



Onze gezondheid Onze zorg

visiedocument van zorg en gezondheid in, van en door de gemeenschap¹

dd. 29 jan 2021 – auteur Jeroen den Uyl i.s.m. Jeanet Bouw (beide bestuurders van de vereniging Zorg in de meent)²

DROOM

*Wij als
bewoners hebben
volledige invloed
op onze eigen zorg!*

Dan is de zorg **democratischer**, meer gericht op **gezondheid** en preventie, en het is ook nog eens veel **goedkoper**. Deze drie doelen bereiken we in samenhang met elkaar, het ene doel helpt het andere. We geloven dat als je mensen met elkaar zelf over de zorg laat beslissen, deze goedkoper wordt en breder en meer integraal wordt gedefinieerd. We geloven dat als je goed doet, goed ontmoet en dat mensen deugen. Daarvoor moeten we het wel zo (goed) organiseren, dat gewenst gedrag bevordert wordt. Mensen hoeven niet te worden gewantwoord en gecontroleerd, als ze als mens behandeld worden; zij zijn geen dingen. Wij zijn mensen.

Ons doel is dus allereerst om de zorg democratischer te organiseren, te focussen op gezondheid en substantieel goedkoper te maken door gemeenschappen verantwoordelijk te stellen voor de zorg.

Door dat te doen en door mensen te vertrouwen en met elkaar zorg te laten vormgeven is er een belangrijk neven doel aan de orde: de systeemwereld terugdringen en daarmee de kosten en verkokering en op zorg georiënteerde werkwijze (in plaats van gezondheid) terugdringen en de zorg te vermenselijken en te informaliseren.

¹ Dit document is work in progress, is gebaseerd op verschillende bijeenkomsten van de groep Vergemeenschappelijking van de Zorg, een initiatief van de vereniging Zorg in de meent.

Aan deze bijeenkomsten namen mensen deel die in of nabij de zorg werkzaam zijn en interesse en affiniteit hebben met het doel om de zorg te vergemeenschappelijken zodat deze democratischer wordt, meer gericht is op gezondheid en goedkoper. Zorg in de meent is opgericht door Jeroen den Uyl en Jeanet Bouw. Het initiatief startte met een publicatie op LinkedIn <https://www.linkedin.com/pulse/corona-als-kans-vergemeenschappelijking-van-de-zorg-jeroen-den-uy/>. De overige bronnen zijn zoveel mogelijk verwerkt in de hyperlinks. Het document is deel van de creative commons en is te gebruiken onder vermelding van de auteurs.



² Bijlage 2 bevat de mee-schrijvers en andere personen die betrokken zijn bij de totstandkoming van dit document.



Veel mensen willen dit, maar kunnen dit nu niet verwezenlijken. Daarom werken we deze droom verder uit. Een droom die de hardnekkigheid van het bestaande systeem als uitgangspunt neemt en er een geheel ander perspectief tegenover zet.

Doe je mee met deze droom?

Wil je er meer van weten, lees dan deze notitie!

Waarschuwing 1: het is een droom buiten de bestaande paradigma's. Laat daarom los wat je tot nu denkt en weet van de zorg. Mogelijk heb je vragen, spaar ze even op en kijk aan het eind of ze beantwoord zijn. En als dat niet het geval is, toets je vraag dan aan onze droom. Want het kan best zo zijn dat jouw vragen stammen uit een ander paradigma. Check de FAQ bijlage ook even, misschien staat jouw vraag er wel bij.

Waarschuwing 2: het is een lang stuk geworden. De kracht zit in de beperking, maar omwille van een compleet beeld en een goed gesprek over de droom is de uitwerking ook juist van nut. Bijlage 3 bevat een kortere versie.

Waarschuwing 3: dit is een verhaal van onze droom. Dit is niet het verhaal waar we moeten starten. Op zich is het heel fijn als de lezer denkt, ach mooi en nu aan het werk. Maar we willen eerst goed verbinden op de droom. De feitelijke implementatie en veranderingsstrategie zullen we hierna pas maken.

WHY

- **Overheid en markt zijn ultiem inefficiënt.** De overheid denkt in kostenbeheersing en stuurt daarnaast op rechtmatigheid en risicomijding. De markt beprijsd de risico's en is niet geïnteresseerd in betrokkenheid van de burgers maar wel in eigen belang en bedrijfscontinuïteit. De markt is door de sterke overheidsregulering nauwelijks een echte markt. Overheid en markt zijn verstrengeld en daardoor vindt sub-optimalisatie plaats: efficiëntie zoeken binnen je eigen (relatief) kleine domein maakt het systeem niet beter.
- **Markt creëert verkokerd aanbod.** Het Markt-denken leidt tot verkokerd aanbod (want in de sfeer van marktwerking is samenwerking verdacht en in voorkomende gevallen verboden). Tegelijkertijd zijn er bij verschillende partijen hoge winstmarges mogelijk en bij andere wellicht niet, maar deze kunnen niet failliet gaan³. Dat leidt weer tot extra kosten en kwaliteitsverlies (verkokerd aanbod, lange wachttijden niet vanuit de klant georganiseerd) en het leidt ook - omdat het niet beter is ingericht - tot onnodige extra overheidscontrole en beleidsvorming. De ziekenhuizen gedragen zich als ondernemingen terwijl ze van origine zijn ontsproten aan de charitas. Door de subsidies en vermarkting zijn ze volledig losgekomen van de mensen voor wie ze het deden. Alleen de naam verwijst soms nog naar de oorsprong van de zorg, de zorg van mensen die voor elkaar zorgen.
- **De verkeerde zorg.** De zorg is vaak ook niet de juiste zorg: het gaat in deze tijd om andere ziektes, (chronische ziektes) de zorg geeft geen antwoord op de behoefte (van even ziek zijn naar

³ Denk maar aan de oplossing van de faillissementen van het Slotervaart- en de Zuiderzee-ziekenhuizen en de Sionsberg. Daar werd in grote ijf een vervangende marktpartij gezocht.



langdurige ziek zijn; kwalitatief langer leven geven). De zorg is momenteel niet alleen inefficiënt maar ook ineffectief. Laat staan dat gezondheid het doel is.

- **Markt en overheid, een hybride monster zonder belang bij probleemoplossing.** Dat Markt-functioneren is in wezen geen markt meer, maar een overheidsgeruleerd optreden dat zich meer tussen markt en overheid begeeft in plaats van in de markt. Het maakt dat het een bijna niet te onderscheiden geheel is, een hybride en zeer complex systeem. Een systeem dat van de problemen houdt die ze produceert, een systeem dat leeft van die problemen, het is een [generatieve complexiteit](#) die immer doorgroeit ([Scharmer](#)).
- **De gemeenschap is de grote afwezige.** De mens is een object in een logistiek werkproces van zorgdiensten. Het object is een punt, terwijl zorg in wezen de relatie is tussen de punten. [Annelies van Heijst](#) noemt dit in haar boek Menslievende zorg de [verdingelijking van de zorg](#). Hooguit wordt de medemens als klant gezien, terwijl de mens juist liefde, aandacht en betrokkenheid zoekt, ook in de zorg. In de gemeenschap van mensen kan lijden gedeeld worden. Het delen van pijn is een grote helende kracht voor degene die pijn lijdt en voor diegene die de ander ondersteunt. In de gemeenschap kunnen krachten worden gedeeld, is wederkerigheid troef in plaats van afhankelijkheid. De kracht van de gemeenschap is niet in geld of in rechtmatigheid uit te drukken, maar in liefde en aandacht.
Als je louter als individu (hooguit als klant) benaderd wordt, is zorg een eenzame wereld. Dan treedt er een giftige cocktail-reactie op: de klant wordt consument en neemt van de weeromstuit niet met minder genoegen. Dat zweept de vraag naar zorg omhoog en bevestigt onbedoeld de onmisbaarheid van de medische stand. De bron hiervoor ligt in ons menselijke tekort. We hebben veel aandacht voor pijn en ziekte en te weinig voor bedding, welbevinden, gezien en erkend weten en daarmee preventie van lijden. De manier waarop we zorg nu georganiseerd hebben, voedt die bron in plaats van dat die matigt.
- **Geen zeggenschap.** De patiënt is behalve klant ook machteloos. Er is geen participatie, geen invloed en geen zeggenschap. Dat is op zich al een ultiem probleem. Dit kan echt niet meer. In de 21^{ste} eeuw...
- **De zorg is duur.** En de kosten stijgen elk jaar opnieuw. Het beslag op de overheidsfinanciën bedroeg in 2018 100 Mrld per jaar en groeit met 3 a 4 % per jaar⁴.
 - Incentives zijn kosten verhogend (DBC's) en aanbod gedreven (onverklaarbaar hoog aantal ingrepen in een bepaalde regio van een bepaalde specialist) en alleen gericht op cure en niet op preventie.
 - De zorg is nu zo ingericht dat de kosten die ze maakt niet direct worden gevoeld door de mensen die ze (ongewild, maar toch) veroorzaken. Bovendien, arme mensen ervaren meer en relatief hogere financiële drempels dan rijke mensen (eigen risico's (tandarts))
 - Samen met de klant die graag goede zorg wil (de giftige cocktail), is er een glijbaan die zorgt dat er steeds meer zorg geconsumeerd wordt.
 - De farmaceutische industrie en producenten van medische instrumenten springen hier op in en maken grote winsten vanwege deze grote behoefte aan zorg. Ook daar creëert aanbod de vraag. Er wordt regelmatig reclame gemaakt voor ziektes en problemen die geen ziektes zijn of nog niet zo gepercipieerd worden.

⁴ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/25/zorguitgaven-stijgen-in-2018-met-3-1-procent>

Het gaat hier om zorguitgaven in brede zin. In deze berekening worden ook de kosten voor Kinderopvang tot het zorg budget gerekend. Deze bedragen globaal 4 mld euro per jaar en hebben we van het totale budget afgetrokken.



- **Externalisatie van de kosten.** Deze impulsen voor extra kosten worden niet door de veroorzakers betaald, maar door anderen: De verzekeraars en daarmee de premiebetalers, en de centrale overheid en daarmee alle Nederlanders die belasting betalen. Dat noemen we [externalisatie](#): wel de lusten, de lasten laten we anderen betalen.
- **Uitsluitende processen.** Zorg is ook een zaak van netwerk en mensen kennen. Iemand die in een ziekenhuis is geweest, weet hoe fijn het is als je iemand kent die jouw gidst. Mensen met een lage sociaal economische status missen die kruiwagens. Daarmee is de zorg niet inclusief en (onbedoeld) uitsluitend.
- **Niet gericht op gezondheid.** Samen veroorzaken de zorgaanbieders een groot aanbod dat geen belang heeft bij preventie. Alle preventiemaatregelen hebben te maken met mechanismen die de 'winst' van preventie afromen. In het systeem kan niet verdiend worden aan preventie. Dat maakt dit alles eigenlijk nog extra zuur.
- **Afhankelijkheidspositie.** De hoge kosten, eigen bijdrage en afhankelijkheid van de toeslagen-belastingdienst maken het voor mensen met lager inkomen nog moeilijker volwaardig en gelijkwaardig zorg te ontvangen. Toeslagen veroorzaken toestanden. In een regelkring kunnen we die beperken en een menselijk gezicht geven.

