

Beleidsplan GelijkGezond

Oktober 2023

De Stichting GelijkGezond is een not-for-profit, maatschappelijk initiatief zonder aandeelhouders

Onze kernambitie is het verhogen van het aantal gezonde levensjaren van mensen met een minimum inkomen en daarmee het verkleinen van gezondheidsverschillen. En dit tegen gelijke of lagere maatschappelijke kosten

GelijkGezond organiseert voor hen structurele ondersteuning door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht

Wij organiseren vooraf de (financiële) middelen waarmee dit mogelijk is, de zorgverzekeraar draagt achteraf bij op basis van daadwerkelijk gedaalde zorgkosten

De statuten van de Stichting GelijkGezond kennen een liquidatiesaldobepaling, governance bepalingen en een passend beloningsbeleid

GelijkGezond is een initiatief van Joris van Eijck, Marcel Geurts en Anouk Op het Veld

Joris en Marcel hebben beiden een achtergrond als organisatieadviseur bij BCG en hebben gewerkt in management rollen bij zorgaanbieders

Joris heeft daarnaast gewerkt als directeur bij een zorgverzekeraar en is lid van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving

Marcel is verbonden aan de Stichting Amsterdam Health and Technology Institute, een onderzoeksgroep gericht op data-ondersteuning van transformaties in zorg en welzijn

Anouk combineert jarenlange ervaring als adviseur in het sociaal domein bij Andersson Elffers Felix, met inzichten vanuit haar strategie rol bij Philips en een toezichhoudende rol bij Omring

GelijkGezond is voor Joris, Marcel en Anouk hun belangrijkste professionele bezigheid. Daarvoor treden ze in dienst bij de Stichting GelijkGezond en ontvangen een salaris passend bij het doel van GelijkGezond, zonder aandelen of andere financiële belangen





GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht. Daarvoor maken we samen met verzekeraars en financiers een systeem dat zichzelf in stand houdt en zetten we de gemeentepolis in als mechanisme om dat te bereiken.

- INTRODUCTIE
- HOE GAAT HET WERKEN
- HOE HELPT GELIJKGEZOND
- INWONERS – ENKELE
- VOORBEELDEN
- AANVLIEGROUTE
- GEMEENTES
- AANVLIEGROUTE
- ZORGVERZEKERAARS
- BEGROTING EN
- DEKKINGSPLAN
- MIJLPALENPLANNING
- TEAM
- BIJLAGE



Nederland kent grote ongelijkheid in gezondheid

Voorbeeld: levensverwachting mannen bij geboorte

hoogste 20% inkomens

Laagste 20% inkomens

22 jaar
lagere gezonde
levensverwachting

9 jaar
Kortere
levensduur



Deze slechtere uitkomsten betekenen ook veel hogere kosten

Voorbeeld: gemiddelde kosten voor mannen in de zorgverzekeringswet

Inkomen tot
120% sociaal minimum

3x

30 – 49 jarigen

2x

50 – 65 jarigen

1,6x

66 – 75 jarigen

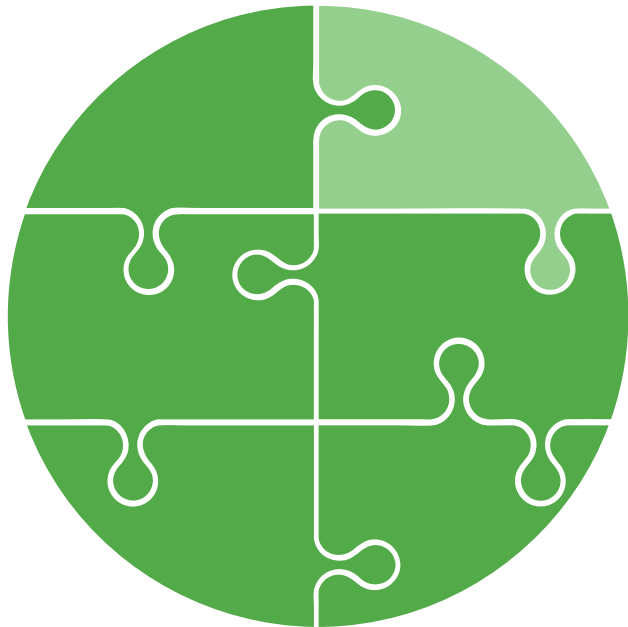
Inkomen hoger dan
280% sociaal minimum



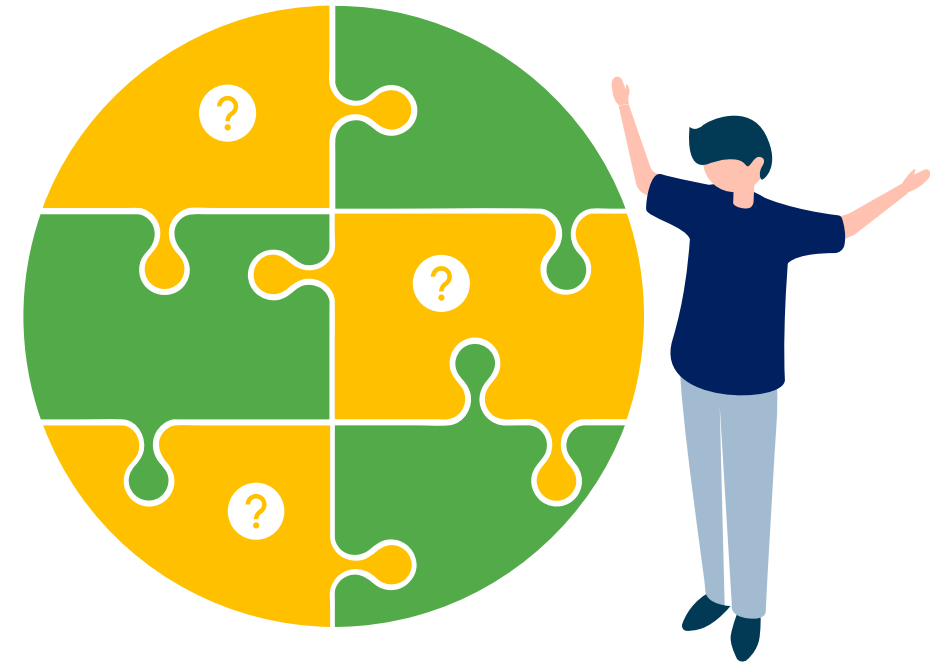
Ons zorg- en
ondersteuningssysteem
gaat uit van zelfredzame
mensen die op een
moment één
ondersteuningsvraag
hebben



Een grote groep mensen, veelal met een laag inkomen, is echter (tijdelijk) niet zelfredzaam en heeft vragen op meerdere domeinen



(Veelal) hogere inkomens



(Veelal) lagere inkomens

Deze groep mensen heeft
hulp nodig bij het
mogelijk maken van
oplossingen die passen bij
hun domeinoverstijgende
hulpvraag



Inwoner en hulpverlener zijn samen vaak goed in staat om passende oplossingen te vinden

Drie voorbeelden van domeinoverstijgende ondersteuning uit de praktijk¹



Financiering van een hulphond voor een vrouw met een eetstoornis. Met de ondersteuning van de hulphond krijgt de vrouw haar problematiek onder controle, verbetert haar kwaliteit van leven en wordt kostbare GGZ zorg vermeden.



Terugkopen van een auto van een man die in de schuldsanering is gekomen. Met deze auto kan hij zijn kinderen naar hun speciale school brengen en halen waardoor zij en hij beter functioneren. Inzet van jeugdzorg en GGZ wordt daarmee voorkomen.



Afkopen van schulden van een gezin. Hiermee krijgen de ouders weer grip op hun leven en daalt de stress. De onbegrepen buikklachten verdwijnen en daarmee ook de kosten die worden gemaakt voor het zoeken naar somatische oorzaak.



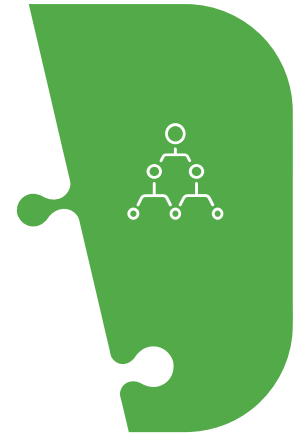
Het systeem ondersteunt hulpverleners echter onvoldoende om deze mensen structureel goed te kunnen bedienen



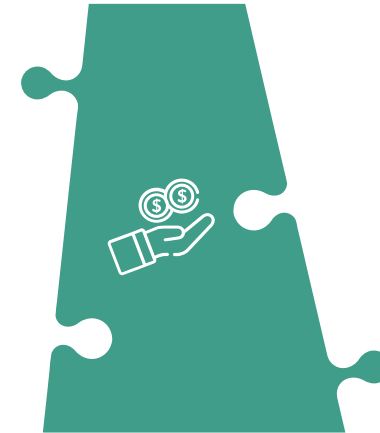
Onvoldoende tijd voor ondersteuning



Weinig organisatiekracht



Zeer beperkte (financiële) regelruimte

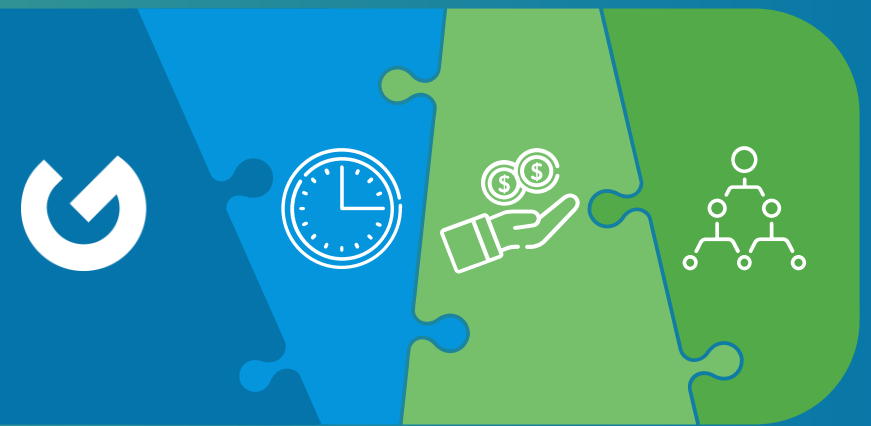


Mensen in de meest kwetsbare positie worden ondersteund bij de brede problematiek waarmee ze worden geconfronteerd

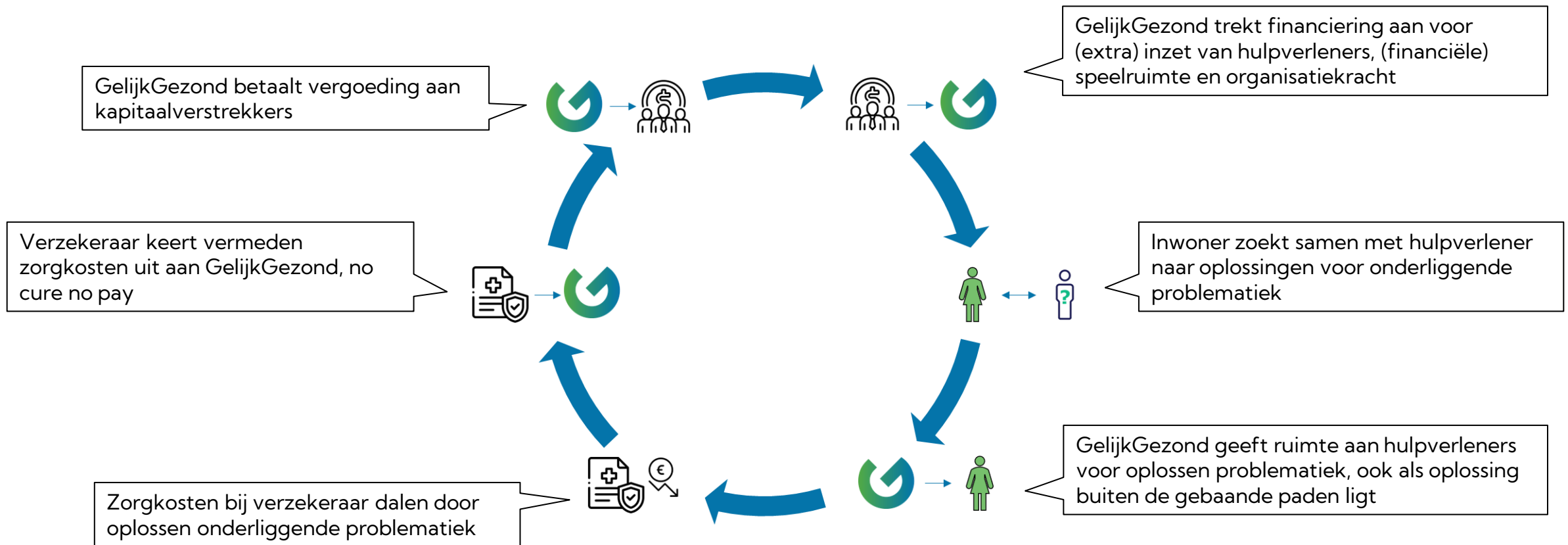
Door hulpverleners meer mogelijkheden te geven in de vorm van tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht om deze mensen te ondersteunen



GelijkGezond organiseert en financiert de extra tijdsbesteding, (financiële) regelruimte en organisatiekracht voor de hulpverleners



De financiering wordt zodanig georganiseerd dat de ondersteuning langjarig kan plaatsvinden: structurele verandering, geen pilot of project





GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht. Daarvoor maken we samen met verzekeraars en financiers een systeem dat zichzelf in stand houdt en zetten we de gemeentepolis in als mechanisme om dat te bereiken.

INTRODUCTIE
HOE GAAT HET WERKEN
HOE HELPT GELIJKGEZOND
INWONERS – ENKELE
VOORBEELDEN
AANVLIEGROUTE
GEMEENTES
AANVLIEGROUTE
ZORGVERZEKERAARS
BEGROTING EN
DEKKINGSPLAN
MIJLPALENPLANNING
TEAM
BIJLAGE



GelijkGezond kiest voor een pragmatische start: focus op zorgverzekeraar als resultaatbetaler, inwoners met een gemeentepolis en met gemedicaliseerde sociale problematiek



Zorgverzekeraar als resultaatbetaler
Zorgverzekeraars hebben (relatief) goede data als input voor resultaatbepaling en het aantal verschillende zorgverzekeraar is beperkt

Inwoners in onze doelgroep maken gebruik van een veelheid aan regelingen. De uitvoerders van al deze regelingen hebben baat bij oplossen van onderliggende problematiek. Voor allen (gemeente, UWV, zorgverzekeraar, zorgkantoor) kan derhalve een casus worden dat ondersteuning van GelijkGezond in de rol van 'resultaat betaler' een slimme keuze is. Wijze waarop resultaat kan worden bepaald verschilt per type partij en is voor sommigen makkelijker dan voor anderen



Deelnemers aan gemeentepolis als afbakening doelgroep
Bij gemeenten en verzekeraars een eenduidig te identificeren groep die geconcentreerd zit bij één of twee verzekeraars

Inwoners met een minimum inkomen kunnen bij alle zorgverzekeraars terecht voor een zorgverzekering. Een deel van hen kiest voor de gemeentepolis: een specifieke polis met een financiële bijdrage van de gemeente. Binnen een gemeente is er meestal één, soms twee, aanbieders van de gemeentepolis



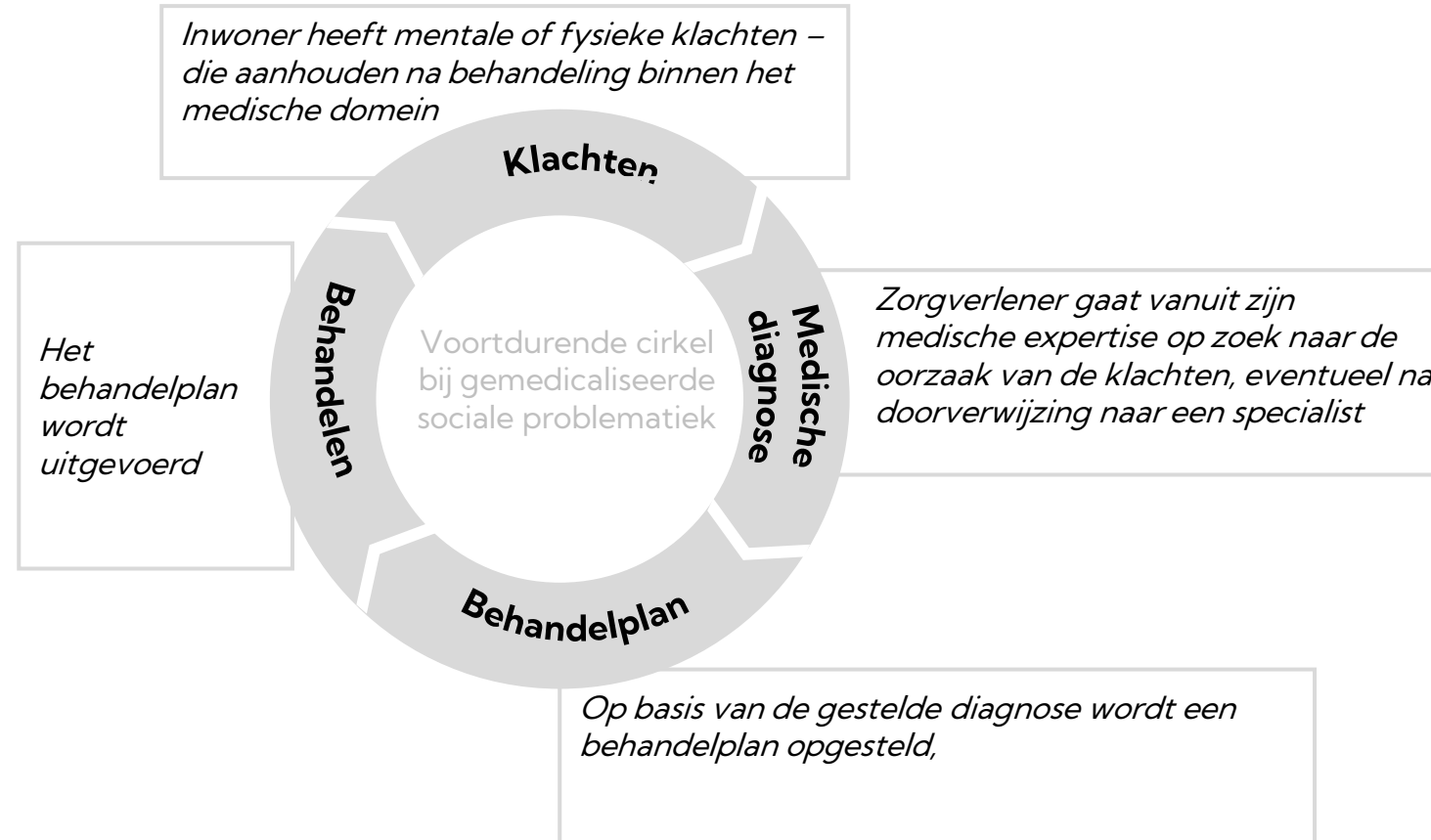
Gemedicaliseerde sociale problematiek als initiële inhoudelijk focus.
Speelt per definitie op het raakvlak van de zorgverzekeringwet en WMO en vereist daarmee een financieringsproblematiek en afstemming tussen verschillende hulpverleners tussen domeinen

Mensen binnen onze doelgroep kampen met een veelheid aan problemen. Voor sommige problemen vallen in zijn geheel binnen één regeling. Maar sommige problematiek speelt tussen regelingen. Als meerdere regelingen betrokken zijn, ontstaan discussies over wie ondersteuning betaalt, welke hulpverlener aan de slag gaat, etc.

