zorgmijding en schulden geldt vaak juist voor mensen die vooraf dachten dat ze weinig zorgkosten zouden hebben.

De resterende gemeentepolis wordt aantrekkelijker. Omdat deelname aan de vrijstelling automatisch is, lijdt de herverzekering binnen het basispakket niet meer onder de averechtse selectie die de premie kan opdrijven. Mondzorg, fysiotherapie en brillen blijven afhangen van de gemeentepolis, ook in de gemeenten waar die ontbreekt. Wel wordt deze resterende gemeentepolis veel goedkoper, wat de aanvullende verzekering aantrekkelijker maakt. Zonder de bij deze beleids optie overbodige herverzekering van het eigen risico kan de premie omlaag, waardoor ook de gemeentelijke premiebijdrage omlaag kan.

Omdat de gemeentepolis blijft bestaan kunnen gemeenten en zorgverzekeraars op dezelfde manier afspraken maken over preventie.

Optie D. Gemeentepolis vervangen door landelijke premiebijdrage

We gebruiken in deze optie dezelfde dekking als in de vorige drie beleidsopties.

We verwachten een vergelijkbaar bereik als bij de verplichte gemeentepolis in optie B, maar de samenstelling van de doelgroep kan wel verschillen. We gebruiken dezelfde inkomenseisen en premiebijdrage. Daardoor groeit de groep die in aanmerking komt even hard, maar blijven ook twee kanttekeningen overeind: niet-deelnemers worden niet beschermd en er blijft sprake van averechtse selectie. Samengevat is het effect op zorgmijding en schulden hetzelfde als in beleidsoptie B. Omdat de uitvoering wordt verplaatst naar het Rijk, kunnen gemeenten zich minder verantwoordelijk voelen voor het bereik van deze regeling binnen hun gemeente. Hier zou het bereik kunnen afnemen; inwoners zijn immers gewend de polis bij de gemeente te vinden en af te sluiten. Om die reden kent dit beleidsvoorstel verschillende deelstappen. Voor de groep die zonder hulp geen goede verzekeringskeuze kan maken, blijft het belangrijk dat de gemeenten hen blijven ondersteunen (zie de uitvoeringsparagraaf van optie D in hoofdstuk 4).

Aan preventie kunnen gemeenten ook zonder gemeentepolis blijven werken. De manier waarop gemeenten en zorgverzekeraars samen werken aan preventie zal veranderen. Dit gebeurde veel via de gemeentepolis, die in deze beleidsoptie zal verdwijnen.⁵⁶ Maar de zorgverzekeraar die de gemeentepolis uitvoert, heeft vaak ook het grootste marktaandeel binnen de gemeente en runt het zorgkantoor. Dus wanneer de gemeentepolis verdwijnt als brug tussen gemeente en verzekeraar, kan de gemeente nog steeds de grootste verzekeraar in de gemeente opzoeken voor samenwerking. Dit is ook interessant voor de verzekeraar, juist vanwege het grote marktaandeel.

Optie E. Geen eigen betalingen en landelijke premiebijdrage

Ook in deze beleidsoptie is de dekking hetzelfde als bij de voorgaande opties.

Het bereik van deze optie is vergelijkbaar met beleidsoptie C (geen eigen betalingen, maar zonder landelijke premiebijdrage). Daarbij geldt voor beleidsoptie E in mindere mate dezelfde waarschuwing als bij alleen een landelijke premiebijdrage (optie D). Het risico blijft bestaan dat het bereik afneemt wanneer gemeenten zich terugtrekken uit de communicatie – ondanks dat er op papier meer mensen kunnen meedoen (namelijk iedereen) dan bij de gemeentepolis.

Samenwerking op het gebied van preventie kan op dezelfde manier als in optie D worden ingevuld.

Figuur 5.3. Rechtvaardigheid en herverdeling

	Verschillen	Herverdeling	Armoedeval
 A Gemeentepolis standaardiseren			
 B Gemeentepolis verplichten			
 C Geen betalingen basispakket			
 D Landelijke premiebijdrage			
 E Opties C + D			

Bron: IPE-analyse.

5.2 Rechtvaardigheid en herverdeling

Criterium 2: Rechtvaardigheid en herverdeling. De grote lokale verschillen zijn het belangrijkste probleem van de gemeentepolis (zie sectie 3.1). Huishoudens die in een vergelijkbare situatie zitten, worden verschillend behandeld op basis van hun postcode. Daarom beoordelen we de aanpassing van de gemeentepolis op de vraag: *Wat is het effect van de beleidsoptie op rechtvaardigheid en herverdeling?* Hierbij spelen drie deelvragen een rol:

- **Verschillen:** Hangt de bescherming af van waar in Nederland iemand woont?
- **Herverdeling:** Hoe verschuift de rekening tussen collectief en minima, en tussen gezonde en zieke verzekerden?
- **Armoedeval:** Hoeveel ondersteuning verliest een huishouden bij een stijgend inkomen?

Optie A. Gemeentepolis standaardiseren

Het vastleggen van een ondergrens voor de premiebijdrage neemt een deel van de lokale verschillen weg. De spreiding in de gemeentelijke bijdrage — van nu €0 tot

€67 per maand (zie bijlage 1) — krijgt dan een bodem. Boven de ondergrens mogen gemeenten blijven afwijken, alleen met een kleiner verschil dan nu. De gemiddelde steun in gemeenten met een gemeentepolis neemt daardoor toe, maar deze steun blijft afwezig in de gemeenten zonder gemeentepolis. Het gat tussen mensen die in een gemeente met of zonder gemeentepolis wonen, wordt dus juist groter. Het totale effect op de verschillen tussen mensen met een laag inkomen in alle gemeenten is daarmee onduidelijk. De afspraken over een inkomensgrens en de samenstelling van het pakket hebben een kleiner effect. De meeste gemeenten hebben al een inkomensgrens van 120–130%, en zoals bijlage 2 laat zien, zijn de verschillen in dekking tussen de verzekeraars relatief beperkt.

De herverdeling neemt toe doordat de premiebijdrage een ondergrens krijgt. De standaardisering van de premiebijdrage dwingt 53 gemeenten om hun premiebijdrage aan de gemeentepolis te verhogen. Als ze hun beleid verder niet veranderen neemt hier dus de herverdeling van hoge naar lage inkomens toe. In de overige gemeenten hoeft niks te veranderen in deze beleidsoptie.

Harde inkomensgrenzen leiden tot een **armoedeval**, en dat probleem wordt groter bij een hogere premiebijdrage. Wie qua inkomen net boven de 120 of 130% van het sociaal minimum uitkomt, verliest bij deze beleidsoptie in één keer toegang tot de gemeentepolis. Deze val is niet nieuw: ook nu kent de gemeentepolis een harde inkomensgrens. Maar in de gemeenten die in deze beleidsoptie hun premiebijdrage verhogen zijn er twee effecten. Ten eerste neemt de armoedeval toe voor de mensen die eerder ook al een gemeentepolis hadden, want ze raken een hogere bijdrage kwijt wanneer hun inkomen toeneemt. Daarnaast kunnen meer mensen te maken krijgen met deze armoedeval, namelijk de mensen die door de hogere bijdrage nu wel een gemeentepolis afsluiten en dat in de huidige situatie niet deden.

Optie B. Gemeentepolis verplichten

Het verplichten van de gemeentepolis en het vastleggen van een ondergrens voor de premiebijdrage neemt de grootste lokale **verschillen** weg. In aanvulling op beleidsoptie A krijgen alle gemeenten verplicht een gemeentepolis. Boven de ondergrens mogen gemeenten nog steeds afwijken, maar de verschillen worden duidelijk kleiner dan in de huidige situatie. Immers: het grootste verschil, tussen gemeenten met en zonder gemeentepolis – verdwijnt.

De **herverdeling** neemt verder toe dan in optie A omdat er nu in alle gemeenten ondersteuning komt bij de betaling van de aanvullende zorgpremie.

Voor individuen neemt de **armoedeval** niet toe. Er kunnen wel meer mensen gebruikmaken van de gemeentepolis dan in beleidsoptie A, waardoor er méér gevallen van een armoedeval kunnen zijn.

Optie C. Geen eigen betalingen voor minima

Bij deze beleidsoptie nemen – in aanvulling op optie B – ook de **verschillen** tussen mensen die wel of niet gebruik (kunnen) maken van de gemeentepolis af. Of iemand beschermd is tegen het eigen risico en de eigen betalingen hangt niet langer af van de woonplaats of gekozen verzekering. De verschillen tussen gemeenten buiten het basispakket – mondzorg, fysiotherapie en bril – worden op dezelfde manier beperkt als in beleidsoptie B.

De **herverdeling** neemt verder toe dan in optie B omdat het bereik sterk toeneemt. Omdat de vrijstelling automatisch wordt toegekend, vindt er herverdeling plaats naar iedereen met een laag inkomen. Niet alleen de mensen die een gemeentepolis aanvragen.

De **armoedeval** hangt af van de **aanpassing van de zorgtoeslag**. Om dit goed te begrijpen moeten we onderscheid maken tussen het aantal mensen dat wordt geraakt en de omvang van de armoedeval waarmee ze te maken kunnen krijgen. Alleen mensen die gebruikmaken van een regeling, kunnen hem kwijtraken wanneer het inkomen stijgt. Bij de gemeentepolis was de kans op armoedeval dus beperkt tot de mensen die deze polis daadwerkelijk afsloten. Maar door dit niet-gebruik liepen er dus ook mensen een voordeel mis waar ze wel recht op hadden, en armoedeval kan moeilijk een argument voor niet-gebruik zijn. In deze beleidsoptie wordt het niet-gebruik voorkomen door de vrijstelling automatisch toe te kennen aan iedereen met een laag inkomen. Maar al deze mensen kunnen dit voordeel dus ook weer kwijtraken als het inkomen stijgt. Of dit een armoedeval kan veroorzaken hangt af van het totale voordeel op basis van al het inkomensbeleid rond dit inkomen. Hier wordt de zorgtoeslag relevant. Het voordeel van de vrijstelling voor eigen betalingen kan namelijk worden gecorrigeerd met een verlaging van de zorgtoeslag voor dezelfde inkomensgroep. Bij een volledige compensatie is het netto effect van deze beleidsoptie op de armoedeval voor mensen die nu geen gemeentepolis hadden nul. Voor de mensen die eerder wel een gemeentepolis hadden neemt de armoedeval zelfs af. Maar daartegenover staat dat die groep er dan dus ook financieel op achteruit gaat. Hiertussen is een politieke afweging mogelijk binnen dit beleidsvoorstel.

Optie D. Gemeentepolis vervangen door landelijke premiebijdrage

Bij deze beleidsoptie verdwijnen de resterende **verschillen** uit optie B – de

verplichte gemeentepolis – grotendeels. Een landelijke premiebijdrage geeft iedereen in Nederland dezelfde rechten. Deze landelijke aanpassing verhelpt de lokale verschillen. Iedereen met een laag inkomen, ongeacht postcode, krijgt dezelfde rechten en toegang tot zorg. 308 lokale regimes worden vervangen door één inkomensgrens, dezelfde rijksbijdrage, en – in tegenstelling tot optie B – keuze uit dezelfde aanvullende zorgverzekeringen.