DROOM: ONZE Zorg. Omdat wij geloven dat het anders moet en anders kan

- De Zorg die wij (in het particuliere domein) zelf organiseerden is van ons weggenomen. We hebben het toevertrouwd aan de overheid en daarna is het verpatst aan de markt. Dat willen we niet meer. We nemen onze zorg terug. **Het is ONZE zorg.**
We willen die zorg terug, terug naar de inwoners.
Die zorg is van ons. Die zorg is zo duur, maar zeker ook goedkoop als wij die maken. En die zorg richt zich op onze leefwereld zodat niet ziekte en zorg maar gezondheid en welbevinden centraal staan.
- **80% van de zorg is routine en geen rocket science.** Wij geloven dat 80% van de zorg gewone zorg is die in de directe omgeving geleverd kan worden⁵. Veel zorg kan door de lokale inwoners bestuurd worden en door professionals die in de regio wonen geleverd worden.
- **Eigen taak creëert verantwoordelijk gedrag.** Wij geloven dat als mensen zich samen verantwoordelijk weten, zij zich ook verantwoordelijk gaan gedragen⁶. Dat ze uit hun consumentisme kunnen opstaan tot werkelijke samenwerkende mensen.
- **Groeiende beweging van een responsieve samenleving.** We zien die responsiviteit in de groeiende beweging van (zorg)coöperaties. We zien dat coöperaties ontstaan en dat de mensen daarbinnen zich bewust zijn van de schaduwaspecten, van uitsluiting. Daarom gaat dat vaak gepaard met [sociocratie](#) en [deep democracy](#) waarmee minderheidsbelangen gehoord worden en inclusiviteit geborgd wordt.

⁵ Gewone zorg bestaat uit zorg van huisartsen en fysiotherapeuten, van overige paramedische zorg, kraamzorg, thuiszorg, basisziekenhuis, spoedeisende zorg, psychiatrische zorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en alle vormen van welzijnzorg, zoals maatschappelijke dienstverlening en opvang van asielzoekers en dak- en thuislozen.

⁶ Alle mensen deugen. Dat is nu een opkomend paradigma. We koppelen dit aan de context waarin mensen met elkaar waarden creëren. Dat kan op scholen (Essential schools, zorgcoöperaties, regelvrije verkeerspleinen, maar ook in reguliere organisaties in de markt en overheid (Mondragón).



- **Technische en sociale innovatie, digitalisering ten dienste van de gemeenschap.** De innovatiegolf die op ons afkomt, zal de gemeenschap moeten dienen. Hiervoor gebruiken we de strategieën die de Waag hanteert voor het vergemeenschappelijken en [repareren van het internet](#). Voor zover de gemeenschappen moeite hebben met het ontwikkelen en implementeren van innovatie wordt systeeminnovatie samen en apart georganiseerd.⁷
- **De beroepseer, het echte ambacht van zorgprofessionals staat centraal.** In wezen is wat we voor de gemeenschap van mensen voorstellen ook van toepassing op de zorgorganisaties. De professionals staan aan het roer en waken ervoor dat zij hun passie ten volle kunnen uitvoeren⁸
- **In een eigen taal en eigen paradigma.** Onze droom is geen droom van de markt of van de overheid, maar van de gemeenschap. In de gemeenschap geldt een ander paradigma. Daar gaat het over betrokkenheid, aandacht en liefde. Daar spelen andere normen en waarden.

Deze zijn zo tegengesteld dat duidelijk is dat een vraag vanuit het ene perspectief niet eenduidig kan worden beantwoord vanuit het andere

Overheid	Markt	Gemeenschap
<ul style="list-style-type: none"> - Legitimiteit - Onderhandel niet - Discipline - Loyaliteit - Publiek belang prevaleert - Rule of law - Zo zijn de regels - Representatie - Ruilmiddel: (toebedeelde) macht 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficiëntie - Gelijkwaardigheid - Wees eerlijk - Vrijwillige overeenkomst - Wees competitief/ Eigen belang is leidend - Optimisme/dat kan anders - Ruilmiddel: geld 	<ul style="list-style-type: none"> - Betrokkenheid - Zelfontplooiing - Wederkerigheid - Ongelijkheid - Flexibel - Participatie - Ruilmiddel: betrokkenheid/aandacht

perspectief. Daarmee dagen we partijen in de overheid(sfeer) of in de markt uit om los te komen en onze droom te volgen en te lezen met andere ogen.

- **Onze waarden**

In dit voorstel hanteren we waarden die richtinggevend zijn voor het grote werk dat ons te doen staat.

- radicale gelijkwaardigheid
- inclusiviteit
- vertrouwen
- openheid
- gematigde tarieven
- gematigd winstoogmerk
- onvoorwaardelijk
- cocreatie.

⁷ Organisaties met sterk mandaat op de werkvloer, decentrale besluitvorming, zoals BuurtZorg, hebben een beperkte autonome drive voor innovatie. Dat is de reden dat Buurtzorg de innovatie in een centrale / gecentraliseerde unit positioneert. Ook organisaties die oorspronkelijk hiërarchiaal georganiseerd waren en het model van Buurtzorg kopieerden, hebben de innovatie op een centrale plek in de organisatie geplaatst (bijvoorbeeld bij Sensire).

⁸ De kracht van organisaties als Buurtzorg, en anderen die werken volgens de principes die Frederic Laloux beschrijft in [Re-Inventing organisations](#) is dat verantwoordelijkheid nemen voor je eigen aandeel in een context van een werkorganisaties inhoudt dat de invloed en macht van de professional in organisaties voorop komt te staan, net als dat voor de inwoners geldt voor hun eigen zorg en gezondheid.



HOW

Herhaalde waarschuwing: In deze paragraaf spreken we niet over de weg van verandering (het transitie denken/ het transitie pad). Dit stuk is louter bedoeld om een aantrekkelijk doel, onze droom neer te zetten en uit te werken, als lonkend perspectief en de stip op de horizon.

- **Gemeenschap als leidend organisme**

We organiseren de zorg als kerntaak van de gemeenschap. De gemeenschap is een verband van inwoners (burgers) die in een territorium (bij wet of andere rechtsbron) gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de zorg. Deze keuze is ingegeven omdat er een mondiale trend is naar zelforganisatie (van de zorgcoöperaties in Nederland, maar ook breder van coöperaties in Nederland en verder in West Europa (bronnen [LSA Community land Trust](#), [Eco Village Network](#), [Transition Towns Network](#)), de visionaire publicaties op dit terrein (Red Tory (van [Phillip Blond](#)), [Society 4.0](#) van Bob de Wit, [Powerswitch](#) van Jeroen den Uyl, [Groter denken, kleiner doen](#) van Herman Tjeenk Willink). Omwille van dit stuk gaan we niet in op de talloze politicologen, bestuurskundigen en (rechts)filosofen die hier in de afgelopen decennia aan hebben bijgedragen.

- **Mensen deugen**

Je kan mensen verantwoordelijkheid geven als je ze ook verantwoordelijk houdt. De context waarin zij die verantwoordelijkheid ontvangen en worden uitgenodigd te gebruiken, helpt om bij het individuele gedrag uit te lokken dat collectief gedrag en besluitvorming ondersteunt. [Elinor Östrom](#) beschrijft de voorwaarde die hier geldt: dat duidelijk is waar men samen over gaat, waar men samen verantwoordelijk voor is. Dat het geen individueel recht is, maar een gedeelde verantwoordelijkheid. Dat men zelf (maar samen met anderen) eigenaar is van de zorg die men wil ontvangen. Dat je er dus met elkaar moet uitkomen als je het oneens bent over het gezamenlijke besluit, en dat je je niet zomaar aan die collectiviteit kan onttrekken. Dat je niet even snel naar een hogere macht buiten de eigen gemeenschap kan grijpen, die jou helpt om de koers te verleggen en onwelgevallige besluiten te keren. Het is juist de bedoeling dat de leden elkaar verantwoordelijk houden en leren elkaar aan te spreken en aangesproken te worden. Dit is een heilzame werking die het consumentisme tegengaat (eigen belang eerst) en mensen uitlokt en bewust maakt (anderen zouden zeggen, dwingt) om met elkaar het gedeeld eigen belang te benoemen en daarover in bemiddeling te treden. Voor het individu treedt daardoor een heilzame werking op (zelf kennis, kennis van conflicthantering en besef gedeelde eigenwaarde door collectief bezworen conflicten). Het kader in deze vorm werkt zelfdisciplinerend (zoals beschreven door de Franse filosoof [Foucault](#)). De kaders zijn in wezen ook rechtsvormen waarbinnen de groep betekenis geeft aan afspraken en gedrag. ([Van Dinten](#) noemt dat contexten waar betekenisgeving plaatsvindt en [Dooyeweerd](#) noemt dat autonome kringen van rechtsvorming).

Voorbeelden elders:

- [Mondragón](#) (een Baskische gemeente in Spanje waar alle publieke voorzieningen en ook commerciële bedrijven in coöperatief verband georganiseerd zijn)
- [Essential Schools](#) (een schoolbestuur dat bestaat uit drie geledingen: kinderen, ouders en leerkrachten)



- [Wooncoöperaties](#) (huurders die samen eigenaar worden van het huurcomplex waar ze wonen)
- [Regelvrij verkeersplein](#) (openbare ruimte (verkeersplein, maar ook andere ruimte) zo inrichten dat alle gebruikers op elkaar letten en de doorstroming natuurlijk gereguleerd wordt door de crowd)
- [Broodfondsen](#) (onderlinge verzekering waar mensen die zich anders dan tegen hoge kosten zich verzekeren tegen inkomens verlies door ziekte)
- [Energiecoöperaties](#) (collectieve voorziening om energie op te wekken, te consumeren en te verkopen of uit te ruilen)

Voorbeelden in de huidige zorg:

- [Zorgcoöperaties](#) (collectieve onderlinge voorziening voor ouderenzorg, buurtzorg etc en informele hulp)

- **Focus op integraliteit**

Hoewel dit document ingaat op de zorg is het aannemelijk dat zodra de inwoners in een zorg-regelkring verantwoordelijk voor de zorg zijn, zij ook gezondheid als hun focus gaan omarmen. Omdat gezondheid (gezond leven) de kosten van de zorg verlaagt. Met gezondheid als focus, is het zaak integraal te kijken. Bijvoorbeeld naar andere facetten die op het niveau van de buurt gerealiseerd worden. Denk maar aan andere levensgebieden: economie, werk, onderwijs, opvoeding, welzijn, persoonlijke integriteit, etc. It takes a village to raise a child. Dat geldt voor gezondheid, voor opvoeding, voor scholing, etc.

