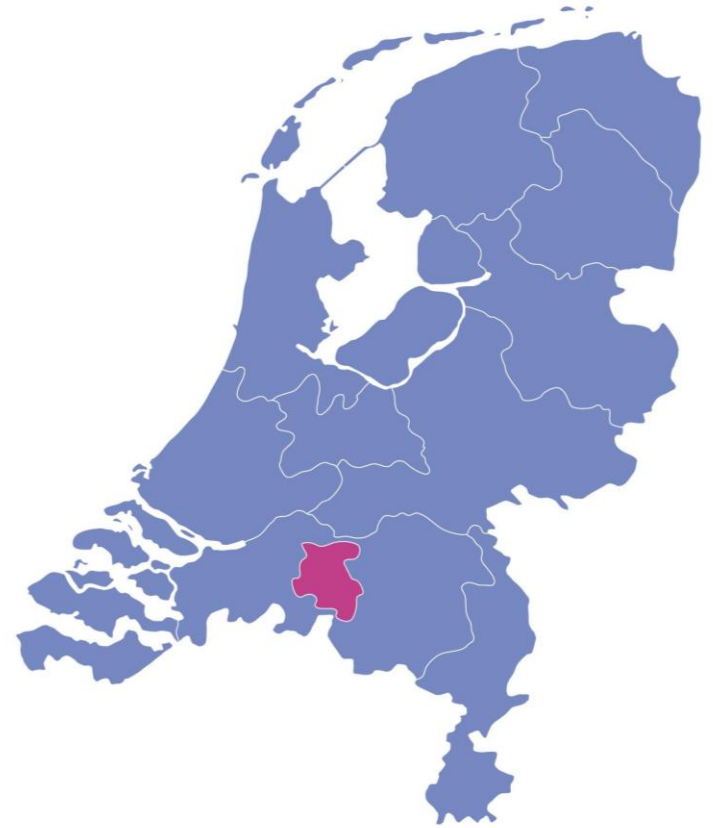


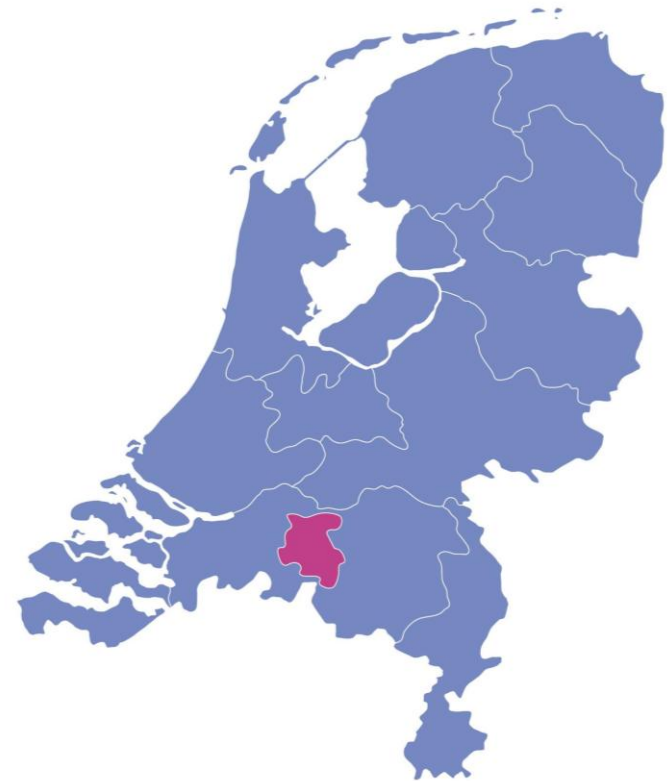
Bestuurlijke regioalliantie **‘Armoede en de impact op gezondheid’**

15 mei 2025



Het programma

- 16.00 – 16.30u Ontvangst
- 16.30 – 16.45u Opening bijeenkomst
Door Peter Kok (wethouder, gemeente Tilburg) en Julliette van Eerd (voorzitter Algemeen Bestuur, ZMBR)
- 16.45 – 17.30u Presentatie van Joris van Eijck
Initiatiefnemer GelijkGezond en raadslid Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
- 17.30 – 17.45u Pauze (hapje en drankje)
- 17.45 – 18.15u Verkenning op het thema: Hoe kunnen we de opgedane inzichten gebruiken om onze opgaven nóg gezonder te maken?
Door Elke van der Sterren (directeur Bedrijfsvoering Cluster Planbare Zorg, GGz Breburg), Ellen Otte (Algemeen bestuurder, PrimaCura), Gon Mevis (directeur/bestuurder ContourdeTwern) en Joris van Eijck (initiatiefnemer GelijkGezond)
- 18.15 – 18.30u Plenaire afsluiting
Reflectie op onze verkenning door Joris van Eijck



Voorstellen

Wie hebben we
allemaal in de zaal?

- a. *Bestuurders?*
- b. *Directeuren/managers?*
- c. *Andere functies?*



Voorstellen

En vanuit welke domeinen?

- a. Sociaal domein?*
- b. Medisch domein?*
- c. Anders?*



Voorstellen



En van
domein

- a. ...domein?
- b. ...sch domein?
- c. ...nders?

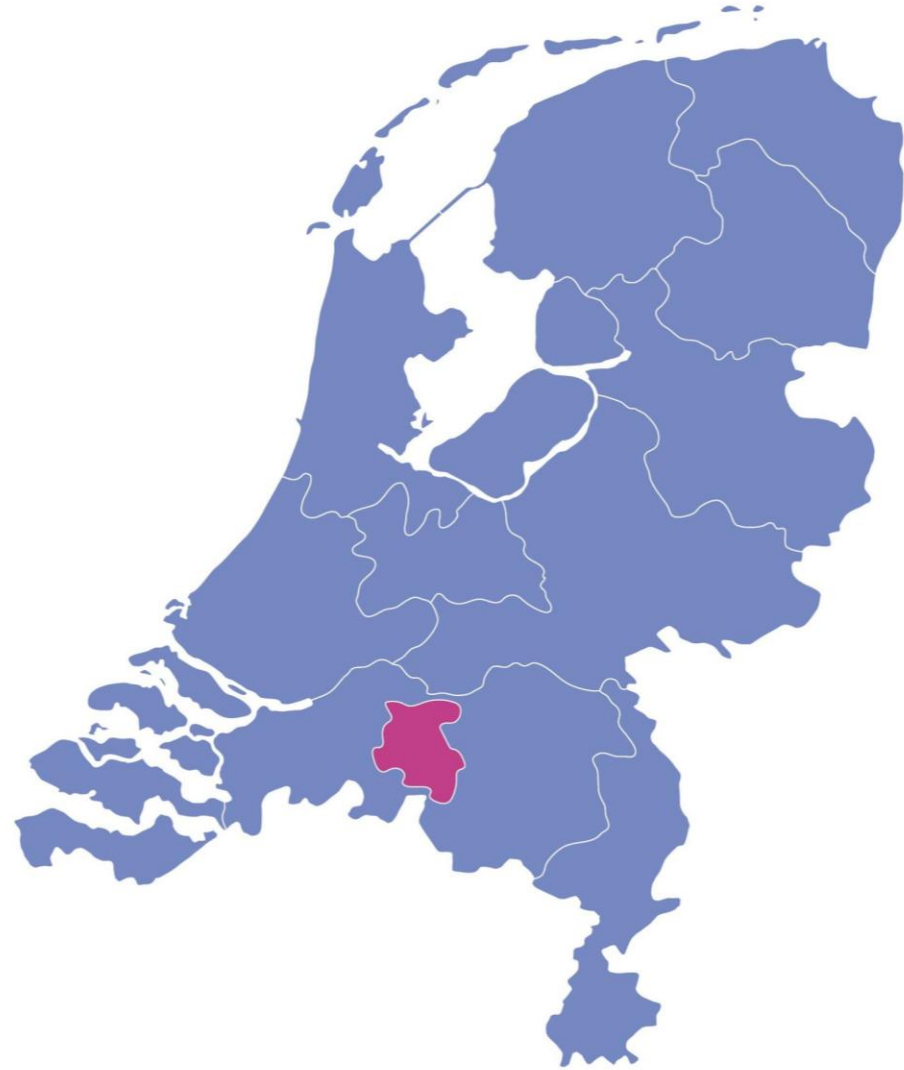
alleen **samen**

IZA / AZWA

Midden-Brabant

Hoe doen we het samen?

- a. *Prima – trots – waarmaken!*
- b. *Krappe voldoende, wel willen maar....*
- c. *We bakken er weinig van, dat kan veel beter!*



Samenhang armoede, schulden en gezondheid



FYSIEKE EN PSYCHISCHE GEZONDHEID

-  Chronische ziekten
-  (ernstig) overgewicht
-  Eenzaamheid
-  Depressie en angst
-  Slaapproblemen
-  Gevoel van machteloosheid
-  Weinig geloof in eigen kunnen

LEEFOMSTANDIGHEDEN



Ongezonde leefstijl



Sociale netwerk wordt kleiner



Ongezonde leefomgeving

Armoede en gezondheid

Op welke plaats staat gemeente Tilburg m.b.t. rangschikking gemiddeld inkomen in Brabant?

