

Vechten of samenwerken?

De effectiviteit van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen op de kosten en kwaliteit van de ziekenhuiszorg



2 juli, 2012

**Afstudeeronderzoek van Paul Verkuijlen
als onderdeel van de master 'Vraagstukken voor beleid en organisatie'
van de studie Sociologie aan de Universiteit Utrecht**

**Begeleider UU: Sanne Smith
Begeleider Twynstra Gudde: Janneke Steijns**



Paul Verkuijlen
Oudwijkerveldstraat 29
3581 JH Utrecht
Email: paulverkuylen@hotmail.com
Telefoon: 06-24700298
Studentnummer: 3811549

Proloog

De voorliggende studie betreft een onderzoek naar de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen in het streven naar innovaties binnen het zorglandschap. De studie maakt duidelijk hoe zorgverzekeraars de rol van innovatoren in de zorg oppakken in hun samenwerking met ziekenhuizen, zoals ze die van de overheid hebben toebedeeld gekregen. De samenwerkingsstrategie van zorgverzekeraars met ziekenhuizen wordt gekoppeld aan de ervaren prestaties van ziekenhuizen. Met deze studie kan een beeld worden geschetst van de rollen en verhoudingen in het ziekenhuislandschap. Het geeft een beeld van de transitiefase zoals die is ontstaan na de invoering van de Zorgverzekeringswet en daarmee de marktwerking in de ziekenhuiszorg in 2006. Het onderbouwde advies van deze studie zal zorgverzekeraars en ziekenhuizen kennis ter beschikking stellen om hun samenwerking met ziekenhuizen meer constructief in te richten. Hiermee kunnen zorgverzekeraars in samenwerking met ziekenhuizen effectiever tot vernieuwingen binnen het ziekenhuislandschap komen.

De wetenschappelijke studie is uitgevoerd bij organisatieadviesbureau Twynstra Gudde te Amersfoort gedurende de periode februari tot en met juni 2012. Het betreft een afstudeerproject vanuit de sociologiemaster 'Vraagstukken voor beleid en organisatie' aan de Universiteit Utrecht. Voor de totstandkoming van dit onderzoek wil ik graag Twynstra Gudde en de Universiteit Utrecht bedanken voor de gecreëerde mogelijkheden, maar meer in het bijzonder nog de mensen die me hebben geholpen en gesteund op het pad naar dit eindproduct. Sanne Smith dank ik voorop voor haar scherpheid en betrokkenheid, Janneke Steijns voor de geboden ruimte in mijn onderzoek en ondersteuning van gemaakte keuzes, Suzanne Westland en Leonie Broeze voor de blikjes- en koffiedates tijdens kantoordagen, mijn ouders voor de emotionele en, niet geheel onbelangrijk, financiële ondersteuning en ten slotte alle mensen die hebben willen participeren in mijn onderzoek.

Dit is waar mijn studieloopbaan eindigt en een carrière begint. Moge dit afstudeerproject een voorbode zijn van de ervaring die ik in de toekomst mag opdoen.

Paul Verkuijlen

Samenvatting

In de periode van februari tot juli 2012 is deze studie naar de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen uitgevoerd. De studie is een onderdeel van de master 'Vraagstukken voor beleid en organisatie' aan de Universiteit Utrecht. Organisatieadviesbureau Twynstra Gudde te Amersfoort heeft het onderzoek gefaciliteerd en met begeleiding ondersteund.

Het onderzoek vindt plaats in een periode waarin er veel maatschappelijke onrust is over de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet, waarbij marktwerking in het Nederlandse zorgstelsel is geïntroduceerd. Bij de invoering werd verondersteld dat concurrentie tussen zorgverzekeraars zou leiden tot kostenbeperking en kwaliteitsverhoging van de zorg. In een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord tussen overheid, ziekenhuizen en zorgverzekeraars is in 2011 afgesproken dat zorgverzekeraars de leiding zullen nemen in het sturen op een doelmatige inrichting van het zorglandschap, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn. Dit onderzoek probeert een antwoord te geven op de vraag in hoeverre deze kostenbeperking en kwaliteitsverhoging in de ziekenhuiszorg als gevolg van de aansturing door zorgverzekeraars heeft plaatsgevonden en welke factoren in de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen hierop van invloed zijn.

Voordat de effecten van de samenwerking worden onderzocht, wordt eerst antwoord gegeven op de vraag die vooraf gaat aan de effectanalyse: *Hoe pakken zorgverzekeraars hun regisserende rol op in het beperken van de kosten en het verhogen van de kwaliteit van ziekenhuiszorg?* Met deze vraag moet worden vastgesteld of zorgverzekeraars verschillen in de wijze waarop ze het ziekenhuislandschap benaderen. De vraag is beantwoord aan de hand van een kwalitatieve analyse van twee semigestructureerde expertinterviews met twee verschillende zorgverzekeraars. In deze gesprekken is een verschil waargenomen in de strategische samenwerking van zorgverzekeraars met ziekenhuizen. De regierol van zorgverzekeraars wordt op deze wijze verschillend ingevuld, waarbij ziekenhuizen in de samenwerking in meer of mindere mate worden betrokken bij keuzes tot de inrichting van de Nederlandse ziekenhuiszorg. Er is een verschil waar te nemen tussen zorgverzekeraars met een meer hiërarchische samenwerking en zorgverzekeraars met een meer horizontale samenwerking als uitgangspunt.

Nadat het verschil in strategische samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen is vastgesteld, is de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord: *In hoeverre en waarom is de samenwerking van zorgverzekeraars met ziekenhuizen van*

invloed op de ervaren prestaties van ziekenhuiszorg? Met behulp van twee traditionele theorieën, de transactiekosten- en de organisatieleertheorie, is allereerst een theoretisch kader geschetst van samenwerkingsrelaties tussen organisaties en de potentiële opbrengsten voor de individuele organisaties. Met een praktisch, integraal model van Kaats & Opheij (2011) zijn de samenwerkingsindicatoren opgesteld die kwantitatief zijn getoetst aan de ervaren prestaties van ziekenhuiszorg. Voorafgaande aan deze toetsing zijn alle bestuurders van de 88 algemene en academische ziekenhuizen met een schriftelijke enquête en inleidende brief benaderd, waarvan uiteindelijk 54 ziekenhuizen in de analyse zijn terechtgekomen. De ziekenhuizen bleken wat betreft hun dominante zorgverzekeraar representatief voor het Nederlandse ziekenhuislandschap.

De vijf samenwerkingsindicatoren gedeelde ambitie, ruimte voor belangen, vertrouwen, organisatie en proces blijken geen invloed te hebben op de door de ziekenhuisbestuurders ervaren kostenbeperking van de ziekenhuiszorg. Gedeelde ambities en aandacht voor processtructurering blijken echter wel degelijk bij te dragen aan een ervaren kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg. Opvallend is dat vertrouwen in de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen minder snel leidt tot een kwaliteitsverbetering in een ziekenhuis dan wanneer er weinig vertrouwen in deze relatie is.

Met dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de focus van zorgverzekeraars moet liggen op kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg. Aandacht moet worden besteed aan het ontwikkelen van een gedeelde ambitie in een betekenisvol en gestructureerd proces. Uit dit onderzoek blijkt dat de meerderheid van de ziekenhuizen geen tot weinig procesregie vanuit zorgverzekeraars ervaart. Hier is veel winst te behalen voor zorgverzekeraars. Ten slotte is er enerzijds de bevinding van een negatieve relatie tussen vertrouwen en ervaren kwaliteitsverbeteringen en anderzijds het ontbrekende effect van ruimte voor belangen op ervaren kwaliteitsverbeteringen. De bevindingen kunnen hiermee aantonen dat een eenzijdige samenwerkingsstrategie vanuit zorgverzekeraars wel degelijk effectief kan zijn op kwaliteitsverbeteringen in de ziekenhuiszorg. Gezien het grote aandeel ziekenhuizen met een negatieve houding naar marktwerking in de ziekenhuiszorg is het voor zorgverzekeraars echter aan te bevelen het draagvlak van de ziekenhuizen in een betekenisvol gesprek op te zoeken.

Inhoudsopgave

| | | |
|--------------------|---|-----------|
| Hoofdstuk 1 | Inleiding..... | 7 |
| 1.1 | Een maatschappelijk probleem: Stijgende zorgkosten..... | 7 |
| 1.2 | Het huidige systeem van de gezondheidszorg..... | 9 |
| 1.3 | Strategische keuzes van zorgverzekeraars en ziekenhuizen | 10 |
| 1.4 | Maatschappelijke relevantie | 12 |
| 1.5 | Wetenschappelijke relevantie..... | 12 |
| 1.6 | Beschrijvende onderzoeksvraag | 14 |
| 1.7 | Verklarende onderzoeksvraag | 14 |
| 2.1 | Een economisch perspectief op samenwerken: Transactiekostentheorie... .. | 16 |
| 2.2 | Een organisatieperspectief op samenwerken: Organisatie (leer-) theorie .. | 18 |
| 2.3 | Een samenhangende kijk op samenwerkingsverbanden..... | 21 |
| 2.3.1 | Ambitie..... | 22 |
| 2.3.2 | Belangen | 23 |
| 2.3.3 | Relatie | 24 |
| 2.3.4 | Organisatie..... | 24 |
| 2.3.5 | Proces..... | 25 |
| Hoofdstuk 3 | Methode van onderzoek | 26 |
| 3.1 | Onderzoeksmodel | 26 |
| 3.2 | Dataverzameling..... | 27 |
| 3.3 | Representativiteit..... | 29 |
| 3.4 | Analysestrategie kwalitatieve analyse | 30 |
| 3.5 | Analysestrategie kwantitatieve analyse..... | 30 |
| 3.6 | Operationalisatie afhankelijke variabele | 31 |
| 3.7 | Operationalisatie onafhankelijke variabelen | 31 |
| 3.7.1 | Ambitie..... | 32 |
| 3.7.2 | Ruimte voor belangen..... | 32 |
| 3.7.3 | Relatie | 33 |
| 3.7.4 | Organisatie | 34 |
| 3.7.5 | Proces..... | 35 |
| 3.8 | Operationalisatie controlevariabelen | 35 |
| 3.9 | Representatie | 39 |
| Hoofdstuk 4 | Resultaten | 42 |
| 4.1 | Resultaten kwalitatieve analyse..... | 42 |
| 4.2 | Resultaten kwantitatieve analyse | 49 |
| 4.2.1 | Beschrijvende resultaten | 49 |
| 4.2.2 | Resultaten bivariate analyse..... | 55 |
| 4.2.2 | Resultaten regressieanalyse | 57 |
| Hoofdstuk 5 | Conclusie & discussie | 64 |
| Hoofdstuk 6 | Aanbevelingen | 68 |

Hoofdstuk 1 Inleiding

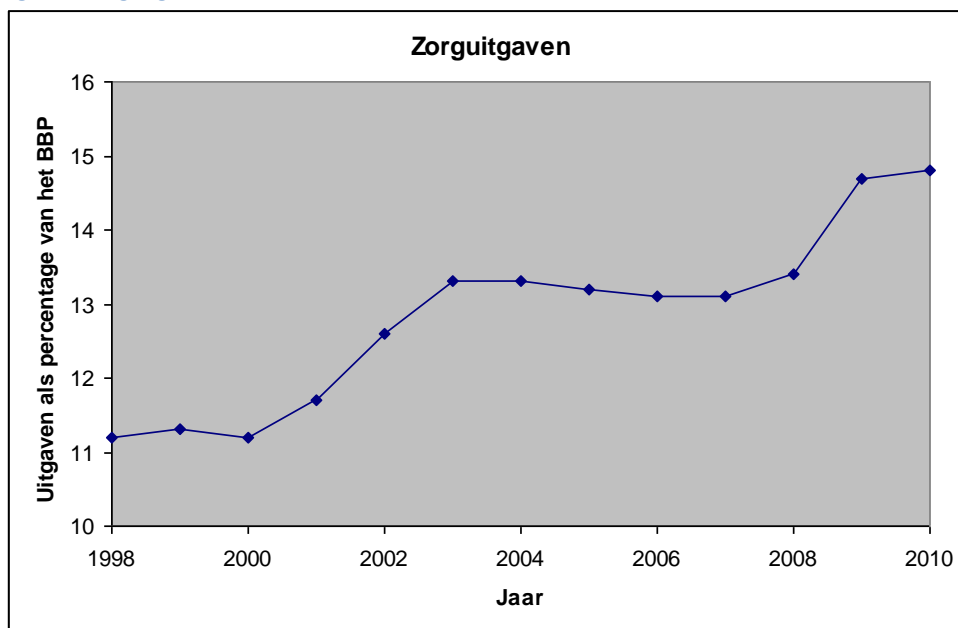
Inleiding

De zorgbranche zit in een transitiefase waarin het de collectieve uitgaven probeert te beheersen. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, laat de overheid steeds meer marktmechanismen in de zorg toe. In deze transitiefase doen nieuwe financieringsvormen hun intrede, krijgen partijen nieuwe verantwoordelijkheden en verschuiven de machtsposities binnen het zorglandschap. Een nieuwe werkelijkheid dient zich aan, waarin nieuwe samenwerkingsverbanden tussen onder andere verzekeraars, ziekenhuizen, huisartsen en patiënten ontstaan. In dit onderzoek ligt de focus op de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en de mogelijke gevolgen van deze samenwerking op de ervaren kostenbeperking en kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg. In deze inleiding zal de context worden beschreven van de transitiefase. Hierbij worden de oorzaken besproken die hebben geleid tot de huidige ontwikkelingen in de zorgsector. Daarnaast zal een context worden geschetst van de afhankelijkheden binnen het huidige zorgsysteem met speciale aandacht voor de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Uit de maatschappelijke en wetenschappelijke relevante zullen ten slotte de probleemstelling en de onderzoeksvragen van dit onderzoek volgen.

1.1 Een maatschappelijk probleem: Stijgende zorgkosten

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2006, is een definitieve stap gezet richting meer particularisatie in de zorg. Deze herstructureringsmaatregel tot meer marktmechanismen in het zorglandschap is een poging tot het betaalbaar houden van de toenemende zorgvraag. De uitgaven per hoofd van de bevolking groeiden de afgelopen vijf jaren jaarlijks met 3,1 tot 6,4%. Deze exponentiële groei van de zorgkosten wordt op termijn onhoudbaar voor het sluitend maken van de rijksbegroting. In figuur 1 is te zien hoe een steeds groter deel van het Bruto Binnenlands Product (BBP), het nationale inkomen, wordt ingenomen door de collectieve zorguitgaven (CBS, 2012).

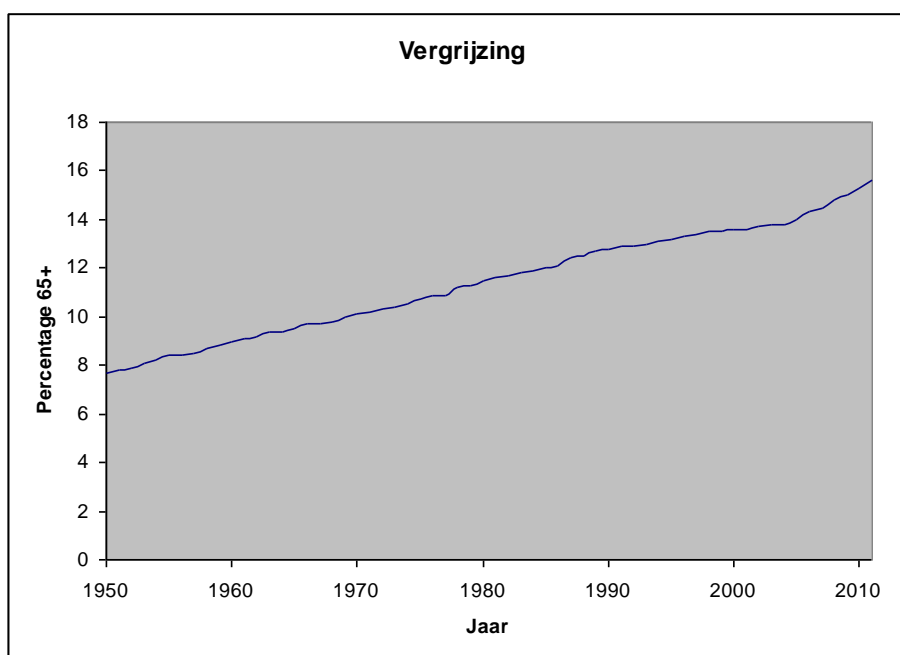
Figuur 1 Zorguitgaven



Bron: CBS, 2012

De oorzaak van deze groei van de vraag en kosten in de zorg is drieledig; demografisch, sociaal-economisch en technologisch. De eerste oorzaak betreft de demografische, namelijk de toenemende vergrijzing (zie figuur 2) en ontgroening van de Nederlandse samenleving. Door het stijgende aandeel ouderen in de Nederlandse populatie en de grotere vraag naar zorg die deze ouderen met zich meebrengen, zal de collectieve financiering van de zorg ook een zwaardere stempel op het bruto nationaal product drukken (RVZ, 2011).

Figuur 2 Vergrijzing



Bron: CBS, 2012

De tweede oorzaak is sociaal-economisch van aard, te weten de toenemende individualiteit en diversiteit in de samenleving. De toegenomen welvaart en beschikbaarheid van informatie maakt burgers bewust en veeleisend ten aanzien van het beschikbare zorgaanbod. Het zorgaanbod moet hiermee aan een grote, diverse vraag voldoen van een divers collectief van individuen. Een vraag die onontkomelijk leidt tot een groei van de zorgkosten (RVZ, 2011).

De derde en laatste oorzaak vindt zijn oorsprong in de technologische ontwikkelingen van de afgelopen decennia. Deze technologische voortgang maakt het zorgaanbod meer uitgebreid en meer gespecialiseerd. Steeds meer Nederlanders hebben één of meer chronische aandoeningen; dit geldt zowel voor jong als oud (NVZ, 2010). Aandoeningen die vroeger niet als dusdanig werden gediagnosticeerd krijgen tegenwoordig uitgebreide behandelingen. Behandelingen die vroeger onmogelijk waren, zijn tegenwoordig met complexe, dure apparatuur en medicijnen toegankelijk. Daarnaast zijn onbehandelbare aandoeningen van vroeger geworden tot chronische aandoeningen die een langdurig beroep doen op het zorgaanbod. Ten slotte komen er mede door de internationalisering van het zorgaanbod, meer zorgaanbieders die bereid zijn tegemoet te komen aan de oneindige zorgvraag van de burger (RVZ, 2011).

De zorgverzekeraars zijn in een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord samen met overheid en zorgaanbieders een 'inspanningsverplichting' aangegaan om in de periode 2012-2015 een trendbreuk in de collectieve zorguitgaven te forceren. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 is afgesproken dat de zorgverzekeraars zullen "sturen op een doelmatige inrichting van het zorglandschap, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn" (VWS, 2011). Met dit akkoord wordt van zorgverzekeraars verwacht de leiding te nemen in het innoveren van het zorglandschap.

1.2 Het huidige systeem van de gezondheidszorg

De Zorgverzekeringswet heeft geleid tot het huidige systeem in de gezondheidszorg. Er is sprake van een gereguleerde vrije markt, waarbij de Nederlandse Zorgautoriteit toeziet op ongewenste effecten van het marktfunctioneren (NZa, 2012). Er zijn in dit systeem drie zorgmarkten actief, namelijk:

- de zorgverleningsmarkt: zorgaanbieders verlenen zorg aan patiënten;
- de zorginkoopmarkt: zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders;
- de zorgverzekeringsmarkt: consumenten sluiten verzekeringen af die door zorgverzekeraars worden aangeboden.

De verschillende deelmarkten zijn met elkaar verbonden. In het systeem kopen zorgverzekeraars bij zorgaanbieders zorg in op de zorginkoopmarkt, op basis van de prijs, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Burgers kunnen de zorgverzekeraars beoordelen en op de zorgverzekeringsmarkt een zorgverzekering kiezen. De burgers kunnen met hun zorgverzekering zorg consumeren op de zorgverleningsmarkt. Indien burgers niet tevreden zijn over de zorgverzekering en de hiermee verkregen zorg, kunnen ze bij de zorgverzekeraar aandringen op verbeteringen of simpelweg overstappen naar een andere zorgverzekering. Hiermee moet de zorgverzekeraar geprikkeld worden om betere zorg voor een lagere prijs in te kopen. Deze zorgverzekeraar moet op zijn beurt zorgaanbieders prikkelen tot betere zorg en een lagere prijs (Zorgbalans, 2012). Dit onderzoek richt zich hoofdzakelijk op de zorginkoopmarkt.

Met de hoogte van de premies, service en de aangeboden zorg, kunnen zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de gunst van de zorgverzekerden. Door relatief goedkope en kwalitatief hoogwaardige zorg in te kopen bij zorgaanbieders, kunnen zorgverzekeraars de hoogte van de zorgpremies scherp houden. Ze kunnen deze goedkope, kwalitatief hoogwaardige zorg en scherpe premies enkel bewerkstelligen door in de onderhandelingen met zorgaanbieders aan te sturen op een efficiënter en effectiever zorgaanbod vanuit de zorgaanbieders. Per 1 januari 2012 zijn de vrij onderhandelbare ziekenhuisbehandelingen in het zogenaamde B-segment uitgebreid (Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord, 2011). Zorgverzekeraars hebben hiermee meer mogelijkheden gekregen om invloed uit te oefenen op het ziekenhuisaanbod. Het machtscentrum bevindt zich in theorie bij de zorgverzekeraar, maar deze kan enkel opereren met het draagvlak van patiënten, overheid, huisartsen, specialisten en ziekenhuizen.

1.3 Strategische keuzes van zorgverzekeraars en ziekenhuizen

In de zorgsector heerst het paradigma van spreiding en concentratie in het zorglandschap (RVZ, 2011). Zorgverzekeraars proberen met hun eigen specifieke normen en strategische doelen in meer of mindere mate aan te sturen op spreiding en concentratie van zorg. Door concentratie van hoogcomplexe zorg in enkele, centraal gelegen ziekenhuizen in het land kunnen efficiëntievoordelen worden behaald. Met spreiding moet de zorg dichterbij mensen in de buurt komen. Laagcomplexe zorg uit ziekenhuizen moet worden gesubstitueerd naar (goedkopere) lagere lijnszorg, bijvoorbeeld naar buurtgezondheidscentra. In de hedendaagse gezondheidszorg nemen alle partijen nieuwe posities in.

Het marktmechanisme zorgt ervoor dat zorgverzekeraars met hun inkoop het ziekenhuislandschap kunnen herstructureren. De strategieën die hieruit voortvloeien

variëren van marktgericht tot planmatig, van afwachtend tot vooruitstrevend, van passief tot agressief, etc. Zorgverzekeraars zijn al begonnen met het selectief contracteren van zorgaanbieders. Zorgverzekeraar Menzis koopt selectief in voor heupoperaties, behandelingen van rughernia's en het knippen van amandelen (Financieel Dagblad, 2011). Zorgverzekeraar CZ heeft dergelijke selectieve zorginkoop al doorgevoerd voor behandelingen van borstkanker, blaasverwijdering en bariatric. Het vervolgt deze vorm van selectieve inkoop voor behandelingen van de amandelen en spataderen (CZ, 2012). Ook andere zorgverzekeraars kopen in meer of mindere mate hun zorg selectief in (FD, 2010). Zorgverzekeraar CZ gaat zelf over tot een nieuw middel: het veroorzaken van wachtlijsten voor de negen meest voorkomende medische ingrepen in slecht presterende ziekenhuizen. Met dit middel wordt geprobeerd de patiëntenstromen te sturen waarmee ziekenhuizen worden gedwongen tot het verlenen van betere zorg (NRC, 2012).

Ook zijn er meerjarige samenwerkingscontracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, waarbij zorgverzekeraars intensievere samenwerkingsafspraken maken over de kwaliteit en beprijzing van zorg. Een voorbeeld hiervan is de meerjarensamenwerkingsafpraak voor inkoop en levering van medisch specialistisch zorg tussen CZ en het Laurentius Ziekenhuis in Roermond (Zorgvisie, 2012).

Zorgverzekeraar De Friesland noteert in zijn maatschappelijk jaarverslag van 2010 het doel tot co-creatie met zorgaanbieders. Het wil focussen op zorginkoop, de ontwikkeling van kostenbesparende initiatieven en lobby. Samenwerking met zorgaanbieders en stakeholders voor onder meer ontwikkeling nieuwe zorgconcepten, is één van de tien strategische keuzes (De Friesland, 2011).

Sommige zorgverzekeraars stellen een fonds samen om innovatie in de zorgsector te stimuleren. Zorgaanbieders kunnen aanspraak maken op een dergelijk fonds om veelbelovende technieken voor aandoeningen als hartfalen, longziekten, diabetes, kanker en dementie aan te schaffen. Achmea wil op deze wijze, in samenwerking met andere investeerders, de zorg betaalbaar houden (Achmea, 2011).

Ten slotte moet worden opgemerkt dat een strategie van een zorgverzekeraar meer effectief zal zijn, indien de zorgverzekeraar een groter marktaandeel in de regio van een bepaalde zorgaanbieder heeft. Met het grotere marktaandeel van de zorgverzekeraar kan deze meer macht uitoefenen op de zorgaanbieder. De macht van de zorgaanbieder is in deze omgekeerd evenredig aan de macht van de zorgverzekeraar. De andere zijde van de medaille is dat naarmate zorgverzekeraars een groter marktaandeel hebben in een bepaald ziekenhuis, ze ook meer rekening moeten houden met het ziekenhuis en het bijbehorende klantenbestand. Naarmate

er in een regio meer zorgverzekeraars zijn om de markt te bespelen, is een zorgaanbieder uit deze regio minder afhankelijk van één of enkele machtige zorgverzekeraars. De zorgaanbieder zal dan ook vrijer zijn in de eigen te bepalen strategie ten opzichte van de zorgverzekeraars.

Er zijn diverse strategieën van de zorgverzekeraars de revue gepasseerd, die allen een andere strategische benadering tot zorgaanbieders vragen. Uiteindelijk zijn het allemaal strategieën van verschillende partijen waarin hetzelfde doel wordt nagestreefd, namelijk een efficiëntere gezondheidszorg.

