



Verbeteropties gemeentepolis

Hoewel **zorgbeleid** effect heeft op armoede en **armoedebeleid** op gezondheid, zijn deze beleidsterreinen grotendeels **gescheiden**. De **gemeentepolis** bevindt zich op het **snijvlak** van armoede- en zorgbeleid.

De **gemeentepolis** kan een waardevol instrument zijn voor een integrale aanpak van armoede, gezondheid en schulden bij mensen met een laag inkomen.

Contracten tussen gemeenten en verzekeraars lijken moeilijker tot stand te komen.

Beleidsopties:

1. Pas compensatie aan voor zorgverzekeraars als die niet adequaat is
2. Bied meer keuzehulp en verschillende polissen aan
3. Vervang het eigen risico door een no-claim

Samenvatting

Hoewel zorgbeleid effect heeft op armoede en armoedebeleid op gezondheid, zijn deze beleidsterreinen grotendeels gescheiden. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het armoedebeleid en een deel van het zorgbeleid (jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning), terwijl het grootste deel van de zorg onder het Rijk valt (Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg).

De gemeentepolis bevindt zich op het snijvlak van het armoede- en zorgbeleid. De gemeentepolis is een gemeentelijke collectieve zorgverzekering binnen de Zorgverzekeringswet, gericht op inwoners met een laag inkomen. Het oorspronkelijke doel van de gemeentepolis was om lage inkomens toegang te geven tot betaalbare aanvullende zorgverzekeringen bovenop het verplichte basispakket. Daartoe kunnen gemeenten de *aanvullende* verzekeringen binnen de gemeentepolis subsidiëren. De zorgtoeslag van het Rijk, uitbetaald door de Belastingdienst, dient als tegemoetkoming in de kosten van de basisverzekering voor lage inkomens.

Sinds de decentralisaties in het sociaal domein is de gemeentepolis een logisch instrument voor een breder doel. De gedachte achter de decentralisaties is dat gemeenten integraal beleid kunnen voeren op het gebied van gezondheid, armoede en schuldpreventie. Er is vaak een samenloop van problemen op deze gebieden in één huishouden, waardoor een integrale aanpak effectiever en efficiënter kan zijn. De gemeentepolis kan mensen met een beperkte financiële redzaamheid helpen bij het voorkómen van financiële problemen door onderverzekering en wanbetaling, en gezondheidsproblemen die kunnen ontstaan door zorgmijding. Hulp van de gemeente bij het kiezen van een passende zorgverzekering is hierbij belangrijk.

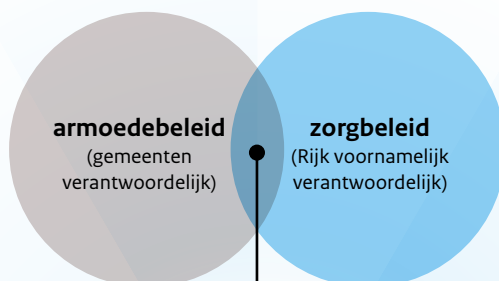
De gemeentepolis kent op dit moment een groot bereik, maar contracten tussen gemeenten en verzekeraars lijken moeilijker tot stand te komen. Een van de redenen die zorgverzekeraars hiervoor noemen, is dat de premie van de gemeentepolis de kosten onvoldoende dekt. Door de relatief hoge zorgkosten van de doelgroep is het moeilijk voor verzekeraars om een concurrerende premie te zetten. Omdat de gemeentepolis een waardevol instrument kan zijn met bredere maatschappelijke baten op het gebied van armoedebestrijding, gezondheid en schuldpreventie, verdient dit aandacht.

In deze publicatie geven we drie beleidsopties om de gemeentepolis te bestendigen en te verbeteren. De analyse is gebaseerd op interviews, literatuuronderzoek en een economische blik. De beleidsopties zijn aanvullend en zijn erop gericht de gemeentepolis voor alle betrokken partijen aantrekkelijk te houden:

1. **Schenk aandacht aan de risicoverevening.** Zorg dat zorgverzekeraars voldoende gecompenseerd worden voor de zorgkosten van de specifieke groep verzekerden in de gemeentepolis, zodat deze financieel aantrekkelijk blijft voor verzekeraars.
2. **Verruim de keuzehulp voor mensen met beperkte financiële redzaamheid.** Denk daarbij goed na over de vormgeving van de aanvullende verzekering en biedt daarbij ook een basisverzekering met beperkte aanvullende verzekering, zodat alle lage inkomens met een beperkte financiële redzaamheid terecht kunnen bij de gemeente voor een gemeentepolis – ook degenen die geen uitgebreide aanvullende verzekering nodig hebben.
3. **Vervang het eigen risico door een no-claim bij de gemeentepolis, al dan niet in combinatie met het aftoppen van de hoogte van de no-claim.** Bij de no-claim betaalt de verzekerde de 385 euro van het eigen risico -dan wel een deel daarvan als gekozen is om de 385 euro af te toppen- in maandelijkse termijnen via een hogere premie. Een verzekerde die jaarlijks minder zorg consumeert dan 385 euro, krijgt dit geld achteraf teruggestort. Minima worden bij een no-claim niet geconfronteerd met plotselinge hoge zorgkosten, terwijl er wel een prikkel voor efficiënt zorggebruik aanwezig blijft.

Verbeteropties gemeentepolis

De gemeentepolis staat onder druk, terwijl het een waardevol instrument kan zijn voor een integrale aanpak van armoede, gezondheid en schulden bij mensen met een laag inkomen



Gemeentepolis


een gemeentelijke collectieve zorgverzekering bestaat uit een basis- en aanvullende zorgverzekering voor mensen met een laag inkomen

740.000

mensen hebben een gemeentepolis



<130

zij hebben doorgaans een inkomen van max. 130% van het wettelijk minimumloon




Gaat zorgmijding tegen
Door goede verzekering stellen mensen zorg minder uit. Dit voorkomt dat zorgproblemen verergeren

Kan schulden voorkomen
Een aanvullende zorgverzekering voorkomt dat mensen plots grote zorguitgaven moeten doen die ze eigenlijk niet kunnen betalen



Biedt inkomensondersteuning
Door gemeentelijke subsidie blijft aanvullende verzekering van gemeentepolis betaalbaar voor mensen met lage inkomens

Voorkomt wanbetaling
Premie wordt vaak ingehouden op de bijstandsuitkering. Het tegengaan van wanbetaling helpt schulden voorkomen



Afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars over gemeentepolissen komen moeizamer tot stand

Het is van belang dat gemeentepolissen aantrekkelijk blijven voor alle betrokken partijen. Drie verbeteropties:

1 Compensatie zorgverzekeraars

Ga na of de compensatie voor de gemeentepolis adequaat is en pas deze indien nodig aan

2 Meer keuzehulp en verschillende polissen

Help mensen de juiste polis te kiezen en bied daarbij ook een beperktere aanvullende verzekering aan, of alleen een basispolis

3 No-claim in plaats van eigen risico

Verzekerde betaalt een (eventueel verlaagd) eigen risico in termijnen en krijgt wat hij niet gebruikt achteraf teruggestort

1 Inleiding

Hoewel zorgbeleid invloed heeft op armoede en armoedebeleid invloed heeft op gezondheid, zijn deze beleidsterreinen grotendeels gescheiden. Zo wordt zorgbeleid grotendeels op nationaal niveau bepaald, via de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz).¹ De Rijksoverheid gaat bijvoorbeeld over de inhoud van het basispakket en de hoogte van het eigen risico. Een relatief klein deel van de zorg is bij gemeenten belegd via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de jeugdzorg. Gemeenten zijn daarnaast verantwoordelijk voor zaken als armoedepreventie en schuldhulpverlening. De gedachte hierachter is dat gemeenten dicht bij de burger staan en dus mogelijk effectiever zijn in het ondersteunen van kwetsbare mensen, of het helpen van huishoudens met multiproblematiek. Bij de zorgverzekering komen problemen met gezondheid, armoede en schulden relatief vaak samen. Wanbetaling van de zorgpremie is vaak een signaal dat iemand in financiële problemen zit. Hoewel het aantal mensen dat in de wanbetalersregeling van de Zvw terechtkomt, de afgelopen jaren is gedaald, betreft dit nog altijd ruim 200 duizend mensen. Eenmaal in de wanbetalersregeling gaan de kosten van de zorgverzekering omhoog wat tot verder oplopende schulden kan leiden, wat weer een negatieve invloed op de gezondheid kan hebben.²

De gemeentepolis bevindt zich op het snijvlak van het gemeentelijke armoedebeleid en het landelijke zorgbeleid. De gemeentepolis is een gemeentelijke collectieve zorgverzekering voor inwoners met een laag inkomen. De gemeente kan er via deze polis voor zorgen dat mensen die hoge verwachte zorgkosten hebben, toegang hebben tot een betaalbare aanvullende zorgverzekering. De gemeente kan de aanvullende verzekering daartoe subsidiëren. Dit kan hoge eigen betalingen of ongewenste zorgmijding voorkómen. Ook zit de gemeente dicht op de premiebetaling, waardoor voorkómen kan worden dat mensen in de wanbetalersregeling terechtkomen. De gemeente kan bij het afsluiten van de polis bijvoorbeeld voorstellen om de premie direct in te houden op een eventuele uitkering, waarmee de verzekerde zich vooraf kan committeren aan de maandelijkse premiebetaling. De gemeente mag geen subsidie geven op de basisverzekering.³ Lage inkomens krijgen van het Rijk hiervoor al een tegemoetkoming via de zorgtoeslag.

De gemeentepolis kan positieve effecten hebben op de preventie van schulden en bij het tegengaan van ongewenste zorgmijding. Met het voorkómen van schulden kunnen gemeenten besparen op hun Wmo-uitgaven aan financiële begeleiding en relatief dure schuldhulpverlening. Doordat gemeenten en verzekeraars voor de gemeentepolis vaak meerjarige contracten aangaan, wordt zorgpreventie voor beide partijen rendabeler. Beperkte rationaliteit en complexe zorgpolissen leiden er ook toe dat mensen vaak moeite hebben met het kiezen van een goede zorgverzekering.⁴ Een te ruime zorgverzekering kan sneller leiden tot financiële problemen, terwijl een te goedkope zorgverzekering kan resulteren in ongewenste zorgmijding. Deze keuzeproblemen zijn in het bijzonder belangrijk voor mensen met lage inkomens.

¹ Uitzondering vormen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de jeugdzorg waarvoor de gemeenten zorgdragen.

² Van Rijnsoever e.a. (2011).

³ Gemeenten mogen in beginsel geen categoriale bijzondere bijstand verstrekken. Dit heeft tot doel de 'armoedeval' te beperken. De Participatiewet kent echter een specifieke uitzondering voor (een tegemoetkoming in de kosten van) een aanvullende zorgverzekering (artikel 35 lid 3).

⁴ Douven, R. e.a. (2015).

Hoewel de gemeentepolis op dit moment een groot bereik kent, lijken contracten tussen gemeenten en zorgverzekeraars moeilijker tot stand te komen. In 2018 bood 98% van de gemeenten een gemeentepolis aan, in totaal aan 740 duizend verzekerden.^{5,6} Er zijn echter signalen dat de gemeentepolis minder aantrekkelijk wordt. Hij is mogelijk verliesgevend voor zorgverzekeraars. Daarnaast willen enkele zorgverzekeraars alleen gemeentepolissen afsluiten met gemeenten waar ze veel verzekerden hebben. Zo geven Menzis en Zilveren Kruis aan de gemeentepolis in een aantal gemeenten niet meer te willen aanbieden vanwege respectievelijk de wens zich te beperken tot het eigen kerngebied en het argument dat de gemeentepolis niet kostendekkend is.⁷ Een ander signaal is dat verzekeraars steeds meer streven naar standaardisatie van de gemeentepolissen.⁸

In deze policy brief betogen we dat de gemeentepolis een kansrijk instrument kan zijn voor schuldpreventie en het tegengaan van ongewenste zorgmijding bij lage inkomens. Op basis van interviews, literatuur en een economische blik schetsen we daarom drie elkaar aanvullende beleidsopties die de gemeentepolis aantrekkelijker kunnen maken voor alle betrokken partijen: gemeenten, verzekeraars en verzekerden.⁹