- a. *Lager dan mediaan*
- b. *Hoger dan mediaan*



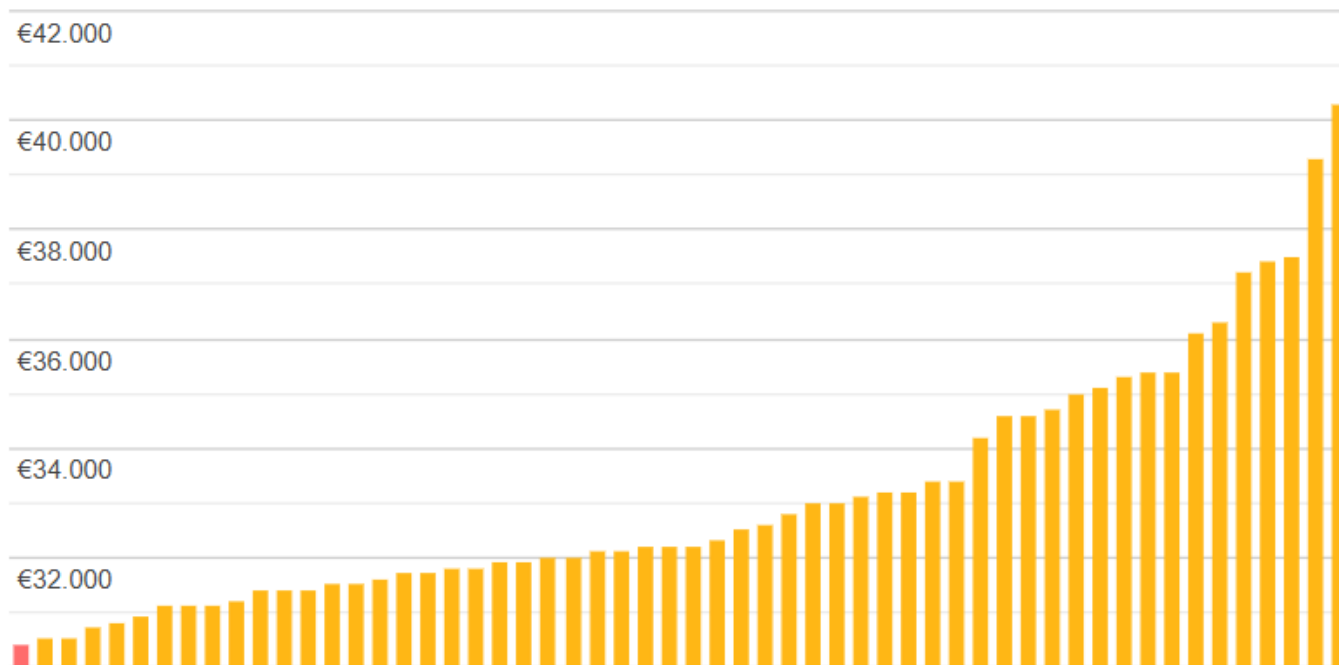
Inkomen Tilburg versus Noord- Brabant

Nederland gem.

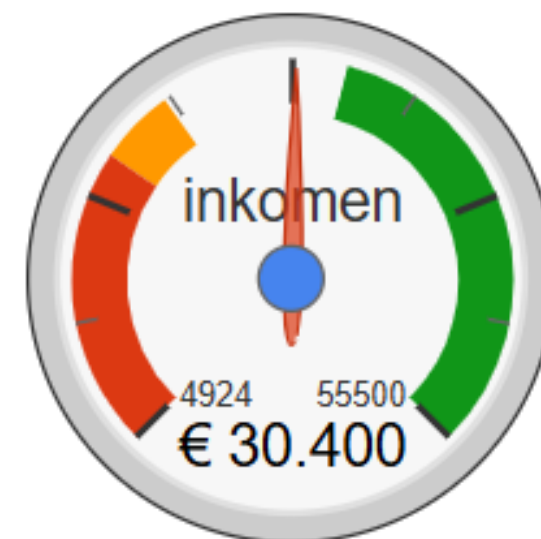
€32.700

+2.300 euro

Inkomensvergelijking gemeenten in gemeente Tilburg [↗](#)



Gemiddeld bruto jaarinkomen voor elke gemeente in (gemeente Tilburg is rood)



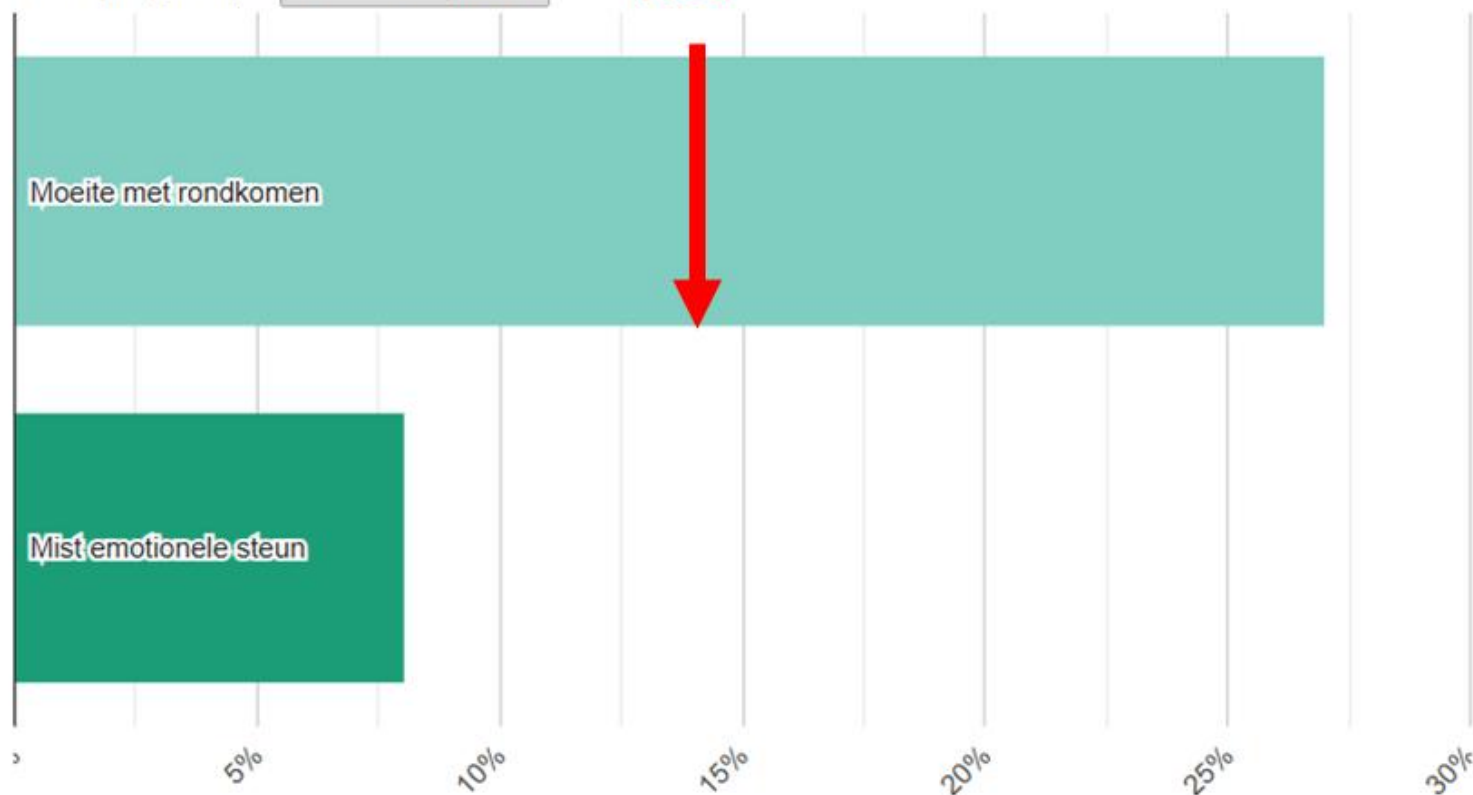
Inkomen Tilburg versus Noord- Brabant

Sociale aspecten [↗](#)

27% van de inwoners van 18 tot 65 jaar in de gemeente Tilburg heeft moeite met rondkomen.

