

*Van medicalisering naar vermaatschappelijking – op weg naar Integrale
Gemeenschapszorg*

Inhoudsopgave

Inleiding – De weg naar een nieuw evenwicht	3
Hoofdstuk 1 – Het kantelpunt: waarom ‘business as usual’ niet meer kan	4
Hoofdstuk 2 – Van medicalisering naar vermaatschappelijking	5
Hoofdstuk 3 – De leerweg van Nederland: van cure naar community	6
Hoofdstuk 4 – Integrale Gemeenschapszorg als paradigmaverschuiving	7
Hoofdstuk 5 – De praktijk aan zet: bewonersinitiatieven en krachtige gemeenschappen	7
Hoofdstuk 6 – Bestaande beleidsbouwstenen en hun grenzen	8
Hoofdstuk 7 – De politieke economie en regionalisering	9
Hoofdstuk 8 – Transitie-architectuur	10
Hoofdstuk 9 – Transitie-dilemma’s	11
Hoofdstuk 10 – De gemeenschap als motor van vernieuwing	12
Hoofdstuk 11 – Integrale Gemeenschapszorg - hoe dan?	13
Hoofdstuk 12 – De route naar 2030	15
Hoofdstuk 13 – De financiële paragraaf	16
Hoofdstuk 14 – Aanbevelingen en slot	17
Oproep tot ondertekening en gezamenlijke verantwoordelijkheid	18

Inleiding – De weg naar een nieuw evenwicht

De Nederlandse zorg- en welzijnssector staat aan de vooravond van een fundamentele verandering. In de afgelopen decennia hebben we veel bereikt: ziekenhuizen zijn professioneler en efficiënter geworden, langdurige zorg is mensgerichter georganiseerd en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn is intensiever dan ooit. Toch groeit het besef dat verdere optimalisatie binnen het bestaande paradigma niet langer volstaat. De zorgkosten lopen op, de druk op professionals neemt toe en in buurten en gezinnen brokkelt het vermogen af om tegenslag samen op te vangen. Het systeem is heel goed geworden in het oplossen van problemen, maar minder vaardig in het voorkómen ervan. Tegelijkertijd zien we een groeiende behoefte in de maatschappij om regie over het eigen leven te houden. De jaren-60 generatie is gezonder en mondiger dan de vorige generatie ouderen en wil zo lang mogelijk vermijden om zorgafhankelijk te worden. Dit vergt een heroriëntatie van "zorg" naar "gewoon leven". Dat betekent dat de wereld van de curatieve zorg, de langdurige zorg en welzijn meer in meer in het teken moet staan van het faciliteren van die onafhankelijkheid waar dat kan en het ondersteunen van mensen waar dat niet kan.

Veel partijprogramma's dringen aan op het beheersen van de zorgkosten. De maatregelen die aangeboden zijn aan het CPB voor het doorrekenen van de plannen zijn meestal zwart-wit; het beperken van het basispakket door nieuwe behandelingen of medicijnen niet toe te laten. Dit kan ook te maken hebben met het probleem om toekomstige baten van bijvoorbeeld preventie en de bredere toekomstige baten daarvan door te rekenen omdat de empirische gegevens daarvan nog teveel ontbreken.. Onze inzet is om samenlevingsvraagstukken zoals eenzaamheid, stress, verlies van werk en sociaal netwerk niet meer af te wentelen op de zorgsector, maar op te lossen door de gemeenschapszin in de samenleving te versterken. Zodat er voldoende middelen en mensen beschikbaar blijven voor de state-of-the-art gezondheidszorg die we allemaal willen.

Wie vandaag in de wijk rondkijkt ziet dat veel van wat wij 'zorg' zijn gaan noemen in essentie sociale vraagstukken zijn: eenzaamheid na verlies, stress door onzeker werk, zorgen om kinderen die het moeilijk hebben, het ontbreken van een netwerk dat draagt. Voor die vragen zoeken we te vaak een antwoord binnen de professionele zorg. Dat is begrijpelijk – de zorg is nabij en betrokken – maar het is op termijn steeds moeilijker vol te houden. We medicaliseren levensvragen en leggen ze neer waar de tijd, de handen en de ruimte al zo schaars zijn. Dat leidt tot frustratie bij burgers en professionals en tot stijgende kosten zonder dat het onderliggende vraagstuk werkelijk verandert.

In deze Agenda stellen we een andere benadering centraal: *Integrale Gemeenschapszorg*. Dit is de Nederlandse invulling van het internationale concept *Integrated Community Care*. Integrale Gemeenschapszorg verbindt formele zorg, informele zorg, preventie en sociale samenhang tot één samenhangende beweging die het zwaartepunt van het systeem verlegt naar de samenleving zelf. De omslag is van 'zorgen voor' naar 'zorgen met': nabijheid, vertrouwen en gedeelde verantwoordelijkheid vormen de maat. Gezondheid en welzijn worden opnieuw iets wat mensen samen maken, in gezin, buurt, school, werk en vereniging, in plaats van iets wat men hoofdzakelijk ontvangt van professionals en instellingen.

Deze Agenda wil het gesprek kantelen. We beschrijven waarom de omslag onvermijdelijk is, wat Integrale Gemeenschapszorg inhoudt, hoe we stap voor stap toewerken naar een nieuwe balans en welke keuzes nodig zijn om in 2030 merkbaar anders te werken. Daarbij sluiten we aan bij wat in dorpen en wijken al tot bloei komt. Het is een uitnodiging aan bestuurders, professionals

en inwoners om elkaar weer als bondgenoten te zien en om beleid te laten volgen op praktijk in plaats van andersom.

Het verhaal dat volgt is geen blauwdruk maar een routekaart. We willen niet voorschrijven, maar richting geven; niet centraliseren, maar het lokale versterken; niet alles vooraf dichttimmeren, maar ruimte creëren waarin verantwoordelijkheid kan groeien. De kern is eenvoudig te verwoorden, maar vraagt moed in de uitvoering: zet de gemeenschap centraal, laat de zorg aansluiten waar het nodig is en waardeer wat niet in spreadsheets past maar wel maakt dat mensen zich gezien en verbonden weten.

Hoofdstuk 1 – Het kantelpunt: waarom ‘business as usual’ niet meer kan

De cijfers spreken duidelijke taal. Nederland vergrijsst in rap tempo. Het aantal mensen met chronische aandoeningen groeit, en we leven weliswaar langer, maar we brengen ook meer jaren door met kwetsbaarheid. Tegelijkertijd is de arbeidsmarkt krap. Vandaag is ongeveer één op de zeven werkenden actief in zorg en welzijn. Als we in hetzelfde spoor doorgaan, zou dat in 2040 richting één op de vier gaan. Dat betekent concreet dat we een kwart van alle werkenden nodig zouden hebben om de huidige vraag bij te benen. Alleen al om die reden moeten we nadenken over een andere, meer gemeenschapsgerichte oplossingen. In de ouderenzorg zien we inmiddels een opkomende trend dat “de nieuwe generatie” ouderen streeft naar meer zelfstandigheid en minder afhankelijkheid van zorg. In de GGZ en de Jeugdzorg is deze trend (nog?) niet zichtbaar. De zorguitgaven liggen rond de dertien procent van het bruto binnenlands product en dreigen, bij ongewijzigd beleid, door te groeien richting twintig procent en hoger. Eén op de vijf verdiende euro’s zou dan naar zorg stromen. Tegelijkertijd vragen andere publieke taken – van klimaatadaptatie tot veiligheid en wonen – eveneens dringend om investeringen. De opdracht is dus niet primair om ‘meer’ zorg te leveren, maar om ‘anders’ met gezondheid en welzijn om te gaan.