2 Werking van de gemeentepolis

De gemeentepolis wordt sinds 1997 gebruikt om laagdrempelig toegang tot zorg en ondersteuning te bieden aan inwoners met een kwetsbare positie.¹⁰ Een deel van het budget dat vrijkwam na de afschaffing van de CER (compensatie eigen risico) en van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) in 2014, is om die reden overgeheveld naar gemeenten. Dit gaf aanleiding tot het ontwikkelen van een uitgebreide variant van de gemeentepolis gericht op inwoners met een laag inkomen en hoge zorgvraag.¹¹ Een derde deel van de gemeenten geeft aan (een deel van) de overgehevelde middelen inderdaad in te zetten als gemeentelijke bijdrage op de premie van de gemeentepolis. Ook zet een deel van de gemeenten deze middelen in via de bijzondere bijstand (in de vorm van een aparte regeling voor chronisch zieken en gehandicapten) of via een aparte regeling voor het wettelijk eigen risico.¹² Het aantal verzekerden is sinds 2013 aanzienlijk toegenomen (zie figuur 1). In 2018 groeide het aantal minima met een gemeentepolis met 30 duizend naar 740 duizend.¹³ Ter vergelijking, in 2017 waren er ruim 1,02 miljoen huishoudens (waarvan 675 duizend eenpersoonshuishoudens) met ten minste een jaar een inkomen onder 120% van het sociaal minimum.¹⁴ Gemeenten rapporteren een toename van het gebruik onder de doelgroep. Het aantal gemeenten waarin minder dan 30% van de doelgroep een gemeentepolis had, daalde van 30% in 2015 naar 15% in 2017, terwijl in dezelfde periode het percentage gemeenten waar ten minste 50% van de doelgroep werd bereikt, steeg van 25% naar 43%.¹⁵

⁵ Dit is inclusief kinderen, zie BS&F (2018a).

⁶ BS&F (2017b).

⁷ Willen (2018a,b).

⁸ Remmerswaal, R. e.a. (2018).

⁹ Verder hanteren we als uitgangspunt dat de beleidsopties grosso modo moeten passen in een budgettair neutraal kader.

¹⁰ Zie BS&F (2017b).

¹¹ Zie BS&F (2014).

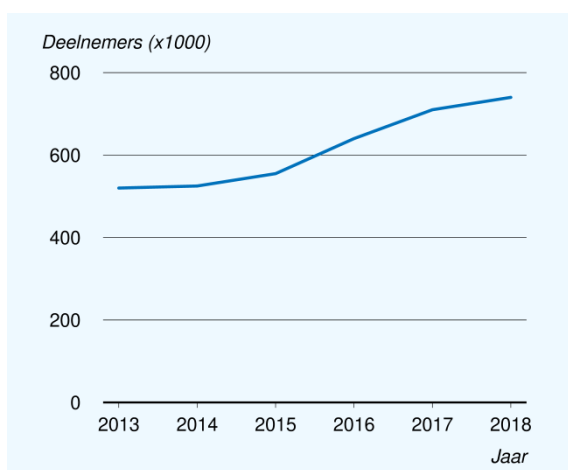
¹² Zie Remmerswaal e.a. (2018).

¹³ Dit is inclusief kinderen, zie BS&F (2018a).

¹⁴ 522 duizend huishoudens hadden ten minste vier jaar een inkomen lager dan het sociaal minimum. Bron: CBS, Laag en langdurig laag inkomen van huishoudens; huishoudenskenmerken, Statline.

¹⁵ Berekend op basis van cijfers in figuur 1, Iederin (2017). De cijfers zijn gebaseerd op driehonderd door BS&F onderzochte gemeenten.

Figuur 1 Aantal deelnemers (incl. kinderen) aan de gemeentepolis



Bron: BS&F (2018a,b).

Gemeenten streven meerdere doelen na met de gemeentepolis. De gemeentepolis is gericht op minima en bestaat altijd uit een combinatie van een basispolis (meestal een naturapolis¹⁶) en een aanvullende verzekering. De belangrijkste doelen zijn het waarborgen van de toegankelijkheid van de aanvullende zorgverzekering, het bieden van inkomensondersteuning aan mensen met hoge verwachte zorgkosten en de preventie van schulden.¹⁷ Bij het waarborgen van de toegankelijkheid van de aanvullende zorgverzekering gaat het om toegang tot een passende zorgverzekering, zonder medische selectie, tegen een betaalbare prijs die in verhouding staat tot het verwachte zorggebruik. Het doel hierbij is tevens om ongewenste zorgmijding tegen te gaan. Verder kan de gemeentepolis op diverse manieren helpen bij de preventie van schulden (zie hoofdstuk 3). Een bijkomend voordeel voor gemeenten is verder dat de administratieve lasten afnemen, doordat ze minder vaak bijzondere bijstand hoeven uit te keren voor de diverse zorgkosten.

Gemeenten stellen zelf criteria vast voor toegang tot de gemeentepolis. Ruim 80% van alle gemeenten hanteert een inkomensgrens tussen 110% en 130% van het wettelijk minimum en bijna 20% hanteert een inkomensgrens tot 110% van het wettelijk minimum.¹⁸ De inkomensgrens binnen een gemeente ligt soms hoger voor inwoners met een chronische ziekte of beperking.¹⁹ Bij aanvullende polissen kan medische selectie plaatsvinden door zorgverzekeraars, maar bij de gemeentepolis wordt deze niet toegepast.

Gemeenten subsidiëren de gemeentepolis door een bijdrage aan de aanvullende verzekering en/of door het (gedeeltelijk) compenseren van het verplichte eigen risico van verzekerden. Minima met hoge zorgkosten en een aanvullende verzekering zijn meer geld kwijt dan minima met lage zorgkosten zonder aanvullende verzekering. Alle minima worden via de zorgtoeslag gecompenseerd voor de uitgaven aan de basispolis. Bij de gemeentepolis wordt de aanvullende verzekering gesubsidieerd. De bijdrage van de gemeente voor de aanvullende verzekering, binnen de door de gemeente gehanteerde inkomensgrens, hangt af van de uitgebreidheid van het aanvullende pakket en neemt soms af met het inkomen van de verzekerde.²⁰ Vaak valt het verplichte eigen risico ook onder de dekking, of wordt gebruikgemaakt van gespreid betalen.

¹⁶ Zie BS&F (2017b).

¹⁷ Dit zijn de drie meest door gemeenten genoemde doelstellingen in het onderzoek van Remmerswaal e.a. (2018). Een vierde doelstelling die wordt genoemd, is de preventie van zorg en gezondheidsbevordering.

¹⁸ Berekend op basis van driehonderd door BS&F onderzochte gemeenten voor 2017, slechts één gemeente hanteert een inkomensgrens van meer dan 130%, zie Lederin (2017).

¹⁹ Zoals bijvoorbeeld in Zwolle [\[link\]](#), voor andere voorbeelden zie ook de vergelijkingssite Gezondverzekerd [\[link\]](#).

²⁰ Zoals bijvoorbeeld in Den Haag [\[link\]](#), voor andere voorbeelden zie ook de vergelijkingssite Gezondverzekerd [\[link\]](#).