Leeftijdsgroep: 18 tot 65 jaar ▾

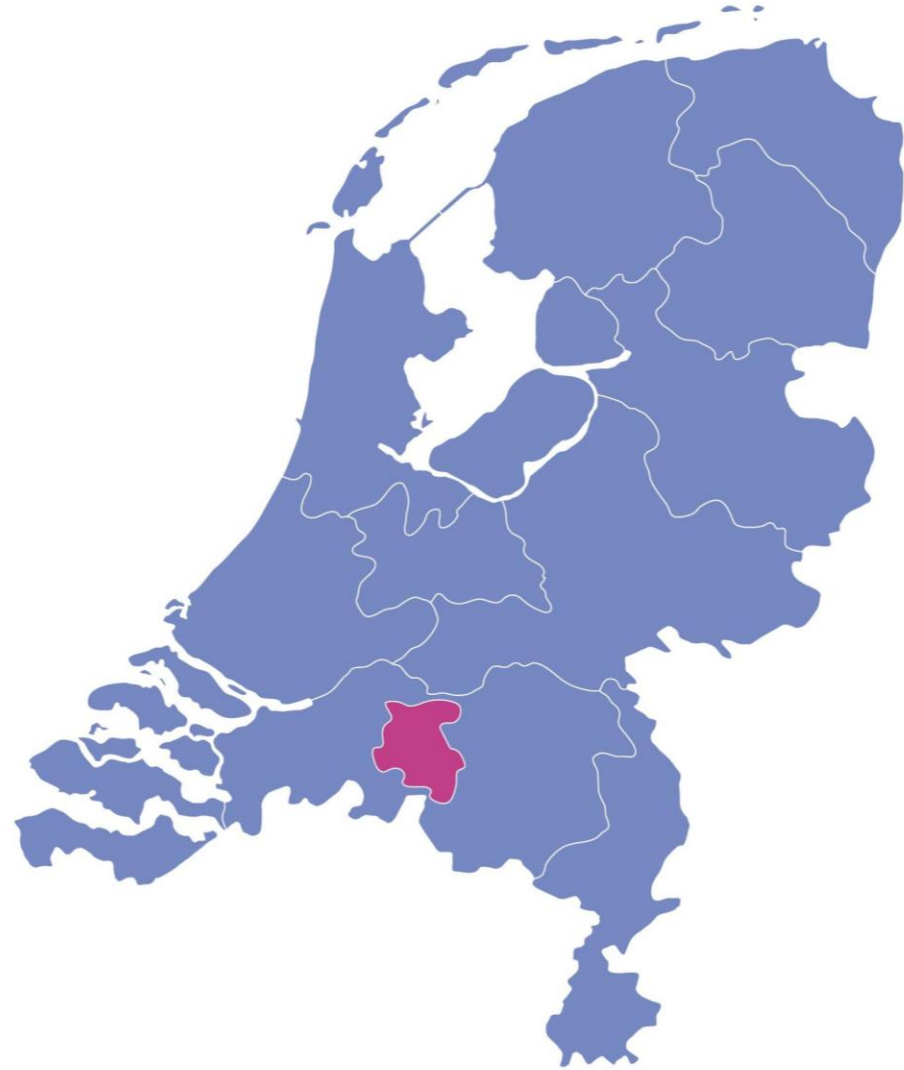
NLD



Ervaren gezondheid Tilburg versus Nld

In Nederland is het %
inwoners 18+ die de eigen
gezondheid als goed of zeer
goed ervaart 71%. Hoeveel
is dit in Tilburg?

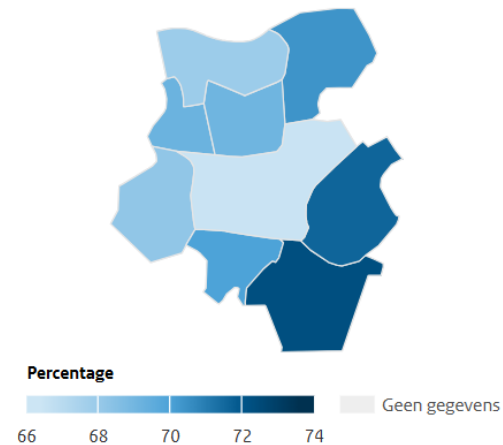
- a. < 60%
- b. 60-70%
- c. >75%



Ervaren gezondheid Tilburg versus Nld

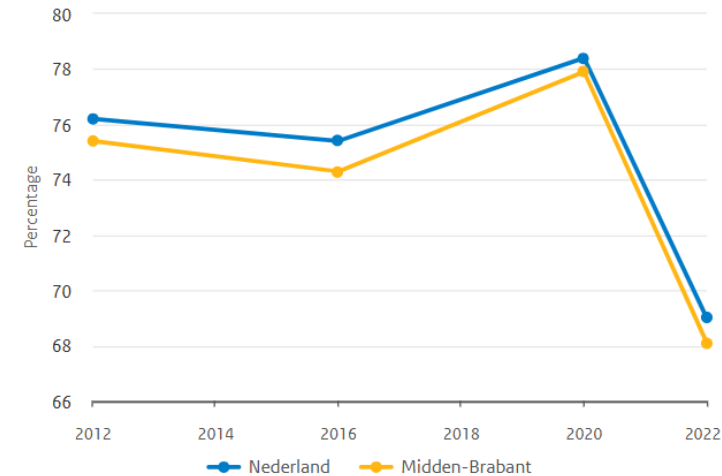
Eigen gezondheid 18+ goed of zeer goed: Tilburg 67%

(Zeer) goed ervaren gezondheid in 2022 - Kaart op gemeenteniveau



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022, GGD'en/CBS/RIVM (bewerking o.b.v. SMAP-methodiek, RIVM). ↗

Trend in (zeer) goed ervaren gezondheid



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022, GGD'en/CBS/RIVM (bewerking o.b.v. SMAP-methodiek, RIVM). ↗

WMO cliënten NLD	70	Aantal per 1000 inwoners – 2023
WMO cliënten Tilburg	81	Aantal per 1000 inwoners - 2023

Armoede en gezondheid

Veel factoren beïnvloeden onze gezondheid. Hoe groot is het effect van bestaanszekerheid op ervaren gezondheid?

- a. 10 tot 20%
- b. 20 tot 40%
- c. > 40%



De ervaren gezondheid
wordt voor 35% beïnvloed
door bestaanszekerheid

Armoede en gezondheid

Wie houdt in de organisatie rekening met de financiële situatie van de patiënt / cliënt / inwoner?

Raise your hand!



Presentatie

Joris van Eijck

*Initiatiefnemer GelijkGezond en raadslid Raad voor
Volksgezondheid & Samenleving*



