

**Johan de Wittlezing 2012, door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Edith Schippers op 7 november 2012, te Dordrecht.**

---

Beste mensen,

Ik vind het leuk om hier bij u in Dordrecht te zijn voor deze Johan de Wittlezing. Het is een beetje terug naar mijn *roots*, want mijn voetstappen liggen op de pleinen van de School Mühring en de School Vest. Daar heb ik goede herinneringen aan. Inmiddels ben ik de raadspensionaris van Dordrecht, via Leiden naar Den Haag gevolgd, waar ik me bezig hou met een taai en lastig maatschappelijk onderwerp: de gezondheidszorg.

Johan de Witt, naar wie deze lezing is vernoemd, wordt door velen gezien als de belangrijkste politicus van de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden. Sommigen noemen hem ook de meest standvastige en koppigste politicus in onze geschiedenis. Die standvastigheid bracht hem vele successen. Maar zijn koppigheid leidde hem –samen met zijn broer Cornelis –naar een gruwelijke dood.

Maar hij was niet bang om ongemakkelijke waarheden te vertellen. Want wist u dat De Witt naast staatsman ook een grondlegger is van de verzekeringswiskunde? Zo kwam hij erachter dat er te veel werd betaald aan lijfrente. Op zijn berekeningen werd die dan ook verlaagd. Maar het maakte hem niet populair want het werd destijds gezien als een plotselinge

vermindering van de 'weduwenvoorziening'. Dat weerhield de Witt er niet van zijn ongemakkelijke boodschap te brengen.

In die zin volg ik ook in zijn voetstappen: Ook ik heb een onaangename boodschap. En die vertel ik overal waar ik kom. Als de kosten van onze gezondheidszorg net zo hard blijven stijgen als de afgelopen tien jaar dan kunnen we het straks, in 2040 al, niet meer betalen. Wij hebben de standvastigheid van Johan de Witt hard nodig om ervoor te zorgen dat onze gezondheidszorg van goede kwaliteit blijft, voor iedereen toegankelijk en betaalbaar. Nu en in de toekomst.

Beste mensen, onze gezondheidszorg is heel succesvol! Van de acht jaar die we langer leven sinds de jaren '50 zijn er zes te danken aan de gezondheidszorg. Ongeveer 80 procent van ons leven brengen we door in goede gezondheid.

- In de jaren '50 leefde 30 procent van de vrouwen met borstkanker na tien jaar nog. Nu overleeft 70 procent.
- Kijk je naar staaroperaties. In 1950 werden 6000 mensen behandeld, nu 60.000.
- Vroeger lag je voor een behandeling enkele weken in het ziekenhuis, nu heb je vaak een dagbehandeling.
- Nederlanders komen in overgrote meerderheid nog steeds vrijwillig op voor vaccinatie of screening op bepaalde ziekten. En als het gaat om borstkankeronderzoek of bij het onderzoek naar baarmoederhalskanker stijgt de opkomst zelfs nog iets.

Dat was in de tijd van Johan de Witt wel anders. Veel voorkomende ziekten als lepra, scheurbuik en pokken lieten hun sporen na. Ziektes die we nu alleen nog uit spannende verhalen kennen, maar in die tijd gingen de meeste mensen er zelfs aan dood. De helft van de kinderen tot 18 jaar overleed. Vaak was dat aan pokken. Dat is nu onvoorstelbaar. De zorg heeft heel veel vooruitgang geboekt, maar met die vooruitgang stegen ook de kosten.

Als u zorg nodig heeft kunt in Dordrecht terecht bij één van de ruim 60 huisartsen die in één van de 36 huisartsenpraktijken praktiseren. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis heeft twee dependances. U hoeft dus nooit ver te reizen. De meeste zorg is in ons land in de buurt, ook de meer specialistische zorg. Alleen op de Waddeneilanden en in een klein deel van Zeeuws-Vlaanderen duurt het iets langer dan 45 minuten om in een ziekenhuis te komen. Dat is veel sneller dan in de meeste landen.

Kijken we naar onze topzorg - de echt moeilijke en complexe behandelingen voor bijvoorbeeld slokdarmkanker, transplantaties of complexe oncologische zorg voor kinderen - dan hebben we daar in ons kleine land maar liefst acht academische ziekenhuizen voor. En veel van de grote algemene ziekenhuizen – zoals het Albert Schweitzer - leveren ook nog topzorg. Als het gaat om de kwaliteit van zorg en het ontwikkelen van nieuwe wetenschappelijk medische kennis behoort ons land tot de allerbeste.

