



Werkagenda

samenwerking Menzis, gemeenten en regio's

Herziening langdurige zorg en jeugd, 3 juli 2014



Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	4
Samenwerking Menzis, gemeenten en regio's	5
Samenwerkingsthema's	9
Inregelen	
1. Positionering wijkverpleegkundige (op schakeltaken)	10
2. Gezamenlijke communicatie naar burger	11
Ontwikkelen	
3. Integrale wijkgerichte aanpak	12
4. Verkenning gevolgen extramuralisering	13
5. Afhankelijkheden nulde, eerste en tweede lijn	13
6. Verbinden preventie	14
Verkennen	
7. Verkenning transitievragen Jeugd en Herziening Langdurige Zorg	15
8. Verkenning mogelijkheden invloed op doorverwijzing huisarts naar JGGZ	15
9. Verkenning inrichting backoffice	15
Randvoorwaarden voor samenwerking	
A. Regionale afspraken	16
B. Business cases	16
C. Gezamenlijke taal/cliëntgroep in beeld	16
Van papier naar praktijk	17

Managementsamenvatting

Door de Herziening van de Langdurige Zorg (HLZ) krijgen zorgaanbieders, cliënten, gemeenten en zorgverzekeraars nieuwe verantwoordelijkheden. Het doel van de herziening is dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, zorg en ondersteuning meer gericht is op wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen en dat beschikbare middelen effectief en efficiënt besteed worden. Deze doelen kunnen alleen verwezenlijkt worden, als alle betrokken partijen in gezamenlijkheid hun verantwoordelijkheid nemen.

Met name gemeente en zorgverzekeraar ervaren door de HLZ de druk om samen te werken. Er is veel overlap tussen de cliëntpopulaties van de Wmo 2015 (gemeente) en de Zorgverzekeringswet (zorgverzekeraar). Daarnaast hebben gemeente en zorgverzekeraar weliswaar een andere verantwoordelijkheid, maar dezelfde rol in het nieuwe zorgstelsel: beide zijn opdrachtgever en financier.

Daarom hebben Menzis, de gemeenten Arnhem, Enschede, Groningen en Den Haag en de regio's Achterhoek, Arnhem, Groningen en Twente uitgesproken een langetermijnpartnerschap aan te willen gaan om in gezamenlijkheid invulling te geven aan hun (nieuwe) verantwoordelijkheden¹. Het doel is betere gezondheid voor zoveel mogelijk burgers met een effectieve inzet van middelen.

De partijen hebben een aantal thema's geformuleerd waarin zij gezamenlijk willen investeren: organisatorische randvoorwaarden, zoals samenwerking aangaande administratieve taken en communicatie, en zorginhoudelijke thema's.

Inregelen op korte termijn (2014)

- Positionering wijkverpleegkundige (op schakeltaken)
- Gezamenlijke communicatie naar burger

Ontwikkelen op korte termijn

- Integrale wijkgerichte aanpak
- Verkenning gevolgen extramuralisering
- Afhankelijkheden nulde, eerste en tweede lijn
- Verbinden preventie

Verkennen

- Verkenning transitievragen Jeugd en Herziening langdurige zorg
- Verkenning mogelijkheden invloed op doorverwijzing huisarts naar JGGZ
- Verkenning inrichting backoffice

Randvoorwaarden

- Regionale Afspraken
- Business Cases
- Gezamenlijke taal/cliëntgroep in beeld

Door de denkkraft en kennis van Menzis en de gemeenten en hun regio te bundelen, zullen snel en effectief creatieve en werkbare ideeën ontwikkeld worden. Deze ideeën moeten vervolgens in de regionale praktijk worden ingeregeld en uitgevoerd. Hierbij zijn de zorgaanbieders en cliënten een belangrijke schakel: zij zijn de partijen die uiteindelijk aan de lokale ontwikkeling en uitvoering invulling geven.

De samenwerking loopt in ieder geval tot eind 2017 en zal jaarlijks worden geëvalueerd en, indien nodig, herijkt. Eind 2017 wordt gekeken of en op welke wijze continuering van de samenwerking wenselijk en noodzakelijk is.

*Betere gezondheid
voor zoveel
mogelijk mensen,
met effectieve
inzet van middelen*

1. De positie van Den Haag en de regio Haaglanden is hierin anders. In tegenstelling tot de andere gemeenten verzorgt Menzis in Den Haag niet de zorgkantoorfunctie. Daarnaast is Menzis één van de vier grote zorgverzekeraars in Den Haag en niet de dominante, zoals in de andere gemeenten.