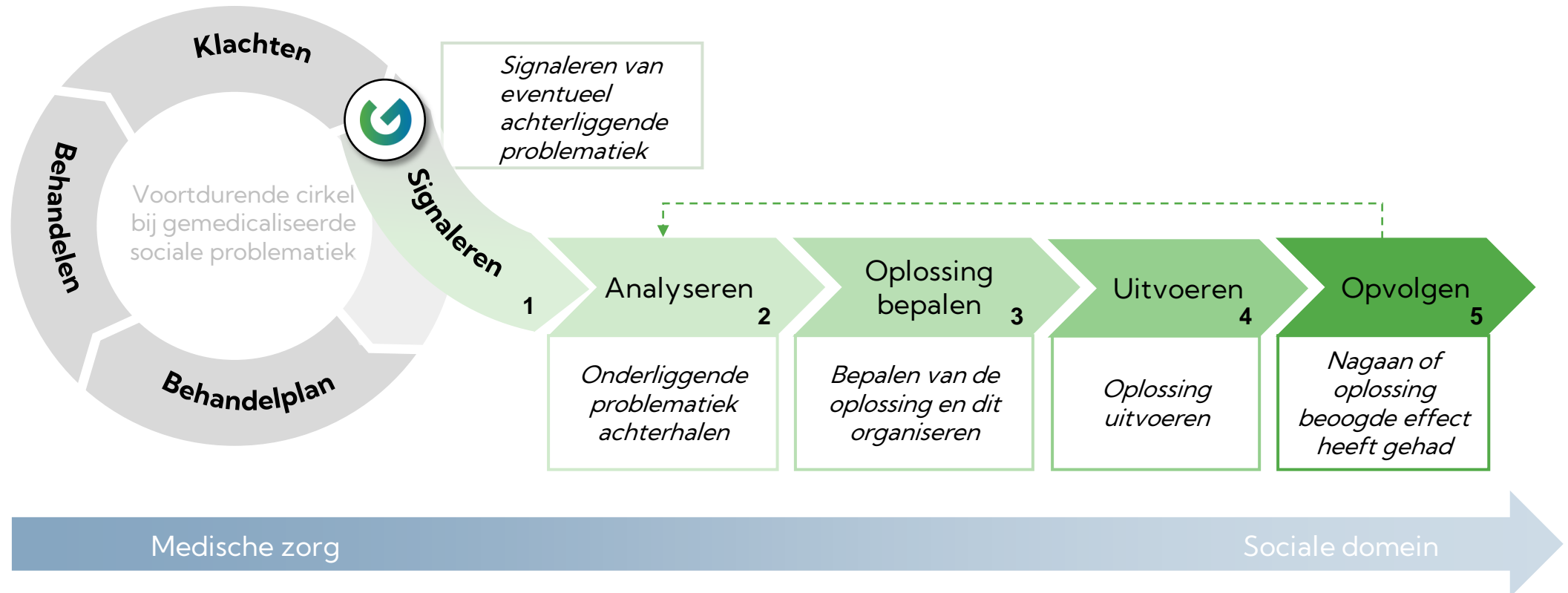
Zorgverzekeraar als resultaatbetaler en focus op gemedicaliseerde sociale problematiek zijn consistente keuzes die elkaar versterken



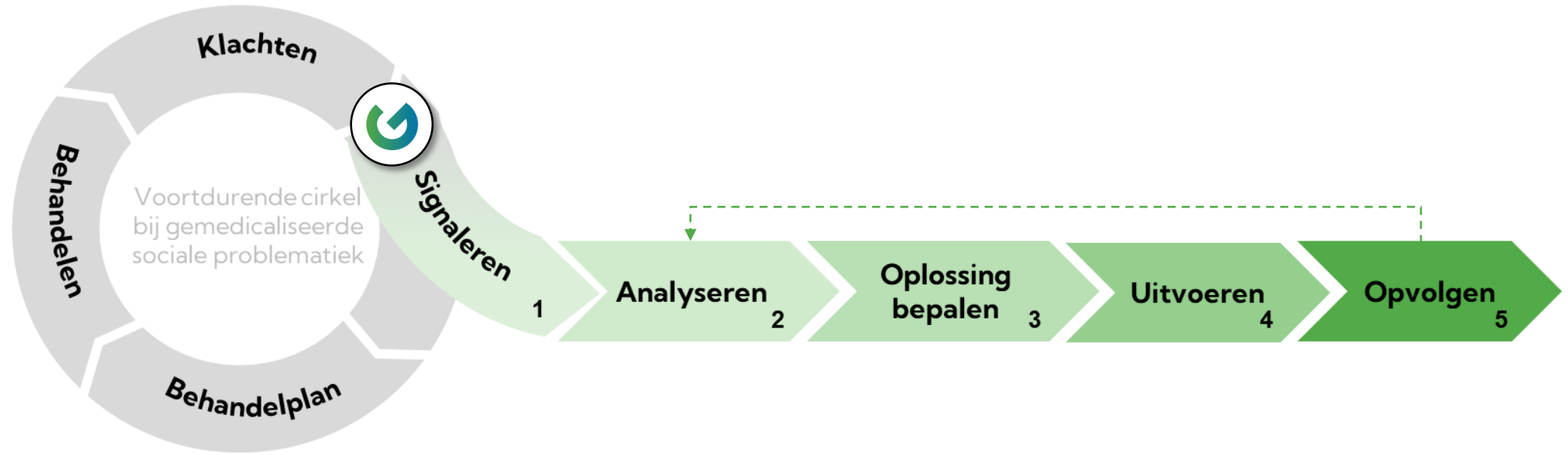
Gemedicaliseerde sociale problemen kenmerken zich door een zoektocht naar een oplossing binnen het medisch domein die niet wordt gevonden






GelijkGezond maakt het mogelijk gemedicaliseerde sociale problemen op te lossen buiten het medische domein



De drie verschillende onderdelen van de waarde propositie van GelijkGezond komen tot uiting in de verschillende stappen van het hulpverlenend proces.

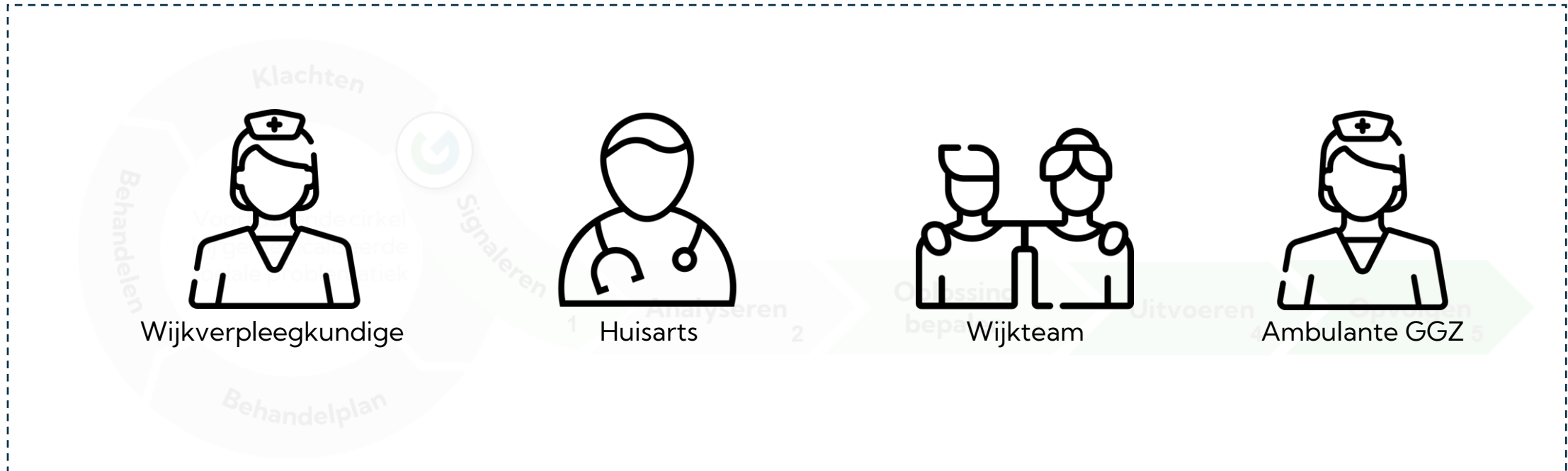


 <p>Vergoeden van additionele tijd voor ondersteuning</p>	<p><i>Er is onvoldoende tijd om te acteren op onderliggende problematiek van individuele inwoners.</i></p>	<p>Tijd beschikbaar maken voor proactieve reviews van patiëntenbestand.</p>	<p>Capaciteit financieren voor dialoog inwoner-hulpverlener – deze capaciteit kan zowel persoonsgebonden zijn als ook structureel.</p>	<p>Mogelijke maken van het proactief volgen van inwoners.</p>
 <p>Creëren van meer (financiële) regelruimte</p>	<p><i>Ongebruikelijke interventies, binnen en tussen regelingen, zijn niet mogelijk.</i></p>	<p>Ongebruikelijke oplossingen mogelijk maken. Van 'preferente toegang tot GGZ' tot 'begeleiding bij bezoek aan hulpverlener' tot 'vergoeden van kleine kostenposten om erger te voorkomen'.</p>		
 <p>Ondersteunen van domeinoverstijgende organisatiekracht</p>	<p><i>Organisatiegraad van en tussen hulpverleners is beperkt waardoor ondersteuning niet effectief en efficiënt is.</i></p>	<p>Met hulpverleners organiseren van proces van 'signaleren' tot 'opvolgen' inclusief heldere afspraken over rolverdeling.</p> <p>Realiseren van kennisdeling tussen hulpverleners binnen en tussen gemeentes, mede op basis van data.</p> <p>Organiseren van effectieve (systeem)ondersteuning ten behoeve van hulpverlening en de doorontwikkeling GelijkGezond.</p>		



GelijkGezond aanpak wordt lokaal ingevuld met vier kernhulpverleners

Vier kernhulpverleners binnen GelijkGezond
– rolverdeling in te vullen op basis van de lokale context



Voor het succes van GelijkGezond is het essentieel dat hulverleners acteren met verantwoordelijkheid en volharding, zowel ten opzichte van de inwoner als van het systeem



Verantwoordelijkheid



Volharding

Ten opzichte van inwoner

Verregaand gevoel van verantwoordelijkheid voor de inwoners, die centraal staan, en hun behoeften vandaag

Volharding voor het bereiken van resultaten, door middel van doelmatig out-of-the-box denken, en voor de opvolging van inwoners

Ten opzichte van systeem

Verantwoordelijkheid voor het financiële welzijn van de organisatie, om ook in de toekomst inwoners te kunnen helpen

Volharding in aanpak en documentatie om op de lange termijn het succes van het systeem te helpen garanderen

Verantwoordelijkheid en volharding van hulpverleners moet worden gefaciliteerd en ondersteund wordt door zowel GelijkGezond als hun organisatie

De organisaties waarbinnen zij werken moeten

- De samenwerking over de domeinen heen stimuleren
- Kleine teams organiseren, die voldoende tijd en mandaat hebben
- Het belang van de verschillende expertises erkennen
- De interne sturing aanpassen om de verantwoordelijkheid en volharding te stimuleren

GelijkGezond moet

- Professionele autonomie faciliteren en het mandaat aan de hulpverleners op de werkvloer geven
- Falen aanvaarden zodat de hulpverleners risico's durven nemen, zodat er zo min mogelijk kansen blijven liggen
- Ruimte geven voor het ontwerpen van oplossingen, met (financiële) verantwoording achteraf

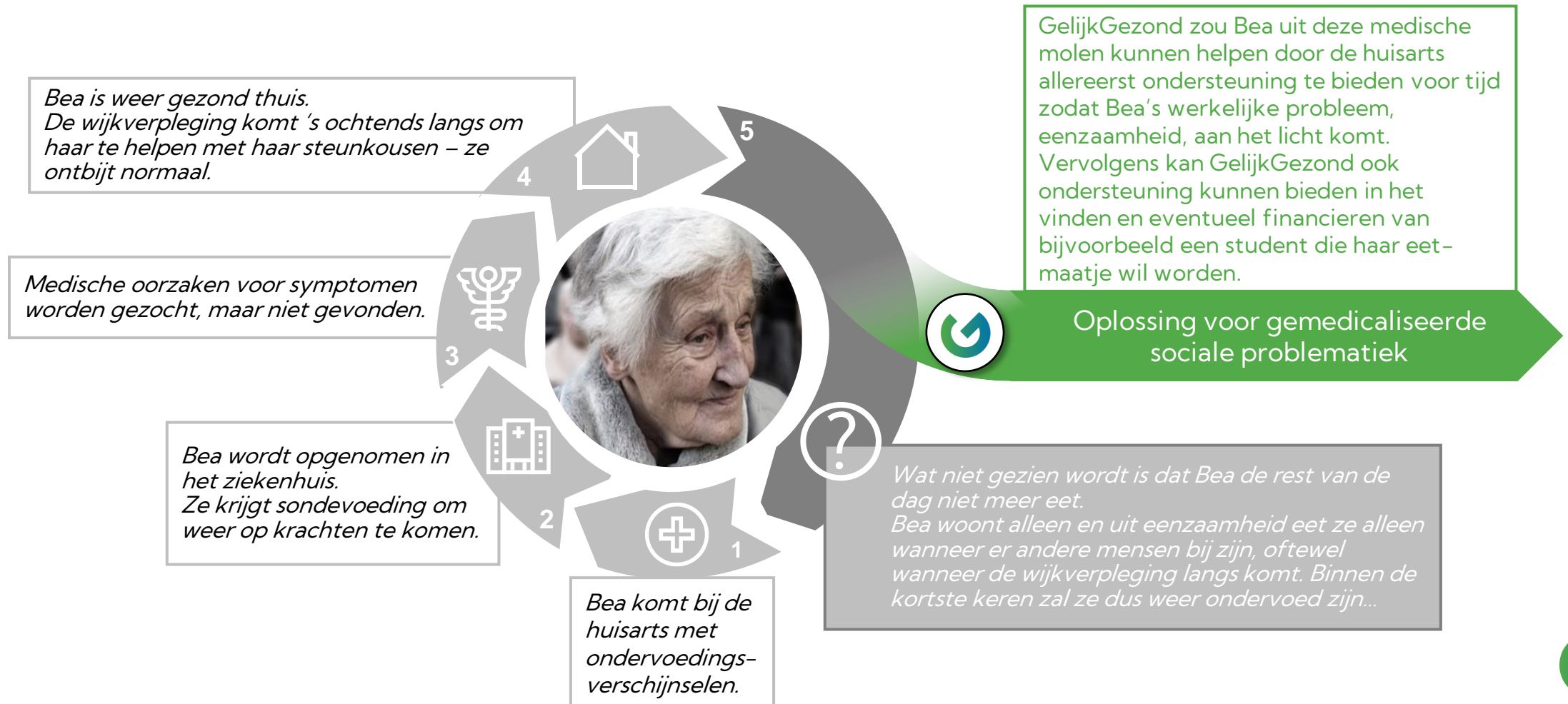


GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht. Daarvoor maken we samen met verzekeraars en financiers een systeem dat zichzelf in stand houdt en zetten we de gemeentepolis in als mechanisme om dat te bereiken.

