

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

Het probleem

Voor de meeste mensen werkt het systeem. Bij wie problemen stapelen, faalt het structureel.

Wie minder verdient, leeft korter en veel korter in goede gezondheid

8

jaar korter leven

Laagste 20% inkomens t.o.v. hoogste 20%.

21

jaar minder in goede gezondheid

Het verschil in *gezonde* levensjaren is nog veel groter.

Lage inkomens maken twee tot drie keer zoveel zorgkosten zonder er beter van te worden

Mensen met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum, vergeleken met mensen met een hoger inkomen, naar leeftijdsgroep:

30 – 49 jaar



2,3x

50 – 65 jaar



2,0x

66 – 75 jaar



1,6x

Bron: ahti Health Insights / CBS microdata, 2019, ZVW-zorgkosten

Voor de meeste inwoners werkt het. Juist bij stapeling loopt het vast

80–90%

Eén probleem tegelijk, voldoende zelfredzaam.

Standaardroutes werken

Hulpvraag is helder

Behandeling beklijft

10–20%

Meerdere problemen tegelijk die ook nog samenhangen.

Hulpvraag is moeilijk te formuleren

Hulp werkt op symptomen, niet op de oorzaak

Nieuwe symptomen blijven ontstaan, met een blijvend beroep op zorg tot gevolg

Hoge draaglast + lage draagkracht = vastlopen

Wat al werkt en waarom het toch stopt

Onderzoek en praktijk laten al jaren zien wat werkt. GelijkGezond maakt daarvan een vaste aanpak met structurele financiering.

WAT ONDERZOEK AL LAAT ZIEN

De lat ligt te hoog voor wie al onder druk staat



SER

Integrale aanpak is essentieel.

Gezondheid, bestaanszekerheid, arbeid en onderwijs vragen om een samenhangende aanpak, niet om losse loketten.

WRR, "GRIP"

Persoonlijke controle is cruciaal voor gezondheid.

Mensen met weinig grip op hun leven hebben aanzienlijk grotere gezondheidsrisico's.

WRR, "WETEN IS NOG GEEN DOEN"

Doenvermogen is minstens zo belangrijk als kennis.

Overheidsbeleid overschat structureel hoe zelfredzaam mensen zijn in praktische situaties.

SCP

Veel kwetsbare burgers komen zelf niet in beweging.

De drempel naar ondersteuning is te hoog of het vertrouwen ontbreekt.

Stapeling

Doenvermogen

Grip

WAT DE PRAKTIJK AL LAAT ZIEN

Pilots wijzen consequent dezelfde werkzame elementen aan

Naast de inwoner, over domeinen heen.

Onafhankelijk van aanbieders.

Alle levensdomeinen in kaart.

Concrete vragen, in de goede volgorde.

Eerst beter begrijpen, dan gericht doen.

BOUWSTENEN UIT O.A.



Drie structurele oorzaken en hoe GelijkGezond ze adresseert

PROBLEEM

Projectlogica: telkens nieuwe pilots, telkens opnieuw beginnen.



GELIJKGEZOND

Standaardiseren op basis van bewezen werkzame elementen.

PROBLEEM

Schotten tussen domeinen: geld is op, project is weg.



GELIJKGEZOND

Structurele financiering via resultaatbetaling door gemeente en zorgverzekeraar.

PROBLEEM

Wrong pocket: de investering valt hier, de baten landen daar.



GELIJKGEZOND

Voorfinanciering door impactfinanciers; risico ligt niet bij gemeente of verzekeraar.

De doelgroep

Klein, maar goed te omschrijven: mensen met een stapeling van problemen die vastlopen in het reguliere systeem.

WIE ZIJN HET?

Te complex voor standaardzorg, te zelfstandig voor intensieve zorg

180k

mensen in Nederland
circa 1% van de bevolking

Stapeling op meerdere domeinen tegelijk: medisch, psychisch, werk, sociaal én praktisch.

Beperkte zelfredzaamheid: wel problemen, maar moeite met de hulpvraag formuleren, passende hulp organiseren of volhouden.

Vallen structureel tussen wal en schip.

Typisch profiel: lichamelijke klachten die aanhouden na behandeling, terwijl de echte oorzaak in de leefsituatie ligt, gemedicaliseerde sociale problemen.

Passend bij stapeling, risico en bereidheid om hulp te ontvangen

Wél passend

- ✓ Stapeling op meerdere domeinen (medisch, psychisch, sociaal, praktisch).
- ✓ Onvoldoende zelfredzaamheid om zelfstandig hulp te organiseren of vol te houden.
- ✓ Verhoogd risico op vastlopen, crisis of onnodig zorggebruik als niets verandert.
- ✓ De inwoner wil geholpen worden.

