



# Compensatie van meerkosten via de gemeentelijke zorgverzekering

17 december 2014

Dokter Klinkertweg 10c  
8025 BS Zwolle

T. 038 - 455 29 20

I. [www.bsenf.nl](http://www.bsenf.nl)

E. [info@bsenf.nl](mailto:info@bsenf.nl)



## Inhoudsopgave

1. Over dit rapport .....	3
2. De gemeentelijke collectiviteit .....	4
3. Voornaamste dekkingen voor chronisch zieken en gehandicapten .....	5
4. Financieel voordeel .....	7
5. Toegang tot de collectiviteit .....	10
6. Voornaamste conclusies uit het onderzoek.....	11

## 1. Over dit rapport

Gemeenten krijgen vanaf 2015 een grotere verantwoordelijkheid voor burgers in een kwetsbare positie. Niet alleen met de drie grote decentralisaties (jeugd, werk en zorg) maar ook specifiek voor chronisch zieken en gehandicapten. Met de afbouw van de landelijke inkomensregelingen Wtcg en CER en met de uitbreiding van het gemeentefonds (oplopend tot structureel € 268 miljoen) wordt van gemeenten verwacht dat zij het wegvallen van deze regelingen gaan compenseren.

Gemeenten hebben beleidsvrijheid gekregen om de ontsluiting van deze middelen vorm te geven. Om hen hierbij te faciliteren heeft het Transitiebureau Wmo, het samenwerkingsverband van het ministerie van VWS en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, in maart 2014 een handreiking uitgebracht. Hierin wordt een vijftal opties voor lokaal beleid bij de (financiële) ondersteuning van burgers met een chronische ziekte en/of beperking beschreven<sup>1</sup>. Het Transitiebureau adviseert gemeenten om een combinatie van meerdere opties te hanteren; wij onderschrijven het belang van een goede mix tussen maatwerk- en collectieve oplossingen.

Eén van de opties is het ontsluiten van het nieuwe gemeentelijke budget via de collectieve zorgverzekeringen die gemeenten sinds jaar en dag afsluiten voor inwoners met een laag inkomen. Ieder(in) heeft bureau BS&F, adviseur van gemeenten bij deze zorgverzekeringen, gevraagd om in kaart te brengen in welke mate en op welke wijze gemeenten gebruik maken van deze route.

In dit rapport wordt hiervan een landelijk overzicht geboden. Er wordt gekeken naar de voornaamste vergoedingen binnen de gemeentelijke collectiviteit, vanuit het oogpunt van de doelgroep. Hierbij wordt specifiek gekeken naar eigen bijdragen en het verplicht eigen risico binnen de Zorgverzekeringswet. Tevens gaat het rapport in op het financiële voordeel dat deelnemers aan de collectiviteit genieten, dankzij door verzekeraars verleende kortingen en door gemeenten gegeven bijdragen in de zorgpremie. Hiermee wordt dus ook een beeld gegeven van de mate waarin gemeenten het ontvangen budget aanwenden voor de collectiviteit. Ten slotte maakt dit rapport inzichtelijk tot welk inkomen gemeenten een bijdrage geven.

### *Gemeente specifiek beeld*

Wilt u weten welke keuzes uw gemeente heeft gemaakt ten aanzien van de collectieve zorgverzekering? Neem dan contact op met Ieder(in) via [gemeente-verzekering@iederin.nl](mailto:gemeente-verzekering@iederin.nl) voor een gemeentespecifiek rapport. Ook kunt u terecht op [www.gezondverzekerd.nl](http://www.gezondverzekerd.nl).

### *Verantwoording*

BS&F ondersteunt 300 gemeenten bij hun collectiviteit voor kwetsbare burgers. Dit rapport is gebaseerd op de begin december door hen gemaakte keuzes ten aanzien van de collectiviteit. Het betreft daarmee een ruime steekproef onder alle 393 gemeenten in 2015.