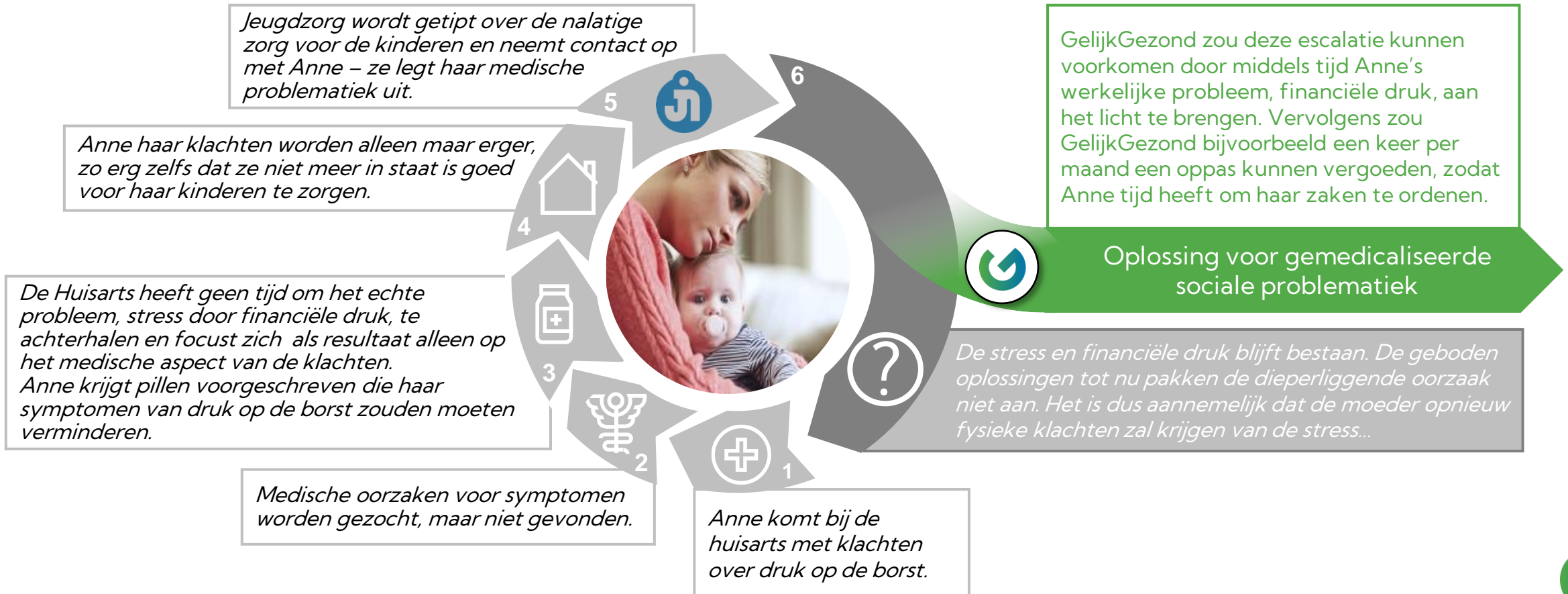
- INTRODUCTIE
- HOE GAAT HET WERKEN
- HOE HELPT GELIJKGEZOND
INWONERS – ENKELE
VOORBEELDEN
- AANVLIEGROUTE
GEMEENTES
- AANVLIEGROUTE
ZORGVERZEKERAARS
- BEGROTING EN
DEKKINGSPLAN
- MIJLPALENPLANNING
- TEAM
- BIJLAGE



Bea eet uit eenzaamheid te weinig waardoor ze stelselmatig opgenomen wordt in het ziekenhuis om aan te sterken.



Situatie van alleenstaande moeder Anne die financiële druk ervaart, escaleert.



Jan krijgt een ernstig geïnfecteerde wond door het gebrek aan geld voor het correcte verzorgingsmateriaal.

De huisarts onderzoekt Jan's wond en komt tot de conclusie dat Jan de wond goed zal moeten verzorgen. Hij geeft hem een overzicht van het benodigde verzorgingsmateriaal.

De wond van Jan geneest niet vanzelf en hij beslist naar de huisarts te gaan.

Jan loopt een middelgrote wond op bij een ongeval.



GelijkGezond zou de medische escalatie bij Jan kunnen voorkomen door de huisarts de tijd te geven om zijn sociaaleconomische situatie te erkennen en het gesprek te voeren over de kosten van het verzorgingsmateriaal. Vervolgens kan GelijkGezond ook zorgen voor de betaling van het verzorgingsmateriaal wanneer blijkt dat Jan zich dit niet kan veroorloven.

Oplossing voor gemedicaliseerde sociale problematiek

Jan kan zich het verzorgingsmateriaal niet veroorloven. Hij improviseert verbandmateriaal met krantenpapier en door de slechte verzorging ontsteekt de wond. Uiteindelijk wordt Jan opgenomen in het ziekenhuis met de ernstige infectie, met hoge medische kosten én verdere sociale problemen voor Jan tot gevolg.

Ibrahim gaat niet naar de tandarts, waardoor kiespijn escaleert tot een ontstoken kaak



Ravi heeft ernstige reuma, wat wordt verergerd door zijn tochtige en koude huis.





GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht. Daarvoor maken we samen met verzekeraars en financiers een systeem dat zichzelf in stand houdt en zetten we de gemeentepolis in als mechanisme om dat te bereiken.

- INTRODUCTIE
- HOE GAAT HET WERKEN
- HOE HELPT GELIJKGEZOND
- INWONERS – ENKELE
- VOORBEELDEN
- AANVLIEGROUTE
- GEMEENTES
- AANVLIEGROUTE
- ZORGVERZEKERAARS
- BEGROTING EN
- DEKKINGSPLAN
- MIJLPALENPLANNING
- TEAM
- BIJLAGE

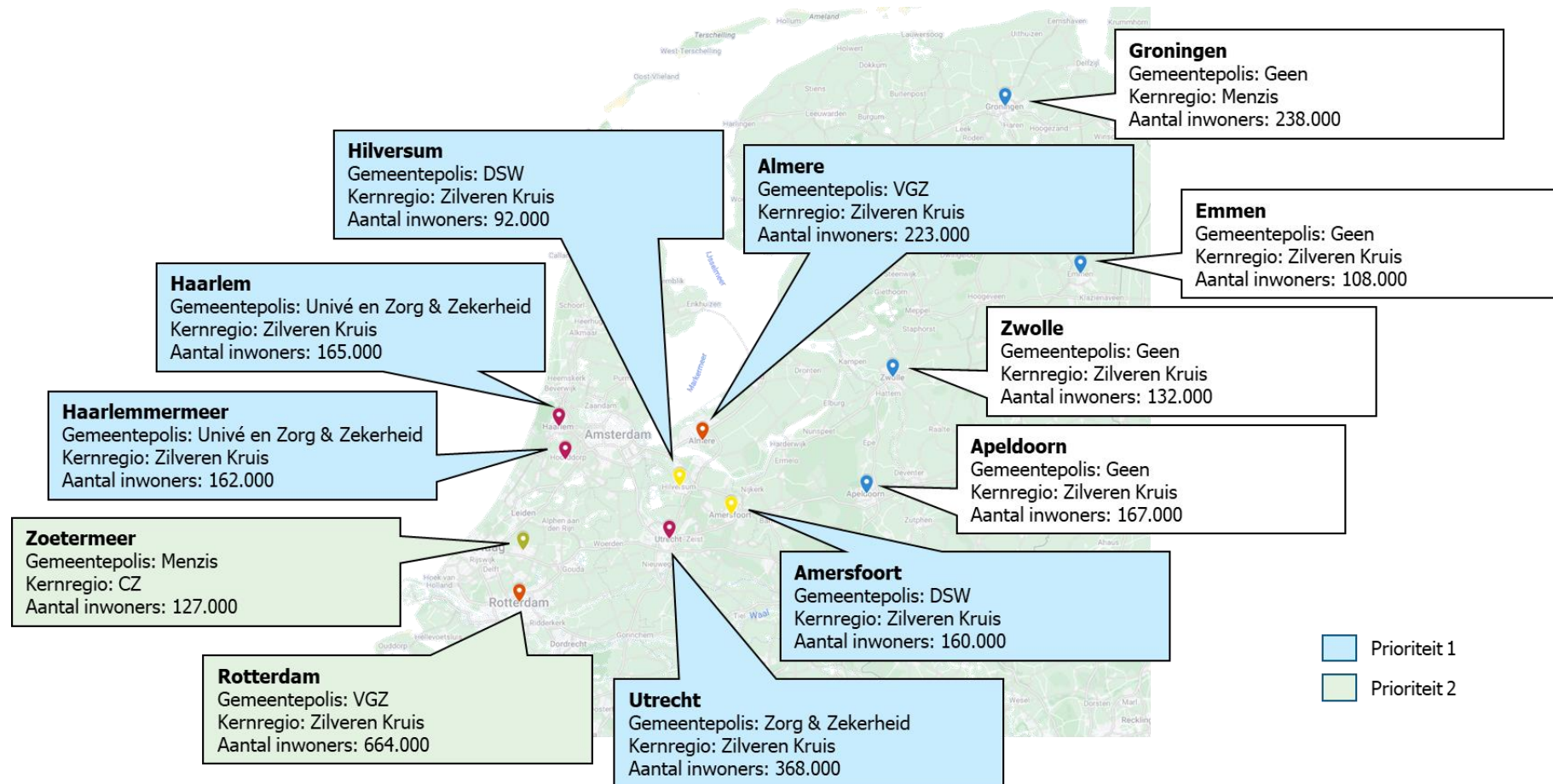


Gemeentes zijn een belangrijke partner voor ons initiatief: ze vertegenwoordigen de inwoners, organiseren het lokale sociale systeem, zijn mede-financierders van het stelsel en contracteren de gemeentepolis



Gemeentes waar de aanbieder van de gemeentepolis niet de marktleider is, hebben als eerste onze aandacht – zonder andere gemeentes uit te sluiten

12 Gemeentes in de sweet-spot: mismatch in verzekeraar en voldoende omvang



Met de gemeentes Amersfoort, Utrecht en Amsterdam (focus Nieuw-West) lopen gesprekken

Stand van zaken gesprekken met gemeentes



Gezamenlijke verkenning bezig, gericht op beter begrijpen van de doelgroep, toetsen van de toegevoegde waarde van de propositie en kwantitatieve analyse van de doelgroep



Verkenning van mogelijke waarde van propositie op ambtelijk niveau, in voorbereiding op discussie met bestuurders. Daarna start met kwantitatieve analyses



Verkenning van mogelijke samenwerking in Nieuw-West. Concrete activiteiten starten direct na de zomervakantie. Commitment van directeur sociaal domein herbevestigd

Kennismakingsgesprekken met de gemeentes Hilversum en Lelystad zijn gepland




Drie stappen in trajecten met gemeentes om te komen van idee naar start




Eerst uitkomsten valideren van de waarde van de GelijkGezond propositie met hulpverleners in Amersfoort: zeer waardevol!

Stand van zaken Gemeente Amersfoort (I)




Gerlien Pierik
Wijkteam medewerker Amersfoort.
[View full profile](#)

Gerlien Pierik • 1st
Wijkteam medewerker Amersfoort.
2w • 

Vanochtend mee mogen denken en situaties voorleggen aan de initiatiefnemers van GelijkGezond. Al pratende merkte ik weer wat een mooi beroep ik heb. Wat zou het fijn zijn als GelijkGezond ons mogelijkheden kan bieden om de inwoners in armoede een stukje waardigheid terug te geven. Op tijd, preventief hulp te kunnen bieden zodat zij weer perspectief krijgen
Ik werd er blij van!

[See translation](#)

Joris van Eijck • 1st
Mede-oprichter GelijkGezond
2w • Edited • 

Energie!

Vanochtend een mooi gesprek gehad met wijkteam helden, die elke dag proberen om mensen, die in een kwetsbare positie gekomen zijn, verder te helpen. Precies waarom we vanuit **GelijkGezond** meer tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht voor deze mensen aan het organiseren zijn!

Enthousiaste hulpverleners, wat leidde tot een mooi gesprek. Bedankt! Dat geeft veel energie!

Wil jij vanuit jouw gemeente of betrokkenheid bij mensen in een kwetsbare positie met ons gesprek? Stuur me gerust een bericht!

[#gezondheidsverschillenverkleinen](#) [#gelijkgezond](#)

Discussies geven zicht op verschillende mogelijkheden voor toegevoegde waarde – met toenemende complexiteit

Stand van zaken Gemeente Amersfoort (II)

Smeerolie voor het systeem

Klein discretionair budget, €200–€300, om kleine problemen op te lossen en daarmee grote problemen voorkomen. Vaak genoemd zijn tandartskosten (trekken ontstoken kies om daarmee ontstoken kaak te voorkomen) en materiaal voor wondverzorging (pleisters en gaasjes om daarmee ontstoken wonden te voorkomen)

GGZ toegang

Betere toegang tot GGZ professionals voor overleg en snellere toegang voor inwoners voor behandeling. Niet alle aanbieders zijn gecontracteerd door DSW. Meest adequate aanbieder niet beschikbaar voor mensen verzekerd binnen de gemeentepolis

Iedereen in beeld

Beter oppakken van inwoners die zich nu melden bij de huisarts met medische klachten met een sociale oorzaak (reactief) en proactief opsporen van inwoners van een hulpvraag voor dat deze escaleert

Verminderen netwerk complexiteit

Minder partijen met meer mandaat, vooral als het benodigde mandaat buiten de reguliere regelingen valt.



GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht. Daarvoor maken we samen met verzekeraars en financiers een systeem dat zichzelf in stand houdt en zetten we de gemeentepolis in als mechanisme om dat te bereiken.

- INTRODUCTIE
- HOE GAAT HET WERKEN
- HOE HELPT GELIJKGEZOND
- INWONERS – ENKELE
- VOORBEELDEN
- AANVLIEGROUTE
- GEMEENTES
- AANVLIEGROUTE
- ZORGVERZEKERAARS
- BEGROTING EN
- DEKKINGSPLAN
- MIJLPALENPLANNING
- TEAM
- BIJLAGE



Zorgverzekeraars
zijn onze beoogde
resultaatbetalers.
Vermeden
zorgkosten zijn de
brandstof voor de
financiële motor.
Op een no cure, no
pay basis.

DSW
zorgverzekeraar



 **Zorg en Zekerheid**



Gemeente Utrecht

 **Zilveren
Kruis**

**✘ Gemeente
✘ Amsterdam
✘**

Beginnend enthousiasme bij verzekeraars om samen met ons werkend systeem te ontwikkelen

Stand van zaken gesprekken met gemeentes



In gesprek met voorzitter RvB en commercieel directeur. Begrip van propositie en enthousiasme toegenomen na (vervolg)overleg op 22 juni. Nog veel vragen maar zien voldoende basis om verder in gesprek te gaan en samenwerking te onderzoeken.



Regelmatig in gesprek met commercieel directeur over Gemeente Utrecht. Op eigen beweging heeft verantwoordelijk RvB lid aangegeven ook te willen aansluiten.



Eerste contact met commercieel directeur in het voorjaar. Recent contact opgenomen met directeur zorginkoop om verkenning in Amsterdam Nieuw-West te bespreken op verzoek van directeur sociaal domein gemeente Amsterdam. Via regiomanager Noord na zomervakanties gesprek met delegatie De Friesland.



Om 'resultaat-betaling' door zorgverzekeraars mogelijk te maken moet een helder, gezamenlijk perspectief op drie thema's worden bereikt



Hoe de vermeden zorgkosten te bepalen als gevolg van de ondersteuning vanuit GelijkGezond? Wat is het referentieniveau?



Hoe de uitkering van de vermeden zorgkosten van de zorgverzekeraar aan GelijkGezond op rechtmatige wijze te verwerken bij de zorgverzekeraar? Hoe te zorgen dat deze zo veel als mogelijk onderdeel worden van de verevening?



Hoe ontwikkelt de vereveningsbijdrage zich na realisatie van de oplossingen die inwoner en hulpverleners hebben vormgegeven? Hoe te zorgen dat deze impact het realiseren van oplossingen niet tegenwerkt?

Eerste twee vragen zijn samen met Gupta Strategists verkend



Hoe de vermeden zorgkosten te bepalen als gevolg van de ondersteuning vanuit GelijkGezond? Wat is het referentieniveau?



Hoe de uitkering van de vermeden zorgkosten van de zorgverzekeraar aan GelijkGezond op rechtmatige wijze te verwerken bij de zorgverzekeraar? Hoe te zorgen dat deze zo veel als mogelijk onderdeel worden van de verevening?



Hoe ontwikkelt de vereveningsbijdrage zich na realisatie van de oplossingen die inwoner en hulpverleners hebben vormgegeven? Hoe te zorgen dat deze impact het realiseren van oplossingen niet tegenwerkt?

