

INNOVATIEVE FINANCIERING VAN PREVENTIE

VAN ZORGKOSTEN NAAR GEZONDHEIDSWINST

OPGESTELD DOOR:
Ruben Koekoek, Lucas Voesten,
Jeantine van der Feest en Linda Kokke

IN SAMENWERKING MET:



DECEMBER 2025



FOTO OP DE VOORKANT DOOR:
EVELIEN HOGERS

AUTEURS:
SOCIAL FINANCE NL
RUBEN KOEKOEK
LUCAS VOESTEN
JEANTINE VAN DER FEEST
LINDA KOKKE

CONTACTGEGEVENS:
SOCIAL FINANCE NL
MAURITSKADE 64
1092 AD AMSTERDAM
INFO@SOCFIN.NL

VORMGEVING DOOR
FRANSJE SOPHIE REINBERGEN

INHOUDSOPGAVE

- 3** Voorwoord
- 4** Managementsamenvatting

- 8** **Hoofdstuk 1 Inleiding**
- 8** Opzet rapport

- 9** **Hoofdstuk 2 Preventie is onmisbaar**
- 9** 2.1 – Wat is het probleem?
- 10** 2.2 – Waarom investeren in preventie loont
- 12** 2.3 – Preventie-investeringen in de praktijk
- 13** 2.4 – Waarom preventie nog niet vanzelfsprekend is

- 15** **Hoofdstuk 3 Gebrek aan investeringsprikkels: hoe laten we preventie lonen?**

- 16** *Casus* *Gesundes Kinzigtal - Duitsland*
- 18** *Casus* *Stevig Staan - Nederland*
- 20** *Casus* *Children's Welfare Social Impact Bond - Finland*

- 23** **Hoofdstuk 4 Fragmentatie en verzuiling: hoe werken we als één systeem?**

- 24** *Casus* *Nuka System of Care - Alaska*
- 26** *Casus* *GelijkGezond - Nederland*
- 28** *Casus* *Kaiser Permanente - Verenigde Staten*

- 31** **Hoofdstuk 5 Beperkte preventie-infrastructuur: hoe maken we preventie duurzaam?**

- 32** *Casus* *Icelandic Prevention Model - IJsland*
- 34** *Casus* *Life Chances Fund - Verenigd Koninkrijk*
- 36** *Casus* *Early Intervention Investment Framework - Australië*

- 40** **Hoofdstuk 6 Naar een duurzaam preventiestelsel**

- 45** Bronvermelding

VOORWOORD

Elk jaar schrijft Social Finance NL een rapport op eigen initiatief over een onderwerp dat zij belangrijk vindt. Dit jaar kiezen we voor het eerst een specifiek domein, de gezondheidszorg. Er zijn weinig domeinen waar zoveel energie en enthousiasme is om anders te werken en te financieren. Social Finance NL wordt dagelijks benaderd door partijen die hier ideeën over hebben of een positieve rol in willen spelen. De noodzaak is dan ook groot. Om goede zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden is het van belang om effectiever samen te werken en te financieren.

In Nederland belemmeren vaste structuren en belangen een grotere focus op preventie. Het is een troostende gedachte dat we in het buitenland geen voorbeeld hebben gevonden waar het financieringssysteem wel volledig is gericht op preventie en gezondheidsbevordering. Wel kwamen we innovatieve en effectieve voorbeelden tegen die preventie in het zorgsysteem centraal zetten.

In dit rapport zetten we pioniers op een voetstuk die op een andere manier (samen)werken of financieren en hiermee verbluffende resultaten boeken. Maar veel projecten, zowel in dit rapport als in de praktijk van Social Finance NL, hebben moeite om op te schalen. Dit ligt niet aan de vindbaarheid of ondernemerschap van de initiatiefnemers. Dit ligt aan het systeem. Een financieringsmethodiek waarbij het belonen van behandelingen centraal staat in plaats van het stimuleren van gezondheid of het voorkomen van ziekte.

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat preventie initiatieven floreren *dankzij* het financieringssysteem in plaats van *ondanks* het systeem. Deze vraag staat centraal in het rapport.

Social Finance NL schrijft dit rapport niet alleen. We danken alle geïnterviewden voor het genereus delen van kennis, inzichten en ervaringen. Ook de klankbordgroep met specialisten uit het veld was onmisbaar. Daarnaast was dit rapport niet mogelijk zonder het netwerk, de expertise en de financiële bijdrage van Rabobank en Invest-NL.

Dit rapport is geen blauwdruk of roadmap die gevolgd kan worden zodat de financiering van de zorg optimaal kan worden ingericht. Het toont aan dat door slimmer te organiseren en financieren preventie meer ruimte en middelen kan krijgen om de samenleving gezonder te maken. Door de verschillende casussen een podium te bieden willen we zorgprofessionals, financiers en beleidsmakers inspireren om ook bij te dragen aan nieuwe manieren om preventie te financieren. Met als doel een gezonde, vitale en toekomstbestendige samenleving.

Daar draagt Social Finance NL graag haar steentje aan bij.

Bernard ter Haar

Voorzitter Social Finance NL



MANAGEMENTSAMENVATTING

PREVENTIE IS ONMISBAAR

Vergrijzing, personeelstekorten en leefstijlziekten doen de zorgkosten stijgen tot mogelijk €200 miljard in 2050. Het tekort aan zorgmedewerkers kan oplopen tot ruim 250.000. Kwaliteit en toegankelijkheid komen steeds verder onder druk.

Preventie kan die trend keren. Door gezondheidsproblemen te voorkomen of uit te stellen, vermindert de zorgvraag en verbetert het welzijn. Toch blijft preventie structureel ondergefinancierd. Slechts 5% van de zorguitgaven gaat naar preventie.

Ondanks dat er geen discussie is over de noodzaak van preventie, komt grootschalig inzetten op preventie niet van de grond. Een belangrijke reden hiervoor is de financieringssystematiek. De huidige financiering belooft vooral zorgproductie in plaats van gezondheidswinst en de baten van preventie vallen vaak bij andere partijen of pas op de lange termijn. Daardoor loont het niet voor individuele organisaties om voor lange termijn in preventie te investeren.

PREVENTIE MOET STRUCTUREEL WORDEN GEFINANCIERD

Dit rapport onderzoekt hoe innovatieve financieringsvormen in binnen- en buitenland kunnen helpen om preventie niet langer afhankelijk te laten zijn van tijdelijke subsidies, maar te borgen als een structurele investering in gezondheid.

Elke casus belicht één kernvraag:

HOE LATEN WE PREVENTIE LONEN?

Duitsland, Nederland, Finland

HOE WERKEN WE ALS ÉÉN SYSTEEM?

Alaska, Nederland, Verenigde Staten

HOE VERANKEREN WE PREVENTIE DUURZAAM?

IJsland, Verenigd Koninkrijk, Australië

De voorbeelden tonen dat structurele verandering mogelijk is zodra drie voorwaarden samenkomen:

1

Gezondheid stimuleren wordt financieel aantrekkelijk gemaakt.

2

Samenwerking over domeinen heen wordt structureel georganiseerd.

3

Er bestaat een vaste infrastructuur om te meten, leren en herinvesteren.

VOORBEELDEN TONEN AAN DAT FINANCIERING EFFECTIEVER KAN



GEZONDHEID BELONEN

*Duitsland
Nederland
Finland*

In **DUITSLAND** zien we hoe zorgverleners en zorgverzekeraars gezamenlijk financieel verantwoordelijk zijn voor de gezondheid van 70.000 inwoners. Via één regiobudget en een *shared-savings*-model worden besparingen gedeeld en opnieuw geïnvesteerd in preventie. Het aantal ziekenhuisopnames daalde met 20%, terwijl de zorgkosten structureel afnamen. Gezondheid werd letterlijk winstgevend.

De **NEDERLANDSE** Health Impact Bond Stevig Staàn toont dat private voorfinanciering publieke investeringen kan versnellen. Investeerders betaalden vooraf een valpreventieprogramma voor ouderen; gemeenten en zorgverzekeraars betaalden pas terug bij bewezen resultaat. De valincidenten daalden halverwege het programma met 67% en ruim €1 miljoen aan zorgkosten werd bespaard.

De **FINSE** Lapset-SIB laat zien dat resultaatfinanciering ook op grote schaal kan werken. Vijf gemeenten financieren samen preventieve jeugdzorg via één fonds. Private investeerders dragen het risico, terwijl gemeenten pas betalen bij aantoonbare resultaten. Zo wordt preventie een gezamenlijke investering in plaats van een kostenpost.



GEZAMENLIJKE REGIE

*Alaska
Nederland
Verenigde Staten*

In **ALASKA** namen de Alaska Native-gemeenschappen de zorg letterlijk in eigen hand. Via het Nuka System of Care beheren zij zelf het zorgbudget, met vaste teams rond gezinnen en langdurige relaties tussen inwoners en zorgverleners. Het resultaat: 44% minder spoedeisende hulp, 43% minder ziekenhuisopnames en 98% tevredenheid.

In **NEDERLAND** laat GelijkGezond zien dat gezondheidswinst ook begint bij sociale factoren zoals inkomen, wonen en schulden. Zij zien de gezondheidsgroef groter worden. Gemeenten, verzekeraars en investeerders werken samen om inwoners integraal te begeleiden, door middel van 'doorbijters' die tussen domeinen en regels door de juiste ondersteuning voor inwoners weten te vinden. Door over domeinen heen te werken, verdwijnen de schotten tussen zorg en welzijn.

Het **AMERIKAANSE** Kaiser Permanente combineert verzekering, ziekenhuis en artsenteam binnen één organisatie. Omdat zorg en financiering bij dezelfde partij liggen, loont het om ziekte te voorkomen. De resultaten zijn indrukwekkend: 33% minder vroegtijdige sterfte door hartziekten en 20% minder door kanker.



STRUCTURELE VERANKERING

*IJsland
Verenigd Koninkrijk
Australië*

IJSLAND bewijst dat preventie werkt wanneer het structureel onderdeel is van beleid en begroting. Via een nationaal programma verzamelen gemeenten jaarlijks data over jongeren, gebruiken die om beleid bij te sturen en investeren in zinvolle vrijetijdsactiviteiten. Het alcoholgebruik onder 15- en 16-jarigen daalde bijvoorbeeld van 42% naar 5%.

In het **VERENIGD KONINKRIJK** zorgt het Life Chances Fund voor landelijke cofinanciering van lokale preventieprojecten op basis van resultaten. Gemeenten ontvangen een extra bijdrage van de overheid zodra ze aantoonbare maatschappelijke resultaten boeken. Zo worden risico's gedeeld, kennis gestandaardiseerd en succesvolle projecten opgeschaald.

De **AUSTRALISCHE** deelstaat Victoria ging nog een stap verder. Daar is preventie ingebed in de begrotingssystematiek zelf. Via het Early Intervention Investment Framework worden behaalde besparingen deels teruggeboekt naar het departement dat investeerde. Zo ontstaat een structurele prikkel om vroegtijdig te handelen en bewezen interventies meerjarig te financieren. ►

AANBEVELINGEN

De transitie van zorg naar gezondheid vraagt niet om meer projecten, maar om nieuwe spelregels.



REGIONALE PREVENTIEFONDSEN

Bundel middelen van gemeenten, zorgverzekeraars en werkgevers in een regionaal fonds.

Zo kunnen partijen gezamenlijk investeren in wat lokaal werkt en behaalde baten herinvesteren in nieuwe preventie.



Doorbreekt versnippering en versterkt lokaal eigenaarschap.



NATIONAAL PREVENTIE RESULTATENFONDS

Creëer een landelijk fonds dat succesvolle initiatieven co-financiert bij bewezen effect.

Het fonds fungeert als katalysator tussen gemeenten, zorgverzekeraars en investeerders, en zorgt voor landelijke standaarden voor meting en evaluatie.



Maakt preventie structureel financierbaar en schaalbaar.



EEN GEZONDHEIDSWET ALS WETTELIJK KOMPAS

Leg nationale gezondheidsdoelen, meerjarige preventiebudgetten en gezamenlijke verantwoordelijkheid wettelijk vast.



Geeft continuïteit, richting en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor gezondheid.

CONCLUSIE

Nederland heeft al de kennis, data en initiatieven om preventie te versterken. Wat ontbreekt zijn spelregels die gezondheid belonen, samenwerking mogelijk maken en continuïteit garanderen.

Zodra gezondheid wordt gezien als het resultaat waarop we betalen, verdwijnt de grens tussen preventie- en resultaatfinanciering. Preventie wordt dan geen kostenpost, maar een investering die rendeert, in gezonde levensjaren, lagere zorguitgaven en een veerkrachtige samenleving.

De pioniers in dit rapport tonen dat het kan. De volgende stap is om de aanbevelingen die hieruit voortvloeien door te voeren in een Nederlands preventiestelsel dat structureel investeert in gezondheid. ●■

1. INLEIDING

In dit rapport staan verschillende pioniers centraal die nieuwe vormen van financiering inzetten om preventie te versterken. We beschrijven deze initiatieven, welke lessen ze opleveren en hoe hun werkwijze inspiratie kan bieden voor beleid en praktijk in Nederland. Op basis hiervan eindigen we met 3 concrete aanbevelingen.

Het rapport opent met het belang van preventie, gevolgd door een analyse van de belangrijkste knelpunten die investeringen in preventie in Nederland belemmeren (H2). Vervolgens worden deze knelpunten uitgediept: Gebrek aan investeringsprikkel (H3), Fragmentatie van domeinen (H4) en Gebrek aan preventie-infrastructuur (H5).

Ieder hoofdstuk bevat voorbeelden die laten zien hoe deze barrières in de praktijk worden doorbroken. Zo zien we hoe in Duitsland zorgverleners en zorgverzekeraars samen financieel verantwoordelijk zijn voor een regiobudget, hoe in Alaska inwoners mede-eigenaar zijn

van hun zorgsysteem en hoe in Australië preventie een vaste plek heeft gekregen in de overheidsbegroting. Elk hoofdstuk sluit af met een les voor Nederland. Het afsluitende hoofdstuk vertaalt deze lessen naar drie concrete aanbevelingen voor de financiering van duurzame preventie in Nederland.

Tijdens het schrijven viel ons op dat vrijwel alle partijen binnen het zorgstelsel dezelfde ambitie delen: een gezonde samenleving mogelijk maken. Toch blijkt het moeilijk om de structurele omslag te maken van het behandelen van ziekte naar investeren in gezondheid. Met dit rapport laten we zien dat structurele preventie wél mogelijk is wanneer financiering, organisatie en verantwoordelijkheid op een andere manier worden ingericht. Daarmee willen we publieke en private partijen helpen de transitie te maken van het behandelen van ziekte naar het investeren in gezondheid.



Foto: Evelien Hogers

RESULTAATFINANCIERING, HEALTH IMPACT BONDS EN SOCIAL IMPACT BONDS

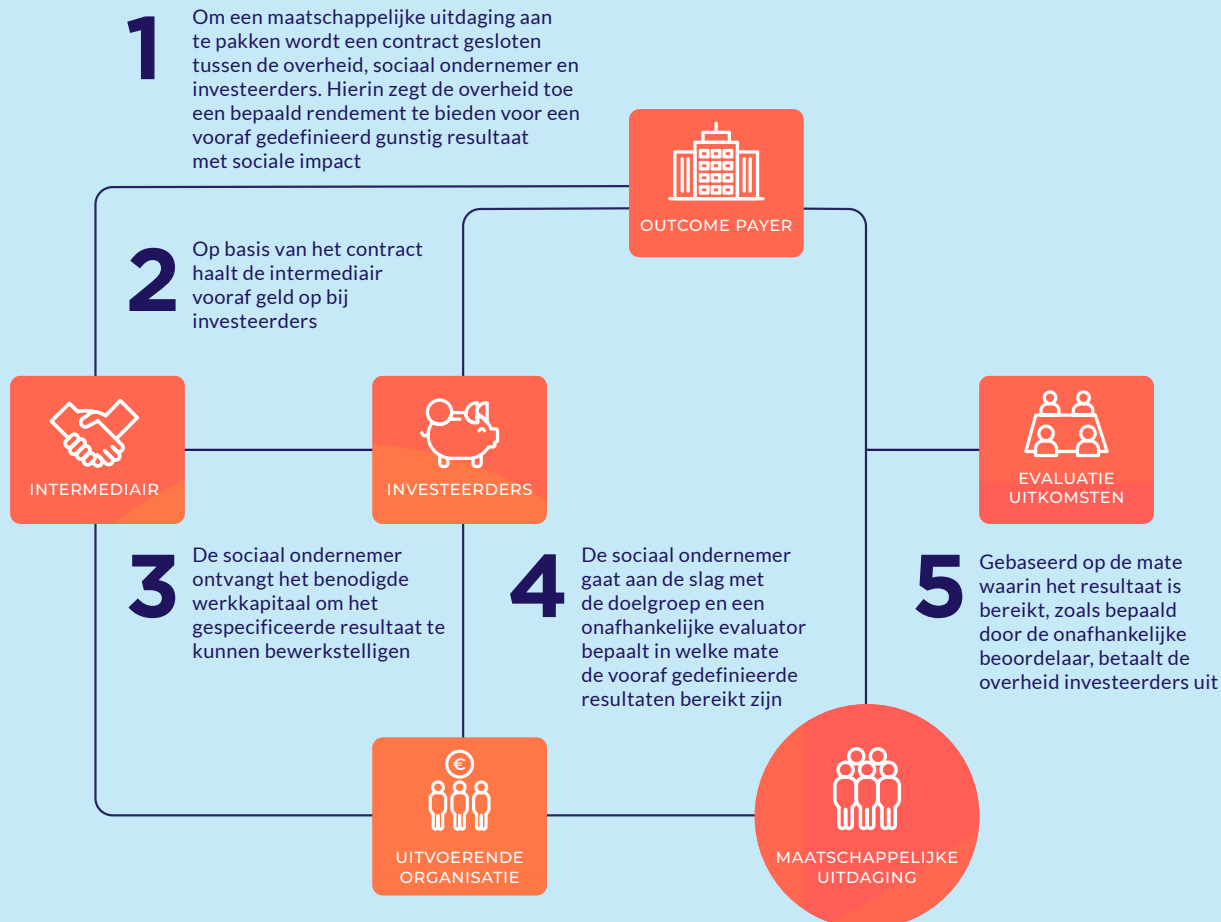
In dit rapport komen verschillende vormen van resultaatgerichte bekostiging aan bod. We gebruiken daarbij de volgende termen:

RESULTAATFINANCIERING is financiering die afhankelijk is van de behaalde resultaten van een activiteit. Hierbij staat de verandering bij de doelgroep centraal, in plaats van de uitvoering van programma's. Dit stimuleert efficiëntie, maar vooral effectiviteit. De partij die voor resultaat betaalt (de outcome payer; bijvoorbeeld een overheid of verzekeraar) doet dit pas wanneer vooraf afgesproken doelen aantoonbaar zijn bereikt. Deze aanpak stimuleert effectiviteit en samenwerking, omdat alle partijen belang hebben bij duurzame uitkomsten.