---

<sup>1</sup> Handreiking gemeentelijk maatwerk voor personen met een chronische ziekte en/of beperking, maart 2014

## 2. De gemeentelijke collectiviteit

In 2015 bestaat de zorgpolis die gemeenten bieden aan inwoners met een laag inkomen bijna twintig jaar. Sinds 1997 wordt dit instrument door gemeenten ingezet om ook inwoners in een (financieel) kwetsbare positie toegang te garanderen tot goede en betaalbare zorg. Gemeenten leveren een bijdrage in de premie van de polis, zodat deelnemers kunnen kiezen voor een polis met ruime dekking tegen relatief beperkte kosten.

Het afgelopen jaar hebben gemeenten, zorgverzekeraars en BS&F samengewerkt om een variant te ontwikkelen van de collectiviteit die aansluit bij de (relatief hoge) zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten. Hiertoe is onderzocht welke dekkingen extra opgenomen moeten worden in de bestaande gemeentelijke collectiviteiten, zodat deze nog meer aansluit bij de ervaren meerkosten voor zorg en ondersteuning<sup>2</sup>. Deze variant kent een hogere premie, maar wordt toegankelijk als een gemeente een deel van het nieuwe budget voor inkomenssteun aanwendt als bijdrage in de premie<sup>3</sup>.

Gemeenten hebben bij het inrichten van de collectiviteit eigen keuzes kunnen maken over dekking (wat wil men verzekeren, in afstemming met de verzekeraar), toegang (welke inkomensgrenzen wil men hanteren) en financiële bijdrage (tot welk inkomen wil de gemeente een compensatie bieden)<sup>4</sup>.

De komende jaren wordt deze zorgverzekering verder doorontwikkeld in samenspraak met patiënten- en cliëntenvertegenwoordigers, zodat deze steeds beter aansluit op de behoeften van mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

### voordelen van de collectiviteit voor chronisch zieken en gehandicapten

<b>passende dekking</b>	bij de samenstelling van de polis is zoveel mogelijk aangesloten bij de meerkosten die volgen uit een hoge zorgvraag
<b>betaalbaarheid</b>	de collectiviteit wordt toegankelijker dankzij kortingen van de zorgverzekeraar en een (vaak aanzienlijke) financiële bijdrage van de gemeente in de premie
<b>vergoeding eigen betalingen</b>	de meeste gemeenten vergoeden ook het eigen risico en eigen betalingen voor thuiszorg deels of volledig via de collectiviteit
<b>eenvoudige administratie</b>	deelnemers kunnen meerkosten declareren bij de zorgverzekeraar, over het algemeen een eenvoudiger proces dan via de loketten Wmo/Bijstand van de gemeente
<b>keuzevrijheid</b>	de meeste gecontracteerde zorgverzekeraars bieden meerdere pakketten aan (van beperkte tot zeer uitgebreide varianten), zodat men kan kiezen welke het meest passend is voor de individuele situatie
<b>acceptatie</b>	deelnemers worden altijd geaccepteerd voor de collectiviteit, ongeacht gezondheid

NB: de gemeentelijke collectiviteit is gericht op het vergoeden van meerkosten die samen hangen met een hoge zorgvraag, en niet zozeer op het bieden van een (ongerichte) financiële compensatie. Anders gezegd, voor mensen mét een chronische aandoening maar zónder meerkosten is de uitgebreide variant minder passend. Mensen die intramuraal verblijven en voor wie de kosten van hun zorg gedragen worden door de instelling, zijn meestal beter af met een 'lichtere' zorgverzekering. Deze casuïstiek bevestigt het belang van een goede mix tussen collectieve oplossingen, zoals de gemeentelijke collectiviteit, en individueel maatwerk.

<sup>2</sup> Nivel (2013) onder haar Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten, aangevuld met onderzoeken van RIVM/NPCF (2008), Diabetesvereniging Nederland (2012) en Parkinsonvereniging (2012).

<sup>3</sup> Los van deze gemeentelijke bijdrage kunnen mensen met een laag tot gemiddeld inkomen tevens aanspraak maken op de zorgtoeslag (maximaal € 936,- in 2015).

<sup>4</sup> Zie ook [www.bsenf.nl/gemeentepolis](http://www.bsenf.nl/gemeentepolis) voor een korte animatie over deze ontwikkeling.