Samenwerking Menzis, gemeenten en regio's

Herziening langdurige zorg

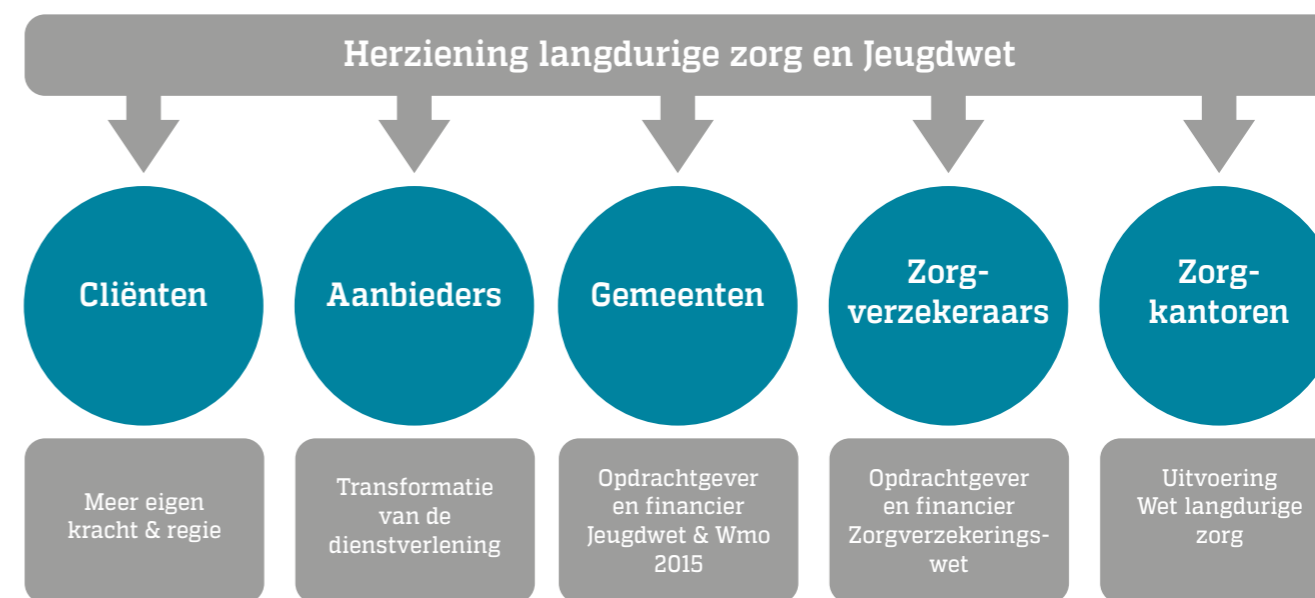
De Herziening langdurige zorg (HLZ) leidt tot een aantal grote veranderingen in de zorg. **Gemeenten** krijgen een belangrijke rol en verantwoordelijkheid in taken die tot nu toe door de zorgverzekeraar, zorgkantoor, provincie of het Rijk werden uitgevoerd. Het gaat dan met name om de jeugdzorg en de extramurale begeleiding en beschermd wonen (voormalige AWBZ). De **zorgverzekeraars** krijgen onder meer de verantwoordelijkheden voor persoonlijke verzorging en verpleging (de aanspraak op wijkverpleging). Daarmee krijgen ze een grote verantwoordelijkheid voor het langer thuis wonen van cliënten en de transformatie van de eerstelijnszorg. De **zorgkantoren** worden verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet langdurige zorg. Ze worden een belangrijk vangnet in het stelsel. Ze zijn straks verantwoordelijk voor de zware intramurale zorg voor ouderen, gehandicapten en GGZ-cliënten die na drie jaar intramuraal verblijf, behandeling krijgen. Ook van cliënten en aanbieders worden andere rollen en verantwoordelijkheden verwacht in het nieuwe stelsel.

Doel van de herziening is dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen; zorg en ondersteuning meer is gericht op wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij

niet kunnen; en dat beschikbare middelen effectief en efficiënt besteed worden. De doelen van de HLZ kunnen alleen worden verwezenlijkt als alle betrokken partijen in gezamenlijkheid hun verantwoordelijkheid nemen.

Samenwerking Menzis, gemeenten en regio's

Menzis² heeft een langlopende verbintenis met de gemeenten Arnhem, Enschede en Groningen. Met deze gemeenten zijn afzonderlijk afspraken gemaakt, die bekrachtigd zijn in een convenant. Ook met de gemeente Den Haag is een convenant in voorbereiding. Gemeenten en zorgverzekeraar voelen de noodzaak om samen te werken nog nadrukkelijker door de Herziening langdurige zorg. Er is bijvoorbeeld veel overlap tussen de cliëntpopulaties van de Wmo 2015 en de Zorgverzekeringswet. Ook zijn er veel grensgebieden tussen de verantwoordelijkheden van gemeente en zorgverzekeraar, bijvoorbeeld bij GGZ-zorg voor jongeren (gemeente) en volwassenen (zorgverzekeraar). De benodigde samenwerking moet daarbij verder gaan dan nu het geval is in de convenantafspraken en vraagt om concrete afspraken en verbindingen in de dagelijkse praktijk. Menzis en de gemeenten Arnhem, Den Haag, Enschede en Groningen hebben om tot deze



2. Wanneer in deze werkagenda Menzis wordt genoemd, wordt hiermee Menzis als zorgverzekeraar bedoeld. In de regio's waar Menzis deze rol vervult, wordt Menzis als zorgverzekeraar en zorgkantoor bedoeld.

samenwerking te komen een aantal werkbijeenkomsten georganiseerd. Deze waren een opmaat naar deze werkagenda met concrete afspraken die de samenwerking in de wijken bevordert, de integraliteit stimuleert en efficiency bewerkstelligt.

Het betreft echter niet alleen samenwerking tussen de vier individuele gemeenten en Menzis. Arnhem, Enschede en Groningen gaven aan dat verbinding met de hun omringende gemeenten cruciaal is om ervoor te zorgen dat de afspraken ook geborgd worden in de praktijk. Nadat een eerste versie van de werkagenda was opgesteld, bleek ook in de Achterhoek interesse te zijn om aan te sluiten op het samenwerkingstraject. Dat heeft geleid tot een verdere verbreding van de samenwerking.

De reikwijdte van deze werkagenda beslaat zowel de decentralisatie van de jeugdzorg als de volledige Herziening van de langdurige zorg (w.o. Wmo 2015, aangepaste Zvw, WLZ). De agenda beoogt nadrukkelijk een samenwerking die niet (uitsluitend) de stelselwijziging als uitgangspunt heeft, maar juist ook de meerwaarde voor de cliënt, het bevorderen van kwaliteit en de effectiviteit van middelen.

De positie van Den Haag en de regio Haaglanden is hierin anders. In tegenstelling tot de andere gemeenten verzorgt Menzis in Den Haag niet de zorgkantoorfunctie. Daarnaast is Menzis één van de vier grote zorgverzekeraars in Den Haag en niet de dominante, zoals in de andere gemeenten. Op een aantal trajecten is Den Haag daarom minder intensief betrokken, bijvoorbeeld op het gebied van de communicatie en de regionale afspraken.

Doelstellingen

De zorgverzekeraar en gemeenten hebben zeer verschillende verantwoordelijkheden in het zorg- en ondersteuningsdomein. De zorgverzekeraar is primair verantwoordelijk voor het medisch domein, de gemeente richt zich primair op het sociale domein. Tegelijk hebben gemeenten en Menzis wel degelijk hetzelfde doel voor ogen, juist op die verbinding tussen het medisch en sociaal domein. De gemeente richt zich met name op een hogere uitstroom uit de bijstand, het vergroten van de participatie, het terugdringen van de zorgkosten, het versterken van eigen regie van burgers en

een sterk lokaal gezondheidsbeleid. Menzis beoogt eveneens het terugdringen van de zorg- en ondersteuningskosten, meer zelfmanagement, eigen regie en gezondheidswinst. Het gezamenlijke doel is betere gezondheid voor zoveel mogelijk burgers met een effectieve inzet van middelen.

