



Gedeelde Zorg in Midden-Holland

Visiedocument

<i>Eindversie</i>	<i>Vastgesteld door</i>	<i>Auteurs</i>
05.09.2017 Gouda	Programmamedeelnemers Gedeelde Zorg Midden-Holland	Lia Donkers (Transmuraal Netwerk Midden-Holland) Adviseur: Marc Bruijnzeels (Jan van Es instituut),
Programmamedeelnemers: Groene Hart Ziekenhuis, Medisch Specialistische Bedrijf, Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland, Zorgpartners Midden-Holland, Rivierduinen, Fundis en Buurtzorg. Deze organisaties werken samen onder de vlag van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland.		



Inhoud



blz	
03	Inleiding
04	Missie
05	Visie
06	Spelregels
07	Afbakening regio
08	Knelpuntanalyse/prioritering
09	Ontwikkelagenda
10	Afbakening doelgroep(en)
11	Data-infrastructuur
12	Groeiscenario
13	Planning
14	Programmastructuur/lerend netwerk 1/3
15	Programmastructuur/lerend netwerk 2/3
16	Programmastructuur/lerend netwerk 3/3
17	Kritische succesfactoren



Inleiding



De zorg staat voor grote uitdagingen. We leven langer, hebben meer zorg nodig, de zorgvragen worden complexer, de kosten stijgen en er is minder personeel beschikbaar. Het is de uitdaging om de kosten in toom te houden terwijl we niet inboeten op het hoge peil van kwaliteit en toegankelijkheid van onze zorg. In Midden-Holland is sprake van een extra uitdaging omdat in onze regio het aantal ouderen explosief stijgt en de jong volwassenen zijn ondervertegenwoordigd. De verhouding tussen actieve en inactieve bevolking is daardoor uit balans.

De grotere zorgaanbieders in Midden-Holland*) trekken aan de bel. Om de inwoners van onze regio goede en betaalbare zorg te blijven bieden, zijn innovatie nodig en meer dwarsverbanden tussen de disciplines en domeinen. De zorgaanbieders zien in de huidige ontwikkelingen dan ook een kans om op zoek te gaan naar vernieuwende oplossingen waarbij de traditionele zorgaanbieders en bekostigingsmodellen onder druk komen te staan. Dat vraagt om een gezamenlijke aanpak op basis van een gedeelde visie.

De aanbieders willen in samenwerking met gemeenten en verzekeraars een regiobreed programma Gedeelde Zorg ontwikkelen, waarbinnen concrete projecten en nieuwe praktijken worden opgepakt.

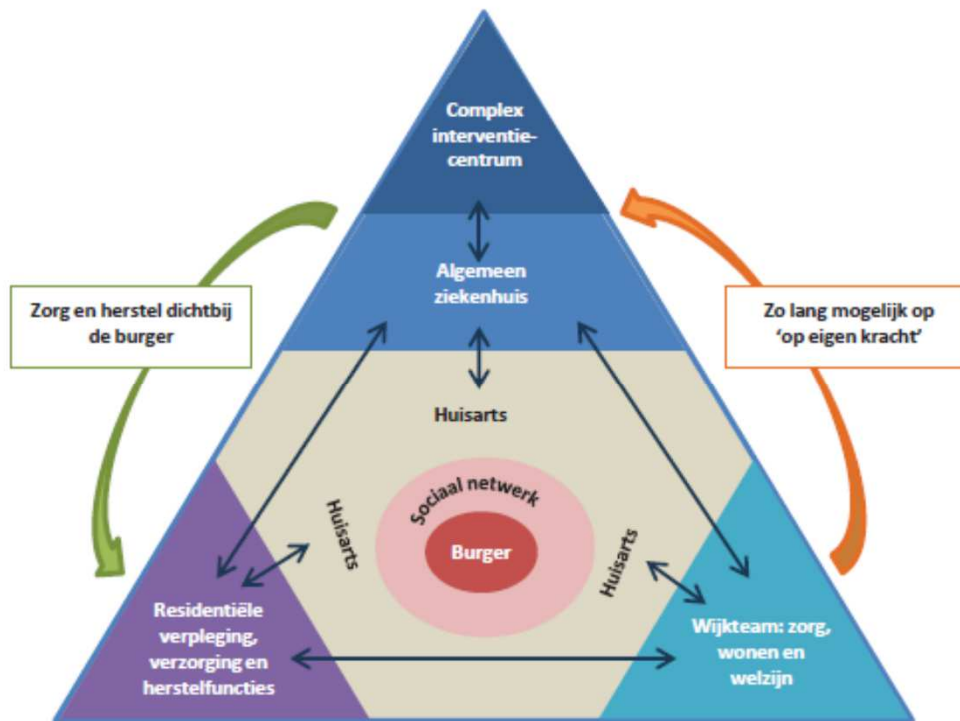
*) Groene Hart Ziekenhuis, Medisch Specialistisch Bedrijf, Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland, Zorgpartners Midden-Holland, Rivierduinen, Fundis en Buurtzorg.