Achter deze cijfers schuilt een culturele reflex. Voor elk ongemak organiseren we een professional, voor elk risico een protocol. Daarmee hebben we een samenleving gecreëerd waarin het vanzelfsprekend is om hulp te vragen bij de professionele zorgaanbieders, terwijl het tegelijk minder vanzelfsprekend is geworden om elkaar te helpen zonder indicatie of verwijzing. Huisartsen zien de gevolgen van eenzaamheid, schulden en bestaansonzekerheid, GGZ-teams worden geconfronteerd met eenzaamheid en gebrek aan dagstructuur, en verpleeghuizen draaien voor een deel op voor het wegvallen van gemeenschap. De zorg is het vangnet geworden voor sociale vraagstukken die we ook meer met elkaar hadden kunnen oplossen. Die verschuiving is niet alleen inefficiënt, ze is ook ontmenselijkend. Professionals krijgen dossiers waar verhalen horen; burgers worden cliënten waar hulp van burens, familie of vrienden hadden kunnen volstaan. De uitval in de sector is hoog en het ziekteverzuim significant groter dan in andere sectoren. Het systeem doet precies wat het is gevraagd te doen en waarvoor het beloond wordt, maar het antwoord sluit steeds minder aan op de vraag. Het gevolg is overbelasting aan de ene kant en onbeantwoorde behoefte aan nabijheid aan de andere.

Ondanks alle inzet en investeringen in het zorgstelsel laat onderzoek van het RIVM zien dat de gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleide mensen groot zijn en toenemen. Mensen met een lager inkomen gebruiken gemiddeld tweemaal zoveel zorg en hebben een viermaal grotere kans om vroeg te overlijden. De zorgsector draagt maar voor zo’n 10% bij aan het verkleinen van deze kloof: bestaanszekerheid en een goed sociaal netwerk zijn veel effectievere

factoren om deze verschillen te verkleinen. Zolang die verschillen niet worden verkleind, blijft het zorgstelsel dweilen met de kraan open. Integrale Gemeenschapszorg verbindt daarom gezondheid direct met sociale cohesie en bestaanszekerheid: de eerste gezondheidswinst begint buiten de zorg.

Daarom is een andere ordening nodig. De kernvraag voor de komende jaren is niet hoe we de zorg verder optimaliseren, maar hoe we gezondheid en welzijn weer kunnen laten wortelen in het gewone leven. De bron daarvan ligt niet in vergaderzalen of spreadsheets, maar in de dagelijkse ontmoeting: de school waar kinderen zich gezien voelen; het bedrijf waar werk betekenis geeft; de wijk waar men elkaar groet; het dorp waar de dorpsondersteuner mensen en initiatieven verbindt. In zo'n context gedijt gezondheid en worden lichte vragen niet automatisch zorgvragen.

De omslag vraagt dat we het begrip 'passende zorg' verder oprekken. Passend is niet uitsluitend dat wat evidence-based binnen de muren van het ziekenhuis of de instelling bewezen effectief is, hoe waardevol dat ook blijft; passend is ook dat wat in de context van iemands leven daadwerkelijk verschil maakt. Dat wordt zichtbaar wanneer de huisarts niet alleen medicatie voorschrijft, maar ook weet dat er een ontmoetingsplek is waar iemand weer ritme vindt; wanneer de wijkverpleegkundige met de dorpsondersteuner optrekt; wanneer de gemeente het vrijwilligersinitiatief niet per project financiert maar als onderdeel van de lokale infrastructuur beschouwt. De eerste gezondheidswinst begint dan buiten de zorg en maakt dat de zorg die nodig is, beschikbaar en betaalbaar blijft voor wie haar echt nodig heeft.

Hoofdstuk 2 – Van medicalisering naar vermaatschappelijking

In de afgelopen decennia is de grens tussen 'zorg' en 'leven' langzaam verschoven. Verschijnselen die bij het leven horen – druk gedrag bij kinderen, verdriet na verlies, onzekerheid in een nieuwe fase, kwetsbaarheid op hogere leeftijd, het wegvallen van een sociaal netwerk – kregen gemakkelijker een medisch label en een traject. Dat is niet ontstaan uit kwade wil, maar uit een samenleving die sterk gelooft in maakbaarheid en recht op perfectie. Als er iets scheef zit, willen we het graag snel en professioneel rechtzetten. Maar wanneer normaliseren en nabijheid ontbreken, en wanneer informele netwerken dunner worden, blijft er weinig anders over dan de route via de zorg.

Die route heeft onbedoelde effecten. Professionals besteden veel tijd aan lichte of tijdelijke problematiek, terwijl juist de zwaarste vragen in de wacht rij komen. Productieprikkels versterken dit: het systeem beloont verrichtingen en trajecten, niet luisteren, normaliseren of verbinden. Zo ontstaat een pervers mechanisme: door steeds meer te doen, wordt de vraag niet kleiner maar groter, omdat we signalen geven dat elk ongemak een zorgvraag is waar een professioneel antwoord bij hoort.

Vermaatschappelijking is de noodzakelijke tegenbeweging. Het is geen pleidooi voor minder zorg, maar voor het opnieuw ordenen van verantwoordelijkheid. Dat betekent dat we sociale vraagstukken weer met sociale antwoorden benaderen: door de sociale basis te versterken, te investeren in ontmoetingsplekken, inwonersinitiatieven, verenigingen en buurthuizen, mantelzorgers te ondersteunen en vrijwilligers serieus te nemen. Het betekent ook dat we verwachtingen bijstellen: niet alles is maakbaar, niet elk probleem vraagt een protocol. Soms is nabijheid het beste medicijn.

Preventie is in die beweging de logische bondgenoot. Niet als een optelsom van individuele leefstijlinterventies die vooral hoogopgeleiden bereiken, maar als een gemeenschapsopgave die begint bij de context waarin mensen leven. De publieke gezondheidszorg vervult een belangrijke brugfunctie: met haar kennis van populatiegezondheid, monitoring en gedragsbevordering kan zij de einden aan elkaar knopen tussen medische zorg, sociaal domein, sport, cultuur en onderwijs. Programma's als Gezonde School of Gezonde Gemeente hebben bewezen dat gezondheid groeit wanneer omgevingen gezond worden gemaakt.