Gemeenten bieden verschillende aanvullende verzekeringen aan, die variëren in dekking. Een aanvullende verzekering kan bijvoorbeeld dekking geven voor tandheelkundige ingrepen en fysiotherapeutische behandelingen, maar ook voor de eigen betalingen voor de Wmo en de Wlz. Daarnaast worden ook wel vergoedingen aangeboden voor preventie, zoals valpreventie, gezondheidschecks en beweegprogramma's voor inwoners met overgewicht.²¹ Door beweegprogramma's kunnen gemeenten mogelijk zowel de gezondheid verbeteren als kwetsbare groepen laten participeren.²² Door verschillen in aanvullende polissen die gemeenten aanbieden, zijn er diverse kleinschalige pilots met preventiemaatregelen mogelijk. Dit biedt kansen voor het bepalen van welke preventiemaatregelen goed aanslaan.

Veel gemeentepolissen krijgen een collectiviteitskorting. Bij collectiviteiten is het gebruikelijk dat verzekeraars een collectiviteitskorting geven. De korting die verzekeraars op de gemeentelijke basispolis geven, varieert van 0% tot 7%.^{23,24} De totale prijs van de polis inclusief aanvullende polis wordt medebepaald door collectiviteitskortingen, de subsidies van de gemeenten voor de aanvullende polis en de eventuele herverzekering of gedeeltelijke dekking van het eigen risico.

3 Gemeentepolis kansrijk bij aanpak schulden

De gemeentepolis is gericht op inwoners met een laag inkomen en het aandeel wanbetalers voor de zorgverzekering onder deze groep is relatief groot (zie figuur 2b). Een verzekerde wordt een wanbetaler wanneer deze zes maanden of langer een betalingsachterstand heeft bij de zorgverzekeraar. Wanbetalers hebben relatief vaak een laag inkomen (zie figuur 2a), en mensen met een laag inkomen worden relatief vaak wanbetaler (zie figuur 2b).

De gemeentepolis kan op meerdere manieren helpen bij het voorkómen van schulden. Door de vaak uitgebreide, gesubsidieerde aanvullende polis komen verzekerden minder snel voor onverwachte medische uitgaven te staan. Ook door het herverzekeren van het eigen risico, of met een no-claim, kunnen plotselinge hoge kosten worden voorkómen. Daarnaast kan met de gemeentepolis eenvoudig de premie van de zorgverzekering rechtstreeks worden ingehouden op de bijstandsuitkering. Dit kan voorkómen dat verzekerden in de schulden geraken doordat de verzekerde zich vooraf kan committeren aan het betalen van de maandelijkse premie. Het rechtstreeks inhouden van de premies verlaagt tevens de inningskosten van verzekeraars.

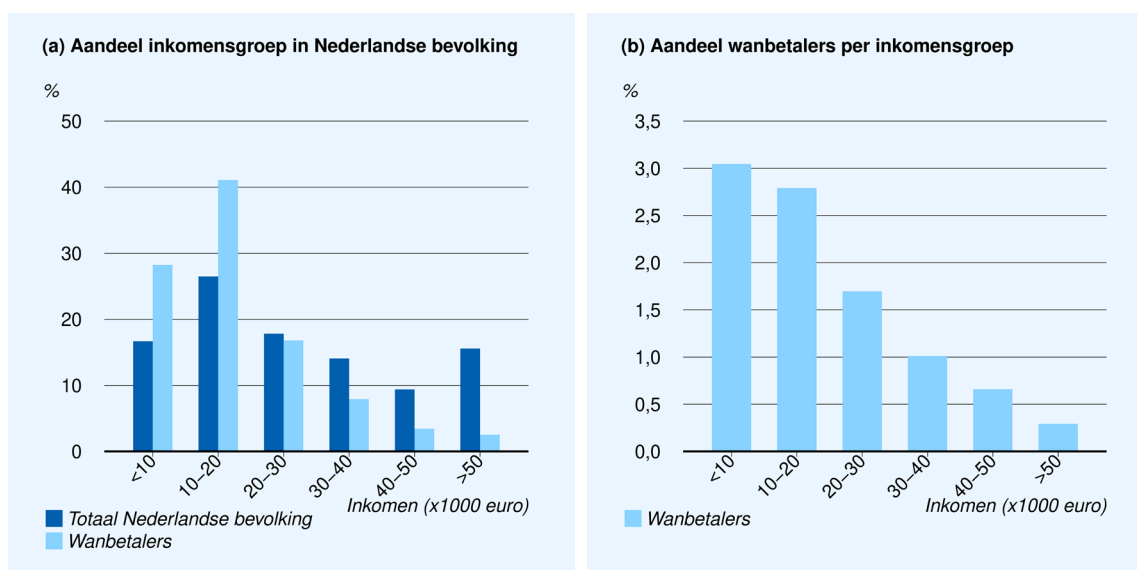
²¹ Zie ook BS&F (2017b).

²² Zie ook BS&F (2017b).

²³ Zie BS&F (2018a). De wettelijk maximale korting op de basispolis voor collectieve verzekeringen gaat overigens per 2020 omlaag van 10% naar 5% (BS&F, 2018a).

²⁴ Twee verzekeraars geven geen korting, maar hebben al een relatief lage premie voor hun basisverzekering. Per saldo zijn deze verzekeraars goedkoper dan de verzekeraars die wel korting geven (zie BS&F, 2018a).

