

## Rapportage

Onderzoek naar de waarde van het instrument minimapolis



Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

Barneveld, 20 april 2018

Referentie: RP/tg/00591

Versie: 2.0

Auteur(s): Rosa Remmerswaal, Ruud Plu, Irene Lapajian

## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel	7
1.3 Onderzoeksaanpak	8
<b>2. Foto van de huidige situatie</b>	<b>9</b>
2.1 Verkenning	9
2.2 Breedteonderzoek gemeenten, interviews met zorgverzekeraars en analyse van het huidige aanbod op de website Gezondverzekerd.nl en validatie in de ambtelijke klankbordgroep	10
2.3 Doelstellingen van de minimapolis	10
2.4 Aanbod	14
2.5 Bereik en effectiviteit	16
2.6 Alternatieven	19
<b>3. Toekomst: scenario-analyse</b>	<b>21</b>
3.1 Scenario's	21
3.2 Analyse	22
<b>4. Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>28</b>
4.1 Conclusies	28
4.2 Aanbevelingen voor vervolg	29
<b>5. Bijlagen</b>	<b>30</b>
<b>A. Onderzoeksaanpak</b>	<b>31</b>
<b>B. Infographic aanpassingen in risicoverevening 2018</b>	<b>38</b>
<b>C. Bevindingen aanbod minimapolissen</b>	<b>39</b>

## Samenvatting

Mede als gevolg van het besluit van Zilveren Kruis de kortingen op collectiviteiten voor minima te verlagen, dan wel in een aantal gemeenten de samenwerking te beëindigen, heeft Significant op verzoek van de VNG de waarde van het instrument 'minimapolis' voor de verschillende belanghebbenden onderzocht. Tevens is een aantal alternatieven ten opzichte van continuering van het huidige instrument verkend.

Het onderzoek bestaat uit een viertal onderzoeksactiviteiten:

- a. Documentstudie en verkennende interviews met het ministerie van VWS, de Landelijke Cliëntenraad, twee zorgverzekeraars en twee gemeenten;
- b. Breedteonderzoek aan de hand van interviews bij een steekproef van 30 gemeenten;
- c. Interviews met vijf verzekeraars;
- d. Analyse van het aanbod minimapolissen van gemeenten op de website Gezondverzekerd.nl;
- e. Een door een ambtelijke klankbordgroep van gemeenten uitgevoerde scenario-analyse.

De resultaten - zoals weergegeven in deze rapportage - betreffen een weergave van de bij het onderzoek betrokken belanghebbenden (voornamelijk gemeenten en verzekeraars). Het is een weergave van hun meningen, interpretaties, ideeën en beelden met betrekking tot de huidige situatie en een mogelijke toekomstige situatie. Met uitzondering van de gegevens die terug te vinden zijn op Gezondverzekerd.nl zijn geen andere harde gegevens bij het onderzoek gebruikt.

### Partijen hechten veel waarde aan de minimapolis

Zowel gemeenten als verzekeraars hechten veel waarde aan de minimapolis en zijn over het algemeen tevreden over dit instrument. De minimapolis draagt bij aan de toegankelijkheid van de zorgverzekering en inkomensondersteuning. Daarnaast is er sprake van een toenemende belangstelling om ook aan doelstellingen als 'preventie van schulden' en 'preventie van zorg en gezondheidsbevordering' te werken. Verzekeraars zien het als hun maatschappelijke verantwoordelijkheid zich voor deze doelgroep in te zetten. Gemeenten zien de minimapolis ook als een uitgelezen mogelijkheid om (intensiever) contact met de verzekeraars te hebben. Verzekeraars geven duidelijk aan breder en intensiever met gemeenten te willen samenwerken, ook op de andere domeinen, zoals: Wmo, Participatie en Wlz. Bereik van de doelgroep en een passende mix van verzekerden zijn voor verzekeraars belangrijk. Verzekeraars handelen hiernaar door: alert te zijn op het bedrijfseconomische resultaat van de minimapolis, te focussen op het eigen werkgebied, te streven naar standaardisatie en vaak een voorkeur te hebben voor het zijn van de enige of de voornaamste aanbieder in een gemeente.

Op basis van de gesprekken geven zowel gemeenten als verzekeraars aan geen of beperkte urgentie te voelen om naar een alternatief instrument voor de minimapolis te zoeken.

### Er is weinig feitelijke informatie beschikbaar ter ondersteuning van positieve waardering

Zowel gemeenten als verzekeraars geven aan niet of nauwelijks te beschikken over feitelijke informatie over het gebruik en de effecten van de minimapolis.

Een analyse van Gezondverzekerd.nl laat zien dat er een grote variëteit in het aanbod is. Dit vertaalt zich in verschillen in: kortingen op de premie die verzekeraars geven, gemeentelijke bijdragen, samenstelling van de pakketten, regeling voor het wettelijk eigen risico, deelnamecriteria en aantal aanbieders van polissen. Naast de minimapolis als product wordt daaromheen een scala aan dienstverlening specifiek voor de doelgroep geleverd, zoals: de directe doorbetaling van de zorgpremie vanuit de bijstandsuitkering van een persoon door de gemeente aan de verzekeraar.

Maatstaf voor gebruik van de polis zijn de bereikcijfers van de minimapolis: het aantal mensen dat gebruik maakt van de minimapolis in verhouding tot de potentiële doelgroep. In de interviews wordt aangegeven dat de bekendheid van de minimapolis is toegenomen. Gemeenten die met een verandering van verzekeraar te maken hebben, geven aan dit vooralsnog niet terug te zien in hun bereikcijfers. Gemeenten beschikken niet over cijfers over de hoogte van de zorgkosten van de doelgroep van de minimapolis. Sturing vindt uitsluitend plaats op grond van de bereikcijfers en deze zijn tegelijkertijd ook indicator voor gebruik en effectiviteit van de polis. Gemeenten en verzekeraars hebben geen inzicht in beoogde effecten als zorgkostenverlaging door zorginkoop of preventieprogramma's voor specifieke doelgroepen, tegengaan van zorgmijding, of het voorkomen van schulden. In enkele gevallen noemen gemeenten het klanttevredenheidsonderzoek in het kader van het minimabeleid als een instrument om het effect van de minimapolis te meten.

Verzekeraars hebben het aantal personen met een minimapolis de afgelopen jaren zien toenemen. Alhoewel verzekeraars aangeven geen winstoogmerk te hebben met het aanbieden van minimapolissen, vinden zij wel dat de kosten van de minimapolis bedrijfseconomisch verantwoord moeten zijn en blijven. De grotere landelijke verzekeraars laten zich hierover kritischer uit dan de regionale verzekeraars. De regionale verzekeraars geven aan veel waarde te hechten aan de sociale verbondenheid in hun regio. Er is naar hun zeggen minder focus op rendement of men is tevreden over het rendement.

Het voorkomen van een negatief rendement zoeken verzekeraars bijvoorbeeld in het alleen aanbieden in eigen werkgebied of het streven naar het zijn van enige aanbieder van de minimapolis in een gemeente. Zij geven aan naast bereikcijfers weinig informatie te hebben over de effecten die factoren als communicatie, kortingen, keuzevrijheid en pakketinhoud hebben op het bereik van de polis.

Gezien het feit dat het bereik van de minimapolis de belangrijkste indicator van effectiviteit is, is een vervolgonderzoek dat inzoomt op de factoren die van invloed zijn op dit bereik wenselijk. Hoe bepalen bijvoorbeeld communicatie en dienstverlening in de overstap naar de gemeentelijke collectiviteit, samenstelling van het pakket, kortingen en bijdragen op de pakketten, deelnamecriteria en mate van bekendheid van inwoners met de verzekeraar het bereik en welke verschillen zie je hierin tussen gemeenten?

Dit onderzoek biedt eveneens aanknopingspunten voor een effectenstudie. Inzicht in de effectiviteit van het instrument als geheel is methodologisch gezien complex om te onderzoeken, omdat de effectiviteit van veel externe factoren afhankelijk is en bovendien op verschillende manieren te definiëren is. Desalniettemin kan het interessant zijn te weten wat de polis betekent voor bijvoorbeeld de gezondheid van mensen. Is er resultaat in termen van gezondheidswinst en welke elementen van de minimapolis zijn daarin bepalend? En hoe effectief is het instrument in het voorkomen van schulden? En als er effecten zijn, zijn die dan specifiek te relateren aan de minimapolis of mede via andere wegen te bereiken?

## Ten opzichte van alternatieve scenario's geven gemeenten de voorkeur aan optimalisatie van het huidige instrument

Op basis van de interviews met gemeenten is een aantal mogelijke toekomstscenario's opgesteld, onder te verdelen in een drietal hoofdscenario's:

1. Het huidige instrument laten zoals het is;
2. Optimalisatie van het huidige instrument;
3. Alternatieven voor de minimapolis.

De bij het onderzoek betrokken gemeentelijke klankbordgroep (bestaande uit ongeveer vijftien gemeenten van verschillende grootte en met verschillende zorgverzekeraars als aanbieder van de minimapolis) analyseerde de verschillende scenario's op een aantal criteria (zie paragraaf 3.1). Dit leidde tot de volgende bevindingen:

Ten aanzien van het scenario 'Het huidige instrument laten zoals het is' benadrukken gemeenten de minimapolis wel te willen behouden, maar bij ongewijzigd beleid te verwachten dat de kosten gaan toenemen. Wanneer de gemeentelijke budgetten gelijk blijven terwijl het aantal gebruikers stijgt, neemt de gemeentelijke bijdrage per deelnemer af. In sommige gemeenten speelt de politieke discussie om de criteria voor deelname aan de minimapolis te verruimen. Dit heeft eveneens effect op de kosten. Er is een tendens dat verzekeraars minder korting geven. De gemeente staat dan voor de keus om meer te gaan betalen. Gemeenten benadrukken de positieve aspecten van de minimapolis in de toekomst te willen behouden, zoals: de financiële bijdrage (korting) van verzekeraars op de premie, ruime dekkingen, keuzevrijheid voor burgers, lage administratieve lasten, en het herverzekeren of gespreid betalen van het wettelijk eigen risico. Verzekeraars bevestigen deze voordelen, maar geven aan dat een aantal van deze voordelen niet per definitie zijn gekoppeld aan de minimapolis maar wellicht ook op andere wijzen te realiseren zijn.

Ten aanzien van het scenario: 'Optimaliseren van het huidige instrument', zijn vier sub-scenario's door de gemeenten geanalyseerd: verbinden van stelsels, vergroten van de doelgroep, bijsturing van het pakket op basis van populatiekenmerken en meer samenwerking tussen gemeenten. Gemeenten zien kansen in al deze sub-scenario's. Deels wordt hier al aandacht aan besteed en daarmee ziet men ook ruimte voor uitbreiding. Gemeenten vinden het breder of intensiever samenwerken met verzekeraars essentieel in de gezamenlijke wens om meer impact op de gezondheid en het welzijn van de doelgroep te hebben.

Ten aanzien van het scenario: 'Alternatieven voor de minimapolis', zijn drie sub-scenario's geanalyseerd: een landelijke verzekering, een voorzieningenwijzer waarin de gemeente de doelgroep ondersteunt om optimaal gebruik te maken van de beschikbare voorzieningen in de gemeente en een regeling tegemoetkoming premie aanvullende verzekering of wettelijk eigen risico. Omdat gemeenten tevreden zijn over het huidige instrument en daardoor minder bezig zijn met alternatieve scenario's lijken zij onvoldoende beeld te hebben bij deze alternatieven om er goed op te kunnen reflecteren. Veel van de voordelige aspecten aan de minimapolis zelf of de dienstverlening daaromheen komen volgens gemeenten niet of onvoldoende terug in de besproken alternatieven en zijn derhalve geen verbetering ten opzichte van de huidige minimapolis. Wat de gemeenten het meest missen bij deze alternatieven zijn de (mogelijke) waarde van de minimapolis als 'opstap' naar bredere samenwerking én de kortingen van de verzekeraar op de polis.

Als behouden van de minimapolis in de huidige vorm in de toekomst onder druk zou komen te staan, spreken gemeenten nu - wetende dat zowel gemeenten als verzekeraars tevreden zijn over de minimapolis - een voorkeur uit voor optimalisatie van het huidige instrument op een aantal kenmerken.

### **Partijen hechten veel waarde aan de minimapolis om verdere samenwerking vorm te geven**

Op macroniveau zijn partijen het eens over de (mogelijke) waarde van het instrument als opstap voor verdere samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars. Er lijkt voldoende gemeenschappelijk belang hiervoor. Dit biedt zowel mogelijkheden voor verdere optimalisatie van het instrument als voor verdergaande samenwerking op domein-overstijgende aspecten. Op microniveau moeten partijen steeds zoeken naar de specifieke 'win-win' voor de betreffende verzekeraar(s) en gemeente(n). Verzekeraars en gemeenten moeten elkaar 'aantrekkelijk' genoeg vinden om intensief samen te werken. Een mogelijkheid voor gemeenten om haar 'aantrekkelijkheid' te vergroten is het vormen van een collectief met andere gemeenten (waar dezelfde zorgverzekeraar actief is).

Alhoewel uit dit onderzoek niet is gebleken dat verzekeraars op korte termijn van plan zijn zich te heroriënteren op continuering van de minimapolis, bevelen de onderzoekers gemeenten aan hierop wel te anticiperen door zich te verdiepen in (genoemde) alternatieve scenario's. Uit de analyse van de alternatieven blijkt dat gemeenten het meest geïnteresseerd zijn in een mogelijk alternatief van een landelijke minimapolis, al bestaat hierover te weinig informatie om een goed beeld te kunnen vormen. Ook adviseren wij om gemeenten die werken met een voorzieningenwijzer te volgen om te zien of de doelgroep van de minimapolis door dit instrument op een gelijk(waardig)e manier geholpen wordt.

# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond

01 Jaarlijks hebben verzekerden de mogelijkheid te veranderen van zorgverzekering. Zorgverzekeraars bieden hiervoor verschillende polissen en collectiviteiten aan. Een minimapolis verstrekt aan inwoners van gemeenten met een laag inkomen is hiervan een bijzondere variant; deze collectiviteit wordt door gemeenten en verzekeraars voor de meest kwetsbaren samengesteld. De minimapolis, ook wel collectieve zorgverzekering minima of gemeentepolis genoemd, zien gemeenten en verzekeraars als instrument om aan mensen met een minimum inkomen een betaalbare en passende zorgverzekering te kunnen bieden. De meeste zorgverzekeraars bieden deze minimapolissen aan.

02 In de zomer van 2017 heeft Zilveren Kruis (ZK) enkele van haar gemeenten geïnformeerd over haar besluit de kortingen op de gemeentelijke collectiviteiten te verlagen dan wel samenwerking per 2018 te beëindigen met een aantal gemeenten. ZK is tot dit besluit gekomen onder andere vanwege de voor hen ongunstige verhouding tussen de kosten en opbrengsten van deze polissen.

03 Voor gemeenten kan het stoppen met de minimapolis impact hebben op verschillende taken; zoals toegang tot betaalbare zorg en voorkomen van schulden.

04 Het jaar 2018 wil de VNG benutten om samen met gemeenten, zorgverzekeraars en Rijk te komen tot een goed beeld en een duurzaam scenario voor de toekomst van de minimapolis. Dit kan voortzetting of aanpassing betekenen, maar ook het ontwikkelen van nieuwe instrumenten in plaats van de minimapolis. Om gemeenten te ondersteunen bij het nemen van besluiten over de minimapolis is het van belang eerst een beeld te hebben van de functie en (toekomstvaste) waarde van het instrument minimapolis in het brede perspectief van het sociale domein en verzekerde zorg. Significant heeft hiervoor in opdracht van de VNG een onderzoek uitgevoerd naar de waarde van het instrument minimapolis.