Wij zien twee opties voor het bepalen van de vermeden zorgkosten: vergelijking kosten met 'digital twin' en ontwikkeling vereveningsresultaat

Twee opties voor vermeden zorgkosten

1. Kostenontwikkeling versus 'digital twin'

Impactmeting is gebaseerd op kostenontwikkeling van populatie die deelneemt aan programma GelijkGezond ten opzichte van een vergelijkbare 'digital twin'

Rekenvoorbeeld ter illustratie

variabele	start	einde	Groei
A. Werkelijke kosten (mediane prijzen)	-10	-9	-10%
B. Ontwikkeling kosten 'digital twin'	-10	-11	10%
C. Vermeden groei zorgkosten GelijkGezond (B-A)			20%
Impact GelijkGezond $-(B/(1+C))*C$		2	

2. Ontwikkeling vereveningsresultaat

Impactmeting is gebaseerd op de verandering van het vereveningsresultaat tussen start en einde van de populatie die deelneemt aan programma GelijkGezond

Rekenvoorbeeld ter illustratie

Situatie 1: interventies beïnvloeden vereveningsbijdrage niet

variabele	start	einde	verschil
A. Werkelijke kosten (mediane prijzen)	-10	-9	1
B. Vereveningsbijdrage	9	9	0
Vereveningsresultaat (A+B)		-1	0
Impact GelijkGezond (einde -/- start)		1	

Situatie 2: interventies beïnvloeden vereveningsbijdrage wel

variabele	start	einde	verschil
A. Werkelijke kosten (mediane prijzen)	-10	-9	1
B. Vereveningsbijdrage	9	8	-1
Vereveningsresultaat (A+B)		-1	0
Impact GelijkGezond (einde -/- start)		0	



Beide opties hebben voordelen en nadelen – 'digital twin' lijkt inhoudelijke beweging het beste te ondersteunen

Voor- en nadelen per optie

1. Kostenontwikkeling versus 'digital twin'



- Past bij maatschappelijke missie: Alle interventies die zorgkosten verlagen – ook als die leiden tot lagere vereveningsbijdrage – worden beloond
- Methodiek sluit beter aan bij activiteiten en is eenvoudig uit te voeren

2. Ontwikkeling vereveningsresultaat

- Beste benadering van financiële impact interventies op rendement van verzekeraar



- Risico dat vergoeding niet overeenkomt met werkelijke impact op bottom-line zorgverzekeraar vanwege impact verevening

- Geen prikkel voor doorvoeren interventies die leiden tot lagere zorgkosten maar ook een lagere vereveningsbijdrage
- Vereveningsresultaat is alleen door verzekeraar te benaderen en kan op individueel niveau afwijken van werkelijke resultaat



Wij hebben een voorstel voor concrete invulling *'digital twin' model* dat we graag samen met experts van Zorg en Zekerheid aanscherpen

Uitwerkingsvoorstel *'digital twin' model*

Onderdeel	Voorgestelde invullingskeuze	Overwegingen
Inschatting verwachte zorgkosten	Verwachte kosten op basis van <i>'digital twin'</i> met vergelijkbare populatie als GG-populatie	Samenstelling GG-populatie wijkt naar verwachting sterk af van gemiddelde NL
	Verwachte kosten van <i>'digital twin'</i> op basis van gem. zorgkosten van groepen uit NL populatie	Verwachte zorgkosten op basis van gemiddelde voorkomt verstoring van <i>outliers</i>
	Samenstelling <i>'digital twin'</i> verandert mee met (veranderende) aantallen GG-populatie per groep	Wanneer GG-populatie verandert (verhuizing etc.) veranderen de verwachte zorgkosten mee
	Zorgkosten op basis van mediane ¹ tarieven	Voorkomt meewegen inkoop-effecten
	Niet te veel groepen: onderscheidend maar voldoende gevuld	Groepen moeten voldoende gevuld zijn zodat het gemiddelde representatief is voor de groep
	Werken met gecorrigeerde zorgkosten voor gedeeltelijke deelname gedurende periode	Voorkomt vertekening groei bij nieuwe of stoppende deelnemers
Bepalen vermeden zorgkosten	Vergelijking procentuele stijging (gecorrigeerde) werkelijke zorgkosten met procentuele stijging verwachte zorgkosten	Vergelijking van groeipercentages in plaats van absolute kosten voorkomt ruis door verschillen in startsituatie GG-populatie en <i>'digital twin'</i>
	Vermeden zorgkosten: werkelijke zorgk. / (1 + % groei zorgk) * % vermeden zorgk.)	Hanteren van werkelijke zorgkosten doet recht aan de duur van deelname
Ex-post correcties	Uitsluiten van <i>outliers</i>	<i>Outliers</i> met hoge zorgkosten kunnen vermeden zorgkosten van resterende groep neutraliseren

1) Of equivalente methoden, passend bij het segment



Wij zien verschillende opties voor de verwerking van de uitkering aan GelijkGezond – deze verkennen we graag samen verder

Opties voor verwerking uitkering aan GelijkGezond

Optie bekostiging	Toelichting	Bekostigingsmethodiek	Overwegingen [niet uitputtend]
Zorgkosten – basispakket	Mogelijk vanuit beleidsregel innovatie – voor nieuwe bekostigingsvormen zonder prestatiebeschrijving van NZa	Populatievolgende bekostiging met bedrag per deelnemer GG ¹	+ Route naar structurele bekostiging vanuit het basispakket - Afhangelijkheid van en wachten op goedkeuring NZa
Zorgkosten – aanvullend pakket	Bekostiging vanuit het aanvullend pakket, alle gemeentepolissen hebben een aanvullend pakket	Populatievolgende bekostiging met bedrag per deelnemer GG ¹	+ Grote(re) vrijheid invulling aanvullend pakket - Kosten lopen niet mee in risico-verevening
Bekostiging vanuit overige technische lasten	Bekostiging als overige activiteit die betrekking heeft op de verzekeringsactiviteiten	Lumpsum/populatie-bekostiging	+ Geen kunstmatige toerekening aan individuen + Vrijheid voor inrichting bekostigingsstructuur - Kosten lopen niet mee in risico-verevening
Bekostiging vanuit beheerskosten	Bekostiging als dienst	Lumpsum/populatie-bekostiging	+ Vrijheid voor inrichting bekostigingsstructuur - Toename beheerskosten - Kosten lopen niet mee in risico-verevening

1) Basisprincipe Zvw: kosten dienen toe te rekenen zijn aan individuele cliënten/patiënten. Zorgprestatie "beloning op maat" binnen de wijkverpleging staat maat-/variabele beloning (per cliënt) op basis van de behaalde uitkomsten toe





GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht. Daarvoor maken we samen met verzekeraars en financiers een systeem dat zichzelf in stand houdt en zetten we de gemeentepolis in als mechanisme om dat te bereiken.

- INTRODUCTIE
- HOE GAAT HET WERKEN
- HOE HELPT GELIJKGEZOND
- INWONERS – ENKELE
- VOORBEELDEN
- AANVLIEGROUTE
- GEMEENTES
- AANVLIEGROUTE
- ZORGVERZEKERAARS
- BEGROTING EN
- DEKKINGSPLAN
- MIJLPALENPLANNING
- TEAM
- BIJLAGE



Onze financiële projecties laten een positieve EBIT zien in 2028. Totaal benodigde financiering bedraagt €10–15 mln, afhankelijk van risicoverdeling



Samenvatting begroting en dekkingsplan (I)

Op basis van eerdere ervaringen met initiatieven richting mensen in onze doelgroep, zijn wij ervan overtuigd dat het ondersteuningsmodel uiteindelijk zich zelf financiert

- De vermeden zorg- en ondersteuningskosten zijn dan voldoende om de kosten van de ondersteuning te dragen

Om daar te komen moet het model (inclusief financieringsplan) worden uitgewerkt samen met de partnergemeentes en –zorgverzekeraars. De ontwikkelkosten die we hiervoor maken hebben we ingeschat op ~€925k. We zullen deze financieren met donaties en hebben reeds €250k van de Noaber Foundation toegezegd gekregen. De aangevraagde SAG financiering completeert het dekkingsplan van de ontwikkelkosten. Deze ontwikkelkosten bestaan uit kosten voor propositie ontwikkeling, partnerships met gemeenten en zorgverzekeraars opzetten, organisatie en financiering en het ontwikkelen van een alternatieve zorgverzekering voor minima.

Vanaf de start van het model, zullen we ondersteuningskosten maken. Deze ondersteuningskosten worden uiteindelijk gedekt door de vermeden zorgkosten. Tot aan dat moment moeten we deze kosten voorfinancieren. Voor de voorfinanciering van de ondersteuningskosten onderzoeken we de *populatie impact funds* als instrument

- De omvang van deze voorfinanciering is sterk afhankelijk van de snelheid waarmee we ons ondersteuningsmodel introduceren: sneller introduceren vereist meer voorfinanciering. In het basisscenario loopt de voorfinanciering op tot ~€8mln
- Het dekkingsplan voor dit fonds is voorzien vanuit IZA gelden en social impact investors

Zorgkosten van individuele mensen fluctueren jaarlijks. Deze fluctuaties moeten we opvangen. Hiervoor is een volatiliteitsbuffer nodig, als we daar met de betrokken zorgverzekeraars of gemeentes geen afspraken over maken. Voor de financiering van de volatiliteitsbuffer overwegen we een *social bond* uit te geven

- In het model waarin wij de verzekerden in de gemeentepolis 'overnemen' tegen de huidige zorgkosten, nemen wij ook het risico op fluctuaties over
- De omvang van de benodigde buffer is afhankelijk van het aantal deelnemers in de gemeentepolissen en de maximale kans die we accepteren dat wij in een jaar de kosten niet kunnen dragen. Hierbij spelen twee effecten: als het aantal verzekerden stijgt dan daalt vanwege de wet van de grote aantallen de benodigde volatiliteitsbuffer per verzekerde. De totaal benodigde volatiliteitsbuffer stijgt echter wel vanwege een toename in het aantal verzekerden. In ons basisscenario is een volatiliteitsbuffer van ~€5mln nodig uitgaande van volledig uitnuttingskans van maximaal 0,1%
- De buffer vormt garantiekapitaal dat jaarlijks zal fluctueren, maar op langere termijn in principe in stand blijft. Het buffer kan (passend) worden belegd
- Uiteraard zullen we creatief op zoek gaan naar het realiseren van deze volatiliteitsbuffer in gesprek met onze partners



Samenvatting begroting en dekkingsplan (II)

In de financiële projecties van het basismodel komen bovenstaande onderdelen samen, met als conclusie dat

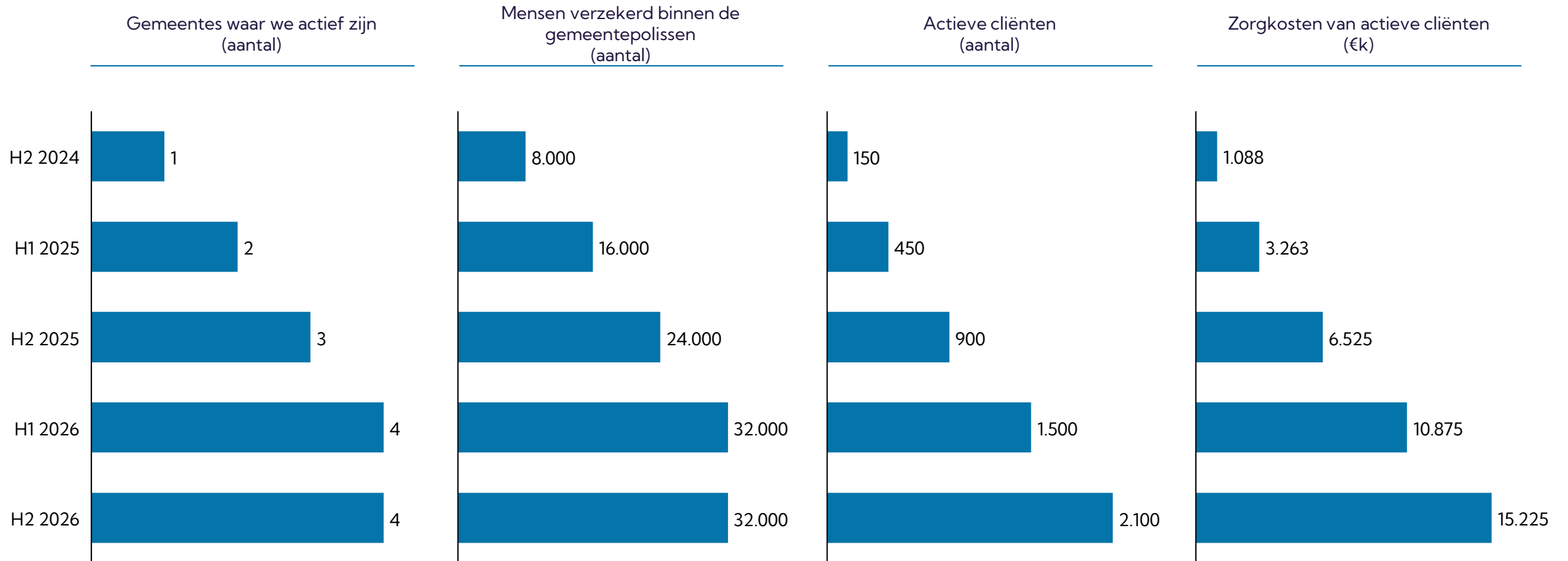
- Onder de huidige aannames het initiatief in 2028 een positieve cash flow (EBIT) zal genereren
- Dat een maximale financiering van ~€15mln benodigd is, waarbij een jaarlijkse vergoeding van 8% is voorzien voor deze financiering

We hebben daarbij een gevoeligheidsanalyse op vier belangrijke afhankelijkheden gemaakt:

- Percentage zorgkosten dat we kunnen besparen
- Snelheid waarmee we zorgkosten kunnen besparen
- Gemiddeld aantal uren dat we per burger zullen inzetten
- De kosten van de benodigde financiering



In het basisscenario gaan we uit van een geleidelijke groei naar 4 actieve gemeenten en 2.100 actieve cliënten per eind 2026

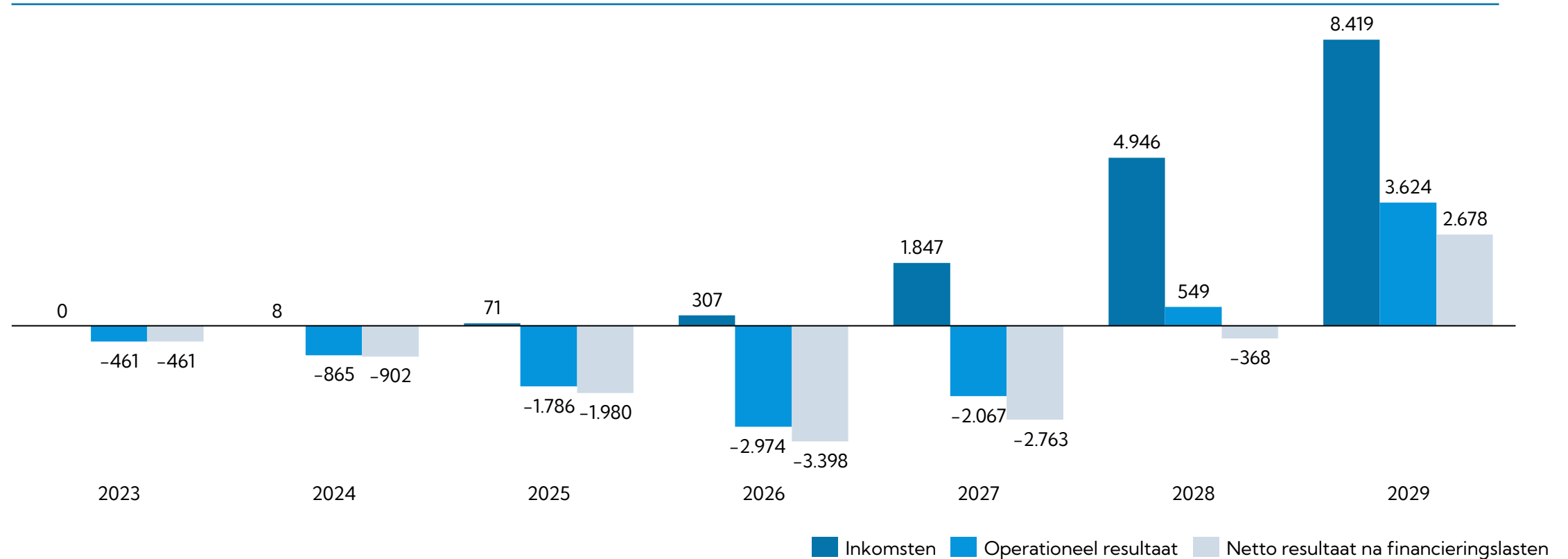


Bron: financieel model (versie 31 maart 2023)



Op basis van huidige aannames wordt model in 2028 EBIT positief

Inkomsten en resultaat 2023–2029 in basisscenario
(€k)