Beste mensen, we doen het dus goed, maar we moeten oppassen dat de zorg niet aan het eigen succes ten onder gaat. Er was een tijd dat ons land zich, voor wat betreft de zorgkosten, in de internationale middenmoot bevond. We waren niet duur, we waren niet goedkoop. Het aandeel van de zorg in de economie bleef lange tijd zelfs min of meer constant.

Ik moet zeggen dat is met een hoge economische groei makkelijker dan met een stagnerende economie. Die middenpositie is verleden tijd. Na de Verenigde Staten hebben wij nu het duurste systeem ter wereld.

De afstand tot de Verenigde Staten is groot. Maar ik mocht al even kijken in een concept-rapport van de OESO, en zie dat we die inlopen. Volgens dat rapport, dat over een half jaar uitkomt, is het Nederlandse zorgsysteem in 2060 het duurste ter wereld. Dat lijkt misschien nog ver weg, maar de leerlingen van het Johan de Witt-gymnasium die hier nu zitten, zijn dan nog niet eens met pensioen. Jullie hebben juist dan de leeftijd dat je meer en meer zorg nodig hebt. De vraag is of we die dan nog hebben. En of jullie tegen die tijd in staat zijn de rekening daarvoor te betalen?

Nu al betaalt een doorsnee Nederlands gezin meer dan 11.000 euro per jaar aan de zorg. Dat is bijna een kwart van het inkomen. Blijft de zorg net zo hard groeien als de afgelopen

tien jaar dan is dit gezin in 2040 bijna de helft van het inkomen kwijt aan zorg. De helft! De leerlingen die hier aanwezig zijn, hebben dan de leeftijd dat zij kinderen hebben, studerende kinderen. Als je dan de helft van je inkomen aan zorg moet betalen en daar bovenop nog andere belastingen, dan is dat nogal een aanslag op jullie bankrekening.

Maar wat zijn de alternatieven? Oplossingen zijn niet zo simpel als wordt gedacht. 'Dan doen we dat tweede JSF-testtoestel toch niet' wordt wel geroepen. Maar ik kan u vertellen, met dat geld kunnen we slechts één ochtend zorg financieren. Eénmalig.

Een jaar politie? Het is één maand zorg. En stel dat we morgen geen geld meer zouden uitgeven aan het basisonderwijs, omdat we dat geld willen gebruiken voor zorg. Wat denkt u? Hoeveel dagen zorg kunnen we daar dan van betalen?

Beste mensen, het is nog geen twee maanden zorg. Dit zet de zaak wel in perspectief. Makkelijke oplossingen zijn er niet.

Hoe komt dat nou, die stijgende kosten? De vergrijzing! Dat wordt vaak geroepen, maar het is niet de belangrijkste oorzaak. Het verklaart nog geen kwart van de stijging van de zorgkosten. De zorguitgaven groeien harder dan dat we met zijn allen 'vergrijzen'.

In de Gouden Eeuw was de ziekenhuissector een kruising tussen armenzorg en isolatie van besmettelijke ziekten. Vergelijk dat eens met het Albert Schweitzer ziekenhuis nu. De mogelijkheden in de zorg zijn zo ontzettend toegenomen. We kunnen meer ziekten vaststellen, behandelen en genezen. Door technische vooruitgang zijn er minder bijwerkingen bij behandelingen en daarom willen ook mensen met lichte aandoeningen die behandelingen. We kunnen meer en we willen ook meer. Daarmee stijgen wel de kosten. We hebben te maken met een 'stille uitgavenexplosie' die we ons niet kunnen veroorloven.

Er vallen een paar dingen op.

1. Patiënten gaan nog geregeld naar het ziekenhuis terwijl het ook dichterbij had gekund, bijvoorbeeld bij de huisarts. Zo kreeg ik laatst een brief van een patiënt die zijn oren uit had laten spuiten bij de KNO-arts. Dat kost 437 euro, terwijl een huisarts of zelfs zijn praktijkassistent dat prima had kunnen doen. En in het laatste geval kost het dan een tientje. De rekening wordt wel betaald uit uw premiebijdragen!