Integraliteit kan ook nog verdere betrekking hebben op aanpalende taken die in de gemeenschap een plek hebben. Denk aan broodfondsen, energiecoöperaties, buurthuizen. In de lokale specifieke situatie kan een samenwerking ontstaan, nieuwe diensten worden ontwikkeld. Het is de gemeenschap die bepaalt welke inhoudelijke focus wordt gekozen.

- **Werking van de regelkring**

De gemeenschappen werken doordat de deelnemers het vraagstuk dat zij willen oplossen / regelen in enige mate gelijkkelijk ervaren en een gezamenlijke meerwaarde ervaren om dit vraagstuk in de kring op te lossen. De eerder genoemde voorbeelden geven daar allen blijk van. Er zit een natuurlijke grens aan het vraagstuk, degenen die er last van hebben, en die de kosten ervan betalen. De regelkring is een autonome ruimte van een collectieve groep die het vraagstuk wil en kan aanpakken.

Een regelkring bestaat op diverse schalen. Kleinere cellen die kleinere vraagstukken oplossen maken deel uit van een interacterend geheel van andere vergelijkbare cellen naast hen waarmee zij informatie, hulp etc. uitwisselen. Ook met een hogere cel op een andere schaal. Denk aan een huisarts waarmee een kleinere schaal inwoners bediend wordt, net als andere huisartsen in naastliggende cellen. Dat geldt ook voor diensten als fysiotherapie en andere paramedische zorg. Daarnaast zijn ziekenhuizen georganiseerd, die een grotere schaal vragen. Die verbinden zich met de 'kleinere' cellen die een specifieke functie vervullen.

- **Inhoudelijke keuzes over de zorg is van de mensen zelf**



In de regelkring beslist de zorggemeenschap zelf wat goede zorg is. Met de middelen die haar ten dienste staan (financiën, kennis, technische instrumenten, informele hulp, creativiteit, liefde en aandacht) kan zij het niveau van en de toegang tot de zorg organiseren. De gemeenschapsorganisatie die zorg produceert, staat ten dienste van de deelnemers (de inwoners van het gebied van de regelkring). De inhoudelijke prioriteiten worden bepaald door de deelnemers (als coöperatiebestuur die voor de organisatie van de coöperatie het beleid/ prioriteiten bepaalt). Hoe dit precies plaatsvindt is volstrekt een zaak van de regelkring. Die kan variëren in sterk bedrijfsmatige new-public-management-achtige opdrachten of holacratisch⁹ of andere vormen van organisatie.

Kern is dat de zorggemeenschap zelf bepaalt hoe zij de (altijd schaarse) middelen besteedt aan inhoudelijke keuzes. Het spreekt voor zich, deze keuzes zijn in de kern politiek. Politiek in de zin dat we met elkaar moeten bepalen wat goede zorg is. Ethische of morele kwesties komen aan de orde, wel of geen abortus, wel of geen euthanasie, wel of geen verdovende middelen verstrekken, wel of niet hele dure medicijnen vergoeden, etc. Deze keuzes zijn nu verstoep op nationaal niveau in regels en processen. De regelkring kan deze als zijnde haar eigen autonomie zelf aanpassen. Er is geen ruimte voor de nationale politiek om hier regels voor op te stellen. In de (Grond-)wet wordt deze keuze vastgelegd en de rechter moet deze discretionaire ruimte voor de gemeenschap in de betreffende regelkring respecteren.

- **Spanning tussen individu en de groep**

Het kan zijn dat mensen een inhoudelijke voorkeur hebben die in de eigen zorgcoöperatie niet wordt uitgevoerd (en betaald). Dan kan die persoon in een andere zorgcoöperatie die deze handeling wel wil uitvoeren zich vervoegen, uiteraard dan dus tegen eigen bijdrage. Dat is misschien pijnlijk, maar we willen niet treden in de besluitvorming van mensen over hoe zij hun eigen zorg willen inrichten. Als we dat wel zouden doen dan vervreemden we ons van de droom en dan doemt een beeld op van een derde partij (de overheid?) die het voor de mensen bepaalt zonder hen daar als eigenaar in te kennen.

We realiseren ons terdege dat de groep een andere afweging kan maken dan het individu. Die potentiële tegenstelling is de kern van het concept. Zonder deze potentiële tegenstelling ontstaat er geen gesprek over wat goede zorg is (van zorg naar gezondheid), hoe je een inhoudelijke verschil van mening met elkaar oplost (participatieve democratie) en treedt er ook geen matigend effect op (goedkopere zorg). In die zin is dit potentiële conflict een creatieve oplossing om een zorg te bouwen die aan onze droom voldoet. Het is het werkend mechanisme en misschien wel de belangrijkste bouwsteen. De andere bouwstenen zijn: de heldere afperking (scope en territorium) waarbinnen de inwoners verantwoordelijkheid dragen, de beperking van de mogelijkheid van externalisatie van problemen buiten de eigen kring en de waarborg voor insluiting van alle mensen in een gebied. Deze bouwstenen worden elders in de tekst nader toegelicht.

Uiteraard vindt deze besluitvorming die de deelnemers in de gemeenschap direct in hun belangen kan raken, plaats in deliberatie door de deelnemers (in de coöperatie) en uiteindelijk ook het zorgpersoneel en andere (informele) uitvoerders. In die zin is niet alleen de inhoudelijke keuze over de

⁹ **Holacratie** is een besturingsmodel voor organisaties. Het model neemt afstand van traditioneel top-downmanagement en verdeelt autoriteit over alle medewerkers in de organisatie. Uitgangspunt is dat een organisatie door de dynamische en transparante structuur in staat is voortdurend bij te sturen.



te leveren zorg aan de gemeenschap, maar ook de governance, hoe men tot gedragen besluiten in de gemeenschap komt.

Scope; wat willen we in gemeenschappen zelf organiseren.

We kiezen voor de zorg die routinematig wordt verleend. De Pareto-vergelijking geldt ook hier. 80% van de zorg is routinematig van karakter en 20% is de uitzondering. Voor die laatste 20% geldt dat deze te afwijkend is, specialistische kennis en voorzieningen nodig heeft waarvoor niet in nabijheid een zorgfaciliteit georganiseerd kan of hoeft te worden. Deze 20% staat dus meer op afstand en kan onder een ander regime georganiseerd worden.

Dit voorstel zegt daar verder niets over, voornamelijk kan deze 20% volgens het vigerende systeem georganiseerd worden (al blijven de grote nadelen van het huidige systeem dan voor 20% bestaan). Voor de 80% geldt dat deze zo dichtbij mogelijk (op de laagste mogelijke schaal van de regelkringen) uitgevoerd kan worden.

Dat geldt voor bijvoorbeeld huisartsen, buurtzorg, maatschappelijke zorg. Op een andere schaal is 80% van de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg door de gemeenschap aan te sturen. Op dat schaalniveau is ook de ouderenzorg en verpleegzorg in de regelkring te organiseren, en ook het basisziekenhuis en de eerste hulp post.

Nadere onderzoeksvragen:

- We ervaren een spanning van de schaal en veelsoortigheid van adequate zorggebieden (huisarts heeft 2000 cliënten nodig, een fysiotherapeut 6000 cliënten, een basis ziekenhuis nog meer). Hoe organiseer je dat vanuit een regelkring? Dat moet geconfronteerd worden met een andere vraag: hoe zorgen we dat de zorg ook werkelijk nabij is. De schaal van een regelkring voor de aansturing van de huisarts en andere lokale zorg mag niet zo groot zijn dat de nabijheid van de eigenaren niet goed gevoeld wordt. In de samenhang tussen de schalen moet ook nagegaan worden in hoeverre hier verdringen en overhevelen van dure patiënten naar de andere kring kan plaatsvinden. Dat is een vorm van externalisatie die we niet willen, want dat kan een kostenopdrijvend effect hebben. Met andere woorden, elke regelkring moet een heldere taak hebben die niet teveel samenhang heeft met een andere kring op een schaalniveau in of boven die regelkring. Het model van de [Health Maintenance Organization](#) kan hierbij helpen. In een HMO is de verzekeraar van zorg ook de producent van zorg.
- Het voorgaande moet ook worden bekeken op de incentives of disincentives om van cure naar care en preventie te werken.
- Hoe zorg je dat integraliteit, heelheid in stand blijft.

Dit moet in een andere verkenning worden uitgezocht.

Wat valt er in de 80% van de zorg? We denken aan de volgende zorg-diensten.

- Welzijn, maatschappelijke ondersteuning
- Huisartsen
- Fysiotherapie
- Andere paramedische zorg



- Deel ziekenhuiszorg (2^e lijn)
- Standaard ouderenzorg
- Standaard Jeugdzorg
- Standaard gehandicapten zorg
- Standaard geestelijke gezondheidszorg
- Standaard publieke gezondheidszorg

- **Governance: macht en invloed en plicht van de 'klant', zeggenschap sociocratie**

Coöperatie. Het bestuur van de regelkring vindt in principe plaats via de rechtsvorm coöperatie. Daarin zijn de inwoners van een gebied qualitate qua lid (een lidmaatschap dat je niet kan weigeren dat je van rechtswege bezit). Iedereen is daarmee vanzelf lid van het algemeen bestuur en heeft het recht daarin te participeren. Dat bestuur is het hoogste orgaan en benoemt het dagelijks bestuur en andere organen indien nodig (denk aan toezichtcommissie, rekeningcommissie, etc).

Elke inwoner in het gebied is bij wet verplicht te participeren in de coöperatie. De zorg wordt geleverd door of namens de coöperatie. De inwoner maakt jaarlijks 80% van zijn zorgpremie over aan de coöperatie. De inwoners dragen de risico's en delen in de baten van de coöperatie. Zij beslissen over de winstbestemming en de mate hoe met verlies en tekorten wordt omgegaan. De inwoners kunnen niet zomaar een nieuwe zorgcoöperatie oprichten, als deze niet voor het hele gebied dezelfde zorg aanbiedt als de reeds bestaande zorgcoöperatie. Er is geen verbod op zorg consumeren buiten de eigen zorgcoöperatie, maar de kosten daarvan worden door degene zelf betaald, tenzij anders besloten wordt. Zo vermijden we externalisatie en cherry picking (*promovendum coöperaties*).

De besluitvorming in de coöperatie en alle andere organen van de regelkring wordt ingericht volgens het principe van sociocratie: de minderheid bij besluitvorming wordt gevraagd om aan te geven wat ze nodig heeft om met het meerderheidsbesluit mee te doen. Er kunnen verschillende minderheden zijn die allen deze vraag krijgen voorgelegd. Coöperaties gebruiken vaak deze vorm van besluitvorming. Dit is een belangrijke waarborg voor de toegankelijkheid en respect van nieuwe toetreders, mensen die niet zomaar in een bestuur willen zitten, voor wie het niet vanzelf is om zich te conformeren aan besluitvorming van organisaties als deze.