Vermaatschappelijking betekent tot slot dat we taal en instrumentarium vernieuwen. Minder spreken over 'afnemers' en 'aanbieders' en meer over inwoners en bondgenoten; minder sturen op indicatoren die alleen productie tellen en meer op wat betekenis heeft in levens van mensen: veiligheid, verbondenheid, zinvolle daginvulling, ervaren gezondheid. Daarmee verleggen we de aandacht van 'wat leveren we' naar 'wat laten we groeien'.

Hoofdstuk 3 – De leerweg van Nederland: van cure naar community

De ontwikkeling van de Nederlandse zorg is te lezen als een leerweg in drie bedrijven. Aanvankelijk ging de aandacht vooral naar de cure en stond het ziekenhuis centraal. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid waren de drie-eenheid die de modernisering aanstuurde. Met richtlijnen, bekostiging en kwaliteitsregistraties is veel vooruitgang geboekt. Daarna kwam de fase van care: de langdurige zorg, wonen en leven met kwetsbaarheid kregen terecht meer aandacht. Mantelzorg en eigen regie werden sleutelwoorden, net als wonen met zorg in plaats van zorg in een instelling.

In de meest recente periode werd integrale zorg het nieuwe trefwoord. We leerden over lijnen heen samenwerken, stellen regioplannen op en zoeken naar vormen van domeinoverstijgende bekostiging. Die ontwikkeling heeft muren verlaagd en het gesprek verbeterd. Maar de onderliggende logica bleef grotendeels gelijk: professionals en instellingen dragen de samenleving. Zij vormen het systeem, de burger is klant, cliënt of patiënt.

De volgende stap past niet meer binnen die logica. Het is niet alleen meer de vraag hoe we de bestaande zorg nog beter op elkaar laten aansluiten, maar hoe we de samenleving het vertrekpunt maken en de zorg daarop laten aansluiten. Dat is geen technocratische optimalisatie maar een culturele verschuiving. In die verschuiving is de gemeenschap geen doelgroep meer, maar medeproducent. Innovatie komt van "onderop": uit buurten waar mensen elkaar kennen, dorpen waar men eigenaarschap neemt, scholen die gezondheid breed opvatten en bedrijven die werkgeluk verbinden met gezondheid.

Voor professionals betekent dit dat zij hun vakmanschap op een andere manier inzetten: minder als solist met een protocol, meer als verbinder die samen met inwoners en vrijwilligers zoekt naar wat werkt. Voor bestuurders betekent het dat zij ruimte geven die niet vooraf dichtgetimmerd is, en dat zij risico durven dragen in plaats van het volledig af te wentelen op regels. Voor beleidsmakers ten slotte vraagt het dat zij waarderen wat niet in spreadsheets past: verhalen die laten zien wat er verandert wanneer mensen elkaar weer weten te vinden.

Hoofdstuk 4 – Integrale Gemeenschapszorg als paradigmaverschuiving

Integrale Gemeenschapszorg is geen uitbouw van integrale zorg, maar een nieuw verhaal over samenleven. Het zwaartepunt verschuift van instellingen naar gemeenschappen, van leveren naar leven. Waar integrale zorg vooral vraagt om coördinatie tussen professionals, verlegt Integrale Gemeenschapszorg de focus naar co-creatie met bewoners. De professional brengt kennis en ervaring, de inwoner brengt context, historie en netwerk mee. In die ontmoeting ontstaat betekenisvolle zorg die past bij het dagelijkse leven en die het beroep op dure zorg helpt voorkomen.

Die verschuiving heeft verstrekkende gevolgen. Rollen en middelen worden opnieuw verdeeld. Als preventie werkt en de instroom in formele zorg daalt, ontstaat ruimte maar ook spanning: instellingen zien productie teruglopen en kunnen te maken krijgen met leegstaande capaciteit. Dit is geen mislukking maar het logische gevolg van slimmere zorg. Toch vraagt het om een zorgvuldig transitiepad, met tijdelijke middelen om af te bouwen, personeel om te scholen en vastgoed een nieuwe bestemming te geven.

Voor verzekeraars betekent de verschuiving een andere oriëntatie: van vergoeder van behandelingen naar investeerder in gezondheid. Dat vraagt erom dat een deel van de zorgbudgetten regionaal worden gealloceerd, waardoor zorg, welzijn en preventie verbonden kunnen worden en afspraken gemaakt kunnen worden over gedeelde besparingen. Gemeenten krijgen een steviger rol omdat zij dicht bij bewoners staan en de sociale basis kunnen versterken. Zij hebben echter ook steun nodig in uitvoeringskracht en regelruimte om lokale initiatieven niet te smoren in procedures.

Ten slotte is er een normatieve omslag nodig. Ons stelsel is gevormd door logica's van controle en foutloosheid. Wanneer de gemeenschap centraal staat, worden vertrouwen, nabijheid en leren de leidende waarden. Fouten verdwijnen niet maar krijgen een andere betekenis: als onderdeel van een lerend systeem in plaats van aanleiding tot nog meer regels. Transparantie en dialoog vervangen checklists als ultieme borging van kwaliteit.

Hoofdstuk 5 – De praktijk aan zet: bewonersinitiatieven en krachtige gemeenschappen

Wie wil weten hoe de toekomst van zorg en welzijn eruit kan zien, moet kijken naar plekken waar bewoners niet afwachten maar handelen. In dorpen en stadswijken ontstaan initiatieven die doen wat nodig is, vaak met een eenvoud die in geen beleidsdocument te vangen is. Het gemeenschappelijke kenmerk is dat men vertrekt vanuit nabijheid en wederkerigheid: men kent elkaar, ziet elkaar en voelt zich gezamenlijk verantwoordelijk.

In **Hoogeloon** in Noord-Brabant richtten inwoners een zorgcoöperatie op toen duidelijk werd dat wachten op stelselwijzigingen onvoldoende perspectief bood. De coöperatie organiseert dagbesteding, vervoer, maaltijden, praktische hulp en biedt zorgappartementen. De dorpsondersteuner fungeert als 'krachtenbinder': iemand die de verhalen in het dorp kent, weet waar iets begint te schuiven en op het juiste moment de schakel maakt naar professionele zorg. Wie er op een willekeurige dinsdagmiddag binnenloopt ziet hoe vrijwilligers, mantelzorgers en professionals naast elkaar optrekken. Er wordt niet eerst gevraagd naar het dossier, maar naar de naam en de vraag achter de vraag. Het effect is tastbaar: ouderen wonen langer zelfstandig, de kwaliteit van leven stijgt en de inzet van zwaardere zorg kan omlaag.

