Verantwoording /kosten-baten plaatje Programma regionale aanpak ouderenzorg

Aanvraag van budget op de begroting aan de Raad

Datum: 7 december 2021.
Ingebracht door: Stef Maas en Kim Smid, afgestemd met het beleidsteam H3/PN.

Wat zijn de opgaves binnen de ouderenzorg?

Met elkaar willen wij de stijgende vraag naar ouderenzorg, waaronder de toenemende chronische zorgvraag en vraag naar verpleeghuiszorg, opvangen zodat we voor alle ouderen in onze regio de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar kunnen houden.

Vergrijzing:
Stijgende (dubbele) vergrijzing. Vegrijzing zal in onze regio met 4 á 5% per jaar toenemen tot 2030 (Bron: CBS).

+

Zorgvraag:
Stijgende chronische zorgvraag, vooral dementie. Toename van +/- 2% per jaar (Bron: RIVM open data StatLine).

+

Personeel:
Stijgend tekort aan zorgpersoneel, vooral door uitstroom van personeel. In combinatie met daling in aantal mantelzorgers.

+

Intramurale plekken:
Stijgend tekort aan intramurale plekken, 900 plekken in 2025. Bouw is niet voldoende om dit tekort op te vangen.

+

Rijksbeleid:
Langer thuis blijven wonen. Dit beleid heeft bijgedragen aan het sluiten van tehuizen afgelopen kabinetsperiodes.

Elke gemeente staat voor deze opgaves binnen de ouderenzorg aan de lat. Met het 'Programma regionale aanpak ouderenzorg' pakken we deze opgaves samen op met aanbieders en DSW zorgverzekeraar/zorgkantoor, en delen we de daarbij behorende inzet in capaciteit en kosten. Deelname aan het programma is voor gemeenten een kans:

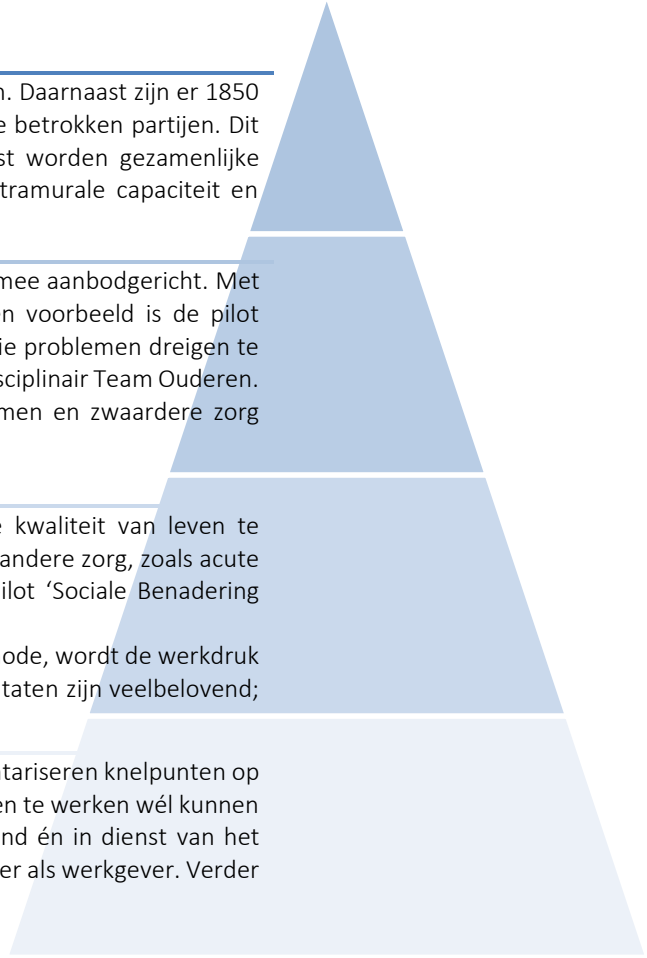
- Om regionaal tot goede afspraken te komen over de ouderenzorg en financiën met aanbieders en met DSW als gezamenlijke financiers van zorg;
- De opgaves binnen de ouderenzorg te groot om 'alleen´ op te pakken en vragen om gezamenlijk optreden;
- Om elkaar te versterken als (gemeentelijke) partners in de regio, gebaseerd op solidariteit.