De **herverdeling** in deze optie is vergelijkbaar met de verplichte gemeentepolis.

Net als bij de verplichte gemeentepolis van optie B groeit het aantal mensen met kans op een **armoedeval**.

Optie E. Geen eigen betalingen en landelijke premiebijdrage

De **verschillen** zijn bij deze beleidsoptie net zo klein als in optie D. Net als bij optie C maken minima automatisch gebruik van de afdekking van de eigen betalingen in het basispakket. Maar net als in optie D krijgt iedereen keuze uit dezelfde aanvullende zorgverzekeringen, en niet alleen de polissen die door de gemeente zijn geselecteerd.

De **herverdeling** in deze optie is vergelijkbaar met optie C. Het verschil tussen deze optie en optie C is dat de resterende gemeentepolis wordt vervangen door een landelijke premiebijdrage. Maar dit heeft geen wezenlijk effect op de herverdeling, zoals ook de vergelijking van opties B (verplichte gemeentepolis) en D (landelijke premiebijdrage) laten zien.

Dit betekent ook dat de **armoedeval** vergelijkbaar zal zijn met beleidsoptie C.

Figuur 5.4. Sturing

		Maatwerk	Marktmacht	Verankering
 A Gemeentepolis standaardiseren				
 B Gemeentepolis verplichten				
 C Geen betalingen basispakket				
 D Landelijke premiebijdrage				
 E Opties C + D				

Bron: IPE-analyse.

5.3 Sturing

Criterium 3: Sturing. In §3.2 bespraken we de beperkte grip die de overheid heeft op de vormgeving van de gemeentepolis. Dit maakt de huidige bescherming voor minima afhankelijk van de keuzes van zorgverzekeraars, het maakt deze bescherming duurder, en het maakt het ingewikkeld voor de overheid om bij te sturen. Daarom beoordelen we de aanpassing van de gemeentepolis op de vraag: *Hoeveel grip heeft de overheid op de gewenste uitkomsten bij de beleidsoptie?* Hierbij spelen drie deelvragen een rol:

- **Maatwerk:** Hoeveel ruimte is er voor lokaal en individueel maatwerk? (box 4)
- **Marktmacht:** Hoeveel invloed heeft de overheid en burgers op de samenstelling van het pakket en de netto premie?
- **Verankering:** Hoe stevig is de bescherming verankerd?

Optie A. Gemeentepolis standaardiseren

De ruimte voor individueel maatwerk blijft hetzelfde, maar de ruimte voor lokaal maatwerk neemt iets af. Gemeenten kunnen op dezelfde manier als voor de standaardisatie mensen individueel toegang geven tot de gemeentepolis. De ruimte voor lokaal maatwerk neemt iets af, omdat de premiebijdrage, inkomensgrens en het pakket aan minimale eisen moeten voldoen. Maar de ruimte voor uitbreidingen en aanvullende afspraken met de verzekeraar die de gemeentepolis levert, blijft hetzelfde.

De marktmacht van de Rijksoverheid wordt groter. De sturing verschuift van de gemeente naar het Rijk. Het Rijk krijgt meer controle over de afspraken die gemeenten en verzekeraars maken, omdat het eisen kan stellen aan het pakket, de premie en de inkomenseis. Maar het Rijk verplicht gemeenten niet om een gemeentepolis aan te bieden.

De solidariteit van de gemeentepolis wordt niet door de Rijksoverheid verankerd. Gemeenten behouden de mogelijkheid om geen gemeentepolis aan te bieden. En verzekeraars kunnen er elk moment voor kiezen om voor de gemeentepolis dezelfde marge te vragen als voor hun reguliere aanvullende verzekeringen (nu is de marge voor de gemeentepolis nog 38% tegenover 95% voor gewone aanvullende verzekeringen, zie §3.2). Standaardisering verandert daar niets aan: de herverdeling van rijkere naar arme verzekerden blijft onder de motorkap van de verzekeraars plaatsvinden, zonder dat de overheid die borgt.

Optie B. Gemeentepolis verplichten

De ruimte voor lokaal maatwerk neemt nu ook af in de gemeenten zonder gemeentepolis. Op dit moment kunnen die nog op een andere manier proberen schulden en zorgmijding tegen te gaan dan met de gemeentepolis. Maar in deze beleids-optie worden ze hiertoe verplicht. De ruimte voor individueel maatwerk blijft hetzelfde als bij optie A.

De marktmacht van gemeenten wordt nog kleiner. De sturing verschuift van de gemeente naar het Rijk en de zorgverzekeraars. Het Rijk krijgt nog meer controle over het beleid van gemeenten dan in beleids-optie A, omdat het Rijk gemeenten verplicht om een gemeentepolis aan te bieden. Maar het Rijk kan verzekeraars niet verplichten een gemeentepolis te leveren. De marktmacht van gemeenten richting de verzekeraars was in veel gevallen al beperkt tot de keuze om wél of geen gemeentepolis af te sluiten bij de ene verzekeraar die het aanbiedt (zie §3.2). Wanneer

de Rijksoverheid het aanbieden van een gemeentepolis verplicht, verdwijnt ook deze keuze.

De herverdeling door de lagere marge op de gemeentepolis wordt ook in deze optie niet verankerd. Gemeenten worden nu wel verplicht om de gemeentepolis aan te bieden, maar zorgverzekeraars kunnen nog steeds de herverdeling door de gemeentepolis verkleinen door de marges te verhogen naar het standaard niveau.

Optie C. Geen eigen betalingen voor minima

De gemeente kan de gemeentepolis blijven gebruiken voor maatwerk en samenwerking. De gemeentepolis blijft bestaan voor mondzorg, fysiotherapie en brillen, en daarmee ook de bestaande relatie tussen gemeente en verzekeraar. Wel moeten Rijk en gemeenten hun inkomensgrenzen afstemmen om te voorkomen dat er twee loketten met verschillende regels ontstaan.

Marktmacht speelt een kleinere rol en averechtse selectie neemt af door de landelijke vrijstelling. Zoals beschreven in §3.2 heeft de gemeentepolis last van averechtse selectie. Een gemeentelijke premiebijdrage kan dit maar deels tegengaan, maar deze selectie wordt – voor de eigen betalingen binnen het basispakket – volledig voorkomen via de automatische toekenning aan alle minima in deze beleids-optie. Het risico op averechtse selectie blijft wel bestaan voor het deel dat via de resterende gemeentepolis nog wordt afgedekt, maar is hierdoor een stuk kleiner.

De bescherming van minima wordt in deze beleids optie grotendeels wettelijk verankerd. De vrijblijvendheid van de dekking van de eigen betalingen binnen het basispakket voor minima verdwijnt, wanneer de compensatie van de zorgverzekeraars hiervoor vanuit het zorgverzekeringsfonds wettelijk wordt vastgelegd.

Optie D. Gemeentepolis vervangen door landelijke premiebijdrage

Lokaal maatwerk blijft in aangepaste vorm mogelijk. Zoals ook al beschreven in §5.1 kan de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars onder de vlag van de gemeentepolis – bijvoorbeeld op het gebied van preventie – ook zonder een gemeentepolis worden ingevuld. Er zijn steeds meer akkoorden en afspraken gekomen die samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten stimuleren, waardoor de noodzaak van de gemeentepolis sterk is afgenomen. Denk aan de wettelijke taak van zorgverzekeraars om betaalachterstanden vroeg te signaleren, de energietoeslag die de kwetsbare groep scherper in beeld heeft gebracht, en ontwikkelingen zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Wetgeving gericht op proactieve dienstverlening zal dit voordeel van de gemeentepolis verder verkleinen.⁵⁷ In de laatste update van de maatschappelijke kostenbatenanalyse van de gemeentepolis zijn de voordelen van gerichte interventies op kwetsbare groepen volgens Rebel dan ook flink afgezwakt.

Gemeenten kunnen de individuele bijzondere bijstand blijven gebruiken voor maatwerk. In theorie kunnen gemeenten ook mensen accepteren voor de gemeentepolis die niet voldoen aan de

inkomenseisen maar er om andere redenen toch belang bij hebben. Maar de gemeentepolis is een vorm van categoriale bijzondere bijstand en daar past individueel maatwerk minder goed bij. Gemeenten leveren maatwerk eerder via de bijzondere bijstand en dat blijft bij een landelijke regeling gewoon mogelijk. Mogelijk komt hier zelfs meer capaciteit voor vrij.

Het Rijk krijgt meer grip op het pakket en vergroot de marktmacht van burgers. De concurrentie is beperkt in de sterk gereguleerde Nederlandse zorg en dat geldt nog sterker voor de gemeentepolis. De meeste gemeenten hebben weinig keuze tussen verzekeraars en beperkt invloed op het aanvullende pakket. Een landelijke premiebijdrage breekt dit open. Mensen met een laag inkomen kunnen dan – net als mensen met een hoger inkomen – kiezen bij welke verzekeraar ze een aanvullende verzekering afsluiten. Een aanvullende verzekering die aan de wettelijke eisen voldoet, wordt dankzij de korting die dan wordt gegeven extra aantrekkelijk voor mensen met een laag inkomen. Dit maakt het voor verzekeraars interessant om hun polissen (licht) aan te passen zodat ze aan de eisen voldoen. Door de overheidsbijdrage worden die polissen immers voordeliger dan polissen die net niet aan de eisen voldoen. Vervolgens kunnen zorgverzekeraars op dezelfde manier met elkaar concurreren als om alle andere verzekerden. Ze kunnen dit type aanvullende verzekeringen bijvoorbeeld tegen een zo laag mogelijke prijs aanbieden of qua dekking boven de minimumeisen gaan zitten. Wel zal deze samenwerking beperkt blijven – minima zijn voor verzekeraars niet de interessantste groep en stappen niet vaak over – maar de mogelijkheden zijn groter dan bij de huidige gemeentelijke invulling.

