

Martin Bontje



Opleiding

Regulier onderwijs

1975 – 1978 Hogere Economische School te Den Haag; Bedrijfseconomie

Diverse management trainingen

1999 Advanced Management Program op Insead te Fontainebleau (Fr.)

Werkervaring

Unive-VGZ-IZA-Trias 2007 tot heden

Lid Raad van Bestuur met als aandachtgebieden zorginkoop en zorginnovatie.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) 1995 tot 2007

Branchevereniging van alle zorgverzekeraars in Nederland. Belangrijkste taken zijn belangenbehartiging van de leden en collectieve dienstverlening.

2000 – 2007 algemeen directeur

1997 – 2000 directeur verzekeringen

1995 – 1997 hoofd afdeling zorg

Kontactorgaan landelijke organisaties van ziektekostenverzekeraars (KLOZ) 1991 - 1995

Branchevereniging van alle particuliere ziektekostenverzekeraars in Nederland.

Hoofd sector gezondheidszorg / coördinator intramurale gezondheidszorg.

Vereniging van Zorgverzekeraars / Ziekenfondsen (VNZ) 1981 - 1991

Koepel van alle ziekenfondsen (groot aantal) in Nederland.

Beleidsmedewerker zorg.

Ziekenhuis Overvecht – Utrecht 1978 - 1981

Hoofd economische administratieve dienst.

Bestuurlijke nevenactiviteiten

Vice-voorzitter Zorgverzekeraars Nederland

Lid bestuur Innovatiefonds Zorgverzekeraars

Voorzitter Stichting Huisvesting Hospice Nieuwegein (Stichting Pand)

Lid Board of Governors AIM - Association Internationale de la Mutualité

Lid Stichting Moon (Medisch Onderzoek en Onderwijs Nieuwegein)

Lid Adviesraad STG/Health Management Forum

Lid AVA DBC Services

Lid AVA TWA Medic Info

Lid Algemeen Bestuur Health Valley

Visie Martin Bontje

Zorgverzekeraars pakken hun rol

Bij de introductie van de zorgverzekeringswet kregen de zorgverzekeraars de rol van regisseur van zorg. Het regelen van betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve zorg. VGZ stond en staat hier nog steeds volledig achter, echter wij hebben meerdere malen aangegeven dat de randvoorwaarden nog niet goed ingevuld waren.

Het huidige kabinet heeft dat goed begrepen. Met de introductie van prestatiebekostiging van ziekenhuiszorg, het vergroten van de risicodragendheid, de maatregelen die genomen worden om kwaliteit van zorg transparant te maken en de voorgenomen hervorming van de AWBZ, zijn en worden flinke stappen in de goede richting gezet. Stappen die zorgverzekeraars in een positie brengen om hun rol op te pakken.

Voor VGZ betekent dit dat:

- Het zorgaanbod zodanig ingevuld is dat er voor de klant altijd iets te kiezen valt.
- Zorgaanbieders moeten voldoen aan de kwaliteitsnormen van de beroepsgroep.
- Deze kwaliteitsnormen de minimale basis voor inkoop zijn.
- Zorgverzekeraars zelf hogere kwaliteitsnormen kunnen en mogen afdwingen.
- Het op te richten kwaliteitsinstituut transparantie van kwaliteit moet kunnen afdwingen.
- Geïntegreerde eerstelijnszorg dicht bij de patiënt georganiseerd wordt.
- Zorg voor chronisch zieken in zorgketens plaatsvindt.
- Acute zorg geïntegreerd en geconcentreerd wordt.
- Electieve en complexe zorg in daartoe gespecialiseerde centra, gegeven wordt.
- Cure en care zorg naadloos op elkaar moeten aansluiten.
- Financieringsschotten tussen Zvw en AWBZ verdwijnen.
- Uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden daartoe een eerste stap is.
- Risicodragende overheveling van ouderenzorg naar de Zvw de volgende stap moet zijn.

Roelof Konterman



Voorzitter directie Achmea divisie Zorg & Gezondheid

Roelof Konterman werkt al meer dan 25 jaar voor Achmea. En dat in verschillende functies. Via Avéro, FBTO, Eureko (Zweden en VS) en Eurocross is hij in 2004 terecht gekomen bij Zorg. Eerst als directeur Klant Contact Center, daarna Operations en nu Voorzitter van de directie.

