

# De Totstandkoming van het Kavelmodel

## Een oplossing voor het vastlopen van het huidige gezondheidszorgsysteem

Carl Verheijen, Leonie Voragen en Marc Bruijnzeels

### Aanleiding

De houdbaarheid van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem staat onder druk. De wijze waarop de zorg is georganiseerd in combinatie met de dubbele vergrijzing leidt, als gevolg van nadruk op productie, tot een onevenredig grote kostenstijging en druk op de arbeidsmarkt. Daarnaast worden de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen steeds groter. De vraag is dan ook of we met elkaar de juiste ambitie nastreven. We willen namelijk niet alleen langer leven, we willen vooral zinvol en kwalitatief goed leven.

De enorme focus op repareren leidt tot veel vragen over 'moet alles wat kan?' Moeten we blijven investeren in het optimaliseren van het aanbod aan zorg of is het juist beter om te stimuleren wat mensen nodig hebben om zinvol te leven, gezond te zijn en te blijven. De inspanningen om te voorkomen en om te genezen zijn volledig uit balans geraakt. Dit is niet alleen in de Nederlandse context aan de orde maar speelt in vrijwel alle ontwikkelde landen, ongeacht de huidige sturing op gezondheid (vrije markt versus overheid en alle vormen daartussenin).

In verschillende nationale en internationale publicaties zijn een aantal thema's terugkerend:

- » Sturen we vanuit het juiste waardeperspectief (zo lang mogelijk óf zo zinvol mogelijk leven).
- » Stimuleren we de actoren met de juiste incentives (juiste bekostigingsstructuur).
- » Is de verantwoordelijkheid voor dit vraagstuk duidelijk belegd (overheid en marktpartijen).
- » Is er een volledig overzicht over de noden van- en ontwikkelingen in- de populatie (gefragmenteerde datastructuur).

Als antwoord op deze thema's zien we nu wereldwijd een ontwikkeling naar regionalisering van de organisatie van de zorg waarin een aantal van bovenstaande thema's worden geadresseerd. Dit leidt in de meeste gevallen tot een aanpak onder de term Population Health Management (zie figuur 1) . De meest bekende voorbeelden van deze aanpak zijn samengevat in bijlage 1.

Vanuit deze voorbeelden heeft de WHO vijf strategieën onderkend die een paradigmashift in de richting van populatiegerichte geïntegreerde gezondheidsondersteuning bevorderen, te weten:

- 1 Betrekken van de individuen en gemeenschappen (inclusief mantelzorgers en aandacht voor kwetsbare groepen).
- 2 Versterken van de governance en accountability gericht op gezondheid in plaats van op volume.
- 3 Heroriëntatie op het model van zorgverlening (meer gericht op levensloop), preventie en extramurale zorg, gebruikmakend van nieuwe (digitale) technologieën;
- 4 Coördineren van gezondheidsondersteuning tussen de- en overstijgend aan- de verschillende domeinen;
- 5 Creëren van een stimulerende kwaliteits- en beleidsomgeving, waaronder cyclische iteratieve implementatiestrategieën, informatiesystemen en bekostiging.

### Regionale proeftuinen Populatiebekostiging

In Nederland kennen we in deze ontwikkeling de regionale proeftuinen Populatiebekostiging. Deze zijn vanaf 2013 tot in 2018 gemonitord door het RIVM. Uit de ervaringen van deze proeftuinen zijn een aantal leidende principes afgeleid, die focussen op:

- Gedeeld commitment voor een Population Health Management visie
- Wederzijds begrip en vertrouwen
- Accountability
- Aligning van politiek en beleid
- Financiële incentives
- Een datagedreven iteratieve verbeterstrategie
- Input en betrokkenheid van de gemeenschap
- Stakeholder vertegenwoordiging en leiderschap.

Uit de nadere analyse blijkt dat de proeftuinen die gestart zijn vanuit gedeeld commitment, vertrouwen, leiderschap en betrokkenheid vanuit de gemeenschap in de startfase de meeste successen hebben geboekt. De analyse toont echter niet welke leidende principes in de latere fasen van de proeftuinen meer relevant werden.

We moeten helaas constateren dat anno 2021 veel van de proeftuinen Populatiebekostiging een moeizame ontwikkeling doormaken. Onze hypothese is dat dit komt omdat niet alle leidende principes omarmd zijn door de verschillende stakeholders in de betreffende regionale proeftuinen. De vrijblijvendheid voor de verschillende stakeholders op nationaal, regionaal en lokaal niveau is in de huidige inrichting nog te groot, met afhaken tot gevolg.