Deze organisaties werken samen onder de vlag van de Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland.



Missie

(Wat willen we bereiken?)



KPMG Plexus model voor integrale zorg dichtbij de burger

Wij, de samenwerkende zorgaanbieders, in Midden-Holland, willen voor de inwoners een duurzame inrichting van zorg en welzijn bereiken, gericht op herstel en participatie (gezondheid in de breedste zin van het woord).

Wij willen gezamenlijk innovatieve zorg- en welzijnspaden realiseren met als doel om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

Wij willen integrale zorg- en herstelmogelijkheden bieden zo dicht mogelijk bij de levenssituatie van de inwoners. Daarbij zijn de persoonlijke mogelijkheden, behoeften én wensen van cliënten leidend.

Wij willen sturen op maximale doelmatigheid en goede kwaliteit van zorg om de groeiende zorgvraag te accommoderen en de kosten te beheersen.



Visie

(Hoe gaan we dit bereiken?)

Om de missie te bereiken is innovatie en samenwerking nodig.

We stellen een regiobreed gedeeld innovatieprogramma op, waarbinnen concrete projecten en innovatieve praktijken worden opgepakt .

De projecten spelen in op de uitdagingen in de zorg (o.a. multimorbiditeit, substitutie, personeelstekort).

We benutten de integratie van zorg, welzijn en preventie vanuit een sterke eerste lijn. In het algemeen is de 2^e lijn complementair aan de 1^e lijn en de 1^e lijn aan het sociaal domein. De verbinding tussen de lijnen is cruciaal.

We stellen op basis van de verwachte ontwikkelingen in de zorg (sterke vergrijzing, krapte op de arbeidsmarkt van de zorg) én de veranderende behoefte van de inwoners van Midden-Holland, een ontwikkelagenda Gedeelde Zorg op voor de komende 10 jaar.

De opstelling van de ontwikkelagenda en de keuze van projecten geschieden op basis van een gedegen analyse waarbij we inhoudelijke en kostenaspecten meewegen alsook regio specifieke urgentie.

Behalve over een knelpuntanalyse beschikt het programma Gedeelde Zorg ook over een informatiesysteem om zowel de projecten als de samenwerking te meten, monitoren en evalueren.

Samen met de financiers overleggen we over experimenteerruimte en bekostigingsvormen met duidelijke afspraken over de returns of investment (shared savings).

De ontwikkelagenda is het startpunt van een lerend netwerk dat we de komende jaren verder zullen invullen en realiseren (groeiscenario).

We leggen gezamenlijk verantwoording af aan cliënten en aan financiers over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die we verlenen.