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

IZA Midden-Brabant bijeenkomst

15 mei 2025



Nederland kent grote **ongelijkheid in gezondheid**

Voorbeeld: levensverwachting bij geboorte

Hoogste 20% inkomens

Laagste 20% inkomens

21 jaar
lagere gezonde
levensverwachting

8 jaar
Kortere
levensduur



Deze slechtere uitkomsten gaan ook gepaard met **veel hogere kosten**

Voorbeeld: gemiddelde kosten in de zorgverzekeringswet

Inkomen tot
120% sociaal minimum

2,3x

30 – 49 jarigen

2x

50 – 65 jarigen

1,6x

66 – 75 jarigen

Inkomen hoger dan 280%
sociaal minimum

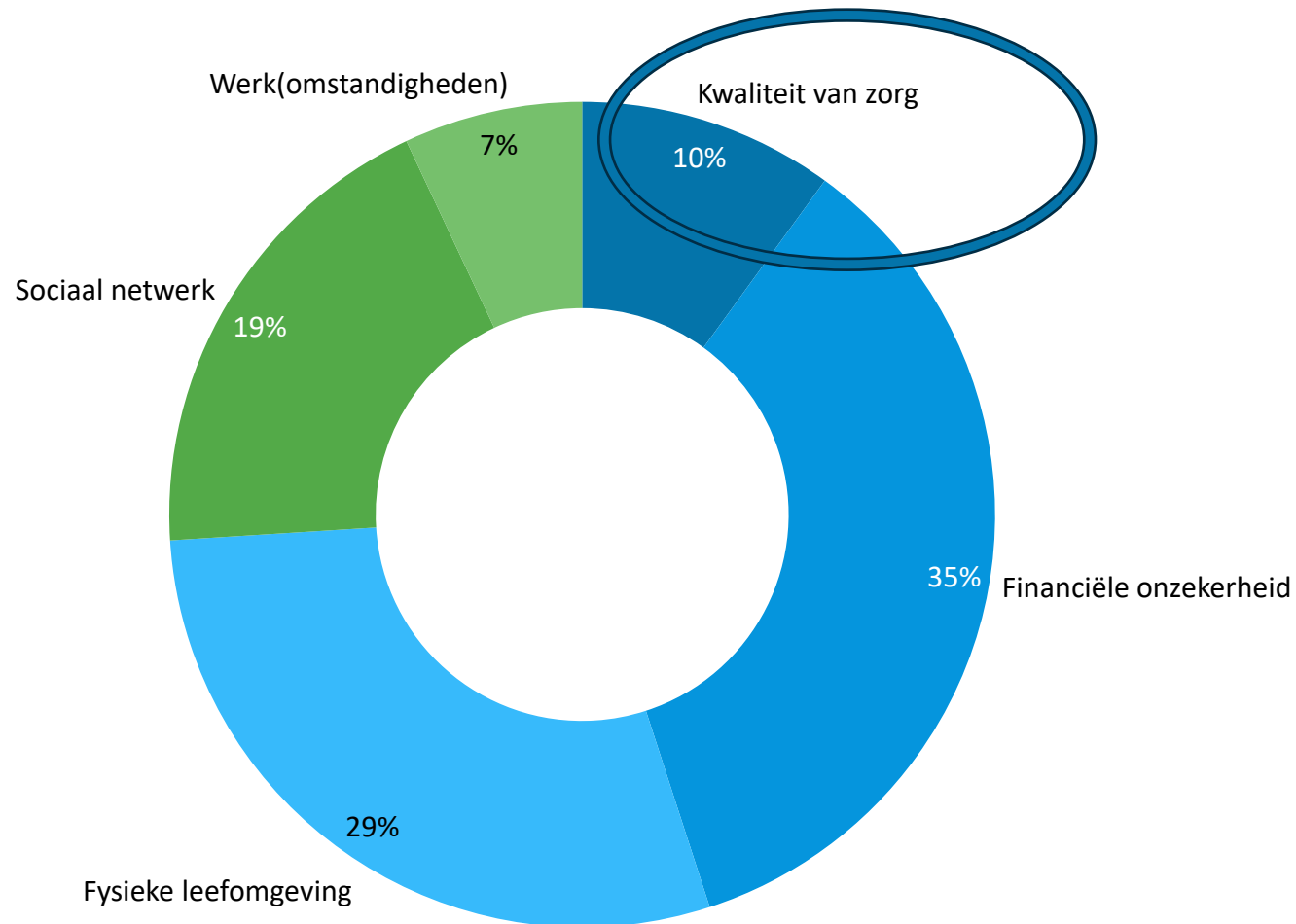


Het Nederlandse zorg- en ondersteuningssysteem werkt dus niet voor iedereen even goed,
met grote verschillen in (ervaren) gezondheid als gevolg



De verschillen in gezondheid worden maar deels beïnvloed door (goede) zorg

Factoren die bijdragen aan gezondheidsverschillen op het gebied van zelfgerapporteerde gezondheid, geestelijke gezondheid en levenstevredenheid



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!

Het geheim van Afferden: meer tijd voor
patiënt én huisarts

Maatpact
Voor meer impact

krachtige
basiszorg

nieuwe
integrale
aanpak!

**SOCIAAL
HOSPITAAL**



Blauwe Zorg



**Anders denken,
doen en organiseren.**

Proeftuin Ruwaard

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

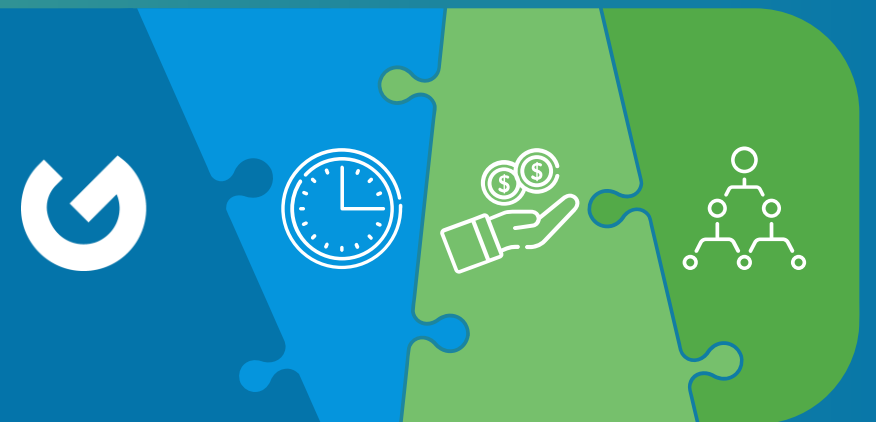
Voorfinanciering door sociale investeerders tegen betaling van een maatschappelijk acceptabel rendement



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 richt zich op inwoners met complexe samenhangende problematiek die (tijdelijk) onvoldoende zelfredzaam zijn

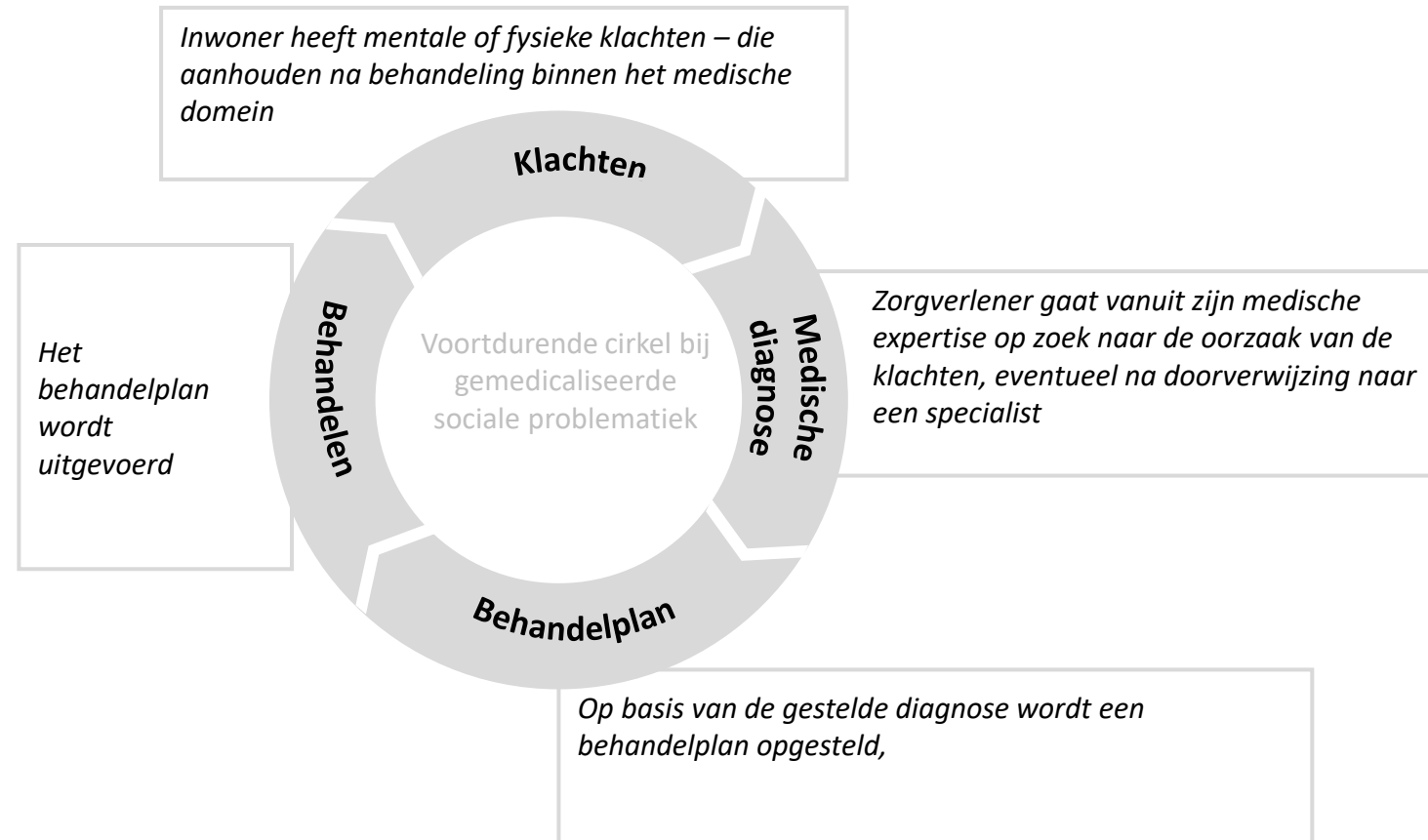
Inwoners in onze doelgroep

- Worden geconfronteerd met **samenhangende problemen op meerdere levensdomeinen** (gezondheid, inkomen, wonen, werk, etc.)
- Hebben **onvoldoende grip** op de samenhang tussen deze problemen
- Waardoor zij **niet de juiste ondersteuningsvraag** kunnen formuleren
- En/of **niet de juiste organisatie** vinden die de ondersteuning daadwerkelijk kan leveren