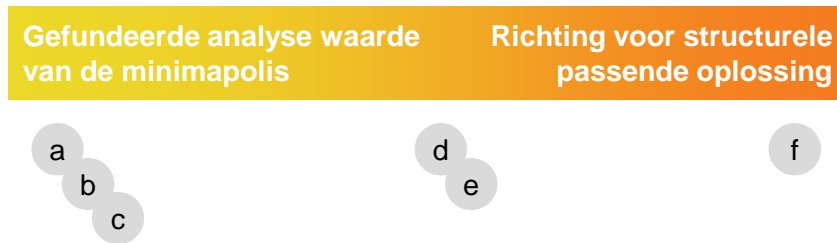
## 1.2 Doel

05 De doelstelling van het onderzoek is tweeledig. Enerzijds dient het onderzoek een gefundeerde analyse op te leveren van de waarde van het instrument de 'minimapolis' voor de verschillende belanghebbenden te weten zorgverzekeraars, gemeenten en cliënten. Anderzijds dient het richting te geven aan het formuleren van aanbevelingen voor een duurzaam toekomstscenario.

06 Deze doelstelling hebben wij geoperationaliseerd in de volgende onderzoeksvragen:

- a. Wat was het aanvankelijke doel van de polissen voor gemeenten en zorgverzekeraars?
- b. Hoe actueel en relevant is dat doel nog voor zowel gemeenten als zorgverzekeraars anno 2017 en verder?
- c. Hoe heeft het instrument en het gebruik ervan zich in de loop der tijd ontwikkeld?
- d. Is de wijze waarop het instrument nu is ingericht toekomstbestendig?
- e. In hoeverre is het de meest effectieve (en efficiënte) manier om de doelen te bereiken?
- f. Welke passende alternatieven zijn voorhanden?

07 Figuur 1 geeft weer hoe de individuele onderzoeksvragen samenhangen met de tweeledige doelstelling.



Figuur 1. Doelstelling onderzoek en bijbehorende onderzoeksvragen

08 De figuur laat zien dat we de twee doelstellingen van het onderzoek niet los van elkaar zien; deze kennen een overlap. Daarnaast laat de figuur zien dat de onderzoeksvragen 'a' t/m 'c' primair bijdragen aan de beantwoording van de eerste doelstelling, namelijk: een gefundeerde analyse geven van de waarde van de minimapolis. Onderzoeksvragen 'd' en 'e' ondersteunen beide doelstellingen van het onderzoek. Onderzoeksvraag 'f' draagt expliciet bij aan de tweede doelstelling, namelijk het richting geven aan een duurzaam toekomstscenario.

### 1.3 Onderzoeksaanpak

- 09 Het onderzoek bestaat uit een viertal onderzoeksactiviteiten:
- i. Documentstudie en een verkennende interview met het ministerie van VWS, de Landelijke Cliëntenraad, twee zorgverzekeraars en twee gemeenten;
  - ii. Breedteonderzoek aan de hand van interviews bij een steekproef van 30 gemeenten;
  - iii. Interviews met vijf verzekeraars;
  - iv. Analyse van het aanbod minimapolissen van gemeenten op de website Gezondverzekerd.nl.

Voor de volledige beschrijving van de onderzoeksaanpak verwijzen wij u naar bijlage A1.



## 2. Foto van de huidige situatie

### 2.1 Verkenning

10 In de verkennende fase van dit onderzoek voerden wij een aantal interviews uit met gemeenten, verzekeraars, de VNG, het ministerie van VWS (VWS) en de Landelijke Cliëntenraad (LCR). De inhoud van de gesprekken met gemeenten en verzekeraars zijn verwerkt in de hiernavolgende paragrafen. Enkele aspecten uit de overige drie interviews geven we hieronder beknopt weer.

11 In gesprek met de VNG over de waarde van de gemeentelijke collectiviteit en over mogelijke alternatieven kwam het idee van een landelijke minimapolis naar voren om zo knelpunten als eerlijke verdeling van de markt/doelgroep onder verschillende verzekeraars of grote diversiteit in premieprijs en aanbod te verkleinen. Een landelijke verzekering voor minima die alle gemeenten kunnen aanbieden al dan niet met mogelijkheden voor kleine gemeente-specifieke nuances. Mogelijke effecten, voor- en nadelen hiervan worden in de scenario-analyse besproken.

12 Voor het ministerie van VWS is de betaalbaarheid van zorg hoofddoel. De gemeentelijke collectiviteiten voor minima kunnen instrument zijn om dit doel te dienen. Daarnaast kunnen ze ook bijdragen aan preventie onder de doelgroep. Het ministerie is daarbij geïnteresseerd in feitelijke informatie over de effectiviteit van minimapolissen. Bijvoorbeeld of het zorgkostenverlaging oplevert door zorginkoop of preventieprogramma's voor specifieke doelgroepen of gezondheidswinst. VWS ziet daarom geen reden te sturen op de collectieve zorgverzekering voor minima, omdat het geen doel op zich is. Zij willen vooral aanmoedigen dat verzekeraars en gemeenten met elkaar de dialoog blijven voeren over betaalbare en passende zorg.

13 De LCR geeft aan dat inwoners over het algemeen tevreden zijn met het instrument. Hoofddoel voor hen is zorgmijding voor mensen met een kleine beurs zoveel als mogelijk voorkomen. Zij zien daarvoor de minimapolis als goed instrument, maar staan daarnaast ook open voor alternatieven die hetzelfde doel dienen. Ook de directe doorbetaling uit de bijstandsuitkering van de zorgpremie ter preventie van betalingsachterstanden en schulden is voor hen een belangrijk doel met de minimapolis. Deze doelen prevaleren boven doelen als het bevorderen van gezondheid of het verkleinen van gezondheidsverschillen. Keuzevrijheid in bij welke verzekeraar een minimapolis af te sluiten is belangrijk voor inwoners zegt de LCR, maar niet het belangrijkste in hun ogen. Zij benadrukken met name het belang van flexibiliteit van gemeenten in maatwerk voor inwoners wanneer zij bewust voor een andere (aanvullende) verzekering kiezen dan de door de gemeente aangeboden minimapolis.

14 In de volgende paragrafen worden de belangrijkste bevindingen weergegeven uit de startinterviews met gemeenten, de telefonische interviews met gemeenten en de analyse van het aanbod aan minimapolissen op de website Gezondverzekerd.nl.

## 2.2 Breedteonderzoek gemeenten, interviews met zorgverzekeraars en analyse van het huidige aanbod op de website Gezondverzekerd.nl en validatie in de ambtelijke klankbordgroep

15 In totaal zijn met 29 gemeenten interviews gehouden, waarvan 28 een minimapolis hebben. Twee gemeenten zijn in de verkennende fase van dit onderzoek geïnterviewd, de overige 27 gemeenten middels telefonische interviews zijnde het breedteonderzoek van dit onderzoek. Er is diversiteit in functies van de geïnterviewde personen, maar kenmerkend was dat bijna elke ambtenaar direct verantwoordelijk was voor de minimapolis (uitgezonderd de gemeente zonder minimapolis en een gemeente waarvan de uitvoeringsorganisatie het contact met de verzekeraar onderhield). Ook hadden de ambtenaren direct contact met de verzekeraar voor afstemming en overleg, ofwel verliep dit met aanwezigheid van/via een intermediair (BS&F, Concordia de Keijzer, uitvoeringsorganisatie minimabeleid of samenwerkingsverband).

16 Daarnaast zijn er interviews gehouden met zeven verzekeraars, waarvan een aantal regionale verzekeraars. Ook hier spraken wij met gesprekspartners met diverse functies in de organisatie en wisselende afvaardiging, variërend van een enkele communicatiemedewerker tot een afvaardiging bestaande uit een (adjunct)directeur (zorg), marketingverantwoordelijke en Hoofd Verzekerden. In één geval is het interview met een externe gehouden die door de verzekeraar was ingehuurd.

17 Naast de interviews met gemeenten en verzekeraars hebben wij de website Gezondverzekerd.nl geanalyseerd op het aanbod van minimapolissen door gemeenten. Op Gezondverzekerd.nl, waar de meeste gemeenten op zijn aangesloten, kunnen inwoners eenvoudig en overzichtelijk voor hun gemeente zien (en vergelijken) bij welke verzekeraars de verzekering af te sluiten is, wat de deelnamecriteria zijn, welke pakketkeuze met bijhorende dekkingen er is en wat de verzekeraarskorting en gemeentelijke bijdrage op de premie zijn. In totaal zijn 403 gemeenten van de website geanalyseerd. Daarvan is er een aantal gefuseerd en niet van alle gemeenten waren alle onderzochte gegevens beschikbaar waardoor er wisselende totaalcijfers in de hiernavolgende paragrafen zichtbaar zijn in de figuren.

18 Gedurende dit onderzoek is er een ambtelijke klankbordgroep bestaande uit ongeveer vijftien gemeenten van verschillende grootte en met verschillende zorgverzekeraars als aanbieder van de minimapolis betrokken ter duiding en validatie van de uitkomsten in dit onderzoek. De input vanuit deze bijeenkomsten is verwerkt in de bespreking van de uitkomsten van de diverse onderzoeksonderdelen.

19 Wij geven bij de uitkomsten in de paragrafen 2.3 tot en met 2.5 aan uit welke van de hierboven genoemde bronnen de informatie afkomstig is of op basis waarvan we onze reflecties op de situatie weergeven.

## 2.3 Doelstellingen van de minimapolis

20 Doelstelling van de minimapolis kwam aanvankelijk voort vanuit een behoefte om inwoners met hoge zorgkosten en een laag inkomen een betaalbare en passende basisverzekering (BV) met aanvullende zorgverzekering (AV) te bieden. Mede omdat deze doelgroep vaak niet kan profiteren van werkgeverscollectiviteiten. Door de jaren heen zijn er geleidelijk doelstellingen met de minimapolis

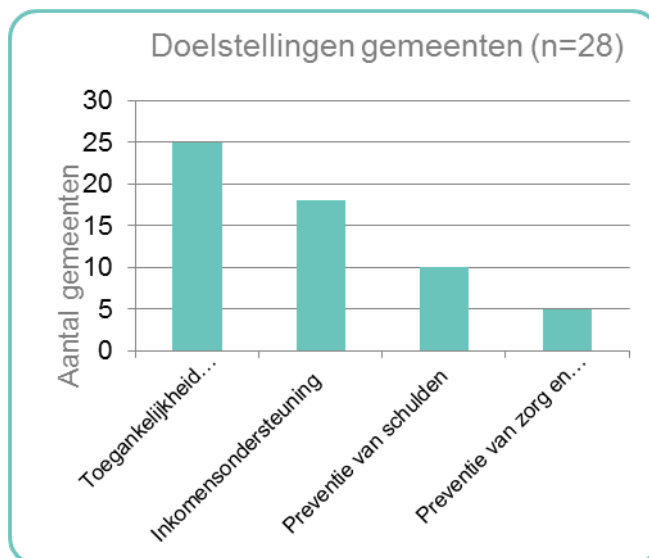
bijgekomen. Hieronder beschrijven wij onze bevindingen wat betreft de doelstellingen van zowel gemeenten als verzekeraars gebaseerd op de interviews met deze partijen.

### 2.3.1 Gemeenten

21 De doelstellingen met de minimapolis die de geïnterviewde gemeenten deelnemend in dit onderzoek noemen, zijn te categoriseren in vier hoofddoelstellingen, namelijk:

1. Toegankelijkheid zorgverzekering: Hiermee wordt bedoeld de mogelijkheid voor een doelgroep met een laag inkomen een passende zorgverzekering af te sluiten tegen een betaalbare prijs in verhouding met hun verwachte zorggebruik (deze zijn onder de doelgroep minima relatief hoog). Door de toegankelijkheid voor een passende zorgverzekering te vergroten is het doel eveneens om het mijden van zorg vanwege hoge onverzekerde kosten te voorkomen;
2. Inkomensondersteuning: De minimapolis is een voorliggende voorziening voor mensen met een laag inkomen voor ondersteuning op zorgkosten die ze maken. Bijzondere bijstand voor zorgkosten wordt dan niet meer verleend of alleen in uitzonderingssituaties. Door tegemoetkoming van zorgkosten via de zorgverzekeraar te regelen en niet via de bijzondere bijstand (via individuele aanvragen) bespaart dit de gemeente administratieve lasten. Ook is het voor de inwoners duidelijker dat ze bij één partij moeten zijn voor ziektekosten gerelateerde vragen (dat wil zeggen de zorgverzekeraar, en niet deels bij de gemeente en deels bij zorgverzekeraar wat onduidelijkheid kan geven);
3. Preventie van schulden: Door een betaalbare en passende zorgverzekering aan te bieden worden mensen geholpen zich goed te verzekeren. Onderverzekering en vervolgens hoge zorgkosten die mensen in schulden drijven worden hiermee tegengegaan. Daarbij kan door afspraken met de verzekeraar (verzekeraar geeft wanbetaling direct door aan gemeente) vroeg gesignaleerd worden wanneer verzekerden niet (op tijd) betalen en kan er direct worden nagegaan of schuldenproblematiek dreigt of aan de orde is;
4. Preventie van zorg en gezondheidsbevordering: Het inzetten van de minimapolis als instrument ter preventie van zorg door bijvoorbeeld het opnemen van gezondheidsbevorderend cursusaanbod afgestemd op de doelgroep, of inzet van bredere wijkgezondheidsprogramma's gebruikmakend van het bereik van de polis. Het idee hierbij is dat goede gezondheid van inwoners bijdraagt aan het vergroten van de participatie, evenals dat het gezondheidsverschillen in verhouding met de gehele populatie verkleint.

22 In figuur 2 op de volgende pagina is zichtbaar dat van de gemeenten (n=28) die een minimapolis aanbieden, 25 toegankelijkheid van een zorgverzekering benoemen als doelstelling. Dat is vanuit gemeentelijk perspectief de belangrijkste doelstelling. Achttien gemeenten hebben daarnaast inkomensondersteuning als doelstelling, tien preventie van schulden en vijf gemeenten geven aan preventie van zorg en gezondheidsbevordering als één van hun doelstellingen te hebben.



Figuur 2: Doelstellingen van gemeenten met de minimapolis op basis van interviews met gemeenten

23 Ten slotte zien een aantal gemeenten het instrument ook als middel om bij verzekeraars aan tafel te komen. Alhoewel geen hoofddoelstelling, is dit voor hen een instrument om verdere samenwerking met verzekeraars op te bouwen.

### 2.3.2 Verzekeraars

24 Alle geïnterviewde verzekeraars geven aan het als hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te zien om zich voor deze kwetsbare doelgroep in te zetten, en daarom als verzekeraar hun fair share hierin te nemen. Men is van mening dat iedereen toegang moet hebben tot de zorg die ze nodig hebben, waarbij mensen die het financieel krap hebben in combinatie met hoge zorgkosten met een minimapolis geholpen kunnen worden. Daarnaast zien verzekeraars de minimapolis als een instrument dat als opstap of middel kan dienen voor bredere samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten.

25 Verzekeraars verschillen van elkaar op een aantal aspecten:

- a. Mate van strategisch belang: Van 'bewuste strategische keuze' tot 'fair share nemen';
- b. Domeinoverstijgend samenwerken: Met name de regionale verzekeraars noemen nadrukkelijk de meerwaarde van het instrument te zien in de verbinding met andere domeinen, zoals: de Participatiewet, Wmo, Wlz, Jeugdwet en Zvw. De anderen leggen hun focus vooral op het zorgdomein;
- c. Preventie: Twee verzekeraars benoemen specifiek als één van de doelstellingen met de minimapolis dat ze voor deze doelgroep op het gebied van zorgpreventie en schuldenproblematiek ook van betekenis willen zijn;
- d. Administratieve lasten: Een aantal verzekeraars geeft aan veel waarde te hechten aan de vermindering van administratieve lasten voor gemeenten in vergelijking met geen minimapolis aanbod en daarmee meer losse aanvragen van bijzondere bijstand.

