Fact-finding
Gemeentelijke collectiviteiten

Kenmerk 201865006.017.002



Opdrachtgever	Ministerie van VWS
Datum	Zwolle, 28 september 2020
Auteur(s)	Dolf Zuidhof en Peter Zuidhof

Inhoud

1.	Inleiding	4
2.	Onderzoeksvragen	6
3.	De feiten	8
3.1	De collectieve ziektekostenverzekering als gemeentelijk instrument voor het verzekeren van (para)medische zorg	8
3.2	Trends in de gemeentelijke collectiviteit voor minima	11
3.3	Regelingen voor compensatie van zorg(gerelateerde) kosten 2010-2020	24
4.	(Management)samenvatting	28
Bijlage 1	Regelingen voor compensatie van zorg- en zorggerelateerde kosten voor minima	30
Bijlage 2	Resultaat onderzoek onder 25 gemeenten	31
Bijlage 3	Wijze van onderzoek	34

1. Inleiding

In de offerteaanvraag schetst het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de volgende achtergrond voor de opdracht:

“Eenmaal per jaar kunnen verzekerden opnieuw een keuze maken voor een voor hen best passende zorgverzekeringspolis. Alle verzekerden moeten zich vrij voelen om over te stappen. De dreiging van dat alle verzekerden over kunnen stappen naar een concurrent, moet zorgverzekeraars stimuleren om een zo goed mogelijk zorgaanbod in te kopen voor een scherpe prijs. Op die manier dragen zij bij aan het betaalbaar houden van de zorg in Nederland. Een duidelijk polisaanbod, al dan niet in een herleidbare vorm van een collectiviteit, helpt verzekerden bij het maken van een keuze voor een goede polis.

In de afgelopen jaren is er veel gezegd en geschreven over het polisaanbod[1]. Verzekerden vinden het aanbod te groot en geven aan door de bomen het bos niet meer te zien. Er zijn veel polissen die op elkaar lijken of nagenoeg identiek zijn, maar onder een ander label worden verkocht. Dat draagt bij aan de onoverzichtelijkheid voor verzekerden.

Het aanbod van collectiviteiten bedraagt 47.000, waarvan een deel voor iedereen zichtbaar is. Collectiviteiten hebben daarmee een substantiële bijdrage aan het polisaanbod.
De Zorgverzekeringswet (hierna te noemen Zvw) kent een verbod op premiedifferentiatie, met collectiviteitskorting tot 5% (tot 2020: 10%) als uitzondering. De bedoeling van collectiviteiten is dat verzekeraars voor een specifieke groep de zorg scherper zouden kunnen inkopen. De besparing die dat zou genereren zou teruggegeven mogen worden in de vorm van een korting. Recent onderzoek (zie Kamerstuk 29689, nummer 1069) laat echter zien dat kruissubsidiëring ten aanzien van de collectiviteitskorting niet uit te sluiten is.

Binnen de collectiviteiten vormen de gemeentelijke collectiviteiten voor minima (GCM) een aparte groep. Gemeenten maken met een of meer verzekeraars afspraken over de aan te bieden basisverzekering, een of meer aanvullende pakketten voor een groep mensen met een laag inkomen in hun gemeente. De gemeente maakt afspraken voor deze groep en ontvangt, afhankelijk van de verzekeraar wel of geen collectiviteitskorting.

Gemeenten verstrekken vaak een bijdrage voor de premie van de aanvullende verzekering. Gemeenten zijn de verzekering steeds meer gaan benutten als substituut voor de individuele bijzondere bijstand. De aanvullende verzekering geeft dan extra dekking en vergoedingen. Denk hierbij aan de afkoop van eigen bijdragen voor brillen of gebitsprothesen. Vergoedingen die mensen weinig aanvroegen bij de bijzondere bijstand, werden wel aangevraagd bij de zorgverzekeraar. Het niet-gebruik ging omlaag, de gemeente had minder uitvoeringskosten en kon de middelen besteden aan het ‘gebruik van de aanspraken’ in plaats van aan uitvoeringskosten.

[1] Onderzoek Fact-finding collectiviteiten in de zorgverzekeringswet, Zorgweb 2016, Kamerstukken II 2015/16, 29 689, nr. 729), onderzoek NZa Monitor Collectiviteiten, NZa 2016, Kamerstukken II 2016/17, 29 689, nr. 770), ACM, Consumentenonderzoek naar de zorgverzekeringsmarkt, 2017, Kamerbrief januari 2018, Kamerstukken II 2017/18, 29689 nr. 886, Kamerbrief juni 2018, Kamerstukken II 2017/18, 29689 nr 917, inclusief rapport Nulmeting Polisaanbod

De dekkingen en vergoedingen zijn de afgelopen twintig jaar steeds verder uitgebreid, bijvoorbeeld met de compensatie van de eigen bijdrage voor de Wmo en het herverzekeren van het verplicht eigen risico. Meer dekking leidt tot een hogere premie, maar omdat dit feitelijk substitutie is voor het beleid van de (individuele) bijzondere bijstand vergt dit een zorgvuldige compensatie vanuit de gemeente, om zodoende de polis voor alle minima financieel aantrekkelijk te houden. De gemeentelijke collectiviteiten voor minima staan de afgelopen jaren regelmatig ter discussie. Niet alle gemeenten lukt het nog om een polis af te sluiten."

Tegen deze achtergrond heeft het ministerie van VWS Zorgweb gevraagd nader onderzoek te doen naar deze gemeentelijke collectiviteiten.

2. Onderzoeksvragen

Het ministerie van VWS wil inzicht in de feitelijke ontwikkeling rondom gemeentelijke collectiviteiten voor minima. Deze collectiviteiten hebben een sterke verwevenheid met het gemeentelijke beleid voor de inkomensondersteuning aan minima en mensen met gezondheidsproblemen, en we zoeken naar de trends in deze ontwikkeling.
Gegevens van de afgelopen 10 jaar worden bekeken om meer inzicht te krijgen in de onderstaande onderwerpen:

<u>Aantallen en dekking</u>

1. Hoeveel gemeenten hebben een gemeentelijke collectiviteit voor minima?
2. Wat is de bandbreedte van de inkomensgrenzen en de gemiddelde inkomensgrenzen die gemeenten hanteren om in aanmerking te komen voor deelname aan de gemeentelijke collectiviteit voor minima?
3. Hoeveel personen namen deel aan de gemeentelijke collectiviteit voor minima? Verdeel deze groep in deelnemers ouder en jonger dan 18 jaar.
4. Hoeveel polissen voor de basisverzekering worden er per gemeente aangeboden? Maak onderscheid indien dit verschillende verzekeraars betreft.
5. Hoeveel aanvullende verzekeringen worden er per gemeente aangeboden?
6. Indien meerdere aanvullende verzekeringen worden aangeboden, maak dan inzichtelijk voor welke polis verzekerden kiezen.
7. Benoem de extra dekking in de aanvullende verzekering voor de collectief verzekerden in vergelijking met de reguliere aanvullende verzekering. Maak inzichtelijk hoe vaak bepaalde extra aanspraken zijn opgenomen in het aanbod voor minima.
8. Benoem de extra vergoedingen via de aanvullende verzekering voor de collectief verzekerden. Denk hierbij aan de vergoeding van de eigen bijdrage voor de Wmo voor minima.
9. Druk het antwoord bij 6 en 7 uit in een financiële waarde van de extra dekking/vergoeding. Maak dit inzichtelijk aan de hand van de gemiddelde dekking.
10. Maak inzichtelijk welke extra aanspraken zijn opgenomen in de aanvullende polis na het afschaffen van de Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten (Wtcg) en de Compensatieregeling Eigen Risico.

De resultaten van “aantallen en dekking” staan beschreven in hoofdstuk 3.2.

<u>Premie en financiering</u>

11. Wat was de bandbreedte van de korting en de gewogen gemiddelde korting voor de basisverzekering?
12. Wat was de bandbreedte van de korting en de gewogen gemiddelde korting voor de aanvullende verzekering?
13. Wat was de bandbreedte van de gemeentelijk bijdragen en de gewogen gemiddelde gemeentelijke bijdrage?
14. Worden er, naast de bijdrage in de premie voor de aanvullende verzekering, nog andere kosten verrekend tussen zorgverzekeraar en gemeente? Druk dit uit als percentage van de extra dekking die is afgesproken.

De resultaten van “premie en financiering” staan beschreven in hoofdstuk 3.2.

<u>Beleidsmatige feiten</u>

15. Benoem de relevante institutionele ontwikkelingen rondom gemeentelijke collectiviteiten. Denk hierbij aan wetswijzigingen met betrekking tot de bijstand, de zorgverzekering of andere veranderingen.

16. Hoeveel gemeenten hanteren de collectieve zorgverzekering voor minima als voorliggende voorziening om in aanmerking te komen voor de bijzondere bijstand?
17. Maak inzichtelijk welke regelingen gemeenten aanbieden om tegemoet te komen in de kosten voor zorg en ondersteuning, buiten de gemeentepolis om. Laat zien hoe vaak een bepaalde voorziening wordt ingezet en hoeveel gemeenten een andere voorziening aanbieden naast de collectieve zorgverzekering voor minima.