1.4 Maatschappelijke relevantie

Met de toenemende invloed van de zorgverzekeraars op de zorg neemt ook de maatschappelijke weerstand ten aanzien van het 'nieuwe' zorgsysteem toe. In de lijsttrekkersverkiezing van de PvdA gaf huidig fractievoorzitter Diederik Samson aan de marktwerking in de zorg terug te willen draaien (Pauw & Witteman, 2012). Hij stelt met zijn partij dat de marktwerking tot extra zorgkosten heeft geleid (PvdA, 2012). Met de stijgende zorgkosten vinden dergelijke standpunten in toenemende mate hun weerklank in de samenleving. De vraag die na zes jaar Zorgverzekeringswet over dit omvattende maatschappelijke vraagstuk mag worden gesteld, volgt als vanzelfsprekend uit het voorgaande: Wat is het effect van de zorgverzekeraars op het ziekenhuisaanbod? Wat is het effect van de zorgverzekeraars op de kosten en kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen? Heeft de zorgverzekeringswet gebracht wat het beoogde te bewerkstelligen? Het is belangrijk om te bepalen welke richting het Nederlandse beleid omtrent de gezondheidszorg inslaat: gaan we richting meer marktwerking of moet de overheid een grotere rol krijgen? Met het gevallen kabinet Rutte is de richting naar meer marktwerking ingezet, door de weg vrij te banen voor private investeringen in ziekenhuizen (Rijksoverheid, 2012). Na de val van het kabinet zal in de komende verkiezingscampagne een toenemende rol van de overheid in de gezondheidszorg de inzet zijn van linkse partijen. Met deze belangrijke keuze in het verschiet is dit onderzoek naar de invloed van de zorgverzekeraar op de ziekenhuiszorg verhelderend en bruikbaar. Gezien de huidige koers van het beleid kan dit onderzoek bijdragen aan een succesvolle samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen ter bewerkstelling van een goedkopere en kwalitatief hoogwaardigere ziekenhuiszorg.

1.5 Wetenschappelijke relevantie

Strategische samenwerkingsverbanden tussen organisaties, zoals tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, zijn voor deze organisaties in een globaliserende, concurrerende wereldmarkt in toenemende mate van belang. Organisaties kunnen

in deze allianties competitieve voordelen behalen door markttoegang, schaalvoordelen en competentieontwikkeling. Deze gezamenlijke voordelen kunnen in een alliantie sneller, met minder kosten, met grotere flexibiliteit en met minder risico worden bewerkstelligd, in vergelijking met een 'going alone'-strategie (Larsson et. al, 1998).

De literatuur beschrijft vaak onderzoeken over de samenwerking tussen bedrijven in de vorm van joint-ventures of technologische samenwerkingsverbanden (Child, Faulkner & Tallman, 2005; Inkpen & Beamish, 1997; Hagedoorn & Schakenraad, 1994; Powell, Koput & Smith-Doerr, 1996; Stuart, 2000). Deze horizontale samenwerkingsverbanden zijn eenvoudiger te onderzoeken doordat ze analytisch meer vergelijkbaar zijn. De samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen berust in theorie op een hiërarchisch samenwerkingsverband. Deze samenwerkingsverbanden zijn minder vaak onderzocht, doordat de wederzijdse afhankelijkheden en verhoudingen moeilijk in kaart zijn te brengen (inclusief de rol van de overheid) en vervolgens moeilijk zijn te vergelijken en generaliseren naar andere hiërarchische samenwerkingsverbanden. De samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen is vrij uniek en hiermee moeilijk in te delen binnen bestaande theoretische demarcaties.

Er zijn enkele traditionele theorieën die hun licht werpen op samenwerkingsvraagstukken. De bekendste zijn de transactiekostentheorie (Williamson, 1985), de speltheorie (Axelrod 1984; Parkhe, 1993), de hulpbronnentheorie (Das & Teng, 2000) en de organisatieleertheorie (Hamel, 1991; Inkpen, 2002; Slater & Narver, 1995). Deze theorieën zijn bruikbaar gebleken bij het beschrijven en verklaren van samenwerkingsverbanden. De traditionele theorieën komen dan ook vaak terug in de samenwerkingsliteratuur.

De onderzoeken gericht op interorganisationele samenwerking hebben betrekking op dimensies en eigenschappen van organisaties, relaties, contexten en (evolutionaire) processen (Cropper et. al, 2008). Dit onderzoek richt zich op de relatie tussen organisaties. Er zijn vele invalshoeken waarop een samenwerkingsrelatie kan worden benaderd en er zijn vele facetten van de samenwerkingsrelatie die kunnen worden belicht. Er zijn weinig studies te vinden die een omvattend, integraal model van samenwerking hanteren. In deze studie zal daarom een model worden gebruikt waarbij verschillende facetten van samenwerking in een congruent geheel worden geplaatst. Op deze wijze kan de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen vanuit een zo breed mogelijk perspectief worden geanalyseerd. Hiermee overstijgt de studie de meer gedifferentieerde literatuur.

Deze studie vormt daarnaast een toevoeging aan de bestaande literatuur door te onderzoeken in hoeverre de samenwerking tussen organisatie effect sorteert in de ziekenhuiszorg. Onderzoeken naar de voordelen van allianties voor individuele organisaties zijn theoretisch gebaseerd op een leereffect tussen organisaties (organisatieleertheorie) en zijn bovendien erg spaarzaam (uitzonderingen hierin zijn Hagedoorn & Schakenraad, 1994; Shan, Walker, & Kogut, 1994; Powell, Koput, & Smith-Doerr, 1996; Mitchell & Singh, 1996; Stuart, 2000). Deze studie levert een bijdrage aan de bestaande literatuur door het effect van afzonderlijke samenwerkingsindicatoren op de ervaren prestatie van ziekenhuiszorg te toetsen.

1.6 Beschrijvende onderzoeksvraag

Deze studie beslaat een onderzoek naar de invloed van de samenwerking van zorgverzekeraars met ziekenhuizen op de prestaties in ziekenhuizen. Dit onderzoek focust zich op het beperken van de kosten en het verhogen van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. De eerste beschrijvende vraag die met dit onderzoek wordt beantwoord, luidt als volgt: *Hoe pakken zorgverzekeraars hun regisserende rol op in het beperken van de kosten en het verhogen van de kwaliteit van ziekenhuiszorg?*

1.7 Verklarende onderzoeksvraag

Als de beschrijvende vraag is beantwoord, vervolgt het onderzoek met het beantwoorden van een verklarende vraag. De vraag richt zich op de invloed van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen op de prestaties van de ziekenhuiszorg. Aangezien de veranderingen in de prestaties van het ziekenhuisaanbod niet cijfermatig, maar door respondenten wordt vastgesteld, gaat het om de *ervaren* prestaties van ziekenhuizen. De vraagstelling van deze thesis wordt als volgt gedefinieerd: *In hoeverre en waarom is de samenwerking van zorgverzekeraars met ziekenhuizen van invloed op de ervaren prestaties van ziekenhuiszorg?*

Hoofdstuk 2 Theorie & hypothesen

Inleiding

Samenwerkingsverbanden tussen organisaties komen in de globaliserende wereld steeds vaker voor. Met een samenwerkingsverband kunnen organisaties hun hulpbronnen bundelen om kansen in de meer competitieve en internationale markt te benutten (Gulati, 1995). Doelstellingen van organisaties om samenwerking te zoeken met andere organisaties, zijn onder andere te vinden in het reduceren van risico's, schaalvoordelen, toegang tot markten, legitimiteits- en kennisverwerving (Inkpen, 2002). Met de opkomst van de samenwerkingsverbanden tussen organisaties is ook de hoeveelheid theoretisch en empirisch onderzoek ten aanzien van samenwerking tussen organisaties in de afgelopen decennia sterk toegenomen (Cropper, Ebers, Huxham & Smith Ring, 2008; Parkhe, 1993). In de literatuur wordt meestal gesproken van strategische allianties. Parkhe (1991) geeft de volgende definitie van dit begrip: 'Relatief duurzame samenwerkingsverbanden tussen organisaties, waarbij middelen en/of bestuursstructuren van autonome organisaties worden uitgewisseld en verbonden voor het gezamenlijk bereiken van individuele doelen, die zijn verbonden met de bedrijfsstrategie van elke afzonderlijke organisatie.' Deze samenwerkingsverbanden bezitten het kenmerk van een voortdurende gezamenlijke afhankelijkheid. Deze afhankelijkheid betekent dat de ene partij kwetsbaar is voor de ander, wiens gedrag niet onder controle is van de eerste. De samenwerkingsverbanden binden partijen, doordat iedere partij de ander nodig heeft om de eigen belangen te bevoordelen. Deze eigen belangen hangen samen met onzekerheid ten aanzien van het gedrag van de ander, wat partijen kwetsbaar maakt voor opportunistisch gedrag van de ander. De kwetsbaarheid ten aanzien van de andere partij noodzaakt tot ex ante en ex post compenserende maatregelen en afspraken om zich te beschermen tegen dit potentiële opportunistische gedrag van de ander (Parkhe, 1993). Deze kern van samenwerkingsverbanden, datgene wat partijen bindt en wat hun gedrag bepaald, zal theoretisch worden beschreven in paragraaf 2.1 aan de hand van de transactiekostentheorie.

Het mechanisme dat leidt tot een gemeenschappelijke meerwaarde van de samenwerking, zal met de organisatieleertheorie worden beschreven in paragraaf 2.2. De theorie beschrijft hoe organisaties door van elkaar te leren binnen een samenwerking, een hogere opbrengst in hun functioneren kunnen bewerkstelligen.

Nadat een theoretisch beeld is geschetst van een samenwerkingsvraagstuk en een theoretische onderbouwing is gegeven van de potentiële opbrengst van een

samenwerkingsverband, zullen aan de hand van een samenhangend model van Edwin Kaats en Wilfrid Opheij (2011) hypothesen worden afgeleid. De hypothesen geven een verwachting van de invloed van samenwerkingsindicatoren op de *ervaren* prestatie van het samenwerkingsverband tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

2.1 Een economisch perspectief op samenwerken: Transactiekostentheorie

Een theorie die economisch handelen tussen partijen in een markt beschrijft, is de transactiekostentheorie. Deze theoretische benadering oriënteert zich op het sluiten van contracten, overeenkomsten of verbintenissen. Iedere uitwisseling tussen partijen kan worden geformuleerd in termen van contracteringsproblemen en kan worden onderzocht aan de hand van de transactiekosten die met dit handelen gemoeid gaan. Elke overeenkomst kan in termen van transactiekosten worden geanalyseerd (Williamson, 1985). De basale positieve premisse van de transactiekostentheorie is dat transacties zullen plaatsvinden in een vorm waarbij de gecombineerde kosten van de transactie zijn geminimaliseerd (Baron & Kreps, 1999). Binnen de transactiekostentheorie zijn efficiëntievoordelen en kostenreductie de motieven voor samenwerking tussen partners (Child et. al, 2005).

In deze microanalytische benadering zijn de transactiekosten de analyse-eenheid, die worden bepaald door de eigenschappen van de transacties en de bestuurlijke structuren die bij de transacties betrokken zijn. Transactiekosten worden onderscheiden in twee typen, *ex ante* en *ex post* transactiekosten. Bij *ex ante* transactiekosten gaat het om het opstellen, onderhandelen en beschermen van de overeenkomst. *Ex post* transactiekosten dienen zich aan bij heronderhandelingen, het besturen van afwijkingen in afspraken en bij de bindingskosten van het effectueren van overeenkomsten. Een complicerende factor bij de analyse van de transactiekosten, is dat de beide typen transactiekosten van elkaar afhankelijk zijn. Daarnaast zijn transactiekosten moeilijk te kwantificeren. Deze laatste complicerende factor is echter te nuanceren, doordat transactiekosten altijd in een vergelijkend perspectief worden geplaatst. Het gaat hierbij niet om de absolute hoogte van de transactiekosten, maar om het verschil in transactiekosten. Empirisch onderzoek naar transactiekosten probeert dan ook doorgaans niet direct de kosten van relaties te meten. Het onderzoekt of organisatorische relaties (wijze van contractering en aard van bestuurlijke structuren), zoals voorspeld met de transactiekostentheorie, in lijn liggen met de eigenschappen van transacties (Williamson, 1985). Een voorbeeld van dergelijk onderzoek is het te onderzoeken verband naar het aantal voorgaande samenwerkingsverbanden (organisatorische relaties) en de mate waarin de huidige alliantie op een gezamenlijk geïnvesteerd vermogen (eigenschap van transactie) is gebaseerd (Gulati, 1995).

De transactiekostentheorie veronderstelt dat mensen die betrokken zijn bij een uitwisseling, onderworpen zijn aan gebonden rationaliteit. Gedrag heeft de intentie rationeel te zijn, maar wordt hierin beperkt. Mensen kunnen in hun afweging van een keuze niet de volledige situatie overzien, bijvoorbeeld door de complexiteit van een situatie of een onduidelijk toekomstperspectief. Gedrag is daarnaast vatbaar voor opportunisme; het bevoordelen van zichzelf ten koste van de ander in het belang van het eigen korte termijn gewin (Baron & Kreps, 1999). Daarom moeten transacties worden georganiseerd op basis van gebonden rationaliteit om ze tegelijkertijd te beschermen tegen de gevaren van opportunisme (Williamson, 1985). Deze menselijke factoren spelen een grotere rol, indien één of meerdere factoren van een tweede set factoren komen opspelen, namelijk tijd, onzekere of complexe marktcondities, en private informatie (Baron & Kreps, 1999). Namelijk, indien de tijd of marktonzekerheid van een transactie toeneemt, zal een rationele inschatting van deze transactie moeilijker te maken zijn. Indien de private informatie van de organisaties groter is, hebben de organisaties meer inzicht in elkaars beweegredenen en zijn de transactiekosten juist beter af te wegen tegen de baten voor de organisatie.

Naast gebonden rationaliteit en opportunisme, speelt de specificiteit van een transactie een belangrijke rol in de transactiekostentheorie. De specificiteit van een transactie bepaalt de afhankelijkheid van een partij ten opzichte van de andere partij voor het al dan niet aangaan van deze transactie. De afhankelijkheid en daarmee de transactiekosten tussen partijen, kunnen door een partij worden opgeheven, indien deze alle middelen van productie komt te bezitten (unified governance). Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich de simpele, discrete, geïsoleerde, klassieke (markt-)transacties die onafhankelijk van elkaar plaatsvinden tussen partijen. Meestal bevinden partijen zich tussen de extremen van unified governance en klassieke transacties, waarbij uitwisseling tussen partijen plaatsvindt volgens het relationeel contracteren. De middelen zijn in handen van meerdere partijen, die samen door middel van langetermijnsrelaties en reputaties de transactiekosten van onderhandelen en heronderhandelen proberen te verminderen. De partijen hebben met elkaars reputatie en/of gedeelde langdurige relatie, het vertrouwen dat de ander niet opportunistisch zal handelen (Baron & Kreps, 1999).

In hiërarchische (bilaterale) relaties is één van de twee partijen de hiërarchische superieur, die tevens verantwoordelijk is voor de wijze waarop de verbanden worden aangegaan en ingericht. De ander, de hiërarchisch ondergeschikte, kan de relatie verbreken maar is in belangrijke mate afhankelijk van de superieur. De hiërarchische superieur kan op vertrouwen rekenen, doordat deze zijn reputatie heeft te beschermen, zowel bij de hiërarchisch ondergeschikte als in het algemeen

bij een groot aantal andere hiërarchisch onderschikten. Deze hiërarchische bilaterale relatie is het meest toepasselijk als het gaat om de relaties tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen in de gezondheidszorg. Ziekenhuizen zijn afhankelijk van het geld van en de contracten met zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben een dominante positie op de zorginkoopmarkt, waarbij hun verzekerden voor veel ziekenhuizen (afhankelijk van de dominantie van de zorgverzekeraar in de regio van het ziekenhuis) in een belangrijke mate de omzet bepalen. Ziekenhuizen zijn hierdoor in meer of minder mate afhankelijk van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars bepalen de manier waarop de relatie met het ziekenhuis wordt vormgegeven. De zorgverzekeraar heeft in deze relatie echter diens reputatie veilig te stellen. Niet alleen voor de ziekenhuizen in onderhandeling, maar tevens voor alle andere ziekenhuizen en andersoortige zorgcentra in het zorglandschap. Daarnaast zijn zorgverzekeraars van ziekenhuizen afhankelijk doordat ziekenhuizen legitimiteit verschaffen om het zorgaanbod te herstructureren of herinrichten. Bepaalde veranderingen in het zorglandschap zullen immers niet bij alle zorgverzekerden in goede aarde vallen, denk hierbij aan het opheffen van een spoedeisende hulpafdeling in een lokaal ziekenhuis. Andersom kunnen zorgverzekeraars aan ziekenhuizen legitimiteit verschaffen om bepaalde hervormingen in het ziekenhuis door te voeren. In het samenwerkingsverband kan een strategisch en symbolisch blok worden gevormd voor vernieuwingen in de zorg.

2.2 Een organisatieperspectief op samenwerken: Organisatie (leer-) theorie

Bij de studie naar samenwerkingsverbanden gaat de aandacht vaak uit naar organisatorische eigenschappen, zoals de structuren en processen van samenwerkingsverbanden, het netwerk- of quasi-netwerkkarakter van deze verbanden en elementen als controle, autonomie en leren (Child et. al, 2005). Formele samenwerkingsstructuren zijn van belang voor financiële, operationele en technische doeleinden. Binnen een samenwerkingsverband is echter ook de noodzaak tot effectieve, informele informatie-uitwisseling. Deze informele samenwerkingsstructuren zijn niet enkel van belang om de binding en het vertrouwen tussen de partners te stimuleren, maar ook om ervoor te zorgen dat de samenwerking voldoende adaptief is aan haar omgeving. De informatie-uitwisseling is essentieel voor de culturele afstemming tussen de samenwerkingspartners en het leren van elkaar binnen de samenwerking. Deze organisatie van informatie-uitwisseling is te visualiseren als een gemeenschappelijk netwerk met volledig participerende partners, gedeelde belangen en open communicatie (Child et. al, 2005).

Bij een samenwerking komen twee of meerdere organisaties samen vanwege hun verschillende vaardigheden, kennis en strategische complementariteit. De verschillen in kennis en vaardigheden tussen organisaties stimuleren organisaties van elkaar te leren. Een alliantie tussen organisaties kan zo worden gezien als een leerplatform, waarin gezamenlijk waarde wordt gecreëerd (Inkpen, 2002). Een dergelijk leerplatform kan ook tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen worden verondersteld. Het gemeenschappelijke doel van zorgverzekeraars en ziekenhuizen is het reduceren van de zorgkosten en het verhogen van de zorgkwaliteit. De partijen beschikken over verschillende middelen (informatie, kennis, geld, etc.) die kunnen worden gebundeld om tot betere prestaties te komen. Allereerst hebben zorgverzekeraars met hun informatie over de gehele breedte van het zorgveld een vergelijkend perspectief, waarmee ze ziekenhuizen met best practices uit het zorgveld kunnen stimuleren tot zorginnovaties. Ziekenhuizen hebben daarnaast de beschikking over interne informatie van de geleverde zorg en de inrichting van het zorgaanbod. Hiermee beschikken ziekenhuizen over informatie die voor zorgverzekeraars essentieel is om het zorgaanbod te kunnen monitoren.

In de organisatieleertheorie zijn het niet de bestuurlijke vormen of de taakstructuren binnen een samenwerking die worden bestudeerd, maar is de kennis en het leren binnen de samenwerking het object van analyse. Organisationeel leren is een functie van zowel toegang tot nieuwe kennis als het gebruik en opbouwen van deze kennis. Anders gezegd, er moet een onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de toegang tot deze kennis van de partner door middel van afspraken, en anderzijds de internalisatie van deze kennis, het leren. Indien de kennis van een andere organisatie wordt geïnternaliseerd in een organisatie - indien organisaties van elkaar leren in een alliantie - kunnen product-, organisatie- of marktinnovaties worden gestimuleerd (Hamel, 1991). Door van elkaar te leren, kunnen organisaties een gedragsverandering ondergaan die vervolgens kan leiden tot betere prestaties. De algemene veronderstelling die uit deze leertheorie kan worden afgeleid, is dat gedragsverandering de mediërende factor is tussen organisationeel leren en prestatiebevordering (Johnson & Sohi, 2003). Er zijn drie manieren waarop leren het gedrag van de organisatie kan veranderen. Allereerst is er het actiegeoriënteerde leren, waarbij de kennis direct wordt toegepast in het arbeidsproces. Ten tweede is er het leren ten behoeve van kennisverbetering, waarbij kennis de probleemgerichte perspectieven van managers kan beïnvloeden. Hierbij gaat het meer om een indirecte gedragsbeïnvloeding van een organisatie. Ten derde is er het affectieve gebruik van leren om tevredenheid binnen de organisatie te waarborgen (Slater & Narver, 1995).

Allianties kunnen in de organisationele leertheorie een nulsomspel zijn, waarbij de organisatie die het snelste leert het samenwerkingsverband domineert, of een platform voor gezamenlijke waardecreatie. In de praktijk is het moeilijk dit onderscheid te maken (Inkpen, 2002). Hamel (1991) stelt dat alliantieliteratuur bij leren en kennisverwerving tussen organisaties vaak uitgaat van gezamenlijke waardecreatie, waar het in werkelijkheid meestal om het vergroten van de onderhandelingsmacht van individuele organisaties gaat. Hij spreekt van 'competitief leren' en een 'race to learn' ter vergroting van de onderhandelingsmacht van de organisaties binnen de alliantie. Het betreft een uitgangspunt waarbij er niet per definitie sprake is van een win-win-situatie; er ontstaat volgens Hamel echter een onvermijdelijke, instabiele alliantie met winnaars en verliezers. Een premisse van de organisationele leertheorie die hieruit kan worden opgemaakt, is dat partners met het aangaan van een alliantie niet per definitie hun competitieve houding jegens elkaar verliezen (Hamel, 1991). Ook in het zorglandschap is een dergelijke vorm van competitief leren te bemerken. Ziekenhuizen kunnen niet stil blijven staan in het veranderende zorglandschap en zullen hun onderhandelingsmacht behouden of vergroten door allianties met zorgverzekeraars en andere ziekenhuizen aan te gaan. Dit bewustzijn in het zorglandschap stimuleert ziekenhuizen waarde te zoeken in de samenwerking met zorgverzekeraars.

In hoeverre wordt het theoretisch positieve verband tussen samenwerken en hogere (ervaren) prestatie van de organisatieleertheorie empirisch ondersteund? Er zijn wetenschappelijke onderzoeken die een positief verband tussen strategische, organisationele samenwerking en prestaties empirisch aantonen. De theoretische uitgangspunten van deze onderzoeken zijn tevens gebaseerd op de uitwisseling van kennis en het leren van andere organisatie om tot betere prestaties te komen. De Nederlandse onderzoeker Hagedoorn komt regelmatig terug in de samenwerkingsliteratuur over samenwerking *tussen* organisaties. In 1994 publiceert hij met collega Jos Schakenraad het artikel 'The effect of strategic technology alliances on company performance'. In het artikel worden resultaten benoemd van voorgaande empirische studies naar het effect van interorganisationele samenwerking op bedrijfsprestaties. De enige omvattende, voorgaande empirische studie die de onderzoekers in de literatuur hebben kunnen vinden, is de studie van Berg, Duncan en Friedman (1982). Deze studie toont significante verbanden tussen joint-venture indicatoren en de return on investment, oftewel de verhouding tussen het rendement en de investering. Op research & development (R&D) gebaseerde joint ventures hebben een negatief significant effect op de gemiddelde return on investment. Joint ventures die niet zijn gebaseerd R&D, hebben daarentegen juist

een positief significant effect op de rate of return. Hagedoorn & Schakenraad (1994) vinden in hun eigen empirische studie een positief verband tussen strategische R&D-partnerschappen en economische prestatie. Het gaat hier echter niet om een directe effectmeting, maar om een gemeten samenhang.

Stuart (2000) beredeneert dat bedrijven bij het aangaan van een alliantie in de meeste gevallen direct uitgaan van de veronderstelling dat het de deelnemende bedrijven wat oplevert. In het licht van deze natuurlijke associatie vindt hij het opvallend dat er relatief weinig grootschalige onderzoeken zijn die de breed aangehangen assumptie van het voordeel voor participerende bedrijven binnen een strategische alliantie toetsen. Genoemde uitzonderingen hierin zijn de hierboven genoemde studie van Hagedoorn & Schakenraad (1994); Shan, Walker & Kogut (1994); Powell, Koput & Smith-Doerr (1996); Baum & Oliver (1991) en Mitchell & Singh (1996). De studie van Stuart (2000) geeft tevens ondersteuning aan de heersende veronderstelling dat strategische allianties leiden tot een verhoogde prestatie voor de individuele bedrijven. Er moet worden opgemerkt dat in de meeste gevallen van de hierboven genoemde studies sprake is van een onderzoek binnen een (hoog)technologische sector. Een reden hiervoor zijn de vele horizontale allianties binnen deze sector ten behoeve van noodzakelijke technologische innovatie (en dus technologische kennisuitwisseling) bij individuele bedrijven. Een vergelijking met de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen gaat hierin deels, maar zeker niet helemaal op. De technologische innovaties binnen ziekenhuizen zijn immers maar een onderdeel van door de zorgverzekeraar aangestuurde innovaties binnen het ziekenhuislandschap.

2.3 Een samenhangende kijk op samenwerkingsverbanden

Door de vele verschillende perspectieven op samenwerking tussen organisaties, is het moeilijk een omvattende, congruente benadering van samenwerkingsvraagstukken af te leiden. Om dit probleem te overkomen, wordt in dit onderzoek gebruikt gemaakt van een bestaand samenhangend model. Het gebruikte model is de 'Samenhangende kijk op samenwerkingsverbanden' uit het boek 'Leren samenwerken tussen organisaties' (Kaats & Opheij, 2011). Het model, het kijkglas of de lens van samenwerking (figuur 3), is ontwikkeld door Edwin Kaats en Wilfrid Opheij van het organisatieadviesbureau Twynstra Gudde gevestigd in Amersfoort. Er is om twee redenen voor dit specifieke samenwerkingsmodel gekozen. Allereerst is het model tot stand gekomen als gevolg een wetenschappelijke studie van de schrijvers. Het model komt hiermee voort uit een analyse van diverse stromingen uit de samenwerkingskunde. Ten tweede is het model opgebouwd uit eigen inzichten en ervaringen, onderzoek en best practices,

waardoor het een sterk praktijkgericht model is (Kaats & Opheij, 2011). Omdat deze eindverhandeling onder Twynstra Gudde wordt uitgevoerd, is het van belang dat het onderzoek naar de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen niet alleen een wetenschappelijke bijdrage kan leveren, maar ook een praktische toepassing kan leveren voor de stage-organisatie. Indien het onderzoek kan worden geduid volgens het gebruikte begrippenkader van het bedrijf, draagt dit bij aan de praktische toepasbaarheid van dit wetenschappelijk onderzoek.

