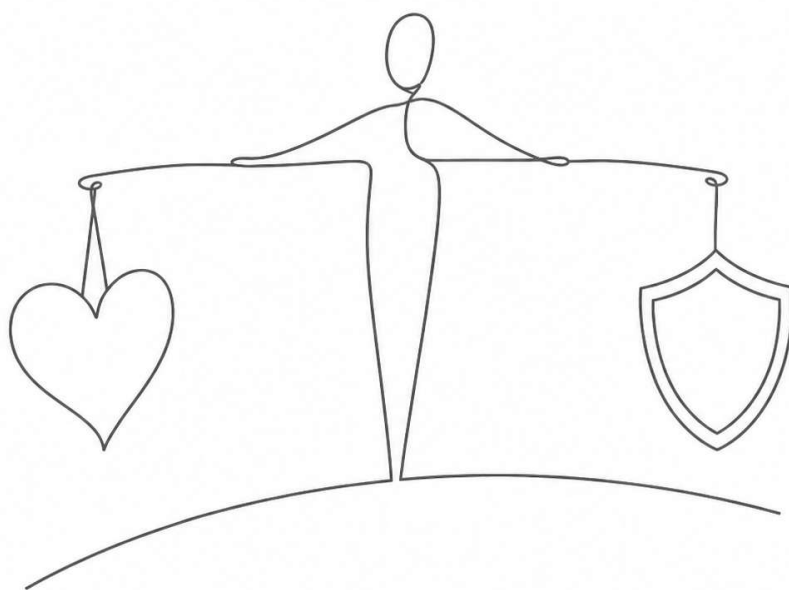


De gemeentepolis gewogen

Tussen zorg en zekerheid



LUKECONSULT

Auteurs

Maarten Broekema (Luke Consult)

Joes Ludden (OchtendMensen)

Opdrachtgever

Zorginstituut Nederland

Datum en plaats

Mei 2026, Amersfoort

Versie

Definitief

Inhoudsopgave

Management summary	4
Kernboodschap voor landelijke partijen	5
1. Achtergrond en aanleiding	7
2. Historie gemeentepolis	9
3. Bevindingen uit het onderzoek	11
Extra: perspectieven stakeholders	18
4. Aanvullende instrumenten	21
5. Toekomstrichtingen voor de gemeentepolis	24
Over de auteurs	28
Geïnterviewde partijen	29
Bronnen	30

Bijlagen

- BS&F: Landelijke data voor onderzoek ZIN
- Zorgweb: ZIN Data analyse
- Data-analyse enquête gemeentepolis

Management summary

De gemeentepolis is een veel ingezet instrument binnen het gemeentelijk minimabeleid, met als primair doel het borgen van toegang tot zorg voor inwoners met een laag inkomen. In een context waarin sociaal-economische gezondheidsverschillen hardnekkig blijven en slechts beperkt beïnvloedbaar zijn via de zorgsector zelf, is onderzocht welke bijdrage dit instrument levert aan deze bredere maatschappelijke opgave.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de gemeentepolis voor gemeenten vooral functioneert als een praktisch uitvoeringsinstrument om financiële drempels tot zorg te verlagen. De uitvoering is relatief eenvoudig en efficiënt, met beperkte uitvoeringskosten en stuurbare budgettaire impact. Deelnemers krijgen 'value for money' dankzij een brede dekking en meer rust over hun zorgkosten en -schulden.

De rol van de gemeentepolis bij het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen in bredere zin lijkt minder evident. Het instrument richt zich minder op onderliggende factoren zoals inkomen, leefomgeving en participatie. De gemeentepolis wordt niet zozeer gezien als een op zichzelf staand antwoord op deze bredere opgave, maar juist als dragend instrument in het gemeentelijke minimabeleid.

Ondanks deze positie komen spanningen naar voren. De collectieve opzet draagt bij aan eenvoud en uitvoerbaarheid, maar brengt tegelijkertijd uniformering waardoor de aansluiting op individuele noden varieert. Ook blijft het bereiken van de (juiste) doelgroep een vraagstuk. En leiden verschillen in lokale keuzes bij de inrichting tot variatie tussen gemeenten en daarmee tussen deelnemers.

Op systeemniveau ervaren gemeenten en zorgverzekeraars ook de keerzijde van hun wederzijdse afhankelijkheid. Gemeenten geven aan beperkt invloed te hebben op de inhoud en prijsstelling van de polis, terwijl zorgverzekeraars soms verrast worden door grillig lokaal beleid. Ook is sprake van keuze asymmetrie: de veronderstelde marktwerking blijkt in de praktijk beperkt, de bestaande regionale ordening is dominant.

Vanuit twijfel over doelmatigheid en regie experimenteren meerdere gemeenten met aanvullende of vervangende oplossingen. Gemeenten die zijn gestopt met de gemeentepolis zijn wisselend enthousiast over de opbrengst hiervan. De kosten dalen en sommigen rapporteren meer gerichtheid van regelingen, maar onduidelijk is of problematiek zoals zorgmijding en schulden niet juist toeneemt. Stoppen met de gemeentepolis lijkt haalbaar maar vereist een goede en tijdige voorbereiding en een zachte landing via de combinatie van instrumenten die verschillen in gerichtheid, uitvoerbaarheid en bereik.

Voor de toekomst zien wij drie elkaar versterkende ontwikkelrichtingen voor de gemeentepolis. In de eerste plaats verdient het instrument doorontwikkeling: betere aansluiting op de beoogde doelgroep(en), inzet van gerichte adviestools om mensen beter te adviseren, een bijdrage die de hogere premie afdoende dekt, inzet van aanvullende regelingen waar de gemeentepolis tekortschiet, oog en oplossing voor niet-deelnemers en tenslotte een meer transparante verrekening met de zorgverzekeraar.

In een tweede ontwikkellijn kan de rol van de gemeentepolis worden verbreed door deze sterker te verbinden aan domeinoverstijgende samenwerking, met name binnen de IZA/AZWA-structuur. Dit raakt ook aan de vraag in hoeverre de gemeentepolis daadwerkelijk onderdeel is van marktwerking: een ordening langs de lijnen van de kernwerkgebieden van zorgverzekeraars doet meer recht aan de praktijk, ook al is dit een ingrijpende stap.

Als laatste zien wij de groeiende behoefte aan meer landelijke sturing, variërend van kaderstelling tot een meer uniforme inrichting. Deze richting komt in detail aan bod in het hoofdstuk waarin de gemeentepolis expliciet is gezien vanuit de rol van landelijke spelers. De belangrijkste overwegingen zijn daarbij vertaald naar vijf adviezen voor actueel landelijk beleid: meer regie, realisme over marktwerking, verankering in de bredere samenwerkingsstructuur, onderscheid zorgkosten en inkomenssituatie, en het voorkomen dat de kloof tussen wel- en niet-deelnemers onbedoeld te groot wordt. Anders blijkt de snelle oplossing van vandaag het probleem van morgen.

Kernboodschap voor landelijke partijen

Het onderzoek geeft een genuanceerd beeld van de werking en effecten van de gemeentepolis voor deelnemers, gemeenten en zorgverzekeraars, evenals van de bijdrage die het instrument levert aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Hieronder zoomen we uit naar het landelijke beleidsniveau. Vanuit dat perspectief beschouwen we de belangrijkste implicaties van het onderzoek voor de inrichting van beleid en sturing rondom de gemeentepolis. Daarbij richten we ons specifiek op landelijke partijen zoals het Zorginstituut en de ministeries VWS en SZW. Dit deel brengt kortom de bestuurlijke hoofdboodschap van het onderzoek en is zelfstandig leesbaar. De daaropvolgende hoofdstukken bevatten de onderliggende analyse, onderzoeksbevindingen en uitwerking.

Invloed gemeentepolis op sociaal-economische gezondheidsverschillen

De gemeentepolis levert een stevige bijdrage aan het verkleinen van specifieke deelterreinen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het gaat dan om het verbeteren van de toegang tot zorg via de compensatie van (meer)kosten, maar ook het reduceren van onzekerheid en stress rondom kosten van zorg. De gemeentepolis verkleint de risico's op problematische schulden en vergroot hiermee de bestaanszekerheid. Bovendien is aannemelijk dat de polis een rol speelt in het reduceren van zorgmijding. En tenslotte biedt het gemeenten een manier om laagdrempelig in contact te komen met inwoners die kampen met bredere, vaak nog onzichtbare problematiek. Het kan dus dienen als vind- en benaderplaats.

Tegelijkertijd komt uit het onderzoek naar voren dat de gemeentepolis niet alle onderdelen van sociaal-economische gezondheidsverschillen kan afdekken: het is toch met name een instrument dat zich beperkt tot het compenseren van kosten voor zorg, en niet de onder- en omliggende context benadert.

Deze focus, of beperking zo je wilt, werkt ook door in haar nogal opvallende afwezigheid op de landelijke structurering in IZA en AZWA: de gemeentepolis ligt niet op tafel. Hier lijkt een kans gemist te worden – maar hier dient ook de realiteit van de beperkte mate van marktwerking onder ogen te worden gezien.

Collectieve value for money

De gemeentepolis is dus bovenal gericht op het compenseren van zorgkosten. En doet dat behoorlijk goed. Het instrument biedt de deelnemer 'value for money', zeker waar gemeenten een afdoende hoge bijdrage in de premie geven.

Deze waarde ligt op collectief en niet per sé op individueel niveau, iets wat logisch samenhangt met het gegeven dat het een verzekeringsproduct is. Verzekeringen gaan over collectiviteit, solidariteit, grootste gemene deler. Zoekt men een op individueel niveau best passende oplossing, dan ziet men de gemeentepolis als 'over- en onderverzekerd tegelijkertijd'.

Instabiel en variërend beleid

Hoewel de gemeentepolis nog altijd breed aanwezig is, kun je niet weggijken van de instabiliteit en variëteit die haar lokale context kenmerkt. De variëteit noemt men ook wel 'postcodeloterij', die volgt uit de gemeentelijke vrijheid om knoppen van de gemeentepolis lokaal anders af te stellen: inclusiecriteria, gemeentelijke bijdrage, inzet op communicatie en bereik. Dé gemeentepolis bestaat dus niet. En bovendien: beide partners, dus gemeenten en zorgverzekeraars, maken slingerbewegingen in de mate van commitment op het instrument.

Deze drie constatering van uit een landelijke beleidsbril brengen ons tot vijf adviezen voor partijen met een landelijke oriëntatie ten aanzien van sociaal-economische gezondheidsverschillen:

1. *Bouw landelijke regie in.* De gemeentepolis raakt de meest kwetsbare inwoners van een gemeente, van een land. Het is niet van deze tijd om te zeggen 'we hebben dit probleem gedecentraliseerd, dus daarmee is het niet meer van ons'. De hoop dat de gemeentepolis een dekkend en stabiel antwoord vormt op grote landelijke thematiek zoals toegang tot mondzorg, zorgmijding of eigen bijdragen is te rooskleurig. Dit werkt alleen als er expliciet landelijke kaders komen, om verschillen tussen postcodes te verkleinen en de grillen van lokale spelers te mitigeren. Anders blijkt de oplossing van vandaag het probleem van morgen.
2. *Hanteer een realistisch perspectief op marktwerking.* Wees realistisch over de veronderstelde marktwerking rondom dit instrument. In de praktijk is de keuzevrijheid voor gemeenten beperkt en vraagt het product om een andere sturing. Onderzoek de haalbaarheid van het beëindigen van de marktwerking onder de gemeentepolis en verdeel de verantwoordelijkheid regionaal onder zorgverzekeraars, zoals nu ook voor andere kerndossiers de praktijk is geworden. Of werk toe naar één landelijke polis.
3. *Veranker de polis aan de strategische tafels.* Onderzoek de mogelijkheden voor een directe aansluiting van de gemeentepolis op de bredere samenwerkingstafels (IZA/AZWA), zodat het instrument kan fungeren als de financiële brug tussen het medisch en sociaal domein.
4. *Maak onderscheid tussen inkomensproblematiek en zorgkosten.* Houd in beleid onderscheid tussen een laag inkomen en hoge zorgkosten. Hoewel beide vaak samen voorkomen, gaat het om verschillende problemen die niet automatisch met hetzelfde instrument opgelost kunnen worden. Een inzet op inkomensondersteuning helpt mensen met een laag inkomen, niet per se mensen met hoge zorgkosten.
5. *Bewaak de kloof tussen deelnemers en niet-deelnemers.* Voorkom dat door nieuwe decentralisaties of wijzigingen in het vereveningssysteem de kloof tussen wel- en niet-deelnemers onbedoeld wordt vergroot. Bestaanszekerheid mag niet afhankelijk zijn of men de weg naar dit specifieke collectief heeft weten te vinden dan wel dat die weg versperd blijkt vanwege iemands specifieke situatie.

1 Achtergrond en aanleiding

1.1 De gemeentepolis in beeld om gezondheidsverschillen te verkleinen

In 2023 publiceerde de Sociaal-Economische Raad (SER) het rapport *Gezond opgroeien, wonen en werken*. In dit rapport constateert de SER dat sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland de afgelopen decennia niet zijn afgenomen. Integendeel: de verschillen in gezonde levensverwachting tussen mensen met een hoge en een lage sociaal-economische status zijn eerder groter geworden.

De SER constateert dat deze ontwikkeling niet kan worden gekeerd met afzonderlijke of losse maatregelen. Het terugdringen van gezondheidsverschillen vraagt om een structurele en domeinoverstijgende aanpak gericht op factoren zoals inkomen, bestaanszekerheid, werk en leefomgeving. Daarbij wijst de SER erop dat een ingreep die op zichzelf doorslaggevend is niet voorhanden is.

Dit beeld sluit aan bij internationale inzichten. In het *European Health Equity Status Report* van de Wereldgezondheidsorganisatie (2019) wordt inzichtelijk gemaakt dat gezondheidsuitkomsten slechts in beperkte mate worden bepaald binnen de zorgsector zelf: slechts 10% van de sociaal-economische gezondheidsverschillen kan worden toegeschreven aan verschillen in de toegang tot en betaalbaarheid en kwaliteit van gezondheidszorg. Het overgrote deel van deze verschillen hangt samen met factoren buiten de zorg zoals inkomen en sociale bescherming, woon- en leefomstandigheden, arbeidsomstandigheden en sociale en maatschappelijke context.

De WHO benadrukt dat het verbeteren van gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen vraagt om gelijktijdige inzet op meerdere voorwaarden voor een gezond leven. Gezondheidszorg is hierbij een noodzakelijke maar niet afdoende voorwaarde: zonder samenhangend beleid op andere maatschappelijke domeinen blijven gezondheidsverschillen bestaan.

Binnen deze context verkent Zorginstituut Nederland (ZIN) welke rol het instituut dient te nemen bij het verkleinen van gezondheidsverschillen. Daarbij is onder meer gekeken naar bestaande instrumenten die bijdragen aan toegang tot zorg voor mensen in een kwetsbare positie. Welke bijdrage kunnen zij leveren?

Zo is ook de gemeentepolis in beeld gekomen, in de kern een specifieke collectieve zorgverzekering voor inwoners met een laag inkomen. Het biedt toegang tot uitgebreidere zorg tegen een lagere premie. Aangevuld met doelgroepspecifieke elementen, zoals het (gedeeltelijk) meeverzekeren van het verplicht eigen risico en het wegnemen van eigen bijdragen voor zorg. Om zo ook schulden en het risico daarop te verkleinen en deelnemers 'rust in portemonnee en hoofd' te bieden.

1.2 De noodzaak tot herijking: actualiteit en urgentie

De beleidscontext waarin de gemeentepolis functioneert is de afgelopen jaren veranderd. Regionale akkoorden en een toenemende aandacht voor gezondheidsverschillen vragen om een hernieuwde duiding van de rol en meerwaarde van dit instrument. Bestaande onderzoeken van BS&F (2017), het CPB (2019) en Zorgweb (2020) hebben hiervoor belangrijke inzichten opgeleverd, maar geven een inmiddels gedateerd beeld. Ook is niet eerder specifiek ingegaan op de rol van de gemeentepolis bij het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen in brede zin.

1.3 Welke bijdrage levert de gemeentepolis aan het verkleinen van gezondheidsverschillen?

Het Zorginstituut beoogt met dit onderzoek in kaart te brengen of, en zo ja op welke wijze, de gemeentepolis daadwerkelijk bijdraagt aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het gaat hierbij niet alleen om de cijfers, maar ook om het verkrijgen van concrete handvatten voor verbetering en toekomstig handelingsperspectief.

Om tot een integraal en afgewogen beeld te komen is gekozen voor een driedelige onderzoeksmethodiek:

- *Kwantitatieve data-analyse*: Er is een uitgebreide update uitgevoerd van ontwikkelingen ten aanzien van dekkingen, premies, gemeentelijke bijdragen en inkomensgrenzen voor 2026, op basis van de data van Zorgweb en BS&F.
- *Enquête*: Er is een brede uitvraag gedaan onder 280 Nederlandse gemeenten die een gemeentepolis aanbieden. Met een respons van 114 gemeenten biedt deze enquête een representatief inzicht in de gemeentelijke afwegingen, tevredenheid en toekomstverwachtingen van deze gemeenten.
- *Diepte-interviews*: In totaal zijn 25 gesprekken gevoerd met een breed palet aan stakeholders, waaronder acht zorgverzekeraars, tien gemeenten (waarvan vijf gemeenten die recent zijn met de gemeentepolis zijn gestopt) en zeven deskundigen van organisaties zoals VWS, de VNG en het CAK.

De combinatie van deze onderzoeksmethoden maakt het mogelijk om de bevindingen te baseren op zowel feitelijke data als op ervaringen uit de dagelijkse praktijk van partijen die met de gemeentepolis werk(t)en.

1.4 Opbouw van het rapport: via bevindingen en perspectieven naar doorontwikkeling

Na een korte beschrijving van de context en werking van de gemeentepolis (hoofdstuk 2) worden de belangrijkste onderzoeksresultaten gepresenteerd en de meerwaarden en aandachtspunten vanuit de betrokken lokale stakeholders naast elkaar gezet (hoofdstuk 3). In het volgende hoofdstuk gaan we in op instrumenten die in het onderzoek naar voren zijn gekomen als mogelijk alternatief voor of naast de gemeentepolis. Met al deze input komen we tot drie ontwikkelrichtingen voor de gemeentepolis, tegen de achtergrond van de actuele landelijke en lokale context (hoofdstuk 5).

In de hoofdstukken zijn ter illustratie relevante grafieken uit de data-analyse en enquête opgenomen. De integrale dataset is opgenomen in de bijlagen.

2 Historie gemeentepolis

2.1 Eerste collectieve minima polis start in Leeuwarden (1997)

De gemeentepolis vindt haar oorsprong in 1997 in de gemeente Leeuwarden. In deze periode, waarin de zorgverzekeringsmarkt anders was ingericht dan nu, ontwikkelde de gemeente een collectieve verzekering voor inwoners die afhankelijk waren van de sociale dienst. Het betrof circa 7.000 inwoners voor wie de toegang tot zorg financieel kwetsbaar was.

De kern van deze eerste minimapolis was een directe gemeentelijke bijdrage aan de premie. Met dit instrument beoogde de gemeente niet alleen financiële drempels tot zorg te verlagen, maar ook structureel invulling te geven aan het lokale armoedebestrijd. De ervaringen in Leeuwarden lieten zien dat een collectieve benadering van zorgverzekering voor minima uitvoerbaar was en aansloot bij gemeentelijke beleidsdoelen. Vele gemeenten volgden het Friese voorbeeld.

2.2 De versnelling door de Zorgverzekeringswet (2006)

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 kwam de ontwikkeling van de gemeentepolis in een nieuwe fase. De wet introduceerde onder andere de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, waarmee de scheiding tussen Ziekenfonds en particulier verzekeren opgedoekt kon worden.

Zorgverzekeraars zagen in deze periode kansen om via collectieve contracten in korte tijd groepen verzekerden aan zich te binden. Gemeenten zagen tegelijkertijd mogelijkheden om de uitvoering van de bijzondere bijstand voor medische kosten efficiënter te organiseren via een collectief instrument. De gemeentepolis groeide in deze jaren sterk en werd door een toenemend aantal gemeenten ingezet als dragend onderdeel van het minimabeleid.

Deze groei bracht ook een probleem. De oplopende druk op gemeentelijke budgetten leidde ertoe dat sommige gemeenten het instrument soberder gingen inzetten of minder actief onder de aandacht brachten. Zo werd zichtbaar dat de gemeentepolis, ondanks de voordelen, ook gevoelig is voor lokale financiële ruimte.

2.3 Een nieuwe impuls via de decentralisaties (2015)

Een volgend belangrijk moment in de ontwikkeling van de gemeentepolis vormden de decentralisaties van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie Eigen Risico (CER). Gemeenten kregen hiermee de verantwoordelijkheid en middelen om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor hun zorggerelateerde meerkosten.

Veel gemeenten benutten deze wijziging om hun bestaande gemeentepolis gericht uit te breiden of te herpositioneren. De gemeentepolis ontwikkelde zich daarmee van een instrument dat sec gericht was op armoedebestrijding naar een bredere voorliggende voorziening binnen het sociale domein. In deze fase werd de gemeentepolis nadrukkelijker ingezet als middel om meerkosten van ziekte en beperking voor specifieke doelgroepen te compenseren.

2.4 De impact van de 'fair share' (2018)

In 2018 werd opnieuw de kwetsbaarheid van de gemeentepolis zichtbaar, nu door aangescherpte keuzes van zorgverzekeraars. Zilveren Kruis besloot bij meerdere gemeenten de gemeentepolis niet langer aan te bieden. Daarbij werd gewezen op de oververtegenwoordiging van verzekerden met hoge zorgkosten en een risicovereveningssysteem dat hiervoor onvoldoende corrigeerde. Het begrip 'fair share' maakte zijn entree: verzekeraars streven in hun portefeuille naar een balans tussen verschillende typen verzekerden, om zo minder afhankelijk te zijn van de effecten van de risicoverevening.

