

(Re)negotiation strategies and alliances in the healthcare sector.

A mixed-method study examining external and internal factors to determine the negotiation strategy used within healthcare alliances.



Master Thesis in Strategic Management

Date: 15 July 2019

Personal information:

Marije Kamphuis

S4497457

Supervisors:

Assigned supervisor: Prof. Dr. H. L. van
Kranenburg

Assigned 2nd examiner: Dr. K. F. van den Oever

Content

Abstract	4
Chapter 1: Introduction.....	5
1.1 Objective and research question	7
1.2 Academic relevance.....	8
1.3 Practical relevance	8
1.4 Outline	9
Chapter 2: Theoretical Background.....	10
2.1 The concept of negotiation	10
2.1.1 The place of negotiation in alliances	10
2.1.2 Negotiation in general.....	11
2.1.3 Renegotiation	12
2.2 Negotiation strategies	13
2.3 The factors determining negotiation strategies used	16
2.3.1 External factors	16
2.3.2 Internal factors	20
2.4 Conceptual model	24
Chapter 3: Methodology	25
3.1 Research context.....	25
3.2 Research strategy	27
3.3 Data collection.....	27
3.3.1 Scenario-based experiment	27
3.3.2. Interviews.....	28
3.4 Research sample	29
3.4.1. Participators in the experiment	29
3.4.2. Interviewees	30
3.5 Data analysis procedure.....	30
3.5.1. Operationalization of experiment.....	30
3.5.2. Data analysis	32
3.5.2. Operationalization of interview	34
3.6 Validity, reliability and generalizability	35
3.7 Research integrity	36
Chapter 4: Analysis and results	37

4.1 General descriptive statistics	37
4.2 Assumptions	38
4.3 Results per factor	38
4.4 Overall results.....	51
Chapter 5: Discussion and conclusion	53
5.1 Discussion of results	53
5.2 Limitations	56
5.3 Future research directions.....	57
5.4 Theoretical contributions	58
5.5 Practical contributions	59
5.6 Conclusion	59
Appendix	66
Appendix 1: Operationalization negotiation strategies	66
Appendix 2: Operationalization factors.....	67
Appendix 3: Vignette experiment.....	69
Appendix 4: Interview questions	77
Appendix 5: Assumptions MANOVA	80
Appendix 6: SPSS outputs MANOVA.....	85
Appendix 7: Coding interview	124
Appendix 8: Overall results	155
Appendix 9: Research integrity form master thesis.....	156
Appendix 10: Consent Form for submitting a thesis in the Radboud thesis Repository....	157

Abstract

This research examines external and internal factors that determine the negotiation strategies used within a healthcare alliance between hospitals and insurance companies. Six different factors are discussed, namely competition, environmental turbulence, control, trust, gender, and study. Furthermore, the influence these factors have upon the preference for cooperative or competitive negotiation strategies is examined by using a scenario-based experiment that is conducted among Business Administration and medical students. The results of this experiment are verified via interviews by several alliance managers. The experiment made clear that high competition, high environmental turbulence, and high trust will lead to preferring competitive strategies in negotiating with insurance companies. Furthermore, low trust will lead to preferring cooperative strategies in negotiating. Control, gender, and study do not determine a clear preference for a category of strategies in negotiating. The interviews complement this and lay emphasis on collaboration in the long-term and relationship management between the two partners. This study contributes to the limited literature considering (re)negotiations in healthcare alliances and helps managers in creating awareness in the use of the right negotiation strategy in the right context. This study, therefore, offers a contextual view upon negotiation in alliances and discusses the implications coming from external and internal factors surrounding the alliance.

Chapter 1: Introduction

Healthcare institutions in the Netherlands are operating in a dynamic context (Ruwaard, Douven, Struijs & Polder, 2014; Adams, 2001). Technological developments, policy changes from the government, and the increasing healthcare demands are determinants of this dynamic context. This dynamic context is reinforced by the introduction of the Health Insurance Act [Zorgverzekeringswet] in 2006 since the different healthcare parties are still searching for the completion of their roles (Rosenau & Lako, 2008; Ruwaard et al., 2014; Okkerman, 2018). To keep and gain competitive advantage in this dynamic context, collaborations between different parties are established (Adams, 2001). Alliances formed between healthcare providers and insurance companies are an example of this. A strategic alliance is *‘an agreement between firms to do business together in ways that go beyond normal company to company dealings but fall short of a merger or a full partnership’* (Elmuti & Kathawala, 2001, p. 205). The business the healthcare providers and the insurance companies conduct together is focused on the providing of proper healthcare to their patients. The resource dependency theory and transaction cost theory form the theoretical basis of alliances since interdependency between the two organizations exists regarding their resources and alliances can be used as a cost reductive method (Williamson, 1975; Pfeffer & Nowak, 1976; Reuer & Ariño, 2002; Child, Faulkner & Tallman, 2005). The resource dependency theory explains the common goal the parties try to achieve together, namely the right care for the patients. However, a contextual view is also needed to fully understand the dynamics that play a role within alliances.

To make sure the right healthcare is delivered to the patients, the healthcare providers negotiate at least yearly with insurance companies to make sure they receive a sufficient budget to be able to provide the right care (Schut, 2009; Ruwaard et al., 2014). These negotiations take place in an alliance established between hospitals and insurance companies. Negotiation is defined as a way to influence each other by several means of communication with the outcome of achieving your own and the common goals (Agndal, Åge & Eklinder-Frick, 2017). Since the two parties have their own goal as well as a common one, negotiation within the healthcare alliance is a way of achieving both. Discussions about changes in the environment, such as a decrease or increase in the number of patients, compensation of medicine, and the transition to first line healthcare make the negotiations complex. Negotiations in alliances usually and especially take place at the establishment of the partnership to determine the agreements made between the two parties, the so-called formation stage (Child et al., 2005; Das & Kumar, 2007; Das & Kumar, 2011). However, in the healthcare sector, these negotiations return after one or

more years in the operation stage of an alliance (Schut, 2009; Das & Kumar, 2011). This is often caused by incomplete contracts that leave space for own completion by the parties (Ruwaard et al., 2014). These contracts are incomplete due to the uncertain, complex, and dynamic context in which the healthcare institutions are operating. Since the negotiations return after one or a few years and take place between the same parties, these are called renegotiations (Reuer & Ariño, 2002; Schoop, Köhne, Staskiewicz, Voeth & Herbst, 2008). Renegotiations consider contractual adjustments that must be made considering, for example, the number of patients that are going to be treated and the specific treatments offered. This illustrates the critical place of the (re)negotiations throughout the whole alliance relationship between hospitals and insurance companies.

Furthermore, different negotiation strategies will be used by both parties within the negotiations which are classified among cooperative and competitive strategies (Pruitt, 1983; De Dreu, Evers, Beersma, Kluwer & Nauta, 2001; Das & Kumar, 2011). This interplay between cooperative and competitive strategies is an essential feature of alliances, given that there is a tension present in working together or going after your own good (Pruitt, 1983; Adams, 2001). These negotiation strategies are a means in reaching the goal of the negotiation and in the end, achieving the goals of the alliance.

Around every negotiation, there is a context present that will influence the negotiation process (Crump, 2011). This uncertain context can result in changes in the environment, such as the volume of the healthcare, the growth of medical technology and policy changes of the government that couldn't be anticipated upon before in the contract and may lead to contractual renegotiations since the contracts were incomplete (Schoop et al., 2008; Ruwaard et al., 2014). In line with this, turbulence in the environment regarding technological developments and government policies will lead to contractual renegotiations and might also cause a difference in the preference for a cooperative or competitive strategy within negotiating (Ruwaard et al., 2014; Krishnan, Geyskens & Steenkamp, 2016;). Furthermore, there is a growing number of parties present in the healthcare landscape that offer healthcare, which indicates increased competition (Schut & Van de Ven, 2005). Not knowing what the other parties will do and the pressure put upon the existing alliance, might influence the way the parties are negotiating together and the strategies they use within negotiating (Perdue & Summers, 1999). An increase in negotiations will increase the transaction costs between the two parties (Ruwaard et al., 2014). These different circumstances will influence the negotiation process and therefore, might lead to a different negotiation strategy used (Druckmann, 2003). The healthcare sector is due to the uncertain and dynamic context a fascinating field to study regarding the (re)negotiating

processes in alliances. Especially since research regarding (re)negotiations within alliances is limited (Reuer & Ariño, 2002; Gomes, Barnes & Mahmood, 2016). Not only external factors will influence the negotiation process within alliances. Internal factors also contribute to the effectiveness of the negotiations (Das & Teng, 1998). Especially since the focus within alliances is on the interdependence and coordinating between the parties (Das & Teng, 1998; Das & Kumar, 2007). Trust and control are two factors that might complicate or facilitate the negotiation process (Das & Teng, 1998; Groenewegen, Hansen & De Jong, 2019). Trust indicates a good relationship between the parties and will facilitate coordination and negotiation. Control makes processes and actions more predictable and precise. The presence or absence of these two factors indicates a different influence on the negotiation strategy used within negotiating in the healthcare alliance. Furthermore, personal characteristics of the negotiator, such as gender and study, will influence the negotiation process and the strategies used (Kaman & Hartel, 1994; Wyatt, 1999; De Jong, 2015). These different external and internal contextual factors are, therefore, essential to explore when focusing on negotiating within alliances in the healthcare sector.

To conclude, little is known about the factors that will lead to renegotiations in alliances and the influence they have on the specific negotiation strategy used (Reuer & Ariño, 2002; Schoop et al., 2008). Especially when looking at the particular healthcare context, the negotiation literature is limited (Gomes et al., 2016), or only focused on the internal negotiations within a hospital (Lemieux-Charles, 1994). Therefore, the existing market literature considering (re)negotiations and alliances will be applied to the healthcare sector in an uncertain and dynamic context (Das & Kumar, 2011; Tjemkes & Furrer, 2010; Agndal et al., 2017).

1.1 Objective and research question

Since there is a lack of literature regarding (re)negotiations in alliances in the healthcare sector, this study will contribute to this gap by investigating several external and internal factors that might lead to different negotiation strategies the alliance managers of hospitals use in managing alliances with the insurance companies. As a result of this gaining a greater understanding of the negotiation process and the factors influencing this. Therefore, the research question is:

Which factors determine the preference for a negotiation strategy in an existing alliance between hospitals and insurance companies?

The research questions will be answered using different sub-questions.

1. What is the explanation of the concept of negotiation?

The place of negotiations within alliances is discussed, whereafter the concept of negotiation in general is discussed. The chapter closes with the explanation of renegotiations.

2. Which (re)negotiation strategies can be used in an alliance relationship?

Based on the literature, this paragraph discusses what different negotiation strategies can be used in an alliance relationship and which strategies are relevant in this research.

3. What factors will influence the negotiation strategies?

This paragraph discusses the external and internal factors that influence the choice of a negotiation strategy within the negotiations in the alliance. Hypotheses are developed in this paragraph.

1.2 Academic relevance

This study will contribute to the existing alliance literature, by examining a specific type of alliances, namely between hospitals and insurance companies. It also contributes to the literature concerning (re)negotiations in alliances in the particular healthcare sector, especially since the literature regarding (re)negotiations in alliances is limited (Ariño, 2002; Gomes et al., 2016). As the context surrounding (re)negotiations within healthcare alliances is uncertain and dynamic, this might lead to a higher change of renegotiation and different negotiation strategies used within the alliance. The external factors turbulence and competition in the environment are not only present around hospitals but also in lots of other market areas. The same accounts for trust and control (Das & Teng, 1998). Elaboration upon these factors and applying them to the healthcare sector will contribute to a broader understanding of negotiations within healthcare alliances. It furthermore helps to gain insight into the influence of the context on the negotiation process (Druckman, 2003). This is relevant since every alliance is positioned in a different context and therefore, will be influenced differently (Child et al., 2005). This research makes a start in examining this context and the influence it has on negotiation strategies. At the end leading to a multilateral view regarding the (re)negotiations in alliances.

1.3 Practical relevance

Since negotiations are a daily business for managers (Butler, 1999), examining what factors determine a negotiation strategy used will help them to be aware of the use of the right strategy in a specific context. Primarily since the success of an alliance will, to a great extent, be determined by how well the partners can manage their relationship (Das & Kumar, 2011). This

entails that the negotiation process has different implications for the relationship between the partners. Furthermore, the alliances in the healthcare sector and the arrangements made within the negotiations have significant consequences for the healthcare delivered to the patients. Especially since for example, the external factor of increased competition has led to the bankruptcy of the Slotervaart and IJsselmeershospital (Van der Geest, 2018b). Other examples are the compensation of expensive medicines or the choices about the care that will or will not be delivered. This indicates the significant impact of factors that influence negotiations in alliances. This study will, therefore, give managers awareness and insight into the external and internal factors that will affect their choice of negotiation strategies in negotiating with insurance companies.

1.4 Outline

In chapter 2, the main concepts of this research are discussed based on the theory as a basis for the data collection. The concepts that are discussed are negotiations, negotiation strategies, and the internal and external factors leading to a preference for these negotiation strategies. These are based on the sub-questions stated above. The specific context of this study, the Dutch healthcare market is elaborated upon at the start of chapter 3. Furthermore, the method used to answer the research question is also explained in chapter 3. A vignette-study among business administration and medical students is conducted, and interviews are held with three alliance managers to verify the results. This to validate the findings and check if they agree with the results or have some additional remarks. The results are discussed in chapter 4, and the discussion and the conclusion follow in chapter 5.

Chapter 2: Theoretical Background

To be able to collect data to answer the research question, the theoretical background is provided in this chapter based on the sub-questions given in chapter 1. Firstly, the concept of negotiation and renegotiation is discussed. Furthermore, different negotiation strategies are explained. Thirdly, factors determining the negotiation strategy used are considered and in the end, a conceptual model is presented. At the end of every paragraph, a translation is made to the healthcare context.

2.1 The concept of negotiation

2.1.1 The place of negotiation in alliances

An alliance is an inter-organizational cooperation to achieve fundamental strategic objections, such as a strong market position, significant knowledge acquisition, and considerable cost reductions (Child et al., 2005). Furthermore, it is a partnership between two or more organizations or business units that work together to achieve strategically essential goals that are beneficial for both parties (Elmuti & Kathawala, 2001; Adams, 2001). According to Das and Kumar (2007), all alliance formations go through three stages, namely a formation stage, an operation stage, and an outcome stage. In the formation stage, the partners negotiate about the terms and agreements considering the alliance they want to enter. Also, arrangements considering the contract are made. There are changes in relational and performance risk in this stage. In the operation stage, the binding agreements negotiated about are implemented. In the outcome stage, the success or failure of an alliance is determined, which will lead to consequences such as stabilization, reformation, or even termination of the alliance. This stresses the importance of negotiation in an alliance (Das & Kumar, 2011). During this negotiation, both partners seek to achieve a relationship to enable them to accomplish business success, without each partner needing to accept ultimate independence (Child et al., 2005). This takes merely place at the beginning of an alliance process, whereby the negotiation is the originating point of the strategy and the structure of the cooperative arrangement. The negotiation has, in the end, a significant impact on the survival and performance of the alliance, which will be determined in the outcome stage. Inadequate negotiation arrangements can result in feelings of resentment, lack of control, and mismatched inputs and benefits (Child et al., 2005). Especially considering the goal of an alliance which is to develop a relationship instead of acquiring the company. This emphasizes the importance of the negotiation process in establishing an alliance and after that, maintaining a relationship with each other. However,

depending on the duration of the contract, new negotiations and arrangements are made when the contract ends (Schut, 2009). This can be between the same alliance partner, but when an alliance relationship is ended, a new partner must be found.

2.1.2 Negotiation in general

Angdal et al. (2017, p. 478) define negotiation as follows: *‘two or more parties try to influence each other through various means of communication with the purpose of achieving their own and common goals.’* Another definition given is: *‘negotiation is the process where individuals attempt to settle what each shall give and take or perform and receive in a transaction.’* (Mintu-Wimsatt, Garci & Calantone, 2005, p. 53). This is in line with the definition that Child et al. (2005, p. 4) offer, more specifically about negotiation in alliances: *“the negotiation of an alliance seeks to achieve a relationship between partners that can enable them to achieve business success without either partner needing to accept loss of identity or ultimate independence”*. These definitions stress the goal of negotiating in an alliance, namely achieving your goals, establishing and especially maintaining a relationship.

Already defined by Mintzberg, the process of negotiation is one of the most important mechanism managers use in decision-making (Butler, 1999). Furthermore, the interdependence between two or more partners is a crucial concept of negotiation and especially in an alliance (Walter & McKersie, (1965) in Das & Kumar, 2007). If there wasn't any interdependence between the partners, negotiation wouldn't have been necessary. As Nierenberg (1968) already stresses in Child et al. (2005), the behavioral process whereby common interest must be pursued is vital in negotiations. Then, in the end, by being cooperative, everybody wins something. Competitive behavior stands opposite to cooperative behavior (Rubin, 1983; Child et al., 2005). With this, the focus is on your own interest.

The establishing of a relationship is formally based in the contracts the different parties will sign. By doing so, conflicts may arise considering interests, intellectual problems, or evaluative problems (Das & Kumar, 2007). Conflicts of interest can be related to the issues of resource scarcity, intellectual property conflicts that deal with the question of conflicting positions regarding an issue and conflicts linked to evaluative problems. This represents different and conflicting positions on issues and is also called ‘value conflicts’. During the negotiations, parties should also deal with these conflicts. The process of defining and redefining the aforementioned interdependence between different partners may be a predecessor of conflicts (Das & Kumar, 2007). This is because the demands and expectations can change when the interdependency between partners changes, through which conflicts regarding different issues can arise. In this case, conflict can be defined as difficulty in decision

making and relies on the concepts of the bargaining model, which is designed to deal with conflict among interest groups in competition for scarce resources (Pondy, 1967). Other models that try to explain the concept of conflict are the bureaucratic model, more focused on the conflict that arises due to the hierarchy in organizations and the systems model, which is directed at conflicts among functional relationships which involved coordination. These definitions of conflict are coming from organizational theories about this subject but can be applied to alliance theory as well, due to the emphasis they have on the division of resources and the focus on interdependence between partners which is the critical element of an alliance (Das & Kumar, 2007).

2.1.3 Renegotiation

Negotiating with the same partner after the initial negotiation and establishment of the alliance is called renegotiation. For example in the healthcare alliances, renegotiation is present since hospitals and insurance companies negotiate at least yearly about new terms of their contract, the prices, or termination of the contract (Van Aartsen, 2016; Schut, 2009). If the contract lasts for more than one year, the focus will be more on the process of alliance evolution (Hennart, 2006; Child et al., 2005). However, external changes in the environment or strategy and internal change in the governance structure, asset specificity and low levels of contractual safeguard can lead to this renegotiation of the contract before the official termination (Reuer & Ariño, 2002). According to Reuer & Ariño (2002), the environment can be viewed as a source of learning. Therefore, shifts in the environment will bring new opportunities for learning and will lead to adjustments in the alliance and thus leads to negotiation. The same accounts for a change in strategy of one of the firms. Alliances are embedded in the strategy of a firm, and changes in this strategy will trigger changes in the alliance and bring about renegotiation. These factors are confirmed and supplemented by Schoop et al. (2008), based on the new institutional economics theory of Williamson. They give three reasons that will increase the chance of renegotiation. The first reason is incomplete or unclear contracts, the second is changes that occur in the environment that haven't been anticipated upon in the contract, and thirdly there can be power issues between the partners leading to renegotiation. Incomplete or unclear contracts will cause confusion by the partners, which asks for discussion and negotiation in coming to clarity about the matter (Ruwaard et al., 2014). The same accounts for changes in the environment which aren't anticipated in the contract. This will lead to discussions between the partners in making sure the right actions are taken (Schoop et al., 2008; Ruwaard et al., 2014). A party with a high power relationship may for strategic reasons only ask the other party to renegotiate and use this

for his own good (Schoop et al., 2008). Especially the first two reasons are underexposed in literature. These factors indicate the likelihood of a higher chance of renegotiation. In paragraph 2.3, complementary factors dependent on the context are discussed that will lead to using different negotiation strategies when (re)negotiating.

2.2 Negotiation strategies

This paragraph discusses what negotiation strategies are and which ones are used in establishing and managing alliances. According to Ganesan (1993), negotiation strategies are interaction patterns used by parties in conflict to achieve resolution. This doesn't necessarily mean conflict is always involved in a negotiation, but it can be a determinant (Pruitt, 1983). Based on the early work of Blake & Moulton (1964), Child et al. (2005) present a Managerial Grid matrix, which indicates the relationship between the focus on the concern for their own outcome and the concern for the outcome of the other party. The strategies are presented on a scale from collaboration to competition. The negotiator then has five possible strategies to use, whereby only focusing on his own interest is seen as a *competing* strategy and where the other party is forced to back down. Furthermore, only looking at the benefit of the other is *accommodating*, the negotiator will back down himself. In the middle of the grid is the *compromising* strategy, whereby the parties agree to split the difference. No focus on its own or the other interest will lead to *avoiding*, where the negotiator refuses to consider the issue. The last possible strategy is *collaborating*, whereby problem-solving approaches are used to reach the best outcome.

Pruitt (1983) presents five negotiation strategies available to a negotiator, the so-called dual concern model. These are *problem-solving*, which tries to find an alternative that is acceptable to both parties, *contending*, which uses force to force one's will on the other, and *yielding*, which involves a reduction in one's first demands. *Inaction* means doing as little as possible, and *withdrawal*, which isn't a negotiation strategy per se, because it doesn't reach toward an agreement like the first three strategies do since it aims at withdrawal from the negotiation. These different strategies can be classified among the distributive bargaining and integrative bargaining process. As a result of this integrative bargaining is focused on a win-win situation for both parties, whereby distributive bargaining is more focused on your own winning (Saee, 2008). Using this, a fixed amount of resources will be divided among the parties resulting in a loss situation for one of them.

The strategies described above are applicable in different negotiation situations. The strategies have also been used within the healthcare context since Blair, Savage and Whitehead (1988) presented a way that hospital managers should negotiate with their stakeholders using

these different strategies. They classified the strategies among two options, namely using a collaborative or a competing strategy.

There are several differences and similarities between the negotiation strategies presented above, which in the end will lead to the classification used in this research. Firstly, the strategies are being classified among two axes, namely, focus on your own interest or focus on the other's interest (Child et al., 2005; Pruitt, 1983). This is partially in line with the strategies of Saeed (2008) since distributive bargaining matches the prime focus on your own interests. However, integrative bargaining is more focused on a common interest and the equal division of resources, instead of only on the interest of the other and in the end, one party receiving everything. However, the sole focus on the outcomes of the other party is an extreme situation, since both parties have their own goals in negotiating and want to achieve them, so both want to get at least some result (Adams, 2001; Child et al., 2005). Therefore, focus on your own interest is in line with distributive bargaining and focus on the outcome of the other is in line with integrative bargaining. Secondly, cooperation and competition are two extremes presented by Child et al. (2005). Two extreme strategies presented by Pruitt (1983) in his dual concern model are the strategies problem-solving and contending. These two strategies are extreme examples of collaboration and competition, since the problem-solving strategy is trying to reach an agreement that is pleasant for both and the contending strategy has no focus on the goals of the other, since force is involved in getting the other party along (Pruitt, 1983; Das & Kumar, 2011). This focus on your own interest or the other and the fact that these are two extremes among the classification of negotiation strategies leads to the classification of the negotiation strategies among cooperative strategies and competitive strategies. It also stresses the mixed motive character of alliances, which is a field of tension between competition and cooperation (Pruitt, 1983; Arslan, 2018). To agree with Das and Kumar (2011), this classification will contain the following strategies to be investigated: problem-solving, yielding, compromising, inaction, and contending. The compromising strategy is added to the widely used model of Pruitt (1983). This compromising strategy is distinct from the problem-solving strategy since there is an intermediate concern for your own outcome and an intermediate concern for the outcome of the other (De Dreu et al., 2001). This compromising strategy results in an active search for the middle ground and involves the matching of concessions of others. The forcing strategy of De Dreu et al. (2001) is the same as the contending strategy of Pruitt (1983) since both strategies involve forcing one's will on the other.

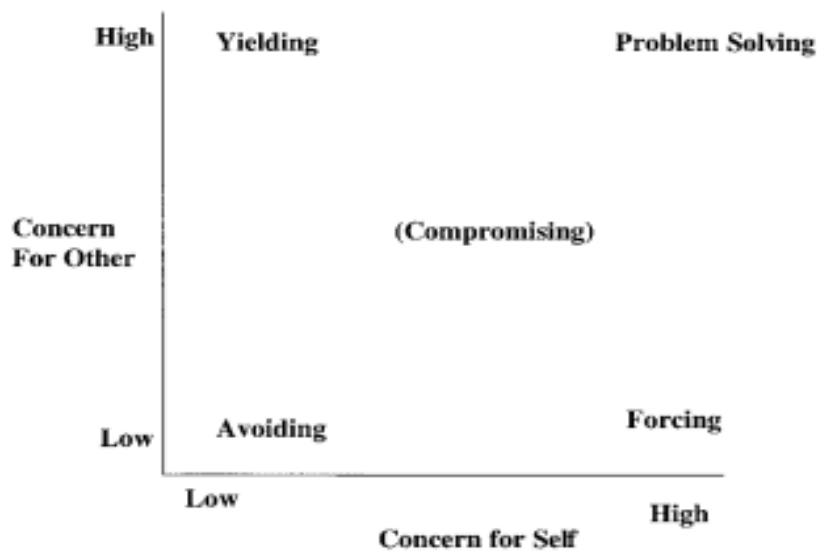


Figure 1: Classification of negotiation strategies by De Dreu et al. 2001

Problem-solving, yielding, and compromising are part of cooperative strategies, contending and inaction are competitive strategies, shown in figure 1 below. The tactics that are presented in figure 2 are described by De Dreu et al. (2001) It should be noted that different strategies can be used at the same time. However, this doesn't undermine the fact that different strategies will have a different impact, so it is still useful to find out in which situation a certain strategy is preferred (Das & Kumar, 2011).

Classification	Negotiation strategy	Tactics
Collaboration	Problem-solving	-Exchange of information about priorities and preferences -Showing insights -Making trade-offs between important and unimportant issues
	Yielding	-Unilateral concessions -Unconditional promises -Offering help
	Compromising	-Matching of other concessions -Making conditional promises and threats -Active search for the middle ground
Competition	Inaction	-Reducing the importance of the issue

		-Attempts to suppress thinking about the issue
	Contending	-Threats and bluffs -Persuasive arguments -Positional commitments

Figure 2: Classification of negotiation strategies in this research

2.3 The factors determining negotiation strategies used

In this paragraph, the factors determining the negotiation strategies will be discussed on macro, meso, and micro level. These are factors that will influence the way the negotiations in the alliance will take place and which strategies are preferred. First, the external factors of the negotiation strategies are elaborated upon, by giving a brief explanation of the effect of external factors and after that giving a detailed explanation of the specific factors investigated in this study. Then, different internal factors that determine which strategy will be used are discussed. Every paragraph starts with a broad overview, subsequently focusing on the specific healthcare context.

2.3.1 External factors

When looking at negotiation within alliances, it is essential to take the context into consideration. The context is that set of factors that surround a negotiation (Crump, 2011). The factors and the negotiation itself form a symbiotic relationship: they both influence each other. Changes in the context will influence the (re)negotiation process and the other way around (Druckman, 2003). Furthermore, external events or behaviors outside the alliance will influence the relationship between the two partners and therefore the negotiations within in the alliance (Ariño, de la Torre & Ring, 2001; Bateman & Zeithaml, 1989). The importance of this external context is also emphasized by the social network theory, which is an addition to the resource dependency theory and transaction cost theory (Child et al., 2005). This social network theory states that economic actions are influenced by the social context in which they are embedded. These social networks can be a valuable source of information for new alliance opportunities and thereby negotiation strategies used. It also can reduce the costs of coordination between partners, because of previous knowledge about each other. According to the literature, different factors will lead to a greater chance of (re)negotiation (Schoop et al., 2008). These are environmental changes, task complexity, and incomplete contracts. The external factors are thus industry related factors that influence the alliance relationship and therefore, the

negotiation position between hospitals and insurance companies. Two major external factors will be discussed, which are competitive pressure and environmental turbulence.

Competitive pressure

Marketing research has shown that an increase in competition between the suppliers, will increase the bargaining power of the buyer, and this will increase the party's toughness (Perdue & Summers, 1999). When the competition of the supplier's increases, the toughness and therefore, the aggressiveness will increase. This is confirmed by Furrer, Tjemkes, and Henseler (2012) who say that operating in an industry with high competition leads to the continuous threat from rivals which will lead to the use of more aggressive strategies and putting the alliance at risk. Less competitive pressure will result in the exploitation of the existing alliances because a state of mutual forbearance has been developed with their rivals (Furrer et al., 2012). There is less risk of rivals making unfortunate moves, so the focus will be on cooperation within the existing alliance. Additionally, competitive effects influencing an existing alliance will lead to a competitive response of the organization within the alliance (Gimeno, 2004). This response is provoked since the competitor is exploiting potential value creation opportunities that could have been exploited by the organization itself. Competitive strategies will be used to try and reach for this value creation options.