### 3. Voornaamste dekkingen voor chronisch zieken en gehandicapten

Gemeentelijke collectiviteiten verschillen onderling, dat volgt logischerwijze uit de zwaartepunten die zorgverzekeraars en gemeenten onderling anders leggen. Dat neemt niet weg dat een rode draad te onderkennen is in de dit jaar ontwikkelde variant voor mensen met een hoge zorgvraag. Immers, onder elke gemeentelijke collectiviteit ligt dezelfde analyse van de voornaamste meerkosten (zie voetnoot 2). Gemiddeld genomen worden de volgende meerkosten gedekt in de uitgebreide variant:

meerkosten	gemiddelde vergoeding
<b>fysio- en oefentherapie</b>	18-40 behandelingen
<b>overig paramedisch</b>	gemiddeld € 250 per jaar; paramedische behandelingen waaronder ergotherapie, dieetadvies, podotherapie en pedicure
<b>geneesmiddelen</b>	volledige vergoeding van eigen bijdragen voor geneesmiddelen op recept en vergoeding voor bepaalde geneesmiddelen buiten Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS)
<b>alternatieve geneeswijzen</b>	€ 300 - € 500 voor behandelingen en geneesmiddelen van bijvoorbeeld acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeskunde en osteopathie
<b>brillen, contactlenzen en hoortoestellen</b>	gemiddeld € 250 voor brillen en contactlenzen en vergoeding van de eigen bijdrage bij hoortoestellen (gemiddeld € 250)
<b>overige hulpmiddelen</b>	vergoeding van eigen bijdragen voor onder andere orthopedisch schoeisel, pruiken, diabetes hulpmiddelen, ADL hulpmiddelen, steunzolen, alarmering (allen: deels tot 100% vergoeding)
<b>ziekenvervoer</b>	100% vergoeding voor de eigen bijdragen
<b>mondzorg</b>	gemiddeld € 600
<b>orthodontie</b>	< 18 jaar: 100 % maximaal € 2.000 - € 2.500 > 18 jaar: 80 % maximaal € 500 (één concern geeft geen vergoeding > 18)
<b>kuurreizen en zorghotels</b>	€ 500 - € 2.000 per jaar
<b>preventie</b>	vergoeding van diverse cursussen, preventieve onderzoeken en leefstijlprogramma's (gemiddeld € 300)
<b>lidmaatschappen</b>	bijdrage in de kosten voor deelname aan patiënten- en cliëntenverenigingen en thuiszorgorganisaties (gemiddeld € 50)
<b>mantelzorg</b>	vergoeding van cursussen, mantelzorgmakelaar en / of respijtzorg (gemiddeld 21 dagen per jaar)
<b>eigen bijdragen Wmo</b>	vergoeding voor de eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen (huishoudelijke hulp, begeleiding, dagbesteding, woningaanpassing, vervoer)
<b>eigen risico</b>	vergoeding van het verplicht eigen risico voor de Basisverzekering (€ 375 in 2015). <i>Zie ook hieronder voor nadere specificatie van de verschillende invullingen hiervan.</i>

Voor een gedetailleerd overzicht van de kostensoorten en vergoedingen: zie [www.gezondverzekerd.nl](http://www.gezondverzekerd.nl). Hier worden alle gemeentelijke collectiviteiten (en varianten) per gemeente in detail getoond.

### *Vergoeding van het verplicht eigen risico*

Op grond van de Zorgverzekeringswet heeft iedere verzekerde van 18 jaar of ouder in 2015 een wettelijk verplicht eigen risico van € 375,-. Juist voor chronisch zieken en gehandicapten betekent dit vaak dat zij dit bedrag grotendeels tot volledig opmaken, gezien hun noodzakelijke aanspraak op zorg. Tot 2014 werden zij (deels) gecompenseerd voor de veronderstelde meerkosten die zij maken ten opzichte van niet-chronisch zieken: de Compensatieregeling Eigen Risico (CER). Ter compensatie ontvingen zij via het CAK het meerdere ten opzichte van de gemiddelde consumptie van het verplicht eigen risico. In 2013 betrof het een bedrag van € 99,- per jaar.