2. Als ziekenhuizen werk aan bijvoorbeeld de huisarts overlaten, dan leidt dat er – op dit moment - niet toe dat de ziekenhuizen minder doen. Dat zagen we heel duidelijk met de veranderingen in de diabeteszorg. Daar werd meer door de huisartsen gedaan, maar de uitgaven in het ziekenhuis bleven

even hoog. De vrijgekomen tijd werd gewoon opgevuld.

En de vraag is in hoeverre die nieuwe specialistische taken bijdragen aan meer gezondheid. Het was in ieder geval niet zo dat er hierdoor meer gezondheidswinst werd geboekt, terwijl de kosten wel opliepen met 275 euro per diabetespatiënt. Kosten die betaald worden uit uw premiebijdragen.

3. We leven langer en langer met goede kwaliteit van leven. Tegelijk worden we worden we ook 'zieker', althans zo lijkt het. We komen steeds vaker bij de dokter, worden vaker geopereerd en maken meer gebruik van thuiszorg. Steeds meer mensen hebben op steeds jongere leeftijd een chronische ziekte, bijvoorbeeld astma, chronische bronchitis, suikerziekte, ernstige of hardnekkige darmstoornissen.

Het aantal persoonsgebonden budgetten is ook wel heel snel gestegen. Net als veel andere vormen van 'lichte' zorg bijvoorbeeld in de psychiatrie, mensen met een depressie, of in de gehandicaptenzorg. En kijkt u eens rond in de gemiddelde schoolklas. Hoeveel kinderen hebben er daar wel niet een aandoening? Daar betalen we met z'n allen voor.

4. Dan zien we ook dat het ene ziekenhuis bij dezelfde soort patiënten soms andere dingen doet dan een ander ziekenhuis. Dat noemen we praktijkvariatie. Het is wel of niet de amandelen knippen, maar ook allerlei overbodige diagnostische

tests. 'Baat het niet dan schaadt het niet', gaat niet op. Elke operatie brengt een risico met zich mee; in een ziekenhuis loop je makkelijker een infectie op dan daarbuiten.

Vaak is zorg niet nodig, of in ieder geval niet in de mate waarin ze wordt verleend. Zo wordt naar schatting zeker de helft van de dotteroperaties met stent gedaan, terwijl de patiënt daarvoor geen indicatie heeft. Dan hebben we het zomaar over minstens 100 miljoen euro per jaar. U betaalt dat met uw premie.

Dan het vijfde en laatste punt. Dat gaat over het extra geld dat we aan zorg kwijt zijn. Dat extra geld is niet alleen maar opgegaan aan méér zorg. In vergelijking met tien jaar geleden zijn veel zorginstellingen een beetje 'rijker' geworden. Een deel van de extra productiviteitswinst staat op de spaarbank van de zorginstellingen. Dat lijkt misschien zonde, dood geld. Maar het betekent dat ziekenhuizen en zorginstellingen tegenslag kunnen opvangen, zonder dat patiënten daar last van hebben.

Het ziekenhuis in Oldenzaal bijvoorbeeld, nu onderdeel van het Medisch Spectrum Twente in Enschede, is het oudste ziekenhuis van Nederland. Het enige dat voor de Tweede Wereldoorlog is gebouwd. Alle andere ziekenhuizen – en dat zijn er meer dan 100 – zijn vaak pas ver na de Tweede Wereldoorlog gebouwd. Internationaal gezien is dat niet gebruikelijk. Als u op vakantie bent, let dan eens op hoe oud de



ziekenhuizen zijn in de steden die u bezoekt. U zult zien, dat ze meestal veel ouder zijn dan de Nederlandse ziekenhuizen. En daar hebben wij ook voor betaald.

Van elke euro die we uitgeven aan ziekenhuizen gaat er twaalf cent naar het gebouw en de apparatuur. Dat is meer dan het dubbele van bijvoorbeeld Duitsland en Engeland. In Nederland hebben we niet alleen nieuwe ziekenhuizen, we hebben ook veel apparaten die lang niet altijd worden gebruikt, of weinig worden gebruikt. Maar ze kosten wel geld. U en ik betalen dat met onze premiebijdragen.

Tot 1 januari 2009 leek het bouwen van een ziekenhuis 'gratis'! Niet het ziekenhuis of de verzekeraar liepen financiële risico's, zoals je zou verwachten. Nee: u en ik, de samenleving, terwijl de overheid niet de eigenaar van het ziekenhuis was. En wat zou u doen als het toch 'gratis' lijkt? Dan kiest u toch ook het mooiste en grootste gebouw. Dat gebeurde dan ook, zelfs als de vergunning even op zich liet wachten. Waar je voor betaalt, dat krijg je en dus kregen we veel dure nieuwe grote gebouwen.