In dit model zijn vijf invalshoeken van samenwerking opgenomen, te weten ambitie, belangen, relatie, organisatie en proces (zie figuur 3). Deze vijf verschillende invalshoeken zullen kort worden toegelicht. Aan de hand van de vijf indicatoren en de eerder beschreven theorieën zullen hypothesen worden opgesteld. De hypothesen hebben betrekking op het perspectief van de ziekenhuizen. In dit onderzoek worden de ziekenhuizen bevraagd naar hun samenwerking met zorgverzekeraars; op basis van deze data wordt de toetsing van de hypothesen uitgevoerd.

Figuur 3 Een samenhangende kijk op samenwerking



Bron: Kaats & Opheij (2011)

2.3.1 Ambitie

Samenwerking geschiedt enkel indien het iets oplevert voor beide partijen. Met de transactiekostentheorie is in paragraaf 2.1 beredeneerd dat actoren rationeel handelen en eerder samenwerken naarmate de transactiekosten van samenwerken lager zijn dan de opbrengsten van de samenwerking. Tegenover de kosten van de samenwerking moet voor beide partijen een opbrengst in het vooruitzicht liggen. De

samenwerking moet - anders geformuleerd - van betekenis zijn voor ieder van de samenwerkingspartners. Een samenwerkingsverband is hiermee een proces van betekenisgeving. Bij het komen tot een gemeenschappelijke betekenis van een nieuwe werkelijkheid, is een gedeelde ambitie in het samenwerkingsverband essentieel. Onder deze ambitie verstaat men een combinatie van doelen, missie en strategie die binnen de organisatie breed gedragen en begerig nagestreefd en nageleefd wordt (Weggeman, 1995; Kaats & Opheij, 2011). Door in gesprek te gaan naar aanleiding van een kans of een vraagstuk en interactie te zoeken naar een passende vorm of duurzame oplossing kan een gezamenlijke ambitie worden geformuleerd waarmee partners zich kunnen binden. In het gesprek moet spraakverwarring en ambiguïteit ten aanzien van elkaars ambities worden opgehelderd (Bremekamp, Kaats, Opheij, & Vermeulen, 2009). Een ambitie moet zowel voor de betrokken personen als hun organisaties van betekenis zijn. De ambitie moet in het verlengde liggen van de strategie van de organisaties (Kaats & Opheij, 2011). Indien de ambitie van de afzonderlijke samenwerkingspartners met elkaar wordt gedeeld, verwachten we daarom: *Naarmate de ambitie van zorgverzekeraars meer met die van ziekenhuizen wordt gedeeld, zullen de ervaren prestaties van ziekenhuiszorg hoger zijn (H1).*

2.3.2 Belangen

In een samenwerking hebben de alliantiepartners belangen. In de samenwerking moeten de partners komen tot oplossingen die recht doen aan ieders belangen en oplossingen die beter zijn dan ieder individueel had kunnen bedenken of zou kunnen realiseren. Met de organisatieleertheorie is in paragraaf 2.2 beargumenteerd dat informatie-uitwisseling in een gemeenschappelijk netwerk essentieel is voor een gemeenschappelijke opbrengst in een samenwerkingsverband. Volledige participerende partners, gedeelde belangen en open communicatie zijn hierbij van groot belang (Child et. al, 2005). Indien partijen moeten samenwerken, is het niet voldoende om op basis van machtsverhoudingen of stemverhoudingen te bepalen wat de oplossing is. In dit geval worden immers enkel de belangen van de machtigste gediend, in dit onderzoek de regisserende zorgverzekeraar. Volgens het principe van mutual gains is het zaak om in de samenwerking de best mogelijke oplossing voor iedereen te zoeken (Kaats & Opheij, 2011). In het zoeken naar de best mogelijke oplossing voor iedereen, moet het eigenbelang worden overstegen waarbij ruimte ontstaat voor het belang van de ander. Oftewel, samenwerken betekent het inleveren van een deel van je autonomie in het vertrouwen dat je er meer voor terugkrijgt. Indien er meer ruimte is voor de belangen van *alle* betrokken partijen, zal dit ten goede komen aan het samenwerkingsproces. De rol van organisatiebelangen

op ervaren prestaties van ziekenhuizen, wordt weergegeven in de volgende verwachting: *Naarmate ziekenhuizen meer ruimte hebben voor hun belangen in de samenwerking met zorgverzekeraars, zullen de ervaren prestaties van ziekenhuiszorg hoger zijn (H2).*

2.3.3 Relatie

Samenwerken gaat niet enkel om de inhoud van een samenwerking. In een samenwerking balanceren organisaties tussen vertrouwen en waakzaamheid in de relatie met anderen (Kaats & Opheij, 2011). Alliantiepartners zijn waakzaam voor mogelijk opportunistisch gedrag van de ander. Het balanceren tussen vertrouwen en waakzaamheid in een samenwerkingsverband is eerder in paragraaf 2.1 beschreven aan de hand van de transactiekostentheorie. De ex ante en ex post transactiekosten zullen lager zijn indien er vertrouwen is tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Afspraken kunnen met meer vertrouwen minder rigide worden beschreven en onderhandeld, wat zowel financieel als procesmatig meer ruimte overlaat tot kostenbeperkende en kwaliteitsverhogende zorgvernieuwingen. Meer vertrouwen binnen een samenwerkingsverband, zal een positieve invloed hebben op de samenwerking. Hypothese 3 heeft betrekking op het vertrouwen in de relatie van de zorgverzekeraar met ziekenhuizen: *Naarmate er meer vertrouwen is tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, zullen de prestaties van ziekenhuiszorg hoger zijn (H3).*

2.3.4 Organisatie

De vierde invalshoek van het samenwerkingsmodel betreft de organisatie van een samenwerkingsverband. Samenwerkingsverbanden zijn organisaties die aandacht en zorg vragen. Vaak wordt er in een samenwerkingsverband iets nieuws gecreëerd, waarbij er nog geen afspraken, procedures, manieren van doen, vaste patronen, relaties en posities zijn waarop je kunt vertrouwen. Met afspraken worden maatregelen getroffen om de partners te beschermen tegen potentieel opportunistische gedrag van de ander, zoals met de transactiekostentheorie is beargumenteerd. De samenwerking zal worden gestimuleerd indien door het maken van afspraken de kosten van een samenwerkingsverband beter zijn af te wegen tegen de baten. Iedere samenwerking vraagt hiermee om professioneel organiseren. De operationele kwaliteit van de samenwerking is onder andere afhankelijk van de mogelijkheid waarin partijen zich inhoudelijk en organisationeel kunnen binden en de mate waarin de samenwerking kan mobiliseren tot actie (Kaats & Opheij, 2011). In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 is tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en het Ministerie van VWS afgesproken dat de zorgverzekeraars zullen

“sturen op een doelmatige inrichting van het zorglandschap, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn” (Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord, 2011). Zorgverzekeraars hebben hiermee in hun hiërarchische bilaterale relatie met ziekenhuizen een regisserende rol in de relatie met ziekenhuizen. Indien de regisserende zorgverzekeraar de samenwerking met ziekenhuizen meer effectief organiseren, zullen ziekenhuizen in grotere mate worden gemobiliseerd tot actie. Indien de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen beter wordt georganiseerd, zal dit positief bijdragen aan de effectiviteit van het samenwerkingsverband van de alliantiepartners. Hiermee wordt hypothese 4 opgesteld: *Naarmate zorgverzekeraars de samenwerking met ziekenhuizen beter organiseren, zullen de ervaren prestaties van ziekenhuiszorg hoger zijn (H4).*

2.3.5 Proces

De vijfde en laatste invalshoek van het samenwerkingsmodel is het proces van de samenwerking. In een constructieve samenwerking moet recht worden gedaan aan aanpakken die zich richten op het identificeren van stappen en fasen in het samenwerkingsproces. De complexiteit en spanning die samenwerkingsverbanden met zich meebrengen, worden voor een groot deel ingegeven door onzekerheid en spraakverwarring. Partners in de samenwerking zijn onzeker over de vraag of het opgeven van een deel van hun autonomie zich op de lange termijn terugbetaald. Door deze intrinsieke onzekerheid bij de ontwikkeling van een samenwerkingsverband, is een goed proces van samenwerken essentieel. Een goed proces biedt een vorm van zekerheid in een onzekere onderneming (Kaats & Opheij, 2011). De zekerheid van processtructurering vormt als een bescherming tegen opportunistisch gedrag van de partner, waarmee de transactiekosten als gevolg van onderhandelen en heronderhandelen lager zijn. Deze redenering is afgeleid uit de transactiekostentheorie. De samenwerking wordt met de duidelijke fasering tevens doelmatiger ingevuld, waardoor de transactiekosten van de samenwerking ook op basis van een effectieve tijdsinvulling lager zullen zijn. Een welomlijnd, afgestemd samenwerkingsproces betekent lagere transactiekosten, waardoor meer hulpbronnen en initiatieven kunnen ontstaan voor het verbeteren van de ziekenhuisprestaties. De aandacht voor het proces van de samenwerking ter bevordering van de effectiviteit van de samenwerking, wordt in hypothese 5 beschreven: *Naarmate het samenwerkingsproces van zorgverzekeraars en ziekenhuizen beter is vormgegeven, zullen de ervaren prestaties van ziekenhuiszorg hoger zijn (H5).*

Hoofdstuk 3 Methode van onderzoek

3.1 Onderzoeksmodel

Dit onderzoek bestaat uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel geeft een antwoord op de beschrijvende onderzoeksvraag: *Hoe pakken zorgverzekeraars hun regisserende rol op in het beperken van de kosten en het verhogen van de kwaliteit van ziekenhuiszorg?*

Deze beschrijvende vraag wordt beantwoord met behulp van een kwalitatief onderzoek onder twee zorgverzekeraars. De strategie van de zorgverzekeraars wordt bepaald aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Met de transcriptie van deze interviews wordt een kwalitatieve analyse uitgevoerd. Aan de hand van deze analyse wordt vastgesteld in hoeverre er een verschil is tussen de zorgverzekeraars in hun samenwerking met ziekenhuizen ter beïnvloeding van de kosten en kwaliteit van de zorg.

Als de beschrijvende vraag is beantwoord, vervolgt het onderzoek met het beantwoorden van de verklarende vraag, het tweede onderdeel van dit onderzoek. Dit tweede kwantitatieve onderdeel staat centraal in deze eindverhandeling. De vraagstelling van deze thesis is als volgt gedefinieerd: *In hoeverre en waarom is de samenwerking van zorgverzekeraars met ziekenhuizen van invloed op de ervaren prestaties van ziekenhuiszorg?*

In het kwantitatieve onderdeel van dit onderzoek zijn bestuurders van Nederlandse ziekenhuizen benaderd met een schriftelijke enquête. In deze enquête zijn de bestuurders vragen voorgelegd die betrekking hebben op hun samenwerking met (de zorginkopers van) zorgverzekeraars. Er zijn stellingen met betrekking tot samenwerkingsindicatoren voorgelegd die zich richten op de dominante zorgverzekeraar binnen het ziekenhuis. Deze samenwerkingsindicatoren vormen de onafhankelijke variabelen van dit onderzoeksmodel. De afhankelijke variabelen van dit onderzoek hebben betrekking op de ervaren prestaties van de ziekenhuiszorg. De focus van deze prestaties ligt op de kosten- en kwaliteitsontwikkeling van ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar. Met de verzamelde gegevens is een kwantitatieve analyse met het analyseprogramma SPSS uitgevoerd.

Het eerste onderdeel van dit onderzoek is kwalitatief van aard, waar het tweede onderdeel van dit onderzoek kwantitatief van aard is. Hiermee is in deze thesis sprake van een hybride onderzoeksmodel. In het eerste onderdeel wordt kwalitatief onderzocht of verzekeraars een verschillende strategie hanteren ten aanzien van ziekenhuizen; in het tweede onderdeel van het onderzoek wordt getoetst of er ook

daadwerkelijk een verschil is en wat de consequentie van deze verschillende strategie is op het (ervaren) zorgaanbod in ziekenhuizen. Met dit model wordt een tweezijdige aanpak gehanteerd in het benaderen van de samenwerking tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Er wordt allereerst een beeld geschetst van de houding van de zorgverzekeraars naar ziekenhuizen, daarnaast wordt de door ziekenhuizen ervaren effectiviteit van deze houding van de zorgverzekeraar getoetst. Met deze methode wordt de wisselwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen het best belicht.

3.2 Dataverzameling

Voor het bepalen van de strategie van zorgverzekeraars, is met twee grote zorgverzekeraars een interview afgenomen. Bij de benadering van de zorgverzekeraars is getracht contact te leggen met de manager zorginkoop tweedelijns. De manager zorginkoop heeft kennis van de strategie waarop de zorgverzekeraar de ziekenhuizen probeert te beïnvloeden op de kosten en kwaliteit van de zorg. Aanverwante functies die zich bezighouden met het bepalen of ten uitvoer brengen van de strategie van de zorgverzekeraar ten aanzien van ziekenhuizen, zijn echter ook geschikt geacht voor de beantwoording van de beschrijvende onderzoeksvraag. Twee van de vier benaderde zorgverzekeraars hebben in verband met drukte aangegeven niet te willen participeren aan het onderzoek.

Voor het tweede, kwantitatieve onderdeel van dit onderzoek is een enquête (zie bijlage 1) voorgelegd aan ziekenhuisbestuurders ter bepaling van de invloed van de samenwerking van zorgverzekeraars met ziekenhuizen op de ervaren prestaties van de ziekenhuiszorg. Voor deze survey is de gehele populatie van algemene en academische ziekenhuizen benaderd. Het gaat hier om 88 organisaties, waarvan 8 academische ziekenhuisinstellingen (RIVM, 2012). Binnen de organisaties is sprake van meerdere ziekenhuislocaties of buitenpoliklinieken. De organisaties hebben echter maar één bestuur dat in samenwerking is met zorgverzekeraars.

Categoriale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, omdat deze ziekenhuizen wat betreft zorgaanbod en publieke functie niet zijn te vergelijken met algemene en academische ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen zullen hierom op een andere manier door zorgverzekeraars worden benaderd dan de onderzoekspopulatie. De samenwerking van zorgverzekeraars met deze ziekenhuizen zal dan ook verschillen met de samenwerking van zorgverzekeraars met algemene en academische ziekenhuizen.

Binnen het bestuur van algemene en academische ziekenhuizen zijn alle bestuurders gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Decanen van universitaire medische centra zijn niet benaderd, omdat deze bestuurders zich voornamelijk bezighouden met de afstemming van het ziekenhuis met het onderwijs. Ze zullen daarom weinig contact hebben met zorgverzekeraars. Bij de meeste ziekenhuizen is het onderzoek telefonisch aangekondigd aan de secretaresses van de bestuurders, hetgeen de respons mogelijk heeft verhoogd. In enkele gevallen werden directieleden voorgedragen die niet deel uitmaakten van de raad van bestuur, maar wel het meeste contact met de zorgverzekeraars onderhielden. Ook deze personen zijn betrokken in het onderzoek. Uit de totale respons is per ziekenhuis één respondent geselecteerd die het ziekenhuis vertegenwoordigt in de analyses. Dit is gedaan om een evenwichtige representatie van de ziekenhuizen in de analyses mogelijk te maken. Bij deze selectieprocedure is eerst gekeken middels een opgenomen vraag welke respondent van een ziekenhuis het meeste contact onderhoudt met de zorgverzekeraar. Indien respondenten van hetzelfde ziekenhuis hierbij dezelfde mate van contact aangaven, is de hogere functie verkozen boven de lagere functie. Er is bijvoorbeeld verondersteld dat een voorzitter van de raad van bestuur een breder inzicht van de gang van zaken (ook omtrent samenwerking met de zorgverzekeraars) heeft dan een ander willekeurig lid van de raad van bestuur. De selectieprocedure was dus enkel noodzakelijk indien meerdere bestuurders of directieleden van een ziekenhuis hadden gereageerd.

De vertegenwoordigers van de ziekenhuisorganisaties zijn allen persoonlijk per brief benaderd. In de brief wordt benadrukt dat de enquête vertrouwelijk wordt behandeld. Door een cijfermatig kenmerk op de retourenveloppe was immers te achterhalen vanuit welk ziekenhuis de enquête is ingevuld. Op deze wijze kon een selectie tussen respondenten worden gemaakt en kon de ziekenhuisgrootte aan de data worden verbonden. Daarnaast is er expliciet op gewezen dat de enquête niet langer dan vijf minuten in beslag zal nemen. Met het benadrukken van de vertrouwelijkheid, het bijvoegen van een retourenveloppe en de beperkte tijdsduur van de enquête is geprobeerd de respons van de survey zo hoog mogelijk te maken. De omvang van de populatie is immers relatief klein voor een toetsend onderzoek. Daarnaast is het bekend dat bestuurders in het algemeen, maar met name ook bestuurders van ziekenhuizen, een overvolle agenda hebben. De toegankelijkheid van de enquête is met de maatregelen geoptimaliseerd.

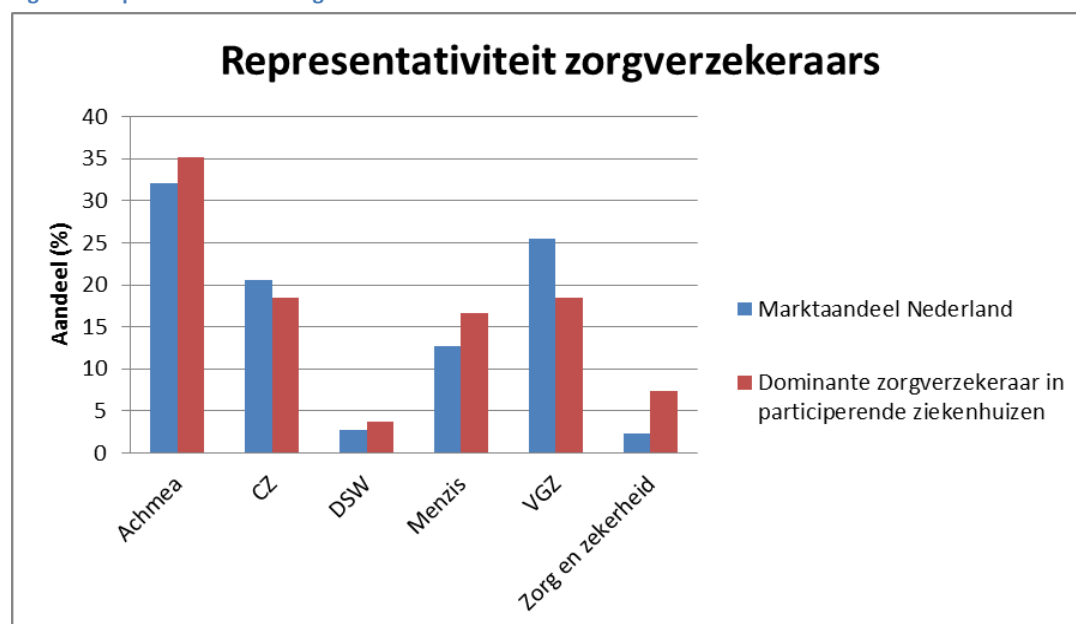
Er zijn in totaal 183 enquêtes met bijgevoegde, aangetekende brieven verstuurd naar de 88 ziekenhuizen. Hiervan hebben 71 personen met een correct ingevulde vragenlijst gereageerd. Drie ziekenhuizen wilden niet meewerken aan het onderzoek. Daarnaast bleken vier enquêtes niet bruikbaar voor analyse, waarbij ten

minste twee ziekenhuizen daarom niet in de analyse zijn gekomen. Redenen hiervoor zijn dubbelzinnige antwoorden, missings en een onmogelijkheid tot koppeling van de enquête aan een ziekenhuis. In totaal hebben 61 ziekenhuizen gereageerd, waarvan vijf ziekenhuizen hebben geweigerd dan wel niet konden worden meegenomen als gevolg van dubbelzinnige of onvolledige antwoorden en twee ziekenhuizen wegens te late retournering niet meer in de analyse konden worden opgenomen. Uiteindelijk zijn daarmee 54 ziekenhuizen in de analyse meegenomen. Een responspercentage van 61,4% is hoog voor een sociaalwetenschappelijk onderzoek.

3.3 Representativiteit

In figuur 4 zijn de marktaandelen van de zorgverzekeraars in Nederland afgezet tegen het aandeel ziekenhuizen in de analyse waar de zorgverzekeraar het grootste marktaandeel heeft. Zorgverzekeraar De Friesland is samengevoegd met Achmea als gevolg van de overname van deze zorgverzekeraar door Achmea in 2011. In de figuur is te zien dat enkel VGZ en in mindere mate CZ ondervertegenwoordigd zijn in dit onderzoek. De zorgverzekeraars Achmea, DSW, Menzis en Zorg & Zekerheid zijn in meer of minder mate oververtegenwoordigd in het onderzoek. De onder- en oververtegenwoordiging is echter dusdanig klein, dat de verzamelde data representatief zijn te noemen voor het Nederlandse zorgverzekeringslandschap. Deze conclusie kan worden gemaakt met de assumptie dat het aandeel ziekenhuizen waar zorgverzekeraars een dominante marktpositie hebben, overeenkomt met het totale marktaandeel zorgverzekerden in Nederland.

Figuur 4 Representativiteit zorgverzekeraars



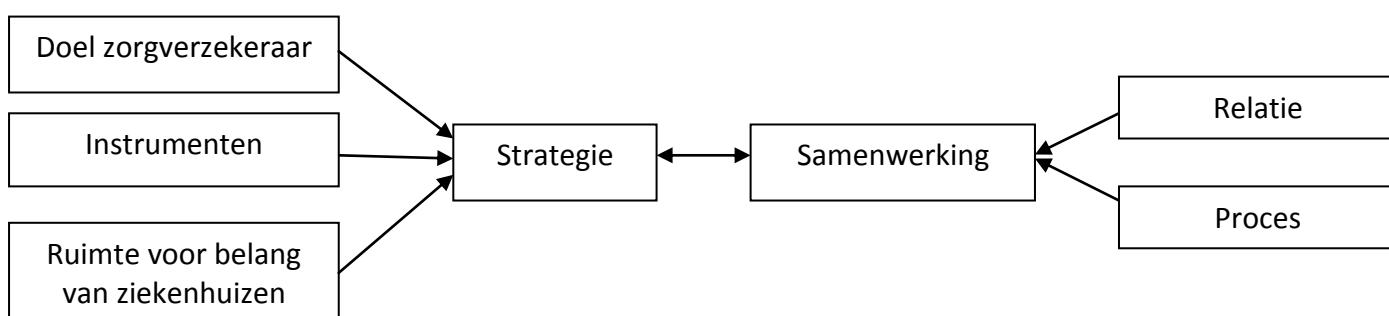
Bron: NZa, 2011

3.4 Analysestrategie kwalitatieve analyse

Voor het beantwoorden van de beschrijvende onderzoeksvraag zijn twee vertegenwoordigers van zorgverzekeraars bevraagd in een semigestructureerd interview. De eerste geïnterviewde is een manager en verantwoordelijk voor het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar¹. De tweede geïnterviewde is een manager zorginkoop tweedelijnszorg van een zorgverzekeraar. De vragen die voor het interview leidend waren, zijn terug te vinden in bijlage 2; de vragen met de tweede zorgverzekeraar zijn terug te vinden in bijlage 3. In de analyse zal ik ook respectievelijk spreken van 'Zorgverzekeraar 1' en 'Zorgverzekeraar 2' om de zorgverzekeraars van elkaar te kunnen onderscheiden.

De analyse ter beantwoording van de beschrijvende onderzoeksvraag wordt opgebouwd volgens twee hoofdthema's, namelijk strategie en samenwerking. De interviews zijn ook opgebouwd volgens deze thema's. In de praktijk hangen deze thema's met elkaar samen. Theoretisch krijgen de thema's in dit onderzoek de volgende invulling. Bij strategie gaat het met name om de ruimte die zorgverzekeraars creëren voor de belangen van ziekenhuizen in het nastreven van de doelen van deze zorgverzekeraars. Daarnaast hebben zorgverzekeraars diverse instrumenten ter beschikking om deze doelen te bereiken. Bij samenwerking gaat het met name om de relatie van de zorgverzekeraar met de ziekenhuizen en de wijze waarop deze relatie procesmatig wordt ingevuld. In figuur 5 zijn de thema's in een visuele weergave gegroepeerd om de kerncategorieën.

Figuur 5 Visuele afbeelding van categorieën



3.5 Analysestrategie kwantitatieve analyse

De hypothesen van dit onderzoek zullen worden getoetst aan de hand van bivariate analyse en multiële regressieanalyse. Er worden bij alle analyses twee identieke analyses uitgevoerd. In de eerste analyse is ervaren kostenbeperking in de

¹ In het stadium waarin het eerste interview plaatsvond, was het de intentie van dit onderzoek om te focussen op de kosten en kwaliteit van borstkankerbehandelingen. Het eerste interview spitst zich dan ook toe op deze behandelingen.

ziekenhuiszorg de afhankelijke variabele. In de tweede analyse is ervaren kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg de afhankelijke variabele.

Allereerst worden bivariate verbanden tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen getoetst. In de analyses is sprake van ordinale afhankelijke variabelen; de meeste onafhankelijke en controlevariabelen hebben tevens een ordinaal meetniveau. Met deze ordinale variabelen mag geen lineariteit worden verondersteld. Oftewel, een toename per categorie van de onafhankelijke variabele hoeft niet voor iedere categorie te leiden tot *dezelfde* toename in de afhankelijke variabele. Hierdoor zullen de bivariate verbanden tussen de variabelen met de rangordecoëfficiënt Spearman's rho worden berekend, een verdelingsvrije maat voor correlatie. Deze correlatiecoëfficiënt wordt ook meestal gebruikt indien er sprake is van een relatief kleine steekproef ($n < 200$). Aangezien in dit onderzoek ook sprake is van een kleine omvang van analyse-eenheden, ligt de non-parametrische toets van Spearman ook in dit opzicht meer voor de hand.

Ten slotte wordt voor iedere afhankelijke variabele een regressiemodel gepresenteerd. In dit model worden de onafhankelijke variabelen voor elkaar gecontroleerd. Hierbij kan worden opgemaakt welke samenwerkingsindicatoren een invloed hebben op de ervaren kostenbeperking en kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg, gecontroleerd voor andere variabelen.

3.6 Operationalisatie afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is de ervaren prestaties van ziekenhuizen. In paragraaf 3.1 is eerder aangegeven dat de prestatie van ziekenhuizen wordt onderverdeeld in enerzijds de kosten en anderzijds de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Dit betekent dat de samenwerkingsindicatoren worden getoetst op twee afhankelijke variabelen. Er wordt voor beide variabelen een item opgesteld:

- De zorgverzekeraar draagt bij aan kostenbeperking van de zorg in mijn ziekenhuis.
- De zorgverzekeraar draagt bij aan kwaliteitsverbeteringen van de zorg in mijn ziekenhuis.