### 2.3.3 Reflectie van de onderzoekers

26 Opvallend is dat de focus bij nagenoeg alle gemeenten primair op de toegankelijkheid van de zorgverzekering en inkomensondersteuning ligt. Daarbij proeven wij een toenemende belangstelling om ook aan de andere doelstellingen te werken. Vijf van de 28 gemeenten geven aan de preventie van zorg en gezondheidsbevordering als een van de doelstellingen te hebben met de minimapolis. Het instrument is voor de gemeenten uit dit onderzoek dus voornamelijk onderdeel van het minimabeleid en lijkt in beperkte mate verbinding te hebben met het gezondheidsbeleid van gemeenten. Wij hadden verwacht dat de gezondheidspreventiedoelstelling een grotere doelstelling was geweest voor zowel gemeenten met het oog op de decentralisaties van zorg- en ondersteuningstaken naar gemeenten. Ondanks dat de andere gemeenten dit zelf niet als doelstelling benoemen, ziet een vijfde deel (n= 6) hierin wel kansen voor de toekomst en vinden ze de inzet van verzekeraars op dit thema positief. Ook de klankbordgroep in dit onderzoek bevestigt deze kansen te zien. Drie geïnterviewde beleidsmedewerkers geven expliciet aan dat binnen hun gemeente steeds meer overleg is met collega's die zich met lokaal gezondheidsbeleid bezighouden. BS&F<sup>1</sup> heeft in februari 2017 een onderzoek gepresenteerd over de relatie van de minimapolis tot preventie. Zij beschrijven in dit rapport zorgvuldig de huidige rol van de minimapolis om preventie te ontsluiten voor mensen in een kwetsbare positie.

27 Tevens schetst BS&F mogelijkheden om preventie met meer kracht op te pakken in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, en hoe de minimapolis daarin een (nog) grotere rol kan nemen<sup>2</sup>.

28 Voor gemeenten is het belangrijk bij verzekeraars aan tafel te komen. Gemeenten geven aan dat zij het instrument van de minimapolissen hiervoor inzetten (middels deze polissen zijn collectieve afspraken mogelijk). Ook verzekeraars geven aan dit instrument als middel voor bredere samenwerking met gemeenten te zien. Het lijkt wel dat de kleinere gemeenten een moeilijkere opgave hebben dan grotere gemeenten om een goed samenwerkingscontract aan te gaan met een verzekeraar. Zeker wanneer de huidige verzekeraar in de betreffende gemeente besluit te stoppen met het aanbieden van een korting op de minimapolis of in het geheel de samenwerking verbreekt en de gemeente daardoor voor de taak staat een nieuwe verzekeraar voor hun minimapolis te vinden.

29 Als primaire motivatie voor het aanbieden van de minimapolis staat voor verzekeraars hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voorop voor sociaal en economisch kwetsbaren met een grote zorgvraag. Daarnaast ligt het zwaartepunt van de doelstellingen bij verzekeraars in vergelijking met de geïnterviewde gemeenten meer op het domeinoverstijgend (samen)werken met gemeenten. Hiermee bedoelen we dat dat relatief weinig gemeenten dit als doel aandragen, maar verzekeraars, met name de regionale, dit allemaal noemen als een van de doelen met het instrument.

30 Gemeenten en verzekeraars moesten in het kader van de decentralisaties in 2015 de laatste jaren veel werk verzetten om basiszaken op orde te brengen. Dit is mogelijk oorzaak van het feit dat hoewel de potentie

<sup>1</sup> BS&F ondersteunt overheden, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties en belangenorganisaties op het gebied van zorg en sociale zekerheid.

<sup>2</sup> Bron: BS&F, Preventie en de gemeentepolis, februari 2017.

tot samenwerking breder dan alleen op de minimapolis, er al lange tijd is, dit nog beperkt tot stand is gekomen. Langzaamaan komt er nu meer ruimte voor onderwerpen als preventie en de verbinding van diverse beleidsterreinen.

## 2.4 Aanbod

31 De minimapolis is onderdeel van het minimabeleid van gemeenten. Daarmee heeft het ook samenhang met andere instrumenten die een gemeente hierop inzet. De minimapolis zelf is het primaire instrument. Daaromheen zien wij een scala aan dienstverlening specifiek voor de doelgroep, wat maatwerk biedt voor zowel cliënt als gemeente. Dus niet alleen het instrument zelf is van toegevoegde waarde om doelstellingen te behalen, maar evenzeer de bijkomende dienstverlening blijkt uit de interviews met zowel gemeenten als verzekeraars.

### 2.4.1 Gemeenten

32 Omwille van de leesbaarheid van dit rapport hebben wij onze bevindingen wat betreft het aanbod op Gezondverzekerd.nl en zoals besproken in de interviews met gemeenten in bijlage C weergegeven.

33 Samenvattend worden daarin de prijs, de verzekeraarskortingen, de gemeentelijke bijdragen, de inhoud van de polis en de dienstverlening daaromheen besproken. Deze dienstverlening bestaat onder andere uit directe doorbetalingen van premie door de gemeenten aan verzekeraars ter preventie van schulden en afspraken over het niet toepassen van selectie van verzekerden op de AV waardoor toegankelijkheid vergroot wordt voor iedere minima in de betreffende gemeente. Gemeenten en verzekeraars geven aan de inhoud van de aanvullende verzekering of het gemeentelijk pakket (zo nodig) in de meeste gevallen jaarlijks aan te scherpen.

### 2.4.2 Verzekeraars

34 Verzekeraars geven in de interviews aan steeds meer in te zetten op standaardisatie van hun aanbod. Daarbij willen ze maatwerk voor de doelgroep en streven minder naar maatwerk per gemeente. Grotere gemeenten zijn over het algemeen bepalend in de pakketafspraken. Verzekeraars zijn tevreden over het overleg met (samenwerkingsverbanden van) gemeenten over de samenstelling van het pakket.

35 Verzekeraars hanteren verschillende strategieën met betrekking tot contracteren. Dit kan variëren van niet via aanbestedingen inschrijven tot 'op ieder verzoek serieus ingaan' tot 'actief aanbieden'.

### 2.4.3 Reflectie van de onderzoekers

36 In een recente brief van de NZa wordt geadviseerd dat de korting via collectiviteiten echt iets teweeg moet brengen in de zorg: er moet - aantoonbaar - verschil worden gemaakt in de zorg(kosten) voor de groep

verzekerden van het collectief<sup>3</sup>. Refererend aan deze brief over het voortbestaan van collectiviteiten liggen hier kansen om de gemeentelijke collectiviteit (nog) meer bestaansrecht te geven. De polissen zijn afgestemd op de zorgbehoeften en het zorggebruik van de doelgroep, hebben ruimere dekkingen en bestaan uit extra producten zoals een 'stoppen met roken' cursus, beweegaanbod of vergoedingen van eigen bijdragen in de Wmo en Wlz. Het NZa-advies heeft als mogelijk gevolg dat verzekeraars nog alerter zullen zijn op de meerwaarde van de collectiviteit voor deze kwetsbare doelgroep. Dat wil zeggen nog gerichtere afstemming op de doelgroep.

37 Gemeenten hanteren verschillende maximale inkomensgrenzen als deelnamevoorwaarde voor de minimapolis. Er is een directe relatie tussen deze grenzen, de omvang van de doelgroep en dus potentiële deelname aan de gemeentelijke collectiviteit, en (vanuit het perspectief van de verzekeraar) de invloed op het rendement en impact in de regio. Enerzijds is met brede inkomensgrenzen een grotere doelgroep te bereiken waardoor verzekeraars in de samenwerking met gemeenten mogelijk meer impact hebben in de gemeente of regio. Anderzijds brengt een verbreding van de doelgroep ook risico's met zich mee. Verzekeraars geven aan te verwachten dat de aanpassingen in de risicoverevening<sup>4</sup> voor 2018 ervoor zorgen dat de compensatie voor de doelgroep minima (met hoge zorguitgaven) verbetert, maar dat een goede verdeling over de verzekeringsmarkt van deze doelgroep met hoge zorguitgaven nog steeds van belang is. De compensatie in de risicoverevening compenseert namelijk minder goed voor de hogere inkomensgrenzen (boven de 120-130%) en is alleen van toepassing op de basisverzekering. Wanneer de marktverdeling uit balans raakt, brengt dit dus risico's met zich mee. Terugtrekken van een verzekeraar uit een bepaald gebied maakt daarom dat andere verzekeraars daarop niet per definitie in dat gat zullen springen. Een grote verzekeraar noemt aanvullend als aandachtspunt de solvabiliteitseisen<sup>5</sup> van de Nederlandsche Bank. Deze eisen vragen van verzekeraars kapitaal op te bouwen als reserves voor het risico dat verzekerden met zich meebrengen. Dit wordt berekend op basis van de geschatte premieomzet van het komende jaar. Daarmee is het portfolio van

<sup>3</sup> Advies zorginhoudelijke criteria bij collectieve zorgverzekeringen (nov 2017).

<file:///D:/Users/IrLap/Downloads/advies-zorginhoudelijke-criteria-bij-collectieve-zorgverzekeringen.pdf>

<sup>4</sup> Zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering. En hoewel zorguitgaven per verzekerde sterk kunnen verschillen, moet de premie voor dezelfde basisverzekering voor iedereen gelijk zijn. Personen die veel en dure zorg krijgen, kosten meer voor een verzekeraar. Vandaar dat zorgverzekeraars een compensatie krijgen voor verzekerden met een hoog risicoprofiel zoals chronisch zieken en ouderen. Ook krijgen zij compensatie voor de basisverzekering van kinderen onder de achttien jaar die geen premie betalen. Zij ontvangen hiervoor een bedrag uit het Zorgverzekeringsfonds. Zorgverzekeraars dragen geld af aan dit fonds voor verzekerden met een laag risico. Dit mechanisme heet risicoverevening. Bron: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_3656\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3656_22/1/).

Aanpassingen voor 2018 zitten onder andere op de verbeterde compensatie voor gezonde verzekerden en verzekerden met meerdere chronische aandoeningen. Zie bijlage B voor een samenvattende infographic over de aanpassingen in de risicoverevening 2018. Bron: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/09/08/kamerbrief-over-definitieve-besluitvorming-risicoverevening-2018>.

<sup>5</sup> In de Solvency II richtlijnen die vanaf 2016 gelden, is vastgelegd aan welke kapitaaleisen een verzekeringsmaatschappij moet voldoen. Deze zijn bedoeld om de soliditeit van de financiële onderneming te borgen. Zorgverzekeraars met een hogere schadelast per verzekerde lopen meer financieel risico omdat de afwijkingen in absolute zin hoger worden. Daarom hangt de kapitaaleis samen met de omvang van de schadelast van de verzekeraar. Hierdoor moet een verzekeraar meer kapitaal aanhouden in het geval van een ongezonere populatie. Bron: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_3656\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3656_22/1/).

verzekeraars van belang om rekening mee te houden bij de deelnamecriteria (inkomensgrenzen) en het bereik (aantal verzekerden met een minimapolis) van de polis.

## 2.5 Bereik en effectiviteit

38 Een gemeenteambtenaar verwoordde de inzet van het instrument als een 'win-win-win'-situatie waarmee hij duidelijk maakte dat het voor zowel minima, gemeente als verzekeraar voordelen oplevert. Met de doorontwikkeling van het aanbod van de polissen is het bereik van de polis toegenomen, geven gemeenten en verzekerden aan. Ze zien met name een toename van verzekerden na afschaffing van de Wtgc en Cer in 2014 en de overheveling van een deel van deze gelden naar gemeenten. De meeste gemeenten hebben deze gelden verwerkt in de gemeentelijke bijdragen op de polissen zoals in paragraaf 2.4 reeds beschreven.

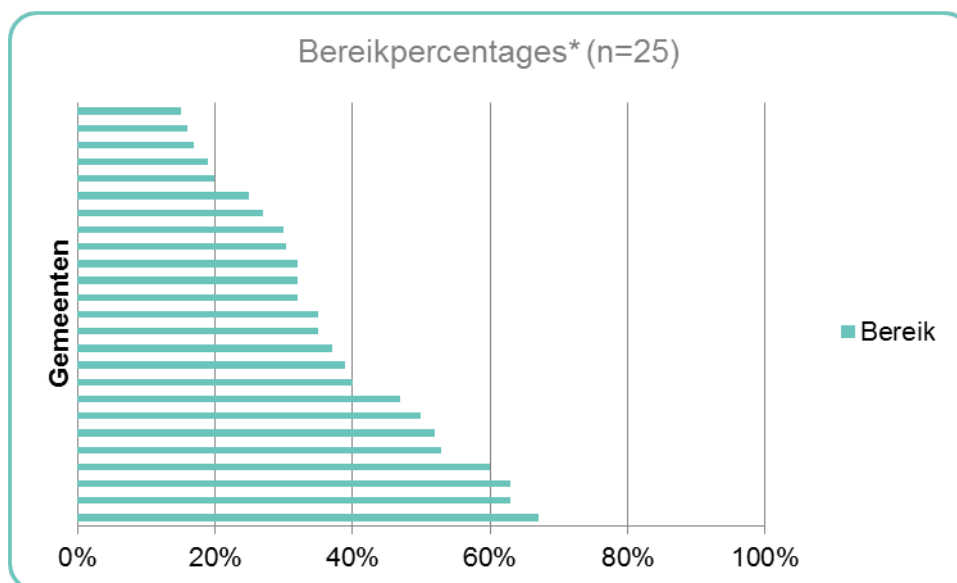
### 2.5.1 Gemeenten

39 Gemeenten promoten hun minimapolis met name door gebruik te maken van communicatiekanalen, zoals: de website, lokale krant, abri's, Facebook en Twitter. Daarnaast wordt het maatschappelijk middenveld (onder andere wijkteams, vrijwilligersorganisaties, vluchtelingenwerk, et cetera) goed toegerust om inwoners te kunnen wijzen op de voordelen van de polis. Enkele gemeenten geven aan brieven of e-mails te sturen naar hun uitkeringsgerechtigden- of schuldhulpverleningsbestand, of maken gebruik van andere bestanden die ze uit activiteiten of instrumenten voor de doelgroep bezitten. In de promotie van de verzekering geeft een op de vijf geïnterviewde gemeenten aan actief samen met de verzekeraar inloopspreekuren of informatiebijeenkomsten bij buurtcentra of op het gemeentehuis te organiseren waar overstapcoaches inwoners informeren en helpen met het afsluiten van een passende minimapolis. Hiermee wordt onder andere beoogd de drempel van overstappen van verzekeraar te verlagen.

40 Bekendheid en bereik van de polis is mede toegenomen door de website Gezondverzekerd.nl. Niet alleen door de informatie en eenvoudige vergelijking die er te vinden is over de minimapolis in de betreffende gemeenten, maar ook omdat de aanmelding eenvoudig en direct te regelen is via deze website bij een groot aantal gemeenten.

41 Maatstaf voor gebruik van de polis zijn de bereikcijfers van de minimapolis: het aantal mensen dat gebruik maakt van de gemeentelijke collectiviteit ten opzichte van de potentiële doelgroep. Alhoewel bekendheid is toegenomen zeggen niet alle gemeenten dit terug te zien in de bereikcijfers, dit zijn vooral gemeenten die te maken hebben gehad met de overstap naar een nieuwe verzekeraar. Schade cijfers, dus zorgkosten, zijn voor de gemeenten geen data om op te sturen. Effectiviteit van het instrument wordt dan ook uitsluitend met bereikcijfers gemeten. In enkelen gevallen is een klanttevredenheidsonderzoek als onderdeel van het minimabeleid genoemd door gemeenten.