Verder hebben gemeenten en Menzis weliswaar andere verantwoordelijkheden, zij hebben wel een overeenkomstige rol in het nieuwe zorgstelsel: beide zijn opdrachtgever en financier. Vanuit dat uitgangspunt hebben zij nu de handen ineen geslagen om gezamenlijk na te denken over de wijze waarop zij eenduidig sturing kunnen geven aan deze samenhang. Dat heeft voordelen voor zowel de cliënt (maatwerk, eenduidigheid, integraliteit) als voor de zorgaanbieder (beperking administratieve lasten, duidelijke doelstelling, eenduidige verantwoording, integrale bekostiging). Menzis, de regio's en gemeenten ervaren dat samenwerken belangrijk is. Dat is nog eens onderstreept bij de Kamerbehandeling van de Wmo 2015. Kamerleden Otwin van Dijk, Dik-Faber en Voortman dienden een amendement in, dat in de Wmo 2015 vastlegt:

- *"Het college stemt de wijze waarop het de taken op grond van deze wet uitvoert af met zorgverzekeraars als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, met het oog op de wettelijke taken van die laatste."*
- *"Het college en zorgverzekeraars maken afspraken over beleid ten aanzien van maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie, teneinde te komen tot een integrale dienstverlening aan cliënten en verzekerden."*

Daarnaast is de motie Van der Staaij en Otwin van Dijk aangenomen, die stelt:

- *"De Kamer, overwegende dat het van belang is dat er voor mensen integraal maatwerk over stelsels heen georganiseerd wordt, maar dat dit niet automatisch van de grond komt door de mogelijk tegenstrijdige financiële belangen van verzekeraars en gemeenten."*

Bij de samenwerking tussen Menzis, de regio's en gemeenten is de invalshoek hoe cliënten integraal over de stelsels heen, de meest effectieve, efficiënte, kwalitatieve en passende vorm van hulp, ondersteuning en/of zorg kunnen ontvangen. De gemeenten en Menzis nemen zo gezamenlijk en integraal de verantwoordelijkheid voor het realiseren van zowel de korte termijn transitie als de lange termijn transformatie, zoals de herziening van de langdurige zorg beoogt.

Transitie, transformatie en langetermijnpartnerschap

Het samenwerkingstraject kent verschillende perspectieven. Allereerst draait het om het in samenhang inregelen van de nieuwe taken. Het gaat hierbij om transitievraagstukken als het borgen van risico's met betrekking tot afwenteling tussen Menzis en de gemeenten, continuïteit van zorg en beheersing van zorgkosten. Deze kwesties richten zich met name op (de aanloop naar) het transitiejaar 2015 en vergen zodoende op korte termijn actie.

Daarnaast richt de samenwerking zich op ontwikkelvraagstukken waarin het draait om de raakvlakken tussen de gemeenten/regio's en Menzis. Wat is de toegevoegde waarde die samenwerking heeft op het niveau van de cliënt en in termen van efficiëntie? Door de denkkracht en kennis van Menzis en de gemeenten/regio's te bundelen, kunnen snel en effectief creatieve en werkbare ideeën

ontwikkeld worden. Deze ideeën moeten vervolgens in de regionale praktijk worden ingeregeld en uitgevoerd. Hierbij zijn de zorgaanbieders en cliënten een belangrijke schakel: zij zijn de partijen die uiteindelijk aan de lokale uitvoering invulling geven.

De samenwerking gaat echter verder dan het agenderen en beheersen van onderlinge afhankelijkheden of afwentelrisico's en richt zich ook op een langetermijnpartnerschap tussen Menzis, de gemeenten Arnhem, Enschede, Groningen en Den Haag en de regio's Achterhoek, Arnhem, Groningen en Twente. Het langetermijnperspectief van de samenwerking, over de domeingrenzen heen, maakt het mogelijk om op een efficiënte, kwalitatieve en effectieve wijze gezamenlijk te werken aan een samenhangende aanpak in het medische en sociale domein.

De samenwerking loopt daarom in ieder geval tot eind 2017 en zal jaarlijks geëvalueerd en, indien nodig, herijkt worden. Eind 2017 wordt gekeken of en op welke wijze verdere continuering van de samenwerking wenselijk en noodzakelijk is.

Tot slot zijn er enkele randvoorwaarden, die als fundament onder de samenwerkingsafspraken liggen. De randvoorwaarden en de overige bovenstaande perspectieven komen terug in deze werkagenda.

Korte termijn (2014):

- Inregelen
- Ontwikkelen
- Verkennen

Lange termijn (2015 e.v.):

Gezamenlijk ontwikkelperspectief

Randvoorwaarden:

Gezamenlijke taal over uitgangspunten, financieel rendement, maatschappelijk rendement, regionale borging



Samenwerkingsthema's

Bij het aangaan van de samenwerking hebben Menzis en de gemeenten negen samenwerkingsthema's gedefinieerd. Voor elk van de thema's zijn de beoogde resultaten benoemd die ook voor de regiogemeenten gelden. De aanpak per thema is verschillend: voor sommige onderwerpen zijn werkgroepen in het leven geroepen, voor andere zijn één of enkele expertsessies georganiseerd. Op meerdere onderwerpen zijn al flinke stappen gezet - wat ook nodig is gezien de beoogde invoering van de nieuwe wetten per 1 januari 2015.

De samenwerkingsthema's zijn ingedeeld in vier categorieën. Een deel van de thema's moet voor het einde van het jaar ingeregeld zijn. Dat wil zeggen dat het voor die tijd volledig uitgekristalliseerd is en ingebed is in de lokale situatie. Naast onderwerpen die in het jaar 2014 ingeregeld moeten worden, zijn er ook onderwerpen die de gemeenten, regio's en Menzis concreet op korte termijn gezamenlijk willen ontwikkelen.