The introduction of the regulated competition system in the healthcare landscape has led to increased competition within this sector (Schut & Van de Ven, 2005). The bankruptcy of the Slotervaart and IJsselmeerhospitals took place due to the increased competition in the geographical area the hospitals were operating in (Van der Geest, 2018b). Many hospitals serving the same area has led to the bankruptcy of the least functioning ones. This competitive pressure is mainly present for the smaller hospitals, who have a lower power position in contrast to the more prominent hospitals. The more prominent hospitals are easier being able to guarantee their continuity due to their market position and the ability to ask higher prices. What furthermore leads to competitive pressure are the governmental restrictions on the growth of the hospitals. When a patient visits your hospital, you will receive that money instead of your competitor (Personal communication, 20 March 2019). However, due to the restrictions of the government, there is a certain level of playing field where to be flexible before reaching the maximum as a hospital regarding growth and improvement. When there is less competition, and for example one big player [hospital], requirements can be pushed from the side of the insurer instead of competing between many smaller hospitals (Van der Geest, 2018a). It is confirmed that within the healthcare sector, defensive strategies are used by the existing parties

in the market (Adams, 2001). This leads to the assumption that within the healthcare sector increased competitive pressure also increases aggressiveness in negotiating, since the survival of the hospital may be at stake when receiving an insufficient budget or fewer patients (Adams, 2001).

The combination of the findings described above leads to the assumption that competitive pressure will provoke a competitive reaction from the alliance partner since more parties are trying to reach out to the same resources. In contrast, less competitive pressure means less need to strive for the same resources, since there is enough for the different parties. This will lead to exploiting the existing alliance and using cooperative strategies to do so. This leads to the following hypothesis:

Hypothesis 1a: High competitive pressure will lead to using more competitive negotiation strategies in comparison to cooperative negotiation strategies.

Hypothesis 1b: Low competitive pressure will lead to using more cooperative negotiation strategies in comparison to competitive negotiation strategies.

Environmental turbulence

Changes in the industry environment that are uneasy to predict lead to environmental uncertainty (Krishnan et al., 2016). This environmental uncertainty is caused by environmental turbulence, which is described as the occurrence of many changes, uncertainty, and unpredictability (Calantone, Garcia & Dröge, 2003). This uncertainty is also called 'innocent' and 'non-strategic'. These changes ask for a response from the alliance partners, so it is essential to come to a fast agreement about the response given, for which information sharing and negotiation is needed. Firms need to adapt their resources proactively to new environmental requirements (Furrer et al., 2012). Coordination difficulties and misunderstanding can arise when reacting to environmental uncertainty. It furthermore leads to a decrease in a firm's ability to control the flow of resources and can establish adaptation problems for its decision makers (Paulraj & Chen, 2007). This is in line with a cause of renegotiation of contracts, namely external events that haven't been seen beforehand (Reuer & Ariño, 2002; Schoop et al., 2008). Another cause of environmental turbulence are technological innovations (Calantone et al., 2003). Previous research that is more politically focused shows that external events occurring with high tension lead to more competitive behavior from the negotiation partner in trying to reach a particular outcome (Druckman, 2003). Furthermore, this external event can't be controlled by the alliance partners. In contrast, based on response strategy literature, when

environments are stable and environmental turbulence is low, the partners will use more cooperative strategies in interaction with each other (Furrer et al., 2012). In this stable situation, both partners have more opportunities to exploit each other's resources due to the stable environment which asks for minimization of conflict.

The described examples of environmental turbulence are present in the healthcare context. For example, technological developments are developed at high speed in the healthcare environment (Adams, 2001; Peeters, Wiegers, Bie & Friele, 2013; Ruwaard et al., 2014). It is especially difficult to predict the extent and the pace to which these changes will occur. This asks for the rapid implementation of these innovations in the hospitals. Negotiation will take place when coming up with plans to anticipate this environmental uncertainty. Another factor influencing the environmental uncertainty within healthcare is the government (Ruwaard et al., 2014). The government can come up with new policy rules, where the hospitals should anticipate. Examples of this are government regulations, with regards to budget arrangements and new laws that are passed (Rijksbegroting, 2018; Zorgwijzer, 2019a; Asselman, 2008). The influence of the government will also influence the negotiation strategies used. Additionally, healthcare costs are increasing due to an increase in the number of patients (Adams, 2001; Asselman, 2008). This is mainly explained by an aging population, that caused an increase in the healthcare demand and therefore an increase in costs.

Since there is a lack of literature regarding the influence of environmental turbulence upon the negotiations within the healthcare context, the market literature is applied to this specific context. The combination of the elaborations above indicates that high environmental uncertainty, which entails government restrictions, technological development and an aging population will lead to using competitive strategies in negotiation between alliance partners to make sure a desirable outcome is reached. In contrast, low environmental uncertainty, whereby changes in the environment can more easily be predicted beforehand will enhance cooperation between partners. This leads to the following hypothesis:

Hypothesis 2a: High environmental turbulence will lead to using more competitive negotiation strategies in comparison to cooperative negotiation strategies.

Hypothesis 2b: Low environmental turbulence will lead to using more cooperative negotiation strategies in comparison to competitive strategies.

2.3.2 Internal factors

There are also internal factors predicting the type of negotiation strategy that is preferred in negotiations within an alliance. Preconditions for achieving success in negotiating are the understanding of the nature and strength of each other's needs, the focus on what they have in common, rather than differences and the allies must be willing to search for solutions that meet both partners primary goals (Child et al. 2005). The factors being discussed are control, trust, and personal characteristics.

Control

Another important factor within the alliance relationship is the level of control. Control is defined as *'a regulatory process by which the elements of a system are made more predictable through the establishments of standards in the pursuit of some desired objective or state'* (Das & Teng, 1998, p. 493). The control mechanisms can be used to make sure the desired outcomes are reached, and control is furthermore a key source in the confidence one has in their partner regarding cooperation. Four types of control can be specified, namely, power, authority, expertise, and rewards (Child et al., 2005). These forms are critical issues in the successful management and performance of all types of alliances and help in achieving an adequate level of control (Das & Teng, 1998). An example of a control mechanism is a formal contract (Luminieau & Henderson, 2012). Furthermore, control mechanisms will help to make the achievement of the organizational goals or the goals of the alliance more predictable which will reduce the uncertainty between the partners. Argued the other way around, low control levels, will increase the uncertainty and therefore the competitive behavior of the partner. This is confirmed by Schoop et al. (2008) by stating that incomplete and unclear contrast will increase the chance of renegotiations. These renegotiations are often unwanted by one of the parties, which increases the toughness of the party.

Alliances in the context of the healthcare are controlled via contracts, that are established yearly or covering more years (Personal communication, 20 March 2019; Ruwaard et al., 2014). The government uses different rules and regulations to control the relationship between hospitals and insurance companies (Ruwaard et al., 2014). These rules and regulations are translated and covered in the contracts between the specific hospitals and the insurance company. This contractual coordination encourages coordination and information sharing between partners and helps to get the expectations of both in line (Luminieau & Henderson, 2012). Also, contractual coordination will lead to a more important communication and information sharing process in case of unforeseen circumstances. Uncertainty is reduced and

relational ties are encouraged. Formal obligations between the partners are written in this contract, in a way that one will perform in line with the other's expectations. In this contract, goals and the way to achieve these are made explicit which will reduce uncertainty. The focus hereby is on the positive side and on what the parties want to achieve together which is a basis for using cooperative strategies. High uncertainty will increase the chance for ambiguity and the need to negotiate again. Ambiguity is a basis for using competitive strategies. In the end, the contract may be a significant driver guiding negotiation behavior in preventing adverse outcomes but also in promoting cooperation.

The combination of the elaboration above indicates that high control will enhance using cooperative strategies since the behavior of the counterpart is predictable and uncertainty is reduced (Luminieau & Henderson, 2012). On the contrary, low control will lead to confusion about arrangements made in the contract, increased uncertainty and therefore competitiveness. The following hypotheses regarding control are developed:

Hypothesis 3a: A high degree of control will lead to using more cooperative negotiation strategies in comparison to competitive negotiation strategies.

Hypothesis 3b: A low degree of control will lead to using more competitive strategies in comparison to cooperative negotiation strategies.

Trust

An essential factor that determines what negotiation strategy will be used is the level of trust the partners have towards each other (Das & Kumar, 2011). The concept of trust is investigated intensively in the area of alliance research (Mintu-Wimsatt et al., 2005; Das & Kumar, 2011; Brett & Thompson, 2015). Especially in interdependent collaborations such as alliances, trust has been agreed upon as to influence the degree of cooperation between parties (Suseno & Ratten, 2007). As a result of this, trust is seen as a source of confidence in partner cooperation and it relates to how they expect their partners to behave and react (Das & Kumar, 2001; Mintu-Wimsatt et al., 2005). The underlying belief of a high level of trust is the assumption that the other party is also willing to cooperate and will not take advantage of the situation. A high level of trust will have positive outcomes such as lower transaction costs, desirable behavior, a lower need for formal contracts and the facilitation of conflict resolution (Das & Teng, 1998). Furthermore, with a higher level of trust, the alliance party thinks the other is going to behave the same and this will lead to the use of more cooperative strategies in negotiating (Mintu-Wimsatt et al., 2005). In contrast, a lower level of trust in the partner, being more suspicious

and knowledge and experience that the other party is a liar, will result in showing more competitive behavior in negotiating (Mintu-Wimsatt et al., 2005; Brett & Thompson, 2015). This is confirmed by Butler (1999) as low trust will result in using competitive strategies. Furthermore, the striving for purely competitive advantages looks like to be driven by mistrust. In contrast, cooperative behavior seems to be driven by trust.

Especially in the healthcare sector, trust is important to improve the smooth functioning of this complex system (Groenewegen, Hansen & de Jong, 2018). Trust between the different actors in this system will lead to facilitation in cooperation which is crucial to reach the common goals of providing healthcare. Furthermore, trust is indicated as a base in coming to solutions for incomplete and unclear contracts, in line with cooperative negotiation strategies (Ruwaard et al., 2014). On the contrary, low trust seems to cause friction between the parties in developing and negotiating the contracts, in line with competitive negotiation strategies (Groenewegen et al., 2018).

The combination of the elaboration above leads to the assumption that high trust will result in a belief in the other party that they are willing to cooperate. Low trust will lead to mistrust, especially when somebody has taken advantage of a certain situation in the past. This leads to the following hypotheses:

Hypothesis 4a: A high level of trust will lead to using more cooperative negotiation strategies in comparison to competitive negotiation strategies.

Hypothesis 4b: A low level of trust will lead to using more competitive negotiation strategies in comparison to cooperative negotiation strategies.

Personal characteristics and background of negotiator

In this paragraph, the individual characteristics and the background of the negotiator are discussed. Research suggests that partners are willing to cooperate if they perceive that their partners are going to behave in a similar way (Mintu-Wimsatt et al., 2005). They stress the importance of an impression formed at the negotiator table. Furthermore, there are differences in the background of the negotiators so-called social capital, that will cause different negotiation strategies (De Jong, 2015; Wyatt, 1999). This social capital has formed a person in their beliefs and attitudes, that often starts in childhood already. For this research, it is interesting to look at the differences between men and women when negotiating. The gender of the representative will namely influence the strategies used when negotiating. It is investigated that overall, women are negotiating for what's fair, and men are negotiating to win (Wyatt, 1999). Kaman

and Hartel (1994) stress that women will negotiate less aggressively and use more compromising, accommodating, and avoiding strategies. Men will use more competitive strategies compared to women. This leads to the following hypothesis:

Hypothesis 5a: Women will prefer cooperative negotiation strategies in comparison to men.

Hypothesis 5b: Men will prefer competitive negotiation strategies in comparison to women.

A different occupation and educational background may also lead to the use of different negotiation strategies in negotiating between hospitals and insurance companies since they have personality differences (Lounsbury, Smith, Levy, Leong & Gibson, 2009; Lievens, Coetsier, De Fruyts & De Maeseneer, 2002). Both managers and physicians are essential in the negotiation process since the managers do the actual negotiation, but the physicians are the real executors of healthcare. The incentives for both groups are different since the motivation for managers is cost containment, and for physicians, it is patient care (Kaissi, 2005). Also, the background differs: managers are more instrumental and rational in their thinking, while physicians are less rational and more looking at what is the right thing to do. These differences are confirmed by their educational background, which is important since the respondents, in this case, are students. It is confirmed that major business students score higher on assertiveness (speaking up and being forceful), conscientiousness (being reliable and trustworthy), emotional stability (overall level of adjustment and emotional resilience when facing stress and pressure) and tough-mindedness (making decisions on the basis of logic and data rather than feeling and intuition) than non-business students (Lounsbury et al., 2009). They score lower on agreeableness (being cooperative and interacting with others harmoniously) and openness (receptivity to learning and new experience) than non-business students. This leads to the assumption that managers are willing to take risks at the expense of the other, drive hard bargains and not per se focusing on the relationship. In contrast, medical students score highest on extraversion (indicates the social interaction) and agreeableness in comparison to non-medical students (Lievens et al., 2002). They furthermore value teamwork and interpersonal work when looking at their future career. This awareness of their social context and the tendency to being cooperative will lead to focusing on maintaining a good relationship and that they are willing to put the effort in this.

In the end, the context and the educational background of both managers and physicians will determine which strategy is used and what the outcome of the negotiation strategy will be. This leads to the following hypothesis:

Hypothesis 6a: Managers with an educational background in business administration will use more competitive strategies in comparison to physicians.

Hypothesis 6b: Physicians with an educational background in medicines will use more cooperative strategies in comparison to managers.

2.4 Conceptual model

The different concepts described above, and the hypotheses developed result in the following conceptual model that will be tested.

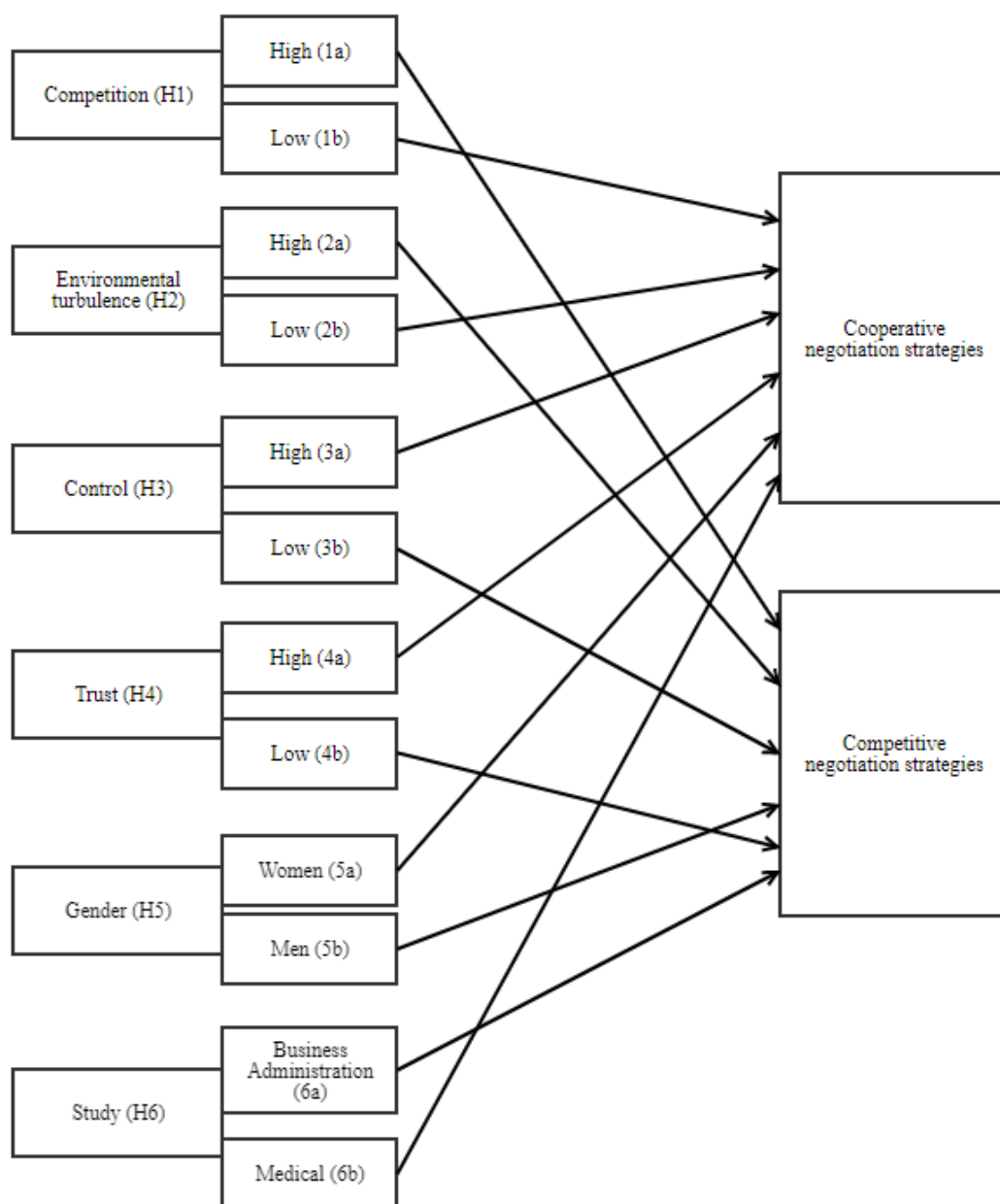


Figure 3: Conceptual model

Chapter 3: Methodology

3.1 Research context

Before describing the methodology in this chapter, it is useful to analyze the specific research context in which this study is conducted to give the reader a better understanding.

The Dutch healthcare system has changed rapidly over the last 20 years. Especially with the introduction of the Health Insurance Act in 2006, the more public health-oriented system has transferred into a regulated competition model (Rosenau & Lako, 2008; Ruwaard et al., 2014; Okkerman, 2018). This new system assumes that *‘the insurers will compete to attract the insured, that the insurers selectively buy care from the healthcare providers and that healthcare providers compete for patients’* (Groenewegen et al., 2019, p. 281). Therefore, alliances are established between hospitals and insurance companies. The business they conduct together focuses on the providing of excellent healthcare to their patients.

The insurance companies have an essential role in the alliance process. According to CZ, one of the four biggest insurance companies in the Netherlands, their goal is to *‘help the patients get the right care, try to realize the best possible healthcare and direct to a healthy financial position’* (Jaarverslag CZ, 2018, p. 7). They close contracts with several healthcare deliverers, among which are the most well-known ones, namely the hospitals. However, the hospitals, in the end, will deliver healthcare to the patient. For instance, the goal of the biggest hospital of the Netherlands, Erasmus MC, is to *‘deliver the safe and best care to the patients, with complex healthcare questions, rare diseases or acute care needs’* (ErasmusMC, 2019). Both parties, therefore, have their own goals in delivering the right services, but they need each other to reach their common goal, namely providing the best care for their patients. Government regulations help to monitor this triangle relationship by monitoring the actors and supervising market regulation (Groenewegen et al., 2019). A special feature of the specific healthcare alliance is that it cannot quickly be terminated given that both parties have an obligation to their patients in delivering the right care (Personal communication, 20 March 2019).

The centre of this market-oriented reform is the health purchasing market, where insurers ‘buy’ the care for their patients from for example hospitals (Maarse, Jeurissen & Ruwaard, 2016). Here the competition will lead to selective contracting for most of the services, but at the same time legislation obliges the insurers to guarantee their patients access to every type of healthcare covered by basic insurance. It is still ambiguous what this access exactly is, especially after the bankruptcy of Slotervaart and IJsselmeerziekenhuizen. Another reform in this purchasing market is the introduction of free price negotiations that were introduced step

by step in hospital care. Evidence is found that hospital prices rose from 4.8 to 9.5% between 2006 and 2009. However, the expenditures also increased due to a higher number of patients and more expensive treatments. Looking at the side of the providers of healthcare, more independent treatment centers have been established due to this new system focused on competition. They provide less complex routine care in comparison to hospitals and are cheaper. They still only have a small share of only 3-4% of total hospital revenues. Furthermore, the efficiency of hospitals has increased when looking at their investments. After the reform, the government didn't steer anymore, so they were free to make their own investments and bear their own risk. This has led to a critical evaluation of investments plans and a drop in investments. These examples illustrate that the reform has had several consequences.

There is a difference between hospitals and other institutions that provide medical care. Hospitals deliver care in the regulated (A-)segment (e.g., non-scheduled healthcare, acute healthcare, and emergency care) and in the free (B-)segment (e.g., scheduled, non-acute, elective care) (Ruwaard et al., 2014; Volksgezondheidszorg, 2019). Within the regulated segment, maximum tariffs are determined by the Healthcare Authority [NZa]. This contains 20% of the medical specialist care. Within the free segment, insurance companies and hospitals negotiate and make arrangements about prices. This contains 80% of the medical specialist care. The independent treatment centers especially deliver their care in the free segment.

At the beginning of 2018, the Netherlands contained 79 hospital organizations, including 8 university medical centers (Volksgezondheidszorg, 2019). The number of hospitals decreased by 25% from 2009 to 2014 due to bankruptcy and take-overs (Maarse et al., 2016). However, the number of locations where the care is offered stayed the same due to an increase of outside polyclinics (Volksgezondheidszorg, 2019). Considering the insurance companies, there are 11 healthcare insurers present in the Netherlands (Zorgwijzer, 2019b). 86% of everybody obliged to choose healthcare insurance is insured by one of the four biggest insurance companies, namely Zilveren Kruis (Achmea), VGZ, CZ, and Menzis (See figure 4).

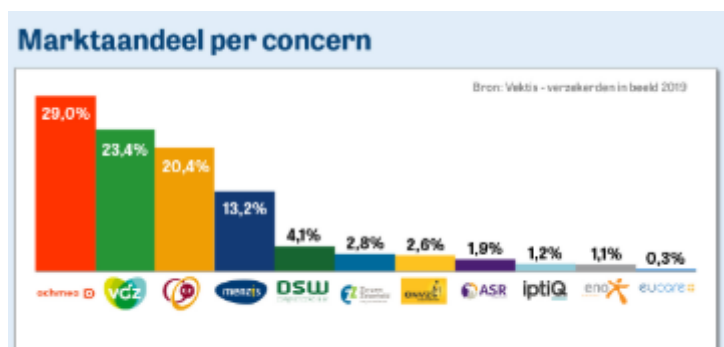


Figure 4: Market share per insurer (Zorgwijzer, 2019c)

3.2 Research strategy

This research fits in the critical rationalism approach, which is developed by Popper (Vennix, 2011). Stated is that science should start with points of view and theoretical notions. From this theory, hypotheses can be developed and tested empirically. This is followed inevitably that knowledge should be gathered in a deductive way. This entails a translation of common rules to a specific context (Vennix, 2011). Furthermore, a deductive approach is obviously driven by theory (Bleijenbergh, 2015). This is the case in the context of this research, as negotiation strategies and factors that are common in the market sector are translated and tested in a different environment, namely the healthcare sector, based on the theory that has been written about it already.

The data will be gathered using a mixed-method approach. This method entails a mixture of quantitative and qualitative data collection methods (Bleijenbergh, 2015). Using both methods will help to complement one another and help to fill in the shortcomings of one method. Especially in measuring a social phenomenon such as the negotiation process, a mixed method approach is applicable.

3.3 Data collection

This paragraph describes the way the data is collected. First, a scenario-based experiment is conducted. Thereafter, interviews with alliance managers are held to verify the results. Both data collection methods are explained in this paragraph.

3.3.1 Scenario-based experiment

The method used to test the hypotheses and to answer the research question is a scenario-based experiment. This method has a long tradition in management research, and it is proven useful for the study of major strategic decisions, e.g., negotiation within an alliance (Agndal et al., 2017). This is the case because it provides an examination of the causal relationships between predictors and outcomes in controlled conditions (Tjemkes & Furrer, 2010; Bateman & Zeithahl, 1989). Persons involved in the real negotiation may behave differently due to the sensitive nature of the scenario's they participate in (Tjemkes & Furrer, 2010). When conducting experiments, this sensitive nature of the situations is controlled for due to the lack of background experience the participants have in taking part in the experiment. Furthermore, scenarios focus on a very specific behavioral component, in contrast to a case study, which makes the scope narrower and more natural to grasp (Chapel & Victor, 1999).

The specific type of experiment used is a vignette study. When using a vignette study, the strengths of both the survey research and the experimental design are combined (Atzmüller

& Steiner, 2010). For the survey, this is a high external validity and for an experiment a high internal validity. The vignette study combines a traditional survey with a vignette experiment to overcome the limitations and enhance the strengths of both methods. Furthermore, the unique design of a vignette study enables the simultaneous presentation of several explanatory as well as contextual factors, which leads to more realistic scenarios presented to respondents (Atzmüller & Steiner, 2010). Especially the contextual factors are important in this research since they will determine what negotiation strategy will be used in the healthcare alliance.

Three different vignettes are established. Within every vignette, two variables are combined and they both are positively and negatively presented. This results in four different scenarios per vignette. The operationalization of this follows in paragraph 3.5. The participants all received one of the four scenarios per vignette in a randomized way. They had to react to the three vignettes, however with a different version per vignette. The participants had to react on behalf of an alliance manager in a fictional situation. This is described in the first two pages of the survey (Appendix 3). On the following pages, every respondent received a description of a situation [context]. Ten different theses were presented per situation. These theses are the same for every situation and are linked to the negotiation strategies. The respondents had to indicate per thesis how likely it is that they would react in a certain way, by using a 5-point Likert scale varying from ‘very unlikely’ to ‘very likely’. The last page of the survey contained several personal questions about the participant and had to be answered personally and not in the role of an alliance manager. These questions covered the variables study, education, gender, age, and personal values. The survey was presented to the respondents online.

3.3.2. Interviews

After conducting the experiment, three interviews have been arranged with alliance managers that participate in the real negotiations between hospitals and insurance companies. As stated before, using a mixed method will give better results and offers opportunities to add issues that haven’t been discovered in the experiment (Blijenbergh, 2015). Furthermore, as alliance managers have experience in the alliance process, these interviews helped to improve the external validity of the experiment (Tjemkes, Furrer Adolfs & Aydinlik, 2012). The interviews were semi-structured, where the structure and the questions were prepared before the interviews were conducted (Bleijenbergh, 2015). The possibility for the interviewer to change the questions or structure during the interview exists, if there were any topics coming up that hadn't been anticipated before. The structuring beforehand pushed the interview in a specific direction,

but the semi-structured nature of the interview, in the end, has left some space to fill in topics that came up spontaneously.

3.4 Research sample

This section describes the participants that were selected and approached to take part in the experiment and the interviews.

3.4.1. Participators in the experiment

It is common in a lot of simulation and experimental design to use students as respondents, especially business students because of the experience they already have in the field, which in this case is more theoretical than practical knowledge (Agndal et al., 2017). Previous studies haven't found differences between managers and business students in making a decision while conducting an experiment using the same decision frames (Bateman & Zeithahl, 1989), so this furthermore indicates that conducting an experiment among students is an appropriate way of testing the influence of factors on negotiation strategies used in maintaining an alliance relationship. The negotiations of the hospitals with the insurance company take place within the board of the hospital. However, the physicians decide in the end what care they are going to give, so often physicians are also part of the negotiation process (Ruwaard et al., 2014). The scenario-based vignette study is, therefore, conducted with at least sixty business administration students to represent the board and at least sixty medical students to represent the physicians. These are minimal numbers for the number of respondents that should take part in the experiment. This is concluded based on Tjemkes and Furrer (2010), who used twenty respondents per scenario. Since this experiment has three different scenarios, with a positive and a negative version, the total number of scenarios is six. This leads to a minimum of 120 respondents. Since the situation of Tjemkes and Furrer (2010) in this research is repeated three times, a repeated measures design is established. However, the effects sizes might be low and analyzes with group sizes of fewer than 30 members obtaining desired power levels can be quite problematic, 120 is the minimum number of respondents (Hair et al., 2014). 192 students were approached; 136 respondents completed the questionnaire. The students were contacted via social media such as WhatsApp and Facebook since we all knew them via our study, student association or high school. We kindly asked them to fill in our questionnaire and send the link of the questionnaire to them (See appendix 3). Several respondents send the questionnaire to their friends as well, so the number of participants has increased by applying this snowballing method (Bleijenberg, 2015).

3.4.2. Interviewees

Different alliance managers have been approached and, in the end, three interviews have been held to verify the results of the experiment. It is stressed by researchers who conducted experiments among students that input from alliance managers will be valuable (Tjemkes & Furrer, 2010). One manager has been approached via connections at my internship in a hospital from last year. I already conducted a short, non-official interview, with one of the business controllers of the hospital to get insight into the alliance process and the negotiation that take place. Via her, contact with the alliance manager has been established. The other two interviews have been arranged via contacts of the father of the other master student I collected the data with. Figure 5 shows the background of the interviewees.

