

Speech van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dr. E. Borst-Eilers, ter gelegenheid van het 'nationaal debat gezondheidszorg' op 6 november 2000 te Bussum.

---

*Wijzigingen voorbehouden, alleen de gesproken tekst geldt!*

Dames en heren,

Wij zijn vandaag in het Spant in Bussum. Voor sommigen, misschien wel velen onder ons is deze locatie onlosmakelijk verbonden met één van de leukste kinderprogramma's van de vorige eeuw: stuif 'es in, gepresenteerd door Ria Bremer. En als de naam Ria Bremer valt denken waarschijnlijk nóg meer mensen aan het programma "Vinger aan de pols", waarin zij, vele jaren achtereenvolgende, ingewikkelde medische thema's op een vaak indringende manier naar een breed publiek wist te vertalen. Het lijkt mij een mooi motto voor deze middag: een leuke instuif, waarbij complexe vraagstukken zó worden besproken dat we thuis ook nog kunnen uitleggen waar het over ging, en bij voorkeur ook aan onze kinderen.

Dames en heren, wij publiceren vandaag ons Actieplan Zorg Verzekerd; het valt vanmiddag bij de Tweede Kamerleden in de postbakken. Zo laat mogelijk, zodat het bovenop de stapel komt te liggen! Het Actieplan Zorg Verzekerd vormt een doorbraak, een doorbraak die wij afgelopen vrijdag in het Kabinet hebben bereikt. Het Kabinet heeft vrijdag uitgesproken zich volledig te willen inzetten voor het aanpakken van de té lange wachttijden in het maximaal haalbare tempo. Geld mag daarbij niet langer het probleem zijn.

Ik zal u in vogelvlucht een schets geven van het actieplan. Het Actieplan omvat twee hoofdlijnen: de verdere ombouw van een aanbodgestuurd naar een meer vraaggestuurd stelsel en de aanval op de lange wachttijden.

Dames en heren, het is nog maar een jaar geleden dat wij het op dit congres hadden over de meerjarenafspraken, die toen net tot stand waren gekomen. Die meerjarenafspraken markeerden het einde van een periode waarin eigenlijk alleen achteraf werd gekeken wat er met de (extra) financiële middelen was gerealiseerd.

Het was de start van een fase van intenties en afspraken vóóraf, over prestaties, over geld en over verantwoording. Dat was nieuw en wennen en ging dus met vallen en opstaan. Sommigen vroegen zich af of het - met weer een extra stuur in de cockpit - nu niet nóg ingewikkelder werd in de zorg, en of het motto van "boter bij de vis" niet zou blijven steken bij mosterd na de maaltijd.

De meerjarenafspraken betekenden niet alleen een nieuwe bestuurlijke aanpak. Paars II gaf prioriteit aan onderwijs en zorg en vergrootte de ruimte voor volumegroei in de zorg naar 2,3% per jaar.

Tot en met Paars I was het scheppen van meer werkgelegenheid hoofddoel van het Kabinetsbeleid geweest. Dit leidde voor de volksgezondheid tot een beleid waarin kostenbeheersing en volumebeperking de boventoon voerden. Maar in 1999 kwam de omslag.

Met het regeerakkoord van Paars II kreeg de aanpak van wachtlijsten en werkdruk een nieuwe impuls. Er is en wordt op een breed front hard gewerkt aan een beter inzicht in omvang en samenstelling van wachtlijsten, aan een beter wachtlijstbeheer en aan het doorgronden en aanpakken van achterliggende oorzaken. En met het tij van de arbeidsmarkt tegen, is een breed palet aan arbeidsmarktmaatregelen en projecten ter vermindering van de werkdruk in gang gezet, voor ruim 200 mln per jaar.