De resultaten van “beleidsmatige feiten” staan beschreven in hoofdstuk 3.3.

3. De feiten

In dit hoofdstuk worden per onderzoeksvraag de resultaten van het onderzoek gepresenteerd.

In paragraaf 1 gaan we in op de ontstaansgeschiedenis van de GCM in 1995 en op enkele ontwikkelingen die daarop volgen: de invoering van de Zvw in 2006, de afschaffing van de CER en de Wtcg in 2014 en ontwikkelingen rondom de GCM als gemeentelijke voorziening. In paragraaf 2 worden de 14 vragen beantwoord die betrekking hebben op de GCM. In paragraaf 3 bespreken we vervolgens de beleidsmatige feiten aan de hand van de vragen 15, 16 en 17.

3.1 De collectieve ziektekostenverzekering als gemeentelijk instrument voor het verzekeren van (para)medische zorg

Ontstaansgeschiedenis (1995)

Dit instrument is ontwikkeld in de periode voorafgaand aan de Zvw. De Nederlandse bevolking was verzekerd via het ziekenfonds of had een particuliere ziektekostenverzekering afgesloten. Aanleiding voor dit initiatief was dat gemeenten bij het verstrekken van bijzondere bijstand (voor medische kosten) te maken hadden met een relatief laag bereik en hoge uitvoeringskosten. Aan de kant van de verzekeraar ontstond de wens voor een samenwerking met gemeenten door het relatief hoge aantal wanbetalers. De GCM werd gezien als een goed alternatief voor de bijzondere bijstand.

De verwachtingen over de regeling in 1995 op een rij:

- Meer minima zijn beter verzekerd door een bestaande aanvullende verzekering (AV) uit te breiden met kostensoorten die voorheen via de bijzondere bijstand konden worden aangevraagd.
- De premie blijft betaalbaar: de verzekeraar geeft korting op de AV en de gemeente voegt een aantal kostensoorten toe: het gemeentepakket. Dit leidt tot een gemeentelijke collectiviteit voor minima (de GCM). De gemeentelijke vergoeding vindt plaats in de vorm van een bijdrage in de premie van de GCM.
- Meer minima maken gebruik van de bijzondere bijstand (ondergebracht in het gemeentepakket) als het via het loket van de verzekeraar wordt uitgekeerd. De drempel om vergoedingen aan te vragen ligt bij de verzekeraar lager dan bij de gemeente.
- Minder uitvoeringskosten voor gemeenten. De gemeente was in die periode ongeveer 5x zoveel uitvoeringskosten kwijt als de verzekeraar.
- Minder wanbetalers bij verzekeraars als de gemeente de premie bij bijstandsgerechtigden wil inhouden op de uitkering en deze vervolgens uitbetaalt aan de verzekeraars.

De invoering van de Zorgverzekeringswet (2006)

Vanaf 2006 is de Zvw van kracht voor alle Nederlanders. In deze wet is opgenomen voor welke zorgkosten Nederlanders verplicht verzekerd zijn. Verzekeraars voeren deze wet uit. Enkele kenmerken: er is een verbod op premiedifferentiatie en er geldt een acceptatieplicht. Ook mogen verzekeraars vanaf 2006 collectiviteiten voor een specifieke groep aanbieden met een korting tot maximaal 10% (per 2020 is dat maximaal 5%). Ten tijde van het ziekenfonds was het alleen mogelijk om korting te geven op de aanvullende verzekeringen. In de basisverzekeringen zijn een aantal drempels ingebouwd om ervoor te zorgen dat verzekerden ook zelf een deel van de kosten voor eigen rekening blijven nemen. Het gaat om het verplicht eigen risico (ER) en eigen bijdragen dan wel eigen betalingen voor een aantal zorgkosten. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de vraag of deze eigen bijdragen en eigen betalingen worden gecompenseerd binnen de GCM. Met daarbij de kanttekening dat individuele gemeenten afspraken maken rondom de GCM met de afzonderlijke verzekeraars. Er wordt ook nagegaan in welke contracten er wel of geen aanvullende afspraken op deze onderdelen zijn gemaakt.

Omdat de nominale premie voor de Zvw hoger is dan onder het ziekenfonds, wordt via de Zorgtoeslag geregeld dat verzekerden met een lager dan modaal inkomen een gedeeltelijke compensatie ontvangen voor de premie en het verplichte eigen risico (het deel dat een verzekerde gemiddeld opmaakt aan eigen risico). Voor de doelgroep van de GCM, de minima, geldt de maximale toeslag.

Via de risicoverevening worden verzekeraars financieel gecompenseerd voor verzekerden met een voorspelbaar ongunstig risicoprofiel in termen van gezondheid én voor somatische en geestelijke chronische aandoeningen. De risicoverevening houdt onder meer rekening met de aard van het inkomen (bijstandsgerechtigden lopen gemiddeld een hoger risico) en met de Sociaal Economische Status (verzekerden met een lage SES lopen gemiddeld een hoger risico). Door de jaren heen is die verevening verbeterd door het toevoegen van de categorie verzekerden met een zeer lage SES en langdurig arbeidsongeschikten. Ook is het opleidingsniveau toegevoegd.

Omdat het feitenonderzoek zich richt op de periode 2011-2020 worden geen feiten onderzocht voorafgaand aan de invoering van de Zvw.

Inkomensgrenzen gemeentelijke bijdrage

Tot 2012 waren de gemeenten vrij in het vaststellen van de inkomensgrens voor het verschaffen van categoriale bijzondere bijstand in de vorm van een bijdrage in de premie van de GCM. Bij categoriale bijzondere bijstand is het alleen nodig dat de gemeente vaststelt of iemand aan de voorwaarden, bijvoorbeeld de inkomensnorm, voldoet. Er wordt in tegenstelling tot de individuele bijzondere bijstand geen onderzoek gedaan naar persoonlijke omstandigheden. In 2012 is de inkomensgrens voor het verschaffen van categoriale bijzondere bijstand vastgesteld op maximaal 110% van de toepasselijke bijstandsnorm. In 2015 zijn de categoriale vormen van bijzondere bijstand afgeschaft met uitzondering van de stadspas en de bijdrage van de gemeente in de premie van de GCM. Voor die premiebijdrage is de maximale inkomensgrens van 110% weer komen te vervallen.

Dat betekent dat gemeenten met uitzondering van de jaren 2012-2014 vrij zijn in het bepalen van de inkomensgrenzen en dus ook in de omvang van de doelgroep die gebruik zou kunnen maken van gemeentelijke tegemoetkoming in de premie.

Landelijke regelingen voor chronisch zieken

Tot 2014 zijn er twee landelijke compensatieregelingen van kracht, de Wtcg en de Compensatieregeling Eigen Risico (CER).

Tussen 2009 en 2014 is de tegemoetkoming vanuit de Wtcg een doelgroepgerichte forfaitaire regeling voor alle chronisch zieken en gehandicapten van € 150 tot € 500, afhankelijk van leeftijd en zorggebruik. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om extra stookkosten en extra uitgaven voor kleding. Vanaf 2012 is de regeling inkomensafhankelijk.

Bij de invoering van de compensatieregeling eigen risico (CER) wordt verondersteld dat chronisch zieken en gehandicapten hun verplichte eigen risico zorgverzekering ieder jaar volledig zouden betalen omdat een chronische aandoening extra kosten met zich meebrengt. De CER compenseert daarom een deel van dat eigen risico. In 2013 was dat bijvoorbeeld € 99.

Deze landelijke regelingen zijn per 1 januari 2014 afgeschaft, omdat de declaratiedata onvoldoende duidelijk maakten of iemand wel of niet onder de doelgroep viel. Daardoor kwamen de vergoedingen soms bij mensen terecht die niet chronisch ziek waren en niet altijd bij mensen die wel chronisch ziek waren.

Vanuit de gedachte dat gemeenten hun eigen inwoners beter kennen en hen gerichter kunnen ondersteunen is in 2014 € 45 miljoen in het gemeentefonds gestort oplopend tot 268 miljoen in 2017. Gemeenten werden vrijgelaten deze gelden naar eigen invulling te besteden. Deze ontwikkeling zou kunnen leiden tot aanpassingen van de GCM ten behoeve van chronisch zieken. Omdat niet alle minima chronisch ziek zijn en niet alle chronisch zieken minima zijn kunnen de volgende vragen worden gesteld:

- Zijn er in 2014 (of later) door gemeenten kostensoorten toegevoegd aan het gemeentepakket die speciaal bestemd zijn voor chronisch zieken?
- Hebben gemeenten de inkomensgrenzen verhoogd, om ook chronisch zieken die geen minimuminkomen hebben deel te laten nemen aan de GCM?

In paragraaf 3.3 wordt aan de hand van een onderzoek onder 25 gemeenten een aantal andere gemeentelijke instrumenten genoemd die zijn ingezet om chronisch zieken te compenseren.

3.2 Trends in de gemeentelijke collectiviteit voor minima

Hoeveel gemeenten hebben een gemeentelijke collectiviteit voor minima?