In het basisscenario gaan we uit van relatief conservatieve aannames



2029 Resultaat ook positief bij significante verslechtering individuele input parameters

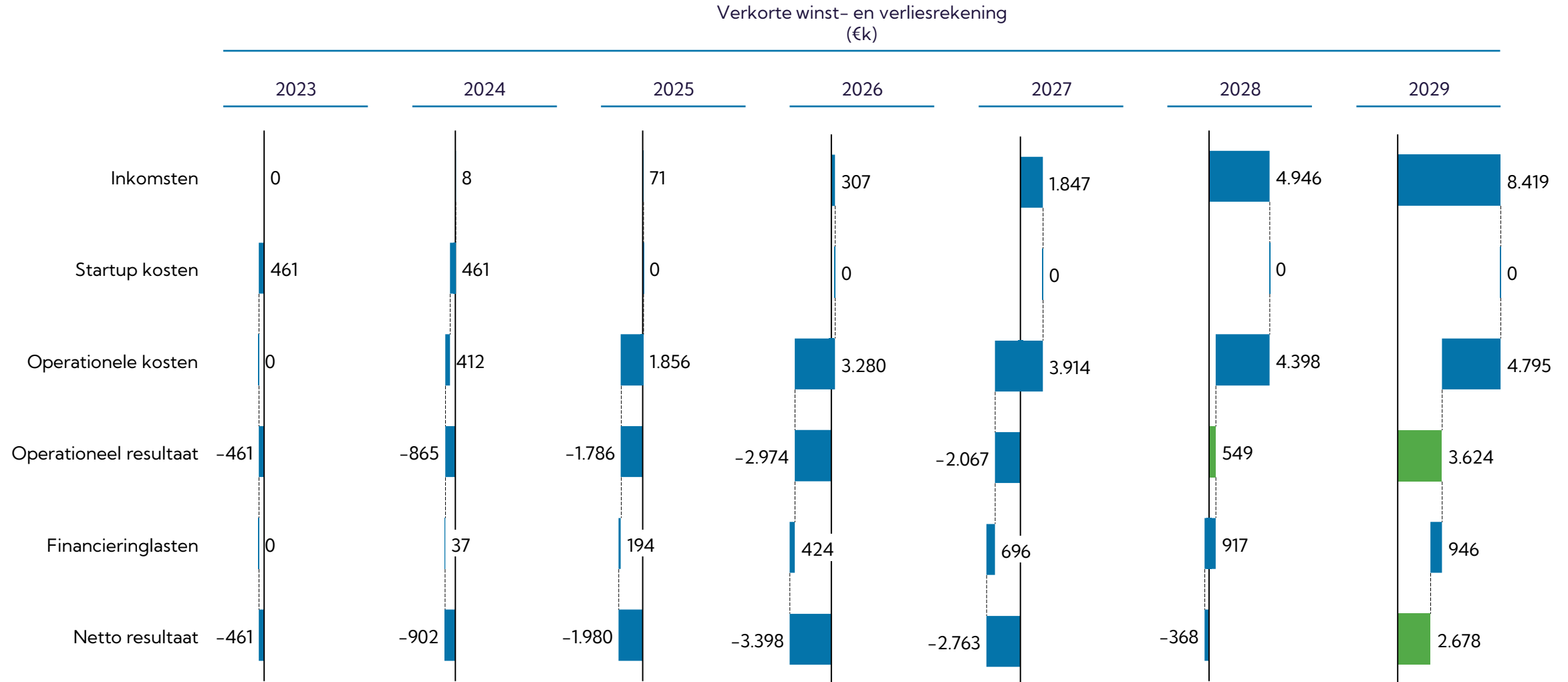
Netto resultaat 2029 in verschillende scenario's

	Vermeden zorgkosten	Vertraging in realisatie vermeden zorgkosten	Gemiddeld aantal uren ondersteuning per client	Financieringslasten
Optimistische scenario: 25% verbetering van input parameter	€4,9 mln	€4,7 mln	€3,7 mln	€3,0 mln
Basisscenario	Basis aanname: 10%	Basis aanname: 8 kwartalen	Basis aanname: 28 uur in eerste jaar, 7 uur in volgende jaren	Basis aanname: 8%
Basisscenario: €2,7 mln netto resultaat 2029				
Pessimistisch scenario: 25% verslechtering van input parameter	€0,5 mln	€0,7 mln	€1,6 mln	€2,4 mln

Aannames uit het basisscenario zullen in de komende periode verder worden getoetst, mede aan de hand van praktijkervaring van andere initiatieven



Verkorte winst- en verliesrekening per jaar



Bron: financieel model (versie 31 maart 2023)



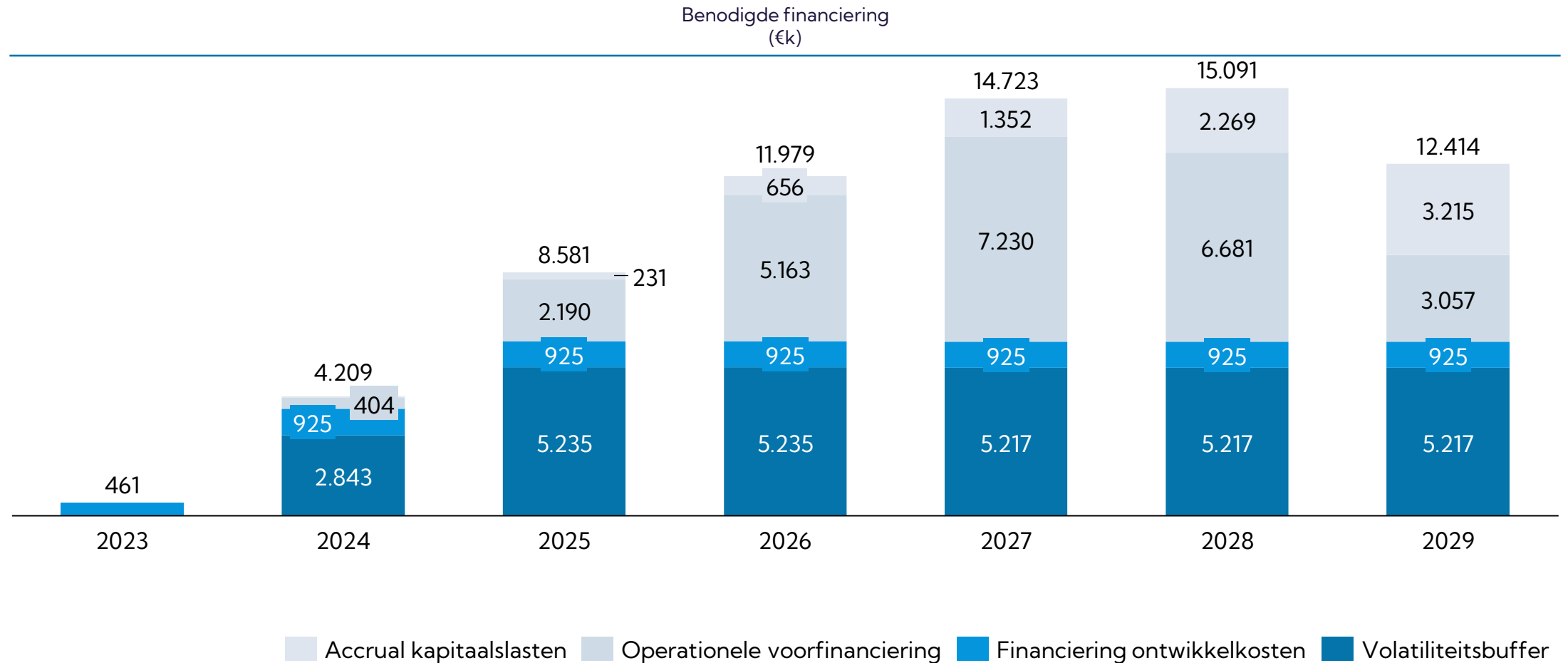
Specificatie ontwikkelkosten naar thema en soort – deliverables per thema staan in mijlpalenplanning

	Out-of-pocket kosten	Personeelskosten	Verwachte in-kind bijdragen ¹
Propositie ontwikkeling <ul style="list-style-type: none"> • (Data) analyses • Ondersteuningsmodel • Vermeden zorgkosten • Organisatiekracht • Communicatie 	€ 200.000 € 20.000 € 50.000 € 25.000 € 75.000 € 30.000	€ 105.000	€ 30.000
Partnerships gemeentes	€ 25.000	€ 40.000	-
Partnerships zorgverzekeraars	€ 15.000	€ 40.000	€ 25.000
Ontwikkelen alternatieve zorgverzekering <ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek verplichtingen DNB • Inhoudelijke en financiële haalbaarheid • Onderzoek verplichtingen NZa 	€ 125.000 € 50.000 € 50.000 € 25.000	€ 105.000	€ 75.000
Organisatie en financiering <ul style="list-style-type: none"> • Uitwerken population impact bond • Infrastructuur (o.a. website, techniek) • Governance 	€ 95.000 € 75.000 € 10.000 € 10.000	€ 175.000	€ 75.000
Totalen	€ 460.000	€ 465.000	€ 130.000
Totaal te financieren		€ 925.000	

1. In-kind bijdragen in de vorm van pro-bono trajecten van adviseurs. Exclusief in-kind bijdragen van oprichters in de vorm van niet vergoede tijdsbesteding en out-of-pocket kosten



Totaal benodigde financiering loopt in basisscenario op tot ruim €15mln in 2028, waarna snelle daling kan worden ingezet



Bron: financieel model (versie 31 maart 2023)



Dekkingsplan ontwikkelkosten en overige benodigde kapitaal

Ontwikkelkosten

De ingeschatte ontwikkelkosten bedragen €925k

De beoogde dekking is als volgt:

- Noaber Foundation €250k
- Andere donateurs €675k

Operationele voorfinanciering, accrual kapitaalslasten en volatiliteitsbuffer

De maximaal benodigde financiering bedraagt ~€14mln

Voor de operationele voorfinanciering en accrual kapitaalslasten, ~€8mln, wordt een population impact fonds opgezet. Vulling van dit fonds wordt voorzien vanuit

- IZA transformatiegelden €5mln
- Social impact investors €3mln

Voor de financiering van de volatiliteitsbuffer wordt de dialoog gestart met de verzekeraars die in de deelnemende gemeentes de gemeentepolis voeren

- Benodigde omvang van de volatiliteitsbuffer is direct gerelateerd aan de verdeling van de 'normale' zorgrisico's tussen de verzekeraar en GelijkGezond





GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht. Daarvoor maken we samen met verzekeraars en financiers een systeem dat zichzelf in stand houdt en zetten we de gemeentepolis in als mechanisme om dat te bereiken.

- INTRODUCTIE
- HOE GAAT HET WERKEN
- HOE HELPT GELIJKGEZOND
- INWONERS – ENKELE
- VOORBEELDEN
- AANVLIEGROUTE
- GEMEENTES
- AANVLIEGROUTE
- ZORGVERZEKERAARS
- BEGROTING EN
- DEKKINGSPLAN
- MIJLPALENPLANNING
- TEAM
- BIJLAGE



Om onze ambitie werkelijkheid te laten worden, werken we aan vijf verschillende onderwerpen



Mijlpalenplanning 2023 en 2024 (I)

Gedetailleerde mijlpalen op volgende pagina's

Activiteit		2023									2024											
		apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Propositie ontwikkeling	(data) Analyses																					
	• Kwantitatieve beschrijving doelgroep																					
	• Kwalitatieve behoeften onderzoek																					
	Ondersteuningsmodel																					
	• Ondersteuningsmodel richting mensen																					
	• Ondersteuningsmodel richting hulpverleners																					
Vermeden zorgkosten																						
• Impact analyse verevening																						
• Inkomsten operationele model																						
• Kosten operationele model																						
Organisatiekracht																						
• Expertise																						
• Juridische context data verzameling																						
• Vereisten data infrastructuur																						
Communicatie																						
• Naam initiatief																						
• Communicatiemateriaal inwoners																						
• Communicatiemateriaal over stakeholders																						



Mijlpalenplanning 2023 en 2024 (II)

Gedetailleerde mijlpalen op volgende pagina's

Activiteit		2023										2024										
		apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Partnerships	Propositie en activering																					
	• Uitgewerkte propositie naar gemeenten																					
	• Activeringsplan per gemeente op shortlist																					
	• Uitgewerkte propositie naar verzekeraars																					
Ontwikkelen alternatieve zorgverzekering voor minima	Modelkeuze en verplichtingen																					
	• Modelkeuze																					
	• Business plan																					
	• Financieringsplan																					
	• Verplichtingen DNB																					
	• Verplichtingen NZa																					
	Operationalisering (indien van toepassing)																					
	• Gecontracteerde operationele partners																					
	• Ingericht partnership																					
	• Ingerichte niet-uitbestede deel																					



Mijlpalenplanning 2023 en 2024 (III)

Gedetailleerde mijlpalen op volgende pagina's

Activiteit		2023										2024											
		apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	
Organisatie en financiering	Vorm en mensen																						
	• Juridische structuur	■	■	■	■	■																	
	• Governance					■	■	■	■	■	■												
	• Bemensing			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	• Overall financieel plan	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	• Financiering opstartfase	■	■	■	■	■	■	■	■	■													
	Population impact bond																						
	• Structuur						■	■	■	■	■	■											
	• Business case (perspectief investeerder)						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	• Betalers structuur						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
• Investeerders											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
• Juridische en fiscale effecten						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		



Eindproducten: propositie ontwikkeling – analyses doelgroep en ondersteuningsmodel

	Elementen	Timing
Kwantitatieve beschrijving doelgroep	Karakterisering doelgroep per gemeente <ul style="list-style-type: none">• Gebruik van zorg- en ondersteuning (over regelingen heen)• Socio-demografische kenmerken	<ul style="list-style-type: none">• Q3 2023 (Amersfoort)
Kwalitatief behoeften onderzoek doelgroep	Typering van behoeften van mensen binnen de doelgroep <ul style="list-style-type: none">• Soort (onderliggende) problematiek• Korte termijn interventies en structurele oplossingen	<ul style="list-style-type: none">• Q4 2023 (Amersfoort)
Ondersteuningsmodel richting mensen	Assessment huidige ondersteuning van doelgroep <ul style="list-style-type: none">• Welke modellen, wat werkt en wat werkt niet• Overzicht te slechten barrières Shortlist modellen passend bij propositie	<ul style="list-style-type: none">• Q4 2023 (Amersfoort)
Ondersteuningsmodel richting hulpverleners	3-5 grootste barrières <ul style="list-style-type: none">• Korte termijn work-around• Structurele oplossing	<ul style="list-style-type: none">• Q1 2024 (Amersfoort)



Eindproducten: propositie ontwikkeling – vermeden zorgkosten

	Elementen	Timing
Impact analyse verevening	<p>Werking vereveningsmodel in relatie tot karakteristieken en zorggebruik van de doelgroep, voor wat betreft</p> <ul style="list-style-type: none">• Huidig vereveningsresultaat• Ontwikkeling vereveningsresultaat bij succesvolle interventie <p>Beschrijving van 3–5 doorontwikkelingen van het vereveningsmodel die een inhoudelijke focus van zorgverzekeraars op de meeste kwetsbare groep in de samenleving stimuleren</p>	<ul style="list-style-type: none">• Q1 2024
Inkomsten operationele model	<p>Detaillering inkomstenstromen</p> <ul style="list-style-type: none">• Directe inkomsten, vermeden kosten binnen alle regelingen <p>Model voor monetisatie vermeden kosten in verschillende structureringvarianten (dienstverlener aan verzekeraar, risicodragend 'populatie manager', verzekeraar)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Q1 2024
Kosten operationele model	<p>Modellering operationele kosten</p> <ul style="list-style-type: none">• Bediening mensen• Organisatie op gemeenten niveau• Organisatie op overkoepelend niveau	<ul style="list-style-type: none">• Q1 2024



Eindproducten: propositie ontwikkeling – organisatiekracht

	Elementen	Timing
Expertise	<p>Inventarisatie benodigde expertise ter ondersteuning van de hulpverleners die de mensen ondersteunen</p> <p>Shortlist mogelijke partners per expertisegebieden</p> <ul style="list-style-type: none">• Professionele partijen en vrijwilligersorganisaties	<ul style="list-style-type: none">• Q4 2023
Juridische context dataverzameling	<p>Beschrijving juridische context</p> <p>Uitgewerkte aanpak voor informed consent</p> <ul style="list-style-type: none">• Proces richting burger, gedifferentieerd naar verschillende groepen bijvoorbeeld in taal of betrokkenheid vertegenwoordigers• Ondersteunend materiaal (consent formulier, informatiemateriaal)	<ul style="list-style-type: none">• Q2 2024
Vereisten data-infrastructuur en mogelijke partners	<p>Detailering vereisten voor front-end (UI burger en ondersteuner) en back-end (services voor consent beheer, data-opslag, etc.)</p> <p>Short-list van mogelijke partners in de ontwikkeling van deze infrastructuur</p>	<ul style="list-style-type: none">• Q4 2024