Deelgenootschap: alternatief voor of aanvullend op coöperaties. Het is denkbaar dat er andere (experimentele) rechtsvormen gekozen worden. Zo is het begrip [Deelgenootschap](#) in opkomst. Deze vorm is flexibeler en kan beter aansluiten op de talenten en behoeften van de deelnemers in de gemeenschap.

Directe democratische vormen. Naast de heldere 'container' waarin de belangen van alle deelnemers met elkaar worden besproken en besloten is het denkbaar gebruik te maken van andere vormen die aanvulling kunnen werken om de processen van representatie en daarmee vergroting van afstand tussen degene die bestuurt en bestuurd wordt, te verkleinen. Daarbij kunnen we denken aan constructen als burgertops (zouden kunnen passen in stedelijke gebieden waar veel zorggemeenschappen dicht op elkaar bestaan), townhall meetings en vormen van online raadplegen kunnen de relatie tussen de gemeenschap en de gemeenten of provincie versterken door alle inwoners/ deelnemers van de gemeenschappen directe invloed te geven op de agenda, en besluitvorming. (de coöperatiebesturen



kunnen zich met name de bestaande uitvoering richten en de agendering kan op een andere wijze tot stand komen).

- **Toezicht**

Het toezicht op het handelen van de coöperatie, de uitvoering van de taken van de organisatie als geheel en op handelen van de aangestelde professionals, de klantvriendelijkheid en alle andere onderwerpen die de deelnemers hebben aangemerkt waar toezicht op moet worden gehouden, al die onderwerpen kunnen worden onderworpen aan toezicht. Het toezicht is een specifieke taak waarover de deelnemers als leden van de coöperatie kunnen beslissen hoe die te organiseren, bijvoorbeeld door deze toe te wijzen aan een commissie of een ander orgaan dat deze taak kan uitoefenen.

Het is denkbaar dat verschillende regelkringen samen afspreken het toezicht gezamenlijk te organiseren. Een prachtig voorbeeld van een werkend toezicht-regiem kunnen we uit onze geschiedenis halen, uit Friesland. In de middeleeuwen organiseerden de Friese 11 steden en 30 dorpen het toezicht op het bestuur van deze gemeenschappen door de bestuurders van de steden en dorpen per toerbeurt als rechter op te treden in de naburige steden en dorpen.

Om de gemeenschap krachtig te laten zijn is het principe dat toezicht op de eigen afspraken en regels niet door een derde partij van buiten wordt uitgevoerd, maar dat voorzien wordt dit door de organisatie zelf te laten inrichten. Dit is essentieel om de deelnemers in de coöperatie ten volle verantwoordelijk te houden voor hun eigen besluiten en handelwijze.

- **Regie**

Met Covid-19 zien we ook een grote behoefte voor centrale regie. Als het nodig moet er consent zijn om in noodgevallen vanuit één punt keuzes te maken. Dan is er geen tijd voor (al teveel) deliberatie. Wij weten vanuit de cybernetica en de zelfsturende systemen dat responsiviteit en samenwerking in een systeem cruciaal is. Dat kan zich goed verdragen met de structuur van decentrale, in cellen opgebouwde zelfsturing. Zoals een inktvis intelligentie geeft in de quasi-zelfstandige tentakels en bij onveilige situatie zich als een eenheid kan opstellen. Hiervoor kunnen we lenen uit het gedachtegoed van [Ilya Prigogine](#) en [Stafford Beer](#).

- **Financiën: financiële verdienmodel, economie, maatschappelijke kosten-baten analyse**

De totale zorguitgaven van de maatschappij bedragen ca. 106 mld euro (101,5 mld euro ex kinderopvang). Daarvan geven we 80% (routinematige zorg) in handen gegeven van de inwoners in het betreffende gebied.

We zullen op basis van nader onderzoek de uitwerking van de verschillende inkomensbestanddelen (aftrek, premies, zorgtoeslagen) een nadere businesscase maken waar we rekening houden met de betalingen en uitkeringen tussen het individu en de rijkoverheid / verzekeraars. Daarmee krijgen we zicht op de scope van de financiële implicaties van ons voorstel.



Een helder uitgangspunt voor de algemene rekensom is dat een volwassene gemiddeld € 5490 aan collectief gefinancierde zorg consumeert (ijkjaar 2019).

- **Afperking 80% van de zorg**

Met de verdeling tussen routinematige zorg en specialistische zorg naderen we een grens en grenzen zijn altijd lastig. Zorgkosten die op enig moment onder de routinematige zorg vallen, kunnen eventueel verschuiven naar specialistische zorg. De specialistische zorg heeft daar behoefte aan omdat zij daarmee haar bestaansrecht kan bewijzen en meer omzet kan gaan maken. Alle impulsen die de zorg nu hebben ontworcht gelden immers nog voor de resterende 20% van de specialistische zorg. En aan de kant van de gemeenschap - niets menselijks is deze gemeenschap vreemd - zal worden getracht zorg door te spelen naar de specialistische zorg waarvoor via de zorgpremie de (20-)-zorgpartijen bevoegd zijn en gefinancierd worden. Zeker als daarmee capaciteit kan worden vrijgespeeld voor meer routinematige zorg. Dat is een afschuifmechanisme dat bestreden moet en kan worden. Dat is bijvoorbeeld te doen door alle doorverwijzingen die leiden tot een overschrijding van het 20% zorgbudget dat een populatie in een gebied heeft bij de gemeenschap in rekening te brengen.

- **Inefficiency, overhead en productiekosten**

Inefficiency (verspilling in het primaire proces). Sommigen die het kunnen weten en het zorgsysteem van binnenuit kennen, zeggen dat er zeker 20% inefficiency in het systeem zit als gevolg van dingen dubbel, onnodig en verkeerd doen, miscommunicatie etc. Dat wordt veroorzaakt door de enorme bureaucratie waaraan zeker met technologie en minder regels het nodige te doen is. Het is natuurlijk een illusie dat je die 20% verspilling tot nul kan terugbrengen. Maar 50% moet mogelijk zijn. Als we de routinematige zorg geconcentreerd in de handen brengen van de mensen wie het aangaat en hen als gemeenschap opdrachtgever maken. Dat zou dus al 10 miljard besparen.

Overhead. In de bestaande zorg legt de overhead, kosten voor de kwaliteitsregisters, personeelszaken, huisvesting, het management e.d., een groot beslag op de middelen. Deze worden geschat op 20% tot 25 % van het totale budget (21 tot 26,5 mld per jaar). Ook dat zijn kosten die in de gemeenschap aanzienlijk lager kunnen uitpakken. Eenvoudigweg omdat de bestuurskosten een taak is van de gemeenschap zelf. Dat doen de inwoners in hun eigen tijd. De korte lijnen met de lokale begrensde basisziekenhuizen en andere zorgaanbieders en de efficiëntere besturing veronderstelt ook een besparing op overhead. We schatten in dat de overhead teruggebracht kan worden tot 12% - 15% (12 tot 16 Mld per jaar).

Besparing primaire kosten. Los van verspilling zijn er ook kosten in het primaire proces die neerwaarts bijgesteld kunnen worden. Dan worden de directe productiekosten lager. Hoge lonen van medische specialisten zullen eerder ter discussie komen. En door de informalisering van de zorg, het beter en nabijer aanbieden en organiseren van zorg, wordt er meer vrijwilligerswerk geleverd, en wordt mantelzorg beter ingezet en benut. We schatten dit op 5% van de personeelslasten (waarbij de hogere regionen het grootste deel inleveren. $(100 \text{ mld} \times 0,8 (= \text{personeelssom op gehele budget}) \times 5\%)$ 4,5 mld euro per jaar.

Administratieve lasten. Een andere invalshoek voor besparing ligt in de administratieve lasten. Van de zorgprofessional wordt momenteel 31% van de arbeidstijd gestoken in administratie. Deze kosten



kunnen aanzienlijk lager worden omdat de gemeenschap de verantwoording volledig naar eigen hand en niet onder toezicht van derden buiten de gemeenschap kunnen plaatsen. Inschattend wat een huisarts 30 jaar geleden aan tijd kwijt was (5%). Denken we dat een besparing mogelijk is van 25% ($106 \text{ mld} \times 0,25 \times 0,8$) = 21 mld. Dat betekent dat een kwart van het personeel niet meer nodig is voor de zorg en beschikbaar kan komen voor andere sectoren in de arbeidsmarkt. Mogelijk wordt een deel van deze besparing ingezet voor technologische innovatie die zorg meer beschikbaar, of beter of nabijer kan doen zijn.

Benodigde investeringen. Tegenover de genoemde besparingen is er een additionele investering nodig die de gemeenschappen samen beheren, aansturen en betalen:

- Informatie systemen tussen de regelkringen (interoperationaliteit) 1%
- Collectieve inkoop jegens farmaceuten en producenten apparatuur 0.25 %
- Juridisch, fiscale en financiële arrangementen (kredietunie, roll-over regeling) 0.5%
- Kennis en innovatie netwerk 0,25%
- Innovatie budget /pilots 1.5%

Dit is in totaal 3,5% dat op de reguliere kosten gebracht moet worden.



Bijlage 1 Frequently Asked Questions

Het concept van de vergemeenschappelijkte zorg is in de notitie beschreven. Steeds verder dalen we af in vragen. We hebben deze in dankbaarheid ontvangen, het geeft de gelegenheid het concept verder te verfijnen en toe te lichten. In de vragen lezen we ook dat het concept wordt benaderd vanuit de bestaande paradigma's. Dat is op zich logisch en nuttig om vanuit die paradigma's de waarde en finesse van het concept te duiden. Maar het maakt ook ons bewust van het feit dat in het nieuwe concept, het paradigma van de commons werkt en niet van de markt.

Een mooie illustratie is het normen en waarden stelsel dat in de sfeer van overheid en markt en gemeenschap gelden. Deze zijn zo tegengesteld dat duidelijk is dat een vraag vanuit het ene perspectief niet eenduidig kan worden beantwoord vanuit het andere perspectief.

Overheid	Markt	Gemeenschap
<ul style="list-style-type: none"> - Legitimiteit - Onderhandel niet - Discipline - Loyaliteit - Publiek belang prevaleert - Rule of law - Zo zijn de regels - Representatie - Ruilmiddel: (toebedeelde) macht 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficiëntie - Gelijkwaardigheid - Wees eerlijk - Vrijwillige overeenkomst - Wees competitief/ Eigen belang is leidend - Optimisme/dat kan anders - Ruilmiddel: geld 	<ul style="list-style-type: none"> - Betrokkenheid - Zelfontplooiing - Wederkerigheid - Ongelijkheid - Flexibel - Participatie - Ruilmiddel: betrokkenheid/aandacht

1. “Hoe zorg je dat deze mooie droom niet perverteert en tot een ouderwetse bureaucratie leidt die zich (opnieuw) van de inwoners vervreemdt? Met andere woorden: Hoe houd je het nieuwe stelsel ook echt gemeenschappelijk?”