Figuur 2 Wanbetalers hebben relatief vaak een laag inkomen

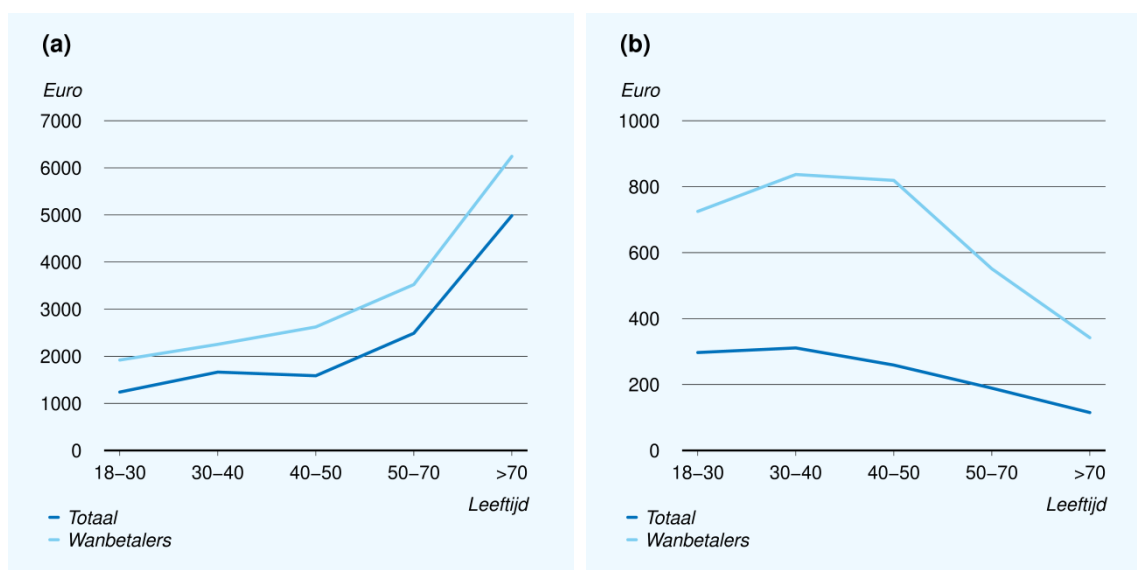


Het betreft de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder. Het persoonlijk inkomen bevat het totaal van inkomen uit arbeid, inkomen uit eigen onderneming, uitkering inkomensverzekeringen en uitkering sociale voorzieningen (m.u.v. kinderbijslag en kindgebonden budget). Premies inkomensverzekeringen (m.u.v. premies voor volksverzekeringen) zijn hierop in mindering gebracht. Bron: Aandelen zijn berekend op basis van cijfers in Mateboer-Bos, M., Berger-van Sijl, M., Doove, S., Gommans, F. en M. Peters, 2018, Zorgkosten en kenmerken van wanbetalers (Zvw), 2016, CBS maatwerk 14-12-2018 ([link](#)).

Via de gemeentepolis kunnen gemeenten contractuele afspraken maken met verzekeraar en polishouders over betalingsachterstanden. Bij de gemeentepolis kunnen eenvoudig additionele afspraken worden gemaakt over de signalering van betalingsachterstanden en problematische schulden. De gemeente en zorgverzekeraar kunnen bijvoorbeeld contractueel afspreken dat een betalingsachterstand van twee maanden direct wordt gemeld bij de gemeente. Door tijdig in te grijpen bij betaalachterstanden kan worden voorkómen dat inwoners in de wanbetalersregeling instromen. In de wanbetalersregeling betalen verzekerden een hogere premie en mogen zij geen aanvullende verzekering meer afsluiten. Hierdoor kan een vicieuze cirkel ontstaan waarin de hogere kosten voor zorg de schuldproblematiek verergeren. Het wegvallen van de aanvullende verzekering kan voor wanbetalers extra problematisch zijn omdat ze hogere zorgkosten dan gemiddeld hebben. Figuur 3 laat zien dat voor iedere leeftijd gemiddeld genomen de totale zorguitgaven in de zorgverzekeringswet hoger liggen voor wanbetalers dan voor niet-wanbetalers (zie figuur 3a), waarbij vooral de GGZ-zorguitgaven eruit springen (zie figuur 3b).²⁵

²⁵ Het CPB doet momenteel nader onderzoek naar de relatie tussen schulden en zorguitgaven.

Figuur 3 Zvw-kosten (a) en GGZ-kosten (b) voor wanbetalers en totale bevolking



Gemiddelde kosten over drie jaar, laatste jaar 2016, GGZ betreft specialistische GGZ-kosten, Bron: Mateboer-Bos, M., Berger-van Sijl, M., Doove, S., Gommans, F. en M. Peters, 2018, Zorgkosten en kenmerken van wanbetalers (Zvw), 2016, CBS maatwerk 14-12-2018 ([link](#)).

Het vroegtijdig opsporen van betalingsachterstanden bij de zorgverzekering helpt bovendien bij het vinden van mensen met betalingsachterstanden op andere gebieden. De zorgverzekering is de rekening die het vaakst te laat wordt betaald.²⁶ Door een inwoner met betalingsachterstanden bij de zorgverzekering op te sporen, kan daarom een grotere groep worden bereikt dan door te kijken naar andere betalingsachterstanden (zoals bijvoorbeeld huur- en energierekeningsachterstanden). Bovendien hebben mensen met een betalingsachterstand bij de zorgverzekering vaak ook andere betalingsachterstanden.²⁷

Een grote groep mensen is beperkt zelfredzaam en heeft moeite met het kiezen van de juiste zorgverzekering. Het aanbieden van passende zorgverzekeringen via de gemeentepolis kan deze groep helpen om betere keuzes te maken. Dat de groep mensen met beperkte zelfredzaamheid groot is, blijkt uit het feit dat ruim 453 duizend huishoudens gebruikmaken van vijf of meer sociale regelingen en voorzieningen.²⁸ In Nederland krijgt een op de tien huishoudens te maken met problematische schulden en voor nog eens een op de vijf huishoudens bestaat het risico om met problematische schulden te maken te krijgen.²⁹ Onderzoek van het SCP laat zien dat mensen in de Wmo beperkt zelfredzaam zijn met betrekking tot huishoudelijke taken en het afhandelen van financiële zaken. De zelfredzaamheid hangt samen met leeftijd, laag inkomen, lage opleiding, slechte gezondheid en werkloosheid.³⁰ De problemen spelen ook bij multiprobleemgezinnen, die kampen met een combinatie van problemen op sociaaleconomisch gebied en psychosociaal gebied, of bij mensen met schulden.³¹

²⁶ Bron: GNN (2016).

²⁷ Bron: GNN (2016).

²⁸ Eigen berekening op basis van CBS-cijfers uit 2013 (Ebenau e.a., 2016).

²⁹ SZW (2018).

³⁰ SCP (2017).

³¹ Uit onderzoek van de WRR (2017) blijkt dat het 'doenvermogen' bijvoorbeeld door stress vanwege problematische schulden, vaak wordt beperkt, waardoor mensen beperkter in staat zijn tot een rationeel keuzegedrag.

4 Verbeteropties gemeentepolis

De gemeentepolis kan een kansrijk instrument zijn voor schuldpreventie, inkomensondersteuning en het tegengaan van ongewenste zorgmijding bij lage inkomens. Er zijn echter aanwijzingen dat de gemeentepolis mogelijk verliesgevend is voor verzekeraars. Daarnaast blijkt de gemeentepolis niet voor alle lage inkomens aantrekkelijk te zijn en verdient de vormgeving van het eigen risico aandacht. Het verplicht eigen risico kan enerzijds leiden tot schulden of ongewenste zorgmijding en anderzijds, wanneer het volledig wordt herverzekerd, tot te veel consumptie van onnodige zorg. We schetsen daarom drie elkaar aanvullende beleidsopties die de gemeentepolis aantrekkelijker kunnen maken voor alle betrokken partijen: gemeenten, verzekeraars en verzekerden.