Voor deze onderwerpen bundelen de partijen hun krachten om tot innovatieve en integrale ideeën te komen. Elk van de vier gemeenten is inhoudelijk trekker van één van de vier onderwerpen. Ten derde zijn er onderwerpen waarvoor eerst een verkenning nodig is. Het gaat hierbij zowel om onderwerpen waarvoor een inventarisatie volstaat, als om onderwerpen waarbij gekeken wordt of er eventueel vervolgacties nodig zijn.

Tot slot zijn er de randvoorwaarden, die als fundament onder de samenwerkingsafspraken liggen.

Inregelen

1. Positionering wijkverpleegkundige (op niet-toewijsbare zorg)
2. Gezamenlijke communicatie naar burger

Ontwikkelen

3. Integrale wijkgerichte aanpak
4. Verkenning gevolgen extramuralisering
5. Afhankelijkheden nulde, eerste en tweede lijn
6. Verbinden preventie

Verkennen

7. Verkenning transitievragen Jeugd en Herziening Langdurige Zorg
8. Verkenning mogelijkheden invloed op doorverwijzing huisarts naar JGGZ
9. Verkenning inrichting backoffice

Randvoorwaarden voor samenwerking

- A. Regionale afspraken
- B. Business cases
- C. Gezamenlijke taal/cliëntgroep in beeld

In het overzicht hierna zijn per thema kort de aanleiding en de vastgestelde doelen benoemd en is de voortgang op het onderwerp tot nu toe beschreven.

Inregelen

1. Positionering wijkverpleegkundige (op niet-toewijsbare zorg)

Aanleiding

Onder de nieuwe aanspraak wijkverpleging in de Zvw vallen naast de toewijsbare zorgtaken, die een directe relatie met de zorgvraag van de cliënt hebben, ook coördinerende en signalerende activiteiten die niet aan één specifieke cliënt te koppelen zijn. Het gaat om de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. Dit is de zogenaamde 'niet-toewijsbare zorg' ('segment 1'). Hierbij kan de wijkverpleegkundige iemand bezoeken aan wie (nog) geen zorg is toegewezen (bijvoorbeeld zorgmijders en mensen die de weg naar de wijkverpleegkundige niet weten te vinden). Naar aanleiding van een signaal van de gemeente gaat de wijkverpleegkundige langs, kijkt wat er aan de hand is en verwijst indien nodig door naar medische/verpleegkundige zorg (Zvw) of naar welzijn/ondersteuning (Wmo). Ook wordt hiermee geregeld dat de wijkverpleegkundige een relatie heeft met de lokale (sociale wijk)teams, om samenhang tussen zorg, hulp en ondersteuning te borgen. De aanspraak wijkverpleging stelt dat zorgverzekeraars en gemeenten afspraken moeten maken over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk. Daarbij wordt opgemerkt dat de verpleegkundige functie in het lokale (sociale wijk)team, of een vergelijkbaar verband, vertegenwoordigd moet zijn.

Voor deze niet-toewijsbare zorg is voor 2015 landelijk 40 miljoen euro beschikbaar. Menzis krijgt voor een beperkt deel de verantwoordelijkheid voor dit bedrag (uitsluitend voor de regio's waarvoor Menzis de representant is namens de zorgverzekeraars). In het vraagstuk rondom de positionering van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg is een tweetal opgaven van belang:

- Hoe gaat Menzis de beschikbare capaciteit aan wijkverpleging voor niet-toewijsbare zorg over de regio's/gemeenten inzetten?
- Op welke manier kan de wijkverpleegkundige gepositioneerd worden ten opzichte van de gemeentelijke wijkteams en van welke factoren is deze positionering afhankelijk?

Voor beide opgaven zijn de gemeenten/regio's en Menzis tot overeenstemming gekomen. Daarbij heeft een aantal uitgangspunten een belangrijke rol gespeeld:

- effectieve besteding van middelen - de beschikbare middelen worden daar ingezet waar het nodig is;
- objectiviteit: de toedeling van de beschikbare capaciteit hangt af van de omstandigheden in de lokale situatie, die niet direct te beïnvloeden zijn door gemeenten, maar wel invloed hebben op de behoefte aan niet-toewijsbare zorg;
- het is voor alle gemeenten in de regio's waarin Menzis representant is, helder hoe de toedeling van het aantal fte's wijkverpleegkundigen aan de regio's/gemeenten heeft plaatsgevonden;
- ruimte voor maatwerk: afhankelijk van de lokale situatie in de regiogemeenten wordt de positie van de wijkverpleegkundige bepaald;
- ondersteunend aan de regiogemeenten: er is een eenvoudig afwegingskader waarmee gemeenten zelf kunnen bepalen - in relatie tot hun inrichting van het lokale (sociale) team - wat de meest effectieve inzet is van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en waarom.

Beoogde resultaten

- Een capaciteitsverdeelmodel voor de middelen voor niet-toewijsbare zorg wijkverpleging over de gemeenten in de regio's waarin Menzis de representant is.

Planning: 2e kwartaal 2014

- Een overzicht van scenario's van positionering van de wijkverpleegkundige in relatie tot het sociaal wijkteam.

Planning: 2e kwartaal 2014

- Afwegingskader om tot een keuze voor een scenario te komen.

Planning: 2e kwartaal 2014

Reeds geboekte resultaten

- Het capaciteitsverdeelmodel is ontwikkeld en heeft tot een verdeling van de formatie voor de niet-toewijsbare zorg van de wijkverpleegkundige geleid.
- De scenario's van positionering en het afwegingskader zijn door de werkgroep wijkverpleging opgesteld en gebundeld in een compact overzicht.

Inregelen

Vervolgstappen

- Menzis verankert de resultaten van de werkgroep positie wijkverpleegkundige (op niet-toewijsbare zorg) in haar inkoopbeleid.
- In de lokale praktijk gaan de instrumenten gebruikt worden om tot een gefundeerde keuze voor de positionering van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

2. Gezamenlijke communicatie naar burger

Aanleiding

Door de veranderingen in de zorg zullen veel cliënten of verzekerden vragen hebben aan aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars over de impact van de veranderingen. Het is belangrijk dat zij daarbij zoveel mogelijk eenduidige antwoorden krijgen op hun vragen, ongeacht of zij met een vraag bij de zorgverzekeraar, zorgaanbieder of bij een gemeentelijk loket komen. Ze moeten adequaat geholpen worden.