Figuur 3: Bereikpercentages minimapolissen per gemeente. \* Percentages zijn op basis van (schattingen van) cijfers genoemd in interviews met gemeenteambtenaren en moeten we daarom als indicatie zien

42 Een nadere analyse van gemeenten met een hoog en laag bereikpercentage laat geen kenmerken zien waarmee we het verschil in deze percentages zichtbaar in figuur 10 kunnen verklaren. Zowel bij de gemeenten met hoge als lage bereikpercentages zijn er regelingen voor het eigen risico, zijn er één of meerdere verzekeraars, varieert de prijs, variëren bijdragen van gemeenten, kortingen van verzekeraars en vergoedingen van eigen bijdragen in de Wmo en Wlz. Er lijkt op basis van deze gegevens dus geen direct verband zichtbaar te zijn tussen het aanbod en het bereik<sup>6</sup>.

43 Gemeenten geven aan geen zicht te hebben op de groep inwoners die wel tot de doelgroep behoort, maar geen minimapolis hebben, waarvan een derde (n=10) zegt geen idee te hebben welke groepen dit zijn. Andere gemeenten vermoeden dat het om groepen (met name ouderen) gaat die overstapangst hebben (n=7), gezonde mensen met name jongeren die elders een collectiviteit hebben (n=8), werkenden met werkgeverscollectiviteiten of zzp'ers (n=6) of mensen in de schulden of bronheffing die daardoor niet kunnen overstappen (n=2).

44 Daarnaast noemen gemeenten dat zij een afname in aanvragen bijzondere bijstand voor ziektekosten hebben waargenomen sinds de inzet van de minimapolis. Zij trekken hieruit de conclusie dat de minimapolis hun inwoners dus passende dekking biedt.

### 2.5.2 Verzekeraars

45 Uit de interviews met verzekeraars blijkt dat hun focus voornamelijk op hun eigen werkgebied ligt, enkele uitzonderingen daargelaten. Ze zijn van mening op deze wijze meer maatschappelijke waarde te kunnen bereiken. Om dezelfde reden streeft een aantal verzekeraars (ongeveer de helft) en stelt in sommige gevallen

<sup>6</sup> Bereikpercentages uit 2015 en 2016 laten vergelijkbare variatie in bereik per gemeente zien. Onderzoek uitgevoerd door BS&F in opdracht van Ieder(in) (Informatieblad stappenplan gemeentelijke zorgverzekering juli 2016).

als voorwaarde naar het zijn van de enige verzekeraar in een gemeente waardoor een bredere samenwerking met de gemeente mogelijk is en het bereik onder de doelgroep vergroot, dan wanneer er meerdere aanbieders van de minimapolis zijn in dezelfde gemeente. Buiten het eigen werkgebied is dit van nog groter belang, omdat daar de basis voor samenwerking minder aanwezig is. Ook stellen enkele verzekeraars voorwaarden aan gemeenten zoals een minimale bijdrage op de polis of een verwachte inzet van de gemeente op de communicatie van het instrument (met als doel het bereik te vergroten). Voor verzekeraars zijn gemeenten belangrijk om de doelgroep te bereiken en het directe contact met hun verzekerden te hebben. Verzekeraars hechten daarom waarde aan het gezamenlijk onder de aandacht brengen van de minimapolis bij de doelgroep. Dit kan vorm krijgen in het beschikbaar stellen van informatiefolders, het gezamenlijk verzenden van informatiebrieven of bij een aantal verzekeraars (twee verzekeraars noemen dit expliciet) in de vorm van menskracht leveren bij gemeenten gedurende de overstapperiode om inwoners te helpen met de overstap naar de minimapolis. Relaterend aan de bereikpercentages (zie paragraaf 2.4) valt het op dat gemeenten uit de steekproef die contracten hebben met deze twee verzekeraars voornamelijk aan de bovenkant (>35%) qua bereik zitten.

46 Verzekeraars geven aan dat voor deze doelgroep, de minima, geen winstdoelstelling geldt, maar vooral een sociale doelstelling. Het is voor hen van belang dat het aanbieden van minimapolissen bedrijfseconomisch verantwoord is en blijft. Dit is een (randvoorwaarde). De grotere landelijke verzekeraars laten zich daarbij kritisch uit over het rendement, voor de regionale verzekeraars speelt dit minder of is men tevreden over het rendement. Rendementsverbetering wordt gezocht in:

- a. Alleen in eigen werkgebied aanbieden;
- b. Streven naar een monopolie positie in een bepaalde gemeente;
- c. Het verlagen van de zorgkosten door middel van gerichtere zorginkoop en preventie.

47 Ook verzekeraars hebben weinig informatie over de effecten van factoren als: communicatie, kortingen, keuzevrijheid en pakketinhoud op het bereik van de minimapolis. Er is relatief weinig inzicht in gezondheidswinst bij verzekerden, anders dan schadelastcijfers en preventie van schulden. Verzekeraars hebben wel interesse in de effecten van de minimapolis op de doelstellingen, zoals: betaalbare en toegankelijke zorg, inkomensondersteuning, het voorkomen van schulden en zorg en het bevorderen van gezondheid en welzijn. Ze zien graag dat deze investering in de minimapolis ook bijdraagt aan schadelast vermindering van de doelgroep. Om hier (gedeeltelijk) inzicht in te krijgen kunnen verzekeraars beschikbare data analyseren op zorggebruik en vanuit hun inkoopkracht partijen op zorg en preventie bij elkaar brengen. In wisselende mate zijn de geïnterviewde verzekeraars hier nu reeds mee bezig.

48 De aanwezigheid van een zorgkantoor in het werkgebied zien verzekeraars als een positieve invloed op slagkracht in het bevorderen van gezondheid en voorkomen van zorg door de reeds bestaande contacten met zorgaanbieders waardoor afspraken maken eenvoudiger is.

### 2.5.3 Reflectie van de onderzoekers

49 Het is opvallend dat gemeenten met name op bereikcijfers blijken te sturen en hier nauwelijks andere indicatoren voor gebruiken. Voor de voornaamste doelstelling 'toegankelijkheid en betaalbaarheid' is dit wellicht een goed bruikbare indicator, alhoewel het niet zegt of de verzekering ook daadwerkelijk beter

verzekerde inwoners oplevert. Voor de andere doelstellingen (inkomensondersteuning, preventie van schulden en preventie van zorg en gezondheidsbevordering) is met deze bereikcijfers weinig te zeggen over het effect op die doelstellingen. Er zijn weinig feitelijke data beschikbaar over de invloed van de polis op het terugdringen van schuldenproblematiek, voorkomen van betalingsachterstanden of het zorggebruik (schadecijfers). Gemeenten sturen hier dan ook niet op. Daarnaast geven zowel verzekeraars als gemeenten aan dat het 'meten' van gezondheidswinst een complexe opgave is. Gemeenten geven aan het wel interessant te vinden om de mogelijkheden van andere indicatoren dan bereik te gebruiken om de effectiviteit van de minimapolis te monitoren, maar hebben weinig concrete ideeën hiervoor en lijken hier ook geen prioriteit aan te geven.

50 Daarnaast is er sprake van een brede range in bereikcijfers die in dit onderzoek niet te verklaren zijn op basis van het betreffende aanbod in gemeenten. Op basis van de interviews met gemeenten en verzekeraars is het wel waarschijnlijk dat de inzet op communicatie over en ondersteuning met de overstap naar de minimapolis verschil maakt in de bekendheid en deelname aan de gemeentelijke collectiviteit. Aansluiting op Gezondverzekerd.nl, de premieprijs, bijdragen van gemeenten en kortingen van verzekeraars in relatie tot het bereik moet nader onderzocht worden om de relatie daartussen te kunnen duiden. Proactieve promotie van de verzekering lijkt met name afhankelijk te zijn van het aandeel minima in een gemeente, politiek klimaat, beschikbaar gemeentelijk budget, ondersteuning van de verzekeraar hierin en de ruimte van de betreffende beleidsmedewerkers en uitvoerende professionals zich te richten op deze polis.

## 2.6 Alternatieven

### 2.6.1 Gemeenten

51 In de interviews geven gemeenten aan tevreden te zijn met het instrument en het bij voorkeur te willen behouden. Zij zien weinig alternatieven voor het instrument (behalve de gemeenten met een Voorzieningen-en/of Polismijzer<sup>7</sup>). Een derde noemt dat ze dan weer terug moeten naar individuele bijstand voor ziektekosten (n=10), maar dat dit niet hun voorkeur heeft. Ook doen een aantal gemeenten de suggestie (n=3) dat ze dan zelf contracten of afspraken met zorgaanbieders zouden kunnen afsluiten om voordelen voor minima te regelen, maar dat dit geen goed alternatief is. Zorgverzekeraars hebben uitgebreid zicht op de zorgmarkt en kennen de zorgaanbieders. Het is daarom efficiënter van dit bestaande netwerk gebruik te maken. Ook andere regelingen, waarbij inwoners direct een bepaald bedrag ontvangen voor bijvoorbeeld hun AV, hebben geen voorkeur doordat er weinig zicht is waar het bedrag aan besteed wordt (n=5). Daarbij hebben de meeste gemeenten niet actief nagedacht over alternatieven, omdat er geen noodzaak toe was. Er is één gemeente die op een alternatief is overgegaan na een situatie waarin ze een nieuw contract met een andere zorgverzekeraar moesten aangaan voor gemeentelijke collectiviteitskorting. Wel noemen een aantal gemeenten mogelijkheden te zien in het inzetten op preventie en gezondheidsbevordering (n=4). De meeste gemeenten zien meer in het optimaliseren van het instrument. Bespreking van genoemde alternatieven of optimalisatie van het instrument volgt in Hoofdstuk 3.

<sup>7</sup> Zie [www.devoorzieningenwijzer.nl](http://www.devoorzieningenwijzer.nl) en [www.polismijzer.nl](http://www.polismijzer.nl).

### 2.6.2 Verzekeraars

52 Verzekeraars geven aan minimapolissen te willen continueren. Zij investeren daarom in diverse pilots, bijvoorbeeld: rondom vroegsignalering bij schuldenproblematiek, stijgen op de participatieladder en meer bewegen.

53 In discussie over collectiviteiten (zie paragraaf 2.4.2) zijn gemeentecontracten in de ogen van verzekeraars legitieme collectiviteiten. Het biedt hen daarnaast mogelijkheden voor bredere samenwerking met gemeenten waarin zij samen onderzoeken hoe zij meer kunnen investeren op gezondheid van inwoners (in het bijzonder minima) en gericht gezondheidsprogramma's ter bevordering van gezondheid en gezonde leefstijl kunnen inzetten. Ten aanzien van de toekomst doen verzekeraars de volgende suggesties:

- a. Een polis aanbieden voor alle mensen in een bepaald gebied, dus niet alleen voor minima. Hierdoor kan er een nog sterkere inbedding in de regionale structuur worden verkregen en kan er meer populatie specifiek worden gewerkt;
- b. Een regionale of landelijke verzekering valt te overwegen, maar men is sceptisch of het gaat lukken door sterke regionale verschillen (zowel politiek als financieel), door potentieel onvoldoende belangstelling onder verzekeraars en twijfel of een landelijke verzekering meer bijdraagt aan de doelstellingen. Ook levert dit naar verwachting minder ruimte voor maatwerk op;
- c. Optimalisatie van het instrument minimapolissen en daarbij blijven letten op de betaalbaarheid van het instrument;
- d. In samenwerking de verbinding tussen de diverse beleidsterreinen zoals de Participatiewet, Jeugdwet, Wmo, Wlz en Zvw doorontwikkelen met de minimapolis als fundament;
- e. De samenwerking tussen partijen, zoals: zorgverzekeraars, gemeenten, zorgkantoren, GGD'en en zorgaanbieders vergroten;
- f. Meer convenanten aangaan met gemeenten waarin afspraken over samenwerking op thema's als schuldenproblematiek, preventie van zorg en jeugdzorg staan opgenomen.

54 Het terugkeren naar vergoedingen van medische kosten via de bijzondere bijstand vinden verzekeraars geen goed alternatief vanwege onder andere de lange doorlooptijden en hoge uitvoeringskosten bij gemeenten.

### 3. Toekomst: scenario-analyse

#### 3.1 Scenario's

55 Op basis van het onderzoek hebben wij een aantal mogelijke toekomstscenario's opgesteld, onder te verdelen in een drietal hoofdscenario's:

- a. Het huidige instrument laten zoals het is;
- b. Optimalisatie van het huidige instrument;
- c. Alternatieven voor de minimapolissen.

56 Binnen de hoofdscenario's zijn enkele sub-scenario's geformuleerd. De informatie voor deze scenario's is opgehaald middels de interviews die we voerden met zowel gemeenten als verzekeraars. De scenario's zijn zowel behoudend, gematigd als extreem van aard, zodat een goede vergelijking mogelijk is en wij op basis hiervan beargumenteerd een voorkeur voor een bepaald scenario kunnen weergeven. In de bespreking van de scenario's in de paragraaf 3.2 wordt de input van gemeenten op deze scenario's gecombineerd met verzekeraarsperspectief. In onderstaande tabel lichten we de scenario's eerst kort toe.

Scenario	Aanvullende toelichting
1. <i>Laten zoals het is</i>	De collectieve zorgverzekering minima blijft bestaan op de wijze waarop die nu is georganiseerd en ingericht in gemeenten.
2. <i>Optimaliseren huidige instrument</i>	
i. Inzet op het verbinden van stelsels	Bijvoorbeeld: verbindingen tussen Zvw, Wmo en Wlz. Dit kan vorm krijgen in bijvoorbeeld preventieprogramma's of vergoedingen van eigen bijdragen in de Wmo/Wlz, zoals reeds voor een deel plaatsvindt.
ii. Doelgroep vergroten	<p>Door een grotere groep toegang te geven, is er een groter bereik mogelijk. Daarnaast kan het effect hebben op: de betaalbaarheid van de premie, de aantrekkelijkheid van het risicoprofiel (de mix aan verzekerden, zie ook paragraaf 2.4.2) voor de verzekeraar en het verkleinen van de armoedeval voor mensen met een iets hoger inkomen.</p> <p><b>Legenda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: orange;">➔</span> Huidige focus</li> <li><span style="color: green;">➔</span> Mogelijke uitbreiding focus</li> </ul>

iii. Inhoudelijke bijsturing pakket op basis van populatiekenmerken	Doorontwikkeling van steeds betere afstemming van het pakket op de doelgroep aangaande hun (mogelijke) zorgbehoeften. Gemeenten hebben informatie in handen die interessant is voor verzekeraars. Informatiedeling kan daarmee een stevigere onderhandelingspositie geven. Bijvoorbeeld op basis van informatie uit sociaal domein of wijkmonitors.
iv. (Nog) meer samenwerking tussen gemeenten	Intensieve samenwerking bij het afsluiten van de minimapolis, denk daarbij aan het eenduidig aanbieden van de polis zoals het 'Zuid-Limburgpakket'.
<b>3. Alternatieven</b>	
i. Aanbieden landelijke zorgverzekering minima	Het vormgeven van een landelijke polis of verzekering, waarbij verschillende varianten denkbaar zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanbieden van BV en AV, of enkel AV;</li> <li>- Gezamenlijk als gemeenten risico's dragen in plaats van de huidige zorgverzekeraars;</li> <li>- Vanuit de VNG een aanbesteding uitzetten waarvan alle gemeenten gebruik kunnen maken;</li> <li>- Een pakket samenstellen dat alle huidige verzekeraars kunnen aanbieden.</li> </ul>
ii. Voorzieningenwijzer	Minimapolis in huidige vorm komt te vervallen. Ondersteuning aan inwoners voor optimaal gebruik van beschikbare voorzieningen, waaronder ondersteuning bij het kiezen van een passende zorgverzekering.
iii. Regeling tegemoetkoming premie AV of eigen risico	Minimapolis in huidige vorm komt te vervallen. Tegemoetkoming in kosten van een reguliere aanvullende zorgverzekering of bijdragen in het wettelijk eigen risico of eigen betalingen.

57 Samen met de leden van de werkgroep (n=10) zijn de effecten op onderstaande criteria bij de genoemde scenario's in kaart gebracht.