Tabel 1 Percentage gemeenten met gemeentelijke collectiviteit voor minima

Gemeenten	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Met GCM	97%	97%	97%	97%	98%	99%	99%	98%	98%	95%

Volgens opgave van BS&F waren er 421 gemeenten in 2011 waarvan er 410 een GCM hadden. De afgelopen jaren is een afname te zien, in 2020 hebben 339 van de 355 gemeenten een GCM. Volgens BS&F is de belangrijkste reden hiervan dat sommige verzekeraars de aanbieding niet verlengden. Ook zijn er een paar gemeenten gestopt vanwege bezuinigingen. Zie verder paragraaf 3.3. voor concrete voorbeelden van gemeenten die een alternatief voor de GCM hebben ontwikkeld om chronisch zieken te compenseren voor zorgkosten.

Welke inkomensgrenzen hanteren gemeenten om in aanmerking te komen voor deelname aan de gemeentelijke collectiviteit voor minima?

De GCM is bedoeld voor mensen met een minimuminkomen. Gemeenten kiezen een maximum inkomensgrens om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor de GCM. Deze inkomensgrens is per gemeente verschillend en loopt van 100% van de bijstandsnorm tot 150% van de bijstandsnorm. Des te hoger de inkomensgrens des te meer minima kunnen kiezen voor de GCM.

Tabel 2 Inkomensgrenzen gemeenten voor deelname gemeentelijke collectiviteit voor minima

Inkomensgrens	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
100% - 110%	40%	55%	58%	85%	42%	25%	21%	13%	11%	11%
110% - 120%	56%	42%	40%	14%	29%	39%	41%	49%	48%	50%
120% - 130%	4%	3%	2%	1%	28%	34%	36%	36%	39%	38%
vanaf 130%	0%	0%	0%	0%	1%	2%	2%	2%	2%	1%

De trendbreuk in 2014 is te verklaren door de maatregel die in 2012 is genomen om de inkomensgrenzen te verlagen naar max 110%. Niet alle gemeenten hebben in deze periode hun inkomensgrenzen verlaagd. Deze inkomensgrens is vanaf 2015 weer vrij. Tabel 2 laat zien dat de grenzen tot en met 2104 steeds lager zijn geworden en vanaf 2015 zijn gestegen. Tussen 2010 en 2014 ligt de gemiddelde inkomensgrens rond de 115% en vanaf 2015 stijgt de gemiddelde grens tot rond de 125% in 2020.

In 2020 hanteert 57,5% van de gemeenten een vermogenstoets voor deelname aan de GCM. 54,3% hanteren de normen die van toepassing zijn vanuit de Participatiewet. 3,2% van de gemeenten gebruikt andere normen.

Hoeveel personen namen deel aan de gemeentelijke collectiviteit voor minima?

Tabel 3 laat zien dat het aantal deelnemers tussen 2011 en 2014 redelijk stabiel is. Tussen 2014 en 2020 zien we een stijging van ongeveer 30%: van 525.000 in 2014 naar 685.000 deelnemers in 2020. De daling in 2020 grotendeels te verklaren door het feit dat een aantal gemeenten is gestopt met het aanbieden van een GCM.

Tabel 3 Deelnemers gemeentelijke collectiviteit voor minima

Deelnemers (x 1.000)	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Vanaf 18	395	400	385	385	415	452	500	503	516	505
Tot 18	130	135	135	140	140	157	175	177	184	180
Totaal	**525**	**535**	**520**	**525**	**555**	**609**	**675**	**680**	**700**	**685**

Deelnemers tot 18 jaar betalen geen premie voor de basisverzekering en zijn (vaak) gratis meeverzekerd op de aanvullende verzekering van een van de ouders.

Hoeveel polissen voor de basisverzekering worden er per gemeente aangeboden?

In 2011 boden 12 verzekeraars (8 concerns) een GCM aan bij gemeenten. Door een aantal fusies is dat aantal in 2020 teruggelopen naar 9 verzekeraars (7 concerns).

Tabel 4 geeft aan welk percentage gemeenten 1 of meerdere basisverzekeringen in het aanbod heeft. Indien er meerdere basisverzekeringen worden aangeboden per gemeente is er in tabel 5 aangegeven of dat verschillende verzekeraars betreft. De keuze bestaat uit een natura- of combinatiepolis, in 2020 worden er geen restitutiepolissen en/of naturapolissen met beperkt/selectief contracteren aangeboden.

Tabel 4 Aantallen basisverzekering (BV) per gemeente

Aanbod BV	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
1 BV	86,0%	86,2%	85,2%	82,7%	76,3%	75,1%	73,9%	71,1%	68,7%	77,0%
2 BV	13,4%	12,9%	13,9%	16,7%	20,7%	21,2%	23,1%	24,4%	26,6%	21,5%
3 BV	0,6%	0,9%	0,9%	0,6%	3,0%	3,7%	3,0%	4,5%	4,7%	1,5%

Tabel 5 Aantallen basisverzekering per gemeente per verzekeraar

Aanbod BV	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
2 BV	**13,4%**	**12,9%**	**13,9%**	**16,7%**	**20,7%**	**21,2%**	**23,1%**	**24,4%**	**26,6%**	**21,5%**
1 verzekeraar	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%	3,2%	2,8%	2,8%	3,0%	3,3%
2 verzekeraars	13,4%	12,9%	13,9%	16,7%	17,7%	18,0%	20,3%	21,6%	23,6%	18,2%
3 BV	**0,6%**	**0,9%**	**0,9%**	**0,6%**	**3,0%**	**3,7%**	**3,0%**	**4,5%**	**4,7%**	**1,5%**
1 verzekeraar	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2 verzekeraars	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	2,8%	2,2%	3,4%	3,5%	1,2%
3 verzekeraars	0,6%	0,9%	0,9%	0,6%	0,9%	0,9%	0,8%	1,1%	1,2%	0,3%

Over het algemeen wordt er 1 basisverzekering per gemeente aangeboden, dat percentage is de afgelopen 10 jaar teruggelopen van 86% naar 77%. Vanaf 2015 kunnen gemeenten bij verzekeraar CZ uit 2 basisverzekeringen (natura) kiezen. In 2020 is er nog 1 gemeente die 3 basisverzekeringen bij 3 verschillende verzekeraars in het aanbod heeft.

Hoeveel aanvullende verzekeringen worden er per gemeente aangeboden?

De GCM is speciaal ontwikkeld voor de doelgroep. Over het algemeen neemt de verzekeraar als basis een bestaande aanvullende (tand)verzekering en past hier de dekkingen op aan, details over deze aanpassingen zijn terug te zien in tabel 9. Deelnemers hebben over het algemeen keuze uit meerdere aanvullende verzekeringen en meerdere aanvullende tandverzekeringen. Er vindt geen medische selectie plaats bij het accepteren van een verzekerde voor de aanvullende verzekering indien deze verzekerde kiest voor de GCM.

Tabel 6 Aantal aanvullende verzekeringen per gemeente

Aanbod AV	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 AV	43%	51%	52%	52%	27%	20%	16%	15%	15%	12%
2 - 5 AV	34%	27%	27%	26%	36%	41%	44%	45%	47%	58%
6 - 9 AV	21%	20%	16%	16%	31%	32%	34%	33%	31%	28%
10 of meer AV	2%	2%	5%	6%	6%	7%	6%	7%	7%	2%

De keuzevrijheid binnen de aanvullende verzekeringen is toegenomen. In 2011 had 43% van de gemeenten slechts 1 AV in het aanbod, in 2020 is dat aantal gedaald naar 12%.

In 2015 is er een trendbreuk te zien in het aantal aanvullende verzekeringen waar iemand voor kan kiezen. Tot en met 2014 is er een dalende lijn in het aantal gemeenten dat meerdere aanvullende verzekeringen aanbiedt: van 57% naar 48%. Vanaf 2015 vindt er een stijging plaats naar 88% in 2020. Dit zijn verzekeraars gaan doen naar wens van gemeenten omdat gemeenten zo hun Wtcg/CER gelden konden gaan ontsluiten via een hogere gemeentelijke bijdrage in met name de meer uitgebreide aanvullende verzekeringen.

Indien meerdere aanvullende verzekeringen worden aangeboden, maak dan inzichtelijk voor welke polis verzekerden kiezen.

Deelnemers kunnen (vaak) kiezen uit meerdere aanvullende verzekeringen. Tabel 7 geeft aan voor welke aanvullende verzekering gekozen wordt. De aanvullende verzekeringen zijn onder te verdelen in de volgende varianten (bron: BS&F):

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

Tabel 7 Voor welke polis kiezen deelnemers

	Basis			Midden			Uitgebreid		
	2012	2016	2020	2012	2016	2020	2012	2016	2020
Deelnemers	10%	12%	12%	57%	27%	23%	33%	61%	65%

Vanaf 2012 tot en met 2016 is er een behoorlijke verschuiving te zien in de keuzes van de deelnemers: vanuit de middenvariant gaat 2% naar de basisvariant en 28% naar de uitgebreide variant. In 2020 zijn er nog eens 4% overgestapt van een middenvariant naar een polis met uitgebreide dekking.
Dit houdt verband met het gegeven dat verzekeraars vanaf 2016 meer alternatieven aanbieden en dat verzekeraars die 1 alternatief aanboden tot en met 2014 vooral een middenvariant aanboden. Er is in verband met de overheveling van de Wtcg gelden en de verhoging van de inkomensgrens in die periode onderhandeld over een grotere variatie in polissen.