Eén van de bekendste vormen van resultaatfinanciering is de **SOCIAL IMPACT BOND** (SIB). Bij een SIB wordt privaat geld ingezet om maatschappelijke vraagstukken op te

lossen. Overheden of andere outcome payers betalen pas terug als de afgesproken resultaten zijn behaald. Een onafhankelijke partij meet die resultaten. Worden de doelen gehaald, dan ontvangen investeerders hun inleg terug met eventueel rendement. Blijven de effecten uit, dan dragen zij het verlies. Zo wordt financieel risico tijdelijk verschoven naar de investeerders en ontstaat ruimte voor preventieve of vernieuwende initiatieven.

Een **HEALTH IMPACT BOND** (HIB) past dit principe toe op gezondheidsdoelen. Externe investeerders investeren in preventieve gezondheidsmaatregelen, zoals het voorkomen van ziekten of valincidenten. De investeerder ontvangt, bij succes, een vergoeding van bijvoorbeeld de overheid of een verzekeraar die gebaseerd is op aantoonbaar behaalde gezondheidsuitkomsten, zoals minder valincidenten, verbeterde gezondheid of lagere zorgvraag, en de gerealiseerde besparingen op zorgkosten.



2. PREVENTIE IS ONMISBAAR

2.1 WAT IS HET PROBLEEM?

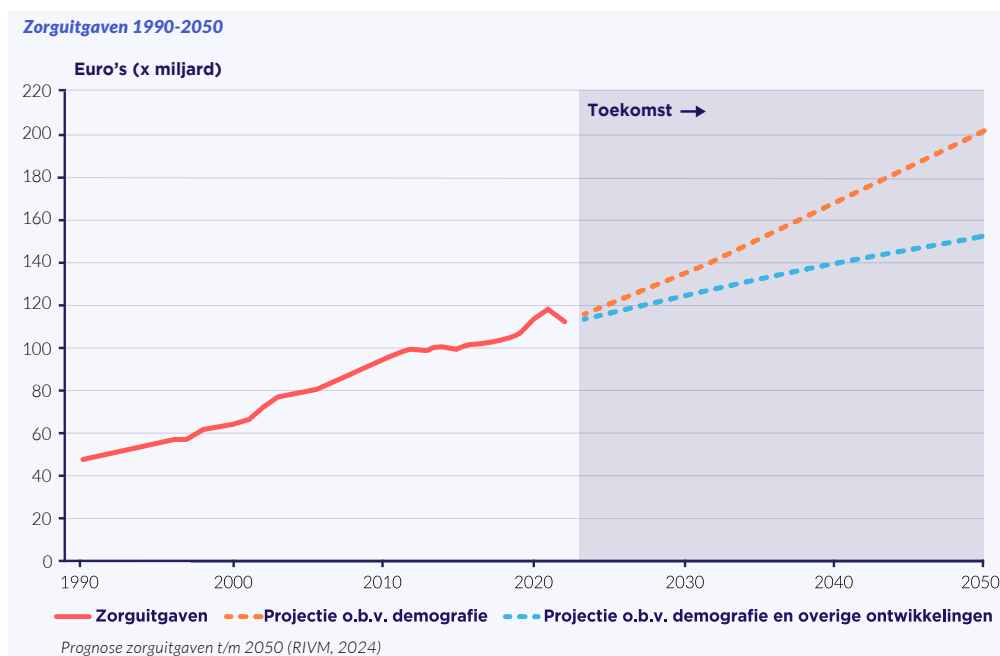
Het Nederlandse zorgsysteem staat voor enorme uitdagingen. Demografische ontwikkelingen, een ongezonde leefstijl en -omgeving, personeelstekorten en stijgende zorgkosten maken het huidige model steeds minder houdbaar.

Het ziekteverzuim in de zorgsector is structureel hoog; vooral langdurig verzuim neemt toe. Daarnaast overweegt één op de vijf zorgprofessionals binnen een jaar de sector te verlaten.¹ Volgens de meest recente arbeidsmarktprognoses voor de zorgsector loopt het tekort aan zorgmedewerkers in 2034 op tot maar liefst 265.600. Dat is een verviervoudiging ten opzichte van 2025.² Ook de zorgkosten blijven fors stijgen. Het RIVM verwacht dat de zorguitgaven in 2050 meer dan €200 miljard zijn³, een stijging van ruim 76% ten opzichte van de zorguitgaven in 2024, toen €113,5 miljard werd uitgegeven.⁴

De wachtlijsten groeien en zowel de kwaliteit als de toegankelijkheid van zorg komen steeds verder onder druk te staan.⁵ Daarnaast neemt de gezondheidskloof toe: het verschil in gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen op basis van factoren als opleiding, inkomen, beroepsstatus en migratieachtergrond.⁶

Zonder ingrijpende veranderingen dreigt het systeem vast te lopen. Kortom: er moet nú iets veranderen om te voorkomen dat ons zorgstelsel onhoudbaar wordt.

Preventie zou daarbij geen bijzaak moeten zijn, maar een noodzakelijke pijler onder een houdbaar zorgstelsel. De volgende paragraaf verkent waarom. ►



2.2 WAAROM INVESTEREN IN PREVENTIE LOONT

Preventie omvat alle maatregelen die erop gericht zijn om ziekten en gezondheidsproblemen te voorkomen, vroegtijdig op te sporen of verergering te voorkomen. Het doel van preventie is dat mensen zo lang mogelijk gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Preventie kent vele vormen: van individuele gedragsinterventies tot brede maatschappelijke maatregelen die de leefomgeving gezonder maken.

In dit rapport vatten we preventie op als onderdeel van het zorgdomein, met nadruk op interventies die bijdragen aan het voorkomen, uitstellen of verminderen van ziekte en zorggebruik. Tegelijkertijd beschouwen we

preventie nadrukkelijk in samenhang met het sociaal domein, omdat factoren zoals *leefomgeving*, inkomen en jeugdbeleid mede bepalend zijn voor zowel gezondheid als de effectiviteit van preventieve zorg. Ook interventies buiten de zorg met direct effect op de gezondheid zien we daarom als onderdeel van preventie.

Deze brede benadering maakt duidelijk dat preventie niet losstaat van de manier waarop we zorg en welzijn organiseren. Het is een onmisbare schakel in de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en veerkracht. Preventie kan maatschappelijke waarde opleveren.

WAT IS PREVENTIE?

Preventie omvat alle maatregelen die gezondheidsproblemen helpen voorkomen, vroegtijdig opsporen of verergering beperken. Het RIVM onderscheidt daarbij vier niveaus van preventie:

Universele preventie: richt zich op de gehele bevolking en heeft als doel om gezondheid te bevorderen en ziekte te voorkomen, bijvoorbeeld via vaccinatieprogramma's of campagnes over gezonde leefstijl.

Selectieve preventie: is gericht op risicogroepen die een verhoogde kans hebben op gezondheidsproblemen, zoals mensen met overgewicht of een laag inkomen.

Geïndiceerde preventie: richt zich op individuen die beginnende klachten of risicofactoren vertonen, om te voorkomen dat deze uitmonden in ziekte.

Zorggerelateerde preventie (ook wel ziektepreventie): heeft tot doel om bij mensen met een bestaande aandoening complicaties, terugval of verdere achteruitgang te voorkomen.



PREVENTIE KAN DE ZORGVRAAG STRUCTUREEL VERMINDEREN

Door ziekte te voorkomen, uit te stellen of te verlichten, kan preventie de groei van de zorgvraag afremmen, gezondheidsverschillen verkleinen en het welzijn van mensen vergroten. Preventie is geen wondermiddel voor het verlichten van de druk in het zorgstelsel; de oorzaken liggen breder, zoals vergrijzing en personeelstekorten. Wel vormt het een krachtig onderdeel van de oplossing, vooral bij chronische ziekten die samenhangen met leefstijl en gezondheidsvaardigheden. Juist daar ligt de grootste winst: preventieve maatregelen leiden tot minder chronische aandoeningen, een betere kwaliteit van leven en op termijn lagere zorgkosten.⁷

Gezondheid is het resultaat van een samenspel van factoren: medische zorg, leefstijl, sociale omstandigheden en omgeving beïnvloeden elkaar wederzijds. Preventie kan dit samenspel versterken door mensen te ondersteunen in het behouden van hun gezondheid, in plaats van enkel in te grijpen wanneer ziekte optreedt. In Nederland wordt bijna 20% van de totale ziektelast veroorzaakt door ongezond gedrag. Vaak gaat het om een combinatie van roken, ongezonde voeding, overmatig alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging.⁸ Juist bij deze leefstijlgerelateerde risico's is de ruimte voor gezondheidswinst groot.

PREVENTIE VERMINDERT CHRONISCHE ZIEKTEN EN LEEFSTIJLGERELATEERDE STERFTE

Diverse onderzoeken tonen aan dat leefstijlinterventies het risico op diabetes type 2, hart- en vaatziekten en obesitas aanzienlijk kunnen verminderen. Deze ziekten behoren tot de zogenoemde *niet-overdraagbare aandoeningen* (*non-communicable diseases*, NCD's), die verantwoordelijk zijn voor ongeveer 80% van de ziektelast in Europa. Het gaat om aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes, kanker en chronische longaandoeningen, welke de belangrijkste oorzaken zijn van vermijdbare, vroegtijdige, sterfte. Omdat deze ziekten in belangrijke mate worden beïnvloed door leefstijl en omgeving, ligt hier een groot preventiepotentieel. Naar schatting zijn ongeveer 60% van de jaarlijks 1,8 miljoen NCD-sterfgevallen in Europa te voorkomen door

leefstijlinterventies en daarmee aan minder blootstelling aan leefstijlrisico's als roken, ongezonde voeding en onvoldoende lichaamsbeweging. 40% is te voorkomen door tijdige en kwalitatief goede zorg.⁹

Effectieve preventieve interventies die inzetten op gezonde voeding, voldoende beweging en rookpreventie, kunnen het ontstaan van deze aandoeningen dus terugdringen en daarmee de toekomstige zorgvraag aanzienlijk verminderen. Daarbij is het belangrijk niet de individuele leefstijl te problematiseren, maar te kijken naar de inrichting van de leefomgeving die ongezonde keuzes in de hand werkt.

Dit bredere perspectief op gezondheid krijgt in de praktijk steeds meer vorm. Een aansprekend voorbeeld hiervan is te vinden in Zuid-Limburg, waar *Het Beweeghuis* laat zien hoe gezondheid kan worden versterkt vóórdat medische ingrepen plaatsvinden. Het Beweeghuis is een aanpak waarbij mensen met (beginnende) knie- of heupklachten eerst een intensief beweeg- en leefstijltraject krijgen aangeboden, met begeleiding op maat en laagdrempelig aanbod in de wijk. De orthopeed ontmoet de patiënt in de wijk zodat het voor de patiënt logischer en makkelijker is om te kiezen voor beweeg aanbod in plaats van bijvoorbeeld een nieuwe knie. In deze regionale samenwerking tussen ziekenhuizen, orthopeden, huisartsen, beweegcoaches, sportverenigingen en gemeenten wordt gezondheid structureel onderdeel van het hele zorgpad. De resultaten spreken voor zich: deelnemers hebben na afloop minder zorg nodig, bezoeken minder vaak de huisarts en keren sneller terug naar werk of dagelijkse activiteiten. Voor iedere euro die wordt geïnvesteerd, levert dit de samenleving bijna 4 euro op, vooral door minder operaties, lagere zorgkosten en minder ziekteverzuim.¹⁰

PREVENTIE KAN BESPARINGEN OPLEVEREN IN ZORGKOSTEN

Tal van studies op het gebied van voeding, vergrijzing en publieke gezondheidsinterventies laten zien dat preventieve maatregelen het aantal nieuwe gevallen van chronische aandoeningen verlagen en daardoor de toekomstige zorgkosten doen afnemen.¹¹ ►

PREVENTIE VERGROOT WELZIJN EN VERKLEINT ONGELIJKHEID

Preventie gaat niet alleen over het voorkomen van ziekte, maar ook over het versterken van welzijn, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Juist groepen met een lage sociaaleconomische positie profiteren het meest van investeringen in gezonde leefomgevingen, bestaanszekerheid en participatie. Daarmee is preventie ook een gelijkheidsstrategie.

De optelsom van deze inzichten schetst een helder toekomstbeeld: een samenleving waarin investeren in gezondheid net zo vanzelfsprekend is als investeren in onderwijs of infrastructuur. Een systeem dat niet wacht tot mensen ziek worden, maar gezondheid als collectief goed beschermt.

PREVENTIE LEVERT BREDE MAATSCHAPPELIJKE BATEN OP

De baten van preventie reiken verder dan de zorg alleen. Gezondere mensen participeren vaker op de arbeidsmarkt, ervaren meer welzijn en doen minder beroep op sociale voorzieningen. Baten van preventie vallen daarom ook bij werkgevers en het bedrijfsleven in de vorm van lager ziekteverzuim, minder arbeidsongeschiktheid en een langere inzetbaarheid van werknemers.

Een dergelijk systeem is niet alleen beter voorbereid op de uitdagingen van morgen, maar draagt ook bij aan een gezondere samenleving. Deze visie wordt breed gedragen, maar in de praktijk zien we dat het niet eenvoudig is om grootschalige verandering te realiseren. De volgende paragrafen laten dit zien.

2.3 PREVENTIE-INVESTERINGEN IN DE PRAKTIJK

Het belang en de urgentie van preventie is inmiddels breed onderkend in beleid. Zowel het Integraal Zorgakkoordⁱ (IZA, 2022) als het Gezond en Actief Leven Akkoordⁱⁱ (GALA, 2023) benadrukken dat preventie een cruciale rol speelt in het betaalbaar en toegankelijk houden van onze zorg. Het IZA spreekt daarbij expliciet over het versterken van preventief gezondheidsbeleid waarbij er samenwerkt wordt tussen het medisch en sociaal domein. Het GALA sluit hierop aan en vertaalt deze ambitie naar lokaal niveau: gemeenten, verzekeraars en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hebben afspraken gemaakt om via een brede, samenhangende preventie-aanpak gezondheidsachterstanden te verkleinen en gezondere keuzes makkelijker te maken.

De inhoud van het GALA sluit goed aan bij de gemeentelijke visie op preventie. Toch belemmert de huidige financieringsstructuur een duurzame uitvoering. De GALA- en IZA-middelen, in totaal ongeveer €2,8 miljard, zijn in hoofdzaak bedoeld als transformatiegelden: ze moeten een beweging op gang brengen richting een meer preventiegericht zorgsysteem. Via transformatieplannen zouden regio's in kaart brengen wat nodig is om de omslag naar een duurzaam systeem te maken. In de praktijk is die vervolgstap vaak onderbelicht gebleven. Veel plannen richtten zich op het uitvoeren van initiatieven binnen de looptijd van de middelen, maar minder op de structurele borging van resultaten en financiering na afloop van 2026.

Omdat de GALA- en IZA-middelen tijdelijk zijn (2023–2026), kunnen gemeenten resultaten moeilijk borgen. De VNG bevestigt dat slechts een beperkt deel van de middelen, ongeveer €195 miljoen, structureel beschikbaar blijft na 2026.¹² Gemeenten signaleren dat deze projectmatige financiering structurele preventie-inspanningen ondermijnt.

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving geeft aan dat de structurele borging van preventie noodzakelijk is om de ingezette transformatie na afloop van de subsidieperiode duurzaam te laten zijn. Dit kan bijvoorbeeld door inbedding in reguliere bekostigingssystemen of door gezamenlijke *governance* van bijvoorbeeld gemeenten en zorgverzekeraars.

Investeringen in preventieve gezondheidsmaatregelen blijven achter vergeleken met die in de curatieve zorg.¹³ In 2024 is er €113,4 miljard uitgegeven aan gezondheidszorg; hiervan was €6,165 miljard bestemd voor preventieve zorg.¹⁴ Dat betekent dat slechts één op de twintig euro in de Nederlandse gezondheidszorg in 2024 naar preventie ging.

Om te begrijpen waarom preventie, ondanks brede steun, nog geen vanzelfsprekend onderdeel is van ons zorgstelsel, moeten we stilstaan bij de belangrijkste knelpunten die dit in de weg staan.

ⁱ Een zorgakkoord tussen overheden en zorgpartijen dat zich richt op transformatie van de zorgketen

ⁱⁱ Akkoord tussen verschillende overheden en zorgpartijen dat zich richt op het ondersteunen van gemeenten om preventie en gezondheid te bevorderen voor alle inwoners.

2.4 WAAROM PREVENTIE NOG NIET VANZELFSPREKEND IS

Ondanks brede maatschappelijke consensus over het belang van preventie, blijkt structureel investeren in preventieoplossingen moeilijk. Er zijn drie belangrijke knelpunten die een effectieve, integrale en duurzame

investering in preventie belemmeren: 1) een gebrek aan investeringsprikkels, 2) fragmentatie en verzuiling en 3) een beperkte infrastructuur voor opschaling en verankering van preventie.



GEBREK AAN INVESTERINGSPRIKKELS

Een hardnekkig knelpunt in het preventiebeleid is het gebrek aan effectieve prikkels om erin te investeren. Preventieve maatregelen vragen om het nú doen van (voor)investeringen, terwijl de opbrengsten vaak pas na jaren zichtbaar worden en bovendien regelmatig buiten het domein van de financier terechtkomen.¹⁵ Denk aan een gemeente die investeert in gezondheidsbevordering, terwijl uiteindelijk zorgverzekeraars profiteren van lagere zorgkosten.

