

Samen zorgen voor meer  
gezonde levensjaren voor  
mensen met een minimum  
inkomen



GelijkGezond heeft als kernambitie om het aantal gezonde levensjaren voor mensen met een minimum inkomen te verhogen.

GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken professionals beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht.

Daarvoor maken we samen met verzekeraars en gemeenten een systeem dat zichzelf in stand houdt

INTRODUCTIE

HET PROBLEEM

ONZE BIJDRAGE AAN DE OPLOSSING:  
ONDERSTEUNING VAN INWONERS  
DOOR EEN DOORBIJTER

FINANCIERING VAN DE DOORBIJTERS  
MAATSCHAPPELIJKE IMPACT



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 in de vorm van het organiseren van een 'doorbijter' met tijd om problemen te ordenen en op te lossen

We organiseren vooraf de (financiële) middelen om dit mogelijk te maken, de zorgverzekeraar en gemeente dragen achteraf bij op basis van gedaalde kosten



# De initiatiefnemers van GelijkGezond hebben een langjarige achtergrond in het medisch en sociaal domein



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.



# De Stichting GelijkGezond heeft een onafhankelijke raad van toezicht, met leden met achtergrond in het medisch, gemeentelijk en verzekeraars domein

José Manshanden



José is directeur geweest van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) in Amsterdam, waar ze nauw betrokken was bij het aanpakken van gezondheidsverschillen en het bevorderen van preventie. Daarvoor was José verantwoordelijk voor het brede sociale domein in Utrecht (jeugdzorg, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Participatiewet). Ze werkte ook meer dan 10 jaar bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in verschillende functies, voornamelijk op het gebied van volksgezondheid. Daarnaast was ze langdurig lid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). In 2015 werd ze uitgeroepen tot Overheidsmanager van het Jaar.

Maria van den Muijsenbergh



In haar werk als huisarts heeft Maria zich voornamelijk gericht op kwetsbare groepen, waaronder vluchtelingen en andere migranten, mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en daklozen. Dit leidde tot een groeiende interesse in de gezondheidseffecten van sociaaleconomische status en migratie. Als hoogleraar richt haar onderzoek zich op hoe persoonsgerichte, geïntegreerde eerstelijnszorg kan bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen voor deze groepen. Ze werkt nauw samen met verschillende internationale onderzoeksinstituten op het gebied van eerstelijnszorg, gezondheidsvaardigheden en migrantenzorg; evenals met Pharos, het Nederlandse expertisecentrum voor gezondheidsverschillen, dat haar leerstoel heeft ingesteld. In 2022 was ze mede-auteur van het leerboek voor huisartsen (in opleiding) getiteld 'Persoonsgerichte zorg voor iedereen'.

Olivier Gerrits



Olivier studeerde Economie aan de Universiteit van Amsterdam en werkte 19 jaar bij zorgverzekeraar Zilveren Kruis, waar hij uitgebreide ervaring heeft opgedaan in zowel commercie als zorginkoop. Sinds 2021 is hij directeur bij Gupta Strategists, een boutique adviesbureau gespecialiseerd in zorgstrategie, waar hij zich bezighoudt met diverse zorggerelateerde vraagstukken. Hij is gepassioneerd over het doorgronden van de vele dilemma's binnen de complexiteit van de zorgsector en gelooft dat vanuit scherpe analyses en creativiteit innovatie kan ontstaan. Olivier is daarnaast lid van de raad van toezicht bij Buurtdokters.



# GelijkGezond start in vier gemeentes



GelijkGezond werkt na toe naar een start met het ondersteunen van inwoners in vier gemeentes

Met de Gemeentes Amersfoort, Dordrecht, Tilburg en Zoetermeer wordt het model momenteel uitgewerkt

- Met Amsterdam, Delft, Ede, Hilversum, Lelystad en Nijmegen wordt verkennend gesproken over het aansluiten bij de ontwikkeling

De Gemeentes Amersfoort, Dordrecht, Tilburg en Zoetermeer zijn, na de ontwikkeling, ook beoogde startgemeentes

Voor alle gemeentes geldt dat uiteindelijke deelname aan GelijkGezond (na de ontwikkeling) instemming vereist van de verschillende ambtelijke en politiek gremia binnen ieder van de gemeentes

- Mocht de besluitvorming in een gemeente daar aanleiding toe geven, dan kan het zijn dat deze gemeente zich terugtrekt
- Vanuit GelijkGezond zal dan een vervangende deelnemende gemeente worden gezocht



GelijkGezond heeft als kernambitie om het aantal gezonde levensjaren voor mensen met een minimum inkomen te verhogen.

GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken professionals beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht.

Daarvoor maken we samen met verzekeraars en gemeenten een systeem dat zichzelf in stand houdt

INTRODUCTIE

HET PROBLEEM

ONZE BIJDRAGE AAN DE OPLOSSING:  
ONDERSTEUNING VAN INWONERS  
DOOR EEN DOORBIJTER

FINANCIERING VAN DE DOORBIJTERS  
MAATSCHAPPELIJKE IMPACT





# Het Nederlandse zorg- en ondersteuningssysteem werkt niet voor iedereen even goed, met grote verschillen in (ervaren) gezondheid als gevolg



In Nederland hebben we grote en toenemende verschillen in levensverwachting en gezonde levensverwachting tussen mensen met een laag en een hoog inkomen

- Tot 9 jaar verschil in levensverwachting tot 25 jaar verschil in gezonde levensverwachting

Tegelijkertijd wordt veel zorg en ondersteuning ingezet op inwoners met lage inkomens

- 2-3 keer zoveel zorg vanuit de Zvw (uitgedrukt in euro's)
- Zij maken veelvuldig gebruik van WMO, jeugdwet en participatiewet

Deze zorg en ondersteuning is onvoldoende effectief omdat ons systeem gericht is op zelfredzame mensen met één probleem tegelijkertijd

- Zij kunnen hun vraag expliciteren en daarna zelf bij deze vraag de best passende aanpak vinden

Mensen in een kwetsbare positie hebben echter een ander profiel waardoor de werking van het systeem niet aansluit bij hun situatie

- Zij hebben wel problemen, maar kunnen moeilijk de juist vraag definiëren
- Daardoor wordt ondersteuning vaak ingezet op symptomen, maar niet altijd op onderliggende problematiek

Doordat de onderliggende problematiek niet wordt aangepakt, blijven (nieuwe) symptomen ontstaan

- Waardoor zij een beroep blijven doen op zorg en ondersteuning



# Dat zien we in de praktijk en is in een lange reeks van rapporten en studies uitgebreid onderzocht



# Gelukkig hebben inwoners en professionals in veel verschillende pilots en projecten ook geleerd hoe deze ondersteuning beter kan!



Alle projecten en pilots werkten vanuit vergelijkbare uitgangspunten: organiseren van ondersteuning naast de inwoner

- Los van aanbieders van specifieke oplossingen
- Over alle levensdomeinen (en daarmee regelingen als de ZVW, WMO, jeugdwet, participatiewet, etc.) heen

De inwoner werkt samen met deze ondersteuning aan het (opnieuw) krijgen van grip op zijn situatie

- Samen brengen ze de problematiek op alle levensdomeinen en de samenhang daartussen in kaart
- Op basis hiervan worden concrete ondersteuningsvragen geformuleerd, in de goede volgorde

Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat de zorg en ondersteuning gericht wordt ingezet op de onderliggende problematiek

- Anders gezegd: eerst (meer) denken, dan gericht doen, waarmee de effectiviteit van ondersteuning enorm wordt verhoogd

Deze projecten en pilots waren effectief, maar toch zijn zij veelal niet doorgezet en opgeschaald

De redenen hiervoor verschillen per project, maar in alle gevallen was er een gebrek aan structurele financiering

- Boven de regelingen zit geen regeling en daarmee is er geen 'standaard' beschikbare financiering voor ondersteuning van inwoners over regelingen heen

Daarnaast valt de waarde (bijvoorbeeld lagere kosten) die door de ondersteuning wordt gerealiseerd, binnen verschillende regelingen.

- Daardoor ontstaat discussie tussen gemeente en zorgverzekeraar over een mogelijke mismatch tussen financier en degenen die er voordeel aan heeft

# GelijkGezond werkt aan het structureel beschikbaar maken van deze betere passende ondersteuning – daarvoor pakken we drie uitdagingen aan

Hoe inwoners beter te ondersteunen is bedacht, maar we blijven pilots doen

Standaardiseren van de aanpak op basis van de werkzame elementen uit de pilots, proeven en projecten die al zijn uitgevoerd

Financiering op basis van incidentele financiële middelen, waardoor goede initiatieven weer stoppen

Structurele financiering op basis van resultaatbetaling door gemeentes en zorgverzekeraars

Terughoudendheid om te investeren, want de baten van de investering kunnen bij een andere partij vallen

Voorfinanciering door impact investeerders tegen betaling van een maatschappelijk acceptabel rendement



# Hiervoor worden zowel op landelijke schaal als op regionale schaal afspraken gemaakt

Hoe inwoners beter te ondersteunen is bedacht, maar we blijven pilots doen

Standaardiseren van de aanpak op basis van de werkzame elementen uit de pilots, proeven en projecten die al zijn uitgevoerd

Voor inzet op landelijke schaal worden de werkzame elementen samengebracht en worden ondersteunende middelen ontwikkeld (trainingen, tooling)

De feitelijke ondersteuning wordt op regionale schaal ingeregeld. Effectieve ondersteuning vereist samenwerking met lokaal actieve aanbieders

Financiering op basis van incidentele financiële middelen, waardoor goede initiatieven weer stoppen

Structurele financiering op basis van resultaatbetaling door gemeentes en zorgverzekeraars

Voor de structurele financiering zijn landelijke afspraken nodig met zorgverzekeraars en gemeentes over hun rol als resultaatbetaler. Een zelfde vorm van afspraken (per soort resultaatbetaler) is noodzakelijk om comfort te geven aan de financiers

Terughoudendheid om te investeren, want de baten van de investering kunnen bij een andere partij vallen

Voorfinanciering door impact investeerders tegen betaling van een maatschappelijk acceptabel rendement

De voorfinanciering wordt georganiseerd op landelijk niveau. Alleen dan zijn de bedragen voldoende hoog om (institutionele) financiers aan tafel te krijgen en zijn de kosten van de financieringsstructuur te dragen



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

Door een echte *doorbijter* die tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht heeft om samen met de inwoner zaken voor elkaar te krijgen



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





GelijkGezond heeft als kernambitie om het aantal gezonde levensjaren voor mensen met een minimum inkomen te verhogen.

GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken professionals beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht.

Daarvoor maken we samen met verzekeraars en gemeenten een systeem dat zichzelf in stand houdt

INTRODUCTIE

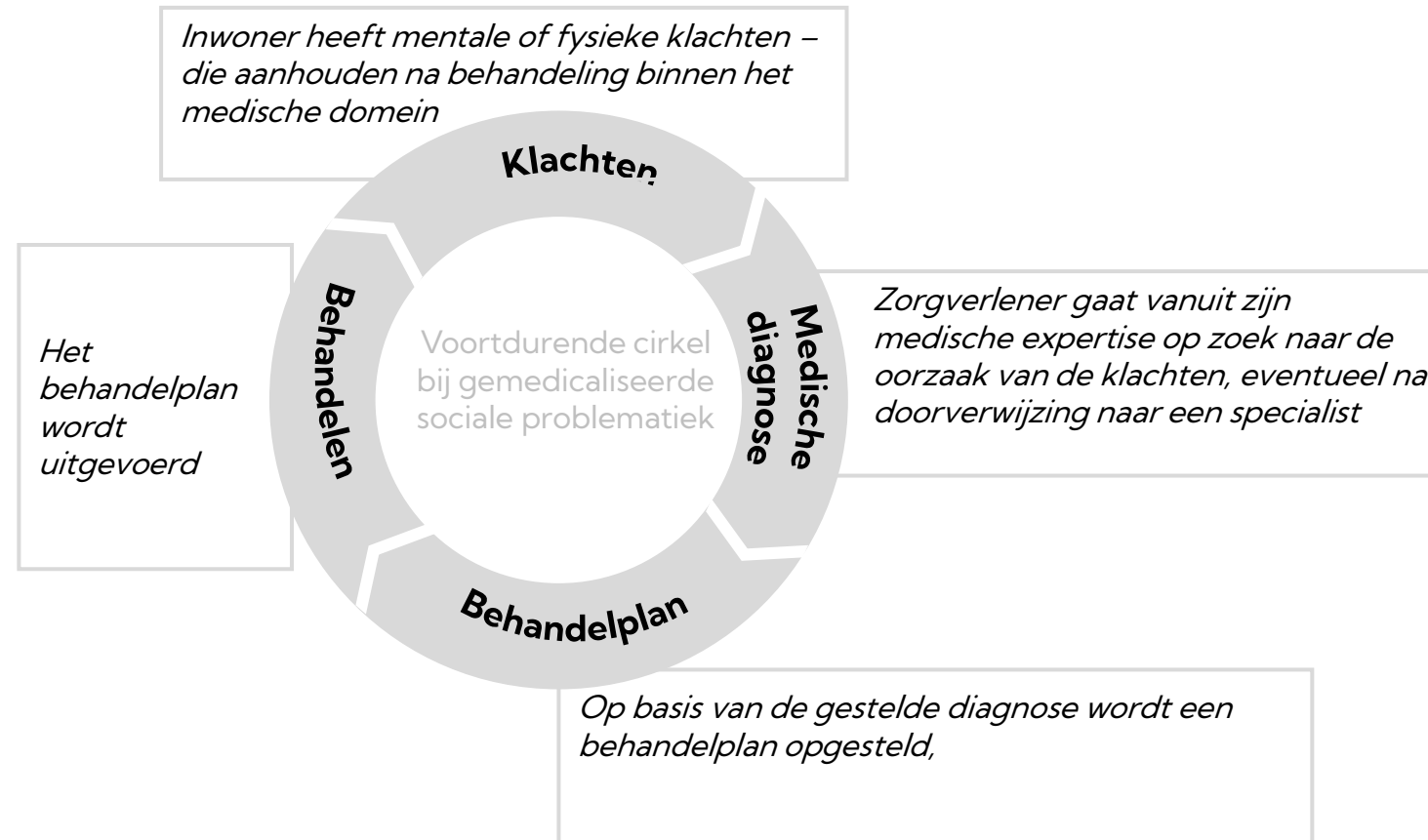
HET PROBLEEM

ONZE BIJDRAGE AAN DE OPLOSSING:  
ONDERSTEUNING VAN INWONERS  
DOOR EEN DOORBIJTER

FINANCIERING VAN DE DOORBIJTERS  
MAATSCHAPPELIJKE IMPACT

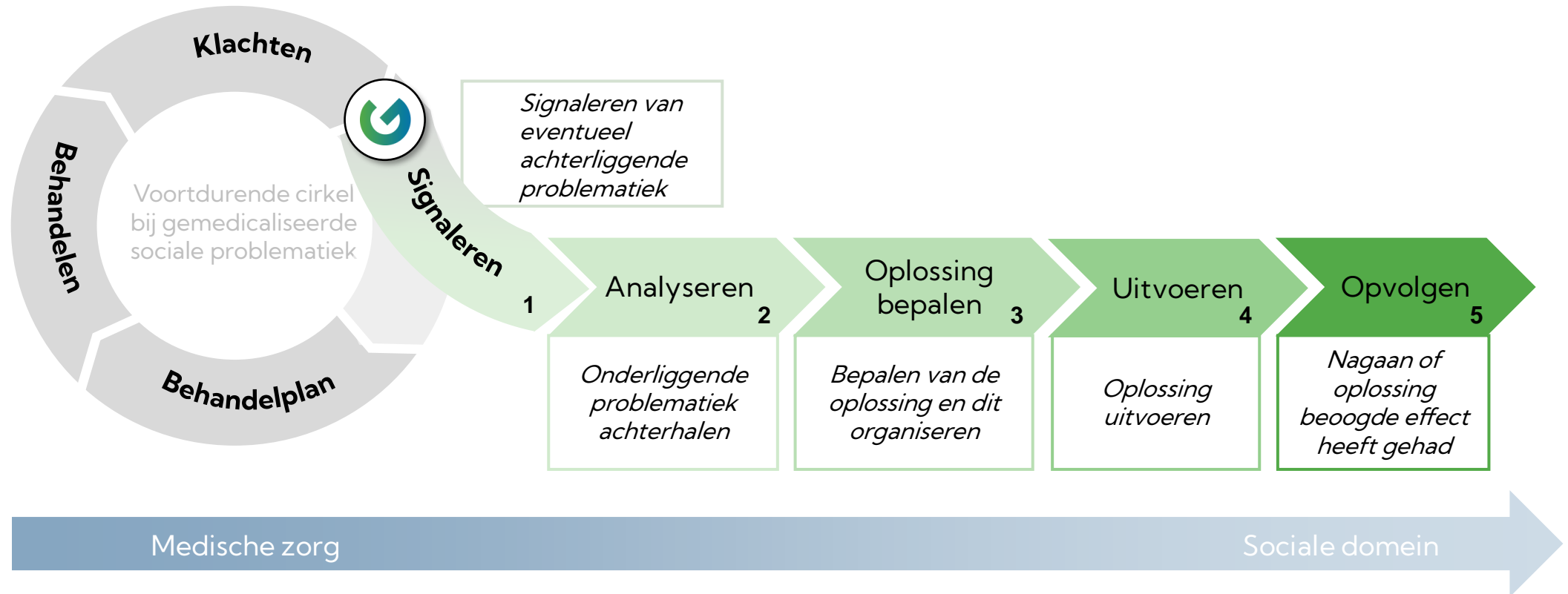


# Groot denken, klein(er) starten: onze eerste focus is op het ondersteunen van inwoners met gemedicaliseerde sociale problemen





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



# Een doorbijter ondersteunt de inwoner bij het vinden van oplossingen voor de gemedicaliseerde sociale problematiek

## Profiel doorbijter

Een doorbijter voelt eigenaarschap, neemt verantwoordelijkheid, en laat niet los tot het is opgelost

Staat naast en in dienst van de inwoner

- Stelt alles in het werk dat de inwoner weer grip krijgt op zijn leven en zijn eigen regie terugneemt: gaat tot het gaatje
- Kan samen met de inwoner een integraal plan en doelen opstellen, waarin het voor de inwoner duidelijk is waaraan in welke volgorde wordt gewerkt en wat daarin zijn eigen rol is
- Is in staat om de inwoner te coachen op vaardigheden en gedrag die nodig zijn om doelen te bereiken

Heeft breed over-/inzicht in sociaal en medisch domein

- Kan professionals betrekken op het plan van de inwoner en hen (laten) committeren op c.q. aanspreken op de uitvoering
- Kan een gelijkwaardige positie innemen ten aanzien van andere professionals in de wijk, zoals huisarts, GGZ-medewerkers, wijkteam, wijkverpleging, arbeidstoeleiding, schuldsanering, woonbegeleiders, etc. Is verbindend én gezaghebbend