In **Austerlitz**, gemeente Zeist, kozen bewoners voor hetzelfde principe. Austerlitz Zorgt groeide in enkele jaren uit tot een volwaardige sociale infrastructuur. De dorpsondersteuner is een herkenbaar aanspreekpunt in het dorp, tientallen vrijwilligers zijn actief en de samenwerking met de wijkverpleegkundige en de huisartsenpraktijk is stevig. Het uitgangspunt is eenvoudig: eerst kijken wat het dorp zelf kan en daarna pas wat de professional moet doen. De resultaten zijn zichtbaar in lagere instroom naar verpleeghuizen en dalende WMO-kosten, maar vooral in het gevoel dat mensen in hun eigen dorp kunnen blijven wonen zoals zij dat willen.

In **Eijsden**, in Limburg, namen inwoners het initiatief om een oud Groene-Kruisgebouw nieuw leven in te blazen. Het werd het Sociaal Centrum Eijsden: een plek waar zorg, welzijn, ontmoeting en gemeenschapszin samenkomen. Wie er binnenloopt ziet geen loketten maar een huiskamer: er is koffie, er zijn activiteiten, er is altijd een luisterend oor. Social-return-analyses laten zien dat iedere euro die hier wordt geïnvesteerd minstens zes euro maatschappelijke waarde oplevert, doordat zorgkosten dalen en eenzaamheid vermindert en mensen weer meedoen. Maar belangrijker dan de cijfers is het verhaal van de mensen die er komen en blijven hangen omdat ze er iemand treffen die hen kent.

Deze initiatieven zijn geen incidenten. In steden zien we stadsdorpen en zorgvrijstaten ontstaan, flatgebouwen die veranderen in 'Lang Leven Flats', en digitale buurtplatforms die mensen verbinden. In dorpen nemen coöperaties het voortouw om ondersteuning en ontmoeting dicht bij huis te organiseren. Het zijn allemaal uitingen van dezelfde beweging: de gemeenschap neemt verantwoordelijkheid terug en laat zien dat gezondheid begint bij verbondenheid.

Toch zijn deze initiatieven vaak afhankelijk van projectsubsidies en tijdelijke programma's. Ze passen slecht in aanbestedingsregimes die zijn ontworpen voor professionele aanbieders met stafafdelingen en juridische ondersteuning. Vrijwilligers die maatschappelijke waarde creëren, verliezen tijd aan verantwoording en formulieren. De waarde is evident, de positie precair. Als we Integrale Gemeenschapszorg willen verankeren, moeten we deze initiatieven structureel erkennen en financieren.

Dat begint bij basisfinanciering voor cruciale functies zoals de dorps- of wijkondersteuner en een herkenbare ontmoetingsplek. Daarnaast zijn eenvoudiger regels nodig en een lichte instellingsstatus die veiligheid borgt zonder het initiatief te verstikken. Toegang tot kennis, data en advies moet laagdrempelig zijn, en ruimte voor maatwerk is essentieel omdat geen twee dorpen of wijken gelijk zijn. Bewonersinitiatieven zijn geen vervanging van professionele zorg, maar het fundament waarop die zorg stevig kan staan.

Hoofdstuk 6 – Bestaande beleidsbouwstenen en hun grenzen

Wie de beleidsagenda's van de afgelopen jaren naast elkaar legt, ziet een duidelijk patroon. In uiteenlopende akkoorden is de richting naar meer preventie, passende zorg en een betere verbinding tussen zorg en sociaal domein gekozen. Het Integraal Zorgakkoord erkende expliciet dat niet elke hulpvraag een zorgvraag is en legde de basis voor regioplannen. Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord verbreedde het speelveld door ook welzijnsorganisaties en gemeenten volwaardig aan tafel te zetten. In de ouderenzorg werd de logica van 'thuis tenzij' versterkt, en in de jeugdzorg kwam normaliseren en voorkomen nadrukkelijker naar voren. Programma's als GALA en HLO/WOZO sloten daar logisch op aan.

Toch blijven het bouwstenen. Ze geven richting, maar ze zijn onvoldoende om de noodzakelijke paradigmaverschuiving naar Integrale Gemeenschapszorg te voltrekken. Dat komt doordat de onderliggende prikkels en de verantwoordingssystematiek grotendeels gelijk zijn gebleven. Instellingen worden nog steeds vooral beloond voor productie: voor handelingen en trajecten, niet voor de maatschappelijke waarde die ontstaat wanneer problemen buiten de zorg worden opgelost. Preventie en gemeenschapskracht vragen om ruimte vooraf, terwijl het huidige stelsel vooral financiering toekent op basis van verrichtingen achteraf.

Dat is geen kwestie van onwil. Akkoorden zijn per definitie compromissen tussen partijen die ook de continuïteit van hun achterban moeten bewaken. Het gevolg is dat er weinig radicaal wordt verschoven. Bewonersinitiatieven, vrijwilligers en mantelzorgers krijgen vaak een sympathieke passage, maar zelden een structurele plek in de financiering en governance. De uitkomst is dat we wel de taal van samenwerking proberen spreken, maar dat de praktijk moeizaam op gang komt omdat de spelregels niet meebewegen.

Wat nodig is, gaat verder dan losse programma's. Er is een architectuur nodig die het mogelijk maakt om over domeinen heen te werken, die het loont om te voorkomen en die besparingen terug laat vloeien naar de plekken waar ze worden gerealiseerd. Gedeeltelijk regionale budgetten die zorg, welzijn en preventie verbinden, vormen daarin de spil. Met zo'n 10% vrij besteedbare ruimte voor maatwerk, innovatie en experimenteren. Met zo'n regionaal budget kan een regio maatwerk maken en afspraken vastleggen over shared savings. Dat vraagt om vertrouwen, transparantie en een gezamenlijke agenda die niet wordt gedomineerd door de grootste spelers maar waarin iedere partner – ook bewonerscollectieven – een herkenbare rol heeft.

Hoofdstuk 7 – De politieke economie en regionalisering

De overgang naar Integrale Gemeenschapszorg is niet slechts een organisatorische innovatie, maar een herschikking van macht, middelen en verantwoordelijkheden. Juist daarom is zij uitdagend: ze raakt gevestigde belangen én vraagt nieuwe vormen van samenwerking. In de kern gaat het om de vraag of we bereid zijn beslissingen en budgetten dicht bij mensen te leggen en zo de gemeenschap echt serieus te nemen als het primaire vertrekpunt.

Voor zorgaanbieders betekent de transitie dat een deel van de huidige productie kan afnemen wanneer preventie en gemeenschapskracht werken zoals beoogd. Dat is goed nieuws voor de samenleving, maar het zet businessmodellen onder druk. Gebouwen, bedden en teams die jarenlang de kern vormden van de bedrijfsvoering, kunnen veranderen in 'stranded assets'. Een zorgvuldige transitie met brugfinanciering biedt ademruimte om capaciteit af te bouwen, personeel om te scholen en vastgoed te herbestemmen. Zo krijgt verlies maatschappelijke waarde: een gesloten afdeling kan een buurtcentrum worden, een oud dagcentrum een plek voor leren en ontmoeting.