<b>Criteria</b>	
a.	Toegankelijkheid zorgverzekering
b.	Inkomensondersteuning
c.	Preventie van schulden
d.	Verkleinen gezondheidsverschillen
e.	Mogelijkheid wettelijk eigen risico afkopen
f.	Beleidsvrijheid gemeenten
g.	Uitvoeringslasten
h.	Keuzevrijheid inwoners
i.	Duidelijkheid voor inwoners: één 'loket' voor medische kosten
j.	Waarschijnlijkheid medewerking zorgverzekeraars
k.	Privacy
l.	Haalbaarheid (indien relevant: onderscheid tussen kleine/grote gemeenten)
m.	Financiële haalbaarheid

### 3.2 Analyse

58 In de volgende paragrafen worden de resultaten van de scenario-analyses weergegeven. De resultaten worden steeds aangevuld met het verzekeraarsperspectief uit het hoofdstuk 2.

### 3.2.1 Scenario's 'Laten zoals het is'

59 In dit scenario is het uitgangspunt dat de collectieve zorgverzekering minima blijft bestaan op de wijze waarop die nu is georganiseerd en ingericht in gemeenten.

60 Uitgaande van het huidige aanbod en marktverdeling benadrukken gemeenten de minimapolis wel te willen behouden, maar zien zij bij ongewijzigd beleid de kosten voor hen toenemen en daarmee het effect kleiner worden. Bijvoorbeeld, omdat de kans bestaat dat bij toenemende kosten het pakket wordt versoberd. Verzekeraars kijken naast hun maatschappelijk verantwoordelijkheid ook of het bedrijfseconomisch verantwoord is en zien de minimapolis als opstap voor verdere samenwerking. Gemeenten hebben oog voor de aspecten die voor verzekeraars belangrijk zijn, zoals standaardisatie, de wens van sommige verzekeraars om enige aanbieder te zijn, het vergroten van het bereik of het niet willen deelnemen aan aanbestedingen.

61 Gemeenten zien ook dat verzekeraars oog hebben voor het bedrijfseconomisch aspect van de minimapolis. Zij verwachten dat er in de toekomst meer gestreefd wordt naar standaardisatie, waardoor minder maatwerk mogelijk is. Daardoor denken gemeenten dat de kans bestaat dat zij minder onderhandelingsruimte zullen hebben om hun lokale stempel op de minimapolis te zetten.

62 Ook benadrukken gemeenten de positieve aspecten van de minimapolis in de toekomst te willen behouden, zoals: een financiële bijdrage (korting) van verzekeraars op de premie, ruime dekkingen, keuzevrijheid voor burgers, lage administratieve lasten, en het herverzekeren of gespreid betalen van het wettelijk eigen risico. Verzekeraars bevestigen deze voordelen, maar geven aan dat een aantal van deze aspecten (zoals: het gespreid betalen van het eigen risico) niet per definitie gekoppeld zijn aan de minimapolis en ook voor andere verzekerden al mogelijk is. Daarbij zijn er voordelen die nu aan de minimapolis gekoppeld zijn, maar wellicht ook op andere wijzen gerealiseerd kunnen worden, zoals de directe doorbetaling van premies uit de bijstand en herverzekering van (of tegemoetkoming in) het eigen risico.

### 3.2.2 Scenario 'Optimaliseren huidige instrument'

63 Dit scenario zet in op behoud van het instrument met het optimaliseren van een aantal kenmerken van de minimapolis, en is onderverdeeld in een viertal sub-scenario's.

64 Een van deze sub-scenario's betreft een grotere inzet op het **verbinden van stelsels**, bijvoorbeeld: de verbindingen tussen Zvw, Wmo, Jeugdwet, Participatie en Wlz.

65 Gemeenten hebben beperkt beeld bij dit sub-scenario. Momenteel zijn er al verbindingen met andere wetten te vinden door bijvoorbeeld de vergoeding van eigen bijdragen in de Wmo en Wlz. Ter preventie van schulden zou naast directe doorbetaling van de premie uit de bijstand ook directe doorbetaling van de zorgtoeslag aan de zorgverzekeraar inwoners kunnen helpen hun premie (op tijd) te betalen geven gemeenten aan. Dit ligt echter buiten de directe invloed van gemeenten en vraagt om een wetswijziging op landelijk niveau. Ook kan de verbinding bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Preventieaanbod uitbreiden in de polis, zoals een beweegprogramma, zou hier een rol in kunnen spelen. Verzekeraars maken nu al afspraken met gemeenten over beschikbaar budget voor preventie van zorg naast

het aanbod van de minimapolis, waarin de minimapolis wel de opstap was voor deze samenwerking. Deze samenwerking kan geïntensiveerd worden geven de meeste verzekeraars en gemeenten aan. Er is nog weinig over bekend of preventieactiviteiten daadwerkelijk zorgkosten terugdringen, maar in rapporten wordt wel gewezen op de maatschappelijke baten die het oplevert zoals de verhoging van arbeidsparticipatie en sociale cohesie<sup>8</sup>. Wij verwijzen voor een uitgebreide analyse specifiek over de minimapolis en preventie naar de het onderzoek van BS&F<sup>9</sup>. De verbinding of het beter op elkaar laten aansluiten van stelsels kan ook positieve invloed hebben op de uitvoeringslasten van gemeenten wanneer zij bijvoorbeeld: (maatwerk)voorzieningen onder de diverse wetten met elkaar verbinden. Hoe meer de verbinding gezocht wordt tussen de stelsels, hoe duidelijker dit bovendien zal zijn voor inwoners, omdat de voorzieningen waarvan ze gebruik maken dan meer op elkaar zijn afgestemd. De meeste zorgverzekeraars geven in de interviews aan dat ze kansen zien in deze samenwerking om de verbinding van diverse beleidsterreinen meer tot stand te brengen met de minimapolis als fundament.

66 Bij het sub-scenario **vergroten van de doelgroep** door een grotere groep toegang te geven tot de minimapolis, is een groter bereik mogelijk. Daarnaast kan vergroting van de doelgroep het effect hebben op: de betaalbaarheid van de premie, de aantrekkelijkheid van het risicoprofiel voor de verzekeraar en het verkleinen van de armoedeval.

67 Gemeenten geven aan op zich positief te staan tegenover het vergroten van de doelgroep. Wel geven zij aan dat dit effect heeft op de betaalbaarheid. Verzekeraars en gemeenten zeggen daarbij hogere uitvoeringskosten te verwachten als de doelgroep groter wordt. Voor verzekeraars is de mix van de verzekerdenpopulatie in relatie tot betaalbaarheid een aandachtspunt (dit in relatie tot de in paragraaf 2.4 genoemde solvabiliteitseisen van de Nederlandsche Bank en de risicoverevening op de basisverzekering voor groepen met een lage sociaal economische status (SES)). Gemeenten verwachten een hogere korting als het bereik voor de verzekeraars groter wordt. De gemeentelijke bijdragen zullen per inwoner echter afnemen als het gemeentelijk budget voor deze doelgroep gelijk blijft.

68 Bij inzetten op **bijsturing van het pakket op basis van populatiekenmerken** gaat het om de doorontwikkeling van het instrument door een steeds betere afstemming van het pakket op de doelgroep aangaande hun (mogelijke) zorgbehoeften. Bijvoorbeeld op basis van informatie uit sociaal domein of wijkmonitors.

69 Gemeenten geven aan dat beleidsvrijheid nodig is om in te kunnen spelen op populatiekenmerken en zorgbehoeften van inwoners. Kleine gemeenten organiseren zich nu al in samenwerkingsverbanden, dat zal nodig blijven om een goede onderhandelingspositie te houden en om voldoende kennis te borgen. Bij de differentiatie van pakketten op de populatie moet de 'goede mix aan verzekerden' voor verzekeraars worden meegenomen in de afwegingen. Ook informatie die verzekeraars hebben kan (meer) benut worden door gemeenten om nog beter af te stemmen op hun doelgroep. Het biedt mogelijkheden voor gerichtere zorginkoop en preventie.

<sup>8</sup> Bron: RIVM, Preventie in de zorg, Themaport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014, 2013.

<sup>9</sup> Bron: BS&F, Preventie en de gemeentepolis, februari 2017.



70 Bij **meer samenwerking tussen gemeenten** gaat het om het intensiveren van de samenwerking bij het afsluiten van de minimapolis, denk daarbij aan het aanbieden van een eenduidige polis in een bepaald gebied. Hierdoor kan een betere onderhandelings situatie ontstaan.

71 Gemeenten geven aan dit in hun ogen al te doen, en vragen zich af waar nog meer samenwerking mogelijk is. Afstemming vraagt tijd. Het verkleinen van gezondheidsverschillen in een gemeente ligt waarschijnlijk in de fijne afstemming op wijkniveau. Hiervoor moet dan ook ruimte blijven bestaan. Te denken valt aan de zorg afstemmen op populatiekenmerken. Samenwerking intensiveren lijkt met name voor kleine gemeenten aantrekkelijk te zijn en heeft een positief effect op hun onderhandelingspositie.

72 Verzekeraars geven aan dat niet alleen samenwerking tussen gemeenten van belang is, maar vooral ook tussen alle partijen in een zorggebied (verzekeraar, gemeenten, zorgkantoren, GGD'en, zorgverleners).

73 In deze sub-scenario's van het optimaliseren van het huidige instrument zijn genoemde effecten grotendeels gerelateerd aan het bereik van en een mix aan verzekerden. Daarnaast lijkt het breder of intenser samenwerken van gemeenten en verzekeraars essentieel en een wens van beiden partijen om meer impact op de doelgroep te hebben. Het is van belang samen te onderzoeken hoe een goede investering kan worden gedaan in het welbevinden en de gezondheid van minima.

### 3.2.3 Scenario 'Alternatieven'

74 Dit scenario betreft de inzet van andere instrumenten dan de minimapolis.

75 Het eerste alternatief binnen dit scenario is een **landelijke verzekering**. Gemeenten hebben nog te weinig beeld bij dit alternatief en veel vragen. Veel lijkt af te hangen van de wijze waarop deze verzekering wordt ingevuld. Hoeveel verzekeraars worden gecontracteerd? Geldt dit alleen voor de BV of ook voor de AV? Wordt er een standaard pakket samengesteld waarop verzekeraars mogen bieden of mogen verzekeraars zelf suggesties doen? Welke keuzevrijheid is er nog voor burgers? Welke risico's moeten gemeenten gaan dragen? Met name de kleine gemeenten lijken meer interesse te hebben in een landelijke verzekering als eventueel alternatief. Een landelijke verzekering lijkt daarbij minder gevoelig te zijn voor diverse politieke winden van gemeenten.

76 Gemeenten noemen met betrekking tot dit alternatief ook een aantal aandachtspunten: de toegankelijkheid voor mensen met schulden is belangrijk. Alhoewel de invulling nog onduidelijk is, verwachten gemeenten dat het moeilijker wordt om af te stemmen op de specifieke gemeentelijke populatie. Ook ziet men de minimapolis momenteel als opstap voor bredere samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar, dit partnership zal dan op andere wijze gezocht moeten worden. Wellicht zijn er minder uitvoeringslasten voor verzekeraars als er landelijk een AV voor minima kan worden afgesloten.

77 Verzekeraars zijn sceptisch of het gaat lukken als gevolg van de sterke regionale verschillen (zowel politiek als financiële situatie), gebrek aan interesse om deel te nemen door verzekeraars, en het feit dat een landelijke verzekering niet (genoeg) bijdraagt aan de doelstellingen, zoals die voor de minimapolis gelden. Daarnaast is het afhankelijk van de vorm of het binnen de huidige risicoverevening mogelijk is. Dat wil zeggen

als de minimapolis door één of enkele verzekeraars wordt aangeboden ook de doelgroep bij deze verzekeraars geconcentreerd wordt, wat problematisch is met de huidige risicoverevening.

78 Een tweede alternatief voor het stoppen met de minimapolis in de huidige vorm betreft het aanbieden van ondersteuning aan inwoners om een passende zorgverzekering te vinden en af te sluiten. Dit kan in de vorm van een poliswijzer of breder door het bieden van ondersteuning bij de keuze en aanvraag van beschikbare voorzieningen middels een **voorzieningswijzer**.

79 Wij kunnen hier kort over zijn: gemeenten benoemen alleen de positieve aspecten die een minimapolis in hun ogen wel (zoals: kortingen, uitgebreide dekkingen, directe doorbetalingen van premies, et cetera) heeft en een voorzieningswijzer niet. Er worden positieve aspecten gemist en eigenlijk geen voordelen genoemd. Dit kan uiteraard nog veranderen als de minimapolis zou vervallen, maar momenteel vinden gemeenten dit geen goed alternatief.

80 Het laatste alternatief is een **regeling tegemoetkoming premie AV of wettelijk eigen risico**.

81 Bij deze optie is de toegankelijkheid voor inkomensondersteuning op de premie voor iedereen met een minimum inkomen beschikbaar en niet alleen voor de mensen met een minimapolis. Dit is een positief aspect hieraan. Inwoners hebben bovendien meer keuzevrijheid in het kiezen van een verzekeraar. Daar staat tegenover dat men verwacht dat de kosten fors zullen stijgen doordat ook inwoners die nu geen gebruik van de minimapolis maken hier mogelijk een beroep op gaan doen. Ook het waarschijnlijk vervallen van de huidige afspraken tussen verzekeraar en gemeente om iedereen uit de doelgroep te accepteren in de AV is een punt van zorg bij dit scenario. Verder is het niet transparant waar de tegemoetkoming door inwoners aan wordt besteed, is er geen directe doorbetaling van de premie aan verzekeraars en zijn er geen gemeentelijke collectiviteitskortingen voor deze doelgroep van verzekeraars. Ook dit heeft een negatief effect op de kosten voor gemeenten. De uitvoeringslasten zijn naar verwachting substantieel hoger dan bij de huidige situatie met de minimapolis.

82 Verzekeraars zien dit niet als optie vanwege de hoge uitvoeringslasten en lange doorlooptijden bij gemeenten.

83 Gemeenten lijken een beperkt beeld te hebben van deze alternatieven om er goed op te kunnen reflecteren of vinden de alternatieven geen verbetering ten opzichte van de situatie met het huidige instrument. Veel van de voordelige aspecten aan de minimapolis zelf of de dienstverlening daar omheen komt niet of onvoldoende terug in de besproken alternatieven. Het partnership tussen gemeente en zorgverzekeraar waarbij de minimapolis 'opstap' is én de kortingen van de verzekeraar worden het meeste gemist bij deze alternatieven.

#### 3.2.4 Voorkeursscenario

84 Naar de toekomst toe benadrukken gemeenten de minimapolis te willen behouden, maar zien bij ongewijzigd beleid de kosten toenemen. Van de besproken scenario's is er daarom een voorkeur voor optimalisatie van het huidige instrument op een aantal kenmerken. Het scenario 'alternatieven' waarbij de

minimapolis vervalt en andere instrumenten worden ingezet krijgt minder voorkeur. In deze alternatieven zien gemeenten geen verbetering op de voordelen van de minimapolis, zoals: de financiële bijdrage (korting) van verzekeraars, ruime dekkingen, en de lage administratieve lasten voor zowel gemeenten als verzekeraars. Hierbij moeten wij opmerken dat veel gemeenten geen, of een beperkt beeld, of beperkte visie hebben ten aanzien van de besproken alternatieven.

85 Gemeenten geven aan de voordelen van de minimapolis te willen behouden, maar een aantal van de genoemde voordelen zijn naar ons idee niet per noodzakelijkerwijs aan de minimapolis gekoppeld. Zo is het mogelijk buiten de polis om goede afspraken te maken over het herverzekeren of gespreid betalen van het wettelijk eigen risico<sup>10</sup>, directe doorbetaling van de premie uit de bijstand of voldoende keuzevrijheid voor burgers.