Naast het voorzitterschap heeft hij een aantal diverse nevenfuncties zoals lid van het Bestuur van Zorgverzekeraars Nederland, lid Raad van Commissarissen Vektis, Voorzitter van de Raad van Commissarissen van Inter American Bulgarije en lid Raad van Toezicht van de Stichting Zorg Binnen bereik.

Zijn ambitie in de Zorg is om die (nog) beter te maken; samen met de andere partijen in de Zorg.

Visie Roelof Konterman

Zorgverzekeraars moeten meer werk maken van zorginkoop: doelmatige zorg en keuzevrijheid voor de klant zijn daarbij leidend

Grote uitdaging in de zorg die divisie Zorg & Gezondheid van Achmea wil aangaan is dat iedereen binnen 10 jaar erop kan vertrouwen dat hij de beste zorg krijgt. Drie kernbegrippen staan hierin centraal: kwaliteit – vertrouwen – solidariteit. We willen van blind vertrouwen naar slim vertrouwen. We willen dat zorgconsumenten / verzekerden niet blind vertrouwen op de zorg, maar dat ze met een kwaliteitsbril op bewust kiest voor de beste zorg.

We zijn er voor de zorg èn gezondheid. Enerzijds doen we dat langs de weg van het zorgaanbod. Anderzijds doen we dat langs de weg van de vraag.

Hoe het specialiseren en spreiden van zorg te realiseren? Welke maatregelen zijn nodig om effectief te sturen op het zonodig afbouwen van capaciteit (herstructureringsfonds)?

Neveneffect van kwaliteitsverbetering, innovatie is stapeling van oude en nieuwe zorginfrastructuur. Er is nog geen marktmechanisme waardoor innovatief zorgaanbod het verouderde aanbod vervangt. Achmea pleit voor een snelle, verantwoorde afbouw van de verouderde, overbodige capaciteit in samenwerking met betrokken instellingen en zorgprofessionals. Hierover zijn we in gesprek in een aantal van onze kernregio's. Het proces van afbouw van verouderde zorgcapaciteit dient een stevige impuls te krijgen door een structuurfonds.

Hoe kan duurzame toegankelijkheid van zorg gegarandeerd worden?

Achmea wil dit realiseren door verantwoord doorgaan op de weg naar vraagsturing langs kwaliteit en innovatie. Een meer effectieve infrastructuur is voorwaarde voor kwaliteit in combinatie met beheerste kostenontwikkeling. Om kwaliteit en doelmatigheid in de zorg te realiseren heeft Achmea diverse programma's ontwikkeld, zoals kwaliteitsprogramma om 40-50% van de zorg op termijn transparant, Grote steden beleid, Lean om de zorg veiliger en productiever te maken, het optimaliseren zorginfrastructuur, versterken huisartsenzorg o.a. via Achmea Praktijkstatus en programma's gericht op chronisch zieken. Als betaalbaarheid op korte termijn om oplossing vraagt zijn pakketkeuzen aan de orde, en eventueel, als derde, enige ophoging eigen risico. Wat betreft pakket: niet verschromelen (geen kaasschaaf) maar uitdunnen met beleidsrijke keuzen.

Hoe inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van geleverde zorg?

Achmea gaat in samenwerking met de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen in de zorg de transparantie over de medisch-inhoudelijke uitkomsten van zorg vergroten voor zorgaanbieders, verwijzers, en verzekerden. Hierin willen we snel resultaten boeken door in de komende vijf jaar voor 40 tot 50 procent van de zorg transparantie te creëren en verbetering van kwaliteit te realiseren.

Uitvoering AWBZ voor eigen verzekerden. AWBZ binnen de Zvw? Wat te doen met het dragen van risico?

Achmea wil komen tot een gezond systeem met een continue verbeterdynamiek. Dat vraagt om:

- De koppeling van een reëel bedrag aan indicaties en zorgplicht; dat bevordert transparantie, geeft de klant regie met een transparant transportmiddel, maakt eigenaarschap van probleem klant en infrastructuur helder.
- Prestatiebekostiging of uitkomstfinanciering
- Consequente overheidssturing op aanspraken en indicaties (voorkant) en niet aan zowel de voorkant als achterkant (contracteerruimte)

Achmea wil de AWBZ terugbrengen tot de kern-AWBZ. Momenteel vindt een sluipende overheveling van ouderenzorg naar Zvw plaats. Er blijft dan een AWBZ over die hoofdzakelijk uit intramurale zorg bestaat, terwijl aangrenzende voorzieningen bij andere domeinen zoals de WMO en de Zvw zijn onder gebracht. Daardoor valt onder andere de mogelijkheid weg om zorg te substitueren binnen de AWBZ zelf, tussen extra- en intramurale zorg. Wij willen dat er eerst helderheid komt over de gevolgen en risico's, voordat nieuwe, vergaande stappen worden gezet.