Extra dekking/vergoedingen in de GCM

Om een goed inzicht te geven in de ontwikkelingen rondom de extra dekkingen- en vergoedingen in de GCM wordt eerst inzage gegeven in de dekking vanuit de (wettelijk verplichte) basisverzekering. In tabel 8 hebben we de belangrijkste kostensoorten weergegeven, voor alle vergoedingen en details zie de website van Zorginstituut Nederland[2].

Dekking Basisverzekering

De dekking van de basisverzekering is wettelijk bepaald en daarmee voor iedere verzekerde gelijk. De basisverzekering dekt zorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis en apotheek. Voor de meeste zorg in de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico (in 2020 bepaald op € 385) en kan voor sommige dekkingen een eigen bijdrage worden gevraagd. De premie van een polis is voor iedereen gelijk. Personen tot 18 jaar betalen geen premie voor de basisverzekering en hebben ook geen verplicht eigen risico.

Naast de vergoedingen vanuit de basisverzekering hebben we in tabel 8 ook de huishoudelijke zorg vanuit de Wmo een plek gegeven. Want in de GCM wordt ook daar in een aantal polissen aanvullende dekking op gegeven (vergoeding eigen bijdrage).

Tabel 8 Dekking basisverzekering belangrijkste kostensoorten

Basisverzekering	**Dekking 2020**
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	vergoeding kunstgebit (minus eigen bijdrage)
Orthodontie tot 18 jaar	bij medische noodzaak
Fysiotherapie vanaf 18 jaar	chronisch zieken vanaf 21e behandeling bij etalagebenen 37 behandelingen bij bekkenfysiotherapie 9 behandelingen bij knie- en heupartrose 12 behandelingen bij COPD max. 70 behandelingen
Diëtetiek	3 uur
Brillen en lenzen	bij medische noodzaak
Hoortoestel vanaf 18 jaar	75%
Aangepast schoeisel	vergoeding (minus eigen bijdrage)
Pruiken/haarwerk	maximaal € 443
Alternatieve geneeswijzen	Geen
Farmaceutische zorg	100% (mogelijk eigen bijdrage, max. € 250)
Ziekenvervoer	vergoeding (minus eigen bijdrage)
Bevalling en kraamzorg thuis	max. 10 dagen (minus eigen bijdrage)
Anders dan basisverzekering	
Huishoudelijke zorg (Wmo)	op indicatie gemeente (minus eigen bijdrage)

[2] https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/basispakket-zorgverzekeringswet-zvw

Dekking GCM in relatie onderliggende AV

Een aanvullende verzekering dekt (een deel van de) zorg die niet in de basisverzekering is opgenomen. Bijvoorbeeld extra vergoeding voor een behandeling bij de fysiotherapeut of tandarts. Binnen de GCM worden in het zogenaamde gemeentepakket voor een aantal kostensoorten nog meer dekking boven op de onderliggende aanvullende verzekering afgesproken tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

De extra dekkingen/vergoedingen in de GCM, ten opzichte van de onderliggende 'reguliere' aanvullende verzekeringen worden weergegeven in tabel 9. De onderliggende aanvullende verzekering kan per GCM verschillen. En wanneer de onderliggende aanvullende verzekering in enig jaar uitgebreid wordt hoeft dit niet meer in de GCM aangevuld te worden.

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.

Tabel 9 Plussen en/of minnen GCM t.o.v. de onderliggende aanvullende verzekering

	Basis			Midden			Uitgebreid		
Extra dekking GCM	**2012**	**2016**	**2020**	**2012**	**2016**	**2020**	**2012**	**2016**	**2020**
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar	100%	67%	75%	88%	100%	100%	67%	85%	100%
Orthodontie tot 18 jaar	80%	17%	13%	94%	100%	90%	67%	77%	87%
Fysiotherapie vanaf 18 jaar	60%	0%	13%	71%	56%	40%	17%	54%	67%
Diëtetiek	40%	33%	0%	35%	56%	40%	17%	38%	53%
Brillen en lenzen	100%	100%	88%	94%	89%	80%	75%	85%	93%
Hoortoestel vanaf 18 jaar	100%	100%	88%	94%	100%	90%	58%	77%	93%
Aangepast schoeisel	100%	83%	75%	71%	67%	50%	58%	69%	73%
Pruiken/haarwerk	80%	83%	75%	53%	67%	70%	58%	69%	73%
Alternatieve geneeswijzen	20%	0%	0%	12%	0%	20%	17%	31%	73%
Farmaceutische zorg	20%	0%	25%	18%	11%	40%	42%	31%	80%
Ziekenvervoer	80%	67%	63%	76%	67%	50%	42%	69%	73%
Bevalling en kraamzorg	80%	83%	75%	82%	67%	70%	25%	46%	67%
Huishoudelijke zorg (Wmo)	40%	33%	38%	88%	78%	60%	58%	77%	87%

De kleurindicatie geeft stijging of daling t.o.v. 2012 aan

In de basisvariant wordt er in steeds minder polissen extra dekking opgenomen. In de middenvariant is er in die 9 jaar veel variatie in de vergoeding en in de uitgebreide variant is er in steeds meer polissen extra dekking opgenomen.

De gemiddelde waarde van de extra dekkingen in de GCM

Het verschil in waarde tussen de vergoedingen van de aanvullende verzekering en de GCM wordt helder als de 13 dekkingsonderdelen uit tabel 9 uitgedrukt worden in een gemiddeld dekkingsbedrag, zie tabel 10. De tabel laat de waarde van de dekking op drie momenten in de afgelopen 9 jaar zien, verdeeld over drie varianten van de aanvullende verzekering.

Tabel 10 Waarde van de dekking

	Basis			Midden			Uitgebreid		
	2012	2016	2020	2012	2016	2020	2012	2016	2020
GCM	€ 424	€ 211	€ 193	€ 543	€ 502	€ 412	€ 485	€ 513	€ 502
Reguliere AV	€ 200	€ 134	€ 125	€ 317	€ 246	€ 200	€ 396	€ 331	€ 266
Gemeentepakket	**€ 224**	**€ 77**	**€ 68**	**€ 226**	**€ 256**	**€ 212**	**€ 89**	**€ 182**	**€ 236**

In alle drie de varianten daalt de gemiddelde waarde van de onderliggende 'aanvullende verzekeringen in de afgelopen 10 jaar. De waarde van de aanvullende verzekeringen die onderdeel zijn van de basisvariant en de middenvariant dalen met ongeveer 37% en van de uitgebreide variant met ongeveer 33%.
In de basisvariant wordt vanuit het gemeentepakket tussen 2012 en 2020 bijna 70% minder waarde toegevoegd, waardoor de totale waarde van de basisvariant in de afgelopen jaren met 54% is afgenomen.
In de middenvariant is er in het gemeentepakket in 2016 waarde toegevoegd ten opzichte van 2012, maar dat is weer afgenomen in 2020. De totale waarde is de afgelopen 10 jaar gedaald met 24%.
In de uitgebreide variant is er in de loop van de jaren 165% waarde toegevoegd vanuit het gemeentepakket, waardoor de gemiddelde waarde van de GCM in deze variant, ondanks dalende waarde onderliggende AV is gestegen met 3,5%.

Regelingen rondom het eigen risico

Een aantal verzekeraars biedt de gemeente de mogelijkheid het eigen risico voor minima te verzekeren. Dat kan een verplicht onderdeel zijn van de betreffende polis. Dit "herverzekeren" van het eigen risico kan leiden tot premiestijging. In een aantal gevallen is het optioneel voor de gemeente om dit aan te bieden.
Bij 'gespreid betalen' is het optioneel voor de gemeente om de deelnemers te verplichten om het eigen risico gespreid te betalen, dit leidt niet tot een premiestijging. Bij de GCM is het niet mogelijk om te kiezen voor het verhogen van het (vrijwillig) eigen risico.

Tabel 11 Regelingen rondom het wettelijk eigen risico (aanbod verzekeraars)

	Basis			Midden			Uitgebreid		
Regeling eigen risico	2012	2016	2020	2012	2016	2020	2012	2016	2020
Geen regeling	80,0%	83,3%	87,5%	94,1%	88,9%	80,0%	25,0%	7,7%	13,3%
Herverzekering, verplicht	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	58,4%	53,8%	53,4%
Herverzekering, optioneel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	8,3%	23,1%	20,0%
Gespreid betalen, optioneel	20,0%	16,7%	12,5%	0,0%	11,1%	10,0%	8,3%	15,4%	13,3%

In tabel 11 is aangegeven in hoeveel procent van de polissen afspraken vastgelegd zijn over regelingen rondom het eigen risico. In tabel 12 is aangegeven hoeveel procent van de gemeenten ook daadwerkelijk gebruik heeft gemaakt van een GCM waarin regelingen rondom het ER zijn opgenomen.