Niet elk maatschappelijk effect hoeft uiteraard via een financiële prikkel te worden gecompenseerd: verschillende overheidslagen en maatschappelijke partijen dragen elk een eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid. Het probleem is vooral dat deze verantwoordelijkheden onvoldoende op elkaar aansluiten, waardoor gezamenlijke investeringen in gezondheidswinst moeilijk tot stand komen. Dit zogenoemde *wrong-pocket*-mechanisme ontmoedigt samenwerking, belemmert innovatie en verklaart een deel van de onderinvestering in preventie, zeker wanneer budgetten onder druk staan.¹⁶

Tegelijkertijd is het goed te erkennen dat dit principe breder in de zorg voorkomt. Ook bij curatieve zorg profiteren anderen van de maatschappelijke baten: denk aan de financiële besparing bij de werkgever wanneer een werknemer herstelt en daardoor weer aan de slag kan gaan. Het verschil is dat er bij preventie een andere afweging wordt gemaakt dan bij curatieve zorg. Curatieve interventies worden geaccepteerd zolang ze medisch noodzakelijk zijn, preventie kent een veel ingewikkelder afwegingskader met financiële belangen van verschillende partijen, politieke voorkeuren en verschillende wetten en budgetten waar rekening mee moet worden gehouden.



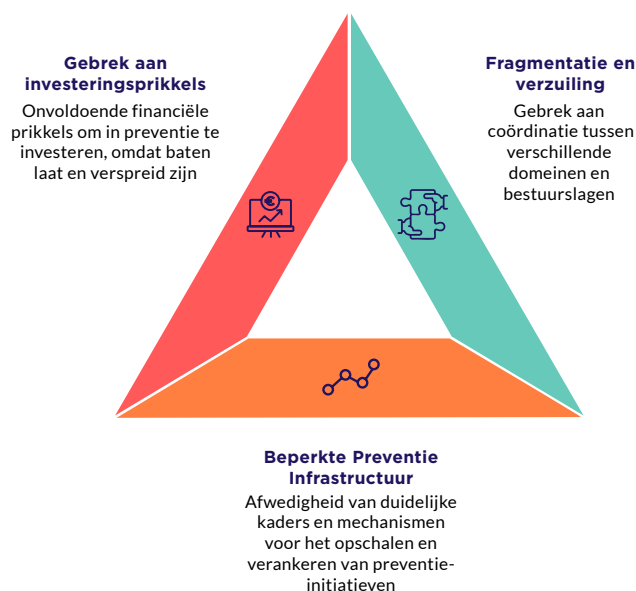
FRAGMENTATIE EN VERZUILING

Preventie raakt aan uiteenlopende domeinen zoals zorg, welzijn, onderwijs en arbeid, en valt bovendien onder de verantwoordelijkheid van meerdere bestuurslagen. Dit zorgt ervoor dat er niet één duidelijke partij is die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de samenhang en uitvoering van preventiebeleid. Elk domein werkt met eigen bekostigingsstructuren, databronnen en beleidskaders, waardoor integrale aanpakken worden belemmerd.¹⁷



BEPERKTE PREVENTIE-INFRASTRUCTUUR

Bestaande wet- en regelgeving in de zorg is primair gericht op genezen en verzorgen van mensen met een bestaande zorgvraag. Structurele verankering van preventie ontbreekt daarin veelal. Zelfs waar preventieve aanpakken aantoonbaar werken, ontbreekt vaak een helder kader om ze breder in te voeren. Er ontbreken eenduidige afspraken over wat we precies meten, hoe we resultaten beoordelen en hoe we daar vervolgens op bekostigen. Ook is de bestuurlijke verankering vaak tijdelijk en is er geen duidelijke manier om behaalde besparingen weer in preventie te investeren. Zonder zulke vaste 'spelregels' wordt opschalen ingewikkeld en kostbaar. Dat leidt tot losse projecten die na verloop van tijd eindigen, terwijl een duurzame aanpak juist vraagt om duidelijke metingen, stabiele afspraken en breed draagvlak. ►



Deze barrières zijn niet onoverkomelijk. Onder leiding van Staatssecretaris Tielen bouwt het ministerie van VWS momenteel een investeringsmodel voor preventie. Dit doet het door richtlijnen op te zetten voor passend bewijs voor preventie, een afwegingskader te creëren, financiële besluitvorming te stroomlijnen en relevante data beter te ontsluiten.¹⁸

Maar ook vanuit het veld laten steeds meer initiatieven zien dat het anders kan; met andere manieren van organiseren, meten en financieren. In de volgende hoofdstukken presenteren we voorbeelden uit binnen- en buitenland die laten zien hoe financiële en organisatorische

prikkel kunnen worden ingericht om gezondheidswinst te bevorderen, hoe samenwerking over domeingrenzen heen kan worden versterkt en hoe besluitvorming en bekostiging op grotere schaal kunnen worden vormgegeven. Zo ontstaan meerdere routes om preventie structureel te verankeren in het zorgstelsel.

De casussen zijn bedoeld als inspirerende voorbeelden van wat mogelijk is. Het succes hangt sterk samen met de lokale context. Niet alle elementen zijn één-op-één overdraagbaar naar Nederland, maar ze laten wel zien dat het anders kan. 🧩

“De hoeveelheid goede initiatieven die op papier een positieve businesscase laten zien blijkt in de praktijk weerbarstiger. Daarnaast is het ook lastig om financiering te koppelen aan aspecten die als 'maatschappelijke bijvangst' geclassificeerd worden, omdat die opbrengsten niet landen bij degene die investeert.”

– MAARTEN FISCHER, PROGRAM MANAGER NOABER FOUNDATION
(MEDE-FINANCIER VAN HET BEWEEGHUIS)

3 GEBREK AAN INVESTERINGSPRIKKELS: HOE LATEN WE PREVENTIE LONEN?

FINANCIERING OP BASIS VAN IMPACT

Partijen vinden investeren in preventie vaak onaantrekkelijk. De kosten zijn direct, terwijl de opbrengsten pas later komen en bovendien niet altijd terechtkomen bij de partij die betaalt. Tegelijk ervaren veel uitvoerders een spanningsveld: zij willen investeren in gezondheid en welzijn, maar worden gestuurd door bekostigingssystemen die vooral zorgverlening op basis van volume belonen. Daardoor kunnen kansrijke preventieve aanpakken moeilijk opschalen en blijven ze tijdelijk en kwetsbaar.

HOE WERKT DIT KNELPUNT?

- **Baten vallen elders of later.** De partij die investeert ziet de financiële winst niet of pas veel later terug. Zonder afspraken over het delen van voordelen blijft investeren onaantrekkelijk.
- **Korte looptijden en geen plek voor voorinvesteringen.** Jaar-op-jaar begroten maakt het moeilijk om nu te investeren en latere opbrengsten te verzilveren of terug te laten vloeien.
- **We betalen voor handelingen, niet voor resultaten.** De bekostiging belooft verrichtingen; gezondheidswinst en maatschappelijke effecten worden nauwelijks beloond. Het meten van preventieve resultaten vormt daarbij ook een obstakel. De effecten van preventie zijn vaak pas op lange termijn zichtbaar en moeilijk toe te schrijven aan één interventie of partij. Deze beperkte bewijsbasis maakt resultaatfinanciering complex: zonder betrouwbare data over gezondheidseffecten en kostenbesparingen blijft het lastig om contracten op uitkomsten te sluiten.



De voorbeelden in dit hoofdstuk tonen hoe innovatieve financieringsvormen de prikkels kunnen kantelen. Of het nu gaat om een regiobudget, een impactbond of resultaatgerichte betaling: in alle gevallen wordt het risico verlegd, worden opbrengsten gedeeld en wordt gezondheidswinst financieel beloond. Zo ontstaat een ander speelveld: één waarin investeren in preventie voor alle betrokken partijen wél loont.

GESUNDES KINZIGTAL DUITSLAND



Net als Nederland, kampt Duitsland met stijgende zorgkosten en een gefragmenteerd systeem waarin financiële prikkels liggen bij productie van zorg. Preventie en samenwerking worden nauwelijks beloond. Er is weinig stimulans om samen te investeren in gezondheid. Het Duitse Kinzigal laat zien hoe één gedeeld regiobudget en gezamenlijke verantwoordelijkheid de financiële prikkels kunnen kantelen en samenwerking beloont.

LOCATIE:

Kinzigal, Zuidwest-Duitsland

DOELGROEP:

Ongeveer 70.000 inwoners, waarvan 34.000 verzekerd bij AOK Baden-Württemberg en LKK/SVLFG Baden-Württemberg

INITIATIEFNEMERS/PARTNERS:

- Gesundes Kinzigal GmbH (eigendom van artsennetwerk MQNK (66,3%)
- OptiMedis AG (33,7%)

FINANCIERINGSVORM:

Langjarig contract (minimaal 10 jaar) op basis van populatiebesteding en *shared savings*. €4 miljoen startkapitaal geïnvesteerd door verzekeraar.

WAAROM HET WERKT

- Regiobudget met langlopende contracten en *shared-savings* systematiek;
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverleners en verzekeraars;
- Transparant en onafhankelijk data-management en vooraf vastgelegde outcomes-meting.

CASEBESCHRIJVING

In 2005 werd in de Zuid-Duitse regio Kinzigal een alternatief ontwikkeld: *Gesundes Kinzigal*. Dit is een regionaal zorgmanagementmodel waarin zorgverleners en statutaire zorgverzekeraars gezamenlijk financieel verantwoordelijk zijn voor de gezondheid van de bevolking, het optimaliseren van de patiëntervaring en het verlagen van de zorgkosten. De uitvoering en het beheer van het regiobudget liggen bij Gesundes Kinzigal GmbH, een samenwerkingsverband van het regionale artsennetwerk en de organisatie OptiMedis AG, dat meerjarige contracten heeft met de twee regionale zorgverzekeraars.

Het programma verbindt zorgverleners, verzekeraars, organisaties, bedrijven en scholen. Samen werken zij aan gezondheid, preventie en betrokkenheid. De aanpak draait om integrale zorg: alle betrokken partijen werken samen aan één doel: de gezondheid van de regio verbeteren en zorg slimmer organiseren. Ze doen dit via gezamenlijke digitale patiëntendossiers en gezamenlijke managementstructuren. Alle verzekerden hebben bijvoorbeeld toegang tot programma's gericht op preventie zoals leefstijlprogramma's, stoppen-met-roken-begeleiding en fysiotrainingen, sport en voeding voor risicogroepen. Aanvankelijk speelde de huisarts hierin een centrale rol als vertrouwenspersoon en begeleidde patiënten bij het formuleren van gezondheidsdoelen. Later installeerde Gesundes Kinzigal verpleegkundigen en maatschappelijk werkers als casemanagers, vooral voor complexe patiënten met meerdere aandoeningen.

“Zorgverzekeraars moeten worden beloond voor het verbeteren van de gezondheid van hun populatie, niet voor een ziekere populatie.”

– DR HELMUT HILDEBRANDT
CEO OPTIMEDIS DE

EEN REGIOBUDGET DAT SAMENWERKING BELOONT

De kern van het model is een *shared savings*-contract: de jaarlijkse zorguitgaven in de regio worden vergeleken met een risicogecorrigeerde, landelijke norm. Blijven de kosten daaronder, dan wordt de besparing gedeeld tussen de zorgverzekeraars en Gesundes Kinzigtal GmbH; deelnemende zorgverleners profiteren via het netwerk van die opbrengsten. Een deel van de besparing wordt ieder jaar door Gesundes Kinzigtal GmbH geïnvesteerd in nieuwe preventie- en innovatietrajecten.

Deze prikkelstructuur maakt gezondheid economisch aantrekkelijk. In plaats van meer behandelingen leveren partijen juist waarde door minder zorg nodig te maken. Gezondheid, niet productie, bepaalt het rendement.

Met het startkapitaal zijn een regiomanagement- en dataplatform opgebouwd die samenwerking en kwaliteitsverbetering ondersteunen. Het platform biedt continu inzicht in zorggebruik en uitkomsten. Sindsdien draait het model op gedeelde besparingen, gedragen door vertrouwen, transparantie en meerjarige contracten.

RESULTATEN EN IMPACT¹⁹



Minder ziekenhuisopnames: 20% minder ziekenhuisopnames (ten opzichte van de controlegroep).



Kostenreductie: €6,8 miljoen lagere uitgaven door zorgverzekeraars in 2020. Over de periode 2007 tot en met 2020 was dit cumulatief €66,7 miljoen.



Deelnemers bereiken het moment van behoefte aan langdurige verpleeghuiszorg gemiddeld drie jaar later dan de controlegroep.



Ervaren regie en vertrouwen: deelnemers rapporteren meer regie over hun gezondheid en meer vertrouwen in de huisarts als coördinator van zorg. 92,1% zou deelname aanbevelen.

LES VOOR NEDERLAND

Het model in Kinzigtal laat zien dat preventie loont wanneer zorgverzekeraars én zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor gezondheid en samen één regiobudget met een *shared-savings* mechanisme beheren. Leidt een investering in gezondheidsbevordering tot lagere zorgkosten, dan worden de baten verdeeld onder de betrokken partijen. Zo ontstaat een directe prikkel om te investeren in betere gezondheid.



INTERVIEW MET HELMUT HILDEBRANDT – CEO Optimedis DE

Wat is het grootste voordeel én risico van het *shared savings*-model?

“De kern van het *shared savings*-model is dat je investeert in gezondheidsbevordering en preventie. Als dat leidt tot lagere zorgkosten, krijg je een deel van de besparingen uitgekeerd. Het grootste voordeel is dat zorgverleners gestimuleerd worden om te investeren in betere gezondheid.

Het grootste risico is de lange tijdsvertraging: je investeert nu, maar ziet pas jaren later of er daadwerkelijk financiële winst én gezondheidswinst is. Ook is het risico aanwezig dat investeringen niet altijd renderen bij elke patiëntengroep.”

Welke randvoorwaarden zijn essentieel voor het succes van dit model?

“Succes vraagt om snelle en transparante resultaatmeting, vereenvoudigde regelgeving,

deelname van alle verzekeraars in een regio, focus op samenwerking en een omslag van ‘betalen voor diensten’ naar ‘belonen voor gezondheidswinst’. Patiënten moeten actief betrokken zijn, en data-gedreven besluitvorming is essentieel. Zonder deze voorwaarden blijven duurzame populatiebekostiging en *shared savings* kwetsbaar en moeilijk te implementeren.”

STEVIG STAAN NEDERLAND



Valincidenten zijn de grootste oorzaak van letsel en blijvende zorgafhankelijkheid bij ouderen. De directe zorgkosten bedroegen in 2024 €1,5 miljard en deze stijgen naar verwachting tot €5 miljard in 2050.²⁰ Hoewel bewezen is dat valtrainingen en beweegprogramma's deze kosten kunnen beperken, ontbrak het in 2022 nog aan structurele financiering. Gemeenten draaiden vaak op voor de uitvoering, terwijl verzekeraars profiteerden van lagere zorgkosten. Daardoor voelde geen enkele partij zich financieel verantwoordelijk om te investeren.

De Health Impact Bond Stevig Staan laat zien hoe tijdelijke voorfinanciering door private investeerders publieke investeringen in preventie kan versnellen en risico's kan verlagen.

LOCATIE:

Noord-Limburg (7 gemeenten)

DOELGROEP:

Thuiswonende ouderen (70+) met verhoogd valrisico

INITIATIEFNEMERS/PARTNERS:

- Gemeenten
- Zorgverzekeraars (VGZ, CZ)
- VGZ Zorgkantoor
- De Zorggroep
- Investeerders (BNP Paribas, Rabobank, Bridges, Invesdor)
- Social Finance NL
- Vilans
- VeiligheidNL

FINANCIERINGSVORM:

Health Impact Bond, €2,8 miljoen voorgefinancierd door private investeerders, terugbetaling door gemeenten en zorgverzekeraars bij aantoonbare besparingen.

WAAROM HET WERKT

- Private investeerders financieren voor, betaling volgt pas bij aantoonbare gezondheidswinst.
- Transparante meting en gezamenlijke verantwoording tussen zorg, gemeenten en zorgverzekeraars.

CASEBESCHRIJVING

Eind 2022 lanceerden gemeenten en zorgverzekeraars Stevig Staan: de eerste Nederlandse Health Impact Bond (HIB) op het terrein van valpreventie. Het principe was eenvoudig maar vernieuwend: private investeerders financierden vooraf een valpreventieprogramma dat onder andere bestaat uit een valpreventiecursus.

Gemeenten, zorgverzekeraars en het zorgkantoor betalen investeerders alleen terug wanneer de vooraf vastgestelde gezondheidsdoelen daadwerkelijk worden behaald, in dit geval een aantoonbare daling van het aantal valincidenten onder ouderen.

Door de financiële risico's tijdelijk bij de investeerders te leggen, ontstond er eindelijk investeringsruimte om valpreventie op schaal te organiseren. Tegelijkertijd dwong de constructie tot scherpere resultaatmeting, transparantie en samenwerking tussen partijen die normaal gesproken elk hun eigen financieringskaders hanteren.

De HIB maakte ontschotting concreet: het is de eerste resultaatfinanciering die gemeenten, zorgverzekeraars én zorgkantoren gezamenlijk laat investeren in één preventieprogramma. Daarmee worden de baten en kosten voor het eerst domeinoverstijgend gedeeld, een directe doorbraak van het *wrong pocket* -mechanisme.

“Iedereen ziet de waarde van preventie, maar niemand voelt zich vanzelf verantwoordelijk om de rekening te betalen. Daar heb je nieuwe financieringsvormen voor nodig.”

– MARLEEN JANSEN, RABOBANK

RESULTATEN EN IMPACT²¹

De resultaatmeting van Stevig Staan loopt tot twee jaar na deelname. Een overzicht van de tussentijdse cijfers (2023/2025) laat de volgende resultaten zien:



1.825 ouderen hebben meegedaan aan de valpreventiecursus



Onder de deelnemers zijn 617 valincidenten voorkomen. Dit is een daling van 66,6%.



Leefstijlaanpassing: 61% werd actiever of deed oefeningen



Bespaarde zorgkosten: € 1,1 miljoen



Gemiddeld rapportcijfer: 8,3

De HIB fungeerde als katalysator: een tijdelijk instrument om een bewezen interventie te financieren tot structurele inbedding mogelijk werd. Die stap is inmiddels gezet: sinds 2023 ontvangen gemeenten vaste middelen voor valpreventie. Ook binnen het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) vormt het een speerpunt, met vaste financieringslijnen voor gemeenten en zorgverzekeraars. Daarmee heeft de HIB gedaan wat hij moest doen: het investeringsgat overbruggen, de meerwaarde van preventie aantonen en de weg openen naar reguliere financiering.

LES VOOR NEDERLAND

De casus Stevig Staan laat zien dat een Health Impact Bond het investeringsprobleem in preventie kan doorbreken. Private voorfinanciering en resultaatgerichte betaling maakten valpreventie op schaal mogelijk en bevorderden samenwerking tussen partijen met gescheiden budgetten. De HIB fungeert als tijdelijke hefboom naar structurele bekostiging: een instrument dat de weg kan banen van privaat voorfinancieren naar een duurzaam publiek stelsel voor preventie.