Voor zorgverzekeraars en zorgkantoren betekent Integrale Gemeenschapszorg een andere rolopvatting. In plaats van vergoeder van behandelingen worden zij mede-investeerders in gezondheid. Dat impliceert dat per regio een leidende verzekeraar samen met gemeenten, aanbieders en bewonersinitiatieven verantwoordelijkheid draagt voor een regiobudget. Shared-savings-afspraken zorgen ervoor dat besparingen op dure zorg terugvloeien naar de partners die hebben bijgedragen, met prioriteit voor de sociale basis. Voor landelijke verzekeraars vergt

dit het loslaten van een deel van de centrale autonomie ten gunste van regionale platforms die dicht bij de leefwereld staan.

Gemeenten staan dicht bij bewoners en zijn daarom onmisbaar in de beweging. Tegelijk worstelen veel gemeenten met beperkte middelen en hoge administratieve druk. Landelijke ondersteuning van uitvoeringskracht – inclusief kennisdeling en eenvoudige kaders – is nodig om te voorkomen dat vooral vooruitstrevende gemeenten vooruitkomen en andere achterblijven. Een bodemvoorziening voor sociale infrastructuur kan verschillen dempen zonder lokale creativiteit te smoren.

Zowel zorgverzekeraars, zorgkantoren als gemeenten geldt dat ze, vaak uit noodzaak, indicatiestelsels en P×Q-logica's hanteren die slecht passen bij sociale initiatieven. Andere vormen van financiering, meer op basis van uitkomsten en contractinnovatie, zijn hier nodig. Maar het betekent ook iets voor de cultuur: van “inkoper”, naar “partner in gezondheid en samenleving”.

Voor professionals geldt dat hun professionele veiligheid nu sterk leunt op protocollen en tuchtrecht. In een gemeenschapsgerichte praktijk doen zich situaties voor waar het protocol niet het eerste antwoord is. Dat vraagt nieuwe professionele normen die recht doen aan samenwerking met vrijwilligers en aan handelen in context. Interprofessioneel leren, casuïstiekbespreking met bewoners en ruimte voor reflectie zijn geen luxe maar voorwaarden om de kwaliteit van mensgerichte ondersteuning te borgen.

Koepelorganisaties ten slotte hebben als opdracht de belangen van hun leden te bewaken. Dat maakt radicale herverdeling ingewikkeld. Daarom is regionalisering een sleutel: in regionale platforms kunnen partijen concrete afspraken maken die passen bij de lokale opgave, kunnen zij een gezamenlijke agenda voeren en elkaar aan resultaten houden. Democratische legitimiteit groeit wanneer inwoners niet alleen meedenken maar ook meebeslissen, bijvoorbeeld via burgerpanels, dorpsraden en burgerbegrotingen die structureel zijn ingebed.

Contractinnovatie helpt om te bewegen zonder te wachten op volledige stelselwijzigingen. Experimenteercontracten kunnen ruimte geven om domeinoverstijgend te bekostigen wat werkt, met een afgesproken bandbreedte in verantwoording. Het idee van tien procent verantwoordingsvrije zorg – waarbij de verantwoording verschuift van landelijke systemen naar het regionale platform – kan de noodzakelijke zuurstof geven om nieuwe vormen van ondersteuning te laten groeien zonder dat ze onmiddellijk in het oude keurslijf worden geperst.

Hoofdstuk 8 – Transitie-architectuur

Een transitie zonder architectuur blijft steken in goede bedoelingen. Wie wil schuiven aan de fundamenteën van het huidige stelsel, moet voorzien in een zorgvuldig plan voor de overgang: eerlijk in verdeling, tijdelijk waar nodig, en structureel vernieuwend. De architectuur van Integrale Gemeenschapszorg kent vijf samenhangende bouwstenen die elkaar versterken.

De eerste bouwsteen is brugfinanciering. Wanneer de instroom in formele zorg afneemt, raakt dat organisaties die daar jarenlang op ingericht zijn. Brugfinanciering geeft instellingen tijd om zich aan te passen zonder in overlevingsmodus te schieten. Mensen kunnen worden omgeschoold naar rollen die in de nieuwe praktijk juist hard nodig zijn – van wijkgerichte ondersteuning tot digitale vaardigheden – en vastgoed kan een maatschappelijke

herbestemming krijgen. Een fonds voor maatschappelijke herbestemming helpt om leegkomende zorglocaties om te vormen tot buurthuizen, leerplekken of kleinschalige zorgwoningen.

De tweede bouwsteen is het bundelen van een deel van de huidige financieringsstromen tot gezamenlijke domeinoverstijgende regiobudgetten. In plaats van losse stromen voor zorg, welzijn en preventie wordt een deel van de financiering op regionaal niveau gebundeld. Het regionale platform – met gemeenten, verzekeraars of zorgkantoren, aanbieders en bewonersinitiatieven – beheert dit budget en maakt afspraken over doelen, monitoring en bijsturing. Omdat elke regio anders is, zijn regiobudgetten maatwerk: de demografie, de bestaande sociale infrastructuur en de lokale economie kleuren de keuzes.

De derde bouwsteen is het principe van gedeelde besparingen. Als de regio er gezamenlijk in slaagt om dure zorg te voorkomen, moeten besparingen terugvloeien naar de partijen die hebben bijgedragen, met voorrang voor de sociale basis. Zo wordt investeren in preventie en gemeenschap lonend in plaats van een kostenpost die elders toevallig 'uit' kan.

De vierde bouwsteen is tien procent regelvrije ruimte binnen de verschillende wetten. Die ruimte is domeinoverstijgend inzetbaar voor maatwerk en innovatie. Juist omdat we niet vooraf alles kunnen voorzien, is experimenteerruimte essentieel. Ruimte geven is óók sturen: het maakt mogelijk dat professionals en inwoners samen oplossingen ontwikkelen die anders geen kans zouden krijgen.

De vijfde bouwsteen is een lichte instellingsstatus voor burgercollectieven en bewonersinitiatieven. Veiligheid en betrouwbaarheid moeten geborgd zijn, maar dan met regels die passen bij de schaal en aard van deze initiatieven. Minder papier, meer mensen. In zo'n status worden verantwoording en kwaliteit niet afgemeten aan het aantal formulieren, maar aan de zichtbare waarde in de gemeenschap en aan de ervaringen van inwoners.

De zesde en laatste bouwsteen is monitoring. Op basis van reeds bestaande registraties van het RIVM, het CBS en de informatiesystemen van zorgaanbieders en verzekeraars wordt – zonder extra registratielast – een data-infrastructuur ontwikkeld die op regionaal en lokaal niveau de ontwikkeling in de ervaren gezondheid en welzijn en de druk op de professionele zorg zichtbaar maakt.

Architectuur en cultuur horen bij elkaar. Nieuwe structuren hebben alleen effect wanneer mensen tegelijkertijd anders gaan handelen. Daarom hoort bij deze architectuur ook een leeragenda: ruimte voor professionele en vrijwillige leergemeenschappen, het delen van verhalen en het expliciet maken van wat werkt en wat niet. Door te leren in het openbaar, groeit vertrouwen en versnelt de verspreiding van goede praktijken.