Tabel 12 Regelingen rondom het wettelijk eigen risico (keuze gemeenten)

Type regeling	2012	2016	2020
Herverzekering, verplicht	5,8%	27,4%	38,3%
Herverzekering, optioneel	1,4%	22,6%	18,9%
Gespreid betalen, optioneel	0,3%	14,4%	15,2%
Totaal met regeling (unieke gemeenten)	**7,5%**	**54,1%**	**61,4%**

In het totaal van alle regelingen worden gemeenten ontdubbeld. Een gemeente kan namelijk (bij verschillende verzekeraars) meerdere type regelingen aanbieden (bijv. verzekeraar X een pakket met gespreid betalen en verzekeraar Y een pakket met herverzekering).
In tabel 12 wordt zichtbaar dat het aantal gemeenten dat een GCM aanbiedt met daarin regelingen rondom het wettelijk eigen risico is toegenomen van 7,5% in 2012 naar 61,4% in 2020.

Maak inzichtelijk welke extra aanspraken zijn opgenomen in de aanvullende polis na het afschaffen van de Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten en de Compensatieregeling Eigen Risico.

Er zijn geen extra aanspraken opgenomen in de aanvullende polis na het afschaffen van de Wtcg en CER. Wel is er meer keuzevrijheid gekomen, deelnemers kunnen gemiddeld genomen uit meer verzekeringen kiezen (zie tabellen 5 en 6) en wordt er met name binnen de uitgebreide variant meer extra dekkingen opgenomen (zie tabel 9). Ook is er een substantiële toename in de eigen risicoregelingen (zie tabel 12).

Wat was de gewogen gemiddelde korting en gewogen gemiddelde gemeentelijke bijdrage?

In tabel 13 is opgenomen wat de gemiddelde korting in de afgelopen jaren is op de basis- en aanvullende verzekering. De maximale korting die op de basisverzekering gegeven mag worden is in 2020 verlaagd van 10% naar 5%.

Tabel 13 Gemiddelde korting

Gemiddeld BV	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
%	6,2%	6,0%	6,0%	6,1%	5,9%	6,1%	6,2%	6,0%	5,9%	2,8%
Gemiddeld AV	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
%	8,9%	5,3%	5,0%	5,1%	5,9%	5,7%	5,4%	5,5%	5,5%	4,9%

De korting op de basisverzekering schommelt tussen 2011 en 2019 rond de 6%. In 2020 is de maximale korting voor de basisverzekering teruggebracht tot 5%. De verlaging van de gemiddelde korting in 2020 naar 2.8% wordt hier grotendeels door verklaard. Daarnaast zijn er verzekeraars die tot 2020 nog (bovengemiddeld) korting gaven op de basisverzekering maar in 2020 zijn gestopt.

Met uitzondering van 2011 en 2020 schommelt de korting op de AV tussen de 5% en 6%.
De korting in 2011 kwam door verzekeraars met hoge kortingen op de AV tot 30%, dat stopte per 2012. Voor wat betreft het cijfer 2020 ligt dit gemiddelde o.a. lager vanwege gemeenten die zijn overgestapt naar een andere verzekeraar met lagere of geen korting.

De premieopbouw van de GCM

Verzekeraars bieden een basisverzekering aan met of zonder korting en een collectieve aanvullende verzekering met of zonder korting. Daarnaast verstrekt de gemeente een bijdrage in de premie. In tabel 14 worden de gemiddelde premies voor de basisverzekering genoemd en de gemiddelde korting.

Tabel 14 Gemiddelde premie en gemiddelde korting

Basisverzekering (€)	**2012**	**2016**	**2020**
Bruto premie	€ 1.283	€ 1.279	€ 1.442
Korting	€ 77	€ 76	€ 37
Netto premie	**€ 1.206**	**€ 1.203**	**€ 1.405**

De premies, kortingen en gemeentelijke bijdragen zijn verschillend per variant. In tabel 15 zijn de bijdragen van de gemeente en van de verzekeraar bij elkaar opgeteld. Dit overzicht laat zien wat de gemiddelde totale korting is voor de deelnemer die kiest voor de basis-, de midden- en de uitgebreide variant in beide jaren.

Tabel 15 Kortingen en gemeentelijke bijdragen

GCM	Basis			Midden			Uitgebreid		
	2012	2016	2020	2012	2016	2020	2012	2016	2020
Gemeentelijke bijdrage	€ 54	€ 131	€ 133	€ 125	€ 189	€ 202	€ 160	€ 309	€ 313
Korting verzekeraar	€ 96	€ 83	€ 46	€ 103	€ 94	€ 53	€ 105	€ 95	€ 58
Totaal	**€ 150**	**€ 214**	**€ 179**	**€ 228**	**€ 283**	**€ 255**	**€ 265**	**€ 404**	**€ 371**

De gemeentelijke bijdrage is in de afgelopen 10 jaar voor de basisvariant met 146% toegenomen, voor de middenvariant met 62% en voor de uitgebreide variant met 96%.
De korting van de verzekeraar is voor de basisvariant afgenomen met 52%, voor de midden variant met 49% en voor de uitgebreide variant met 45%.
Het totale voordeel voor de deelnemer is voor alle varianten toegenomen tussen 2012 en 2016 en weer afgenomen tussen 2016 en 2020. Per saldo is het totale voordeel voor de basisvariant toegenomen met bijna 20%, voor de midden variant met bijna 12% en voor de uitgebreide variant met 40%

Worden er, naast de bijdrage in de premie voor de aanvullende verzekering, nog andere kosten verrekend tussen zorgverzekeraar en gemeente? Druk dit uit als percentage van de extra dekking die is afgesproken.

In de jaarlijkse nieuwsbrieven van BS&F, over de premies en kortingen van de gemeentelijke collectiviteiten, worden in de toelichting afwijkende dan wel aanvullende afspraken genoemd die samenhangen met inhouding en doorbetaling van premies door gemeenten, de minimale omvang van de collectiviteiten en budgetten die sommige verzekeraars beschikbaar stellen voor gezondheidsprojecten. Deze extra voordelen voor de gemeenten of de minima zijn niet nader gekwantificeerd.

Een samenvatting van de trends per type GCM

Er is informatie verschaft over een aantal trends rondom de GCM. Om de tabellen overzichtelijk te houden is het totaal aantal verschillende polissen dat in de databases van BS&F en Zorgweb zijn opgeslagen onderverdeeld in drie typen: basis, midden en uitgebreid.
We hebben in onderstaande tabellen de trends per type samengevat.

Tabel 16 Basisvariant: bevat pakketten met gemiddeld lage dekking per pakketonderdeel

	2012	2016	2020
Gemiddelde inkomensgrens	115%	120%	125%
Omvang doelgroep	1.450.000	1.700.000	1.800.000
Aantal deelnemers GCM	54.000	73.000	82.000
Deelname percentage	3,7%	4,3%	4,6%
Premie basisverzekering	€ 1.283	€ 1.279	€ 1.442
Korting basisverzekering	-/- € 77	-/- € 76	-/- € 37
Netto premie klant basisverzekering	€ 1.206	€ 1.203	€ 1.405
Premie voorliggende aanvullende verzekering	€ 321	€ 264	€ 284
Extra premie GCM	€ 46	-/- € 23	-/- € 23
Totale premie GCM	€ 367	€ 241	€ 261
Korting verzekeraar	-/- € 19	-/- € 7	-/-€ 9
Bijdrage gemeente	-/- € 54	-/- € 131	-/- € 133
Netto premie klant GCM	€ 294	€ 103	€ 119
Totale premie klant	**€ 1.500**	**€ 1.306**	**€ 1.524**
Gemiddelde waarde aanvullende verzekering	€ 200	€ 134	€ 125
Gemiddelde waarde gemeentepakket	€ 224	€ 77	€ 68
Gemiddelde waarde GCM	**€ 424**	**€ 211**	**€ 193**

Tabel 17 Middenvariant: bevat pakketten met gemiddelde zorgkosten per pakketonderdeel

	2012	2016	2020
Gemiddelde inkomensgrens	115%	120%	125%
Omvang doelgroep	1.450.000	1.700.000	1.800.000
Aantal deelnemers GCM	305.000	165.000	158.000
Deelname percentage	21%	9,7%	8,8%
Premie basisverzekering	€ 1.283	€ 1.279	€ 1.442
Korting basisverzekering	-/- € 77	-/- € 76	-/- € 37
Netto premie klant basisverzekering	€ 1.206	€ 1.203	€ 1.405
Premie voorliggende aanvullende verzekering	€ 358	€ 340	€ 368
Extra premie GCM	€ 88	€ 86	€ 78
Totale premie GCM	€ 446	€ 426	€ 446
Korting verzekeraar	-/- € 26	-/- € 18	-/-€ 16
Bijdrage gemeente	-/- € 125	-/- € 189	-/- € 202
Netto premie klant GCM	€ 295	€ 219	€ 228
Totale premie klant	**€ 1.501**	**€ 1.422**	**€ 1.633**
Gemiddelde waarde aanvullende verzekering	€ 317	€ 246	€ 200
Gemiddelde waarde gemeentepakket	€ 226	€ 256	€ 212
Gemiddelde waarde GCM	**€ 543**	**€ 502**	**€ 412**

Tabel 18 Uitgebreide variant: bevat pakketten met gemiddeld hoge dekking per pakketonderdeel