Menzis nam in eerste instantie de meerderheid van deze gemeenten over, maar trok zich niet veel later toch terug uit een aantal gemeenten. Hier speelde ook het argument van fair share, aangevuld met een versterkte focus op de eigen kernregio's. Met name DSW is op dat moment in specifieke situaties ingesprongen om discontinuïteit voor gemeenten te voorkomen. Deze periode herbevestigt dat de gemeentepolis gevoelig is voor wijzigingen in het landelijke risicovereveningsmodel en strategische keuzes van zorgverzekeraars.

2.5 Schuivende posities (heden)

In het vervolg van dit rapport wordt uitgebreid ingegaan op de actuele situatie van en rondom de gemeentepolis. Zonder daar op deze plek al op vooruit te lopen, benoemen we alvast een opgedaan inzicht: terwijl zorgverzekeraars met name dankzij aanpassingen in de risicoverevening de gemeentepolis weer actiever uitdragen, zien we bij gemeenten juist een meer kritische beoordeling. Dat neemt niet weg dat de gemeentepolis nog breed verankerd is: in 2026 bieden 309 van de 342 gemeenten de gemeentepolis aan.

3 Bevindingen uit het onderzoek

Dit hoofdstuk beschrijft op welke wijze de gemeentepolis nu invulling geeft aan de maatschappelijke opgave om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Hierbij staat de wisselwerking tussen zorg en zekerheid centraal, bekeken vanuit het perspectief van de drie kernspelers bij het instrument: de deelnemers respectievelijk de doelgroep van de gemeentepolis en de beide samenwerkingspartners, dus gemeenten en zorgverzekeraars. Na een integrale analyse van het onderzoeksmateriaal zien wij vijf centrale bevindingen naar voren komen:

- *De gemeentepolis fungeert primair als een financiële beschermer tegen zorgkosten.*
- *Het biedt gemeenten een praktisch uitvoeringsinstrument.*
- *De polis brengt rust en zekerheid voor de deelnemers.*
- *Er is een groeiende twijfel over doelmatigheid en bestendigheid.*
- *Veel interesse in de ervaringen van stoppende gemeenten.*

Deze bevindingen worden in de rest van het hoofdstuk opgebouwd en beschreven. Ter overzicht geven wij in tabelvorm aan het einde van dit hoofdstuk een overzicht van de meerwaarden en de aandachtspunten van de gemeentepolis per key stakeholder, dus gemeente, zorgverzekeraar en doelgroep.

3.1 Primair een financiële beschermer tegen zorgkosten

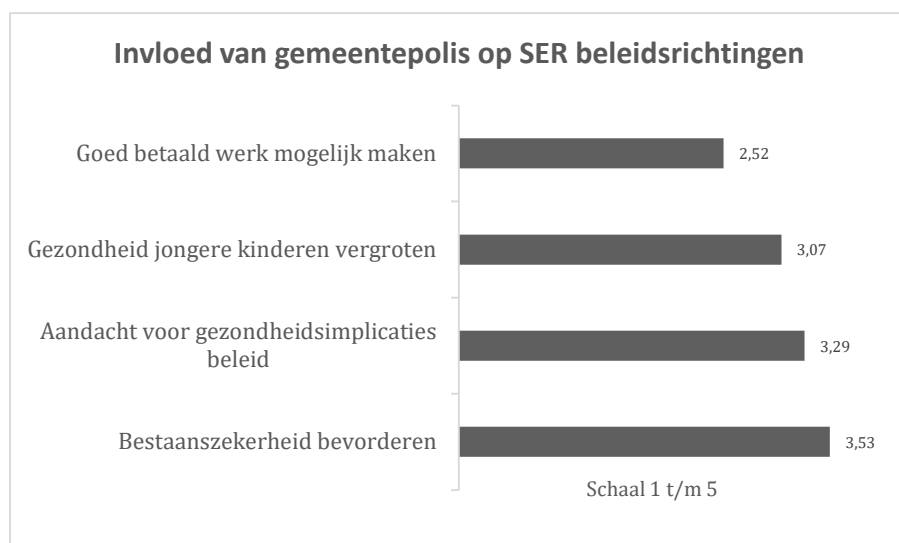
Gemeenten benoemen in de interviews en de enquête veelvuldig dat de belangrijkste functie van de polis is het borgen van de toegankelijkheid tot zorg voor inwoners met een smalle beurs. Dit gebeurt zowel op grond van de Participatiewet als vanuit de Wmo. In het eerste geval is de gemeentepolis een aanvulling op (en in de praktijk soms in plaats van) de bijzondere bijstand voor medische kosten, vanuit de Wmo kan de polis ingezet worden om personen met een beperking of chronische problematiek tegemoet te komen in hun meerkosten.

Naast de toegang van zorg blijkt de gemeentepolis een aantal belangrijke bijrollen in het sociale domein te vervullen. Namelijk bij het voorkomen en verkleinen van schulden en als 'vindplaats' voor bredere problematiek bij mensen met een laag inkomen. De gemeentepolis kan dan dienen als gespreksstarter of om mensen te bereiken en includeren voor andere compenserende (armoede)regelingen.

Op verzoek van het ZIN is ook specifiek uitgevraagd in hoeverre de gemeentepolis bijdraagt aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hiervoor zijn de in het SER Rapport *Gezond opgroeien, wonen en werken* benoemde beleidsrichtingen als oriëntatie genomen:

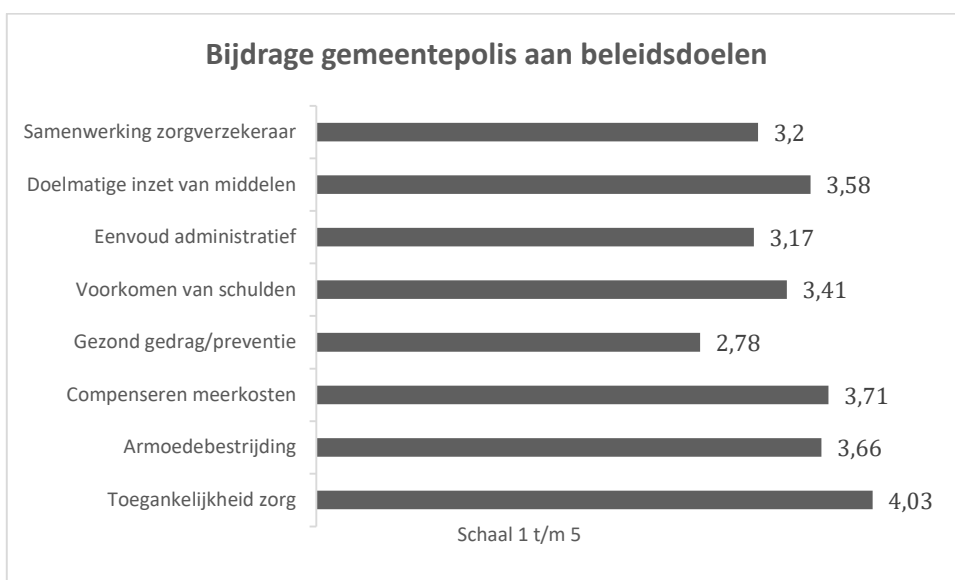
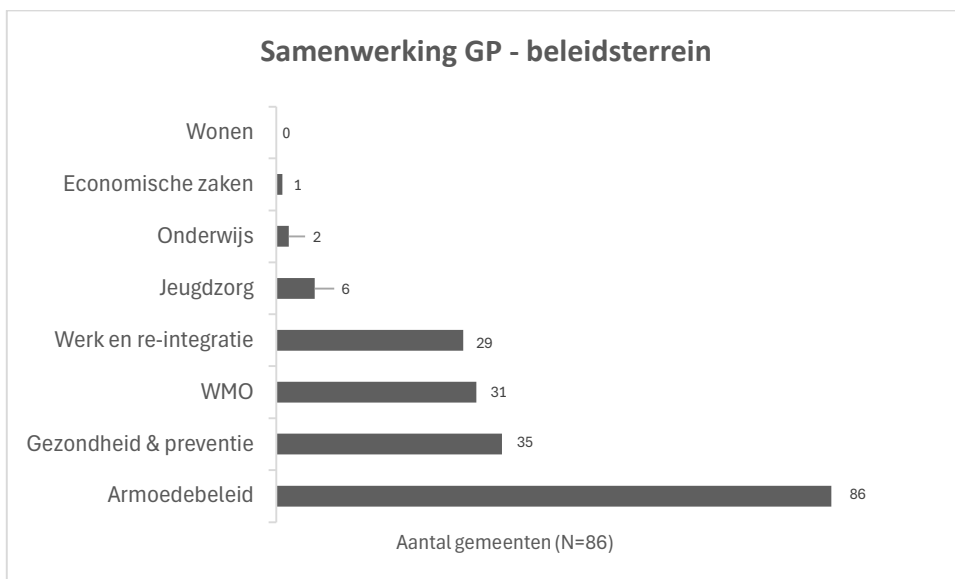
- Versterk de aandacht voor gezondheidsimplicaties bij het overheidsbeleid in brede zin en structureel.
- Bevorder bestaanszekerheid om een gezond leven te kunnen leiden.
- Zorg dat iedereen die dat kan, goed betaald werk kan verrichten.
- Neem maatregelen om de gezondheid van jonge kinderen te vergroten.

De overall conclusie van geïnterviewden was dat de gemeentepolis wordt gewaardeerd als een effectieve financiële beschermer, maar nadrukkelijk niet als de *game changer* voor een brede aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De meeste effecten werden als indirect beoordeeld. In de enquête-uitkomsten komt dit terug (schaal 1-5):



Bron: grafiek uit de enquête onder gemeenten die de gemeentepolis aanbieden (zie ook bijlage)

Ook is door geïnterviewden aangegeven dat de gemeentepolis niet aanwezig is bij de IZA/AZWA-samenwerking agenda's. Verrassend, omdat juist op deze tafels de verschillende stakeholders elkaar opzoeken om de brug te leggen tussen het medische- en sociale domein. Dit bevestigt het beeld dat de gemeentepolis vaak wordt gezien als een relevant en sterk instrument in het armoedebeleid, maar daarbuiten (nog) beperkt een rol speelt.



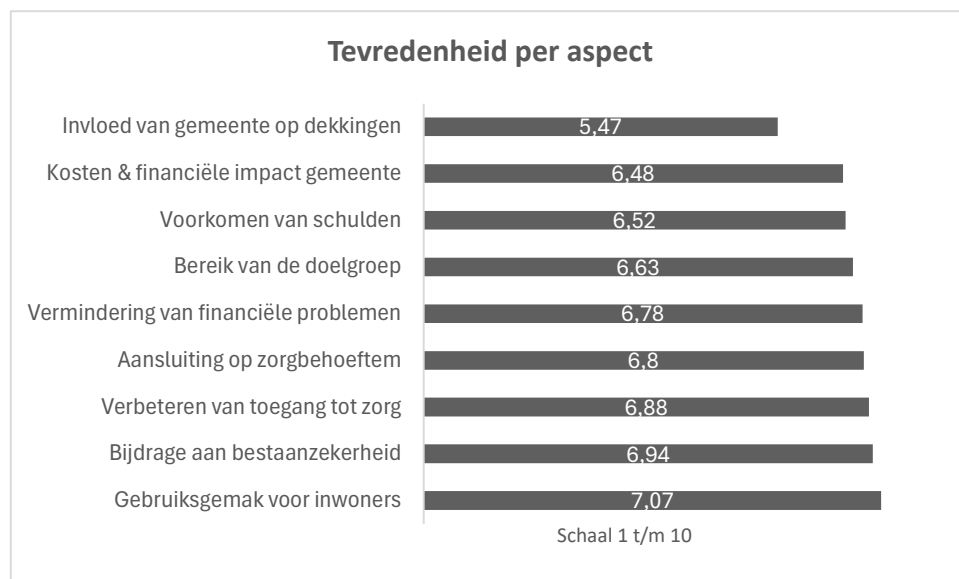
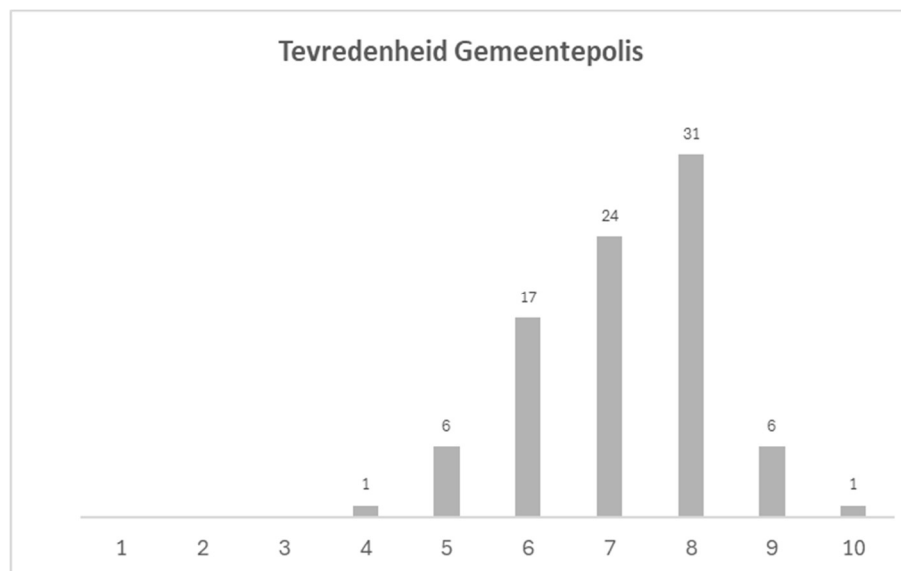
Bron: beide grafieken uit de enquête onder gemeenten die de gemeentepolis aanbieden (zie ook bijlage)

3.2 Een praktisch uitvoeringsinstrument

De gemeentepolis biedt een collectieve oplossing voor problematiek in het sociale domein. En juist omdat het geen individueel maatwerk is, is het voor gemeenten een zeer praktisch en efficiënt instrument. Anders dan bij bijvoorbeeld individuele bijzondere bijstand voor medische kosten hoeft de gemeente niet bij elke casus een nieuw besluit te nemen. De uitvoering is bovendien voor het overgrote deel uitbesteed aan een efficiënte derde: de zorgverzekeraar die bij uitstek ingericht is op administratieve efficiency en gelijke behandeling van gelijke casuïstiek. En daar waar de gemeente zelf nog een rol heeft in de operatie, met name bij het vinden, attenderen en toetsen van de doelgroep, is het proces vergaand geautomatiseerd. Zoals inkomenstoetsing en het vergelijken van zorgverzekeringen. Een ander voordeel is de relatieve budgettaire voorspelbaarheid van de gemeentepolis. Deze is beïnvloedbaar doordat gemeenten zelf de inclusiecriteria (zoals inkomen en vermogen)

en de hoogte van de premiebijdrage kunnen vaststellen. En ervoor kunnen kiezen om het instrument meer of minder onder de aandacht te brengen bij de doelgroep.

De enquête bevestigt dan ook dat gemeenten redelijk tevreden zijn: gemiddeld geven zij een 7,2 voor de gemeentepolis. Dit wijst op een overwegend neutraal tot licht positief oordeel onder gemeenten. Volgens gangbare inzichten uit klanttevredenheidsonderzoek is een score tussen 7 en 8 echter geen indicatie voor sterke loyaliteit, maar vraagt het aandacht.



Bron: beide grafieken uit de enquête onder gemeenten die de gemeentepolis aanbieden (zie ook bijlage)

3.3 Rust en zekerheid voor deelnemers

De gemeentepolis biedt deelnemers 'value for money', zo blijkt uit de data van Zorgweb zoals weergegeven in de twee grafieken op de volgende pagina. Zij tonen de netto financiële meerwaarde van de gemeentepolis. Deelnemers krijgen waar voor hun geld, de waarde van de dekkingen ligt boven de hoogte van de premie zelf. Deze meerwaarde is al eerder aangetoond in de MKBA van Rebel in opdracht van BS&F (2021, update 2025). Dit onderzoek schat de baten voor deelnemers op gemiddeld € 283 per deelnemer.

Een kritische kanttekening is wel dat deze waarde sterk afhankelijk is van de keuzes die jouw gemeente voor je heeft gemaakt, zoals ten aanzien van inclusiecriteria en de gemeentelijke bijdrage in de zorgpremie (ook wel genoemd 'postcodeloterij'). Nu is dit verschil inherent aan lokaal beleid, maar we horen meermaals de roep om meer landelijke gelijkgerichtheid in de vorm van kaders waarbinnen gemeenten moeten opereren. En ook de wens tot een landelijk instrument komt voorbij.

Maar voor deelnemers is de waarde van de gemeentepolis niet alleen een financiële rationaliteit. Het instrument verlaagt ook financiële stress, omdat het angst voor onverwachte zorgkosten vermindert. De kracht van de polis schuilt in de brede dekking voor de meeste, en vaak onverwachte, zorgkosten. Dit geldt uiteraard voor de directe méér-dekkingen in de gemeentepolis, maar ook voor het vergoeden van eigen betalingen. Zoals het verplicht eigen risico en het ophogen van deelvergoedingen naar 100%-dekkingen.

Een meerwaarde van de gemeentepolis is ook de preventieve werking qua schuldenproblematiek. Zowel het voorkomen ervan, doordat bij een deel van de deelnemers de premie kan worden ingehouden op de uitkering, als bij het signaleren en oplossen ervan. Zo biedt de gemeentepolis een route uit het wanbetalersregime. Het belang van de gemeentepolis in relatie tot schulden wordt bevestigd in de ervaringen van een grote gemeente die recent is gestopt: daar vervijfvoudigde het aantal wanbetalers in korte tijd naar ruim 16%.

	Basis				Midden				Uitgebreid			
	2012	2016	2020	2026	2012	2016	2020	2026	2012	2016	2020	2026
Gemeentepolis <i>inc</i> AV	€ 424	€ 211	€ 193	€ 157	€ 543	€ 502	€ 412	€ 455	€ 485	€ 513	€ 502	€ 513
Voorliggende AV	€ 200	€ 134	€ 125	€ 105	€ 317	€ 246	€ 200	€ 183	€ 396	€ 331	€ 266	€ 278
Netto toegevoegde waarde	€ 224	€ 77	€ 68	€ 52	€ 226	€ 256	€ 212	€ 272	€ 89	€ 182	€ 236	€ 235

- De tabel toont de waarde van de dekking op vier momenten, verdeeld over drie varianten van de gemeentepolis (basis-midden-uitgebreid)
- Bijvoorbeeld in 2012 is de totale waarde van de dekkingen in de gemeentepolis-basis *inc* voorliggende aanvullende verzekering € 424 per jaar. Hiervan is € 200 toe te schrijven aan de voorliggende aanvullende verzekering en dus per saldo € 224 aan uitbreidingen.
- De waarde is een gewogen waarde, het is een gemiddelde van de belangrijkste vergoedingen (w.o. brillen, mondzorg, fysiotherapie) gezamenlijk waarbij er ook is gekeken naar het relatieve belang per vergoeding.



- In bovenstaande grafieken zijn de netto toegevoegde waarden afgezet tegen de bruto premie per jaar.
- Het gaat dan over de premie gemeentepolis (zonder basisverzekering) ten opzichte van premie voorliggende aanvullende verzekering. Deze kan negatief zijn omdat dan de gemeentepolis goedkoper is dan de voorliggende aanvullende verzekering (ondanks dat er uitbreidingen in zitten).
- In 2016 was de gemiddelde premie van de gemeentepolis-basisvariant bijvoorbeeld € 23 lager dan van de voorliggende aanvullende verzekering.

Bron: beide grafieken uit deelrapport Data-analyse Zorgweb 2026 (zie ook bijlage voor totale deelrapport)

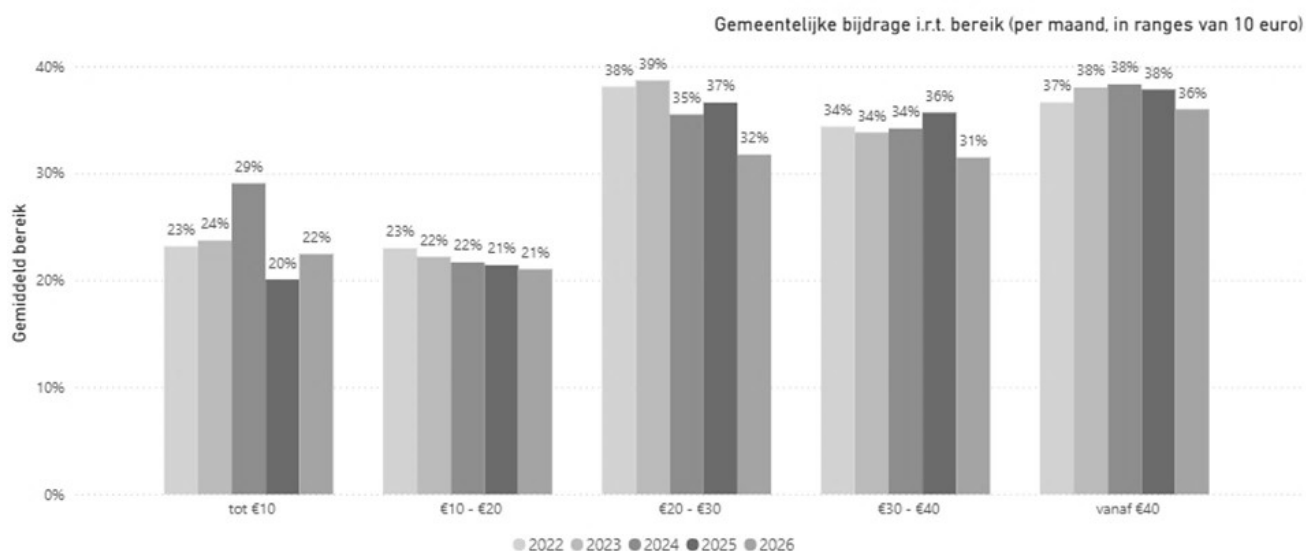
3.4 Groeiende twijfel over doelmatigheid en bestendigheid

Sinds enkele jaren is een verschuiving zichtbaar hoe politiek en beleid naar de gemeentepolis kijken. In de interviews geven meerdere beleidsmedewerkers aan te twijfelen over de houdbaarheid en de doelmatigheid van de gemeentepolis. Deze twijfel wordt niet zozeer gevoed door een gebrek aan resultaten, maar eerder door de fundamentele vraag of een collectief verzekeringsproduct het juiste antwoord biedt op de heterogene problematiek van inwoners met een laag inkomen en niet zelf te dragen zorgkosten.