Al snel bleek, dat ook de 5,6 mld groeiruinimte voor deze regeerperiode, 1,4 mld per jaar er bij, niet voldoende was om de wachttijden binnen een aanvaardbare termijn tot een aanvaardbare lengte terug te brengen. Daarvoor gaan de ontwikkelingen aan de vraagzijde té snel. Gelukkig zit het economisch tij mee, en kunnen we ons nu, in 2000, veroorloven om méér te investeren in de zorg dan in het regeerakkoord staat. Het kabinet heeft dan ook voor 2000 nog eens 1,2 mld vrijgemaakt, in 2001 oplopend tot 2,1 mld. Dat brengt de jaarlijkse groei in de eerste helft van deze regeerperiode op 3,5%.

Het kabinet eist daarbij terecht garanties voor een effectieve en efficiënte besteding van die extra middelen.

Dat we nu wat ruimer in ons jasje zitten betekent niet dat we ook wel wat losser uit de pols kunnen zijn. Integendeel: de extra middelen worden alleen toegewezen als voldaan is aan een aantal voorwaarden, die tot doel hebben te verzekeren dat de middelen effectief en efficiënt worden ingezet en dat de besteding achteraf goed wordt verantwoord. Daarbij gaat het om: er moet er een adequate indicatiestelling aan de poort zijn; het wachtlijstbeheer dient op orde te zijn; dat houdt óók in: transparant; verzekeraars moeten scherp contracteren; er wordt alleen betaald wat werkelijk wordt geleverd.

Dat zijn voorwaarden die waarschijnlijk iedereen gezond in de oren klinken, en tegelijkertijd weet iedereen hier aanwezig hoe moeilijk het is om ze ook daadwerkelijk te realiseren.

Maar er is de afgelopen paar jaar op dit terrein ontzettend veel gebeurd en in gang gezet. De wachtlijstregistratie in de verpleging en verzorging en in de ggz zijn van de grond gekomen. Er wordt hard gewerkt aan de indicatiestelling in de gehandicaptenzorg. Voor de ziekenhuizen is een wachtlijstendatabank ontwikkeld, die via Internet toegankelijk is. Op grote schaal vinden benchmark-projecten plaats. Verschillende partijen in de sector vinden elkaar in het ontwikkelen van genormeerde wachttijden, en mijn departement onderzoekt hoe je die zou kunnen codificeren.

In de ene sector gaat het wat sneller dan in de andere, maar duidelijk zichtbaar is dat er zorgbreed een werkend en professioneel instrumentarium aan het ontstaan is dat erop is gericht om de allocatie-processen in de zorg te ondersteunen en transparanter te maken, en om daarover publieke verantwoording af te leggen. Of anders gezegd: om het aanbod van zorg beter af te stemmen op de behoefte van de burger.

Het investeren in deze instrumenten is net zo belangrijk als de capaciteitsuitbreiding, waaraan meestal als eerste wordt gedacht als het over bestrijding van wachtlijsten gaat. Die capaciteitsuitbreiding moet er natuurlijk ook zijn. In de ziekenhuissector zijn afspraken gemaakt over extra specialistenplaatsen, OK-capaciteit en bestralingsapparatuur.

Het aantal opleidingsplaatsen voor basisarts, huisarts en specialist wordt fors uitgebreid. In de sector V&V hebben de zorgkantoren maar liefst 3500 initiatieven ingediend die we nu aan het beoordelen zijn. En ook in de gehandicaptenzorg en ggz is ruimte voor extra productie-afspraken. In de huisartsenzorg zijn er extra middelen voor praktijkondersteuning en de dienstestructuur. Zorgverzekeraars staan klaar om dit te realiseren.

Dames en heren. Wij hebben jl. vrijdag in de Ministerraad een belangrijke afspraak kunnen maken. Het Kabinet wil zich zoals gezegd volledig inzetten om in het maximaal haalbare tempo de wachttijden op een aanvaardbaar niveau te brengen.

'Het maximaal haalbare tempo', dat betekent dat instelling en zorgverzekeraar samen kunnen inventariseren wat er nodig en haalbaar is en daarmee aan de slag kunnen. En als blijkt dat de budgettaire kaders onvoldoende zijn? Het Kabinet zal twee keer per jaar bezien hoe de ontwikkelingen in de praktijk lopen en welke budgettaire of andere aanvullende maatregelen nodig zijn om de wachttijden terug te brengen.