1. We gaan uit van wederzijds vertrouwen waarmee we de veiligheid voor de verschillende belanghebbenden vergroten. Dit doen we door optimaal transparant te zijn over onze eigen belangen en beweegredenen naar de andere belanghebbenden. We voorkomen dat we betrokken zijn bij activiteiten die de gemeenschappelijke missie en visie ondermijnen.
2. We kweken begrip bij elkaar over de kennis en kunde van elkaar en respecteren elk van de professionals en aanbieders op het eigen domein. Bij verschillende inzichten (professioneel of bedrijfsmatig) bieden we elkaar voldoende ruimte om de verschillen te bespreken en te overbruggen. We streven naar trotse gezondheidswerkers in de regio.
3. We bieden alle belanghebbenden zoveel mogelijk comfort en flexibiliteit om daadwerkelijk mee te veranderen.
4. Alle onderwerpen en mogelijke verbeteringen en innovaties zijn bespreekbaar. Er zijn geen no-go area's.
5. We tonen leiderschap om missie en visie te volbrengen.
6. Het maatschappelijk belang voor de regio zoals geformuleerd in de missie is doorslaggevend.
7. We delen de financierings- en bekostigingsaspecten transparant met elkaar.
8. De bedrijfsmatige consequenties voor de verschillende belanghebbenden zijn duidelijk en worden gerespecteerd, maar zijn niet doorslaggevend.
9. Bij onevenredige belasting van een of meer deelnemers, is een overgangscompensatie bespreekbaar.
10. De belanghebbenden gaan flexibel met inzet van mensen en middelen om in het maatschappelijk belang.
11. We stralen uit dat we een innovatieve regio voor Nederland willen zijn, waarmee we innovatiegelden benutten voor de realisatie.
12. We laten de inhoud leidend zijn.
13. Wij betrekken patiënten/inwoners bij de plannen.



Afbakening regio

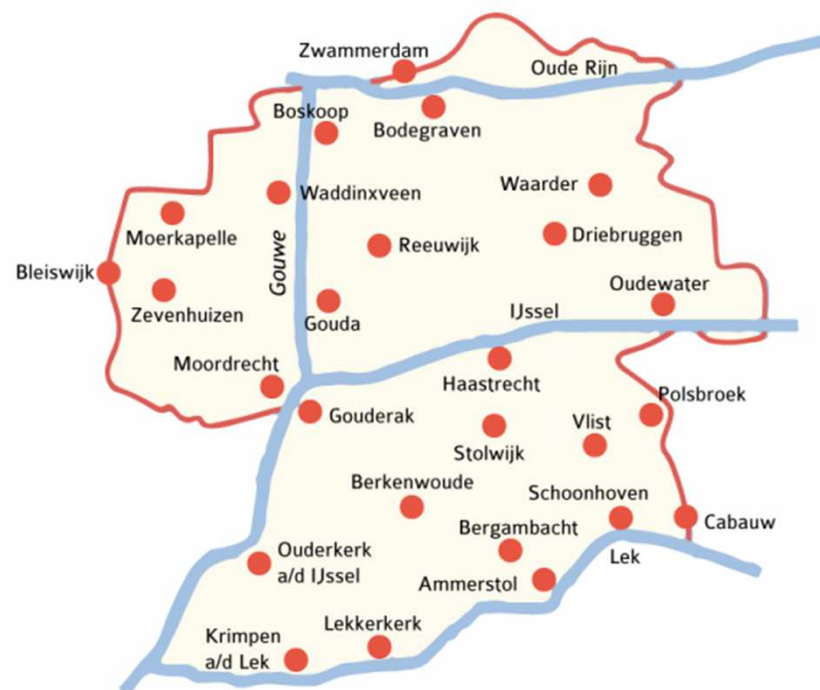
De werkgebieden van de zorgorganisaties komen niet geheel overeen en wijken ook af van de gemeentelijke geografie. In eerste instantie wordt de regio, of liever gezegd de populatie, afgebakend tot de inwoners die zijn ingeschreven bij de huisartspraktijken aangesloten bij de ROH Midden-Holland. Het gaat om de woonplaatsen opgenomen in bijgaand kaartje.

Administratieve regio

Het verzamelen van data rond de projecten zal worden beperkt tot de woonplaatsen waar alle betrokken zorgaanbieders actief zijn. Dit betreft bijgaand kaartje minus Zwammerdam, Oudewater, Polsbroek, Cabauw en Bleiswijk.

Uitvoeringsregio

Projecten worden uitgevoerd in de werkgebieden van de betrokken zorgaanbieders. Dit kan zich verder uitstrekken dan de administratieve regio. Waar de werkgebieden van aanbieders niet overeen komen, kan worden gestreefd naar afspraken met omringende aanbieders.



Ter informatie

De geografische regio Midden-Holland kent vijf gemeenten, waarvan de gemeenten Krimpenerwaard, Gouda en Waddinxveen geheel binnen deze kaart vallen. Gemeente Zuidplas aan de westkant omvat ook Nieuwerkerk dat niet op de kaart staat. Datzelfde geldt voor Nieuwerbrug in het noordoosten dat bij de gemeente Bodegraven-Reeuwijk hoort. Boskoop maakt door de fusie met de gemeente Alphen a/d Rijn formeel geen onderdeel meer uit van de regio Midden-Holland.