Ja, de processen van vernieuwing gaan na verloop van tijd eroderen en perverteren. Dat is een reëel gevaar. En dit is ook niet keihard af te regelen in regels. Wat we nu kunnen bedenken, wat zou kunnen helpen, is het volgende:

- Een heldere en doorleefde visie (die aan de regels vooraf gaat en als considerans in de wettekst meegaat en ook als richtsnoer voor de toekomst kan gelden). (Rechtters gebruiken de considerans als ijkpunt als de toepassing van de regels zonneklaar niet helpen om het doel te realiseren. [De Omgekeerde Toets](#) zoals Evelien Meester van Stimulansz dit met succes promoot.)

Een visie is ook een resultaat van een proces, [Ad Pijnenborg](#) de oprichter van de eerste zorgcoöperatie in NL (2005) vertelde ons dat hij drie jaar heeft gedaan over de visie voor dat hij ook maar een stap in de uitvoering zette. Omdat hij perse wilde dat de visie doorvoelt en doordacht was bij alle mensen in het proces.

- Vormen van directe democratie innoveren die helpend zijn, à la burgertops. Een sterke inbedding van een inclusief gespreks- en besluitvormingsproces, procedures en besluitvorming (zoals Deep democracy en sociocratie) (expert [Karin Vosters](#) kan hier ook haar praktijk op laten zien die hier veel mee te maken heeft). Mogelijk kunnen we ook leentjebuur spelen met vergelijkbare structuren zoals waterschappen (al hebben die een hybride model (én representatief én participatief).



- **Het onvervreemdbaar recht** als inwoner (qualitate qua) lid te zijn van de coöperatie en een (wettelijk gegarandeerd) verbod op vervreemding en delegatie van dat recht aan andere door de coöperatie bestuur ingestelde commissies of partners. Vergelijk het onvervreembare benoemingsrecht van het dagelijks bestuur, het begrotingsrecht en de beleidsmatige kaderstelling van de gemeenteraad in de gemeentewet en ook in het rechtspersonenrecht is dit wettelijk geregeld dat de algemene bestuur (algemene ledenvergadering van een vereniging bijvoorbeeld).

- **De macht van het geld.** Het eigenaarschap van de leden kan versterkt en bewaakt worden door te bepalen dat de coöperatie geen geld van andere partijen mag ontvangen, anders dan van de inwoners zelf. Het geld moet vanuit de portemonnee van iedere inwoner naar de zorgcoöperatie lopen.

- **Leren van de oude kruisverenigingen etc.** Werd dat bijv. minder waardevol als organisatieprincipe toen efficiency de boventoon ging voeren, hoe kunnen we een *common history journey* maken zodat we de lessen van toen nogmaals tot ons nemen?

2. “Hoe ga je om met mensen die ongezond leven? Dat wentelen ze af op de gemeenschap. Hoe kan je die aanspreken op hun individuele gedrag. Hoe handhaaf je dat?”

Individueel gedrag is niet per se het terrein van de gemeenschap. Maar de kosten van individueel gedrag (ongezond leven) worden afgewenteld op de gemeenschap. Dus de gemeenschap mag iets zeggen over dat gedrag. Hoe ver dat gaat, is niet vanuit ons te reguleren. Dat wordt gedaan in onderling gesprek, in deliberatie in de gemeenschap. De ene gemeenschap zal coulanter zijn jegens het ongezond levende individu dan de andere. Wat kan gebeuren, is dat de gemeenschap ook wel inziet dat ongezondheid samenhangt met laag betaald werk, lage opleiding en werkeloosheid en slecht betaalde banen. In wezen zal de gemeenschap daardoor integraler naar de problematiek gaan kijken en wellicht wel oplossingen zoeken. (Mijn vader, mandenmaker in de jaren 60 van de vorige eeuw, kreeg via de kerk een ‘Willempie’ aangereikt die te werk moest worden gesteld. Mijn vader gaf hem eenvoudig werk. De zorg was afwezig, maar de insluiting in de gemeenschap was geborgd).

3. “Als je 10 mld kan ophalen door onnodige zorg uit te bannen. Hoe doe je dat? Het systeem barst van de belangen en verkeerde incentives!”

De gemeenschap staat dicht bij de burger en confronteert hen met de individuele behoefte aan eindeloze zorg en het inzicht dat al dat geld door de gemeenschap zelf moet worden opgehoest. Kortweg, zorg er voor dat de probleemhebbers met elkaar de problemen die ze individueel creëren, zelf (samen) moeten oplossen. Dan ontstaat er druk op kostenmatiging en dat maakt dat men anders gaat kijken naar zorg (meer integraal en preventiever). Dat levert minder dure zorg op (bijvoorbeeld een rem op extreem hoge lonen van artsen). Met andere woorden, nabijheid en beïnvloedbaarheid gaan helpen. Een andere incentive is dat elke zorgcoöperatie de behaalde efficiëntie en effectiviteitswinst zelf kan houden en aan de leden kan uitkeren. Per saldo kan dit een aanzienlijk bedrag besparen per persoon (25% besparing op totale zorgbudget is ongeveer 1700 euro pp per jaar). En ook, door de accentverschuiving naar preventie en integrale zorg, is het ook heel goed mogelijk dat men met elkaar inziet dat de zorg nog steeds geld mag kosten als de zorg zoveel beter wordt.

4. “Wie heeft er belang bij om voor zorg-uitgaven en kostenontwikkeling op de rem te staan en wat impliceert dat voor individuele vrijheden van de deelnemers (de inwoners in een regelkring)?”



De gemeenschap is bij meerderheid van de leden bevoegd de kosten laag te houden en dus de zorg te beperken. Of deze kosten juist te verhogen en het zorgaanbod te vergroten. En ze kan maatregelen nemen voor een eerlijke verdeling van deze lastendruk. Als de meerderheid meer wil betalen, moet de minderheid mee. Stel dat die dat niet meer kan, dan is de gemeenschap in problemen. De hogere kosten kunnen niet meer geïnd worden bij de leden. Dus daar zit een natuurlijke rem op het zorgkosten plafond. Om de vlucht naar andere zorg te vermijden, moet wettelijk bepaald worden dat iedereen in een gebied de kosten betaalt die de gemeenschap aan de leden oplegt. Als men daarnaast toch een privékliniek wil bezoeken, dan betaalt men dat zelf. Dat betekent dat er mogelijk een private markt blijft bestaan en dat rijkere mensen voor zichzelf een gezonder leven kunnen blijven afdwingen. Dat willen we niet verbieden.

5. “Veel zorg is er omdat het aanbod er is en de aanbieders hun diensten promoten. Hoe ga je om met de overproductie? Hoe ga je die tegen?”

De gemeenschap zal in principe haar zorg zelf produceren en eventueel inkopen. Daarbij zijn ze vrij afspraken te maken in termen van: kom in loondienst, of we kopen tijd van je of we betalen tegen behandeling. Dat is echt aan de gemeenschap. Met andere woorden: de overproductieprikkels kunnen ze in standhouden of juist verlaten. Nu de inwoners directe invloed hebben op de kosten van de zorg zullen ze naar alle waarschijnlijkheid wel druk gaan uitoefenen op de kosten van hulpmiddelen, medicijnen en andere bestanddelen die kosten beïnvloeden.

6. “Risico dragen vergt ook managen van de risico relaties en dus regels vanuit coöperatie naar de individuele leden. Toch?”

Zoals in broodfondsen mensen die lid zijn van een broodfonds zich realiseren (en ook bij ziekte zien op hun bankrekening) dat ze bij ziekte giften krijgen van de andere leden, (een gewenst gedrag bevorderend effect ter beperking op de claim)), zullen mensen die zorg gebruiken van de coöperatie, de onderlinge, zich goed bewust worden van hun claim. Daarvoor is gewenst gedrag bevordering aangewezen en ook een eventueel ‘nee’ van de coöperatie. Als je als deelnemer in de regelkring zonneklaar risico's vergroot, mag er opgetreden worden. Hoe dit tot regelstelling door de coöperatie jegens individueel gedrag zal gaan leiden, is nu nog te vroeg om te zeggen. Het lijkt aannemelijk dat er gewoon gesprekken gaan plaatsvinden over zorgconsumptie en de eigen verantwoordelijkheid. Er zal enige vorm van sociale druk komen. En er zal waarschijnlijk ook gekeken gaan worden naar de andere omstandigheden waar dat gedrag uit ontstaat (bijv. werkloosheid of schulden etc). Onderzoek geeft aan dat 18% van de zorguitgaven voortkomen uit andere omstandigheden zoals werkloosheid en schulden. Deze omstandigheden kunnen niet zo eenvoudig worden opgeheven en dus beïnvloedt dat de zorguitgaven buiten de wil van de persoon in kwestie.

Gewenst gedrag kan worden uitgelokt; hier een mooi werkend voorbeeld:

Pak an fonds: iedereen kan geld krijgen als: het plan op de achterkant van een sigarendoos geschreven is. Je krijgt het geld in fysiek contact, handje contantje, waarbij de gever de ontvanger even diep aankijkt en dan zegt: “Hier pak an. Je hoeft het niet terug te betalen, maar we stellen het wel op prijs”. Verder is geen contract. Hier wordt vertrouwen zichtbaar en tastbaar gemaakt in een helder ritueel.



7. “Hoe zit het met het gemiddeld start budget per coöperatie. Hoe ga je om met verschillende kosten per regio, is dan niet de ene zorgcoöperatie niet in het nadeel van de ander?”

We zullen bij de start een objectivering (startbudget) moeten vaststellen. We gaan uit van de grote gemiddelden en ingeval van gebieden met een sterk (historisch) afwijkende behoefte aan zorg, zullen we een maatstaf moeten invoeren. Overigens kan elke zorgcoöperatie de kosten drastisch verlagen. Daar zit dan ook rek in om eventuele verschillen in de startsituatie mee te verzachten.

8. “Is populatiebeposting met risico bij de burger wel mogelijk (moet daar de schaal niet veel groter zijn)?”

Dit vraagt een nadere analyse. Waar zit de kern van de verschillen van de kostenniveaus tussen de regelkringen in? Zijn die objectiveerbaar? En kan voor de niet-verklaarbare afwijking een vereveningsbijdrage gevaagd worden, betaald door en uitgekeerd door de coöperaties? Binnen een grotere regio of zelfs tussen regio's als dat nodig is? Hoe dat uitpakt bij vergemeenschappelijkte zorg? We weten het nu nog niet. We zullen eerst de objectiveerbare verdeling van de populatiebeposting in beeld moeten krijgen.