De respondenten konden op de stellingen antwoorden met (1)'helemaal mee oneens', (2)'mee oneens', (3)'niet mee eens, niet mee oneens', (4)'mee eens' en (5)'helemaal mee eens'. De verdeling van de antwoorden op beide stellingen zijn beide terug te vinden in bijlage 4.

3.7 Operationalisatie onafhankelijke variabelen

De operationalisaties van de hypothesen uit dit onderzoek zijn afgeleid van operationalisaties of samenwerkingsindicatoren zoals geponeerd door Kaats & Opheij (2011). De interpretatie van de operationalisaties zijn afgestemd op de

samenwerking zoals die in dit onderzoek wordt onderzocht. De operationalisaties zijn waar noodzakelijk aangevuld of aangepast. De onafhankelijke variabelen in de hypothesen zijn geoperationaliseerd in één of meerdere stellingen die zijn voorgelegd aan de bestuurders van ziekenhuizen. Op de stellingen kan worden geantwoord met (1)'helemaal mee oneens', (2)'mee oneens', (3)'niet mee eens, niet mee oneens', (4)'mee eens' en (5)'helemaal mee eens'.

3.7.1 Ambitie

De eerste invalshoek van het samenwerkingsmodel betreft de ambitie van organisaties om samen te werken. De ambitie moet worden gespecificeerd op de twee afhankelijke variabelen, namelijk kostenbeperking en kwaliteitsverbetering. De ambitie ten aanzien van kostenbeperking is als volgt geformuleerd:

- De ambitie om kosten te beperken wordt in dezelfde mate gedeeld door de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

De ambitie ten aanzien van kwaliteitsverbetering van zorg is als volgt aan bestuurders van ziekenhuizen voorgelegd:

- De ambitie om kwaliteit te verhogen wordt in dezelfde mate gedeeld door de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Er zijn geen missings op de items. De verdeling van de items is weergegeven in bijlage 4.

3.7.2 Ruimte voor belangen

De mate waarin er ruimte is voor de belangen van het ziekenhuis in de samenwerking met de zorgverzekeraar, wordt in dit onderzoek geoperationaliseerd in de mate van interesse van de zorgverzekeraar, de mate waarin er sprake is van een dialoog (hoor- en wederhoor) en de mate waarin onderhandelingen mogelijk zijn. Allereerst volgen de stellingen waarin de interesse en dialoog binnen de samenwerking aan de orde komen:

- Er is sprake van oprechte interesse vanuit de zorgverzekeraar in de belangen van het ziekenhuis;
- Er is sprake van een dialoog over de belangen van beide partijen.

De mate waarin onderhandelingen plaatsvinden en dus de mogelijkheden waarbinnen ziekenhuizen hun belangen kunnen verzilveren, worden gespecificeerd in de aanwezigheid van onderhandelingsruimte en de onderhandelingsbereidheid. De onderhandelingsruimte legt de nadruk op de capaciteit van onderhandelingen binnen de samenwerking (afspraken of regelingen waarover *kan* worden onderhandeld), terwijl onderhandelingsbereidheid juist de nadruk legt op de

mogelijkheden tot onderhandelen binnen een samenwerking. De stellingen die aan de ziekenhuisbestuurders worden voorgelegd, zijn hiermee:

- Er is onderhandelingsruimte in de samenwerking met de zorgverzekeraar;
- Er is onderhandelingsbereidheid bij de zorgverzekeraar in de samenwerking met het ziekenhuis.

De frequentieverdeling van de items is weergegeven in bijlage 4.

Aan de hand van een factoranalyse, is onderzocht of de vier verschillende items voldoende samenhang met elkaar hebben om een schaal te vormen. Met een KMO-test blijkt het gerechtvaardigd om een factoranalyse met de vier items uit te voeren. Er is een KMO-score gevonden hoger dan 0,5 (0,708); de Bartlett's Test is tevens significant ($p < 0,001$). De items hebben hiermee voldoende samenhang tot het uitvoeren van factoranalyse.

Vervolgens blijkt uit de resultaten van de geroteerde factoranalyse dat alle items voldoende bijdragen aan het construct ruimte voor belangen, aangezien alle communaliteiten hoger zijn dan 0,2 en alle factorladingen hoger zijn dan 0,4. De items laden hoog op één dimensie met een eigenwaarde van 2,689; dit voldoet aan de theoretische verwachting van één latent construct onderliggend aan de verschillende items. Zowel volgens het scree-criterium als volgens het knikcriterium is er ondersteuning voor de aanwezigheid van één dimensie. Er is namelijk maar één dimensie boven het 'gruis' van de andere dimensies in het scree plot (screecriterium) en boven de knik is tevens maar één dimensie te vinden (knikcriterium).

Ten slotte is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd met de items van ruimte voor belangen. De betrouwbaarheid van de schaal met de vier items is 0,835, waarmee sprake is van een zeer betrouwbare schaal. De Cronbach's alfa daalt na verwijdering van een willekeurig item van de schaal. Met het oog op het resultaat van deze betrouwbaarheidsanalyse, zullen tevens alle items worden meegenomen in een likertschaal. Met de vier items is een likertscore bepaald aan de hand van het gemiddelde van de vier items. Er zijn geen missings op de vier items. De frequentieverdeling van de likertschaal is weergegeven in bijlage 4.

3.7.3 Relatie

De derde invalshoek van het samenwerkingsmodel van Kaats & Opheij (2011) betreft de relationele component van de samenwerking. De relatie in een samenwerkingsverband staat of valt met de mate waarin er sprake is van vertrouwen. De operationalisatie van relationeel vertrouwen volgt eenvoudig uit hypothese 3 met de volgende stelling:

- In de samenwerking met de zorgverzekeraar is er sprake van vertrouwen van het ziekenhuis naar de zorgverzekeraar.

Er zijn geen missings op dit item. De frequentieverdeling van het item is weergegeven in bijlage 4.

3.7.4 Organisatie

De vierde invalshoek van het samenwerkingsmodel betreft de organisatie van een samenwerkingsverband. De organisatorische kwaliteit is geoperationaliseerd aan de hand van enkele indicatoren, namelijk de mate van daadkracht en het maken en nakomen van afspraken. Daadkracht vanuit de zorgverzekeraar komt in de enquête aan ziekenhuisbestuurders terug middels de volgende stelling:

- De zorgverzekeraar toont voldoende daadkracht in het nastreven van zijn doelen.

De organisatorische kwaliteit is zoals genoemd tevens afhankelijk van de mate waarin afspraken worden nagekomen. Continuïteit in en aandacht voor de samenwerking is van belang voor de ontvankelijkheid van de partners binnen het betreffende samenwerkingsverband. Een effectief samenwerkingsverband staat of valt dan ook met afspraken en het nakomen van deze afspraken. De volgende stellingen in de vragenlijst hebben betrekking op de afspraken binnen het samenwerkingsverband.

- Er worden heldere afspraken gemaakt tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis;
- De gemaakte afspraken worden nagekomen.

Er is een factoranalyse uitgevoerd op een overeenkomstige wijze zoals beschreven bij de onafhankelijke variabele 'ruimte voor belangen'. Een factoranalyse met deze items is gerechtvaardigd; de KMO-test heeft namelijk een score hoger dan 0,5 (0,533) en de Bartlett's Test is significant ($p < 0,001$). Met de factoranalyse wordt één factor waargenomen met een eigenwaarde van 1,771. Doordat de communaliteit van het eerste item 'Daadkracht' lager is dan 0,2 (0,150) wordt dit item verwijderd. In de betrouwbaarheidsanalyse met de drie items blijkt tevens dat bij verwijdering van dit item de Cronbach's alfa toeneemt van 0,631 naar 0,676, waarmee we van doen hebben met een redelijk betrouwbare schaal. Met het oog op het resultaat van de factoranalyse en de betrouwbaarheidsanalyse, zullen alleen de items over de afspraken tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis worden meegenomen. Met deze twee items is een likertschaal opgesteld, waarbij de likertscores worden bepaald aan de hand van het gemiddelde op de twee items. Er zijn geen missings op de items. De frequentieverdeling van de items en van de geconstrueerde likertschaal zijn weergegeven in bijlage 4.

3.7.5 Proces

De aandacht voor structurering in het samenwerkingsproces tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, is met de volgende stellingen geoperationaliseerd:

- In het samenwerkingsproces met de zorgverzekeraar is sprake van een goed doordachte fasering en goed doordacht procesontwerp;
- Er wordt aandacht besteedt aan de procesmatige aspecten van de samenwerking.

Ten slotte is het voor de structuur van het samenwerkingsproces essentieel dat er een heldere rolverdeling met duidelijke procesregie aanwezig is in de samenwerking (Kaats & Opheij, 2011). Aangezien zorgverzekeraars in hun hiërarchische bilaterale relatie met ziekenhuizen een regisserende rol hebben in de relatie met ziekenhuizen, is het de zorgverzekeraar die de procesregie moet voeren. Een succesvolle samenwerking is afhankelijk van een duidelijke procesregie van de zorgverzekeraar binnen de samenwerking. Hieruit is de volgende operationalisatie af te leiden.

- De zorgverzekeraar voert een duidelijke procesregie in de samenwerking.

Een factoranalyse met deze items is gerechtvaardigd; de KMO-test heeft namelijk een score hoger dan 0,5 (0,604) en de Bartlett's Test is significant ($p < 0,001$). Met de factoranalyse wordt één factor waargenomen met een eigenwaarde van 2,020. De communaliteit van het derde item 'procesregie' is laag (0,310), waardoor dit item minimaal voldoet aan de vuistregel van een communaliteit van minimaal 0,2 per item. In de betrouwbaarheidsanalyse met de drie items blijkt dat dit derde item een negatieve invloed heeft op de betrouwbaarheid van de drie items in een schaal. Bij het verwijderen van het item 'procesregie' stijgt de betrouwbaarheid van 0,754 naar 0,767. Deze stijging in betrouwbaarheid wordt onvoldoende geacht om het item te verwijderen. Alle items zullen hiermee worden opgenomen in een schaal.

Met de drie items is een likertschaal opgesteld, waarbij de likertscores worden bepaald aan de hand van het gemiddelde van de drie items. Er zijn geen missings op de items. De frequentieverdelingen van de drie items zijn in bijlage 4 bijgevoegd, evenals de frequentieverdeling van de likertscores die zijn samengesteld met de antwoorden op de drie items.

3.8 Operationalisatie controlevariabelen

Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars kunnen verschillen in hun wijze van samenwerken met ziekenhuizen. Naast de samenwerkingsindicatoren uit de hypothesen, kunnen de zorgverzekeraars ook verschillen op andere factoren die niet worden bevraagd in de vragenlijst. Deze factoren mogen in het model geen storende invloed hebben op de

variabelen uit de hypothesen. Om deze onbekende factoren te verdisconteren in het statistisch model, worden de zorgverzekeraars als nominale variabele in het model opgenomen. De verdeling van de zorgverzekeraars is terug te vinden in tabel 2.

Marktveranderingen

Indien er belangrijke marktveranderingen van zorgverzekeraars bij ziekenhuizen hebben plaatsgevonden, heeft dit invloed op de samenwerking. Met deze mogelijkheid moet rekening worden gehouden bij de toetsing van de hypothesen. De mate van marktveranderingen wordt dan ook als een ordinale controlevariabele in het model opgenomen. Deze variabele wordt met het volgende item geoperationaliseerd:

- In hoeverre zijn er veranderingen opgetreden in het marktaandeel van de zorgverzekeraars in uw ziekenhuis?

Mogelijke antwoorden op dit item zijn 'geen veranderingen', 'weinig veranderingen', 'aanmerkelijke veranderingen' en 'veel veranderingen'. Met het gemiddelde van 2,04 uit tabel 1 is op te maken dat er over het algemeen weinig veranderingen in het ziekenhuislandschap hebben opgetreden als het gaat om het marktaandeel van de grootste zorgverzekeraar bij ziekenhuizen. In bijlage 4 is de frequentietabel van deze variabele terug te vinden, waarin ook valt af te lezen dat 94,4% van de respondenten geen of weinig veranderingen heeft geconstateerd.

Groote ziekenhuis

De strategie van samenwerking van de zorgverzekeraar kan verschillen met de grootte van ziekenhuizen. Deze ratio-variabele wordt als controlevariabele in het model opgenomen. Het aantal ziekenhuisbedden wordt als operationalisatie van de grootte van ziekenhuizen in de vragenlijst meegenomen. Deze cijfers zijn verkregen met de meest recente data van de internetpagina's van ziekenhuizen. Indien de gegevens op de internetsites ontbraken, zijn de cijfers uit de jaardocumenten van ziekenhuizen gehaald. Uit tabel 1 is op te maken dat het kleinste ziekenhuis 160 bedden heeft, waar het grootste ziekenhuis 1339 bedden beschikbaar heeft. Het gemiddelde van alle ziekenhuizen is 559 bedden.

Persoonlijke kenmerken: Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Er zijn enkele persoonlijke kenmerken die in het onderzoeksmodel worden opgenomen. Het geslacht van mensen is een nominale variabele met als antwoordcategorieën 'man' en 'vrouw'. Het grootste gedeelte van de respondenten is man (79,6%) wat overeenkomt met het algemene beeld van de samenstelling van

ziekenhuisbesturen. De frequentieverdeling van geslacht is ook terug te vinden in tabel 2.

De leeftijd van de bevroagde bestuurder van de ziekenhuizen, wordt in het model opgenomen als een ratiovariabele. De gemiddelde leeftijd van de bestuurders is 51 jaar (zie tabel 1). Er was één missing op de variabele leeftijd. Deze respondent heeft de gemiddelde leeftijd toegewezen gekregen om alsnog in de analyse te kunnen worden opgenomen.

Als laatste wordt de ordinale variabele hoogst voltooide opleidingsniveau in de statistische toets meegenomen. Alle respondenten hebben hoger onderwijs genoten, zoals in tabel 1 is weergegeven. Er is één respondent die een HBO-studie heeft afgerond (1,9%); de rest van de respondenten heeft een wetenschappelijke opleiding (master) of hoger afgerond (98,1%). De frequentietabellen van de variabelen zijn terug te vinden in bijlage 4.

Persoonlijke band

In iedere samenwerkingsverband tussen organisaties kunnen mensen met hun persoonlijke communicatie het verschil maken. De mensen, in dit onderzoek de zorginkopers van zorgverzekeraars en de bestuurders van ziekenhuizen, zijn in hun persoonlijke interactie en verbinding bepalend voor de vormgeving van een betekenisvol samenwerkingsproces (Kaats & Opheij, 2011). De invloed van persoonlijke verbinding moet daarom als controlevariabele worden meegenomen in het onderzoeksmodel. De variabele is met de volgende stelling geoperationaliseerd:

- In de samenwerking met de zorgverzekeraar heb ik een goede persoonlijke band met mijn partner(s) van de zorgverzekeraar.

Op de stelling kan worden geantwoord met (1)'helemaal mee oneens', (2)'mee oneens', (3)'niet mee eens, niet mee oneens', (4)'mee eens' en (5)'helemaal mee eens'. De respondenten hebben gemiddeld genomen een goede band met hun partner(s) van de zorgverzekeraar; in tabel 1 is een gemiddelde van 3,67 te vinden. Dit correspondeert met de vierde antwoordcategorie, hetgeen staat voor een goede persoonlijke band. In de frequentietabel van bijlage 4 is terug te vinden dat 64,7% van de respondenten een goede tot zeer goede band met de vertegenwoordigers van de zorgverzekeraar heeft. Er zijn drie missings op dit item. Hiervan is er één respondent waarop dit item niet van toepassing was, aangezien deze persoon geen contact onderhoudt met de zorgverzekeraar. Van de drie missings zijn er twee respondenten die de vraag simpelweg niet hebben beantwoord.

Contact met de zorgverzekeraar

Zoals bij de persoonlijke band al is opgemerkt, kan de persoonlijke relatie bepalend zijn voor het succes van het samenwerkingsverband. Bestuurders die meer contact hebben met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, hebben mogelijk een invloed op de ervaren prestatie van het samenwerkingsverband. De operationalisatie van deze variabele komt in de enquête terug met de volgende vraag:

- In hoeverre hebt u in uw functie contact met zorgverzekeraars?

Respondenten konden antwoorden met (1)'Geen contact', (2)'Weinig contact', (3) 'Regelmatig contact' en (4)'Veel contact'. De frequentietabel van deze variabele is in bijlage 4 weergegeven. Hierin is te zien dat 94,4% van de respondenten regelmatig tot veel contact met de zorgverzekeraar heeft.

Systeemscepsis

Er wordt in het model ten slotte gecontroleerd op systeemscepsis. Het gaat hier om een persoonlijke controlevariabele, die poogt te controleren voor de individuele variatie in het onderzoeksmodel. Er zal immers variatie in de antwoorden op de vragenlijst bestaan, als gevolg van de individuele houding van de bestuurder. Indien de bestuurder per definitie negatief is over zorgverzekeraars en het systeem waarin ze functioneren, dan zal dit een mogelijk bepalende invloed hebben op de antwoorden. Voor de scepsis ten aanzien van het zorgsysteem, waarin zorgverzekeraars een regisserende rol inkleden, wordt een controlevariabele voor het onderzoeksmodel aangemaakt. Het volgende item is in de vragenlijst opgenomen:

- In hoeverre bent u positief danwel negatief over de ontwikkelingen van marktwerking in de ziekenhuiszorg?

De vraag kan worden beantwoord op een vijfpuntsschaal die varieert van negatief tot positief. Het betreft dan ook een ordinale variabele. In bijlage 4 is de frequentieverdeling van deze controlevariabele terug te vinden.

Ten slotte worden de beschrijvende statistieken van de variabelen in tabel 1 en 2 weergegeven.

Tabel 1 Beschrijvende statistieken ordinale en ratiovariabelen (N=54)

| | N | Minimum | Maximum | Gemiddelde | St. afwijking |
|-------------------------------|----|---------|---------|------------|---------------|
| Leeftijd | 53 | 29 | 64 | 50,98 | 8,47 |
| Aantal bedden ziekenhuis | 54 | 160 | 1339 | 569,48 | 293,20 |
| Marktveranderingen | 54 | 1 | 4 | 2,04 | 0,39 |
| Persoonlijke band | 51 | 1 | 5 | 3,67 | 0,79 |
| Contact met zorgverzekeraar | 54 | 1 | 4 | 3,35 | 0,65 |
| Ambitie kostenbeperking | 54 | 1 | 5 | 3,09 | 1,07 |
| Ambitie kwaliteitsverbetering | 54 | 1 | 5 | 3,13 | 1,17 |
| Ruimte voor belangen | 54 | 2 | 5 | 3,46 | 0,71 |
| Vertrouwen | 54 | 2 | 5 | 3,35 | 0,81 |
| Organisatie | 54 | 1 | 5 | 3,58 | 0,73 |
| Proces | 54 | 1 | 4 | 2,52 | 0,67 |
| Systeemscepsis | 54 | 1 | 5 | 2,78 | 1,21 |
| Kostenbeperking | 54 | 1 | 4 | 2,85 | 1,09 |
| Kwaliteitsverbetering | 54 | 1 | 4 | 2,67 | 1,03 |

Tabel 2 Beschrijvende statistieken nominale en ordinale variabelen

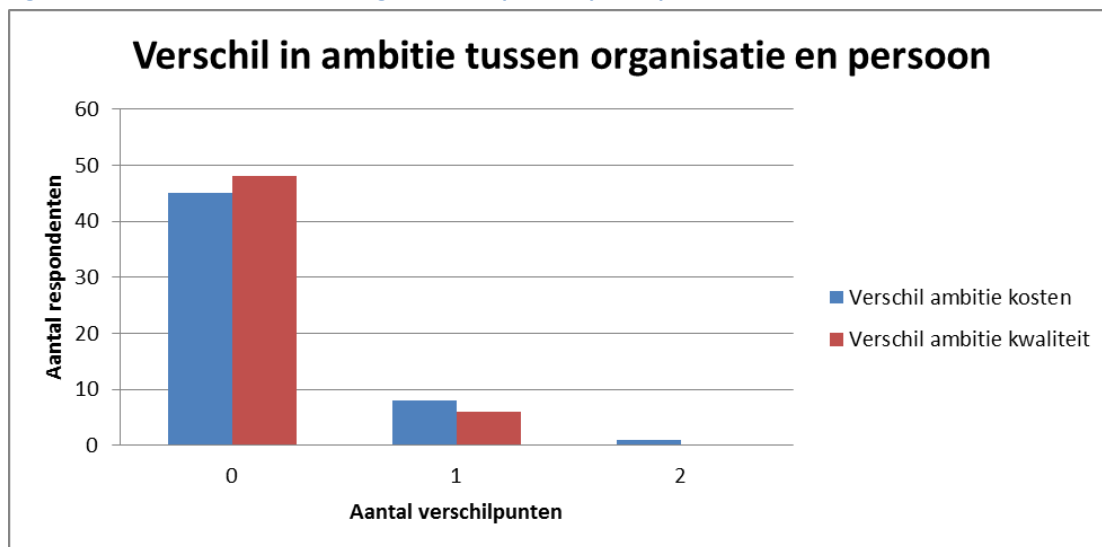
| | N | % |
|-------------------------------------|----|------|
| Geslacht | | |
| Man | 43 | 79,6 |
| Vrouw | 11 | 20,4 |
| Totaal | 54 | 100 |
| Opleiding | | |
| Hoger beroepsonderwijs/bachelor | 1 | 1,9 |
| Wetenschappelijk onderwijs/master | 33 | 61,1 |
| Postdoctorale opleiding | 16 | 29,6 |
| Aio/Oio of andere promotieopleiding | 4 | 7,4 |
| Totaal | 54 | 100 |
| Zorgverzekeraar | | |
| Achmea | 19 | 35,2 |
| CZ | 10 | 18,5 |
| DSW | 2 | 3,7 |
| Menzis | 9 | 16,7 |
| VGZ | 10 | 18,5 |
| Zorg & Zekerheid | 4 | 7,4 |
| Totaal | 54 | 100 |

3.9 Representatie

Aangezien de hypothesen op organisatieniveau worden zijn geformuleerd, worden ze ook op organisatieniveau geanalyseerd. Het is hiermee van belang dat er in de analyses een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen individuele en organisatiekenmerken. Zo kan er worden betoogd dat er een onderscheid moet

worden gemaakt tussen de *persoonlijke* ambitie en de *organisationele* ambitie tot samenwerken. Het is immers mogelijk dat de ambitie van de individuele samenwerkende personen tussen twee organisaties, verschilt met de ambitie die een organisatie zichzelf heeft gesteld. In de vragenlijst aan de ziekenhuisbestuurder is dit onderscheid dan ook opgenomen. De frequentietabellen van de items zijn terug te vinden in bijlage 4. In het onderstaande staafdiagram van figuur 5 zijn de absolute verschillen weergegeven tussen de scores die zijn toegewezen aan de gedeelde ambitie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en de scores die zijn toegewezen aan de gedeelde ambitie tussen zorgverzekeraars en de bestuurders persoonlijk. Bij ervaren kostenbeperking had 16,7% van de respondenten een verschil in ambitie tussen persoon en organisatie aangegeven, bij ervaren kwaliteitsverhoging was dit 11,1%. Hieruit valt op te maken dat de bestuurders bij het invullen van de enquête wel degelijk het onderscheid proberen te maken tussen persoon en organisatie. Dit geeft een goede indicatie dat de vragen op organisatieniveau zijn geïnterpreteerd. Voor gedeelde ambitie wordt dan ook enkel het item van de gedeelde ambitie tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis meegenomen.

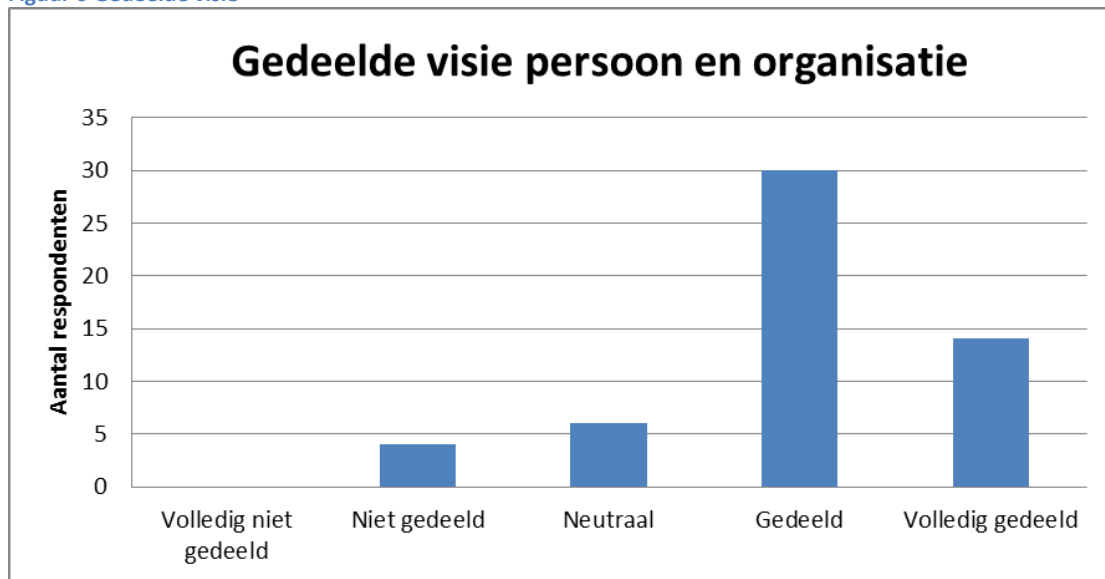
Figuur 5 Verschil in ambitie tussen organisatie en persoon per respondent



In de enquête is daarnaast de volgende vraag voorgelegd: 'In hoeverre wordt uw visie gedeeld in uw organisatie?'. De frequentieverdeling op dit item is in figuur 6 weergegeven. Op deze vraag gaf 7,4% van de bestuurders en directieleden aan de visie van het ziekenhuis waar ze werkzaam zijn niet te delen. De overgrote meerderheid van de respondenten (81,5%) deelt de visie (volledig) met de organisatie. Dit is een extra manier waarop is geprobeerd respondenten bewust te

maken van persoonlijke antwoorden en antwoorden als vertegenwoordiger van de organisatie.

Figuur 6 Gedeelde visie



Hoofdstuk 4 Resultaten

Inleiding

In dit resultatenhoofdstuk worden de resultaten van twee analyses beschreven. Allereerst volgen de resultaten van de kwalitatieve analyse van de beschrijvende onderzoeksvraag; een analyse van twee gesprekken met twee verschillende zorgverzekeraars. Daarna volgen de resultaten van de kwantitatieve analyse van data die met enquêtes aan ziekenhuisbestuurders is verzameld. Deze analyse is tweeledig: een analyse van de invloed van samenwerkingsindicatoren op de ervaren kosten van de ziekenhuiszorg en een analyse van de invloed van samenwerkingsindicatoren op de ervaren kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Met deze kwantitatieve analyses kan de verklarende onderzoeksvraag worden beantwoord.