Knelpuntenanalyse/prioritering

Deze moet zijn gericht op de ontwikkelingen/beïnvloedbaarheid van vraag en aanbod. Opdracht aan 'databureau'.

1. Huidige situatie in kaart brengen
2. Potentieel en beperkingen huidige aanbieders
3. Toekomstontwikkelingen/gewenste situatie/kansen
4. Analyse
5. Ontwikkelagenda opstellen

Denk bij toekomstontwikkelingen (prognoses en trends) aan:

- Demografische ontwikkelingen
- Epidemiologische ontwikkelingen
- Technologische ontwikkelingen
- Arbeidsmarkt ontwikkelingen
- Beleidsontwikkelingen
- Kostenontwikkelingen

Denk bij analyse aan:

- Knelpunten (regiospecifiek)
- Doelgroepen
- Mogelijke interventies, preventie!
- Effecten (kwaliteit, doelmatigheid, kosten)



Ontwikkelagenda

De ontwikkelagenda zal worden opgesteld n.a.l.v. de knelpuntenanalyse.

Uit een eerste inventarisatie van beschikbare data en analyses bij de deelnemende zorgaanbieders en bij de GGD, blijkt dat er voldoende data zijn doch niet altijd even toegankelijk.

O.b.v. de beschikbare data en m.b.v. een extern databureau vinden de eerste analyses plaats.





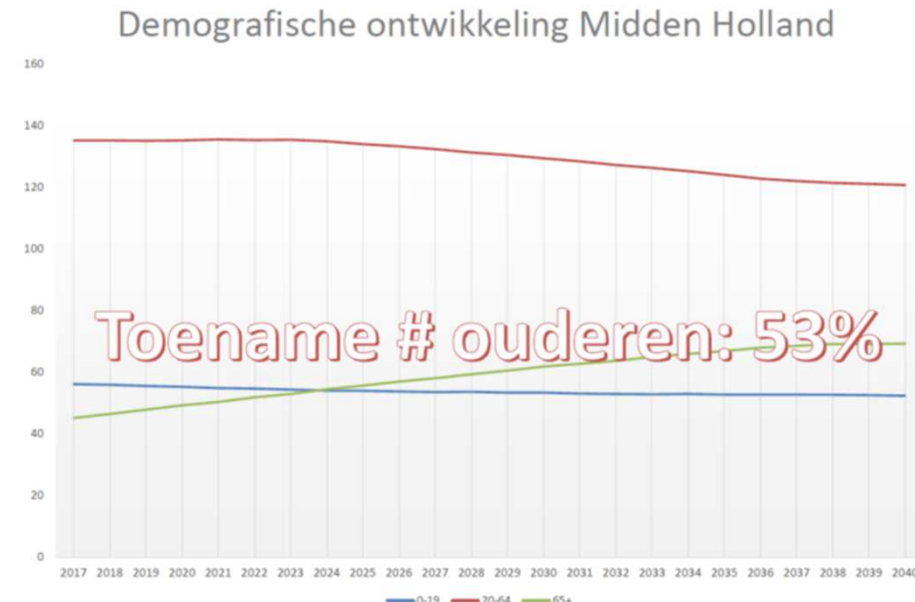
Afbakening doelgroep(en)

De doelgroep, demografisch of epidemiologisch, zal worden afgebakend op basis van de knelpuntenanalyse. Gedurende de looptijd van het programma kunnen nieuwe doelgroepen worden toegevoegd.

Waarschijnlijk:
Ouderen 75+

Projectideeën:
Acute zorgketen ouderen
Mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen (EPA)
Ouderen multimorbiditeit (chronische ziekten)

Zorgtechnologie voor substitutie van zorg zo dicht mogelijk bij burger
(van 1^e lijn naar sociaal domein en van 2^e naar 1^e lijn)



Bron: Prognose 2016 PBL (Gouda, Bodegraven-Reeuwijk, Waddinxveen, Zuidplas, Krimpenerwaard)



Data infrastructuur

Om de ambities van het programma te kunnen borgen, is het belangrijk om de voortgang en opbrengsten van de projecten en van het programma te monitoren.