Eindproducten: propositie ontwikkeling – communicatie

	Elementen	Timing
Naam initiatief	Naam voor initiatief – huidige werknaam: GelijkGezond <ul style="list-style-type: none">• Met ondersteunend verhaal	<ul style="list-style-type: none">• Afgerond
Communicatie materiaal naar inwoners	Basiswebsite met toelichting over het initiatief	<ul style="list-style-type: none">• Doorlopend
Communicatie materiaal naar overige stakeholders	Stakeholder analyse <ul style="list-style-type: none">• Wie, welke belangen Communicatie- en interactieplan per stakeholder(groep) <ul style="list-style-type: none">• Welke boodschap, hoe betrekken, wie pakt dit op	<ul style="list-style-type: none">• Doorlopend

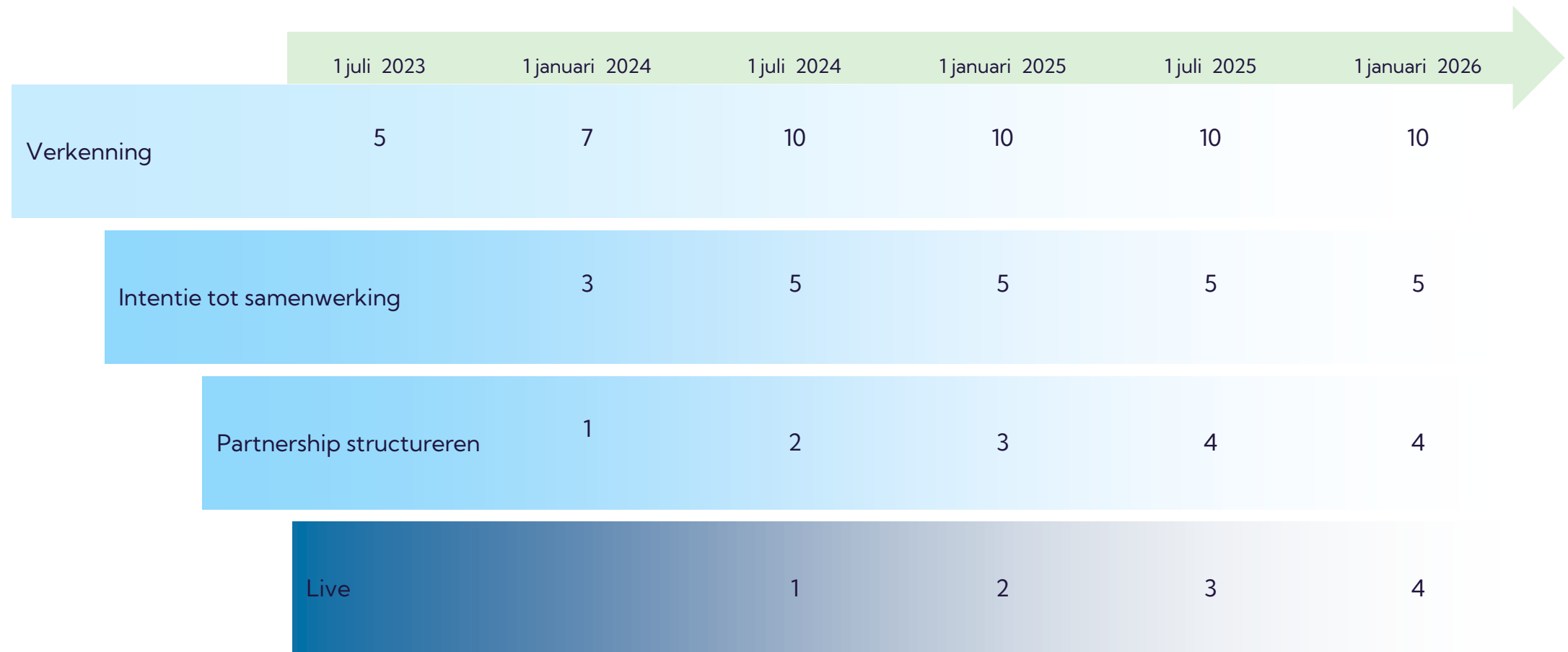


Eindproducten: partnerships gemeenten en verzekeraars – propositie en activering

	Elementen	Timing
Uitgewerkte (generieke) propositie naar gemeenten	<p>Gedetailleerd beschreven ondersteuningsmodel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Richting doelgroep • Richting gemeente <p>Uitgewerkt financieel model richting gemeente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kosten, risico's – toekomst en vergeleken met vandaag <p>Structurering samenwerking</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Q2 2024 (Amersfoort)
Activeringsplan per gemeente op shortlist	<p>Shortlist van gemeenten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Op basis van meerdere criteria, startend met gemeenten op sweetspot lijst <p>Gemeente specifiek plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gedetailleerde analyse doelgroep binnen gemeente • Ondersteuningsmodel, inclusief bijbehorende 'zorgpartners' • Financieel model • Structurering 	<ul style="list-style-type: none"> • Doorlopend
Uitgewerkte (generieke) propositie naar verzekeraars	<p>Uitgewerkt financieel model richting verzekeraar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kosten, risico's – toekomst en vergeleken met vandaag <p>Structurering samenwerking</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Q2 2024 (Amersfoort)



Eindproducten: partnership gemeenten – beoogde 'deal-funnel'



Eindproducten: ontwikkelen alternatieve zorgverzekering voor minima – modelkeuze en verplichtingen (I)

	Elementen	Timing
Modelkeuze	<ul style="list-style-type: none"> • Overwegingen strategische richting + keuze GelijkGezond <ul style="list-style-type: none"> • Verzekering als label of andere modellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Q1 2024
Businessplan	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekerden, (premie-)inkomsten, zorguitgaven en organisatie ontwikkeling • Implicaties vereveningsmodel en mitigerende acties 	<ul style="list-style-type: none"> • Q2 2024
Financieringsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Bepaling benodigde solvabiliteitskapitaal • Financieringsplan <ul style="list-style-type: none"> • Bronnen, rendementsverwachtingen • Beleggingsstrategie solvabiliteitskapitaal 	<ul style="list-style-type: none"> • Q1 2023 (Amersfoort)
Verplichtingen DNB	<ul style="list-style-type: none"> • Inventarisatie verplichtingen • Opstellen benodigde documentatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Q2 2024
Verplichtingen NZa	<ul style="list-style-type: none"> • Inventarisatie verplichtingen NZa • Opstellen benodigde documentatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Q2 2024



Eindproducten: ontwikkelen alternatieve zorgverzekering voor minima – operationalisering (indien van toepassing) (II)

	Elementen	Timing
Gecontracteerde operationele partner(s) <i>Indien van toepassing</i>	<ul style="list-style-type: none">• Shortlist operationele partners• Selectie operationele partner(s)• Contractering operationele partner(s)	<ul style="list-style-type: none">• Q3 2024
Ingericht partnership <i>Indien van toepassing</i>	<ul style="list-style-type: none">• Operationele processen uitgewerkt, ingeregeld en ready-to-go	<ul style="list-style-type: none">• Q4 2024
Ingerichte niet-uitbestede deel verzekeraarsorganisatie <i>Indien van toepassing</i>	<ul style="list-style-type: none">• Operationele processen uitgewerkt, ingeregeld en ready-to-go• Bemensing georganiseerd	<ul style="list-style-type: none">• Q4 2024



Eindproducten: organisatie en financiering – vorm en mensen

	Elementen	Timing
Juridische structuur	Vaststellen randvoorwaarden structuur Assesment opties Keuze vorm Oprichting entiteit	<ul style="list-style-type: none">• Afgerond
Governance	Vaststellen randvoorwaarden governance model Assesment opties Keuze vorm Inregelen governance, aantrekken toezichthouders	<ul style="list-style-type: none">• Q4 2023
Bemensing	Vaststellen te bemensen rollen Identificeren en enthousiasmeren mogelijke collega's Aan boord halen nieuwe collega's	<ul style="list-style-type: none">• Doorlopend
Overall financieel plan	Gecombineerd plan <ul style="list-style-type: none">• Opstart• Ondersteuning• Lifegang gemeente	<ul style="list-style-type: none">• Doorlopend
Financiering opstartfase	Keuze financieringsvorm Shortlist mogelijke partners Sluiten partnerships	<ul style="list-style-type: none">• Q3 2023



Eindproducten: organisatie en financiering – population impact bond

	Elementen	Timing
Structuur	<ul style="list-style-type: none">• Vaststellen rol (intermediair, betaler, investeerder, uitvoerder, beoordelaar) van deelnemende partijen	<ul style="list-style-type: none">• Q4 2023
Business case (perspectief investeerder)	<ul style="list-style-type: none">• Ontwikkeling in de tijd van de kosten van de interventie• Ontwikkeling in de tijd van de vermeden zorgkosten• Gevoeligheidsanalyses• Ontwikkeling in de tijd van het benodigd kapitaal• Assessment verwacht rendement	<ul style="list-style-type: none">• Q1 2024
Betalers structuur (zorgverzekeraar / gemeentes / UWV / etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Vaststellen randvoorwaarden betaler• Bepalen meetmethodiek resultaat op populatieniveau• Bepalen methodiek om betalingen te verantwoorden	<ul style="list-style-type: none">• Q1 2024
Investeerders	<ul style="list-style-type: none">• Longlist social investors met focus domeinen, randvoorwaarden en risico-rendement verwachtingen• Randvoorwaarden investeerders inventariseren• Blauwdruk term-sheet• Selectie investeerders	<ul style="list-style-type: none">• Q2 2024
Juridische en fiscale aspecten	<ul style="list-style-type: none">• Aanbestedingsvragen• BTW	<ul style="list-style-type: none">• Q1 2024





GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht. Daarvoor maken we samen met verzekeraars en financiers een systeem dat zichzelf in stand houdt en zetten we de gemeentepolis in als mechanisme om dat te bereiken.

- INTRODUCTIE
- HOE GAAT HET WERKEN
- HOE HELPT GELIJKGEZOND
- INWONERS – ENKELE
- VOORBEELDEN
- AANVLIEGROUTE
- GEMEENTES
- AANVLIEGROUTE
- ZORGVERZEKERAARS
- BEGROTING EN
- DEKKINGSPLAN
- MIJLPALENPLANNING
- TEAM
- BIJLAGE



Wie zijn wij?

Joris van Eijck (1977)



Joris studeerde Natuurwetenschappen en Bedrijf & Bestuur aan de Universiteit Utrecht en behaalde zijn MBA opleiding aan INSEAD. Hij startte zijn carrière bij The Boston Consulting Group als organisatie adviseur. Sinds 2008 werkt Joris in de gezondheidszorg. Hij heeft een brede ervaring opgedaan bij het Amsterdam UMC (voorheen AMC), Menzis en Equipe Zorgbedrijven en werkte kortstondig bij een academisch ziekenhuis in Duitsland. Naast zijn werk is Joris actief geweest in diverse landelijke initiatieven zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Sinds 1 juni 2023 is Joris lid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Hij woont in Utrecht met zijn vrouw en vier kinderen en in zijn vrije tijd is hij een fanatiek sporter (o.a. voetballen en fietsen).

Anouk Op het Veld (1976)



Anouk studeerde Bestuurskunde en Macro-economie aan de Universiteit van Leiden en Erasmus Universiteit Rotterdam en behaalde een Executive Master Change aan Oxford Business School. Zij is haar loopbaan gestart bij het Ministerie van Financiën, DG Rijksbegroting. In 2004 maakte ze de overstap naar de strategie consultancy bij Andersson Elffers Felix (AEF) waar ze vanaf 2010 als partner verantwoordelijk was voor het sociaal domein en het zorgdomein. Ze voerde opdrachten uit voor ministeries, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en gemeenten. Veel projecten hadden betrekking op innovatieve transformatievraagstukken in gezondheidszorg en het sociaal domein in een complex stakeholdersveld. De afgelopen 2,5 jaar was ze verantwoordelijk voor de strategie van Philips Benelux Healthcare. Anouk is lid van de Raad van Toezicht van Omring en geeft les aan de MBA Health van Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Anouk woont samen in Utrecht en heeft een zoon van vijf. In haar vrije tijd speelt ze toneel en bakt ze taart.

Marcel Geurts (1972)



Marcel studeerde Econometrie aan Tilburg University. Na zijn afstuderen is hij gestart bij de Rabobank, om in 2000 zijn loopbaan voor te zetten bij The Boston Consulting Group. In 2010 heeft hij de overstap gemaakt naar de zorg in de rol van manager Zorg en Bedrijfsvoering in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Sinds 2014 combineert hij zijn achtergrond als adviseur en ervaring in de zorg in advieswerk voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast is Marcel betrokken bij het Amsterdam Health and Technology Institute waar hij meewerkt aan het realiseren van data-gedreven innovaties in de zorg.

Marcel is getrouwd, heeft drie kinderen en woont in IJsselstein.





GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken hulpverleners beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht. Daarvoor maken we samen met verzekeraars en financiers een systeem dat zichzelf in stand houdt en zetten we de gemeentepolis in als mechanisme om dat te bereiken.

INTRODUCTIE
HOE GAAT HET WERKEN
HOE HELPT GELIJKGEZOND
INWONERS – ENKELE
VOORBEELDEN
AANVLIEGROUTE
GEMEENTES
AANVLIEGROUTE
ZORGVERZEKERAARS
BEGROTING EN
DEKKINGSPLAN
MIJLPALENPLANNING
TEAM
BIJLAGE



Inzicht in de
karakteristieken van de
inwoners binnen onze
doelgroep helpen om de
dienstverlening goed bij
hen te laten aansluiten



Samenvatting van de karakteristieken van de doelgroep in de Gemeente Utrecht – vergelijkbare analyses beschikbaar voor andere gemeentes

Om gevoel te krijgen bij de doelgroep heeft ahti (Amsterdam Health and Technology Institute) een aantal karakteristieken van de doelgroep inzichtelijk gemaakt

- Waarbij de ~15% meest intensieve zorggebruikers, die binnen de inkomensklasse tot 120% van het sociaal minimum verantwoordelijk zijn voor 80% van de ZVW kosten, worden vergeleken met alle burgers met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum en alle burgers onafhankelijk van inkomen

De karakteristieken van de meest intensieve zorggebruikers zijn in Utrecht zijn sterk vergelijkbaar met andere onderzochte gemeentes. In vergelijking met de genoemde referentiegroepen...

- Zijn burgers binnen de doelgroep vaker vrouw, ouder en wonend in een eenpersoonshuishouden
- Hebben zij minder vaak een Nederlandse achtergrond
- Gebruiken zij vaker medicatie voor psychische en somatische klachten en vaker voor meerdere leefstijlgerelateerde aandoeningen tegelijkertijd
- En maken ze meer gebruik van inkomensondersteunende regelingen en WMO

In Utrecht wonen de burgers binnen de doelgroep in een beperkt aantal wijken

Voor alle burgers in de inkomensklasse tot 120% van het sociaal minimum geldt dat met name de kosten van specialistische GGZ en wijkverpleging aanzienlijk hoger zijn dan in de inkomenscategorie 120-160% van het sociaal minimum

- Bij de specialistische GGZ komt dit doordat meer mensen gebruiken maken van deze zorg, en de kosten per gebruiker hoger liggen
- Bij wijkverpleging komt dit met name doordat de kosten per gebruiker hoger liggen

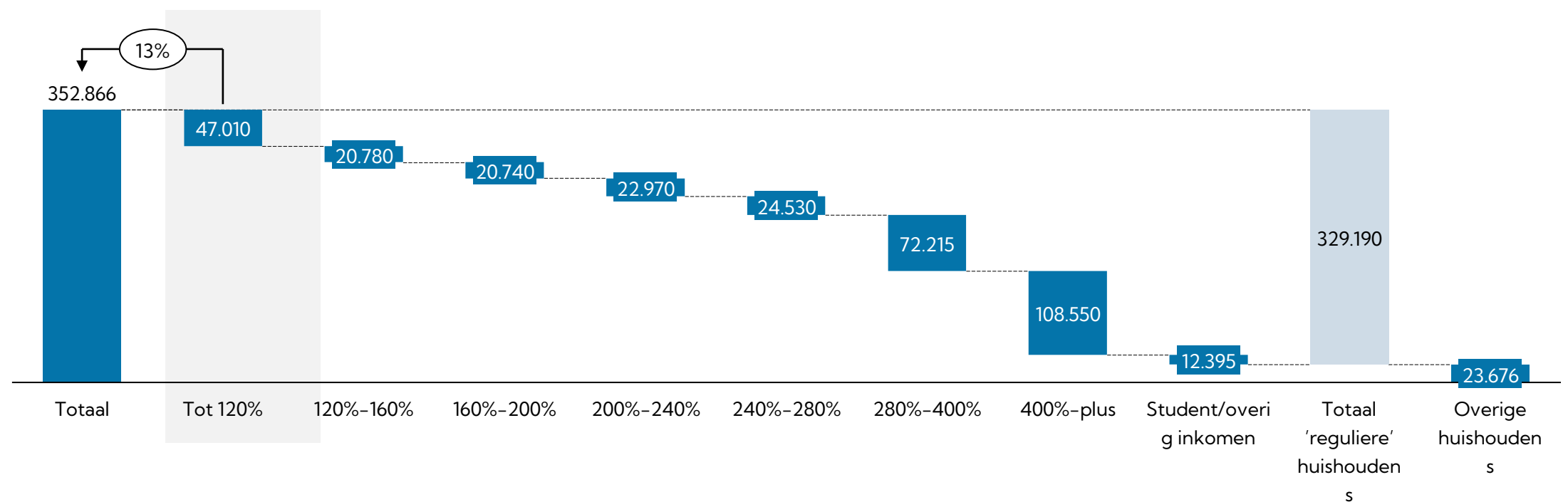
In vervolganalyses zal verder worden ingezoomd op de gebruikers van specialistische GGZ en wijkverpleging en wordt gekeken naar combinaties van karakteristieken om vast te stellen of er specifiek groepen zijn waarbinnen de kosten verder zijn geconcentreerd