Wat investeren we?		En wat levert dat op?
Capaciteit en inzet	Vanuit eigen organisatie investeren in het geheel van de samenwerking door capaciteit lokaal vrij te maken voor de regio.	Het verdelen van de lasten verlaagt de arbeidsdruk voor individuele gemeenten, door gebruik te maken van elkaars capaciteit (en expertise).
Samenwerking	• Met gemeentelijke domeinen wonen, zorg en ruimte; • Tussen het sociaal domein en het medisch domein; • Met DSW als financiers van zorg; • Met professionals in uitvoering van ondersteuning en zorg.	• Geïntegreerd passend aanbod waarin de oudere centraal staat we niet meer denken in hokjes van domeinen en financiers; • Gezamenlijke sturing op inkoop en beleid als financiers van zorg; • Eenduidige afspraken met zorgaanbieders; • Duurzaam zorglandschap met afgestemde zorg over de domeinen welzijn (Wmo) en zorg (Zvw/Wlz).
Expertise	Delen van kennis en expertise met elkaar vergt vertrouwen, duidelijke werkafspraken en bestuurlijk commitment van de deelnemende partijen.	• Behouden en versterken kwaliteit van ondersteuning en zorg, door gebruik van elkaars expertise; • Leren van elkaar in het sociaal en medisch domein.
Grond	Bij percelen die vrijkomen wordt eerst de overweging gemaakt of het geschikt is als bouwlocatie voor ouderenzorg. Indien mogelijk geclusterd en afgestemd op lokale dienstverlening.	Realiseren van nieuwe woonoplossingen, waarbij ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen.
Data	Het (periodiek) aanleveren van Wmo-data.	Inzicht in o.a.: • Huidige en verwachte zorgvraag, -aanbod en kosten in Wmo, Zvw en Wlz; • Rendement: effecten van interventies (domein overstijgend); • Type ouderen en hun ondersteunings- en zorgvraag; • Onderbouwing voor investering in preventie; • Hoe (bij wie/welk domein) de kosten en de baten verdeeld zijn en daarbij de mogelijkheid afspraken te maken over herverdeling.
Budget	• Programmakosten: €1,3 miljoen per jaar voor de komende 3 jaar; • Aandeel van gemeenten: 25% - verdeeld over 7 gemeenten naar inwoneraantal.	• Verdeling van kosten van de opgaves over alle partners; • Inzicht in kosten en baten per interventie; • Pilot SBD: mensen leven prettiger en langer thuis en leidt tot een besparing van zorgkosten, m.n. door uitstel van verpleeghuisopname van gemiddeld 9 maanden (Wlz), maar ook tot lagere zorgconsumptie in de Zvw voor de cliënt en voor de mantelzorger(s). Daarnaast verwachten we een daling in het benodigd aantal professionals in ondersteuning en zorg aan inwoners met dementie.

Wat doen we?

Om de ouderenzorg voor te bereiden op de zorgvraag van de toekomst zetten we in op een breed pakket aan ‘maatregelen’. We kijken naar oplossingen op zowel het gebied van wonen als van zorg en welzijn. We kijken waar we al iets kunnen doen als mensen nog niet ziek zijn zodat zij langer gezond en zelfredzaam blijven (in eigen huis – uitstel Wlz-opname), maar ook hoe we de ondersteuning en zorg (nog) beter kunnen vormgeven als mensen al wel ziek zijn. Daarbij maken we de uitkomsten van deze oplossingen en rendement inzichtelijk via rapportage.