Dataverzameling is nodig voor:

- Knelpuntenanalyse (prioritering voor programma)
- Nul-, tussen- en eindmetingen (doel en resultaat van de projecten)
- Procesmonitoring en referentiedata (evaluatie programma, projecten, samenwerking)
- Zorg- en financiële cijfers (contractering)

Indien via het programma gecontracteerd gaat worden, ontstaan ook financiële en personele afspraken en krijgt de data infrastructuur meer het karakter van een bedrijfsbureau. Dit moet nog nader worden verkend.

Tevens nog nadere verkenning van een begeleidend wetenschappelijk onderzoek.



Groeiscenario

Om wille van eenduidige begripsvorming , worden de volgende fasen en bekostigingsvormen onderscheiden:

Fase 1: Enkelvoudige aanpak

Uitvoering van losse interventies, quick wins, gericht op de geanalyseerde knelpunten en passend bij missie en visie van 'Gedeelde Zorg'. Vanuit het programma worden interventies geselecteerd en singuliere businesscases opgesteld. Bekostiging per interventie aan aanbieders afzonderlijk met afspraken over return of investment.

Fase 2: Meervoudige aanpak

Interventies worden in samenhang c.q. simultaan opgezet met een integraal focus. Vanuit het programma worden interventies geselecteerd en integrale businesscases opgesteld. Financieringsafpraak per keten met groep aanbieders of hoofdaanbieder met shared savings afspraak.

Fase 3: Totaalaanpak

Eén regiobudget voor deel populatie aan één regio budgethouder (samenwerkingsverband Gedeelde Zorg). Vanuit het samenwerkingsverband worden doelgroepen en integrale zorgpaden geselecteerd. Bekostiging populatiegericht per inwoner aan samenwerkingsverband.

*De totaalaanpak of regiobudget wordt
vooralsnog niet door alle partijen geambieerd.*

BEKOSTIGINGSVORMEN

Regiobudget, integrale bekostiging

Groep aanbieders ontvangen gezamenlijk te verdelen budget.
Voorbeeld UK, Clinical Commission Groups.

Shared Savings Model

aanbieders hebben eigen financieringsafspraken. Additioneel
gezamenlijke afspraak over shared savings.
Voorbeeld Duitsland, Gesundes Kinzigtal.



Planning

Fase 1

- **2017 e.v. Lopende projecten inpassen in Programma Gedeelde Zorg**
- Medisch specialistische zorg in 1^e lijn?
- Transmurale projecten?