	2012	2016	2020
Gemiddelde inkomensgrens	115%	120%	125%
Omvang doelgroep	1.450.000	1.700.000	1.800.000
Aantal deelnemers GCM	176.000	371.000	445.000
Deelname percentage	12,1%	21,8%	24,7%
Premie basisverzekering	€ 1.283	€ 1.279	€ 1.442
Korting basisverzekering	-/- € 77	-/- € 76	-/- € 37
Netto premie klant basisverzekering	€ 1.206	€ 1.203	€ 1.405
Premie voorliggende aanvullende verzekering	€ 488	€ 441	€ 446
Extra premie GCM	€ 157	€ 188	€ 202
Totale premie GCM	€ 645	€ 629	€ 648
Korting verzekeraar	-/- € 28	-/- € 19	-/-€ 21
Bijdrage gemeente	-/- € 160	-/- € 309	-/- € 313
Netto premie klant GCM	€ 457	€ 301	€ 314
Totale premie klant	**€ 1.740**	**€ 1.504**	**€ 1.719**
Gemiddelde waarde aanvullende verzekering	€ 396	€ 331	€ 266
Gemiddelde waarde gemeentepakket	€ 89	€ 182	€ 236
Gemiddelde waarde GCM	**€ 485**	**€ 513**	**€ 502**
Percentage gemeenten dat verzekeren ER als optie aanbiedt	1,4%	22,6%	18,9%
Percentage gemeenten dat verzekeren ER verplicht stelt	5,8%	27,4%	38,3%

Het deelnamepercentage neemt bij de basisvariant toe van 3,7% naar 4,6%, van de middenvariant neemt het af van 21% naar 8,8% en van het uitgebreide pakket neemt het toe van 12,1% naar 24,7%.
Het aantal burgers dat tot de doelgroep behoort blijft redelijk constant. Het was in 2012 38% en dat is het in 2020 ook.

3.3 Regelingen voor compensatie van zorg(gerelateerde) kosten 2010-2020

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de compensatieregelingen die er zijn voor minima en/of chronisch zieken naast de GCM. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar gemeentelijke regelingen, maar ook naar twee landelijke regelingen.

Gemeentelijke compensatieregelingen

De gemeenten hebben een aantal mogelijkheden om mensen met een laag inkomen dan wel chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor gemaakte zorgkosten of kosten die te maken hebben met de chronische ziekte dan wel handicap (de zogenaamde meerkosten).

De individuele bijzondere bijstand

Individuele bijzondere bijstand wordt verstrekt aan mensen met een laag inkomen. Het gaat daarbij om noodzakelijke kosten, die ook daadwerkelijk worden gemaakt en die niet uit het reguliere inkomen of vermogen kunnen worden betaald, dan wel de draagkracht te boven gaan (artikel 35, lid 1 Participatiewet). Ook wordt nagegaan of de kosten uit een andere regeling zouden kunnen worden vergoed (de zogenaamde voorliggende voorziening). Iedere aanvraag wordt afzonderlijk behandeld. Daarbij wordt ook gelet op bijzondere omstandigheden. Het staat gemeenten vrij om te bepalen welke inkomensgrenzen gelden voor het toekennen van bijzondere bijstand.

Vanuit de bijzondere bijstand kunnen (grote) onverwachte zorgkosten worden vergoed, dan wel meerkosten die voortvloeien uit chronische ziekte of handicap. In bijlage 1 is aangegeven welke kostensoorten geheel of gedeeltelijk kunnen worden vergoed via de individuele bijzondere bijstand (zie de laatste kolom van deze bijlage).

Categoriale bijzondere bijstand

Omdat het behandelen van een aanvraag voor bijzondere bijstand arbeidsintensief is was het onder de voorganger van de Participatiewet (de wet Werk en Bijstand) mogelijk om in bepaalde gevallen categoriale bijzondere bijstand aan te bieden. Daarbij valt te denken aan een stadspas, een gemeentelijke collectieve verzekering (GCM) of andere forfaitaire regelingen en vergoedingen in natura (denk aan een computer voor schoolgaande kinderen). Deze mogelijkheid is binnen de Participatiewet niet meer toegestaan met uitzondering van de GCM en de stadspas (zie artikel 35, lid 3 Participatiewet). In bijlage 1 is aangegeven voor welke situaties categoriale bijzondere bijstand mogelijk was tot en met 2014. Zie de kolom onder het kopje ‘forfaitaire regelingen gemeente’.

‘Meerkosten’ regeling voor chronisch zieken

Toen in 2014 de fiscale aftrekmogelijkheden werden beperkt en ook de Wtcg en de CER werden afgeschaft werd binnen de Wmo een bepaling opgenomen (art. 2.1.7 Wmo) die gemeenten in staat stelt een maatwerkregeling voor chronisch zieken te ontwikkelen. De invulling daarvan werd vrijgelaten. Een voorwaarde was dat in een verordening werd verankerd welke regeling de gemeente zou kiezen en tot welk inkomen de regeling zou gelden. In haar handreiking “gemeentelijk maatwerk voor personen met een chronische ziekte of beperking” (maart 2014) noemt het transitiebureau Wmo 5 mogelijke concretiseringen:

- Individuele bijzondere bijstand

- De collectieve (aanvullende) zorgverzekering
- Een financiële tegemoetkoming vanuit de Wmo in de vorm van een ‘meerkostenregeling’ of een forfaitaire regeling.
- Verlaging van de eigen bijdrage(n) Wmo
- Subsidie aan een fonds financiële ondersteuning. Hierbij gaat het om het verstrekken van financiële middelen aan een fonds, waarbij het beheer in handen is van een particuliere stichting *(zie pagina 16 van de handreiking)*. De stichting draagt op haar beurt weer zorg voor ondersteuning aan mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

Omdat er geen evaluatiegegevens bekend zijn over de keuzes die gemeenten hebben gemaakt heeft het ministerie van VWS aan Zorgweb gevraagd bij 25 gemeenten onderzoek te doen naar de vraag welke regeling(en) zijn ingevoerd door de gemeenten. Het gaat om grote en kleinere gemeenten, gemeenten met of zonder GCM, verdeeld over alle provincies. Het *(niet representatieve)* beeld dat daaruit ontstaat is:

Tabel 19 Regelingen per gemeente

Regelingen transitiebureau	Aantal gemeenten	Percentage
Individuele bijzondere bijstand voor zorg gerelateerde kosten	24	96%
De gemeentelijke collectiviteit voor minima	22	88%
Een forfaitaire regeling voor chronisch zieken (vast bedrag per jaar)	8	32%
Een maatwerkvoorziening, gebaseerd op werkelijk gemaakte meerkosten	3	12%
100% eigen bijdrage Wmo	1	4%
Subsidie aan een fonds	0	0%
Nieuwe regelingen		
Een deel van de premie voor de aanvullende verzekering	4	16%
50% van het verplichte ER	1	4%
De VoorzieningenWijzer als keuzehulp bij aanvraagprocedures	5	20%

In 1 gemeente wordt expliciet aangegeven dat er geen bijzondere bijstand voor medische kosten wordt gegeven. In 2 gemeenten worden de kosten die ook door de GCM vergoed worden niet via de individuele bijzondere bijstand vergoed. In bijlage 2 wordt het resultaat van het onderzoek uitgewerkt.

Hoewel het transitiebureau Wmo deze varianten niet heeft benoemd hebben 4 van de 25 gemeenten (zo blijkt uit bovenstaand overzicht) besloten om een deel van de premie van de aanvullende verzekering te vergoeden indien minima geen gebruik maken van de GCM. In bijlage 1 is daarom ook opgenomen welke zorgkosten via de aanvullende verzekering worden vergoed. Ook zijn er gemeenten die een deel van het verplichte eigen risico vergoeden. Daarnaast zijn er gemeenten die De VoorzieningenWijzer inzetten om burgers aan de keukentafel te ondersteunen bij de vraag of zij optimaal gebruikmaken van gemeentelijke en landelijke voorzieningen voor minima en chronisch zieken. Daarbij wordt ook gekeken of de huidige verzekering de best passende is.

Van de drie gemeenten die in 2020 geen GCM meer hebben en zijn meegenomen in dit onderzoek zijn bij twee gemeenten geen andere regelingen aangetroffen dan de individuele bijzondere bijstand. De derde

gemeente neemt daarnaast ook 100% van de eigen bijdrage Wmo voor haar rekening en vergoedt ook 50% van het verplichte eigen risico.

Landelijke compensatieregelingen

Na de afschaffing van de Wtcg en de CER in 2014 zijn er nog twee landelijke compensatieregelingen voor mensen met (hoge) zorgkosten: de zorgtoeslag en de fiscale regelingen binnen de inkomstenbelasting.

De zorgtoeslag

Omdat de nominale premie hoger is dan onder de Ziekenfondswet wordt via de zorgtoeslag geregeld dat verzekerden een gedeeltelijke compensatie ontvangen voor de premie van de basisverzekering en het eigen risico.

- In 2020 is de zorgtoeslag (inclusief partner) maximaal € 2.388 per jaar[3] (indien het inkomen niet hoger is dan € 21.488);
- Voor personen met een salaris van minder dan 110% van de bijstandsnorm geldt de maximale zorgtoeslag;
- Voor jaarinkomens tot € 38.945 geldt een lagere zorgtoeslag;
- Bij inkomens boven € 38.945 op jaarbasis vervalt het recht op zorgtoeslag.