4.1 Gemeentepolis mogelijk verliesgevend

Verzekerden verschillen in hun verwachte zorgkosten. Door deze verschillen kunnen verzekerden met hoge verwachte zorgkosten minder aantrekkelijk zijn voor verzekeraars, omdat ze verliesgevend zijn. Omdat mensen met een laag inkomen, de doelgroep van de gemeentepolis, gemiddeld genomen hoge zorgkosten hebben, zijn zij in potentie minder aantrekkelijk voor verzekeraars. Een bijkomend probleem voor verzekeraars zijn de hoge beheerskosten voor deze groep. Omdat ze meer zorg consumeren dan gemiddeld, is het aantal contactmomenten met de zorgverzekeraar relatief groot.

Risicoverevening corrigeert voor verschillen in verwachte zorgkosten. Om deze verschillen in verwachte zorgkosten en risicoselectie door verzekeraars tegen te gaan, corrigeert de overheid voor verschillen in verwachte zorgkosten van verzekerden.³² Deze zogenoemde risicoverevening wordt jaarlijks door de overheid uitgevoerd. Dit betekent bijvoorbeeld dat een verzekeraar meer geld krijgt uit het risicovereveningsfonds voor een chronisch zieke dan voor een gezond persoon. De systematiek van de risicoverevening is uitermate complex, omdat er veel factoren een rol kunnen spelen bij het verklaren van verschillen in verwachte zorgkosten tussen mensen.

Risicoverevening is mogelijk niet adequaat bij de gemeentepolis. De praktijk laat zien dat de risicoverevening niet perfect is en niet altijd goed corrigeert voor specifieke groepen verzekerden. Bijvoorbeeld, de groep verzekerden die kiest voor een vrijwillig eigen risico kenmerkt zich door lage verwachte zorgkosten. Uitgaande van het risicovereveningsmodel in 2013 blijken zorgverzekeraars gemiddeld genomen ongeveer 400 euro te veel te ontvangen uit het risicovereveningsfonds voor een verzekerde met een vrijwillig eigen risico.³³ Een ander voorbeeld is de groep verzekerden die zelf aangeeft een redelijk tot heel slechte gezondheid te hebben. Uitgaande van het risicovereveningsmodel in 2016 blijken zorgverzekeraars gemiddeld 512 euro verlies te maken op een persoon uit deze groep, terwijl verzekeraars voor mensen met een eigen gerapporteerde goede tot heel goede gezondheid gemiddeld 187 euro per persoon winst maken.³⁴ De terugtrekkende beweging van verzekeraars op de markt voor de gemeentepolis suggereert dat deze doelgroep voor verzekeraars momenteel (financieel) niet aantrekkelijk is, gegeven het risicovereveningsmodel.

³² Beheerskosten worden niet meegenomen in de risicoverevening.

³³ Croes e.a. (2018); Douven e.a. (2016). Ook lijden zorgverzekeraars voorspelbaar verlies op chronisch zieken, Van Kleef e.a. (2019a).

³⁴ Van Kleef e.a. (2019b).

Inadequate risicoverevening leidt tot extra kosten voor betrokken partijen en mogelijke afname van het aanbod van gemeentepolissen. Wanneer verzekeraars te weinig geld uit de risicoverevening ontvangen voor verzekerden in de gemeentepolis, leidt dit tot extra kosten die verdeeld moeten worden over drie partijen. Ten eerste kan dit voor rekening van verzekerden komen wanneer verzekeraars de extra kosten doorberekenen via een lagere collectiviteitskorting of een hogere premie voor de aanvullende verzekering. Ten tweede kunnen de extra kosten voor rekening van gemeenten komen wanneer deze de premie voor de aanvullende verzekering laag willen houden via gemeentelijke subsidies. Ten derde kan het voor rekening van de verzekeraars komen wanneer ze de hogere kosten van de gemeentepolis zelf opvangen. Dit kan er uiteindelijk toe leiden dat verzekeraars en gemeenten niet tot overeenstemming komen en er geen gemeentepolis meer wordt aangeboden.

Aanbeveling

Ga na of de risicoverevening bij de gemeentepolis voldoende adequaat is en pas deze indien nodig aan.

De doelgroep van de gemeentepolis heeft specifieke kenmerken en gemiddeld relatief hoge zorgkosten. Het is belangrijk dat de risicoverevening verzekeraars voldoende compenseert voor deze groep om de gemeentepolis aantrekkelijk te houden voor alle partijen. Het risicovereveningsmodel wordt jaarlijks bijgesteld, daarbij kan ook expliciet naar de doelgroep van de gemeentepolis worden gekeken. Zo kan worden gekeken of er nog variabelen aan het risicovereveningsmodel kunnen worden toegevoegd, zoals variabelen met betrekking tot sociaaleconomische status, schulden of GGZ-kosten, die de zorguitgaven van de doelgroep van de gemeentepolis beter verklaren. Ook zou een extra restrictie kunnen worden opgelegd bij de risicoverevening die ervoor zorgt dat verzekeraars voldoende compensatie krijgen voor verzekerden in de gemeentepolis.³⁵ Een andere strategie is om verzekeraars achteraf te compenseren wanneer gemeentepolissen verliesgevend blijken te zijn geweest.³⁶

4.2 Gemeentepolis niet altijd aantrekkelijk voor de doelgroep

Veel gemeenten bieden alleen gemeentepolissen aan met een uitgebreide aanvullende verzekering. Een eerste reden hiervoor is dat bij veel gemeenten de gemeentepolis bedoeld is voor minima met hoge verwachte zorgkosten, en deze verzekerden hebben dus baat bij een (uitgebreide) aanvullende verzekering. De tweede reden is dat gemeenten alleen de premies voor de aanvullende verzekering en het verplichte eigen risico mogen subsidiëren. Een ruime subsidie kan feitelijk alleen worden gegeven als ook de aanvullende verzekering van voldoende omvang is. In veel gemeenten blijkt de minst uitgebreide polis vaak ruime vergoedingen te hebben voor tandheelkunde en fysiotherapie.³⁷

Voor minima met lage verwachte zorgkosten is de gemeentepolis echter niet aantrekkelijk. Veel minima hebben lage verwachte zorgkosten. Door de (uitgebreide) aanvullende verzekering is de polis vaak te duur voor deze minima. Dit heeft belangrijke nadelen. Veel gemeenten hebben een speciaal beleid gericht op alle minima en de gemeentepolis is een onderdeel van dit beleid. Minima die aan dit beleid willen deelnemen, kiezen vaak automatisch voor een gemeentepolis. Door de beperkte keuze van alleen (uitgebreide) aanvullende verzekeringen kan dan het risico van oververzekering ontstaan, met als mogelijk bijkomend nadeel overconsumptie van zorg.