Fase2

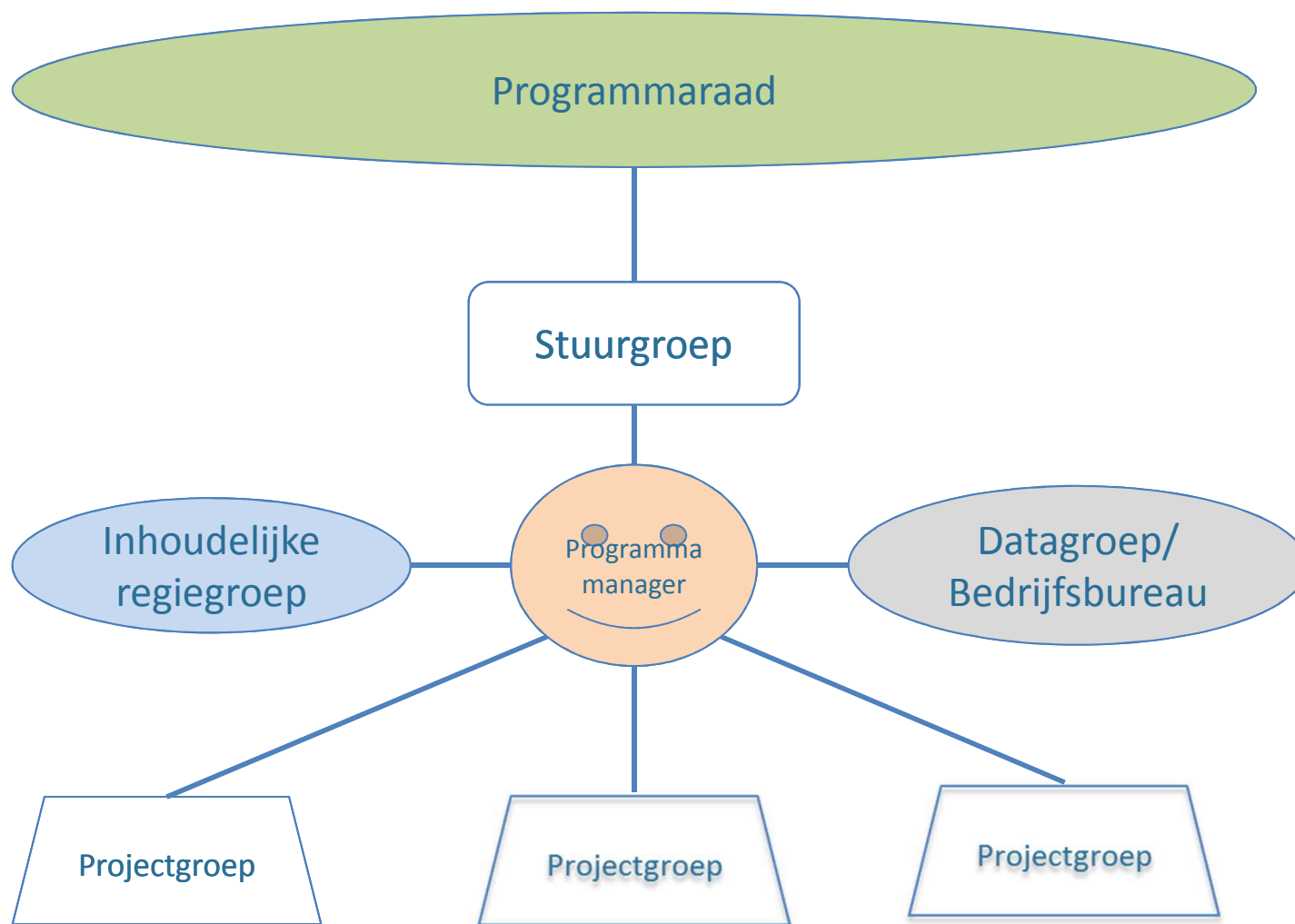
- **2018 e.v. Nieuwe projecten starten vanuit Gedeelde Zorg**
- Acute Keten Ouderenzorg

Fase 3

- **2019 e.v. Eerste experimenten o.b.v. shared savingsmodel Gedeelde Zorg**



Programmastructuur/lerend netwerk 1/3





Programmastructuur/lerend netwerk 2/3

Programmaraad

De programmaraad is het hoogste orgaan. Hierin zijn bestuurders van alle deelnemende organisaties vertegenwoordigd. De leden van de programmaraad worden twee maal per jaar bijeengeroepen.

De programmaraad bespreekt in hoofdlijnen de voortgang in de ontwikkeling naar het eindbeeld en stuurt waar nodig met de uitgangspunten als referentiekader. De programmaraad heeft recht van amendement op het activiteitenplan en de verdeling van de middelen. Dit overleg wordt voorbereid door de Stuurgroep. De programmaraad bepaalt de samenstelling van de stuurgroep en mandateert de stuurgroep voor de uitvoering van het programma. De programmaraad keurt het activiteitenplan en het voorstel van de stuurgroep voor de verdeling van de middelen bij 2/3e meerderheid goed. Een nader stemreglement moet nog worden opgesteld.