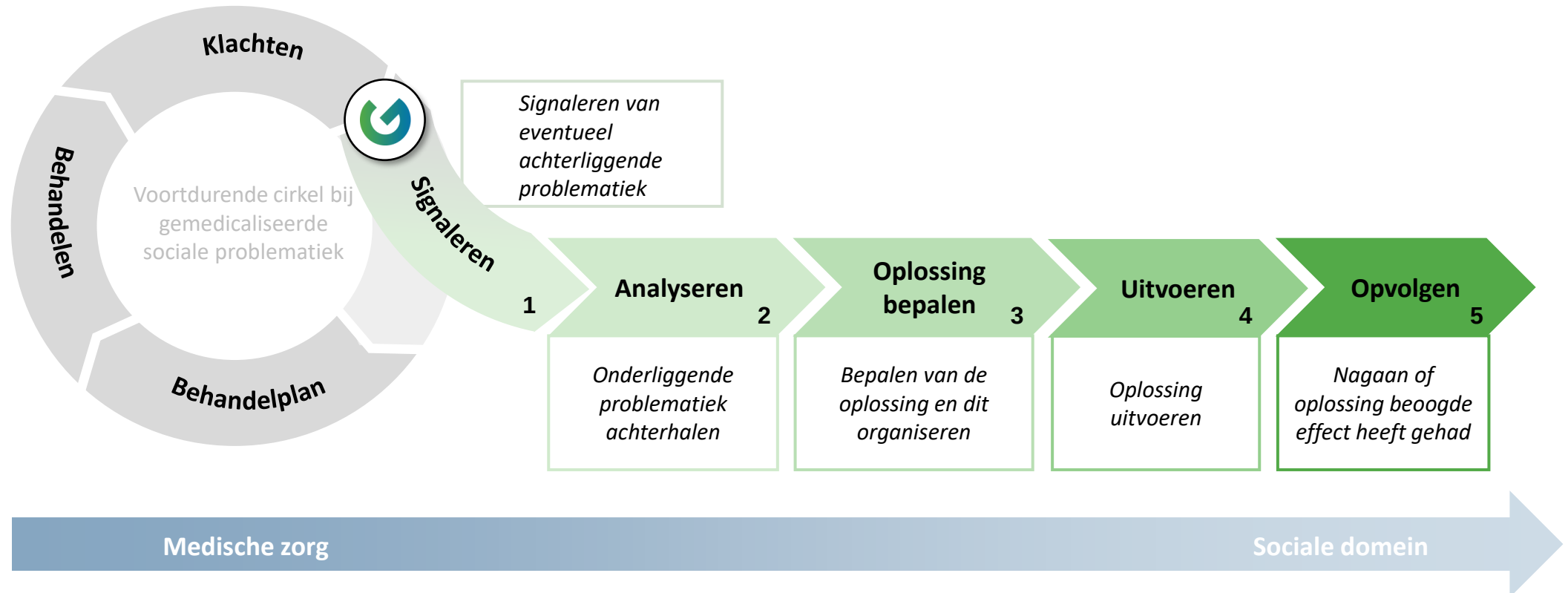
Waarbij we ons specifiek richten op inwoners in de laagste inkomensgroep

- Omdat bij hen de resulterende (brede) gezondheidsverschillen het grootst zijn
- En zij de minst mogelijkheden hebben om zelf andere hulpbronnen in te schakelen

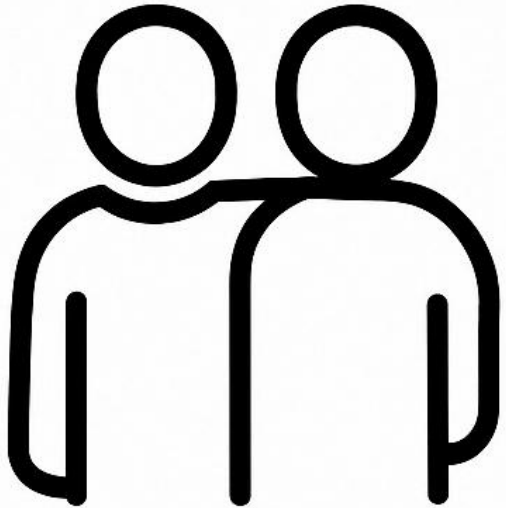
Groot denken, klein(er) starten: onze eerste focus is op het ondersteunen van inwoners met **gemedicaliseerde sociale problemen**



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

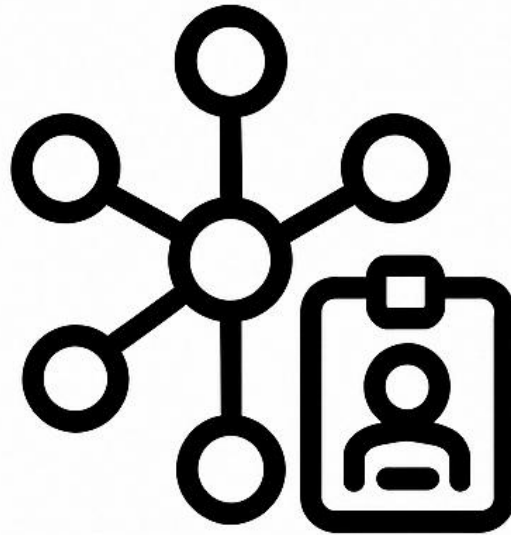


Een **doorbijter** ondersteunt de inwoner bij het vinden van oplossingen voor de gemedicaliseerde sociale problematiek



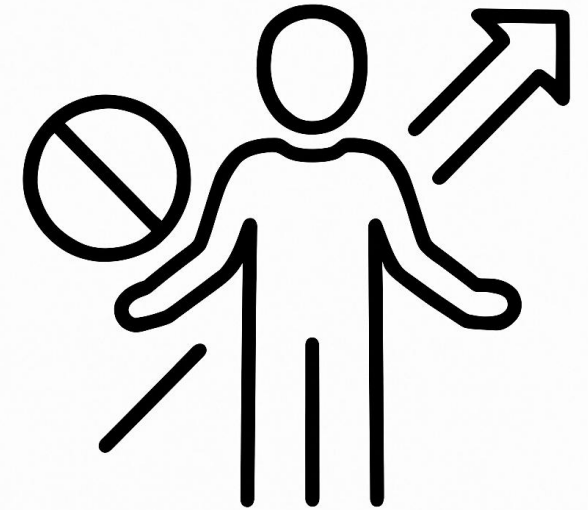
Staat naast en in dienst van de inwoner

- Neemt eigenaarschap
- Voelt zich verantwoordelijk
- En laat niet los



Heeft breed overzicht van en inzicht in sociaal en medisch domein

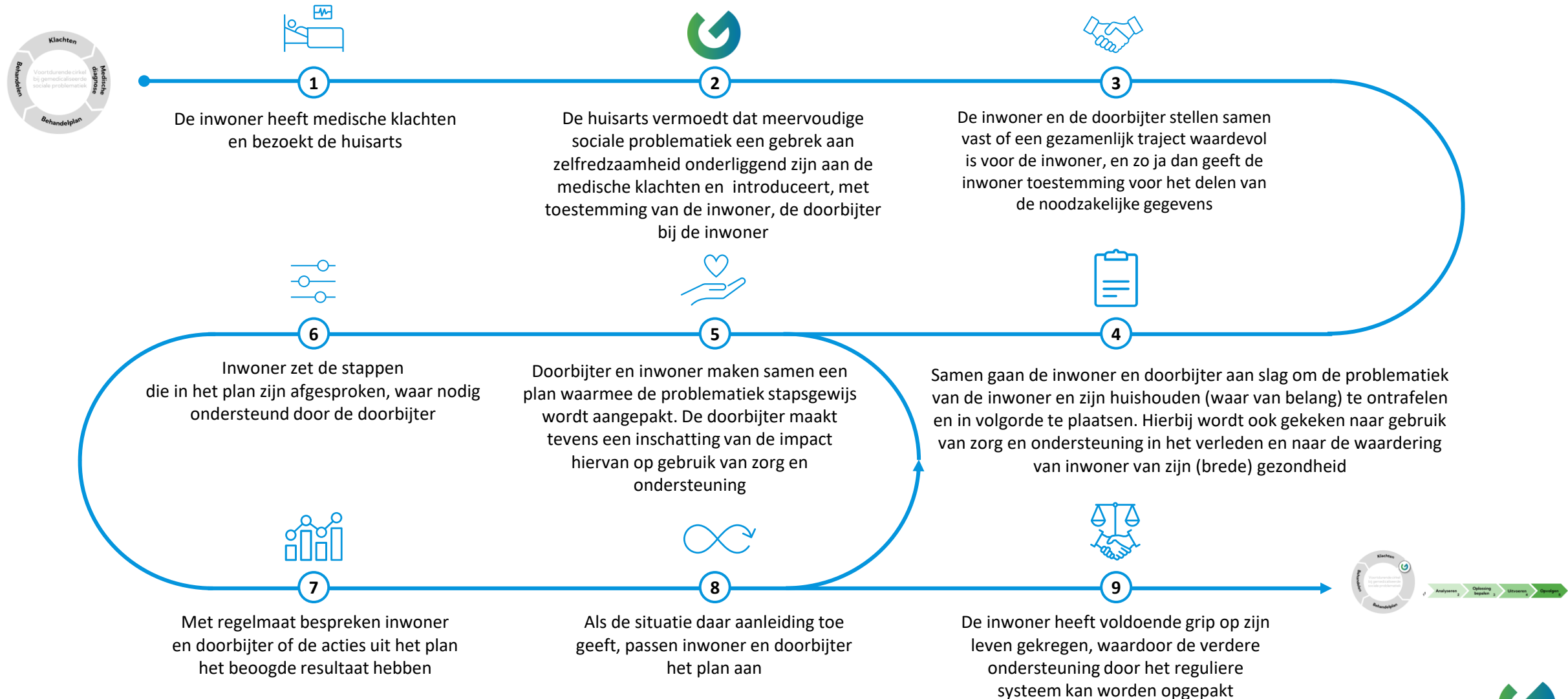
- Kan andere professionals op gelijkwaardig niveau betrekken
- Heeft een vergelijkbare achtergrond



Is autonoom

- 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

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



De werkwijze van de doorbijter is onderscheidend op de volgende aspecten

1. Startpunt is brede gezondheid, niet alleen het, bij de huisarts gepresenteerde, medische probleem

Reguliere hulp start vaak vanuit een specifieke hulpvraag (bijv. schulden, huisvesting, zorg), terwijl de doorbijter kijkt naar het volledige plaatje: wat speelt er op alle levensgebieden en hoe beïnvloeden die elkaar?