Nu deze regeling is afgeschaft, hebben gemeenten en zorgverzekeraars gezocht naar mogelijkheden om chronisch zieken en gehandicapten hiervoor te compenseren. Dit heeft zich vertaald in de mogelijkheid tot het opnemen van het verplicht eigen risico in de gemeentelijke collectiviteit.

In de praktijk zijn twee varianten te onderscheiden:

1. *Meeverzekeren verplicht eigen risico:* deelnemers betalen per maand een vast premiebedrag, dat op jaarbasis minder is dan de genoemde € 375,-. Bij deze variant hoeven deelnemers niet achteraf bij te betalen als zij het eigen risico volledig aanspreken.
2. *Gespreide betaling verplicht eigen risico vooraf:* bij deze variant wordt het totale bedrag à € 375,- over tien termijnen gespreid betaald door de deelnemer. Als achteraf blijkt dat een verzekerde minder kosten heeft gemaakt dan € 375,- (dus niet het volledige eigen risico heeft hoeven aanspreken) dan krijgt de verzekerde het te veel betaalde na afloop van het jaar teruggestort.

Het voordeel van deze regelingen is dat verzekerden zo niet ineens een volledig bedrag aan eigen risico dienen te voldoen. Dat kan zeker voor mensen met een laag inkomen een (te) zware last zijn. Deze regelingen dienen daarmee in de eerste plaats als maatregel om wanbetaling en schuldenproblematiek tegen te gaan.

Met deze regelingen *an sich* worden chronisch zieken en gehandicapten dus niet gecompenseerd. Van compensatie is pas sprake als een gemeente ook daadwerkelijk deze kosten (deels) vergoed, middels het geven van een extra bijdrage in de premie van de gemeentelijke collectiviteit. Dit is een belangrijk element in de totale gemeentelijke bijdrage, aangezien het premie-effect van het opnemen van het eigen risico in collectiviteit fors is. In de praktijk zien wij dat het overgrote deel van de gemeenten hier ook voor gekozen heeft.

Een deel van de gemeenten kiest voor het vergoeden van de oude CER compensatie (€ 99,-), een zeker zo groot aantal heeft gekozen voor een bijdrage die nagenoeg of volledig het totale eigen risico van € 375,- compenseert. In algemene zin is te stellen dat een gemeentelijke bijdrage boven de € 17,50 per maand impliceert dat de gemeente in elk geval het afschaffen van de CER compenseert (naast de inhoudelijke extra dekkingen).

#### 4. Financieel voordeel

De gemeentelijke collectiviteit biedt aan deelnemers een aantal voordelen, zoals in het begin van deze notitie opgesomd. Belangrijk element hierbij is uiteraard het financiële voordeel, aangezien de collectiviteit bedoeld is om meerkosten te compenseren. Het financiële voordeel bestaat uit twee componenten: de korting op de polis zoals verleend door de zorgverzekeraar (voor de basis- en/of de aanvullende verzekering) en de bijdrage die de gemeente doet in de premie.

##### *Korting op de basis- en aanvullende verzekering*

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de collectiviteitskorting die zorgverzekeraars verlenen op de basis- en/of aanvullende zorgverzekering van de gemeentelijke collectiviteit. Hoe deze korting per saldo (netto) uitpakt, is uiteraard afhankelijk van de hoogte van de premie.

zorgverzekeraar	korting op de basisverzekering	korting op de aanvullende verzekering
Azivo	7 %	0 %
CZ	7 %	7 %
De Friesland Zorgverzekeraar	6 %	7 %
DSW Zorgverzekeraar	0 %	0 %
Menzis	6 %	9 %
Coöperatie VGZ	6 %	0 %
Zilveren Kruis Achmea	7,5 %	10 %
Zilveren Kruis Achmea (oud-Agis)	4,5 %	0 %
Zorg en Zekerheid	9 %	10 %

De vier grootste aanbieders van gemeentelijke collectiviteiten zijn CZ, coöperatie VGZ, Menzis (labels Menzis en Azivo) en Achmea (Zilveren Kruis Achmea, oud-Agis en De Friesland Zorgverzekeraar). DSW en Zorg en Zekerheid zijn regionale spelers. Gemiddeld leiden de kortingen tot een financieel voordeel van € 118,65 per jaar<sup>5</sup>.