We kunnen ons voorstellen dat er altijd afwijkingen zijn tussen het verdelingsmodel en de feitelijke (start)situatie. Hiervoor kan tijdens een invoeringsperiode een tijdelijk mitigerend invoeringsfonds worden opgericht, beheerd door de verenigde coöperaties samen. Op termijn is het voorstelbaar dat de vereniging van coöperaties met elkaar een onderlinge verzekering afsluiten voor het overkomen van externe niet beïnvloedbare effecten waarvoor een bepaalde zorgcoöperatie zich ziet gesteld.

9. “En wat doen we met de farma? Ook farma zou een overheidstaak of zelfs een taak van de zorgcoöperaties kunnen worden?”

De farma is nu niet direct een onderdeel van de scope. We gaan uit van verschuiving van de inkoopende macht naar de zorgcoöperaties. Zeker voor de ‘gewone’ routinematige medicijnen is het mogelijk dat zij dit samen gaan inkopen. En als de markt niet meewerkt, kunnen zij deze zelf gaan (laten) maken.

10. “Fabrikanten medische apparatuur, wat gebeurt we daarmee?”

In wezen geldt voor deze partijen hetzelfde als voor de farma.

11. “Zijn de specialisten vrijgevestigd of in loondienst? Loondienst heeft mogelijk de voorkeur want die kosten kunnen worden gematigd en de aanbod gedreven incentive gaat er dan uit. Toch?”

Voor ons zijn de specialisten en elke andere zorgprofessional onderworpen aan de organisaties waar ze werken en in het verlengde daarvan van de inkoopvoorwaarden van de zorgcoöperaties. Daarin kunnen zij hun voorkeuren bepalen. Indien voor de zorgcoöperaties loondienst de voorkeur heeft, zal een verschuiving naar die vorm plaatsvinden.

12. “Is er een vrije artsen keuze in dit model?”

Ja, die is er maar je moet de kosten daarvan zelf dragen los van je financiële verplichting aan de zorgcoöperatie. Het kan zo zijn dat de zorgcoöperatie jouw kosten vergoedt, maar het vergt een besluit van de zorgcoöperatie. Jij kan dat als individu niet afdwingen.



13. “Wat is nog de rol van ziektekostenverzekeraars?”

Verzekeraars kunnen, als zij dat willen en een goede propositie hebben, met de coöperaties contracten afsluiten. Zij kunnen bijdragen tot herverzekeren en bewaken de uitgaven (en krijgen daar een zekere vergoeding voor). De vraag is of dit echt plaatsvindt omdat de zorgcoöperaties deze diensten ook op federatief verband kunnen organiseren in een onderlinge verzekering. De rol wordt dus wel heel anders.

14. “Kan je in dit plaatje nog wel spreken van een klant?”

Elk individu is woonachtig op een plek, en daar is deze inwoner. In die omgeving is een regelkring waar deze persoon lid van is. Daar is hij eigenaar. En hij is participant van de gemeenschapsvoorzieningen. Als beslisser en gebruiker. We stellen daarom de term: deelnemer of participant voor.



Bijlage 2 Wie zijn wij?

De vereniging *Zorg in de meent* wordt geleid door het bestuur:

Jeanet Bouw: Gedreven door de opvatting: “ik ben, omdat wij zijn” draagt ze privé en in haar werk via [Edificare](#) bij aan het verbeteren en veranderen van de maatschappij. Ze ontrafelt, adviseert en doet mee aan vraagstukken op het brede terrein van gezondheidszorg, zorg, welzijn, belangenbehartiging bij gemeenten en organisaties, patiëntenverenigingen, bewonersinitiatieven. Naast betrokkenheid op de inhoud heeft ze speciale aandacht voor de veranderkundige aspecten.

Het [gangmakerschap](#) is hiervan een uitwerking. Ze is één van de oprichters van het netwerk van gangmakers die bij elkaar steun en inspiratie vinden om hun drive – ook bij complexe veranderingen – te blijven inzetten.

Van huis uit is ze sociale wetenschapper en veranderkundige.

Jeroen den Uyl: Jeroen is als maatschappelijk ondernemer actief in het creëren en bevorderen van doorbraakprojecten in zijn bedrijf [Schatmakers](#). Projecten die de maatschappelijke kanteling versnellen. Jeroen werkt hiermee het programma zoals weergegeven in zijn boek [Powerswitch](#) nader uit. In wezen komen alle doorbraakprojecten neer op het versterken van de positie van de burgers te samen, als de vitale gemeenschap die meer ruimte en invloed neemt in het publieke domein. Hij helpt de overheid en marktpartijen om deze beweging te ondersteunen in plaats van in de weg te zitten. Naast inhoudelijke doorbraakprojecten ondersteunt Jeroen dit proces ook door middel van het [Centrum voor Maatschappij en Leiderschap](#), waar professionals aan de slag gaan met hun verantwoordelijkheid in de maatschappelijke transitie.

Naast hen steunen in intentie, woord of daad de volgende mensen het initiatief:

- Anja Wolters (eigenaar Mensenbewegen)
- Bas Mosterd (regiobestuurder voor PVDKB Kinderbelangen partij)
- Bob de Wit (hoogleraar Strategie Nyenrode)
- Cees van de Brink (ambassadeur Netwerk Informele Zorg Utrecht-Zuid)
- Hans den Hollander (bestuurder Medisch Centrum Twente)
- Harry Starren (directeur Ithaca)
- Jacqueline van Riet ((ex)huisarts)
- Jan Smelik (directeur Nederland Zorgt Voor Elkaar, voorzitter coöperatie Austerlitz Zorgt)
- Jitske Tiemersma (directeur KNMH Foundation)
- Johan Wagenaar (directeur Het Instituut; oprichter ONSbank)
- John Hoenen (innovatieconsulent Reos)
- Joost Schouten (eigenaar Proton)
- Karin Vosters (directeur De Coöperatieexpert)
- Leen Paape (hoogleraar Corporate governance Nyenrode)
- Liesbeth van Holten (programmamanager provincie Utrecht)
- Marcel Becker (adviseur Menzis)
- Marga Sutherland (communicatieadviseur stichting Zuilen/Ondiep Gezond)



- Mariëne Verhoef (directeur Levvel)
- Marius Buiting (directeur NVTZ)
- Martijn van Rooijen (eigenaar Mach 5 business consulting)
- Martin van Lijf (ondernemer, eigenaar MYOP)
- Meike Hornstra (organisatieadviseur)
- Nico Onstein (kunstenaar en ambulante begeleider Koninklijke Kentalis)
- Patricia Braat (organisatieadviseur)
- Peter Beunk (directeur Archiflow)
- Rob van de Beek (manager Philadelphia)
- Roos Verheggen (ondernemer, adviseur)
- Sjef Staps (projectmanager Louis Bolk Instituut)
- Theresa Oost (ondernemer, Permanent Beta)
- Willem Draaisma (maatschappelijk ondernemer)



Bijlage 3

Onze gezondheid Onze zorg

Zorg en gezondheid in, van en door de gemeenschap¹⁰

dd. 29 jan 2021 – auteur Jeroen den Uyl i.s.m. Jeanet Bouw (beide bestuurders van de vereniging Zorg in de meent)¹¹

DROOM

*Wij als bewoners
hebben volledige invloed
op onze eigen zorg!*


Gemeenschappen hebben een wonderlijke manier van werken. Men denkt integraal, de kwaliteit bepaalt men zelf, de lijnen zijn kort, werken met informele zorg gebeurt gewoon en verbanden worden snel gelegd. Gemeenschappen doen dat goed en praktisch. Dat geldt ook voor zorg en gezondheid. Men legt met groot gemak het accent op gezondheid en preventie, zodat dure zorg en ook onnodig lijden vermeden wordt. Dat maakt het mogelijk kwaliteit te leveren en 'duurdere', maar vooral betere en menselijkere zorg in de vorm van aandacht en betrokkenheid te geven. Daar zit veel lol in voor de gebruiker van de zorg en voor de mensen die voor de gemeenschap werken en het levert ook wat op (daarover later meer).

In de zorg gebeuren onlogische zaken, maar we zijn niet gewend om daar op te letten. Laat staan om daar iets van te vinden of te bespreken. De professional is nou eenmaal de deskundige toch? We zijn veel meer gebaat bij voorkomen, dan genezen. En toch zien we hier als gewone burgers niets van.

Organiseren we de zorg echt uit onze ogen en belangen - de bewoners van dit land, deze stad of regio, deze wijk - dan is de zorg **democratischer**, meer gericht op **gezondheid** en preventie,



HET ZIEKENHUIS IN MIJN
BUURT HEEFT ÉÉN INGANG
NAAR DE HUISARTSENPOST
EN ÉÉN INGANG NAAR DE
SPOEDEISENDE ZORG. NA
BINNENKOMST MOET IK NA
10 METER INEENS KIEZEN
TUSSEN LINKS DE
HUISARTSENPOST EN RECHTS
DE SPOEDEISENDE HULP.
NIET OMDAT HET
OVERZICHTELIJKER IS VOOR
DE PATIËNTEN EN
BEZOEKERS, MAAR OMDAT
HET WORDT BETAALD UIT 2
VERSCHILLENDE POTJES.
DE ZORG STAAT BOL VAN
DIT SOORT VOORBEELDEN:
AANBOD GEDREVEN,
KOSTEN GEDREVEN, REGELS
GEDREVEN.

¹⁰ Het document is opgesteld door Jeroen den Uyl en Jeanet Bouw met behulp van een serie meelezers en mee-schrijvers. Het is deel van de creative commons en is te gebruiken onder vermelding van de auteur. 

¹¹ Bijlage 2 bevat naast de mee-schrijvers een lijst met personen die betrokken zijn bij de totstandkoming van dit document.



zijn we minder ziek en het is ook nog eens veel **goedkoper**. Dat kan omdat mensen samen bereid zijn keuzes te maken hoe ze die zorg willen realiseren. In onze droom bepalen de mensen dat; zijn ze en voelen zij zich daar verantwoordelijk voor.

En het leuke is, als we echt bereid zijn het bestaande paradigma over wat zorg is en hoe zorg geregeld wordt en de achterliggende waarden ter discussie te stellen, dan kan deze droom gerealiseerd worden! Dat vergt dat je moet weten waar je naar toe wil: de droom geconcretiseerd. Een droom die ons wenkt op pad te gaan, te onderzoeken en te proberen wat er voor nodig is die tot werkelijkheid te maken. Dit document bevat de outline van die droom. Wil je aan slag, zit je te denken hoe komen daar? Dat is een andere stap, een vervolgstap. Stel dat svp even uit en ga mee met deze droom.