In de afgelopen jaren zien we een doorontwikkeling van deze leidende principes in de Nederlandse context. Een voorbeeld hiervan is een beperkt aantal experimenteerregio's waarin de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) het voortouw neemt in het realiseren van domein overstijgend (zorg)aanbod.

Helaas constateren we dat het gewenste resultaat nog niet wordt bereikt ondanks het feit dat in deze initiatieven een sterke gerichtheid is op wederzijds vertrouwen en leiderschap. Een aantal elementen lijkt echter zeer hardnekkig de noodzakelijke transitie te frustreren, waaronder de vrijblijvendheid wegens gebrek aan urgentie. Andere elementen die het succes frustreren zijn:

- »» Gebrek aan een eenduidige governancestructuur en verantwoordelijkheid gericht op het vermeerderen van gezondheid in plaats van het verminderen van de gevolgen van ziekte.
- »» Onvoldoende focus op de gemeenschappen met de meeste noden.
- »» Onvoldoende alignment van bekostiging voor de gewenste ontwikkeling.
- »» Een gebrekkige data-infrastructuur om op de juiste doelstellingen te kunnen sturen.

Een zeer belangrijk gemis in veel van deze initiatieven is een systematische verbetercyclus als implementatiestrategie.

### **Het Kavelmodel; daadwerkelijk bevorderen van de gezondheid**

Op basis van de internationale voorbeelden, de literatuur, onze eigen ervaringen en veel discussie met nationale experts hebben wij het Kavelmodel ontwikkeld waarin drie elementen centraal staan om de noodzakelijke transitie in te zetten die leidt tot een duurzame inrichting van zorg en welzijn gericht op het daadwerkelijk bevorderen van de gezondheid. Op basis van de ervaringen eerder en elders lijkt het dat indien niet alle elementen worden nagestreefd het effect van de aanpak niet wordt gerealiseerd.

Voor het Kavelmodel zijn deze drie elementen onlosmakelijk met elkaar verbonden:

### **Anders organiseren**

De organisatiekracht die een regio nodig heeft om gezamenlijk te werken aan de regionale veranderopgave ontbreekt momenteel vaak. Duurzaam investeren in netwerksamenwerking en gezamenlijk investeren in de gewenste verandering vraagt tijd én geld waar nu vaak geen ruimte voor is. Een randvoorwaarde om dit goed uit te kunnen voeren, is de vorming van een integrator. Hierbij volgen wij nadrukkelijk de inzichten van Donald Berwick. Hij spreekt over een entiteit waarin partijen zich verenigen, een integrator, die tegelijkertijd de verantwoordelijkheid kan nemen voor de interafhankelijke gezondheids-, financiële- en kwaliteitsdoelen. Voor een kavel dient een dergelijke entiteit te worden geconstrueerd vanuit de huidige organisaties verantwoordelijk voor genoemde doelen in de huidige context. De positie van de patiënt/inwoner dient meer centraal te worden gesteld dan in de huidige initiatieven.

## Anders financieren

Hierbij volgen wij nadrukkelijk drie principes:

1. 'Geld stuurt'. Dat betekent dat in een kavel activiteiten die de interafhankelijke waardepropositie realiseren daarvoor moeten worden gewaardeerd. Andere bekostigingsarrangementen in de vorm van shared savings en bundle payments gericht op gezondheidsuitkomsten zijn dan aan de orde.
2. 'de kost gaat voor de baat uit'. De transitie vraagt om een forse investering om de noodzakelijke veranderingen te realiseren in de vorm van investeringskosten en frictiekosten. Deze dienen, gelijk als in Gesundes Kinzigtal (bijlage 1), mede door investeerders, andere dan de reguliere bekostigers van zorg en welzijn, te worden ingebracht.
3. Tot slot 'collectieve verantwoordelijkheid'. Dit is nodig om deze investering rendabel te maken. Vanuit gelijkgerichtheid en gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt de verandering én de daarbij horende financiële uitdagingen gerealiseerd.

## Anders monitoren

Hierbij volgen we de principes van Population Health Management. Op basis van een zeer gedegen en volledige data-infrastructuur, inclusief de koppelingen van de verschillende bestaande registraties, de interafhankelijke driedelige doelstelling, wordt gemonitord op het niveau van de kavel. Tevens dient deze infrastructuur om de effecten van de afzonderlijke activiteiten op projectniveau via de Plan-Do-Study-Act cyclus vast te stellen en zonodig de activiteiten bij te stellen.