Dat geldt ook voor een risicodragende uitvoering van de care. Risicodragendheid in de uitvoering van de AWBZ-zorg is vooralsnog geen reële optie voor Achmea. Wij zijn van mening dat dit eerst goed moet worden onderzocht, alvorens het standpunt kan worden ingenomen dat risico lopen op zorgkosten AWBZ aanvaardbaar is.

Drs. Jorrit de Jong



Passie

Huidige functie: algemeen directeur / bestuursvoorzitter van de gezondheidscoöperatie c.q. zorgverzekeraar Eno. In de markt bekend met o.a. de merken Salland verzekeringen, HollandZorg en Energiek.

Eno is het bewijs dat een persoonlijke benadering vanuit een menselijke maat tot kwaliteit en innovatie in de maatschappelijke zorg economie kan leiden. Het is eervol om mee te bouwen aan de Eno-ambitie om in zorg en gezondheid voor onze leden het verschil te maken. Belangrijk hierbij is de verantwoordelijkheid die Eno als coöperatie vervult voor haar leden, maar zeker ook vanuit haar duurzame en sociale visie voor de samenleving in bredere zin. Samen bouwen vanuit gemeenschappelijkheid is voor mij van wezenlijk belang om als organisatie aan te sluiten bij klanten en hun belevingswereld.

Ervaring

- **ENO Coöperatie** (www.eno.nl) *bestuursvoorzitter (november 2010 - heden)*
- Salland Zorgverzekeringen (www.salland.nl) *algemeen directeur (juli 2005 - november 2010)*
- Diverse functies binnen Achmea bij de divisies Bedrijven, Pensioenen, Inkomensverzekeringen en Sociale Zekerheid.
- Centraal Beheer Divisie Automatisering en Administratie *Projectleider / Organisatie- en informatieadviseur CB (1986-1989)*
- TH Twente, Enschede (1984-1986) *Hoofd Organisatie- en Formatiezaken, Interim-manager bureau Registratie en Automatisering en Organisatieadviseur* (Opzetten formatie- en informatiebeleid en reorganisatie rekencentrum)
- Academische Raad voor Wetenschappelijk en Hoger Onderwijs *Wetenschappelijk projectleider Planningsproject HO (1981-1984)*

Opleiding

Propedeuse Psychologie en Doctoraal Bedrijfskunde RU Groningen (1982). Diverse opleidingen/leergangen m.b.t. financieel economische besturing, strategisch informatiebeleid/-planning, Administratieve Organisatie, Strategisch marketingmanagement, assurantië kennis m.b.t. schadeverzekeringen, pensioenen en diverse trainingen, seminars en congressen (ook als spreker).

Andere functies

Landelijk: bestuurslid Zorgverzekeraars Nederland, bestuurslid Vereniging Regionale Zorgverzekeraars en lid Algemene Vergadering van aandeelhouders Vektis, lid Raad van Commissarissen MultiZorg /VRZ, lid bestuur Stichting Ondersteuning Eerstelijns (Stoel), voorzitter stichting Vriendelijk Nederland.

Regionaal / lokaal: voorzitter bestuur Reserves Vrijwillige Verzekering Ziekenfondsen, voorzitter Stichting Kwaliteitszorg Salland, voorzitter Stichting ELS, voorzitter stichting tot Algemeen Welzijn Deventer, lid bestuur Eagles4Deventer, lid Comité van Aanbeveling van het Rode Kruis, lid werkveldcomité Small Business opleiding Saxion, lid Deventer Kring van Werkgevers, lid MKB-Deventer; lid De Maatschappij (voor nijverheid en handel), lid Lions Deventer.