##### *Gemeentelijke bijdrage*

Het financiële voordeel wordt dus voor een deel bepaald door de hoogte van de kortingen die zorgverzekeraars geven op de basis- en aanvullende verzekering. Een minstens zo belangrijk financieel effect volgt uit de bijdrage die een gemeente geeft in de premie van de collectiviteit. Via deze bijdrage ontsluit de gemeente immers (een deel van) haar nieuwe budget dat volgt uit de afschaffing van de Wtgc en CER.

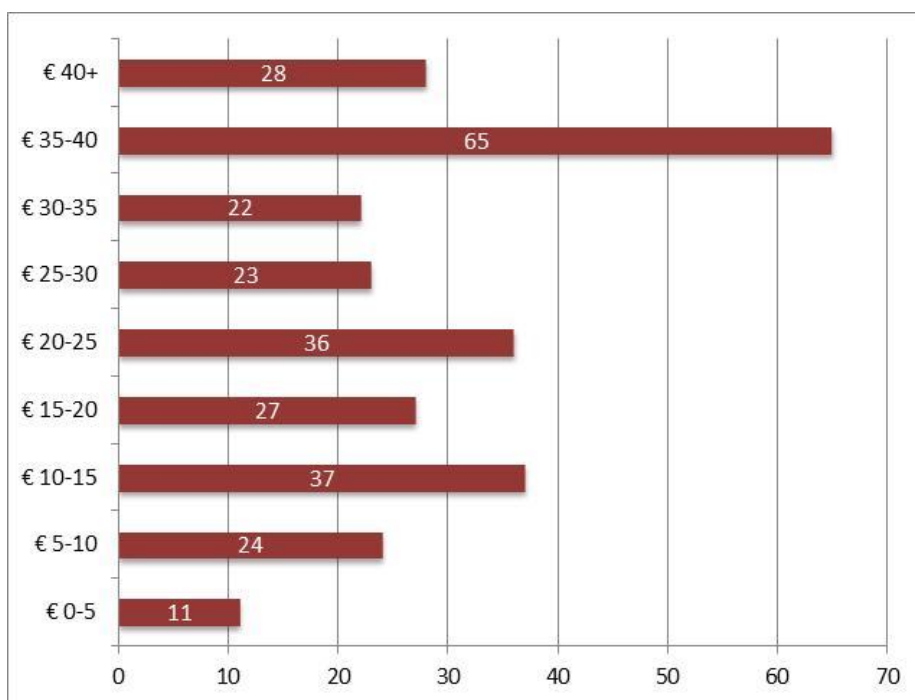
<sup>5</sup> Hierbij is rekening gehouden met de betreffende premies voor de gemeentelijke collectiviteit, de verleende kortingen daarop en het marktaandeel van de zorgverzekeraars.



Overigens, de meeste gemeenten gaven sinds jaar en dag al een bijdrage in de premie, volgend uit haar budget voor 'bijzondere bijstand voor medische kosten'. In 2013 was deze bijdrage gemiddeld € 117,- per jaar<sup>6</sup> (iets minder dan € 10,- per maand).

Met de introductie van de uitgebreide variant, oftewel de gemeentelijke collectiviteit voor mensen met een hoge zorgvraag, is deze bijdrage fors toegenomen. Gemeenten die ervoor gekozen hebben de afschaffing van Wtcg en CER te compenseren middels deze 'nieuwe' variant geven namelijk *gemiddeld een bijdrage van € 340,- per jaar in de premie van die variant*.

Dit betekent bijna een verdrievoudiging van de gemeentelijke bijdrage. Onderstaande grafiek laat zien hoeveel gemeenten hoeveel bijdragen in de uitgebreide variant van de gemeentelijke collectiviteit (op maandbasis, in stappen van vijf euro).



De grafiek wijst uit dat 93 gemeenten een bijdrage geven van meer dan € 35,- per maand (€ 420,- per jaar). Dat is een aanzienlijke bijdrage, waarmee ten minste het volledige verplicht eigen risico wordt gecompenseerd.