Niet passend

- ✗ Enkelvoudige, goed oplosbare vraag zonder stapeling.
- ✗ Reguliere ondersteuning loopt al en levert resultaat.
- ✗ De inwoner wil na kennismaking geen ondersteuning.
- ✗ De inwoner is niet verzekerd.

De huisarts als startpunt

Huisartsen zien deze mensen al. De doorbijter maakt de volgende stap mogelijk: de inwoner verder helpen en de huisarts ontlasten.

Kent u deze patiënt?



Komt regelmatig terug met wisselende of aanhoudende klachten.



Klachten hangen duidelijk samen met stress en overbelasting.



Problemen op minimaal 3 leefgebieden tegelijk.



Behandeladviezen komen onvoldoende van de grond.



Meerdere hulpverleners betrokken geweest, maar zonder blijvende verbetering.



Haakt snel af, mist afspraken, kan adviezen niet uitvoeren.



"Verdrinkt" in problemen, maar wil wel geholpen worden.



Medische vraag is niet los te zien van de persoonlijke leefsituatie.

Niet-pluisgevoel: hier speelt meer dan een medische klacht

Vier stappen met de huisarts als startpunt

1

Signaleren

Huisarts herkent inwoner; vraagt toestemming voor gegevensdeling.

2

Introduceren

Huisarts stelt de doorbijter voor aan de inwoner.

3

Overdragen

Inwoner neemt zelf contact op.
Doorbijter bevestigt de start aan de huisarts.

4

Samenwerken

Huisarts blijft medisch verantwoordelijk; doorbijter stemt continu af.



VASTLEGGINGSTEKST VOOR HET HIS

"Inwoner met stapeling van medische, psychische en sociale problemen. Stress en beperkte zelfredzaamheid leiden tot vastlopen in zorg en ondersteuning. Gewone zorg of losse verwijzingen zijn onvoldoende gebleken. Inzet van een doorbijter gewenst voor rust, overzicht, praktische ondersteuning en samenhang."

Wat wint u als huisarts?



Minder herhalend of onnodig zorggebruik.



Betere uitvoerbaarheid van behandeling en adviezen.



Minder uitval en minder escalaties.



Een vaste samenwerkingspartner tussen medisch en sociaal.



Meer werkplezier, iemand die oppakt wat u alleen niet kunt oplossen.

Werkwijze van de doorbijter

Een professional met tijd, regelruimte en organisatiekracht, die naast de inwoner staat totdat er duurzame grip is op het leven.

Acht uitgangspunten voor werken naast de inwoner

De focus verschuift van instrumentele actie naar relationele verbinding: van "Wat kan ik doen?" naar "Wie kan ik voor je zijn?"

DE PRINCIPES · 01–04

01

Aansluiten

Vertrek vanuit de leefwereld van de ander, niet vanuit jouw checklist of behandelplan.

02

Openheid

Parkeer professionele aannames en diagnoses; neem een 'niet-weten'-houding aan.

03

De relatie centraal

De verbinding is het fundament; protocollen en tijdstempels zijn ondergeschikt.

04

De leefwereld begrijpen

Kijk verder dan het gedrag van nu: geschiedenis, buurt, familie, betekenis.

DE PRAKTIJK · 05–08

05

Tempo aanpassen

Presentie kent geen haast; wacht tot de ander klaar is voor de volgende stap.

06

Vakmanschap met aandacht

Expertise is gereedschap, geen schild, zet die subtiel in en blijf nabij.

07

Trouw blijven

Loop niet weg bij stagnatie of afwijzing; blijf solidair, juist als het moeilijk wordt.

08

Verstandig doormodderen

Durf stil te staan in de chaos en de onzekerheid samen met de ander te verdragen.

Van losse hulp naar langdurige grip

Reguliere hulp	Doorbijter
Start bij het medische probleem.	Start bij brede gezondheid, fysiek, mentaal én sociaal.
Cliëntgericht: hulp voor de inwoner.	Co-creatie: de inwoner staat écht centraal.
Trajecten met tijdsdruk en eindbudget.	Langdurig, betrokken totdat grip hersteld is.
Losse loketten per domein.	Verbinding tussen medisch, sociaal en financieel.
Output meten (aantallen, contactmomenten).	Brede gezondheid voor én na het traject meten (ICECAP).
Reactief: wachten op de hulpvraag.	Preventief: welke zwaardere zorg voorkomt dit traject?
Gebonden aan organisatie en financieringsstroom.	Onafhankelijk van aanbieders en geldstromen.