Daarnaast vinden Menzis, gemeenten en de regio's het belangrijk dat zij één gezamenlijke boodschap uitdragen naar de burger met betrekking tot de herziening. Ze willen hun communicatieaanpak op elkaar afstemmen.

Beoogde resultaten

- Een gezamenlijke communicatiekalender van Menzis en de gemeenten over de veranderingen in de zorg, met daarin de belangrijkste mijlpalen, ook in relatie tot de landelijke communicatie.
Planning: 2e kwartaal 2014
- Een gezamenlijke communicatieboodschap en -plan over de veranderingen in de zorg.
Planning: 3e kwartaal 2014
- Mogelijke implementatie van een Q&A-database, waarin antwoorden op veelgestelde vragen kunnen worden geraadpleegd, zodat loketmedewerkers ook vragen kunnen beantwoorden die buiten hun kennisgebied liggen.
Planning: 3e kwartaal 2014

- Systeem voor warme overdracht van vragen die niet te beantwoorden zijn aan de hand van de Q&A-database.

Planning: 3e kwartaal 2014

Reeds geboekte resultaten

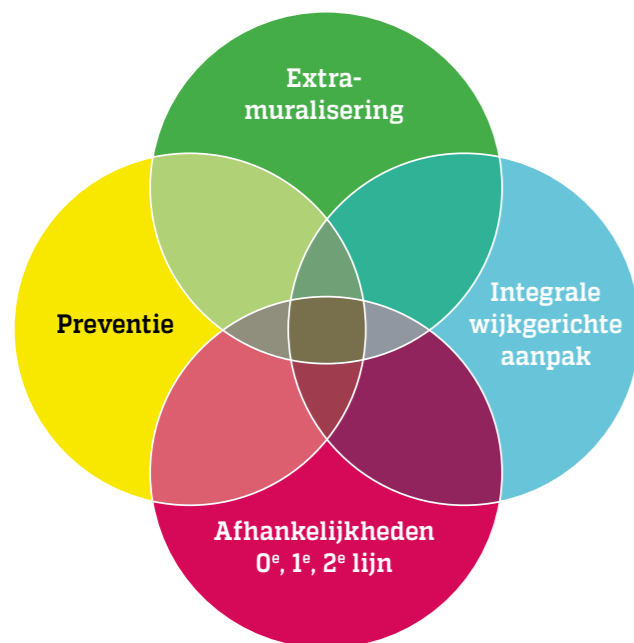
- De gezamenlijke communicatiekalender is opgesteld.
- Voor de Q&A-database is een offerte aangevraagd bij een externe partij die dit al voor de gemeente Enschede ontwikkelt. Er wordt verkend wat de implementatie van de database vraagt van de gemeentelijke organisatie Menzis.

Vervolgstappen

- Gekeken wordt in hoeverre de Q&A-database ook ingezet kan worden bij (grote) aanbieders in de regio's.
- De Q&A-database en het systeem voor warme overdracht moeten uiteindelijk in de lokale praktijk worden geïmplementeerd.

*Eén gezamenlijke
boodschap
uitdragen naar
de burger*

De vier onderwerpen die als ontwikkelthema's zijn aangemerkt hangen in hoge mate samen. Ze richten zich alle vier expliciet op integrale dienstverlening over de domeinen van zorgverzekeraar en gemeente heen. De thema's kunnen zodoende niet los van elkaar gezien worden. Het onderwerp integrale wijkaanpak is daarbij richtinggevend. In dit onderwerp wordt gewerkt aan een gezamenlijke set parameters die inzicht geeft in de "situatie" van een wijk of gebied en een gezamenlijke duiding van dergelijke gegevens. Dit onderwerp creëert zo belangrijke bouwstenen voor de andere ontwikkelthema's.



3. Integrale wijkgerichte aanpak

Aanleiding

Menzis en de gemeenten willen inzetten op effectieve samenwerking in de wijk. Dit kan leiden tot:

- een vermindering van de inzet van overbodige zorg (samenloop);
- een afname van het gebruik van zwaardere vormen van zorg (2e lijn);
- een effectief werkproces waarbij duidelijk is wie aan zet is en waar de cliënt moet zijn (ook in relatie tot huisarts en de praktijkondersteuner POH);
- effectieve inzet van informele zorg, waaronder mantelzorg.

Om gezamenlijk de inzet in een wijk te bepalen, is het van belang dat zorgverzekeraar en gemeenten ook op eenzelfde manier "kijken" naar een gebied. Elke gemeente of regio van gemeenten heeft vaak een eigen wijk/gebiedsanalyse-instrument tot haar beschikking. Hierin zit een aantal parameters dat inzicht geeft in de "situatie" van de wijk of het gebied. Het is niet de bedoeling om één instrument te ontwikkelen waarmee gemeenten en Menzis een gebiedscan uitvoeren. Elke gemeente kan zijn eigen instrumentarium blijven gebruiken, maar het is van belang dat daarin in elk geval een eenduidige set parameters is opgenomen.

Door samen de belangrijkste parameters te benoemen, hier duiding aan te geven en - op basis van deze duiding/ diagnose -doelstellingen te formuleren, ontstaat een gemeenschappelijke wijze van analyseren en beoordelen als basis voor een gezamenlijke aanpak.

Op basis van de gezamenlijke duiding wordt ook met elkaar besproken wat ieders rol is in een wijk/gebied. Dat geldt voor de voorzieningen die de gemeenten inkopen en voor de rol en positie van het lokale (sociale wijk)team als voor de rollen van de wijkverpleegkundige, de huisarts en de POH. Door de huisarts, POH, wijkverpleegkundige, gemeentelijk (sociaal wijk)team en bijvoorbeeld welzijnsvoorzieningen ook fysiek dichterbij elkaar te brengen, is het ook eenvoudiger om integrale zorg tot stand te brengen en naar elkaar te verwijzen.