Uitbreiden woonzorgplekken	De doelstelling is om, bovenop de reeds geplande 200 plekken, 300 extra intramurale plaatsen te realiseren. Daarnaast zijn er 1850 nieuwe woonplekken nodig. Hiertoe sluiten we in iedere gemeente een bestuurlijke overeenkomst met de betrokken partijen. Dit zijn de gemeente, VVT-aanbieder(s), woningcorporatie(s) en het Zorgkantoor DSW. In de overeenkomst worden gezamenlijke prestatieafspraken en uitgangspunten opgenomen, met concrete doelstellingen voor uitbreiding van intramurale capaciteit en nieuwe woonoplossingen voor ouderen met een zorgbehoefte.
Netwerkzorg	De zorg is gefinancierd en georganiseerd vanuit verschillende wetten, domeinen en zorgsoorten en is daarmee aanbodgericht. Met netwerkzorg doorbreken we de schotten in de zorg en organiseren wij de zorg meer vraaggericht. Een voorbeeld is de pilot ‘Multidisciplinair Team Ouderen’ [MTO]. Kwetsbare ouderen bij wie een ‘niet pluis’ gevoel bestaat of bij wie problemen dreigen te escaleren (lichamelijk, sociaal, cognitief) worden in een vroeg stadium gezien en behandeld door een Multidisciplinair Team Ouderen. Dit om te voorkomen dat ouderen te lang wachten met het vragen van zorg, waardoor ergere problemen en zwaardere zorg voorkomen kan worden.
Preventie	Interventies die bijdragen aan het vroegtijdig vergroten van zelfredzaamheid en weerbaarheid om de kwaliteit van leven te verbeteren, -om de druk op de verpleeghuizen te verlichten door uitstel of afstel van Wlz-opname, en -om andere zorg, zoals acute ziekenhuisopnames, te voorkomen. Vanwege de stijging in het aantal dementerenden, starten we de pilot ‘Sociale Benadering Dementie’ [SBD]. De samenwerking tussen professionals vanuit het medische- en sociale domein en vrijwilligers bij deze methode, wordt de werkdruk in alle domeinen verlaagt. In het land lopen verschillende ‘trials’ die werken met deze methode en de resultaten zijn veelbelovend; zo ervaren ouderen een betere kwaliteit van leven en kunnen ze langer thuis blijven wonen.
Behoud van personeel	We richten ons op het behoud en een zo optimaal mogelijke inzet van het personeel in onze regio. We inventariseren knelpunten op het gebied van personeel, die als individuele zorgorganisatie lastig zijn om op te lossen, maar door juist samen te werken wél kunnen worden opgelost. Het vormgeven van ‘gedeeld werkgeverschap’ is een voorbeeld hiervan; zo komt iemand én in dienst van het ziekenhuis én in dienst van een thuiszorgaanbieder. Dat kan veel voordelen opleveren, voor zowel werknemer als werkgever. Verder kijken we naar mogelijkheden op het gebied van inzet van kennis en innovaties.



Wat vragen we aan het College/de Raad?

Budget op de begroting beschikbaar stellen voor 2022 en de daarop twee volgende jaren 2023 en 2024 voor het 'Programma regionale aanpak ouderenzorg'. Om te bepalen op welk bedrag de jaarlijkse programmakosten moeten worden begroot, is gekeken welke te verwachten kosten op dit moment in beeld zijn en is een inschatting gemaakt van de te verwachten kosten.

Ten aanzien van de pilot- en projectkosten wordt momenteel onderzocht of hier Btw-plichtige activiteiten tussen zitten.

Bijdrage partners 2022/2023/2024

Rekening houdend met de voorgestelde verdeelsleutel én de bijdrage vanuit de transitiemiddelen van DSW, ziet de kostenverdeling er over de partners als volgt uit:

Tabel 1: begroting waarbij wordt uitgegaan dat de pilotkosten *niet* Btw-plichtig zijn