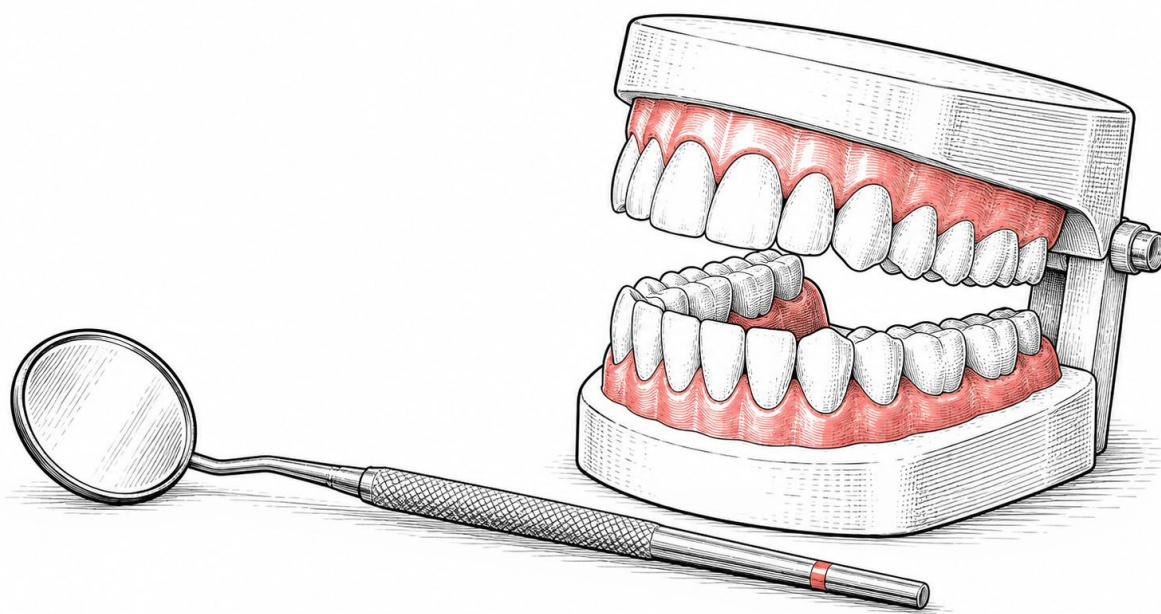
De lagere marge van de gemeentepolis zal waarschijnlijk verdwijnen, maar de Rijksoverheid kan deze afname in herverdeling compenseren en **verankeren**. Zorgverzekeraars bieden de gemeentepolis met een relatief lage marge aan. Een deel van de kosten wordt gedekt vanuit de premies van de overige aanvullende verzekering. Dit is een vorm van herverdeling. Wanneer mensen met een laag inkomen uit dezelfde aanvullende verzekeringen kunnen kiezen als de rest van Nederland, kunnen zorgverzekeraars dit voordeel niet meer bieden. Omdat ze geen winstoogmerk hebben betekent dit wel dat alle premies iets zullen dalen. Maar voor de lage inkomens zal het Rijk een hogere premiebijdrage moeten geven dan de bestaande gemeentelijke bijdragen. In §5.4 bespreken we wat dit betekent voor de kosten. Maar voor de sturing betekent dit dat de onzekerheid rond de herverdeling afneemt. De hogere bijdrage van het Rijk verankert dit en maakt het onafhankelijk van de goodwill van de zorgverzekeraars.

Optie E. Geen eigen betalingen en landelijke premiebijdrage

De mogelijkheden tot **maatwerk** zijn hetzelfde als in optie D.

Marktmacht speelt net als bij optie C een kleinere rol, maar de marktmacht van de burgers wordt groter voor de resterende aanvullende verzekering, net als in optie D. Het Rijk heeft de dekking van de eigen betalingen in het basispakket net als bij optie C helemaal in eigen hand. En de concurrentie tussen verzekeraars is net als in optie D groter.

De **verankering** is het grootst in deze combinatie. De bescherming van minima wordt in deze beleidsoptie grotendeels wettelijk verankerd, net als in optie C. En de herverdeling is volledig in de hand van de overheid, net als bij optie D.



Box 4: Wat is **maatwerk** bij de gemeentepolis?

Rond de gemeentepolis wordt er veel verstaan onder 'maatwerk'. Hieronder brengen we deze invullingen in kaart op overkoepelend, lokaal en individueel niveau.

Overkoepelend **maatwerk**

1. Gemeentepolissen kennen een andere dekking dan vrij beschikbare aanvullende verzekeringen. Zo wordt vaak het eigen risico herverzekerd, wat bij reguliere aanvullende verzekeringen niet gebeurt. Dit wordt soms omschreven als maatwerk voor minima, maar is eigenlijk generiek voor alle minima.
2. Verzekeraars zien de gemeentepolis als een maatwerkproduct omdat ze gemeenten helpen, ontzorgen en informatie bieden – het is geen onderdeel van hun reguliere verzekeringen.

Lokaal **maatwerk**

3. De zorgbehoefte onder minima verschilt per gemeente. Deze verschillen vallen echter meestal binnen de dekking van de basisverzekering. In theorie kan ook de dekking van de gemeentepolis hierop worden afgestemd, maar dit komt in de praktijk weinig voor. Gemeenten hebben maar beperkt invloed op pakketinhoud, zijn afhankelijk van de keuzes van zorgverzekeraars, en hebben ook maar beperkt zicht op kosten en marges.⁵⁸ De meeste verzekeraars bieden een klein aantal lichtere en zwaardere gemeentepolissen, waarbij de gemeente kiest welke er moet worden aangeboden. Deze specifieke polissen zijn vervolgens in alle gemeenten hetzelfde. De belangrijkste uitzondering hierop is DSW, dat wél lokale maatwerkpakketten aanbiedt in alle 18 gemeenten waar het een gemeentepolis aanbiedt.
4. De gemeente kan kiezen welke groep zij toegang geeft tot de gemeentepolis en hoeveel zij meebetaalt aan de premie.
5. Gemeenten kunnen afspraken maken met een verzekeraar over aanvullende activiteiten zoals preventie.

Individueel **maatwerk**

6. De gemeente kan extra mensen toegang geven tot de gemeentepolis. Het is niet mogelijk om rechtstreeks individueel maatwerk te bieden binnen de gemeentepolis, vanwege het risico op over- of onderverzekering.⁵⁹ Dit kan wel via de bijzondere bijstand medische kosten.

Figuur 5.5. Kosten

	Begroting	Zorggebruik	Uitvoering
 A Gemeentepolis standaardiseren			
 B Gemeentepolis verplichten			
 C Geen betalingen basispakket			
 D Landelijke premiebijdrage			
 E Opties C + D			

Bron: IPE-analyse.

5.4 Kosten

Criterium 4: Kosten. Ten slotte zijn de kosten van iedere beleidsoptie een relevant criterium. Bij lagere kosten blijft er meer geld over dat op andere manieren nuttig kan worden ingezet, of kunnen de belastingen worden verlaagd. We hebben geprobeerd om in dit rapport een schatting (deels kwalitatief en deels kwantitatief) te maken van de kosten om een eerste antwoord te geven op de vraag: *Wat kost de beleidsoptie?* Hierbij maken we onderscheid tussen effecten op de totale zorgkosten en de verschuiving tussen collectieve en individuele uitgaven. Ook dit brengt ons tot drie deelvragen:

- **Begroting:** Wat zijn de budgettaire kosten voor de overheid?
- **Zorggebruik:** Wat zijn de maatschappelijke kosten van onnodig extra zorggebruik?
- **Uitvoering:** Wat zijn de uitvoeringskosten?

Optie A. Gemeentepolis standaardiseren

Wij schatten dat het standaardiseren van de gemeentepolis gemeenten in totaal €20 miljoen per jaar meer zal kosten. Als het Rijk dit niet compenseert, is er geen effect op de rijksbegroting. De maximale premiebijdrage van gemeenten varieert van €0 tot €67 per maand. Op basis van het aantal mensen in de doelgroep in elke gemeente is het gewogen gemiddelde hiervan €26,56. Wanneer gemeenten ten minste €20 moeten bijdragen stijgt dit met €2,24 naar €28,85. Er zijn 580.000 mensen met een gemeentepolis. Gemiddeld is 82% van de mensen volwassen in Nederland, dus dit gaat om ongeveer 470.000 volwassenen. En twee derde van de mensen met een gemeentepolis heeft een uitgebreide variant, dat zijn dus zo'n 310.000 polissen. We verwachten ook dat het aantal mensen met een gemeentepolis zal toenemen wanneer de gemeentelijke bijdrage stijgt. We schatten dit effect op 35.000 extra volwassenen bij een ondergrens van €20 per maand (zie bijlage 4). Vervolgens nemen we aan dat deze mensen allemaal een uitgebreide verzekering afsluiten (de ondergrens is alleen daar van

toepassing) en dat er geen gemeenten stoppen met de gemeentepolis als gevolg van de hogere eisen. Door het standaardiseren neemt de totale premiebijdrage dus toe met afgerond $12 * (310.000 * €2,24 + 35.000 * €28,85) = €20$ mln. Deze kosten komen terecht bij de 53 gemeenten die nu al een gemeentepolis hebben, maar minder dan €20 per maand bijdragen aan de premie. Bij een ondergrens van €40 schatten we dat de meerkosten €90 mln. zijn, op basis van een gemiddelde premiebijdrage van €41,04.

Het zorggebruik zal licht toenemen, wat de totale zorgkosten verhoogt. Wanneer de eigen betalingen zijn verzekerd via de gemeentepolis zijn mensen eerder geneigd om zorg te gebruiken. Als er door de standaardisering meer mensen gebruikmaken van de gemeentepolis zal dit toenemen. Dat is zowel een voordeel als een nadeel. Ongewenste zorgmijding zal dalen. Behalve voor de gezondheid van de deelnemers, is dat ook voor de maatschappij gunstig, want het kan onder meer hogere zorgkosten in de toekomst voorkomen.⁶⁰ Tegelijkertijd is het ook mogelijk dat mensen naar de dokter gaan terwijl dit niet nodig was. De huisarts probeert dit te voorkomen: in Nederland kan iemand alleen na verwijzing door de huisarts naar een specialist. Toch is de verwachting dat deze beleidsoptie de zorg duurder zal maken en de maatschappij dus geld gaat kosten.^{61,62} Deze kosten worden deels betaald via de premies van de mensen met een gemeentepolis en deels door de overheid via de premiebijdrage die we in de vorige paragraaf bespraken.

Het effect op de uitvoeringskosten is beperkt. Er is alleen een effect in de gemeenten waar het aantal gemeentepolissen toeneemt, maar de uitvoeringslasten van de gemeentepolis zijn per verzekerde relatief klein.

Optie B. Gemeentepolis verplichten

De kosten voor het standaardiseren en verplichten van de gemeentepolis schatten wij op €35 miljoen per jaar, dit heeft alleen effect op de Rijksbegroting als het Rijk die kosten voor gemeenten compenseert. Bij deze beleidsoptie komen er – naast het effect in beleidsoptie A – 34 gemeenten bij die ook de gemeentepolis moeten invoeren. Hierdoor verwachten we nog 50.000 extra volwassenen met een gemeentepolis (zie bijlage 4). Dat kost die 34 gemeenten afgerond samen $12 * 50.000 * €28,85 = €15$ mln. aan premiebijdrage. De totale kosten zijn daarmee €35 mln. meer dan in de huidige situatie. Bij een ondergrens van €40 wordt dit €120 mln. Dit kost het Rijk niets als het alleen deze verplichting oplegt. Maar als het Rijk alle gemeenten compenseert voor de opgelegde ondergrens van €20 per maand voor de premiebijdrage, dan kost dit bij een verwachte 560.000 volwassenen ongeveer €130 mln. Onder de streep gaan gemeenten er dan €95 mln. per jaar op vooruit. Bij een ondergrens van €40 per maand verwachten we zelfs 600.000 volwassenen met een gemeentepolis, wat een rekening van €290 mln. per jaar zou opleveren voor het Rijk.

Het zorggebruik zal nog iets meer toenemen dan in optie A, omdat de gemeentepolis nog meer wordt gebruikt.

Het effect op de uitvoeringskosten blijft beperkt. Er is alleen een effect in de gemeenten waar het aantal gemeentepolissen toeneemt, maar de uitvoeringslasten van de gemeentepolis zijn per verzekerde relatief klein.