Is zich bewust van kosten en kan daarin een afweging maken

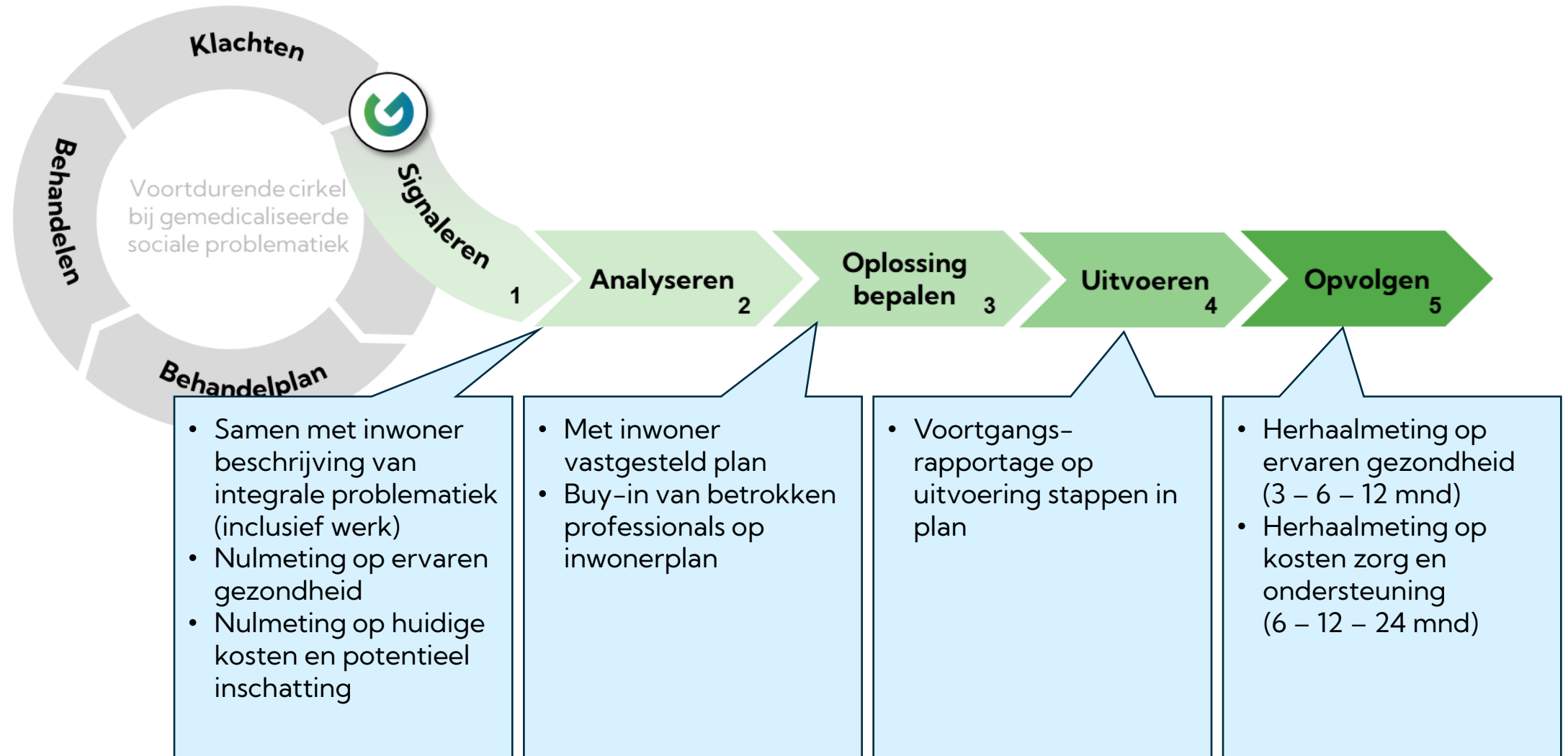
- Is autonoom en laat zich niet belemmeren door organisatiesturing, beperkende systeemregels of financiën
- Voelt en pakt de ruimte om zelfstandig, in het belang van de inwoner, te handelen

Heeft een achtergrond in het sociaal domein, de GGZ, de huisartsenpraktijk, de wijkverpleging of is ervaringsdeskundige

- Kan goed werken in teamverband



# De doorbijter handelt volgens een afgesproken methodiek en werkt toe naar concrete resultaten



# De werkwijze van de doorbijter vertaalt zich in een duidelijke traject voor de inwoner



# De doorbijter ondersteunt inwoners in de context van het huishouden waarin zij wonen

De huisarts brengt de inwoner in contact met een individuele inwoner

- Op basis van de inschatting van huisarts dat bij deze inwoner meerdere problemen spelen en de inwoner onvoldoende grip heeft op deze problematiek

De problematiek van een inwoner kan strikt spelen bij deze inwoner, maar zal vaak ook spelen bij andere personen in het huishouden van de inwoner

- Bijvoorbeeld als onderliggend inkomensproblemen of opvoedingsproblemen spelen

De doorbijter gaat samen met de inwoner aan de slag om problemen zo fundamenteel mogelijk aan te pakken

- En zal zich daarom ook richten op onderliggende problemen die het hele huishouden raken, als dat van belang is



# Ontwikkeling van GelijkGezond voorzien in meerdere fases stappen

	Ontwikkelfase	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Doel	Ontwikkelen GelijkGezond model, inhoudelijk en de Financieringsstructuur	Ondersteunen inwoners en doorontwikkelen model	Uitbouw naar volledige doelgroep in eerste gemeentes	Doorbouw naar 20 gemeentes
Aantal gemeentes	Meerdere	4	4	20
Aantal inwoners per gemeente	Beperkt	Maximaal 500	Maximaal 1.250 (inclusief de 500 uit fase 1)	Maximaal 1.250
Financiering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donaties</li> <li>• IZA middelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leningen impact investeerders</li> <li>• Resultaatbetalingen gemeentes en zorgverzekeraars</li> <li>• IZA middelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leningen impact investeerders</li> <li>• Resultaatbetalingen gemeentes en zorgverzekeraars</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leningen impact investeerders</li> <li>• Resultaatbetalingen gemeentes en zorgverzekeraars</li> </ul>
Timing	Januari 2023 – December 2025	Januari 2026 – December 2029	Mid 2028 – Mid 2032	Nader vast te stellen



GelijkGezond heeft als kernambitie om het aantal gezonde levensjaren voor mensen met een minimum inkomen te verhogen.

GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken professionals beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht.

Daarvoor maken we samen met verzekeraars en gemeenten een systeem dat zichzelf in stand houdt

INTRODUCTIE

HET PROBLEEM

ONZE BIJDRAGE AAN DE OPLOSSING:  
ONDERSTEUNING VAN INWONERS  
DOOR EEN DOORBIJTER

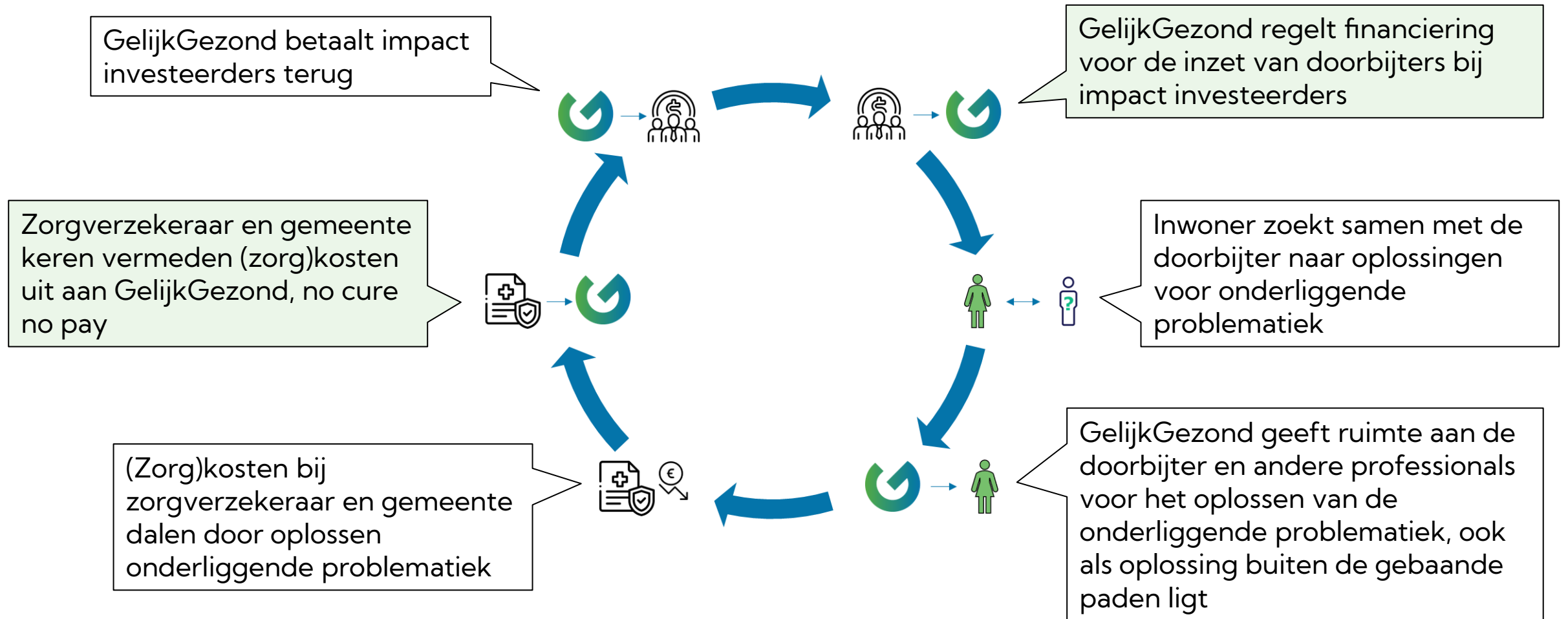
FINANCIERING VAN DE DOORBIJTERS

MAATSCHAPPELIJKE IMPACT





# De inzet van de doorbijters wordt initieel betaald uit leningen van investeerders, daarna op basis van resultaatbetalingen van gemeentes en verzekeraars



# Financieringsstructuur wordt ontwikkeld samen met Invest-NL en CEB, die naast andere partijen ook beoogde financiers zijn

Start gemeentes 1 tot/met 4

- 4 x 500 huishoudens

Financieringsbehoefte €3-4 mln

Uitbouw gemeentes 1 tot/met 4

- 4 x 750 huishoudens (aanvullend)

Financieringsbehoefte €6-8 mln

Doorbouw gemeentes 5 tot/met 20

- 1.250 inwoners per gemeente

Financieringsbehoefte €20 - €25 mln

De financieringsstructuur wordt uitgewerkt samen met onder andere Invest-NL en de Council of Europe Development Bank

- Ondersteund door AF Advisors

Voor de financiering van de start en uitbouw wordt gesproken met (onder andere) Invest-NL, Council of Europe Development Bank, Nederlandse institutionele investeerders en private investeerders

Financiers zijn geïnteresseerd in GelijkGezond omdat zij een marktconform rendement krijgen

- En tegelijkertijd het realiseren van maatschappelijke impact mogelijk maken

# Met zorgverzekeraars en gemeentes worden resultaatbetalingsafspraken gemaakt waarbij de aanvliegroute verschilt per resultaatbetaler

Welk resultaat..