Deze grafiek draagt ook bij aan het beantwoorden van de vraag: hoeveel van de gemeenten maken gebruik van de gemeentelijke collectiviteit, de uitgebreide variant, om (een deel van) het budget ex Wtcg/CER te ontsluiten? Alle gemeenten uit bovenstaande grafiek, 273 gemeenten, bieden de uitgebreide variant aan. Maar met een geringe bijdrage kun je je afvragen of er wel sprake is van feitelijke financiële compensatie. Daarvoor is naar onze inschatting toch minimaal een gemeentelijke bijdrage van € 10,- per maand wenselijk.

Met deze 'maatstaf' constateren we dat per saldo 238<sup>7</sup> gemeenten daadwerkelijk de collectiviteit inzetten om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor hun meerkosten aan zorg en ondersteuning. Dit is nagenoeg 80 % van het totale aantal gemeenten in dit onderzoek.

<sup>6</sup> Evaluatierapport CZM 2013, BS&F. Gegevens over 2014 worden begin 2015 bekend.

<sup>7</sup> Immers: 273 - (24 + 11) = 238



### *Totale financiële voordeel voor deelnemers*

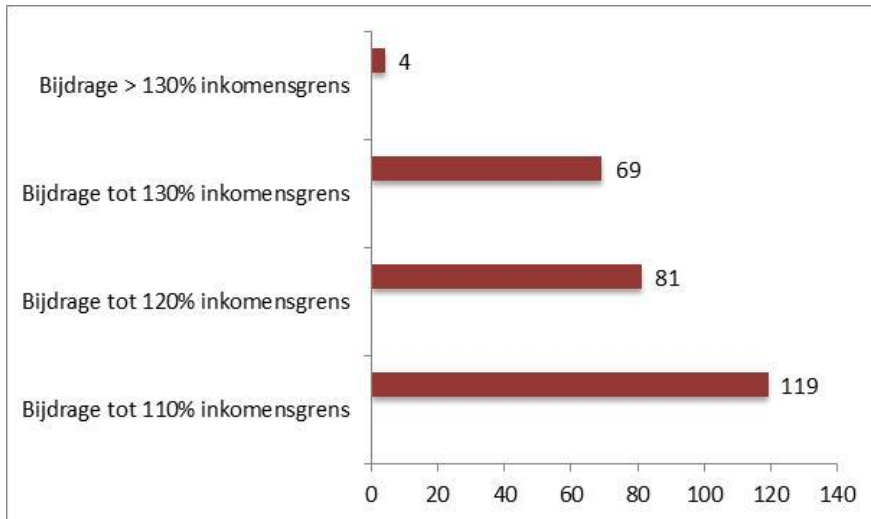
Het totale voordeel voor deelnemers in de uitgebreide variant van de gemeentelijke collectiviteit is een optelsom van de collectiviteitskortingen en de gemeentelijke bijdrage. Dit financiële effect verschilt aanzienlijk tussen gemeenten, met een minimum van € 84,- per jaar ten opzichte van maximaal € 885,- op jaarbasis. Gemiddeld genomen is het financiële effect als volgt:

<b>gemiddelde financiële voordeel voor deelnemers per jaar</b>	
<b>gemiddelde effect van kortingen van verzekeraars</b>	<b>€ 118,65 per jaar</b>
<b>gemiddelde gemeentelijke bijdrage in de premie</b>	<b>€ 339,43 per jaar</b>
<b>gemiddelde financiële voordeel voor deelnemers</b>	<b>€ 458,08 per jaar</b>

Aangezien de verschillen tussen gemeenten aanzienlijk zijn en aangezien het per saldo natuurlijk gaat om de te betalen premie, is het nuttig om op [www.gezondverzekerd.nl](http://www.gezondverzekerd.nl) te kijken hoe een en ander uitwerkt per gemeente en per gekozen variant van de gemeentelijke collectiviteit.