Optie C. Geen eigen betalingen voor minima

Het effect op de begroting van het afschaffen van eigen betalingen voor mensen met een laag inkomen hangt af van de aanpassing op de zorgtoeslag en de resterende bijdrage aan gemeentepolis. Het afschaffen van het eigen risico voor alle mensen in een huishouden met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum kost €280 mln. per jaar. Dit is op basis van 1,4 miljoen mensen (waarvan 18% kinderen) in een huishouden met een inkomen op dit niveau en de schatting van VWS dat de gemiddelde uitgaven aan het eigen risico €235 per persoon bedragen.⁶³ Daarbovenop komen nog de kosten van de andere eigen betalingen waarvoor deze groep wordt vrijgesteld en de totale premiebijdrage voor gemeentepolis die nu alleen kosten buiten het basispakket hoeft af te dekken. Wanneer deze bijdrage bijvoorbeeld €10 per maand is en er 600.000 volwassenen gebruik van maken, dan kost dit €75 mln. Hiertegenover staat de mogelijkheid om de zorgtoeslag te verlagen. Want die €235 is ook onderdeel van de zorgtoeslag om mensen te compenseren voor de verwachte uitgaven voor het eigen risico. Als de overheid ter compensatie de zorgtoeslag voor iedereen met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum verlaagt met €235, levert dit diezelfde €280 mln. per jaar op. Onder de streep is deze optie dan €55 mln. per jaar goedkoper dan de huidige regeling (min de extra

kosten voor het vergoeden van de overige eigen betalingen).

Wanneer het effect op de gemiddelde persoon met een gemeentepolis zo veel mogelijk wordt beperkt, kost deze beleidsoptie het Rijk en gemeenten samen €180 miljoen per jaar. Het is mogelijk om de aanpassing van de zorgtoeslag zo te kiezen dat het effect voor de gemiddelde gebruiker van de gemeentepolis zo klein mogelijk is. Het voordeel van de vrijstelling van de eigen betalingen is gemiddeld €235 voor het eigen risico plus een onbekend bedrag (PM) voor de overige eigen betalingen. De bijdrage van €10 per maand aan de resterende gemeentepolis is nog eens €120. Als daarbij de zorgtoeslag voor deze groep wordt verlaagd met €36 plus dat onbekende bedrag voor de overige eigen betalingen, dan is het totale voordeel €319 (zie tabel 5.1). Dat is gelijk aan $12 * €26,56$: de gemiddelde gemeentelijke bijdrage aan een uitgebreide gemeentepolis. Op deze manier kost beleidsoptie C €180 mln. per jaar meer dan de huidige gemeentepolis. De kosten voor het Rijk stijgen naar schatting dan met €230 mln. per jaar en die van gemeenten dalen met €55 mln. per jaar. Eventueel kan het Rijk dit (deels) via het gemeentefonds compenseren. Daarnaast kan er vanzelfsprekend ook worden gekozen voor een andere aanpassing van de zorgtoeslag, en die hoeft niet alleen mensen die recht hebben op een gemeentepolis te raken.

Tabel 5.1. Compensatie via de zorgtoeslag

Post	Bedrag	
Eigen betalingen	+ €235	+ PM
Premiebijdrage	+ €120	
Zorgtoeslag	- €36	- PM
Totaal	+ €319	

Het **zorggebruik** zal nog sterker toenemen dan bij opties A en B, leidend tot extra maatschappelijke kosten. Het aantal mensen zonder eigen betalingen stijgt naar ongeveer 1,4 miljoen. Een deel van deze mensen zal ook vaker naar de dokter gaan, waardoor de totale zorgkosten toenemen. Zoals besproken bij de vorige opties gaat het hierbij zowel om het voorkomen van ongewenste zorgmijding als om een toename van onnodig zorggebruik. Het CPB schatte dit gedragseffect in 2020 op €152 per volwassene.⁶⁴ Omdat de Rijksoverheid deze eigen betalingen rechtstreeks compenseert, komen de kosten van dit extra zorggebruik nog boven de berekende kosten in de vorige paragraaf.

De **uitvoeringskosten** zullen iets toenemen omdat de overheid en de zorgverzekeraars moeten bepalen wie er wel of geen recht heeft op de vrijstelling. Er is geen effect op de uitvoering door gemeenten, maar de Rijksoverheid moet de vrijstelling van de eigen betalingen kunnen uitvoeren voor specifiek de mensen in een huishouden onder de inkomensgrens. Hierbij kan waarschijnlijk informatie worden benut die al beschikbaar is voor de zorgtoeslag.

Optie D. Gemeentepolis vervangen door landelijke premiebijdrage

Het effect op de **begroting** hangt af van de gekozen premie, maar kan neutraal zijn. Omdat de gemeentepolis wordt afgeschaft hoeven gemeenten niet meer mee te betalen aan de gemeentepolis, wat gemeenten naar schatting €130 mln. per jaar bespaart. Bij een bijdrage van €20 per maand schatten we de totale premiebijdrage vanuit het Rijk in deze beleidsoptie afgerond ook op €130 mln. per jaar. Het is dus vooral een verschuiving van kosten van de gemeenten naar het Rijk, die het Rijk eventueel kan compenseren via het gemeentefonds.

De **rekening wordt zichtbaar**. Zoals besproken in §5.3 bieden zorgverzekeraars de gemeentepolis nu vaak met een kleinere marge aan dan hun andere polissen, maar is dit niet meer mogelijk wanneer iedereen ongeacht het inkomen dezelfde polissen kan afsluiten. Dat betekent een hogere premie voor de aanvullende verzekering waar het Rijk aan meebetaalt dan voor de gemeentepolis. Het kan daardoor zijn dat de €20 per maand aan bijdrage voor de verplichte gemeentepolis uit optie B – waar we in de vorige paragraaf ook mee rekenden – in deze beleidsoptie onvoldoende is. Dan moet het Rijk een hogere bijdrage geven; wat verzekeraars nu stilzwijgend herverdelen onder polishouders, zal het Rijk gaan verdelen onder alle belastingbetalers. Dat is eerlijker – bestaanszekerheid is een recht, geen gunst – maar het kost zichtbaar geld.

Het **zorggebruik** zal op dezelfde manier toenemen als bij optie B. Het zorggebruik is naar verwachting vergelijkbaar met optie B, waarin de gemeentepolis wordt verplicht. In beide gevallen zijn de inkomensgrens, overheidsbijdrage en pakket hetzelfde en wordt dus ook hetzelfde bereik en gebruik verwacht.

De gemeentepolis kan worden afgeschaft, wat **uitvoeringskosten bespaart**. Wanneer mensen met een laag inkomen – dankzij de premiebijdrage van het Rijk – op de reguliere markt een aanvullende verzekering kunnen afsluiten, is de gemeentepolis niet meer nodig. De meeste verzekeraars bieden in iedere gemeente exact dezelfde gemeentepolis aan, maar deze regeling wordt wel in 308 gemeenten individueel aanbesteed en uitgevoerd. 90% van de gemeenten wordt hierin ondersteund door BS&F.⁶⁵ Dit zal ongetwijfeld al tot grote standaardisatie hebben geleid. Toch blijft er sprake van dubbel werk dat een landelijke regeling kan voorkomen. De precieze opbrengst hiervan is moeilijk te kwantificeren.

Optie E. Geen eigen betalingen en landelijke premiebijdrage

Het effect van deze optie op de **begroting** is vergelijkbaar met optie C. De belangrijkste kostenpost is hetzelfde, namelijk de compensatie die de Rijksoverheid zorgverzekeraars moet bieden voor het wegvallen van de eigen betalingen in het basispakket van minima.

De toename in **zorggebruik** zal ook vergelijkbaar zijn met optie C.

Maar daarnaast kan in deze beleidsoptie de gemeentepolis wel worden afgeschaft, waardoor er aanvullend op de **uitvoering** kan worden bespaard. Zie de paragraaf hierboven bij beleidsoptie D.

5.5 Conclusie

Als de overheid het belangrijk vindt om mensen met een laag inkomen te beschermen tegen zorgmijding en schulden door zorgkosten, moet dit niet afhankelijk zijn van iemands postcode. Het aantal gemeenten zonder gemeentepolis steeg van 4 in 2017 naar 34 in 2026; in die gemeenten wonen bij elkaar 190.000 mensen met een laag inkomen. Waar de polis wél bestaat, lopen de inkomensgrens en de gemeentelijke bijdrage dermate uiteen dat de nettopremie kan oplopen tot €239 per maand – aanzienlijk meer dan de circa €150 voor een basisverzekering. Dit probleem tekent zich extra scherp af nu het kabinet het eigen risico wil verhogen.

Wij bevelen aan om de gemeentepolis af te schaffen en te vervangen door een landelijke regeling. De oplossing is om landelijk aan alle inwoners dezelfde toegang tot zorg en financiële ondersteuning hiervoor te bieden. Net als de zorgtarieven, die eveneens landelijk zijn vastgelegd. Een landelijke aanpak is mogelijk door minima automatisch een vrijstelling te geven van de eigen betalingen in het basispakket. De overheid verrekent dit rechtstreeks met de zorgverzekeraars. De resterende dekking vanuit de gemeentepolis kan worden opgevangen met een vrij beschikbare aanvullende verzekering. Door mee te betalen aan de premie, moedigt het Rijk huishoudens aan om een aanvullende zorgverzekering af te sluiten voor ten minste de tandarts, de fysiotherapeut en een bril of lenzen. Deze

twee maatregelen dekken samen wat de gemeentepolis nu dekt, maar dan groten-deels automatisch en overal in Nederland. De gemeentepolis kan vervolgens worden afgeschaft.

De combinatie van landelijke vrijstelling en premiebijdrage behoudt wat de gemeentepolis goed doet, en repareert wat er niet mee kan. Het kerndoel blijft het tegengaan van ongewenste zorgmijding en onverwachte zorgkosten. Nieuw is dat de vrijstelling automatisch van kracht is. Niemand hoeft er een verzekering voor af te sluiten, dus ook mensen die hun zorgkosten te laag inschatten zijn beschermd; niet-gebruik daalt. Eén landelijke premieregeling maakt bovendien een einde aan de huidige praktijk van 308 gemeenten die elk vrijwel dezelfde polis apart aanbesteden. Minima kiezen dan, net als ieder ander, zelf hun verzekeraar. En omdat het eigen risico niet langer in de aanvullende polis herverzekerd hoeft te worden, neemt de averechtse selectie af die de gemeentepolis duur maakt. Gemeenten houden via de individuele bijzondere bijstand ruimte voor maatwerk en kunnen ook zonder gemeentepolis met verzekeraars samenwerken. Zo komt er één landelijke bodem. In 2023 pleitte de Commissie sociaal minimum hier ook al voor.⁶⁶

De keerzijde van het voorstel is dat de zorguitgaven stijgen. Wie geen eigen betalingen meer heeft, gaat vaker naar de dokter. Deels is dat de bedoeling, want gemeden noodzakelijke zorg wordt weer gebruikt. Deels levert het ook onnodig gebruik op, dat de huisarts als poortwachter maar beperkt kan tegenhouden. Ook gaat het Rijk in ons voorstel meer betalen. Maar een deel van dat geld wordt vandaag ook al uitgegeven, alleen versnipperd: gemeenten betalen mee aan de premie en de zorgtoeslag compenseert al gedeeltelijk het eigen risico. En ook onbetaalde zorgrekeningen komen uiteindelijk bij het Rijk terecht: zorg kun je niemand weigeren, en via de wanbetalersregeling betaalt het collectief mee aan premies die niet worden geïnd. Wie zorgschulden landelijk voorkomt, bespaart dus ook aan die achterkant. Deze bestaande geldstromen kunnen als dekking dienen.