Dat hebben we veranderd. Vanaf 1 januari 2009 moeten ziekenhuizen voor nieuwbouw of uitbreiding zelf sparen of lenen. Ze moeten de kosten voortaan zelf verdienen. Ze moeten hun verantwoordelijkheid nemen en lopen risico bij beslissingen. Patiënten kunnen bijvoorbeeld weglopen als ze

niet genoeg hun best doen. Ziekenhuizen kunnen zelfs failliet gaan en ook dan staat de overheid in principe niet meer klaar om te helpen. In de praktijk komt er dan een andere aanbieder, een ander ziekenhuis. Alleen als het verlenen van acute zorg in het gedrang komt, grijpt de overheid in.

Maar beste mensen, we hebben in ons land zo'n 100 ziekenhuizen, het Albert Schweitzer is daar één van. We hebben 1000 instellingen voor langdurige zorg, 100 instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, 33.000 mensen werken als vrijgevestigde.

Had je in de tijd van Johan de Witt niet heel veel meer dan een chirurgijn en een apotheker, tegenwoordig werken er meer dan één miljoen professionals in de zorg. Al die mensen werken samen om mensen zo goed mogelijke zorg te verlenen.

Maar het is niet genoeg. Want naast een tekort aan geld zal de zorg in de toekomst ook te maken krijgen met een tekort aan arbeidskrachten. Wie steeds meer zorg verleent, heeft daar ook steeds meer mensen voor nodig.

Uit berekeningen blijkt dat als we niks veranderen we in de komende vier jaar 130.000 extra fulltime medewerkers nodig zouden hebben in de zorg. Dat is meer dan het aantal inwoners van Dordrecht, alleen de komende vier jaar! En dat aantal zou de jaren daarna alleen nog maar hoger zijn. Loopt op tot 400.000 extra in 2025. Dat kunnen onze opleidingen niet aan

en er zijn ook niet genoeg jongeren om dat op te vangen. Dus moeten we wel opleidingen zoeken die minder mensen vergen.

Dat is een enorme opgave. We kunnen moeilijk alle agenten of alle leraren in ons land dwingen in de zorg te werken. Dat doen we dus ook niet.

Veel werknemers zijn nodig voor de langdurige zorg, de zorg voor ouderen en gehandicapten. In ons land worden veel meer mensen langdurig in een instelling verzorgd dan in andere landen. Dat kost niet alleen geld maar vraagt ook veel van de arbeidsmarkt. Dat terwijl veel van onze ouderen helemaal niet zo blij zijn in het verzorgingshuis. Ze zouden veel liever thuis wonen en vaak kan dat ook wel.

We hebben in ons land in het verleden echt onvoldoende aandacht gegeven aan de zelfredzaamheid van mensen, de juiste woningen en voorzieningen. Nu zullen we door de tekorten op de arbeidsmarkt wel moeten en dat is eigenlijk maar goed ook. Het Regeerakkoord helpt hierbij: door veel zorg bij de gemeenten te organiseren, dus vlakbij degenen die zorg nodig hebben, is het veel makkelijker om goed te kijken naar de lokale situatie en naar wat mensen nu echt nodig hebben.

Ook de technologie maakt het mogelijk om steeds langer thuis te wonen: steunkousen aantrekken kan bijvoorbeeld tegenwoordig steeds vaker met een apparaat. Zo bepalen mensen zelf wanneer ze de dag beginnen en zijn ze niet

afhankelijk van anderen. En wie wil dat nu niet? En de mogelijkheden worden steeds groter. Innovatie en nieuwe ideeën zijn cruciaal. Daar moet veel ruimte voor blijven.

Zoals hier in Dordrecht aan de Nassausingel. Daar wordt nu de Prinsemarij gebouwd. Je vindt er straks woningen met slimme toepassingen die de bewoner meer veiligheid, comfort en praktische communicatiemogelijkheden bieden. En hoe beter deze voorzieningen zijn, hoe minder 'zorg' er nodig is.