## 5. Toegang tot de collectiviteit

Gemeenten maken niet alleen keuzes ten aanzien van de bijdrage die zij in de premie geven, maar ook ten aanzien van inkomensgrenzen die zij hanteren om deze bijdrage uit te keren. In onderstaande grafiek wordt getoond hoeveel gemeenten tot welk percentage van het toepasselijk sociaal minimum een bijdrage geven in de collectiviteit. Let wel, een aantal gemeenten differentieert haar bijdrage naar inkomen (anders gezegd: dan geeft de gemeente bij een lager percentage van het sociaal minimum een hogere bijdrage).



Uit de grafiek valt te constateren dat een aanzienlijk deel van de gemeenten een hogere inkomensgrens hanteert dan het tot voor kort wettelijke maximum van 110%. Het verlenen van een bijdrage in de premie bij ook hogere inkomensgrenzen volgt tevens uit de inzet van de collectiviteit bij de afschaffing van Wtcg en CER: zo hebben immers meer mensen toegang tot deze vorm van compensatie.

Landelijk gezien ontwikkelt het aantal mensen dat aanspraak kan maken op een gemeentelijke bijdrage in de premie zich als volgt<sup>8</sup>:

inkomen sociaal minimum	110%	115%	120%	125%	130%
aantal huishoudens	799.270	942.210	1.079.890	1.214.500	1.335.950
omvang doelgroep (18+)	1.039.100	1.224.900	1.403.900	1.578.900	1.736.700

Landelijk gezien is de gemiddelde inkomensnorm bijna 120%. Dat impliceert dat circa 1,4 miljoen Nederlanders toegang hebben tot de collectiviteit, met een bijdrage van de gemeente.

<sup>8</sup> Cijfers Stimulansz, inkomen 130% door BS&F geëxtrapoleerd. Uit CBS cijfers blijkt dat gemiddeld 70% van de huishoudens met een laag inkomen uit alleenstaanden bestaat. Om het aantal volwassen personen te berekenen is daarom het aantal huishoudens verhoogd met factor 1,3.

## 6. Voornaamste conclusies uit het onderzoek

Dit rapport beschrijft hoe gemeenten hun collectieve zorgverzekering inzetten om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor hun meerkosten. Deze gemeentelijke collectiviteit wordt sinds jaar en dag door gemeenten aangeboden om inwoners in een (financieel) kwetsbare positie toegang te garanderen tot goede en betaalbare zorg. In 2014 is deze zorgverzekering, in samenspel tussen gemeenten, zorgverzekeraars en BS&F, doorontwikkeld om nader aan te sluiten bij de meerkosten van chronisch zieken en gehandicapten.

Dit heeft geleid tot een 'uitgebreide variant' van de gemeentelijke zorgverzekering, waarin zowel:

- *inhoudelijke dekkingen* (zoals fysiotherapie, mondzorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en preventie) als
- *financiële vergoedingen* (eigen bijdragen en het verplicht eigen risico) zijn opgenomen.

Doordat gemeenten een bijdrage geven in de premie van deze zorgverzekeringen, worden meerkosten voor de doelgroep gericht gecompenseerd. Gemeenten hanteren verschillende inkomensgrenzen voor deze: met een inkomen tot 110 % van het sociaal minimum komt men doorgaans in aanmerking, *meer dan de helft van de onderzochte gemeenten hanteert een grens van 120 % of hoger*. Zo hebben meer mensen toegang tot deze vorm van compensatie voor de landelijke afschaffing van de Wtgc en CER.

Uit het onderzoek blijkt daarnaast dat bijna *80 % van de gemeenten* in het onderzoek (namelijk 238 van de 300 gemeenten) daadwerkelijk deze uitgebreide variant van de gemeentelijke zorgverzekering inzetten om hun nieuwe budget te ontsluiten. Gemeenten geven gemiddeld een *bijdrage van € 340,- per jaar* in deze variant.

Daarnaast besparen deelnemers gemiddeld genomen *€ 118,- per jaar dankzij kortingen* die zorgverzekeraars verlenen op de premie van deze zorgverzekeringen.

Per saldo genieten deelnemers daarmee gemiddeld een *financieel voordeel van bijna € 460,- per jaar*. Zo bieden gemeenten aan inwoners met een hoge zorgvraag via deze manier de mogelijkheid om een ruime zorgverzekering af te sluiten, tegen relatief beperkte kosten.