Het is immers een verzekeringsproduct en dus per definitie niet naadloos aansluitend op individuele noden. Dit voedt het debat over 'passend verzekerd' zijn. Voor minima met een lage zorgvraag kan de uitgebreide polis relatief duur uitpakken, waarbij zij in feite meebetalen aan de zorg van zware gebruikers. Dit risico op oververzekering is de keerzijde van collectieve solidariteit. Tegelijkertijd zijn niet alle kostensoorten opgenomen (zoals bepaalde meerkosten bij chronische aandoeningen) of niet afdoende vergoed voor individuele behoeften. De eenvoud van de collectieve zekerheid is dus een kracht van de polis, maar is ook de voeding voor discussies over de doelmatigheid en de gerichtheid van het gemeentelijke budget.

Het gevoel van 'te veel dekking' voor een deel van de deelnemers wordt op het oog bevestigd door de ervaringen van meerdere gemeenten die gestopt zijn met de gemeentepolis. Zij geven aan dat de uitgaven voor verwante regelingen (zoals bijzondere bijstand medische kosten) na afschaffing niet of nauwelijks toegenomen zijn. Helaas is niet vast te stellen of de oorzaak hiervan inderdaad ligt in de oververzekering, of dat met de afschaffing juist zorgmijding toeneemt en dat dus meer 'verborgen ellende' optreedt.

Een andere voedingsbron voor twijfel over de meerwaarde van de gemeentepolis komt door het aantal en segment inwoners dat bereikt wordt. Het bereik hangt landelijk al jaren onder de veertig procent. Bereik is hierbij overigens wel mede afhankelijk van de bijdrage die een gemeente geeft in de premie, zoals ook onderstaande grafiek duidelijk maakt.



Bron: grafiek uit het deelrapport Landelijke data voor Zorginstituut Nederland van BS&F (2026) onder gemeenten die de gemeentepolis aanbieden (zie ook bijlage voor totale deelrapport)

Daarbij komt dat men de afbakening van de doelgroep complicerend en deels ongericht vindt. De polis werkt namelijk op twee beleidsassen: inkomen (hoog-laag) en zorgbehoeften (hoog-laag). En terwijl de inclusie primair op basis van inkomen plaatsvindt, ligt de werkelijke behoefte juist op de tweede as. Daarmee zegt het aantal mensen dat bereikt wordt niet direct iets in hoeverre echte noden worden ingevuld.

Tenslotte ervaren gemeenten meer en meer een gebrek aan regie. Meerdere geven aan overgeleverd te zijn aan (de keuzes van) zorgverzekeraars en ervaren de polis als een gesloten systeem waar zij slechts beperkt invloed kunnen uitoefenen op inhoud en prijsvorming. Uiteraard helpen de (dreigende) bezuinigingsopgaven voor gemeenten hier niet bij: dit geeft een kritischere blik op een doelmatige besteding van middelen.

Maar de ontevredenheid zit dieper. De terugtrekkende beweging van een aantal zorgverzekeraars is weliswaar gekeerd dankzij verbeteringen in de risicoverevening, maar niet vergeten. En ook verzekeraars hebben grond om niet helemaal zeker te zijn van de stabiliteit van de gemeente als samenwerkingspartner. Zij zien immers ook dat verschillende gemeenten nu andere keuzes maken en dat lokale politiek wiebelig kan zijn.

Deze samenloop van factoren voedt de twijfel of de gemeentepolis het meest doelmatige en stabiele middel is voor de gemeentelijke opgaven. Een aantal gemeenten zoekt naar alternatieven die specifiek gericht zijn op subdoelgroepen en naar instrumenten die mogelijk een beter effect realiseren.

3.5 Veel interesse in de ervaringen van gemeenten die stoppen

In gesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd, valt op dat de aandacht van stakeholders vaak uitgaat naar de gemeenten die gestopt zijn met de gemeentepolis. Hoewel de gemeentepolis decennialang een haast onaantastbare positie leek te hebben in het minimabeleid, staat er een stevige schijnwerper op de keuze van een aantal gemeenten. Daarbij is wel een statistische nuancering op zijn plaats: ondanks de toegenomen discussie bieden in 2026 nog altijd 309 gemeenten een gemeentepolis aan. En hoewel dit een daling is ten opzichte van de 320 gemeenten met een gemeentepolis in 2023, is het instrument dus ruim aanwezig. De interesse in de beweegredenen én alternatieven van de stoppende gemeente is niettemin groot. Veel gemeenten volgen met veel interesse de keuzes en effecten van stoppers.

Bij zorgverzekeraars leidt deze beweging overwegend tot onbegrip. Zij hebben de mening dat gemeenten met het afschaffen van de polis het kind met het badwater weggooien. Laat overigens de pot de ketel niet verwijten: enkele jaren terug waren het immers meerdere zorgverzekeraars die een stap terug zetten met de gemeentepolis. En ook toen speelde de financiële actualiteit een grote rol – immers de risicoverevening maakte de doelgroep toen minder ‘aantrekkelijk’ voor zorgverzekeraars.

Terug naar de aandacht voor stoppende gemeenten. In dit onderzoek hebben wij op voorhand een indeling gemaakt tussen gemeenten die (willen) stoppen met de gemeentepolis, en gemeenten die de gemeentepolis consequent inzetten als kerninstrument. De werkelijkheid blijkt meer diffuus. Uit de interviews komt naar voren dat beide groepen deels bestaan uit mensen die twijfelen over de blijvende meerwaarde van het instrument. En bij sommige gemeenten die gestopt zijn horen we over onmacht en spijt.

De gesprekken met stoppers leert ook dat stoppen met de gemeentepolis weliswaar haalbaar, maar niet makkelijk is. De enkele gemeente die abrupt en pas aan het einde van het jaar gestopt is leert dat het dan echt mis gaat. Het aantal mensen met schulden schiet omhoog, zorgverleners ervaren dat minima toegang tot zorg verliezen, de gemeente raakt zicht op een deel van haar meest kwetsbare inwoners kwijt. Maar er zijn ook andere ervaringen bij stoppers: gemeenten die zich ultiem inspannen om een zachte landing mogelijk te maken, alternatieve regelingen (her)optuigen en tevreden medezeggenschap ervaren.

Op de inzichten uit dit hoofdstuk gaan we hierna verder in: hoofdstuk 4 toont in vogelvlucht de meest benoemde alternatieve instrumenten en hoofdstuk 5 beschrijft ontwikkelrichtingen voor de gemeentepolis naar de toekomst toe, lerend van stoppende én van juist enthousiaste gemeenten.

PERSPECTIEF GEMEENTEN

Meerwaarde gemeentepolis

Toelichting

Eenvoudige efficiënte administratieve uitvoering	Relatief lage uitvoeringskosten dankzij outsourcing bij zorgverzekeraars en automatisering van processen.
Verminderen (risico op) schulden	Mogelijkheid tot bronheffing, minder (onverwachte) zorguitgaven, uitstroomroute uit wanbetalersregime.
Voorspelbaar en beïnvloedbaar budgettaire impact	Gemeenten zijn vrij in inclusiecriteria (inkomen/vermogen) en eigen premiebijdragen. Samen met meer/minder inzet op bereiken van deelname zijn dit stevige 'knoppen' met budgettair effect.
Vind- en benaderplaats kwetsbare (sub)doelgroepen	De gemeentepolis biedt een manier zijn om met (kwetsbare) inwoners in contact te komen over meer dan zorgkosten alleen.
Rechtsgelijkheid tussen mensen die aanspraak maken	Compensatie is voor alle deelnemers per gemeente gelijk, geen risico 'gelijke cases verschillend beoordelen'.

Aandachts/kritiekpunten gemeentepolis

Toelichting

Afhankelijkheid van zorgverzekeraar	De gemeente heeft beperkt invloed op pakketinhoud en is afhankelijk van beleidskeuzes/prioriteiten van zorgverzekeraars. Tevens matig zicht op kosten en marges.
Mate van gerichtheid tov doelgroep en beleid onscherp	Deelname wordt gemeten naar <i>inkomen</i> , terwijl doelgroep (meestal) wordt gedefinieerd in <i>zorgkosten</i> .
Verschil tussen wel/niet-deelnemer is groot (en groeiend)	Niet-deelnemer van de gemeentepolis mist veel voordelen, terwijl reden daartoe buiten eigen macht en keuze kan liggen.
Beperkt in partnerkeuze	Voor gemeenten is veronderstelde marktwerking tussen zorgverzekeraars in praktijk laag tot afwezig: zorgverzekeraars blijven overwegend binnen het eigen 'kernwerkgebied'.

PERSPECTIEF ZORGVERZEKERAARS

Meerwaarde gemeentepolis

Toelichting

Verminderen wanbetaling zorgpremie

Dankzij bronheffing en minder eigen (bij)betalingen daalt het debiteurenrisico.

Mogelijkheid tot verbeteren rendement

Doelgroepsspecifieke premiestelling voor een (deel) van het aanvullend pakket is mogelijk. En een afdoende hoge gemeentelijke premie bijdrage maakt de polis ook aantrekkelijk voor deelnemers die relatief weinig kosten te declareren hebben.

Route naar meer (collectief) verzekeren

Via gemeentecontract toegang tot groot potentieel nieuwe verzekeren
Dit is in praktijk genuanceerd vanwege fair share oriëntatie (zie ook H2) en solvabiliteitsvereisten die gesteld worden aan financiële instellingen.

Invloed op sociale basis / preventie

Via gemeente en –polis kan verzekeraar initiatieven in het voorveld versterken.

Invullen maatschappelijke rol

Maakt expliciet zichtbaar dat een zorgverzekeraar er ook is voor mensen met kwetsbare gezondheid.

Aandachts/kritiekpunten gemeentepolis

Toelichting

Afhankelijk van gemeente

Beperkt/geen invloed op soms grillige keuzes en beleid lokale politiek.

Afhankelijkheid van risicoverevening

Resultaten verevening bepalen rendement (sub)doelgroepen; het model is continu in verandering.

Dekking creëert vraag

Ruimere dekkingen en lagere eigen betalingen leiden tot hoger zorggebruik.

PERSPECTIEF DEELNEMERS

Meerwaarde gemeentepolis	Toelichting
Eenvoudige administratieve uitvoering	Relatief eenvoudig proces van aanvraag tot en met declaratie uitbetaling (zeker ten opzichte van menig andere overheidsregeling).
Betere toegang tot zorg	Gemeentepolis biedt deelnemers 'value for money' – helemaal bij een hoge gemeentelijke bijdrage. Ook is het verminderen van zorgmijding aannemelijk.
Minder (risico op) schulden	Mogelijkheid tot bronheffing, minder (onverwachte) zorguitgaven, uitstroomroute uit wanbetalersregime.
Rust en (bestaans)zekerheid	Een betere verzekeringspositie en minder onverwachte uitgaven aan zorg en eigen betalingen geeft rust in portemonnee en hoofd.
Laagdrempelige oplossing	Vergoeding van kosten via een polis is minder ongemakkelijk/confronterend dan regelingen langs het gemeentelijke loket.

Aandachts/kritiekpunten gemeentepolis	Toelichting
Afhankelijk van gemeentelijke keuzes	Zowel 'postcode discriminatie' als onderhevig aan wijzigingen in gemeentelijk beleid.
Verzekeringen bieden geen maatwerk	Tegelijkertijd over- én onderverzekerdheid op individueel niveau.
Verschil tussen wel/niet-deelnemer is groot (en groeiend)	Niet-deelnemer van de gemeentepolis mist veel voordelen, terwijl reden daartoe buiten eigen macht en keuze kan liggen.
Beperkt in keuzevrijheid	Gat tussen gemeentepolis (met bijdrage gemeente) versus marktaanbod kan zo groot zijn dat er feitelijk geen keuze meer te maken is.

4 Aanvullende instrumenten

Naast de gemeentepolis zetten gemeenten verschillende instrumenten in om inwoners te ondersteunen bij hun zorgkosten. In dit hoofdstuk beschrijven we alternatieve instrumenten die in het onderzoek naar voren zijn gekomen, zowel uit de interviews als uit de enquête. Het is daarbij niet beoogd om een uitputtend overzicht van alle gehanteerde instrumenten voor zorgkosten te tonen. De daarin geïnteresseerde lezer wijzen we op het uitgebreide onderzoek van Onderzoeksinstituut IVO et al. (2021). We richten ons hier op regelingen die in het onderzoek het meest ter tafel zijn gekomen, die als doel hebben het helpen van kwetsbare inwoners bij hun zorgkosten.

Deze alternatieven worden meestal niet ingezet als enkelvoudige vervanging van de gemeentepolis. In veel gevallen bestaan zij naast elkaar, of worden ze in samenhang toegepast. Gemeenten zoeken daarbij naar een balans tussen bereik, uitvoerbaarheid en de mate waarin ondersteuning aansluit bij de situatie van inwoners. In de praktijk wordt de gemeentepolis daarbij vaak gezien als een voorliggende voorziening waar andere instrumenten op aanvullen.

De verschillende alternatieven laten zien dat elk instrument bepaalde sterke punten heeft, maar ook zeker beperkingen kent. Geen van de regelingen biedt een oplossing die tegelijkertijd volledig gericht, eenvoudig uitvoerbaar en breed toegankelijk is. Net zoals de gemeentepolis niet alles afdekt.

4.1 Meerkostenregeling chronisch zieken

De meerkostenregeling voor chronisch zieken vindt haar basis in de Wmo en biedt gemeenten de mogelijkheid om inwoners met een beperking of chronische problematiek financieel te ondersteunen. Deze bevoegdheid is gecreëerd bij decentralisatie van een aantal landelijke regelingen voor meerkosten van chronisch zieken en vastgelegd in artikel 2.1.7 van de Wmo 2015. Gemeenten kunnen op basis hiervan bij verordening bepalen dat zij een financiële tegemoetkoming verstrekken aan inwoners die ondersteuning nodig hebben bij hun zelfredzaamheid en participatie.

In de praktijk wordt deze bevoegdheid vaak gebruikt om inwoners met structureel hogere kosten, samenhangend met een chronische aandoening of handicap, tegemoet te komen. Gemeenten hebben daarbij ruimte om zelf keuzes te maken in doelgroep, inkomensgrenzen en de vorm van ondersteuning.

Deze regeling wordt met name ingezet wanneer gemeenten meer gericht willen compenseren voor specifieke groepen met zogenaamde meerkosten (voor zorg). Daarmee verschilt zij van de gemeentepolis die uitgaat van een collectieve benadering gebaseerd op een bepaald inkomen. De oriëntatie van de regeling is dus in de basis net anders – maar wordt vaak hetzelfde gewogen.

In de uitvoering blijkt de regeling complexer dan de meer gestandaardiseerde gemeentepolis. Het vaststellen van de doelgroep en het beoordelen van aanvragen vraagt meer inzet van de gemeente en inwoners. Daar staat tegenover dat de regeling meer gericht is en gemeenten meer eigen regie biedt – er is immers geen afhankelijkheid van een derde partij zoals een zorgverzekeraar.

Al met al is deze regeling sterker in de mate van **gerichtheid en gemeentelijke regie**, maar levert in qua **bereik en eenvoud van uitvoering**.

4.2 Individuele bijzondere bijstand medische kosten

De individuele bijzondere bijstand is gebaseerd op artikel 35, eerste lid, van de Participatiewet. Dit artikel bepaalt dat inwoners recht hebben op bijzondere bijstand voor noodzakelijke kosten van het bestaan die voortvloeien uit bijzondere omstandigheden en die zij niet zelf kunnen dragen.

Medische kosten vallen onder deze regeling voor zover deze niet (volledig) worden gedekt door voorliggende voorzieningen, zoals de zorgverzekering. De beoordeling vindt plaats op basis van de individuele situatie van de aanvrager waarbij wordt gekeken naar noodzakelijkheid en draagkracht. Deze regeling, meer specifiek lid 3 van het artikel, staat aan de basis van de gemeentepolis: gemeenten zijn posten van bijzondere bijstand medische kosten bewust gaan ontsluiten via het loket van de verzekeraar. Omwille van eenvoud voor uitvoering én inwoner. Meerdere gemeenten hebben daarbij de route naar bijzondere bijstand voor medische kosten nagenoeg tot volledig afgesloten: de gemeentepolis wordt dan gezien als toereikend en voorliggend.

De regeling bijzondere bijstand medische kosten is in zijn aard echter gericht op maatwerk. Per inwoner en context kan worden vastgesteld welke kosten voor vergoeding in aanmerking komen. In de praktijk wordt deze ruimte vaak ingekaderd door het werken met richtlijnen of standaard categorieën, om zo de uitvoering in enige mate beheersbaar te houden.

Gemeenten kiezen dit instrument met name wanneer zij middelen zo gericht mogelijk willen inzetten. Tegelijkertijd brengt deze benadering een hogere administratieve belasting met zich mee. Inwoners moeten een aanvraag indienen en onderbouwen, en gemeenten moeten deze aanvragen individueel beoordelen.

Bij een aantal gemeenten die gestopt zijn met de gemeentepolis zien we een 'revival' van bijzondere bijstand medische kosten. Deze gemeenten zetten deze regeling weer meer op de voorgrond, en zetten dus het loket (weer of verder) open. Opvallend daarbij is dat deze gemeenten een daling rapporteren van de kosten— een daling ten opzichte van het budget dat men uitgaf voor de gemeentelijke bijdrage in de gemeentepolis.

Dit effect kan betekenen dat de gemeentepolis inderdaad 'oververzekert' ten opzichte van behoeften, zoals meerdere beleidsambtenaren zeggen te vermoeden. Dit effect kan echter ook betekenen dat stoppen met de gemeentepolis indirect leidt tot meer zorgmijding. Er is helaas geen eenduidig antwoord.

In elk geval biedt deze regeling **meer ruimte voor maatwerk en gerichte inzet van middelen**, maar gaat dit gepaard met **hogere uitvoeringskosten en een minder vanzelfsprekend bereik**.

4.3 Doelgroepspecifieke adviestools voor het gehele marktaanbod

Een andere benadering is het ondersteunen van inwoners bij het kiezen van een passende zorgverzekering uit het volledige marktaanbod. Gemeenten zetten hiervoor adviestools in, vaak in combinatie met persoonlijke ondersteuning zoals doelgroepspecifieke spreekuren.

De veronderstelling onder deze aanpak is dat inwoners met de juiste informatie en ondersteuning een eigen afgewogen keuze kunnen maken uit het marktaanbod. In meerdere gemeenten wordt de lokale gemeentepolis daarbij gehandhaafd en ook meegenomen in de adviestool. Gemiddeld genomen blijkt dan bijna 30% van de doelgroep het beste af met de gemeentepolis (en 70% dus met een polis 'uit de markt'). Hierbij speelt de gemeentelijke bijdrage in de premie een belangrijke rol.

De mate van gerichtheid lijkt daarmee stevig toe te nemen: mensen vinden zo een individueel meer passende verzekering. Daarbij is het wel cruciaal dat de adviestool op maat gemaakt is voor de doelgroep. Een standaard zorgvergelijker kan voorbij gaan aan de grotere risico's die kleven aan een (te) beperkte dekking. Verzekeren gaat immers over het afdekken van onzekere voorvallen met effecten die de verzekerde niet zelf kan dragen.

Opvallend is dat in de praktijk relatief weinig inwoners gebruikmaken van de door de gemeente aangeboden adviestools en spreekuren. Ook als daar een stevige communicatie-inspanning onder ligt. Het is gissen naar de redenen van de lage opkomst. Vinden inwoners zelf hun weg door de polisjungle? Waarschijnlijk liggen hier andere oorzaken onder, maar dat is niet onderzocht.

Wat de reden ook moge zijn, ten opzichte van het (alleen) aanbieden van de gemeentepolis biedt deze aanpak **maximale keuzevrijheid en meer individuele passendheid**. Daar staat negatief tegenover een **lager bereik en minder zekerheid** dat inwoners daadwerkelijk afdoende verzekerd zijn tegen risico's.

4.4 CAK Wmo-regeling

Binnen de Wmo kunnen gemeenten een eigen bijdrage vragen voor voorzieningen, zoals vastgelegd in artikel 2.1.4 van de Wmo 2015. Deze bijdrage wordt vastgesteld en geïnd door het CAK. Gemeenten kunnen ervoor kiezen om inwoners met een laag inkomen (geheel of gedeeltelijk) te compenseren voor deze eigen bijdrage. Dat kan via de gemeentepolis. Een alternatieve route die in de praktijk veel voorkomt is via een regeling waarbij gebruik wordt gemaakt van de gegevens en uitvoeringsstructuur van het CAK.

Het kenmerkende van deze aanpak is dat de compensatie dicht bij de bron plaatsvindt. Door gebruik te maken van bestaande gegevens kan de doelgroep in veel gevallen automatisch worden bereikt, wat leidt tot een zeer hoog bereik en beperkte administratieve lasten voor zowel gemeenten als inwoners.

De regeling wordt ingezet wanneer gemeenten een specifieke kostenpost willen compenseren (namelijk de eigen bijdrage Wmo) en daarbij zekerheid willen hebben dat de doelgroep maximaal wordt bereikt.

Ten opzichte van de gemeentepolis biedt deze regeling een **maximaal bereik en eenvoud in uitvoering**, maar is zij beperkt tot één specifieke kostensoort en daarmee **geen brede oplossing** voor zorgkosten.

5 Toekomstrichtingen voor de gemeentepolis

De voorgaande hoofdstukken laten zien dat de gemeentepolis nog altijd een stevig verankerd instrument is binnen het gemeentelijk minimabeleid en weer gedragen wordt door zorgverzekeraars, maar tegelijkertijd onder druk staat. Die druk komt voort uit meerdere bronnen: twijfels over doelmatigheid, afhankelijkheid die volgt uit een samenwerkingsinstrument, verschillen tussen gemeenten onderling en de impact van wisselende politieke en financiële context. Tegelijkertijd blijft de behoefte aan een instrument dat zorgkosten voor kwetsbare inwoners beheersbaar houdt onverminderd hoog.