Wil de politiek deze stap nog niet zetten, dan zijn er tussenvormen. Het Rijk kan met gemeenten minimumeisen afspreken voor de premiebijdrage, de inkomensgrens en de dekking van de gemeentepolis, betaald uit een specifieke uitkering. Dit beperkt de grootste verschillen, maar de bescherming blijft dan afhangen van lokale keuzes.

Het Rijk wijst bij de verhoging van het eigen risico naar de gemeentepolis. Het kabinet wil het eigen risico indexeren en verhogen met €60, wat mensen in armoede het hardst raakt. In het wetsvoorstel noemt de regering de gemeentepolis als oplossing. Het is dan onvoldoende om gemeenten te stimuleren om de gemeentepolis breder en ruimhartiger aan te bieden. Dit landelijk veroorzaakte probleem vergt ook een oplossing op landelijk niveau.

Bronnen

1 Adang & Wouterse in ESB (2026) Differentieer het eigen risico en waarborg toegang tot noodzakelijke zorg

2 Vektis (2025) Zorgthermometer

3 Nibud (2026) Geldzaken in de praktijk – Rondkomen onder druk

4 Ministerie van Financiën (2024) IBO Problematische schulden

5 Verwey-Jonker Instituut (2020) Ongevenste zorgmijding vanwege financiële redenen

6 Ministerie van VWS (2025) Kamerbrief Uitkomsten van de gemeentepilots ter vermindering van mondzorgmijding om financiële redenen

7 Nivel (2026) Hoe kijken verzekerden naar een mogelijk verhoogd eigen risico?

8 CPB (2026) Weinig te besteden, minder zorg?

9 CPB (2019) Verbeteropties gemeentepolis

10 NOS (2026) Kabinet wil eigen risico verhogen naar 455 euro, maar heeft geen steun

11 Nivel (2026) Hoe kijken verzekerden naar een mogelijk verhoogd eigen risico?

12 Ministerie van VWS (2026) Memorie van toelichting, Kamerstukken II 2025/26, 36 943, nr. 3

13 Raad van State (2026) Advies over wetsvoorstel om verplicht eigen risico te verhogen per 2027

14 Participatiewet (2026) Artikel 35, derde lid

15 BS&F (2017) Preventie en de gemeentepolis

16 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

17 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

18 CPB (2019) Verbeteropties gemeentepolis

19 Nivel (2026) Hoe kijken verzekerden naar een mogelijk verhoogd eigen risico?

20 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

21 CPB (2019) Verbeteropties gemeentepolis

22 Ministerie van Financiën (2024) IBO Problematische schulden

23 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

24 Centrale Raad van Beroep (2025) [ECLI:NL:CRVB:2025:1064](#)

25 CBS (2024) Statline

26 Significant (2018) Onderzoek naar de waarde van het instrument minimapolis

27 CPB (2019) Verbeteropties gemeentepolis

28 FNV (2026) Zorg voor minima is geen postcodeloterij

29 FNV (2024) Stop de postcodeloterij

30 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

31 BS&F (2026) Gemeentepolis – Landelijke data voor onderzoek Zorginstituut Nederland

32 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

33 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

34 CPB (2019) Verbeteropties gemeentepolis

35 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

36 Significant (2018) Onderzoek naar de waarde van het instrument minimapolis

37 CPB (2019) Verbeteropties gemeentepolis

38 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

39 ZIN (2026) Is het mogelijk om mondzorg te vergoeden uit het basispakket?

40 Adang & Wouterse in ESB (2026) Differentieer het eigen risico en waarborg toegang tot noodzakelijke zorg

41 CPB (2025) Doorrekening beleidsopties voor het eigen risico

42 BS&F (2026) Gemeentepolis – Landelijke data voor onderzoek Zorginstituut Nederland, Figuur 4

43 Mondzorgalliantie (2023) Handreiking (acute en) noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen

44 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

45 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

46 Skipr (2023) Zilveren Kruis: schaf vrijwillig eigen risico af

47 DSW (2018) Verlaging eigen risico

48 De Friesland (2026) Eigen risico afschaffen: een goed idee?

49 Menzis (2024) Jaarrekening 2023: solide resultaten Menzis, uitdagingen in de zorg steeds groter

50 CZ (2015) Financieel Jaarverslag 2014

51 Equalis (2023) Onderzoek Vrijwillig eigen risico

52 CPB (2019) Verbeteropties gemeentepolis

53 Verwey-Jonker Instituut (2020) Ongevenste zorgmijding vanwege financiële redenen

54 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

55 BS&F (2026) Gemeentepolis – Landelijke data voor onderzoek Zorginstituut Nederland

56 BS&F (2017) Preventie en de gemeentepolis

57 Wetsvoorstel Wet proactieve dienstverlening SZW (Kamerstukken II 36 799)

58 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

59 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

60 Adang & Wouterse in ESB (2026) Differentieer het eigen risico en waarborg toegang tot noodzakelijke zorg

61 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

62 CPB (2020) Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet

63 Ministerie van VWS (2025) Regeling vaststelling standaardpremie

64 CPB (2020) Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet

65 Zorginstituut (2026) De gemeentepolis gewogen

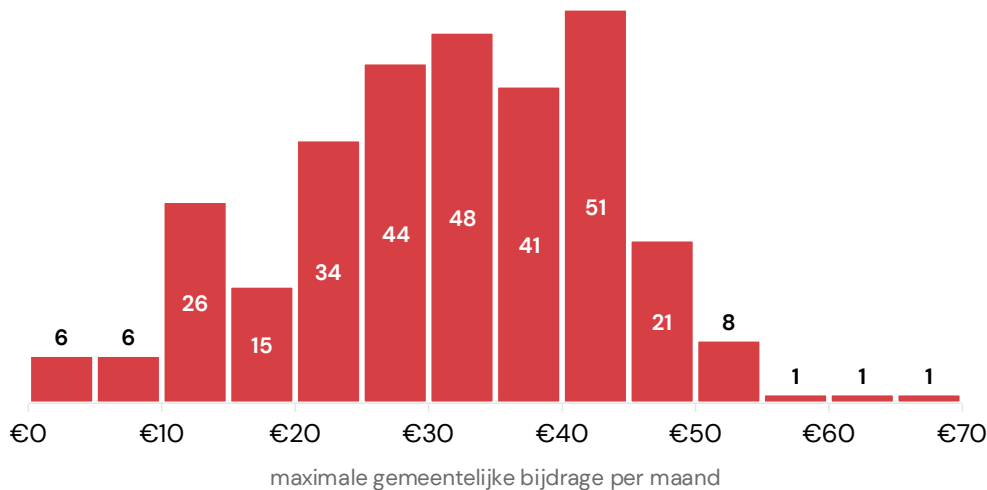
66 Commissie sociaal minimum (2023) Een zeker bestaan II

Bijlage 1: Premie gemeentepolissen

In hoofdstuk 3 bespraken we de verdeling van de premiebijdrage van de gemeentepolis. Het overzicht in figuur 3.2 sluit aan op de verdeling in figuur B1.1. Dit heeft grote invloed op de resulterende netto premie.

Figuur B1.1. Gemeentelijke bijdrage loopt van €0 tot €67

Verdeling van de maximale bijdrage per maand, 2026

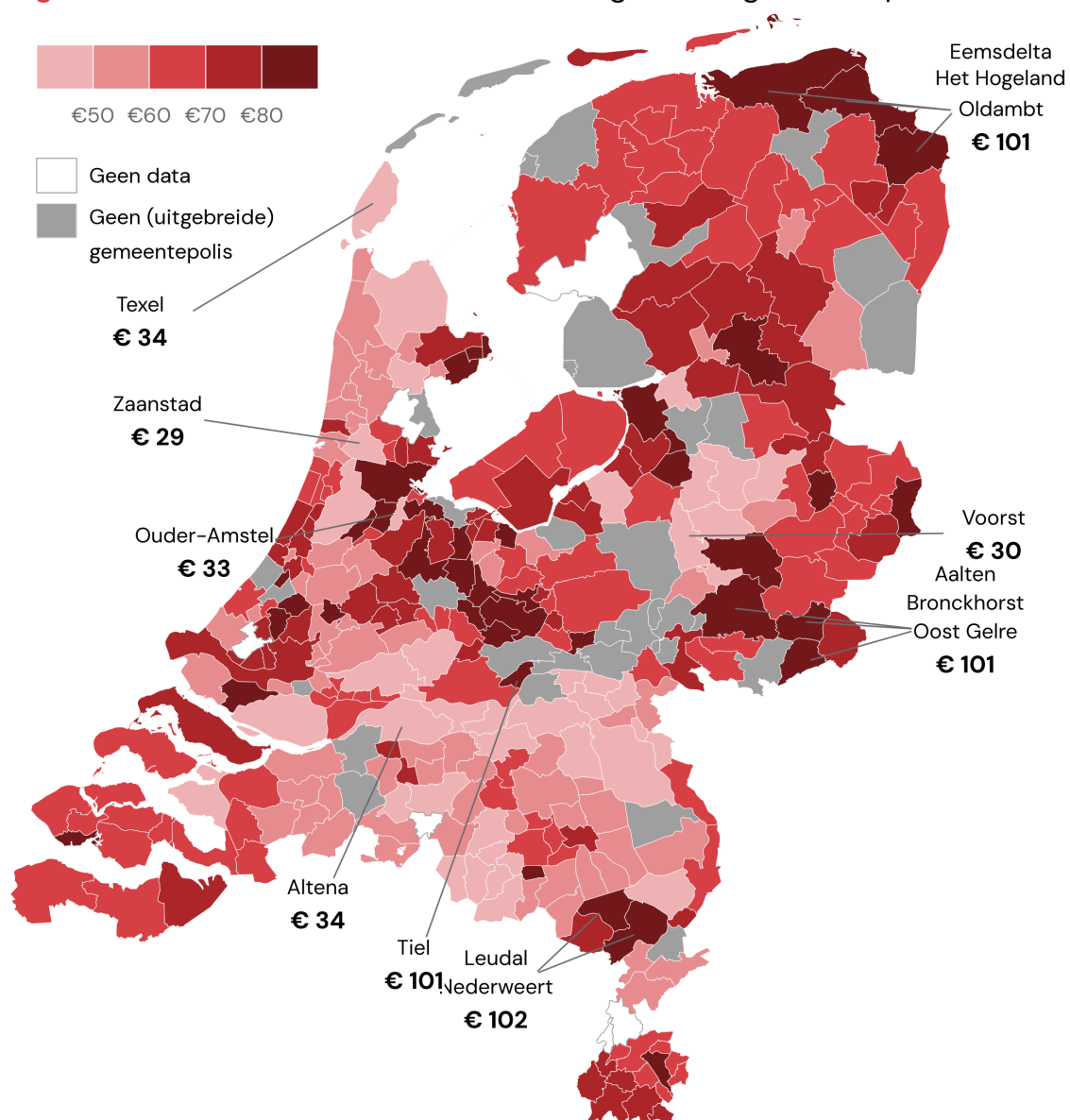


Noot: De 34 gemeenten zonder gemeentepolis en 5 gemeenten met een onbekende bijdrage ontbreken in de figuur. Bron: Gemeentewebsites, Gezondverzekerd.nl en IPE-analyse.