## Implementatie en proces tot nu toe

Op basis van bovenstaande inzichten hebben we met het Kavelmodel gemeend om een aanpak te ontwikkelen die een sterk gestructureerde en geprotocolleerde procesaanpak kent. Waarbij een aantal regio's in Nederland is geselecteerd die de beste vooruitzichten hebben om deze transitie in de richting van meer gezondheid te realiseren. Daartoe hebben we 5 fasen doorlopen. Voor een beschrijving van de vijf fasen zie bijlage 2. De vijf fasen hebben geleid tot 13 gebieden waar in overleg met betrokkenen eerste gesprekken gevoerd zijn over de wens en mogelijkheid om met het Kavelmodel aan de slag te gaan. Anno januari 2021 zijn we in twee regio's daadwerkelijk gestart met de volgende fase in het Kavelmodel.

Vanuit het Kavelmodel zijn nadrukkelijk de regio's die willing en ready zijn, geschikt om de noodzakelijke transitie naar meer gezondheid te realiseren.. Samen met deze regio's werken we aan de paradigmashift van zorg naar gezondheid en nemen we gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de uitvoering én de gevolgen hiervan.

Voor de implementatiestrategie wordt nadrukkelijk aangesloten bij de iteratieve verbetertrajecten die meer recht doen aan de complexiteit bij het realiseren van de ambitie.

## Initiatiefnemers

HealthKIC is de initiator van het Kavelmodel en wordt gefaciliteerd door de Noaber Foundation, Menzis, PGGM, Alles Is Gezondheid, de Bernard van Leer Foundation en het Ministerie van VWS.

## Literatuur

- Alderwick H, Ham C, Buck D. Population health systems: going beyond integrated care. 2015. 1-40.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs 2008; 27: 759-69
- Steenkamer BM. Population Health Management unravelled: Insights into transformations towards sustainable Health and Wellbeing Systems. Tilburg University, 2020.
- WHO, Framework on integrated, people-centred health services. 2016
- Wilson M, Guta A, Waddell K, Lavis J, Reid R, Evans C. The impacts of accountable care organizations on patient experience, health outcomes and costs: a rapid review. Journal of Health Services Research & Policy 2020; 25: 130-138

## Bijlage 1      Internationale voorbeelden van Population Health Management

### Kaiser Permanente, United States

Kaiser Permanente bestaat sinds 1945 en is inmiddels uitgegroeid tot een non-profit zorgorganisatie in 8 staten en D.C. met meer dan 12 miljoen leden. Kaiser Permanente bestaat uit drie organisaties; Kaiser Foundation Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals en de Permanente Medical Groups. De Kaiser Foundation Health Plan is als het ware de verzekeraar zoals wij die in Nederland kennen, waarbij inwoners lid worden van het systeem. De Permanente Medical Groups worden geleid door artsen en andere zorgverleners en verzorgen alle zorg en diensten aan de leden en de community. Kaiser Permanente zet zich in om een hoge kwaliteit van zorg te leveren waarbij de kosten betaalbaar blijven en de gezondheid van de leden en de community als geheel wordt verbeterd. Om dit te bereiken bieden ze zorg en diensten van preventie tot klassieke zorg bij ziekte.

### Nuka System of Care, Alaska

Het Nuka System of Care is eind jaren negentig opgestart en wordt uitgevoerd door de Southcentral Foundation. Deze Foundation is een non-profit zorgorganisatie en bedient ongeveer 65.000 mensen van de inheemse bevolking van Alaska (Native Alaska en American Indians).

Het Nuka systeem is gebouwd om een partnerschap te maken tussen de foundation en de inheemse bevolking. Hiermee zijn de inwoners zelf deels eigenaar van het gezondheidszorgsysteem en helpen ze mee met ontwerpen en implementeren van diensten door onder andere deel te nemen aan adviesgroepen, managementposities en focusgroepen. Het doel is om multidisciplinair samen te werken om welzijn te creëren door het aanbieden van zorg en aanverwante diensten, zoals programma's rondom huiselijk geweld en verwaarlozing.

### Gesundes Kinzigtal, Germany

Gesundes Kinzigtal is opgericht in 2005 als zorgmanagement organisatie en stuurt het gelijknamige (Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal) systeem voor geïntegreerde zorg aan. Hiermee is de organisatie verantwoordelijk voor alle gezondheidsuitkomsten in de regio, met meer dan 31.000 verzekerden. Gesundes Kinzigtal werkt binnen het Duitse gezondheidszorgsysteem samen met Optimedis, verschillende zorgaanbieders en twee zorgverzekeraars aan geïntegreerde zorg. Ze maken gebruik van de Triple Aim in hun doelstelling; het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, verminderen van de kosten en verbeteren van de gezondheid van de community.