<sup>10</sup> Herverzekering van het wettelijk eigen risico heeft op aangeven van de NZa niet de voorkeur, maar bij specifieke doelgroepen (waaronder minima) kan het wel een goede oplossing bieden. Bij vervallen van de minimapolis is het dus de vraag of deze herverzekeringsconstructie ook aan andere doelgroepen of op andere wijze mag worden aangeboden (NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2017, pagina 33).

## 4. Conclusie en aanbevelingen

### 4.1 Conclusies

#### 4.1.1 *Partijen hechten veel waarde aan het instrument minimapolis*

86 Zowel gemeenten als zorgverzekeraars hechten veel waarde aan de minimapolis en zijn over het algemeen tevreden over dit instrument. De minimapolis draagt bij aan de toegankelijkheid van de zorgverzekering en inkomensondersteuning. Daarnaast is er sprake van een toenemende belangstelling om ook aan doelstellingen als 'preventie van schulden' en 'preventie van zorg en gezondheidsbevordering' te werken. Verzekeraars zien het als hun maatschappelijke verantwoordelijkheid zich voor deze doelgroep in te zetten.

87 Op macroniveau zijn partijen het eens over de (mogelijke) waarde van het instrument als opstap voor verdere samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars. Er lijkt voldoende gemeenschappelijk belang hiervoor. Op microniveau moeten partijen steeds zoeken naar de specifieke 'win-win' voor de betreffende verzekeraar(s) en gemeente(n). Verzekeraars en gemeenten moeten elkaar 'aantrekkelijk' genoeg vinden om intensief samen te werken. Een mogelijkheid voor gemeenten om haar 'aantrekkelijkheid' te vergroten is het vormen van een collectief met andere gemeenten (waar dezelfde zorgverzekeraar actief is).

88 Verzekeraars geven aan breder en intensiever met gemeenten te willen samenwerken, ook op andere domeinen, zoals Wmo, Participatie en Wlz. Bereik van de doelgroep en een passende mix van verzekerden zijn voor verzekeraars belangrijk. Verzekeraars handelen hiernaar door alert te zijn op het bedrijfseconomische resultaat van de minimapolis, te focussen op het eigen werkgebied, te streven naar standaardisatie en vaak een voorkeur te hebben voor het zijn van enige of voornaamste aanbieder in een gemeente. De regionale verzekeraars geven aan veel waarde te hechten aan de sociale verbondenheid in hun regio. Er is naar hun zeggen minder focus op rendement of men is tevreden over het rendement.

#### 4.1.2 *Er is weinig feitelijke informatie beschikbaar ter ondersteuning van de positieve waardering*

89 Zowel gemeenten als verzekeraars geven aan niet of nauwelijks te beschikken over feitelijke informatie over het gebruik en de effecten van de minimapolis. Wel hebben een groot deel van de gemeenten zicht op bereikcijfers: het aantal mensen dat gebruik maakt van de minimapolis in verhouding tot de potentiële doelgroep. Deze bereikcijfers dienen als maatstaf voor de toegankelijkheid en de effectiviteit van de minimapolis en geven input voor sturing. Invloed van de polis op de andere doelstellingen, als inkomensondersteuning, preventie van schulden en preventie van zorg en gezondheidsbevordering is minder bekend.

#### 4.1.3 *Ten opzichte van alternatieve scenario's geven gemeenten de voorkeur aan optimalisatie van het huidige instrument*

90 Als behouden van de minimapolis in de huidige vorm in de toekomst onder druk zou komen te staan, spreken gemeenten nu - wetende dat zowel gemeenten als verzekeraars tevreden zijn over de minimapolis -

een voorkeur uit voor optimalisatie van het huidige instrument op een aantal kenmerken. Het scenario 'alternatieven' waarbij de minimapolis vervalt en andere instrumenten worden ingezet krijgt minder voorkeur. Wat de gemeenten het meeste missen bij deze alternatieven zijn de (mogelijke) waarde van de minimapolis als 'opstap' naar bredere samenwerking én de kortingen van de verzekeraar op de polis.

## 4.2 Aanbevelingen voor vervolg

91 Wij zien op basis van dit onderzoek naar de waarde van de minimapolis voor de diverse stakeholders aanknopingspunten voor een effectenstudie. Inzicht in de effectiviteit van het instrument als geheel is methodologisch gezien complex om te onderzoeken, omdat het mede van veel externe factoren afhankelijk is. Desalniettemin is het belangrijk te weten wat de invloed van de polis is op doelstellingen als bijvoorbeeld preventie van zorg en schulden.

92 Het bereik van de minimapolis is momenteel de belangrijkste indicator van effectiviteit. Gezien dit feit is een vervolgonderzoek dat inzoomt op de factoren die van invloed zijn op dit bereik aan te bevelen. Hoe bepalen bijvoorbeeld communicatie en dienstverlening in de overstap naar de gemeentelijke collectiviteit, de samenstelling van het pakket, kortingen en bijdragen op de pakketten, deelnamecriteria en mate van bekendheid van inwoners met de verzekeraar het bereik en welke verschillen zie je hierin tussen gemeenten?

93 Het is gemeenten aan te bevelen de samenwerking met (de bij hen passende) verzekeraars op te (blijven) zoeken en daarbij ieders belangen goed in het oog te houden. Vanuit deze intensieve(re) samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten kan gezocht worden naar het optimaliseren van het instrument op onder andere de volgende aspecten: verbinden van stelsels, vergroten van de doelgroep en bijsturen van het pakket op basis van populatiekenmerken.

94 Ten slotte, alhoewel uit dit onderzoek niet is gebleken dat verzekeraars op korte termijn van plan zijn zich te heroriënteren op continuering van de minimapolis, bevelen de onderzoekers gemeenten aan hierop wel te anticiperen door zich te verdiepen in (genoemde) alternatieve scenario's. Uit de analyse van de alternatieven blijkt dat gemeenten het meest geïnteresseerd zijn in een mogelijk alternatief van een landelijke minimapolis, al bestaat hierover te weinig informatie om een goed beeld te kunnen vormen. Ook adviseren wij om gemeenten die werken met een voorzieningenwijzer te volgen om te zien of de doelgroep van de minimapolis door dit instrument op een gelijk(waardig)e manier geholpen wordt.

## 5. Bijlagen

## A. Onderzoeksaanpak

### A.1 Plan van aanpak

De aanpak van het onderzoek bestaat uit vier fasen die we hieronder beschrijven.

#### A.1.1 Fase 1: Voorbereiding

95 De opstartfase bestaat uit het definitief maken van de aanpak van het onderzoek en start van de voorbereidingen:

- a. **Startgesprek** met de opdrachtgever over het plan van aanpak;
- b. **Uitvoeren van voorbereidingen voor het onderzoek**: verzamelen van te bestuderen documenten en contactgegevens van betrokken personen, plannen van verkennende gesprekken en opstellen van een topiclijst voor deze gesprekken (zie bijlage A3-A4).

#### A.1.2 Fase 2: Verkenning - oorspronkelijke ambitie

96 In de tweede fase van het onderzoek zoomen wij in op de oorspronkelijke doelstelling (ambitie) die is beoogd met de minimapolissen en ontwikkelingen die er van invloed op zijn. Tevens maken wij een overzicht van het huidige aanbod. Met de volgende subvragen beantwoorden wij onderzoeksvraag 'a' (doel) en 'c' (ontwikkeling in de loop der tijd):

1. Wat was het oorspronkelijke doel?
2. Voor welke doelgroep(en) zijn de minimapolissen bedoeld?
3. Wat was het beoogde resultaat?
4. Welke ontwikkelingen in de afgelopen jaren zijn van invloed geweest op de inzet van minimapolissen en het effect dat wordt gerealiseerd?
5. Welke verschillende polissen met welke kenmerken worden op dit moment aangeboden?

97 In deze fase ondernemen wij de volgende stappen:

- a. **Documentenstudie**. Wij bestuderen relevante documenten, zoals: relevante passages uit de zorgverzekeringswet, eerder onderzoek dat is uitgevoerd naar minimapolissen en voor zover beschikbaar: eventuele beleidsdocumenten van gemeenten gericht op het aanbieden van minimapolissen. Het doel hiervan is: de context van de vraagstelling beter te kunnen duiden;
- b. **Verkennende gesprekken met betrokken partijen**. In deze gesprekken gaan wij in op de hierboven genoemde vragen. Wij verdiepen hiermee de context en halen bovendien aandachtspunten voor het vervolg van het onderzoek op.
  - i. Het **ministerie van VWS**. Met hen bespreken wij onder andere in hoeverre minimapolissen in hun optiek bijdragen aan een stelsel waarin iedereen toegang heeft tot betaalbare en kwalitatief goede zorg;
  - ii. **De Landelijke Cliëntenraad (LCR)**. Met de LCR bespreken wij onder andere: in hoeverre patiënten/verzekerden bekend zijn met minimapolissen, welke baten gebruikers ervan hebben en wat voor hen alternatieven zijn;

- iii. Twee **gemeenten**, gericht op hun overwegingen bij het aanbieden van minimapolissen aan groepen inwoners van hun gemeente;
  - iv. Twee **zorgverzekeraars**, gericht op hun overwegingen minimapolissen aan te bieden en wat een rol speelde bij de vormgeving van deze producten;
- c. **Analyse huidige aanbod.** Wij gebruiken informatie die op de website: Gezondverzekerd.nl staat, om in kaart te brengen welke polissen in welke gemeenten worden aangeboden. Informatie leggen wij vast in een vooraf opgesteld kader (zie bijlage A2):
- i. Of een minimapolis wordt aangeboden, en zo ja:
  - ii. Bij welke verzekeraar(s);
  - iii. Voor welke doelgroep: wie komt in aanmerking en wie maakt er gebruik van?
  - iv. Met welke dekking: is deze uitgebreider dan de standaard aanvullende verzekering van de verzekeraar?
  - v. Eventuele bijdrage van de gemeente in de premie;
  - vi. Eventuele korting die de verzekeraar biedt;
  - vii. Of er een regeling is voor verzekering/afkoop van het wettelijk eigen risico en of eigen bijdrage in de Wmo en/of Wlz;
- d. **Eerste sessie met ambtelijke klankbordgroep van gemeenten 'samenwerking zorgverzekeraars' van de VNG.** Medewerkers vanuit ongeveer 15 gemeenten (van verschillende grootte en met verschillende zorgverzekeraars als aanbieder van de minimapolis) die zich bezighouden met het beleid rondom minimapolissen toetsen eerste beelden uit de documentenstudie, verkennende gesprekken en analyse van het aanbod, met name gericht op: het oorspronkelijk doel, doelgroep en beoogd resultaat van minimapolissen. Tevens kijken wij met de klankbordgroep vooruit naar fase 3: wij halen bij hen op welke aandachtspunten de klankbordgroepleden zien in het onderzoek. Voor deelnemende gemeenten zie bijlage A5.

### A.1.3 Fase 3: Verdieping - huidige praktijk en perspectief voor de toekomst

98 In deze fase verbreden en verdiepen wij. Wij halen bij zowel gemeenten als zorgverzekeraars op hoe de minimapolissen in de praktijk worden uitgevoerd en welke effecten worden ervaren. Tevens toetsen wij welk perspectief gemeenten en zorgverzekeraars zien voor de toekomst voor de inzet van minimapolissen. Hierin beantwoorden wij onder andere de volgende concrete subvragen van onderzoeksvragen: b. (actualiteit doelen), c. (ontwikkelingen in de loop der tijd), d. (duurzaamheid) en e. (effectiviteit en efficiëntie).

#### Huidige praktijk:

1. Zijn de doelen veranderd in de tijd en/of zijn er naast het oorspronkelijk beoogde doel neven-doelstellingen ontstaan in de praktijk?
2. Hebben gemeenten naast de minimapolissen een breder pakket aan maatregelen om de beoogde doelen te bereiken?
3. Welke (politieke en/of beleidsinhoudelijke) afwegingen hebben gemeenten gemaakt bij hun keuze voor het inzetten en/of continueren van de minimapolis ten opzichte van andere instrumenten?
4. Wat is het daadwerkelijke gebruik in de praktijk: wordt de oorspronkelijk beoogde doelgroep bereikt?
5. Is verbetering mogelijk en wat is daarvoor nodig? Welke resultaten ervaren gemeenten en zorgverzekeraars? En komen deze overeen met wat vooraf werd beoogd, op verschillende gebieden, zoals: toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, preventie, inkomensondersteuning,



marktaandeel en gezonde (niet verlieslatende) samenstelling verzekerdenpopulatie voor de zorgverzekeraar, et cetera?

6. Welke aanpalende (landelijke) instrumenten hebben invloed op het gebruik en effecten van minimapolissen, en in welke mate? Denk bijvoorbeeld aan: de zorgtoeslag of premiebetalingsregelingen.

Toekomstperspectief:

1. Vinden gemeenten en zorgverzekeraars de wijze waarop minimapolissen nu zijn ingericht nog duurzaam, en waarom wel, of waarom niet?
2. Zien gemeenten en zorgverzekeraars alternatieven om dezelfde doelen te bereiken?

99 Voor antwoorden op genoemde subvragen voeren wij de volgende onderzoeksactiviteiten uit:

- a. **Breedteonderzoek onder gemeenten.** Telefonische interviews met beleidsmedewerkers verantwoordelijk voor het aanbod van minimapolissen bij een steekproef van 30 gemeenten. De steekproef geeft een representatief beeld door een mix van gemeenten van verschillende omvang, met landelijke dekking (zowel stedelijk als niet-stedelijk) en met aanbod van verschillende zorgverzekeraars en verschillende type minimapolissen. De G4, acht gemeenten uit de G32 en 18 overige gemeenten behoren tot de steekproef. Wij gebruiken voor de telefonische interviews gestructureerde vragenlijsten;
- b. **Interviews met zorgverzekeraars.** Met nog vijf verzekeraars die een minimapolis aanbieden houden wij verdiepende gesprekken. Samen met de twee verzekeraars uit de verkennende fase is hiermee grotendeels de verzekeringsmarkt afgedekt;
- c. **Analyse en synthese.** Wij leggen de bevindingen uit het breedteonderzoek onder gemeenten en de interviews met zorgverzekeraars naast elkaar. Wij kijken daarbij: in welke mate de oorspronkelijke ambitie, de huidige praktijk en het toekomstperspectief op elkaar aansluiten. Tevens beoordelen wij in welke mate de ervaringen van zorgverzekeraars en gemeenten met elkaar overlappen en verschillen van elkaar. In deze analyse besteden wij ook in kwalitatieve zin aandacht aan de verwachte baten en lasten van de verzekerdersgroep. Wij destilleren hieruit de aspecten die van invloed zijn op de waarde van de minimapolis voor de verschillende belanghebbenden, en afwegingen die te maken zijn om te komen tot oplossingsrichting(en);
- d. **Tweede sessie met werkgroep.** In deze sessie leggen wij onze bevindingen terug aan de werkgroep. Wij toetsen bij hen of zij zich hierin herkennen. En beantwoorden met hen de vraag of het nog zinvol is door te gaan met het aanbieden van minimapolissen, onder welke randvoorwaarden en welke verbeteringen mogelijk zijn. Tevens geven wij met de werkgroep een beoordeling of er reële alternatieven zijn en welke daarvan het meest kansrijk zijn. In de bijeenkomst pakken wij dit aan door verschillende varianten naast elkaar te leggen en te 'beoordelen' in welke mate de variant aan de volgende aspecten voldoet:
  - i. Toegevoegde waarde aan ambitie(s): Kan de variant voldoen aan de verscheidenheid van doelstellingen?
  - ii. Effectiviteit: In hoeverre heeft de variant naar verwachting effect voor de doelgroep?
  - iii. Doelmatigheid: Hoe verhouden de baten en lasten zich voor gemeenten?
  - iv. Beleidsvrijheid: De mate waarin beleidsvrijheid voor gemeenten blijft bestaan;
  - v. Politieke gevoeligheid.