Voor gemeenten en andere betrokken partijen ligt daarmee de vraag voor hoe de gemeentepolis zich in de komende jaren gaat ontwikkelen. In dit hoofdstuk geven we drie richtingen. Deze moeten niet worden gezien als elkaar uitsluitende scenario's, maar als verschillende manieren waarop beleid en sturing zich kunnen ontwikkelen. In de praktijk kunnen zij naast elkaar bestaan en elkaar zelfs mogelijk versterken.

5.1 Verbeterde continuïteit

Uit het onderzoek blijkt dat er verschillende redenen en ook routes zijn om te stoppen met de gemeentepolis. Stoppen kan, mits doordacht en met een zachte landing en gestut door andere regelingen. Maar bij twijfel over de gemeentepolis is ook een andere weg in te slaan: behoud van de gemeentepolis, onder de voorwaarde dat een aantal gerichte verbeteringen wordt doorgevoerd. Deze eerste ontwikkelrichting gaat hierover: het onder verbetering behouden van de gemeentepolis. Deze richting vormt daarmee een direct advies voor gemeenten en zorgverzekeraars, een ontwikkelagenda om meer uit het instrument te halen.

De verbeteringen die in het onderzoek naar voren komen betreffen de volgende punten:

1. *Expliciteer de beoogde doelgroep.* Maak duidelijk of je als gemeente de gemeentepolis primair inzet als compensatie voor mensen met een laag inkomen, of juist voor mensen met een hoge zorgvraag. Als alle inwoners met een laag inkomen beoogd zijn, lijkt het verstandig ook een 'ultra light' variant te bieden. Een variant die juist interessant is voor inwoners met een beperkte zorgvraag en een (extern) vangnet bij onverhoopt grote zorgkosten. Het klassieke profiel hier is de student, die er wel goed aan doet om periodiek het gebit te laten controleren maar verder een relatief laag risico op zware zorg heeft. Sowieso is basis-mondzorg een dekking die in een dergelijke variant past.

Wanneer een gemeente juist de focus wil leggen op het compenseren van hoge zorgkosten (of het minimaliseren van risico's daarop), dan is een scherpere duiding van het begrip 'bereik' vereist. Nu immers wordt dit overwegend uitgedrukt in een percentage van het aandeel inwoners met een laag inkomen dat bereikt wordt – een cijfer dat dus weinig zegt als een gemeente juist wil compenseren voor een hoge zorgvraag. We zijn in de gesprekken gemeenten tegen gekomen die stellen dat de gemeentepolis 'een laag bereik heeft want zo duur is', terwijl deze gemeenten tegelijkertijd alleen een polis aanbieden met een zeer uitgebreide dekking (en soms ook een beperkte bijdrage geven).

2. *Zet doelgroepspecifieke adviestooling actief naast de gemeentepolis in.* Veel gemeenten zetten nu in op het maximaliseren van het aantal deelnemers aan de gemeentepolis. Terwijl in de praktijk blijkt dat niet voor iedereen dit de beste oplossing is, en dus ook niet voor iedereen de gemeentelijke bijdrage in de premie van de gemeentepolis vereist is. Een adviestool kan helpen met passende inclusie. Het budget dat de gemeente bespaart doordat een deel van de inwoners geholpen kan zijn met een andere polis dan de gemeentepolis, kan de gemeente heralloceren naar regelingen die meer maatwerk bieden en/of regelingen die een vangnet bieden bij onverwachte noden. Het is daarbij wel relevant dat gemeenten een adviestool hanteren die de specifieke context van de doelgroep meeneemt in de beoordeling welke zorgverzekering best is.

3. Breng de gemeentelijke bijdrage in de premie van de gemeentepolis op niveau. Dit betekent een bijdrage die voldoende hoog is om de hogere premie van de extra dekkingen op te vangen, zodat de gemeentepolis daadwerkelijk toegankelijk en aantrekkelijk blijft voor de doelgroep. In het onderzoek kwamen we meerdere gemeenten tegen die weliswaar de gemeentepolis aanbieden, maar met een dusdanig lage premiebijdrage dat deelnemers per saldo even goed of slechter af waren dan met een andere zorgverzekering. Bij een lage gemeentelijke bijdrage is de gemeentepolis inderdaad prijzig.
4. Organiseer *aanvullende regelingen*. Voor individuele situaties waarin de gemeentepolis niet passend is, blijft een aanvullende regeling nodig. Anders gezegd: gemeenten die stellen ‘we bieden een gemeentepolis en daarmee zijn we klaar’ doen een uitspraak die juridisch wellicht stand houdt, maar maatschappelijk gezien te kort kan (en zal) schieten voor individuele casussen.
5. Wees *coulant richting (nog) niet-deelnemers*. Niet-deelname kan verschillende oorzaken hebben. Soms zijn mensen niet bekend met de gemeentepolis, soms kan men niet overstappen vanwege specifieke dekking behoeften, soms wil men niet vanwege angst voor of ervaring met de betreffende verzekeraar. Er zijn kortom altijd mensen die tot de doelgroep behoren, maar niet deelnemen. En een deel zal dat ook nooit gaan doen om plausibele redenen. Als een gemeente zich dan alleen richt op het zo goed mogelijk ondersteunen van deelnemers – in plaats van doelgroep – wordt de kloof tussen haves en havenots (of eigenlijk: participants vs non-participants) gevaarlijk groot.
6. Werk met gemeentelijke uitbreidingen op basis van ‘*afrekenen op werkelijke kosten*’. Dit is een wat technisch maar relevant punt. Bijna alle zorgverzekeraars rekenen over de extra dekkingen in de gemeentepolis een premie, net zoals bij de onderliggende onderdelen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Deze laatste twee zijn onderhevig aan marktwerking en kennen daarmee een natuurlijke tegendruk om prijsstelling te beheersen.

Dit geldt niet voor de extra dekkingen in de gemeentepolis. Hier is in de praktijk amper tot geen marktwerking. Het is daarmee niet gezegd dat zorgverzekeraars een unfair hoge premie rekenen voor dit deel. Maar het voedt wel het wantrouwen bij gemeenten, zo leren de interviews ons. ‘Ze kunnen rekenen wat ze willen en wij moeten het betalen’ hoeft in de kern niet juist te zijn, maar tekent wel het wantrouwen. En dat heeft ook een ondermijnend effect op zowel de relatie met de zorgverzekeraar als op de gemeentepolis. Het advies is dan ook om de extra dekkingen in de gemeentepolis niet op premie te stellen, maar af te rekenen als op basis van werkelijk gedeclareerde zorgkosten (met een administratieve opslag). Een enkele zorgverzekeraar hanteert dit verrekensysteem, tot tevredenheid van beide partijen.

Met de hierboven opgesomde verbeteringen kan de gemeentepolis zonder al te complexe ingrepen meer toekomstbestendig ingericht worden, terwijl de genoemde nadelen verkleind worden.

5.2 Onderlegger en versneller brede samenwerkingsopgaven

Een tweede ontwikkelrichting gaat over de breedte van de gemeentepolis. In de interviews valt op dat de gemeentepolis nauwelijks vertegenwoordigd is op de IZA/AZWA-tafels. De gemeentepolis is sterk gepositioneerd binnen het domein van armoederegelingen, maar nog beperkt daarbuiten. En dat terwijl de inhoudelijke aansluiting met de thema’s op de domeinoverstijgende tafels voor de hand ligt.

De gemeentepolis bevindt zich op de snijvlakken van het sociaal domein, de medische zorg en preventie. En juist de doelgroep die gebruikmaakt van de gemeentepolis – inwoners met een laag inkomen en vaak een hogere zorgvraag – staat centraal in de ambities van IZA/AZWA. In die zin loopt het instrument parallel aan de doelstellingen die binnen deze structuur worden nagestreefd.

Vanuit deze logica kan de gemeentepolis een rol vervullen als financiële onderlegger en versneller van samenwerkingsinitiatieven. Het instrument kan daarmee bijdragen aan het verbinden van beleid en uitvoering,

en aan het ondersteunen van initiatieven die zich richten op het voorkomen van zwaardere zorg of het verbeteren van toegankelijkheid.

Deze benadering kan ook implicaties hebben voor de huidige inrichting. Formeel is de zorgverzekeringswet gebaseerd op marktwerking, waarbij zorgverzekeraars concurreren om de gunst van 'de koper'. In de praktijk van de gemeentepolis is deze marktwerking echter beperkt zichtbaar. Gemeenten treden niet op als klassieke kopers die tussen aanbieders kunnen kiezen en daarmee concurrentie effectueren.

In plaats daarvan is de praktijk sterk regionaal georganiseerd. Zorgverzekeraars hebben duidelijke kernwerkgebieden waar zij een groot marktaandeel hebben en actief investeren in bredere samenwerking onder andere met gemeenten. In deze gebieden maken zij werk van hun rol in het organiseren van zorg en het versterken van relaties. Buiten deze kernwerkgebieden is hun betrokkenheid veel beperkter. Deze kernwerkgebieden zien we uiteraard ook terug in de IZA-regio's.

Dit betekent dat de gemeentepolis in de praktijk slechts in beperkte mate een markt is waarin sprake is van concurrentie. Het 'spel' van onderhandeling en keuzevrijheid is voor gemeenten beperkt, en de samenwerking volgt in belangrijke mate de bestaande regionale verhoudingen. Aan de randen is nog enige marktwerking zichtbaar, maar overall is deze in de praktijk marginaal.

Vanuit dit perspectief ligt het voor de hand om de inrichting van de gemeentepolis meer te laten aansluiten bij deze regionale realiteit. In plaats van uit te gaan van de suggestie van marktwerking lijkt een ordening langs de lijnen van de kernwerkgebieden van zorgverzekeraars meer recht te doen aan de praktijk, waarbij duidelijk wordt welke verzekeraar in welke regio de samenwerking rondom de gemeentepolis vormgeeft.

Deze ontwikkelrichting maakt duidelijk dat de gemeentepolis, wanneer zij expliciet wordt verbonden aan de IZA/AZWA-structuren en wordt ingericht langs regionale lijnen, kan uitgroeien tot een instrument dat niet alleen compenseert, maar ook bijdraagt aan bredere regionale samenwerking en sturing.

Uiteraard is het een grote stap om marktwerking voor de specifieke deelmarkt van gemeentepolissen meer los te laten. Maar de eerlijkheid is ook dat hiermee recht wordt gedaan aan de realiteit.

5.3 Landelijke kaders

De derde en laatste ontwikkelrichting ligt in het verlengde van de vorige. Het gaat uit van meer landelijke sturing op de gemeentepolis. Aanleiding hiervoor is dat het huidige beleid op lokaal niveau last heeft van inconsistentie en diversiteit. Gemeenten maken eigen keuzes in inrichting, bijdrage en doelgroep, wat leidt tot verschillen tussen gemeenten. Ook wel betiteld als 'postcodeloterij'.

In de interviews wordt in dit verband bovendien vaak benoemd dat gemeenten lokaal oplossingen moeten organiseren voor vraagstukken die hun oorsprong hebben in tekortschietend landelijk beleid ('wij moeten repareren wat Den Haag laat liggen'). Dit impliceert een behoefte aan meer landelijke kaders en uniformiteit, zodat niet elke gemeente afzonderlijke beleidskeuzes maakt op dit kwetsbare terrein.

Deze beweging past binnen een bredere maatschappelijke trend waarin voor grote vraagstukken (weer) vaker wordt gekeken naar landelijke regie en inrichting. De gemeentepolis kan in dat licht worden gezien als een instrument waarbij meer centrale sturing kan bijdragen aan duidelijkheid en consistentie.

Binnen deze ontwikkeling zien we twee varianten. Een eerste variant is het stellen van landelijke kaders aan gemeenten. Hierbij blijven gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering maar worden eisen gesteld aan de hoogte van de gemeentelijke bijdrage en de toegangscriteria. Dit kan bijdragen aan meer eenduidigheid, terwijl er ruimte blijft voor lokale invulling. Dit betekent ook iets voor de inrichting van het gemeentefonds uiteraard: kaders gaan niet zonder middelen.

Een tweede meer verdergaande variant is de introductie van één landelijke gemeentepolis. Daarbij kan ervoor worden gekozen om de uitvoering centraal te organiseren, of om per regio een uitvoerende partij aan te wijzen. Logischerwijze langs de structuur van IZA/AZWA.

Bij deze varianten is het van belang om te benadrukken dat meer landelijke sturing niet primair wordt ingegeven door de verwachting dat dit leidt tot betere onderhandelingsresultaten met zorgverzekeraars, zoals het onderzoek van Instituut voor Publieke Economie (2025) suggereert. De meerwaarde wordt vooral gezien in het vergroten van gelijkgerichtheid en stabiliteit.

Tegelijkertijd vraagt deze ontwikkelrichting om een nadere uitwerking. Er is gericht onderzoek nodig naar de haalbaarheid, wenselijkheid en impact van een meer landelijke sturing. Daarbij spelen onder andere de volgende vragen:

- Welke variant lost het beste de huidige beperkingen van de gemeentepolissen op?
- In hoeverre is er daadwerkelijk bereidheid bij gemeenten om autonomie in te leveren, ondanks de uitgesproken behoefte aan meer landelijke uniformiteit?
- Hoe staan zorgverzekeraars tegenover deze ontwikkeling en zijn zij bereid hierin mee te bewegen?
- Wat zijn de juridische- en uitvoeringsimplicaties van een meer landelijk ingerichte gemeentepolis?

De roep om meer landelijke sturing, of zelfs één centraal georganiseerde gemeentepolis, is veel gehoord in de interviews en de enquête. Hiermee lijken diverse beperkingen van de gemeentepolis te tackelen. Het is echter een ingrijpende keuze over verantwoordelijkheden, autonomie en inrichting van het stelsel.

Over de auteurs

Maarten Broekema is voormalig mede-eigenaar BS&F en sinds 2018 actief als adviseur voor ondernemers en hun innovaties in zorg en sociaal beleid. Hij is aanspreekpunt en eindverantwoordelijke voor dit rapport. Maarten heeft een achtergrond bij Twynstra Gudde, met als specialisatie samenwerkingsvraagstukken en stelselinrichting in de publieke sector. Binnen BS&F was hij onder andere verantwoordelijk voor innovaties in de relatie gemeenten – zorgverzekeraars, waaronder de gemeentepolis.

Joes Ludden is adviseur bij OchtendMensen. Hij heeft een achtergrond in de gezondheidspsychologie en ervaring als projectleider bij verschillende maatschappelijke organisaties.

Geïnterviewde partijen

Zorgverzekeraars

Zilveren Kruis

Menzis

CZ

VGZ/Univé

Salland

De Friesland

DSW

Zorg & Zekerheid

Gemeenten

Arnhem

Rotterdam

Eindhoven

Utrecht

Land van Cuijk

Harlingen

Breda

Alphen aan de Rijn

Zutphen

Wageningen

Experts

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

BS&F

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Zorgverzekeraars Nederland

Centraal Administratie Kantoor

Sociaal-Economische Raad

Bronnen

AD Utrecht. (2021, 27 januari). *Dan maar niet naar de dokter: Kwetsbare Utrechters dupe van verdwijnen speciale zorgpolis*.

<https://www.ad.nl/utrecht/dan-maar-niet-naar-de-dokter-kwetsbare-utrechters-dupe-van-verdwijnen-speciale-zorgpolis~a3faf888/>

BS&F. (2017). *Preventie via de gemeentepolis*. Zwolle.

<https://berthub.eu/tkconv/getraw/2017D08496>

BS&F. (2017). *Preventie via de gemeentepolis: Samenvatting rapport "Preventie en de gemeentepolis"*. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

BS&F. (2024). *Recente ontwikkelingen rond de zorgverzekering* (BS&F-nieuwsbrief, december 2024).

<https://www.bsenf.nl/wp-content/uploads/2024/12/241204-BSF-Recente-ontwikkelingen-rond-de-zorgverzekering.pdf>

BS&F. (2025). *Leidraad vermindering mondzorgmijding*.

<https://www.bsenf.nl/wp-content/uploads/2025/04/Leidraad-vermindering-mondzorgmijding.pdf>

BS&F. (2026, 29 april). *Landelijke data voor onderzoek Zorginstituut Nederland*.

Centraal Planbureau. (2019). *Verbeteropties gemeentepolis*. Den Haag: CPB.

(In opdracht van Zorginstituut Nederland)

Gemeente Harlingen. (2023). *Beleidsregels bijzondere bijstand Participatiewet voor medische kosten gemeente Harlingen 2026*.

<https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR751095/1>

Gemeente Utrecht. (2025). *Afschaffing van de U-polis Werk en Inkomen*.

<https://www.beleidsradar.nl/documenten/evaluatie-van-de-u-polis-in-utrecht-2db7966a-9bf3-4bae-a4dc-dbea313a923e>

Ieder(in). (2023). *Informatieblad gemeentepolis: Gemeentelijke zorgverzekering*.

<https://iederin.nl/wp-content/uploads/2023/09/informatieblad-gemeentepolis-2023.pdf>

IVO, Platform31, Verwey-Jonker Instituut, & Rebel Group. (2021). *Goed geregeld? Een onderzoek naar gemeentelijke regelingen rondom financieel maatwerk voor hoge zorgkosten*.

<https://ivo.nl/wp-content/uploads/2021/07/Goed-geregeld-Een-onderzoek-naar-gemeentelijke-regelingen-rondom-financieel-maatwerk-voor-hoge-zorgkosten.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023). *Kamerbrief over onderzoeken naar de gemeentepolis en maatregelen om ongewenste zorgmijding tegen te gaan*. Rijksoverheid.

<https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2020D40000>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). *Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Herziening zorgstelsel*.

<https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2025D23568>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Informatiekaart zorgverzekeringen 2025: Trends en ontwikkelingen*.

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_790171_22/1/

Nivel. (2019). *Onderzoek naar collectieve zorgverzekeringen*.

<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004646.pdf>

Rebel Group. (2021). *Rapportage maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) gemeentepolis 2021*. (In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)

Rebel Group. (2025). *Achtergrondrapport MKBA gemeentepolis*.

Rebel Group. (2025). *Kosten en baten van de gemeentepolis 2025* (Infographic).

<https://www.bsenf.nl/factsheet-mkba/>

Regioplan. (2024). *Handreiking gemeentelijke tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten*. Amsterdam.

<https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR714771>

RTV Noord. (2022). *Minima dupe van gemeentelijk zorgbeleid: "Onacceptabele verschillen"*. [Minima dupe van gemeentelijk zorgbeleid: 'Onacceptabele verschillen' - RTV Noord](#)

Sociaal-Economische Raad. (2023). *Gezond opgroeien, wonen en werken: Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Den Haag: SER.

<https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2023/gezond-opgroeien-wonen-werken.pdf>

World Health Organization. (2019). *Healthy, prosperous lives for all: The European Health Equity Status Report*. Copenhagen: WHO.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/19a3ab3d-6f84-45c4-9c6a-a621c62b2aab/content>

Zorginstituut Nederland. (2022). *Ongewenste mijding van mondzorg om financiële redenen*.

<https://open.overheid.nl/documenten/3a1b97ee-afe3-4e4d-9629-44577693b096/file>

Zorgweb. (2020). *Fact-finding gemeentelijke collectiviteiten*.