Figuur B1.2 laat de netto kosten zien bij de meest uitgebreide gemeentepolis in iedere gemeente. In sommige gemeenten is het niet mogelijk om het eigen risico her te verzekeren, voor de vergelijkbaarheid hebben we in die gemeenten één twaalfde van het eigen risico (€32) bij de maandpremie opgeteld. In deze figuur zijn we de kosten van de bijbehorende basisverzekering (€150 per maand) niet meegenomen.

De maximale premiebijdrage is lager in gemeenten die geen gemeentepolis aanbieden met een herverzekering van het eigen risico, maar de premie ligt ook lager. Figuur B1.3 laat het effect op de netto-premie zien. Ditmaal zonder de correctie van €32 op de premies zonder herverzekering.

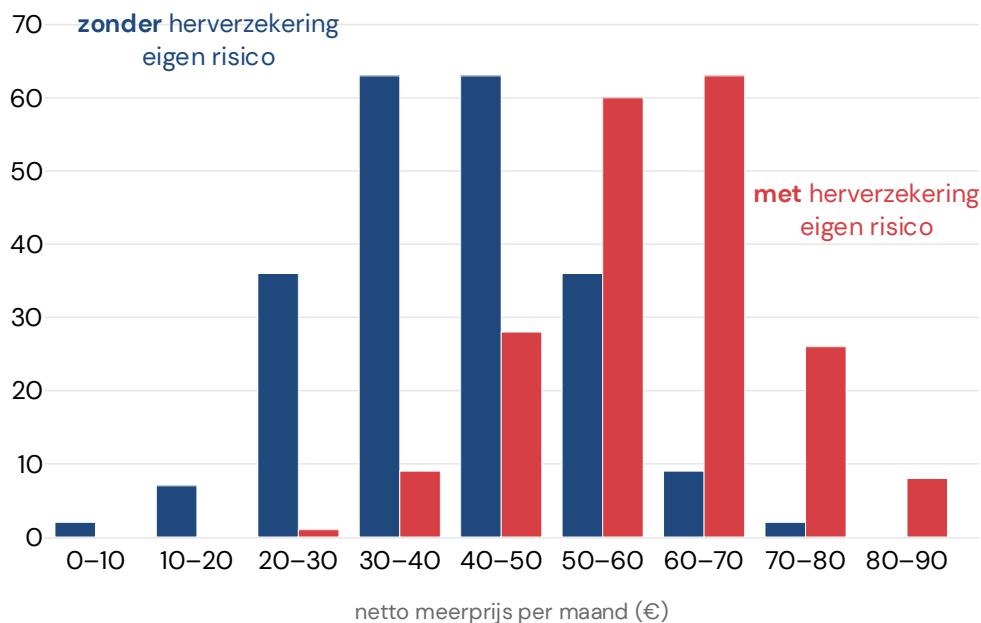
Figuur B1.2. Netto maandkosten van de uitgebreide gemeentepolis



Noot: Netto bedrag = maandpremie na collectiviteitskorting – gemeentelijke bijdrage – €150 voor de basisverzekering. Bron: Gemeentewebsites, Gezondverzekerd.nl en IPE-analyse.

Figuur B1.3. Zonder herverzekering eigen risico is de polis zo'n €20 per maand goedkoper

Aantal gemeenten per netto maandelijkse premie voor een uitgebreide gemeentepolis



Noot: Netto bedrag = maandpremie na collectiviteitskorting – gemeentelijke bijdrage – €150 voor de basisverzekering. Bron: Gemeentewebsites, Gezondverzekerd.nl en IPE-analyse.

De meeste gemeenten bieden verschillende polissen aan. Varianten met een uitgebreidere dekking en een hogere premie en varianten met een beperktere dekking en een lagere premie. Gemeenten doen vaak ook kleinere bijdrage een aan de minder uitgebreide gemeentepolis en de meeste gemeenten bieden drie varianten aan. We hebben de gemeentepolissen daarom op basis van de dekking ingedeeld in *basis*, *middel* en *uitgebreid*. Veel uitgebreide gemeentepolissen en sommige middelpolissen kennen de optie om het eigen risico af te dekken (herverzekeren), maar die is er niet altijd. Daarmee komen we op vijf verschillende typen polissen. De indeling wees vaak zichzelf, omdat verzekeraars hun gemeentepolissen ook in deze drie categorieën aanbieden. Hierbij lieten we de volgende gemeentepolissen buiten beschouwing:

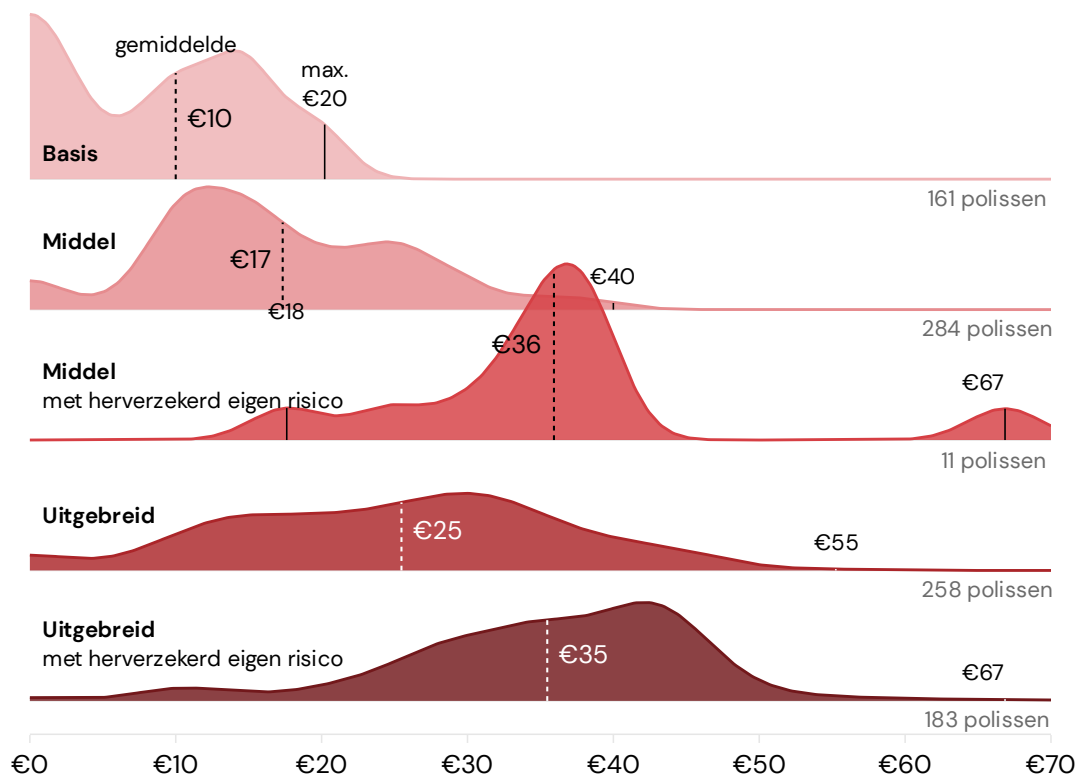
- Sommige gemeenten bieden een speciale polis aan voor mensen met een kunstgebit. Deze wijken af van de meest voorkomende polissen en lieten we daarom buiten beschouwing.
- Sommige gemeenten hebben zorgpolissen die speciaal voor de gemeente zijn samengesteld. Ook deze zijn misschien minder goed vergelijkbaar en zijn daarom in de standaard-analyse niet meegenomen.
- CZ en VGZ bieden in sommige gemeenten een gemeentepolis aan met twee verschillende basisverzekeringen. Bij de goedkopere variant is de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager. Wij namen alleen de duurdere variant mee in onze vergelijkingen: deze ligt dicht bij de gemeentepolissen van andere verzekeraars.
- Menzis laat mensen zelf een combinatie van een basisverzekering, aanvullende verzekering en tandartsverzekering samenstellen. Wij hebben daarbij drie combinaties samengesteld

die het meest lijken op de basis, middel en uitgebreide gemeentepolissen van andere gemeenten.

Uiteindelijk bleven er polissen van 9 verzekeraars over die we in deze vijf categorieën hebben ingedeeld. Figuur B1.4 laat voor alle vijf de categorieën zien hoe de gemeentelijke bijdrage verschilt tussen gemeenten. De spreiding wordt groter voor de uitgebreidere verzekeringen. Dit hangt ook samen met de premie, die hoger is bij een uitgebreidere polis. Figuur B1.5 maakt de variatie in de totale netto-premie – het verschil tussen de premie die de verzekeraar vraagt en de bijdrage van de gemeente – inzichtelijk.

Figuur B1.4. De gemeentelijke bijdrage kent grote verschillen voor vergelijkbare gemeentepolissen

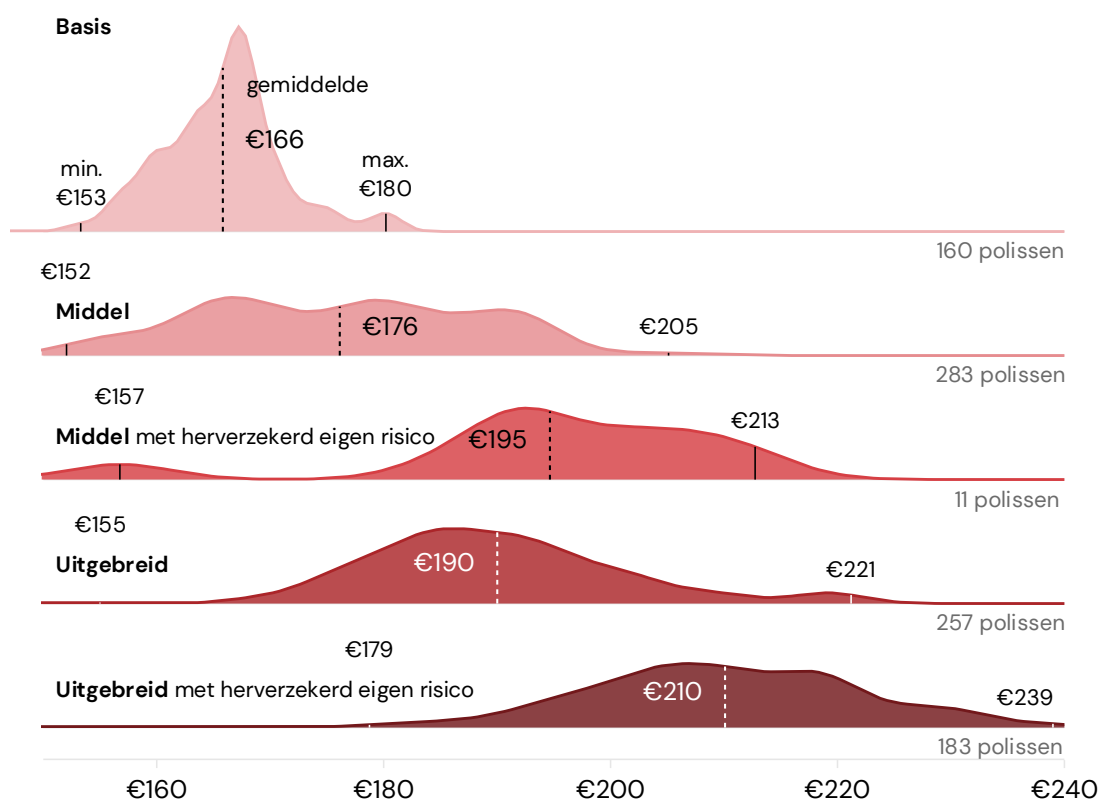
Verdeling van de maandelijkse gemeentelijke bijdrage, uitgesplitst per pakkettype