4.1 Resultaten kwalitatieve analyse

Strategie

Doel zorgverzekeraar

De doelen van de beide zorgverzekeraars wat betreft de ziekenhuiszorg komen in grote lijnen overeen. Macrokostenbeheersing en kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg staan centraal in het streven van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraar 1 spreekt hier over het beheersbaar houden van de kosten:

“En daarbij committeren we ons nu aan de afspraken zoals ze ook landelijk zijn gemaakt met het macrokostenkader. Op alle fronten hebben we die hele duidelijke doelstelling meegekregen om in ieder geval niet boven de landelijke kosten uit te komen, dus we spiegelen ons ook ten opzichte van onze concurrenten en daar wil je in ieder geval een gunstigere kostenontwikkeling laten zien dan andere verzekeraars dat laten zien.”

Aangaande de kwaliteit van de ziekenhuiszorg ziet de zorgverzekeraar een verantwoordelijkheid voor zichzelf:

“Op een gegeven moment in 2010 zagen we dat er toch wel heel erg grote kwaliteitsverschillen zijn tussen ziekenhuizen, als je met name ook keek naar volumegegevens. In de literatuur zag je wat het minimum zou moeten zijn en wat de risico's zouden zijn op het moment dat dit soort hoge risicobehandelingen in lage volumes zou worden uitgevoerd. En dat is waar we op een gegeven moment dachten, hé, we moeten toch wat meer onze verantwoordelijkheid innemen. Op dat moment gebeurde er eigenlijk niet zo heel erg veel mee, behalve dan dat we merkten dat het lastig was om het veld te bewegen om daar iets mee te doen en dat we dachten van: nou, dan gaan wij daar mee beginnen.”

Zorgverzekeraar 2 plaatst het doel tot een hogere kwaliteit van de zorg in een breder perspectief. De focus van deze zorgverzekeraar ligt niet enkel op de kwaliteitsindicaties van de zorg, maar met name ook op de passendheid van de zorg voor zijn verzekerden. De verzekeraar denkt dat door het aangaan van het gesprek met ziekenhuizen over de beste en best passende zorg, de kosten vanzelf beheerst zullen worden:

“Wij proberen dus de samenwerking op te zoeken, en wij proberen vertrouwen te winnen van die zorgaanbieders, we proberen in gesprek te komen met ze, en hebben het gevoel dat als wij gaan praten over wat de beste zorg is, en dan moet je dus niet alleen denken in de niveaus van de beste zorg, maar ook gewoon jij hebt iets en wat is de meest passende oplossing voor jou. Dus dat is dan de beste zorg, niet alleen wat is de allerbeste chirurg en wat is de allerbeste knieprothese en wat is het allerbeste ziekenhuis, en dan als je die drie bij elkaar zet, maar wat past het beste. Wij hebben het gevoel dat als je dat gesprek met de aanbieder gaat voeren, dat dan de kosten vanzelf eigenlijk ook wel weer beheerst zullen worden. Dus wij proberen op die manier het vertrouwen van de aanbieder te winnen en samen met de aanbieder in gesprek te komen.”

Instrumenten

Er zijn verschillende instrumenten die de zorgverzekeraars gebruiken in hun regisseursrol ten aanzien van het beperken van de kosten en het verhogen van de kwaliteit. Selectieve inkoop en het sturen of adviseren van verzekerden blijken de twee belangrijkste instrumenten.

Ten eerste komt in de gesprekken de selectieve inkoop naar voren. Met behulp van normeringen worden eisen gesteld aan de zorg. Op deze wijze kan een zorgverzekeraar aan de hand van diverse criteria besluiten bepaalde zorg wel of niet in te kopen bij ziekenhuizen. De zorgverzekeraars proberen beide aan te sturen op een duidelijkere profilering van de ziekenhuizen binnen het regionale ziekenhuislandschap. Zorgverzekeraar 1 zegt hierover:

“Wat je eigenlijk verwacht is dat een ziekenhuis voor zichzelf heel goed nagaat wat z'n profiel is dat hij wil gaan volgen, wat het profiel is van het ziekenhuis. Waar wil je je nu op gaan richten met welke behandelingen, wanneer kun je de zorg op de kwalitatief beste manier inrichten? Wil je het blijven uitvoeren of moet je misschien wel bewust iets laten liggen. Misschien moet je besluiten dat een ander ziekenhuis dat wel goed op kan pakken en daar een goede doorverwijzing mee kan aangaan.”

Zorgverzekeraar 2 ligt hiermee volledig op dezelfde lijn:

“Alle ziekenhuizen hebben dus hetzelfde profiel op dit moment, want ze willen allemaal alles leveren. En ik wil nu dat wij in het contract dat wij met ziekenhuizen gaan sluiten, dat daar ook een paragraaf inkomt over het profiel van het ziekenhuis. Welk profiel wil jij eigenlijk hebben? Denk eens na over de vraag of jij 24 uur per dag een SEH open moet hebben, denk eens na over de vraag of jij gewoon gynaecologie of verloskunde moet hebben. Is dat nou wel zinvol? Want je gaat je er toch niet op profileren, want je hebt veel te weinig behandelingen per jaar, het is heel risicovol voor jou, want je doet er vrij weinig, dus kwalitatief loop je niet voorop. Er zijn dus allemaal redenen, liggen daar wel kansen voor jou als ziekenhuis? Moet er een huisartsenpost voor de SEH gezet worden? Moet je bariatric doen? Wat wil je überhaupt met hoog complexe zorg, moet je die niet afstoten?”

Doordat ziekenhuizen voor een specifiek profiel kiezen, kan de beschikbare hoeveelheid geld en energie toekomen aan een meer specifiek zorgaanbod van het ziekenhuis. Dit levert een kostenbeperking op. Daarnaast is een betere profielkeuze kwaliteitsverhogend, aldus de redentatie van de zorgverzekeraars. Behandelingen die in bepaalde ziekenhuizen te weinig worden uitgevoerd, moeten in andere ziekenhuizen worden geconcentreerd. Deze ziekenhuizen voeren de behandelingen hierdoor (nog) vaker uit, waardoor de behandelingen minder risicovol zijn. In dit kader wordt door de zorgverzekeraars op regioniveau geïnventariseerd welke verdeling er in het zorglandschap moet worden gemaakt. Dit wordt door zorgverzekeraar 1 als volgt aangestipt:

“Iedereen [de zorgverzekeraars] heeft wel heel duidelijk voor ogen: wil je die macro-kosten goed binnen de perken houden, dan moeten er keuzes gemaakt worden. Dan moet je goed kijken naar een stukje concentratie en spreiding. Ziekenhuizen weten dat eigenlijk ook wel heel goed en zijn er wel van overtuigd. Ze zien nu op Zorgverzekeraars Nederland-niveau de grote trajecten rondom bijvoorbeeld dus acute zorg, wat we gewoon allemaal samen met zorgverzekeraars en ziekenhuizen doen, wat ook tot een hele herinrichting gaat leiden.”

Voor beide zorgverzekeraars zijn de normeringseisen van belang bij de selectieve inkoop. Met name bij Zorgverzekeraar 1 ligt de focus van selectieve inkoop op de normeringseisen voor de ziekenhuizen. Zorgverzekeraar 2 ziet de normeringseisen echter als een klein onderdeel van de totale selectieve inkoop. Het probeert met selectieve inkoop vooral ook in te spelen op een optimale capaciteitsbenutting van ziekenhuizen. Dit perspectief richt zich niet op volumes binnen ziekenhuizen (zoals normeringen voorschrijven), maar op de bestaande capaciteit van ziekenhuizen. In het volgende fragment beschrijft Zorgverzekeraar 2 zijn visie:

“Ja, maar het gaat niet alleen maar over die normen. Die normen is een iets, maar dat is eigenlijk maar een heel klein onderdeel als je het totaal bekijkt, maar het is gewoon de vraag, wij zien bij het ene ziekenhuis leegstand, er staat een OK die niet maximaal benut wordt en een ander ziekenhuis dat zit tegen zijn grenzen aan. Moet dat tweede ziekenhuis dat tegen zijn grenzen aanzit, moet die dan gaan uitbreiden. Of proberen we dan gewoon bij dat andere ziekenhuis capaciteit in te kopen. (...) Ja, en dat alles valt bij ons weer onder de term zorginfrastructuur. Dus het beïnvloeden van de zorginfrastructuur. En dat doe je dus inderdaad ook via dat normenverhaal, maar ook gewoon door naar de markt te kijken en je af te vragen of het optimaal is ingericht of niet.”

Naast het instrument van de selectieve inkoop, is er het instrument om verzekerden aan te sturen in het zorglandschap. Het is dit instrument dat enkel door de eerste zorgverzekeraar wordt aangehaald. Dit is een duidelijk verschil met Zorgverzekeraar 2. Bij het aansturen of begeleiden van verzekerden kan de verzekeraar middelen inzetten om de verzekerden meer bewust te maken van de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen. Op deze manier vindt er een natuurlijk selectiemechanisme plaats tussen kwalitatieve goede en mindere zorg, doordat verzekerden een ‘eigen keuze’ kunnen maken voor goede zorg op basis van de advisering van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraar 1 wil met dit begeleiden van verzekerden de keuze voor zorg bij verzekerden neerleggen:

“We willen niet kiezen tussen beide, we willen het allebei doen. Dus in ons plaatje zijn we in het midden uitgekomen en zeggen we eigenlijk van, we hebben het dus over én scherp en bewust inkopen waar we een nadrukkelijke rol willen nemen met als één van de instrumenten selectieve inkoop, en anderzijds willen we ook nadrukkelijk die rol innemen richting de verzekerden waarbij we een heel duidelijk advies willen afgeven.”

Bij Zorgverzekeraar 2 speelt het sturen van patiënten ook een rol, maar op een andere wijze. De zorgverzekeraar probeert patiënten niet op basis van de geïndiceerde kwaliteit van de zorg in het zorglandschap te sturen, maar op basis van passendheid van de zorg voor de specifieke patiënt.

“We proberen de zorgvraag, dus de vraag van patiënten, die proberen we ook te sturen naar de beste aanbieder of naar de meest gepaste aanbieder.”

Ruimte voor belang van ziekenhuizen

Ten slotte wordt de strategie van de zorgverzekeraars bepaald door de mate waarin er ruimte is voor de belangen van ziekenhuizen. Zorgverzekeraars kunnen hun eigen doelen nastreven en koste wat kost deze wil doordrukken. Zorgverzekeraars kunnen

echter ook in meer of mindere mate de belangen van andere stakeholders, in dit geval ziekenhuizen, laten meewegen. Zorgverzekeraar 2 weet dit te simplificeren met de volgende stelling:

“Ik denk dat je grofweg slechts twee strategieën kan onderscheiden, ja en alles wat daartussen zit, maar daar kan je bijna niet uiteenrafelen in een onderzoek, dat is de vechtstrategie en de samenwerkingsstrategie.”

Op dit spectrum van go-alone (‘vechten’) tot samenwerken, zijn de zorgverzekeraars op twee verschillende posities in te delen. Zoals Zorgverzekeraar 2 al aangeeft, is een exacte positionering moeilijk te maken; een onderscheid kan echter wel degelijk worden gemaakt. Zorgverzekeraar 1 is bereid een eigen doel na te streven, ongeacht weerstand vanuit een medische beroepsgroep of vereniging van ziekenhuizen. Dit komt in het volgende fragment uit het gesprek met Zorgverzekeraar 1 duidelijk naar voren:

“Wij gaan als [Zorgverzekeraar 1] ons eigen oordeel daarover vormen, waarbij we natuurlijk wel de gesprekken aangaan met de beroepsgroep, met de patiëntenorganisaties, etcetera, om te kijken van, wat is erover bekend, wat zijn de meningen die er zijn etcetera. Maar daarbij wel heel duidelijk zeggend, op het moment dat wij zien dat er eigenlijk andere normen gehanteerd zouden moeten worden dan nu gedaan wordt door de beroepsgroep of de patiëntenorganisaties, dan zijn we ook bereid om de norm hoger te leggen. Dat is een heel duidelijk verschil, als je bijvoorbeeld kijkt naar andere verzekeraars. (...) Gericht op het landelijk traject hebben wij ook gezegd, oké, hier committeren wij ons aan, tenzij wij aanknopingspunten vinden dat die norm te laag is gesteld, dan voelen wij de vrijheid om de norm, de lat hoger te leggen en zullen wij dus afwijken van het landelijk verhaal.”

Deze strategische houding verschilt met de houding van Zorgverzekeraar 2, die normeringen aan de beroepsgroep (het veld) zelf wil overlaten. Het laat hiermee het belang of het standpunt van de zorgaanbieders hiermee meer meewegen in strategische keuzes. Zorgverzekeraar 2 verwoordt dit in het volgende fragment.

“Dus, en ik denk dat wij daarin verschillen. Dat wij dat echt meer dan andere verzekeraars die samenwerking proberen neer te zetten. Dat wij meer dan andere verzekeraars proberen uit te stralen dat we maatschappelijke doelen proberen te verwezenlijken, dat wij meer dan andere verzekeraars, hoe moet ik het zeggen, wij hebben ook in onze visie staan dat wij niet op de stoel van de aanbieder willen gaan zitten. Zij zijn van de zorg. Dus die volumennormen, om maar wat te noemen, wat jou bekend is, die hebben wij niet bedacht, die hebben de wetenschappelijke verenigingen bedacht.”

Samenwerking

Relatie

Naast de strategie kwam in het interview de samenwerking aan bod. Allereerst wordt een beeld geschetst van de relatie binnen de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Beide zorgverzekeraars hechten belang aan een goede relatie met de ziekenhuizen. Zorgverzekeraar 1 formuleert dit als volgt:

“Dan merk je wel dat het toch wel heel waardevol is om te kijken of je er met het veld uit kan komen. (...) Maar het is wel dat de contacten over en weer goed zijn en dat we elkaar op de hoogte houden van waar we mee bezig zijn. Op het moment dat we daar hetzelfde over denken of uitkomen, dan kun je dat mooi gezamenlijk doen, en is dat niet zo, en is het één en ander niet zo overtuigend, dan kun je alsnog ieder je eigen weg daarin gaan. Dat is in ieder geval wel prettig dat je van tevoren in gesprek bent en van elkaar weet waar je mee bezig bent.”

Een goede relatie blijkt essentieel door de wederzijdse afhankelijkheid tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Dit komt in het volgende fragment van Zorgverzekeraar 1 naar voren:

“Want ik denk in ieder geval ook dat je met samenwerking veel verder komt, kan ook niet anders met dit soort instellingen, en zeker niet op het gebied van ziekenhuiszorg, daar zijn we wel van overtuigd, dus het is af en toe wel scherpe onderhandelingen, maar je weet wel dat je tot elkaar veroordeeld bent en het liefst nog op een iets positievere manier dat je echt met elkaar kan werken naar van, welke dingen gaan we nou doen om te zorgen dat de zorg betaalbaar blijft en op een kwalitatief goed niveau.”

Hoewel beide zorgverzekeraars een goede relatie met hun ziekenhuizen nastreven, is er een nuanceverschil op te maken in de benadering van de zorgverzekeraars. In de voorgaande fragmenten is de goede relatie binnen de samenwerking, een middel tot het bewerkstelligen van de eigen doelen. Bij Zorgverzekeraar 2 is de goede relatie echter meer een doel op zich. Want met een goede samenwerking zal de kwaliteit van de zorg hoger worden en zullen de kosten vanzelf beheerst worden, aldus de redenatie van de zorgverzekeraar. In een eerder aangehaald fragment kwam deze visie al naar voren:

“Wij hebben het gevoel dat als je dat gesprek met de aanbieder gaat voeren, dat dan de kosten vanzelf eigenlijk ook wel weer beheerst zullen worden. Dus wij proberen op die manier het vertrouwen van de aanbieder te winnen en samen met de aanbieder in gesprek te komen.”

Dit uitgangspunt leidt volgens de zorgverzekeraar dan ook tot de goede relaties die het heeft met ziekenhuizen. In dit fragment haalt Zorgverzekeraar 2 een indicatie aan van de relatief betere relatie met ziekenhuizen ten opzichte van andere

zorgverzekeraars. Een relatie waarin de zorgverzekeraar meer focus legt op het aangaan van het gesprek met ziekenhuizen in vergelijking met andere zorgverzekeraars:

“Want dat is door de NVZ ook echt genoemd tegen ons, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, die hebben gezegd tegen mijn bazen, dat ze zien dat de kwaliteit van mensen die [de zorgverzekeraar] aan tafel zet bij de ziekenhuizen, uitstekend is. En ik bedoel nu even, boven de anderen uitsteekt. Dus ze zien dat daar veel meer een gesprek mogelijk is dan bij de anderen en dat waarderen ze.”

Een tweede indicatie die de zorgverzekeraar geeft van hun relatief goede relatie met ziekenhuizen in vergelijking met andere zorgverzekeraars, is het gegeven dat het contracten eerder rond krijgt:

“Ik weet niet hoe vaak andere verzekeraars bij een bepaald ziekenhuis binnenlopen. Ik weet wel dat wij bijvoorbeeld al veel contracten hebben met ziekenhuizen en andere verzekeraars een stuk minder. Dus ja, wij hebben een contract, maar dat is niet echt samenwerken natuurlijk.”

Proces

Ten slotte schets ik een beeld van de procesmatige aspecten van de samenwerking van de zorgverzekeraars. Beide zorgverzekeraars sturen aan op profielkeuzes bij ziekenhuizen en zijn hierin bereid meerjarenafspraken af te sluiten met ziekenhuizen. Zorgverzekeraar 1 geeft dit in het volgende fragment aan:

“We vragen aan een ziekenhuis om hun eigen profiel te beschrijven en dus aan te geven waar hun speerpunten liggen en hun specialisaties voor de komende jaren. (...) Dan gaat het met name over het soort behandelingen waarbij je natuurlijk ook flinke investeringen moet doen. (...) Wij hebben er baat bij dat het zorglandschap op de juiste manier wordt ingericht zodat de zorg voor onze verzekerden goed geregeld kan worden. Dus het zijn echt dingen die je dan ook in samenwerking doet met elkaar en waar je ook bereid bent om ook meerjarencommitments voor af te geven. Maar bij dat soort trajecten zie je ook vaak, is dat je dat niet alleen doet, maar dat je in dit geval dus ook [andere zorgverzekeraars] erbij betreft.”

Het uitgangspunt van zorgverzekeraar 2 sluit hierop aan:

“Stel nou dat wij met zo’n ziekenhuis in gesprek komen over de profiel discussie, we zijn in [het ziekenhuis] niet de allergrootste, we hebben helemaal niet zo’n idioot groot marktaandeel, maar dat ze een profieldiscussie voeren, en dat een ziekenhuis zegt: prima ik wil mijn profiel veranderen, maar dan heb ik wel wat meer langetermijnzekerheid nodig. Nou dan wil ik die bieden, door middel van een langetermijncontract. Dus het is ook afhankelijk van de stappen die een ziekenhuis

wil nemen en niet alleen afhankelijk van de vraag hoeveel marktaandeel ik daar nu heb.”

Enkel zorgverzekeraar 2 spreekt van differentiatie van contractvormen in de samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen. Het lijkt er hiermee op dat de zorgverzekeraar de verschillende relaties met ziekenhuizen meer gestandaardiseerd wil inrichten. Differentiatie in welomlijnde afsprakenkaders indiceert een meer gestructureerd samenwerkingsproces.

“Wij gaan ook echt met verschillende contractvormen werken, dat doen we al bij andere beroepsgroepen en dat gaan we nu ook doen bij ziekenhuizen. Wij willen differentiëren in contracten en dat kan dus variëren van een lullige basisovereenkomst tot en met een intensieve samenwerkingsovereenkomst, meerjarig, dus van een lullige basisovereenkomst met een looptijd van een jaar tot een meerjarige intensieve samenwerkingsovereenkomst met volledige transparantie en alles erop en eraan.”

4.2 Resultaten kwantitatieve analyse

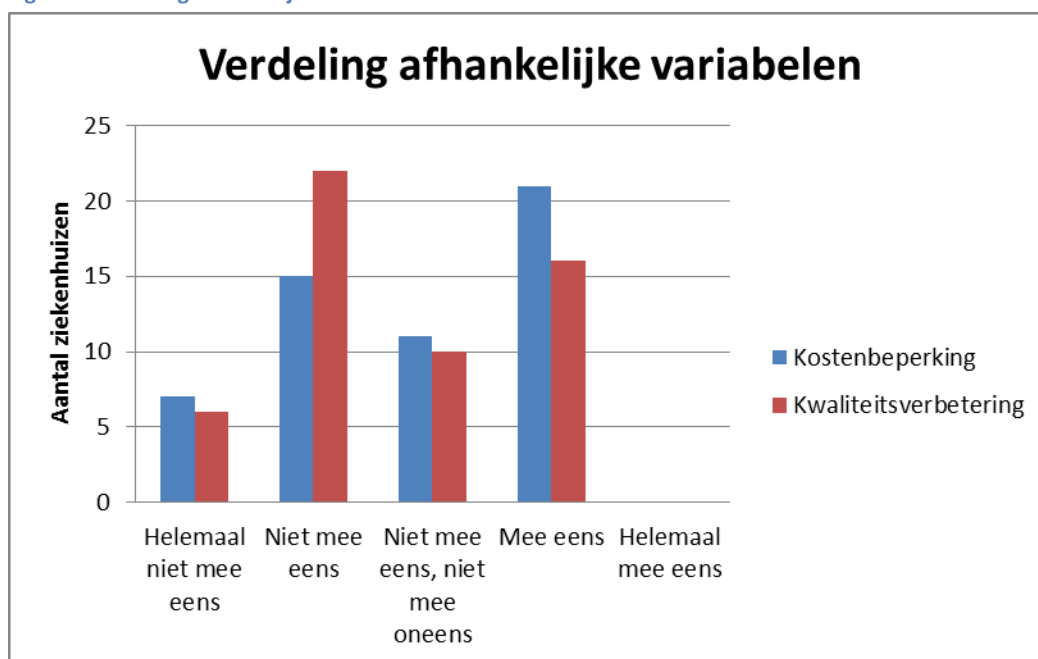
Van kwantitatieve analyses worden allereerst de belangrijkste beschrijvende resultaten van de data getoond. Vervolgens zijn de resultaten weergegeven van de bivariate analyse. Ten slotte zijn de hypothesen getoetst in regressieanalyses.

4.2.1 Beschrijvende resultaten

Afhankelijke variabelen

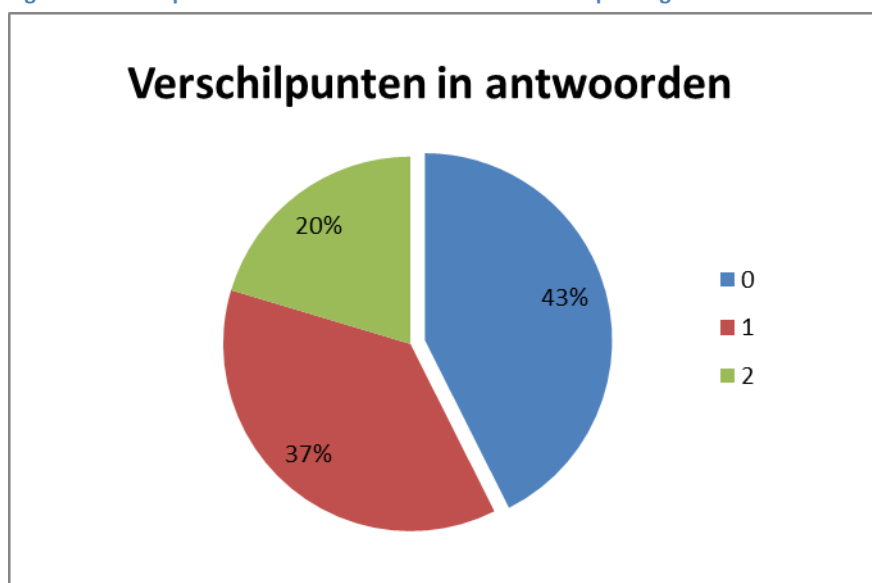
De verdelingen van de afhankelijke variabelen zijn gevisualiseerd in figuur 7. Geen enkele respondent is het helemaal eens met de stelling dat de zorgverzekeraar bijdraagt aan kostenbeperking dan wel kwaliteitsverhoging in de ziekenhuiszorg. Het gemiddelde van de antwoorden op de stellingen bevindt zich links van het midden (zie hiervoor ook tabel 1; gemiddelde kostenbeperking=2,85, gemiddelde kwaliteitsverbetering=2,67) wat betekent dat de respondenten het gemiddeld vaker niet eens zijn met de beide stellingen.

Figuur 7 Verdeling afhankelijke variabelen



Het valt op dat de verdelingen van de twee stellingen in grote mate overeenkomen. In hoeverre hangen de antwoorden van de respondenten op de twee items van de verschillende afhankelijke variabelen met elkaar samen? In figuur 8 is het aantal verschilpunten weergegeven tussen de antwoorden op de twee vragen. Hieruit is op te maken dat bijna de helft (43%) van de respondenten op beide vragen hetzelfde antwoord heeft gegeven. De andere helft van de respondenten wijkt met het ene antwoord één verschilpunt (37%) of in minder mate twee verschilpunten af (20%) van het andere antwoord. Het blijkt dat de antwoorden in grote mate met elkaar samenhangen. Dit is ook terug te zien in de significante samenhang tussen de twee afhankelijke variabelen met een Spearman's rho van $\rho=0,482$ ($p<0,001$). Met behulp van een Wilcoxon-toets voor gepaarde waarnemingen is ten slotte getoetst of er een verschil is tussen de verdelingen van de afhankelijke variabelen. De verdelingen blijken niet significant van elkaar te verschillen ($p=0,263$).