Hoofdstuk 9 – Transitie-dilemma's

Elke transitie brengt spanningen met zich mee. In Integrale Gemeenschapszorg zijn die spanningen geen hinderpaal maar een kompas: ze wijzen waar het pijn doet en dus waar echte keuzes nodig zijn. Het helpt om deze dilemma's niet te verdoezelen, maar ze te benutten als ontwerp vragen.

Een eerste spanning is die tussen continuïteit van organisaties en de 'kannibalisatie' die optreedt wanneer preventie werkt. De publieke waarde is evident, maar de exploitatie van aanbieders kan eronder lijden. Brugfinanciering en heldere afbouwpaden zijn hier de sleutel.

Een tweede spanning is die tussen zorgplicht van verzekeraars en de ruimte voor bewonersinitiatieven. Dat vraagt om een erkende status voor burgercollectieven en regionale kwaliteitstoetsen die passen bij de aard van het werk.

Ook is er het dilemma van gelijke toegang versus lokale variatie. Solidariteit is een groot goed, maar gelijkheid is niet hetzelfde als uniformiteit. Een bodemvoorziening voor de sociale infrastructuur, gecombineerd met regionale invulling, kan de juiste balans brengen.

Privacy en vroegsignalering vormen een vierde spanning: hoe vroeger je erbij bent, hoe meer je kunt voorkomen, maar gegevens delen kent grenzen. Dat vraagt om dataminimalisatie, heldere afspraken en vooral om de menselijke blik die ziet wat systemen niet zien.

Professionele autonomie en coproductie kunnen botsen wanneer protocollen en ervaringskennis elkaar raken. Nieuwe professionele normen en interprofessioneel leren helpen om die werelden te verbinden.

Verder schuurt de verschuiving van productieprikkels naar uitkomstenprikkels. Dat vraagt om regiobudgetten, een beperkt en gedragen set indicatoren en het samengaan van cijfers met verhalen.

Tot slot is er de spanning tussen korte en lange termijn: politiek en begrotingen vragen resultaten op korte termijn, terwijl maatschappelijke winst vaak pas later zichtbaar wordt. Meerjarige deals en preventiefondsen bieden hier perspectief.

Hoofdstuk 10 – De gemeenschap als motor van vernieuwing

Integrale Gemeenschapszorg verlegt het eerste antwoord op hulpvragen naar de leefwereld zelf. Niet als randvoorwaarde, maar als dragende kracht. Gemeenschappen en bewonersinitiatieven worden zo volwaardige partners in elk domein van zorg en welzijn. Zij organiseren nabijheid, vertrouwen en betekenis, terwijl professionals aansluiten waar hun deskundigheid nodig is.

Deze beweging voltrekt zich stap voor stap. Het vraagt tijd om te groeien in onderling vertrouwen, om samen nieuwe routines te vinden, en om rollen opnieuw te leren verdelen. Wat hieronder volgt, is geen blauwdruk maar een richting: voorbeelden van hoe de gemeenschap in verschillende domeinen een doorbraak kan helpen realiseren.

De kern: wat de gemeenschap doet – en wat niet

Gemeenschappen creëren plekken van ontmoeting, signaleren vroeg wanneer het niet goed gaat, en bieden praktische en emotionele steun. Ze vormen een eerste schakel, geen vervanging van professionele zorg. Daardoor kunnen professionals doelmatiger, mensgerichter en tijdiger werken.

Een duurzame infrastructuur vraagt om drie zekerheden:

1. Structurele basisfinanciering voor kernfuncties zoals dorps- of wijkondersteuner, ontmoetingsplek en peer support.

2. Een lichte en passende vorm van legitimatie met proportionele eisen aan veiligheid en kwaliteit.
3. Een vaste plaats in de regionale governance, zodat bewoners mee kunnen besluiten over prioriteiten en middelen.

Uit het voorgaande blijkt dat integrale gemeenschapszorg kansen biedt en grenzen kent. Kansen, omdat integrale gemeenschapszorg dwingt tot een meer totaalbeeld van de zorgvraag in een maatschappelijke context. Het “meenemen van de maatschappelijke context” leidt alsdan tot betere zorg. Het is belangrijk te beseffen dat het bij integrale gemeenschapszorg niet gaat om het vervangen van professionele zorg, maar om een goed geoliede samenwerking. In die zin is integrale gemeenschapszorg een beweging die verder reikt dan zorg op de juiste plek, wat veel meer een “wie doet wat” vraag is.

Integrale gemeenschapszorg is ook een begrip dat verder reikt dan de zorg en het zorginstrumentarium. Zo is bijvoorbeeld wonen een kansrijke koppeling in integrale gemeenschapszorg. Soms op microniveau waarin de kwaliteit van de woning en/of de plek en de wijze waarop gebouwd is van rechtstreekse invloed is op de gezondheidssituatie, maar ook op stedenbouwkundig niveau waarin stedelijk ontwerp, de mogelijkheden tot ontmoeting en groene kwaliteit een wezenlijke bijdrage geven aan menselijk welbevinden.

Een andere koppeling valt te leggen met de arbeidsmarkt en arbeidsomstandigheden; het hebben van een baan, toekomstperspectief en zinvol werk zijn van (grote) invloed op de fysieke en mentale gezondheid. Het is niet voor niets dat in de programma's die zich nu in een aantal grote steden richten op “leefbaarheid en veiligheid” wonen, werken, onderwijs en zorg een essentieel onderdeel uitmaken van de aanpak.

Deze kansen met integrale gemeenschapszorg komen alleen maar tot hun recht als er de facto een prikkel is tot integraal werken: daarom staat of valt de benadering door een voldoende mate van “schotten weg” en integrale financiering.

Hoofdstuk 11 – Integrale Gemeenschapszorg - hoe dan?

De grootste opgave is het goed organiseren van de samenwerking tussen twee werelden. Aan de ene kant staat de “systeemwereld”; een geordend systeem dat werkt met regels, gelijkheid, meetbaarheid en professionele verantwoordelijkheid. Aan de andere kant staat de “leefwereld”; het gewone leven in buurten en dorpen: divers, rommelig, gedreven door betrokkenheid en vaak slecht in cijfers te vangen. Als we die leefwereld proberen te sturen met dezelfde reflexen als in het systeem, dooft de energie. Maar als we haar structureel financieren zonder afspraken, verdwijnt legitimiteit.

De uitweg die wij bepleiten is:

Ontwikkel lokale gemeenschappen tot hechte ecosystemen en verbind deze ecosystemen tot een steeds dichter regionaal en landelijk weefsel.

Van onderop beginnen in de buurt

Begin op het kleinste schaalniveau waar mensen elkaar kennen: straat, blok, buurt. Bouw daar geen programma, maar een netwerk, een lokaal ecosysteem rond het dagelijks leven. Drie praktische stappen zetten de toon.