INTERVIEW MET MARLEEN JANSEN

– Sectormanager Gezondheidszorg Rabobank

Wat laat de Health Impact Bond voor valpreventie zien over de financiering van preventie?

“Iedereen vindt preventie belangrijk, maar uiteindelijk voelt geen enkele partij zich geroepen om daar structureel voor te betalen, vaak omdat ze niet profiteren van de baten. Bij valpreventie zie je dat heel scherp: gemeenten wijzen naar verzekeraars, verzekeraars naar gemeenten. Met de HIB hebben we dat patroon doorbroken en partijen waren geïnspireerd om samen te investeren.”

Wat bepaalt volgens u het succes van een HIB als Stevig Staan?

“Een HIB is complex, het kost zeker één tot twee jaar om zoiets op te zetten. Succes hangt niet alleen af van het contract, maar van mensen die lef tonen en bereid zijn door te zetten. Je moet met elkaar in een heel andere dynamiek stappen, gebaseerd op vertrouwen en omgaan met data, en de wil om maatschappelijke resultaten centraal te zetten en daarop worden afgerekend.”

Welke les leert de HIB valpreventie ons over de manier waarop partijen moeten samenwerken?

“Je moet bereid zijn om uit je eigen rol te stappen en echt samen te werken. Gemeenten, verzekeraars en investeerders hebben allemaal andere belangen en tempo's. De belangrijkste winst van een HIB vind ik dat er transitie wordt gerealiseerd met inzicht in de data, zodat goed kan worden geëvalueerd. Met transities, zoals meer preventie, komen we dichterbij een vitale samenleving, zelfs als het doel niet volledig wordt gerealiseerd.”

CHILDREN'S WELFARE SOCIAL IMPACT BOND FINLAND



In Finland reageerde de jeugdzorg voorheen wanneer de situatie al geëscaleerd was. Dat leidde tot hoge kosten, door intensieve vormen van jeugdbescherming en pleegzorg. Preventieve ondersteuning was versnipperd en afhankelijk van tijdelijke subsidies.

Gemeenten wilden wel investeren in vroegsignalering en gezinsondersteuning, maar misten financiële ruimte en zekerheid. De Finse Lapset-SIB laat zien hoe resultaatgerichte betaling en gedeelde verantwoordelijkheid vroegtijdige hulp structureel mogelijk maakt.

LOCATIE:

Vijf Finse gemeenten: Helsinki, Hämeenlinna, Kemiönsaari, Lohja, Vantaa.

DOELGROEP:

Kinderen, jongeren en gezinnen met verhoogd risico op uithuisplaatsing of psychosociale problemen.

INITIATIEFNEMERS/PARTNERS:

- Sitra (innovatiefonds)
- FIM (fondsmanager)
- Central Union for Child Welfare
- SOS Children's Village
- Iceheart

FINANCIERINGSVORM:

Social Impact Bond met looptijd van 12 jaar, risico gespreid over vijf gemeenten; uitbetaling bij gerealiseerde outcomes en kostenreductie.

WAAROM HET WERKT:

- Schaalvoordelen door één contract voor meerdere gemeenten, met gedeelde verantwoordelijkheid.
- Onafhankelijke monitoring en landelijke coördinatie.

CASEBESCHRIJVING

In 2019 lanceerde het publieke innovatiefonds Sitra de Children's Welfare Social Impact Bond (Lapset-SIB).

Binnen een landelijk raamwerk konden gemeenten deelnemen aan een gezamenlijk fonds. Private investeerders financierden preventieve diensten vooraf; gemeenten betaalden alleen terug bij aantoonbare resultaten, zoals minder uithuisplaatsingen, schooluitval of gespecialiseerde hulp.

Sitra bracht partijen samen, zoals vermogensbeheerder FIM, de Central Union for Child Welfare (LSKL) en de deelnemende gemeenten, en ontwikkelde een gestandaardiseerd juridisch kader. De gedeelde verantwoordelijkheid ligt in de inrichting van risico's, besluitvorming en evaluatie:

- Gemeenten betalen alleen bij bewezen resultaat en zijn samen verantwoordelijk voor de lokale uitvoering;
- Private investeerders dragen de voorfinanciering en delen financieel risico en rendement;
- Sitra fungeert als systeemspeler, investeert mee en borgt kennisdeling, transparantie en centrale coördinatie;
- Het Finnish Institute for Health and Welfare (THL) voert onafhankelijke monitoring uit met uniforme indicatoren.

Deze opzet vormde een gezamenlijk leer- en financieringsmodel: gemeenten konden risico's delen, leren van elkaars data over voortgang & effecten en profiteren van bewezen preventieve opbrengsten.

De Lapset-SIB bracht niet alleen financiering samen, maar ook bestuurlijke continuïteit en gedeeld eigenaarschap over resultaten. Sitra introduceerde het instrument in Finland om publiek geld effectiever en resultaatgerichter in te zetten: niet als tijdelijke financieringsvorm, maar als hefboom voor systeemverandering. Door betaling te koppelen aan maatschappelijke effecten ontstond een cultuurverschuiving van productiegericht naar impactgericht werken.

“We werkten onder één gezamenlijke paraplu en één fonds; binnen dat kader kan elke gemeente haar eigen aanpak kiezen.”

– MIKA PYYKKÖ,
VOORMALIG PROJECT DIRECTOR IMPACT INVESTING, SITRA

RESULTATEN EN IMPACT²²



600 kinderen en jongeren kregen intensieve, op maat gesneden preventieve ondersteuning.



Welzijnsscores van gezinnen zijn verbeterd; de gezinsbrede aanpak voorkomt sociale uitsluiting.



€8,5 miljoen geïnvesteerd, waarvan circa €4 miljoen uitgekeerd als beloning voor bewezen effecten. Gemeenten betalen dit uit gerealiseerde besparingen.



Kwantitatieve data (zorgconsumptie, welzijn) is nog beperkt openbaar. Kwalitatieve feedback toont dat gezinnen zich beter ondersteund voelen en hulp eerder wordt ingezet.

LES VOOR NEDERLAND

De Lapset-SIB maakt duidelijk dat het loont om te betalen voor resultaten in plaats van verrichtingen en dat een landelijk kader voor resultaatfinanciering samenwerking structureel maakt.

Door centrale coördinatie te combineren met ruimte voor lokaal maatwerk en door financiering te koppelen aan aantoonbare effecten én verantwoordelijkheid te delen tussen publieke en private partijen, wordt preventie een rendabele, gezamenlijke investering in plaats van een kostenpost. Zo ontstaat een prikkel om eerder in te grijpen en samen te investeren in duurzame verbetering van gezondheid en welzijn.

INTERVIEW MET MIKA PYYKKÖ – Voormalig Project Director Impact Investing, Sitra

Waarom kozen jullie voor een Social Impact Bond?

“We wilden laten zien dat je privaat geld kunt inzetten in een sterk publiek stelsel als je de publieke betaling koppelt aan bewezen resultaten. Gemeenten lopen dan minder risico en krijgen een prikkel om eerder te investeren in hulp aan gezinnen.”

Hoe maakten jullie het SIB-model geschikt voor zowel landelijke coördinatie als lokale uitvoering?

“Bij Sitra legde mijn team de

basis voor het SIB-model. Daarna selecteerden gemeenten via inkoop één onafhankelijk SIB-fonds met programma-management om de uitvoering te organiseren. Het ging om één centraal fonds waar meerdere gemeenten op konden aansluiten. Elke gemeente werkt met een eigen aanpak en doelgroep die past bij de lokale situatie. Wij hebben het basisontwerp gemaakt met duidelijke doelen, een manier van meten en wat de effecten in euro's betekenen. Daardoor konden we met investeerders en gemeenten op dezelfde basis afspraken maken. In de uitvoering richtte en beheerde de geselecteerde fondsmanager het SIB-fonds,

terwijl de Central Union for Child Welfare de programmaregie voerde, inclusief de selectie en coördinatie van dienstverleners.”

Hoe sturen jullie effectief op resultaten?

“We betalen voor concrete en controleerbare uitkomsten. In Hämeenlinna kijken we bijvoorbeeld of jongens op hun achttiende naar school gaan of werken. Tussentijds kunnen we ook betalen als kosten dalen of het op school beter gaat. Mijn advies is simpel: begin met het probleem goed begrijpen, stel daarna heldere en meetbare doelen en kies pas daarna de activiteiten die je gaat uitvoeren.”



CONCLUSIE: VAN KOSTENPOST NAAR GEZAMENLIJKE INVESTERING IN GEZONDHEID

Dit hoofdstuk laat zien dat de structurele onderwaardering van preventie in de gezondheidssystemen deels geworteld is in verkeerde financiële prikkels en een ongelijke verdeling van baten en lasten. Deze mechanismen versterken elkaar en maken dat investeren in preventie structureel onaantrekkelijk is. Ondanks het bewijs dat preventie gezondheidswinst en kostenreducties oplevert voor de maatschappij, loont het voor individuele organisaties niet altijd om hieraan bij te dragen. Hierdoor blijven effectieve interventies fragmentarisch en kwetsbaar.

De casussen tonen dat het anders kan.



Het Duitse Kinzigtal pakte het probleem van baten die elders of pas later zichtbaar worden aan door zorgverleners en zorgverzekeraars gezamenlijk financieel verantwoordelijk te maken voor de gezondheid van de regionale populatie. Dankzij een meerjarig regiobudget en een *shared-savings*-mechanisme worden besparingen gedeeld en opnieuw geïnvesteerd in preventie. Hierbij verschuift de bekostiging van het betalen voor verrichtingen naar het belonen van gezondheidsresultaten.



De Nederlandse Health Impact Bond Stevig Staan doorbrak onder andere het probleem dat voorinvesteringen in preventie moeilijk te organiseren zijn en baten vaak bij anderen terechtkomen. Door private investeerders tijdelijk het risico te laten dragen, ontstond ruimte om op schaal te investeren in valpreventie zonder dat gemeenten of zorgverzekeraars vooraf zekerheid hoefden te hebben over de uitkomsten. Pas bij bewezen resultaten, dat wil zeggen: minder valincidenten en lagere zorgkosten, volgde betaling. Daarmee wordt een verschuiving gerealiseerd van betaling voor handelingen naar beloning voor impact.



De Finse Lapset-SIB brengt alle drie de in dit hoofdstuk beschreven knelpunten samen. Gemeenten wilden investeren in vroegsignalering en gezinsondersteuning, maar de baten vielen elders of pas op lange termijn, en er was geen ruimte voor voorinvesteringen binnen de gemeentelijke begroting. Door private investeerders de startkosten te laten dragen en betaling pas te laten plaatsvinden bij aantoonbare resultaten, veranderde de financiële prikkelstructuur fundamenteel. Het systeem beloont niet langer verrichtingen, maar maatschappelijke resultaten.

Deze voorbeelden laten zien dat preventie pas duurzaam van de grond komt wanneer investeren in gezondheid ook financieel loont. Dat vraagt niet alleen om nieuwe prikkels via innovatieve financieringsvormen, maar ook om duidelijke kaders voor samenwerking, transparantie en herinvestering van behaalde baten.

Resultaatfinanciering en preventiefinanciering liggen dicht bij elkaar. Waar resultaatfinanciering *achteraf* beloont voor behaalde gezondheidsuitkomsten, maakt preventiefinanciering die uitkomsten mogelijk door *vooraf* ruimte te scheppen voor samenwerking, meting en investeren in de basis.

De casussen laten zien dat vormen van resultaatfinanciering alleen houdbaar zijn als de resultaten ook betrouwbaar en eenduidig kunnen worden gemeten. In veel preventieprogramma's is de bewijsbasis nog beperkt of versnipperd, waardoor het lastig is om effecten toe te schrijven aan één interventie of partij. Structurele dataverzameling, gezamenlijk vastgestelde succes indicatoren en onafhankelijke evaluatie zijn daarom cruciale voorwaarden om deze aanpak op grotere schaal te kunnen toepassen. Preventiefinanciering is nodig om de meetkundige basis te versterken die resultaatfinanciering vereist en om de omslag te versnellen. Zodra gezondheid zelf de uitkomst is waarop wordt betaald, vallen beide samen.

4 FRAGMENTATIE EN VERZUILING: HOE WERKEN WE ALS ÉÉN SYSTEEM?

FINANCIERING VAN SAMENWERKING

In veel zorgsystemen zorgen centrale sturing op afstand, parallelle geldstromen en losse loketten voor fragmentatie. Zorgaanbieders werken langs elkaar heen, met eigen contracten en indicatoren waardoor samenhang en gezamenlijke sturing verloren gaan. De budgetten en contracten zijn verspreid over verschillende wetten, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid (Wpg) en worden afzonderlijk verantwoord. Het is daardoor moeilijk om te investeren in initiatieven die domeinen verbinden, terwijl juist die investeringen nodig zijn om gezondheid én vertrouwen te versterken.

Preventie vraagt om samenwerking over domeingrenzen heen, maar in de praktijk ontbreekt het aan gedeelde spelregels, resultaatafspraken en een besluitvormingsstructuur.

HOE WERKT DIT KNELPUNT?

- **Gescheiden verantwoordelijkheden en sturing.** Beleidsdomeinen en bestuurslagen hebben elk hun eigen doelen, wetgeving en budgetten. Regie over gezondheid ontbreekt, omdat geen enkele partij eindverantwoordelijk is voor het geheel.
- **Gesloten financieringsstructuren.** De Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet en Wpg kennen gescheiden betaaltitels en verantwoordingskaders. Gezamenlijke investeringen in gezondheid passen daar zelden in, waardoor middelen moeilijk te bundelen zijn en samenwerking stokt.
- **Gebrek aan gedeelde regie en gezamenlijke herinvestering.** In veel regio's werken zorgverleners, gemeenten en zorgverzekeraars nog met gescheiden budgetten en besluiten. Daardoor ontbreekt een gezamenlijke financiële structuur om middelen te bundelen, opbrengsten te herinvesteren en preventie regionaal te sturen. Zonder gedeelde regie blijven integrale plannen afhankelijk van tijdelijke programma's en incidentele middelen.

De voorbeelden in dit hoofdstuk laten zien dat het wél mogelijk is om de schotten tussen domeinen te doorbreken. Door eigenaarschap en besluitvorming dichter bij inwoners te leggen, door zorg en sociaal domein te verbinden via gezamenlijke trajecten en door te bouwen aan regionale fondsen waarin partijen samen investeren in gezondheid.

NUKA SYSTEM OF CARE ALASKA



De overheid organiseerde de oorspronkelijke gezondheidszorg in Alaska bureaucratisch, gefragmenteerd en top-down, met hoge kosten, slechte gezondheidsuitkomsten en weinig aansluiting bij de lokale gemeenschap. Inwoners voelden zich niet gezien, preventie kwam nauwelijks voor en de zorg sloot slecht aan op hun wensen en cultuur, wat leidde tot weinig vertrouwen en lage tevredenheid.

Het Nuka System of Care toont dat lokaal eigenaarschap, gebundelde middelen en langdurige relaties resulteren in betere gezondheidsuitkomsten en meer vertrouwen in het systeem.

LOCATIE:

Alaska, VS

DOELGROEP:

Alaska Native-gemeenschap

INITIATIEFNEMERS:

Southcentral Foundation (volledig eigendom van de gemeenschap)

FINANCIERINGSVORM:

Structurele contracten met publieke en private zorgverzekeraars; lokale herverdeling binnen één budget

WAAROM HET WERKT:

- ■ Eigenaarschap en co-design door de lokale Alaska Native gemeenschap.
- ■ Integraal regiobudget voor zorg en welzijn.
- ■ Vaste multidisciplinaire teams met langdurige relaties met bewoners.

CASEBESCHRIJVING

In Alaska koos Southcentral Foundation (SCF), volledig bestuurd door de Alaska Native gemeenschappen, voor een radicale omslag. De federale overheid sluit op basis van de Indian Self-Determination Act meerjarige contracten met SCF, waardoor inwoners eigenaarschap over het zorgsysteem krijgen. Deze contracten geven SCF de zeggenschap over één lokaal beheerd, gebundeld budget voor zowel traditionele als westerse zorg. Vaste teams rond gezinnen kregen zo de ruimte om te doen wat lokaal werkt, zonder te verdwalen in aparte potjes en protocollen.

ZORG IN HANDEN VAN DE GEMEENSCHAP

Daarmee ontstond het Nuka System of Care, een integraal zorgmodel dat fragmentatie juist voorkomt: lokale teams beslissen gezamenlijk over middelen en zorg. Traditionele en westerse zorg komt uit één gebundeld budget en elk gezin heeft één vast zorgteam dat op basis van gedeelde informatie en doelen stuurt; zo vervallen dubbele overdrachten en loketten. Inwoners zijn geen patiënten meer maar *customer-owners*, actieve mede-eigenaars van hun gezondheid. In die vaste relaties staan gedeelde besluitvorming en culturele veiligheid centraal, waardoor zorgverleners beter kunnen inspelen op de context, waarden en wensen van de klant. Gemeenschapsraden en gemeenschapsleiders leveren doorlopend feedback, zodat prioriteiten en verbeteringen zichtbaar uit de gemeenschap voortkomen. Laagdrempeligheid en toegankelijkheid staan centraal, met waar mogelijk afspraken op dezelfde dag. Volgens SCF zijn langdurige persoonlijke relaties met wederzijds vertrouwen de sleutel tot gedragsverandering en betere gezondheidsuitkomsten.

Nuka wordt gefinancierd uit een mix van publieke en private bronnen, grotendeels via vaste budgetten. Ongeveer de helft komt van de Indian Health Service; de rest uit Medicaid, Medicare en particuliere verzekeraars. Het is daarmee geen volledig publiek systeem, maar een maatschappelijk model waarin publieke en private middelen samenkomen.

RESULTATEN EN IMPACT²³



In de vier jaar na de overgang op het Nuka System of Care (2000-2004) daalde het aantal spoedeisende hulp-bezoeken met 44%.



Sinds 2000 daalde het aantal ziekenhuis-opnames met 43% en het aantal poliklinische bezoeken structureel met 33%.



De gemiddelde zorgkosten per inwoner daalden tot ongeveer \$3.500–\$4.500 per jaar, ongeveer de helft van het Amerikaanse gemiddelde.



90% van de zorgmedewerkers en 98% van de *customer-owners* geeft aan tevreden te zijn met het Nuka systeem.