	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Function	Sales controller	Head procurement	Head manager Sales & Marketing
Years in function	5	5	3
Type of hospital	Top clinical hospital	General hospital	General hospital
Experience in healthcare (years)	13	8	10.5
Educational background	Health sciences, policy and management	Economics and business administration	Business administration and marketing
Age (years)	39	50	35

Figure 5: Background interview respondents

3.5 Data analysis procedure

This section describes the way the data is analyzed. First, the experiment is operationalized, and the assumptions that must be met, and the different tests that are being conducted are discussed. Thereafter the operationalization of the interviews is discussed.

3.5.1. Operationalization of experiment

The dependent variable in this research is the negotiation strategy used, which will vary from cooperation to competition and is specified in the five negotiation strategies. The independent variables are the different factors that will determine which strategy will be used. The theses to which the respondents need to react are based on all five negotiation strategies. Hereafter, the strategies were classified in competitive or cooperative strategies.

Not all the information from the experiment is needed for this particular research since the data collection has been combined with another research of a master student. However, the context of both pieces of research is more or less the same and this extra information can be quite useful in the end.

Scenarios

The context [factors] of the negotiation strategies are described in the scenarios by manipulating the concepts competition, environmental turbulence, trust, and control. These factors plus two other factors that are used for another research together form a three-factor [the paired six factors] by two-level [high or low] between-subjects design (Tjemkes & Furrer, 2010). It is a three-factor design because the six variables are paired and therefore form three factors. Combining these factors, 12 different scenarios are formed. The elaboration of this experiment is shown in appendix 3.

The external context is first represented by environmental turbulence. High environmental turbulence is measured by a description that many new technologies come at a fast speed (Peeters et al., 2013). Low turbulence describes the opposite. Secondly, high competition is represented by items that represent that there are many hospitals offering healthcare in the same area (Ruwaard et al., 2014). Low competition is represented by a description that a small number of hospitals offer the same healthcare. Internal context is represented firstly by control. High control is measured by items representing the regulatory aspects of an alliance that will make it easier to predict the behavior of the partner and agreements that are placed in contracts (Das & Teng, 1998). Low control is measured by a few regulatory aspects which makes it uneasy to predict the behavior of the partner. High trust is measured by items that illustrate a source of confidence in partner cooperation in solving problems and confidence in the future (Das & Teng, 1998). Low trust is represented oppositely.

Negotiation strategy measures

Existing scales are used to operationalize and measure the negotiation strategies and some adjustments are made to apply the strategies the specific context of healthcare alliances. Contending is measured with items that illustrate one party persuading the other party to accept alternatives that favor one own's interests, by using force (Pruitt, 1983; De Dreu et al., 2001). Inaction is measured with items that illustrate doing nothing (Pruitt, 1983). Compromising is represented by items that show both parties complying a little bit from their originating point of departure and reaching consensus (Das & Kumar, 2011). Yielding is represented by items

measuring reduced demands in order to meet the expectation of the partner (Das & Kumar, 2011). Problem-solving is measured with items that represent the reconciliation of the partner's aspirations (Pruitt, 1983). The different items are shown in appendix 1 and 3. These tables also show the labels addressed to the variables in SPSS.

Individual variables

The personal characteristics on the individual level are measured by items representing personal questions about the respondents' education, gender, and age. Furthermore, four dimensions of Schwarz (2012) are translated into four different theses to which the students reacted to the extent to which they agreed or not agreed. The first dimension is 'openness to change'. This is represented by the extent to which challenges and renewal are present in the life of the respondent. Secondly, 'self-transcendence' is represented by the extent to which a respondent is occupied with attention to others. 'Conservation' is measured by the devotion to habits and traditions. 'Self-enhancements' is measured by the extent to which a person wants to improve himself. The elaboration upon these items is shown in appendix 2.

3.5.2. Data analysis

The goal of the data analysis is to examine the effect of the factors on the five negotiation strategies. The data is analyzed quantitatively by using a MANOVA analysis. This method is appropriate, firstly, because it is a dependence technique that measures the differences for two or more metric dependent variables based on a set of categorical variables acting as independent variables (Hair et al., 2014). The multiple metric dependent variables, in this case, are the negotiation strategies and the categorical [nominal] independent variables are the factors. Secondly, MANOVA is an appropriate way of analyzing data gathered in an experimental design, whereby the researcher can manipulate one or more independent variables to find the effect on the dependent variable(s) (Hair et al., 2014). In this research, the independent variable is manipulated to a high and a low (or positive and negative) option to find the effect on the dependent variable(s). Thirdly, this method compares the means of two or more groups which is the case in this research, since there is a group that received a 'high' manipulation and a group that received a 'low' manipulation. Furthermore, Business Administration students are compared with Medicine students with regards to the use of negotiation strategies in certain circumstances. Education, study, gender, and the dimensions of Schwarz are added as individual variables. However, in the final analysis, only study and gender are used in this research.

It is a between-subject design since the respondents all get a different variant of the independent variable, namely one of the four scenarios of every vignette. The assumptions that need to be met before conducting the actual MANOVA are as follows:

1. Independence among observations. A lack of independence means that the responses in each group are not made independently of responses in any other group (Hair et al., 2014). The independent variables should not influence each other.

2. Equality of (co)variance matrices. This assumption checks the differences in the amount of variance of one group versus another for the dependent variables (Hair et al., 2014). To test this assumption, the Box's M-test is used. The test should be non-significant, so having a p-level above .001.

3. Normality. A multivariate normal distribution assumes that the joint effect of two variables is normally distributed (Hair et al., 2014). There is no direct test available to assess multivariate normality which should be used when using ANOVA, so univariate normality of each variable is tested, using the skewness and kurtosis values.

4. Linearity and multicollinearity among the dependent variables. This assumption looks at the linear relationship between the dependent variables (Hair et al., 2014). This means there should be a linear relationship between each pair of the dependent variable across each level of the independent variable. Furthermore, the dependent variables should not have multicollinearity, which indicates unwanted dependent measures. Multicollinearity measures the extent to which a variable can be explained by other variables in the analysis, which should be the case within the dependent variables. When the Pearsons value is greater than .9 that variables are multicollinear. There should be some sort of relationship between the variables, which is the case when the values are above .2.

5. Sensitivity to outliers. MANOVA is especially sensitive to outliers and the effect on the Type I error (Hair et al., 2014). In that case, the null hypothesis is rejected when it should be accepted. When outliers are examined, they should be eliminated from the analysis, because the influence will be excessive in the total results.

6. Covariates correlated. It is important to first examine the covariates since they can act as a control measure on the dependent variate (Hair et al., 2014). Effective covariates will improve the statistical power of the test and reduce within-group variance. If not, they will not be used as covariates in the analysis.

To test the significance of the model, an F-test is conducted whereby a significance level of 95% is used. Factors with a p-value lower than .005 are significant. The total variance explained by the model is analyzed using the R-square. The partial Eta Squared is a statistical

test for the additional contribution to predicting the accuracy of the variables above the variables already in the equation (Hair et al., 2014). It is used to explain the percentage of the variance in the dependent variable that can be explained by the height of the independent variable [high/low]. As a rule of thumb, 0.01 indicates a small effect, 0.06 a medium effect and higher than .14 a large effect. Within the actual MANOVA, the contrast results are important in explaining the preference for a certain strategy dependent on the context. This shows the significance and the difference in preference dependent on the height of the independent variable [high/low].

3.5.2. Operationalization of interview

The interviews were conducted after the data of the experiment was gathered. This led to a semi-structured interview (Appendix 4). The different variables discussed in the former paragraph have been used as a guideline throughout the semi-structured interview. These are external context, internal context, and negotiation strategies. The focus in the interviews has especially been on the factors leading to a particular strategy. In the conversation, additional questions were asked about when and why the respondent reacted in a certain way. An advantage of using semi-structured interviews is that the researcher can push the interview in a certain direction (Bleijenbergh, 2015). This is relevant in this case because the goal of the interviews was to check the results derived from the experiment with a manager that faces negotiation in practice. Therefore, the results are offered in a structured way and made sure that all the topics coming from the results are discussed during the interviews. The results from the interviews are used in the results and discussion chapter to complement the quantitative data. The interviews are coded by using figure 6. This table is developed based on the same theoretical constructions as described in the operationalization of the scenarios. Environmental turbulence is described by the following indicators: technological developments, aging population, new medicines, and government. The new medicines are added since they came along in the interviews as influences from the environment that influenced the alliance and negotiation relationship between hospitals and insurance companies. Competition is described by the following indicators: competitive pressure, competitor actions/strategy, and competition history. Control is analyzed by the indicators of contracts, price, budgets, and volume. Trust is analyzed by trust, distrust, prior experience and relationship. The personal characteristics are labeled by gender and educational background. Since this research is combined with the research of another master student, we compared our codings and established intercoder reliability (Bleijenbergh, 2015). Our codings for the factors we both included in our research

were approximately 90% the same. After some discussion together, we improved our codings to 95% overlap.

Construct	Indicators
Competition	Competitive pressure Competitor actions/strategy Competition history
Environmental turbulence	Technological developments Aging population New medicines Government
Control	Contracts Price Budgets Volume
Trust	Trust Distrust Prior experience Relationship
Individual factors	Gender Educational background

Figure 6: Coding scheme interviews

3.6 Validity, reliability and generalizability

The validity of research shows the extent to which a researcher measures what he wants to measure, also named content validity (Vennix, 2011). This is ensured by the accurate operationalization of the theoretical constructs in the scenarios presented. The constructs are first based on theoretical definitions found in literature and thereafter translated to a more operational definition. This will enhance the validity of the research. Furthermore, the validity will be increased by the interviews that are conducted after the experiment. In this way, it can be tested if the right constructs were measured and if findings match the reality.

The reliability of research ensures the independence of measurement from the researcher and the used measurement method (Vennix, 2011). If someone else also conducts the experiment, the same results should be derived. To ensure reliability, it is important to develop multiple items to measure a construct and to find out to what extent the items correlate with each other (Vennix, 2011). Various items per construct are developed to ensure reliability. However, after conducting the experiment, the correlation between the items should be tested and some items that disturb the reliability should be deleted. It is important to be aware of the decline in validity when deleting items, so consideration of this point should be made (Vennix,

2011). In this research, this reliability is especially ensured since the interviews confirmed or rejected the items measured in the experiment. Furthermore, inter-coding reliability has been used in making sure the researchers used the same labels in coding the interviews (Bleijenbergh, 2015).

The generalizability of research ensures the extent to which the results are applicable to a larger context (Vennix, 2011), also called external validity. The results of this research will be applicable to negotiation in alliance relationship between hospitals and insurance companies. This is a small target group which can't be generalized to other alliances, due to the specific nature of these alliances. However, there are many alliance relationships within the healthcare sector, so this research will give implications for that area.

3.7 Research integrity

The research integrity is addressed in this research in different ways. Firstly, the participants in the experiment are approached via WhatsApp and asked to take part in the experiment. Their participation is therefore voluntary and they were able to stop the survey anytime they wanted. Secondly, the data is anonymized so that the data can't be linked to the individuals. This is emphasized by Bell and Bryman (2007, p. 69) who state that '*management researchers face increasing pressure to protect the confidentiality and anonymity of research participants in order to avoid harmful effects such as victimization*'. This anonymity is announced to the individuals taking part in the experiment and the interviews. Within the interview, the names of the hospitals and the insurance companies they talked about are anonymized. Thirdly, the theory and literature that is gathered are represented according to the APA-guidelines. Lastly, the generalization of the data is addressed carefully since the main respondents in this research are students and not real managers. The interviews already cover a small part of this, but caution is needed in translating the results to different contexts.

Chapter 4: Analysis and results

To examine the relationship between the internal and external factors, and the negotiation strategies, a multivariate analysis of variance is conducted [MANOVA]. Per a separate factor, a MANOVA is conducted. This is followed by a series of univariate and multivariate analysis to test the hypotheses.

4.1 General descriptive statistics

To make sure the dataset represented the correct data, some changes were made. Firstly, two respondents didn't complete all the questions, so missing data was established. However, this is below 10% so can be ignored (Hair et al., 2014). Secondly, the question 'what is your current education?' has been answered by some respondents that they followed a premasters program. This has been changed to bachelor since these two programs contain more or less the same courses. Thirdly, some students answered the question 'which study are you currently attending?' with the option Biomedical Science. This has been changed to Medicine since they were all bachelor students and they more or less follow the same courses as the medical students in their bachelor program. Furthermore, not all variables are discussed in this research. The age of the respondents varied from 18 to 26. This hasn't been taken along in the analysis since due to the small variance in age it is expected not to show a difference. All respondents are bachelor or master students, which indicates they all have more or less the same experience and will not influence the choice in strategy. Therefore, this variable is removed too. Furthermore, the variables of Schwarz are removed since the scope of this research is getting too big taking them along. In addition to that, there seem to be no differences between these particular individual variables at first sight. Two theses have been used in the experiment for measuring the inaction and two theses for the contending strategy. The average of these scores is calculated to combine these two. For the categories of cooperative and competitive strategies, the average of the separate strategies is calculated to develop one score per category. To be able to test the hypotheses regarding gender and study, the average score per strategy per respondent is calculated since this score is not dependent on the specific scenario they received in the experiment.

The remaining variables are divided as follows. The negotiation strategies are the dependent variables, the independent variables are different per MANOVA analysis. These are competition, turbulence, control, and trust. Gender and study are also indicated as different independent variables. The independent variables are nominally scaled. The dependent

variables are metrically scaled, namely the interval scale. Below, the division of the respondents per group is shown in figure It shows the more or less equal group sizes.

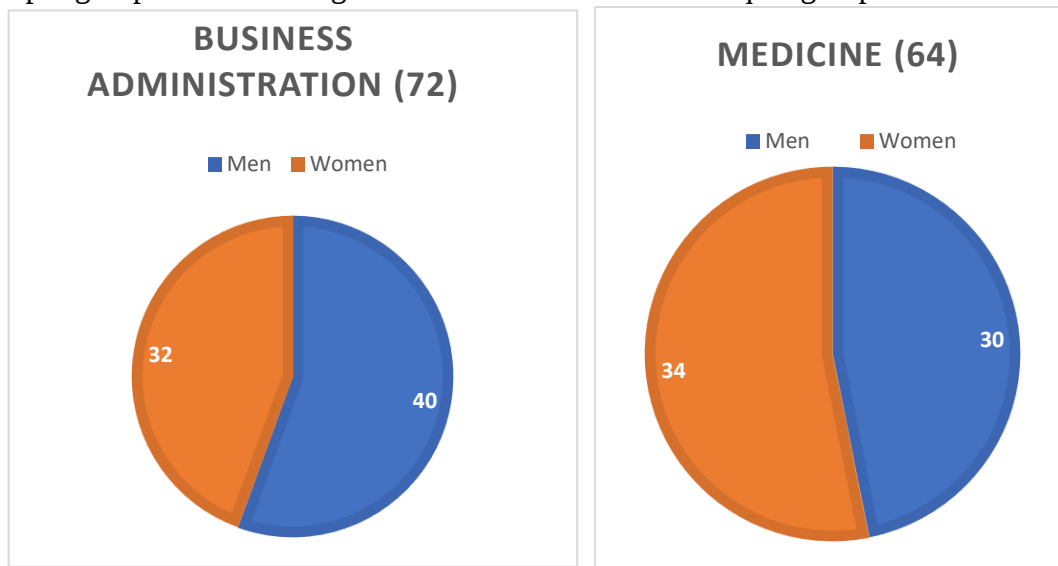


Figure 7: Division of respondents

4.2 Assumptions

Before conducting a MANOVA five assumptions as described in chapter 3 have to be checked. These are based on Hair et al. (2014) and described in Appendix 5. The assumptions are met for approximately all the variables and if not, the reason why the data isn't changed is described.

4.3 Results per factor

The MANOVA model and the overall fit is assessed per factor. Thereafter, the MANOVA results per factor are discussed, the hypotheses are examined and combined with the results of the interviews. When the hypotheses are accepted, they are colored green. When the hypotheses are rejected, they are colored red. When the hypotheses are partially accepted, they are colored yellow. The coding scheme from figure 6 (page 34) for the interviews is used (also see Appendix 7). The negotiation strategies are firstly divided into competitive and cooperative strategies and tested. Thereafter, the internal differences per strategy are discussed. The model fit is assessed by using the dataset of the separate strategies instead of the categories of cooperative and competitive to get insight into the explanation power of the different strategies.

Competition

For testing the significance, an F-test is conducted (Appendix 6.1: Table 6). With a significance level of 95%, all factors are significant except for problem-solving. This means that the mean

value of all the individual groups (except for problem-solving) differs from the mean value of the total. The total variance explained by the model varies between 0.5 and 11.4 percent, based on the different R-Squares per dependent variable. This has to be kept in mind while interpreting the results of the analysis. The Partial Eta Squared is a statistical test for the additional contribution to predicting the accuracy of a variable above of the variables already in the equation (Hair et al., 2014). This explains the percentage of the variance in the DV that can be explained by the height of competition (high/low). These values are quite low in the corrected model, except for inaction, hereby 11.4 percent can be explained by the height of competition. This indicates a large effect. The lowest value is 0.5%, for problem-solving. 0.5 percent of the variance can be explained by the height of competition, which indicates a small effect (Hair et al., 2014). Furthermore, a closer look at the multivariate tests is needed. The different tests do not show any difference in the Partial Eta Squared and are all significant (Appendix 6.1: Table 10). This means there is a significant statistical difference among the groups with regards to the dependent variable. In the next paragraph, the differences per group will be identified. The Partial Eta Squared is 0.166, which means 16.6% can be explained by the height of competition (high/low). This indicates a large effect.

The table below shows the results of the variable competition. Category 1 represents high competition. The reference category, 2, represents low competition.

Strategy	Cooperative	Competitive
Difference	-.007	<u>.351*</u>
Significance	.936	.000

	Cooperative strategies			Competitive strategies	
Strategy	Compromising	Problem-Solving	Yielding	Inaction	Contending
Difference	<u>-0.306*</u>	-0.090	<u>0.376*</u>	<u>0.490*</u>	<u>0.213*</u>
Significance	.032	.406	.020	.000	.032

Figure 8: Contrast results competition

The results show that the choice for a competitive strategy is 0.351 higher in a highly competitive environment (level 1) than within a low competitive environment (level 2). The contrast results of the separate strategies confirm that that the inaction strategy, which is a

competitive strategy, is preferred in a highly competitive environment. Furthermore, the compromising strategy, which is a cooperative strategy, is preferred in a low competitive environment. The underlined values and the ones with a star are significant.

The hypothesis (H1) that was established in chapter 2 is as follows: *1a: High competitive pressure will lead to using more competitive negotiation strategies in comparison to cooperative negotiation strategies. Hypothesis 1b: Low competitive pressure will lead to using more cooperative negotiation strategies in comparison to competitive negotiation strategies.*

The elaboration before leads to the acceptance of hypothesis 1a, since high competition leads to using competitive strategies. Hypothesis 1b is rejected since low competitive pressure doesn't lead to the preference of cooperative strategies. However, the compromising strategy [cooperative strategy] is preferred in a low competitive environment.

The different managers that have been interviewed show a difference in the level of competition they experience. *'We aren't in a very strong competition game'* (Hospital A) and *'you can say that there is enough competition in the complete direct environment'* (Hospital B). The influence of competition on the negotiations is limited since the movements and changes in healthcare provision due to the competition are clearly feasible beforehand. Furthermore, the change to value-driven healthcare has been more of a total change instead of a direct reaction towards competition (Hospital B & C). This is especially the case since the hospitals of the interviewees are relatively small in comparison to the very big (academic) hospitals. Not only other hospitals are indicated as competitors, but also smaller independent treatment centers are indicated as competitors since they take over some of their smaller businesses. It is expected that the number of these treatment centers will increase in the future. However, in the end, all respondents agree that effects coming from policies and actions taken by other hospitals are feasible since this can for example influence the number of patients coming to your hospital (Hospital A). *'So you see movements. You can see effects from other hospitals.'* (Hospital A). Also, in the future, new competitors may arise where anticipation is needed. So the competition at a higher or lower level is experienced by the different managers and they prepare for this by changing policies.

Combining these results, the competitive strategies are preferred in a highly competitive environment and a cooperative strategy, namely compromising, is preferred in a low competitive environment. From the interviews, it is confirmed that there are effects feasible coming from competitors surrounding the hospitals. However, they add that this will not influence the negotiations directly and that a reaction to this competition is often a more long-term oriented plan.

Turbulence

For testing the significance of the turbulence variable, an F-test is conducted (Appendix 6.2: Table 6). With a significance level of 95%, inaction is significant ($F(1)=13.871$, $p=0.000$). This means that the mean value of the inaction strategy group significantly differs from the mean value of the total. The non-significant values indicate a more or less equal mean. The total variance explained by the model varies between 0 and 9.4 percent, based on the different R-Squares per dependent variable, which indicates a small to medium effect. This must be kept in mind while interpreting the results of the analysis. The Partial Eta Square explains the percentage of the variance in the DV that can be explained by the height of turbulence (high/low). These values are quite low in the corrected model, the highest value is 9.4%, represented by inaction strategy. So 9.4% of the variance within inaction can be explained by the height of turbulence (high/low), which indicates a medium effect. Furthermore, a closer look at the multivariate tests is needed. The different tests do not show any difference in the Partial Eta Squared and are all significant (Appendix 6.2: Table 10). This means there is a significant statistical difference among the groups with regards to the dependent variable. In the next paragraph, the differences per group will be identified. The Partial Eta Squared of the total model is 10.5 which means 10.5% can be explained by the difference in the height of turbulence. This indicates a medium effect.

The table below shows the contrast results from the variable turbulence (Appendix 6.2: Table 8 & 9). Category 1 indicates high turbulence. The reference category, 2, indicates low turbulence.

Strategy	Cooperative	Competitive
Difference	0.054	<u>0.199*</u>
Significance	.564	.020

	Cooperative strategies			Competitive strategies	
Strategy	Compromising	Problem-Solving	Yielding	Inaction	Contending
Difference	0.074	0.000	0.088	<u>0.463*</u>	-0.066
Significance	.540	1.000	.627	.000	.577

Figure 9: Contrast results turbulence

The results show that the choice for a competitive strategy is 0.199 higher in a high turbulence environment (category 1) than within a low turbulence environment (category 2). The contrast results of the separate strategies confirm that the inaction strategy which is a competitive strategy, is preferred in a high turbulence environment.

The hypothesis (H2) regarding environmental turbulence as established in chapter 2 is *2a: High environmental turbulence will lead to using more competitive negotiation strategies in comparison to cooperative negotiation strategies. 2b: Low environmental turbulence will lead to using more cooperative negotiation strategies in comparison to competitive strategies.*

The elaboration before leads to the acceptance of hypothesis 2a, since within a high turbulence environment, the competitive strategies are preferred compared to a low turbulence environment. Hypothesis 2b is rejected since cooperative strategies aren't preferred in a low turbulence environment.

The interviews show that *'big, significant developments influence the things we sell and therefore the price because we try to include financial aspects in the negotiations'* (Hospital A). Another influence on the negotiations are the developments in expensive medicines since one or two extra patients receiving this treatment will increase the cost rapidly (Hospital A, B & C). This will lead to severe discussions between hospitals and insurance companies. *'We didn't get it straightened out a few years ago, considering the expensive medicines. ... Then an angry oncologist came literally to the room of the board and said: can I give it to the patient or not, otherwise, he will die and then it is your fault. This discussions shouldn't be held on that level and should be kept away from the consulting room.'* (Hospital C). This emphasizes the importance of negotiating about this topic and having such discussions on that level. Furthermore, the aging population and increasing developments in technology lead to an increase in healthcare demands, an increase in the costs and asks for a different way of managing the care. *'So I have a shortage on the job market of nurses'* (Hospital C). This will increase the problems and negotiating with insurance companies is a way to coming up with solutions. However, *'this is a field of tension and that is, of course, a combination between developments of other hospitals, the environment, the aging population, new technologies, the network.'* (Hospital A). The respondents already indicate solutions in anticipating to the environment: *'the technological developments are becoming very complex, so we need cooperation with other parties.'* (Hospital B). *'So cooperation, transparency and sharing, that is I think the future.'* (Hospital B). *'Also, more collaboration with network partners, who does what around the patient ... nowadays, it is more one collaboration.'* (Hospital C). All in all, many developments in the environment are perceived by the respondents which create a field

of tension when negotiating. In the end, collaboration with different partners is needed to deal with this environmental turbulence.

Combining these results, the preference for a competitive strategy is confirmed by the respondents of the interviews, since environmental changes create a field of tension within the negotiations. However, since environmental complexity is increasing and the different parties on the healthcare market need each other, cooperation is needed to be able to anticipate to the environment in the long-term.

Control

For testing the significance of the control variable, an F-test is conducted (Appendix 6.3: Table 6). With a significance level of 95%, control is non-significant for all the negotiation strategies except for yielding ($F(1)=4.166$, $p=0.043$). This means that the mean value of yielding significant differs from the mean value of the total. The non-significant values indicate a more or less equal mean. The total variance explained by the model varies between 0 and 3 percent, based on the different R-Squares per dependent variable, which indicates a small effect. This has to be kept in mind while interpreting the results of the analysis. The Partial Eta Square explains the percentage of the variance in the DV that can be explained by the difference in the level of control (high/low). These values are quite low in the corrected model, the highest value is 3.0%, represented by the yielding strategy. So, 3% of the variance within yielding can be explained by the height of control (high/low). Furthermore, a close look at the multivariate tests is needed. The different tests do not show any difference in the Partial Eta Squared and are all non-significant (Appendix 6.3: Table 9). This means there is no significant statistical difference among the groups with regards to the dependent variable. In the next paragraph, the differences per group will be identified. The Partial Eta Squared is 4.3 which means that the likelihood of choosing a strategy can for 4.3% be explained by the difference in the height of control. This indicates a medium effect.

The table below shows the contrast results from the variable control (Appendix 6.3: Table 8). Category 1 indicates high control. The reference category, 2, indicates low control.

Strategy	Cooperative	Competitive
Difference	0.157	0.031
Significance	.091	.720

	Cooperative strategies	Competitive strategies
--	-------------------------------	-------------------------------

Strategy	Compromising	Problem-Solving	Yielding	Inaction	Contending
Difference	0.100	0.016	<u>0.365*</u>	-0.104	0.119
Significance	.406	.903	.043	.428	.222

Figure 10: Contrast results control

The results show that there is no significant difference in the choice for a competitive or cooperative strategy regarding the level of control (high or low). However, the yielding strategy is significant. This means that the choice for the yielding strategy is 0.365 higher in a high control environment compared to a low control environment.

The hypothesis (H3) regarding control as established in chapter 2 is as follows 3a: *A high degree of control will lead to using more cooperative negotiation strategies in comparison to competitive negotiation strategies.* 3b: *A low degree of control will lead to using more competitive strategies in comparison to cooperative negotiation strategies.*

The elaboration before leads to the partial rejection of hypothesis 3a and the total rejection of 3b since the cooperative and competitive categories are both non-significant. However, the yielding strategy [cooperative strategy] is preferred in a high control environment and this is in line with the expectations of the hypothesis, so the hypothesis 3a is partially rejected.

The interviews show that control of the parties mainly takes place by the use of contracts. For some hospitals this is a one-year contract (Hospital A & B), for others, these are multi-year period contracts (Hospital C). Agreements put in the contracts are legal clauses about the insured healthcare, invoices and the settlement. *‘The main lines are really in the contract, and the freedom lays in the negotiations, then we make arrangements together’.* (Hospital A). The importance of the contract is stressed, since *‘when you don’t close a contract, this is unfavorable for everybody.’* (Hospital A). Furthermore, the fact that hospitals can’t say to the presented contract take it or leave it, results in the need for negotiations about the content of the contracts. *‘We try to make arrangements in which you don’t have to talk with each other anymore and where you agree with each other at the start of the process, if it increases you will receive X percent compensation or this piece will be paid completely.’* (Hospital A). The arrangements are reasonably tightly driven, to decrease the possibility of confusion about what can be compensated and what not (Hospital B). Furthermore, a great part of the money isn’t even discussed, since that money is needed to deliver the care. The difference lays in the last part, with that money difference can be made to be able to do more or less (Hospital C). What

different respondents stress is that the contracts need to be checked very carefully since they don't want to be confronted with things that they hadn't read, seen or interpreted differently (Hospital A & C). An example is that 10 patients received expensive medicine and the 11th didn't get it due to the high costs. Negotiations have to be held which leads in the end to other arrangements with the insurers, to prevent this kind of situations (Hospital C). Another respondent confirms that everything in the contract is specified carefully, *'then it can't be that confusion will arise about what can or can't be compensated because it is very tightly driven.'* (Hospital B). The level of control and the way the contracts are established differs per insurance company since all companies have another focus. One insurer focusses for example on sensible healthcare and the other on the price and the amount of care offered. This leads to a different way of negotiating with each other (Hospital C). Other means of control than the contract are the Treeknorm, quality management, the system, ISO-certification et cetera. *'At the moment that you are above it [the Treeknorm], an explanation is asked. When you are structurally above it, they [NZa] asks for an improvement plan and it can in the worst case lead to that your specialism won't be contracted anymore.'* (Hospital C). This is an example of a more external control mechanism that can also be used by the government. All in all, the respondents agree that the contracts function as a kind of control mechanism can be a means of confusion and discussion, but that this can be solved by carefully capturing every detail in the contract.