Fiscale aftrekposten inkomstenbelasting

In 2006 was er al een fiscale aftrekmogelijkheid voor zorgkosten. Die is in 2009 gewijzigd met de komst van de nieuwe Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten (Wtcg) en de Wet Compensatie Eigen Risico (CER). In 2014 is deze regeling opnieuw gewijzigd als gevolg van de beëindiging van de Wtcg en de CER.

[3] https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/toeslagen/zorgtoeslag/voorwaarden/inkomen/bedragen-zorgtoeslag-per-maand

Samenvatting beleidsmatige trends

De ontwikkelingen die we in hoofdstuk 3.1 en 3.3 hebben beschreven zijn als volgt samen te vatten.

Tabel 20 Samenvatting beleidsmatige trends

Jaar	Maatregelen
2006	• Invoering Zvw en zorgtoeslag • Maximale collectiviteitskorting van 10% op de basisverzekering • Onbeperkte collectiviteitskorting mogelijk op de aanvullende verzekering
2008	• Eigen risico in Zvw ipv no claimregeling
2009	• De fiscale aftrekmogelijkheden zorgkosten worden beperkt • De Wtcg wordt ingevoerd ter compensatie van de beperking van fiscale aftrekmogelijkheden voor de zorgkosten • De categoriale bijzondere bijstand wordt opgenomen in de WWB
2012	• De Wtcg wordt inkomensafhankelijk • De inkomensgrens voor categoriale bijzondere bijstand wordt 110% • De gemeente mag een bijdrage in de premie van een AV doen op grond van buitenwettelijk, begunstigend beleid
2013	• Wettelijke basispremiebijdrage AV van de gemeente in de WWB
2014	• Wijziging risicoverevening: student onderscheiden • De CER en de Wtcg worden afgeschaft, de fiscale regeling voor chronisch zieken wordt versoberd • Budget van € 45 mln (oplopend tot € 268 mln in 2017) in Gemeentefonds voor gerichte compensatie meerkosten chronisch zieken, vrij te besteden door gemeenten
2015	• Categoriale BB wordt afgeschaft m.u.v. de GCM en de stadspas (Participatiewet) • Inkomensgrens categoriale bijzondere bijstand wordt afgeschaft. Gemeenten stellen eigen inkomensgrens vast in verordening
2016	• Wijziging risicoverevening: SES zeer laag, hoogopgeleid en AVI volledig arbeidsongeschikt (IVA) onderscheiden
2018	• Bijbetaling geneesmiddelen boven vergoedingslimiet wordt gemaximeerd op € 250
2019	• Premiebijdrage gemeenten in aanvullende verzekeringen (GCM) blijven onbelast • Inkomensafhankelijke bijdrage Wmo wordt vervangen door een vast tarief van € 227,50 per jaar.
2020	• De maximale korting op collectieve verzekeringen wordt verlaagd van 10% naar 5%.

4. (Management)samenvatting

Vrijwel alle Nederlandse gemeenten bieden een GCM aan. Daar is door de jaren heen weinig in gewijzigd. Wel is de gemiddelde inkomensgrens hoger geworden en is het aantal deelnemers toegenomen. Het percentage deelnemers ten opzichte van de totale doelgroep dat zou kunnen deelnemen is in de afgelopen jaren ongeveer 38% gebleven.

De korting op de basisverzekering is in de loop van de jaren stabiel gebleven. De verlaging van de korting in 2020 is toe te schrijven aan de verlaging van de maximale korting van 10% naar 5% en de keuze van een verzekeraar om geen korting meer te geven op de basisverzekering.

De keuzevrijheid binnen de gemeentelijke collectiviteiten, zowel voor BV en AV, neemt tussen 2011 en 2019 toe, maar lijkt per 2020 af te nemen.

De gemeentelijke collectieve verzekeringen voor minima kunnen in drie typen worden ondergebracht: een basisvariant, een middenvariant en een uitgebreide variant. Deze varianten verschillen onderling substantieel qua deelname, dekking en premie en regelingen rondom het ER.

- De gemiddelde dekking van de basisvariant en de middenvariant is in de loop van de jaren lager geworden en van de uitgebreide variant hoger.
- Bij de uitgebreide variant hebben deelnemers vanaf 2016 in meer dan 50% van de aangeboden polissen de gelegenheid om het ER te herverzekeren, verplicht dan wel als optie.
- De totale premie die de verzekerde per jaar moet betalen is in 2020 voor de basisvariant gemiddeld €1.524, voor de midden variant gemiddeld € 1.633 en voor de uitgebreide variant gemiddeld € 1.719.
- Per saldo is de door de verzekerde te betalen jaarpremie voor de basisvariant toegenomen met € 24, voor de midden variant met € 132 en voor de uitgebreide variant is de premie gedaald met € 21.
- De korting van de verzekeraars is in de loop van de jaren gedaald, terwijl de gemeentelijke bijdrage is gestegen. Dit geldt voor alle drie de varianten. Het jaarlijkse voordeel voor de deelnemer (korting + gemeentelijke bijdrage) is voor de basisvariant met € 69 toegenomen, voor de midden variant met € 67 en voor de uitgebreide variant met € 146.
- Steeds meer deelnemers kiezen voor het uitgebreide pakket ten koste van de middenvariant.

Er kan geen link worden gelegd tussen een uitbreiding van de verzekeringen met extra dekkingen voor chronisch zieken en de extra bijdrage in 2015 in het gemeentefonds van € 265 miljoen ten behoeve van chronisch zieken. Wel is de inkomensgrens vanaf 2015 gemiddeld genomen verhoogd, is er meer variatie in de polissen, is er binnen het uitgebreide pakket meer dekking en is de gemeentelijke bijdrage verhoogd. Ook is het aantal deelnemers dat gebruik maakt van de uitgebreide variant toegenomen. In deze variant is ook het percentage gemeenten dat financiële regelingen heeft getroffen m.b.t. het ER substantieel gestegen na 2015.

De premie die deelnemers betalen voor een vergelijkbare GCM verschilt per gemeente. Bij de 25 onderzochte gemeenten is het verschil voor een GCM zonder herverzekering eigen risico € 420 per jaar en voor een GCM met herverzekering ER € 351.

Uit de ons beschikbare data valt niet te achterhalen welk deel van de doelgroep dat deelneemt aan de GCM chronisch ziek is dan wel gehandicapt, omdat er geen eenduidig verband is gevonden tussen de omvang van de dekking en de kenmerken van de doelgroep: niet alle chronisch zieken hebben hoge zorgkosten en niet iedereen met hoge zorgkosten is chronisch ziek.

In de steekproef onder de 25 gemeenten is nagegaan of en zo ja welke andere gemeentelijke regelingen gemeenten hebben getroffen voor chronisch zieken en gehandicapten. Dit onderzoek is gedaan om te ontdekken of het extra budget dat gemeenten vanaf 2014 hebben ontvangen voor chronisch zieken en gehandicapten ook gebruikt is voor andere voorzieningen dan een bijdrage aan de GCM.
De steekproef is niet representatief. Er kan derhalve slechts een indicatieve waarde aan worden verbonden.
Onder de onderzochte gemeenten verschaft de overgrote meerderheid naast de GCM ook individuele bijzondere bijstand voor medische kosten. Een minderheid van de onderzochte gemeenten heeft naast de GCM of in plaats van de GCM andere specifieke regelingen getroffen.

Bijlage 1 Regelingen voor compensatie van zorg- en zorggerelateerde kosten voor minima

Regelingen	Landelijk			Gemeentelijk				
	Aftrek IB	Wtcg en CER	Zorgtoeslag	Aanvullende verzekering	GCM	Forfaitair (BB of Wmo)	Meerkosten chronisch zieken	Incl. bijzondere bijstand
Eigen bijdrage/betalingen Zvw								
Hoortoestel (vanaf 18 jaar)				√	√			√
Aangepast schoeisel				√	√			√
Pruiken/haarwerk				√	√			√
Ziekenvervoer				√	√			√
Kunstgebit				√	√			√
Diëtiek				√	√			√
Kraamzorg				√	√			√
Korting premie Zvw			√		√			
Aanvullend op de AV								
Alternatieve geneeswijzen	√			√	√			√
Brillen en lenzen				√	√			√
Orthodontie (tot 18 jaar)	√			√	√			√
Tandheelkundige zorg (vanaf 18 jaar)	√			√	√			√
Fysiotherapie (vanaf 18 jaar)	√			√	√			√
Bijdrage premie aanvullende verzekering					√	√		√
Meerkosten chronisch ziek								
Forfaitair		√				√		
Huishoudelijke verzorging (Eigen bijdrage) Wmo					√	√	√	√
Eigen risico Zvw		√	√		√	√	√	√
Energie	√						√	√
Beddengoed	√						√	√
Kleding	√						√	√
Maaltijd	√						√	√
Farmaceutische zorg	√			√	√		√	√
Woonkosten							√	√

Bijlage 2 Resultaat onderzoek onder 25 gemeenten

Inleiding

In 25 gemeenten is onderzocht welke gemeentelijke regelingen er zijn voor compensatie van zorgkosten voor minima. Het betreft gemeenten uit alle provincies waaronder 2 x G4, 12 x G40 en 11 kleinere gemeenten.