Van instroom naar analyse en daarna naar uitvoering

INSTROOM

- 1** Inwoner meldt zich regelmatig met persistente klachten bij de huisarts.
- 2** Huisarts vermoedt méér dan een medisch probleem en stelt de doorbijter voor
- 3** Kennismaking, vertrouwen, en de ICECAP-meting als nulmeting.

ANALYSE & GROEIPLAN

- 4** Inwoner en doorbijter ontrafelen de problematiek over alle levensdomeinen.
- 5** Samen een plan maken, stap voor stap, gericht op wat werkt.

UITVOERING & AFSLUITING

- 6** Inwoner zet stappen; doorbijter ondersteunt; zorggebruik wordt geregistreerd.
- 7** Regelmatige check: levert het plan resultaat? Bijstellen waar nodig.
- 8** Samen vaststellen dat er voldoende grip is.
- 9** Afsluiten, overdracht naar regulier netwerk en ICECAP opnieuw afgenomen.

De doorbijter werkt met een vaste methodiek, een speciaal ontwikkelde applicatie en leert gezamenlijk



Handboek Doorbijter

De methodiek, werkwijze en samenwerkingsafspraken in één gedeelde bron.



Gappie

Dossier, groeiplan en voortgang in één plek. Maakt patronen zichtbaar voor teamleren en bekostiging.



Uitgebreid inwerkprogramma

Elke doorbijter start met een grondige inwerkperiode: de methodiek uit het Handboek, meelopen in de praktijk en coaching on the job.