Combining these results, the interview results confirm the initial hypothesis that high control will lead to using cooperative strategies. High control indicates that everything is put in a contract and that the parties do not have to discuss small details that weren't captured beforehand. It is furthermore important to put everything down in a contract to avoid miscommunication. With regards to low control, when things change or not everything is written down correctly, a discussion is needed to come up with a solution which will lead to using competitive strategies. All in all, the results from the experiment aren't confirmed in the interview.

Trust

For testing the significance of the variable 'trust', an F-test is conducted (Appendix 6.4: Table 6). With a significance level of 95%, trust is non-significant for all the negotiation strategies except for compromising and problem-solving ($F(1)=15.061$ & $p=0.000$, $F(1)=7.243$). This means that the mean value of these strategies significantly differs from the mean value of the total. The non-significant values indicate a more or less equal mean. The total variance explained by the model varies between 0.8 and 10.2 percent, based on the different R-Squares

per dependent variable, varying from a small to medium effect. This must be kept in mind while interpreting the results of the analysis. The Partial Eta Square explains the percentage of the variance in the DV that can be explained by the difference in the level of trust (high/low). These values are quite low in the corrected model, the highest value is 10.2%, represented by the compromising strategy. So 10.2% of the variance within compromising can be explained by the height of trust (high/low), which indicates a medium effect. Furthermore, a closer look at the multivariate tests is needed. The different tests do not show any difference in the Partial Eta Squared and are all significant (Appendix 6.4: Table 9). This means there is a significant statistical difference among the groups with regards to the dependent variable. In the next paragraph, the differences per group will be identified. The Partial Eta Squared is 11.6 which means that the likelihood in choosing a strategy can for 11.6% be explained by the difference in the height of trust. This indicates a medium effect.

The table below shows the contrast results from the variable trust (Appendix 6.4: Table 7). Category 1 indicates high trust. The reference category, 2, indicates low trust.

Strategy	Cooperative	Competitive
Difference	<u>-0.243*</u>	<u>0.220*</u>
Significance	.028	.026

	Cooperative strategies			Competitive strategies	
Strategy	Compromising	Problem-Solving	Yielding	Inaction	Contending
Difference	<u>-0.666*</u>	<u>-0.426*</u>	0.309	0.289	0.140
Significance	.000	.008	.130	.056	.312

Figure 11: Contrast results trust

The results show that the choice for a cooperative strategy is 0.243 lower in a high trust environment (level 1) than within a low trust environment (level 2). Furthermore, the choice for a competitive strategy is 0.220 higher in a high trust environment than within a low trust environment. The contrast results of the separate strategies confirm that that compromising and problem-solving which are cooperative strategies are preferred in a low trust environment.

The hypothesis (H4) regarding trust as established in chapter 2 is as follows: *4a: A high level of trust will lead to using more cooperative negotiation strategies in comparison to*

competitive negotiation strategies. 4b: A low level of trust will lead to using more competitive negotiation strategies in comparison to cooperative negotiation strategies.

The elaboration before leads to the rejection of both parts of hypothesis 4, since the cooperative strategies are preferred in a high trust environment and the competitive strategies are preferred in a low trust environment.

The interviews show that next to the formal contracts that are established between the hospital and insurance companies, there are also things that aren't placed in the contract and that are dependent on the relationship and the long term vision between the two partners (Hospital A). Every respondent stresses the dependence of the two parties towards each other since they need each other to be able to do the right thing for the patients. Furthermore, the way negotiations went in previous years influences the negotiation of this year and as mention before, the strategy per insurer differs. *'So in the strategy per insurer, you take into account the behavior from earlier years. ... and you learn in the years which things a particular insurer finds important and you ask that in the conversations'* (Hospital A). In negotiations with insurance companies, sometimes you meet the same person year after year and sometimes it is a different person. *'In that situation, you lost your history'* (Hospital A). *'I think that there is no distrust, but we have different interests. ... Yes, we actually have one common goal that is the best care for the patient, but it is translated different financially.'* (Hospital A). All respondents agree that a good relationship with each other contributes to making arrangements together. *'There is more willingness to look at what the other is doing and on that basis, we are trying to bring real advantage'*. (Hospital B). *'It is all about long-lasting partnership and relationship management because I can strong-arm you this year, and next year we are facing each other again and he knows that I did this.'* This partnership is especially the case when having a multi-year perspective together, or even multiyear contracts. So, this mutual trust can be broken by for example changing the rules of the game or doing unexpected things that haven't been arranged beforehand (Hospital B & C). *'You can have a big fight together ... but getting rid of the party is impossible since we need the money to keep our business going.'* (Hospital C). The level of trust is dependent on the particular insurance company the negotiations are held with because some say *'I trust that you are doing the right things ... others dictate a lot what they want to see.'* (Hospital C). Information sharing can be a determinant for trusting or distrusting each other. *'You know, not telling information is different than consciously sharing wrong information. There is a thin ethical line between these two, but makes a difference between trust and distrust.'*(Hospital C). A difference of opinion about this will lead to a weaker relationship and results in the need to put everything down in a contract

to avoid this kind of situation. To conclude, the level of trust towards each other determines the kind of relationship between hospitals and insurance companies. Higher trust towards each other enhances cooperation and lower trust creates suspicion and therefore enhancing competitiveness.

Combining these results, the interviews stress that using the trust between the two parties in the wrong way, negatively influences the relationship in the end. It is indicated that the trust present in the relationship will make things easier between the two parties. The experiment showed that two cooperative strategies, compromising and problem-solving, are preferred in a low trust environment. This is in line with the results from the interview since they stress that both parties need each other, despite the level of trust present. They always have to come up with a solution in doing what is best for the patient, no matter if the level of trust is high or low.

Gender

For testing the significance of the variable gender, an F-test is conducted (Appendix 6.5: Table 6). With a significance level of 95%, within gender, only compromising and problem-solving are significant ($F(1)=6.951$, $p=0.009$ & $F(1)=6.309$, $p=0.013$). This means that the mean value of the individual groups that are significant differs from the mean value of the total. The non-significant values indicate a more or less equal mean. The total variance explained by the model varies between 0 and 4.9 percent, based on the different R-Squares per dependent variable, which indicates a medium effect. The highest value is 4.9, represented by compromising strategy. So, 4.9% of the variance within compromising can be explained by the difference in gender. This has to be kept in mind while interpreting the results of the analysis. Furthermore, a close look at the multivariate tests is needed. The different tests do not show any difference in the Partial Eta Squared and are all non-significant (Appendix 6.5: Table 10). This means there is no significant statistical difference among the groups with regards to the dependent variable. In the next paragraph, the differences per group will be identified. The Partial Eta Squared is 0.082 which means 8.2% can be explained by the difference in gender. This indicates a medium effect.

The table below shows the contrast results from the variable gender. Category 1 are men. The reference category 2 are women.

Strategy	Cooperative	Competitive
Difference	-0.105	0.057
Significance	.151	.457

	Cooperative strategies			Competitive strategies	
Strategy	Compromising	Problem-Solving	Yielding	Inaction	Contending
Difference	<u>-0.270*</u>	<u>-0.231*</u>	0.187	-0.008	0.122
Significance	.009	.013	.556	.931	.219

Figure 12: Contrast results gender

The results show that there is no difference between men and women in preferring a cooperative or competitive strategy. However, separate strategies show significant differences. The compromising and problem-solving strategy [cooperative] are significant and they indicate that men are less likely to choose these strategies.

The hypothesis (H5) regarding gender as established in chapter 2 is as follows: *5a: Women will prefer cooperative negotiation strategies in comparison to men. 5b: Men will prefer competitive negotiation strategies in comparison to women.*

The elaboration before leads to the partial acceptance of hypothesis 5a, since the broad categories of competitive or cooperative strategies indicate that there is no difference. However, the separate strategies indicate that women prefer to use the compromising and problem-solving strategy [cooperative strategies] in comparison to men. There is no preference of men in a certain strategy feasible. This indicates that women prefer cooperative certain strategies, but that this is only feasible in the separate strategies instead of the categories.

The interviews show that there are personal differences that influence the negotiations. *‘Men and women don’t differ per se, but especially the personalities and the styles of a person ... everybody has its own style and you need to find each other in that’* (Hospital C). *‘It is just a human difference. The one is very pragmatic, the other is more on the person or the relationship’* (Hospital A).

Combining these results, the experiment shows a difference between a choice in a particular strategy of men and women, but not in the broad category. The interviewees confirm this, by stating that there are no clear differences between men and women, but that personal differences are feasible in the strategies used when negotiating.

Study

For testing the significance of the variable study, an F-test is conducted (Appendix 6.5: Table 6). With a significance level of 95%, none of the dependent variables are significant. These non-significant values indicate a more or less equal mean. The total variance explained by the

model varies between 0.1 and 2.6 percent, based on the different R-Squares per dependent variable, which indicate a small to medium effect. This must be kept in mind while interpreting the results of the analysis. Furthermore, a closer look at the multivariate tests is needed. The different tests do not show any difference in the Partial Eta Squared and are all non-significant (Appendix 6.5: Table 10). This means there is no significant statistical difference among the groups with regards to the dependent variable. In the next paragraph, the differences per group will be identified, even though they are non-significant. The Partial Eta Squared of study is 7.3 which means 7.3% can be explained by the difference in study. This indicates a medium effect.

The table below shows the contrast results from the variable study. Category 1 are business administration students. The reference category, 2, are Medicine students.

Strategy	Cooperative	Competitive
Difference	-0.015	-0.006
Significance	.840	.940

	Cooperative strategies			Competitive strategies	
Strategy	Compromising	Problem-Solving	Yielding	Inaction	Contending
Difference	-0.149	-0.40	0.144	-0.142	0.180
Significance	.157	.672	.299	.144	.059

Figure 13: Contrast results study

The results show there is no difference between business administration and medicine students in preferring a certain strategy since none of the results are significant.

The hypothesis (H6) regarding study as established in chapter 2 is as follows: *6a: Managers with an educational background in business administration will use more competitive strategies in comparison to physicians. 6b: Physicians with an educational background in medicines will use more cooperative strategies in comparison to managers.* The elaboration before leads to the rejection of the hypothesis, since the results are non-significant. There is no difference between managers and physicians in preferring a certain strategy.

The interviews show that from a management and financial perspective, not all activities of a hospital are efficient to conduct, but sometimes choices are made based on humanity instead of money and the physicians want to offer the care the patients need. ‘Yes, who is going

to make that choice?’ (Hospital C). Furthermore, the physicians are in direct contact with the patients and want to do what is best for them. *‘Then an angry oncologist came literally to the room of the board and said: can I give it to the patient or not, otherwise, he will die and then it is your fault’* (Hospital C). The managers have to come up with the money to be able to give the medicines to the patient, so there is a difference in the tasks of managers and physicians.

The combination of these results leads to the additional remark to the outcomes of the experiment that there are differences between the two professions since they have different tasks, but that this is not feasible in the negotiation strategy choice.

4.4 Overall results

The experienced high competition will lead to using a competitive strategy in negotiating with insurance companies. High environmental turbulence will also lead to using a competitive strategy. Control isn’t confirmed as being a determinant of the strategy used in negotiating. High trust will lead to preferring a competitive strategy. Low trust will lead to using a cooperative strategy. Women prefer two of the three cooperative strategies and men do not show a preference for a certain strategy. No differences in preference for a strategy is found between business administration and medicine students. In Appendix 8, a table is added showing the overall results schematically.

The conceptual models below displays the results of the experiment. The black lines indicate a significant effect, the grey lines indicate no significant effect and the red lines show a different significant effect than expected. The dotted lines show a significant effect on one or more of the separate strategies instead of the categories of cooperative or competitive strategies.

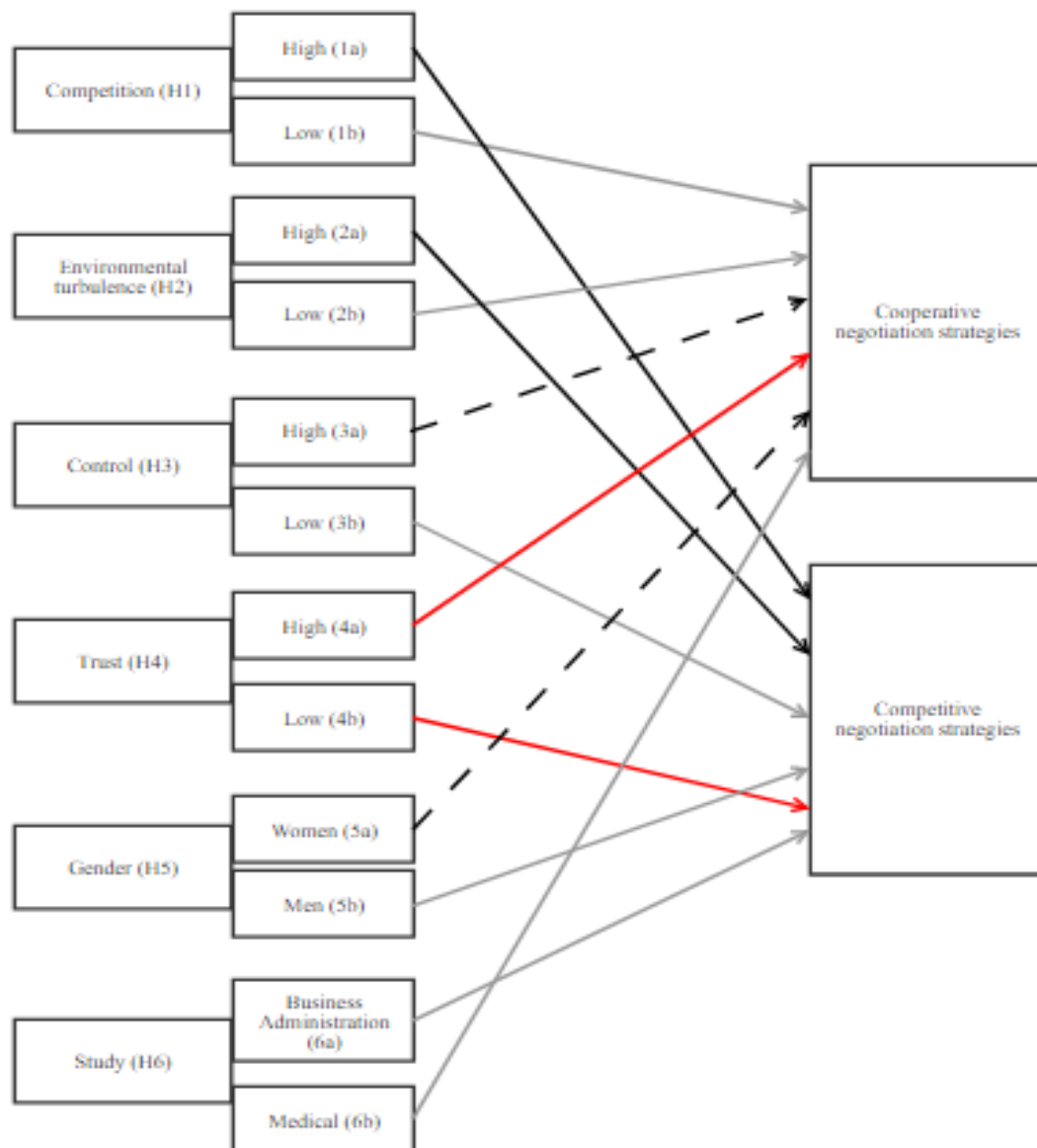


Figure 14: Adjusted conceptual model

Chapter 5: Discussion and conclusion

In this chapter the goal and research question of this research are repeated first, after that the findings are discussed and interpreted, limitations are discussed, theoretical and practical contributions are made and future research directions are given. The chapter closes with a conclusion of this research.

This study has investigated several external and internal factors that will lead to different negotiation strategies the alliance managers of hospitals use in managing existing alliances with the insurance companies. Therefore, the research question was: *Which factors determine the preference for a negotiation strategy in an existing alliance between hospitals and insurance companies?*

5.1 Discussion of results

Negotiations are present in everyday decision-making (Butler, 1999; Agndal et al., 2017). Especially in the healthcare context, (re)negotiations between hospitals and insurance companies regarding the contracts are an important determinant in conducting their business (Ruwaard et al., 2014). Several factors will influence this process, so different factors have been investigated that influence the negotiation strategies managers use in negotiating with insurance companies. This paragraph discusses the results and combines them with previous research.

The alliance relationship between hospitals and insurance companies differs from ordinary alliances in the market sector since they cannot easily terminate the alliance. This indicates that they are stuck with each other in reaching their goals and are designated to cooperate with each other (Child et al., 2005). Furthermore, partner cooperation is desirable for the effectiveness of alliances (Das & Teng, 1998). Due to these special characteristics of healthcare alliances, a distinction can be made between negotiations aimed at short-term arrangements and negotiations more focused on the long-term. The short-term negotiation strategies will, therefore, differ from the long-term negotiation strategies. For example, increased environmental turbulence such as changing technologies, an aging population and expensive medicines will at first lead to using competitive strategies, as confirmed by the experiment. The managers give the example that the availability of expensive medication has led to severe discussions with the insurance companies since they didn't want to come up with the money for the 11th patient because they already agreed upon the reimbursement of 10 patients. The field of tension that arises when environmental turbulence is increasing needs to be dealt with within the negotiations and will in the short-term lead to using competitive

strategies. However, focus in the long-term is more pointed towards relationship-management and long-term partnership between the hospital and insurance company. To reach this long-term goal, cooperation is needed (Das & Teng, 1998). This is the same for the competitive pressure that has increased within the healthcare context (Adams, 2001). Effects coming from changing policies of surrounding hospitals ask for a fast response of the hospital. However, the alliance managers do not see a direct influence on the negotiations they have with the insurance companies since these changes can be anticipated upon before. Collaboration, in the end, is needed, when for example smaller independent treatment centers are taking over treatments from the hospitals. So the focus then will be on cooperating and using cooperative strategies to reach long-term goals. Another example is trust: low trust will in the short-term lead to discussions between the parties and using competitive strategies. However, in the end, the parties have to deal with each other so cooperation in one way or the other is needed. The experiment showed that low trust will lead to using cooperative strategies. This explains that the focus will ultimately change to relationship management instead of solving problems. This is confirmed by Hüffmeier et al. (2014) who stress that hardline bargaining, which is equal to using competitive strategies, in the short run may enhance economic gain but has negative consequences for future negotiations. Furthermore, cooperation is one of the primary motives within an alliance (Adams, 2001). Without cooperation, the strategic goals will be problematic, if not impossible to achieve. A considerable part of the negotiators already anticipates to these consequences in always preferring to use cooperative negotiation strategies (Hüffmeier et al., 2014).

Contracts are the most important means to control each other when looking at the relationship between hospitals and insurance companies (Ruwaard et al., 2014). Other means of control are the NZa, the Treeknorm, and ISO-certification. The outcomes of the negotiation are put in the contract to make sure that both parties know how to act and where their responsibilities are. Unexpected events will lead to discussions and negotiations about how to cope with them since they aren't in the contract (Schoop et al., 2008). Also, when the other party is acting in a different way than arranged in the contract, the relationship might be damaged in the future. The initial expectation that high control would lead to using more cooperative strategies and low control would lead to using more competitive strategies hasn't been confirmed by the experiment. However, the interviews confirm that putting everything down in a contract will make things easier and will enhance cooperation, since not every little detail needs to be discussed between the real negotiations. This can be explained by the interrelatedness that exists between trust and control (Das & Teng, 1998; Krishnan et al., 2016).

When a good relationship exists between two parties, incomplete contracts will not cause many problems since negotiating about solutions will take place in harmony and peace. It is furthermore stressed that when the parties have had cooperative relational experience in the past, very detailed contracting might lead to unwanted consequences and increasing competitive negotiations and decreasing the level of trust. This illustrates the interrelatedness of trust and control.

Trust between hospitals and insurance companies when negotiating will facilitate dealing with each other and making the right arrangements (Groenewegen et al., 2019). On the other side, trust that is damaged will first need to be repaired before the relationship will be smooth again. The difficulty in trusting each other is the difference in the interest the two parties have. The results from the experiment show that competitive strategies are preferred in a high trust environment and cooperative strategies are preferred in a low trust environment. This result is unexpected since cooperative strategies were logically preferred in a high trust environment and competitive strategies in a low trust environment. A possible explanation for this is that relational governance between partners [trust] will reduce the need for detailed contracting (Limineau & Henderson, 2012). So when the parties trust each other, detailed contracting is found unnecessary which in the end can lead to incomplete contracts, confusion, more aggressive negotiations and the use of competitive strategies. This might explain the surprising outcomes of the experiment regarding the factor of trust in using competitive strategies when high trust is present. Low trust leading to cooperative strategies can be explained looking at the long-term perspective. The alliance relationship can't be terminated easily, so dealing with each other asks for cooperation, even if low trust is present. So the level of trust is a determinant in the way the parties deal with each other and mistrust will have negative influences on the relationship in the short-term.

Literature shows that individual differences, characters, and educational background play a role in decision-making and negotiating (Bateman & Zietaml, 1989; Brett & Thompson, 2016). However, the individual factors gender and study didn't show a difference in preference for a cooperative or competitive strategy. Yet, men and women varied in the choice of strategies on the strategy level instead of the category level as predicted. The non-significance of study can be analyzed by stressing that the respondents of the experiment only have a certain educational background and lack experience in the work field (Lievens et al., 2002; Lounsbury et al., 2009). Furthermore, the personality traits of business administrations students are pointed towards a job in business and not specifically the healthcare sector. This sector differs from the market sector, which might explain the non-difference in preference for a certain strategy. The

interviewees confirm that differences exist between managers and physicians in making choices regarding the healthcare that is being offered. The physicians are in direct contact with the patients, so their primary goal is to deliver the best care they can. Managers are more distinct and try to make the most efficient and cost-effective arrangement in the negotiations. However, in the end, they both want the same: doing what is right for the patient. This is in line with the experiment since no preference for a certain strategy between physicians and managers is feasible.

Furthermore, the distinction between external and internal factors is important to make. External factors can't easily be influenced by the negotiating partners itself so anticipation towards them is needed. Internal factors such as control, trust, and personal characteristics are more easily be influenced by the partners itself. Negotiation strategies, therefore, can also contribute to the level of trust and control, instead of the factor determining the negotiation strategy used.

5.2 Limitations

This research, like any other research, has some limitations. First, despite the verification of the results of the experiment by alliance managers, this might not be enough to make sure the experiment has measured the right situations and reactions (Tjemkes & Furrer, 2010; Mintu-Wimsatt & Lozada, 1999). Especially since there is often a difference between experiments, surveys and the real world. Furthermore, students do not have any practical experience, so are less aware of the different factors that might play a role in decision making. Secondly, the separation of the different negotiation strategies may not be as strict as presented: several strategies can be used at the same time (Das & Kumar, 2011). This has been confirmed by the interviewees since they didn't distinguish a certain strategy they used literally. They show a certain attitude in which they are negotiating, which will result in a certain strategy, but this is difficult to measure. The classification made in cooperative and competitive strategies already encountered this problem, but the full distinction is needed in order to predict a certain strategy to be preferred in a specific situation. Thirdly, not all results from the experiment were significant so not all factors could be discussed. However, the interviews made this lack of data more clear by filling up the gaps. Fourthly, the factors control and trust are not as distinct as presented (Das & Teng, 1998; Krishnan et al., 2016). Furthermore, the factors trust and control seem to be interrelated themselves. Trust and control are interrelated in the sense that a higher level of trust leads to a decrease in the need to control everything via contracts. The other way around, a decrease in the trust will lead to a higher level of control since the actions of the

partner will be unpredictable which isn't desirable in this situation. This interrelationship makes it more difficult in drawing conclusions about the separate factors. Lastly, this research only viewed the side of the hospitals in negotiating. To fully understand the negotiation process and being aware of the interest of the other party, the side of the insurer should be involved as well (Reuer & Ariño, 2002).

5.3 Future research directions

A few suggestions considering future research are given below. Firstly, the concepts of trust and control as discussed above need further elaboration in the specific context of this healthcare alliance. Especially since it is difficult for both parties to end their contractual relationship, because of the major consequences for the patients. In the end, they must deal with each other no matter what happens. Determining what level of trust and control is necessary will help to increase the partner cooperation that is needed in this specific alliance (Das & Teng, 1998; Groenewegen et al., 2019). Particularly since trust is a determinant in the smooth functioning of the relations present in the healthcare context (Groenewegen et al., 2019). Secondly, this research lacked the scope to focus on the next step in the process of the negotiations between hospitals and insurance companies, namely the internal distribution and translation of the arrangements made in the negotiations. This focus on the outcomes of the alliance relationship is an important next step since this will lead to the actual implementation of the arrangements made (Ariño, 2003). Internal problems, different interests, and several other factors will make this difficult but valuable to study (Kaissi, 2005). These negotiation outcomes are reached at the point in the process when both parties reach a form of agreement (Thomas, Eastman, Shephard & Denton, 2018). Thereafter, the quality of the outcomes can be assessed in terms of economic or social outcomes, for example, the height of the budgets or the satisfaction with the outcomes. The influence of negotiation strategies on these outcomes helps the parties in reaching satisfactory goals. Thirdly, in this research, the distinction has been made between using more cooperative or competitive negotiation strategies to cluster the five negotiation strategies. However, a combination instead of a distinction between them might help anticipate different situations in the right way (Butler, 1999; Arslan, 2018). The right interrelationship between cooperative and competitive strategies should, therefore, be investigated. Fourthly, there is overlap between factors that will lead to a higher chance of renegotiation and factors that will lead to a different negotiation strategy, for example, events in the environment regarding environmental turbulence such as expensive medicines (Reuer & Ariño, 2002; Druckman, 2003). This higher change for renegotiation automatically stresses the importance

of the negotiation process, since the negotiation process will start when events enhancing renegotiations will take place. However, this one-on-one relationship might not occur for every factor, so further investigation is needed in making a clear distinction between these determinants of renegotiation and the specific negotiation strategy used. Fifthly, since (re)negotiation within alliances in the healthcare sector returns once or more a year, managers are focused upon relationship-management. This automatically influences the way people negotiate, since strategic decision making is shaped by past events (Bateman & Zeithaml, 1989). These negotiations are an episode in a series of different decisions and should be studied in this series instead of as a one-time event. Therefore, future studies should look at the time aspect of the negotiation and the influence of past events on the present negotiations. Lastly, future research should investigate the short and long term differences in negotiating. Especially the determinants and consequences of this, since it seems to differ as discussed before (Hüffmeier et al., 2014).

5.4 Theoretical contributions

This research contributes to the literature in several ways. Firstly, alliance literature is extended by examining a special type of alliances in the healthcare sector (Adams, 2001). Mainly since this type of alliance differs from ordinary alliances in the market sector, regarding the low probability of termination and the frequent negotiations. Negotiation within alliances is mostly seen as a one-time event and placed at the formation stage of an alliance (Das & Kumar, 2007; Das & Kumar, 2011). This study has therefore focused upon (re)negotiations within alliances. Secondly, the limited knowledge about (re)negotiations is extended by investigating different factors that will influence these negotiations (Reuer & Ariño, 2002; Schoop et al., 2008; Gomes et al., 2016). The market literature considering, negotiations, and the factors is applied to the healthcare sector and is to some extent proven useful in predicting the influence of competition, environmental turbulence, control, trust, gender and study on the negotiation strategies used. Thirdly, the investigation of these factors in the dynamic context of the healthcare landscape helps to get a broader understanding of the negotiation strategy choice in certain situations. Especially because negotiation strategies are discussed by many different scholars, but factors determining the choice for a certain strategy are often missing (Pruitt, 1983; DeDreu et al., 2002; Das & Kumar, 2007). Further contributions are made regarding negotiation literature since a difference is found in the use of strategies in the short and long term (Hüffmeier et al., 2014). Lastly, the elaboration of the factors trust and control and their interrelationship has improved the knowledge about the influence they have upon the negotiation strategies preferred.

Especially since trust and control are important concepts in the topic of alliance evolution (Das & Teng, 1998; Das & Kumar, 2007). Furthermore, the function of contracts within these two factors is made clear and contributes to the understanding of these internal factors within alliances.

5.5 Practical contributions

This research has several practical contributions. Firstly, negotiations are every day's business for managers (Brett & Thompson, 2016). This study has investigated the external and internal factors that influence the specific strategies used when negotiating. This helps managers to gain insight in the way they conduct their negotiations and the preference they have for a certain negotiation strategy. This is, in particular, the case within the (re)negotiations in healthcare alliances since the context they operate in contains high levels of turbulence and competition (Ruwaard et al., 2014). Awareness of the presence of these factors and the influence they have upon the negotiations and the strategies used helps managers to establish a long-term plan to cope with this. Particularly since this study found that the presence of these levels of turbulence and competition will lead to using a competitive strategy in negotiating. However, in the long-term, a good relationship between hospitals and insurance companies should be aimed at, due to their resource-dependency and the difficulty in terminating their alliance. Furthermore, alliances are more effective when cooperating (Das & Teng, 1998). This is confirmed by the levels of trust and control. Recognizing the internal levels of trust and control helps to be aware of the way trust and control will smoothen the alliance relationship with insurance companies. These internal factors can more easily be changed towards the most effective level, or at least working towards these effective level. The factors trust and control should be looked at together since there is a clear interdependence between the two. In the end, knowing which situation will lead to which strategy helps hospital managers in becoming aware of using a certain strategy in a specific situation, and eventually knowing that using another strategy might be more constructive in the end for the alliance between hospitals and insurance companies.