<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-954439.pdf>

Bijlagen



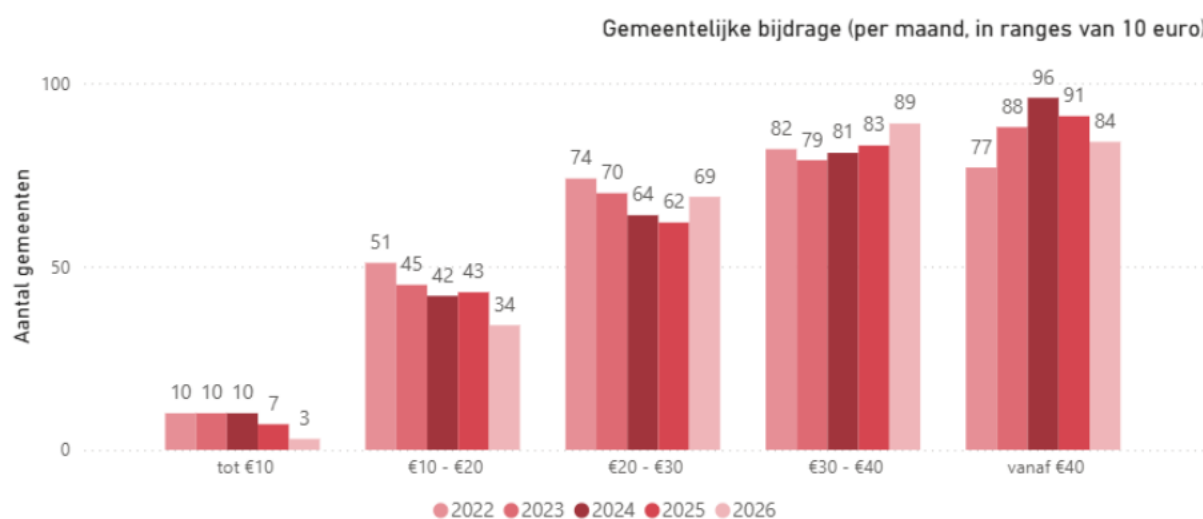
BS&F

Landelijke data voor onderzoek Zorginstituut Nederland

29 april 2026

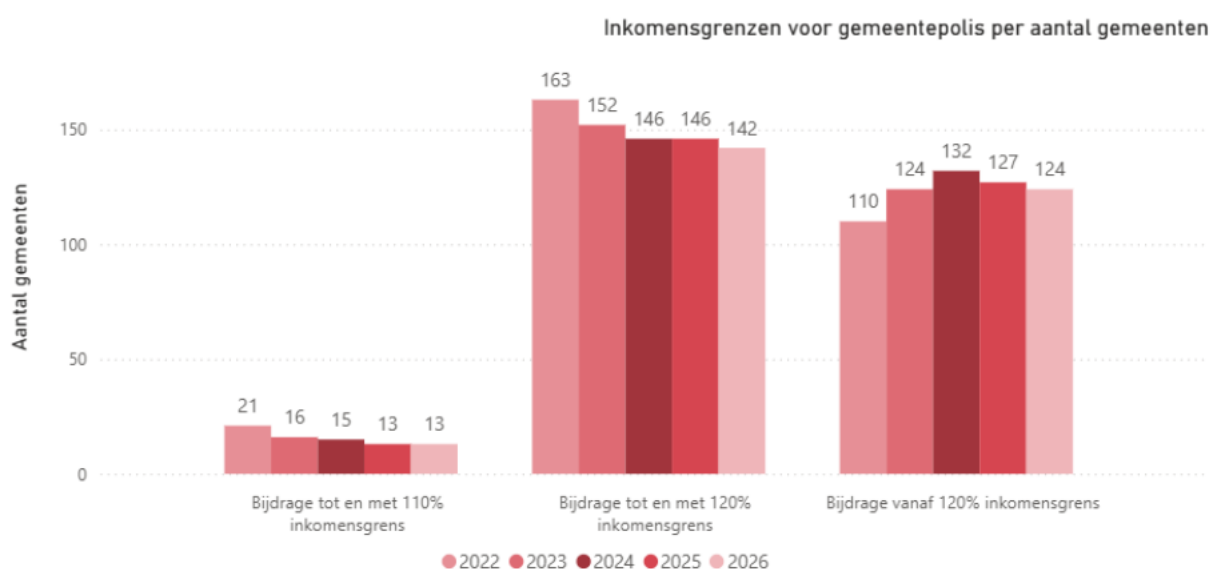
Gemeentepolis

Figuur 1: Gemiddelde gemeentelijke bijdrage



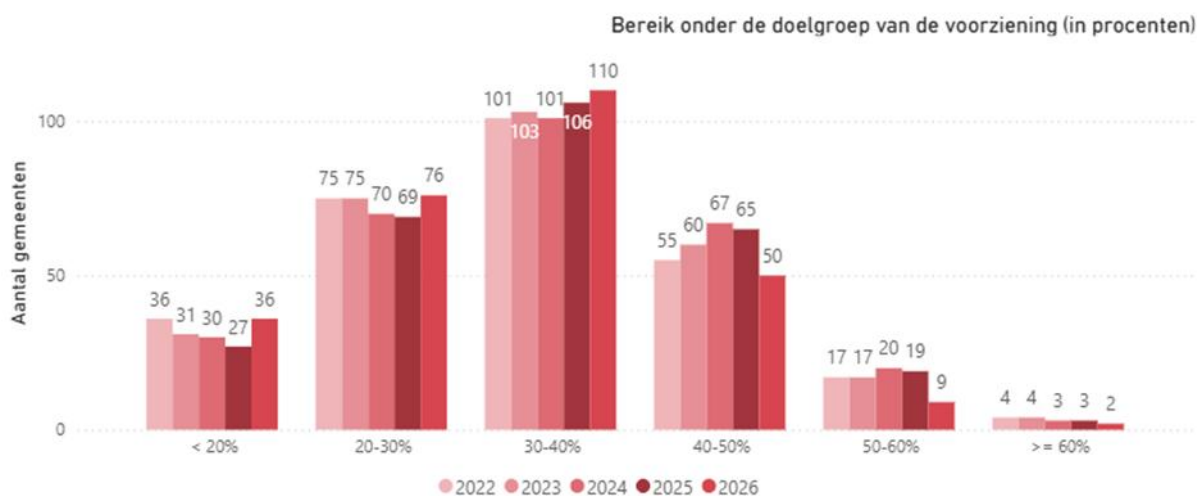
Dit figuur toont de gemiddelde gemeentelijke bijdrage per maand. Hieruit blijkt dat meer dan de helft van de gemeenten kiest voor een bijdrage tussen € 20 en € 40 per maand, de gemeentelijke bijdrage beweegt meer naar elkaar toe. We zien dat gemeenten de gemeentelijke bijdrage vaker op elkaar afstemmen waardoor de onderlinge verschillen afnemen. Deze cijfers bevestigen dit beeld.

Figuur 2: Inkomensgrenzen voor de gemeentepolis



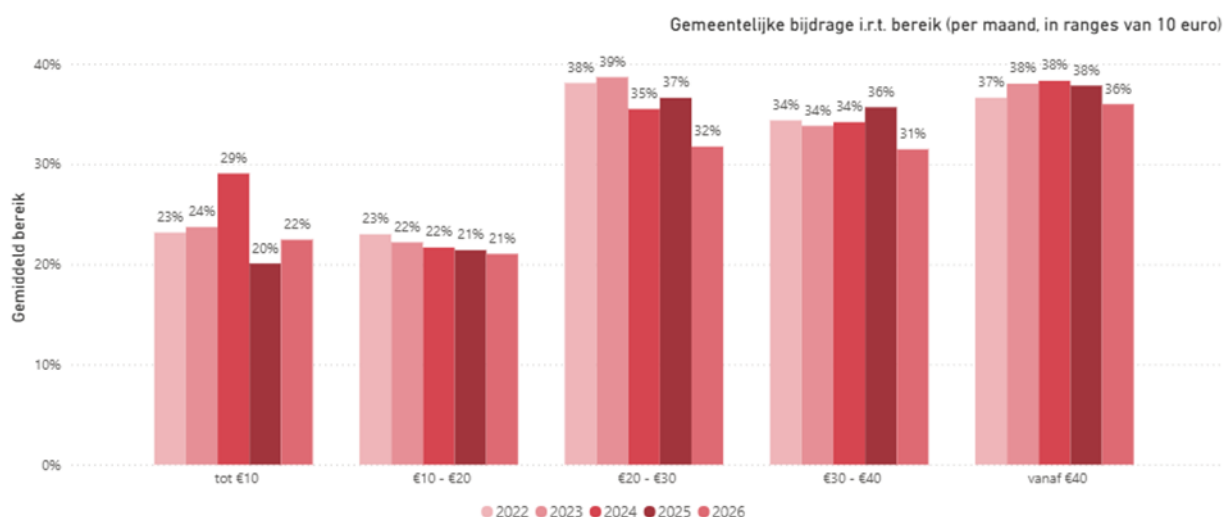
Dit figuur geeft een overzicht van de inkomensgrenzen voor de gemeentepolis. Hieruit blijkt dat de verschillen in de gehanteerde inkomensgrenzen in verhouding door de jaren heen grotendeels gelijk blijven.

Figuur 3: Bereik van de gemeentepolis



Dit figuur toont het bereik van de gemeentepolis binnen de doelgroep aan. Hieruit blijkt dat de meeste gemeenten minimaal 30% van de doelgroep bereiken. Het aantal gemeenten met een bereik tussen de 40% en 60% ligt in 2026 lager dan in 2025. Dit komt doordat de doelgroep in 2026 groter is dan in 2025, terwijl het aantal deelnemers aan de gemeentepolis minder sterk is gegroeid. Voor de toename van de doelgroep zijn twee belangrijke oorzaken aan te wijzen. Ten eerste is er sprake van algemene bevolkingsgroei: een grotere bevolking leidt tot een grotere doelgroep. Ten tweede is volgens de raming van het Centraal Planbureau het aandeel inwoners in armoede gestegen. Het percentage neemt toe van 5,7% naar 6%.

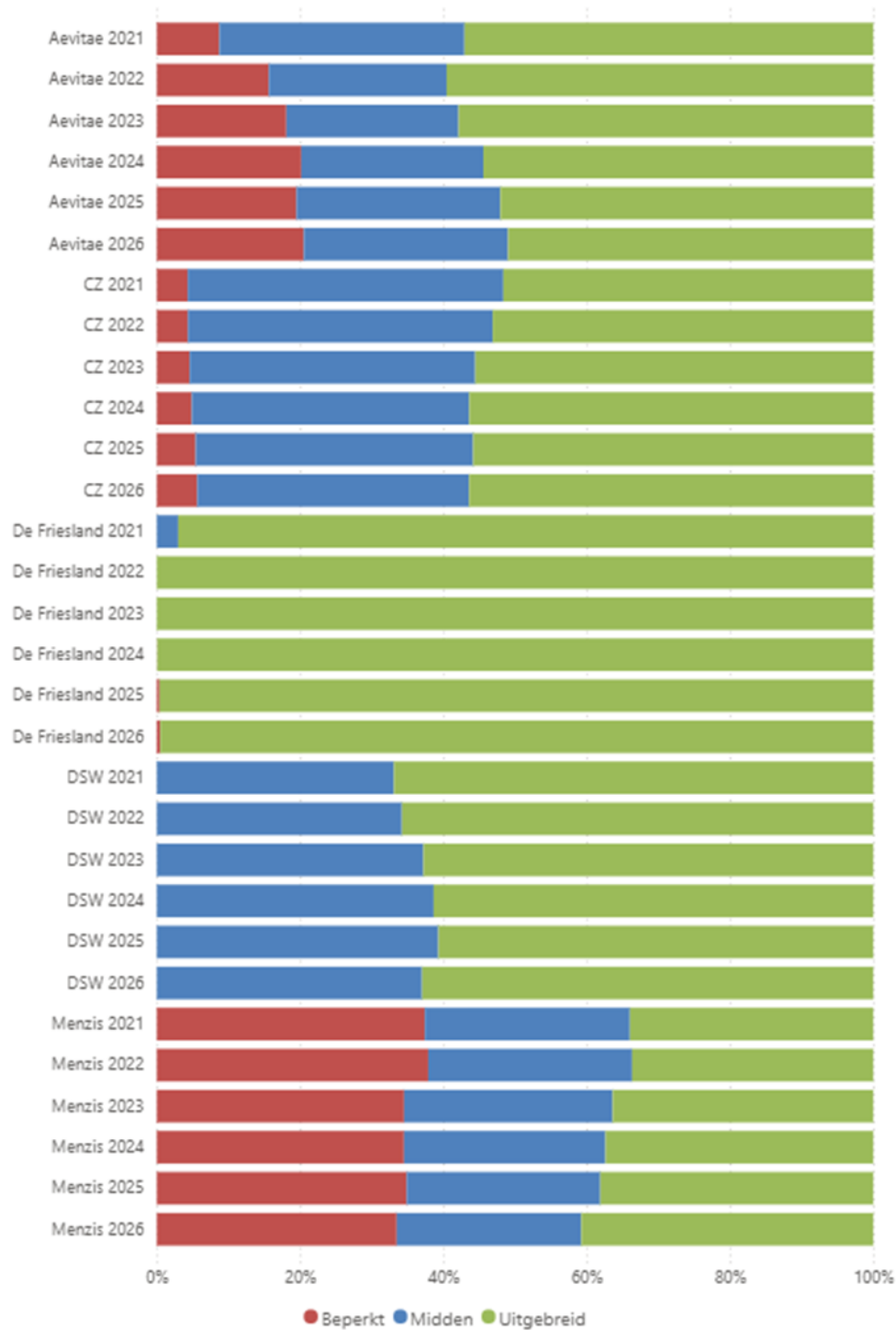
Figuur 4: Gemeentelijke bijdrage in relatie tot bereik



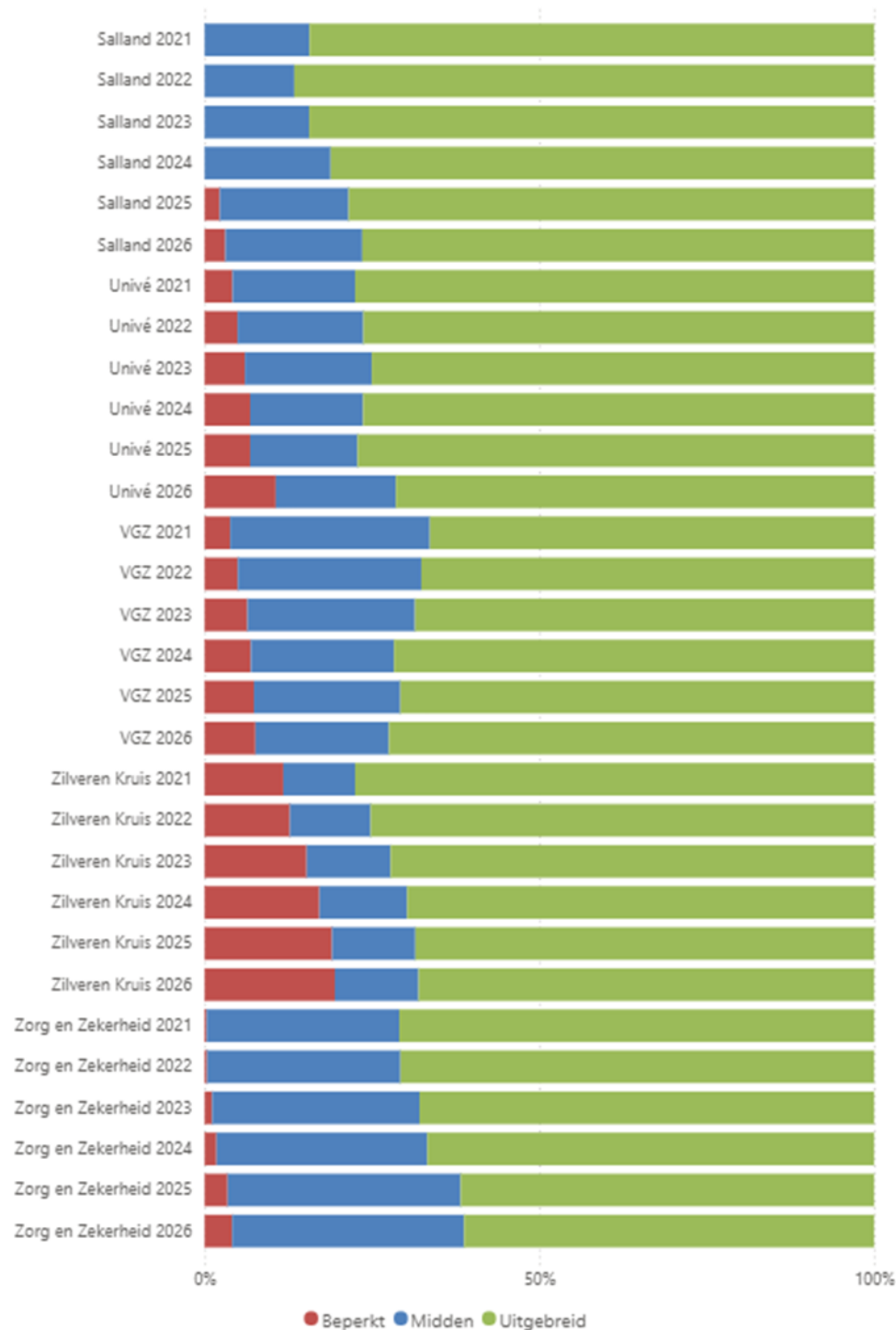
Dit figuur toont de gemeentelijke premiebijdrage in relatie tot het bereik van de doelgroep. Hieruit blijkt dat er een duidelijke samenhang is tussen de hoogte van de premiebijdrage en het bereik van de doelgroep. Vanaf een bijdrage van €20 is het bereik hoger. Daarnaast is in dit figuur ook het effect zichtbaar van de toename van de doelgroep in 2026 op het gemiddelde bereik.

Figuur 5: Verdeling van deelnemers per aanvullende verzekering binnen de gemeentepolis

Deelname per variant



Deelname per variant



Deze figuren laten de verdeling van deelnemers aan de gemeentepolis over de drie varianten zien. De beperkte variant is bedoeld voor mensen met een lage zorgvraag, de midden variant voor mensen met een gemiddelde zorgvraag en de uitgebreide variant voor mensen met een hoge zorgvraag. De meeste deelnemers kiezen voor de uitgebreide variant.



ZORGWEB



ZIN

Data-analyse



Zorgweb | analyse

Huidige markt

- 10 concerns
- 29 verzekeraars (en nog aantal labels tbv doelgroepen zoals AZVZ, RZA en VvAA)
- 10 daarvan bieden een gemeentepolis aan
- Vaak 1 basisverzekering (per gemeente) in het aanbod

Bijzonderheden

- Analyse gaat over dekking en bruto premie van de aanvullende (tand)verzekering
- Toelichting voorliggende aanvullende (tand)verzekering
- Belangrijkste vergoedingen (13 stuks) uit de bijzondere bijstand (w.o. brillen, mondzorg, fysiotherapie)
- Toelichting varianten Basis/Midden/Uitgebreid
- Geen afkoop eigen risico meegenomen in analyses
- Toelichting waarderingssystematiek

Zorgweb | analyse

Toelichting

○ Voorliggende aanvullende (tand)verzekering

Als basis voor de gemeentepolis is een bestaande aanvullende verzekering gebruikt die de verzekeraar al in het aanbod heeft.

Door op een aantal dekkingen te “plussen” ontstaat er een nieuwe polis (de gemeentepolis). Kortom waar we zeggen ‘gemeentepolis’ bedoelen we aanvullende verzekering plus specifieke extra dekkingen. De basisverzekering valt verder buiten deze analyse.

○ Kostensoorten (13 stuks) uit de bijzondere bijstand

De analyse gaat over 13 kostensoorten, dit zijn de kostensoorten die over het algemeen belangrijk zijn binnen de bijzondere bijstand van de gemeente.

○ Basis/Midden/Uitgebreid

Deelnemers van de gemeentepolis kunnen (vaak) kiezen uit meerdere aanvullende verzekeringen. De aanvullende verzekeringen zijn onder te verdelen in de volgende varianten:

- Basis: variant met een gemiddeld lage dekking;
- Midden: variant met een gemiddelde dekking;
- Uitgebreid: variant met een gemiddeld hoge dekking.

○ Waarderingssystematiek

In deze analyse wordt gebruik gemaakt van een door Zorgweb ontwikkelde waarderingssystematiek. Deze systematiek is in 2005 ontwikkeld en is regelmatig verfijnd en geactualiseerd. De systematiek is volledig objectief en is uitsluitend gebaseerd op de tekst van de verzekeringsvoorwaarden.

De uitkomsten worden ook gebruikt door verzekeraars, vergelijkers en intermediair.

Zorgweb | extra dekking

	Alternatief genezer	Geneesmiddelen	Bril & lenzen	Horen	Schoeisel	Pruik	Vervoer	Tand vanaf 18	Orthodontie tot 18	Fysio	Diëtetiek	WMO	Kraamzorg
Basis													
2012	20%	20%	100%	100%	100%	80%	80%	20%	80%	60%	40%	40%	80%
2016	0%	0%	100%	100%	83%	83%	67%	17%	17%	0%	33%	33%	83%
2020	0%	25%	88%	88%	75%	75%	63%	0%	13%	13%	0%	38%	75%
2026	33%	33%	67%	67%	56%	56%	44%	0%	11%	33%	0%	33%	78%
Midden													
2012	12%	18%	94%	94%	71%	53%	76%	71%	94%	71%	35%	88%	82%
2016	0%	11%	89%	100%	67%	67%	67%	78%	100%	56%	56%	78%	67%
2020	20%	40%	80%	90%	50%	70%	50%	40%	90%	40%	40%	60%	70%
2026	63%	63%	75%	100%	63%	75%	75%	38%	100%	50%	50%	100%	88%
Uitgebreid													
2012	17%	42%	75%	67%	58%	58%	42%	33%	67%	17%	17%	58%	25%
2016	31%	31%	85%	77%	69%	69%	69%	54%	77%	54%	38%	77%	46%
2020	73%	80%	93%	93%	73%	73%	73%	53%	87%	67%	53%	87%	67%
2026	70%	80%	80%	80%	60%	60%	70%	60%	80%	80%	60%	90%	80%

Tabel 1: uitbreidingen gemeentepolis t.o.v. de onderliggende aanvullende verzekering

- Een aanvullende verzekering dekt (een deel van de) zorg die niet in de basisverzekering is opgenomen. Bijvoorbeeld vergoeding voor een behandeling bij de fysiotherapeut of tandarts. Binnen de gemeentepolis worden in het zogenaamde gemeentepakket voor een aantal kostensoorten nog meer dekking boven op de onderliggende aanvullende verzekering afgesproken tussen gemeenten en zorgverzekeraars.
- De uitbreidingen in de gemeentepolis, ten opzichte van de onderliggende 'reguliere' aanvullende verzekeringen worden weergegeven in tabel 1.
- Per dekkingsonderdeel zijn de aanvullende verzekeringen geanalyseerd vanuit de vraag in hoeveel procent van de polissen er een extra dekking voorkomt ten opzichte van de onderliggende 'reguliere' aanvullende verzekeringen, onderverdeeld in de 3 varianten.
- Bijvoorbeeld bij 2012 - Basis – Tand vanaf 18 jaar staat 20%. Dit betekent dat in 20% van de gemeentepolissen er uitbreiding was ten opzichte van de voorliggende aanvullende verzekering.

Zorgweb | waarde van de dekking

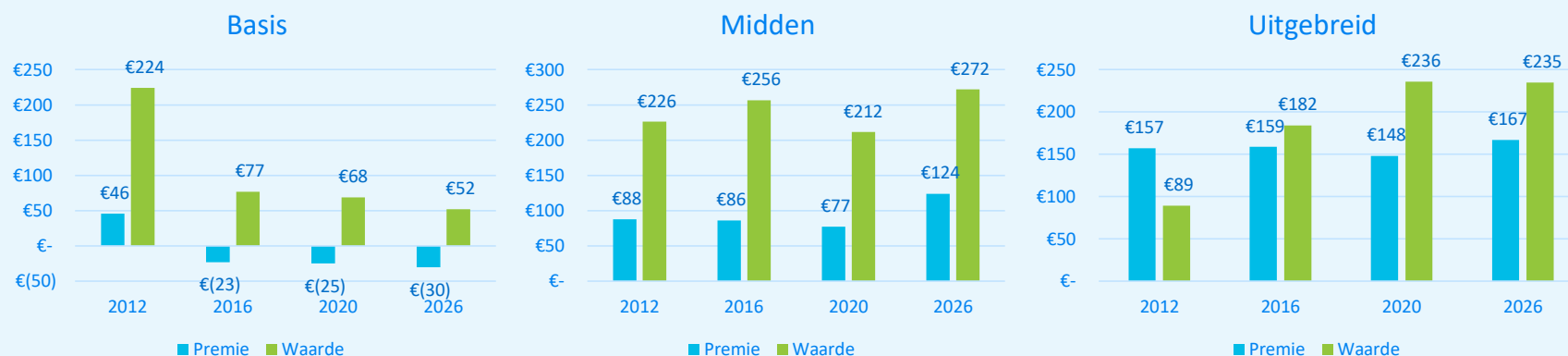
Tabel 2 Waarde van de dekking

Het verschil in waarde tussen de vergoedingen van de voorliggende aanvullende verzekering en de gemeentepolis wordt helder als de 13 dekkingsonderdelen uit tabel 1 uitgedrukt worden in een gemiddeld dekkingsbedrag, zie tabel 2.