In dit document zijn analyses opgenomen over de doelgroep in Utrecht. Deze zelfde analyses zijn beschikbaar voor iedere gemeente in Nederland



In Utrecht wonen 47 duizend inwoners in een huishouden met een huishoudinkomen lager dan 120% van het sociaal minimum

Verdeling inwoners over inkomensklassen waarbij klassen zijn genormeerd ten opzichten van het sociaal minimum¹



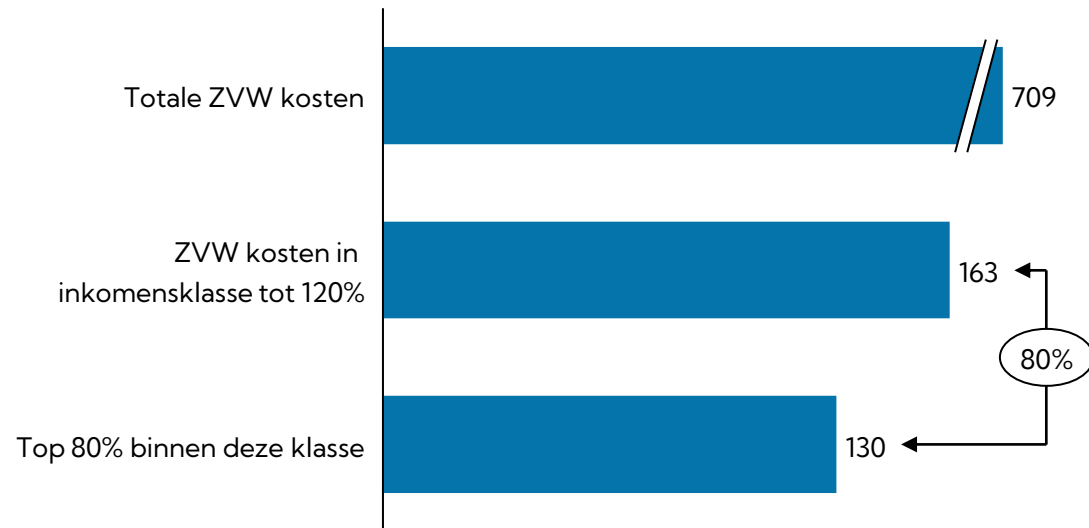
1. Sociaal minimum is afhankelijk van (o.a.) huishoudsamenstelling

Bron: ahti – Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van ahti op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek; 2019 data

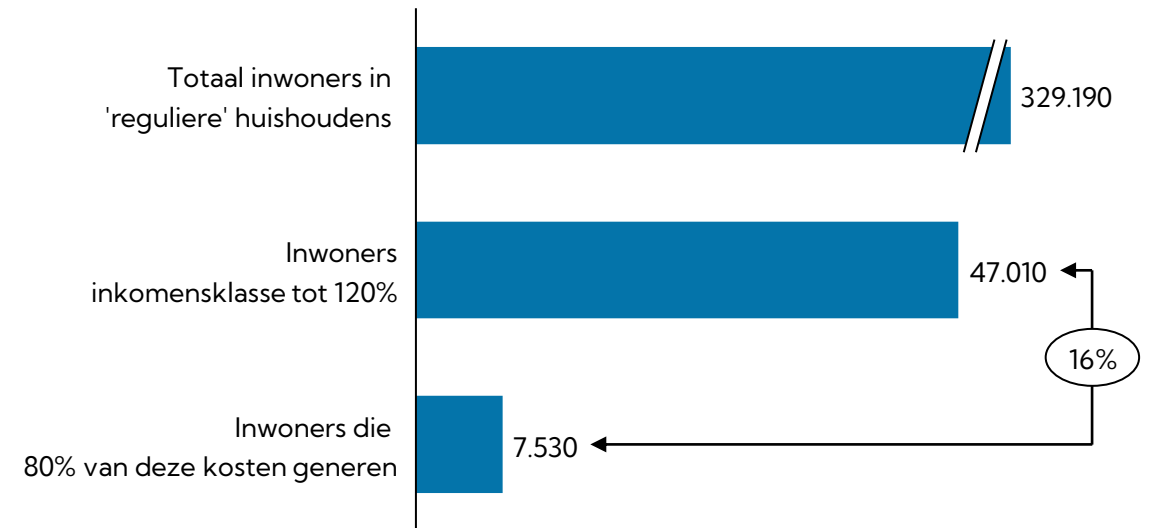


Om zicht te krijgen op onze doelgroep vergelijken we de totale populatie, de inkomensklasse tot 120% en de meeste zorg gebruikende groep daarbinnen

ZVW kosten voor de verschillende groepen waar we naar kijken
(€mln)



Aantal inwoners binnen deze groepen

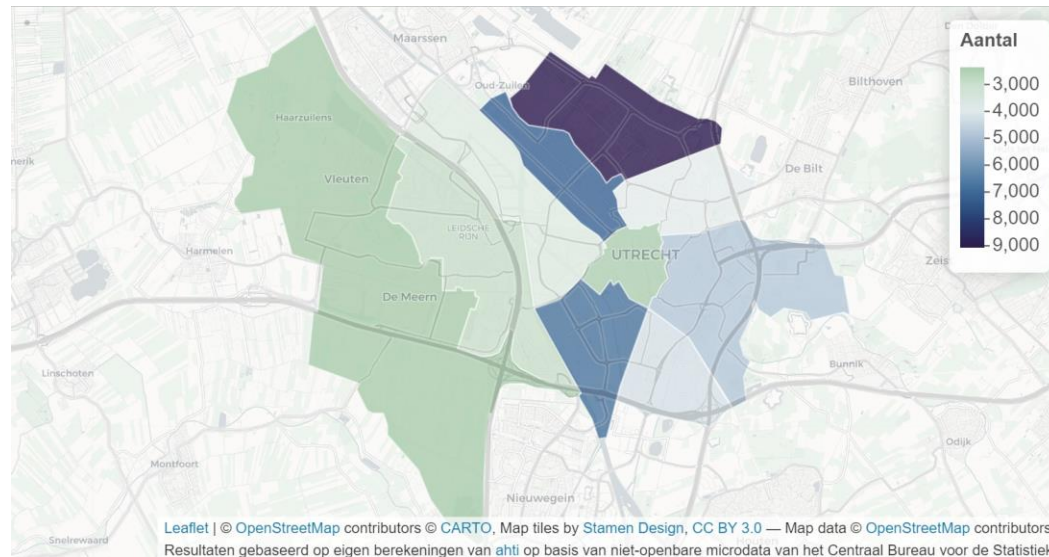


Noot: Voor deze en alle volgende analyses zijn studenten die inwoners die wonen in institutionele of andere bijzondere woosettings buiten beschouwing gelaten.
Bron: ahti – Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van ahti op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek; 2019 data

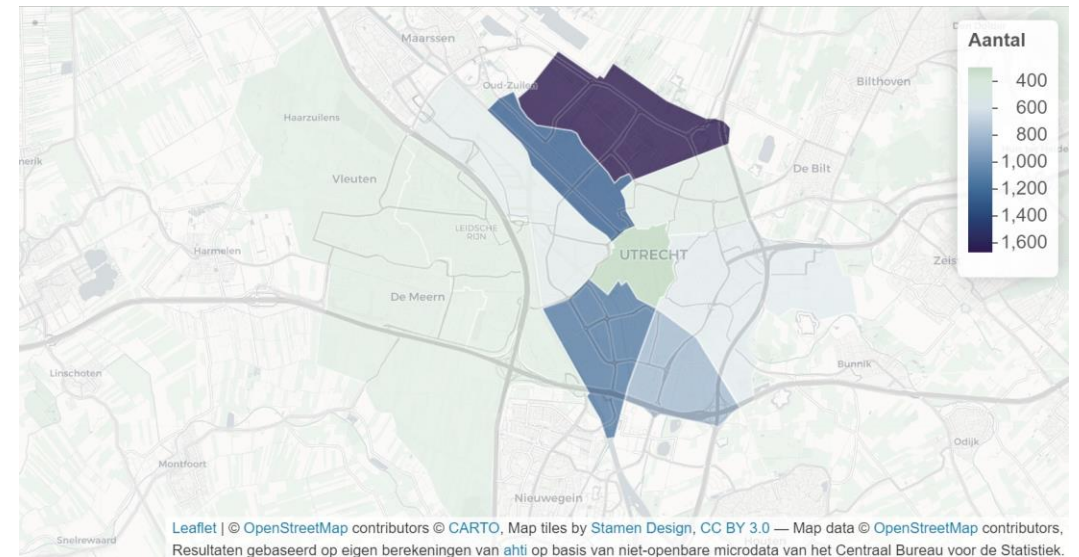


Doelgroep woont met name in Overvecht, Noordwest (Zuilen, Ondiep, Pijlsweert) en Zuidwest (Kanaleneiland, Transwijk, Rivierenwijk)

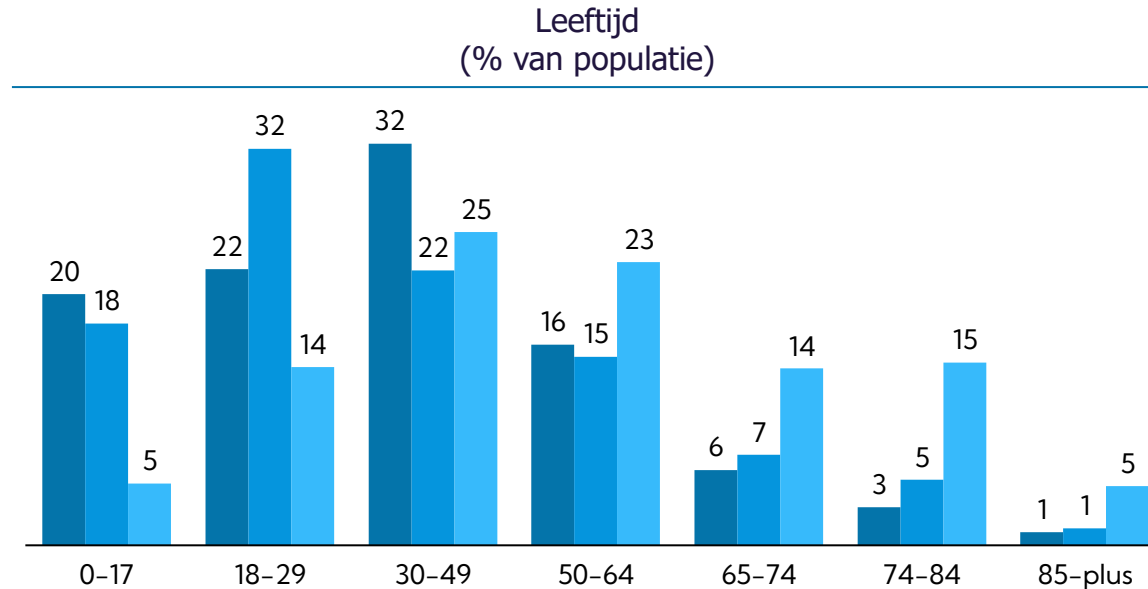
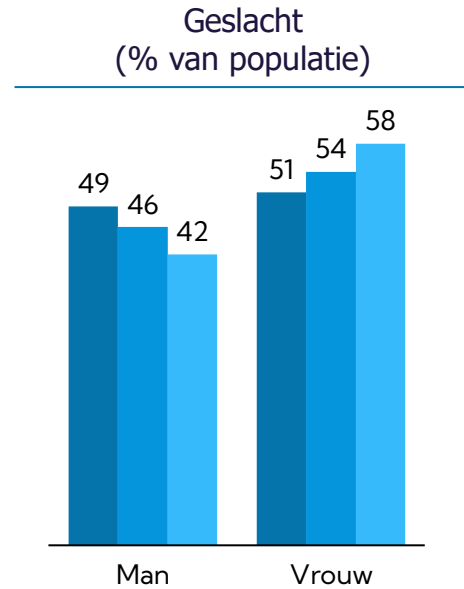
Burgers in de inkomensklasse tot 120% per wijk in Utrecht



Meest intensieve zorggebruikers binnen de inkomensklasse tot 120% per wijk in Utrecht



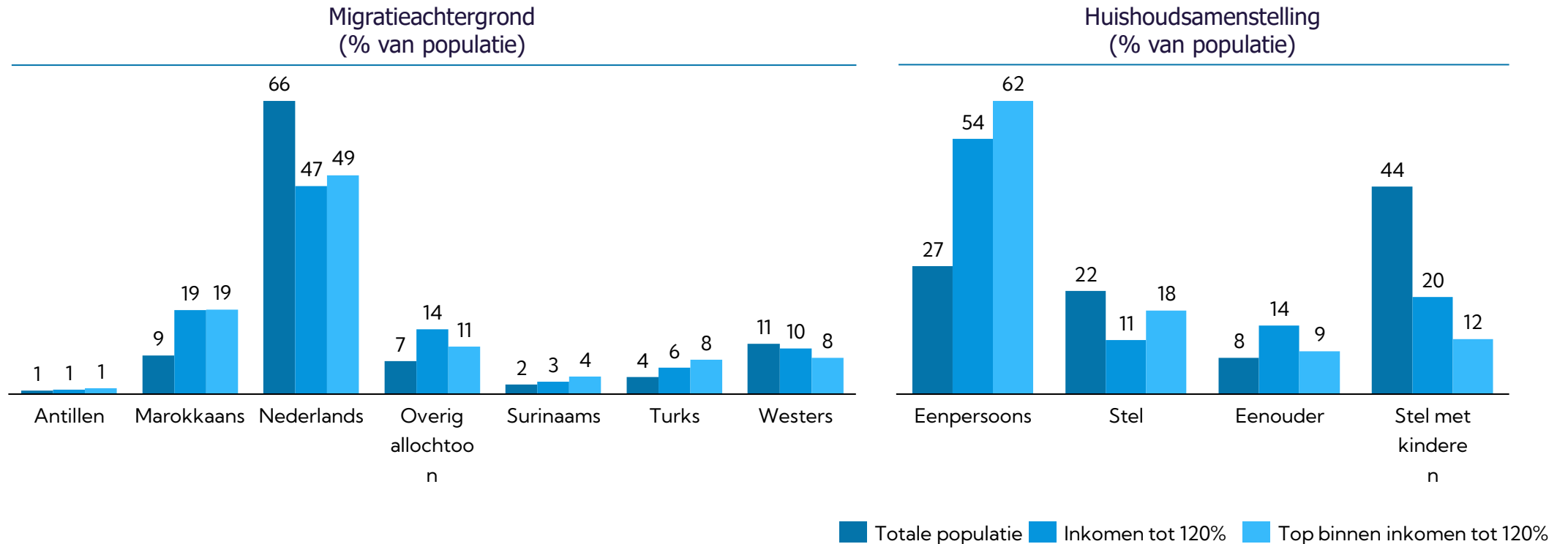
Aandeel vrouwen en ouderen (logischerwijs) neemt toe naarmate inkomen daalt en als zorggebruik toeneemt



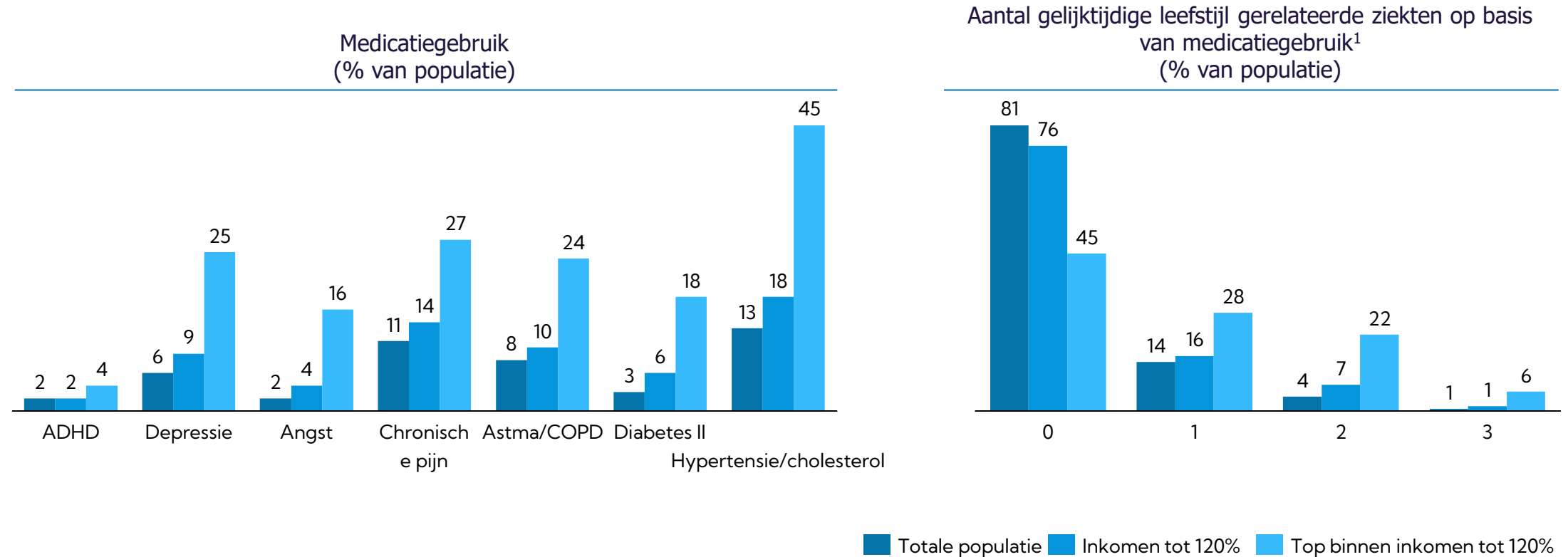
■ Totale populatie ■ Inkomen tot 120% ■ Top binnen inkomen tot 120%