Inzicht site gemeenten

- van 22 gemeenten is de site overzichtelijk met concrete informatie;
- van 1 gemeente is de site wel overzichtelijk maar bevat deze geen concrete informatie over de drie regelingen die deze gemeente heeft;
- bij 2 gemeenten is de informatie lastig te vinden.

Resultaat onderzoek

De volgende regelingen zijn aangetroffen:

1. Collectieve zorgverzekering voor minima (GCM);
2. Compensatie aanvullende verzekering
3. Compensatie Eigen Risico en Eigen Bijdrage Wmo;
4. Forfaitaire vergoeding voor meerkosten chronisch zieken en gehandicapten;
5. Meerkostenregeling voor chronisch zieken en gehandicapten;
6. Individuele bijzondere bijstand (para)medische kosten.

1. <u>Gemeentelijke collectieve zorgverzekering voor minima (GCM)</u>

Keuze gemeente

- 3 gemeenten hebben geen GCM;
- 21 gemeenten hebben met 1 verzekeraar een overeenkomst afgesloten;
- 1 gemeente heeft met 2 verzekeraars een overeenkomst afgesloten.

In alle gevallen was er per verzekeraar sprake van 1 basisverzekering.

Keuze verzekerden (van de 22 gemeenten met GCM)

- Door 4 gemeenten wordt 1 aanvullende verzekering aangeboden;
- Door 10 gemeenten worden 2 aanvullende verzekeringen aangeboden. Dit geldt ook voor de gemeente met 2 verzekeraars;
- Door 8 gemeenten worden 3 aanvullende verzekeringen aangeboden.

Verzekeren Eigen Risico

9 van de 22 gemeenten bieden 1 aanvullende verzekering aan die ook het verplichte eigen risico verzekert. Van deze gemeenten bieden er 6 twee aanvullende verzekeringen aan. 3 gemeenten bieden 3 aanvullende verzekeringen aan.

Vergoeding gemeente Eigen Risico door 1 gemeente

De betreffende gemeente biedt de doelgroep twee opties aan: een middenvariant en een uitgebreide variant. Indien iemand die tot de doelgroep behoort gebruik wil maken van de uitgebreide variant stelt de gemeente als extra voorwaarde dat de klant een WLZ of Wmo indicatie heeft, dan wel kan aantonen dat er hoge zorgkosten worden gemaakt ten gevolge van een chronische aandoening of handicap. De gemeenten betaalt het ER voor deze verzekerden.

Bijdrage gemeente in de premie

- De bijdrage in de premie AV, waarbij het verplicht Eigen Risico niet is herverzekerd varieert tussen € 0 en € 420 per jaar;
- De bijdrage voor een AV inclusief herverzekeren verplicht Eigen Risico varieert tussen de € 156 en de € 501 euro per jaar;
- In paragraaf 4 wordt een overzicht gegeven van gemeenten met de laagste en hoogste bijdrage. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen aanbiedingen met en zonder herverzekeren Eigen Risico.

2. Compensatie aanvullende verzekering

- 3 gemeenten vergoeden een deel van de premie voor de AV aan verzekerden zonder GCM. Het gaat hier om bedragen van € 84, € 100 en € 180 per jaar maximaal;
- 1 gemeente zonder GCM vergoedt een (onbekend) deel van de AV.

3. Compensatie Eigen Risico en Eigen Bijdrage Wmo

1 gemeente zonder CZM vergoedt 50% van het ER en 100% van de eigen bijdragen Wmo.

4. Forfaitaire vergoeding voor meerkosten chronisch zieken en gehandicapten

8 gemeenten geven een vaste jaarlijkse vergoeding variërend van € 175 - € 800 per jaar. Bij 7 gemeenten gaat het om maximaal € 300. Ook geeft 1 gemeente een bedrag tussen € 500 en € 800, afhankelijk van de aard van de klachten.

5. Meerkostenregeling voor chronisch zieken en gehandicapten

3 gemeenten hebben een regeling waarbij minima die aantoonbare meerkosten hebben i.v.m. hun chronische klachten een vergoeding ontvangen voor de kostensoorten energie, bewassing, kleding en EB medicijnen. Bij 2 van de 3 gemeenten is heel concreet op de site te lezen welke (maximum) bedragen gelden per kostensoort. De derde gemeente heeft geen concrete bedragen op de site vermeld.

6. Individuele bijzondere bijstand (para)medische kosten

Individuele bijzondere bijstand wordt verstrekt indien de kosten werkelijk zijn gemaakt, noodzakelijk zijn, niet elders kunnen worden gedeclareerd én niet uit het reguliere inkomen kunnen worden bekostigd.

De volgende resultaten zijn gevonden:

- 23 gemeenten vergoeden (para)medische kosten, indien wordt voldaan aan bovengenoemde voorwaarden
- 2 gemeenten geven expliciet aan dat zij in principe geen (para)medische kosten vergoeden
- 1 gemeente vergoedt de kosten indien de verzekerde een andere AV heeft dan de GCM en deze kosten hoger zijn dan de vergoeding uit de GCM.
- 1 gemeente vergoedt geen bijzondere bijstand medische kosten die uit de GCM betaald kunnen worden, ook niet als de verzekerde geen GCM heeft.

Vergelijking van de GCM met de hoogste en de laagste gemeentelijke bijdrage in 2020 bij de 25 gemeenten

In onderstaande tabel zijn voor twee situaties de gemeentelijke bijdragen vergeleken van een gemeente met de laagste en de hoogste gemeentelijke bijdrage. In de kolommen 2 en 3 worden twee gemeenten vergeleken die het wettelijk eigen risico **niet** hebben meeverzekerd. Toevallig bieden ze precies dezelfde polis aan. In de kolommen 4 en 5 worden twee gemeenten vergeleken die een polis aanbieden **inclusief** herverzekeren wettelijk eigen risico. Hier gaat het om twee verschillende polissen, deze zijn echter wel vergelijkbaar.

Gemeente met	laagste bijdrage zonder ER	hoogste bijdrage zonder ER	laagste bijdrage inclusief ER	hoogste bijdrage inclusief ER
Premie Basisverzekering	€ 1.439	€ 1.439	€ 1.442	€ 1.439
Premie AV GCM	€ 577	€ 577	€ 988	€ 929
Bruto premie	€ 2.016	€ 2.016	€ 2.430	€ 2.368
Korting verzekeraar	€ 43	€ 43	€ 51	€ 43
Premie zonder bijdrage	€ 1.973	€ 1.973	€ 2.379	€ 2.325
Gemeente bijdrage	€ 0	€ 420	€ 204	€ 501
Premie klant	**€ 1.973**	**€ 1.553**	**€ 2.175**	**€ 1.824**

Uit dit overzicht is af te leiden dat in de ene gemeente de deelnemer aan de GCM substantieel meer premie zelf betaalt dan in een andere gemeente. Bij de 25 onderzochte gemeenten is het verschil voor een GCM zonder herverzekering eigen risico € 420 per jaar en voor een GCM met herverzekering eigen risico € 351.

Bijlage 3 Wijze van onderzoek

De basis van dit onderzoek wordt gevormd door fact-finding, het verzamelen van feiten en cijfers om een zo concreet en volledig mogelijk beeld te vormen ten aanzien van het vraagstuk. Daarbij is er onder andere gebruik gemaakt van data van diverse partijen. Ook is er onderzoek gedaan onder 25 gemeenten. De volgende onderzoeksmethoden zijn ingezet:

Data-analyse

De vragen 1 tot en met 14 worden beantwoord d.m.v. een query op de databases van Zorgweb en BS&F.

Zorgweb verzamelt sinds 2000 alle beschikbare premie-, dekkings- en zorginkoopinformatie op het gebied van zorgverzekeringen. Verzekeraars controleren de data van Zorgweb. Hierdoor heeft Zorgweb inmiddels van duizenden polissen betrouwbare informatie beschikbaar (inclusief gemeentelijke collectiviteiten) die bruikbaar is voor dit onderzoek.

Bovendien heeft Zorgweb “De VoorzieningenWijzer” ontwikkeld, een applicatie die gemeenten helpt bij het bestrijden van armoede en problematische schulden. Data die opgeslagen wordt in deze applicatie geeft Zorgweb inzicht in gemeentelijke en fiscale compensatieregelingen.

BS&F heeft de gemeentelijke collectiviteit voor minima en Gezondverzekerd.nl ontwikkeld. Daarmee beschikken zij over relevante data voor dit onderzoek.

Analyse informatievoorziening

Om vraag 15 te kunnen beantwoorden heeft Zorgweb gepubliceerde rapportages bekeken die handelen over landelijke en gemeentelijke regelingen ter compensatie van de extra kosten die chronisch zieken en gehandicapten maken ten gevolge van hun ziekte of handicap. Voor deze analyse is de gepubliceerde informatie van VWS, Zorgweb, CBS, BS&F en VNG/Significant geanalyseerd.

Onderzoek bij 25 gemeenten

Om vragen 16 en 17 te beantwoorden is onderzoek uitgevoerd onder 25 gemeenten. De verzamelde informatie is afkomstig van de websites van deze gemeenten.