80% van de zorg is een routinematige handeling en geen rocket science; deze zorg kan heel goed direct worden aangestuurd door de inwoners, mensen die samenwerken. De overige 20% hoog-specialistische zorg houden we (vooralsnog) buiten onze droom. In die 80% vallen de zorg uit de drie hoofdsectoren: de Zorgverzekeringswet (Zvw) - 48 mld euro in 2021, de Wet langdurige zorg (Wlz) – 25 mld euro en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdzorguitgaven – 10 mld euro.^{12,13} Ook de budgetten voor de publieke gezondheidszorg vallen binnen de gezondheids- en zorggelden.

Zorgkringen in de nabijheid

We regelen het zo dat per gebied alle inwoners per definitie lid zijn van een coöperatie die de behartiging van de gezondheid en zorg op zich neemt: een zorgkring. Mensen kunnen als ze zich werkelijk verantwoordelijk weten, heel goed met en voor elkaar zorgen. Dat zien we in de groeiende zorgcoöperaties en andere coöperaties (Energiecoöps, Broodfondsen etc) in Nederland.

Verantwoordelijkheid in een heldere context creëert actieve mensen die zich verantwoordelijk gedragen en van elkaar verwachten dat anderen dat ook doen. Daartoe corrigeert men elkaar, brengt men de eigen visie in en worden op basis van gelijkwaardigheid gezamenlijke besluiten genomen. In deze gemeenschappen leert men in wezen burgerschap, worden mensen eigenaar (co-maker) van beleid en bestuur in plaats van consument. Deze werkwijzen zijn beproefd en gestoeld op stevige theorie (Östrom) en praktijken (Sociocratie/ Deep democracy).

Zoals hiervoor gezegd, gemeenschappen hebben bijzondere kwaliteiten waardoor veel gedoe en bureaucratie wegvalt en de zorg minder belangrijk wordt en gezondheid meer.

Maar eerlijk, wat er ook weleens gebeurt, is dat mensen in gemeenschappen zich soms uitgesloten kunnen voelen. Bijvoorbeeld mensen die geen vergadertijgers zijn, andere culturen inbrengen of gewoon een beetje moeilijk doen. Dat bekende groepsproces tackelen we door te zorgen dat inclusieve besluitvorming leidend is. De reeds bestaande voorbeelden in Nederland zijn hoopvol dat die inclusiviteit geborgd kan worden.

¹² [Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025 \(cpb.nl\)](#).

¹³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn/hoofdcategorieen/welke-branches-vallen-onder-de-sector-zorg-en-welzijn->



Hoe betalen we dat?

Elke bewoner betaalt 80% van zijn premie en zorgtoeslag aan de Zorgkring. Dit wordt vanuit de overheid aangevuld tot een bedrag dat 80% van alle gezondheids- en zorguitgaven in een regio representeert. In een zorgkring beslissen de inwoners samen welke zorg ze willen en hoe die 'gekocht' of zelf gemaakt wordt. Omdat de huidige zorg hopeloos verbureaucratiseerd is en er veel verspilling en administratieve lasten zijn, schatten we dat een besparing van 1700 euro per jaar te besparen is. In zorggemeenschappen werkt het personeel, mede door de aandacht en ruimte én de korte lijnen, weer meer voor waar ze het van oorsprong de zorg zijn ingegaan: hun passie. Zorggemeenschappen bepalen zelf de kwaliteit van de zorg en eisen nu gestelde eisen kunnen worden veranderd, verzacht of aangescherpt.

Waarom doen we dit?

- De zorg is nu ontzettend duur. De verspilling, de verkokering, de administratie te groot. We kunnen jaarlijks 20 tot 40 mld vrijspelen (van de 100 mld zorguitgaven per jaar¹⁴) door deze geldstroom voor 80% weg te halen bij de overheid en de markt en via onze eigen portemonnee uit te geven aan en in onze eigen gemeenschappen.
- De zorg heeft met name aandacht voor cure en dan ook nog sterk verkokerd, en in sommige sectoren met lange wachttijden. Weinig gericht op het voorkomen van zorg en gewoon gezond leven. Dat kunnen wij in onze gemeenschappen anders en beter!
- De zorg neemt ons als mens niet serieus. We hebben er geen zeggenschap in. We zijn object van zorg, als waren we worstjes in de worstjesfabriek. Wij gaan onze eigen verantwoordelijkheid weer in eigen hand nemen.
- Het stelsel spreekt onszelf als inwoners niet aan. Onze informele hulp en de kwaliteit van actief samen leven in de gemeenschap wordt daardoor niet benut. Zingeving, waardering, liefde en aandacht wordt nu gemist. Die zijn onnoemlijk veel waard en komen centraal te staan in onze gemeenschappen.

Dat betekent:

- Dat we gezamenlijk verantwoordelijkheid willen nemen voor ons eigen gezondheid en die van anderen, dat we ons rekenschap geven van de gemeenschap waarin we leven. It takes a village to raise a child. It takes a village to stay healthy.
- Dat we moeilijke besluiten over hoe we de zorg organiseren niet uit de weg gaan en dat we elkaar de ruimte geven om dat met elkaar te beslissen.
- Dat we openstaan voor iedereen die zich er in wil verdiepen.
- Dat we ons zo organiseren dat specialistische en boven-regionale zorg goed beschikbaar is samen met en voor de andere gemeenschappen in de regio('s).
- Dat we zorgdragen voor maximale (menslievende) zorg en gezondheid.
- Dat we onze eigen regelingen maken en zelf de kwaliteit van onze zorg bepalen. De overheid en de vele ZBO en toezichtsorganen hebben hier niets meer over te zeggen.

¹⁴ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/25/zorguitgaven-stijgen-in-2018-met-3-1-procent>

Zorguitgaven in brede zin. De zorguitgaven in brede zin omvatten geneeskundige zorg en langdurige zorg, jeugdzorg, kinderopvang en alle vormen van welzijnzorg, zoals maatschappelijke dienstverlening en opvang van asielzoekers en dak- en thuislozen. Ze omvatten ook de kosten van beleids- en beheerorganisaties en fondsen in de zorg. Uitgaven aan zorggoederen en -diensten door alle instellingen, praktijken en organisaties die deze goederen en diensten leveren; ook aanbieders voor wie het niet hun belangrijkste werk is, tellen mee.



- Dat we zelf bepalen wat we doen met de kostenbesparingen die we zelf realiseren. Ook daar heeft de overheid niets over te zeggen.

Waarden en normen gemeenschap leidend

Bovenstaande betekent een grote kanteling die niet zo makkelijk begrepen wordt vanuit de paradigma's van de overheid en de markt. Voor ons zijn de gemeenschap en haar waarden en normen leidend.

Overheid	Markt	Gemeenschap
<ul style="list-style-type: none"> - Legitimiteit - Onderhandel niet - Discipline - Loyaliteit - Publiek belang prevaleert - Rule of law - Zo zijn de regels - Representatie - Ruilmiddel: (toebedeelde) macht 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficiëntie - Gelijkwaardigheid - Wees eerlijk - Vrijwillige overeenkomst - Wees competitief/ Eigen belang is leidend - Optimisme/dat kan anders - Ruilmiddel: geld 	<ul style="list-style-type: none"> - Betrokkenheid - Zelfontplooiing - Wederkerigheid - Ongelijkheid - Flexibel - Participatie - Ruilmiddel: betrokkenheid/aandacht

Ons doel is dus allereerst om de zorg democratischer in te richten, te focussen op gezondheid en substantieel goedkoper te maken door gemeenschappen verantwoordelijk te stellen voor de zorg.

Veel mensen willen dit en verlangen daar naar. Daarom werken we deze droom verder uit. Een droom die de hardnekkigheid van het bestaande systeem als uitgangspunt neemt en er een geheel ander perspectief tegenover et.

Doe je mee met deze droom?

Wil je er meer van weten, lees dan de uitgebreide notitie. En via de [linkedin groep](#) kan je bij het verdere vervolg betrokken zijn.



Bijlage 4

Beleidsconsultatie de Zorg van de toekomst

Onze reactie op de consultatievraag van het ministerie van VWS over [Zorg voor de Toekomst](#).

Wij waarderen uw wil om de zorg toekomstbestendig te maken. De analyse van de knelpunten en beleidsopties is gedegen. De voorzet die u in de documenten heeft gedaan, zijn oplossingen in het huidige systeem, dat voor een groot deel de problemen zelf veroorzaakt.

Wij menen dat het binnen het huidige stelsel niet lukt om een consistente lijn te kiezen om de zorg toekomstbestendig te maken. Wij kiezen er daarom voor het op een hoger niveau te verwoorden, de keuze voor een ander paradigma waarbij de gemeenschap een leidende rol krijgt, de zorg democratischer wordt ingericht en de focus op gezondheid ligt.

Inwoners zijn samen volstrekt verantwoordelijk voor hun zorg. Door een relatief eenvoudige aansturing, en te zorgen voor decomplexisering komen we tot een goede zorg die betaalbaar is en waar bovenal mensen zelf samen aan het stuur staan. Iets wat in alle facetten in de zorg nu niet mogelijk is.

Vanuit de ogen van ons nieuwe paradigma is het ook mogelijk de verschillende beleidsopties te wegen. Deze weging vindt dan in samenhang tot elkaar plaats ten dienste van onze hogere ambitie.

We stelt ons 5 vragen. Onze reactie is getekend en het andere paradigma dat wij hanteren gezien en kunnen daar het beste als volgt op antwoorden. Lees svp eerst onze visie dan begrijpt u ook waarom wij niet erg diep op deze vragen in kunnen gaan.

Vraag 1 van 5

Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?

Alle thema's worden door ons herkend. Het valt ons op dat alle thema's sterk samenhangen en dat de genoemde beleidsopties de samenhang niet respecteren. Dat is ons inziens het gevolg van het idee dat achter de consultatie centraal staat, dat het systeem weliswaar drastisch moet worden verbeterd maar dat ingrijpende wijzigingen en transitie vermeden worden. Kijkend naar de transitie zoals DRIFT deze ook voorziet, is het volgens ons heel begrijpelijk dat bestaande institutionele belangen zoeken naar optimalisaties van het bestaande. Maar dit is onvoldoende om de grote trends van democratisering, digitale en andere technische innovatie, vergrijzing en demografie te omarmen en te benutten. Problemen worden nu opgelost in een systeem, die de problemen zelf heeft veroorzaakt.

We zien meer in een overstijgend beleidsthema dat de verschillende door u geschetste thema's integreert.

- Zorg wordt democratisch, door het volledig in handen te geven aan samenwerkende inwoners in zorggemeenschappen.
- Kosten van zorg worden door hen gedragen uit eigen middelen.
- Zorg kan veranderen in gezondheid. Dat is aan de zorggemeenschap.
- Zorgaanbieders leveren aan de samenwerkende burgers op het niveau van gemeenschappen.



- Inhoudelijke keuzes omtrent zorg is een zaak van de gemeenschappen.
- Overheid beperkt zich tot het managen van de hoog-specialistische zorg (20% van het huidige budget van zorgvolume (20% van 100 mld).