Het geld is er. Voor alle sectoren is extra budgettaire ruimte gecreëerd om de wachttijden aan te pakken en de daarvoor benodigde capaciteit te realiseren. Nu komt het erop aan om ook daadwerkelijk resultaten te boeken. Natuurlijk zult u daarbij nog tegen obstakels aanlopen, zoals de krapte op de arbeidsmarkt.

De vacaturegraad in Zorg en Welzijn is, met 1,7% tegenover een Nederlands gemiddelde van 2,7%, nog relatief gunstig. Maar bij ongewijzigd beleid stevenen wij af op een tekort van 40.000 verplegenden en verzorgenden in 2004, en op een fors tekort aan verloskundigen, huisartsen en specialisten. Alle zeilen moeten bij om dat schrikbeeld van ons af te houden. Het ziekteverzuim is en blijft daarbij een cruciale factor. Ik kan niet genoeg herhalen hoe belangrijk is dat het instellingsmanagement de hoogste prioriteit geeft aan de bestrijding daarvan. Het landelijk gemiddelde in de zorg ligt op 7,7%, terwijl het in alle sectoren samen 5,4% is. Er zijn gelukkig ook ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen met een ziekteverzuim van 5%. Het *kán* dus wel.

Waarom gebeurt het dan niet? Waarom kan, als het gaat om succesvolle initiatieven op personeelsgebied, of in de organisatie van de zorg en in samenwerkingsprocessen, het op ene plaats wel en op de andere blijkbaar niet. Een minister past het denk ik beter om te vragen: waarom gebeurt het *nog* niet?

Tijdens één van de debatten die wij in het kader van de discussie over de toekomst van het zorgstelsel door de Balie laten organiseren verwoordde een deelnemer het als volgt: als we van elk onderdeel van de zorg in Nederland de "best practice" zouden nemen en we voegen al die onderdelen samen, dan stijgen we met een hele grote stip op de OESO-lijst, want dan hebben we de meest fantastische zorg die je je kunt indenken, en het kost geen cent meer. Dat laatste voeg ik er zelf nu even aan toe.

Ongetwijfeld heeft 'dat het niet overal gebeurt' te maken met verschillen in lokale omstandigheden. En al even ongetwijfeld ook met verschillen in mentaliteit, ideeënrijkdom, organisatorisch talent, lef, doorzettingsvermogen én vermogen tot samenwerking bij de mensen van wie we het in de zorg moeten hebben. In dat laatste ligt dan toch de sleutel.

Bij mijn werkbezoeken valt het mij steeds weer op: waar Raad van Bestuur en medische staf eensgezind optrekken en de verpleegkundigen óók in veranderingsprocessen worden betrokken, dáár zie je fantastische voorbeelden van zorgvernieuwing en goede logistieke planning.

Dames en heren, ons Actieplan Zorg Verzekerd gaat niet alleen over wachtlijsten en geld. Het gaat ook over aanpassingen van ons instrumentarium die nodig zijn om de omslag te maken van een aanbodgestuurd naar een meer vraaggestuurd systeem. Die omslag is al enige tijd geleden in gang gezet, maar er moet nog veel gebeuren.

Het gaat om deregulering en om het verleggen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. En het gaat om een geleidelijke transformatie, een beheerst proces, want het systeem moet tijdens de ombouw wél werkbaar blijven. Hoofdstuk 9 van Gezondheidszorg in Tel, het themahoofdstuk, gaat uitgebreid in op het the-ma 'van aanbodsturing naar vraagsturing'.

Prijzenswaardig in die studie is dat men niet blijft steken bij goed in het gehoor liggende algemeenheden, maar systematisch de ingrediënten en consequenties in kaart brengt van een sturingsprincipe dat aangrijpt bij de vraagzijde van de zorg. Ik licht er enkele elementen uit waar wij de komende jaren de nadruk op leggen: Een grotere rol voor zorgverzekeraars. Dat betekent meer risicodragendheid, meer contracteervrijheid, vrijere tarieven. Meer ruimte voor aanbieders, onder andere door functionele aanspraken en een minder dwingende bouwregulering. Meer ruimte voor professionals en meer zeggenschap vanuit de beroepsbeoefening over de zorgverlening

Meer inbreng door gebruikers, onder meer door een bredere inzet van de systematiek van Persoonsgebonden en Persoonsvolgende Budgetten.