Noot: Alleen gemeentepolissen die tussen gemeenten vergelijkbaar zijn; gemeentespecifiek maatwerk (o.a. Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Zuid-Limburg), kunstgebitpolissen en goedkopere basisvarianten blijven buiten beeld — zie de bijlagetekst. Bron: Gemeentewebsites, Gezondverzekerd.nl en IPE-analyse.

Figuur B1.5. Nettopremie voor een gemeentepolis verschilt sterk per gemeente

Verdeling van de netto maandpremie na gemeentelijke bijdrage, uitgesplitst per pakkettype

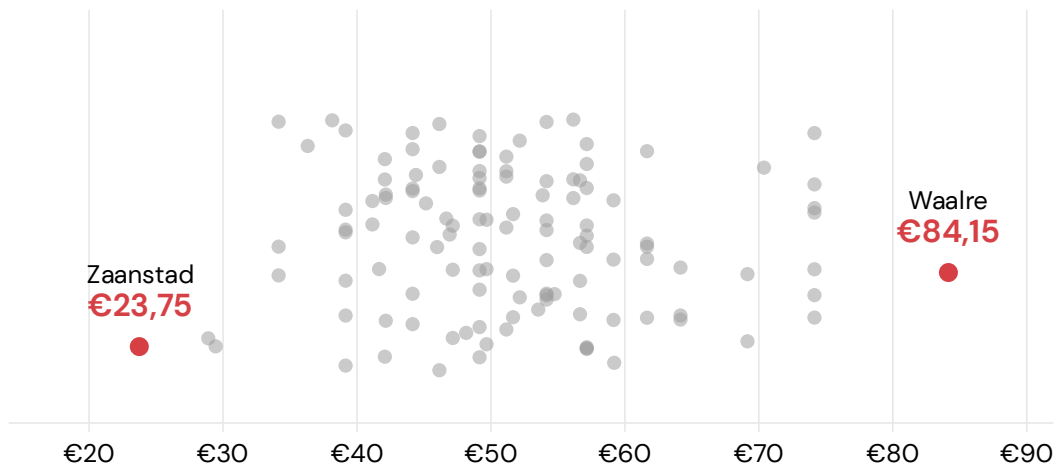


Noot: Alleen gemeentepolissen die tussen gemeenten vergelijkbaar zijn; gemeentespecifiek maatwerk (o.a. Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Zuid-Limburg), kunstgebitpolissen en goedkopere basisvarianten blijven buiten beeld — zie de bijlagetekst. Bron: Gemeentewebsites, Gezondverzekerd.nl en IPE-analyse.

De verschillen in de bijdrage van de gemeenten kunnen niet worden verklaard door de verschillen in de dekking tussen polissen in dezelfde categorie. Neem bijvoorbeeld het *Gemeentepakket Compleet*. Dit pakket wordt door de Coöperatie VGZ zowel onder het merk VGZ en Univé aangeboden als gemeentepolis. De dekking is hetzelfde onder beide merken. Hierbij bestaat een variant met en zonder herverzekering van het eigen risico. Onder het merk VGZ is het in twee gemeenten mogelijk om de gemeentepolis daarnaast te combineren met de basisverzekering *VGZ Basis keuze*. In alle 119 gemeenten is deze gemeentepolis beschikbaar in combinatie met *VGZ Ruime keuze* (of *Zorg geregeld polis*, onder het Univé label). Hoewel de dekking in deze 119 gemeenten dus hetzelfde is, verschilt de netto premie van het aanvullende deel incl. herverzekering van het eigen risico van €23,75 in Zaanstad tot €84,15 in Waalre – zoals figuur B1.6 laat zien.

Figuur B1.6. Zelfde polis, andere prijs

Netto maandpremie van het aanvullende deel – VGZ/Univé Gemeentepakket Compleet met herverzekerd eigen risico – in 119 gemeenten, 2026



Bron: Gemeentewebsites, Gezondverzekerd.nl en IPE-analyse.

Bijlage 2: Hoe verschilt de dekking tussen Menzis, CZ, VGZ en Univé?

De dekking van de meest uitgebreide gemeentepolissen van Menzis, CZ, VGZ en Univé lijkt sterk op elkaar. Omdat Univé onderdeel is van VGZ, zijn die twee zelfs identiek. Deze homogeniteit hoeft niet erg te zijn: hoewel er regionale gezondheidsverschillen bekend zijn, vallen deze grotendeels binnen het domein van het basispakket. De gemeentepolis hoeft dus niet per se te verschillen per regio. Al met al zijn er enkele verschillen tussen de grootste zorgverzekeraars:

Figuur B2.1. De dekking verschilt alleen in de bedragen

Meest uitgebreide gemeentepolis per verzekeraar — donkerder = vollediger vergoed

	Menzis	CZ	VGZ / Univé
Eigen risico herverz.	€385, met korting	€385, met restitutie	€346,80
Tandarts (per jaar)	€250 / 500 / 750	≈ €500	≈ €500
Fysiotherapie	20 behandelingen	20 behandelingen	20 behandelingen
Bril of lenzen	€150–200 / 2–3 jaar	€150–200 / 2–3 jaar	€150–200 / 2–3 jaar
Wmo eigen bijdrage (€261,60)	volledig	volledig	volledig
Medicijnen (max €250)	volledig	volledig	volledig
Orthop. schoenen (€135 p.p.)	volledig	volledig	volledig
Ziekenvervoer (€134)	volledig	volledig	volledig
Kunstgebit (25%)	volledig	volledig	volledig
Klikgebit (8–17%)	volledig	75%	volledig
Hoortoestel (25%)	tot €200	tot €300	volledig
Kraamzorg (€5,70 / €45)	volledig	50%	volledig

Bron: IPE-analyse.

Eigen risico

Alle verzekeraars bieden een uitgebreide polis aan waarin het eigen risico kan worden herverzekerd. Bij VGZ kost dit €346,80, oftewel €38,20 minder dan het volledige eigen risico van €385 per jaar. Bij CZ en Menzis kost de herverzekering de volledige €385 – waarbij Menzis afhankelijk van de gemeente €19,20 of €57,72 collectiviteitskorting geeft en CZ het ongebruikte deel van het eigen risico terugbetaalt aan de gemeente.

Tandarts

De tandartsvergoeding zit rond €500 (al biedt Menzis ook de opties €250 en €750). Controles, preventieve mondzorg en vullingen worden in al deze polissen volledig vergoed. Sommige polissen vergoeden ook diagnostiek, wortelkanaalbehandelingen en tandvleesbehandelingen volledig, andere juist kronen en bruggen. Overige mondzorg wordt voor 75% of 80% vergoed.

Fysiotherapie

Alle genoemde polissen bieden een volledige vergoeding voor twintig behandelingen fysiotherapie per jaar. Boven dat aantal wordt fysiotherapie voor chronisch zieken vergoed vanuit het basispakket.

Brillen

De vergoeding voor brillen en contactlenzen loopt uiteen van €200 per twee jaar tot €150 per drie jaar.

Eigen bijdragen

Alle polissen bieden een volledige vergoeding van de eigen bijdrage voor de Wmo (€261,60), medicijnen (max. €250), orthopedische schoenen (€135 per paar), een kunstgebit (25%) en ziekenvervoer (€134). De eigen bijdrage voor een hoortoestel (25%) wordt door VGZ ook volledig vergoed, CZ en Menzis doen dit tot respectievelijk €300 en €200. De eigen bijdrage voor kraamzorg thuis (€5,70 per uur) of in het ziekenhuis (€45) wordt bij CZ voor 50% vergoed, en die voor een klikgebit (8–17%) voor 75%. VGZ en Menzis vergoeden deze eigen bijdragen volledig.

Bijlage 3: Fasering landelijke bijdrage aan zorgpolis voor minima

Gemeenten krijgen een kleinere rol in de uitvoering. De uitvoering van de gemeentepolis werkt nu nog als volgt:

1. De overheid – nu de gemeente – laat de inwoner kiezen uit een aantal polissen.
2. Iemand met een laag inkomen vraagt een polis aan bij de overheid.
3. De overheid bevestigt dat de aanvrager aan de inkomenseisen voldoet.
4. De verzekerde betaalt een verlaagde premie aan de verzekeraar of de overheid houdt de premie in op de uitkering.
5. De overheid betaalt de premie of haar bijdrage hieraan aan de verzekeraar.

Bij de gemeentepolis wordt de rol van de overheid bij al deze stappen door de gemeente ingevuld. Bij de landelijke premiebijdrage kunnen deze stappen op termijn waarschijnlijk worden uitgevoerd door het Rijk, al is het niet nodig dat alle stappen tegelijk overgaan.

De Rijksoverheid kan beginnen met stap 1: de inwoner een polis laten kiezen. Bij de huidige gemeentepolis verloopt dit heel overzichtelijk. De meeste gemeenten maken maar met één verzekeraar een afspraak, waarna de inwoner uit drie gemeentepolissen kan kiezen: basis, middel en uitgebreid. Deze staan op de website van de gemeente en meestal ook op [Gezondverzekerd.nl](https://gezondverzekerd.nl). Dit is een website van BS&F, een bekende tussenpartij in dit domein en onderdeel van een Duitse verzekeringsmakelaar.^a De site helpt inwoners ook bij het kiezen. Bij een landelijke premiebijdrage moet dit anders worden vormgegeven. Dan bieden immers alle verzekeraars iedereen met een laag inkomen een polis aan, waarbij de overheid meebetaalt bij aanvullende verzekeringen die voldoen aan de eisen. Welke polissen dat zijn, moet de overheid vooraf laten weten, zodat minima weten waar ze aan toe zijn. Dit kan met een lange lijst op [Rijksoverheid.nl](https://rijksoverheid.nl), maar de informatie bereikt mensen pas echt als vergelijkingswebsites het meenemen. Die kunnen dan gelijk het effect van de overheidsbijdrage op de nettopremie inzichtelijk maken. [Gezondverzekerd.nl](https://gezondverzekerd.nl) kan die rol blijven vervullen, maar ook sites zoals [Indexminder.nl](https://indexminder.nl) en [Zorgwijzer.nl](https://zorgwijzer.nl) kunnen hierop inspelen.