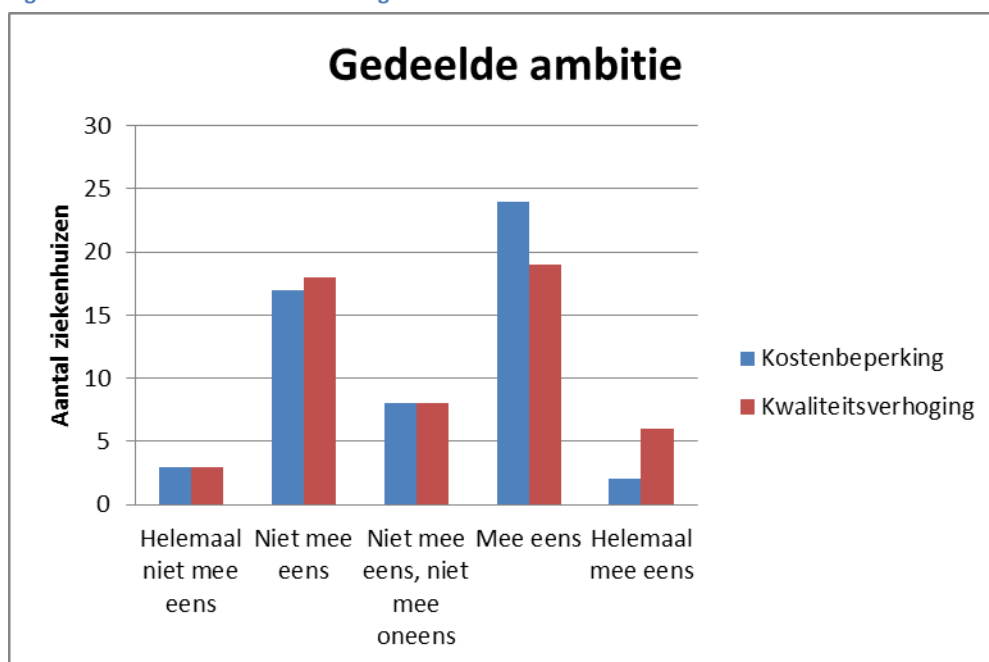
Figuur 8 Verschilpunten in de antwoorden tussen kostenbeperking en kwaliteitsverbetering



Onafhankelijke variabelen

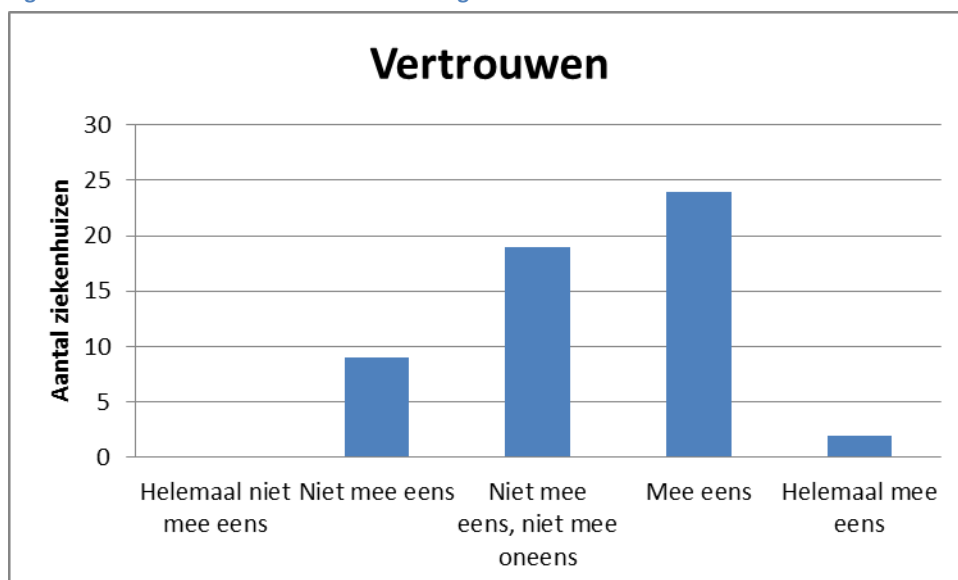
In figuur 9 zijn de verdelingen weergegeven van de twee items ten aanzien van gedeelde ambitie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Van de ziekenhuizen deelt 48,1% van de ziekenhuizen de ambitie tot kostenbeperking met de zorgverzekeraar; 46,3% van de ziekenhuizen deelt de ambitie tot kwaliteitsverbetering met de zorgverzekeraar. In hoeverre wordt de ambitie tot kostenbeperking door ziekenhuizen in dezelfde mate gedeeld als de ambitie tot kwaliteitsverbetering? In figuur 9 lijken de twee verdelingen in sterke mate overeen te komen. Komen de antwoorden op de beide items overeen? De antwoorden van de respondenten blijken samen te hangen met een Spearman's rho van $\rho=0,339$ ($p<0,05$). De samenhang is hiermee zwak hoewel significant. Met de Wilcoxon-toets voor gepaarde waarnemingen blijkt dat er geen significant verschil is tussen de verdelingen van de gedeelde ambitie ten aanzien van kostenbeperking enerzijds en kwaliteitsverbetering anderzijds ($p=0,833$).

Figuur 9 Gedeelde ambitie tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis



In figuur 10 is te zien dat er geen ziekenhuizen zijn die helemaal geen vertrouwen ervaren in de relatie met de zorgverzekeraar. Van de ziekenhuizen ervaart 48,1% (veel) vertrouwen in de samenwerking met de zorgverzekeraar en ervaart 16,7% van de ziekenhuizen geen vertrouwen in de samenwerking met de zorgverzekeraar.

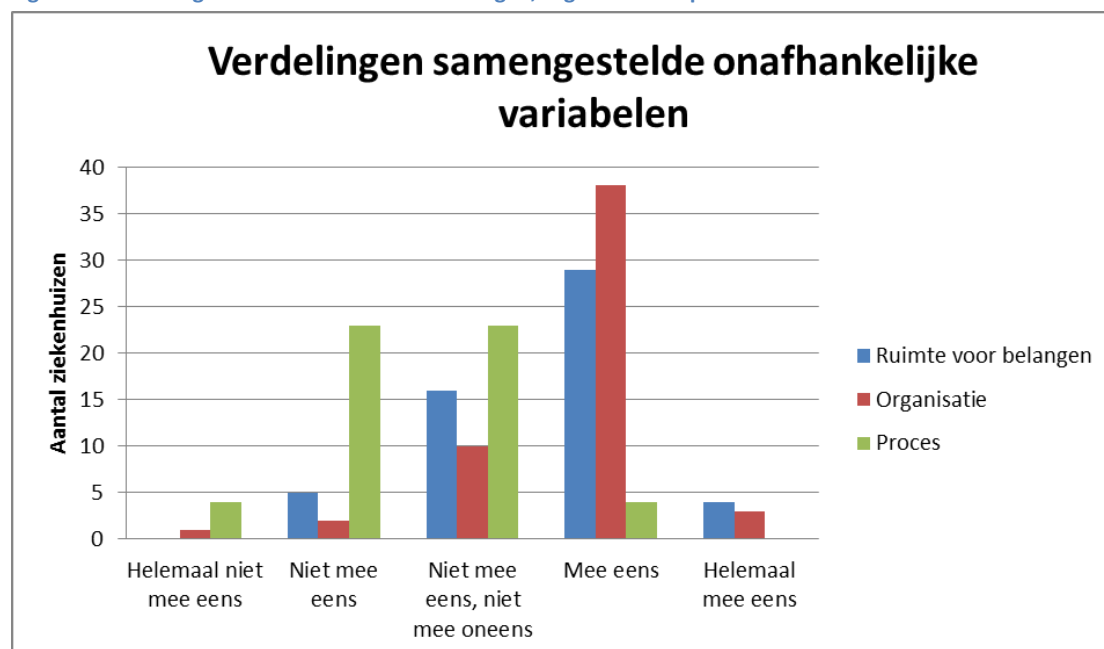
Figuur 10 Vertrouwen in de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen



Bij drie van de vijf onafhankelijke variabelen is een likertschaal geconstrueerd. Het gaat bij deze variabelen dus om een gemiddelde op meerdere items. In bijlage 4 zijn de frequentieverdelingen van de afzonderlijke items terug te vinden. In figuur 11 zijn

de verdelingen van de schalen bij elkaar in één figuur gevoegd. Uit deze figuur wordt in één oogopslag duidelijk dat de verdelingen van ruimte voor belangen en organisatie redelijk overeen komen. De meeste ziekenhuizen zien ruimte voor hun belangen en ervaren een goede organisatie. Dit blijkt ook uit het gegeven dat de gemiddelde waarden op deze schalen zich rechts van het midden bevinden en dus een positieve houding op de stellingen weerspiegelen; een gemiddelde van 3,46 voor ruimte voor belangen en een gemiddelde van 3,58 voor organisatie. Bij de verdeling van proces is echter te zien dat de meeste ziekenhuizen weinig tot geen processtructurering ervaren. Het gemiddelde (2,52) bevindt zich links van het midden, wat een negatieve houding op stellingen ten aanzien van proces representeert.

Figuur 11 Verdelingen schalen ruimte voor belangen, organisatie en proces

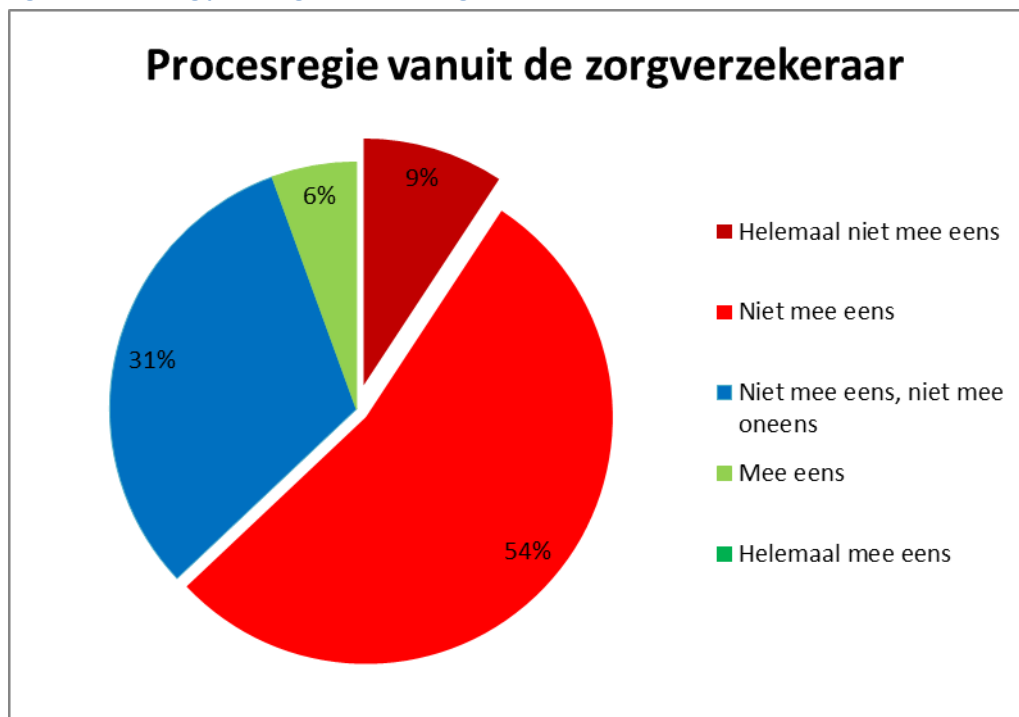


Samenvattend is met de vijf onafhankelijke variabelen vast te stellen dat ziekenhuizen verdeeld zijn in hun ervaren gedeelde ambitie met zorgverzekeraars, ze over het algemeen veel vertrouwen, ruimte voor belangen en organisatie in hun samenwerking met zorgverzekeraars ervaren, maar dat ze weinig processtructuur in hun samenwerking met zorgverzekeraars ervaren.

Hierop aansluitend is ter verduidelijking in figuur 12 de frequentieverdeling van het item 'procesregie vanuit de zorgverzekeraar' visueel weergegeven; een item dat is opgenomen in de likertschaal van de onafhankelijke variabele 'proces'. Dit item geeft een duidelijke indicatie van hoe de procesregie vanuit de zorgverzekeraars door de ziekenhuizen wordt ervaren. Het zijn de zorgverzekeraars die moeten sturen op een doelmatige inrichting van het zorglandschap (VWS, 2011). In deze moet de

sturing procesmatig worden ingekleed door de zorgverzekeraar. Uit figuur 12 blijkt echter dat 63,0% van de ziekenhuizen geen dan wel helemaal geen duidelijke procesregie vanuit de zorgverzekeraar ervaart.

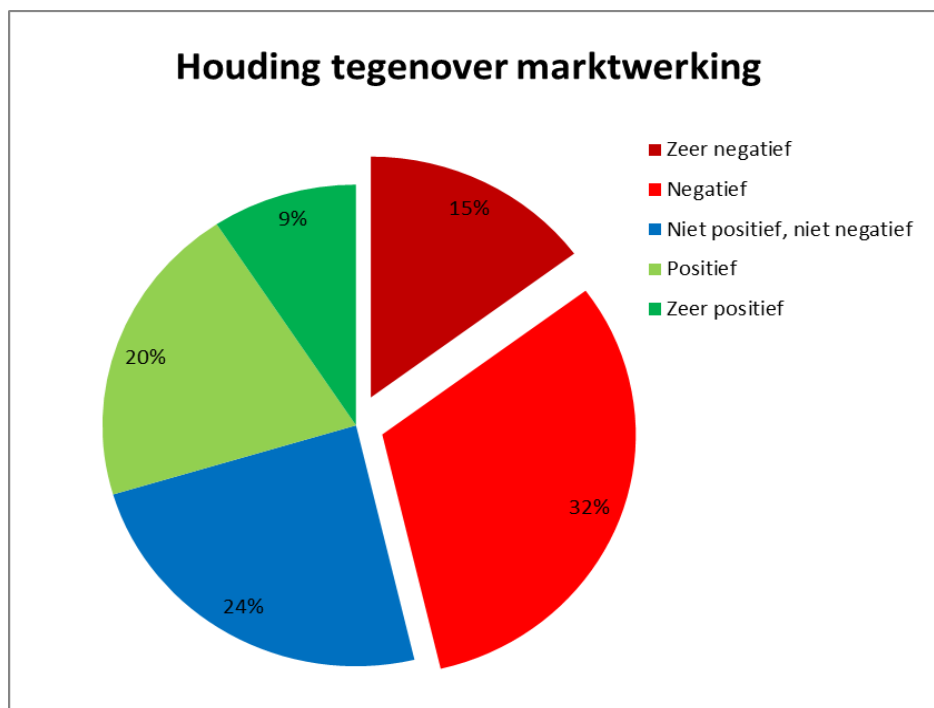
Figuur 12 Verdeling procesregie vanuit de zorgverzekeraar



Controlevariabelen

Ten slotte is figuur 13 de frequentieverdeling van de controlevariabele 'systemscepsis' weergegeven in een cirkeldiagram. Voor deze variabele is de ziekenhuisbestuurders een vraag voorgelegd naar hun persoonlijke houding tegenover marktwerking in de ziekenhuiszorg. Hierin is te zien dat bijna 47% van de respondenten negatief tot zeer negatief staat tegenover de ontwikkelingen van marktwerking in de ziekenhuiszorg.

Figuur 13 Houding ten aanzien van de ontwikkelingen van marktwerking in de ziekenhuiszorg



4.2.2 Resultaten bivariate analyse

In tabel 3 is de bivariate toetsing weergegeven van de onafhankelijke en controlevariabelen met de afhankelijke variabelen. In deze bivariate toetsing zijn enkel ordinale en ratiovariabelen opgenomen; de bivariate toetsing met nominale variabelen volgt op de interpretatie van tabel 3. In deze tabel is te zien dat geen van de onafhankelijke en controlevariabelen een significant verband heeft met de afhankelijke variabele ervaren kostenbeperking. Deze resultaten suggereren geen bevestiging voor de vijf hypothesen.

Voor ervaren kwaliteitsverbetering zijn daarentegen wel degelijk significante verbanden waar te nemen. Een grotere gedeelde ambitie tot kwaliteitsverbetering tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis hangt zeer significant samen met ervaren kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar ($p \leq 0,001$). De Spearman-correlatiecoëfficiënt geeft een sterke positieve samenhang tussen de variabelen weer ($R_s = 0,552$); dit betekent dat naarmate de ambitie tot kostenbeperking meer wordt gedeeld tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis, de ervaren kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar groter zal zijn. Hypothese 1 kan voor de ervaren kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg voorlopig worden bevestigd. Er is ook een significant positief verband in tabel 3 te vinden voor de variabele ruimte voor belangen ($p < 0,01$). Het betreft hier een relatief zwak positief verband ($R_s = 0,368$).

Naarmate ziekenhuizen meer ruimte hebben voor hun belangen in de samenwerking met zorgverzekeraars, is de ervaren kwaliteitsverbetering van ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar hoger; hiermee kan ook hypothese 2 voor ervaren kwaliteitsverbetering op basis van de bivariate analyse worden bevestigd. Het laatste significante verband dat naar voren komt in de bivariate toetsing van tabel 3, is het positieve verband tussen proces en ervaren kwaliteitsverbetering ($p < 0,01$). De Spearman-correlatiecoëfficiënt geeft een relatief zwakke positieve samenhang tussen de variabelen weer ($R_s = 0,395$). Hiermee kan ook hypothese 5 voorlopig worden bevestigd voor de ervaren prestatie kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg. Naarmate het samenwerkingsproces van zorgverzekeraars en ziekenhuizen beter is vormgegeven, is de ervaren kwaliteitsverbetering van ziekenhuiszorg als gevolg van de samenwerking met zorgverzekeraars hoger. Hypothese 3 en 4 vinden geen bevestiging in de bivariate toetsing. De controlevariabelen hebben, evenals bij de afhankelijke variabele ervaren kostenbeperking, geen significant verband met ervaren kwaliteitsverbetering. Dit was voor enkele variabelen zoals opleidingsniveau en marktveranderingen te verwachten, aangezien de variatie op deze variabelen zeer beperkt is.

Tabel 3 Bivariate toetsing ervaren kostenbeperking en kwaliteitsverbetering (N=54)

| | Kostenbeperking | Kwaliteitsverbetering |
|----------------------------------|-----------------|-----------------------|
| <i>Onafhankelijke variabelen</i> | | |
| Ambitie kostenbeperking | -0,024 | - |
| Ambitie kwaliteitsverbetering | - | 0,552 *** |
| Ruimte voor belangen | 0,007 | 0,368 ** |
| Vertrouwen | 0,048 | 0,122 |
| Organisatie | 0,043 | 0,106 |
| Proces | 0,181 | 0,395 ** |
| <i>Controlevariabelen</i> | | |
| Leeftijd | 0,058 | 0,100 |
| Aantal bedden ziekenhuis | -0,121 | -0,192 |
| Marktveranderingen | -0,198 | 0,030 |
| Persoonlijke band | -0,056 | 0,128 |
| Contact met zorgverzekeraar | -0,119 | 0,029 |
| Systemscepsis | -0,043 | -0,059 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Er zijn nog drie variabelen die met een andere toets zijn onderzocht op een bivariaat verband met de afhankelijke variabelen. Allereerst wordt de nominale variabele geslacht met een Mann-Witney toets (voor onafhankelijke waarnemingen) getoetst op een samenhang met ervaren kostenbeperking en kwaliteitsverbetering. Er blijkt

geen verschil te zijn tussen mannen en vrouwen op de ervaren kostenbeperking ($p=0,246$) en de ervaren kwaliteitsverbetering ($p=0,063$).

Vervolgens is de ordinale variabele opleiding op een bivariate relatie met de afhankelijke variabelen onderzocht. Aangezien respondenten enkel hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijk onderwijs, post-doctorale of een promotieopleiding hebben gevolgd, zijn alleen deze vier categorieën meegenomen. De variabele opleiding is in een Kruskal-Wallis toets als nominale variabele met vier categorieën meegenomen om te zien of er een verschil is waar te nemen tussen de categorieën in de scores op de afhankelijke variabelen. Er bleek zowel bij ervaren kostenbeperking ($p=0,104$) als bij ervaren kwaliteitsverbetering ($p=0,375$) geen significant verschil te zijn tussen de vier opleidingscategorieën. Hiermee kan worden geconcludeerd dat er geen verband is tussen opleiding en de prestatiekenmerken.

Ten slotte is de nominale variabele 'zorgverzekeraars' getoetst op een verband met de afhankelijke variabelen. Ook voor deze toetsing is de Kruskal-Wallis toets gebruikt, waarin de zes verschillende zorgverzekeraars met elkaar worden vergeleken. Er blijkt geen significant verschil te zijn tussen de zorgverzekeraars op de afhankelijke variabele ervaren kostenbeperking ($p=0,440$) en ervaren kwaliteitsverbetering ($p=0,536$).

4.2.2 Resultaten regressieanalyse

In deze paragraaf zijn vier multiële regressieanalyses uitgevoerd. In de analyses worden de onafhankelijke variabelen uit de hypothesen samen in een model gevoegd, zodat afzonderlijke effecten kunnen worden gecontroleerd op de effecten van de andere onafhankelijke variabelen. Ook kunnen de onafhankelijke variabelen worden gecontroleerd voor mogelijke effecten van controlevariabelen.

In de vorige paragraaf is al vastgesteld dat er geen significante bivariate verbanden zijn tussen de controlevariabelen en de afhankelijke variabelen. In model 1 en 2 zullen nogmaals alle controlevariabelen in een model met de afhankelijke variabelen worden opgenomen om mogelijke significante effecten van de controlevariabelen op de afhankelijke variabelen te ontdekken. In de modellen 3 en 4 worden de effecten van de onafhankelijke variabelen getoetst. Er mogen namelijk zo min mogelijk (controle)variabelen worden opgenomen door de beperkte omvang van het aantal analyse-eenheden. In model 5 worden de significante controlevariabelen uit de eerste twee modellen alsnog meegenomen.

In model 1 (tabel 4) is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd met de afhankelijke variabele ervaren kostenbeperking; in dit model zijn alleen controlevariabelen opgenomen. Het model heeft weinig verklaringskracht, hetgeen ook volgt uit de aangepaste R^2 van 0,063. Het regressiemodel levert geen significante

bijdrage aan het verklaren van de totale variantie ($p=0,281$). Ook model 2 (tabel 4) levert geen significante bijdrage aan de te verklaren variantie van de afhankelijke variabele kwaliteitsverbetering ($p=0,279$). Model 2 heeft ook een aangepaste R^2 van 0,063, wat betekent dat het model 6,3% van de totale variantie verklaart. In model 2 ervaren vrouwen significant meer kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar. Grote ziekenhuizen blijken juist significant minder kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar te ervaren. Met deze variabelen moet in de analyse van de onafhankelijke variabelen rekening worden gehouden; in model 5 zal een analyse met de significante controlevariabelen volgen.

Zoals in de vorige paragraaf is vastgesteld, komt ook in deze analyse naar voren dat er geen verschil is tussen de zorgverzekeraars in zowel de ervaren kostenbeperking en kwaliteitsverbetering bij ziekenhuizen, ditmaal gecontroleerd voor andere controlevariabelen.

Hoewel de variabele systemscepsis geen invloed heeft op de beide afhankelijke variabelen, zal alleen deze variabele als controlevariabele worden meegenomen in de analyses van de onafhankelijke variabelen in model 3 en 4. Het is van belang om deze variabele in de laatste modellen mee te nemen om te controleren voor individuele variatie. De analyse vindt immers plaats op organisatieniveau, waardoor individuele invloeden zoveel mogelijk uit de organisatie-effecten moeten worden geëlimineerd. De variabele systemscepsis vormt hiervoor een bruikbare controlevariabele op individueel niveau.

Tabel 4 Regressieanalyse, ervaren kostenbeperking als afhankelijke variabele in model 1; ervaren als afhankelijke variabele kwaliteitsverbetering in model 2 (N=51)

| | Model 1 | | Model 2 | |
|---------------------------------|---------|--------|----------|--------|
| | β | St. E. | β | St. E. |
| Constante | - | 2,821 | - | 2,711 |
| Geslacht | | | | |
| Man (Ref.) | Ref. | Ref. | Ref. | Ref. |
| Vrouw | 0,184 | 0,451 | 0,415 * | 0,434 |
| Opleiding | 0,199 | 0,255 | 0,137 | 0,245 |
| Leeftijd | -0,020 | 0,023 | 0,180 | 0,022 |
| Aantal bedden ziekenhuis | -0,212 | 0,001 | -0,308 * | 0,001 |
| Zorgverzekeraar | | | | |
| Achmea (Ref.) | Ref. | Ref. | Ref. | Ref. |
| CZ | 0,208 | 0,498 | 0,146 | 0,478 |
| Menzis | 0,111 | 0,476 | 0,111 | 0,457 |
| VGZ | -0,049 | 0,453 | 0,133 | 0,436 |
| Zorg en Zekerheid | -0,190 | 0,625 | -0,141 | 0,601 |
| DSW | 0,242 | 0,852 | 0,262 | 0,819 |
| Marktveranderingen | -0,249 | 0,452 | 0,104 | 0,435 |
| Persoonlijke band | -0,023 | 0,228 | 0,197 | 0,219 |
| Contact | -0,138 | 0,313 | 0,009 | 0,301 |
| Systeemscepsis | 0,247 | 0,167 | 0,041 | 0,160 |
| R² | 0,307 | | 0,307 | |
| Aangepaste R² | 0,063 | | 0,063 | |

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

In tabel 5 is de regressieanalyse weergegeven met ervaren kostenbeperking als afhankelijke variabele. De analyse van model 3 geeft geen enkel significant effect van de onafhankelijke variabelen weer. Dit komt overeen met de bivariate toetsing uit de vorige paragraaf. Er wordt wederom geen bevestiging gevonden voor de hypothesen 1 tot en met 5. Ook systeemscepsis blijkt geen invloed te hebben op de ervaren kostenbeperking in de ziekenhuiszorg als gevolg van de samenwerking met zorgverzekeraars.

Het regressiemodel levert geen significante bijdrage aan het verklaren van de totale variantie ($p=0,764$). De minieme verklaringskracht van model 3 is ook af te leiden aan de lage R^2 (0,066) en de negatieve aangepaste R^2 (-0,053). De negatieve waarde is te verklaren met het gegeven dat het model geen significante verklaringskracht heeft.

Tabel 5 Regressieanalyse, ervaren kostenbeperking als afhankelijke variabele (N=54)

| Model 3 | β | St. E. |
|----------------------------------|---------|--------|
| Constante | - * | 1,031 |
| Onafhankelijke variabelen | | |
| Ambitie kostenbeperking | 0,006 | 0,158 |
| Ruimte voor belangen | -0,205 | 0,312 |
| Vertrouwen | 0,029 | 0,295 |
| Organisatie | 0,053 | 0,244 |
| Proces | 0,265 | 0,263 |
| Controlevariabele | | |
| Systemscepsis | -0,076 | 0,138 |
| R2 | 0,066 | |
| Aangepaste R2 | -0,053 | |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p \leq 0,001$

In tabel 6 is de regressieanalyse weergegeven met ervaren kwaliteitsverbetering als afhankelijke variabele. Dit model levert wel degelijk een significante bijdrage aan de totaal te verklaren variantie ($p \leq 0,001$). De onafhankelijke variabelen tezamen verklaren 45,2% van de totaal te verklaren variantie van de afhankelijke variabele ervaren kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar ($R^2_{\text{adjusted}} = 0,452$).