5.6 Conclusion

Negotiations between hospitals and insurance companies take place within a specific context that will determine the negotiation strategies used. This study has investigated the factors that determine the preference for a negotiation strategy in an existing alliance between hospitals and insurance companies. The first finding is that high competition, high environmental turbulence, and high trust will lead to preferring competitive strategies in negotiating with insurance

companies. The second finding is that low trust will lead to preferring cooperative strategies in negotiating. Control, gender, and study do not determine a preference for a category of strategies. Thirdly, the special features of the healthcare alliance between hospitals and insurance companies force them to collaborate in negotiations in the long-term since they need each other in conducting their business. This collaboration is an important means to enhance the effectiveness of the alliance and be able to provide the right care to the patients. The short-term negotiations, however, can be competitive, due to the presence of the contextual factors described above.

References

- Adams, P. R. (2001). Making strategic alliances work in the healthcare industry. *Journal of Medical Marketing*, 1(3), 252-265.
- Agndal, H., Åge, L. J., & Eklinder-Frick, J. (2017). Two decades of business negotiation research: an overview and suggestions for future studies. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 32(4), 487-504.
- Ariño, A. (2003). Measures of strategic alliance performance: An analysis of construct validity. *Journal of International Business Studies*, 34(1), 66-79.
- Ariño, A., De la Torre, J., & Ring, P. S. (2001). Relational quality: Managing trust in corporate alliances. *California management review*, 44(1), 109-131.
- Arslan, B. (2018). The interplay of competitive and cooperative behavior and differential benefits in alliances. *Strategic Management Journal*, 39(12), 3222-3246.
- Asselman, F. F. (2008). De invloed van externe ontwikkelingen op de interne sturing van ziekenhuizen. In *Kostprijzen in ziekenhuizen* (pp. 6-36). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Atzmüller, C., & Steiner, P. M. (2010). Experimental vignette studies in survey research. *Methodology*.
- Bateman, T. S., & Zeithaml, C. P. (1989). The psychological context of strategic decisions: A model and convergent experimental findings. *Strategic Management Journal*, 10(1), 59-74.
- Bell, E., & Bryman, A. (2007). The ethics of management research: an exploratory content analysis. *British Journal of Management*, 18(1), 63-77.
- Blair, J. D., Savage, G. T., & Whitehead, C. J. (1988). Negotiating Strategically With Hospital Stakeholders. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 1988, No. 1, pp. 80-84). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Bleijenbergh, I. (2015). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Brett, J., & Thompson, L. (2016). Negotiation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 136, 68-79.
- Butler, J. K. (1999). Trust expectations, information sharing, climate of trust, and negotiation effectiveness and efficiency. *Group & Organization Management*, 24(2), 217-238.
- Calantone, R., Garcia, R., & Dröge, C. (2003). The effects of environmental turbulence on new product development strategy planning. *Journal of product innovation management*, 20(2), 90-103.
- Chapel, W. B., & Victor, D. A. (1999). Using scenarios and vignettes in cross-cultural business communication instruction. *Business Communication Quarterly*, 62(4), 99-103.
- Child, J., Faulkner, D., & Tallman, S. B. (2005). *Cooperative Strategy: Managing Alliances, Networks, and Joint Ventures*. Oxford scholarship online.
- Crump, L. (2011). Negotiation process and negotiation context. *International Negotiation*, 16(2), 197-227.

- CZ. (2018). Jaarverslag 2017. Retrieved on 12th March 2019 [online] from <https://www.cz.nl/-/media/corporate/wie-wij-zijn/jaarverslagen/cz-groep-jaarverslag-2017.pdf>
- Das, T. K., & Kumar, R. (2007). Learning dynamics in the alliance development process. *Management Decision*, 45(4), 684-707.
- Das, T. K., & Kumar, R. (2011). Interpartner negotiations in alliances: a strategic framework. *Management Decision*, 49(8), 1235-1256.
- Das, T. K., & Teng, B. S. (1998). Between trust and control: Developing confidence in partner cooperation in alliances. *Academy of management review*, 23(3), 491-512.
- De Dreu, C. K., Evers, A., Beersma, B., Kluwer, E. S., & Nauta, A. (2001). A theory-based measure of conflict management strategies in the workplace. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 22(6), 645-668.
- De Jong, G. (2015). The impact of social and human capital on individual cooperative behaviour: Implications for international strategic alliances. *critical perspectives on international business*, 11(1), 4-29.
- Druckman, D. (2003). Linking micro and macro-level processes: Interaction analysis in context. *International Journal of Conflict Management*, 14(3/4), 177-190.
- Elmuti, D., & Kathawala, Y. (2001). An overview of strategic alliances. *Management Decision*, 39(3), 205-218.
- ErasmusMC. (2019). Missie en Strategie. Retrieved on 12th March 2019 [online] from <https://www.erasmusmc.nl/nl-nl/missie-en-strategie>
- Furrer, O., Tjemkes, B., & Henseler, J. 2012. A model of response strategies in strategic alliances: A PLS analysis of a circumplex structure. *Long Range Planning*, 45(5-6), 424-450.
- Ganesan, S. (1993). Negotiation strategies and the nature of channel relationships. *Journal of marketing research*, 30(2), 183-203.
- Gimeno, J. (2004). Competition within and between networks: The contingent effect of competitive embeddedness on alliance formation. *Academy of Management Journal*, 47(6), 820-842.
- Groenewegen, P. P., Hansen, J., & de Jong, J. D. (2019). Trust in times of health reform. *Health Policy*, 123(3), 281-287.
- Gomes, E., Barnes, B. R., & Mahmood, T. (2016). A 22 year review of strategic alliance research in the leading management journals. *International business review*, 25(1), 15-27.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis*. Essex: Pearson Education Limited.
- Hennart, J. F. (2006). Alliance research: Less is more. *Journal of Management Studies*, 43(7), 1621-1628.
- Hüffmeier, J., Freund, P. A., Zerres, A., Backhaus, K., & Hertel, G. (2014). Being tough or being nice? A meta-analysis on the impact of hard-and softline strategies in distributive negotiations. *Journal of Management*, 40(3), 866-892.
- Kaissi, A. (2005). Manager-physician relationships: an organizational theory perspective. *The health care manager*, 24(2), 165-176.

- Kaman, V. S., & Hartel, C. E. (1994). Gender differences in anticipated pay negotiation strategies and outcomes. *Journal of Business and Psychology*, 9(2), 183-197.
- Krishnan, R., Geyskens, I., & Steenkamp, J. B. E. (2016). The effectiveness of contractual and trust-based governance in strategic alliances under behavioral and environmental uncertainty. *Strategic Management Journal*, 37(12), 2521-2542.
- Lemieux-Charles, L. (1994). Physicians in health care management: 10. Managing conflict through negotiation. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 151(8), 1129.
- Lievens, F., Coetsier, P., De Fruyt, F., & De Maeseneer, J. (2002). Medical students' personality characteristics and academic performance: A five-factor model perspective. *Medical education*, 36(11), 1050-1056.
- Lounsbury, J. W., Smith, R. M., Levy, J. J., Leong, F. T., & Gibson, L. W. (2009). Personality characteristics of business majors as defined by the big five and narrow personality traits. *Journal of Education for Business*, 84(4), 200-205.
- Lumineau, F., & Henderson, J. E. (2012). The influence of relational experience and contractual governance on the negotiation strategy in buyer–supplier disputes. *Journal of Operations Management*, 30(5), 382-395.
- Mintu-Wimsatt, A., & Lozada, H. R. (1999). Personality and negotiation revisited. *Psychological Reports*, 84(3_suppl), 1159-1170.
- Mintu-Wimsatt, A., Garci, R., & Calantone, R. (2005). Risk, trust and the problem solving approach: a cross cultural negotiation study. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 13(1), 52-61.
- Maarse, H., Jeurissen, P., & Ruwaard, D. (2016). Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. *Health Economics, Policy and Law*, 11(2), 161-178.
- Okkerman, A. J. M. (2018). *De middenmanager en kostenbeheersing in het ziekenhuis*. Doctoral dissertation.
- Paulraj, A., & Chen, I. J. (2007). Environmental uncertainty and strategic supply management: a resource dependence perspective and performance implications. *Journal of Supply Chain Management*, 43(3), 29-42.
- Peeters, J., Wiegers, T., Bie, J. D., & Friele, R. (2013). NIVEL Overzichtstudies: technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!.
- Perdue, B. C., & Summers, J. O. (1991). Purchasing agents' use of negotiation strategies. *Journal of Marketing Research*, 28(2), 175-189.
- Pfeffer, J., & Nowak, P. (1976). Joint ventures and interorganizational interdependence. *Administrative science quarterly*, 398-418.
- Pondy, L. R. (1967). Organizational conflict: Concepts and models. *Administrative Science Quarterly*, 296-320.
- Pruitt, D. G. (1983). Strategic choice in negotiation. *American Behavioral Scientist*, 27(2), 167-194.
- Reuer, J. J., & Ariño, A. (2002). Contractual renegotiations in strategic alliances. *Journal of Management*, 28(1), 47-68.

- Rosenau, P. V., & Lako, C. J. (2008). An experiment with regulated competition and individual mandates for universal health care: the new Dutch health insurance system. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(6), 1031-1055.
- Rubin, J. Z. (1983). Negotiation: an introduction to some issues and themes. *American Behavioral Scientist*, 27(2), 135-147.
- Ruwaard, S., Douven, R., Struijs, J., & Polder, J. (2014). Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen: een analyse van contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen. *TPEdigitaal*, 8(2), 98-117.
- Rijksbegroting (2018). Financiering van de zorguitgaven. Retrieved on 16th March 2019 [online] from http://www.rijksbegroting.nl/2018/voorbereiding/begroting,kst236981_35.html
- Saeed, J. (2008). Best practice in global negotiation strategies for leaders and managers in the 21st century. *Journal of Business Economics and Management*, 9(4), 309-318.
- Schoop, M., Köhne, F., Staskiewicz, D., Voeth, M., & Herbst, U. (2008). The antecedents of renegotiations in practice—an exploratory analysis. *Group Decision and Negotiation*, 17(2), 127-139.
- Schut, F. T., & Van de Ven, W. P. (2005). Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health economics*, 14(S1), S59-S74.
- Schut, E. (2009). Is marktwerking in de zorg doorgeschoten? *Socialisme en Democratie*, 66(7-8), 68-80.
- Suseno, Y., & Ratten, V. (2007). A theoretical framework of alliance performance: The role of trust, social capital and knowledge development. *Journal of Management & Organization*, 13(1), 4-23.
- Thomas, S., Eastman, J., Shepherd, C. D., & Denton, L. T. (2018). A comparative assessment of win-win and win-lose negotiation strategy use on supply chain relational outcomes. *The International Journal of Logistics Management*, 29(1), 191-215.
- Tjemkes, B., & Furrer, O. (2010). The antecedents of response strategies in strategic alliances. *Management Decision*, 48(7), 1103-1133.
- Tjemkes, B., Furrer, O., Adolfs, K., & Aydinlik, A. Ü. (2012). Response strategies in an international strategic alliance experimental context: Cross-country differences. *Journal of International Management*, 18(1), 66-84.
- Van Aartsen, C. (2016). Marktwerking à la carte: meerjarencontracten tussen zorgaanbieder en verzekeraar. *Zorgvisie*, 46(12), 16-19.
- Van der Geest, M. (2018a, 29 January). Patiëntenpaleis of zorgmonster? De voors en tegens van een fusie tussen ziekenhuizen AMC en VUmc. Retrieved on 27 March 2019 [online] from <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/patientenpaleis-of-zorgmonster-de-voors-en-tegens-van-een-fusie-tussen-ziekenhuizen-amc-en-vumc~be4ea40d/>
- Van der Geest, M. (2018b, 26 October). Is een zorgverzekeraar de boosdoener of de redder als een ziekenhuis failliet gaat? Volkskrant. Retrieved on 19th March 2019 [online] from <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/is-een-zorgverzekeraar-de-boosdoener-of-de-redder-als-een-ziekenhuis-failliet-gaat~b7d10f42/>
- Vennix, J. A. M. (2011). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek*. Pearson.

Volksgezondheidszorg (2019, N.D.) algemene en academische ziekenhuizen. Retrieved on 29th June 2019 [online] from <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/regionaal-internationaal/locaties#node-algemene-en-academische-ziekenhuizen>

Williamson, O. E. (1975). Markets and hierarchies. *New York*, 2630.

Wyatt, D. (1999). Negotiation Strategies for Men and Women: a savvy negotiator understands sex differences when leveling the playing field. *Nursing Management*, 30(1), 22-25.

Zorgwijzer. (2019a, 12 March). Veranderingen in de zorg. Retrieved on 16th March 2019 [online] from <https://www.zorgwijzer.nl/faq/veranderingen-in-de-zorg>

Zorgwijzer. (2019b, 12 June). Welke verschillende zorgverzekeraars zijn er? Retrieved on 29th June 2019 [online] from <https://www.zorgwijzer.nl/faq/welke-zorgverzekeraars-zijn-er>

Zorgwijzer. (2019c, 12 June). Market share per concern. Retrieved on 29th June 2019 [online, image] from <https://www.zorgwijzer.nl/wp-content/uploads/infographic-zorgverzekeraars-nederland-april-2019.jpg>

Appendix

Appendix 1: Operationalization negotiation strategies

Concept	Dimensions	Label SPSS	Indicators	Items
<u>Negotiation strategies</u>				
Competitive strategies	Contending	Cont	-persuading the other party -own interest -using force	- I will prove to STEVENSZORG in all possible ways that my solutions are good for the collaboration. - I will force STEVENSZORG to come along with my strategy.
	Inaction	Ina	-doing nothing	-I won't take action and will wait patiently how the collaboration will go. -I am not planning to invest in collaboration.
Cooperative strategies	Compromising	Comp	-consensus -both giving in	I will try, together with STEVENSZORG to come to an outcome that satisfies both parties.
	Yielding	Yiel	-reduced demands	I will demand more at the beginning of the negotiations than I do want to receive in the end.
	Problem-solving	PS	-reconciliation	I will try to come to a solution, that will preserve or improve the relationship between both parties.

Appendix 2: Operationalization factors

Concept	Dimensions	Indicators	Items
<u>External factors</u>	Environmental turbulence	-dynamic/static environment -many/few new medical technologies	The KEIZER KAREL hospital is situated in a dynamic/static environment where new technological follow fastly/slowly. The hospital does/doesn't have a clear view of the consequences and direct costs.
	Competition	-many/few competing hospitals -weak/strong negotiation position	KEIZER KAREL hospitals is situated in a region with many/few competing hospitals who offer the same care. This means that the insurer STEVENSZORG many/few options has for buying their care. The consequence is a weak/strong negotiation position for KEIZER KAREL.
<u>Internal factors</u>	Trust	-high/low trust between partners -rapid/slow problem-solving -positive/negative about collaboration in future	As a consequence, the parties trust/mistrust each other and solve the problem rapidly/slowly. They are positive/negative about

			good collaboration in the future.
	Control	-many/few agreements from the past -a lot/few put in contracts -much/less control upon each other -easy/difficult to predict behavior	Many/few agreements made in the past still count and a lot/a few is put into contracts between KEIZER KAREL and STEVENSZORG. There is high/low control upon these arrangements.
	Personal characteristics	-Study -Education -Gender -Age -Openness to change -Self transcendence -Conservation -Self-enhancement	- What is your current education? - What is your current study? -What is your gender? - What is your age? - I find it important that I have enough challenges and renewal in my life. - I pay attention to the well-being of others - I am attached to customs and traditions - I am constantly searching for possibilities to improve myself.

Appendix 3: Vignette experiment

VIGNETTE EXPERIMENT

Beste student,

Hartelijk dank voor je deelname aan dit online-experiment. Het zal ongeveer 10 minuten van je tijd in beslag nemen.

Wij zijn twee masterstudenten Strategic Management aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Voor het afronden van onze master doen we onderzoek naar de onderhandelingen binnen en voortzetting van samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Tijdens dit experiment kruip jij in de rol van de manager die verantwoordelijk is voor een samenwerkingsverband en er zal worden gevraagd hoe jij reageert op verschillende situaties inzake deze samenwerking. Wij zullen betrouwbaar met je gegevens omgaan en je antwoorden worden geheel anoniem verwerkt. De resultaten worden uitsluitend voor academisch onderzoek gebruikt en worden in geen geval met derden gedeeld.

Ten slotte maak je met het invullen van dit onderzoek kans op een waardebon van bol.com ter waarde van €20,-. Om kans te maken op deze prijs dien je de vragenlijst volledig af te ronden en op de laatste pagina je e-mailadres in te vullen.

Mocht je nog vragen of opmerkingen hebben over dit onderzoek, neem dan contact met ons op (06-51763136 of 06-29253085).

Hartelijke groeten,

Marije Kamphuis & Valerie Boon

Stel je voor dat je een manager bent bij het KEIZER KAREL Ziekenhuis. Het KEIZER KAREL Ziekenhuis heeft samenwerkingsverbanden met verschillende zorgverzekeraars. Jij bent als manager verantwoordelijk voor de samenwerking en onderhandelingen met alle zorgverzekeraars. Het is jouw taak om ervoor te zorgen dat de prestaties van elk samenwerkingsverband voldoen aan de verwachtingen en afspraken. Je hebt de autoriteit en

de macht om alle noodzakelijke beslissingen te nemen met het oog op de toekomst van deze samenwerkingsverbanden.

Eén van de samenwerkingsverbanden van het KEIZER KAREL Ziekenhuis is met zorgverzekeraar STEVENSZORG. Dit verband werd vijf jaar geleden opgericht. Beide partijen vervullen een andere rol in deze samenwerking. Het KEIZER KAREL Ziekenhuis is de zorgaanbieder en is wettelijk verplicht zorg te leveren aan de Nederlandse burgers. Elke Nederlander is wettelijk verplicht een basiszorgverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar. Met dit geld sluit STEVENSZORG contracten af met zorgaanbieders om zo toegankelijke zorg voor haar verzekerden te kunnen garanderen. Elk jaar onderhandelen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar met elkaar om de voorwaarden en budgetten vast te stellen.

Op de volgende pagina's worden drie verschillende situaties van de samenwerking tussen het KEIZER KAREL Ziekenhuis en STEVENSZORG besproken. We vragen jou, in de rol van manager van KEIZER KAREL Ziekenhuis, hoe jij op elk van de betreffende situaties zou reageren. Je dient bij elke stelling aan te geven hoe waarschijnlijk het is dat jij op die manier zou reageren.

Vignette 1

VEEL CONCURRENTIE	
1.1 Hoge economische tevredenheid	1.2 Lage hoge economische tevredenheid
Het KEIZER KAREL Ziekenhuis is gevestigd in een regio met een groot aantal concurrerende ziekenhuizen die dezelfde zorg aanbieden. Dit betekent dat zorgverzekeraar STEVENSZORG in deze regio een ruime keuze heeft uit het aantal ziekenhuizen waar zij zorg kan inkopen Het gevolg is een zwakke onderhandelingspositie voor het KEIZER KAREL Ziekenhuis.	Het KEIZER KAREL Ziekenhuis is gevestigd in een regio met een groot aantal concurrerende ziekenhuizen die dezelfde zorg aanbieden. Dit betekent dat zorgverzekeraar STEVENSZORG in deze regio een ruime keuze heeft uit het aantal ziekenhuizen waar zij zorg kan inkopen Het gevolg is een zwakke onderhandelingspositie voor het KEIZER KAREL Ziekenhuis.

Ondanks veel concurrerende ziekenhuizen verlopen de jaarlijkse onderhandelingen tussen het KEIZER KAREL Ziekenhuis en zorgverzekeraar STEVENSZORG naar jouw tevredenheid. De kans op een groter budget dan voorgaande jaren is groot.	Als gevolg van veel concurrerende ziekenhuizen verlopen de jaarlijkse onderhandelingen tussen het KEIZER KAREL Ziekenhuis en zorgverzekeraar STEVENSZORG niet naar jouw tevredenheid. De kans op een kleiner budget dan voorgaande jaren is groot.
WEINIG CONCURRENTIE	
1.3 Hoge economische tevredenheid	1.4 Lage economische tevredenheid
Het KEIZER KAREL ziekenhuis is gevestigd in een regio met weinig tot geen concurrerende ziekenhuizen die dezelfde soort zorg aanbieden. Dit betekent dat STEVENSZORG een geringe keuze heeft uit het aantal ziekenhuizen waar zij zorg kan inkopen. Het gevolg is een sterke onderhandelingspositie voor het KEIZER KAREL Ziekenhuis. Als gevolg weinig concurrerende ziekenhuizen verlopen de jaarlijkse onderhandelingen tussen het KEIZER KAREL Ziekenhuis en zorgverzekeraar STEVENSZORG naar jouw tevredenheid. De kans op een groter budget dan voorgaande jaren is groot.	Het KEIZER KAREL ziekenhuis is gevestigd in een regio met weinig tot geen concurrerende ziekenhuizen die dezelfde soort zorg aanbieden. Dit betekent dat STEVENSZORG een geringe keuze heeft uit het aantal ziekenhuizen waar zij zorg kan inkopen. Het gevolg is een sterke onderhandelingspositie voor het KEIZER KAREL Ziekenhuis. Ondanks weinig concurrerende ziekenhuizen verlopen de jaarlijkse onderhandelingen tussen het KEIZER KAREL Ziekenhuis en zorgverzekeraar STEVENSZORG niet naar jouw tevredenheid. De kans op een kleiner budget dan voorgaande jaren is groot.

Vul in hoe waarschijnlijk het is dat jij als manager van het KEIZER KAREL Ziekenhuis op de beschreven manieren zou reageren tijdens de onderhandelingen en eventuele voortzetting van het samenwerkingsverband.

1. Ik zal proberen samen met STEVENSZORG tot een uitkomst te komen waar beide partijen tevreden mee zijn.

2. Ik zal proberen tot een oplossing te komen, zodat de relatie tussen de beide partijen goed blijft of verbetert.
3. Ik zoek naar nieuwe en innovatieve ideeën in het samenwerkingsverband.
4. Ik onderneem geen actie en wacht geduldig af hoe de samenwerking zal verlopen.
5. Ik ben niet van plan te investeren in het samenwerkingsverband.
6. In het begin van de onderhandelingen zal ik meer eisen dan ik daadwerkelijk wil ontvangen van STEVENSZORG.
7. Ik verander de feiten een beetje om te krijgen wat ik nodig heb van STEVENSZORG.
8. Ik zal op alle mogelijke manieren aan STEVENSZORG bewijzen dat mijn oplossingen goed zijn voor de samenwerking.
9. Ik dwing STEVENSZORG om mee te gaan in mijn strategie.
10. Ik ben van mening dat ik het samenwerkingsverband zal beëindigen.

Vignette 2

VEEL TURBULENTIE	
2.1 Veel controle	2.2 Weinig controle
Het KEIZER KAREL Ziekenhuis verkeert in een dynamische omgeving, waar nieuwe medische technologieën elkaar snel opvolgen. Het ziekenhuis heeft hierdoor geen overzicht van de gevolgen en directe kosten. In deze dynamisch en veranderende omgeving gelden nog steeds veel afspraken die in het verleden gemaakt zijn en er is veel vastgelegd in contracten tussen KEIZER KAREL Ziekenhuis en STEVENSZORG. Er is veel controle over deze gemaakte afspraken.	Het KEIZER KAREL Ziekenhuis verkeert in een dynamische omgeving, waar nieuwe medische technologieën elkaar snel opvolgen. Het ziekenhuis heeft hierdoor geen overzicht van de gevolgen en directe kosten. In deze dynamische en veranderende omgeving gelden weinig afspraken die in het verleden zijn gemaakt en er is weinig vastgelegd in contracten tussen KEIZER KAREL Ziekenhuis en STEVENSZORG. Er is weinig controle over gemaakte afspraken.
WEINIG TURBULENTIE	
2.3 Veel controle	2.4 Weinig controle

Het KEIZER KAREL Ziekenhuis verkeert in een statische omgeving, waar nieuwe medische technologieën elkaar langzaam op volgen. Het ziekenhuis heeft hierdoor een goed overzicht van de gevolgen en directe kosten. In deze statische omgeving gelden nog steeds veel afspraken die in het verleden gemaakt zijn. Ook is er veel vastgelegd in contracten tussen KEIZER KAREL Ziekenhuis en STEVENSZORG. Er is veel controle over deze gemaakte afspraken.	Het KEIZER KAREL Ziekenhuis verkeert in een statische omgeving, waar nieuwe medische technologieën elkaar langzaam op volgen. Het ziekenhuis heeft hierdoor een goed overzicht van de gevolgen en directe kosten. In deze statische omgeving gelden weinig afspraken die in het verleden zijn gemaakt. Verder is er weinig vastgelegd in contracten tussen KEIZER KAREL Ziekenhuis en STEVENSZORG. Er is weinig controle over gemaakte afspraken.
--	---

Vul in hoe waarschijnlijk het is dat jij als manager van het KEIZER KAREL Ziekenhuis op de beschreven manieren zou reageren tijdens de onderhandelingen en eventuele voortzetting van het samenwerkingsverband.

Vul in hoe waarschijnlijk het is dat jij als manager van het KEIZER KAREL Ziekenhuis op de beschreven manieren zou reageren tijdens de onderhandelingen en eventuele voortzetting van het samenwerkingsverband.

1. Ik zal proberen samen met STEVENSZORG tot een uitkomst te komen waar beide partijen tevreden mee zijn.
2. Ik zal proberen tot een oplossing te komen, zodat de relatie tussen de beide partijen goed blijft of verbetert.
3. Ik zoek naar nieuwe en innovatieve ideeën in het samenwerkingsverband.
4. Ik onderneem geen actie en wacht geduldig af hoe de samenwerking zal verlopen.
5. Ik ben niet van plan te investeren in het samenwerkingsverband.
6. In het begin van de onderhandelingen zal ik meer eisen dan ik daadwerkelijk wil ontvangen van STEVENSZORG.
7. Ik verander de feiten een beetje om te krijgen wat ik nodig heb van STEVENSZORG.
8. Ik zal op alle mogelijke manieren aan STEVENSZORG bewijzen dat mijn oplossingen goed zijn voor de samenwerking.
9. Ik dwing STEVENSZORG om mee te gaan in mijn strategie.
10. Ik ben van mening dat ik het samenwerkingsverband zal beëindigen.

Vignette 3

HOGE SOCIALE TEVREDENHEID	
3.1 Veel vertrouwen	3.2 Weinig vertrouwen
Door een volledig gespecificeerd contract tussen de beide partijen is het risico op opportunistisch gedrag van STEVENSZORG klein. De kans is klein dat STEVENSZORG zal zoeken naar mogelijkheden waaruit alleen zij voordelen kan halen. Als gevolg vertrouwen de twee partijen elkaar en lossen problemen snel op. Ze hebben vertrouwen in een goede samenwerking in de toekomst.	Door een volledig gespecificeerd contract tussen de beide partijen is het risico op opportunistisch gedrag van STEVENSZORG klein. De kans is klein dat STEVENSZORG zal zoeken naar mogelijkheden waaruit alleen zij voordelen kan halen. Toch wantrouwen de twee partijen elkaar en hebben moeite met het oplossen van problemen. Ze hebben geen vertrouwen in een goede samenwerking in de toekomst.
LAGE SOCIALE TEVREDENHEID	
3.3 Veel vertrouwen	3.4 Weinig vertrouwen
Door een onvolledig gespecificeerd contract tussen de beide partijen is het risico op opportunistisch gedrag van STEVENSZORG groot. De kans is groot dat STEVENSZORG zal zoeken naar mogelijkheden waaruit alleen zij voordelen kan halen. Toch vertrouwen de twee partijen elkaar en lossen problemen snel op. Ze hebben vertrouwen in een goede samenwerking in de toekomst.	Door een onvolledig gespecificeerd contract tussen de beide partijen is het risico op opportunistisch gedrag van STEVENSZORG groot. De kans is groot dat STEVENSZORG zal zoeken naar mogelijkheden waaruit alleen zij voordelen kan halen. Als gevolg wantrouwen de twee partijen elkaar en hebben moeite met het oplossen van problemen. Ze hebben geen vertrouwen in goede samenwerking in de toekomst.

Vul in hoe waarschijnlijk het is dat jij als manager van het KEIZER KAREL Ziekenhuis op de beschreven manieren zou reageren tijdens de onderhandelingen en eventuele voortzetting van het samenwerkingsverband.