2. Alles start bij de inwoner zelf

De doorbijter werkt *samen* met de inwoner en laat die zelf prioriteiten stellen. Dit is meer dan inwoner gericht werken – het is co-creatie vanuit gelijkwaardigheid en vertrouwen.

3. Langdurige, persoonlijke begeleiding

In de reguliere zorg of ondersteuning is begeleiding vaak kortdurend en gericht op symptomen of taken. De doorbijter blijft juist betrokken tot er duurzame grip op het leven is ontstaan – zonder tijdsdruk.

4. Verbinding tussen domeinen, gericht op effectiviteit

De doorbijter verbindt thema's op medisch, sociaal en financieel vlak – wat helpt de inwoners echt. In reguliere hulp zijn die vaak gescheiden in aparte 'loketten'. Hier worden ze juist integraal aangepakt. De juiste zorg en ondersteuning op het juiste moment voor het meest prangende probleem.

5. Gebruik van de ICECAP-meting

Dit meetinstrument brengt mogelijkheden van inwoners in beeld ten aanzien van het verkrijgen en behoud van welzijn en brede gezondheid – vóór en ná het traject. Dat maakt het effect meetbaar op een manier die verder gaat dan alleen 'probleem opgelost'.

6. Preventieve impact op zorggebruik

Het proces kijkt vooruit: welke zwaardere zorg of ondersteuning voorkomt dit traject in de toekomst? Reguliere processen zijn meestal reactief, dit traject werkt proactief en preventief.

7. Onafhankelijk, overstijgend van systeemlogica

De doorbijter is voor de inwoner niet direct gebonden aan een specifieke organisatie of financieringsstroom, waardoor hij werkelijk kan doen wat nodig is – zonder bureaucratische drempels.



Eerste lessen over de doelgroep uit Amersfoort

Het aantal cases in Amersfoort is nog beperkt. Voor zover er iets gezegd kan worden over de doelgroep, zien de kenmerken er als volgt uit:

Geen grip op het leven

Mensen hebben vaak **geen concrete vraag** en overzien hun problematiek niet (meer). Weten niet waar te beginnen. Hebben geen vertrouwen in de reguliere hulpverlening. Zien vaak alleen nog de huisarts als toegankelijk persoon.

Minimum inkomen

Mensen in een kwetsbare positie – met een **minimum (of geen) inkomen**

40-60 jaar migratie-achtergrond 60 – 80 jaar geen migratie-achtergrond

Het merendeel van mensen met een migratieachtergrond, zijn 40 jaar of ouder
Mensen zonder migratieachtergrond behoren tot een oude(re) doelgroep, tot circa 80 jaar.

Mensen met een migratie-achtergrond

Het overgrote deel van de inwoners die geholpen worden door de doorbijter hebben een migratieachtergrond: Iraans, Eritrees, Ethiopisch, Marokkaans.
Vaak spreken ze niet de Nederlandse taal en is een tolk nodig.

Chronische ziekte

Veel inwoners hebben een slepende cq progressieve chronische ziekte: MS, artrose, fibromyalgie waardoor een bezoek aan de huisarts logisch is

Onderliggende GGZ problematiek

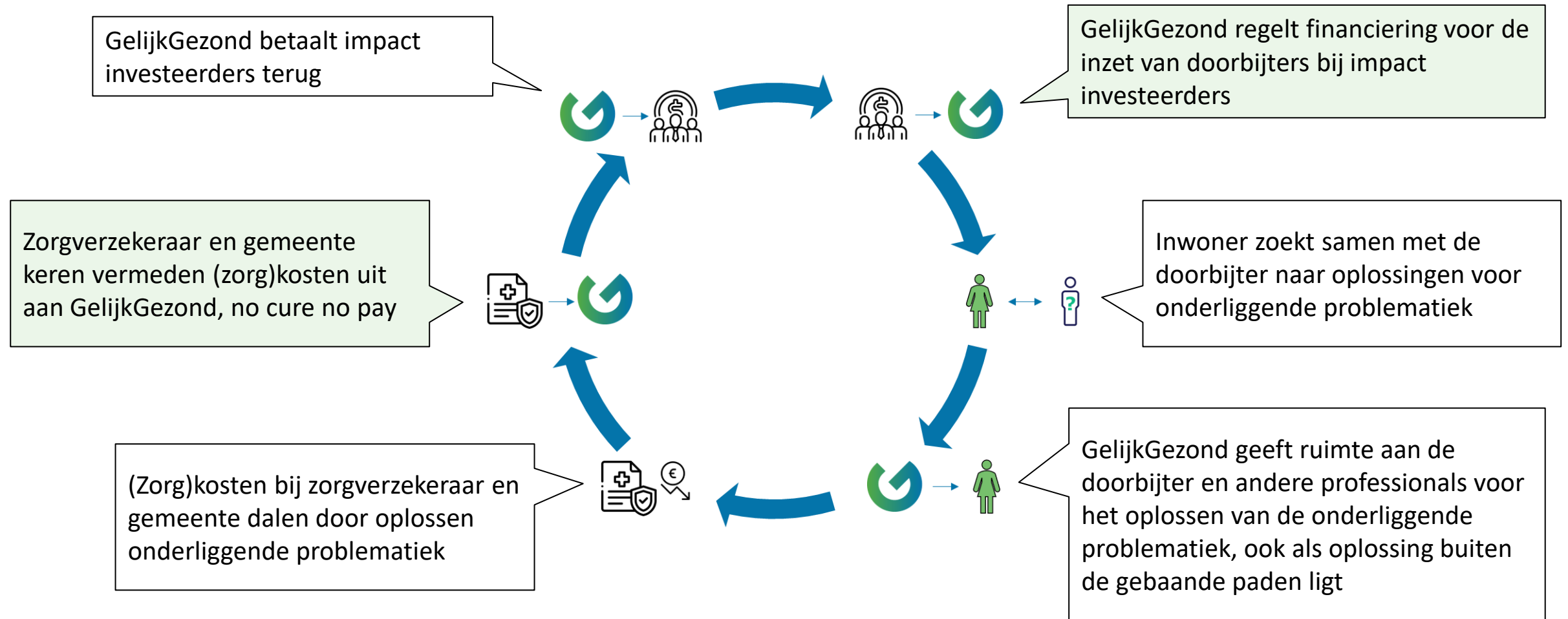
De lichamelijke klachten waarmee ze bij de huisarts komen, zijn bovenliggend. Maar in de kern hebben al deze inwoners GGZ problematiek (PTSS) dat er voor zorgt dat hun lichamelijke klachten steeds erger worden.

Problemen op zeer diverse levens-domeinen

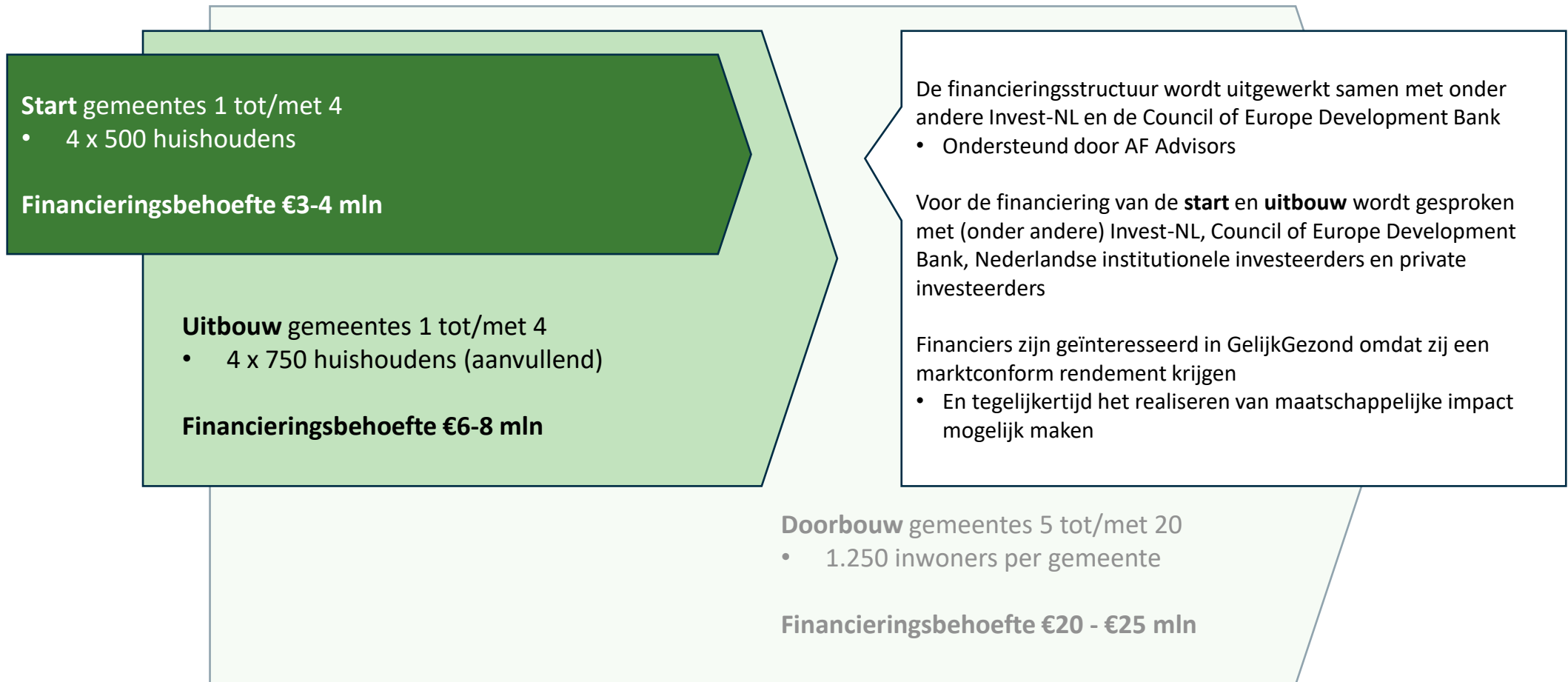
Problematiek van de inwoner raakt **meerdere levensdomeinen** – medisch en verschillende sociale elementen