1. Maak zichtbaar wat er al is.

Breng licht in kaart wie en wat er in de buurt beschikbaar is: bewoners met talenten, verenigingen en clubjes, een sporthal, kerk of moskee, een school, ondernemers die iets willen betekenen. Niet als lijstje voor doorverwijzen, maar als basis om op te landen. Als er in een wijk of buurt al bewonersinitiatieven actief zijn, bouw daar dan op verder. Zo niet, zet dan welzijnswerkers in die kunnen helpen deze te ontwikkelen.

2. Ga op zoek naar één of twee ‘buurtmakers’.

Dit zijn herkenbare aanspreekpunten die mensen verbinden, vertrouwen opbouwen en losse draden aan elkaar knopen. We komen ze overal tegen als dorpsondersteuner, wijkregisseur, krachtenbinder, etc. Ze werken vanuit plekken waar mensen al komen (huiskamer, plein, clubhuis) en helpen anderen vooruit. Hun werk is niet “overnemen”, maar mogelijk maken.

3. Start klein en leer snel.

Geef kleine potjes geld en praktische hulp (ruimte, verzekeren, sleutelbeheer) zodat initiatief nemen loont. Begin waar energie zit: maatjeskringen, samen eet-groepen, beweegclubjes, herstel-inloop, werkmaatjes, buurtklussen. Spreek af dat elk initiatief elk kwartaal kort terugkijkt: wat werkte, wat niet, wat veranderen we? En ga in gesprek met bewoners over wat zij belangrijk vinden en met de verschillende initiatiefnemers over wat ze nog meer zouden kunnen en willen doen.

Groter worden zonder “opschalen en uitrollen”

Wat in de ene buurt werkt, past zelden één op één elders. In plaats van verticaal “opschalen en uitrollen” gaan we horizontaal “delen en vermenigvuldigen”: we laten we meerdere buurten naast elkaar groeien en zorgen voor verbinding en uitwisseling van kennis en goede voorbeelden.

- **Van elkaar leren.** Organiseer regelmatige uitwisselingen: meeloopmomenten, korte casusbrieven, buurt-op-bezoek. Niet kopiëren, maar begrijpen en vertalen: wat is het beginprincipe, hoe paste het hier, wat zou jij anders doen?
- **Regels en geld laten meebewegen.** Richt een regionale tafel in waar gemeente, verzekeraar/zorgkantoor, zorg- en welzijnsorganisaties en bewoners samen twee soorten gesprekken voeren. Het ene gesprek is om knelpunten op te ruimen (inkoop, aansprakelijkheid, privacy, toegang). Het andere is om besluiten te nemen: eenvoudige kwaliteitsafspraken, een vaste basisbijdrage, en geld om verbinding en leren te ondersteunen.
- **Het verhaal kantelen.** Spreek minder over loketten en cliënten, meer over meedoen en ontmoeting. Vertel concrete verhalen naast de cijfers; laat kleine successen zien (een drempel minder, sneller schakelen, iemand die mee blijft doen). Dat overtuigt beter dan dikke rapporten.

Geld: van inkopen naar investeren

Gebruik per buurt twee geldstromen:

- Een **vaste basisbijdrage** voor de kern: een ontmoetingsplek, de buurtmakers en een vorm van onderlinge steun en gemeenschappelijke activiteiten.
- Een **beweeglijk deel** om nieuwe initiatieven te proberen, te vergroten wat werkt en te stoppen wat niet werkt.

Leg dit vast in korte, begrijpelijke afspraken: veiligheid en privacy op orde, een aanspreekpunt, een eenvoudige klachtenroute en heldere escalatie. Houd het in verhouding tot de schaal: hoe kleiner en informeler, hoe lichter de eisen.

Zet daarnaast regionaal geld voor verbinden en leren apart (uitwisseling, het oplossen van knelpunten, eenvoudige data-ondersteuning). Als elders kosten dalen doordat er minder escalaties zijn, geef dan een deel van die besparing terug aan dit verbindingswerk. En als de instroom in formele zorg zichtbaar daalt, regel tijdelijke steun om capaciteit netjes af te bouwen, mensen om te scholen en vrijkomende plekken een maatschappelijke bestemming te geven.

Wanneer zijn we op koers?

Niet bij één getal, wel bij herkenbare signalen: bewoners ervaren meer nabijheid en meedoen; vrijwilligers besteden minder tijd aan papier en meer aan mensen; professionals melden sneller schakelen, minder omwegen en meer werkplezier; kwartaalgesprekken leiden tot zichtbare aanpassingen; de paar kengetallen bewegen stapsgewijs de goede kant op zónder dat lokale verschillen worden gladgestreken; bestuurders kunnen openbaar en begrijpelijk verantwoorden wat er gebeurt.

Slot

We vragen niet om blind vertrouwen, wel om doen wat werkt: klein beginnen, leren als vast ritme, regels en geld laten volgen wat van onderop ontstaat, en eerlijk verantwoorden in gewone taal. Zo houden we de energie in buurten levend én borgen we publieke waarden. Dat is de verbinding die nodig is om gezondheid en welzijn weer te laten wortelen in het gewone leven, en de zorg beschikbaar te houden voor wie haar echt nodig heeft.

Hoofdstuk 12 – De route naar 2030

Een visie krijgt pas betekenis als we haar vertalen naar een pad dat beloopbaar is. Daarom schetsen we een route in drie fasen die elkaar logisch opvolgen. Het is een realistisch schema voor één kabinetsperiode, met de notie dat de cultuurverandering langer zal duren. De route sluit aan bij initiatieven die al lopen en maakt het mogelijk om te leren terwijl we doen.

In de eerste fase, 2025–2026, leggen we het fundament. In iedere regio sluiten gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren, aanbieders en bewonersinitiatieven transitie-deals waarin zij afspraken maken over een gezamenlijk regiobudget waarin een deel van de financieringsstromen domeinoverstijgend wordt ingebracht. En over gedeelde besparingen en brugfinanciering. Bewonersinitiatieven krijgen landelijk en regionaal een gelijkwaardige positie aan tafel. Van de bestaande wetten – Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wmo en

Jeugdwet – wordt tien procent regelvrij en domeinoverstijgend inzetbaar. We starten met een nulmeting waarin een beperkte set indicatoren wordt gecombineerd met verhalen uit de praktijk. De beperkte indicatoren richt zich vooral op de belangrijkste uitkomsten: ervaren gezondheid en welzijn en de ontwikkeling van de gezondheidsverschillen. Cruciale functies in de sociale basis, zoals de dorps- of wijkondersteuner, krijgen structurele basisfinanciering.

Regionaal en lokaal is er ruimte voor maatwerk in afspraken en budgetten, zodat kan worden ingespeeld op specifieke situaties, zoals achterstandswijken of -regio's.