Pauline Terwijn



Pauline Terwijn is werkzaam als bestuurder van de Saxenburg Groep sinds 2009, bestaande uit het Röpcke Zweers ziekenhuis en ouderenzorg in het Overijsselse Vechtdal. Na de afronding van de verpleegkundige opleiding, algemeen en psychiatrie, heeft zij leiding gegeven in de psychiatrie en een verpleeghuis in Amsterdam. 9 jaar lang was zij manager zorg en bedrijfsvoering in het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Daarna was zij werkzaam als directeur patiëntenzorg in het Diakonessenhuis Utrecht/Zeist.

Haar focus ligt op de verbinden van de zorg met de zorgverleners uit de regio ter ondersteuning van het patiëntenproces, niet alleen binnen de muren van het ziekenhuis en de ouderenzorg, maar juist ook in verbinding met verwijzers en gemeenten. Thans richt zij zich op het inrichten van een gezonde regio in het Vechtdal.

Visie Pauline Terwijn

De focus in de gezondheidszorg in Nederland ligt op het terugdringen van de kostengroei. De openstaande vraag is hoe dit de kwaliteit kan vergroten in die beweging

Zorgverzekeraars hebben de rol om zorg in te kopen van goede kwaliteit tegen een redelijke prijs.

Concentratie van zorg wordt nu ingezet als een middel om kosten te verlagen. Dat is niet zo. Concentratie van ingrepen kan kwaliteitsverhogend werken.

Kostenverlaging ontstaat door de efficiency in de keten te behalen; samenwerking tussen huisartsen en specialisten, verpleegkundigen over de domeinen heen inzetten, zorginzet afstemmen op wensen van kwetsbare ouderen in het laatste levensjaar, betalen van preventie ipv zorggroei.

Het ontbreekt zorgverzekeraars aan zorginkopen in de keten, aan inkoop op basis van kwaliteit én prijsvergelijk en aan keteninkoop gericht op preventie. De zorgverzekeraar zou moeten willen inkopen op gezondheidswinst en niet op ziekte.

De traditionele domeinen zoals ziekenhuizen en huisartsen bepalen de zorginkoop. Juist het gericht zijn op de zorg over de domeinen heen en gezondheidswinst geeft afbuiging van de kostengroei

Wilna Wind



Wilna Wind is sinds november vorig jaar algemeen directeur van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). De NPCF komt op voor de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg. Dit doet ze samen met een sterke achterban van ruim 30 patiënten- en consumentenorganisaties. Samen met haar leden werkt de NPCF aan een betere zorg vanuit het perspectief van de patiënt.

Wilna Wind heeft haar sporen in de vakbeweging verdiend. Ze werkte tussen 1990 en 2002 als vakbondsbestuurder bij Industriebond FNV en als divisie manager bij FNV Bondgenoten.

Tussen 2002 en 2005 werkte zij voor de adviesbureaus Berenschot en Basis & Beleid. Wilna Wind werkte tussen 2005 en 2010 als federatiebestuurder van de FNV. Daar was ze Cao-coördinator en vanuit die hoedanigheid nam zij ondermeer deel aan de voor- en najaarsoverleggen met het Kabinet en onderhandelde ze over akkoorden met centrale werkgeversorganisaties. Wilna Wind was uit hoofde van haar functie als federatiebestuurder ook lid van de Sociaal Economische Raad (SER) en de Stichting van de Arbeid.

Visie Wilna Wind

De rol van de verzekeraar

Zorgverzekeraars hebben in het Nederlandse zorgstelsel een belangrijke rol gekregen. Namens hun verzekerden maken zij afspraken met zorgaanbieders over kwaliteit, prijs en volume. Zorginkoop is meer dan 'productie afspraken' maken. Via zorginkoopafspraken kunnen verzekeraars een belangrijke rol spelen in de totstandkoming van gewenste innovaties in de zorg.

De NPCF vindt dat er via de zorginkoop allereerst ingezet moet worden op *kwaliteit* van zorg. Maar de kostenstijging in de zorg is zorgelijk. Daarom moet er ook ingezet worden op *gepast gebruik* van zorg. In het kader van kwaliteit en doelmatigheid is het soms nodig om zorg te *concentreren* in een beperkt aantal specialistische centra. Verzekeraars kunnen daarop aansturen via *selectieve zorginkoop*. Maar dan moet de selectieve zorginkoop wel aan een aantal voorwaarden voldoen.