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



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

Welk resultaat..

..en hoe koppelen we daar een bedrag aan



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 uitgebouwd 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

Geld om de weg uit zorgniemandsland te helpen vinden



Maarten van Poll is
redacteur zorg van
Het Financieel Dagblad

In het kort

- Duizenden Nederlanders komen idem te zitten in de zorg, omdat ze te maken hebben met een reeks aan problemen die vaak niet goed worden aangepakt.
- Initiatieven om hen te helpen zijn er volop, maar het blijft doorgaans bij tijdelijk gefinancierde pogingen.
- Ervaren zorgbestuurders bedachten met GelijkGezond een model om financiering van de opvang van vastgelopen patiënten te garanderen en kregen een miljoensubsidie.

Er zijn wel degelijk oplossingen, zo blijkt keer op keer uit lokale experimenten. Vraag mensen wat ze echt nodig hebben, regel dat, en hun gezondheid en welzijn verbeteren zienderogen. Zo betaalde de Rotterdamse straatarts Michelle van Tongerloo zaken als hotelkamers voor plotseling daklozen uit eigen zak. Inmiddels heeft ze daar stichting Lekker Geven voor opgericht.

STRUCTURELE AANPAK

Maar het omvangrijke probleem van vastgelopen patiënten vraagt om een meer structurele aanpak. Volgens de leden van de Raad van Schiedamschen dijk, die daar schort benut aan GelisGezond, een initiatief van de lokale gezondheidsinstellingen, denkt nu een zichzelf financieerd model te worden ontwikkeld dat een uitweg biedt voor de patiënten. Het zou gaan om een €5,5 miljoen vastgoed toegekend door zorgverzekeraars VGZ en ISDZ uit de zogeheten 'transformatie van de zorg' naar de huisartsen.

De aanpak van GelisGezond is aardig bevestigd: huisartsen verwachten patiënten die niet naar huisartsen komen maar naar ziekenhuizen 'doorblijven'. Die neemt ruim de tijd (tot twee uur) tegen uur) om de problemen in kaart te brengen en te helpen. Het is niet alleen een kwestie van je niet, deze mensen hebben geen vertrouwen meer in het systeem", zegt Esther van Gaalen, van de Raad van Schiedamschen dijk, die de gezondheidszorg nu de aanpak van GelisGezond doet ontwikkelen.

De Raad van Schiedamschen dijk heeft de patiënten betrokken en ze wil dat de patiënten betrokken worden en welstandspartijen bij elkaar en formuleren doelstellingen en een plan. Dat kan ook worden gedaan met de patiënten, maar de voorkeur gaat uit naar de woning, aanspraak van een huisarts en de gezondheidszorg. De patiënten die voorbij komt tot de doelen hebben

81% Van de deelnemers van het Sociaal Hospitaal meldde 81% een betere kwaliteit van leven.

€3 mln
De gemeente bespaarde
€3 mln aan zorgkosten tijdens
de pilot van Sociaal Hospitaal.

€5,5 mln
GelijkGezond krijgt nu €5,5 mln voor zijn aanpak en de voorfinanciering ervan.

€5000
Zorgverzekeraars betalen
GelijkGezond max. €5000
terug van besparingen.

nijn. Twaalf voorheen zag, is dat iemand een nauwelijks verstuurde en daarmee het probleem bij iemand anders neerlegde. Dat is precies wat de doorrijter niet doet," zegt Van Gaalen.

Gelijkgezindheid voort voort op alle piloot uit de regio. Net als de gemeente, die in de regio in Den Haag, een initiatief van gemeente, IPW en CZ. De zorgverzekelaar nam daar in de periode 2017-2020 de schulden van 136 gezinnen over. Het rendement was spectaculair: 81% van de deelnemers meldde een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het bedrag van de zorg van mentaal beter, en €3 mln aan zorgkosten verduwen, vooral bij de gemeente. De kosten: een fractie daarin.

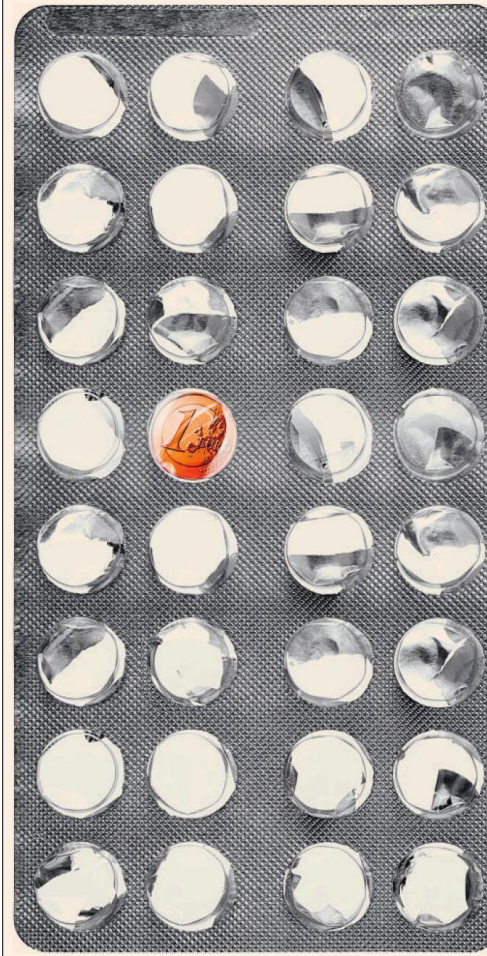
En toem hield het op. Zo gaat het heel vaak in de regio. Het gaat erom te betalen? Wie mag er wetelijk gezien betalen? En profiteert die geldschietter dan ook van eventuele besparingen?

BUREAUCRATISCH MOERAS
Kruiter van het IPW heeft het vaker meegemaakt. De zogeheten doorbraakmethode die hij met collega's ontwikkelde, moet huishoudens snel perspectief te bieden en ze uit het bureaucratische moeras halen. 'Actieonderzoekers' bekijken wat nodig is, en organiseren dat ook. Maar om het grootschalig op te zetten? Lastig. 'Je kunt heel lang innovatieve dingetjes doen. Vervolgens krijg je de vraag waarom je succesvolle aanpak niet is overgenomen', zegt hij. 'Wij gaan de komende tien jaar vooral onderzoeken hoe je deze problematiek fundamenteeler kunt aanpakken. Anders blijft je stuklopen.' Het systeem veranderen dus, de 'sturing' en de

En ander lokaal voorbeeld. In de Noord-Hollandse gemeente Huizen besloot wethouder Janny Bakker-Klein in 2016 een pot geld apart te zetten voor de aanpak van complexe probleemgevallen. De verwachting van de financiële ambtenaren was dat die kas binnen de kortste keren leeg zou zijn. Mis: 'We hielden juist heel veel geld over. Want het ging naar wat echt belangrijk was: 'Maatschappelijk werk meldde dat de vraag naar ondersteuning met de helft afnam. Wat de doorslag gaf, zegt Bakker-Klein, is dat de financieringsroute veranderde. Die liep niet meer via zorgorganisaties, maar volgde de vraag van de burger.'

Inmiddels is Bakker-Klein bestuursvoorzitter van Movisie, het 'landelijk kennisinstituut voor een samenhangende aanpak van sociale vraagstukken'. De les die ze uitdraagt: 'We moeten in Nederland weer bedenken voor wie we dit ook alweer deden. Mensen gaan over hun eigen vraag, die we moeten helpen op te lossen. Meestal is dat goedkoper, en als het een keer duurder is, moeten we ook niet moeilijk doen. We zijn nu te bang voor misbruik. Maar door allerlei regels

© 2025 Het Financieel Dagblad



Ook GelijkGezond probeert deze groep te helpen. Mede-oprichter Marcel Geurts van GelijkGezond ziet dat het Nederlandse systeem van zorg en welzijn voor 80% tot 90% van de mensen prima werkt. 'Maar we vinden het lastig te accepteren dat je voor de 10% voor wie het niet werkt, iets extra's moet aanbieden.'