LES VOOR NEDERLAND

Het Nuka System of Care laat zien dat relatiegerichte zorg, lokaal eigenaarschap en een integraal regiobudget kunnen leiden tot betere gezondheidsuitkomsten en lagere kosten, doordat zorg aansluit bij de waarden en behoeften van de gemeenschap. Echte verandering ontstaat wanneer eigenaarschap én middelen terecht komen bij de mensen in de regio zelf. Dat vraagt om het verschuiven van centrale sturing naar regiobudgetten of gezondheidsfondsen, waarin gemeenten, zorgverzekeraars en inwoners samen beslissen en investeren in wat lokaal werkt.

“Wij meten succes af aan de kracht van relaties, niet aan het aantal verrichte zorgtaken.”

– APRIL KYLE,
CEO VAN SOUTHCENTRAL FOUNDATION



INTERVIEW MET APRIL KYLE – CEO Southcentral Foundation

Wat was de aanleiding voor de transformatie naar het Nuka-model?

“We hadden een systeem dat niet voor onze gemeenschap werkte. Het was bureaucratisch, slecht georganiseerd en mensen voelden zich er niet veilig. Toen we de kans kregen om zelf verantwoordelijkheid te nemen, hebben we de zorg opnieuw ingericht. Alles begon met luisteren naar de gemeenschap. Wat hebben jullie nodig?

Wat mist er? En van daaruit zijn we gaan bouwen.”

Het Nuka-model is ontstaan vanuit en met de Alaska Native-gemeenschap. Is het denkbaar dat een zorgsysteem elders, met een heel andere cultuur, deze principes ook kan overnemen?

“Absoluut. Hoewel onze aanpak geworteld is in waarden als familie, gemeenschap en wederkerigheid, zijn de onderliggende principes universeel:

relatiegerichte zorg, vertrouwen en zeggenschap. Waar we ook komen, Londen, Singapore of Nieuw-Zeeland, zien we dezelfde behoefte: mensen willen gezien en gehoord worden, als hele mens en niet enkel als patiënt. Belangrijk is wel dat je het model niet letterlijk kopieert, maar vertaalt naar de lokale context. Begin bij de waarden van je eigen gemeenschap: dáár ligt de sleutel tot duurzame verandering.”

GELIJKGEZOND NEDERLAND



Veel inwoners met gezondheidsproblemen hebben ook te maken met schulden, stress of slechte woonomstandigheden. Door de scheiding tussen zorg en sociaal domein blijft de samenhang vaak onopgemerkt en on(der)gefinancierd.

GelijkGezond laat zien hoe integrale begeleiding en gezamenlijke resultaatfinanciering deze systeemgrens kunnen doorbreken.

Met ruim € 5 miljoen aan transformatiegelden uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) kan GelijkGezond deze domeinoverstijgende aanpak opzetten en opschalen, onder meer in Tilburg en Dordrecht.

LOCATIE:

Nederland (gestart in Amersfoort)

DOELGROEP:

Mensen met een minimuminkomen of in een kwetsbare positie.

INITIATIEFNEMERS/PARTNERS:

- Impact investeerders en fondsen (AHTI, Noaber Foundation, Invest-NL, Rabo Foundation, Buurtzorg Nederland, Instituut GAK, VSB Fonds, Philips Foundation, Parsifal BV, Council of Europe Development Bank – CEB)
- Gemeenten
- Zorgverzekeraars (VGZ, DSW en andere Nederlandse zorgverzekeraars)
- onafhankelijke evaluatie door Ecorys.

FINANCIERINGSVORM:

Resultaatfinanciering met voorfinanciering door impact investeerders en IZA-transformatiegelden; impact investeerders dragen het eerste risico, gemeenten en zorgverzekeraars betalen alleen bij bewezen resultaten

WAAROM HET WERKT:

- Integrale begeleiding over domeinen heen (zorg, welzijn, wonen, inkomen).
- Kleine teams met mandaat en lage drempels.
- De lokale, persoonsgerichte aanpak.

CASEBESCHRIJVING

GelijkGezond is in 2023 opgezet om de kloof in gezonde levensverwachting tussen arm en rijk te verkleinen door een integrale aanpak die zorg en sociaal domein verbindt. Mensen met een minimuminkomen kampen vaak met een opeenstapeling van problemen: slechte gezondheid, schulden, huisvestingsproblemen en stress.

Centraal in de aanpak staan de doorbijters: persoonlijke begeleiders die samen met inwoners de wirwar aan problemen ontwarren en regie teruggeven. Zij kijken over de grenzen van zorg, welzijn, financiën en wonen heen en blijven langdurig betrokken. Daarmee worden escalaties voorkomen die anders tot dure zorg of maatschappelijke opvang zouden leiden. Voorbeelden zijn het regelen van een verhuizing voor een MS-patiënte of het inzetten van een cultureel passende tolk voor een Eritrees gezin.

SAMEN INVESTEREN IN BREDE GEZONDHEIDSWINST

De financiering van GelijkGezond bestaat uit een mix van private en publieke middelen. In totaal wordt circa €4 miljoen aan impactkapitaal in de vorm van leningen aangetrokken bij impactinvesteerders om uitvoering en opschaling mogelijk te maken. Daarnaast zijn €5,5 miljoen aan IZA-transformatiemiddelen beschikbaar, waarvan een eerste deel is uitgekeerd voor de opzet van de operatie; het merendeel wordt gefaseerd toegerekend op basis van vooraf afgesproken KPI's. Met de financiering worden de kosten van de doorbijters en de benodigde ondersteunende infrastructuur bekostigd. Gemeenten en zorgverzekeraars betalen uiteindelijk alleen wanneer lagere maatschappelijke kosten gerealiseerd worden. Uit deze resultaatbetalingen worden de leningen, inclusief rente, aan investeerders afgelost. De resultaten worden gemeten met kwaliteitsvragenlijsten, scenario-analyses van kosten en CBS-data. De onafhankelijke waarnemer Ecorys monitort of de afgesproken indicatoren worden behaald en of terugbetaling gerechtvaardigd is.

RESULTATEN EN IMPACT²⁴



De aanpak zit in de startfase. In vier gemeenten is de doelstelling 500 inwoners per gemeente in fase één te ondersteunen, met een beoogde opschaling naar 1.250 per gemeente in fase twee.



Eerste deelnemers geven aan meer regie, minder stress en betere aansluiting met hulp te ervaren.

LES VOOR NEDERLAND

De casus GelijkGezond laat zien dat gezondheidswinst ook afhankelijk is van sociale determinanten zoals schulden, wonen en inkomen. Wanneer deze elementen integraal in een aanpak worden meegenomen en fragmentatie tussen zorg en sociaal domein verdwijnt, kan gezondheid verbeterd worden.

De initiatiefnemers adviseren om de sociale leefomstandigheden te integreren in preventiefinanciering. Neem inkomen, schulden en wonen expliciet op in de bekostigingsstructuur. Pas de Zorgverzekeringswet en de Wmo aan zodat gezamenlijke betaaltitels mogelijk worden voor integrale trajecten met gedeelde uitkomsten. Zo kunnen gemeenten en zorgverzekeraars samen betalen voor resultaten die zowel gezondheids- als sociale baten opleveren.

“Idealiter organiseren we straks een doorbijterregeling die ondersteuning mogelijk maakt van inwoners die het echt nodig hebben, los van regelingen, domeinen of wetten.”

– JORIS VAN EIJCK,
INITIATIEFNEMER GELIJKGEZOND



INTERVIEW MET STANLEYSON HATO (links)

– Team Lead Life Sciences & Health InvestNL

EN JORIS VAN EIJCK (rechts)

– Initiatiefnemer GelijkGezond

Wat maakt dat GelijkGezond lukt waar veel andere initiatieven vastlopen?

Joris van Eijck: “We houden de drempels laag en het systeem transparant: eenvoudige afspraken voor gemeenten, duidelijke resultaatbetalingen voor verzekeraars, en een constructie waarin ook filantropische fondsen meedoen zodat institutionele partijen makkelijker kunnen aansluiten. Iedereen zet zich in voor zijn deel en doordat alle partijen zien dat de doelgroep er écht baat bij heeft, ontstaat bereidheid om mee te doen.”

Waarom investeert Invest-NL in dit soort sociale innovaties?

Stanleyson Hato: “De zorg is goed, maar ongelijkheid groeit: wie hoger opgeleid is, vindt makkelijker zijn weg, wie dat niet kan, valt uit. Wij willen zorg toegankelijk en betaalbaar houden. Dat vraagt niet alleen technologische innovaties, maar juist ook sociale. GelijkGezond laat zien hoe preventie en welzijn gecombineerd kunnen worden. Ons doel is dit soort proposities aantrekkelijker te maken voor grootkapitaal door de risico's en meetmethoden beter in te bedden.”

Welke rol spelen doorbijters precies in het doorbreken van silo's tussen zorg en sociaal domein?

Joris van Eijck: “De doorbijter kijkt niet alleen naar medische problemen, maar naar álle levensdomeinen tegelijk; van schulden en huisvesting tot werk en gezondheid. Daardoor verbetert de kwaliteit van leven van inwoners en worden escalaties voorkomen die anders leiden tot dure zorg of opvang.”

KAISER PERMANENTE VERENIGDE STATEN



In veel zorgstelsels staan verzekeraar en zorgverlener op gespannen voet: de verzekeraar stuurt op kostenbeheersing, terwijl aanbieders vaak per verrichting worden betaald. Dat belemmert vroegtijdig ingrijpen en preventie. Kaiser Permanente neemt die spanning weg door verzekering, ziekenhuizen, klinieken en artsenteams in één organisatie samen te brengen, met één doel en één set prikkels: mensen zo veel mogelijk gezond houden.

LOCATIE:

Verenigde Staten (8 regio's; o.a. Californië, Washington state en Colorado)

DOELGROEP:

Ongeveer 12,6 miljoen leden

INITIATIEFNEMERS/PARTNERS:

Non-profit verzekerings- en ziekenhuisorganisatie die exclusief samenwerkt met regionale artsengroepen (Permanente Medical Groups).

FINANCIERINGSVORM:

Leden betalen een vaste premie vooraf; dezelfde organisatie levert de zorg.

WAAROM HET WERKT:

- Verzekeraars en zorgverleners delen hetzelfde doel.
- Laagdrempelige hulp.
- Zorg én leefomgeving zijn verbonden.

“Je hebt mensen nodig die geloven in de missie van de organisatie; om voor mensen te zorgen en hen gezond te houden.”

– DR DAVID CUTLER,
HARVARD UNIVERSITY

CASEBESCHRIJVING

Kaiser Permanente organiseert de hele zorgketen als één geheel. Het ontstond in de jaren 1930 als zorgsysteem voor arbeiders aan het Colorado River Aquaduct (en later in de scheepswerven van Henry J. Kaiser, de naamgever). Omdat bouwlocaties afgelegen waren en losse verrichtingen onvoorspelbaar en duur uitpakten, werd gekozen om arbeiders een vaste bijdrage per persoon te laten betalen voor hun complete zorg. Zo kregen artsen en ziekenhuizen zekere financiering, hadden arbeiders meer zekerheid en ontstond een prikkel om ziekten en ongevallen te voorkomen. In 1945 werd dit geïntegreerde model opengesteld voor het brede publiek en groeide het uit tot meerdere regio's in de Verenigde Staten.

Omdat premie-inning en zorglevering in dezelfde organisatie vallen, zijn de doelen gelijk en wordt vroeg handelen en preventie de standaard. Zorgteams werken met één gezamenlijk digitaal dossier waarin risicogroepen zichtbaar zijn en herinneringen voor controles automatisch volgen. Daardoor raken mensen niet kwijt tussen loketten en kan het team taken verdelen en opvolgen zonder vertraging.

SAMENHANGENDE WERKWIJZE

De methode van Kaiser Permanente is bewust eenvoudig en herhaalbaar. Bij leden met een hoge bloeddruk wordt bijvoorbeeld gewerkt met vaste behandelstappen en frequente, korte contactmomenten, zodat de drempel om op tijd in te grijpen laag is. Bij botbreukpreventie worden kwetsbare mensen actief opgespoord, krijgen zij tijdig een botdichtheidsmeting en passende behandeling, en volgt het team systematisch terug of de stappen zijn gezet. Zo verdwijnt de versnippering tussen eerste lijn, ziekenhuis en nazorg.

De organisatie verbindt de spreekkamer met de leefomgeving. Via een landelijk netwerk (Thrive Local) kunnen professionals rechtstreeks doorverwijzen naar hulp bij wonen, voeding en vervoer, geïntegreerd in het dossier. Daarnaast wordt via een huisvestingsfonds gericht geïnvesteerd in betaalbare woningen, omdat woonzekerheid gezondheidswinst oplevert en latere zorgvraag voorkomt. Daarmee worden schotten tussen zorg en sociaal domein actief tegengegaan.



INTERVIEW MET DR DAVID CUTLER – The Otto Eckstein Professor of Applied Economics aan Harvard University

Welke rol zouden zorgorganisaties idealiter moeten spelen buiten de traditionele medische zorg?

“Voor veel complexe patiënten is het grootste probleem niet alleen hun medische toestand, maar dat ze moeite hebben om in de samenleving te navigeren. Daarom moeten zorgorganisaties ook helpen bij dingen als voeding en medicatiegebruik in het dagelijks leven en werk, zelfs al zijn dat niet strikt medische onderwerpen. Dat betekent niet dat ze al die diensten

zelf moeten leveren: veel organisaties werken samen met partners die bijvoorbeeld kunnen uitleggen hoe je gezond kookt of passende ondersteuning bieden. De zorgorganisatie brengt de medische kennis in, de partner bijvoorbeeld de gezonde maaltijden, en samen help je iemand zijn aandoening in de praktijk beter te managen dan op basis van alleen een medisch advies.”

Wat zijn de belangrijkste randvoorwaarden voor een effectief

geïntegreerd zorgmodel?

“De randvoorwaarden zijn nauw verwant aan wat we bij Kaiser zien. Je hebt financiële stromen nodig die niet tegen je werken; anders voelt het alsof je continu tegen de stroom in zwemt. Daarnaast is technologie essentieel om patiënten te volgen, preventieve beslissingen te nemen en tijdig in te grijpen. En je hebt een gedeelde missie nodig: de organisatie moet primair gericht zijn op het zorgen voor mensen en het gezond houden van de populatie.”

RESULTATEN EN IMPACT ²⁵



Door jaarlijkse thuis-testen met actieve uitnodigingen daalde de sterfte aan darmkanker af met $\pm 50\%$ in Noord-Californië



Leden hebben 33% minder vroegtijdige sterfte door hartziekten en 20% minder door kanker dan niet-leden in dezelfde regio's



Het inzetten op thuis herstellen van heup- en knieschade zorgde voor kortere ziekenhuisopnames en leverde naar schatting $\pm \$72$ miljoen aan kostenbesparing op sinds de start.



Er werd voor \$400 mln geïnvesteerd via het Thriving Communities Fund met het doel 30.000 betaalbare woningen te creëren of te behouden tegen 2030.

LES VOOR NEDERLAND

Zet in op één regionaal zorg-en-verzekeringsbudget. Concretiseer dit met meerjarige contracten waarin zorgverzekeraar, ziekenhuizen, eerstelijns en sociaal domein samen sturen op vooraf afgesproken uitkomsten en waarin herinvestering van gerealiseerde besparingen verplicht is.

CONCLUSIE: VAN LOSSE DOMEINEN NAAR GEDEELDE REGIE OVER GEZONDHEID

Dit hoofdstuk laat zien dat het wél mogelijk is om de schotten tussen domeinen te doorbreken. In verschillende contexten lukt het partijen om verantwoordelijkheid, besluitvorming en middelen te delen en zo samen te sturen op gezondheid. De voorbeelden tonen dat fragmentatie geen onvermijdelijk gegeven is en dus te veranderen valt.

De voorbeelden in dit hoofdstuk laten zien hoe dat eruit kan zien.



In Alaska werd de zorg lange tijd bepaald door gescheiden verantwoordelijkheden en een centraal aangestuurd systeem waarin de stem van de gemeenschap nauwelijks doorklonk. Het Nuka System of Care draaide dit om door het eigenaarschap van de zorg terug te leggen bij de inwoners zelf. Door zorg en welzijn te bundelen binnen één gedeeld budget verdwenen de gesloten financieringsstructuren en ontstond ruimte om lokaal te beslissen over prioriteiten. De vaste teams rond gezinnen, met langdurige relaties en gezamenlijke doelen, herstelden het vertrouwen en de samenhang in het systeem. Daarmee werd ook het knelpunt met betrekking tot het gebrek aan gedeelde regie opgelost: besluitvorming en verantwoordelijkheid kwamen samen in de gemeenschap zelf. Nuka laat zien dat regionale zeggenschap en gebundelde middelen de sleutel vormen tot samenhangende, duurzame zorg.



In Nederland laat GelijkGezond zien dat gedeelde regie ook mogelijk is wanneer wettelijke domeinen gescheiden zijn. Door gemeenten, zorgverzekeraars, filantropen en impact investeerders samen te laten betalen voor integrale ondersteuning van inwoners, wordt zichtbaar dat gezondheidswinst ontstaat wanneer sociale determinanten onderdeel zijn van een integrale aanpak bij het ondersteunen van inwoners met meervoudige problemen. Gezamenlijke resultaatfinanciering kan uiteindelijk een praktische route zijn om gesloten financieringsstructuren open te breken en te sturen op bredere gezondheidsuitkomsten.



In de Verenigde Staten laat Kaiser Permanente zien wat er kan gebeuren als verzekering en zorgverlening worden samengebracht in één organisatie. Doordat zorgpremies en zorgverlening binnen dezelfde keten vallen, verdwijnt de spanning tussen kostenbeheersing en productie en ontstaat één doel: gezondheid bevorderen in plaats van volume draaien. Zorgteams werken met één gedeeld dossier, een vaste, eenvoudige werkwijze en directe koppelingen naar ondersteuning in de leefomgeving. Het resultaat is voorspelbare opvolging, minder overdracht tussen loketten en ruimte om te investeren waar de gezondheidswinst het grootst is; van vroegtijdige behandeling van hoge bloeddruk en botbreukpreventie tot thuisherstel na operaties en investeren in woonzekerheid. Daarmee toont deze casus dat duurzame preventie haalbaar is als verantwoordelijkheid over domeinen heen worden gedeeld.