..en hoe koppelen we daar een bedrag aan



# Resultaatbetalingsafspraken zijn opgebouwd uit vier onderdelen – met name resultaatbepalingsmodel verschilt tussen aanvliegroutes

Resultaat- betalings- afspraken	Onderdelen	Activiteit gekoppeld resultaat	Output gekoppeld resultaat
Resultaatbepalings- model	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Model beschrijving</li> <li>• Invulprotocol voor verschillende casus varianten</li> </ul>	<p>In het activiteit-gebaseerde resultaatbetalingsmodel is de betaling gekoppeld aan het afronden van een ondersteuningstraject.</p>	<p>In het output-gebaseerde resultaatbetalingsmodel wordt 12 maanden na de start van de ondersteuning van de inwoner het resultaat vastgesteld.</p>
Informatie uitwisseling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschrijving informatiestromen</li> <li>• Privacy gerelateerde afspraken</li> </ul>	<p>Per ondersteund traject betaalt de resultaatbetaler een vast bedrag. Doorgaans wordt ondersteuning geboden voor een periode van 12 maanden. Na deze periode van 12 maanden wordt het afgesproken bedrag volledig betaald.</p>	<p>Het resultaat is het verschil tussen de waargenomen ontwikkeling van zorg- en sociale kosten die de zorgontvanger maakt, vergeleken met de kosten die verwacht werden indien er geen ondersteuning van de doorbijter zou zijn geweest. De betaling is begrensd op €5.000 per inwoner (huishouden).</p>
Externe monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vastgestelde noodzakelijke validatie vanuit externe partij</li> </ul>	<p>Als de inwoner en doorbijter het ondersteuningsproces eerder afronden, wordt een verlaagd bedrag uitgekeerd.</p>	
Kasstromen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesafspraken rondom uitbetaling (stappen, noodzakelijke informatie, betaal-triggers)</li> </ul>	<p>Het activiteit-gebaseerde model wordt naar verwachting geïmplementeerd voor zorgverzekeraars</p>	<p>Het output-gebaseerde model wordt naar verwachting geïmplementeerd voor gemeenten.</p>



# Voor resultaatbepaling is informatie nodig die op basis van consent van de inwoner wordt verkregen

Voor de resultaatbepaling is informatie over het gebruik van zorg en ondersteuning van de inwoner nodig

- In de 12 maanden voor de start van de ondersteuning door de doorbijter en in de periode daarna
- Deze informatie is beschikbaar bij gemeentes en zorgverzekeraar

Deze informatie mag door gemeentes en zorgverzekeraars alleen beschikbaar worden gesteld als daarvoor een grondslag is

- Ter bescherming van de privacy van de inwoner

GelijkGezond haalt hiervoor consent op bij inwoners die door de doorbijter worden ondersteund

- Hierin geven inwoners GelijkGezond toestemming om deze gegevens van hen te gebruiken voor het doel van de resultaatbepaling en verdere analyse over de effectiviteit van de ondersteuning door de doorbijter
- Op basis van dit consent kunnen gemeentes en zorgverzekeraars (eventueel indirect via Vektis) deze gegevens beschikbaar stellen

Het consent van de inwoner wordt opgehaald in één van de eerste gesprekken tussen inwoner en doorbijter

- En vastgelegd in een formulier dat door de inwoner wordt getekend
- Merk op dat als de doorbijter in de praktijk meerdere inwoners in een huishouden ondersteunt, alle betrokkenen leden van het huishouden consent moeten geven

# Om het model te starten, wordt de financiering van impact investeerders en resultaatbetalers in de eerste fase aangevuld met IZA middelen

In de eerste fase van de realisatie, de start van ondersteuning in vier gemeentes met maximaal 500 inwoners per gemeente, is de financiering van GelijkGezond vormgegeven op twee kernelementen

- Impact investeerders verzorgen de voorfinanciering in de vorm van leningen
- De gemeentes en zorgverzekeraars als resultaatbetalers zorgen voor een continue kasstroom voor rentebetaling, aflossing van de lening en de financiering van de ondersteuning in de latere jaren

Om deze structuur in deze eerste fase te starten, worden IZA transformatiemiddelen ingezet

- Daarmee wordt het initiële schaalprobleem opgevangen en wordt de start van de ondersteuning mogelijk gemaakt

Als de ondersteuning van de eerste 4 keer 500 inwoners succesvol is, wordt de ondersteuning uitgebreid in dezelfde vier gemeentes de ondersteuning naar 1.250 inwoners per gemeente

Voor de financiering van deze volgende stap is geen ondersteuning vanuit IZA transformatiemiddelen meer voorzien

- Doordat meer inwoners worden ondersteund is het schaalprobleem opgelost
- Op basis van de ervaringen in de eerste fase kunnen de resultaatbetalingsafspraken met gemeentes en zorgverzekeraars worden verruimd





GelijkGezond heeft als kernambitie om het aantal gezonde levensjaren voor mensen met een minimum inkomen te verhogen.

GelijkGezond organiseert structurele ondersteuning voor mensen in een kwetsbare positie door de betrokken professionals beter te faciliteren, met extra tijd, (financiële) regelruimte en organisatiekracht.

Daarvoor maken we samen met verzekeraars en gemeenten een systeem dat zichzelf in stand houdt

INTRODUCTIE

HET PROBLEEM

ONZE BIJDRAGE AAN DE OPLOSSING:  
ONDERSTEUNING VAN INWONERS  
DOOR EEN DOORBIJTER

FINANCIERING VAN DE DOORBIJTERS

MAATSCHAPPELIJKE IMPACT





# De ondersteuning die GelijkGezond mogelijk wil maken, sluit aan bij de uitdagingen en ambities die zijn beschreven in de regioplannen (I)

GelijkGezond zal van start gaan in gemeente Amersfoort (regio Midden-Nederland), Dordrecht (regio Waardenland) en Tilburg (regio Midden-Brabant) en een vierde nog te bepalen gemeente.

De regiobeelden van alle drie deze gemeentes benoemen de gezondheidsverschillen tussen groepen met een lage en hogere sociaaleconomische status

- In het regiobeeld van Dordrecht wordt benadrukt dat de gemiddelde sociaaleconomische status in de regio lager is dan gemiddeld in de stedelijke gebieden en dat financiële problematiek een groot thema is binnen de regio. Ruim 1 op de 10 volwassenen ervaart moeite met rondkomen
- In Amersfoort wordt nadrukkelijk benoemd dat de sociaaleconomische positie van inwoners haar weerslag heeft in leefstijl, leefbaarheid en gezondheids- en welzijnsuitkomsten (bijv. aandeel chronisch zieken en ervaren gezondheid). En daarmee werken deze sociaaleconomische verschillen direct door in de (potentiële) vraag naar formele en informele ondersteuning en zorg
- In het regiobeeld Tilburg wordt deze relatie nogmaals geëxpliciteerd met het statement dat “.. structurele armoede en bestaansonzekerheid weinig ruimte bieden voor een gezonde levensstijl”.

Ook komt in alle drie de regiobeelden naar voren dat vanwege de stijgende zorgvraag toegankelijkheid van de zorg een brede regionale opgave is voor alle sectoren

- Om dit op te vangen benadrukken de regioplannen de noodzaak van “integrale en domeinoverstijgende samenwerking”, met een “focus op welbevinden en positieve gezondheid”, en het “bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid van inwoners”
- In de plannen van regio Waardenland staat expliciet dat de inwoner centraal moet staan en een holistische kijk op ondersteuningsvragen moet worden gehanteerd

Deze transformatierichtingen worden in de regioplannen vertaald naar acties die veelal zijn gericht op het behouden van het huidige niveau van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor alle inwoners

- Deze transformatie succesvol afronden is cruciaal. Immers, als kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid onder druk komen te staan, worden de gevolgen daarvan meer dan evenredig gedragen door inwoners in een kwetsbare positie

# De ondersteuning die GelijkGezond mogelijk wil maken, sluit aan bij de uitdagingen en ambities die zijn beschreven in de regioplannen (II)

Behoud van het huidige niveau van functioneren van het systeem is daarmee noodzakelijk, maar niet voldoende voor het terugdringen van de gezondheidsverschillen

- Dat vergt specifieke acties
- Deze acties zijn echter maar zeer beperkt uitgewerkt in de regioplannen

GelijkGezond geeft wel een concrete actie om gezondheidsverschillen te verkleinen en sluit daarmee direct aan bij de regioplannen

- De ondersteuning die GelijkGezond mogelijk maakt, bevindt zich op het snijvlak van de eerstelijns zorg (huisarts) en het sociaal domein
- Dit versterkt multidisciplinaire en domeinoverstijgende samenwerking die regioplannen beogen en draagt bij aan integrale (gezondheids)zorg

Het resultaat is dat inwoners sneller passende (informele) ondersteuning ontvangen, waardoor ze sneller grip krijgen op hun situatie, zelfredzamer worden, en hun zorgvraag afneemt.