1. Ik zal proberen samen met STEVENSZORG tot een uitkomst te komen waar beide partijen tevreden mee zijn.
2. Ik zal proberen tot een oplossing te komen, zodat de relatie tussen de beide partijen goed blijft of verbetert.
3. Ik zoek naar nieuwe en innovatieve ideeën in het samenwerkingsverband.
4. Ik onderneem geen actie en wacht geduldig af hoe de samenwerking zal verlopen.
5. Ik ben niet van plan te investeren in het samenwerkingsverband.
6. In het begin van de onderhandelingen zal ik meer eisen dan ik daadwerkelijk wil ontvangen van STEVENSZORG.
7. Ik verander de feiten een beetje om te krijgen wat ik nodig heb van STEVENSZORG.
8. Ik zal op alle mogelijke manieren aan STEVENSZORG bewijzen dat mijn oplossingen goed zijn voor de samenwerking.
9. Ik dwing STEVENSZORG om mee te gaan in mijn strategie.
10. Ik ben van mening dat ik het samenwerkingsverband zal beëindigen.

Tot slot zouden we graag onderstaande informatie van je ontvangen.

Welke studie volg je momenteel?

- ☐ Bedrijfskunde/ Business Administration/ International Business Administration
- ☐ Geneeskunde
- ☐ Anders, specificeer:

Wat is je huidige opleiding?

- ☐ Bachelor
- ☐ Master
- ☐ Phd
- ☐ Anders, specificeer:

Wat is je geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

o Anders

Wat is je leeftijd?

Dimensies van Schwartz: (likert scale - mee eens etc.)

1. Ik vind het belangrijk dat er genoeg uitdaging en vernieuwing in mijn leven is.
 2. Ik heb aandacht voor het welzijn van anderen
 3. Ik ben gehecht aan gewoontes en tradities.
 4. Ik zoek constant naar mogelijkheden om mezelf te verbeteren.
-

Dit is het einde van het experiment. Hartelijk dank voor je deelname!

Mocht je nog vragen of opmerkingen hebben over dit onderzoek, neem dan contact met ons op (06-51763136 of 06-29253085).

Wil je kans maken op een bol.com bon t.w.v. 20 euro, laat dan hieronder je e-mail adres achter.

Appendix 4: Interview questions

Introductie

Ik zal mezelf eerst even kort voorstellen en het doel van het interview toelichten.

Ik ben Marije Kamphuis en studeer Strategisch Management aan de Radboud Universiteit. Momenteel ben ik bezig met het schrijven van mijn scriptie en doe onderzoek naar de samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. In mijn studie leren we veel over allianties en verschillende vormen van samenwerkingsverbanden in diverse sectoren. Nadat ik vorig jaar stage heb gelopen bij ZiekenhuisC, is mijn interesse voor de zorgsector gewekt. Ik vond ook dat de zorgsector in mijn studie onderbelicht bleef en juist de relatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars een interessant onderwerp vindt.

Natuurlijk heb ik het onderwerp scherp moeten afbakenen. Ik doe onderzoek naar onderhandelingsstrategieën die de managers binnen ziekenhuizen gebruiken in de samenwerking met zorgverzekeraars. Voor de beeldvorming; ik doe onderzoek naar 5 verschillende onderhandelingsstrategieën, waarbij de ene groep strategieën meer gericht is op concurrentie en de andere groep op samenwerking. Ik ben aan het onderzoeken welke factoren bepalen wat voor onderhandelingsstrategie er gebruikt wordt.

In het interview zal ik eerst een paar algemene vragen stellen m.b.t. het samenwerkingsverband tussen Bernhoven en zorgverzekeraars. Daarna zal ik specifiek in gaan op ontwikkelingen of bepaalde situaties die een onderhandelingsstrategie kunnen beïnvloeden en zal ik naar uw ervaringen vragen. Ik zal niet direct naar de onderhandelingsstrategieën vragen, maar vraag naar de context zodat ik mijn bevindingen beter kan interpreteren en beschrijven.

Algemeen

1. Wat is uw functie binnen ZiekenhuisC?
2. Wat zijn uw werkzaamheden en verantwoordelijkheden in de relatie met de zorgverzekeraars?
3. Wanneer vinden de onderhandelingen plaats?
4. Hoe ligt de balans tussen meerjarenafspraken en eenjarige afspraken met zorgverzekeraars bij Bernhoven?
 - 4.1 In een ander interview werd verteld dat er verschillende vormen van meerjarenafspraken zijn; specifieke afspraken aan de ene kant, tot een 'zak met geld' aan de andere kant waar mee je de zorg levert.
 - Hoe ligt die balans bij ziekenhuisC?
 - Wat zijn de voor- en nadelen van de verschillende vormen?
 - Hebben jullie een voorkeur?
5. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in 2014 onderzoek gedaan naar knelpunten die ziekenhuizen ervaren tijdens het contracteerproces met de zorgverzekeraars. Zij stellen vast dat ziekenhuizen hun afhankelijke onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars als problematisch ervaren. Daarnaast kwam ik ook informatie tegen die dit juist weer ontkrachtte. Ervaart u zelf een afhankelijke onderhandelingspositie?

5.2 Welke factoren beïnvloeden jullie onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars het meest?

5.3 Zou je kunnen spreken van een afhankelijkheidsrelatie? Of zijn juist beide partijen afhankelijk van elkaar? Hoe ligt de balans?

Situaties en Factoren onderhandelingsstrategieën

Concurrentie in de regio

6. Staat ZiekenhuisC in een regio met relatief veel andere zorgaanbieders?

6.1 Heeft het aantal zorgaanbieders in een regio naar uw mening invloed op de onderhandelingen tussen Bernhoven en zorgverzekeraars?

-Zo ja, hoe zorgt Bernhoven er uiteindelijk toch voor dat er een contract komt? (verlagen van tarieven?)

6.2 Is het aantal 'concurrenten' in de afgelopen tijd (15-20 jaar) veranderd? Heeft dit effect gehad op de samenwerking tussen Bernhoven en de zorgverzekeraars?

-Zou het effect kunnen hebben in de toekomst?

6.3 Een zorgverzekeraar kan er voor kiezen om geen contract bij een ziekenhuis af te sluiten omdat het in de regio al bij andere ziekenhuizen is gecontracteerd. Dit gebeurde bijvoorbeeld bij het Slovervaart ziekenhuis eind 2018. Als we de boel omdraaien; kan het ook zijn dat een ziekenhuis een zorgverzekeraar kan weigeren? In welke situaties kan dit voorkomen?

Ontwikkelingen in de omgeving

7. Wat voor invloed hebben nieuwe medische technologieën en andere ontwikkelingen op de taken van het salesteam? Hoe spelen jullie hierop in?

7.1. Als je kijkt naar dure medicijnen, beïnvloeden deze de relatie/onderhandelingen tussen ZV en ZKH?

8. Wat is de rol van de zorgverzekeraar hierbij? (financiering)

8.1 Hoe worden hier afspraken over gemaakt? Hoe vastgelegd?

8.2 Merk je dat deze ontwikkelingen om een sterkere samenwerking tussen het ziekenhuis en zorgverzekeraar vragen?

- Zo ja, hoe speelt ZiekenhuisC hierop in?

8.3 Heeft dit ook invloed op de afhankelijkheid van een van de partijen of beide partijen?

9. De vergrijzing van de Nederlandse bevolking gaat pas na 2030 afvlakken. Wat voor invloed heeft de vergrijzing op de taken van het salesteam? Moeten jullie hierop inspelen, en hoe?

10. Is de vergrijzing van invloed op de afspraken die je maakt met zorgverzekeraars? (meerjarencontracten)

Controle

11. Eerder gaf ik aan dat de Nederlandse Zorgautoriteit onderzoek deed naar de knelpunten die ziekenhuizen ervaren in de contracteerperiode met zorgverzekeraars. Het hanteren van onredelijke tarieven en andere contractvoorwaarden kwam als grootste klacht naar voren.

11.1 Kunnen jullie je hierin vinden? Waarom wel, waarom niet?

11.2 Wat is het gevolg van onredelijke tarieven en contractvoorwaarden?

11.2 Wat voor effect heeft dit op de samenwerking?

12. Wat voor bindende afspraken worden er zoal vastgelegd in het contract?

12.1 Hoeveel ruimte is er om hiervan af te wijken? Waarom veel/weinig ruimte? (formeel/informele controle)

12.2 Een voorbeeld hiervan is als het onderhandelingsresultaat een budget is waar het ziekenhuis niet tevreden mee is, hoe verloopt dat het onderhandelingsproces?

12.3 Is dit iets waar het ziekenhuis vooral zelf intern mee aan de slag moet gaan of kunnen er gedurende het jaar nog (her)onderhandelingen of nieuwe afspraken met de zorgverzekeraars worden gemaakt?

12.4 Wanneer ZiekenhuisC niet tevreden is over de hoogte van het budget, heeft dit effect op andere punten in samenwerking tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar? (bijvoorbeeld op de communicatie, innovatie, etc.)

12.5 Heeft een laag budget effect op de onderhandelingen voor het volgende jaar?

13. Wat gebeurt er als een contract/afpraak onvoldoende gespecificeerd is?

13.1 Doet er zich wel eens een situatie voort waarin een van de beide partijen zoveel mogelijk eigen voordelen probeert te halen in zo'n situatie? M.a.w het vertonen van opportunistisch gedrag.

13.2 Wat is of zou de reactie van ZiekenhuisC zijn indien zoiets zich voordoet?

Vertrouwen

14. Ik kan me voorstellen dat het contact tussen ZiekenhuisC en de zorgverzekeraars vooral aan het einde van het jaar erg intensief is. Kan je spreken van een goede werkrelatie tussen het salesteam en de medewerkers bij de zorgverzekeraars?

14.1 Heb je als ziekenhuis vaak met personele wisselingen bij zorgverzekeraars te maken?

15. Voor een goed verloop van het contracteerproces is vertrouwen nodig. Is er voldoende vertrouwen in de zorgverzekeraars?

15.1 Hoe/waaraan merkt u dit?

Algemeen

16. Kunt u een voorbeeld noemen van een situatie waarin u op een andere manier de onderhandeling aangaat dan anders?

Gebruikt u dan een andere strategie?

Zo ja, welke?

17. Zijn er nog persoonlijke verschillen in het onderhandelen? Kunt u hiervan voorbeelden noemen? (M/V, persoonlijke kenmerken etc.).

Heeft u zelf nog aanvullingen, dingen die ik echt moet weten?

Bedankt voor uw hulp en tijd!

Appendix 5: Assumptions MANOVA

Competition

1. Independence among observations. A lack of independence means that the responses in each group are not made independently of responses in any other group (Hair et al., 2014, p. 684). The independent variables should not influence each other. This assumption is met since there was only one individual observation per situation and the individuals belonging to different groups.

2. Equality of (co)variance matrices. This assumption checks the differences in the amount of variance of one group versus another for the dependent variables (Hair et al., 2014, p. 685). The Box's test for equality of covariance matrices indicated the likelihood of the differences among the groups. A significance level of .001 is used. This Box's M-test in this case is non-significant $F(15, 71748,360)=1,992, p=0,012$) (Appendix 6.1: Table 1). This is a higher than the threshold level of .001, so this assumption has been met, which indicates a difference among the groups of negotiation strategies.

3. Normality. A multivariate normal distribution assumes that the joint effect of two variables is normally distributed (Hair et al., 2014, p. 686). There is no direct test available to assess multivariate normality, so univariate normality of each variable is tested. The skewness and kurtosis of all the variables are between -3 and 3, so normality is assumed. Therefore, this assumption is fulfilled. (Appendix 6.1: Table 2). Furthermore, the Levene's test (Appendix 6.1: Table 3) indicates normality, since the values are all non-significant.

4. Linearity and multicollinearity among the dependent variables. This assumption looks at the linear relationship between the dependent variables (Hair et al., 2014). This means there should be a linear relationship between each pair of the dependent variable across each level of the independent variable. However, the scatterplot in appendix 6.1 (Table 4) shows a random pattern, which doesn't indicate linearity. Since linearity is not a very strong assumption of MANOVA, this can be ignored. Furthermore, the dependent variables should not have multicollinearity, which indicates unwanted dependent measures. Multicollinearity measures the extent to which a variable can be explained by other variables in the analysis, which should be the case within the dependent variables. When the Pearsons value is greater than .9 that variables are multicollinear. The bivariate correlations in appendix 6.1 table 5 show that there is no multicollinearity since all the values are below .9. Only the correlations between the same

variables (e.g. PS vs. PS) are higher than .9, which is logical since their value should be one. There should be some sort of relationship between the variables. This is the case since the values are more or less all above .2. This indicates a relationship between the variables.

5. Sensitivity to outliers. There are no outliers in this research since the respondents have to answer by using a Likert scale. The only possible question showing outliers is the question of the age. Only students were approached, so there are no big differences. The age varies from 18 to 26, so the sensitivity to outliers is low since there are no serious outliers.

6. Covariates correlated. It is important to first examine the covariates since they can act as a control measure on the dependent variate (Hair et al., 2014). Effective covariates will improve the statistical power of the test and reduce within-group variance. However, no control variables are included in this study so examination of covariates isn't needed.

Turbulence

Since the theory behind the assumptions is explained above, the assumptions will be shortly checked below regarding the different variables to see if they are met.

1. Independence among observations. This assumption is met since there was only one individual observation per situation and the individuals belonging to different groups.

2. Equality of (co)variance matrices. This Box's M-test in this case is non-significant ($F(15, 72296,526)=0,760$, $p=0,724$) (Appendix 6.2: Table 1). Therefore this assumption is met.

3. Normality. The skewness and kurtosis of all the variables are between -3 and 3, so normality is assumed. Therefore, this assumption is fulfilled. (Appendix 6.2: Table 2). Furthermore, the Levene's test (Appendix 6.2: Table 3) indicates normality, since the values are all non-significant.

4. Linearity and multicollinearity among the dependent variables. The scatterplot in appendix 6.2 (Table 4) shows a random pattern, which doesn't indicate linearity. Since linearity is not a very strong assumption of MANOVA, this can be ignored. The bivariate correlations in appendix 2 table 5 show that there is no multicollinearity since all the values are below .9.

5. Sensitivity to outliers. There are no outliers present in this data.

6. Covariates correlated. No control variables are included in this study so examination of covariates isn't needed.

Control

1. Independence among observations. This assumption is met since there was only one individual observation per situation and the individuals belonging to different groups.
2. Equality of (co)variance matrices. This Box's M-test in this case is significant ($F(15, 69564,086)=2,006, p=0,012$) (Appendix 6.3: Table 1). This is higher than the threshold level of .001, so this assumption has been met.
3. Normality. The skewness and kurtosis of all the variables are between -3 and 3, so normality is assumed. Therefore, this assumption is fulfilled. (Appendix 6.3: Table 2). Furthermore, the Levene's test (Appendix 6.3: Table 3) indicates normality, since the values are all non-significant, except for compromising.
4. Linearity and multicollinearity among the dependent variables The scatterplot in appendix 6.3 (Table 4) shows a random pattern, which doesn't indicate linearity. Since linearity is not a very strong assumption of MANOVA, this can be ignored. The bivariate correlations in appendix 6.3 table 5 show that there is no multicollinearity since all the values are below .9.
5. Sensitivity to outliers. There are no outliers present in this data.
6. Covariates correlated. No control variables are included in this study so examination of covariates isn't needed.

Trust

1. Independence among observations. This assumption is met since there was only one individual observation per situation and the individuals belonging to different groups.
2. Equality of (co)variance matrices. This Box's M-test in this case is non-significant ($F(15, 70368,044)=,7277, p=0,003$) (Appendix 6.4: Table 1). This is higher than the threshold level of .001, so this assumption has been met.
3. Normality. The skewness and kurtosis of all the variables are between -3 and 3, so normality is assumed. Therefore, this assumption is fulfilled. (Appendix 6.4: Table 2). Furthermore, the Levene's test (Appendix 6.4: Table 3) indicates normality, since the values are all non-significant, except for inaction.
4. Linearity and multicollinearity among the dependent variables. The scatterplot in appendix 6.4 (Table 4) shows a random pattern, which doesn't indicate linearity. Since linearity is not a

very strong assumption of MANOVA, this can be ignored. The bivariate correlations in appendix 6.4 (table 5) show that there is no multicollinearity since all the values are below .9.

5. Sensitivity to outliers. There are no outliers present in this data.

6. Covariates correlated. No control variables are included in this study so examination of covariates isn't needed.

Gender

1. Independence among observations. This assumption is met since there was only one individual observation per situation and the individuals belonging to different groups.

2. Equality of (co)variance matrices. The Box's test for equality of covariance matrices indicated the likelihood of the differences among the groups. This Box's M-test is non-significant $F(15, 71748,360)=2,213, p=.004$ (Appendix 6.5: Table 1). So this assumption has been met.

3. Normality. The skewness and kurtosis of all the variables are between -3 and 3, so normality is assumed. Therefore, this assumption is fulfilled. (Appendix 6.5: Table 2). Furthermore, the Levene's test (Appendix 6.5: Table 3) indicates normality, since the values are all non-significant, except for compromising and problem-solving.

4. Linearity and multicollinearity among the dependent variables The scatterplot in appendix 6.5 (Table 4) shows a random pattern, which doesn't indicate linearity. Since linearity is not a very strong assumption of MANOVA, this can be ignored. The bivariate correlations in appendix 6.5 (table 5) show that there is no multicollinearity since all the values are below .9.

5. Sensitivity to outliers. There are no outliers present in this data.

6. Covariates correlated. No control variables are included in this study so examination of covariates isn't needed.

Study

1. Independence among observations. This assumption is met since there was only one individual observation per situation and the individuals belonging to different groups.

2. Equality of (co)variance matrices. The Box's test for equality of covariance matrices indicated the likelihood of the differences among the groups. This Box's M-test in this case is non-significant $F(15, 70143,314)=9,915, p=.547$ (Appendix 6.6: Table 1). This is higher than the threshold level of .001 so this assumption has been met.

3. Normality. The skewness and kurtosis of all the variables are between -3 and 3, so normality is assumed. Therefore, this assumption is fulfilled. (Appendix 6.6: Table 2). Furthermore, the Levene's test (Appendix 6.6: Table 3) indicates normality, since the values are all non-significant.

4. Linearity and multicollinearity among the dependent variables. The scatterplot in appendix 6.6 (Table 4) shows a random pattern, which doesn't indicate linearity. Since linearity is not a very strong assumption of MANOVA, this can be ignored. The bivariate correlations in appendix 6.6 (table 5) show that there is no multicollinearity since all the values are below .9

5. Sensitivity to outliers. There are no outliers present in this data.

6. Covariates correlated. No control variables are included in this study, so examination of covariates isn't needed.

Appendix 6: SPSS outputs MANOVA

Outline per factor:

- Table 1: Box's M Test
- Table 2: Descriptive statistics
- Table 3: Levene's Test
- Table 4: Linearity
- Table 5: Bivariate correlations
- Table 6: MANOVA analysis (separate strategies)
- Table 7: MANVOA analysis (cooperative/competitive categories)
- Table 8: Contrast results (cooperative/competitive categories)
- Table 9: Contrast results (separate strategies)
- Table 10: Multivariate tests
- Table 11: Univariate tests

6.1 – Output competition

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	31,121
F	1,992
df1	15
df2	71748,360
Sig.	0,012

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

Design: Intercept + Concurrentie

Table 1: Box's M test

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis		
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Concurrentie	136	0	1	0,49	0,502	0,060	0,208	-2,026	0,413
Comp	136	2	5	4,21	0,835	-1,101	0,208	0,971	0,413
PS	136	2	5	4,29	0,631	-0,493	0,208	0,268	0,413
Ina	136	1,0	4,5	2,055	0,7269	1,038	0,208	1,728	0,413
Yiel	136	1	5	3,86	0,944	-0,841	0,208	0,403	0,413
Cont	136	1,5	4,5	3,140	0,5796	0,130	0,208	-0,168	0,413
Valid N (listwise)	136								

Table 2: Descriptive statistics

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Comp	Based on Mean	0,219	1	134	0,641
	Based on Median	0,447	1	134	0,505
	Based on Median and with adjusted df	0,447	1	126,976	0,505
	Based on trimmed mean	0,051	1	134	0,822
PS	Based on Mean	0,074	1	134	0,786
	Based on Median	0,036	1	134	0,849
	Based on Median and with adjusted df	0,036	1	133,579	0,849
	Based on trimmed mean	0,133	1	134	0,716
Ina	Based on Mean	6,324	1	134	0,013
	Based on Median	3,368	1	134	0,069
	Based on Median and with adjusted df	3,368	1	124,978	0,069
	Based on trimmed mean	5,220	1	134	0,024
Yiel	Based on Mean	1,507	1	134	0,222
	Based on Median	0,032	1	134	0,859
	Based on Median and with adjusted df	0,032	1	128,260	0,859
	Based on trimmed mean	0,714	1	134	0,400
Cont	Based on Mean	0,582	1	134	0,447
	Based on Median	0,374	1	134	0,542
	Based on Median and with adjusted df	0,374	1	131,370	0,542
	Based on trimmed mean	0,466	1	134	0,496

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Concurrentie

Table 3: Levene's test for normality

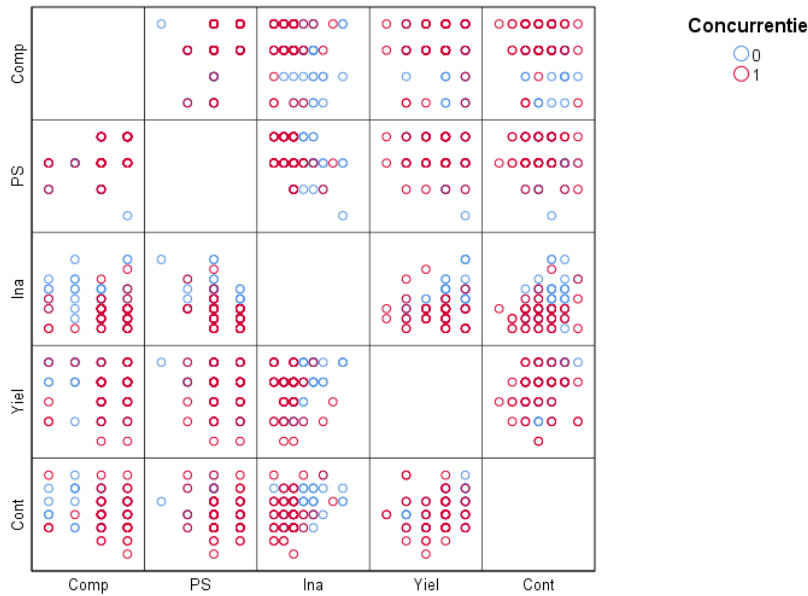


Table 4: Linearity

Correlations

		Concurrentie	Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Concurrentie	Pearson Correlation	1	,184*	0,072	-,338**	-,200*	-,184*
	Sig. (2-tailed)		0,032	0,406	0,000	0,020	0,032
	N	136	136	136	136	136	136
Comp	Pearson Correlation	,184*	1	,435**	-,196*	-0,020	-0,129
	Sig. (2-tailed)	0,032		0,000	0,022	0,821	0,135
	N	136	136	136	136	136	136
PS	Pearson Correlation	0,072	,435**	1	-,366**	-0,119	-0,080
	Sig. (2-tailed)	0,406	0,000		0,000	0,169	0,355
	N	136	136	136	136	136	136
Ina	Pearson Correlation	-,338**	-,196*	-,366**	1	,173*	,324**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,022	0,000		0,044	0,000
	N	136	136	136	136	136	136
Yiel	Pearson Correlation	-,200*	-0,020	-0,119	,173*	1	,232**
	Sig. (2-tailed)	0,020	0,821	0,169	0,044		0,007
	N	136	136	136	136	136	136
Cont	Pearson Correlation	-,184*	-0,129	-0,080	,324**	,232**	1
	Sig. (2-tailed)	0,032	0,135	0,355	0,000	0,007	
	N	136	136	136	136	136	136

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 5: Bivariate correlations

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^f
Corrected Model	Comp	3,191 ^a	1	3,191	4,697	0,032	0,034	4,697	0,576
	PS	,278 ^b	1	0,278	0,696	0,406	0,005	0,696	0,132
	Ina	8,151 ^c	1	8,151	17,285	0,000	0,114	17,285	0,985
	Yiel	4,807 ^d	1	4,807	5,576	0,020	0,040	5,576	0,650
	Cont	1,535 ^e	1	1,535	4,694	0,032	0,034	4,694	0,576
Intercept	Comp	2408,838	1	2408,838	3545,360	0,000	0,964	3545,360	1,000
	PS	2498,572	1	2498,572	6253,653	0,000	0,979	6253,653	1,000
	Ina	569,901	1	569,901	1208,605	0,000	0,900	1208,605	1,000
	Yiel	2019,102	1	2019,102	2341,735	0,000	0,946	2341,735	1,000
	Cont	1336,829	1	1336,829	4088,831	0,000	0,968	4088,831	1,000
Concurrentie	Comp	3,191	1	3,191	4,697	0,032	0,034	4,697	0,576
	PS	0,278	1	0,278	0,696	0,406	0,005	0,696	0,132
	Ina	8,151	1	8,151	17,285	0,000	0,114	17,285	0,985
	Yiel	4,807	1	4,807	5,576	0,020	0,040	5,576	0,650
	Cont	1,535	1	1,535	4,694	0,032	0,034	4,694	0,576
Error	Comp	91,044	134	0,679					
	PS	53,538	134	0,400					
	Ina	63,186	134	0,472					
	Yiel	115,538	134	0,862					
	Cont	43,811	134	0,327					
Total	Comp	2500,000	136						
	PS	2553,000	136						
	Ina	645,750	136						
	Yiel	2147,000	136						
	Cont	1386,000	136						
Corrected Total	Comp	94,235	135						
	PS	53,816	135						
	Ina	71,336	135						
	Yiel	120,346	135						
	Cont	45,346	135						

a. R Squared = ,034 (Adjusted R Squared = ,027)

b. R Squared = ,005 (Adjusted R Squared = -,002)

c. R Squared = ,114 (Adjusted R Squared = ,108)

d. R Squared = ,040 (Adjusted R Squared = ,033)

e. R Squared = ,034 (Adjusted R Squared = ,027)

f. Computed using alpha = ,05

Table 6: MANOVA analysis (separate strategies)

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Square d	Noncent. Paramete r	Observe d Power ^c
Corrected Model	Cooperativ e	,002 ^a	1	0,002	0,006	0,93 6	0,000	0,006	0,051
	Competitiv e	4,190 ^b	1	4,190	16,413	0,00 0	0,109	16,413	0,980
Intercept	Cooperativ e	2304,00 2	1	2304,00 2	9049,59 7	0,00 0	0,985	9049,597	1,000
	Competitiv e	913,105	1	913,105	3576,94 8	0,00 0	0,964	3576,948	1,000
Concurrenti e	Cooperativ e	0,002	1	0,002	0,006	0,93 6	0,000	0,006	0,051
	Competitiv e	4,190	1	4,190	16,413	0,00 0	0,109	16,413	0,980
Error	Cooperativ e	34,116	13 4	0,255					
	Competitiv e	34,207	13 4	0,255					
Total	Cooperativ e	2340,00 0	13 6						
	Competitiv e	955,938	13 6						
Corrected Total	Cooperativ e	34,118	13 5						
	Competitiv e	38,397	13 5						

a. R Squared = ,000 (Adjusted R Squared = -,007)

b. R Squared = ,109 (Adjusted R Squared = ,102)

c. Computed using alpha = ,05

Table 7: MANOVA analysis (cooperative/competitive categories)

Contrast Results (K Matrix)

		Dependent Variable	
		Cooperative	Competitive
Concurrentie Simple Contrast ^a			
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	-0,007	0,351
	Hypothesized Value	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	-0,007	0,351
	Std. Error	0,087	0,087
	Sig.	0,936	0,000
	95% Lower Bound	-0,178	0,180
	Interval for Upper Bound Difference	0,164	0,523

a. Reference category = 2

Table 8: Contrast Results (cooperative/competitive categories)

Contrast Results (K Matrix)

		Dependent Variable				
		Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Concurrentie Simple Contrast ^a						
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	-0,306	-0,090	0,490	0,376	0,213
	Hypothesized Value	0	0	0	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	-0,306	-0,090	0,490	0,376	0,213
	Std. Error	0,141	0,108	0,118	0,159	0,098
	Sig.	0,032	0,406	0,000	0,020	0,032
	95% Lower Bound	-0,586	-0,305	0,257	0,061	0,019
	Interval for Upper Bound Difference	-0,027	0,124	0,723	0,691	0,407

a. Reference category = 2

Table 9: Contrast Results (separate strategies)