Samen maken deze casussen zichtbaar dat fragmentatie niet alleen een technisch of bestuurlijk probleem is, maar een vraagstuk van gezamenlijke richting en vertrouwen. Het is mogelijk om vanuit verschillende domeinen toch één gezamenlijk doel na te streven, mits er een plek is waar besluitvorming, middelen en verantwoordelijkheid samenkomen. Samen tonen ze aan dat preventie pas duurzaam kan worden als financiële schotten verdwijnen en er een gezamenlijk (regionaal) budget is waarin zorgverzekeraars, gemeenten en andere partners samen sturen op gezondheid in plaats van zorgvolume. (Regionale) samenwerking is dan niet langer afhankelijk van tijdelijke programma's, maar een vast onderdeel van het zorgstelsel.

5 BEPERKTE PREVENTIE INFRASTRUCTUUR: HOE MAKEN WE PREVENTIE BLIJVEND?

FINANCIERING VAN OPSCHALING EN VERANKERING

Veel pilots laten zien dat preventie werkt, maar dat opschaling niet vanzelfsprekend is. In 2025 stelde de verantwoordelijk staatssecretaris nog dat het moeilijk is om investeringen in preventie vooraf te koppelen aan latere besparingen.²⁶ Daarom is een preventiestructuur nodig met eenduidige afspraken over meten en betalen, een vaste methodiek om meerdere partijen mee te laten investeren en een langdurig bestuurlijk mandaat. Zonder een stevig systeem met duidelijke standaarden, betrouwbare metingen, passende bekostiging en publiek draagvlak kunnen we preventie niet eenvoudig opschalen. In Nederland ontwikkelt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met het RIVM een investeringsmodel en afwegingskader voor preventie dat de maatschappelijke én financiële waarde van maatregelen vooraf inzichtelijk maakt en besluitvorming moet ondersteunen.²⁷ Dit draagt, net zoals de voorbeelden in dit hoofdstuk, bij aan verankering van preventielogica in de begroting.

HOE WERKT DIT KNELPUNT?

- **Geen gedeelde maat voor resultaat.** Er is een gebrek aan indicatoren en meetprotocollen voor preventie, waardoor effecten lastig te vergelijken zijn en besluitvorming wordt vertraagd.
- **Geen vaste route voor cofinanciering en herinvesteren.** Meerdere partijen profiteren, maar er is geen eenvoudige manier om samen te betalen en behaalde besparingen terug te laten vloeien naar preventie.
- **Onvoldoende institutionele verankering van preventiefinanciering.** Preventie blijft vaak tijdelijk en projectmatig doordat financiering, besluitvorming en begroting niet structureel in het stelsel zijn ingebed. Hierdoor blijven opschaling en duurzame verankering uit.

Verschillende landen doorbreken deze structurele knelpunten op verschillende manieren; hun voorbeelden laten in dit hoofdstuk zien hoe dat kan. Waar sommige systemen kiezen voor een nationale infrastructuur met betrekking tot meten en leren, richten anderen zich op gedeelde cofinanciering of op begrotingsmechanismen die preventie als investering erkennen. Samen laten ze zien dat duurzame preventie vraagt om structurele financiering, bestuurlijke borging en een wettelijk kader dat gezondheid verankert als gedeelde maatschappelijke opdracht.

HET ICELANDIC PREVENTION MODEL IJSLAND



Promotie van een gezonde leefstijl blijft vaak beperkt tot losse campagnes die vooral gezondheidsvaardige groepen bereiken. Juist de mensen die het meest zouden profiteren blijven buiten beeld en veel initiatieven verdwijnen zodra de subsidie stopt. Zonder nationaal raamwerk groeit leefstijlbevordering niet uit tot een duurzaam systeem. IJsland laat met het *Icelandic Prevention Model* zien hoe structurele publieke financiering en een landelijke datacyclus dit wel mogelijk maakt. Planet Youth is een externe organisatie die dit model helpt verspreiden naar andere landen.

LOCATIE:

IJsland

DOELGROEP:

Jongeren 12-16 jaar

INITIATIEFNEMERS/PARTNERS:

- IJslandse gemeenten
- University of Iceland (data & monitoring)
- Planet Youth: exportorganisatie van het Icelandic Prevention Model

FINANCIERINGSVORM:

Structurele publieke middelen via gemeenten en overheid

WAAROM HET WERKT:

- Structurele publieke financiering en jaarlijkse datacyclus met sterke *evidence-based* collectieve preventie-aanpak.
- Ouders en scholen actief betrokken.
- Lokale beleidsvrijheid binnen nationale kaders.
- Focus op alternatieven voor ongezond gedrag.

“We vertellen kinderen niet dat ze niet mogen drinken, we maken het gewoon makkelijker om iets anders te kiezen.”

– PÁLL RÍKHARÐSSON, PLANET YOUTH

CASEBESCHRIJVING

In IJsland is preventie een publieke taak. Overheid en gemeenten financieren samen het nationale preventieprogramma dat sinds eind jaren '90 bekendstaat als het Icelandic Prevention Model. Het model is geen centrale organisatie, maar een manier van werken die is ingebed in de preventie-eenheden van gemeenten en de nationale overheid. Het richt zich op het terugdringen van middelengebruik onder jongeren door hen structureel toegang te geven tot vrijetijdsactiviteiten zoals sport en cultuur. Zulke vrijetijdsbesteding werkt aantoonbaar beschermend: jongeren die actief meedoen gebruiken aanzienlijk minder alcohol en drugs. Ouders maken via lokale platforms gezamenlijke afspraken over bijvoorbeeld thuiskomsttijden en alcoholgebruik, waardoor een gedeelde sociale norm ontstaat die gezond gedrag vanzelfsprekend maakt.

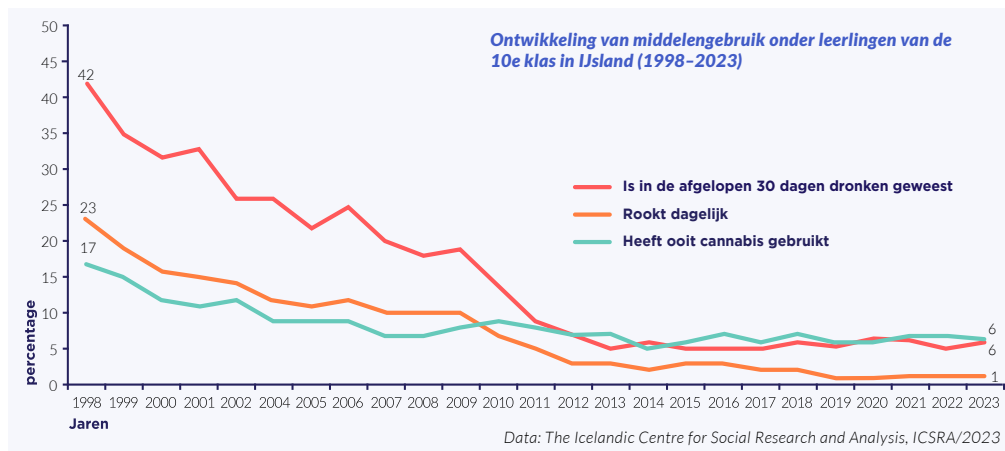
De kern van het model is een jaarlijkse, landelijk gefinancierde datacyclus. Gemeenten verzamelen dezelfde gegevens over leefstijl en welzijn, gebruiken deze om beleid bij te sturen en leggen maatregelen vast in hun begroting. Zo ontstaat een lerend systeem waarin preventie niet afhankelijk is van subsidies of van politieke wisselingen, maar een vast onderdeel vormt van lokaal beleid.

Waar veel programma's vooral mikken op individuele gedragsverandering, richt *Icelandic Prevention Model* zich op het creëren van gezonde omgevingen waarin jongeren vanzelf andere keuzes maken dankzij de focus op een structurele, collectieve en datagedreven aanpak.

Het model is inmiddels uitgerold in meer dan 400 gemeenschappen in 16 landen, waarbij de organisatie Planet Youth het model internationaal ondersteunt en verspreidt. In Nederland heet het programma “Opgroeien in een Kansrijke Omgeving”. Gestart met 6 gemeenten en inmiddels uitgebreid naar 10 waaronder Ede, Goeree-Overflakkee, Maastricht en Nijkerk.

RESULTATEN EN IMPACT²⁸

De resultaten onder 15-16-jarigen zijn indrukwekkend.



Gedragsverandering onder 15-/16-jarigen:



Slechts 9,3% was in het afgelopen jaar minstens één keer dronken; ruim onder het Europees gemiddelde (27,4%) en het Nederlands cijfer (32,5%).

LES VOOR NEDERLAND

Het Icelandic Prevention Model laat zien dat duurzame preventie goed mogelijk is wanneer financiering, meting en uitvoering structureel met elkaar zijn verbonden. Door publieke middelen in te zetten voor een permanente datacyclus en lokaal eigenaarschap, verdwijnt de afhankelijkheid van tijdelijke subsidies en wordt leren onderdeel van het systeem zelf.

Nederland heeft structurele, langdurige financiering van regionale meet- en leerinfrastructuren nodig. Die zijn cruciaal om preventie op te schalen en te verankeren. Een Gezondheidswet kan hiervoor een duurzaam kader bieden: met wettelijke gezondheidsdoelen, meerjarige preventiebudgetten en gedeelde verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten. Door gezondheid als gezamenlijke maatschappelijke opgave te definiëren, kan een Gezondheidswet bovendien helpen om de verzuiling tussen zorg en sociaal domein te doorbreken. Zo wordt gezondheid niet langer een beleidsvoornemen, maar een structurele opdracht voor het hele stelsel.

INTERVIEW MET PÁLL RÍKHARÐSSON – CEO Planet Youth

In Nederland wordt preventie al snel als betuttelend of moralistisch ervaren. Hoe zorgen jullie ervoor dat preventie in andere landen wél breed wordt omarmd?

“In veel landen leeft het idee dat preventie een vorm van bemoeizorg is. Mensen voelen zich aangesproken in hun autonomie zodra je iets zegt over leefstijl. Wat wij proberen te doen, is dat omdraaien. In het IJslandse model gaan we niet vertellen wat je moet laten. In plaats daarvan investeren we in structuren die het makkelijker maken om gezonde keuzes te maken. Dat is het hele idee: we bouwen alternatieven, we creëren keuzemogelijkheden. We zeggen niet wat je niet mag doen, maar maken het makkelijker om iets anders te kiezen.”

Wat betekent dat in de praktijk?

“In plaats van te praten over de negatieve gevolgen van alcohol of drugs, hebben we het liever over deelname aan sport, muziek, toneel, ouder-kindtijd, en schoolveiligheid. Planet Youth werkt samen met gemeenten om vrijetijdsactiviteiten toegankelijk te maken, ouders te betrekken en jongeren te motiveren via een positieve omgeving. Als kinderen meer tijd doorbrengen in veilige, zinvolle omgevingen, daalt risicogedrag vanzelf. Niet omdat je ze verbiedt om te drinken, maar omdat er simpelweg betere alternatieven zijn.”

Is de aanpak van Planet Youth ook schaalbaar buiten kleinere gemeenschappen zoals in IJsland?

“Zeker. We hebben samengewerkt met nationale overheden, zoals in Chili, waar 18 miljoen mensen wonen. Daar is het model uitgerold op gemeentelijk niveau, met de school als kern. Het kan top-down worden gefinancierd, maar de nadruk ligt op de lokale uitvoering. Schaal is geen probleem als het eigenaarschap lokaal blijft.”

LIFE CHANCES FUND



VERENIGD KONINKRIJK

Health Impact Bonds (HIB's) zijn vaak kortlopend en projectmatig. Elke overeenkomst vraagt opnieuw maatwerk in contracten, indicatoren en financiering, met hoge transactiekosten, grote afhankelijkheid van lokale budgetcycli en daarmee beperkte schaalbaarheid.

Zonder vaste route voor cofinanciering en herinvestering blijft resultaatgerichte preventie afhankelijk van losse pilots, en is doorwerking naar beleid beperkt. Het Britse Life Chances Fund (LCF) biedt een nationale infrastructuur die deze impasse doorbreekt.

LOCATIE:

Verenigd Koninkrijk

DOELGROEP:

Mensen met complexe problemen zoals langdurige werkloosheid, dakloosheid, schulden, jeugdzorgproblematiek en verslaving.

INITIATIEFNEMERS/PARTNERS:

Britse overheid in samenwerking met lokale overheden

FINANCIERINGSVORM:

Resultaatgerichte contracten met aanvullende publieke betalingen. Omvang fonds ca. £70 miljoen

WAAROM HET WERKT:

- Nationale cofinanciering verlaagt het risico voor lokale overheden.
- Gestandaardiseerde contracten en onafhankelijke metingen.
- Leren en herhalen via centrale kennisinfrastructuur.

CASEBESCHRIJVING

Het LCF werd in 2016 opgezet door het Department for Digital, Culture, Media & Sport (DCMS) om lokale overheden te ondersteunen bij het opzetten van resultaatcontracten op thema's als gezondheid, werk, huisvesting en onderwijs.

Gemeenten dienen een project in en krijgen, zodra vooraf vastgestelde resultaten worden behaald, een zogenaamde *top-up* betaling: een extra bijdrage van de overheid boven op hun lokale budget. Gemeenten blijven doorgaans de grootste betalers, gemiddeld neemt het LCF ongeveer 20% van de resultaatbetalingen voor zijn rekening. Deze cofinanciering verlaagt financiële risico's en daarmee de instapdrempel. Zo is er ruimte innovatieve, risicovollere, preventieve interventies die zich richten op met hardnekkige problemen zoals langdurige werkloosheid, dakloosheid, schulden en verslaving. Projecten zijn meerjarig en kunnen worden aangepast als omstandigheden veranderen.

EEN VASTE ROUTE VOOR COFINANCIERING EN OPSCHALING

Het LCF biedt een gestandaardiseerde werkwijze met voorbeeldcontracten, vaste indicatoren, onafhankelijke metingen en praktische steun bij inkoop, dataverzameling en het uitbetalen op resultaat. Dit verlaagt administratieve lasten, vergemakkelijkt opschaling en zorgt voor eenduidige verantwoording. Niet eenmalige pilots, maar een herhaalbare, opschaalbare infrastructuur voor resultaatgerichte (preventie)projecten.

Het LCF verschilt van eerdere, kortlopende impact bonds doordat het een overkoepelend budget en infrastructuur creëert. Zo kunnen meerdere resultaatcontracten tegelijk worden gefinancierd en gemonitord. Door de combinatie van *top-up*-cofinanciering en standaardisatie ontstond een schaalmechanisme: lokale overheden gebruiken dezelfde sjablonen, indicatoren en rapportagevormen, waardoor kennis en werkwijzen overdraagbaar werden.

“Lokale teams kunnen preventieve maatregelen uitproberen die zij anders niet zouden kunnen financieren of organiseren.”

– DR. ELEANOR CARTER,
GOVERNMENT OUTCOMES LAB

RESULTATEN EN IMPACT²⁹



29 uitkomstgerichte projecten ondersteund, waaronder 10 in de categorie gezondheid en preventie.



Meer dan 60.000 deelnemers met meervoudige problematiek bereikt.



5 projecten hielpen psychisch kwetsbare mensen naar regulier werk: 68% kreeg begeleiding, 55% vond een baan voor minimaal 16 uur per week.



Meer dan 50% van de gemeenten wil langjarige contracten en vooraf gedefinieerde uitkomst-indicatoren blijven gebruiken. Dit wijst op blijvende verankering van resultaatgericht werken.



In juli 2025 kondigde de Britse minister van Financiën een vervolg aan op het LCF: het Better Futures Fund van £500 miljoen.

LES VOOR NEDERLAND

Het Life Chances Fund laat zien dat structurele preventiefinanciering mogelijk wordt wanneer de nationale overheid cofinancier én systeemregisseur is. Zo ontstaat ruimte om innovatieve en risicovollere interventies op te starten. Een landelijk outcome-fonds waarbij de overheid projecten mee-financiert bij bewezen resultaten, maakt het mogelijk financiële risico's te delen, landelijke en lokale kennis te bundelen en succesvolle initiatieven op te schalen.

Voor Nederland zou dit kunnen betekenen dat het ministerie van VWS, samen met gemeenten en zorgverzekeraars, een nationaal Preventiefonds ontwikkelt dat meebetaalt bij bewezen resultaten, standaardindicatoren en contracten biedt, onafhankelijke metingen organiseert, en meerjarige middelen borgt in de Rijksbegroting. Zo ontstaat een landelijke infrastructuur waarin succesvolle interventies niet telkens opnieuw hoeven te worden ontwikkeld, maar op basis van vaste kaders en gedeelde indicatoren eenvoudig kunnen worden toegepast in andere regio's. Een Gezondheidswet kan dit een duurzame wettelijke basis geven door doelen, indicatoren en meerjarige preventiemiddelen te borgen en de koppeling tussen lokale uitvoering en landelijke verantwoording vast te leggen.



INTERVIEW MET ELEANOR CARTER – Academic Co-Director, Government Outcomes Lab

Waarom stapten lokale overheden in bij het Life Chances Fund?

“Omdat de extra bijdrage aan uitkomstbetalingen precies het gat vulde in krappe lokale budgetten. Zonder die bijdrage konden veel gemeenten het zich niet veroorloven om te experimenteren met resultaatcontracten. Met het LCF kon dat

wél, en bovendien konden teams kleinschalig beginnen met een preventieve dienst om te zien of die in de praktijk werkt; iets wat zonder die financiële steun niet van de grond zou zijn gekomen.”

Hoe helpt een outcomes fund lokale uitvoering van projecten?

“Onder andere door projectteams vaardig te maken in

werken met data en besluiten nemen op basis van bewijs. En ook door van elkaar te leren; teams delen openlijk wat wel en niet werkt en lossen knelpunten samen op. Daarnaast kun je landelijk in contact worden gebracht met teams die hetzelfde eerder hebben aangepakt, waardoor je sneller en zekerder kunt bijsturen tijdens de uitvoering.”

EARLY INTERVENTION INVESTMENT FRAMEWORK AUSTRALIË



Preventieve initiatieven leveren vaak maatschappelijke winst op, maar passen zelden in de logica van overheidsfinanciën. Ministeries sturen op hun eigen begroting en nemen besparingen bij andere departementen niet mee. Hierdoor is preventie moeilijk structureel te financieren.

In de Australische deelstaat Victoria stegen de overheidsuitgaven sneller dan de inkomsten. Preventie-initiatieven strandden, omdat er geen plek in de begroting was. Het Early Intervention Investment Framework (EIIF) laat zien hoe preventie wél een vaste plek in de publieke begroting kan krijgen.