Maar we houden handen aan het bed nodig. Juist omdat er een tekort dreigt aan zorgpersoneel, is het belangrijk dat instellingen zelf al het mogelijke doen. Bijvoorbeeld mensen die meer willen werken ook meer te laten werken – in de zorg werken nu nog veel mensen in deeltijd. Slimmer en anders werken, samenwerken met partners die voorheen niet zo voor de hand lagen. De arbeidsproductiviteit moet omhoog. Als je een half procent meer arbeidsproductiviteit per jaar weet te bereiken, heb je 110.000 medewerkers minder nodig in 2025.

Cruciaal is dat we de zorg slimmer organiseren. Dat is de grote opgave de komende jaren.

- In plaats van hulp door de specialist, hulp door de huisarts.
- In plaats van hulp door de huisarts, hulp door de praktijkverpleegkundige en de wijkverpleegkundige.
- In plaats van hulp door de professional, kijken wat je zelf kunt doen, al dan niet met hulp van internetprogramma's, je sociale

omgeving of *social media*, nieuwe technologische mogelijkheden.

- In plaats van klinische opname, dagopname.
- In plaats van wonen in een instelling, zo lang mogelijk thuis wonen.

Er kan veel meer dan nu al gebeurt. We moeten deze kansen nu grijpen. Omdat we er straks het geld niet hebben, noch de mensen.

Er moet dus veel gebeuren. En daarin heeft iedereen een rol. De artsen, de verzekeraars, de ziekenhuizen, de verpleeghuizen en de thuiszorg. Maar u ook.

Ik heb de afgelopen tijd samen met verschillende partijen akkoorden kunnen sluiten. - Met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) om passende zorg meer in de buurt te verlenen en minder in instellingen. En de groei te beteugelen.

- Met de huisartsen heb ik afspraken gemaakt om zorg in de buurt te realiseren, om doelmatiger medicijnen voor te schrijven en onnodige verwijzingen naar medisch specialistische zorg zo veel mogelijk te voorkomen.
- Met de medische specialisten.
- Met de ziekenhuizen.

Het is belangrijk om het samen te doen, want voor zulke grote veranderingen heb je draagvlak nodig. Om samen met de sector de kosten beheersen. Op een verantwoorde manier dus.

In het regeerakkoord is dan ook opgenomen dat we hiermee doorgaan.

Per 1 januari van dit jaar lopen verzekeraars meer risico over hun uitgaven. Risico overigens, dat wordt berekend met de methoden waarvoor Johan de Witt de grondslag legde. Ze zijn nu veel meer 'echte' verzekeraars geworden.

Als een verzekeraar nu meer zorg contracteert dan afgesproken, zal hij zijn premie moeten verhogen. En gaat de premie fors omhoog, dan gaat u op zoek naar een andere verzekeraar. De verzekeraars moeten dus wel letten op de kosten én de kwaliteit als ze hun klanten willen behouden.

Ik sta niet meer garant met publiek geld voor verzekeraars die gewoon maar zorg inkopen, zonder te kijken naar de prijs en de kwaliteit. Dit is cruciaal en zal zo moeten blijven, willen we de kosten in de hand houden. In de discussie over de inkomensafhankelijke premie is van groot belang dat de verzekeraars ruimte houden om te concurreren op prijs.

Werkt het? Ja, we zien nu al dat verzekeraars scherper inkopen. Eén verzekeraar heeft zelfs aangekondigd dat de premie omlaag kan. We zien dat banken niet zomaar meer alle investeringen financieren. En dat heeft niet alleen met de crisis te maken. We zien verder al veel meer nieuwe zorgaanbieders, ondernemers die gewend zijn met het risico om te gaan, of

professionals die de kansen zien voor betere en goedkopere zorg voor hun patiënten. Verzekerden stappen vaker over naar een andere zorgverzekeraar.

Een andere trend is dat sinds enige tijd de productiviteit weer groeit. Dat betekent dat er elk jaar weer iets efficiënter wordt gewerkt: mensen doen meer in dezelfde tijd. Er was een tijd waarin dat niet het geval was, dat alles stagneerde of de productiviteit zelfs achteruit ging. In combinatie met meer ondernemingszin, maken nieuwe technologieën en het anders organiseren van de zorg dit nu mogelijk. Inmiddels wordt er in de ziekenhuiszorg elk jaar zo'n twee procent efficiënter gewerkt dan het jaar daarvoor. Ook dat doen we beter dan veel andere landen.