Beoogde resultaten

- Formuleren van gezamenlijke set parameters. **Planning: 3e kwartaal 2014**
- Gezamenlijke duiding: Menzis en de gemeenten geven gezamenlijk duiding aan de parameters op basis van wijkanalyses in Enschede en Groningen. **Planning: 3e kwartaal 2014**

Vervolgstappen

- Formuleren van gezamenlijke methodiek als basis voor de wijkanalyse. **Planning: 4e kwartaal 2014**
- Gezamenlijk formuleren van doelen, rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren in een gebied. **Planning: 4e kwartaal 2014**

4. Verkenning gevolgen extramuralisering

Aanleiding

Met de herziening van de langdurige zorg is het streven dat mensen langer thuis blijven wonen. Dat voornemen leidt tot extramuralisering. Cliënten die voorheen in een verzorgingshuis of verpleeghuis terecht zouden komen, blijven nu thuis wonen. Daarbij gaan ze gebruik maken van de voorzieningen van de gemeenten en/of de zorgverzekeraar. Menzis en de gemeenten/regio's hebben in de werkagenda met elkaar afgesproken dat zij de effecten van de extramuralisering in kaart brengen en met elkaar formuleren wat dat betekent voor (gezamenlijke) dienstverlening, inkoop en afspraken met andere partners.

Beoogde resultaten

- In kaart brengen van de cliëntgroepen die te maken krijgen met de extramuralisering en zodoende in de toekomst geen aanspraak kunnen doen op intramurale zorg. **Planning: 2e kwartaal 2014**
- In kaart brengen van de randvoorwaarden waaronder mensen langer thuis kunnen blijven wonen (vraagkant). **Planning: 2e en 3e kwartaal 2014**
- Opstellen van een analyse van wat de vraagontwikkeling vergt van de gemeenten, Menzis en andere partijen (aanbodkant). **Planning: 2e en 3e kwartaal 2014**

Reeds geboekte resultaten

- In kaart brengen van de cliëntgroepen die te maken krijgen met de extramuralisering en zodoende in de toekomst geen aanspraak kunnen doen op intramurale zorg.
- Eerste aanzet tot het in kaart brengen van de randvoorwaarden waaronder mensen langer thuis kunnen blijven wonen (vraagkant).
- Eerste aanzet tot een analyse van wat de vraagontwikkeling vergt van de gemeenten, Menzis en andere partijen (aanbodkant).

Vervolgstappen

- Methodiek ontwikkelen waarmee regio's de effecten van de extramuralisering voor gemeenten en Menzis in beeld kunnen brengen.

- Methodiek ontwikkelen waarmee regio's een nulmeting kunnen doen van de vraag die op de gemeenten en Menzis afkomt.
- Verkennen van arrangementen om deze effecten te kunnen beheersen, in samenwerking met andere relevante partijen.

5. Afhankelijkheden nulde, eerste en tweede lijn

Aanleiding

De herziening van de langdurige zorg en de decentralisatie jeugdzorg leidt tot een aantal afhankelijkheden tussen zorgverzekeraar en gemeente. Dat geldt onder meer voor:

- (a) de relatie tussen Wmo en Zvw waar het de samenwerking in de nulde en eerste lijn betreft;
- (b) de relatie tussen jeugdhulp en Zvw waar het onder meer de rol van de huisarts en de POH betreft;
- (c) de relatie tussen Wmo en Wlz ten aanzien van onder meer woningaanpassingen.

Het gaat zowel over afhankelijkheden en afwentelrisico's als over samenwerkingsmogelijkheden en substitutievoordelen.

Beoogde resultaten

- In kaart brengen van afhankelijkheden, afwentelingsrisico's en samenwerkingsmogelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraar, waarbij nadrukkelijk de betrokken partijen geïdentificeerd worden. **Planning: 2e kwartaal 2014**
- Ordening van de afhankelijkheden naar impact en waarschijnlijkheid. **Planning: 2e kwartaal 2014**
- Voorstel voor oplossingsrichting(en) per afhankelijkheid of afwentelrisico **Planning: derde kwartaal 2014**
- Ordening van de oplossingsrichtingen naar haalbaarheid. **Planning: 3e kwartaal 2014**

Reeds geboekte resultaten

- Er is een overzicht opgesteld van afhankelijkheden, afwentelingsrisico's en samenwerkingsmogelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraar.

Vervolgstappen

- Het kwalificeren van de afhankelijkheden en opstellen van oplossingsrichtingen
- Business cases ontwikkelen

6. Verbinden preventie

Aanleiding

Er zijn verschillende vormen van preventie. Menzis en de gemeenten geven op een eigen wijze invulling aan het begrip preventie en geven hieraan ook een eigen definitie. Om er voor te zorgen dat op een effectieve en efficiënte manier invulling wordt gegeven aan preventie, is het van belang om gezamenlijk een eenduidige definitie te formuleren.

Het gaat daarbij ook breder over samenwerking rond "levensziekten" (diabetes, COPD, oncologie, hart- en vaatziekten, dermatologie). Kwetsbare groepen hebben vaak een van deze ziekten. Preventieactiviteiten, woningaanpassing (bijvoorbeeld voor COPD) of wijkpunt (diabetes) hebben vaak een positiever effect op deze ziekten dan uitsluitend behandeling in het ziekenhuis. Ook hier wordt om een gezamenlijke invalshoek gevraagd.

Daarbij is kosteneffectiviteit en financieel rendement belangrijk - de effecten van preventie moeten voor zo ver mogelijk aan de hand van business cases aangetoond worden. Momenteel lopen er al veel trajecten over innovatie van preventie. Het is belangrijk dat deze uitkomsten uitgebreid worden meegenomen in een dergelijke verkenning.