Multivariate Test Results

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Pillai's trace	0,166	5,178 ^a	5,000	130,000	0,000	0,166	25,891	0,984
Wilks' lambda	0,834	5,178 ^a	5,000	130,000	0,000	0,166	25,891	0,984
Hotelling's trace	0,199	5,178 ^a	5,000	130,000	0,000	0,166	25,891	0,984
Roy's largest root	0,199	5,178 ^a	5,000	130,000	0,000	0,166	25,891	0,984

a. Exact statistic

b. Computed using alpha = ,05

Table 10: Multivariates tests

Univariate Test Results

Source		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Contrast	Comp	3,191	1	3,191	4,697	0,032	0,034	4,697	0,576
	PS	0,278	1	0,278	0,696	0,406	0,005	0,696	0,132
	Ina	8,151	1	8,151	17,285	0,000	0,114	17,285	0,985
	Yiel	4,807	1	4,807	5,576	0,020	0,040	5,576	0,650
	Cont	1,535	1	1,535	4,694	0,032	0,034	4,694	0,576
Error	Comp	91,044	134	0,679					
	PS	53,538	134	0,400					
	Ina	63,186	134	0,472					
	Yiel	115,538	134	0,862					
	Cont	43,811	134	0,327					

a. Computed using alpha = ,05

Table 11: Univariate tests

6.2 – Output turbulence

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	11,876
F	0,760
df1	15
df2	72296,526
Sig.	0,724

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

Design: Intercept +
Turbulentie

Table 1: Box's M test

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
Turbulentie	136	0	1	0,50	0,502	0,000	-2,030
Comp	136	1	5	4,11	0,696	-0,956	2,786
PS	136	1	5	4,01	0,740	-0,913	2,008
Ina	136	1,0	4,0	2,210	0,7590	0,498	-0,236
Yiel	136	1	5	3,50	1,054	-0,385	-0,894
Cont	136	1,0	5,0	3,188	0,6884	-0,184	-0,049
Valid N (listwise)	136						

Table 2: Descriptive statistics

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
--	------------------	-----	-----	------

Comp	Based on Mean	0,023	1	134	0,879
	Based on Median	0,023	1	134	0,880
	Based on Median and with adjusted df	0,023	1	131,316	0,880
	Based on trimmed mean	0,000	1	134	0,993
PS	Based on Mean	0,082	1	134	0,775
	Based on Median	0,083	1	134	0,774
	Based on Median and with adjusted df	0,083	1	133,815	0,774
	Based on trimmed mean	0,079	1	134	0,779
Ina	Based on Mean	4,310	1	134	0,040
	Based on Median	2,354	1	134	0,127
	Based on Median and with adjusted df	2,354	1	117,239	0,128
	Based on trimmed mean	4,064	1	134	0,046
Yiel	Based on Mean	0,016	1	134	0,901
	Based on Median	0,000	1	134	1,000
	Based on Median and with adjusted df	0,000	1	133,941	1,000
	Based on trimmed mean	0,008	1	134	0,928
Cont	Based on Mean	2,334	1	134	0,129
	Based on Median	2,498	1	134	0,116
	Based on Median and with adjusted df	2,498	1	131,331	0,116
	Based on trimmed mean	2,341	1	134	0,128

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Turbulentie

Table 3: Levene's test

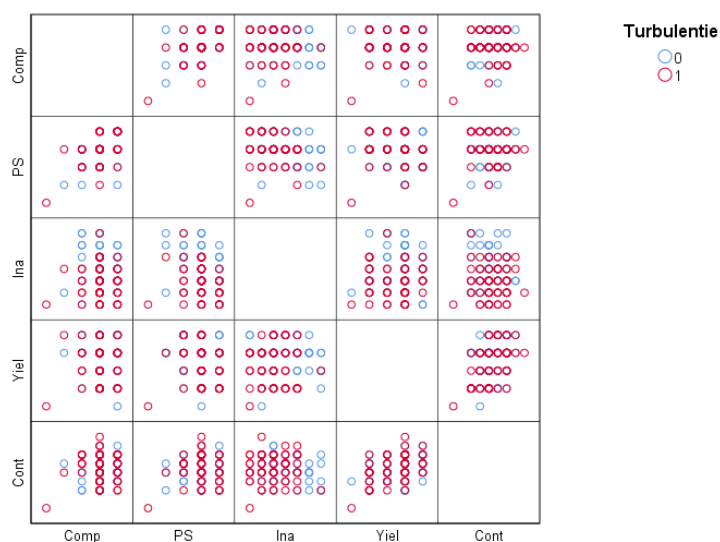


Table 4: Linearity

Correlations

		Turbulentie	Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Turbulentie	Pearson Correlation	1	-0,053	0,000	-,306**	-0,042	0,048
	Sig. (2-tailed)		0,540	1,000	0,000	0,627	0,577
	N	136	136	136	136	136	136
Comp	Pearson Correlation	-0,053	1	,572**	-0,016	0,025	0,103
	Sig. (2-tailed)	0,540		0,000	0,853	0,770	0,231
	N	136	136	136	136	136	136
PS	Pearson Correlation	0,000	,572**	1	-,256**	-0,076	0,082
	Sig. (2-tailed)	1,000	0,000		0,003	0,380	0,344
	N	136	136	136	136	136	136
Ina	Pearson Correlation	-,306**	-0,016	-,256**	1	0,039	-0,054
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,853	0,003		0,649	0,529
	N	136	136	136	136	136	136
Yiel	Pearson Correlation	-0,042	0,025	-0,076	0,039	1	,411**
	Sig. (2-tailed)	0,627	0,770	0,380	0,649		0,000
	N	136	136	136	136	136	136
Cont	Pearson Correlation	0,048	0,103	0,082	-0,054	,411**	1
	Sig. (2-tailed)	0,577	0,231	0,344	0,529	0,000	
	N	136	136	136	136	136	136

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 5: Bivariate correlations

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^f
Corrected Model	Comp	,184 ^a	1	0,184	0,378	0,540	0,003	0,378	0,094
	PS	,000 ^b	1	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,050
	Ina	7,296 ^c	1	7,296	13,871	0,000	0,094	13,871	0,959
	Yiel	,265 ^d	1	0,265	0,237	0,627	0,002	0,237	0,077
	Cont	,149 ^e	1	0,149	0,313	0,577	0,002	0,313	0,086
Intercept	Comp	2297,654	1	2297,654	4724,944	0,000	0,972	4724,944	1,000
	PS	2192,029	1	2192,029	3970,929	0,000	0,967	3970,929	1,000
	Ina	663,972	1	663,972	1262,348	0,000	0,904	1262,348	1,000
	Yiel	1666,000	1	1666,000	1490,924	0,000	0,918	1490,924	1,000
	Cont	1381,781	1	1381,781	2901,271	0,000	0,956	2901,271	1,000
Turbulentie	Comp	0,184	1	0,184	0,378	0,540	0,003	0,378	0,094
	PS	0,000	1	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,050
	Ina	7,296	1	7,296	13,871	0,000	0,094	13,871	0,959
	Yiel	0,265	1	0,265	0,237	0,627	0,002	0,237	0,077

	Cont	0,149	1	0,149	0,313	0,577	0,002	0,313	0,086
Error	Comp	65,162	134	0,486					
	PS	73,971	134	0,552					
	Ina	70,482	134	0,526					
	Yiel	149,735	134	1,117					
	Cont	63,820	134	0,476					
Total	Comp	2363,000	136						
	PS	2266,000	136						
	Ina	741,750	136						
	Yiel	1816,000	136						
	Cont	1445,750	136						
Corrected Total	Comp	65,346	135						
	PS	73,971	135						
	Ina	77,778	135						
	Yiel	150,000	135						
	Cont	63,969	135						

a. R Squared = ,003 (Adjusted R Squared = -,005)

b. R Squared = ,000 (Adjusted R Squared = -,007)

c. R Squared = ,094 (Adjusted R Squared = ,087)

d. R Squared = ,002 (Adjusted R Squared = -,006)

e. R Squared = ,002 (Adjusted R Squared = -,005)

f. Computed using alpha = ,05

Table 6: MANOVA analysis (separate strategies)

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Corrected Model	Cooperation	,099 ^a	1	0,099	0,334	0,564	0,002	0,334	0,088
	Competition	1,340 ^b	1	1,340	5,581	0,020	0,040	5,581	0,650
Intercept	Cooperation	2042,125	1	2042,125	6898,891	0,000	0,981	6898,891	1,000
	Competition	990,360	1	990,360	4124,625	0,000	0,969	4124,625	1,000
Turbulentie	Cooperation	0,099	1	0,099	0,334	0,564	0,002	0,334	0,088
	Competition	1,340	1	1,340	5,581	0,020	0,040	5,581	0,650
Error	Cooperation	39,665	134	0,296					
	Competition	32,175	134	0,240					
Total	Cooperation	2081,889	136						
	Competition	1023,875	136						
Corrected Total	Cooperation	39,764	135						
	Competition	33,515	135						

a. R Squared = ,002 (Adjusted R Squared = -,005)

b. R Squared = ,040 (Adjusted R Squared = ,033)

c. Computed using alpha = ,05

Table 7: Results of MANOVA analysis (cooperative/competitive categories)

Contrast Results (K Matrix)

		Dependent Variable	
Turbulentie Simple Contrast ^a		Cooperation	Competition
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	0,054	0,199
	Hypothesized Value	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	0,054	0,199
	Std. Error	0,093	0,084
	Sig.	0,564	0,020
	95% Confidence Interval for Difference	Lower Bound -0,131	0,032
		Upper Bound 0,238	0,365

a. Reference category = 2

Table 8: Contrast results 'turbulence' (cooperative/competitive categories)

Contrast Results (K Matrix)

		Dependent Variable				
Turbulentie Simple Contrast ^a		Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	0,074	0,000	0,463	0,088	-0,066
	Hypothesized Value	0	0	0	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	0,074	0,000	0,463	0,088	-0,066
	Std. Error	0,120	0,127	0,124	0,181	0,118
	Sig.	0,540	1,000	0,000	0,627	0,577
	95% Confidence Interval for Difference	Lower Bound -0,163	-0,252	0,217	-0,270	-0,300
		Upper Bound 0,310	0,252	0,709	0,447	0,168

a. Reference category = 2

Table 9: Contrast results 'turbulence' (separate strategies)

Multivariate Test Results

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Pillai's trace	0,105	3,055 ^a	5,000	130,000	0,012	0,105	15,274	0,857
Wilks' lambda	0,895	3,055 ^a	5,000	130,000	0,012	0,105	15,274	0,857
Hotelling's trace	0,117	3,055 ^a	5,000	130,000	0,012	0,105	15,274	0,857
Roy's largest root	0,117	3,055 ^a	5,000	130,000	0,012	0,105	15,274	0,857

a. Exact statistic

b. Computed using alpha = ,05

Table 10: Multivariate test results

Univariate Test Results

Source		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Contrast	Comp	0,184	1	0,184	0,378	0,540	0,003	0,378	0,094
	PS	0,000	1	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,050
	Ina	7,296	1	7,296	13,871	0,000	0,094	13,871	0,959
	Yiel	0,265	1	0,265	0,237	0,627	0,002	0,237	0,077
	Cont	0,149	1	0,149	0,313	0,577	0,002	0,313	0,086
Error	Comp	65,162	134	0,486					
	PS	73,971	134	0,552					
	Ina	70,482	134	0,526					
	Yiel	149,735	134	1,117					
	Cont	63,820	134	0,476					

a. Computed using alpha = ,05

Table 11: Univariate test results 'turbulence'

6.3 - Output control

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	31,359
F	2,006
df1	15
df2	69564,086
Sig.	0,012

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

Design: Intercept + Control

Table 1: Box's M Test

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Std. Error
Control	136	0	1	0,53	0,501	-0,119	0,208	-2,016 0,413
Comp	136	1	5	4,11	0,696	-0,956	0,208	2,786 0,413
PS	136	1	5	4,01	0,740	-0,913	0,208	2,008 0,413
Ina	135	1,0	4,0	2,219	0,7546	0,506	0,209	-0,224 0,414
Yiel	136	1	5	3,50	1,054	-0,385	0,208	-0,894 0,413
Cont	136	1,0	5,0	3,188	0,6884	-0,184	0,208	-0,049 0,413
Valid N (listwise)	135							

Table 2: Descriptive statistics

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Comp	Based on Mean	7,199	1	133	0,008
	Based on Median	5,336	1	133	0,022
	Based on Median and with adjusted df	5,336	1	132,933	0,022
	Based on trimmed mean	7,199	1	133	0,008
PS	Based on Mean	0,922	1	133	0,339
	Based on Median	0,773	1	133	0,381
	Based on Median and with adjusted df	0,773	1	132,985	0,381
	Based on trimmed mean	0,957	1	133	0,330
Ina	Based on Mean	1,412	1	133	0,237
	Based on Median	1,094	1	133	0,298
	Based on Median and with adjusted df	1,094	1	131,134	0,298
	Based on trimmed mean	1,472	1	133	0,227
Yiel	Based on Mean	0,001	1	133	0,974
	Based on Median	0,002	1	133	0,967
	Based on Median and with adjusted df	0,002	1	129,235	0,967
	Based on trimmed mean	0,001	1	133	0,979
Cont	Based on Mean	0,615	1	133	0,434
	Based on Median	0,642	1	133	0,424
	Based on Median and with adjusted df	0,642	1	132,793	0,424
	Based on trimmed mean	0,569	1	133	0,452

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Control

Table 3: Levene's test

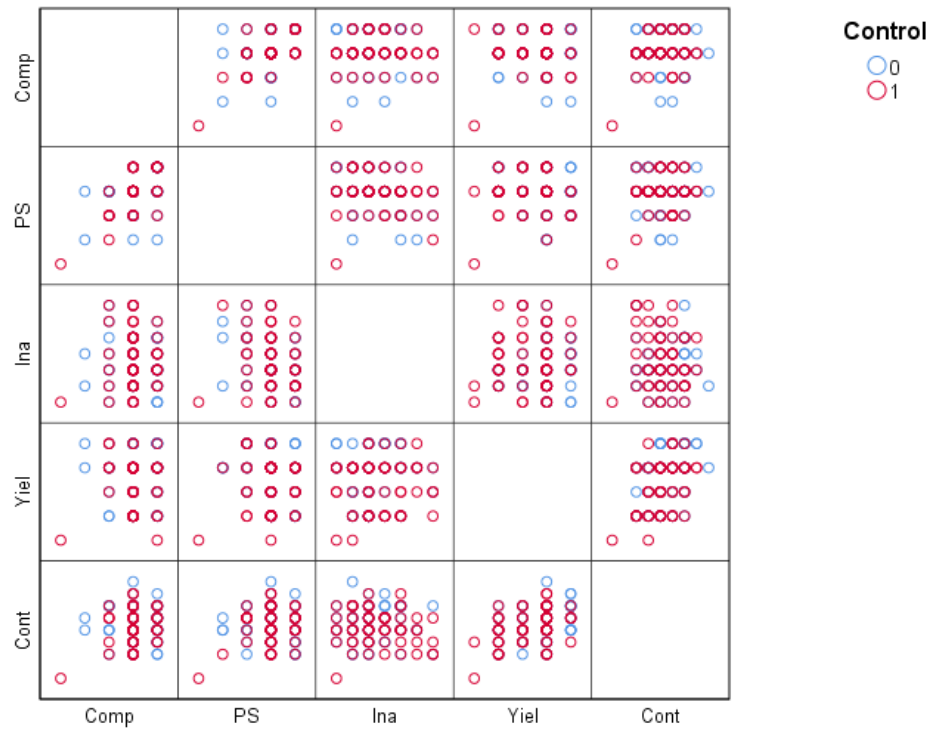


Table 4: Linearity

Correlations

		Control	Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Control	Pearson Correlation	1	-0,063	-0,001	0,069	-,182*	-0,107
	Sig. (2-tailed)		0,470	0,989	0,428	0,034	0,213
	N	136	136	136	135	136	136
Comp	Pearson Correlation	-0,063	1	,572**	-0,001	0,025	0,103
	Sig. (2-tailed)	0,470		0,000	0,992	0,770	0,231
	N	136	136	136	135	136	136
PS	Pearson Correlation	-0,001	,572**	1	-,244**	-0,076	0,082
	Sig. (2-tailed)	0,989	0,000		0,004	0,380	0,344
	N	136	136	136	135	136	136
Ina	Pearson Correlation	0,069	-0,001	-,244**	1	0,023	-0,058
	Sig. (2-tailed)	0,428	0,992	0,004		0,793	0,502
	N	135	135	135	135	135	135
Yiel	Pearson Correlation	-,182*	0,025	-0,076	0,023	1	,411**
	Sig. (2-tailed)	0,034	0,770	0,380	0,793		0,000
	N	136	136	136	135	136	136
Cont	Pearson Correlation	-0,107	0,103	0,082	-0,058	,411**	1
	Sig. (2-tailed)	0,213	0,231	0,344	0,502	0,000	
	N	136	136	136	135	136	136

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 5: Bivariate correlations

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^f
Corrected Model	Comp	,336 ^a	1	0,336	0,696	0,406	0,005	0,696	0,132
	PS	,008 ^b	1	0,008	0,015	0,903	0,000	0,015	0,052
	Ina	,361 ^c	1	0,361	0,632	0,428	0,005	0,632	0,124
	Yiel	4,487 ^d	1	4,487	4,166	0,043	0,030	4,166	0,526
	Cont	,717 ^e	1	0,717	1,508	0,222	0,011	1,508	0,230
Intercept	Comp	2270,203	1	2270,203	4702,178	0,000	0,972	4702,178	1,000
	PS	2162,616	1	2162,616	3940,951	0,000	0,967	3940,951	1,000
	Ina	661,057	1	661,057	1157,721	0,000	0,897	1157,721	1,000
	Yiel	1668,753	1	1668,753	1549,384	0,000	0,921	1549,384	1,000
	Cont	1372,376	1	1372,376	2887,303	0,000	0,956	2887,303	1,000
Control	Comp	0,336	1	0,336	0,696	0,406	0,005	0,696	0,132
	PS	0,008	1	0,008	0,015	0,903	0,000	0,015	0,052
	Ina	0,361	1	0,361	0,632	0,428	0,005	0,632	0,124
	Yiel	4,487	1	4,487	4,166	0,043	0,030	4,166	0,526
	Cont	0,717	1	0,717	1,508	0,222	0,011	1,508	0,230
Error	Comp	64,212	133	0,483					
	PS	72,984	133	0,549					
	Ina	75,943	133	0,571					
	Yiel	143,247	133	1,077					
	Cont	63,217	133	0,475					
Total	Comp	2338,000	135						
	PS	2241,000	135						
	Ina	740,750	135						
	Yiel	1812,000	135						
	Cont	1436,750	135						
Corrected Total	Comp	64,548	134						
	PS	72,993	134						
	Ina	76,304	134						
	Yiel	147,733	134						
	Cont	63,933	134						

a. R Squared = ,005 (Adjusted R Squared = -,002)

b. R Squared = ,000 (Adjusted R Squared = -,007)

c. R Squared = ,005 (Adjusted R Squared = -,003)

d. R Squared = ,030 (Adjusted R Squared = ,023)

e. R Squared = ,011 (Adjusted R Squared = ,004)

f. Computed using alpha = ,05

Table 6: MANOVA analysis (separate strategies)

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Corrected Model	Cooperation	,840 ^a	1	0,840	2,890	0,091	0,021	2,890	0,393
	Competition	,032 ^b	1	0,032	0,129	0,720	0,001	0,129	0,065
Intercept	Cooperation	2039,924	1	2039,924	7022,587	0,000	0,981	7022,587	1,000
	Competition	987,597	1	987,597	3952,447	0,000	0,967	3952,447	1,000
Control	Cooperation	0,840	1	0,840	2,890	0,091	0,021	2,890	0,393
	Competition	0,032	1	0,032	0,129	0,720	0,001	0,129	0,065
Error	Cooperation	38,924	134	0,290					
	Competition	33,483	134	0,250					
Total	Cooperation	2081,889	136						
	Competition	1023,875	136						
Corrected Total	Cooperation	39,764	135						
	Competition	33,515	135						

a. R Squared = ,021 (Adjusted R Squared = ,014)

b. R Squared = ,001 (Adjusted R Squared = -,006)

c. Computed using alpha = ,05

Table 7: MANOVA analysis (cooperative/competitive categories)

Contrast Results (K Matrix)

		Dependent Variable	
Control	Simple Contrast ^a	Cooperation	Competition
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	0,157	0,031
	Hypothesized Value	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	0,157	0,031
	Std. Error	0,093	0,086
	Sig.	0,091	0,720
	95% Confidence Interval for Difference	-0,026	-0,139
	Lower Bound		
	Upper Bound	0,341	0,201

a. Reference category = 2

a. Reference category = 2

Table 8: Contrast results 'control' (cooperative/competitive categories)

Contrast Results (K Matrix)

Control Simple Contrast ^a		Dependent Variable				
		Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Level 1 vs.	Contrast Estimate	0,100	0,016	-0,104	0,365	0,146
Level 2	Hypothesized Value	0	0	0	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	0,100	0,016	-0,104	0,365	0,146
	Std. Error	0,120	0,128	0,130	0,179	0,119
	Sig.	0,406	0,903	0,428	0,043	0,222
	95% Lower Confidence Bound	-0,137	-0,237	-0,361	0,011	-0,089
	Interval for Upper Difference Bound	0,337	0,268	0,154	0,719	0,381

a. Reference category = 2

Table 8: Contrast results 'control' (separate strategies)

Multivariate Test Results

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Pillai's trace	0,043	1,146 ^a	5,000	129,000	0,340	0,043	5,730	0,397
Wilks' lambda	0,957	1,146 ^a	5,000	129,000	0,340	0,043	5,730	0,397
Hotelling's trace	0,044	1,146 ^a	5,000	129,000	0,340	0,043	5,730	0,397
Roy's largest root	0,044	1,146 ^a	5,000	129,000	0,340	0,043	5,730	0,397

a. Exact statistic

b. Computed using alpha = ,05

Table 9: Multivariate test results

Univariate Test Results

Source		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Contrast	Comp	0,336	1	0,336	0,696	0,406	0,005	0,696	0,132
	PS	0,008	1	0,008	0,015	0,903	0,000	0,015	0,052
	Ina	0,361	1	0,361	0,632	0,428	0,005	0,632	0,124
	Yiel	4,487	1	4,487	4,166	0,043	0,030	4,166	0,526
	Cont	0,717	1	0,717	1,508	0,222	0,011	1,508	0,230
Error	Comp	64,212	133	0,483					
	PS	72,984	133	0,549					
	Ina	75,943	133	0,571					
	Yiel	143,247	133	1,077					
	Cont	63,217	133	0,475					

a. Computed using alpha = ,05

Table 10: Univariate test results 'control'

6.4 - Output Trust

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	35,600
F	2,277
df1	15
df2	70368,044
Sig.	0,003

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept + Trust

Table 1: Box's M Test

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Std. Error
Trust	136	0	1	0,52	0,501	-0,089	0,208	-2,022 0,413
Comp	136	1	5	4,03	1,047	-1,043	0,208	0,404 0,413
PS	135	1	5	4,05	0,941	-1,086	0,209	0,973 0,414
Ina	136	1,0	4,5	2,298	0,8743	0,547	0,208	-0,070 0,413
Yiel	136	1	5	3,36	1,178	-0,045	0,208	-1,286 0,413
Cont	136	1,0	5,0	3,180	0,8043	0,067	0,208	-0,414 0,413
Valid N (listwise)	135							

Table 2: Descriptive statistics

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Comp	Based on Mean	0,404	1	133	0,526
	Based on Median	0,186	1	133	0,667
	Based on Median and with adjusted df	0,186	1	124,814	0,667
	Based on trimmed mean	0,457	1	133	0,500
PS	Based on Mean	0,474	1	133	0,492
	Based on Median	1,516	1	133	0,220
	Based on Median and with adjusted df	1,516	1	133,000	0,220
	Based on trimmed mean	0,756	1	133	0,386
Ina	Based on Mean	3,699	1	133	0,057
	Based on Median	4,714	1	133	0,032
	Based on Median and with adjusted df	4,714	1	131,262	0,032
	Based on trimmed mean	4,095	1	133	0,045
Yiel	Based on Mean	3,614	1	133	0,059
	Based on Median	1,159	1	133	0,284
	Based on Median and with adjusted df	1,159	1	124,657	0,284
	Based on trimmed mean	3,463	1	133	0,065
Cont	Based on Mean	1,383	1	133	0,242
	Based on Median	1,267	1	133	0,262
	Based on Median and with adjusted df	1,267	1	131,269	0,262
	Based on trimmed mean	1,463	1	133	0,229

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Trust

Table 3: Levene's test



Table 4: Linearity

Correlations

		Trust	Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Trust	Pearson	1	,323**	,227**	-0,163	-0,133	-0,097
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,008	0,058	0,124	0,260
	N	136	136	135	136	136	136
Comp	Pearson	,323**	1	,764**	-,358**	-,297**	0,011
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,000	0,000	0,897
	N	136	136	135	136	136	136
PS	Pearson	,227**	,764**	1	-,498**	-,198*	0,061
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	0,008	0,000		0,000	0,021	0,481
	N	135	135	135	135	135	135
Ina	Pearson	-0,163	-,358**	-,498**	1	0,154	-0,058
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	0,058	0,000	0,000		0,074	0,499
	N	136	136	135	136	136	136
Yiel	Pearson	-0,133	-,297**	-,198*	0,154	1	,353**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	0,124	0,000	0,021	0,074		0,000
	N	136	136	135	136	136	136
Cont	Pearson	-0,097	0,011	0,061	-0,058	,353**	1
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	0,260	0,897	0,481	0,499	0,000	
	N	136	136	135	136	136	136

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Table 5: Bivariate correlations

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^f
Corrected Model	Comp	14,947 ^a	1	14,947	15,061	0,000	0,102	15,061	0,971
	PS	6,127 ^b	1	6,127	7,243	0,008	0,052	7,243	0,762
	Ina	2,815 ^c	1	2,815	3,732	0,056	0,027	3,732	0,483
	Yiel	3,214 ^d	1	3,214	2,323	0,130	0,017	2,323	0,328
	Cont	,662 ^e	1	0,662	1,032	0,312	0,008	1,032	0,172
Intercept	Comp	2167,717	1	2167,717	2184,357	0,000	0,943	2184,357	1,000
	PS	2204,705	1	2204,705	2606,222	0,000	0,951	2606,222	1,000
	Ina	714,193	1	714,193	946,724	0,000	0,877	946,724	1,000
	Yiel	1529,880	1	1529,880	1105,831	0,000	0,893	1105,831	1,000
	Cont	1373,165	1	1373,165	2141,754	0,000	0,942	2141,754	1,000
Trust	Comp	14,947	1	14,947	15,061	0,000	0,102	15,061	0,971
	PS	6,127	1	6,127	7,243	0,008	0,052	7,243	0,762
	Ina	2,815	1	2,815	3,732	0,056	0,027	3,732	0,483
	Yiel	3,214	1	3,214	2,323	0,130	0,017	2,323	0,328
	Cont	0,662	1	0,662	1,032	0,312	0,008	1,032	0,172
Error	Comp	131,987	133	0,992					
	PS	112,510	133	0,846					
	Ina	100,333	133	0,754					
	Yiel	184,001	133	1,383					
	Cont	85,272	133	0,641					
Total	Comp	2331,000	135						
	PS	2335,000	135						
	Ina	815,000	135						
	Yiel	1714,000	135						
	Cont	1458,750	135						
Corrected Total	Comp	146,933	134						
	PS	118,637	134						
	Ina	103,148	134						
	Yiel	187,215	134						
	Cont	85,933	134						

a. R Squared = ,102 (Adjusted R Squared = ,095)

b. R Squared = ,052 (Adjusted R Squared = ,045)

c. R Squared = ,027 (Adjusted R Squared = ,020)

d. R Squared = ,017 (Adjusted R Squared = ,010)

e. R Squared = ,008 (Adjusted R Squared = ,000)

f. Computed using alpha = ,05

Table 5: MANOVA analysis (separate strategies)

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Corrected Model	Cooperation	2,008 ^a	1	2,008	4,934	0,028	0,036	4,934	0,597
	Competition	1,643 ^b	1	1,643	5,095	0,026	0,037	5,095	0,611
Intercept	Cooperation	1958,528	1	1958,528	4811,852	0,000	0,973	4811,852	1,000
	Competition	1021,893	1	1021,893	3168,630	0,000	0,959	3168,630	1,000
Trust	Cooperation	2,008	1	2,008	4,934	0,028	0,036	4,934	0,597
	Competition	1,643	1	1,643	5,095	0,026	0,037	5,095	0,611
Error	Cooperation	54,541	134	0,407					
	Competition	43,215	134	0,323					
Total	Cooperation	2024,444	136						
	Competition	1065,125	136						
Corrected Total	Cooperation	56,549	135						
	Competition	44,858	135						

a. R Squared = ,036 (Adjusted R Squared = ,028)

b. R Squared = ,037 (Adjusted R Squared = ,029)

c. Computed using alpha = ,05

Table 6: MANOVA analysis (cooperative/competitive categories)

Contrast Results (K Matrix)

		Dependent Variable	
Trust Simple Contrast ^a		Cooperation	Competition
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	-0,243	0,220
	Hypothesized Value	0	0
Level 2	Difference (Estimate - Hypothesized)	-0,243	0,220
	Std. Error	0,110	0,097
	Sig.	0,028	0,026
	95% Lower Bound	-0,460	0,027
	Confidence Upper Bound Interval for Difference	-0,027	0,413

a. Reference category = 2

Table 7: Contrast results (cooperative/competitive category)