In de tweede fase, 2027–2028, schalen we op. Elke gemeente beschikt over een herkenbare toegang met sociale triage, zodat mensen niet verdwalen in loketten maar snel op de juiste plek komen. Bewonersinitiatieven krijgen een erkende status en structurele financiering, en in het hele land zijn community-GGZ en inloopvoorzieningen beschikbaar. De eerste opbrengsten uit gedeelde besparingen worden zichtbaar en vloeien terug naar preventie en de sociale basis. Landelijk worden afspraken gemaakt over een bodemvoorziening voor sociale infrastructuur, zodat regionale verschillen niet onnodig groot worden.

In de derde fase, 2029–2030, verankeren we wat werkt. Regiobudgetten en gedeelde besparingen krijgen een wettelijke basis. Een nieuwe Wet Welzijn, Gezondheid en Zorg integreert de huidige zorgwetten en borgt structureel tien procent vrije bestedingsruimte voor maatwerk en innovatie. Opleidingen voor zorg- en welzijnsprofessionals bevatten standaard modules over samenwerken op het snijvlak van zorg en sociaal domein. Resultaten worden zichtbaar in minder eenzaamheid, kortere wachttijden, hogere ervaren gezondheid, kleinere gezondheidsverschillen, meer werkplezier voor professionals en meer participatie van inwoners.

Kijken we voorbij 2030 naar 2050, dan zien we een samenleving waarin gezondheid minder een sector is en meer een cultuur. Gemeenschappen, technologie en natuur vormen samen een ecosysteem van zorgzaamheid. Mensen leven langer en beter niet door nóg meer zorg, maar door meer samenhang. Dat is de horizon waarnaar Integrale Gemeenschapszorg ons laat bewegen.

Hoofdstuk 13 – De financiële paragraaf

De beweging die in deze agenda is geschetst is niet bedoeld en vormgegeven als een bezuinigingsoperatie; het is een beweging naar herstel van veerkracht en weerbaarheid van de samenleving. Het gevolg hiervan is minder afhankelijkheid van professionele hulp en zorg, waardoor de druk op de zorgprofessionals afneemt en de zorgkosten dalen. Dit is een essentieel onderdeel van de gewenste transitie: in plaats van bezuinigingen vaststellen om daarmee efficiënte zorg “af te dwingen” willen we integrale gemeenschapszorg mogelijk maken om daarmee een andere en duurzame efficiëntie te realiseren. Niet “iedereen wat minder, maar iedereen anders werken”.

Het investeren in de sociale basis (buurtmakers, ontmoetingsplekken, activiteitenbudgetten) ramen wij in de eindsituatie op zo'n 1 miljard per jaar. Bedacht moet worden dat in de huidige situatie veel capaciteit ingezet moet worden voor zorgcoördinatie, transfercapaciteit ziekenhuizen, coördinatie wijkverpleging, tariefonderhandelingen, wijkteams, buurt- en woningbeheer, etc. Integrale gemeenschapszorg zal aldus tot een efficiëntiebesparing leiden.

Wanneer als start 1% van de zorguitgaven wordt gereserveerd om integrale gemeenschapszorg mogelijk te maken is circa 1 miljard beschikbaar om mee te starten.

De opbrengsten hiervan ramen wij op minimaal 2 miljard per jaar (conservatieve schatting) tot meer dan 5 miljard per jaar (op basis van extrapolatie van diverse bestaande praktijken waar op dit moment een Social Return On Investment analyse van wordt gemaakt).

Overigens geldt dat de onderuitputting die zich op dit moment voordoet in een aantal zorgbudgetten meer dan dekkend is voor de geschatte kosten. Deze kan dus direct worden ingezet om de voorgestelde beweging in gang te zetten.

De realisatie van dit plan zal stapsgewijs plaatsvinden; je hebt niet binnen een jaar in heel Nederland een dekkend netwerk van krachtige bewonersinitiatieven. Dat betekent dat zowel de kosten als de opbrengsten in een ontwikkeling van 4-5 jaren zullen worden bereikt.

Hoofdstuk 14 – Aanbevelingen en slot

Om van richting te veranderen zijn concrete keuzes nodig. Voor de korte termijn – 2025 tot 2027 – bevelen we aan om cruciale functies in de sociale basis structureel te financieren: dorps- en wijkondersteuners en herkenbare ontmoetingsplekken. Elke gemeente organiseert een toegankelijke ingang met sociale triage. We introduceren een mantelzorgpakket met respijtvoorzieningen, financiële waardering en mantelzorgvriendelijk werkgeverschap. In de Zorgverzekeringswet, Wmo, Wlz en Jeugdwet komt tien procent vrije ruimte die domeinoverstijgend kan worden ingezet voor maatwerk en innovatie. Tot slot stellen we een Ontregelagenda 2.0 op die de vijf grootste administratieve lasten per sector schrapt en jaarlijks rapporteert hoeveel tijd professionals daarmee terugkrijgen.

Voor de middellange termijn – 2027 tot 2030 – is verankering het sleutelwoord. We leggen regiobudgetten en shared-savings-modellen wettelijk vast en integreren de zorgwetten in één Wet Welzijn, Gezondheid en Zorg die structureel tien procent vrije ruimte biedt. We richten regionale en lokale preventiefondsen op die automatisch meegroeien met bespaarde zorgkosten. Bewezen community-concepten, zoals dorpscoöperaties, community-GGZ en reablement-teams, krijgen structurele bekostiging. Tot slot ontwikkelen we een fonds voor stranded assets om leegkomende zorgcapaciteit een maatschappelijke herbestemming te geven.

Het slotwoord is een uitnodiging. Integrale Gemeenschapszorg is geen experiment dat we vrijblijvend kunnen uitproberen; het is de realistische weg om gezondheid toegankelijk, betaalbaar en menselijk te houden. Dat vraagt lef van bestuurders om macht te delen, moed van politici om verder te kijken dan een regeerperiode en vertrouwen van burgers om verantwoordelijkheid te nemen. Als we deze stap zetten, ontstaat een Nederland waarin zorgzaam samenleven vanzelfsprekend is en de zorg beschikbaar blijft voor wie haar echt nodig heeft. De toekomst van zorg is niet nóg meer zorg; de toekomst van zorg is samenleven.

Oproep tot ondertekening en gezamenlijke verantwoordelijkheid

Deze Agenda is bedoeld als breed gedragen richtsnoer voor de kabinetsformatie en het maatschappelijk gesprek daarna. Zij is geen bezit van één organisatie, maar een uitnodiging aan velen: bestuurders, professionals, inwoners, gemeenten, verzekeraars, fondsen, woningcorporaties, kennisinstellingen en maatschappelijke organisaties. Ondertekenen betekent niet dat men een tekst afvinkt, maar dat men zich verbindt aan een beweging.

Wij vragen organisaties en personen die zich herkennen in dit verhaal om mee te doen: door te ondertekenen, door eigen praktijkervaringen te delen, door ruimte te maken voor bewonersinitiatieven en door het gesprek te voeren over wat er lokaal nodig is. De handtekening is niet het einde, maar het begin van handelen.

Namens de initiatiefgroep Agenda voor Welzijn, Gezondheid en Zorg 2025–2030