#### A.1.4 Fase 4: Afronding

100 De vierde en laatste fase van het onderzoek staat in het teken van de **rapportage**. De opgedane inzichten en varianten voor oplossingsrichtingen zijn gebundeld in voorliggende rapportage. Het resultaat kan de VNG gebruiken om een advies op te stellen aan gemeenten voor de inrichting van een structurele, passende oplossing.

### A.2 Matrix Gezondverzekerd.nl

Gemeente	aantal particuliere huishoudens	aantal huishoudens 1 jaar onder 125% sociaal minimum	aantal inwoners 4 jaar onder 125% sociaal minimum	minimapolis aanwezig	Voorwaarden minima	Voorwaarden chronisch zieken	aantal verzekeraars	verzekeraar 1	verzekeraar 2	verzekeraar 3

aantal pakketten verzekeraar 1	aantal pakketten verzekeraar 2	aantal pakketten verzekeraar 3	"Stel ander pakket samen" mogelijk	Regeling eigen risico	Regeling eigen bijdrage	MIN prijs pakket	MIN korting verzekeraar	MIN gemeentelijke bijdrage	MAX prijs pakket	MAX korting verzekeraar	MAX gemeentelijke bijdrage

### A.3 Topiclist gemeenten

Algemeen	Antwoorden
i. Gemeente	
ii. Naam	
iii. Functie	
a. Onderhouden van contact met zorgverzekeraar(s) onderdeel functie?	
iv. Overige opmerkingen vooraf	
<b>Doelen</b>	
1.	
a. Wat zijn de doelstellingen die jullie willen bereiken?	
b. Indien meerdere doelen: kunt u deze in volgorde van belang zetten?	
c. Verschillen de doelstellingen van verzekeraars en gemeenten volgens u? Zo ja, waarom denkt u dat? Waarin zitten deze verschillen?	
d. Zijn er beleidswijzigingen geweest die van invloed zijn op de doelstellingen of de inzet van het instrument minimapolis?[1]	
[1] Het gaat hierbij om andere ontwikkelingen dan de landelijke overheveling van de Wtgc en Cer gelden.	
<b>Organisatie</b>	
2. Hoe zijn de pakketten (financieel) opgebouwd?	
a. Indien meerdere pakketten: wat zijn de doelgroepen?	
b. Welke bijdrage leveren jullie als gemeente (financieel en eventuele andere wijzen)? Hoe komen jullie daartoe?	
c. Welke korting spreken jullie af met de zorgverzekeraar(s)? Hoe komen jullie daartoe?	
i. Hoe merken inwoners deze korting?	
d. Wat zijn de inhoudelijke verschillen tussen de standaard basis en aanvullende polissen van de verzekeraar(s) waar jullie afspraken mee hebben t.o.v. jullie gemeentelijke polis(sen)?	
3. Wat zijn andere instrumenten of voorzieningen die jullie inzetten om de doelstellingen (genoemd onder 1) te behalen?	
i. Vergoeding medische kosten met bijzondere bijstand	
ii. Tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten	
iii. Minimapolis	
iv. Etc.	
<b>Bereik en gebruik</b>	
4. Wat is de bekendheid van de voorzieningen en instrumenten (incl. vraag 3) onder burgers?	
a. Hoe geven jullie bekendheid aan de voorzieningen en instrumenten?	
5. Hoeveel burgers zijn er in uw gemeenten die in aanmerking komen voor een CZM?	
a. Hoeveel daarvan hebben daadwerkelijk een CZM?	
b. Heeft u zicht op welke groepen er geen gebruik van maken?	
6. Hoe groot is het gebruik van de verzekering?	
a. Zorgkosten van deze groep	
b. I.v.m. overheveling Wtgc en Cer, hoe is de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten nu ingericht?	
c. Indien eigen risico (Zw) afkoop: hoe en percentage dat ook volledig eigen risico opmaakt?	
d. Indien vergoeding eigen bijdrage in de Wmo: hoe en percentage dat hier gebruik van maakt.	
<b>Effectiviteit</b>	
7. Worden doelen behaald?	
8. Op welke indicatoren meten jullie dit?	
9. Wat zijn hiervan de uitkomsten?	
<b>Alternatieven</b>	
<i>Algemeen bekend is dat enkele verzekeraars momenteel bezig zijn met een heroriëntatie op de collectieve zorgverzekering voor minima. Dit noodzaakt des te meer tot een goed inzicht in de mogelijkheden die er zijn om de doelstellingen zoals besproken onder vraag 1 te bereiken.</i>	
10. Wat zijn volgens jullie andere wijzen om de doelstellingen te bereiken? En waarom?	
<b>Overige opmerkingen:</b>	

## A.4 Topiclist verzekeraars

### Doelen

- Wat zijn jullie doelen als het gaat om zorg/zorgverzekeringen voor minima?
  - Denk aan: zorgmijding, schulden voorkomen, gelijkheidsbeginsel, voorkomen keuzestress, bereik uitbreiden, verbinding Zvw/Wlz en Wmo, versterking nulde/eerste lijn, doelmatige zorginkoop;
- Zijn de doelstellingen gewijzigd de afgelopen 10 jaar?
- Zijn de doelen nog steeds relevant en actueel? En hoe zijn deze verschoven?
  - Denk aan: beleid eigen risico, wenselijkheid aanbieden gemeentelijke collectiviteiten, aantrekkelijkheid aanvullende zorgpolissen;
- Hoe linkt dit aan jullie ambitie/strategie?

### Aanbod

- Wat zijn de overwegingen om minimapolissen wel/niet aan te bieden in bepaalde gemeenten?
  - Verwacht resultaat (risicoverevening ggz/somatisch);
  - Regionale binding;
  - Grootte van gemeente;
  - Meerdere verzekeraars aanwezig;
- Aan hoeveel gemeenten/verzekerden bieden jullie een minimapolis aan?
- Hoe geven jullie de minimapolissen vorm?
  - Vrijheid pakket, invulling AV (bijv. preventieve gezondheidsprogramma's), vergoeding eigen bijdragen, korting, et cetera;
  - Wat bepaalt wat er met gemeenten wordt afgesproken?
  - Wat zijn de inhoudelijke verschillen tussen de standaard basis en aanvullende polissen ten opzichte van de gemeentelijke polis(sen)?
- Hoe ervaren jullie deze wijze van aanbod?
  - In hoeverre is het zicht hebben op de 'minima' groep privacy belastend?

### Effecten

- Hebben jullie zicht op de realisatie van deze doelen?
- Hoe meten jullie dit?
- Hoe verloopt samenwerking met gemeenten?

### Alternatieven

- Hoe kijken jullie aan tegen de duurzaamheid van het instrument minimapolis? (groeperen gemeenten, doelmatigere inkoop, betere marktaandeelafstemming, acceptatieplicht);
- Welke alternatieven zien jullie voor het behalen van jullie doelstellingen?

## A.5 Werkgroep 'samenwerking zorgverzekeraars' van de VNG

Deelnemende gemeenten:

- Amsterdam;
- Apeldoorn;
- Assen, Hunze en Tynaarlo;
- Beverwijk;
- Diemen;
- Enschede;
- Haarlem;
- Rotterdam;
- Utrecht;
- Zandvoort;
- Zwolle.

## B. Infographic aanpassingen in risicoverevening 2018

### Kamerbrief over Risicoverevening 2018 Samenvattende infographic

#### Resultaat



Een beter gerichte compensatie aan verzekeraars voor chronisch zieke verzekerden en een lagere compensatie voor gezonde verzekerden.

#### Verbeteringen

##### Algemeen



Regio-kenmerk



Inwoners Wlz-instelling



Hoogopgeleide verzekerden 35-44 jaar

##### Somatisch model



Gezonde verzekerden



Meerdere chronische aandoeningen



Intensieve kindzorg



Compensatie jaar van geboorte

##### GGZ model



1 model van alle zorg in Zvw



Verbeteren prikkelwerking



Compensatie obv diagnose en historisch zorggebruik

Vervallen / geïntegreerd in andere kenmerken:

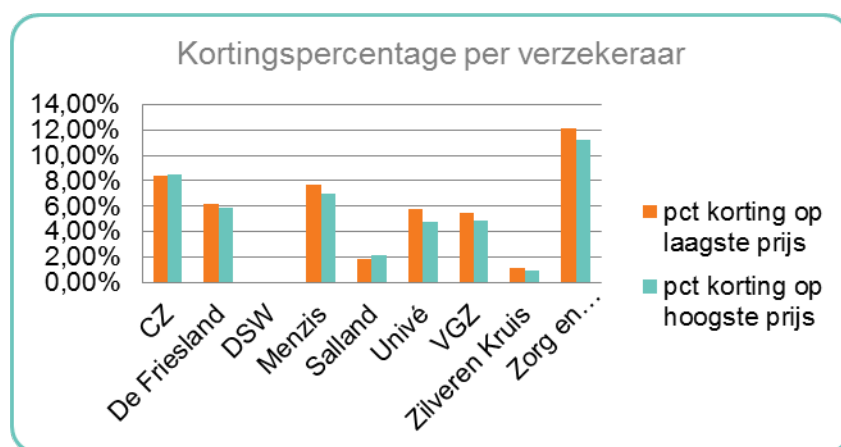
Generiek somatische morbiditeit, geriatrische revalidatiezorg in het

voorgaande jaar, intramurale ggz, zorgvraagzwaarte

## C. Bevindingen aanbod minimapolissen

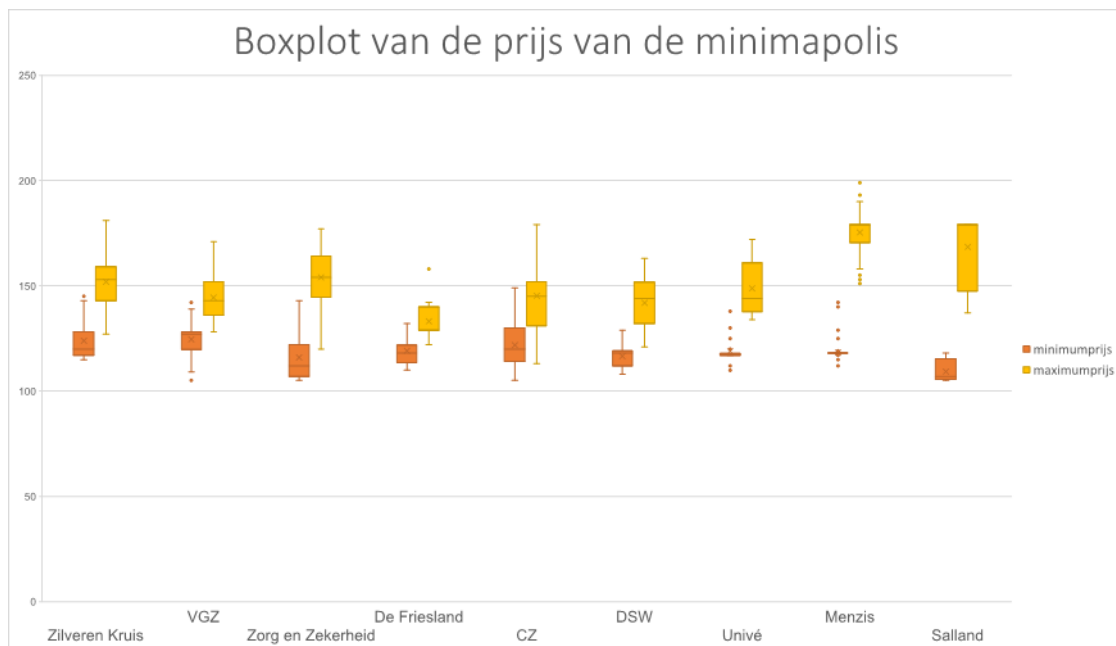
101 Hieronder geven wij onze belangrijkste bevindingen weer wat betreft het aanbod aan minimapolissen in gemeenten. Deze bevindingen zijn deels gebaseerd op de analyse van de website Gezondverzekerd.nl (kwantitatieve bevindingen in de figuren) en deels op de interviews met gemeenten (kwalitatieve bevindingen en duidingen op de kwantitatieve bevindingen).

- a. De betaalbaarheid van de premie is van belang om deelname aantrekkelijk te maken voor minima. De verzekeraar geeft een korting op de premie. Grotere gemeenten geven aan bij sommige verzekeraars hierin kleine onderhandelingsruimte te hebben, maar het grootste deel van de gemeenten geeft aan dat de verzekeraar een vast percentage hanteert. Figuur 3 geeft een beeld van de kortingen die verzekeraars bieden op de premieprijs van hun minimapolis. Met de laagste en hoogste prijs worden de prijzen van de premies van het minst uitgebreide (laagste prijs) en meest uitgebreide pakket (hoogste prijs) bedoeld.



Figuur 4: kortingspercentages per verzekeraar op de minimale en maximale premie o.b.v. gemeenten met contract met één verzekeraar (Gezondverzekerd.nl)

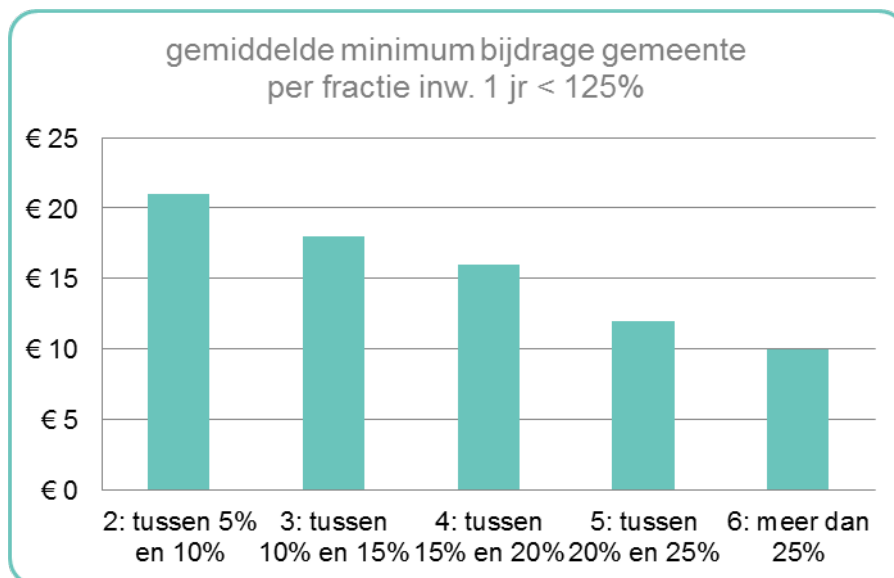
In figuur 4 is zichtbaar dat in de maximumpremie meer variatie zit dan in de minimumpremie van verzekeraars. Ook is zichtbaar dat het verschil tussen minimum en maximumprijs bij Z&Z en Menzis, Univé en Salland Verzekeringen groter is dan bij de andere verzekeraars. De minimum- en maximumprijs is van veel factoren afhankelijk (onder andere de samenstelling van de basispakketten per verzekeraar en gemeente) wat een vergelijking bemoeilijkt. Deze figuur dient daarom om 'gevoel te krijgen bij' de variatie in premieprijzen.