Gedeelde ambitie en proces blijken een significante positieve invloed te hebben op de ervaren kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg als gevolg van de samenwerking met de zorgverzekeraar ($p \leq 0,001$). Dit betekent dat naarmate ziekenhuizen meer een gedeelde ambitie met de zorgverzekeraar tot kwaliteitsverbetering hebben, ze ook een grotere kwaliteitsverbetering in hun ziekenhuiszorg ervaren als gevolg van de samenwerking met de zorgverzekeraar. En naarmate het samenwerkingsproces van zorgverzekeraars en ziekenhuizen beter is vormgegeven, is de ervaren kwaliteit van ziekenhuiszorg als gevolg van de samenwerking met de zorgverzekeraar eveneens hoger. Zowel hypothese 1 als hypothese 5 kunnen worden bevestigd. Deze conclusie komt overeen met de conclusie zoals getrokken aan de hand van de bivariate toetsing uit de vorige paragraaf. Het vertrouwen in de zorgverzekeraar blijkt ook een significante invloed te hebben op de ervaren kwaliteitsverbetering ($p < 0,05$). Het effect blijkt echter omgekeerd aan de verwachting zoals opgesteld in hypothese 3. Naarmate het vertrouwen in de relatie van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar toeneemt, neemt de ervaren kwaliteitsverbetering af. Er wordt met deze bevinding geen bevestiging

gevonden voor hypothese 3. Ook voor hypothese 2 wordt geen bevestiging gevonden. Waar in de bivariate toetsing nog een significant positief verband bestond tussen ruimte voor belangen en kwaliteitsverbetering, daar blijkt de variabele in model 4 geen invloed te hebben op de ervaren kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg als gevolg van de samenwerking met de zorgverzekeraar.

Ten slotte wordt ook voor hypothese 4 geen bevestiging gevonden in model 4. De kwaliteit van de organisatie van het samenwerkingsverband tussen zorgverzekeraar en ziekenhuizen heeft geen significante invloed op de ervaren kwaliteitsverbetering. Deze bevinding komt overeen met de bivariate toetsing.

De controlevariabele systeemscepsis heeft, net als in model 3, geen invloed op de afhankelijke variabele. In model 5 zijn de twee significante controlevariabelen 'geslacht' en 'grootte ziekenhuis' uit model 2 aan model 4 toegevoegd. Het model voegt 5,8% toe aan de verklaringskracht van regressiemodel 4. In model 5 verliest geslacht zijn significantie, zoals is te zien in tabel 6. De grootte van het ziekenhuis, geoperationaliseerd als het aantal bedden in een ziekenhuis, blijft een significante negatieve invloed hebben op de ervaren kwaliteitsverbeteringen van de ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar. De significante effecten van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele blijven na controle op de controlevariabelen in model 5 echter overeind.

Tabel 6 Regressieanalyse, ervaren kwaliteitsverbetering als afhankelijke variabele (N=54)

| | Model 4 | | Model 5 | |
|----------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|
| | β | St. E. | β | St. E. |
| Constante | - | 0,684 | - | 0,661 |
| Onafhankelijke variabelen | | | | |
| Ambitie kwaliteitsverbetering | 0,560 *** | 0,105 | 0,497 *** | 0,101 |
| Ruimte voor belangen | 0,141 | 0,225 | 0,140 | 0,213 |
| Vertrouwen | -0,354 * | 0,198 | -0,332 * | 0,190 |
| Organisatie | -0,093 | 0,167 | -0,089 | 0,158 |
| Proces | 0,441 *** | 0,178 | 0,462 *** | 0,173 |
| Controlevariabele | | | | |
| Systemscopsis | 0,001 | 0,093 | 0,029 | 0,089 |
| Geslacht | | | | |
| Man | | | Ref. | Ref. |
| Vrouw | | | 0,176 | 0,251 |
| Aantal bedden | | | -0,226 * | 0,000 |
| R² | 0,514 | | 0,584 | |
| Aangepaste R² | 0,452 | | 0,510 | |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Het kan zijn dat bepaalde variabelen dusdanig met elkaar samenhangen dat er een vertekening optreedt in de resultaten van de analyses. Zo kan de ruimte voor belangen die ziekenhuizen samenhangen met het vertrouwen van ziekenhuizen in de zorgverzekeraar. Dit controleer ik met een multicollineariteitsanalyse. In de modellen 3, 4 en 5 is geen sprake van multicollineariteit. De VIF-waarden van de variabelen variëren tussen 1,2 en 2,4; hiermee komen de waarden niet boven de kritieke waarde van 10. Met deze gegevens kan worden geconstateerd dat de onafhankelijke variabelen in de modellen 3 en 4 niet in belangwekkende mate aan elkaar zijn gerelateerd. Dit betekent dat de onafhankelijke variabelen niet direct uit een functie met één of meerdere predictoren zijn te herleiden.

Op model 3 en 4 is tevens een residu-analyse uitgevoerd om te zien of bepaalde respondenten een bepalende invloed hebben op de resultaten van de analyses. Uit de residu-analyses van beide modellen blijkt dat er geen influential cases (bepalende respondenten) in de analyse aanwezig zijn. Het meest extreme residu heeft een waarde van 2,402; dit is niet significant bij p' ($p+1=6+1$) predictoren en 52 cases (Weisberg, 1980). De Cook's Distance bij de meest invloedrijke cases is daarnaast

niet significant ($p=0,780$), wat betekent dat het uitsluiten van deze respondenten geen invloed heeft op de schattingen van de parameters van de variabelen.

Ten slotte zijn de residuen van model 3 en 4 normaal verdeeld, zoals is weergegeven in figuur 1 en 2 van bijlage 5. Hiermee voldoen de analyses aan één van de assumpties van regressieanalyse; deze assumptie vereist een normale verdeling van de residuen.

Hoofdstuk 5 Conclusie & discussie

Deze studie onderzoekt de invloed van de samenwerking van zorgverzekeraars met ziekenhuizen op de ervaren prestaties in ziekenhuizen. Allereerst blijken zorgverzekeraars te verschillen in de wijze waarop ze ziekenhuizen benaderen en hun samenwerking inrichten. Er zijn zorgverzekeraars die ter verbetering van de prestaties van het ziekenhuislandschap in grotere mate het werkveld bij hun keuzes betrekken. Daarnaast zijn er zorgverzekeraars die hun eigen visie als leidend beschouwen en deze in meer of mindere mate opleggen aan het ziekenhuislandschap. De regierol van zorgverzekeraars wordt op deze wijze verschillend ingevuld, waarbij ziekenhuizen in de samenwerking in meer of mindere mate worden betrokken bij keuzes tot de inrichting van de Nederlandse ziekenhuiszorg.

Met de bevinding dat zorgverzekeraars verschillen in hun benadering van ziekenhuizen, volgt de vraag of deze benadering een invloed heeft op de ervaren prestaties van ziekenhuizen. De samenwerking van zorgverzekeraars met ziekenhuizen kan worden gekarakteriseerd aan de hand van samenwerkingsindicatoren. Er zijn diverse klassieke wetenschappelijke theorieën die voorwaarden voor samenwerking beschrijven. Er is echter weinig wetenschappelijke literatuur ten aanzien van verbeterde prestaties van organisaties als gevolg van samenwerking. Meestal worden de positieve effecten van samenwerking simpelweg verondersteld. De organisatieleertheorie beschrijft wel degelijk een mechanisme waarin organisaties door van elkaar te leren in een samenwerking beter gaan presteren. Uitgangspunten van deze theorie en de transactiekostentheorie zijn de uitgangspunten geweest voor dit onderzoek. Deze meer traditionele theorieën zijn gekoppeld aan het meer praktische, integrale samenwerkingsmodel van Kaats & Opheij (2011). Het model geeft indicatoren voor een constructieve samenwerking; het impliceert niet dat de samenwerking een positieve invloed heeft op de prestaties van organisaties. Het model dient in dit onderzoek dan ook meer als een kapstok om samenwerkingsindicatoren te onderscheiden en expliciteren.

In een surveyonderzoek onder ziekenhuizen zijn operationalisaties van de samenwerkingsindicatoren aan ziekenhuisbestuurders voorgelegd. Uit de analyse van de data blijkt dat de invulling van de samenwerking geen invloed heeft op de ervaren kostenbeperking van ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar. Met een gedeelde ambitie ten aanzien van kwaliteit tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en aandacht voor structurering van het samenwerkingsproces, blijkt de zorgverzekeraar wel degelijk bij te dragen aan ervaren kwaliteitsverbeteringen van

ziekenhuiszorg. Hiermee kan de onderzoeksvraag worden beantwoord, waarbij samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen met een focus op gedeelde ambities en processtructurering bijdraagt aan de ervaren kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg. Deze conclusie gaat dus niet op voor de ervaren kostenbeperking van de ziekenhuiszorg. Terwijl processtructurering een positieve bijdrage levert aan de ervaren kwaliteit van de ziekenhuiszorg, blijkt uit de resultaten van het onderzoek echter dat een meerderheid van de ziekenhuizen weinig tot geen procesregie vanuit de zorgverzekeraar of andersoortige processtructurering in de samenwerking met de zorgverzekeraar ervaart.

Een opmerkelijke resultaat van dit onderzoek betreft de bevinding dat naarmate er meer vertrouwen in de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen is, de ervaren kwaliteitsverbeteringen van de ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar lager zijn. Daarnaast blijkt ruimte voor belangen voor ziekenhuizen in het samenwerkingsproces geen invloed te hebben op de ervaren kwaliteitsverbeteringen van ziekenhuiszorg. Met deze twee bevindingen ten aanzien van vertrouwen en ruimte voor belangen vind ik geen bewijs voor de effectiviteit van een meer horizontale samenwerking als het gaat om kwaliteitsverbeteringen in de ziekenhuiszorg. Ruimte voor belangen voor ziekenhuizen en vertrouwen zijn niet van belang respectievelijk niet bevorderlijk voor kwaliteitsverbeteringen in de ziekenhuiszorg. Echter blijkt uit dit onderzoek ook dat 44% van de ziekenhuisbestuurders negatief tot zeer negatief tegenover marktwerking in de ziekenhuiszorg staat. Een samenwerkingsrelatie waarin geen vertrouwen heerst, zal niet bijdragen aan het draagvlak voor marktwerking onder ziekenhuisbestuurders. Aangezien beide partijen tot elkaar zijn veroordeeld, is een goede verstandhouding in de ziekenhuiszorg van belang in het toewerken naar het gemeenschappelijke doel van een betaalbare en kwalitatief hoogwaardige zorg.

Ten slotte zijn er geen verschillen in de ervaren prestaties van ziekenhuizen tussen de verschillende zorgverzekeraars. De regisserende rol die zorgverzekeraars door de overheid hebben toebedeeld gekregen, wordt nog onvoldoende ingevuld in de samenwerking met ziekenhuizen en kan de zorgverzekeraars nog niet van elkaar onderscheiden met het oog op de ervaren prestaties van ziekenhuizen.

Gezien de complexiteit van het systeem van de (ziekenhuis)zorg en al haar stakeholders, was het moeilijk een onderzoeksmodel op te stellen waarin recht wordt gedaan aan de complexiteit. Er zijn veel verschillende invalshoeken waarop het huidige zorgsysteem kan worden belicht. De posities van betrokkenen in de ziekenhuiszorg zijn dan ook divers. Hoe is de marktwerking in de zorg en meer specifiek de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen te vangen in

een vereenvoudigd wetenschappelijk model? Dit onderzoek slaagt erin een samenwerkingsmodel te gebruiken om de samenwerking tussen zorgverzekeraar en ziekenhuizen te duiden. Hiervoor was een benadering noodzakelijk die toepasselijk was voor alle ziekenhuizen, groot of klein, topklinisch of academisch, ziekenhuizen met één grote zorgverzekeraar als partner of ziekenhuizen met meerdere zorgverzekeraars als belangrijkste partner etc. Deze benadering is bruikbaar gebleken door het abstractieniveau van het model. Het gevaar bij een toenemende abstractie is echter dat de resultaten van het onderzoek minder specifiek en toepassingsgericht worden. De resultaten van dit onderzoek geven dan ook algemene verbanden met algemene inzichten. Hiermee geeft dit onderzoek een interessant inzicht in de verhouding tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, maar wordt er te weinig bekend over hoe de samenwerking concreet wordt ingevuld, hoe de relatie concreet wordt vormgegeven. Hiervoor is interne informatie noodzakelijk. Vervolgonderzoek zou dan ook in samenwerking met zorgverzekeraars en/of ziekenhuizen moeten worden ontwikkeld, om relevante informatie uit het veld op tafel te krijgen. Hierbij kan een focus worden gelegd op de dimensies binnen de samenwerking die in dit onderzoek van invloed blijken te zijn op de kwaliteit van de ziekenhuiszorg. Waar in eerder onderzoek een positief verband tussen samenwerking en prestatie is gevonden, blijkt in dit onderzoek dat enkel bepaalde samenwerkingsdimensies van invloed zijn op de prestaties van de samenwerkende organisaties. Inzoomen op de gesprekken ten aanzien van elkaars ambities tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en op de processtructuur van de samenwerking kan in vervolgonderzoek nieuwe, concretere inzichten opleveren.

In vervolgonderzoek is het daarnaast een mogelijkheid het individueel niveau te integreren in het onderzoeksmodel in de vorm van een multilevelanalyse. Samenwerking tussen organisatie vindt plaats tussen mensen. Het zijn de mensen die een relatie onderhouden en het zijn ook deze relaties die bepalend zijn voor het contact tussen organisaties. Dit onderzoek probeert zo goed mogelijk onderscheid aan te brengen tussen individuele en organisationele perspectieven. Met diverse onderbouwingen is geprobeerd aan te tonen dat dit onderzoek door ziekenhuisbestuurders vanuit de organisatie is gepercipieerd. Hiermee geeft dit onderzoek een unieke inkijk in de posities van ziekenhuizen in hun samenwerking met zorgverzekeraars. Door niet enkel organisatiekarakteristieken, maar ook individuele karakteristieken in vervolgonderzoek te betrekken, is de wisselwerking tussen en de invloed van beide niveaus beter te bestuderen.

Ten slotte is het voor vervolgonderzoek van belang om als uitkomst van een samenwerkingsverband gebruik te maken van cijfermateriaal. In toenemende mate worden in de ziekenhuiszorg prestatie-indicatoren toegepast, zowel op het gebied

van kosten als van kwaliteit. Voor dit onderzoek is geïnventariseerd in hoeverre het mogelijk was om cijfermateriaal te verzamelen om kostenbeperking en kwaliteitsverbetering meer objectief te operationaliseren. Dit bleek echter niet binnen het bereik van dit afstudeeronderzoek te liggen. Echter is het met dit cijfermateriaal ook niet volledig mogelijk om de invloed van de zorgverzekeraars uit de uitkomsten van ziekenhuiszorg te extraheren. Immers, in hoeverre zijn het de zorgverzekeraars die hebben aangestuurd op de verbeterde prestaties en in hoeverre heeft het ziekenhuis zijn rol zelf opgepakt in het innoveren van de ziekenhuiszorg? Dit onderscheid heeft dit onderzoek ondervangen door te vragen in hoeverre de prestaties zijn verbeterd *als gevolg van* de zorgverzekeraar. Dit onderzoek is hiermee in staat de mogelijkheden van het gekozen model maximaal te benutten.

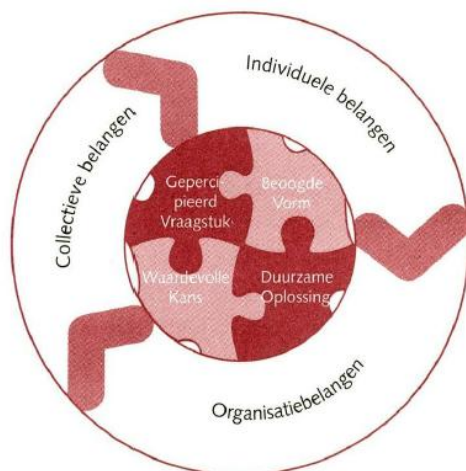
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft enkele belangrijke bevindingen opgeleverd. De samenwerkingsindicatoren bleken in geen geval samen te hangen met ervaren kostenbeperking van ziekenhuiszorg als gevolg van de samenwerking met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft in de samenwerking volgens de ziekenhuisbestuurders dus weinig invloed op het beperken van de kosten in het ziekenhuis. Aangaande kwaliteitsverbeteringen in het ziekenhuis, blijkt de zorgverzekeraar wel degelijk een belangrijke rol te kunnen spelen. Gezien het heersende paradigma onder zorgverzekeraars dat een hogere kwaliteit van de zorg zal leiden tot lagere kosten, is een focus van zorgverzekeraars op kwaliteitsverbeteringen aan te bevelen. Uit enkele opmerkingen op de enquêtes kwam naar voren dat sommige zorgverzekeraars enkel of vooral op kostenbeperking aansturen en niet tot weinig bezig zijn met kwaliteitsverbeteringen van de ziekenhuiszorg. Een prioriteitenverschuiving bij bepaalde zorgverzekeraars is gezien de resultaten van dit onderzoek vereist.

Hierop aansluitend bespreek ik de twee samenwerkingsindicatoren die van invloed zijn op de ervaren kwaliteitsverbetering, namelijk gedeelde ambitie en processtructurering. Zorgverzekeraars kunnen meer met ziekenhuizen kijken op welk gebied de ambities ten aanzien van kwaliteit samenkomen en vanuit dit uitgangspunt werken aan een kwalitatief betere ziekenhuiszorg. Dit betekent dat zorgverzekeraars met hun zorgpartners in gesprek gaan ter verkenning van elkaars ambities. In dit gesprek over ambities moet duidelijk worden hoe de verschillende partijen de vraagstukken percipiëren, waar mogelijke kansen liggen, welke duurzame oplossing een ieder voor ogen heeft en in welke vorm (bijvoorbeeld contracten of mondelinge afspraken) de gezamenlijke ambitie kan worden gevolgd. Er wordt zo een gezamenlijk referentiekader gecreëerd waarin geen ruimte is voor spraakverwarring of ambiguïteit. Niet inhoudelijk verschil van inzicht, maar spraakverwarring is bij samenwerking vaak het probleem. Naarmate de samenwerking meer vorm en inhoud krijgt, zal de spraakverwarring of ambiguïteit kleiner worden en de overeenstemming groter, zonder dat partijen het ooit helemaal eens hoeven te zijn (Bremekamp, Kaats, & Opheij, 2010). Aangezien de belangen van de partijen bepalen hoe ze naar een vraagstuk kijken, moeten de partijen *inzicht* krijgen in elkaars belangen. Zowel de individuele, de organisationele en de collectieve belangen (bijvoorbeeld die van patiënten) spelen een rol in het gesprek over ambities. Het is belangrijk dat in dit gesprek een onderscheid wordt gemaakt tussen standpunten en belangen. Zie figuur 14 voor een schematische

weergave van de elementen die een rol spelen bij het komen tot een gedeelde ambitie.

Figuur 14 Een gesprek over ambities gedreven door belangen



Bron: Bremekamp, Kaats, & Opheij (2010)

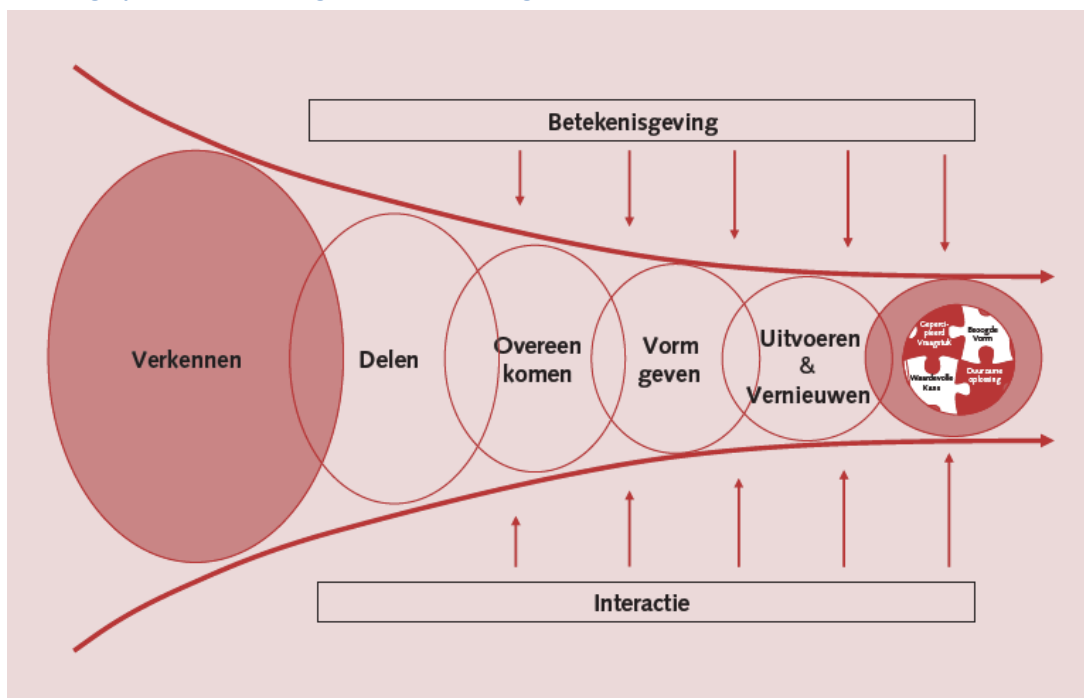
Uit een gesprek met een zorgverzekeraar bleek dat veel ziekenhuizen in zeer beperkte mate de zorgverzekeraar bij hun plannen betrekken. De zorgverzekeraar stelt dat ziekenhuizen moeten leren aan de voorkant met de zorgverzekeraar het gesprek aan te gaan over hun nieuwe ideeën. Gebeurt dit niet, dan lopen beide partijen constant achter de feiten aan, aldus de zorgverzekeraar. Het delen en afstemmen van elkaars ambities, is daarmee ook vanuit ziekenhuizen van essentieel belang.

In het samenwerkingsproces tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen zou er daarnaast meer aandacht kunnen worden besteed aan procesmatige aspecten. Het identificeren en uitstippen van tijdsfasen en deze gezamenlijk met de partners doorlopen, kan bijdragen aan de structurering van het samenwerkingsproces. Zorgverzekeraars kunnen een grotere rol innemen bij het invullen van de procesregie. Hier ligt blijkens dit onderzoek een lacune waarop eenvoudig kan worden ingespeeld door als zorgverzekeraar meer aandacht te besteden aan processtructurering.

De fasen in het samenwerkingsproces tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen worden onderscheiden volgens een model van Bremekamp, Kaats, Opheij en Vermeulen (2010) zoals weergegeven in figuur 15. Allereerst zijn *gezamenlijke* betekenisgeving en interactie tijdens de vijf fasen in het samenwerkingsproces onontbeerlijk. In de eerste fase, de verkenningsfase, moeten de partijen in een gesprek inzicht krijgen in elkaars belangen, ambities, ervaren problemen en gewenste richting van de samenwerking. Openheid is een essentiële voorwaarde om oprechte interesse in elkaars belangen te ontwikkelen. In de tweede fase wordt de

belangen gedeeld: de partijen weten steeds beter (van elkaar) wat ze kunnen brengen en willen halen. Er ontstaat een gemeenschappelijk referentiekader van de samenwerking. In de derde fase worden de koers en de richting van de samenwerking verzilverd in de vorm van afspraken. In deze fase is de onderhandeling een belangrijk instrument. Vervolgens komt in fase 4 het vormgeven van de oplossing. De partijen gaan concreet met de inhoud en vorm van de samenwerking aan de slag. In de vijfde fase worden de afspraken geëffectueerd en gemanaged als een routinematig proces. Nieuwe mogelijkheden en externe ontwikkelingen worden in voortdurende evaluaties en vernieuwingen meegenomen.

Figuur 15 Een gesprek over ambities gedreven door belangen



Bron: Bremekamp, Kaats, Opheij, & Vermeulen (2010)

Partijen in een samenwerkingsproces slaan vaak bepaalde stappen over of veronachtzamen bepaalde stappen. Door het proces te faseren en door te erkennen dat die fasen samenhangen wordt een analysekader geboden (Bremekamp et. al, 2010).

Dit onderzoek brengt indicaties naar voren, die wijzen op de effectiviteit van een nietsontziende zorgverzekeraar. Laag vertrouwen in de relatie gaat volgens de resultaten samen met kwaliteitsverbeteringen in de ziekenhuiszorg als gevolg van de zorgverzekeraar. De laatste aanbeveling zal hier niet op aansluiten, maar is van een tegengestelde orde. Vanwege de negatieve houding van bijna de helft van de ziekenhuizen tegenover marktwerking in de zorg, is het belangrijk dat zorgverzekeraars aan hun relatie met ziekenhuizen werken. Een slechte relatie zal

enkel bijdragen aan een negatieve tegenover zorgverzekeraars en marktwerking. Dit zal vervolgens bijdragen aan weerstand tegen door de markt/zorgverzekeraars geïnitieerde innovaties van de ziekenhuiszorg. Het vertrouwen moet worden verhoogd om in samenwerking met de verschillende zorgpartijen een constructieve ontwikkeling in het ziekenhuislandschap op gang te brengen. Hierbij is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen beiden toenadering tot elkaar zoeken in een betekenisvol gesprek.

Literatuur

Axelrod, R., Hamilton, W.D. (1981). The evolution of cooperation. *Science*, 211 (27), 1390-1396.

Baron, J.N., Kreps, D.M. (1999). Strategic human resources: Framework for general managers. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Baum, Joel A. C., Oliver, C. (1991). Institutional linkages and organizational mortality. *Administrative Science Quarterly*, 36 (2), 187-218.

Berg, S.V., Duncan, J., Friendman, P. (1982). *Joint Venture Strategies and Corporate Innovation*. Cambridge: Oelgeschlager, Gunn & Hain.

Bos, W.J., Koevoets, H.P.J., Oosterwaal, A. (2011). Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland? Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Bremekamp, R., Kaats, E.P.A., Opheij, W. (2010). Een nieuw kijkglas voor een heldere kijk op samenwerken. *Holland Management Review*, 127, 28-37.

Bremekamp, R., Kaats, E.P.A., Opheij, W., Vermeulen, I. (2010). Succesvol samenwerken; een kompas en aanbevelingen voor betekenisvolle interactie. *Holland/Belgium Management Review*, 130, 8-15.

Child, J., Faulkner, D., Tallman, S. (2005). Cooperative strategy: Managing alliances, networks and joint ventures. New York: Oxford University Press Inc.

Cropper, S., Ebers, M., Huxham, C., Smith Ring, P. (2008). The Oxford handbook of inter-organisational relations. Oxford: Oxford University Press.