³⁵ Voor een uitleg van deze statistische methode, zie Van Kleef e.a. (2017).

³⁶ Voor de voor- en nadelen van deze zogenoemde ex-post correctiemechanismen, zie Douven (2010).

³⁷ Zie ook Douven, R. e.a. (2015).

³⁷ Bron: [Zorgkiezer](#).

Vormgeving aanvullende verzekering is belangrijk. Veel gemeenten bieden uitgebreide aanvullende verzekeringen aan. Dit heeft als voordeel dat minima toegang hebben tot veel zorg, het heeft echter als nadeel dat het een prikkel geeft om meer zorg te consumeren dan nodig is. Verzekeraars moeten die extra zorgconsumptie doorberekenen in de premie, wat mogelijk leidt tot hogere premies voor de aanvullende verzekering. Bij de vormgeving van de aanvullende verzekering is het daarom belangrijk om voorzichtig te zijn met het verzekeren van vormen van zorg waarbij het risico op overconsumptie aanwezig is, zoals bij fysiotherapie.³⁸

Een breder aanbod van gemeentepolissen zou hier perspectief kunnen bieden, maar de doelgroep is niet altijd in staat om de juiste optie te kiezen. Zorgpolissen zijn complex en het is moeilijk de gevolgen van de diverse keuzes te overzien.³⁹ Dit geldt in het bijzonder voor de doelgroep van de gemeentepolis. Een passende zorgverzekering is voor hen van extra belang vanwege hun relatief lage inkomen. Hierdoor leiden extra uitgaven, hetzij door een te uitgebreide aanvullende polis met een hoge zorgpremie, hetzij door een te lage dekking waardoor veel eigen betalingen nodig zijn, sneller tot schulden. Bij een te lage dekking kan bovendien sneller zorgmijding optreden, omdat eigen betalingen voor zorguitgaven in relatie tot het beschikbaar inkomen hoger zijn voor de doelgroep van de gemeentepolis.

Aanbeveling

Breed de keuzehulp bij de zorgverzekering uit, denk na over de vormgeving en bied daarbij ook een gemeentepolis zonder, of met een beperkte, aanvullende verzekering aan. De gemeentepolis is een kansrijk instrument bij de aanpak van schulden, ook voor mensen die geen uitgebreide aanvullende verzekering nodig hebben. Om deze mensen te bereiken is het daarom zinvol om ook een gemeentepolis aan te bieden zonder aanvullende verzekering, of met een beperkte verzekering zoals een eenvoudige tandartsverzekering voor een reguliere tandartscontrole. Het aanbieden van keuzehulp helpt vervolgens bij het kiezen van een beperkte of uitgebreidere gemeentepolis. Met het aanbieden van een beperkte gemeentepolis wordt de kans verkleind dat minima, die alleen op de prijs van een polis afgaan, kiezen voor een goedkope (budget-)polis waarvan ze de voorwaarden niet goed kennen.⁴⁰ Tegelijkertijd hoeven mensen die een gemeentepolis willen, zich nu niet over te verzekeren, doordat ze ook voor een minder uitgebreide aanvullende verzekering kunnen kiezen.

4.3 Voorkom betalingsproblemen zoveel als mogelijk

Bij mensen met lage inkomens kan het eigen risico leiden tot schulden of tot het mijden van nodige zorg. Wanneer een verzekerde voor hoge zorgkosten komt te staan, dan moet het eigen risico van 385 euro worden betaald. Lage inkomens kunnen moeite hebben om dit bedrag in één keer te betalen wat de kans op schulden vergroot. Ze kunnen ook besluiten tot het mijden van zorg. Het mijden van nodige zorg is echter niet wenselijk, omdat dit leidt tot een slechtere gezondheid en mogelijk hogere zorgkosten op de langere termijn. Problemen met betrekking tot schulden en zorgmijding spelen waarschijnlijk het sterkst bij minima. Recent onderzoek uit de VS laat bijvoorbeeld zien dat minima minder snel bereid zijn om voor zorg te betalen.⁴¹ Minima hebben vaak minder liquide middelen, waardoor het voor hen moeilijker kan zijn om in één keer het volledige eigen risico te betalen. Dit kan remmend werken op het zorggebruik.⁴²

³⁸ Empirisch onderzoek laat zien dat verzekerden erg prijsgevoelig zijn voor fysiotherapie, zie Remmerswaal e.a. (2015).

³⁹ Douven, R. e.a. (2015).

⁴⁰ Zie ook de discussie op de website van de NRC [\[link\]](#).

⁴¹ Zie Finkelstein e.a. (2019).

⁴² Zie Remmerswaal e.a. (2019).

Een voordeel van het eigen risico is dat het leidt tot doelmatig zorggebruik. Door het eigen risico gaan mensen een bewustere keuze maken of de zorg die ze willen gebruiken daadwerkelijk nodig is. Er is veel evidentie in de literatuur dat met een eigen risico in de zorg het zorggebruik daalt. Zo rekent het CPB met een afname van het zorggebruik van 630 miljoen euro per jaar als gevolg van de invoering van het verplichte eigen risico.⁴³ In een recente CPB-studie⁴⁴ worden de uitgaven aan geneesmiddelen voor twee groepen gemeentepolissen met elkaar vergeleken. De ene groep kende een eigen risico en bij de andere groep werd het eigen risico herverzekerd en was er de facto dus geen eigen risico. Verzekerden die geen eigen risico meer hoefden te betalen, maakten meer gebruik van geneesmiddelen. Dit werd zowel gevonden voor verzekerden met hoge als met lage verwachte zorgkosten. Als gevolg van het eigen risico kunnen mensen ook gewenste zorg gaan mijden, waardoor hun gezondheid afneemt. De visie in de literatuur is dat het hebben van een eigen risico bij de meerderheid van de mensen niet leidt tot een slechtere gezondheid. De bevindingen van het beroemde RAND-experiment uit de VS waren dat een eigen risico een negatief effect kan hebben op de gezondheid van mensen met een laag inkomen en een hoge zorgvraag.⁴⁵