Beoogde resultaten

- Een gezamenlijke begripsbepaling van het concept preventie.
Planning: 2e kwartaal 2014
- Uitwisselen van ambities en formuleren van gezamenlijke ambities met betrekking tot preventie.
Planning: 2e kwartaal 2014
- Gemeenschappelijk preventiekader.
Planning: 3e kwartaal 2014
- Overzicht van de manieren waarop preventie door Menzis en gemeenten verbonden kan worden, waarbij gekeken wordt naar preventie in de volle breedte, inclusief bijvoorbeeld chronische ziekten als diabetes en hart- en vaatziekten.
Planning: 3e kwartaal 2014

Reeds geboekte resultaten

- Eerste aanzet tot gezamenlijke begripsbepaling van het concept preventie.
Planning: 2e kwartaal 2014
- Eerste uitwisseling van ambities en aanzet tot formuleren van gezamenlijke ambities met betrekking tot preventie.
Planning: 2e kwartaal 2014

Vervolgacties

- Voorstel is om met het thema 'psychisch welzijn' in kaart te brengen welke interventies door gemeenten en welke door Menzis ingebracht kunnen worden en wat dat oplevert.

Preventie rond levensziekten vraagt om een gezamenlijke invalshoek

7. Verkenning transitievragen Jeugdzorg en Herziening langdurige zorg

Aanleiding

De transitieafspraken Jeugd en Herziening langdurige zorg vormen de kern van het inregelen in 2014. In de werkagenda wordt aan deze verantwoordelijkheid invulling gegeven door gezamenlijk de belangrijkste opgaven en aandachtspunten waarover gemeenten en zorgverzekeraars afspraken moeten maken, te formuleren. Hiervoor is ook regionale input van belang. Op die manier hebben gemeenten en Menzis in beeld welke onderwerpen extra aandacht nodig hebben voor een goede overdracht. De werkelijke uitvoering en afstemming vindt plaats in een ander overleg.

Beoogde resultaten

Gemeenten kunnen hun vragen stellen aan Menzis, die ze vervolgens beantwoordt **Planning: tweede kwartaal 2014**

Reeds geboekte resultaten

Er is een gezamenlijke database ontsloten (onder meer op de website van Menzis) waarin vragen en antwoorden staan vermeld.

8. Verkenning mogelijkheden invloed op doorverwijzing huisarts naar JGGZ

Aanleiding

De huisarts is een belangrijk onderdeel in de jeugdketen. Hij/zij kan doorverwijzen naar jeugdhulp zonder tussenkomst van gemeenten. Gemeenten willen graag in gesprek met Menzis over de positie van de huisarts en POH in het jeugdstelsel en eventuele sturingsmogelijkheden.

Menzis gaat - in overleg met de gemeenten - onderzoeken op welke wijze (bijvoorbeeld door financiële prikkels) met huisartsen afspraken kunnen worden gemaakt over doorverwijzen. Niettemin behoudt de huisarts graag grote autonomie. In een expertsessie zal Menzis uiteenzetten welke sturingsmechanismen zij heeft en hoe zij deze inzet.

Beoogde resultaten

- Expertsessie met Menzis en gemeenten.
Planning: 2e kwartaal 2014
- Beknopte rapportage naar aanleiding van de expertsessie.
Planning: 2e kwartaal 2014

9. Verkenning inrichting backoffice

Aanleiding

De gemeenten krijgen er in 2015 een groot aantal taken bij die voorheen aan Menzis waren toebedeeld. Voor de gemeenten kan het aantrekkelijk zijn om een aantal uitvoeringstaken uit te besteden aan Menzis of om samen te verkennen hoe een gezamenlijke backoffice voor de nieuwe taken en verantwoordelijkheden kan worden ingericht. Een en ander moet zodanig gebeuren dat cliënten niet tussen wal en schip vallen. Het betreft dan activiteiten als ICT, administratie, inkoop, etcetera. Menzis en de vier gemeenten verkennen met elkaar wat hiervan de voor- en nadelen zijn en welke vorm dit kan aannemen.

Beoogde resultaten

- Inzicht in wenselijkheid en haalbaarheid van het uitbesteden door gemeenten van (een deel van) backofficetaken aan Menzis.
Planning: 2e kwartaal 2014
- Overzicht van verschillende modellen of scenario's over welke taken uitbesteed kunnen worden bij Menzis.
Planning: 2e kwartaal 2014

Reeds geboekte resultaten

Een verkennende bijeenkomst en een verdiepende expertbijeenkomst hebben reeds plaatsgevonden. Menzis en de gemeenten wisselden de wederzijdse wensen en randvoorwaarden uit voor uitbesteding van backoffice-taken. Op basis daarvan heeft Menzis geconcludeerd dat samenwerking op korte termijn niet haalbaar is.

Randvoorwaarden voor samenwerking

A. Regionale afspraken

Verbinding met de regio's waarin de convenantgemeenten actief zijn, is zeer belangrijk. Enerzijds voor het bundelen van ontwikkelkracht, maar met name ook voor het borgen van de resultaten van de samenwerking. De ontwikkelde ideeën moeten niet een papieren werkelijkheid blijven, maar landen in de lokale praktijk. In het hoofdstuk 'Van papier naar praktijk' wordt nader ingegaan op het belang en de positie van de regio(gemeenten).

B. Business cases

Aanleiding

Randvoorwaarde voor beide partijen (gemeenten en zorgverzekeraar) is dat investeringen en maatregelen niet alleen op basis van visie genomen worden, maar ook cijfermatig onderbouwd worden. Er kan worden gedacht aan een business case of een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA's) voor een gericht aantal thema's en afwentelrisico's. De business cases kunnen inzicht bieden in het te behalen maatschappelijk en financieel rendement.

Beoogde resultaten

- Verkennend onderzoek naar de methodiek die gebruikt wordt om MKBA's op te stellen aan de hand van reeds in de regio's uitgevoerde MKBA's.
Planning: 2e kwartaal 2014
- Selectie van thema's uit de werkagenda, om een MKBA voor uit te voeren.
Planning: 3e kwartaal 2014

Reeds geboekte resultaten

- Het verkennend onderzoek is afgerond en gedeeld met de deelnemende partijen.
- Er is een eerste selectie gemaakt van mogelijke onderwerpen voor een MKBA.