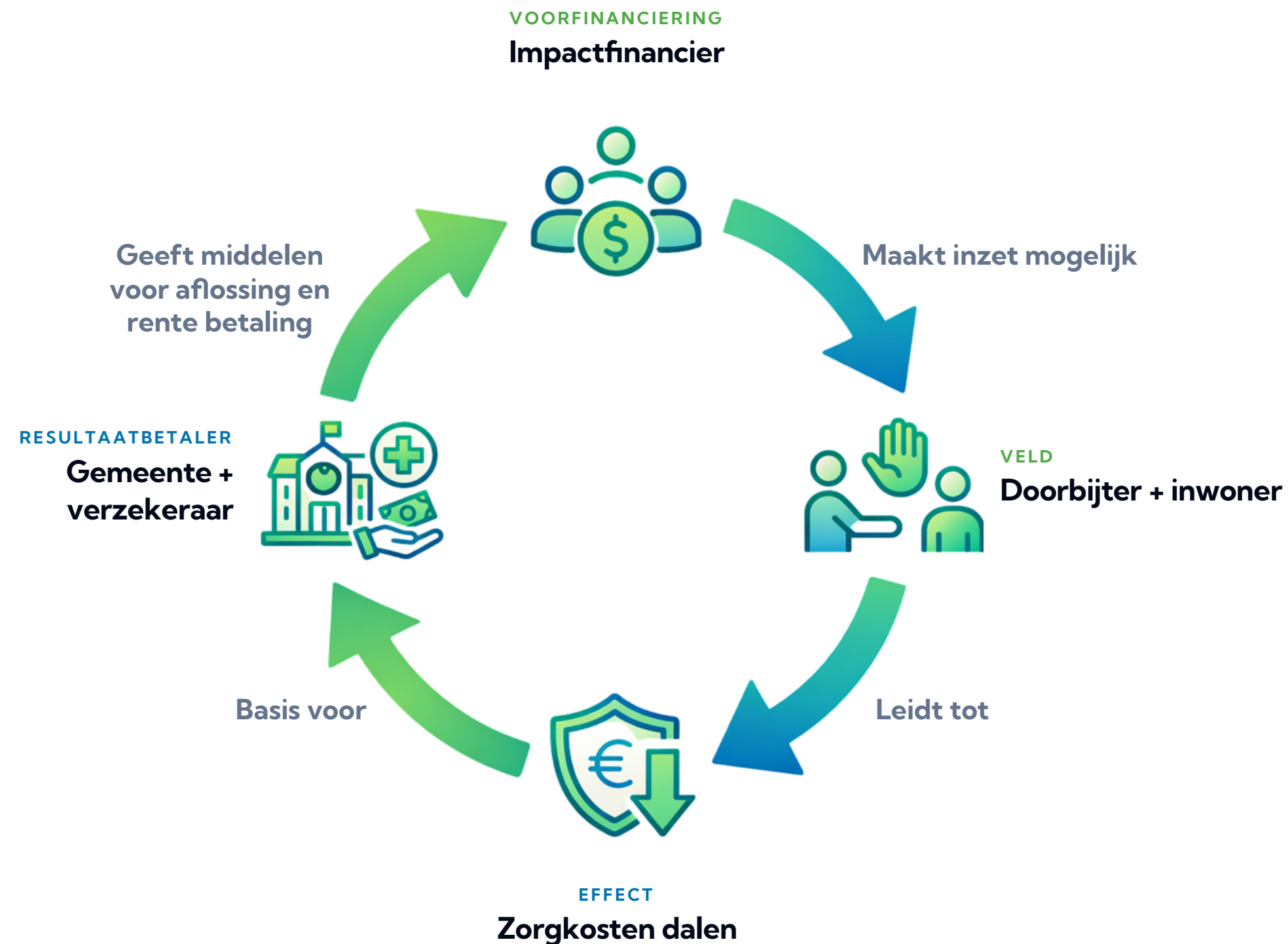
Teamleren

Wekelijkse check-in, maandelijkse casuïstiek, coaching on the job en intervisie per acht weken.

Resultaatbetaling maakt structurele financiering mogelijk

Impactfinanciers nemen het risico. Gemeenten en zorgverzekeraars betalen achteraf op basis van gerealiseerde besparingen. Zo wordt het wrong pocket-probleem hanteerbaar.

Voortfinanciering vooraf, resultaatbetaling achteraf



Vier financiële stromen maken ondersteuning van 2.000 inwoners mogelijk

VOORFINANCIERING

**Impactfinanciers +
donateurs**

€4M+

in leningen + donaties

Vergoeding: vaste rente voor
leningen.

Lening en donatie vooraf; aflossing uit de
gerealiseerde resultaatbetalingen.

RESULTAATBETALING

Zorgverzekeraars

€3.500

per inwoner

Alle relevante verzekeraars
gecommitteerd voor 2.000
inwoners.

Resultaatbetaling op basis van afgeronde
ondersteuningstrajecten.

RESULTAATBETALING

Gemeenten

€0–€5.000

per inwoner

500 inwoners per gemeente.

Resultaatbetaling op basis van vermeden kosten
in het sociaal domein.

TRANSFORMATIEMIDDELEN

IZA-middelen

€5,5M

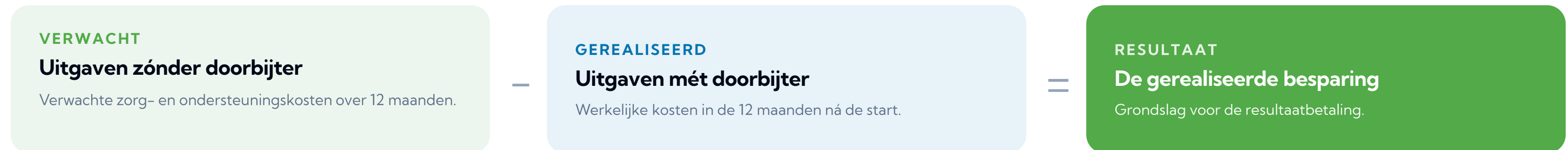
gekoppeld aan KPI's

Goedgekeurd en gekoppeld aan
resultaat.

Verschuiving van dure zorg naar passende,
domeinoverstijgende ondersteuning.

ZO WORDT HET RESULTAAT BEPAALD

Besparing is het verschil tussen verwachte en gerealiseerde kosten



ZO KOMT DE VERWACHTING TOT STAND

- 1 Inventariseren**
Alle zorg en ondersteuning die de inwoner het afgelopen jaar ontving, onderdeel van de kennismaking.
- 2 Verwachte uitgaven bespreken**
Wat gebeurt er naar verwachting de komende 12 maanden zónder doorbijter, als de problematiek escaleert?
- 3 Plan opstellen**
Samen een plan voor het huishouden, gericht op doelmatiger zorg en het voorkomen van escalaties.

HET RESULTAAT BESTAAT UIT TWEE DELEN

- Daadwerkelijke afname**
Zorg die vóór de inzet werd geleverd en daarna niet meer nodig is.
- Voorkomen kosten**
Vermeden escalatie: crisis, zwaardere zorg, uitval, uithuiszetting of schuldescalatie.

Geen idee op papier, maar operationeel in vier gemeenten

Vier gemeenten, 10 doorbijters.