# De te verwachten impact is op basis van ervaringen uit andere pilots en projecten gekwantificeerd naar de verschillende doelen van het zorgstelsel

## Systeendoelen van het zorgstelsel

### Kwaliteit

#### Toelichting

- Ondersteuning naast de inwoner, zoals door GelijkGezond wordt beoogd, leidt tot betere (ervaren) gezondheid, gemeten middels algemene vragen, de ICECAP en de vragenlijst van het Instituut voor Positieve Gezondheid

#### Samenvatting impact gemeten in pilot projecten

- Toename van de kwaliteit van leven bij gemiddeld 45% van de deelnemers (daling bij 9%) op de verschillende dimensies van het iPH spinnenweb

### Betaalbaarheid

- Door ondersteuning naast de inwoner, is minder formele ondersteuning nodig. Dit leidt tot een daling van de kosten van ondersteuning van individuele inwoners. Deze kostendaling per inwoner leidt tot een toegenomen betaalbaarheid van het hele systeem

- Gemiddelde netto besparing van kosten van zorg en ondersteuning van €21.100 per huishouden

### Toegankelijkheid

- In directe zin, leidt de ondersteuning naast de inwoner er toe dat de inwoner de ervaren problematiek beter kan vertalen in een concrete vraag én dat de inwoner zijn weg weet vinden naar ondersteuning die past bij deze vraag. Voor de individuele inwoners wordt het systeem daarmee toegankelijker
- In indirecte zin neemt de toegankelijkheid toe doordat schaarse capaciteit van zorgprofessionals effectiever wordt ingezet. Door de inwoner te ondersteunen bij het (her)krijgen van grip op zijn leven, neemt de noodzaak voor formele ondersteuning af. Deze vrijgevallen menskracht, kan worden ingezet voor de ondersteuning van andere inwoners

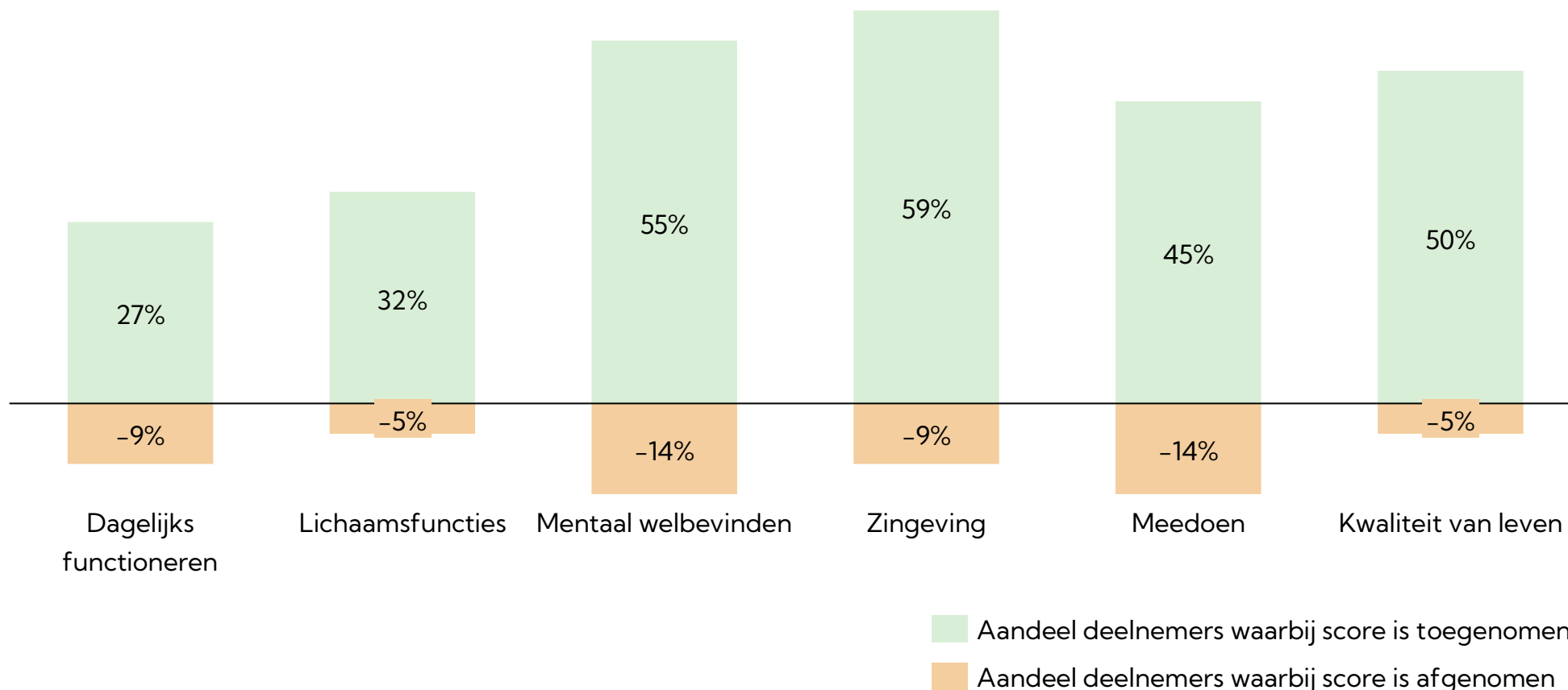
- Gemiddelde netto afname van inzet van zorg en ondersteuning van 0,2 FTE per huishouden
- Dit komt overeen met 385 FTE in fase 1 van GelijkGezond

Merk op: toegenomen kwaliteit is een maatstaf die direct bij de betrokken inwoners wordt gemeten. De verandering in 'betaalbaarheid' wordt vastgesteld op basis van het resultaatbepalingsmodel dat met gemeentes en zorgverzekeraars wordt vastgesteld. 'Toegankelijkheid' is vanuit perspectief van GelijkGezond een afgeleide maatstaf: de minder benodigde capaciteit voor de inwoners die worden ondersteund en de alternatieve inzet van die vrijgevallen capaciteit, vindt plaats bij aanbieders van zorg en ondersteuning en niet bij GelijkGezond zelf. De omvang van deze capaciteitsbesparing wordt ingeschat op basis van de berekende kostendaling en ingeschatte gemiddelde personeelskosten



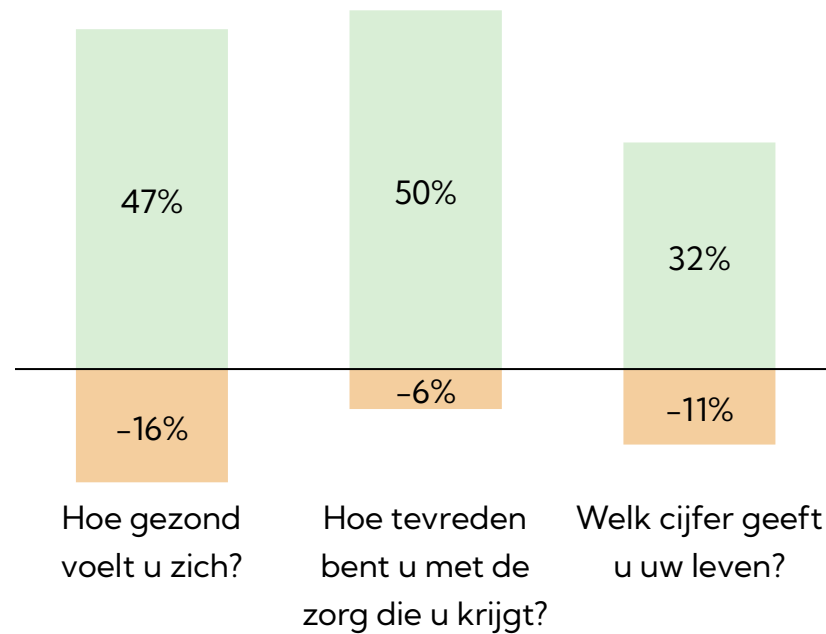
# In pilot projecten vergelijkbaar met de ondersteuning die GelijkGezond beoogt, is de kwaliteit van leven van inwoners aantoonbaar toegenomen (I)

Ontwikkeling scores tussen start ondersteuning en na een jaar in de pilot Gezinsregisseur binnen Blauwe Zorg – Maastricht op de vragenlijst van het Instituut voor Positieve Gezondheid

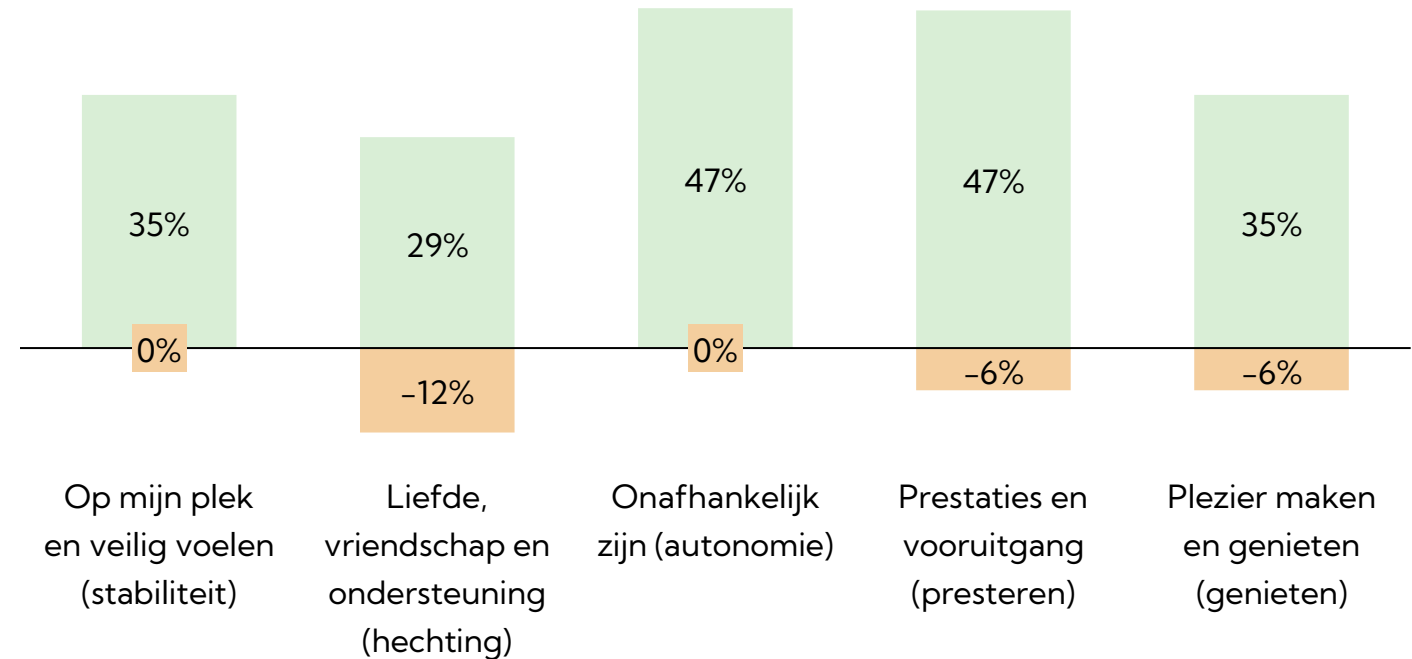


# In pilot projecten vergelijkbaar met de ondersteuning die GelijkGezond beoogt, is de kwaliteit van leven van inwoners aantoonbaar toegenomen (II)