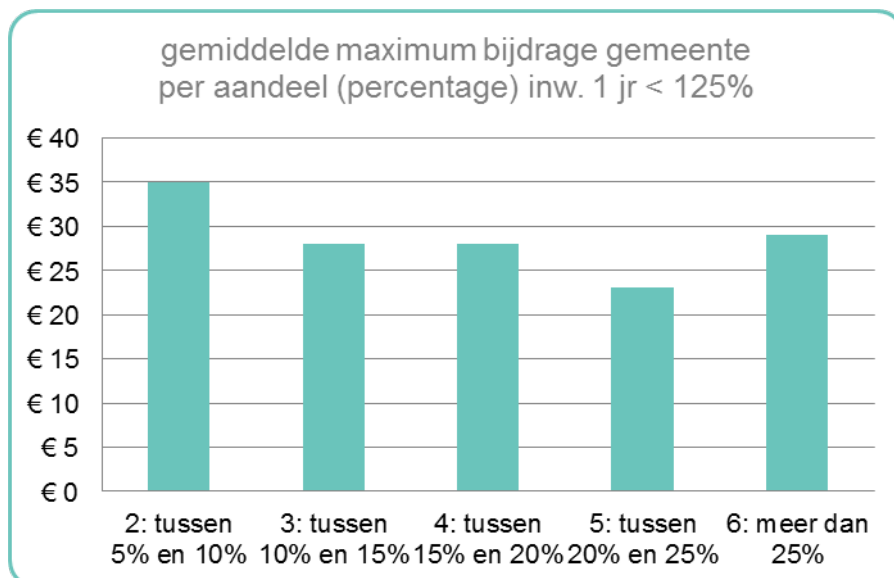
Figuur 5: Prijsrange (in euro) minimapolissen per verzekeraar, op basis van gemeenten met contracten met een verzekeraar (n= 280)

Daarnaast geeft de gemeente nog een bijdrage op de premie van de verzekeraar. Het is afhankelijk van het gemeentelijk beleid hoe groot deze bijdrage is. Gemeenten geven meestal op de meest uitgebreide pakketten de grootste gemeentelijke bijdrage. In figuur 5 is zichtbaar dat in de gemeenten met het grootste aandeel minima (in deze figuur wordt als definitie van minima gehanteerd: langer dan een jaar onder 125% van het minimum inkomen. De gemeenten hanteren elk andere inkomensgrenzen voor minima) de minimumbijdrage van een gemeente op de premie het laagste is, daarentegen laat figuur 6 zien dat de maximum eigen bijdrage bij deze gemeenten juist min of meer gelijk is aan de maximum bijdrage bij gemeenten met minder minima. Figuur 5 en 6 geven geen informatie over de gemeentelijke deelnamecriteria aan de minimapolissen in gemeenten (deze kunnen hoger of lager liggen dan 125%, waardoor het aandeel minima in gemeenten hoger of juist lager kan zijn dan in deze figuur zichtbaar).





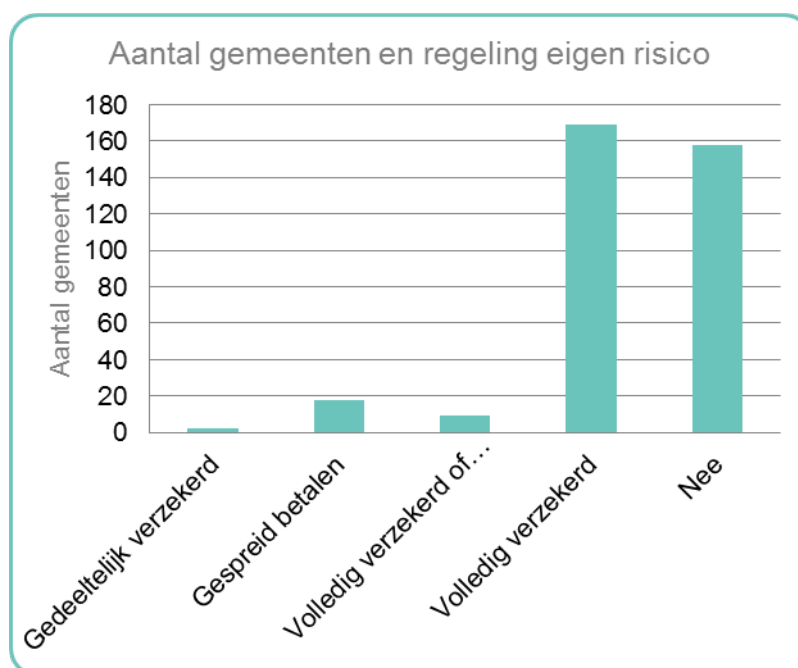
Figuur 6: Gemiddelde minimum bijdrage van gemeenten per aandeel (uitgedrukt in %) inwoners met een jaar lang een minimum inkomen onder de 125%



Figuur 7: Gemiddelde maximum bijdrage van gemeenten per aandeel (uitgedrukt in %) inwoners met een jaar lang een minimum inkomen onder de 125%

- b. Per 2014 zijn de wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en regeling compensatie eigen risico (Cer) afgeschaft. Dat wat werd beoogd met deze gelden is als taak naar de gemeenten gegaan en een deel van deze gelden is daarmee van het Rijk overgeheveld naar de gemeenten (2015). Een derde van de gemeenten geeft aan een deel van deze Wtcg en Cer gelden in de vorm van de gemeentelijke bijdrage op de premie in te zetten. Een vierde van de gemeenten zet deze gelden in de vorm van een aparte regeling in voor chronisch zieken en gehandicapten via de bijzondere bijstand of geven daarmee compensatie via een aparte regeling van het wettelijk eigen risico in de Zvw. Het grootste deel van de gemeenten vergoedt ook medische kosten via de bijzondere

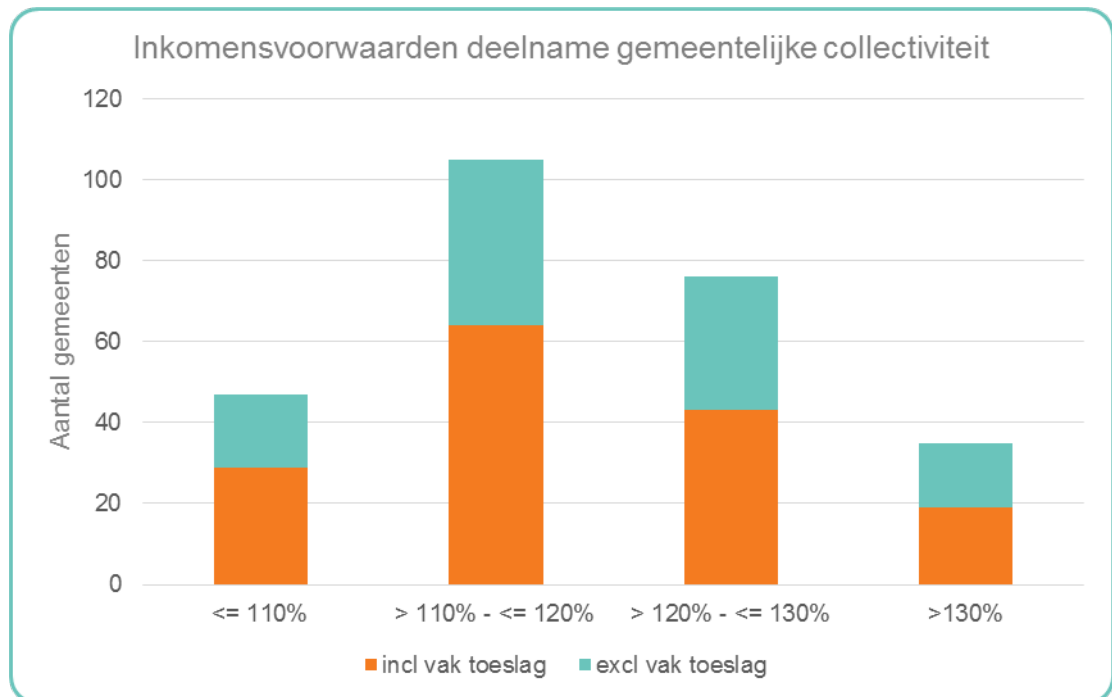
- bijstand als mensen geen minimapolis hebben of de aanvullende verzekering bepaalde kosten niet geheel dekt;
- c. Met de afspraken tussen verzekeraars en gemeenten over directe doorbetaling van premies uit de bijstandsuitkering is het voorkomen van wanbetaling beoogd en daarmee de preventie van schulden. Daarnaast noemt een klein aantal gemeenten ook samenwerkingsverbanden of pilots met betrekking tot preventie van zorg of van schulden met andere partners, zoals energiemaatschappijen of telecom. Daarmee worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt over vroegsignalering van wanbetalers;
  - d. Verzekeraars bieden minimaal een standaard polis (kleine AV) en een uitgebreide polis (ruime AV) aan. Dat wil zeggen, het basispakket wordt door de (rijks-)overheid vastgesteld, maar de inhoud van de aanvullende verzekeringen door de zorgverzekeraars. Specifieke doelgroepen, zoals jongeren, komen niet naar voren in het aanbod. Het onderscheid in beoogde doelgroepen zit in verwachte zorgkosten: hoog of laag. Over het algemeen kenmerken de diverse pakketten van de minimapolis zich inhoudelijk door ruime dekkingen voor fysiotherapie, brillen en contactlenzen, een ruime tandverzekering en vergoedingen van eigen bijdragen in de Wmo en Wlz. Bij 303 gemeenten is het mogelijk de eigen bijdrage in de Wmo vergoed te krijgen. 174 gemeenten hebben een vergoeding van de eigen bijdrage in de Wlz in het aanbod. Vergoedingen voor Wmo en Wlz samen lopen op tot een maximum variërend per verzekeraar van 200 tot 375 euro op jaarbasis. Niet elke verzekeraar biedt deze optie aan, drie van de zeven geïnterviewde verzekeraars in dit onderzoek. Daarnaast is er de mogelijkheid van herverzekeren van of tegemoetkoming (gedeeltelijk verzekerd) in het wettelijk eigen risico en/of de mogelijkheid tot gespreid betalen ervan (zie figuur 7). Ruim de helft van de gemeenten heeft een dergelijke regeling voor het eigen risico waarvan 178 gemeenten de optie hebben het eigen risico volledig te verzekeren. Er zijn 158 gemeenten die geen regeling voor het eigen risico hebben aangeven op Gezondverzekerd.nl.



Figuur 8: Aantal gemeenten en een regeling voor het wettelijk eigen risico zoals aangegeven op gezondverzekerd.nl

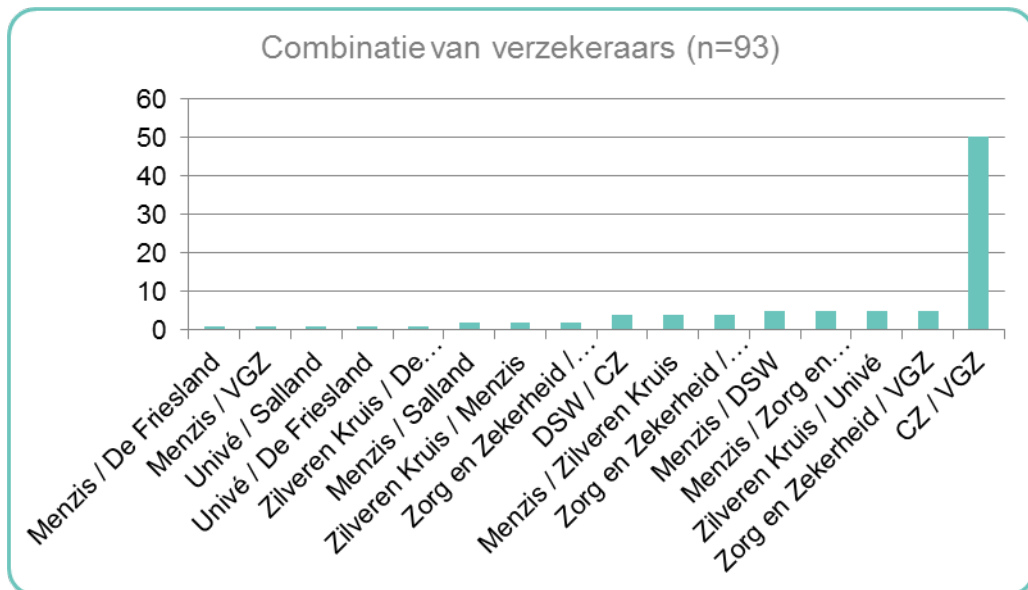
- e. Het meest uitgebreide pakket geven de meeste gemeenten aan is gericht op de groep chronisch zieken en gehandicapten met een laag inkomen<sup>11</sup> die voorheen onder de Wtcg vielen;
- f. Gemeenten en verzekeraars scherpen de inhoud van de aanvullende verzekering of het gemeentelijk pakket zo nodig in de meeste gevallen jaarlijks aan geven verzekeraars en gemeenten aan. Er is dialoog over gezamenlijke pakketwensen en de premieprijs. Over het algemeen ervaren gemeenten weinig individuele beleidsvrijheid of mogelijke invloed op de uitkomsten van deze onderhandelingen. Bij de grotere gemeenten lijkt er meer onderhandelingsruimte te zijn. De meeste gemeenten geven daarbij aan ook niet de behoefte te hebben hier meer invloed op uit te oefenen;
- g. Kenmerkend aan deze verzekering is dat alle personen die aan de deelnamecriteria voor de minimapolis voldoen de verzekering kunnen afsluiten. Verzekeraars hebben een wettelijke acceptatieplicht op de BV, op de AV echter niet. Verzekeraars en gemeenten hebben daarom afspraken gemaakt geen selectie toe te passen op de AV waardoor iedereen die voldoet aan de deelnamecriteria van gemeenten mag deelnemen;
- h. Deelnamecriteria variëren sterk van 105-180% van het minimum inkomen. Het is wisselend per gemeente of eigen vermogen meetelt in de toets, evenals de vakantietoeslag. In de meeste gemeenten wordt steekproefsgewijs getoetst of inwoners daadwerkelijk aan de inkomenscriteria voldoen en daarmee terecht een minimapolis hebben afgesloten. Door ruimere deelnamecriteria te hanteren willen gemeenten de armoedeval bij huishoudens boven het minimum voorkomen door hen ook tegemoet te komen met een passende en betaalbare verzekering. In figuur 8 is te zien dat de meeste gemeenten op Gezondverzekerd.nl 110%-120% (n=105) of 120%-130% (n=76) van het minimum inkomen (in- of exclusief vakantietoeslag) hanteren als bovengrens voor deelname aan de gemeentelijke collectiviteit. 35 gemeenten hanteren inkomensgrenzen boven de 130% van het minimum. Van 39 gemeenten staan geen deelnamecriteria weergegeven op Gezondverzekerd.nl.

<sup>11</sup> De doelgroep van de Wtcg was breder dan chronisch zieken en gehandicapten met enkel een laag inkomen, ook mensen met een hoger inkomen dan het gestelde minimum konden gebruik maken van deze financiële regeling. Mensen met een hoger inkomen dan als grens gesteld voor deze minimapolis kunnen in een groot aantal gemeenten bij de gemeente terecht voor aparte financiële regelingen, geven de geïnterviewde gemeenten aan.



Figuur 9: Gemeentelijke inkomensvoorwaarden voor deelname gemeentelijke collectiviteit op Gezondverzekerd.nl

- i. Keuzevrijheid is voor een aantal geïnterviewde gemeenten (n=4) een belangrijke waarde. Ze willen dat burgers keuze hebben in de verzekeraar waar ze een minimapolis afsluiten en niet verplicht naar een verzekeraar worden toe geleid. Daar staat tegenover dat een aantal gemeenten juist inzetten op beperkte keuze om de keuze voor een minimapolis voor burgers niet te complex te maken;
- j. In figuur 9 is te zien dat 93 van de in totaal 377 gemeenten op Gezondverzekerd.nl met twee verzekeraars contracten hebben voor het minimapolissen aanbod. De meest voorkomende combinatie is CZ/VGZ. Een klein aantal gemeenten (n=4) heeft contracten met drie verzekeraars, de overige gemeenten (n=280) met één verzekeraar. Een aantal gemeenten grijpt het instrument aan om breder met de verzekeraar samen te werken op bijvoorbeeld gezondheidsprojecten in wijken en hebben daarover samenwerkingsovereenkomsten.



Figuur 10: Combinaties van verzekeraars bij gemeenten op Gezondverzekerd.nl

- k. Sommige verzekeraars geven gemeenten die het wettelijk eigen risico in de Zvw van hun minima vooraf betalen de mogelijkheid het niet opgesoupeerde eigen risico weer teruggestort te krijgen op de gemeenterekening.