LOCATIE:

Victoria, Australië

DOELGROEP:

o.a. mensen met (risico op) dakloosheid, jeugdzorg, schoolverlaten, jongerendetentie, acute psychische of chronische gezondheidsproblemen)

INITIATIEFNEMERS/PARTNERS:

Government of Victoria – Department of Treasury and Finances

FINANCIERINGSVORM:

Structurele herverdeling van preventie-besparingen tussen departementen.

WAAROM HET WERKT:

- Preventie ingebed in het begrotingsproces met heldere outcome indicatoren.
- Structurele koppeling van uitgaven aan maatschappelijke baten.
- Herinvestering door departementen in bewezen interventies.

CASEBESCHRIJVING

Traditioneel kent Victoria, net als veel andere overheden, gescheiden begrotingen per departement. Preventieve maatregelen leverden vaak besparingen op in andere domeinen dan waar de investering plaatsvindt. Dit maakt samenwerking financieel onaantrekkelijk. Het EIIF doorbreekt dit patroon door besparingen, die dankzij preventie ontstaan, (deels) terug te laten vloeien naar het departement dat heeft geïnvesteerd.

VAN LOSSE UITGAVEN NAAR EEN INVESTERINGSSYSTEEM

Het EIIF werd ontwikkeld door het ministerie van Financiën om preventieve uitgaven systematisch in de overheidsbegroting te integreren. Elk ministerie kan voorstellen indienen voor interventies die toekomstige kosten voorkomen. Voor elk voorstel worden uitkomstindicatoren en ramingen van vermijdbare kosten vastgesteld.

Het ministerie van Financiën beoordeelt deze op basis van de afweging of de maatschappelijke opbrengst groot genoeg is, ook als niet alle baten financieel zijn. Ook niet financiële opbrengsten zoals tellen mee zolang het verwachte effect op gezondheid en welzijn overtuigend is. Het ministerie borgt de methodiek, de monitoring en de jaarlijkse rapportage.

Wanneer resultaten zichtbaar worden, sturen deze toekomstige begrotingsbeslissingen en herinvesteringen. Succesvolle programma's worden zo voortgezet en opgeschaald.

Het resultaat is een begrotingsmechanisme dat preventie niet langer als tijdelijke uitgave ziet, maar als structurele investering met gezamenlijke baten. Bewezen interventies kennen een vaste route naar structurele financiering. Het EIIF maakt toekomstige besparingen zichtbaar en deelbaar tussen beleidsterreinen, waardoor baten terugvloeien naar het departement dat investeert.

“Voor preventieprogramma’s waarvan is aangetoond dat ze werken, biedt het Framework een pad voor opschaling: via beter bewijs kunnen programma’s worden voortgezet of opgeschaald met aanvullende financiering.”

– MATT DONOGHUE,
DIRECTOR EARLY INTERVENTION AND
REFORM VICTORIA



**INTERVIEW WITH
MATT DONOGHUE –**
Director Early Intervention
and Reform in Victoria

Wat was de belangrijkste reden om het Early Intervention Investment Framework op te zetten?

“Het ministerie van Financiën zag drie dingen die tegelijk moesten worden opgelost: de uitgaven voor acute zorg groeiden sneller dan de inkomsten; aanbieders hadden bewezen programma’s zonder route naar opschaling; en eerdere ervaringen met impact bonds hadden ons geleerd dat fiscale effecten niet boven primaire uitkomsten voor mensen mogen staan. Het Early Intervention Investment Framework bood kansen om deze drie uitdagingen met elkaar te verbinden.”

Welke barrières kwamen jullie tegen bij andere ministeries en hoe zijn die aangepakt?

“De grootste obstakels waren veranderingen in de manier van werken en de noodzaak om capaciteit op te bouwen: transparante rapportages, anders samenwerken en nieuwe methoden leren kostten tijd. Er blijven altijd spanningen tussen het ministerie van Financiën en beleidsdepartementen over besparingen en schaarse middelen. We hebben dit aangepakt door vroegtijdig samen te werken en de ‘zwarte doos’ van de begroting te openen: werken vanuit dezelfde informatie, tijdelijke ondersteuning bij modellering en capaciteitsopbouw, en jaarlijks uitkomstenrapporten publiceren. Deze rapporten worden eerst in concept door alle departementen beoordeeld. De definitieve versie wordt na goedkeuring door de regering, met alle betrokkenen gedeeld als essentieel feedbackmechanisme. Groei in transparantie en consistentie was cruciaal om meer vertrouwen op te bouwen en tot nauwkeurige schattingen te komen.”

Wat is er concreet veranderd in investeringsgedrag en opschaling?

“Voor voorstellen die werken is er nu een duidelijke opschalingsroute; financiering groeit vooral bij programma’s met sterk bewijs. De regelmatige rapportage geeft beter zicht op wat werkt én wat niet.”

RESULTATEN EN IMPACT³⁰



In 2024 – 2025 financierde Victoria via het EIIF 28 initiatieven ter waarde van AU\$1,1 miljard. Deze worden structureel ondersteund.



Komende 10 jaar: naar verwachting AU\$655–770 miljoen aan bespaarde kosten door een lagere vraag naar overheidsdiensten.



Voor het eerst maken departementen hun begrotingen en beleid domeinoverstijgend.

LES VOOR NEDERLAND.

Duurzame verankering van preventie begint bij de begroting. Door preventieve uitgaven als investeringen te behandelen en behaalde baten deels terug te laten vloeien, ontstaat een structurele prikkel om vroegtijdig te handelen en gezondheid te bevorderen. Zo’n systeem maakt het mogelijk om bewezen interventies meerjarig te financieren en zorgt ervoor dat preventie niet afhankelijk blijft van losse beleidsprogramma’s.

Nederland kan verkennen hoe preventie expliciet wordt opgenomen als investeringscategorie in de Rijksbegroting, met vaste rekenregels voor vermeden kosten, afspraken over herverdeling van baten en een centrale toetsing van resultaten.

CONCLUSIE: VAN TIJDELIJKE PROJECTEN NAAR EEN DUURZAAM PREVENTIESYSTEEM

Dit hoofdstuk laat zien dat succesvolle preventie vaak strandt bij de stap van pilot naar praktijk. Zolang financiering projectmatig blijft en begrotingen niet zijn ingericht op gezamenlijke investeringen, ontbreekt de infrastructuur om bewezen interventies duurzaam te verankeren. Preventie vraagt niet alleen om goede ideeën of effectieve programma's, maar om een systeem dat leren, meten en financieren structureel mogelijk maakt.



In IJsland werd het probleem van gebrek aan eenduidige meting en continu leren opgelost door een nationale datacyclus in te voeren. Jongeren vullen jaarlijks dezelfde vragenlijst in over leefstijl en welzijn, waardoor trends en effecten op lokaal niveau direct zichtbaar zijn. Daarmee verdween ook het knelpunt van gebrek aan structurele financiering: de nationale overheid en gemeenten dragen elk bij aan een vaste preventiebegroting, waardoor activiteiten niet verdwijnen na een subsidieperiode. Door preventie te koppelen aan onderwijs, jeugdbeleid en lokale planning doorbreekt IJsland bovendien het knelpunt van ontbrekende institutionele verankering. Het Icelandic Prevention Model laat zien dat preventie een systeem kan zijn, niet een project: structureel, data-gedreven en collectief.



In het Verenigd Koninkrijk liep preventie lange tijd vast op versnipperde lokale initiatieven en gebrek aan routes voor cofinanciering. Het Life Chances Fund doorbrak dat door één nationaal fonds te creëren waarbij de overheid lokale projecten aanvullend meefinanciert zodra zij aantoonbare maatschappelijke resultaten behalen. Zo werd het financiële risico voor gemeenten kleiner en ontstond een vaste route om succesvolle interventies op te schalen. Door standaardcontracten, vaste indicatoren en onafhankelijke meting te bieden, werd ook het gebrek aan gedeelde maatstaven aangepakt. Bovendien kreeg preventie voor het eerst een plek in de centrale begroting: de overheid nam de cofinanciering op in haar meerjarige budgetcyclus. Daarmee werd de basis gelegd voor een institutionele infrastructuur waarin resultaatfinanciering duurzaam kon groeien.



In de Australische deelstaat Victoria werd de ontbrekende institutionele verankering van preventie rechtstreeks aangepakt in de begrotingssystematiek zelf. Het Early Intervention Investment Framework maakt het mogelijk om preventieve investeringen te registreren als structurele uitgaven die toekomstige besparingen genereren. Daarmee ontstaat een duidelijke route voor herinvestering: departementen mogen behaalde baten (deels) opnieuw inzetten voor preventie. Tegelijkertijd biedt het raamwerk ook een antwoord op het probleem van gebrek aan transparante metingen doordat elk voorstel vooraf wordt getoetst op maatschappelijke opbrengst en wordt voorzien van vaste indicatoren. Door preventie expliciet in de begroting op te nemen, wordt het een volwaardige investeringscategorie in plaats van een tijdelijke beleidsmaatregel.

De internationale voorbeelden maken duidelijk dat structurele preventie meer vraagt dan incidentele financiering of goede bedoelingen. Er zijn verschillende routes, maar allemaal zoeken ze naar manieren om stabiliteit en gezamenlijke verantwoordelijkheid te organiseren. Voor Nederland lijkt het interessant te onderzoeken of een wettelijk kader daarbij kan helpen: een Gezondheidswet die richting en continuïteit biedt.

GEZONDHEIDSWET

Een **GEZONDHEIDSWET** is een wettelijk kompas dat gezondheid centraal zet en over kabinetsperiodes heen koers houdt. Zo'n wet sluit aan bij internationale ontwikkelingen waarin gezondheid steeds nadrukkelijker wettelijk wordt verankerd.

Zo verplicht de Noorse *Public Health Act* (2012) gemeenten om gezondheid in al hun beleidssterreinen, van wonen tot mobiliteit, mee te wegen.³¹ Gemeenten zijn verplicht periodiek (vierjaarlijks) een overzicht te rapporteren van de lokale gezondheidsstatus én hun maatregelen op het gebied van preventie, en moeten deze gebruiken als basis voor beleidsontwikkeling.

Finland past het *Health in All Policies*-principe toe als verplichte aanpak op overheidsniveau: alle ministeries en relevante actoren dienen rekening te houden met gezondheidsimpact bij de ontwikkeling en implementatie van beleid, dus als een *whole-of-government approach*.³²

In Wales verplicht de *Well-being of Future Generations Act* (2015) publieke organen, waaronder gemeenten en de Nationale Gezondheidsdienst van Wales, te handelen in het belang van huidige én toekomstige generaties, met expliciete aandacht voor gezondheid en welzijn. De wet vereist het formuleren van lange-termijndoelen, het opstellen van *well-being plans*, jaarlijkse rapportages en samenwerking tussen overheidsinstellingen. Er is een onafhankelijke *Future Generations Commissioner*

met een wettelijk mandaat om toezicht te houden en concrete adviezen en interventies af te dwingen.³³

Een Nederlandse Gezondheidswet zou een vertaling zijn naar onze context. Hoewel artikel 22 van de Grondwet bepaalt dat de overheid maatregelen moet treffen ter bevordering van de volksgezondheid, bevat dit artikel geen concrete doelstellingen of bindende kracht. Nederland heeft wel bestaande kaders, maar die zijn versnipperd, kennen geen gezamenlijke lange termijn doelen en hebben geen doorzettingsmacht, waardoor beleid en middelen nu niet doelmatig genoeg worden ingezet.

Een Gezondheidswet legt wél lange-termijndoelen vast voor gezondheid, verankert die juridisch en verbindt die aan een vaste beleidscyclus: een meerjarenplan, jaarlijkse voortgangsrapporthages en een onafhankelijke jaarlijkse check of we op schema liggen. Ook kan het financiering regelen met meerjarige middelen voor preventie, een vaste route voor gezamenlijk betalen en de mogelijkheid om bespaarde kosten opnieuw te investeren waar dat het meeste oplevert. Bij grote besluiten in wonen, onderwijs, mobiliteit en werk wordt verplicht naar gezondheid gekeken, zodat beleid beter op elkaar aansluit en elkaar versterkt. Zo ontstaat de stabiele, transparante en lerende preventie-infrastructuur die in dit hoofdstuk nodig blijkt om bewezen interventies op te schalen en duurzaam te verankeren.

6 NAAR EEN DUURZAAM PREVENTIESTELSEL

De voorgaande hoofdstukken tonen aan dat structurele vernieuwing van preventie wél mogelijk is. Er zijn genoeg succesvolle voorbeelden van duurzame financiering, domeinoverstijgende samenwerking en bestuurlijke verankering.

Toch blijft de structurele omslag in Nederland uit. Niet kennis of motivatie, maar de inrichting van het financieringssysteem verklaart waarom de omslag uitblijft. Financiering belooft veelal nog steeds zorgproductie, verantwoordelijkheden zijn vaak versnipperd en succesvolle initiatieven kunnen verdwijnen zodra tijdelijke middelen opdrogen. Drie patronen houden dit in stand: het ontbreken van effectieve investeringsprikkelers, de fragmentatie van verantwoordelijkheden en het gebrek aan structurele verankering van financiering. Zolang deze spelregels niet veranderen, blijft preventie afhankelijk van losse projecten, goede bedoelingen en tijdelijke initiatieven.

De opgave ligt niet in méér initiatieven, maar in het veranderen van de manier waarop we werken en financieren. Dit kan binnen het bestaande zorgsysteem, maar vergt wel aanpassingen in gedrag en financieringsmechanismen. Preventie moet worden gezien als een structurele

publieke opdracht, met duidelijke doelen, vaste middelen en gedeelde verantwoordelijkheid.

De drie aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn nauw met elkaar verbonden en grijpen vanuit verschillende invalshoeken in op dezelfde systeemproblemen. Ze bieden elk een deel van de oplossing voor het ontbreken van investeringsprikkelers, de fragmentatie van domeinen en het gebrek aan structurele verankering van preventie. Regionale fondsen versterken de samenwerking en prikkelstructuren op lokaal niveau; een nationaal preventie resultatenfonds slaat de brug naar landelijke opschaling; aangepaste financieringsmechanismen zorgen voor structurele verankering in beleid en begroting.

Samen vormen ze geen losse maatregelen, maar een samenhangend raamwerk dat de financiële logica van ons zorgstelsel kantelt van volume naar gezondheid.



RICHT REGIONALE FONDSEN VOOR GEZONDHEID OP

Regio's zijn de plek waar gezondheid, wonen, werk en onderwijs samenkomen.

Het is zinvol om te verkennen hoe middelen uit zorg en sociaal domein binnen één regionaal budget kunnen worden gebundeld, met afspraken over herinvestering van behaalde besparingen. Regionale fondsen doorbreken het knelpunt van gefragmenteerde domeinen, verantwoordelijkheden en

gesloten financieringsstructuren. Gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders bundelen binnen zo'n fonds hun middelen uit de Zorgverzekeringswet, Wlz, Wmo, Jeugdwet en Wpg. De regio herinvesteert behaalde besparingen in nieuwe preventieve trajecten. Door financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid te bundelen, kunnen partijen gezamenlijk beslissen, herinvesteren en koers houden.

**WAT IS
HIERVOOR
NODIG?**



Instemming en samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, en zorgaanbieders om middelen te bundelen.



Governance- en verantwoordingsmodel dat gezamenlijke sturing en herinvestering van besparingen legitimeert.



Juridische verkenning hoe middelen uit verschillende wetten binnen één regionale entiteit of samenwerkingsverband gecombineerd kunnen worden.



Data-infrastructuur en monitoringssystematiek die resultaten op gezondheid, zorggebruik en kosten regionaal inzichtelijk maakt.



Foto: Evelien Hogers

2

ONTWIKKEL EEN NATIONAAL PREVENTIE RESULTATENFONDS

Veelbelovende preventieve initiatieven stranden vaak bij de opschaling. Ze tonen lokaal effect, maar missen een route naar structurele financiering.

Een nationaal preventie resultatenfonds kan dit gat overbruggen. Het is zinvol te verkennen hoe het Rijk cofinanciering kan inzetten zodra initiatieven aantoonbare gezondheidsresultaten of maatschappelijke baten behalen.

Zo'n fonds kan werken als een katalysator voor samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en investeerders. Door risico's te delen en resultaten te belonen in plaats van verrichtingen, wordt investeren in preventie aantrekkelijker. Landelijke afspraken over standaarden voor

meting, monitoring en terugbetaling maken het mogelijk om lokale successen duurzaam op te schalen.

Een Nationaal Preventie Resultatenfonds doorbreekt zo het knelpunt van ontbrekende investeringsprikkels en versnippering, en draagt bij aan verankering van preventie in de landelijke financieringsstructuur.

Uiteindelijk groeien preventiefinanciering en resultaatfinanciering naar elkaar toe. Een fonds dat betaalt voor bewezen resultaten maakt van preventie geen tijdelijke uitgave meer, maar een structurele investering in gezondheid. Zo wordt het financiële systeem zelf een motor voor betere gezondheidsuitkomsten.

WAT IS HIERVOOR NODIG?



Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Financiën moeten gezamenlijk een cofinancieringssysteem ontwerpen dat resultaten (bijvoorbeeld vermeden zorgkosten of toename gezonde levensjaren) beloont.



Heldere afspraken over definities, indicatoren en meetmethoden van preventieresultaten (standaardisatie). VWS zet hier al stappen in door samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een investeringsmodel en afwegingskader voor preventie te ontwikkelen.



Onafhankelijke toetsing van resultaten en maatschappelijke baten.



Juridische vormgeving: mogelijk een publiek-private uitvoeringsorganisatie of een agentschap binnen VWS.



Waarborgen voor transparantie en continuïteit van financiering (meerjarig fonds met resultaatgebonden toekenning).



PAS FINANCIERINGSMECHANISMEN EN BEGROTINGSSYSTEMATIEK AAN

Zonder structurele aanpassing van de begrotingslogica blijft preventie kwetsbaar.

Het is zinvol om te onderzoeken hoe we preventieve uitgaven kunnen erkennen als investering in plaats van kostenpost. Departementen, gemeenten en uitvoeringsorganisaties moeten ruimte krijgen om behaalde baten te herinvesteren in nieuwe preventieve trajecten. Door preventie op te nemen als meerjarige investeringscategorie ontstaat financiële continuïteit en ruimte voor planning.

Daarnaast kan een Gezondheidswet de nationale

gezondheidsdoelen, meerjarige preventiebudgetten en gezamenlijke monitoring juridisch vastleggen om zo de continuïteit van preventief beleid te versterken en samenwerking tussen domeinen te stimuleren.

Door de financieringssystematiek aan te passen, worden de prikkels binnen het publieke stelsel beter in lijn gebracht met maatschappelijke waarde en wordt preventie structureel geborgd in beleid en begroting.