Ontwikkeling scores tussen start ondersteuning en na een jaar in de pilot Gezinsregisseur binnen Blauwe Zorg - Maastricht  
algemene vragen



Ontwikkeling scores tussen start ondersteuning en na een jaar in de pilot Gezinsregisseur binnen Blauwe Zorg - Maastricht  
kwaliteit van leven - ICECAP



■ Aandeel deelnemers waarbij score is toegenomen  
■ Aandeel deelnemers waarbij score is afgenomen

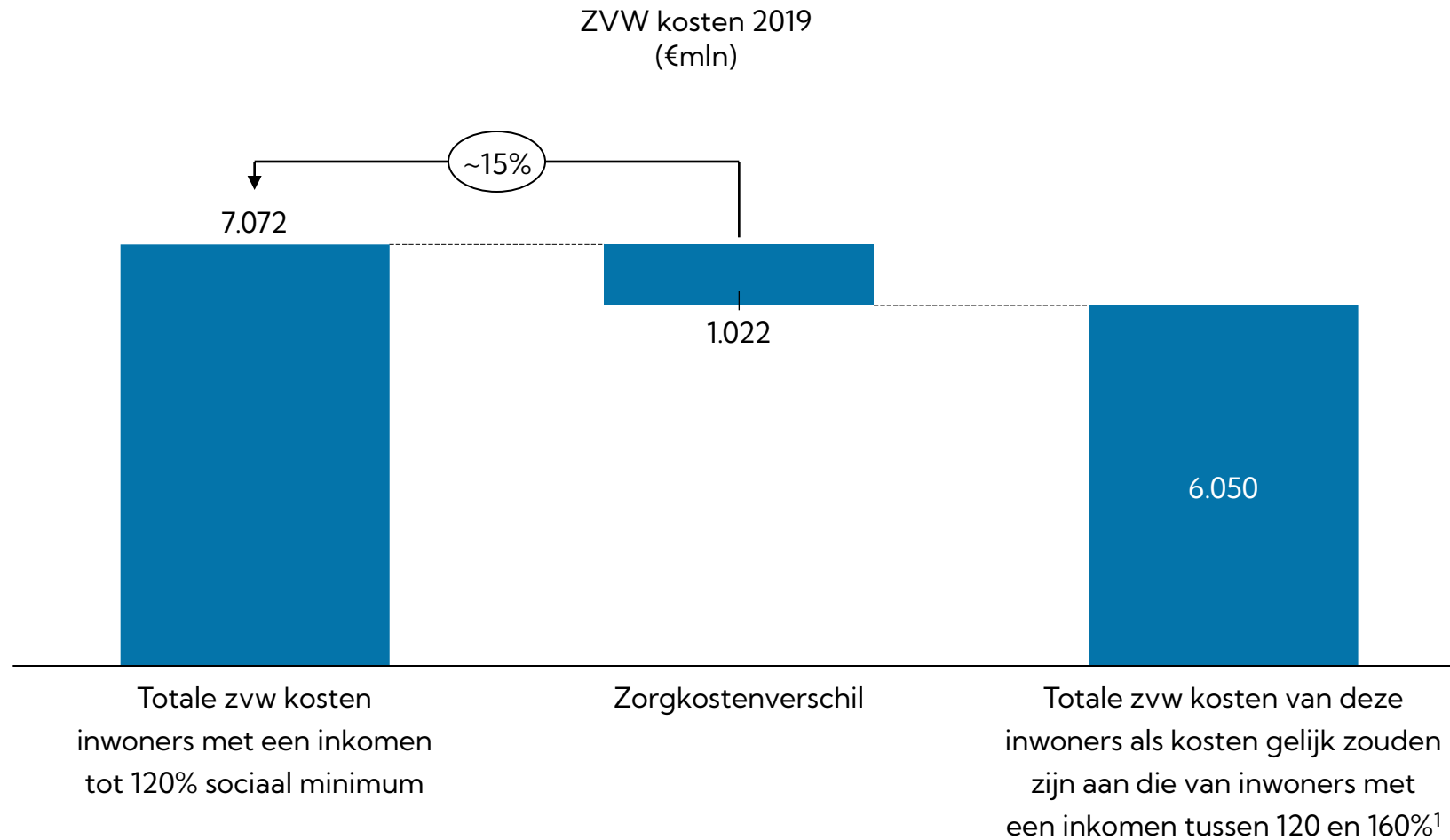


# In verschillende pilots is vastgesteld dat ondersteuning van huishoudens in een kwetsbare positie leidt tot netto reductie van kosten van ondersteuning (I)

	Toelichting	Gemiddeld netto financieel rendement per huishouden
De Uitvoeringsbrigade - Nissewaard	<p>Pilot van 10 gezinnen waarbij gezinnen langdurig worden ondersteund om grip te krijgen op alle leefvelden</p> <p>Ondersteund/uitgevoerd door De Uitvoeringsbrigade</p>	€8.100
Gezinsregisseur - Maastricht	<p>Pilot van 12 gezinnen waarbij de Gezinsregisseur samen met een gezin één plan maakt waarin de stapsgewijs de problemen waarmee het gezin te maken heeft worden aangepakt</p> <p>Ondersteund/uitgevoerd door lokale zorgorganisaties</p>	€21.930
Sociaal Hospitaal - Den Haag	<p>Pilot van 150 gezinnen waarbij op basis van een integrale aanpak wordt gewerkt aan een hogere kwaliteit van leven en meer bestaanszekerheid tegen lagere maatschappelijke kosten</p> <p>Ondersteund/uitgevoerd door Instituut Publieke Waarden</p>	€21.890

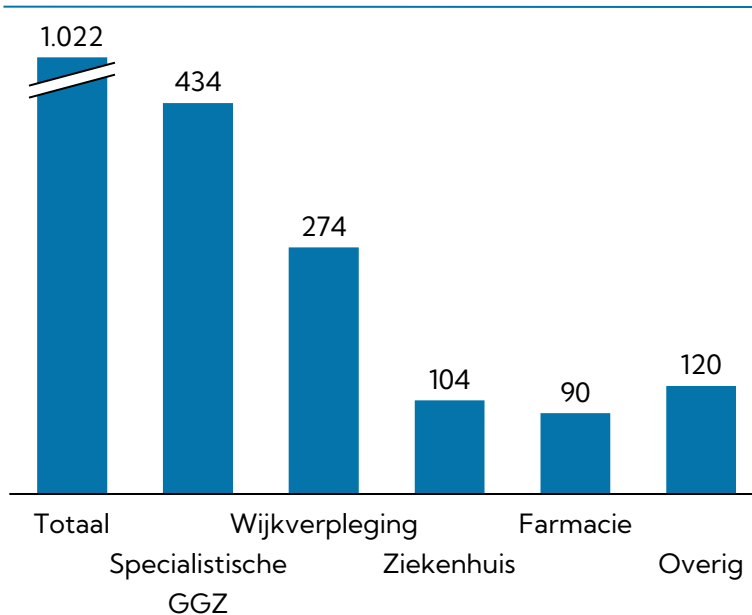


Een vergelijking van zorgkosten laat zien dat inwoners met een minimum inkomen 15% hogere kosten (€1 mrd) hebben dan eerst hogere inkomensgroep

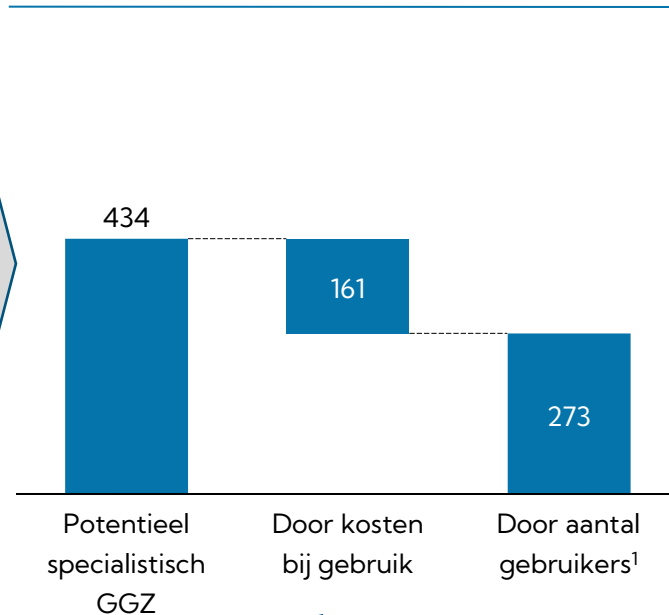


# Hogere zorgkosten met name bij GGZ en wijkverpleging – meer gebruik als belangrijkste drijver in vergelijking met eerst hogere inkomensgroep