Das, T.K., Teng, B.S. (2000). A resource-based theory of strategic alliances. *Strategic Management Journal*, 26 (1), 31-61.

De Friesland (2011). Maatschappelijk Jaarverslag 2010. Leeuwarden: De Friesland.

Gulati, R. (1995). Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. *Academy of Management Journal*, 38 (1), 85-112.

Hagedoorn, J., Schakenraad, J. (1994). The effect of strategic technology alliances on company performance. *Strategic Management Journal*, 15, 291-309.

Inkpen, A.C., Beamish, P.W. (1997). Knowledge, bargaining power, and the instability of international joint ventures. *Academy of Management Review*, 22 (1), 177-200.

Inkpen, A.C. (2002). Learning, knowledge management, and strategic alliances: So many study, so many unanswered questions. In: Cooperative strategies and alliances door Farok J. Contractor & Peter Lorange. Oxford: Elsevier Science Ltd.

Johnson, J.L., Sohi, R.S. (2003). The development of interfirm partnering competence: Platforms for learning, learning activities, and consequences of learning. *Journal of Business Research*, 56, 757-766.

Kaats, E., Opheij, W., (2011). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer: Wolters Kluwer.

Larsson, R., Bengtsson, L., Henriksson, K., Sparks, J. (1998). The interorganizational learning dilemma: Collective knowledge development in strategic alliances. *Organization Science*, 9 (3), 285-305.

Miniserie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: VWS.

Mitchell, W., Singh, K. (1996). Survival of businesses using collaborative relationships to commercialize complex goods. *Strategic Management Journal*, 17 (3), 169-196.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2010). Invitational Conference: Spreiding en concentraties ziekenhuisfuncties. Utrecht: NVZ.

Nederlandse Zorgautoriteit (2011). Marktscan zorgverzekeringsmarkt: Weergave van de markt 2007-2011. Utrecht: NZa.

Parkhe, A. (1991). Interfirm diversity, organizational learning, and longevity in global strategic alliances. *Journal of International Business Studies*, 22 (4), 579-601.

Parkhe, A. (1993). Strategic alliance structuring: A game theoretic and transaction cost examination of interfirm cooperation. *The Academy of Management Journal*, 36 (4), 794-829.

Powell, Walter W., Koput, K.W., Smith-Doerr, L. (1996). Interorganizational collaboration and the locus of innovation: Networks of learning in biotechnology. *Administrative Science Quarterly*, 41 (1), 116-145.

Shan, W., Walker, G., Kogut, B. (1994). Interfirm cooperation and startup innovation in the biotechnology industry. *Strategic Management Journal*, 15 (5), 387-394.

Slater, S.F., Narver, J.C. (1995). Market orientation and the learning organisation. *Journal of Marketing*, 59 (3), 63-74.

Stuart, T.E. (2000). Interorganizational alliances and the performance of firms: A study of growth and innovation rates in a high-technology industry. *Strategic Management Journal*, 21, 791-811.

Weggeman, M.D.C.P. (1995). *Collectieve ambitieontwikkeling*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.

Weisberg, S. (1980). *Applied linear regression*. John Wiley & Sons.

Internetbronnen

Achmea (2012)

www.achmea.nl

CBS Statline: Centraal Bureau voor de Statistiek (2012)

statline.cbs.nl

CZ (2012)

www.cz.nl

Financieel Dagblad (28 september 2010, 3 oktober 2011)

www.fd.nl

Menzis (2012)

www.menzis.nl

Nederlandse Zorgautoriteit (2012)

www.nza.nl

NRC Handelsblad (4 juni 2011, 21 februari 2012)

www.nrc.nl

Pauw & Witteman (21 maart 2012)

pauwenwitteman.vara.nl

PvdA (2012)

nu.pvda.nl/standpunten/zorg/Gezondheidszorg.html

Rijksoverheid (2012)

www.rijksoverheid.nl

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2012)

www.zorgatlas.nl

Zorgbalans (2012)

www.gezondheidszorgbalans.nl

Zorgvisie (2011, 17 februari 2012)

www.zorgvisie.nl

Bijlage 1: Enquête

Geachte deelnemer,

Dank voor het participeren in dit onderzoek over de samenwerking tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Het is belangrijk nogmaals te benadrukken dat personen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars **vertrouwelijk** blijven in dit onderzoek. Namen worden in het eindverslag niet genoemd en zijn onherleidbaar.

Allereerst volgen enkele **persoonlijke vragen**.

1. Wat is uw geslacht?

- Man Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

3. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

- Geen schoolopleiding
- Lager beroepsonderwijs
- MULO, ULO, MAVO, VMBO
- KMBO, VHBO
- MBO
- MBO-plus voor toegang tot HBO
- MMS, HAVO
- HBS, VWO, atheneum, gymnasium
- Hoger beroepsonderwijs/bachelor
- Wetenschappelijk onderwijs/master
- Postdoctorale opleiding
- Aio/Oio of andere promotieopleiding

4. In hoeverre hebt u in uw functie contact met zorgverzekeraars?

- Geen contact
- Weinig contact
- Regelmatig contact
- Veel contact

Nu volgen enkele **algemene** vragen.

5. Welke zorgverzekeraar heeft het grootste marktaandeel onder de cliënten van het ziekenhuis? Indien het aandeel van meerdere zorgverzekeraars even groot is, kies er dan één.

- Achmea
- CZ
- Menzis
- VGZ
- Anders, namelijk.....

6. In hoeverre zijn er in de afgelopen vijf jaar veranderingen opgetreden in het marktaandeel van de zorgverzekeraar zoals aangegeven als antwoord op vraag 5?

- Geen veranderingen
- Weinig veranderingen
- Aanmerkelijke veranderingen
- Veel veranderingen

De volgende vragen zijn allen gericht op de **dominante zorgverzekeraar binnen uw ziekenhuis** zoals aangegeven als antwoord op vraag 5. De vragen moeten vanuit de organisatie worden benaderd, tenzij om een persoonlijk antwoord wordt gevraagd. Geef antwoord op de volgende stellingen.

Ambitie

| | Helemaal mee oneens | Mee oneens | Niet mee eens/ niet mee oneens | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. De ambitie om kosten te beperken wordt in dezelfde mate gedeeld door de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. De ambitie om kosten te beperken wordt in dezelfde mate gedeeld door mij persoonlijk en de zorgverzekeraar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. De ambitie om kwaliteit te verhogen wordt in dezelfde mate gedeeld door de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. De ambitie om kwaliteit te verhogen wordt in dezelfde mate gedeeld door mij persoonlijk en de zorgverzekeraar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Belangen

| | Helemaal mee oneens | Mee oneens | Niet mee eens/ niet mee oneens | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Er is sprake van oprechte interesse vanuit de zorgverzekeraar in de belangen van het ziekenhuis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Er is sprake van een dialoog over de belangen van <i>beide</i> partijen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Er is onderhandelingsruimte in de samenwerking met de zorgverzekeraar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Er is onderhandelingsbereidheid bij de zorgverzekeraar in de samenwerking met het ziekenhuis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Relatie

| | Helemaal mee oneens | Mee oneens | Niet mee eens/ niet mee oneens | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. In de samenwerking met de zorgverzekeraar is er sprake van vertrouwen van het ziekenhuis naar de zorgverzekeraar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. In de samenwerking met de zorgverzekeraar heb ik een goede persoonlijke band met mijn partner(s) van de zorgverzekeraar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Organisatie

| | Helemaal mee oneens | Mee oneens | Niet mee eens/ niet mee oneens | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. De zorgverzekeraar toont voldoende daadkracht in het nastreven van zijn doelen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Er worden heldere afspraken gemaakt tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. De gemaakte afspraken worden nagekomen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Proces

| | Helemaal mee oneens | Mee oneens | Niet mee eens/ niet mee oneens | Mee eens | Helemaal mee eens |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. In het samenwerkingsproces met de zorgverzekeraar is sprake van een goed doordachte fasering en goed doordacht procesontwerp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Er wordt aandacht besteedt aan de procesmatige aspecten van de samenwerking. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. De zorgverzekeraar voert een duidelijke procesregie in de samenwerking. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kosten & kwaliteit

| | Helemaal mee oneens | Mee oneens | Niet mee eens/ niet mee oneens | Mee eens | Helemaal mee eens |
|---|---------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 23. De zorgverzekeraar draagt bij aan kostenbeperking van de zorg in mijn ziekenhuis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. De zorgverzekeraar draagt bij aan kwaliteitsverbeteringen van de zorg in mijn ziekenhuis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ten slotte nog twee afsluitende vragen

25. In hoeverre denkt u dat uw visie over de samenwerking met de zorgverzekeraar gedeeld wordt in uw organisatie?

Volledig gedeeld Volledig niet gedeeld

26. In hoeverre bent u positief danwel negatief over de ontwikkelingen van marktwerking in de ziekenhuiszorg?

Positief Negatief

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Indien u opmerkingen heeft over de vragenlijst of over het onderzoek, kunt u deze hier achterlaten.

Indien u op de hoogte wilt worden gebracht van de resultaten van dit onderzoek, vul dan hier uw emailadres in.

.....

Met vriendelijke groet,

Paul Verkuijlen

Bijlage 2: Interview zorgverzekeraar 1

Het onderzoek focust zich op borstkankerbehandelingen.

Vragen ten aanzien van de **strategie** van de zorgverzekeraar

- Hoe probeert de zorgverzekeraar invloed uit te oefenen op de kosten en kwaliteit van borstkankerbehandelingen?
- Welk feitelijk gedrag probeert de zorgverzekeraar bij ziekenhuizen te bewerkstelligen als het gaat om het beïnvloeden van de kosten en kwaliteit van borstkankerbehandelingen?
- Verschilt uw strategie tussen ziekenhuizen?
- Waar denkt de zorgverzekeraar in strategie te verschillen ten opzichte van andere zorgverzekeraars?

Vragen ten aanzien van de **samenwerking** van de zorgverzekeraar met ziekenhuizen

- Kunt u uw samenwerking met ziekenhuizen beschrijven?
- Wat wordt beoogd te bereiken met deze samenwerking?
- Verschilt deze samenwerking tussen ziekenhuizen?
- Waar denkt de zorgverzekeraar in de samenwerking met ziekenhuizen te verschillen ten opzichte van andere zorgverzekeraars?

Afsluitende vraag

- Wat vindt de zorgverzekeraar interessant als het gaat om de perceptie van ziekenhuizen t.a.v. de samenwerking met de zorgverzekeraar(s)?

Bijlage 3: Interview zorgverzekeraar 2

Vragen ten aanzien van de **strategie** van de zorgverzekeraar

- Hoe probeert de zorgverzekeraar invloed uit te oefenen op de kosten en kwaliteit van de zorg?
- Welk feitelijk gedrag probeert de zorgverzekeraar bij ziekenhuizen te bewerkstelligen als het gaat om het beïnvloeden van de kosten en kwaliteit van de ziekenhuiszorg?
- Verschilt uw strategie tussen ziekenhuizen?
- Waar denkt de zorgverzekeraar in strategie te verschillen ten opzichte van andere zorgverzekeraars?

Vragen ten aanzien van de **samenwerking** van de zorgverzekeraar met ziekenhuizen

- Kunt u uw samenwerking met ziekenhuizen beschrijven?
- Wat wordt beoogd te bereiken met deze samenwerking?
- Verschilt deze samenwerking tussen ziekenhuizen?
- Waar denkt de zorgverzekeraar in de samenwerking met ziekenhuizen te verschillen ten opzichte van andere zorgverzekeraars?

Afsluitende vraag

- Wat vindt de zorgverzekeraar interessant als het gaat om de perceptie van ziekenhuizen t.a.v. de samenwerking met de zorgverzekeraar(s)?

Bijlage 4: Frequentieverdelingen variabelen

Onafhankelijke variabelen

Ambitie

- De ambitie om kosten te beperken wordt in dezelfde mate gedeeld door de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Frequentietabel 1 Ambitie kostenbeperking ziekenhuizen (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 3 | 5,6 | 5,6 |
| Niet mee eens | 17 | 31,5 | 37,0 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 8 | 14,8 | 51,9 |
| Mee eens | 24 | 44,4 | 96,3 |
| Helemaal mee eens | 2 | 3,7 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- De ambitie om kosten te beperken wordt in dezelfde mate gedeeld door mij persoonlijk en de zorgverzekeraar.

Frequentietabel 2 Ambitie kostenbeperking persoonlijk (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 0 | 0 | 0 |
| Niet mee eens | 19 | 35,2 | 35,2 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 4 | 7,4 | 42,6 |
| Mee eens | 28 | 51,9 | 94,4 |
| Helemaal mee eens | 3 | 5,6 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- De ambitie om kwaliteit te verhogen wordt in dezelfde mate gedeeld door de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Frequentietabel 3 Ambitie kwaliteitsverhoging ziekenhuis (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 3 | 5,6 | 5,6 |
| Niet mee eens | 18 | 33,3 | 38,9 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 8 | 14,8 | 53,7 |
| Mee eens | 19 | 35,2 | 88,9 |
| Helemaal mee eens | 6 | 11,1 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- De ambitie om kwaliteit te verhogen wordt in dezelfde mate gedeeld door mij persoonlijk en de zorgverzekeraar.

Frequentietabel 4 Ambitie kwaliteitsverhoging persoonlijk (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 1 | 1,9 | 1,9 |
| Niet mee eens | 22 | 40,7 | 42,6 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 7 | 13,0 | 55,6 |
| Mee eens | 17 | 31,5 | 87,0 |
| Helemaal mee eens | 7 | 13,0 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Ruimte voor belangen

- Er is sprake van oprechte interesse vanuit de zorgverzekeraar in de belangen van het ziekenhuis.

Frequentietabel 5 Oprechte interesse (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 1 | 1,9 | 1,9 |
| Niet mee eens | 16 | 29,6 | 31,5 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 14 | 25,9 | 57,4 |
| Mee eens | 20 | 37,0 | 94,4 |
| Helemaal mee eens | 3 | 5,6 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- Er is sprake van een dialoog over de belangen van *beide* partijen.

Frequentietabel 6 Dialoog over belangen (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 0 | 0 | 0 |
| Niet mee eens | 11 | 20,4 | 20,4 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 10 | 18,5 | 38,9 |
| Mee eens | 29 | 53,7 | 92,6 |
| Helemaal mee eens | 4 | 7,4 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- Er is onderhandelingsruimte in de samenwerking met de zorgverzekeraar.

Frequentietabel 7 Onderhandelingsruimte (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 0 | 0 | 0 |
| Niet mee eens | 5 | 9,3 | 9,3 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 11 | 20,4 | 29,6 |
| Mee eens | 35 | 64,8 | 94,4 |
| Helemaal mee eens | 3 | 5,6 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- Er is onderhandelingsbereidheid bij de zorgverzekeraar in de samenwerking met het ziekenhuis.

Frequentietabel 8 Onderhandelingsbereidheid (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 1 | 1,9 | 1,9 |
| Niet mee eens | 7 | 13 | 14,8 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 10 | 18,5 | 33,3 |
| Mee eens | 33 | 61,1 | 94,4 |
| Helemaal mee eens | 3 | 5,6 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Likertschaal ruimte voor belangen

Voor deze frequentieverdeling (en die van organisatie en proces; frequentietabel 14 en 18) staat een gemiddelde score van 0 tot 1,49 voor 'Helemaal niet mee eens', 1,5 tot 2,49 voor 'Niet mee eens', 2,5 tot 3,49 voor 'Niet mee eens, niet mee oneens', 3,5 tot 4,49 voor 'Mee eens' en 4,5 tot 5 voor 'Helemaal mee eens'.

Frequentietabel 9 Ruimte voor belangen (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 0 | 0 | 0 |
| Niet mee eens | 5 | 9,3 | 9,3 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 16 | 29,6 | 38,9 |
| Mee eens | 29 | 53,7 | 92,6 |
| Helemaal mee eens | 4 | 7,4 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Relatie

- In de samenwerking met de zorgverzekeraar is er sprake van vertrouwen van het ziekenhuis naar de zorgverzekeraar.

Frequentietabel 10 Vertrouwen (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 0 | 0 | 0 |
| Niet mee eens | 9 | 16,7 | 16,7 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 19 | 35,2 | 51,9 |
| Mee eens | 24 | 44,4 | 96,3 |
| Helemaal mee eens | 2 | 3,7 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Organisatie

- De zorgverzekeraar toont voldoende daadkracht in het nastreven van zijn doelen.

Frequentietabel 11 Daadkracht (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 2 | 3,7 | 3,7 |
| Niet mee eens | 15 | 27,8 | 31,5 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 20 | 37,0 | 68,5 |
| Mee eens | 14 | 25,9 | 94,4 |
| Helemaal mee eens | 3 | 5,6 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- Er worden heldere afspraken gemaakt tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

Frequentietabel 12 Heldere afspraken (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 2 | 3,7 | 3,7 |
| Niet mee eens | 7 | 13 | 16,7 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 13 | 24,1 | 40,7 |
| Mee eens | 30 | 55,6 | 96,3 |
| Helemaal mee eens | 2 | 3,7 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- De gemaakte afspraken worden nagekomen.

Frequentietabel 13 Afspraken nakomen (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 1 | 1,9 | 1,9 |
| Niet mee eens | 2 | 3,7 | 5,6 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 11 | 20,4 | 25,9 |
| Mee eens | 36 | 66,7 | 92,6 |
| Helemaal mee eens | 4 | 7,4 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Likertschaal organisatie

Frequentietabel 14 Organisatie (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 1 | 1,9 | 1,9 |
| Niet mee eens | 2 | 3,7 | 5,6 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 10 | 18,5 | 24,1 |
| Mee eens | 38 | 70,4 | 94,4 |
| Helemaal mee eens | 3 | 5,6 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Proces

- In het samenwerkingsproces met de zorgverzekeraar is sprake van een goed doordachte fasering en goed doordacht procesontwerp.

Frequentietabel 15 Fasering en procesontwerp (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 6 | 11,1 | 11,1 |
| Niet mee eens | 23 | 42,6 | 53,7 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 21 | 38,9 | 92,6 |
| Mee eens | 3 | 5,6 | 98,1 |
| Helemaal mee eens | 1 | 1,9 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- Er wordt aandacht besteedt aan de procesmatige aspecten van de samenwerking.

Frequentietabel 16 Aandacht procesmatige aspecten (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 2 | 3,7 | 3,7 |
| Niet mee eens | 21 | 38,9 | 42,6 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 18 | 33,3 | 75,9 |
| Mee eens | 12 | 22,2 | 98,1 |
| Helemaal mee eens | 1 | 1,9 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

- De zorgverzekeraar voert een duidelijke procesregie in de samenwerking.

Frequentietabel 17 Aandacht procesmatige aspecten (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 5 | 9,3 | 9,3 |
| Niet mee eens | 29 | 53,7 | 63,0 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 17 | 31,5 | 94,4 |
| Mee eens | 3 | 5,6 | 100 |
| Helemaal mee eens | 0 | 0 | |
| Totaal | 54 | 100 | |

Likertschaal proces

Frequentietabel 18 Proces (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 4 | 7,4 | 7,4 |
| Niet mee eens | 23 | 42,6 | 50,0 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 23 | 42,6 | 92,6 |
| Mee eens | 4 | 7,4 | 100 |
| Helemaal mee eens | 0 | 0 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Afhankelijke variabelen

Kostenbeperking

- De zorgverzekeraar draagt bij aan kostenbeperking van de zorg in mijn ziekenhuis.

Frequentietabel 19 Kostenbeperking (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 7 | 13,0 | 13,0 |
| Niet mee eens | 15 | 27,8 | 40,7 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 11 | 20,4 | 61,1 |
| Mee eens | 21 | 38,9 | 100 |
| Helemaal mee eens | 0 | 0 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Kwaliteitsverbetering

- De zorgverzekeraar draagt bij aan kwaliteitsverbeteringen van de zorg in mijn ziekenhuis.

Frequentietabel 20 Kwaliteitsverbetering (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------------------|----|------|--------|
| Helemaal niet mee eens | 6 | 11,1 | 11,1 |
| Niet mee eens | 22 | 40,7 | 51,9 |
| Niet mee eens, niet mee oneens | 10 | 18,5 | 70,4 |
| Mee eens | 16 | 29,6 | 100 |
| Helemaal mee eens | 0 | 0 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Controlevariabelen

Geslacht

Frequentietabel 21 Geslacht (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------|----|------|--------|
| Man | 43 | 79,6 | 79,6 |
| Vrouw | 11 | 20,4 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Leeftijd

Frequentietabel 22 Leeftijd (N=54)

| Leeftijd | N | % | Cum. % |
|----------|----|------|--------|
| 25-31 | 2 | 3,7 | 3,7 |
| 32-38 | 2 | 3,7 | 7,4 |
| 39-45 | 8 | 14,8 | 22,2 |
| 46-52 | 17 | 31,5 | 53,7 |
| 53-59 | 16 | 29,6 | 83,3 |
| 60-66 | 9 | 16,7 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Opleiding

Frequentietabel 23 Opleiding (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|-------------------------------------|----|------|--------|
| Hoger beroepsonderwijs/bachelor | 1 | 1,9 | 1,9 |
| Wetenschappelijk onderwijs/master | 33 | 61,1 | 63 |
| Postdoctorale opleiding | 16 | 29,6 | 92,6 |
| Aio/Oio of andere promotieopleiding | 4 | 7,4 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Persoonlijke band

- In de samenwerking met de zorgverzekeraar heb ik een goede persoonlijke band met mijn partner(s) van de zorgverzekeraar.

Frequentietabel 24 Persoonlijke band (N=54)

| | N | % | Geldig % | Cum. % | |
|---------|--------------------------------|------|----------|--------|------|
| Geldig | Helemaal niet mee eens | 1 | 1,9 | 2,0 | 2,0 |
| | Niet mee eens | 2 | 3,7 | 3,9 | 5,9 |
| | Niet mee eens, niet mee oneens | 15 | 27,8 | 29,4 | 35,3 |
| | Mee eens | 28 | 51,9 | 54,9 | 90,2 |
| | Helemaal mee eens | 5 | 9,3 | 9,8 | 100 |
| Totaal | 51 | 94,4 | 100 | | |
| Missing | Niet van toepassing | 1 | 1,9 | | |
| | Missing | 2 | 3,7 | | |
| Totaal | 3 | 5,6 | | | |

Contact met de zorgverzekeraar

- In hoeverre hebt u in uw functie contact met zorgverzekeraars?

Frequentietabel 25 Contact met de zorgverzekeraar (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|--------------------|----|------|--------|
| Geen contact | 1 | 1,9 | 1,9 |
| Weinig contact | 2 | 3,7 | 5,6 |
| Regelmatig contact | 28 | 51,9 | 57,4 |
| Veel contact | 23 | 42,6 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Zorgverzekeraar

- Welke zorgverzekeraar heeft het grootste marktaandeel onder de cliënten van het ziekenhuis?

Frequentietabel 26 Zorgverzekeraar (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|-------------------|----|------|--------|
| Achmea | 19 | 35,2 | 35,2 |
| CZ | 10 | 18,5 | 53,7 |
| DSW | 9 | 16,7 | 70,4 |
| Menzis | 10 | 18,5 | 88,9 |
| VGZ | 4 | 7,4 | 96,3 |
| Zorg en zekerheid | 2 | 3,7 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Marktveranderingen

- In hoeverre zijn er veranderingen opgetreden in het marktaandeel van de zorgverzekeraars in uw ziekenhuis?

Frequentietabel 27 Zorgverzekeraar (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|-----------------------------|----|------|--------|
| Geen veranderingen | 2 | 3,7 | 3,7 |
| Weinig veranderingen | 49 | 90,7 | 94,4 |
| Aanmerkelijke veranderingen | 2 | 3,7 | 98,1 |
| Veel veranderingen | 1 | 1,9 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Systeemscepsis

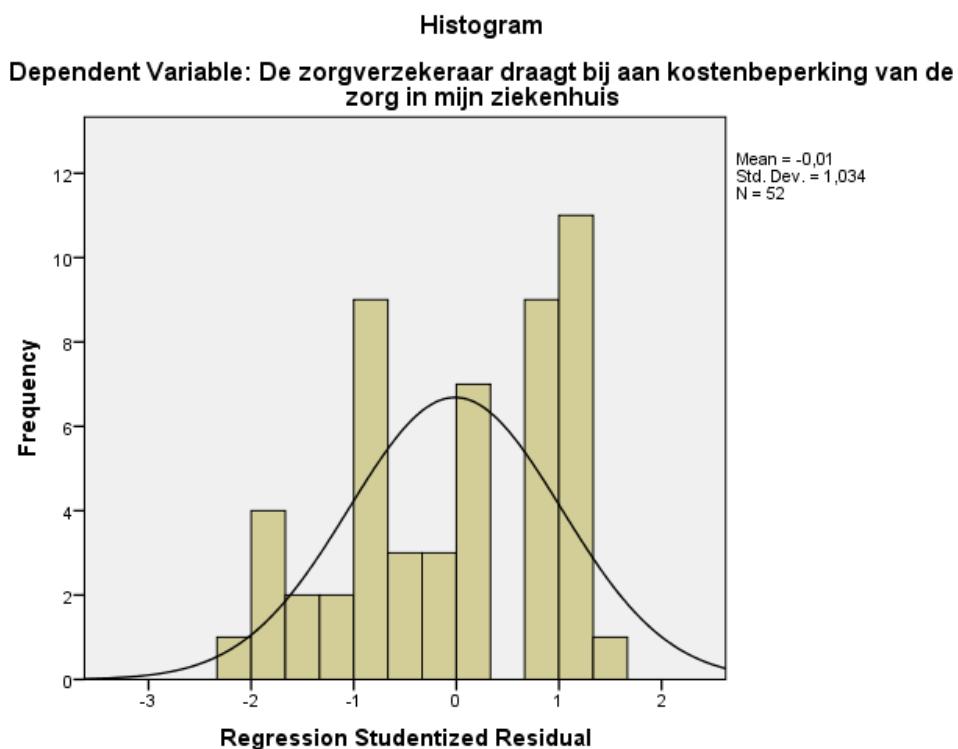
- In hoeverre bent u positief over de ontwikkelingen van marktwerking in de ziekenhuiszorg?

Frequentietabel 28 Zorgverzekeraar (N=54)

| | N | % | Cum. % |
|------------------------------|----|------|--------|
| Zeer negatief | 8 | 14,8 | 14,8 |
| Negatief | 17 | 31,5 | 46,3 |
| Niet positief, niet negatief | 13 | 24,1 | 70,4 |
| Positief | 11 | 20,4 | 90,7 |
| Zeer positief | 5 | 9,3 | 100 |
| Totaal | 54 | 100 | |

Bijlage 5: Verdelingen residuen

Figuur 1 Verdeling residuen model 3



Figuur 2 Verdeling residuen model 4