	Basis				Midden				Uitgebreid			
	2012	2016	2020	2026	2012	2016	2020	2026	2012	2016	2020	2026
Gemeentepolis inc AV	€ 424	€ 211	€ 193	€ 157	€ 543	€ 502	€ 412	€ 455	€ 485	€ 513	€ 502	€ 513
Voorliggende AV	€ 200	€ 134	€ 125	€ 105	€ 317	€ 246	€ 200	€ 183	€ 396	€ 331	€ 266	€ 278
Netto toegevoegde waarde	€ 224	€ 77	€ 68	€ 52	€ 226	€ 256	€ 212	€ 272	€ 89	€ 182	€ 236	€ 235

- De tabel toont de waarde van de dekking op vier momenten, verdeeld over drie varianten van de gemeentepolis (basis-midden-uitgebreid)
- Bijvoorbeeld in 2012 is de totale waarde van de dekkingen in de gemeentepolis-basis inc de voorliggende aanvullende verzekering € 424 per jaar. Hiervan is € 200 toe te schrijven aan de voorliggende aanvullende verzekering en dus per saldo € 224 aan uitbreidingen.
- De waarde is een gewogen waarde, het is een gemiddelde van de belangrijkste vergoedingen (w.o. brillen, mondzorg, fysiotherapie) gezamenlijk waarbij er ook is gekeken naar het relatieve belang per vergoeding.

Zorgweb | premie tov waarde



- In bovenstaande grafieken zijn de netto toegevoegde waarden afgezet tegen de bruto premie per jaar.
- Het gaat dan over de premie gemeentepolis (zonder basisverzekering) ten opzichte van premie voorliggende aanvullende verzekering. Deze kan negatief zijn omdat dan de gemeentepolis goedkoper is dan de voorliggende aanvullende verzekering (ondanks dat er uitbreidingen in zitten).
- In 2016 was de gemiddelde premie van de gemeentepolis-basisvariant bijvoorbeeld € 23 lager dan van de voorliggende aanvullende verzekering.

Data-analyse

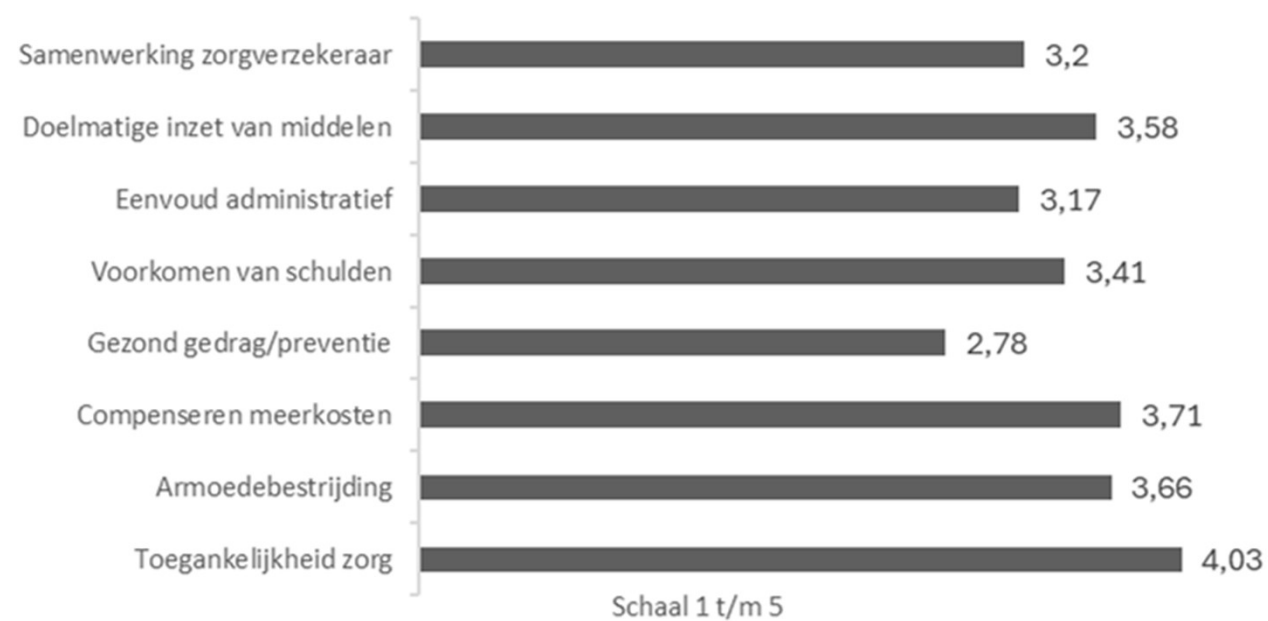
Enquête - Gemeentepolis

ZORGINSTITUUT NEDERLAND | AMSTERDAM | MEI 2026

Onderzoekspopulatie

- 280 van de 342 gemeenten zijn uitgevraagd
- Betreft specifieke subdoelgroep: alleen gemeenten die een gemeentepolis hebben en daarbij geadviseerd worden door BS&F.
- 86 responses, verantwoordelijk voor 114 gemeenten

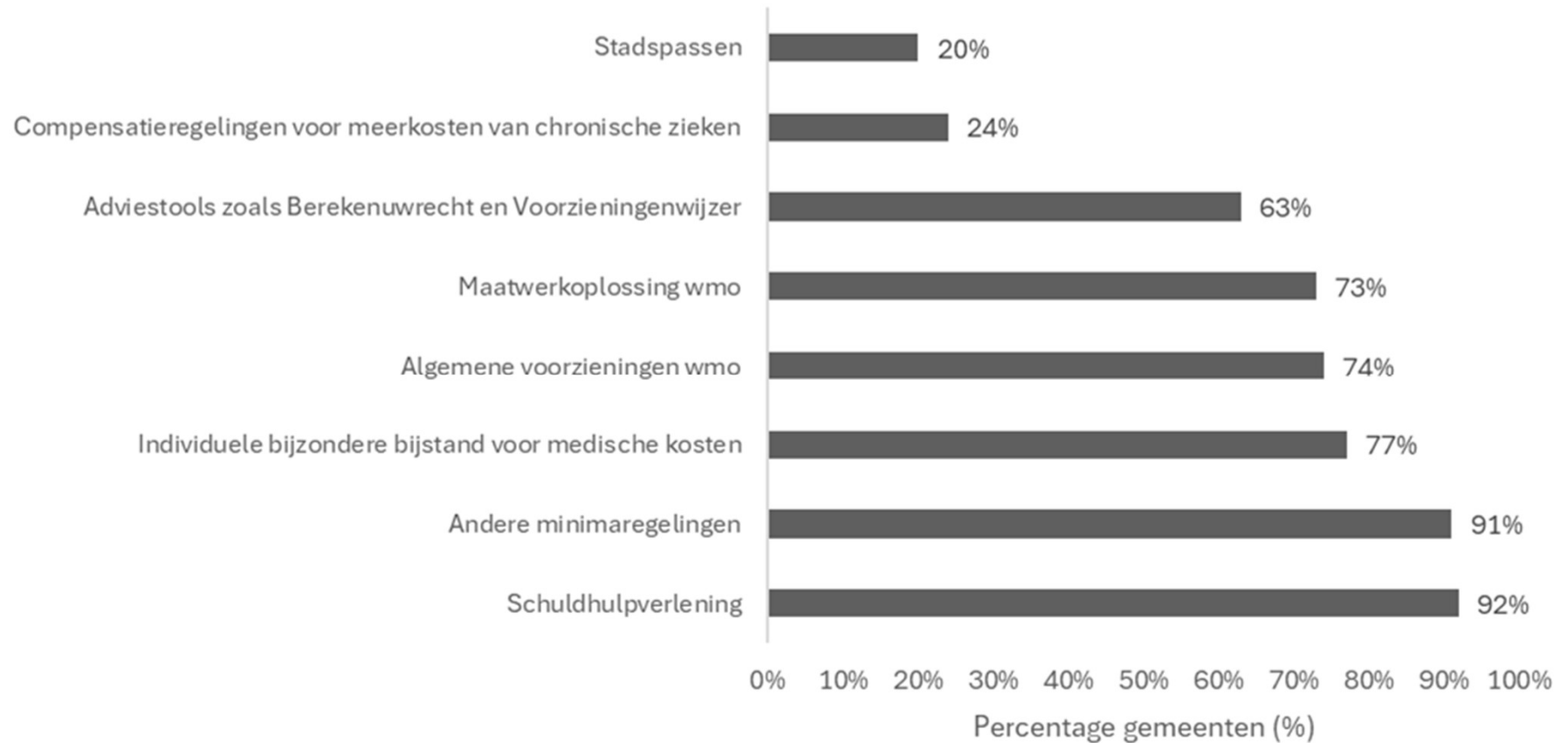
In welke mate draagt de gemeentepolis bij aan doelstellingen



Ander beleidsdoel, namelijk:

- Het is voor mij onbekend of de gemeentepolis hier wel in bijdraagt. Wij bieden dit aan als extra optie. Maar er zou onderzoek naar gedaan moeten worden hoe de inwoners dit beoordelen.
- Bevorderen van gezondheid inclusief toegankelijk maken van mondzorg, versterken strategisch partnerschap met zorgverzekeraar, agenderen van impact van armoede op gezondheid en de gezondheidsverschillen.
- Draagt bij aan hoog bereik
- Gaat zorgmijding tegen
- Vermindering werkdruk bij medewerkers (indien goede aansluitende beleidskeuzes worden gemaakt).

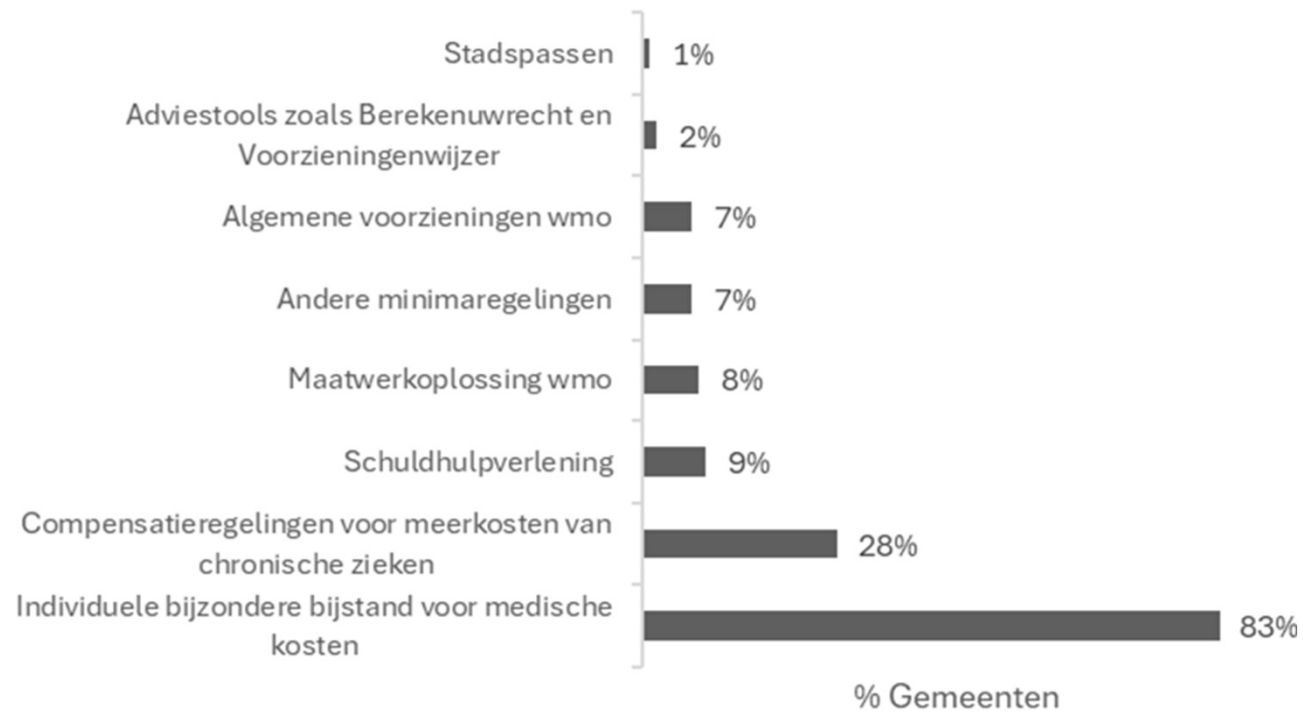
Inzet aanvullende instrumenten om gezondheidsverschillen te verkleinen



Andere instrumenten, namelijk:

- Bijdrage medisch afval, noodfonds, geldfit
- Gezondheidsfonds vanuit SROI verplichting zorgverzekeraar
- Volwassenfonds sport&cultuur, Gezonde School, Rookvrije scholen
- Verschillende inspanningen vanuit programma bestaanszekerheid
- tegemoetkoming zorgkosten, compensatie voor eigen risicoworden gemaakt).

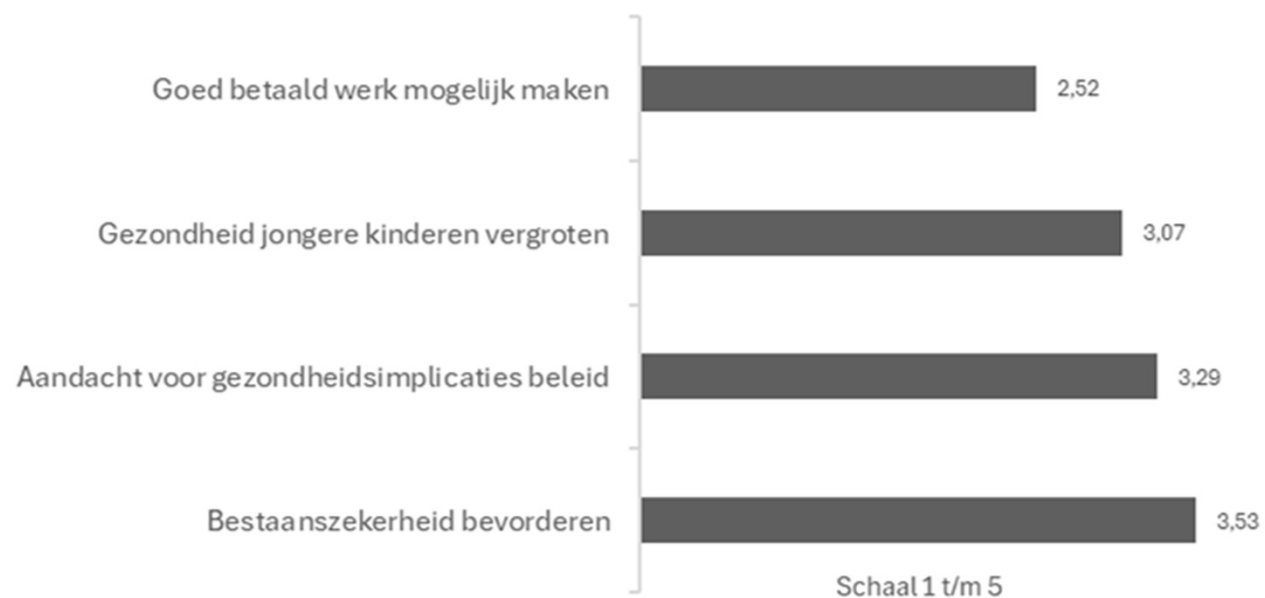
Minder ingezette aanvullende instrumenten door gemeentepolis



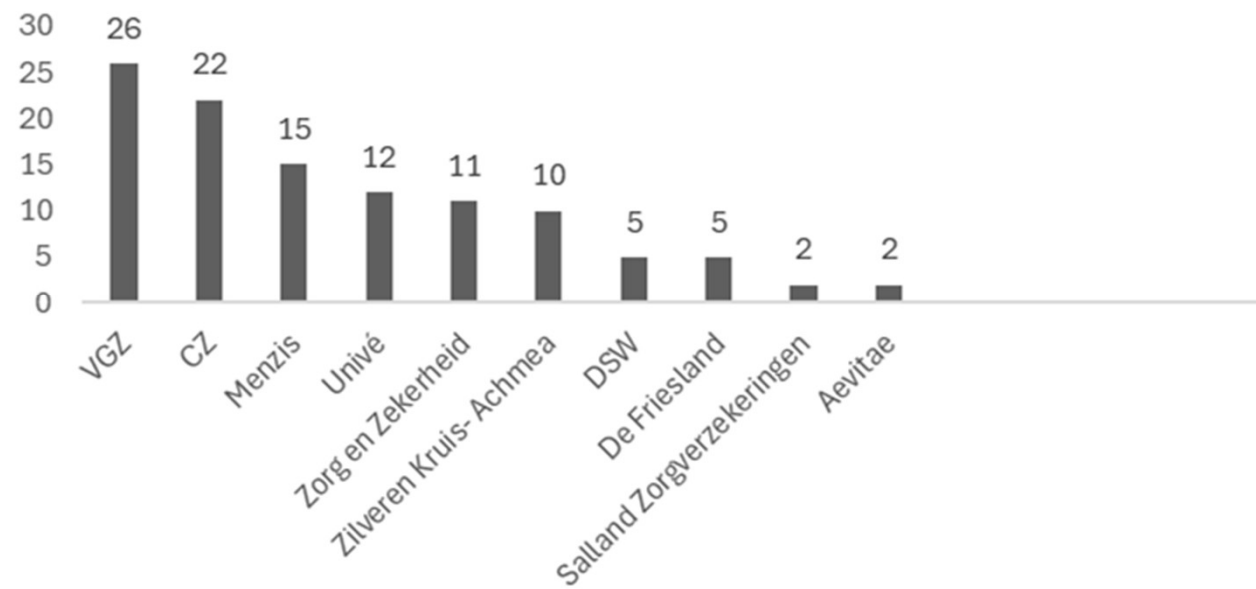
Andere instrumenten, namelijk:

- Zien hierin geen direct verband of afname
- Alleen bij de bijzondere bijstand zijn de regels aangepast nav de gemeentepolis. Daardoor is er een daling in de toekenningen. Maar bij de overige regelingen wordt niet specifiek gemeten of het inzetten van een gemeentepolis van invloed is op het gebruik van de regelingen.
- Nihilstelling WMO-bijdrage Cak bij mensen met een laag inkomen
- Natuurlijk hebben we bijzondere bijstand, maar het is niet zo gemakkelijk om voor medische kosten in aanmerking te komen voor bijzondere bijstand. De Gemeentepolis is in wezen een voorliggende voorziening.