En tot slot een overheid die zich nog meer gaat richten op kaderstelling en monitoring. Dat betekent investeren in een goede toezichtstructuur, in een heldere en faire taakverdeling tussen partijen en in strategische informatievoorziening).

Bij de nieuwe manier van zorgverlening en organisatie van de zorg past ook een nieuwe wijze van bekostiging, gebaseerd op producttyperingen en productprijzen. Over een versnelde ontwikkeling daarvan in de curatieve zorg heb ik recent met OMS en NVZ afspraken gemaakt.

Bij al die vernieuwingsprocessen lopen we ook op tegen de grenzen van het huidige verzekeringsstelsel. Gebrek aan keuzemogelijkheden, complexe financieringsstromen, ongelijke verdeling van solidariteit en belemmeringen in de sturing als gevolg van het duale stelsel van publieke en private verzekeringsvormen zijn even zovele redenen om te komen tot een meer uniform institutioneel kader, de door mij eerder bepleite verplichte basisverzekering.

Marktwerving en concurrentie, als instrumenten om doelmatigheid en keuzevrijheid te bevorderen, zullen in de zorg altijd worden getoetst aan, zoals de WRR het zo mooi omschrijft, de borging van het publieke belang. Wát dat publieke belang dan precies is, dat is een stevig politiek debat waard.

Maar dát het publieke belang er is, en dat eisen van solidariteit, kwaliteit en toegankelijkheid daar rechtstreeks van afleidbaar zijn en blijven lijkt mij onbetwistbaar.

Een sociale ziektekostenverzekering zal daarom altijd op een publieke leest moeten zijn geschoeid. Het verzekeringsstelsel zal verder moeten voldoen aan de eis dat voor iedereen de noodzakelijke zorg toegankelijk en betaalbaar is en dat verzekerden desgewenst van verzekeraar kunnen wisselen. Dat leidt tot een aantal belangrijke uitgangspunten, zoals: acceptatieplicht door de verzekeraar en risicosolidariteit in de premiestelling. Ik heb het dan over de solidariteit tussen ziek en gezond en tussen oud en jong.

Solidariteit tussen arm en rijk vind ik eveneens een belangrijke voorwaarde. Over de vormgeving daarvan wordt politiek verschillend gedacht. Daarover zal de komende tijd nog het nodige worden gewisseld en gewogen, op basis van de adviezen die ik heb gevraagd en die na mijn oproep dit voorjaar ook vanuit tal van maatschappelijke organisaties en instanties worden gestuurd en waarover ook steeds meer wordt gepubliceerd.

Dames en heren. Ik heb u een beeld geschetst van ons Actieplan Zorg Verzekerd. Wij menen dat dit plan van grote betekenis zal zijn voor de aanpak van de problemen in de zorg.

Tot slot. Voor het proces dat wij in deze jaren doormaken én vormgeven, bestaan vele aanduidingen. Een transformatie, een verschuiving van het sturingsparadigma, een omslag in denken en doen. Tussen de vele obstakels die in dat proces nog zullen opdoemen zijn in ieder geval twee dingen klip en klaar, in ieder geval voor mij. Ten eerste: de zorg komt weer dichterbij de primaire belanghebbenden. Burgers in de eerste plaats, maar ook aanbieders, professionals en verzekeraars. In de tweede plaats is er een duidelijke omslag in het denken waarneembaar: de zorg wordt niet langer voornamelijk als kostenpost gezien, maar krijgt steeds meer de plek die haar toekomt als voorwaarde voor een vitale en gezonde samenleving. Dat perspectief reik ik u graag aan, als ruggesteun en stimulans bij uw werk en de uitdagingen waar wij samen voor staan.