### Counties Manukau, New Zealand

Counties Manukau Health is een non-profit organisatie die gefinancierd wordt door de overheid en aangestuurd wordt door de Counties Manukau District Health Board. Een deel van de leden van de board worden gekozen door de community en een kleiner deel wordt aangewezen door de Minister van Volksgezondheid. Counties Manukau Health bedient ongeveer 570.000 inwoners met een speciale focus op Maori, Pacifics en communities met een gezondheidsachterstand. De doelstelling is dat inwoners gezonder langer leven in hun community. Daarbij streven ze naar gelijkwaardigheid in gezondheidsindicatoren voor verschillende bevolkingsgroepen, zoals de Maori en Pacifics.

### Jönköping County Council, Sweden

De Jönköping County Council bestaat ruim 20 jaar en is een gekozen autoriteit in het zuiden van Zweden. Ze bedienen ongeveer 340.000 inwoners. Ze hebben eigen autonomie en kunnen belasting heffen en voorzien daarmee in een deel van de kosten. De Council werkt samen met de lokale gemeenten om geïntegreerde zorg en diensten aan te bieden. Hiervoor werken ze samen met de community om te kijken wat er nodig is en zorgen ze voor dashboards om de voortgang te volgen. Dit gebeurt bijvoorbeeld via 'life cafés' of 'learning cafés' waarbij specifieke groepen uitgenodigd worden om in gesprek te gaan en kennis en behoeften uit te wisselen.

### Greater Manchester, UK

De Greater Manchester Combined Authority (GMCA) is een aparte autoriteit in Engeland en bestaat uit 10 gemeenten en een gekozen burgemeester. .



Samen met de lokale communities wordt er gekeken hoe de regio zich kan ontwikkelen op onder andere transport, gezondheid, sociale ondersteuning en huisvesting. Hiermee is de GMCA verantwoordelijk voor ongeveer 2,8 miljoen mensen in de regio. Op het gebied van de gezondheidszorg heeft de GMCA in 2016 de beschikking gekregen over de overheidsgelden van de NHS voor de regio. In een 5-jaars implementatieplan wordt gekeken welke investeringen er nodig zijn om te komen tot de snelste en grootste verbeteringen op gezondheid en welzijn voor de inwoners. Dit doen ze doormiddel van het bieden van geïntegreerde zorg en ondersteuning

### Blue Cross Blue Shield, Massachusetts, US

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BCBSMA) is een non-profit zorgverzekeraar en valt onder de Blue Cross Blue Shield Association. BCBSMA heeft meer dan 2,8 miljoen verzekerden, waarvan de meeste via hun werkgever aangesloten zijn. Vanaf 2007 zijn ze gestart met het aanbieden van 'alternative quality contract' (AQC) aan hun zorgaanbieders. Deze contracten zijn gericht op het leveren van kwaliteit van zorg voor een gezonde populatie. De financiële prikkels voor het aanbieden van zoveel mogelijk zorg, 'fee-for-service', is uit de contracten gehaald. Niet alle zorgaanbieders hebben voor deze contractvorm gekozen.

## **Bijlage 2      Fasen in de selectiefase**

### 1. Vaststellen noodzakelijke randvoorwaarden

- a. Literatuuronderzoek in wetenschappelijke artikelen naar de noodzakelijke randvoorwaarden die een succesvolle transitie mogelijk maken.
- b. Deskresearch naar een aantal succesvolle transities (Kinzigal, Jonkoping, Baskenland en Greater Manchester).
- c. Opstellen van een lijst met noodzakelijke randvoorwaarden.
- d. Lijst met randvoorwaarden onderwerpen aan een Delphi ronde .
- e. Uiteindelijke lijst met waardering van de verschillende randvoorwaarden.

De lijst met 10 randvoorwaarden zijn:

- Gedeelde, gedragen visie in de regio
- Regionale ontwikkelingen (crisis)
- Overzichtelijke regio, weinig spelers
- Betrokkenheid van spelers in de regio
- Organisatiestructuur klinisch leiderschap/ eigenaarschap
- Zicht op knelpunten in de regio
- Patiënt/ inwoner participatie op bestuurlijk niveau
- Ondersteunend lokaal beleid/ wetgeving
- Betrokkenheid niet-zorg gerelateerde instellingen
- Financiële gezondheid instellingen in regio

2. Kwantitatieve analyse: Met behulp van openbare bronnen/indicatoren o.b.v. Delphi criteria komen van 3000 wijken naar 21 gebieden.
3. Kwalitatieve analyse: Opstellen vragenlijst/topic-lijst o.b.v. Delphi criteria samengevat in een kavelmal.
4. Eerste gesprek: verzoek aan de gebieden
5. Selectie van meest kansrijke gebieden

**Figuur 1: The focus of population health systems**

