Wat leren de experimenten ons over het ontwikkelen van alternatieve bekostiging in de palliatieve zorg?

Promotieonderzoek Caspar Sassen

Slotbijeenkomst experimenten alternatieve bekostiging palliatieve zorg

10 november 2026

Inhoud

- Waarom doen we dit promotieonderzoek?
- Wat hebben we gedaan?
- 7 bevindingen
- Synthese en 3 aanbevelingen voor volgende trajecten



Caspar Sassen



Daniëlle Cattel
co-promotor



Sander Steenhuis
co-promotor



Jeroen Struijs
promotor

Waarom doen we dit promotieonderzoek?

Doel: diepgaand inzicht krijgen in het ontwikkelproces van de alternatieve bekostiging binnen de experimenten.

- Dit onderzoek draagt bij aan een beter begrip van de complexiteit en biedt aanknopingspunten voor een succesvolle ontwikkeling van alternatieve bekostiging, waar dat wenselijk is.
- Daarnaast kunnen onze inzichten bijdragen aan het lerend vermogen van de betrokken partijen, zoals de experimenten en beleidspartijen.

Methode

Wat hebben we gedaan?

Hoe worden alternatieve bekostigingsmodellen voor de palliatieve zorg in de praktijk ontwikkeld, en welke organisatorische, financiële en relationele factoren zijn daarin bepalend?

Dataverzameling 2024–2026 · interviews, observaties en literatuur

3	18	4	30+
experimenten	interviews	themabijeenkomsten	projectbijeenkomsten

Geïnterviewden (n=18)

- Artsen
- Verpleegkundigen
- Projectmanagers
- Directeuren
- Zorginkopers
- Zorgverkopers

Voorbeelden van interviewvragen

- Welke knelpunten spelen er in de huidige bekostiging?
- Wat is de grootste uitdaging in het ontwikkelen van alternatieve bekostiging?
- Wanneer is het experiment een succes?

Data-analyse aan de hand van het NASSS-framework

Nonadoption, Abandonment, Scale-up, Spread, and Sustainability of health and care technologies
(Greenhalgh et al., 2017)

Elk domein kan zijn:

- **Eenvoudig**: Overzichtelijk en voorspelbaar
- **Ingewikkeld**: Meerdere afhankelijke componenten
- **Complex**: Dynamisch, onvoorspelbaar en hoge afhankelijkheid

1. Doelgroep & zorgpad
2. De bekostiging
3. Het verbeterpotentieel
4. De gebruikers
5. De organisaties
6. Het bredere systeem
7. Inbedding en aanpassing over de tijd

1. Doelgroep & zorgpad: kleine patiëntaantallen, verdeeld over veel partijen

- Patiënten waren verdeeld over meerdere zorgaanbieders en verzekeraars.
- Daardoor had iedere partij maar een klein belang, soms één patiënt.
- Weinig partijen vinden het de moeite waard om voor zo'n klein belang iets ingewikkelds op te zetten.

"We hadden misschien te veel vanuit ons ziekenhuis en de zorgverzekeraar gerekend: een paar honderd patiënten. Maar niet gerealiseerd dat daar twintig thuiszorgorganisaties achter zitten. En als je dat door twintig deelt, dan hou je gewoon heel weinig over."

2. De bekostiging: te weinig specialistische kennis in het projectteam

- Experimenten hadden een blanco vel om de bekostiging vorm te geven.
- Dat vraagt om klinische, financiële én juridische kennis. Die was niet altijd aanwezig.
- Hierdoor bleef de bekostiging lang abstract en was die moeilijk te vertalen naar contracten.

“Wat denk ik ontbrak is met name een stukje financiële en juridische kennis. Dat je iemand hebt die meer met een juridische en organisatorische administratieve bril kijkt naar wat dit dan concreet betekent voor een organisatie.”

3. Het verbeterpotentieel: het knelpunt zat minder in de bekostiging dan gedacht

- Uitgangspunt: de huidige bekostiging vormt een groot knelpunt.
- Bij nadere analyse bleek het knelpunt kleiner dan gedacht.
- Zonder duidelijk probleem weinig urgentie om een nieuwe bekostiging door te zetten.
- Dit doet niets af aan de waarde van de zorgpaden.

“Ik dacht gelijk al, waarom doen jullie niet gewoon wat jullie moeten doen? En dan komt dat geld wel.”