Maar er is nog iets! Vaak weten we gewoon niet hoe duur de zorg is, waar het goedkoper kan en of dat dan iets betekent voor de kwaliteit. Dat geldt voor de meeste burgers, maar dat geldt ook voor veel artsen.

Johan de Witt realiseerde zich al dat je informatie nodig hebt om goed beleid te kunnen maken. Hij is dan ook een van de grondleggers van de statistiek. Het woord 'staat' in statistiek verwijst ook echt naar staatsaangelegenheden. Een statisticus was vroeger dan ook een statenkenner en staathuishoudkundige. De staat had gegevens over bijvoorbeeld sterfte nodig om te berekenen hoe hoog de

lijfrenten moesten zijn. Johan de Witt zorgde dat deze cijfers er kwamen.

Ook ik wil dat er meer informatie beschikbaar komt. Artsen weten nu niet of ze beter of minder goed zijn dan hun collega's. Daar moet iets aan gebeuren, helemaal omdat de gegevens er zijn. Mijn lijn is simpel: informatie die met premiemiddelen is betaald, moet ook voor de premiebetaler te zien zijn. Makkelijk en zo nodig in detail.

Ik wil transparantie afdwingen! In de Tweede Kamer ligt nu een wetsvoorstel dat daarvoor zorgt. Zorgaanbieders worden verplicht gegevens over hun kwaliteit aan het Kwaliteitsinstituut te leveren. Doordat die cijfers openbaar worden kunnen zorgaanbieders van elkaar leren. In Zweden gebeurt dit al en heeft het positieve effecten gehad. En verzekeraars kunnen zo echt inkopen op kwaliteit. Maar ook u kunt dan bekijken waar u het beste terecht kunt met uw zorgvraag.

Het Kwaliteitsinstituut zal ook zorgen dat zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties samen afspraken moeten maken over wat goede zorg is. De praktijkvariatie die ik al noemde, wordt daardoor verkleind omdat voor iedereen duidelijk is waar te vaak amandelen geknipt worden of te veel stents geplaatst worden.

Beste mensen, tot slot nog één keer mijn boodschap:



- De Nederlandse zorg behoort tot de top van de wereld voor wat betreft kwaliteit en toegankelijkheid.
- Tegelijkertijd is de zorg zoals we die nu kennen, onhoudbaar. Niet alleen voor wat betreft de groei van de kosten, maar ook voor wat betreft arbeidskrachten.
- We hebben allemaal een rol in het betaalbaar houden van de zorg.
  - Artsen moeten alleen zuinige en zinnige zorg leveren.
  - Ziekenhuizen moeten zorg leveren waar ze goed in zijn. Waar ze niet goed in zijn, laten ze dan aan anderen over. Dat betekent dat niet alle zorg meer in alle ziekenhuizen wordt geleverd.
  - Eenvoudige zorg moet uit het ziekenhuis terug naar de huisarts. Zorg moet in de buurt georganiseerd worden.
  - Complexe zorg, moeilijke behandelingen moeten we concentreren. Dat brengt hogere kwaliteit, het is goedkoper want het is efficiënter.
  - Ook moet de zorg goed samenwerken in het belang van patiënten.
  - De verzekeraar moet goede zorg inkopen tegen een scherpe prijs.

Maar er wordt ook wat van u gevraagd.

- Een grotere zelfredzaamheid om zelf op te lossen wat je zelf kunt oplossen.
- Geen onnodig beroep te doen op de zorg.
- Heeft u wel zorg nodig, dan gaat u naar de huisarts in

plaats van naar het ziekenhuis.

- Bij spoed in het weekeinde, gaat u naar de huisartsenpost in plaats van meteen naar de spoedeisende hulp.
- Geen medicijnen verspillen.
- Therapietrouw is belangrijk, neem medicijnen zoals ze zijn voorgeschreven.
- En als uw arts zegt dat de behandeling niet nodig is, of u echt niet beter maakt, besef dan ook dat ook de geneeskunst zijn grenzen kent.

Eigenlijk is het besef dat zorg geld kost en niet gratis is, het belangrijkste. En willen we in een samenleving wonen waar iedereen die dat medisch nodig heeft een beroep kan doen op zorg, dan zullen we er veel zuiniger mee om moeten gaan. Gepast gebruik ... dat vind ik mooie woorden.

We staan voor een geweldig grote opdracht. Niemand kan dat alleen oplossen. Dat kunnen we wel samen als we allemaal onze eigen bijdrage leveren.

Dank u wel!