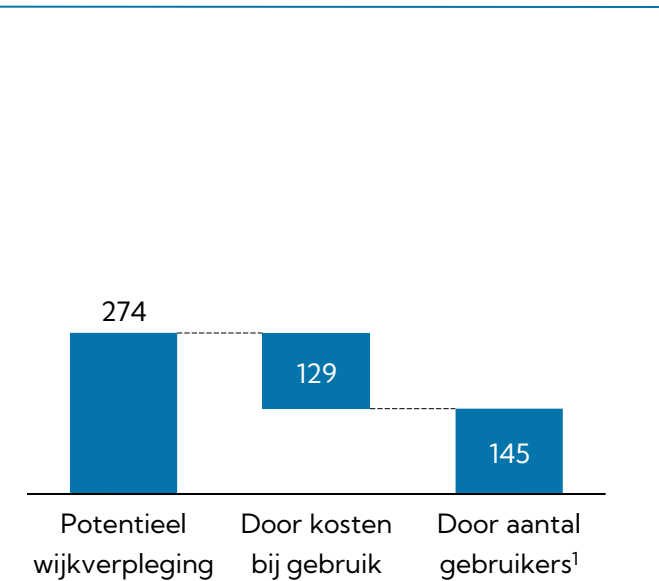
Hogere zorgkosten<sup>2</sup>  
binnen **inkomensklasse tot 120%**  
voor grootste zorgsoorten binnen ZVW ten opzichte van eerst  
volgende inkomensgroep  
(€mln)



Verdeling hogere zorgkosten binnen ZVW over  
grootste onderliggende categorieën  
(€mln)



Verdeling hogere zorgkosten binnen ZVW over  
grootste onderliggende categorieën  
(€mln)



Hogere kosten doordat gebruikers duurdere behandelingen (e.g. langer, andersoortig) krijgen dan gebruikers met gelijke leeftijd en geslacht, maar met een inkomen één klasse hoger

Hogere kosten doordat meer mensen gebruik maken van deze zorg dan mensen met gelijke leeftijd en geslacht, maar met een inkomen één klasse hoger

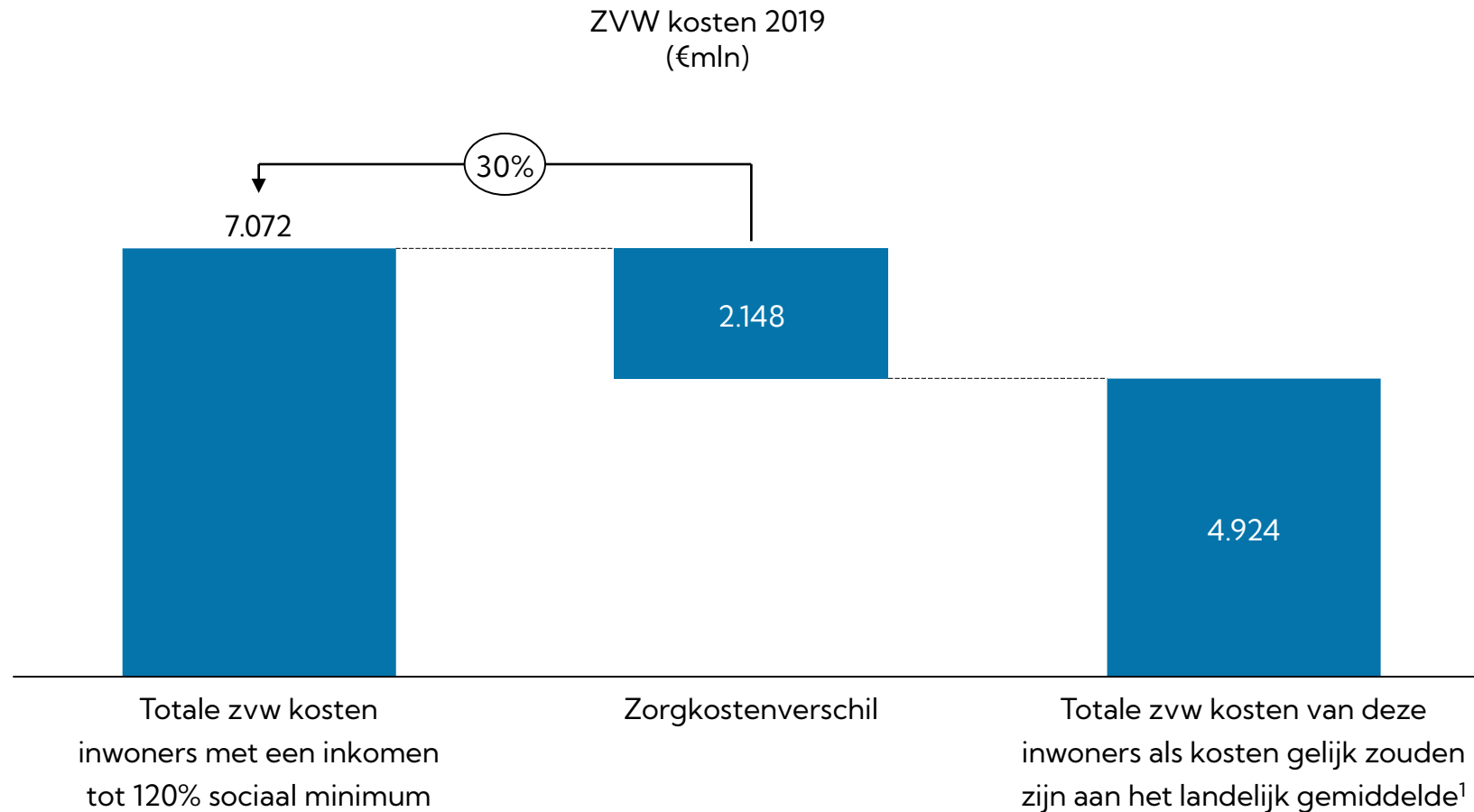
1. Inclusief combinatie-effect

2. Hogere zorgkosten ten opzichte van de kosten per inwoner in de inkomensklasse 1205-160% van het sociaal minimum, gecorrigeerd voor samenstelling populatie

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

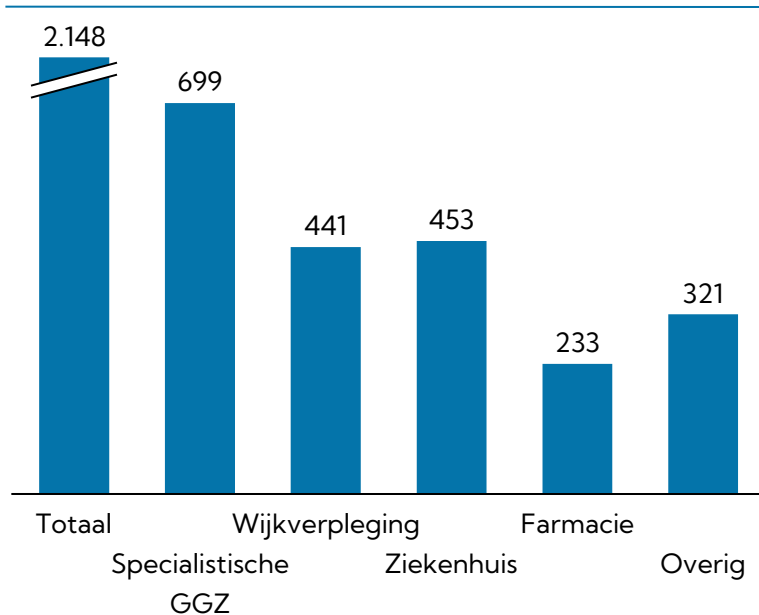


Als de zorgkosten van de inwoners met een minimum inkomen worden vergeleken met het landelijke gemiddelde liggen deze zelfs 30% hoger

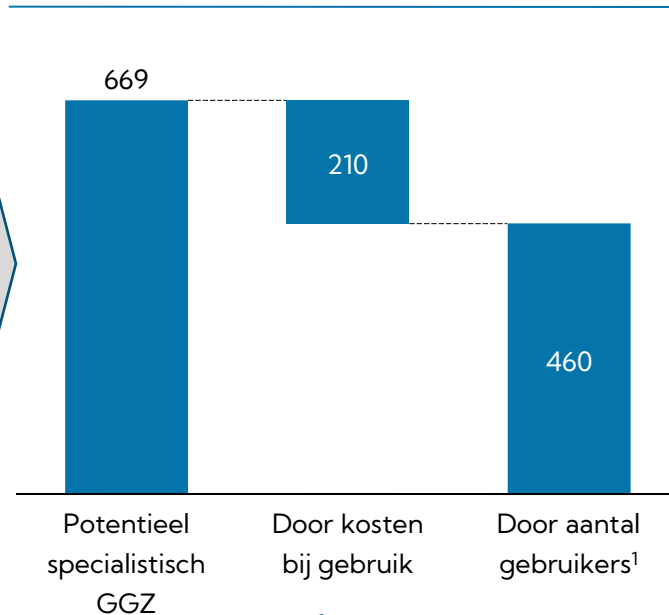


# Hogere zorgkosten met name bij GGZ en wijkverpleging – ook hier meer gebruikers als belangrijkste drijver in vergelijking met landelijk gemiddelde