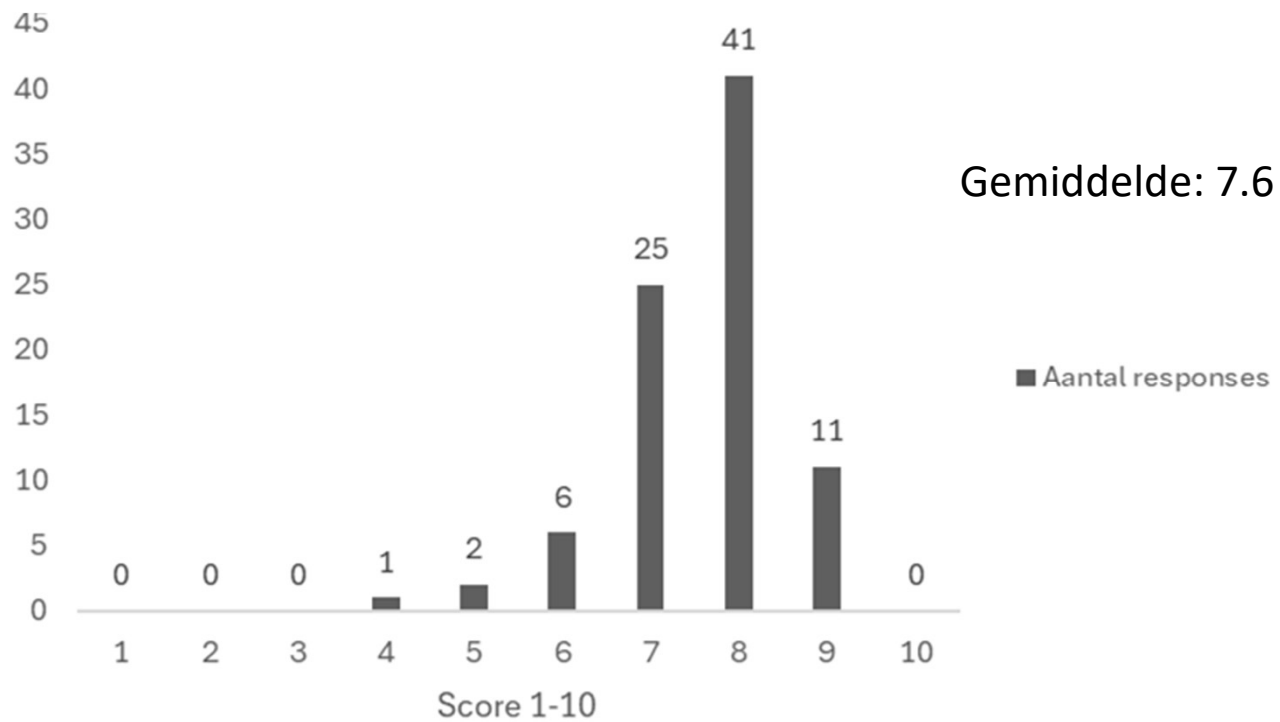
Bijdrage gemeentepolis aan SER beleidsrichtingen



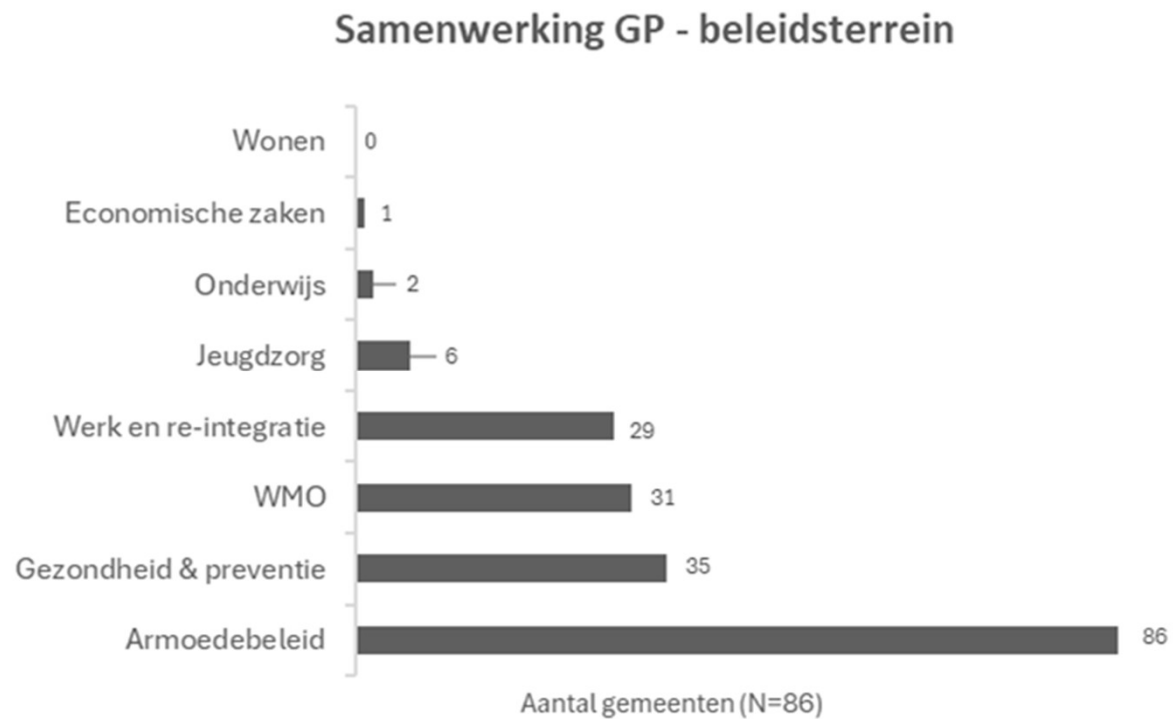
Samenwerking met zorgverzekeraars



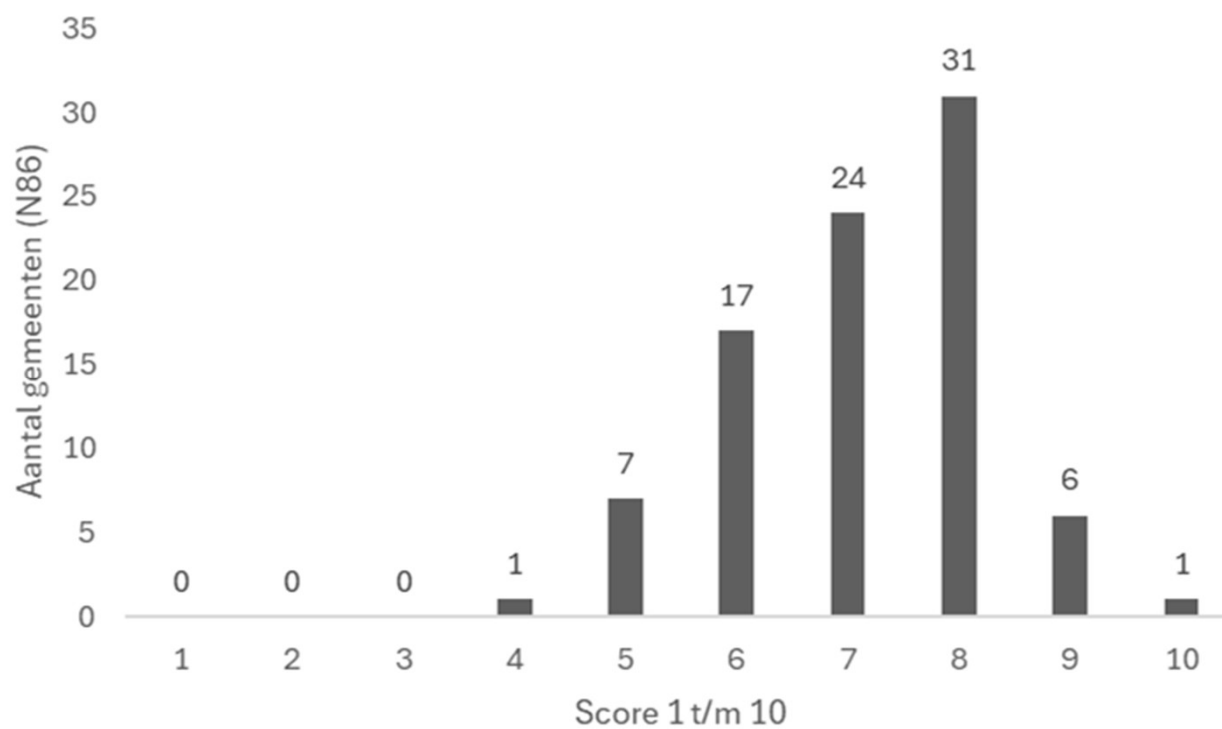
Waardering samenwerking met zorgverzekeraars



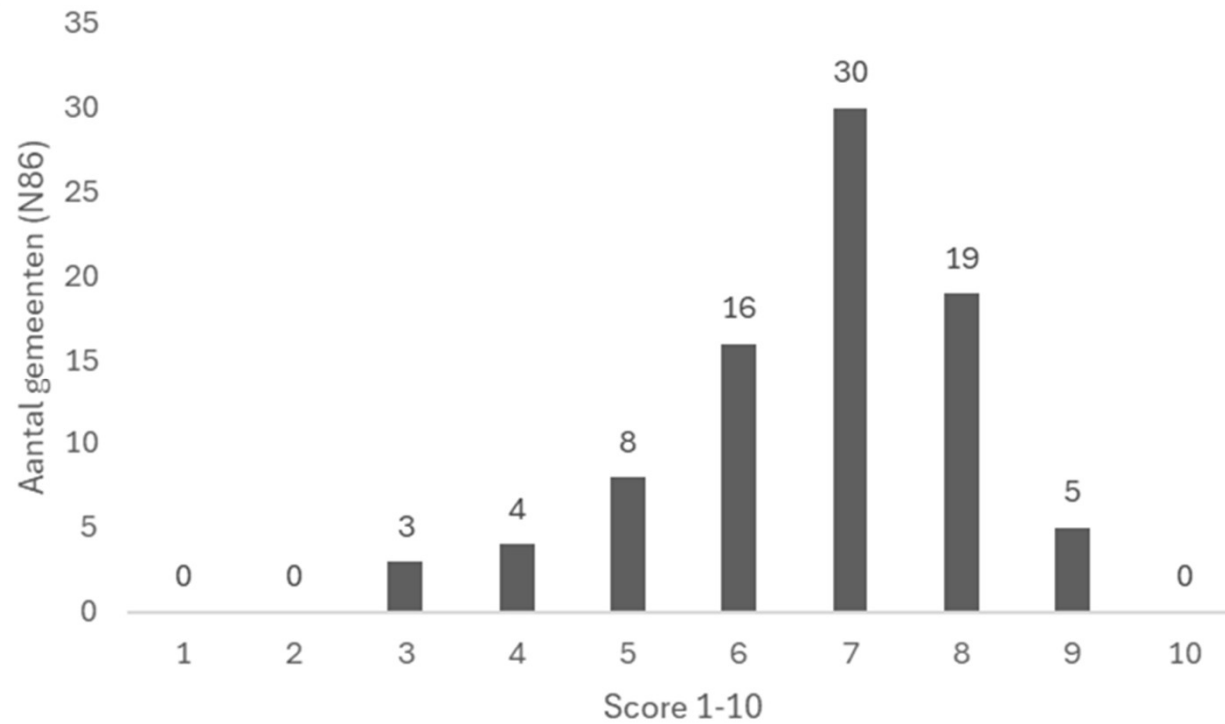
Samenwerking met beleidsterreinen binnen gemeenten



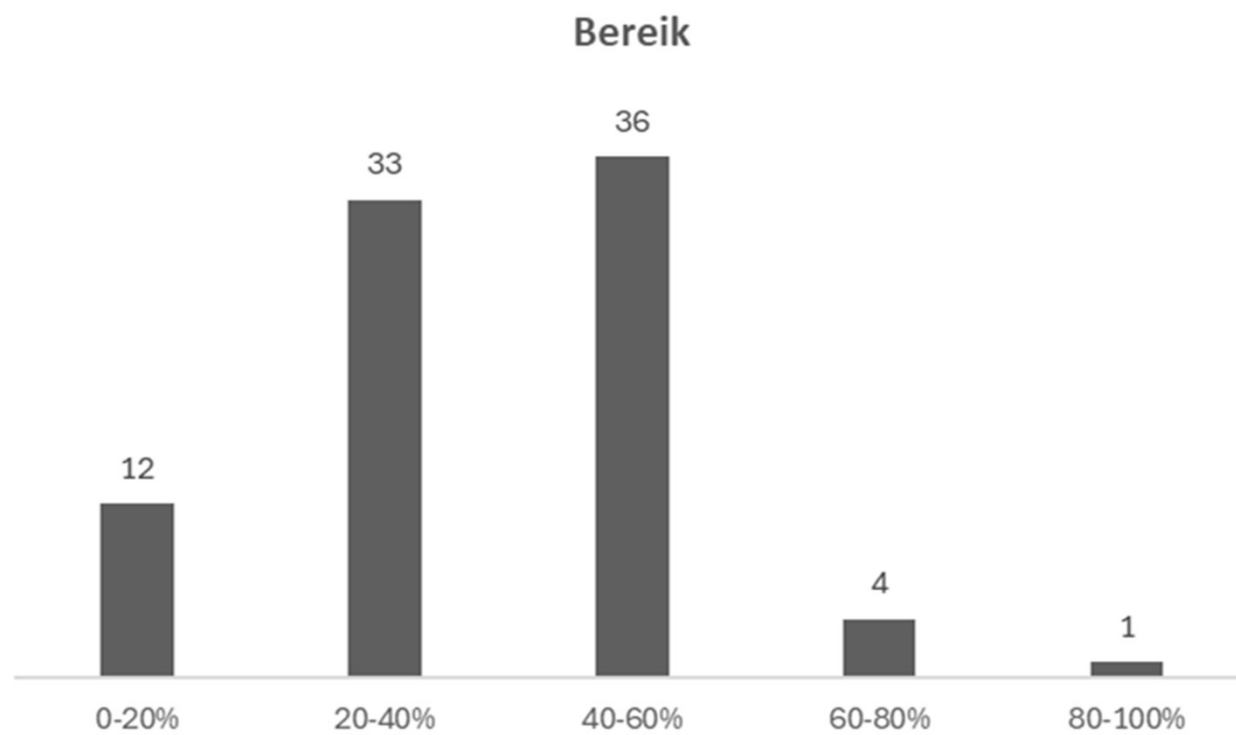
Tevredenheid bestuurlijke betrokkenheid



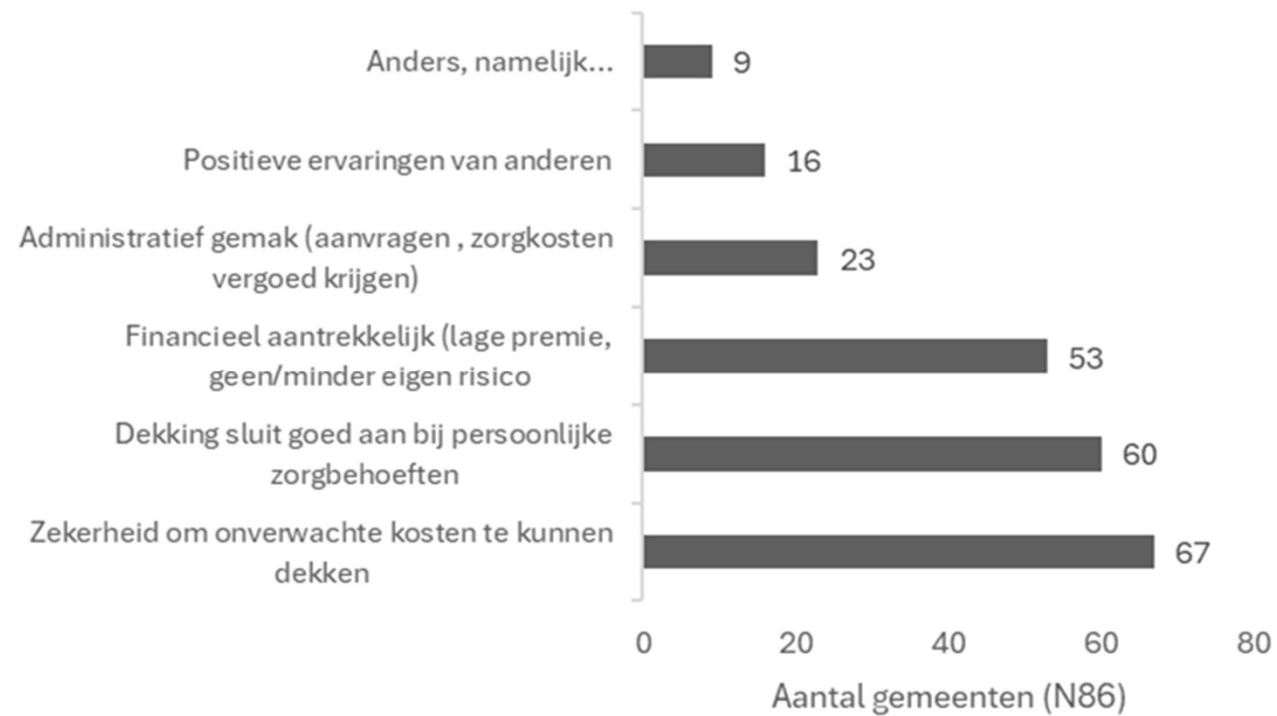
Bestuurlijke relevantie gemeentepolis



Geschat bereik



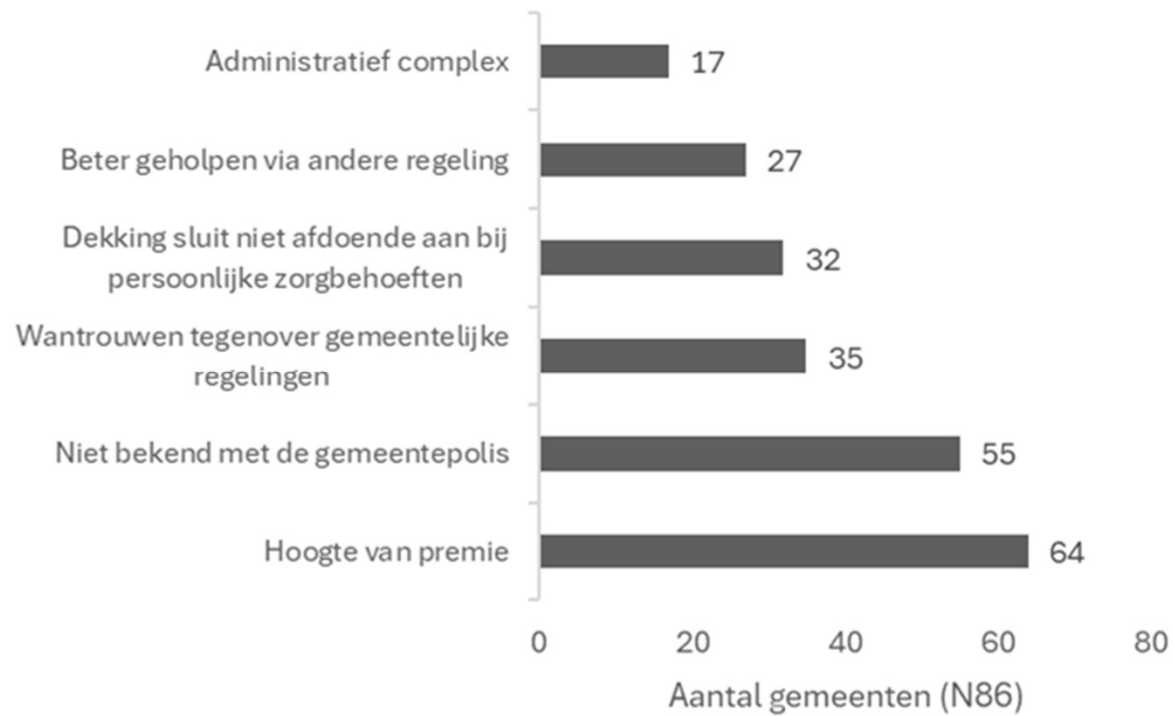
Redenen voor deelname aan gemeentepolis



Andere redenen van deelname, namelijk:

- Nieuwkomers
- Gevoel van veiligheid in een moeilijke commerciële wereld
- Gewoonte
- Meeverzekerden eigen risico
- Vergoeding kosten / gemeentelijke bijdrage

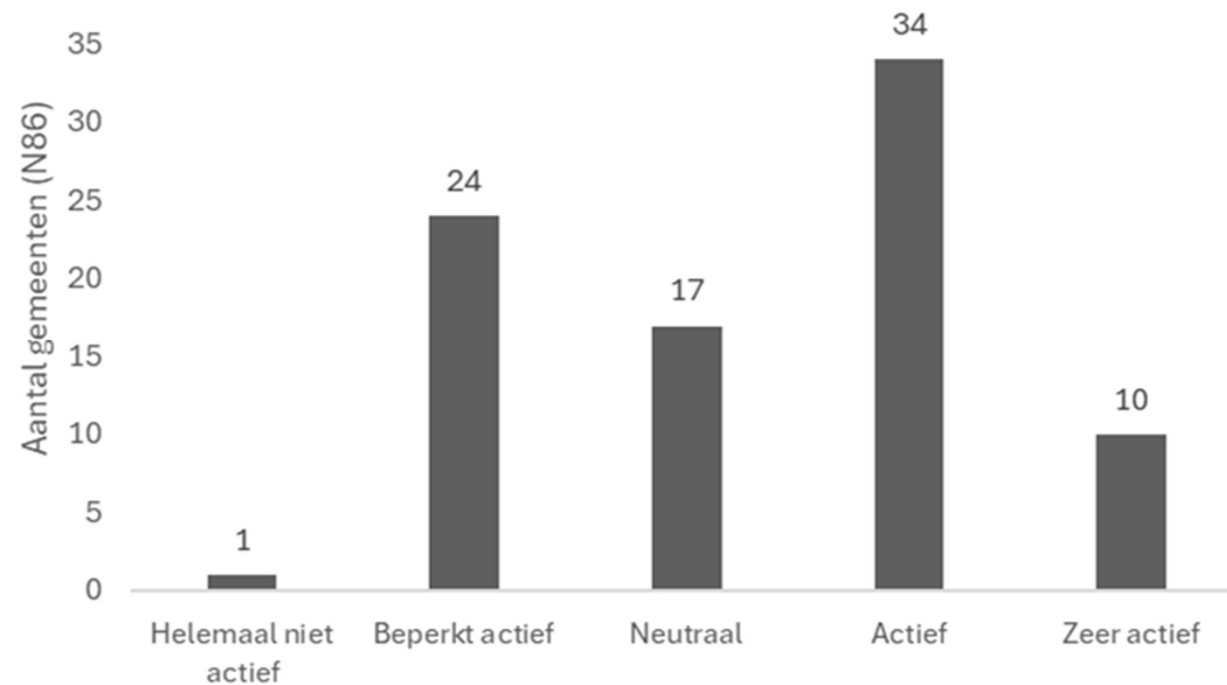
Redenen waarom geen deelname gemeentepolis



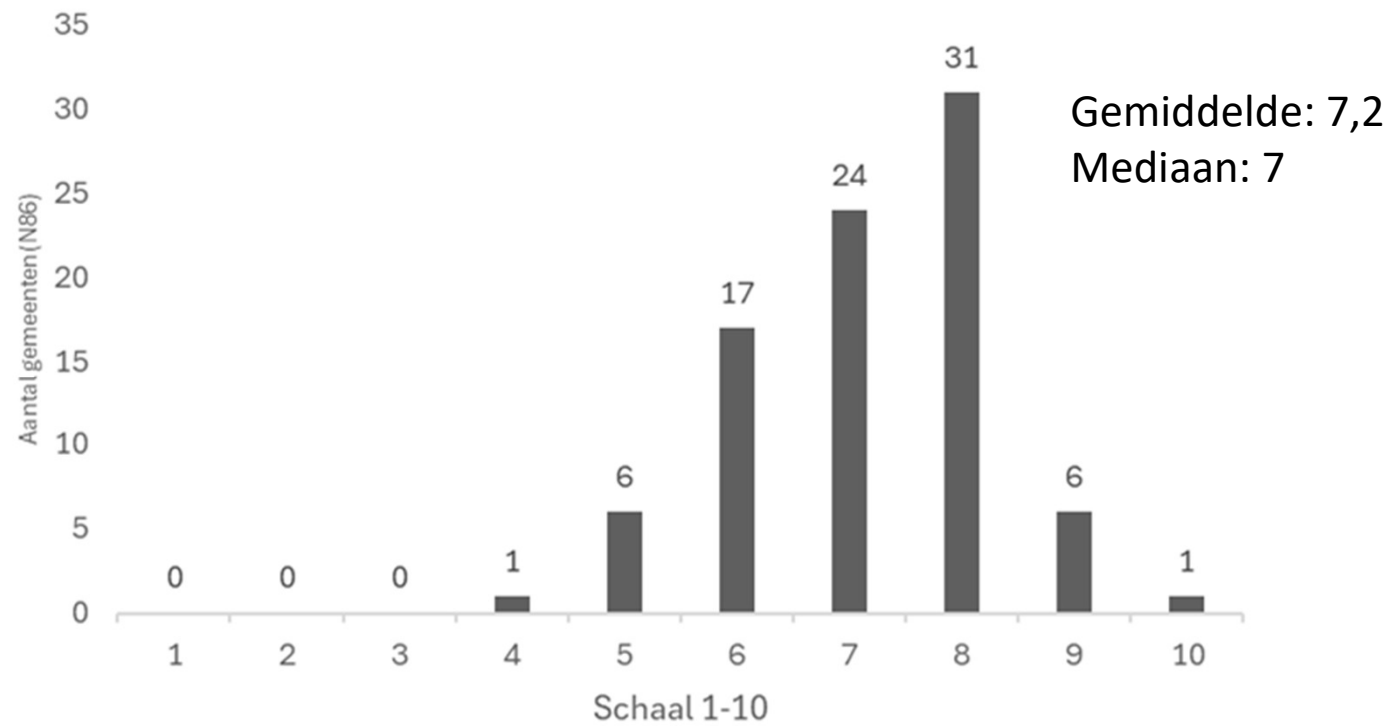
Andere redenen van geen deelname, namelijk:

- Wanneer men geen hoge zorgkosten heeft dan is de gemeentepolis minder aantrekkelijk. Een andere aanbieder kan dan goedkoper zijn.
- Kiezen vaak alleen voor de basisverzekering door de hoge premie
- Overstappen naar een andere zorgverzekeraar geeft onzekerheid, zeker bij inwoners die al gebruik van medische zorg
- Niet iedereen wil het eigen risico gespreid betalen` (moet bij een bepaalde polis) en schulden bij een zorgverzekering
- Veel ouderen staan in het algemeen niet open om over te stappen op een andere verzekering. Zowel naar de gemeentepolis als reguliere zorgverzekeringen.