^a BS&F is sinds oktober 2024 onderdeel van Ecclesia Group, een Duitse verzekeringsmakelaar.

Het lijkt ook realistisch dat het Rijk stappen 2 en 3 kan overnemen, het aanvraagproces en de bevestiging van de inkomenseis. Het Rijk heeft nog beter dan gemeenten inzicht in het inkomen van mensen^b. Ook is het aanvraagproces nu al grotendeels gecentraliseerd door BS&F, dat de aanvragen voor de meeste gemeenten verwerkt.

Stap 4 blijft waarschijnlijk bij de gemeenten, die immers verantwoordelijk zijn voor het uitkeren van de bijstand. Daarmee blijft de gemeente ook verantwoordelijk voor het organiseren van een aanvullende verzekering voor mensen in een betalingsregeling (de Regeling Uitstroom Bijstandsgerechtigden).^c Wel zou kunnen worden verkend of het inhouden van de kosten van de zorgpremie met de zorgtoeslag kan worden verrekend.

Bij stap 5 is regelgeving rond ongeoorloofde staatssteun een aandachtspunt. De praktijk van de gemeentepolis laat zien dat gemeenten, ondanks regels rond staatssteun, mogen bijdragen aan de premie voor een aanvullende verzekering. Mocht dit anders liggen voor de Rijksoverheid, dan zal de gemeente moeten blijven meebetalen aan de premie en zal het Rijk hen daarvoor compenseren.^d

^b Het Rijk kan het inkomen toetsen met de inkomensinformatie die bijvoorbeeld ook al voor de zorgtoeslag wordt gebruikt. Deze inkomenstoets mag geen nieuwe toeslag worden. Dit risico is goed te vermijden. Anders dan bij de toeslagen, werkt dit voorstel niet met voorschotten aan het huishouden op basis van een geschat jaarinkomen. De vrijstelling van eigen betalingen wordt tussen het Rijk en de verzekeraars verrekend en de premiebijdrage gaat direct naar de verzekeraar. Er loopt dus geen geld via het huishouden, dat achteraf kan worden teruggevorderd. Wie boven de inkomensgrens uitkomt, verliest de bijdrage voor de toekomst, maar hoeft niets terug te betalen. Omdat de vrijstelling automatisch is, is bij dit voorstel ook geen sprake van het niet-gebruik dat de toeslagen opbreekt.

^c Gemeenten kunnen er eventueel voor kiezen dit maar via één verzekeraar aan te bieden, om hun eigen uitvoering net zo overzichtelijk te houden als bij de gemeentepolis.

^d De Europese staatssteunregels verbieden niet dat de overheid meebetaalt aan de zorgkosten van burgers, wel dat zij ondernemingen selectief bevoordeelt. De gemeentelijke premiebijdrage is vormgegeven als bijzondere bijstand (artikel 35 lid 3 van de Participatiewet): een individuele aanspraak die ontstaat doordat de inwoner zelf een polis afsluit. De verzekeraar ontvangt de volledige premie, alleen betaalt de gemeente een deel daarvan namens de inwoner. Zulke steun van sociale aard aan individuen is verenigbaar met de interne markt, mits zij niet discrimineert tussen aanbieders (artikel 107, lid 2, onder a, VWEU). In dit voorstel houdt de landelijke premiebijdrage dezelfde vorm: een aanspraak van de verzekerde, uitbetaald aan de verzekeraar van diens keuze, bij elke verzekeraar die aan de eisen voldoet. Wat niet kan, is rechtstreeks met verzekeraars een lagere premie of een vaste vergoeding per polis afspreken; dan verschuift het voordeel van de burger naar de onderneming. De gemeentelijke praktijk is op dit punt overigens nooit formeel getoetst; bij de uitwerking blijft een juridische toets nodig.

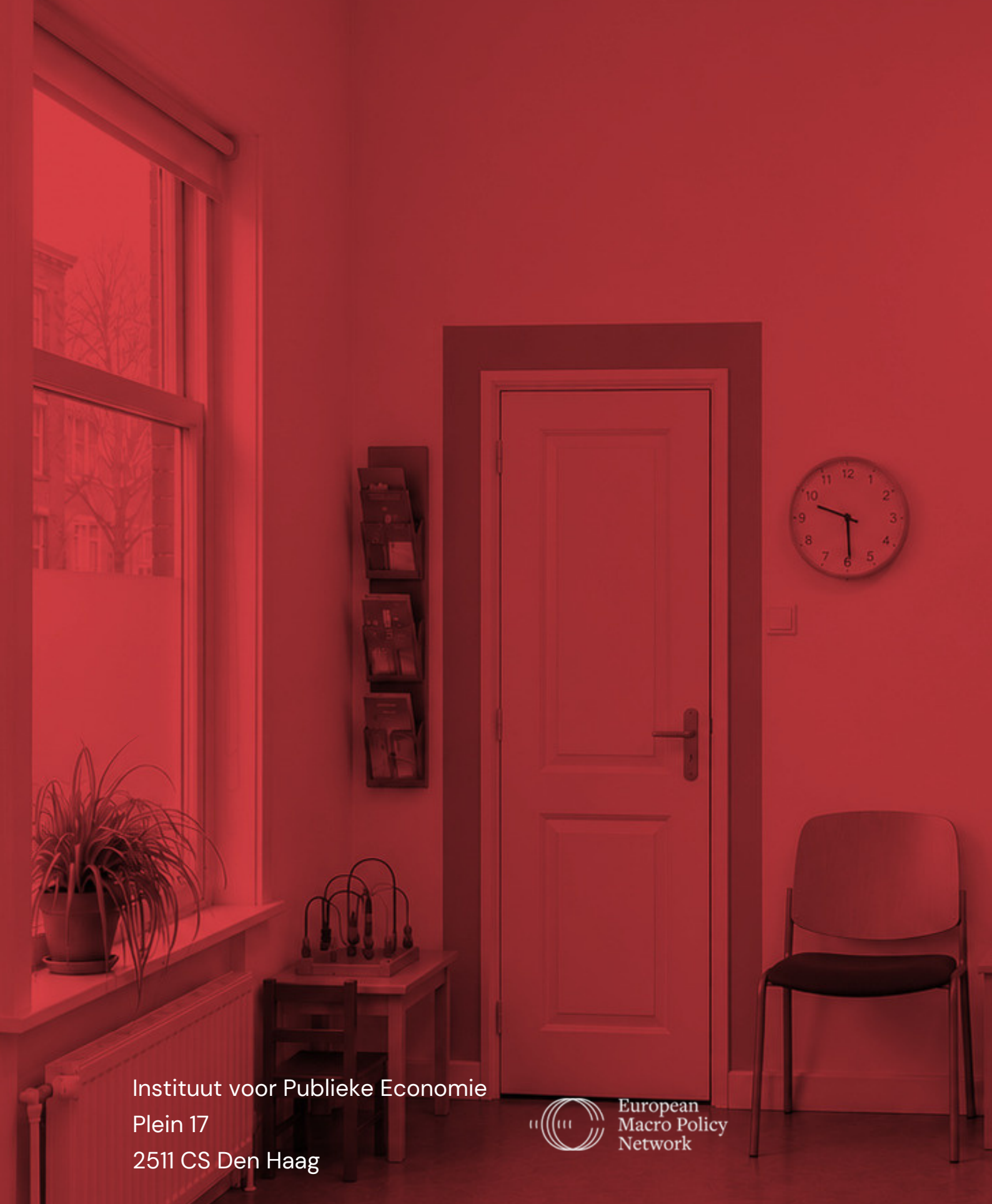
Bijlage 4: Berekeningen

Effect ondergrens premiebijdrage en verplichting gemeentepolis op aantal polissen

Er zijn in Nederland 53 gemeenten met een gemeentepolis waar de gemeenten minder dan €20 per maand meebetaalt aan de meest uitgebreide gemeentepolis bij de laagste inkomens. Voor 52 van deze gemeenten is de inkomensgrens bekend. Deze ligt voor de hoogste gemeentelijke bijdrage in deze gemeenten tussen de 110% en 150% van de bijstand. Voor al deze gemeenten hebben we op basis van CBS-data uit 2024 bepaald hoeveel mensen er in een huishouden wonen dat aan deze inkomenseis voldoet. Bij elkaar opgeteld zijn dit 430.000 mensen. Uit onderzoek van het Zorginstituut (ZIN) blijkt dat in gemeenten met een bijdrage van €20 tot €40 per maand het gebruik van de gemeentepolis onder deze doelgroep ongeveer 10% hoger ligt dan in gemeenten met een bijdrage van €0 tot €20 per maand. Dus we schatten dat het gebruik van de gemeentepolis met ongeveer 40.000 (10% van 430.000) zal toenemen wanneer al deze gemeenten hun bijdrage verhogen naar ten minste €20 per maand, als dit landelijk wordt verplicht met een standaardisatie van de gemeentepolis. Voor gemeenten met een bijdrage van ten minste €40 per maand ligt het gebruik nog 4,5% hoger. Dus wanneer het minimum op dit niveau komt verwachten we in deze gemeenten een toename van 60.000 (14% van 430.000). Daarnaast zijn er nog 167 gemeenten met een premiebijdrage tussen €20 en €40 per maand. Van 163 van deze gemeenten weten we de inkomensgrens, en kunnen we bepalen dat er totaal 690.000 mensen wonen in een huishouden met een inkomen onder de door de gemeente vastgestelde grens. In deze gemeenten verwachten we een toename van 30.000 (4,5% van 690.000). Dus het totale effect van een minimale premiebijdrage van €40 per maand is ongeveer 90.000 extra polissen.

Er zijn ook 34 gemeenten zonder gemeentepolis. In deze gemeenten wonen – volgens het CBS in 2024 – bij elkaar opgeteld 190.000 mensen in een huishouden met een inkomen van minder dan 120% van de bijstand. Het gemiddelde gebruik van de gemeentepolis in een gemeente met een bijdrage van €20 tot €40 is volgens ZIN 31–32%. Dus als deze 34 gemeenten worden verplicht om een gemeentepolis in te voeren voor alle inwoners met een inkomen tot 120% van de bijstand, en hieraan minstens €20 per maand moeten bijdragen, dan verwachten wij dat ongeveer 60.000 (31,5% van 190.000) extra mensen gebruik gaan maken van de gemeentepolis. Als die ondergrens €40 per maand wordt verwachten dat dit er 70.000 (36% van 190.000) zijn.

Wanneer de Rijksoverheid dus zowel de gemeentepolis verplicht als standaardiseert verwachten wij een toename van 100.000 (160.000) polissen bij een ondergrens van €20 (€40) per maand voor de premiebijdrage.



Instituut voor Publieke Economie
Plein 17
2511 CS Den Haag



European
Macro Policy
Network

www.ipe.nl
info@ipe.nl