WAT IS HIERVOOR NODIG?



Macroherziening van de Rijksbegroting en de begrotingsregels van het Ministerie van Financiën, om preventie als investering te erkennen.



Wettelijke verankering van gezondheid in beleid (via bijvoorbeeld een Gezondheidswet).



Medeoverheden (gemeenten, provincies) ruimte geven om baten uit bijvoorbeeld lagere zorgvraag te herinvesteren.



Interdepartementaal coördinatiemechanisme zodat domeinen niet vanuit aparte silo's sturen.

De drie aanbevelingen grijpen in op dezelfde onderliggende systeemproblemen, maar elk op een ander schaalniveau. Gezamenlijk vormen zij een geïntegreerde reactie op de drie kernknelpunten in de financiering van preventie.

Door gezondheid als uitkomst centraal te zetten, verandert niet alleen de manier waarop we financieren, maar ook wat we bereiken. Wanneer middelen structureel worden gekoppeld aan aantoonbare gezondheidsresultaten, ontstaat een directe prikkel om eerder te handelen, beter samen te werken en te investeren in wat echt werkt. Dat levert meetbare winst op: minder zorggebruik, meer gezonde levensjaren en grotere maatschappelijke participatie. Zo wordt de impact van preventie zichtbaar en wordt gezondheid zelf de structurele opbrengst van ons zorgsysteem.

De pioniers in dit rapport laten zien dat het kan en al gebeurt. Van lokale samenwerkingsverbanden tot

nationale fondsen, ze tonen dat duurzame preventie mogelijk is zodra de spelregels meebewegen.

Op dit moment werken veel partijen mee aan bovenstaande initiatieven *ondanks* de huidige financieringsmethodiek. Bovenstaande aanbevelingen dragen eraan bij dat partijen gaan meewerken aan preventiemaatregelen *dankzij* de financieringsmethodiek. Alleen zo kunnen we grootschalig de zorg beter inrichten en slimmer financieren. Wanneer we preventie en investeren in gezondheid belonen, komen nog veel meer initiatieven van de grond en kunnen worden opgeschaald. We hopen dat dit rapport, door de pioniers uit te lichten en hieruit lessen voor Nederland uit te halen, helpt om in de toekomst veel meer financieringen van effectieve preventie mogelijk te maken.

Aan de slag!

OVER DE AUTEURS



RUBEN KOEKOEK

Ruben is medeoprichter van Social Finance NL. In 2013 haalde hij samen met de gemeente Rotterdam de Social Impact Bond naar Nederland. In 2023 initieerde hij de Health Impact Bond 'Stevig Staan' in Noord-Limburg, een valpreventieprogramma voor senioren dat inzet op minder valincidenten en lagere zorgkosten. Ook werkt hij voor een project van de Europese Commissie aan duurzame en schaalbare financieringsmechanismen voor preventieve gezondheidszorg. Hij heeft gestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam, waar hij een bachelor en master (cum laude) economie behaalde.

E-mail: ruben.koekoek@socfin.nl

LUCAS VOESTEN

Lucas werkt sinds mei 2025 als analyst bij Social Finance NL. Hij draagt onder andere bij aan een project voor HarvestCare, dat regeneratieve landbouw koppelt aan publieke gezondheid. Eerder was Lucas betrokken bij een verkenning van een Vitaliteitspact voor de gemeente Den Haag, waar hij gemeentebelied op het gebied van gezondheid en welzijn onderzocht. Ook deed hij werkevaring op in zowel het onderwijs als de zorg. Lucas behaalde zijn bachelor Philosophy, Politics & Economics (PPE) aan de Vrije Universiteit Amsterdam en zijn master Political Economy aan de Universiteit van Amsterdam.

E-mail: lucas.voesten@socfin.nl



JEANTINE VAN DER FEEST

Jeantine startte in 2023 bij Social Finance NL. Als associate werkte ze aan een maatschappelijke businesscase voor het Jeroen Pit Huis, een voorziening tussen ziekenhuis en thuis waar gezinnen met een ernstig ziek kind leren omgaan met complexe zorg. Daarnaast onderzocht zij of resultaatgerichte financiering kan bijdragen aan gezondere voeding voor arbeiders in de thee- en kledingsector in India en Bangladesh. Voor Stichting Arbo Unie begeleidt ze het project Overgang en Werk, over de maatschappelijke waarde van interventies rond de overgang en inzetbaarheid van vrouwelijke medewerkers. Ze studeerde economie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

E-mail: jeantine.van.der.feest@socfin.nl



LINDA KOKKE

Linda werkte tot oktober 2025 bij Social Finance NL als analyst. Ze was onder andere betrokken bij het opstellen van een impactnarratief en maatschappelijke businesscase voor de Eigen Kracht Centrale, een besluitvormingsmodel voor het informele netwerk in de (jeugd)zorg. Hiervoor werkte Linda als financieel manager en fondsenwerver in de culturele sector. Ze hielp middelgrote stichtingen bij het vinden van duurzame financiering, het inrichten van de bedrijfsvoering en het organiseren van een goede governance. Ze heeft een master in Kunstbeleid en Mecenaat aan de Radboud Universiteit in Nijmegen, waar ze onderzoek deed voor o.a. het CBS en het Jeugdfonds Sport & Cultuur.



DE ROL VAN SOCIAL FINANCE NL BIJ INNOVATIEVE FINANCIERING VAN PREVENTIE

Social Finance NL speelt een voortrekkersrol in het ontwikkelen van vernieuwende financieringsmodellen voor preventie en maatschappelijke impact. Social Finance NL brengt de publieke en private partijen samen om resultaatgerichte projecten mogelijk te maken, zoals bij de Health Impact Bonds Stevig Staàn en vervult daarbij een brugfunctie tussen verschillende werelden: beleid, praktijk en financiering. Waar traditionele structuren vaak spreken in termen van

zorgvolume en verantwoording, richt Social Finance NL zich op resultaten, maatschappelijke waarde en ondernemend leren.

Social Finance NL is een social enterprise en heeft als doel geleerde lessen te delen en bij te dragen aan een impact ecosysteem. Dit is de reden dat Social Finance NL kennis deelt door middel van de podcast Money Matters, de Impact Talk en het jaarlijkse rapport over een relevant thema.

MET DANK AAN

Roxan Aquarius **RABOBANK** – Louise Blankensteijn **INVEST-NL**
 Matthijs Blokhuis **NOABER FOUNDATION** – Marijke Bos **PGGM**
 Rudo van den Brink **MINISTERIE VAN VWS**
 Eleanor Carter **GOVERNMENT OUTCOMES LAB, UNIVERSITY OF OXFORD**
 David Cutler **HARVARD UNIVERSITY** – Matt Donoghue **TREASURY OF VICTORIA, AUSTRALIË**
 Joris van Eijck **STICHTING GELIJKGEZOND** – Maarten Fischer **NOABER FOUNDATION**
 Lea Graff **VIVE – THE DANISH CENTER FOR SOCIAL SCIENCE RESEARCH**
 Stanleyson Hato **INVEST-NL** – Nils van Herpen **COÖPERATIE VGZ**
 Karen den Hertog **GGD AMSTERDAM** – Helmut Hildebrandt **OPTIMEDIS AG**
 Machteld Huber **INSTITUTE FOR POSITIVE HEALTH** – Rutger IJntema **HOGESCHOOL UTRECHT**
 Jan Jaap Janse **MINISTERIE VAN VWS** – Marleen Jansen **RABOBANK** – John Janssen **RABOBANK**
 Hans Peter Jung **HUISARTSENPRAKTIJK AFFERDEN** – Maurice Klaver **PGGM**
 Dorine klein Gunnewiek **SOCIAL FINANCE NL** – Stefania Knecht-Turkanik **SOCIAL FINANCE NL**
 Jill Kragten **SOCIAL FINANCE NL** – April Kyle **SOUTHCENTRAL FOUNDATION**
 Jochen Mierau **RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN** – Misja Mikkers **UNIVERSITEIT TWENTE**
 Janne Paardekoper **SOCIAL FINANCE NL** – Cécile Peeters **GEMEENTE VENLO** – Mika Pyykkö **SITRA**
 Páll Melsted Ríkharðsson **PLANET YOUTH** – Els Sweeney-Bindels **SOCIAL FINANCE NL**
 Leonie Voragen **Q-CONSULT ZORG** – Iris de Vries **VERENIGING ARTS EN LEEFSTIJL**

KENNISPARTNER



Onze speciale dank gaat uit naar Rabobank en Invest-NL die de totstandkoming van dit rapport mogelijk hebben gemaakt door hun expertise en netwerk beschikbaar te stellen en het rapport financieel te ondersteunen.



INVESTNL

BRONVERMELDING

1. Nederlandse Zorgautoriteit. (2025). **Stand van de zorg 2025** (PUC_802070_22). Nederlandse Zorgautoriteit. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_802070_22/
 2. Federatie Nederlandse Vakbeweging (2024). **Personeelstekort in de zorg & welzijn verviervoudigt**. <https://www.fnv.nl/nieuwsbericht/sectornieuws/zorg-welzijn/2024/12/personeelstekort-in-de-zorg-welzijn-verviervoudigt>
 3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2024). **Kiezen voor een gezonde toekomst: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024** (RIVM-rapport 2024-0110). <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0110.pdf>
 4. Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025). **Uitgaven gezondheidszorg stegen in 2024 met 8,1 procent. Centraal Bureau voor de Statistiek**. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/22/uitgaven-gezondheidszorg-stegen-in-2024-met-8-1-procent>
 5. Patiëntenfederatie Nederland. (2025). **Patiëntenmonitor 2024** <https://d2v51f1et2g9vq.cloudfront.net/production/PDFs/Onderzoeksrapporten/Rapport-Patientenmonitor-2024-def.pdf>
 6. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2025). **Sociaaleconomische gezondheidsverschillen: Trends. Volksgezondheid en Zorg (VZinfo)**. <https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen/trends>
 7. Danesh, K., Kolstad, J. T., Parker, W. D., & Spinnewijn, J. (2024). **The chronic disease index: Analyzing health inequalities over the lifecycle** (NBER Working Paper No. 32577). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w32577>
 8. Nederlands Huisartsen Genootschap. (2024). **Feiten en cijfers**. <https://www.nhg.org/feiten-en-cijfers>
 9. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2025). **Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases – leveraging data for impact: Monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting. WHO Regional Office for Europe**. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/267c7f4b-4b52-4e4d-ac4b-3fbe0d64b311/content>
 10. Invest-NL, Social Finance NL, ReumaNederland, & Noaber Foundation. (2024). **De maatschappelijke businesscase als basis voor duurzame bekostiging van domeinoverstijgende zorg**. <https://socfin.nl/wp-content/uploads/2024/06/De-maatschappelijke-businesscase-als-basis-voor-duurzame-bekostiging-van-domeinoverstijgende-zorg-Invest-NL.pdf>
 11. Wang, L., Zhou, Y., & Chen, Y. (2021). **Investing in preventive care and economic development in ageing societies. Health Economics Review**, **11**(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13561-021-00321-3>
- Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). **Return on investment of public health interventions: A systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health**, **71**(8), 827–834. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208141>
- Cobiac, L. J., Scarborough, P., & Micha, R. (2019). **Health economic evaluation modeling shows potential health care cost savings from improved diet. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, **119**(9), 1523–1532. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.11.012>
12. Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2024). **Wat verandert er aan de Brede SPUK in 2025 en 2026 met de wijzigingsregeling 2025**. <https://vng.nl/vragen-en-antwoorden/wat-verandert-er-aan-de-brede-spuk-in-2025-en-2026-met-de-wijzigingsregeling-2025> ►

13. Van der Vliet, N., Suijkerbuijk, A. W. M., de Blaeij, A. T., de Wit, G. A., van Gils, P. F., Staatsen, B. A. M., Maas, R., & Polder, J. J. (2020). **Ranking preventive interventions from different policy domains: What are the most cost-effective ways to improve public health?** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **17**(6), 2160. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062160>
14. Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025). **Gezondheidsuitgaven internationaal vergelijkbaar; aanbieders, financiering.** <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/86022NED>
15. Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie. (2023). **Preventie op waarde schatten: Advies Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie. Kennisplatform Preventie.** <https://open.overheid.nl/documenten/92ad7df5-0b1f-4dcc-b7f1-efb7cd6ee6b5/file>
16. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2023). **Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord (RIVM-rapport 2023-0414).** <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2023-0414.pdf>
17. TWG-KBP. (2023). **Preventie op waarde schatten: Advies Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie. Kennisplatform Preventie.** <https://open.overheid.nl/documenten/92ad7df5-0b1f-4dcc-b7f1-efb7cd6ee6b5/file>
18. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). **Kamerbrief over aanbidding rapport Adviescommissie Richtlijn passend bewijs preventie.** <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2025/10/23/kamerbrief-over-aanbidding-rapport-adviescommissie-richtlijn-passend-bewijs-preventie>
19. Hildebrandt, H. (2024). **Lessons from Kinzigal and other alternative payment models in Germany**

Groene, O., & Hildebrandt, H. (2025). **Integrated care in Germany** [Overzichtsartikel/hoofdstuk]. Struckmann, V., Spranger, A., Fuchs, S., & van Ginneken, E. (2016). **Germany—Thick description: Gesundes Kinzigal. In Everything you always wanted to know about integrated care in Germany**
20. VeiligheidNL. (2025). **Feiten en cijfers valongevallen 65-plussers 2024** [Infographic]. <https://www.veiligheid.nl/sites/default/files/2025-09/Infographic%20Valongevallen%202024.pdf>
21. Social Finance NL. (2025). **Health Impact Bond stevig staan - Social Finance NL.** <https://socfin.nl/cases/health-impact-bond-stevig-staan/>
22. Government Outcomes Lab. (2023). **Children's Welfare Social Impact Bond (Finland)** [Case study]. <https://golab.bsg.ox.ac.uk/knowledge-bank/case-studies/childrens-welfare-social-impact-bond-finland/>

European Investment Advisory Hub. (2021). **Case study: Children's Welfare SIB Finland [Rapport].** <https://eiah.eib.org/publications/attachments/children-welfare-sib-finland.pdf>
23. Kyle, A. (2023). **Relationship-Based Health Care: Achieving improved outcomes through shared responsibility.** *International Journal Of Integrated Care*, **23**(S1), 031. <https://doi.org/10.5334/ijic.icic23016>

Southcentral Foundation (2025) **Resources. Southcentral Foundation Nuka System of Care.** Geraadpleegd op 7 november 2025, van <https://scfnuka.com/resources/>

The King's Fund. (2015). **Doug Eby: Key features of Southcentral's service delivery model** [Video]. YouTube. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/intentional-whole-health-system-redesign>
24. Stichting GelijkGezond. (2025). **Introductie** [PDF]. <https://gelijkgezond.nl/wp-content/uploads/2025/02/20250221-GelijkGezond-Introductie.pdf>

Social Finance NL. (2025). **Haalbaarheidsstudie innovatieve financiering van GelijkGezond - Social Finance NL.** <https://socfin.nl/cases/haalbaarheidsstudie-innovatieve-financiering-businesscase-gelijkgezond/>

25. Rochman, S. (2025, April 25). **Colorectal cancer screening program doubled screening rates and halved deaths. Kaiser Permanente Division of Research.** <https://divisionofresearch.kaiserpermanente.org/colorectal-cancer-screening-program/>

Kaiser Permanente. (2023). **Annual report summary: National Total Joint Replacement Initiative (Vohs Multi-Regional Quality Award).** <https://deviceassessment.kaiserpermanente.org/wp-content/uploads/2023/07/annual-report-summary-vohs-copy.pdf>
deviceassessment.kaiserpermanente.org

Kaiser Permanente & Institute for Health Metrics and Evaluation. (2022). **Measuring premature mortality among Kaiser Permanente members compared with community nonmembers.** <https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/reports/community-benefit-reports/measuring-premature-mortality-en.pdf>
[Kaiser Permanente](https://healthy.kaiserpermanente.org)

Kaiser Permanente. (2025). **Housing security.** <https://about.kaiserpermanente.org/expertise-and-impact/healthy-communities/our-programs-and-partnerships/housing-security>
[Kaiser Permanente](https://about.kaiserpermanente.org)

Lagasse, J. (2022). **Kaiser Permanente is spending \$400 million on affordable housing initiatives. Healthcare Finance News.** <https://www.healthcarefinancenews.com/news/kaiser-permanente-spending-400-million-affordable-housing-initiatives>
[healthcarefinancenews.com](https://www.healthcarefinancenews.com)

McGlynn, E. A., et al. (2022). **Measuring premature mortality among Kaiser Permanente members compared to the community. Kaiser Permanente.** <https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/reports/community-benefit-reports/measuring-premature-mortality-en.pdf>
healthy.kaiserpermanente.org
26. Karremans, V. P. G. (2025). **Kamerbrief over investeringsmodel voor preventie. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.** <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2025/06/19/kamerbrief-over-investeringsmodel-voor-preventie>
27. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). **Investeringsmodel voor preventie [Infographic]. Rijksoverheid.** <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/06/17/infographic-vws-investeringsmodel-preventie-2025>
28. Icelandic Centre for Social Research and Analysis. (2025). **Youth in Iceland/Planet Youth—ICSRA datasets & publicaties.** <https://ghdx.healthdata.org/organizations/icelandic-centre-social-research-and-analysis-icsra>

Planet Youth. (2025). **The Icelandic Prevention Model.** Planet Youth. <https://planetyouth.org/the-icelandic-prevention-model/>
29. Government Outcomes Lab. (2025). **Life Chances Fund (LCF) evaluation.** <https://golab.bsg.ox.ac.uk/about/outcomes-based-contracting/life-chances-fund-lcf-evaluation/>
30. Department of Treasury and Finance (Victoria). (2024). **Budget paper no. 3: Service delivery 2024–25 (incl. Appendix B).** Government of Victoria. <https://www.dtf.vic.gov.au/2024-25-service-delivery>

Department of Treasury and Finance (Victoria). (2025). **Early Intervention Investment Framework (EIIF).** <https://www.dtfvic.gov.au/early-intervention-investment-framework>
31. Statistics Norway. (2025). **Municipal overview of public health (table 13119).** <https://www.ssb.no/en/statbank/table/13119>
32. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. (2024). **Resolution drafted by Finland: Health in All Policies approved by WHO.** <https://stm.fi/en/-/resolution-drafted-by-finland-health-in-all-policies-approved-by-who>
33. Welsh Government. (2024). **Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015: The essentials.** <https://www.gov.wales/well-being-future-generations-act-essentials-html> ●■