Gelijkgezond is nu actief in Amersfoort, waar zorgverzekeraar DSW als beheerder van de gemeentepolis het voortouw heeft genomen. Huisarts Chantal Emaus verwees drie patiënten naar de doorbijter. Ze zag hun huisartsenbezoek en medicatiegebruik na een tijdje afnemen en de kwaliteit van hun leven verbeteren.

MINDER REGELWERK
 'Voor huisartsen kan de betrokkenheid van de doorbijter een hoop regelwerk schelen, zodat wij kunnen doen waar wij voor zijn. Nu de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in toenemende mate onder druk staat, is dit heel welkom', zegt Emaus.

Dan de hamvraag: wie gaat dit betalen? Daar hebben oprichters Geurts en Joris van Eijck, beiden met een achtergrond als zorgbestuurder en bij adviesbureaus, lang op gebroed. Ze bedachten een systeem waarbij de doorbijters worden

“Voorheen verstuurde iemand een mailtje en legde het probleem bij iemand anders. Dat is precies wat onze doorbijter niet doet”

Esther van Gaalen
medewerker GelijkGezond

voorgefinancierd. Bij succes volgt een inschatting van de vermeden zorg- en welzijnskosten. Die betaalt de zorgverzekeraar of de gemeente deels terug aan de Stichting GelijkGezond, met een maximum van € 5000 per patiënt. Dankzij deze 'resultaatbetalingen' kan GelijkGezond zichzelf in stand houden, terwijl de betaler goedkoper uit is.

Op dit moment draait de stichting nog op donaties. Met die gelden weet binnengehaald subsidie kan GelijkGezond operationeel uitbreiden naar Dordrecht, Tilburg en Zoetermeer. Het doel: 2000 inwoners helpen. Het leeuwendeel, € 5 mln van de € 5,5 mln, gaat naar de uitbreiding. De rest gebruikt GelijkGezond om het model verder te ontwikkelen.

'UNIEK PROJECT'
Voor zorgverzekeraar VGZ, die de subsidieaanvraag beoordeelde en vanaf het begin betrokken is, is GelijkGezond een uniek project, zegt innovatiedirecteur Martijn Kers. Immers, GelijkGezond levert niet de gebruikelijke verzekerde zorg. Maar het werkt wel, zegt Kers. 'GelijkGezond kan goed berekenen en berekenen hoeveel zorgverleners ze kunnen ontlasten. En voor financiers is het aantrekkelijk om mee te doen, want ze lopen dankzij de structuur van het fonds nul risico.'

Invest'NL heeft geholpen de financieringsstructuur vorm te geven. Om echt van start te kunnen gaan is GelijkGezond op zoek naar aanvullende miljoenenkredieten van impactinvesteers. Omdat het model zo nieuw is, is het nu nog best lastig om geldschieters te overtuigen, zegt Van Eijck. Als GelijkGezond eenmaal voldoende schaal heeft, is externe financiering als het goed is niet meer nodig.

'Uiteraard maken we niet een aparte financieringsstructuur veel meer kosten dan nodig', zegt Geurts. Het model draait straks op het oplossen van de inefficiënte rond 10% van de mensen voor wie het systeem niet werkt.

Geurts: 'Als we blijven leren of er een andere vorm van bekostiging komt, houdt de noodzaak voor ons model hopelijk op te bestaan. Als we maar durven omarmen dat er een grote groep is die je op een efficiënte en eenduidige manier kunt helpen, en een kleinere die altijd meer ondersteuning nodig zal hebben. Dat gaat ons als samenleving veel opleveren.'

© 2025 Het Financieel Dagblad

De opstartfase van GelijkGezond is gefinancierd door middel van subsidies en donaties vanuit een breed netwerk van partners

noaber

Rabo Foundation 

INVESTNL

VSBfonds,
iedereen doet mee

VRIENDEN
LOTERIJ | FONDS

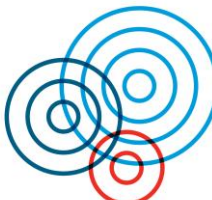

instituut gak

DSW
zorgverzekeraar

BUURTZORG

kfhein
fonds

 CEB
— COUNCIL OF EUROPE DEVELOPMENT BANK —
BANQUE DE DEVELOPPEMENT DU CONSEIL DE L'EUROPE


ahti



Philips
Foundation





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

- 500 inwoners per gemeente in een periode van ~3,5 jaar

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

- Met de Gemeente Delft werken we toe naar een start van een gezamenlijke verkenning

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
- En omgekeerd met de flexibiliteit vanuit GelijkGezond om met meer gemeentes te starten

In de gemeente Tilburg werken we concreet aan een start van GelijkGezond



Samen zetten we graag een stap extra voor onze doelgroep. Doen jullie ook mee?

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**



Pauze

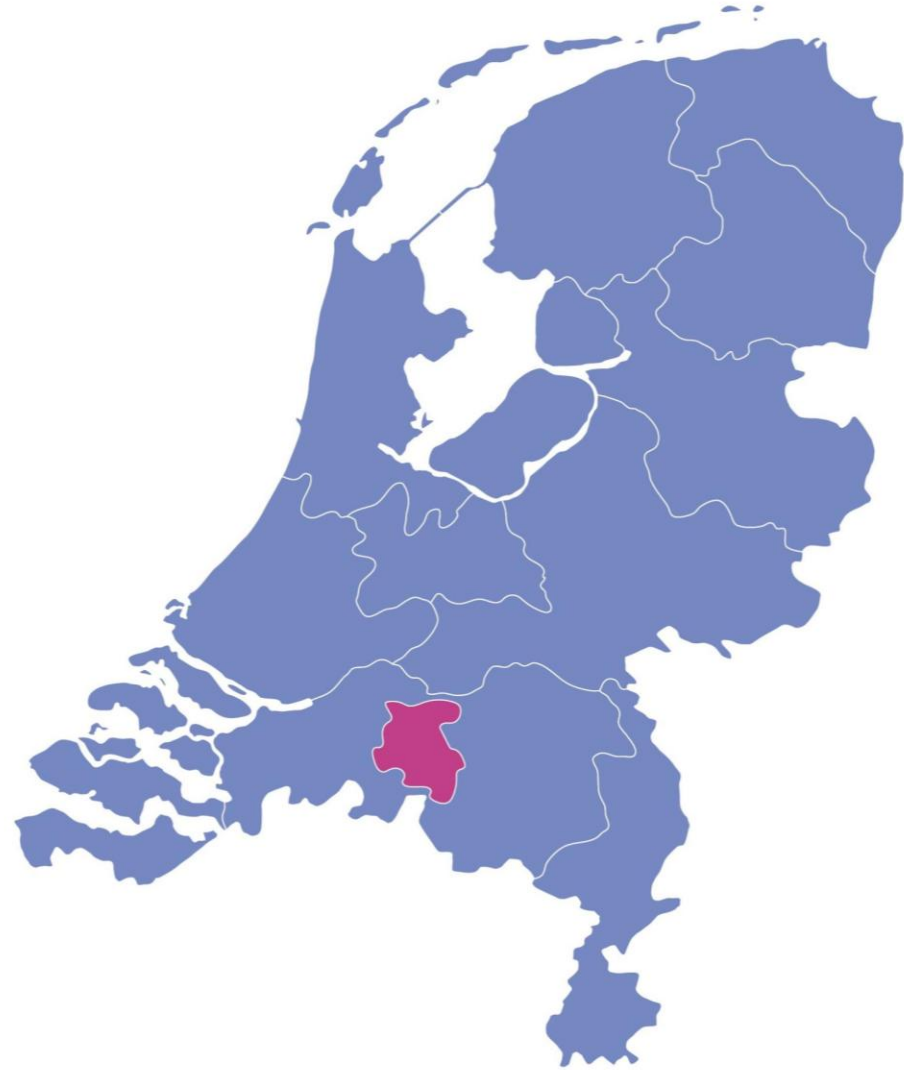


Panelgesprek

Verkenning op het thema: Hoe kunnen we de opgedane inzichten gebruiken om onze opgaven nóg gezonder te maken?

Panelleden:

- *Elke van der Sterren (directeur Bedrijfsvoering Cluster Planbare Zorg , GGz Breburg)*
- *Ellen Otte (algemeen bestuurder, PrimaCura)*
- *Gon Mevis (directeur/bestuurder ContourdeTwern)*
- *Joris van Eijck (initiatiefnemer GelijkGezond)*



Plenaire afsluiting

Reflectie op onze
verkenning



Hartelijk dank voor uw komst!

Voor in de agenda

30 oktober 2025

16.00-18.30u

Bestuurlijke regioalliantie IZA