Aanbeveling

Vervang eigen risico door no-claim bij de gemeentepolis, al dan niet in combinatie met het aftoppen van de hoogte van de no-claim. Veel gemeenten herverzekeren het verplichte eigen risico van 385 euro om te voorkómen dat mensen worden geconfronteerd met onverwachte zorguitgaven. Dat kan schuldenproblematiek en ongewenste zorgmijding voorkómen. Het haalt echter ook alle doelmatigheidsprikkels van het eigen risico weg en geeft meer ruimte voor het consumeren van onnodige zorg. Dit laatste leidt in de regel tot hogere zorguitgaven en premies, wat de betaalbaarheid van de gemeentepolis onder druk zet. Een beter alternatief dan het herverzekeren van het eigen risico is een no-claim voor lage inkomens. Bij de no-claim betaalt de verzekerde de 385 euro in maandelijkse termijnen via een hogere premie. Een verzekerde die jaarlijks minder zorg consumeert dan 385 euro krijgt dit geld achteraf teruggestort. Net als bij herverzekering van het eigen risico worden minima dus niet geconfronteerd met plotselinge hoge zorgkosten, omdat ze eventuele eigen betalingen al vooruit hebben betaald.⁴⁶ Het vooruit betalen zorgt ervoor dat het risico op mijden van nodige zorg aanzienlijk wordt afgezwakt, terwijl de prikkel voor efficiënt zorggebruik deels blijft behouden.⁴⁷ De keuze om de hoogte van de no-claim voor deze groep verzekerden al dan niet af te toppen tot een lager bedrag dan 385 euro, ligt bij de gemeente. De omvang van de no-claim betreft een afruil: een hoog bedrag geeft een grotere prikkel om zorggebruik -en daarmee ook ongewenst zorggebruik - tegen te gaan, maar de kans op mijding van gewenste zorg neemt ook toe. Een lagere no-claim werkt vice versa. De no-claim optie zouden gemeenten en zorgverzekeraars bij alle gemeentepolissen als 'default' optie kunnen aanbieden.

⁴³ Zie ZIK, 2015. In die berekeningen werd uitgegaan van een verplicht eigen risico van 405 euro.

⁴⁴ Zie Non e.a. (2018).

⁴⁵ Zie Newhouse e.a. (1993).

⁴⁶ Een andere vorm van gespreid betalen die veel voorkomt, is het in termijnen betalen van de betalingen die onder het eigen risico vallen. Hierbij blijft de prikkel voor een efficiënt zorggebruik aanwezig, maar is er meer onzekerheid of de betalingen ook daadwerkelijk worden voldaan.

⁴⁷ Zie Remmerswaal e.a. (2019).

Literatuur

BS&F, 2018a, Recente ontwikkelingen rond de zorgverzekering, 18 december 2018, Zwolle.

BS&F, 2018b, Voorlichting gemeentepolis 2018, Presentatie.

BS&F, 2017a, Recente ontwikkelingen rond de zorgverzekering, 18 december 2017, Zwolle.

BS&F, 2017b, Preventie en de minimapolis, Zwolle.

BS&F, 2016, Recente ontwikkelingen rond de zorgverzekering, 20 december 2016, Zwolle.

BS&F, 2014, Compensatie van meerkosten via de gemeentelijke zorgverzekering 2015, 17 december 2014, Zwolle.

Croes, R., K. Katona, M. Mikkers en V. Shestalova, 2018, Evidence of Selection in a Mandatory Health Insurance Market with Risk Adjustment, Tilec Discussion Paper 2018-013, Tilburg.

Douven, R., 2010, Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: hoe nu verder?, CPB Document 212.

Douven, R., L. Kranendonk en M. Remmerswaal, 2016, Keuzegedrag verzekerden en risicosolidariteit bij vrijwillig eigen risico, CPB Notitie 1 november 2016.

Douven, R., R. Zoutenbier en M. Bijlsma, 2015, Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg, CPB Policy Brief 2015/12.

Ebenau, E., M. Geerdinck en R. Waaijman, 2016, Gebruik en samenloop van regelingen en voorzieningen per provincie, gemeente en wijk, 2013. CBS.

Finkelstein, A., N. Hendren en M. Shepard, 2019, Subsidizing Health Insurance for Low-Income Adults: Evidence from Massachusetts, *American Economic Review* 109(4): 1530-67.

GGN, 2016, Trendonderzoek betaalgedrag, Zo betaalt Nederland: Zorg, Rotterdam.

Iederin, 2017, Gemeentelijke zorgverzekering: met stappenplan voor lokale belangenbehartigers, mei 2017.

Kleef, R. van, T. McGuire, R. van Vliet en W. van de Ven, 2017, Improving risk equalization with constrained regression, *European Journal of Health Economics* 18: 1137–1156.

Kleef, R. van, R. van Vliet, F. Eijkenaar en W. van de Ven, 2019a, Compenseer zorgverzekeraars beter voor verlies op chronisch zieken, *Economische Statistische Berichten*, nog te verschijnen, elektronisch beschikbaar sinds 19 juni 2019 [[link](#)].

Kleef, R. van, F. Eijkenaar en R. van Vliet, 2019b, Selection Incentives for Health Insurers in the Presence of Sophisticated Risk Adjustment, *Medical Care Research and Review*, nog te verschijnen, elektronisch beschikbaar sinds 1 februari 2019, blz. 1–22 [[link](#)].

Newhouse, J., Insurance Experiment Group, 1993, *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Non, M., R. van Kleef, O. van der Galiën en R. Douven, 2018, The effect of reinsuring a deductible on pharmaceutical spending: A Dutch case study on low-income people, CPB Discussion Paper 387.

Remmerswaal, R., R. Douven en P. Besseling, 2015, Toelichting op eigen betalingen in de Zorg, CPB Achtergronddocument, 31 maart 2015.

Remmerswaal, R., R. Plu en I. Lapajian, 2018, Onderzoek naar de waarde van het instrument minimapolis, Rapportage Significant, Barneveld.

Remmerswaal, M., J. Boone, M. Bijlsma en R. Douven, 2019, Cost-sharing design matters: A comparison of the rebate and deductible in healthcare, *Journal of Public Economics* 170, 83–97.

Rijnsoever, van. M. P., E. Tromp, W.E. Waterlander, F.M. Schütz en I. H. M. Steenhuis, 2011, Verschillen in leefstijl en gezondheid tussen mensen met en zonder schulden, *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89 (1): 43–50.

SCP, 2017, Overall rapportage sociaal domein 2016: Burgers (de)centraal, Redactie: Pommer, E. en J. Boelhouwer, december 2017, SCP, Den Haag.

SZW, 2018, Brede Schuldenaanpak, Brief van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, TK 2017–2018, 24 515, nr. 431.

Willen, S., 2018a, Terugtrekken verzekeraars uit minimapolissen wekt zorg, 7-8-2018 geplaatst op de website van Binnenlands Bestuur [[link](#)].

Willen, S., 2018b, Geen zicht op effecten minimapolissen, 1-5-2018 geplaatst op de website van Binnenlands Bestuur [[link](#)].

WRR, 2017, Weten is nog geen doen, Den Haag.

ZIK, 2015, *Zorgkeuzes in Kaart*, Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties, Centraal Planbureau.