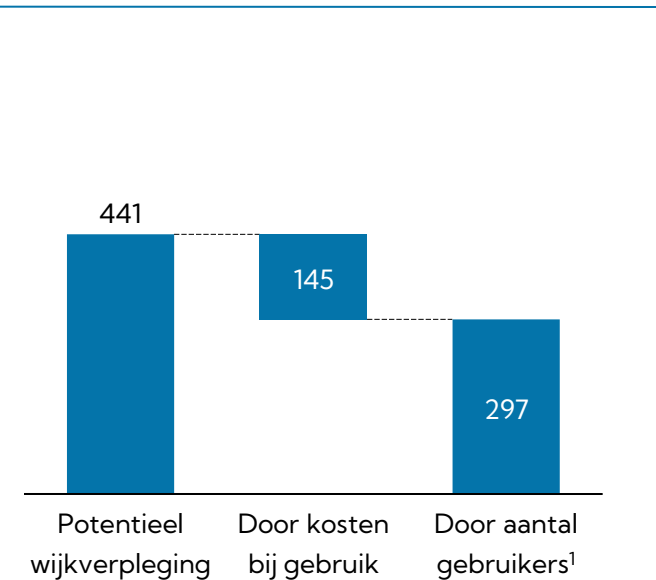
Hogere zorgkosten<sup>2</sup>  
binnen **inkomensklasse tot 120%**  
voor grootste zorgsoorten binnen ZVW ten opzichte van  
landelijk gemiddelde  
(€mln)



Verdeling hogere zorgkosten binnen ZVW over  
grootste onderliggende categorieën  
(€mln)



Verdeling hogere zorgkosten binnen ZVW over  
grootste onderliggende categorieën  
(€mln)



Hogere kosten doordat gebruikers duurdere behandelingen (e.g. langer, andersoortig) krijgen dan gebruikers met gelijke leeftijd en geslacht, maar met een inkomen één klasse hoger

Hogere kosten doordat meer mensen gebruik maken van deze zorg dan mensen met gelijke leeftijd en geslacht, maar met een inkomen één klasse hoger

1. Inclusief combinatie-effect

2. Hogere zorgkosten ten opzichte van landelijk gemiddelde kosten, gecorrigeerd voor samenstelling populatie

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

# Op basis van de resultaten van eerdere pilots, verwachten we in fase 1 van GelijkGezond in totaal 385 FTE zorgcapaciteit te besparen

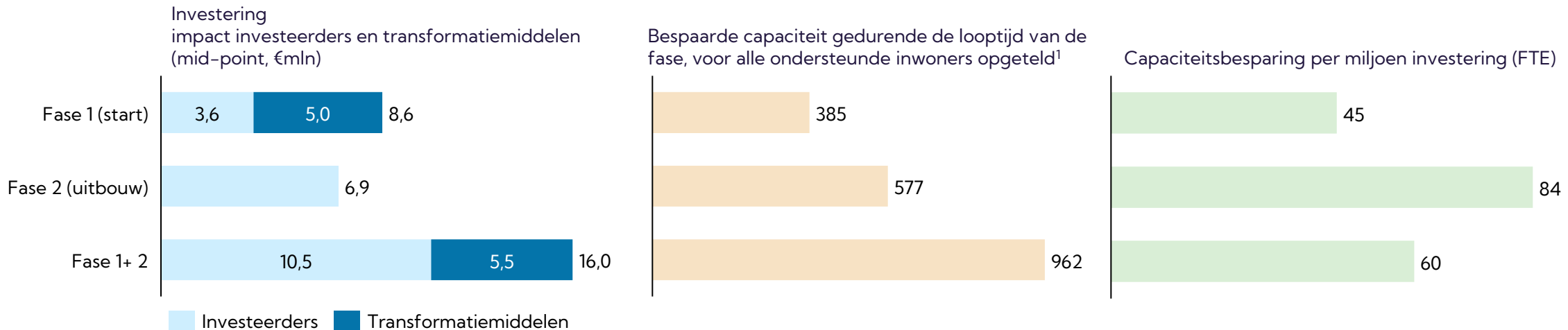
	Totaal vermeden zorgkosten		Aandeel personeelskosten in vermeden kosten (70% van totale kosten)		Personeelskosten ondersteuning inwoner		Netto besparing personeelskosten		Ingeschatte capaciteitsbesparing per ondersteunde inwoner (@EUR 69k / FTE <sup>1</sup> )	Aantal inwoners in pilot	Gewogen gemiddelde besparing in zorg- en ondersteuningscapaciteit per inwoner 0,19 FTE
De Uitvoeringsbrigade	EUR 9.863	->	EUR 6.904	-	EUR 1.705	=	EUR 5.199	->	0,08 FTE	10	
Sociaal Hospitaal	EUR 27.092	->	EUR 18.964	-	EUR 5.200	=	EUR 13.764	->	0,20 FTE	150	
Gezinsregisseur	EUR 29.930	->	EUR 20.951	-	EUR 8.000	=	EUR 12.951	->	0,19 FTE	12	

Verwachte capaciteitsbesparing gedurende de hele looptijd van de fase, voor alle inwoners die gedurende de fase zijn ondersteund opgeteld

- Fase 1 (4 gemeentes en 500 inwoners per gemeente): 385 FTE
- Fase 2 (4 gemeentes, uitbreiding naar 1.250 inwoners per gemeente): 577 FTE (aanvullend op besparing in fase 1)
- Fase 3 (20 gemeentes en 1.250 inwoners per gemeente) : 3.850 FTE (aanvullend op besparing in fases 1 en 2)

# De investering van impact investeerders en IZA middelen genereert over de looptijd van fase 1 en 2 een capaciteitsbesparing van 60 FTE per mln investering

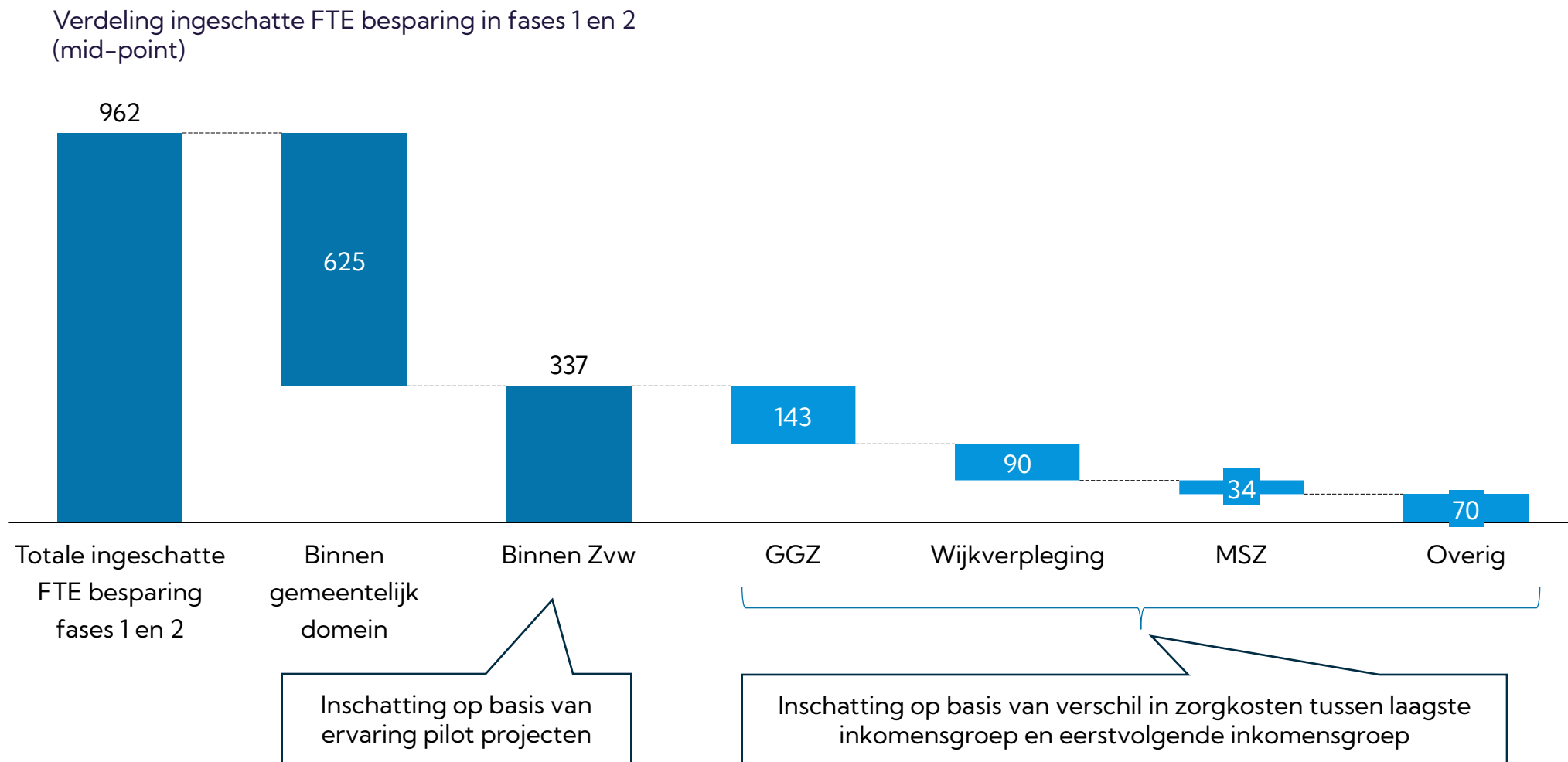
De investering van impact investeerders in fase 1 en 2 in combinatie met de IZA transformatiemiddelen maakt over de totale looptijd van fase 1 en 2 een capaciteitsbesparing mogelijk van 60 FTE per miljoen investering, waarbij opgemerkt dat bespaarde capaciteit afgeleid is uit de verwachte kostenbesparing en een ingeschat gemiddeld salaris van betrokken professionals



De beschikbaarheid van IZA transformatiemiddelen maakt de fase 1 financieel haalbaar, waardoor impact investeerders en resultaatbetalers kunnen instappen voor fase 1 en de volgende fases

1. Bespaarde capaciteit is afgeleid uit de verwachte kostenbesparing en een ingeschat gemiddeld salaris van betrokken professionals  
Bron: GelijkGezond-analyse

# Van de ingeschatte FTE besparing in fases 1 en 2, wordt naar verwachting 35% gerealiseerd binnen de Zvw en daarbinnen met name in de GGZ



Bron: GelijkGezond-analyse