Stuurgroep

De stuurgroep is opdrachtgever van het programma en is daarmee eindverantwoordelijk voor een succesvolle uitvoering. De stuurgroep is tevens verantwoordelijk voor de uitvoering van de begroting. De stuurgroep maakt met de partijen, die zich aan het programma hebben verbonden, afspraken voor de verdere inrichting, voortgang en financiering van het programma en van de projecten binnen het programma. De stuurgroep ziet toe op de goede voortgang van de diverse projecten, de uitvoering, de te behalen resultaten en de samenhang met de rest van het programma 'Gedeelde Zorg'. De stuurgroep delegeert hierbij het dagelijkse management aan de programmamanager, die binnen afgesproken grenzen (scope, tijd, geld, kwaliteit, te bereiken resultaat en mijlpalen) gemandateerd is. De stuurgroep bestaat vanwege slagvaardigheid bij voorkeur uit ten hoogste uit vijf personen. Daardoor zullen partijen in de regio zich moeten laten vertegenwoordigen. Leden van de stuurgroep zijn gehouden hun achterbannen en de partijen die zij vertegenwoordigen te informeren, maar kunnen beslissen zonder last van ruggenspraak. De stuurgroep beslist niet over inhoudelijke projecten zonder de inhoudelijke regiegroep te hebben gehoord. De stuurgroep komt in de startfase minimaal één keer per maand bij elkaar. De leden van de stuurgroep kiezen zelf hun voorzitter (moreel leiderschap!)



Programmastructuur/lerend netwerk 3/3

Inhoudelijke regiegroep

Dit is een zorginhoudelijke groep en bestaat uit inhoudelijke professionals van de verschillende aanbieders. De regiegroep bepaalt de inhoudelijke kaders en neemt inhoudelijk beslissingen ten aanzien van de te ontwikkelen interventies, de zogenaamde zorg- en welzijnspaden over de domeinen heen. In de regiegroep zijn de verschillende doelgroepen op relevant niveau vertegenwoordigd. De regiegroep zorgt voor draagvlak bij de professionals en bewaakt dat de interventies toekomstbestendig (duurzaam) zijn. De regiegroep bewaakt ook de kwalitatieve inhoud van de projectuitvoeringen. De regiegroep adviseert de stuurgroep op inhoudelijk niveau. De regiegroep stelt mede (inhoudelijk) de projectplannen op. De programmamanager is lid van de deze groep.

Programmamanager

Is verantwoordelijk voor het dagelijks management.

Datagroep

De datagroep bestaat uit cijfer- en financiële mensen van de aanbieders aangevuld met een (externe) data-analist. De datagroep ondersteunt de programma- en projectactiviteiten en adviseert de stuurgroep, als eerste bij de opzet van een data infrastructuur. De programmamanager is lid van deze groep.

Taken van de datagroep:

- Verzamelen van demografische, epidemiologische en kostengegevens;
- Uitvoeren van knelpuntenanalyses;
- Opstellen van businesscases;
- Monitoring van en rapportering over de activiteiten.

Verder invulling afhankelijk van perspectief data- infrastructuur naar bedrijfsbureau.

Projectgroepen

Per project wordt een projectgroep vastgesteld die de projectplannen mede opstelt, bewaakt en uitvoert. De programmamanager is lid van de projectgroepen. Voor het project Acute Ouderenzorg is reeds een projectgroep samengesteld. Als stuurgroep van dit project fungeert de stuurgroep van Gedeelde Zorg.



Kritische succesfactoren

Draagvlak interne aanbieders van de deelnemers

Implementatie van de te ondernemen zorgprojecten en van populatiebesteding vraagt van de betrokken aanbieders ook interne afstemming. Inkoopteams moeten hun reguliere inkoop afstemmen op inkoop gerelateerd aan “Gedeelde Zorg” en vice versa. Dit vraagt om nauwe samenwerking en vertrouwen in het gemeenschappelijk doel.

Organisatiekracht zorgverleners en zorgverzekeraar

Kennis, kunde en capaciteit bij de betrokken zorgverleners en bij zorgverzekeraars zullen getoetst worden aan de eisen die “Gedeelde Zorg” stelt aan de aanbieders. De voorgestelde programmaorganisatie zal de staande aanbieders op specifieke thema's versterken.

Kwaliteit van de data infrastructuur

Om de doelmatigheid van zorg te kunnen vaststellen en evalueren is een data-infrastructuur noodzakelijk waarmee op een betrouwbare en veilige manier informatie verzameld kan worden.

Heldere financiële en contractuele afspraken tussen alle betrokken deelnemende aanbieders

Uitgesproken maar ook vastgelegde committent is bij de implementatie van projecten binnen “Gedeelde Zorg” van evident belang. Dit betekent dat bij aanvang van de projecten dat een heldere business case overlegd wordt en duidelijk is per project hoe de verdeelsleutel vorm krijgt ten aanzien van de “shared savings”.