4. De gebruikers: alternatieve bekostiging had weinig prioriteit

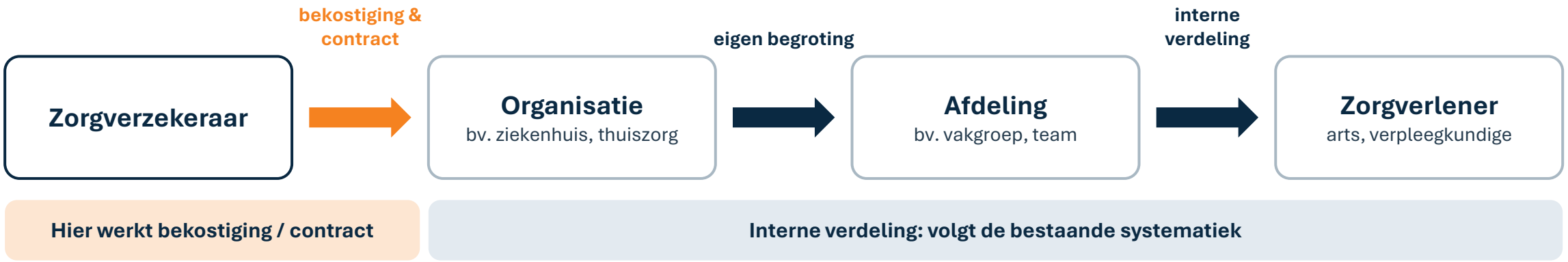
- De gebruikers van de bekostiging: zorgverleners, zorginkopers en zorgverkopers.
- Zorgverleners waren primair gemotiveerd door het zorgpad.
- Voor zorginkopers en zorgverkopers één dossier tussen honderden, met weinig zichtbare meerwaarde en een klein financieel belang.
- De meesten erkenden wel de potentie, maar misten de motivatie om het voortouw te nemen.

“Op inhoud supporten we uiteraard die experimenten, die zijn gewoon super logisch. […] Maar dan kom je weer op dat knelpunt van, ja, eigenlijk is [de huidige bekostiging] al best complex, en hebben mensen gewoon al uitdaging om de bestaande opties te doorleven en toe te passen.”

5. De organisaties: een nieuwe bekostiging werkt niet vanzelf door in de interne verdeling

- Elke betrokken organisatie heeft een eigen financiering en begroting, met een vaste systematiek om geld intern te verdelen, niet per zorgpad.
- Een nieuwe bekostiging vraagt daarom ook intern om herverdeling; anders verandert er voor de zorgverlener weinig.
- Bij deze kleine patiëntaantallen loonde het niet om die interne verdeling aan te passen.

“Je kan niet één op één elke euro op een plek krijgen waar het nodig is. Zo werkt het gewoon niet. Het systeem is daar ook veel te groot voor.”



6. Het bredere systeem: het stelsel trekt terug naar de bestaande bekostiging

- Contracten, declaratie en regelgeving zijn ingericht op bestaande prestaties.
- Het budgettair kader biedt geen extra geld: nieuwe bekostiging vraagt (mogelijk) om herverdeling.
- Volgen niet alle verzekeraars, dan draaien aanbieders twee bekostigingsmodellen naast elkaar.

“Het is gewoon super complex om zoiets te willen implementeren in een wereld die zo anders is ingericht.”

7. Inbedding en aanpassing over de tijd: experimenten werden ingehaald door de tijd

- Tijdens de looptijd kwamen er nieuwe betaaltitels, inkopers, verkopers en bestuurders.
    - Nieuwe betaaltitels maakten het oorspronkelijke probleem kleiner.
    - Door personele wisselingen namen commitment en eigenaarschap af.
- Met een vooraf opgesteld plan van aanpak was het lastig om mee te bewegen met een dynamische omgeving.

“De personen met wie je de aanvraag schrijft en een openingsbijeenkomst hebt, daarvan ben je toch wel overtuigd. […] Iemand die pas na een maand of twaalf aansluit, dat is toch anders.”

Complexiteit per domein

		Eenvoudig	Ingewikkeld	Complex
1	Doelgroep & zorgpad			
2	De bekostiging			
3	Het verbeterpotentieel			
4	De gebruikers			
5	De organisaties			
6	Het bredere systeem			
7	Inbedding en aanpassing over de tijd			

Volgende fase

Op basis van alle voorbeelden uit de interviews en observaties per domein beoordelen hoe complex het ontwikkelen was.

De uitkomsten volgen in onze papers.

Wat hebben de experimenten onder meer opgeleverd?

Ontwikkelde zorgpaden

Drie experimenten ontwikkelden en testten zorgvuldig een nieuwe manier van werken voor palliatieve patiënten en hun naasten.

Samenwerking over grenzen heen

Ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg, hospices en verzekeraars werkten samen aan één zorgpad. De subsidie maakte die coördinatie mogelijk.

Scherper zicht op de bekostiging

Inzicht in waar het knelpunt wél en niet zit, en hoeveel ruimte de huidige bekostiging al biedt voor het nieuwe zorgpad.

Wat nemen we mee naar volgende trajecten?

3 belangrijkste aanbevelingen

1

Begin met een knelpuntenanalyse en verken de ruimte in de huidige bekostiging voordat een experiment van start gaat.

2

Betrek vanaf het begin klinische, financiële en juridische expertise, met een (onafhankelijke) trekker die dit als vak beheerst.

3

Bepaal vooraf wanneer het experiment geslaagd is, met tussen- én einddoelen, en geef ruimte om van koers te veranderen.

Bedankt!

Meer weten over ons onderzoek?

Caspar Sassen, Daniëlle Cattel, Sander Steenhuis, Jeroen Struijs

Voor vragen kunt u contact opnemen via **c.c.sassen@lumc.nl**

Zodra onze papers klaar zijn, brengen we ze onder de aandacht.