WAAR WE NU ZIJN

Juni 2026: actief in 4 gemeenten met 10 doorbijters

4

gemeenten actief, Delft, Dordrecht, Tilburg, Zoetermeer.

10

Doorbijters, vanuit verschillende partnerorganisaties



Partners bij de uitvoering

DelftSupport

DELFT
VOOR
ELKAAR!



 DrechtDokters
WAARDEGEDREVEN ZORG

Samen
Zoetermeer
Gezond 

zel
Zorgorganisatie Eerste Lijn

 PrimaCura

Aafje

in
Zet

 contourdetwern

 EerstelijnsZorg
Zoetermeer

uitvoerings
brigade®



SAMEN MOGELIJK GEMAAKT

Gemeenten, verzekeraars en financiers maken het financieel mogelijk

DEELNEMENDE GEMEENTEN



ZORGVERZEKERAARS



α.s.r.



ONVZ



FINANCIERS EN DONATEURS

INVESTNL



GelijkGezond is not-for-profit, zonder aandeelhouders

Gedragen door mensen met langjarige ervaring in het
medisch én sociaal domein.

De doorbijters: een groeiend team naast de inwoner



Emilia Dos Santos
Dordrecht



Liesbeth Spapens
Tilburg



Nathalie Gouw
Dordrecht



Eline Renkema
Zoetermeer



Ragani Mohey
Zoetermeer



Els Israël
Dordrecht



Nancy Jonker
Zoetermeer



Sanne van Leeuwen
Delft



Fareed Dahoe
Zoetermeer



Leonie Kleijn
Zoetermeer

Alles grijpt in elkaar — rond de inwoner

● De doorbijter — eerste schil, directe ondersteuning ● Eromheen — lokaal mogelijk maken ● Achter de schermen — ondersteunend



Drie initiatiefnemers met wortels in zorg, beleid en strategie



Joris van Eijck

Natuurwetenschappen (UU) en MBA aan INSEAD; begon als organisatieadviseur bij The Boston Consulting Group. Sinds 2008 in de zorg, Amsterdam UMC, Menzis en Equipe Zorgbedrijven, en betrokken bij De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Lid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving en toezichthouder bij o.a. het St. Antonius Ziekenhuis.



Esther van Gaalen-Werner

Van huis uit verpleegkundige, met ervaring in de ggz. Werkte 17 jaar bij GGNet, waarvan bijna 10 jaar als directeur. Binnen GelijkGezond de verbinder die het team van doorbijters vormt; sinds maart 2025 directeur-bestuurder en trekker van de implementatie en het Handboek Doorbijter.



Marcel Geurts

Econometrie (Tilburg); begon bij de Rabobank en stapte in 2000 over naar The Boston Consulting Group. Sinds 2010 in de zorg, o.a. als manager Zorg & Bedrijfsvoering bij het St. Antonius Ziekenhuis. Combineert advies met zorgervaring voor aanbieders en verzekeraars; Verbonden aan Amsterdam Health and Technology Institute.

Gezag op publieke gezondheid, beleid en zorg



José Manshanden

VOORZITTER

Voormalig directeur GGD Amsterdam, gericht op gezondheidsverschillen en preventie. Eerder verantwoordelijk voor het sociaal domein in Utrecht en ruim tien jaar werkzaam bij VWS. Langdurig lid van de RVS; Overheidsmanager van het Jaar 2015.



Olivier Gerrits

LID

Econoom (UvA); werkte 19 jaar bij Zilveren Kruis in commercie en zorginkoop. Sinds 2021 directeur bij Gupta Strategists, gespecialiseerd in zorgstrategie. Gedreven door scherpe analyse en creativiteit als bron van innovatie.



Maria van den Muijsenbergh

LID

Huisarts en hoogleraar, gericht op kwetsbare groepen: migranten, mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en daklozen. Onderzoekt persoonsgerichte, geïntegreerde eerstelijnszorg; verbonden aan Pharos. Mede-auteur van 'Persoonsgerichte zorg voor iedereen' (2022).



Anouk Op het Veld

ADVISEUR

Bestuurskunde en macro-economie; Executive Master Change (Oxford). Partner sociaal- en zorgdomein bij AEF, daarna strategie bij Philips Benelux Healthcare. Mede-initiatiefnemer van GelijkGezond; nu directeur Vitaliteit & Welzijn bij PGGM.

VOLGENDE STAP

**Meer weten, kennismaken of
verkennen of samenwerking past?**

We gaan graag in gesprek!

Stichting GelijkGezond · info@gelijkgezond.nl · www.gelijkgezond.nl