Vraag 2 van 5

Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?

We missen in hoge mate het belang van de inwoner, de gebruiker, de gemeenschap. We zien deze als de meest belangrijke actor. Het document is geschreven vanuit een top down visie over de zorg zonder de meest wezenlijke partij, de burger/ inwoner daar in te betrekken of beter centraal te stellen.

We verwachten juist dat hier één van de meest wezenlijke sleutels ligt. Als de gebruiker meer gekend is in de zorg gaat de zorg zich anders ontwikkelen.

Vraag 3 van 5

Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?

Als we eerlijk zijn, zijn alle beleidsopties geschreven vanuit het idee om een uiterst complex systeem dat een regeneratieve complexiteit representeert te verbeteren. Dat is in termen van veranderingkunde gedoemd te mislukken. Elk van deze beleidsopties vergroten de complexiteit nog meer, omdat het regelsysteem er ingewikkelder van wordt. Het gaat juist om vereenvoudiging en vanuit de essentie te ontwerpen. De essentie is wat ons betreft dat mensen samen gemeenschappen vormen en daar als individu in gedijen en vandaaruit kunnen beslissen over hun gezondheid, wat dat hun waard is en wat de externe effecten daarvan zijn op de gemeenschap als geheel. De rol van de zorgverzekeraar wordt in uw voorstellen nog groter en sturender. Deze rol hoort ons inziens juist bij de burger te liggen (in het collectief van de regelkring).

Vraag 4 van 5

Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?

Gezien ons antwoord op vraag 3 gaan we hier in algemene zin op in.

- Experimenteer in bepaalde gebieden. Start een pilot waarin de visie met meer regie en invloed bij de gemeenschap kan worden uitgetoet.
- Laat regiobeelden alleen betekenis hebben als er een burgerberaad (Burgertop) over is gehouden.
- Experimenteer met regiobeelden die zijn geïnitieerd door de gemeenschap.
- Ga mee met de tijd en houdt rekening met gemeenschappen die hun rol opeisen in hun eigen zorgdomein.
- Wij hebben twee à drie potentiële gebieden waar een pilot kan worden uitgevoerd.



Vraag 5 van 5

Welke beleidsopties ontbreken er nog?

De belangrijkste beleids optie die we missen is werken vanuit het paradigma van de inwoners. Dan zorgen we er voor dat inwoners bevoegd zijn over de zorg (en de gezondheid), door hen samen verantwoordelijk te houden voor de zorg. Dat noemen wij de vergemeenschappelijking van de zorg. Overigens missen we ook de optie van verregaande opkomst van de technologie en de effecten voor al het werk dat met zorg te maken heeft: inhoudelijk, in de uitvoering, in de aansturing etc. De digitale en exponentiele innovatie die we kunnen verwachten vergt ook een keuze wie de eisen aan techniek stelt. Ook hier zien we een rol voor de gemeenschappen.



Bijlage 5

De vergemeenschappelijking langs de meetlat van de Nobel-prijs winnares Elinor Östrom:

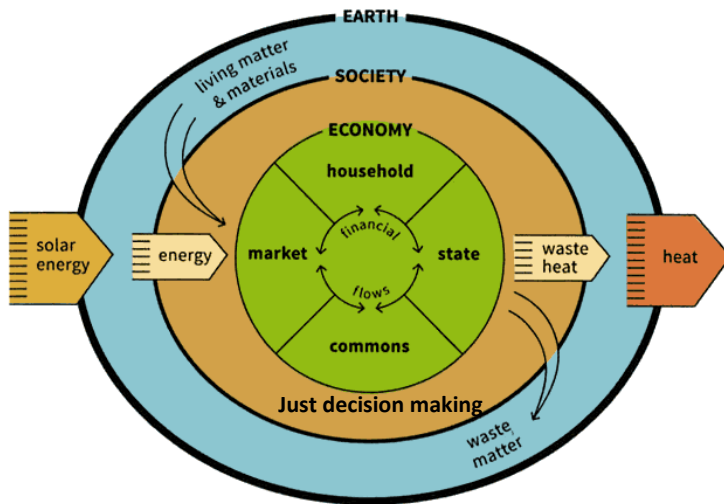
8 Principles for Managing a Commons

- **Definieer heldere grenzen:** we zorgen voor een heldere definitie van het gebied (alles inwoners in een afgebakend gebied (adherentie gebied: omvang basisziekenhuis) waarin het logisch is dat de zorgvraag/problemen gezamenlijk opgelost worden).
- **Volledige vrijheid en ruimte in de kring.** De regels van de besturing van het gebruik zorgdiensten moet passen bij de lokale behoeften en voorwaarden (binnen randvoorwaarden kan de gemeenschap het bestuur naar eigen hand inzetten en veranderen).
- **Invloed op de regels.** Degene op wie de regels effect hebben mogen participeren in de verandering van de regels.
- **Geen druk van buiten.** De zelfsturing en regelgeving van de zorggemeenschap moet gerespecteerd worden door derden buiten de gemeenschap (vergelijkbaar met hoe de autonomie van gemeenten is beschreven en verankerd in artikel 124 van de Grondwet en met het recht van vereniging conform het rechtspersonenrecht (Boek 2 Burgerlijk wetboek) en artikel 8 van de Grondwet).
- **Inwoners bepalen zelf toezicht.** Het toezicht op de zorggemeenschap vindt plaats volgens een door de betreffende inwoners ontwikkeld systeem.
- **Sancties bepalen inwoners.** De sancties op overtreden van de regels geschiedt volgens de door de inwoners bepaalde normen en sancties.
- **Conflictenbeslechting laagdrempelig.** Voor geschilbeslechting wordt door de regelkring wordt voorzien in een toegankelijk en goedkoop middel van conflictbeslechting.
- **Ingebed in groter geheel.** De regelkring is een gemeenschap dat verbonden is en zich verantwoordelijk weet tot andere gemeenschappen naastliggende en bovenliggende als een onderling verbonden systeem. Eventuele externalisatie wordt daarin begrenst en afgekocht.

Bijlage 6

De vergemeenschappelijking volgens de meetlat van Kate Raworth.

Zorg als onderdeel van het **sociale leefsysteem**. Door de zorg te vergemeenschappelijken zal een integrale benadering plaatsvinden van de zorg en daarmee van een sector overstijgende effect uitgaan. De meeste effecten van de vergemeenschappelijking bevinden zich in de binnen ring van de donut.



Fair justice. Een belangrijk onderdeel echter bevindt zich in de donut zelf, de mate waarin alle inwoners in staat zijn invloed uit te oefenen op de zorg en er zelf deel van te zijn, de inclusiviteit en de besluitvorming die dat garandeert, de fair justice.

Economische waarde en andere waarde. Daarnaast mogen we verwachten dat de uitruil van diensten in de gemeenschap niet alleen via financiële verrekening plaatsvindt, maar ook aandacht en

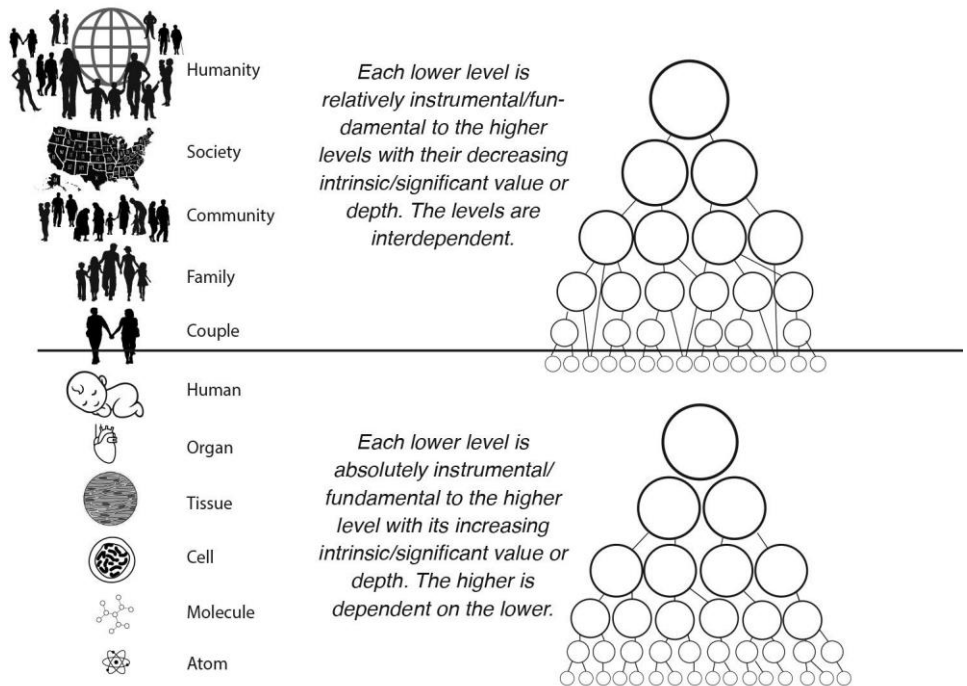
liefde produceert. Daarmee worden mensen gewaardeerd die liefde en aandacht schenken ook als daar geen euro's aan te pas komen. Dit is een extra waarde voor de donut. De transacties vinden buiten het reguliere financieel domein plaats en kunnen in de besluitvorming als waardevol verdisconteerd worden.

Fysieke belasting beperkt. Tot slot mag verwacht worden door de ordening van taken en bevoegdheden en de scope dat de deelnemers van de gemeenschap geen excessieve externalisatie plegen op hulpbronnen buiten de regelkring en daar mee helpen ze ook de donut in de buiten ring (de fysieke kant van de donut) in balans te krijgen.

Bijlage 7

Holon als ordenend principe (Ken Wilber)

Ken Wilber heeft in *Beknopte geschiedenis van alles* een ordeningsprincipe beschreven van de holons. Een **holon** is een zelfsturende eenheid die een specifiek taakgebied heeft en daarvoor zelf verantwoordelijk is. Een holon is opgenomen in een geheel van holons die elk een eigen taakgebied hebben. Holons hebben onderling een hiërarchie waarbij elke holon een deel van het grotere geheel in zich heeft. Een holon is dus een zelfsturende eenheid die zich genest en verbonden weet met de andere (hogere en lagere) holons.



Deze hiërarchie is sterk gebaseerd op de natuur, de biologie en op spiritualiteit. Holons interacteren niet alleen fysiek, maar ook energetisch en spiritueel met elkaar. Dit element lijkt van belang omdat in gemeenschappen intern en onderling een mate van interactie hebben die niet alleen op cognitie is te baseren. De dimensie dat gemeenschappen verzamelingen zijn van samenwerkende mensen, die zich tot elkaar verhouden en samen een publiek goed (de commons) produceren is er een van meer dan louter alleen economische transacties. Hier is ook zijnsbewustzijn, bewustzijn, individueel en collectief aan de orde.