Relatief minder Nederlandse achtergrond en meer eenpersoonshuishoudens in lagere inkomensklasse en bij meeste zorg gebruikende groep daarbinnen



Medicatiegebruik hoger bij lagere inkomensklasse en (logischerwijs) aanzienlijk hoger bij de meeste zorg gebruikende groep



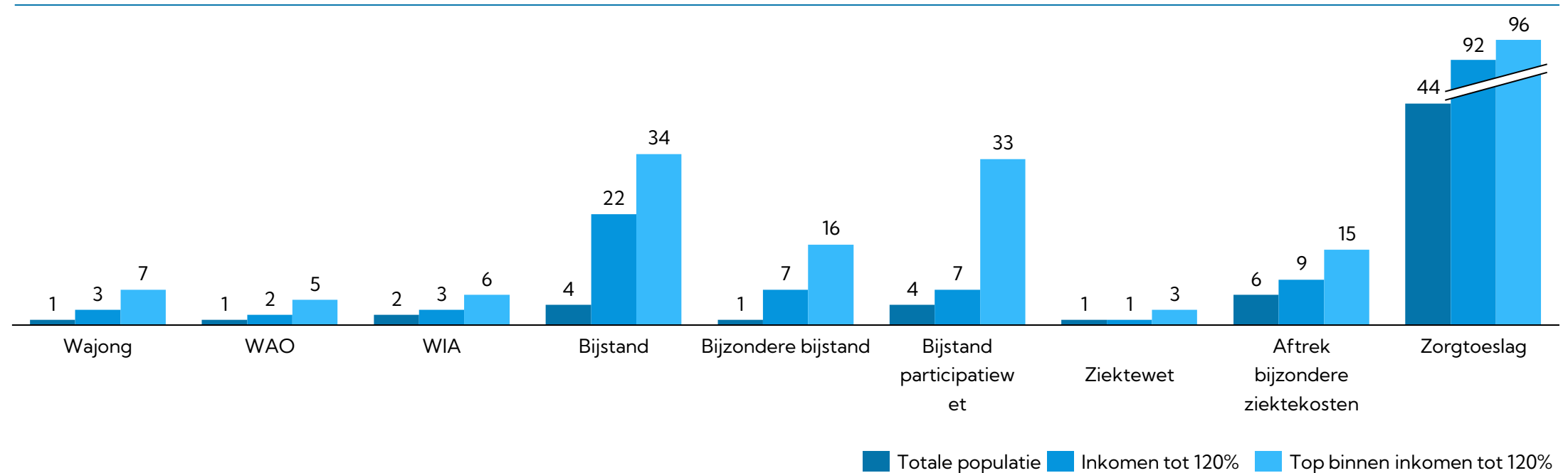
1. Astma/COPD, diabetes II en hypertensie/cholesterol

Bron: ahti – Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van ahti op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek; 2019 data



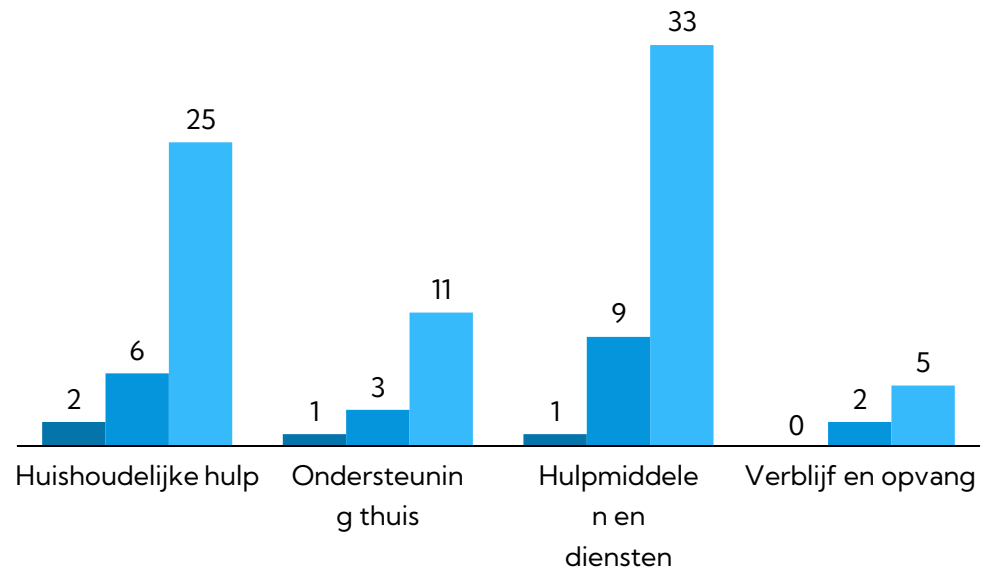
Meeste zorg gebruikende groep maakt daarnaast ook relatief vaak gebruik van inkomensregelingen..

Gebruik inkomensondersteunende regelingen
(% van populatie)

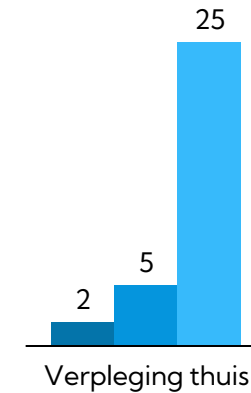


..als ook van WMO en verpleging thuis

Gebruik WMO
(% van populatie)



Gebruik verpleging thuis gefinancierd uit de ZVW
(% van populatie)

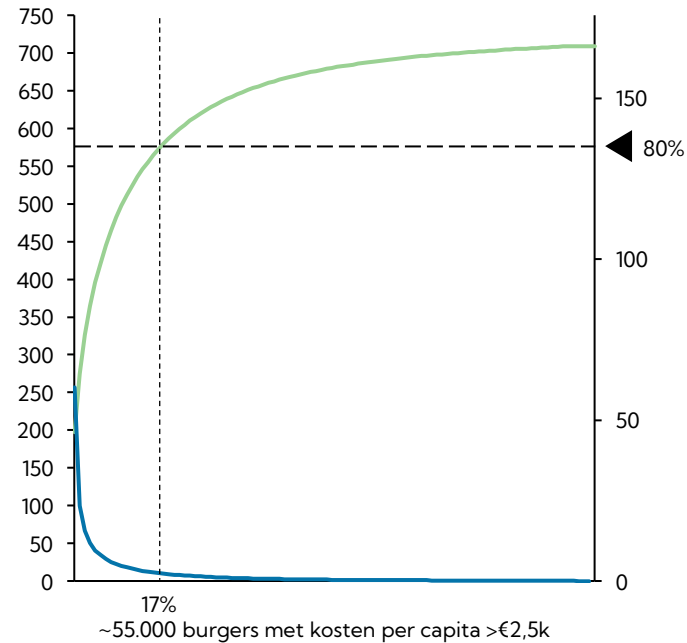


■ Totale populatie ■ Inkomen tot 120% ■ Top binnen inkomen tot 120%

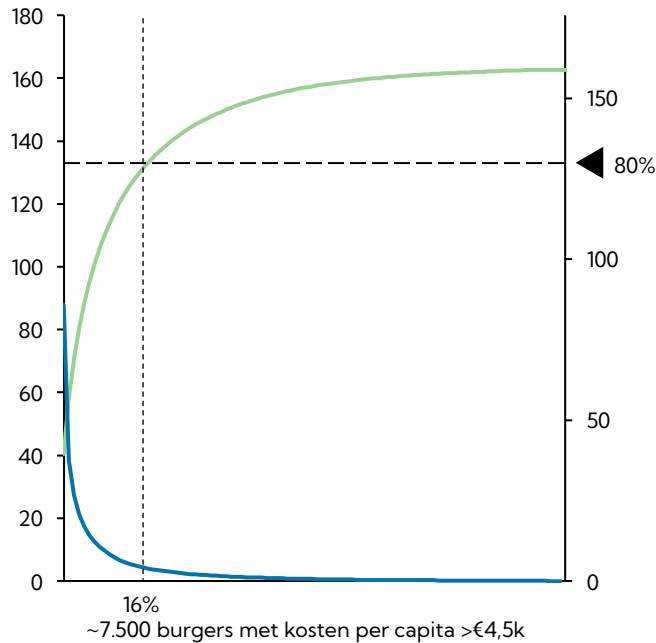


ZVW kosten zijn sterk geconcentreerd – binnen de meeste zorg gebruikende groep genereren 3.600 burgers 80% van de kosten

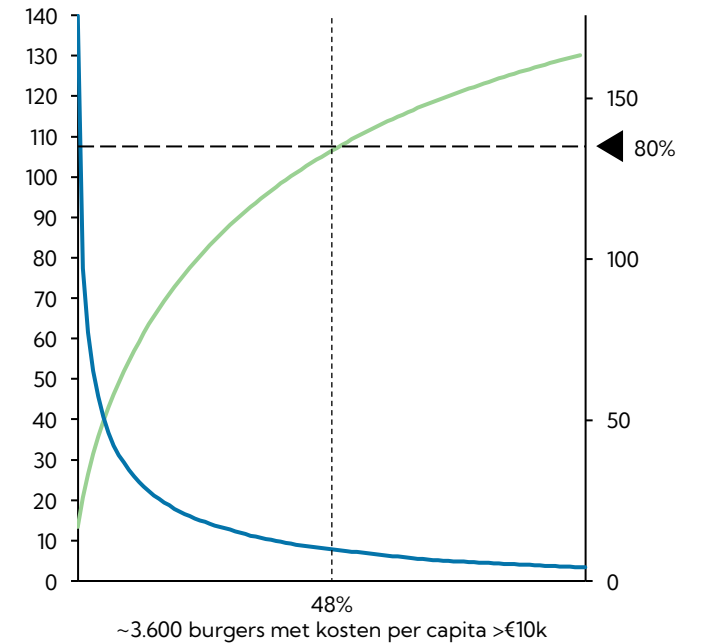
Binnen Utrecht genereren 17% van de burgers 80% van de kosten..



..vergelijkbare concentratie binnen de inkomensklasse tot 120%..



..iets kleinere concentratie binnen de meeste zorg gebruikende groep

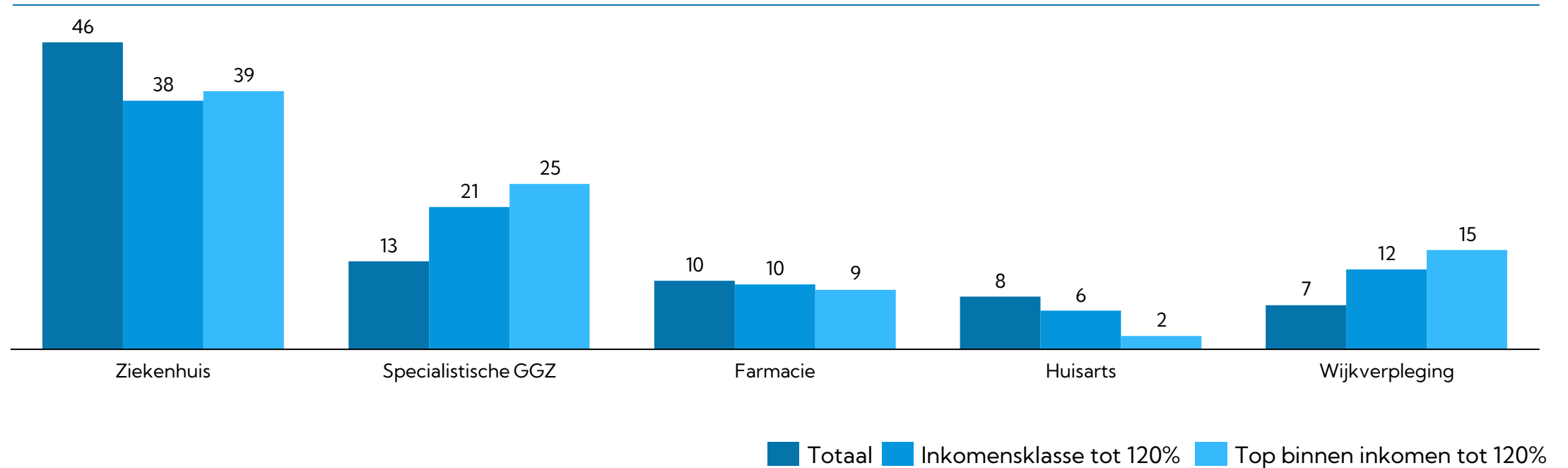


— Gemiddelde kosten per verzekerde (rechter as) — Cumulatieve kosten (linker as)

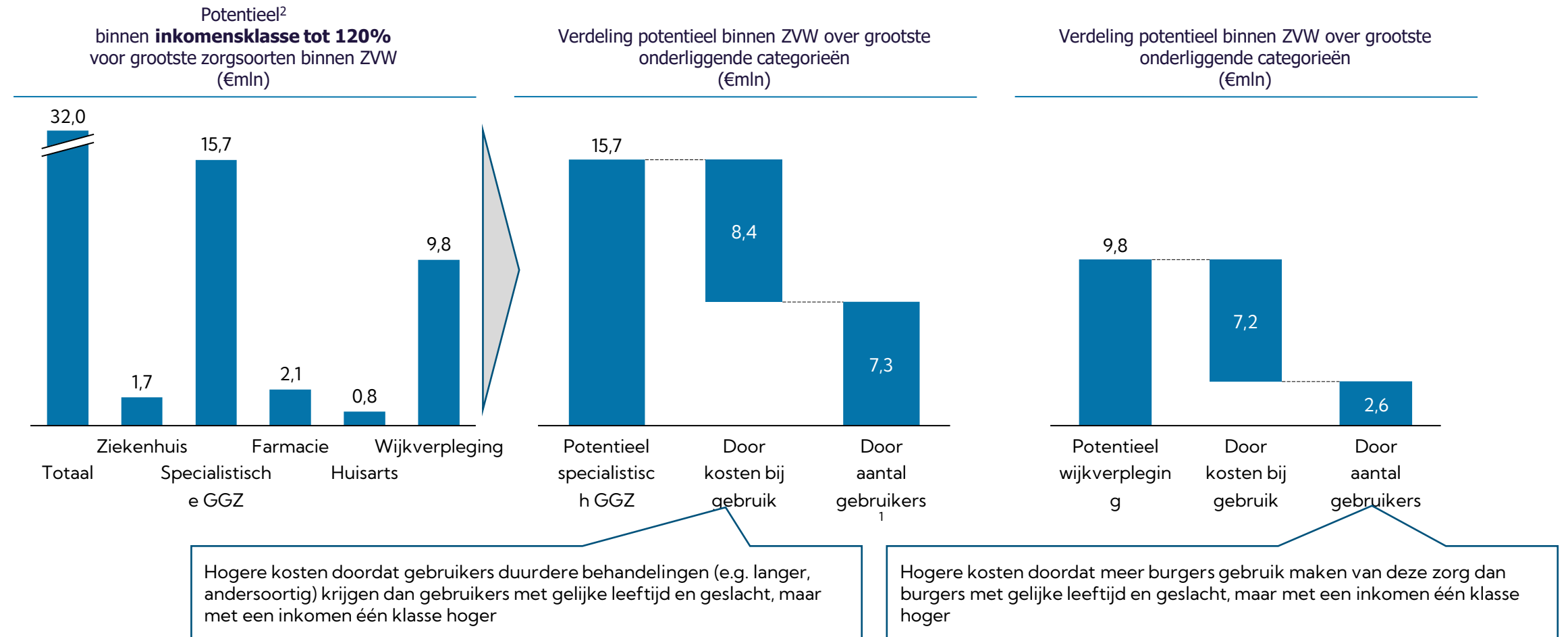


Laagste inkomensklasse, en zeker de meeste zorg gebruikende groep daarbinnen, maakt relatief veel kosten in de specialistisch GGZ en wijkverpleging

Verdeling ZVW kosten over grootste onderliggende categorieën (%)



Potentieel binnen inkomensklasse tot 120% zit binnen specialistische GGZ en wijkverpleging – hogere kosten bij gebruik als belangrijkste drijver



1. Inclusief combinatie-effect
 2. Potentieel ingeval kosten per inwoner dalen naar het niveau van de gemiddelde kosten die worden gemaakt voor inwoners in de inkomensklasse 1205-160% van het sociaal minimum

Bron: ahti – Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van ahti op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek; 2019 data