Hoe actief brengen gemeenten en zorgverzekeraars de GP onder de aandacht?



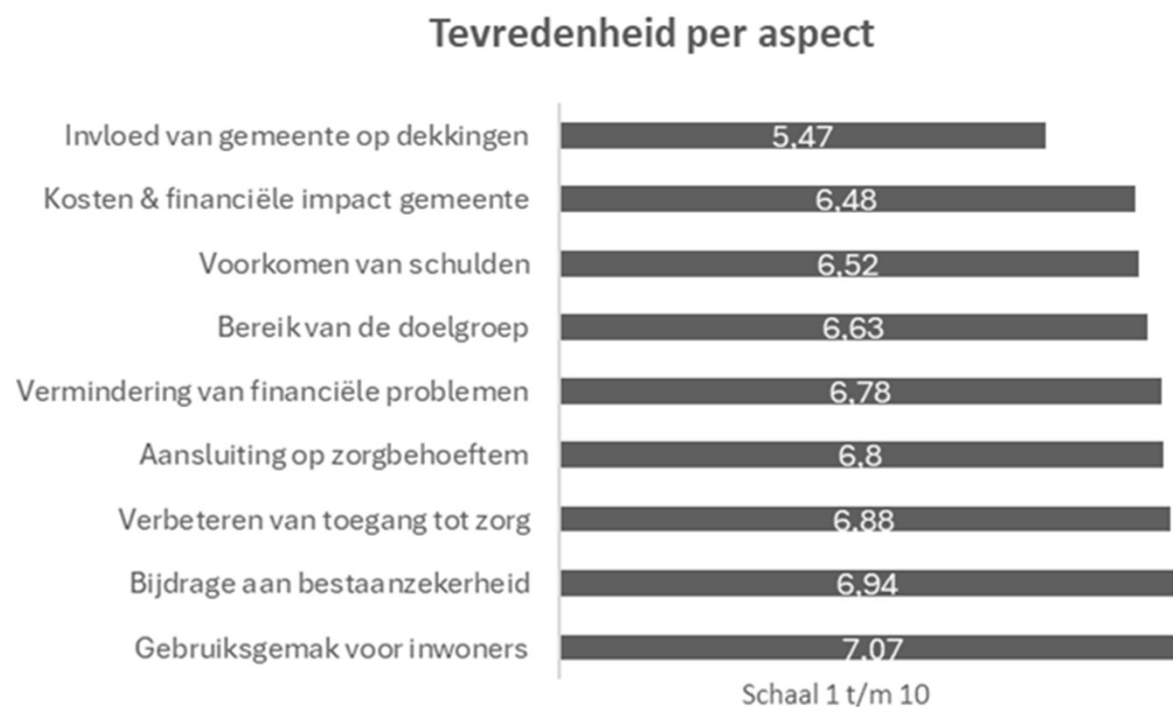
Hoe beoordeelt u als gemeente de gemeentepolis?



Uitleg tevredenheidscijfer gemeenten

- De gemeentepolis is bij uitstek hét instrument om zorg toegankelijk te maken voor mensen met weinig geld en inkomen. Het voorkomt betalingsachterstanden of schulden door onverwachte zorgkosten.
- Het is inhoudelijk een standaard pakket dat de zorgverzekeraars aanbieden en dat heeft z'n beperkingen. Er lijkt weinig ruimte voor onderhandeling wat in het pakket komt en wat niet.
- Wij zijn tevreden met de gemeentepolis, omdat het veel medische kosten dekt die niet vanuit de bijzondere bijstand betaald worden. trekkelijk. Een andere aanbieder kan dan goedkoper zijn.
- De premie is relatief hoog en niet altijd voor inwoners met een laag inkomen de beste optie. Toch wordt snel daarnaar verwezen.
- Het geeft voor deelnemers in ieder geval wel een rustig gevoel doordat ze weten dat eventuele zorgkosten en eigen risico gedekt zijn.
- De gemeentepolis is een goed instrument om met inwoners het gesprek aan te gaan. Op een zorgverzekering zit minder schaamte dan op schulden.

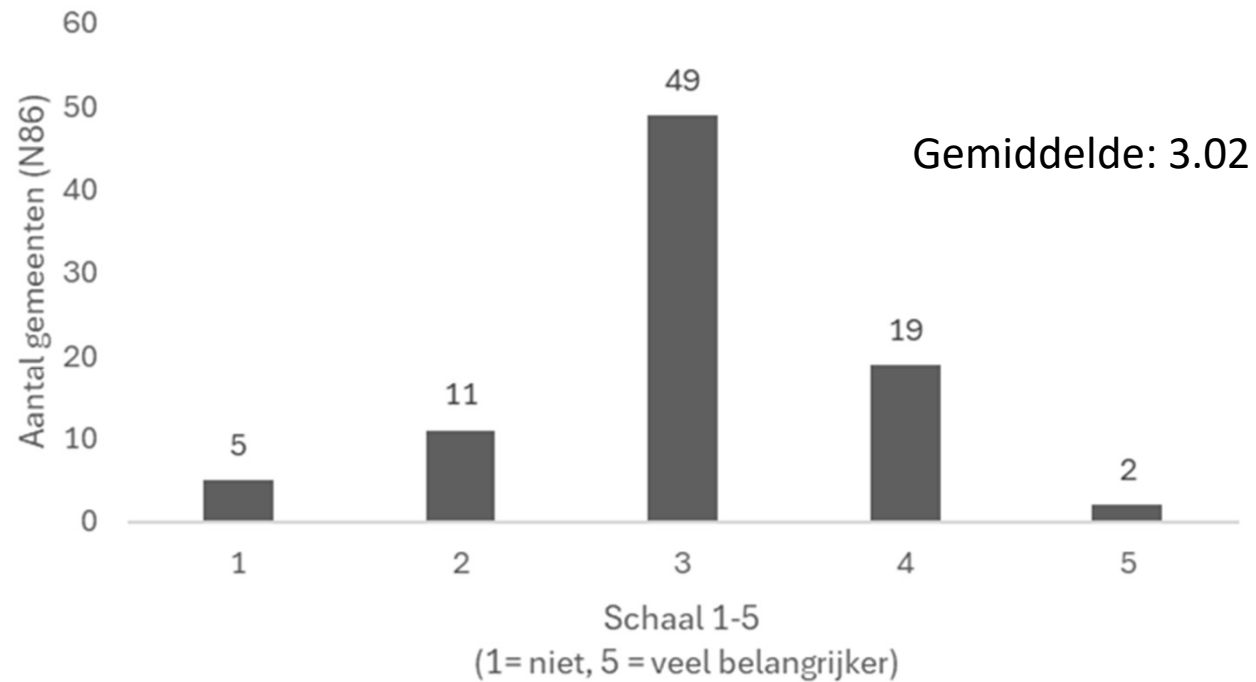
Gemiddelde score van tevredenheid aspecten gemeentepolis



Wat moet er met prioriteit verbeterd worden?

- Loskoppelen van tandartsverzekering aan verplichte andere aanvullende verzekering
- Wat de zorgverzekeraars aanbieden en dat heeft z'n beperkingen. Er lijkt weinig ruimte voor onderhandeling wat in het pakket komt en wat niet.
- Gemeenten moeten beter inzicht geven in het gebruik van de aanvullende verzekering. Nu weten we niet in welke mate de AV wordt aangesproken en waarvoor.
- Meer ruimte voor gemeenten om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan over wat er wel en niet in een aanvullend pakket komt.
- De premie is relatief hoog en niet altijd voor inwoners met een laag inkomen de beste optie.
- Meer vergoedingen voor tandartskosten opnemen in de polis.
- Geanonimiseerde inzage in zorggebruik van deelnemers. Wij hebben geen zicht op het daadwerkelijke gebruik.
- Meer differentiatie in de pakketten, bijvoorbeeld voor jongeren of mensen met weinig zorggebruik.

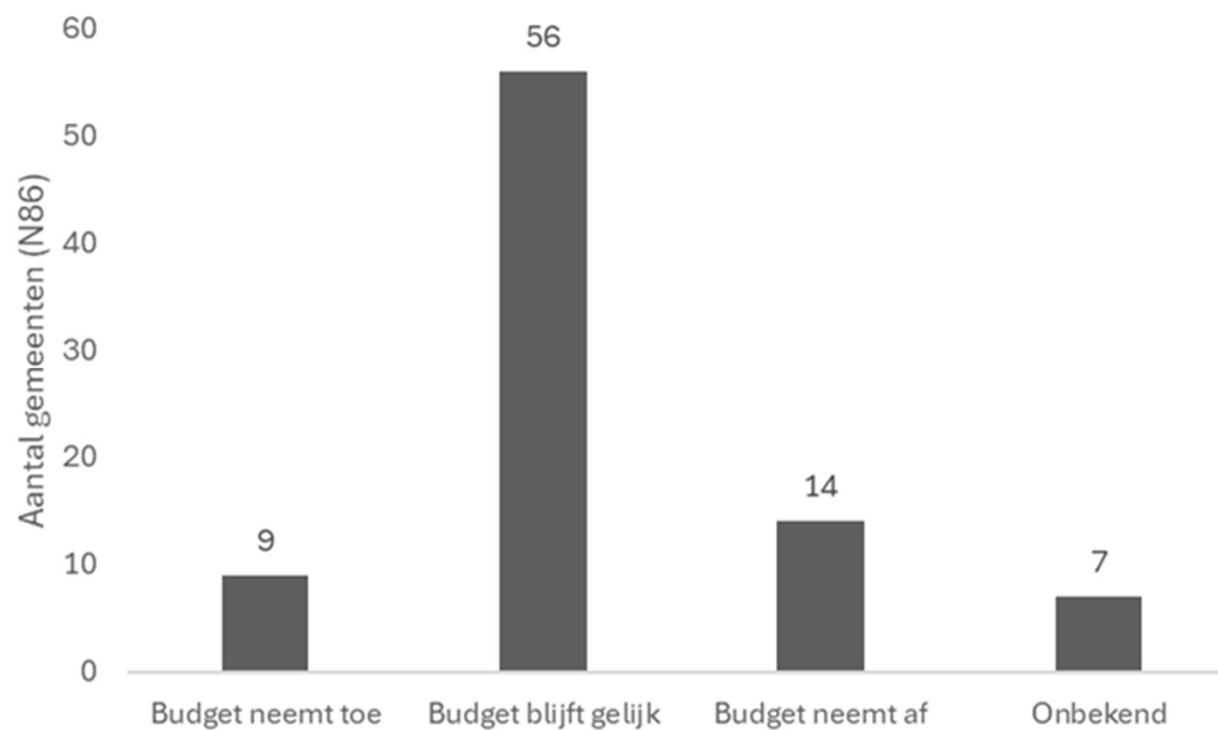
Schatting ontwikkeling belang gemeentepolis binnen gemeenten



Toelichting ontwikkeling belang gemeentepolis:

- De zorg staat onder druk, de zorgverzekering wordt steeds duurder. Een goed, betrouwbaar en betaalbaar aanbod voor inwoners met een laag inkomen wordt alleen maar belangrijker om zorgmijding te voorkomen.
- Het is al geruime tijd een instrument van het minimabeleid. Ik verwacht niet dat het belangrijker of minder belangrijk gaat worden.
- Vanwege de ravijnjaren zie ik de polis niet een grotere rol innemen binnen het beleid.
- We zetten meer in op communicatie en hopen op die manier meer inwoners te bereiken.
- Er is meer kritiek of dit de juiste manier is om de middelen te besteden, en dit is lastig te onderbouwen.

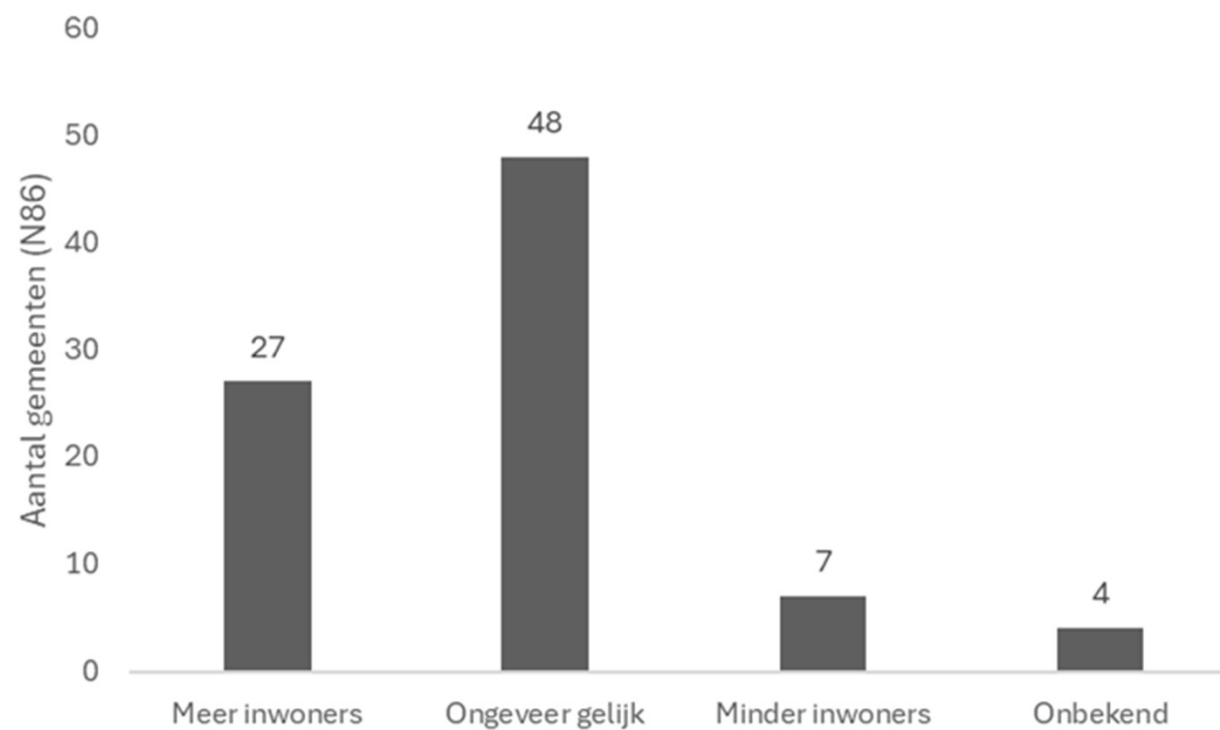
Verwachte ontwikkeling budget voor gemeentepolis



Toelichting budgetsverwachting:

- Het is al geruime tijd een instrument van het minimabeleid. Ik verwacht niet dat het belangrijker of minder belangrijk gaat worden.
- Vanaf 2028 is het financieel perspectief van onze gemeente niet goed. Omdat de gemeentepolis geen wettelijke verplichting is, staat deze op de groslijst van mogelijke bezuinigingen
- Als het effect en de mate van gebruik niet inzichtelijk zijn, is de onderbouwing mager en dat werkt de discussie of we dit moeten behouden in de hand.
- Wij verwachten een toename in het aantal aanvragen door beleidswijzigingen, waardoor ook het budget zal moeten stijgen
- Dit is afhankelijk van landelijke ontwikkelingen en de uitkomst van de lokale verkiezingen.

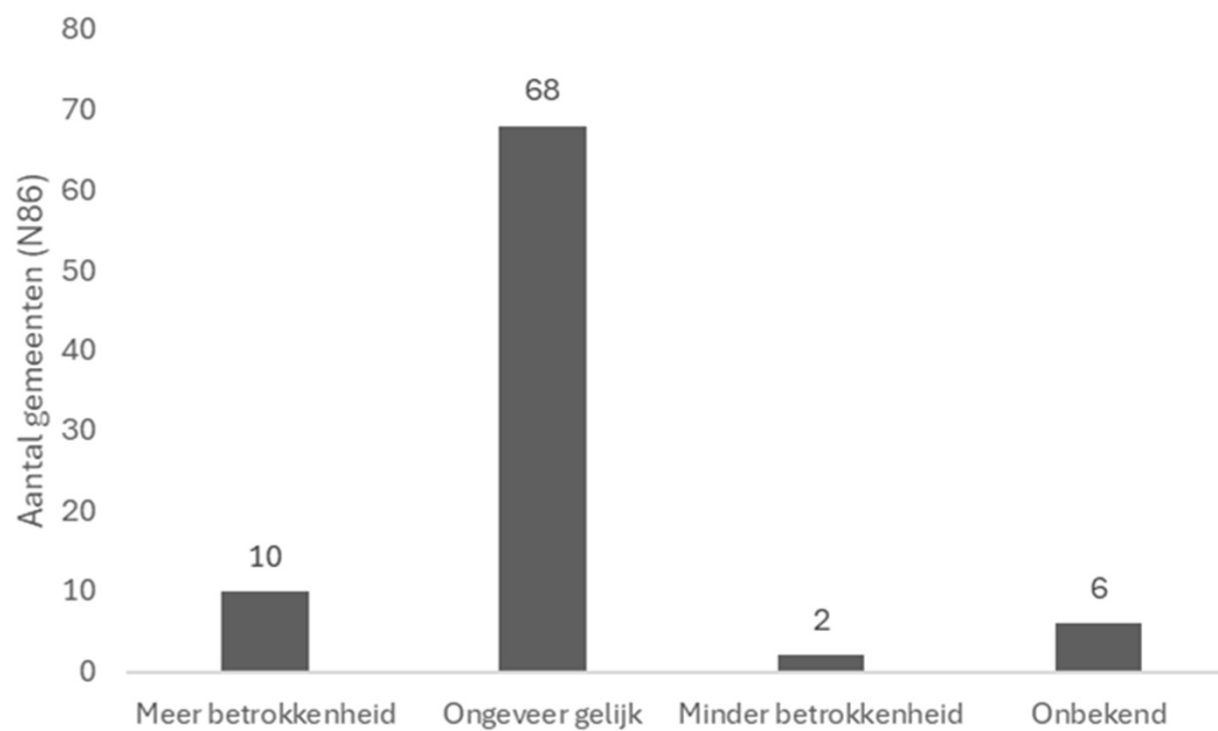
Verwachting bereik komende jaren



Toelichting verwachte ontwikkelingen bereik:

- Ik verwacht dat het aantal deelnemers ongeveer gelijk zal blijven, omdat dit al jaren stabiel is.
- Door informatiebijeenkomsten, inloopspreekuren en campagnes streven we ieder jaar naar meer inwoners.
- Wanneer de prijzen stijgen, haken inwoners af. Mensen moeten keuzes maken.
- De doelgroep van de gemeentepolis is net uitgebreid. Het zal wat tijd kosten voordat die volledig is bereikt.
- Geen goed zicht op

Verwachting betrokkenheid zorgverzekeraars komende jaren



Toelichting ontwikkelingen betrokkenheid zorgverzekeraars:

- We zijn net een nieuwe contractering ingegaan waarbij strategisch partnerschap een belangrijk onderdeel was.
- De betrokkenheid van de verzekeraar komt vooral voort uit maatschappelijke betrokkenheid en niet uit winstbejag.
- Bij minder volume wordt de betrokkenheid ook minder groot.
- Geen goed zicht op

Aanvullende opmerkingen of suggesties die relevant zijn voor dit onderzoek?

- Mondzorg is een belangrijk onderwerp in Nederland, en dus ook in onze gemeente. Hoe meer vergoedingen voor mondzorg in de gemeentepolis kunnen worden opgenomen hoe beter.
- Het zou mooi zijn als de gemeentepolissen middels een vergelijkingssite ook met regulier verkrijgbare polissen te vergelijken zijn.
- Goed kijken naar de zorgbehoefte van de doelgroep van de gemeentepolis en daar de polis en de financiering (gemeente) op afstemmen.
- Wij hebben momenteel onvoldoende in zicht wat daadwerkelijke effecten zijn van de gemeentepolis.
- De hoogte van de premie blijft een belangrijk aandachtspunt.