C. Gezamenlijke taal/cliëntgroep in beeld

Aanleiding

Om tot een gezamenlijke benadering te komen is het van belang dat Menzis en gemeenten elkaar begrijpen. Daarbij helpt het om te investeren in een eenduidig begrippenkader (gezamenlijke taal) en eenzelfde perceptie over cliëntgroepen Planning tweede en derde kwartaal 2014

Beoogde en reeds geboekte resultaten

Gezamenlijke taal en benadering van cliëntgroepen komen in diverse thema's naar voren. Zo kent het onderwerp extramuralisering een uitgebreide studie naar relevante doelgroepen. Bij preventie bijvoorbeeld wordt veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een gezamenlijk begrippenkader.

De ontwikkelde ideeën moeten geen papieren werkelijkheid blijven

Van papier naar praktijk

Regiogemeenten

Het uitgangspunt voor de samenwerking tussen Menzis en de gemeenten/regio's is dat alle partijen een gelijkwaardige inbreng en inzet in het programma hebben. De betrokkenheid van alle deelnemers is groot. Door de capaciteit te bundelen ontstaat er ontwikkelkracht en een effectieve en efficiënte inzet van middelen. Ook kan er versnelling in inhoud en innovatie aangebracht worden.

Aansluiting bij de regiogemeenten is onontbeerlijk. Echter, afstemming met elke individuele (regio)gemeente afzonderlijk gaat ten koste van de slag-, ontwikkel- en innovatiekracht. Dat zou betekenen dat Menzis haar beperkte capaciteit versnipperd over meer dan tachtig gemeenten. Wel is het van belang dat de resultaten van het traject ruimte bieden voor maatwerk. Ze moeten toepasbaar zijn voor én aansluiten bij de ontwikkelingen in de gemeenten in de regio's Arnhem, Groningen, Twente en Achterhoek. Betrokkenheid en draagvlak van de regiogemeenten is van groot belang. In alle betrokken regio's is de werkagenda afgestemd. De gemeenten kunnen zich in grote lijnen vinden in inhoud en proces van de werkagenda.

Vanuit de samenwerking tussen Menzis en de convenantgemeenten zal er voortdurend afstemming met en betrokkenheid van de regiogemeenten georganiseerd worden. Dat zal vooral op de momenten zijn dat een thema inhoudelijk is ontwikkeld en de concrete verbinding met de praktijk gezocht moet worden. De borging in de dagelijkse praktijk is te allen tijde een rol voor de individuele (lokale) gemeente, de zorgaanbieders en de cliënten(vertegenwoordigers).

Zorgaanbieders en cliënten

Cliënten

Menzis en de gemeenten/regio's hebben met elkaar de handen in elkaar geslagen om over de grenzen van het eigen domein (Zvw en Wmo) heen te kijken. Het is een eerste stap om vanuit samenhang een gezamenlijk resultaat voor de cliënt te bereiken. Dat kan natuurlijk niet zonder betrokkenheid van de cliënt.

De borging en verdere doorontwikkeling zal in de regio's en gemeenten zelf plaatsvinden. De ontwikkelde resultaten gaan pas echt werken als ze invulling krijgen in de dagelijkse praktijk. De betrokkenheid van de cliënt is daarin onmisbaar. Dat zal gaan via de gebruikelijke kanalen van de gemeenten (bijv. de Wmo-raden), de lokale en regionale cliëntvertegenwoordiging en de zorgaanbieders. Menzis heeft ook een convenant met Zorgbelang en vanuit die samenwerkingsrelatie wordt een verbinding gelegd met het vervolg van de werkagenda.

Zorgaanbieders

De samenwerking tussen Menzis en de gemeenten/regio's is een eerste stap. Ongeveer 25 procent van de cliënten maakt zowel gebruik van de Zvw als van de Wmo. Als twee hoofdverantwoordelijken (opdrachtgever en financier) hebben Menzis en de gemeenten nu de handen ineen geslagen. Aanbieders zijn een cruciale partner in het realiseren van de gezamenlijke doelstellingen.

Er wordt door Menzis en gemeenten op "landelijk" niveau ontwikkeld, maar de medewerkers van Menzis en de gemeenten die deelnemen aan de werkgroepen staan in voortdurende verbinding met de aanbieders en cliënten. Zij brengen kennis en expertise in vanuit projecten die ze nu al uitvoeren in wijken. Projecten zijn bijvoorbeeld de Zichtbare Schakel, de integrale wijkaanpak en populatiegerichte bekostiging.

Na de eerste stap zal met aanbieders verbinding gezocht worden. Dat gebeurt vooral in de regio's en gemeenten. Het zijn de aanbieders en daarmee de professionals die, samen met de cliënten en gemeenten, in de praktijk de samenhang moeten realiseren. Hun bijdrage is onmisbaar.

Verbreden en verdiepen

Onlangs is de regio Achterhoek ingevoegd in het traject. Zij hebben de uitgangspunten en de randvoorwaarden (inbreng capaciteit, borging in de regio, draagvlak) omarmd en zullen een volwaardige partner zijn in het traject.

Vooralsnog kiezen Menzis en de gemeenten/regio's er niet voor om nog meer regio's te laten participeren in het traject.

Voorlopig zal de huidige samenstelling gecontinueerd worden.

Wel worden er met VWS, ZN en VNG afspraken gemaakt om, rekening houdend met de belangen van de samenwerkingspartijen, de resultaten uit de gezamenlijke werkgenda landelijk te ontsluiten zodat deze beschikbaar zijn voor alle gemeenten, zorgorganisaties, zorgverzekeraars en cliënten. De uitkomsten van het traject zijn breed toepasbaar.

Eind 2014 worden de eerste resultaten van de werkgenda bekeken, wordt het proces geëvalueerd en wordt de werkgenda herijkt.

*Door de inzet
van alle
deelnemers
te bundelen,
ontstaat
ontwikkelkracht*



Colofon

Eindredactie: Siep Huizinga, tekstschrijver

Vormgeving: DMO marketing communicatie

Druk: Print&More

Contactpersoon: Allard Amelink (a.amelink@aef.nl)

Juli 2014

Dit is een uitgave van de samenwerkende partijen:



Gemeente  Enschede



en de acht samenwerkende gemeenten van de **Achterhoek**;
de samenwerkende gemeenten in de regio **Arnhem**;
de samenwerkende gemeenten in de regio **Groningen**;
de samenwerkende gemeenten in **Twente**: Samen 14.