2022			2023			2024			Totaal
Programmakosten	1.300.000		Programmakosten	1.300.000		Programmakosten	1.300.000		3.900.000
Bijdrage vanuit Transitiemiddelen	600.000		Bijdrage vanuit Transitiemiddelen	300.000		Bijdrage vanuit Transitiemiddelen	0		900.000
Bijdrage Partners	700.000		Bijdrage Partners	1.000.000		Bijdrage Partners	1.300.000		3.000.000
(ondersteuning) Zorgaanbieders	175.000		(ondersteuning) Zorgaanbieders	250.000		(ondersteuning) Zorgaanbieders	325.000		750.000
VVT-aanbieders (n=5)	*21.875*		*VVT-aanbieders (n=5)*	*31.250*		*VVT-aanbieders (n=5)*	*40.625*		93.750
Ziekenhuizen (n=2)	*21.875*		*Ziekenhuizen (n=2)*	*31.250*		*Ziekenhuizen (n=2)*	*40.625*		93.750
Ondersteuning eerstelijn (ZEL/HAP) (n=1)	*21.875*		*Ondersteuning eerstelijn (ZEL/HAP) (n=1)*	*31.250*		*Ondersteuning eerstelijn (ZEL/HAP) (n=1)*	*40.625*		93.750
Zorgkantoor DSW	175.000		Zorgkantoor DSW	250.000		Zorgkantoor DSW	325.000		750.000
DSW Zorgverzekeraar	175.000		DSW Zorgverzekeraar	250.000		DSW Zorgverzekeraar	325.000		750.000
Gemeenten (n=7)	175.000		Gemeenten (n=7)	250.000		Gemeenten (n=7)	325.000		750.000
Delft (22%)	*38.500*		*Delft (22%)*	*55.000*		*Delft (22%)*	*71.500*		165.000
Westland (23%)	*40.250*		*Westland (23%)*	*57.500*		*Westland (23%)*	*74.750*		172.500
Midden-Delfland (4%)	*7.000*		*Midden-Delfland (4%)*	*10.000*		*Midden-Delfland (4%)*	*13.000*		30.000
Pijnacker-Nootdorp (12%)	*21.000*		*Pijnacker-Nootdorp (12%)*	*30.000*		*Pijnacker-Nootdorp (12%)*	*39.000*		90.000
Maassluis (7%)	*12.250*		*Maassluis (7%)*	*17.500*		*Maassluis (7%)*	*22.750*		52.500
Vlaardingen (15%)	*26.250*		*Vlaardingen (15%)*	*37.500*		*Vlaardingen (15%)*	*48.750*		112.500
Schiedam (17%)	*29.750*		*Schiedam (17%)*	*42.500*		*Schiedam (17%)*	*55.250*		127.500

Tabel 2: Begroting waarbij wordt uitgegaan dat de pilotkosten *wel* Btw-plichtig zijn

2022			2023			2024			Totaal
Programmakosten	1.489.000		Programmakosten	1.489.000		Programmakosten	1.489.000		4.467.000
Bijdrage vanuit Transitiemiddelen	600.000		Bijdrage vanuit Transitiemiddelen	300.000		Bijdrage vanuit Transitiemiddelen	0		900.000
Bijdrage Partners	889.000		Bijdrage Partners	1.189.000		Bijdrage Partners	1.489.000		3.567.000
(ondersteuning) Zorgaanbieders	222.250		(ondersteuning) Zorgaanbieders	297.250		(ondersteuning) Zorgaanbieders	372.250		891.750
VVT-aanbieders (n=5)	*27.781*		*VVT-aanbieders (n=5)*	*37.156*		*VVT-aanbieders (n=5)*	*46.531*		111.469
Ziekenhuizen (n=2)	*27.781*		*Ziekenhuizen (n=2)*	*37.156*		*Ziekenhuizen (n=2)*	*46.531*		111.469
Ondersteuning eerstelijn (ZEL/HAP) (n=1)	*27.781*		*Ondersteuning eerstelijn (ZEL/HAP) (n=1)*	*37.156*		*Ondersteuning eerstelijn (ZEL/HAP) (n=1)*	*46.531*		111.469
Zorgkantoor DSW	222.250		Zorgkantoor DSW	297.250		Zorgkantoor DSW	372.250		891.750
DSW Zorgverzekeraar	222.250		DSW Zorgverzekeraar	297.250		DSW Zorgverzekeraar	372.250		891.750
Gemeenten (n=7)	222.250		Gemeenten (n=7)	297.250		Gemeenten (n=7)	372.250		891.750
Delft (22%)	*48.895*		*Delft (22%)*	*65.395*		*Delft (22%)*	*81.895*		196.185
Westland (23%)	*51.118*		*Westland (23%)*	*68.368*		*Westland (23%)*	*85.618*		205.103
Midden-Delfland (4%)	*8.890*		*Midden-Delfland (4%)*	*11.890*		*Midden-Delfland (4%)*	*14.890*		35.670
Pijnacker-Nootdorp (12%)	*26.670*		*Pijnacker-Nootdorp (12%)*	*35.670*		*Pijnacker-Nootdorp (12%)*	*44.670*		107.010
Maassluis (7%)	*15.558*		*Maassluis (7%)*	*20.808*		*Maassluis (7%)*	*26.058*		62.423
Vlaardingen (15%)	*33.338*		*Vlaardingen (15%)*	*44.588*		*Vlaardingen (15%)*	*55.838*		133.763
Schiedam (17%)	*37.783*		*Schiedam (17%)*	*50.533*		*Schiedam (17%)*	*63.283*		151.598