Kwaliteit van zorg

Kwalitatief goede zorg is zorg die aansluit bij de zorgbehoefte van patiënten en de visie van zorgprofessionals. Beiden moeten betrokken worden bij de formulering van kwaliteit. Zorgprofessionals hebben inhoudelijke kennis van een specifiek zorgdomein. Patiënten hebben de beschikking over ervaringskennis. Vanuit hun ervaringen weten zij wat meerwaarde biedt voor patiënten. Ze kijken daarbij verder dan een specifieke behandeling of operatie. Het perspectief van de patiënt richt zich op het totale zorgproces en op kwaliteit van leven. Zorgverzekeraars moeten beide perspectieven meenemen in het zorginkoopbeleid. De nadruk ligt vooralsnog op medisch-inhoudelijke kwaliteit binnen sectoren (bijv. de zorg in het ziekenhuis). Voor patiënten belangrijke kwaliteitsdomeinen - zoals functionele gezondheid en kwaliteit van leven - komen nog onvoldoende tot hun recht in het inkoopbeleid. Zorgverzekeraars moeten gebruik maken van de kennis van patiëntenorganisaties om ook dat deel van het inkoopbeleid verder te ontwikkelen. Dat geldt voor zorg uit de Zvw, maar zeker ook voor AWBZ-zorg.

Gepast gebruik

De NPCF vindt gepast gebruik van zorg een belangrijk onderwerp. Belangrijk vanuit het oogpunt van patiënten. Patiënten willen zorg op maat: niet te weinig maar ook niet te veel. Maar ook belangrijk vanuit het oogpunt van verzekerden. Verzekerden betalen voor zorg: zij willen dat hun geld goed wordt besteed. Toch wordt er niet altijd zuinig omgegaan met zorg. Patiënten melden dat veel ongebruikte medicijnen worden weggegooid. Ook wordt er melding gemaakt van dubbele (diagnostische) handelingen en onnodige consulten¹. Zorgverzekeraars kunnen gepast gebruik van zorg faciliteren, bijvoorbeeld door

¹ Meldactie Zuinig met zorg, NPCF, 2011 (n=4071)

praktijkvariatie inzichtelijk te maken en afspraken te maken met zorgaanbieders over de gewenste verbeteringen.

Concentratie en spreiding

De NPCF vindt concentratie van zorg vanuit kwaliteitsoogpunt een goede zaak. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met ouderen en mensen met meerdere aandoeningen (redelijke reistijd en beschikbaarheid van voor- en nazorg dichtbij). Een goede spreiding van basiszorg - zo dicht mogelijk bij de patiënt- is een randvoorwaarde voor concentratie van zorg. Evenals goede communicatie en kennisuitwisseling tussen de (gecentraliseerde) specialistische centra en de zorgverleners dicht bij de patiënt. Spreiding en concentratie zijn geen doelen op zich, maar middelen om de resultaten van zorg te verbeteren en om de kostenontwikkeling beheersbaar te houden. De resultaten hiervan moeten inzichtelijk worden gemaakt voor patiënten(organisaties) en ook ten goede komen aan patiënten en premiebetalers.

Selectieve zorginkoop

Steeds meer verzekeraars kiezen ervoor om niet alle ziekenhuizen voor alle behandelingen te contracteren. Volgens de NPCF biedt selectieve zorginkoop mogelijkheden om de kwaliteit van zorg te verhogen en de kosten te beheersen. Maar selectieve zorginkoop moet wel aan een aantal voorwaarden voldoen. Kwaliteit van zorg en kwaliteitsverbetering staan voorop. Dat is cruciaal voor de patiënt, en daar moet hij over geïnformeerd worden. Bovendien moet het duidelijk zijn welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor de behandeling die een patiënt moet ondergaan. Die duidelijkheid is er nu nog onvoldoende. In een meldactie over zorginkoop² gaf 84% aan te willen weten waar een verzekeraar op let bij het afsluiten van contracten. Slechts in 8% van de gevallen heeft de verzekerde die informatie. Het is voor patiënten onduidelijk welke consequenties het heeft dat hun zorgverzekeraar selectief zorg inkoop. Voor patiënten is het van belang dat ze tijdig informatie krijgen, en niet pas achteraf horen dat een behandeling niet (volledig) wordt vergoed.

² Meldactie Zorginkoop, NPCF 2011 (n=3028)