Contrast Results (K Matrix)

Trust Simple Contrast ^a		Dependent Variable				
		Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	-0,666	-0,426	0,289	0,309	0,140
	Hypothesized Value	0	0	0	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	-0,666	-0,426	0,289	0,309	0,140
	Std. Error	0,172	0,158	0,150	0,203	0,138
	Sig.	0,000	0,008	0,056	0,130	0,312
	95% Lower Confidence Bound	-1,005	-0,740	-0,007	-0,092	-0,133
	Interval for Difference Upper Bound	-0,327	-0,113	0,585	0,710	0,413

a. Reference category = 2

Table 8: Contrast results (separate strategies)

Multivariate Test Results

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Pillai's trace	0,116	3,387 ^a	5,000	129,000	0,007	0,116	16,937	0,895
Wilks' lambda	0,884	3,387 ^a	5,000	129,000	0,007	0,116	16,937	0,895
Hotelling's trace	0,131	3,387 ^a	5,000	129,000	0,007	0,116	16,937	0,895
Roy's largest root	0,131	3,387 ^a	5,000	129,000	0,007	0,116	16,937	0,895

a. Exact statistic

b. Computed using alpha = ,05

Table 9: Multivariate test results

Univariate Test Results

Source		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Contrast	Comp	14,947	1	14,947	15,061	0,000	0,102	15,061	0,971
	PS	6,127	1	6,127	7,243	0,008	0,052	7,243	0,762
	Ina	2,815	1	2,815	3,732	0,056	0,027	3,732	0,483
	Yiel	3,214	1	3,214	2,323	0,130	0,017	2,323	0,328
	Cont	0,662	1	0,662	1,032	0,312	0,008	1,032	0,172
Error	Comp	131,987	133	0,992					
	PS	112,510	133	0,846					

Ina	100,333	133	0,754
Yiel	184,001	133	1,383
Cont	85,272	133	0,641

a. Computed using alpha = ,05

Table 10: Univariate test results 'trust'

6.5 – Output gender

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	34,579
F	2,213
df1	15
df2	71748,360
Sig.	0,004

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept + Gender

Table 1: Box's M test

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
Gender	136	1	2	1,49	0,502	0,060	-2,026
Comp	136	2,3333	5,0000	4,0931	0,6109	-0,370	-0,233
PS	136	2,0000	5,0000	4,0882	0,5462	-0,353	0,779
Ina	136	1,0000	4,0000	2,1850	0,5661	0,351	0,355
Yiel	136	1,3333	5,0000	3,5711	0,8052	-0,314	-0,375
Cont	136	1,8333	5,1667	3,1838	0,5753	0,310	0,282
Valid N (listwise)	136						

Table 2: Descriptive statistics

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Comp	Based on Mean	11,332	1	134	0,001
	Based on Median	10,723	1	134	0,001

	Based on Median and with adjusted df	10,723	1	130,945	0,001
	Based on trimmed mean	11,074	1	134	0,001
PS	Based on Mean	6,965	1	134	0,009
	Based on Median	6,533	1	134	0,012
	Based on Median and with adjusted df	6,533	1	130,436	0,012
	Based on trimmed mean	6,480	1	134	0,012
Ina	Based on Mean	2,051	1	134	0,154
	Based on Median	2,146	1	134	0,145
	Based on Median and with adjusted df	2,146	1	129,049	0,145
	Based on trimmed mean	2,067	1	134	0,153
Yiel	Based on Mean	1,731	1	134	0,191
	Based on Median	1,848	1	134	0,176
	Based on Median and with adjusted df	1,848	1	131,422	0,176
	Based on trimmed mean	1,716	1	134	0,192
Cont	Based on Mean	1,301	1	134	0,256
	Based on Median	0,951	1	134	0,331
	Based on Median and with adjusted df	0,951	1	114,159	0,332
	Based on trimmed mean	1,221	1	134	0,271

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Gender

Table 3: Levene's Test

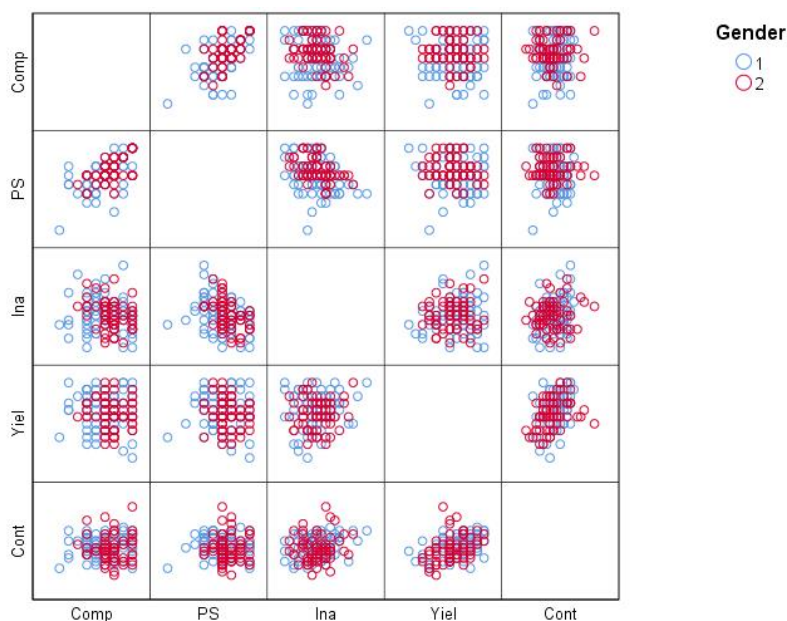


Table 4: Linearity

Correlations

		Gender	Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Gender	Pearson Correlation	1	,222**	,212*	0,007	-0,117	-0,106
	Sig. (2-tailed)		0,009	0,013	0,931	0,176	0,219
	N	136	136	136	136	136	136
Comp	Pearson Correlation	,222**	1	,651**	-0,157	-0,057	0,029
	Sig. (2-tailed)	0,009		0,000	0,067	0,509	0,734
	N	136	136	136	136	136	136
PS	Pearson Correlation	,212*	,651**	1	-,339**	-0,085	-0,044
	Sig. (2-tailed)	0,013	0,000		0,000	0,322	0,610
	N	136	136	136	136	136	136
Ina	Pearson Correlation	0,007	-0,157	-,339**	1	0,112	,198*
	Sig. (2-tailed)	0,931	0,067	0,000		0,193	0,021
	N	136	136	136	136	136	136
Yiel	Pearson Correlation	-0,117	-0,057	-0,085	0,112	1	,402**
	Sig. (2-tailed)	0,176	0,509	0,322	0,193		0,000
	N	136	136	136	136	136	136
Cont	Pearson Correlation	-0,106	0,029	-0,044	,198*	,402**	1
	Sig. (2-tailed)	0,219	0,734	0,610	0,021	0,000	
	N	136	136	136	136	136	136

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Table 5: Bivariate correlations

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^f
Corrected Model	Comp	2,484 ^a	1	2,484	6,951	0,009	0,049	6,951	0,745
	PS	1,811 ^b	1	1,811	6,309	0,013	0,045	6,309	0,703
	Ina	,002 ^c	1	0,002	0,007	0,931	0,000	0,007	0,051
	Yiel	1,190 ^d	1	1,190	1,847	0,176	0,014	1,847	0,271
	Cont	,503 ^e	1	0,503	1,525	0,219	0,011	1,525	0,232
Intercept	Comp	2280,968	1	2280,968	6382,104	0,000	0,979	6382,104	1,000
	PS	2274,866	1	2274,866	7925,192	0,000	0,983	7925,192	1,000
	Ina	648,836	1	648,836	2009,932	0,000	0,937	2009,932	1,000
	Yiel	1730,183	1	1730,183	2685,089	0,000	0,952	2685,089	1,000
	Cont	1375,856	1	1375,856	4173,081	0,000	0,969	4173,081	1,000
Gender	Comp	2,484	1	2,484	6,951	0,009	0,049	6,951	0,745
	PS	1,811	1	1,811	6,309	0,013	0,045	6,309	0,703

	Ina	0,002	1	0,002	0,007	0,931	0,000	0,007	0,051
	Yiel	1,190	1	1,190	1,847	0,176	0,014	1,847	0,271
	Cont	0,503	1	0,503	1,525	0,219	0,011	1,525	0,232
Error	Comp	47,892	134	0,357					
	PS	38,464	134	0,287					
	Ina	43,257	134	0,323					
	Yiel	86,345	134	0,644					
	Cont	44,180	134	0,330					
Total	Comp	2328,889	136						
	PS	2313,333	136						
	Ina	692,583	136						
	Yiel	1821,889	136						
	Cont	1423,278	136						
Corrected Total	Comp	50,376	135						
	PS	40,275	135						
	Ina	43,260	135						
	Yiel	87,535	135						
	Cont	44,682	135						

a. R Squared = ,049 (Adjusted R Squared = ,042)

b. R Squared = ,045 (Adjusted R Squared = ,038)

c. R Squared = ,000 (Adjusted R Squared = -,007)

d. R Squared = ,014 (Adjusted R Squared = ,006)

e. R Squared = ,011 (Adjusted R Squared = ,004)

f. Computed using alpha = ,05

Table 6: MANOVA analysis (separate strategies)

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Corrected Model	Cooperation	,372 ^a	1	0,372	2,082	0,151	0,015	2,082	0,299
	Competition	,109 ^b	1	0,109	0,556	0,457	0,004	0,556	0,115
Intercept	Cooperation	2086,983	1	2086,983	11665,393	0,000	0,989	11665,393	1,000
	Competition	978,588	1	978,588	4999,236	0,000	0,974	4999,236	1,000
Gender	Cooperation	0,372	1	0,372	2,082	0,151	0,015	2,082	0,299
	Competition	0,109	1	0,109	0,556	0,457	0,004	0,556	0,115

Error	Cooperation	23,973	13	0,179
			4	
	Competition	26,230	13	0,196
			4	
Total	Cooperation	2111,4	13	
		94	6	
	Competition	1006,3	13	
		82	6	
Corrected Total	Cooperation	24,346	13	
			5	
	Competition	26,339	13	
			5	

a. R Squared = ,015 (Adjusted R Squared = ,008)

b. R Squared = ,004 (Adjusted R Squared = -,003)

c. Computed using alpha = ,05

Table 7: MANOVA analysis (cooperative/competitive categories)

Contrast Results (K Matrix)

		Dependent Variable	
Gender Simple Contrast ^a		Cooperation	Competition
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	-0,105	0,057
	Hypothesized Value	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	-0,105	0,057
	Std. Error	0,073	0,076
	Sig.	0,151	0,457
	95% Confidence Interval for Difference		
	Lower Bound	-0,248	-0,094
	Upper Bound	0,039	0,207

a. Reference category = 2

Table 8: contrast results 'gender' (cooperative/competitive category)

Contrast Results (K Matrix)

		Dependent Variable				
Gender Simple Contrast ^a		Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	-0,270	-0,231	-0,008	0,187	0,122
	Hypothesized Value	0	0	0	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	-0,270	-0,231	-0,008	0,187	0,122
	Std. Error	0,103	0,092	0,097	0,138	0,099
	Sig.	0,009	0,013	0,931	0,176	0,219

95% Confidence Interval for Difference	Lower Bound	-0,473	-0,413	-0,201	-0,085	-0,073
	Upper Bound	-0,068	-0,049	0,184	0,460	0,316

a. Reference category = 2

Table 9: Contrast result 'gender'(separate strategies)

Multivariate Test Results

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Pillai's trace	0,082	2,311 ^a	5,000	130,000	0,048	0,082	11,557	0,729
Wilks' lambda	0,918	2,311 ^a	5,000	130,000	0,048	0,082	11,557	0,729
Hotelling's trace	0,089	2,311 ^a	5,000	130,000	0,048	0,082	11,557	0,729
Roy's largest root	0,089	2,311 ^a	5,000	130,000	0,048	0,082	11,557	0,729

a. Exact statistic

b. Computed using alpha = ,05

Table 10: Multivariate test results

Univariate Test Results

Source		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Contrast	Comp	2,484	1	2,484	6,951	0,009	0,049	6,951	0,745
	PS	1,811	1	1,811	6,309	0,013	0,045	6,309	0,703
	Ina	0,002	1	0,002	0,007	0,931	0,000	0,007	0,051
	Yiel	1,190	1	1,190	1,847	0,176	0,014	1,847	0,271
	Cont	0,503	1	0,503	1,525	0,219	0,011	1,525	0,232
Error	Comp	47,892	134	0,357					
	PS	38,464	134	0,287					
	Ina	43,257	134	0,323					
	Yiel	86,345	134	0,644					
	Cont	44,180	134	0,330					

a. Computed using alpha = ,05

Table 11: Univariate test results

6.6 – Output study

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	14,294
F	0,915
df1	15
df2	70143,314
Sig.	0,547

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept + Study

Table 1: Box's M test

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
Study	136	1	2	1,47	0,501	0,119	-2,016
Comp	136	2,3333	5,0000	4,0931	0,6109	-0,370	-0,233
PS	136	2,0000	5,0000	4,0882	0,5462	-0,353	0,779
Ina	136	1,0000	4,0000	2,1850	0,5661	0,351	0,355
Yiel	136	1,3333	5,0000	3,5711	0,8052	-0,314	-0,375
Cont	136	1,8333	4,6667	3,1605	0,5568	0,082	-0,413
Valid N (listwise)	136						

Table 2: Descriptive statistics

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Comp	Based on Mean	0,877	1	134
	Based on Median	0,864	1	134
	Based on Median and with adjusted df	0,864	1	133,801
	Based on trimmed mean	0,934	1	134

PS	Based on Mean	1,689	1	134	0,196
	Based on Median	2,393	1	134	0,124
	Based on Median and with adjusted df	2,393	1	132,322	0,124
	Based on trimmed mean	1,919	1	134	0,168
Ina	Based on Mean	0,938	1	134	0,334
	Based on Median	0,922	1	134	0,339
	Based on Median and with adjusted df	0,922	1	133,999	0,339
	Based on trimmed mean	1,011	1	134	0,317
Yiel	Based on Mean	0,324	1	134	0,570
	Based on Median	0,398	1	134	0,529
	Based on Median and with adjusted df	0,398	1	133,724	0,529
	Based on trimmed mean	0,388	1	134	0,534
Cont	Based on Mean	0,314	1	134	0,576
	Based on Median	0,376	1	134	0,541
	Based on Median and with adjusted df	0,376	1	133,999	0,541
	Based on trimmed mean	0,322	1	134	0,571

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Study

Table 3: Levene's test

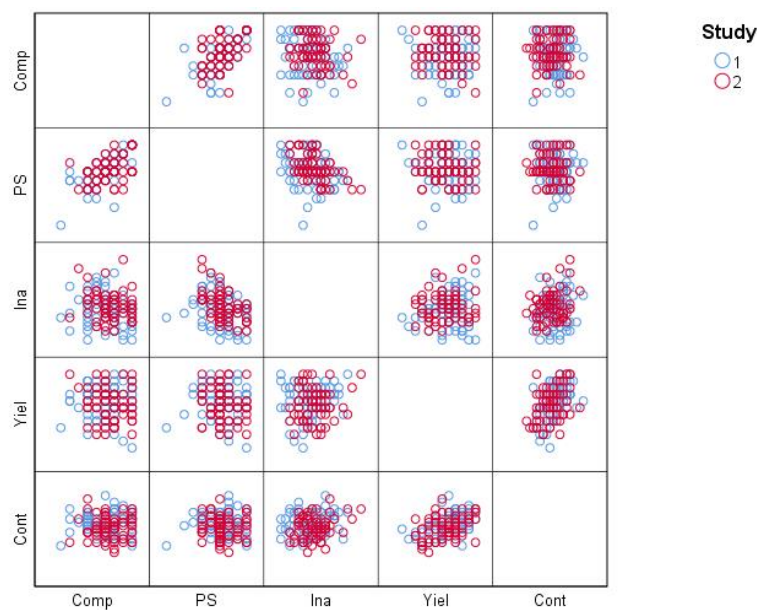


Table 4: Linearity

Correlations

		Study	Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Study	Pearson Correlation	1	0,122	0,037	0,126	-0,090	-0,162
	Sig. (2-tailed)		0,157	0,672	0,144	0,299	0,059
	N	136	136	136	136	136	136
Comp	Pearson Correlation	0,122	1	,651**	-0,157	-0,057	-0,015
	Sig. (2-tailed)	0,157		0,000	0,067	0,509	0,860
	N	136	136	136	136	136	136
PS	Pearson Correlation	0,037	,651**	1	-,339**	-0,085	-0,042
	Sig. (2-tailed)	0,672	0,000		0,000	0,322	0,631
	N	136	136	136	136	136	136
Ina	Pearson Correlation	0,126	-0,157	-,339**	1	0,112	,186*
	Sig. (2-tailed)	0,144	0,067	0,000		0,193	0,030
	N	136	136	136	136	136	136
Yiel	Pearson Correlation	-0,090	-0,057	-0,085	0,112	1	,435**
	Sig. (2-tailed)	0,299	0,509	0,322	0,193		0,000
	N	136	136	136	136	136	136
Cont	Pearson Correlation	-0,162	-0,015	-0,042	,186*	,435**	1
	Sig. (2-tailed)	0,059	0,860	0,631	0,030	0,000	
	N	136	136	136	136	136	136

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Table 5: Bivariate correlations

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^f
Corrected Model	Comp	,749 ^a	1	0,749	2,024	0,157	0,015	2,024	0,292
	PS	,054 ^b	1	0,054	0,180	0,672	0,001	0,180	0,071
	Ina	,687 ^c	1	0,687	2,161	0,144	0,016	2,161	0,309
	Yiel	,704 ^d	1	0,704	1,086	0,299	0,008	1,086	0,179
	Cont	1,101 ^e	1	1,101	3,620	0,059	0,026	3,620	0,472
Intercept	Comp	2275,485	1	2275,485	6144,215	0,000	0,979	6144,215	1,000
	PS	2266,495	1	2266,495	7551,136	0,000	0,983	7551,136	1,000
	Ina	649,559	1	649,559	2044,514	0,000	0,938	2044,514	1,000
	Yiel	1724,253	1	1724,253	2660,896	0,000	0,952	2660,896	1,000
	Cont	1349,266	1	1349,266	4436,310	0,000	0,971	4436,310	1,000
Study	Comp	0,749	1	0,749	2,024	0,157	0,015	2,024	0,292
	PS	0,054	1	0,054	0,180	0,672	0,001	0,180	0,071

	Ina	0,687	1	0,687	2,161	0,144	0,016	2,161	0,309
	Yiel	0,704	1	0,704	1,086	0,299	0,008	1,086	0,179
	Cont	1,101	1	1,101	3,620	0,059	0,026	3,620	0,472
Error	Comp	49,626	134	0,370					
	PS	40,220	134	0,300					
	Ina	42,573	134	0,318					
	Yiel	86,832	134	0,648					
	Cont	40,755	134	0,304					
Total	Comp	2328,889	136						
	PS	2313,333	136						
	Ina	692,583	136						
	Yiel	1821,889	136						
	Cont	1400,361	136						
Corrected Total	Comp	50,376	135						
	PS	40,275	135						
	Ina	43,260	135						
	Yiel	87,535	135						
	Cont	41,856	135						

a. R Squared = ,015 (Adjusted R Squared = ,008)

b. R Squared = ,001 (Adjusted R Squared = -,006)

c. R Squared = ,016 (Adjusted R Squared = ,009)

d. R Squared = ,008 (Adjusted R Squared = ,001)

e. R Squared = ,026 (Adjusted R Squared = ,019)

f. Computed using alpha = ,05

Table 6: MANOVA analysis (separate strategies)

Tests of Between-Subjects Effects

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^c
Corrected Model	Cooperation	,007 ^a	1	0,007	0,041	0,840	0,000	0,041	0,055
	Competition	,001 ^b	1	0,001	0,006	0,940	0,000	0,006	0,051
Intercept	Cooperation	2080,390	1	2080,390	11454,145	0,000	0,988	11454,145	1,000
	Competition	976,776	1	976,776	4969,572	0,000	0,974	4969,572	1,000
Study	Cooperation	0,007	1	0,007	0,041	0,840	0,000	0,041	0,055
	Competition	0,001	1	0,001	0,006	0,940	0,000	0,006	0,051
Error	Cooperation	24,338	134	0,182					
	Competition	26,338	134	0,197					
Total	Cooperation	2111,494	136						
	Competition	1006,382	136						
Corrected Total	Cooperation	24,346	135						
	Competition	26,339	135						

a. R Squared = ,000 (Adjusted R Squared = -,007)

b. R Squared = ,000 (Adjusted R Squared = -,007)

c. Computed using alpha = ,05

Table 7: MANOVA analysis (cooperative/competitive strategy)

Contrast Results (K Matrix)

Study Simple Contrast ^a		Dependent Variable	
		Cooperation	Competition
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	-0,015	-0,006
	Hypothesized Value	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	-0,015	-0,006
	Std. Error	0,073	0,076
	Sig.	0,840	0,940
	95% Confidence Interval for Difference		
	Lower Bound	-0,160	-0,156
	Upper Bound	0,130	0,145

a. Reference category = 2

Table 8: Contrast result 'study' (cooperative/competitive category)

Contrast Results (K Matrix)

Study Simple Contrast ^a		Dependent Variable				
		Comp	PS	Ina	Yiel	Cont
Level 1 vs. Level 2	Contrast Estimate	-0,149	-0,040	-0,142	0,144	0,180
	Hypothesized Value	0	0	0	0	0
	Difference (Estimate - Hypothesized)	-0,149	-0,040	-0,142	0,144	0,180
	Std. Error	0,105	0,094	0,097	0,138	0,095
	Sig.	0,157	0,672	0,144	0,299	0,059
	95% Confidence Interval for Difference					
	Lower Bound	-0,356	-0,226	-0,334	-0,129	-0,007
	Upper Bound	0,058	0,146	0,049	0,418	0,368

a. Reference category = 2

Table 9: Contrast results 'study' (separate strategies)

Multivariate Test Results

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Pillai's trace	0,073	2,061 ^a	5,000	130,000	0,074	0,073	10,304	0,671
Wilks' lambda	0,927	2,061 ^a	5,000	130,000	0,074	0,073	10,304	0,671
Hotelling's trace	0,079	2,061 ^a	5,000	130,000	0,074	0,073	10,304	0,671
Roy's largest root	0,079	2,061 ^a	5,000	130,000	0,074	0,073	10,304	0,671

a. Exact statistic

b. Computed using alpha = ,05

Table 10: Multivariate test results

Univariate Test Results

Source		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^a
Contrast	Comp	0,749	1	0,749	2,024	0,157	0,015	2,024	0,292
	PS	0,054	1	0,054	0,180	0,672	0,001	0,180	0,071
	Ina	0,687	1	0,687	2,161	0,144	0,016	2,161	0,309
	Yiel	0,704	1	0,704	1,086	0,299	0,008	1,086	0,179
	Cont	1,101	1	1,101	3,620	0,059	0,026	3,620	0,472
Error	Comp	49,626	134	0,370					
	PS	40,220	134	0,300					
	Ina	42,573	134	0,318					
	Yiel	86,832	134	0,648					
	Cont	40,755	134	0,304					

a. Computed using alpha = ,05

Table 11: Univariate test results

Appendix 7: Coding interview

Transcript – Hospital A

27th May, 11:00 – 11:42

Valerie: Ik zal mezelf eerst kort voorstellen. Ik ben Valerie Boon en nu studeer Strategisch Management aan de Radboud, een master. En schrijf nu mijn scriptie en die schrijf ik over de samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. En ja ik leer heel veel over allianties en samenwerkingsverbanden, maar dat zit veel op de profit sector en grote corporates. Toen dacht ik ja ik vind het eigenlijk wel leuk om in de zorg onderzoek te doen, want ja dat is voor mij helemaal nieuw, dus om daar naar te kijken. En ik moest daar natuurlijk wel echt specifiek iets in uitkiezen en ik doe onderzoek naar de responsstrategieën die die managers in ziekenhuizen gebruiken in de samenwerking met zorgverzekeraars. Een responsstrategie is eigenlijk gewoon een manier van reageren op een bepaalde situatie. Nou dat kan heel constructief dat je de banden goed houdt of juist destructief dat je eigenlijk zo snel mogelijk het wil beëindigen. Nou en er zijn er dan 7 verschillende. En uhm ik zal ik zal daar niet direct vragen van welke strategie gebruik je? Want dat is heel lastig natuurlijk. Maar ik ga meer kijken welke situaties komen jullie nou tegen en welke invloed heeft dat op de samenwerking. Want het is meer voor mij, ik heb al onderzoek gedaan, uhm kwantitatief, dus het is meer voor mij om het beter in de context te plaatsen. Straks in de discussie.

Valerie: Ik heb eerst eigenlijk wat algemene vragen.

1. Wat is je functie binnen het salesteam van ‘ziekenhuis A’?

Respondent: Uhm nou wij zijn georganiseerd in het salesteam en het salesteam bestaat ook uit een voorzitter; dat is de manager finance van het ziekenhuis. Uhm, en in het salesteam zitten drie mensen net zoals ik sales controllers, uhm en wij zijn verantwoordelijk voor eigenlijk het hele proces van relatiemanagement tot en met de strategie bedenken voor volgend jaar, de raad van bestuur daarin mee te nemen, en daar zitten ook dokters in het salesteam aangezien je natuurlijk een organisatie bent met het ziekenhuis en de dokters en dat zijn eigenlijk ook ondernemers dus en je onderhandeld maar één keer voor het hele integrale pakket. Uh dus je wil dat in gezamenlijkheid doen met hun, daarom zitten zij ook, vertegenwoordigen het salesteam. Uh en er zit ook iemand in van kwaliteit en veiligheid, omdat de randvoorwaarden natuurlijk wel goed moeten zijn voordat het natuurlijk uiteindelijk over het financiële verhaal gaat. En wij zitten in het proces met onderhandelen met de zorgverzekeraars, gaat het verhaal over de euro's, maar de kwaliteit moet natuurlijk goed zijn. Je moet een veiligheidsmanagement systeem hebben en indicatoren goed aanleveren en goed op scoren. Dus zeg maar mijn rol daarin, is het financiële proces, daar zijn wij vooral mee bezig, maar ook gedurende het jaar het hele proces van kijken naar hoe ontwikkelt zich de zorg, uh wat zijn de prognoses en vervolgens hoe moeten we daar op anticiperen, ook met landelijke kaders die er zijn. Dus dat is onze rol eigenlijk.

2. Valerie: Oke ja want mijn tweede vragen is zijn jullie werkzaamheden en verantwoordelijkheden in de relatie met de zorgverzekeraars? Want ja jij gaf aan je zit vooral op de euro's.

Respondent: Relatiemanagement, maar dat is, het voeren van de gesprekken, aanbieden van offertes, het nadenken over tegenreacties, de strategie uitwerken en dan met de zorgverzekeraar het gesprek aangaan en toetsen waar we uit kunnen komen en intern ook de raad van bestuur

daarin meenemen, van wat gebeurd daar, zitten we nog binnen wat we van de voren met elkaar hadden vastgesteld, het mandaat versus wat gebeurd er nou eigenlijk. Moeten we daarop bijsturen of niet. Dus ik zit feitelijk gewoon aan tafel met de verzekeraars. En we hebben het verdeeld, want we zijn natuurlijk met ondertussen acht inkopende partijen, dus een collega van mij doet er een aantal en ik doe er een aantal. En de derde collega die is iets meer van de data, maar ook in de gesprekken hebben we een rolverdeling gemaakt, zodat de ene keer iemand iets kan samenvatten en de ander kan nadenken. We hebben erover nagedacht hoe we het beste een gesprek kunnen voeren.

3. Valerie: Wanneer vinden de *onderhandelingen* met de zorgverzekeraars plaats?

Respondent: Over de euro's is eigenlijk september tot en met november. Eigenlijk moet al begin november, dan moet je eigenlijk al met je verzekeraars een akkoord hebben bereid, want zij zijn dan verplicht ons allemaal tijdig te informeren over bij welk ziekenhuis kun je terecht en bij welk ziekenhuis kun je ook terecht maar moet je misschien zelf iets betalen. Uhm, in de praktijk is dat niet zo. Maar iedereen vind het toch wel prettig als we toch eind november wel uh goed de kaders inzicht hebben. Maar niet ten koste van alles.

4. Valerie: Uhm, hoe ligt de balans tussen meerjarenafspraken en eenjarige afspraken met zorgverzekeraars bij 'ziekenhuis A'?

Respondent: Het is bij ons nog vooral éénjarige contracten met een aantal uitzonderingen, waar je of al een hele afspraak of wel een deel, vaak prijs, volume vaak die componenten en dat er zijn wel verzekeraars waar we bijvoorbeeld over de prijsontwikkeling al een afspraak hebben gemaakt voor twee jaar, uhm maar op de volumes nog niet. En daar zit een achtergrond achter, want als je meerjarenafspraak wil maken, moet je zelf ook voldoende zicht hebben op wat er gebeurd en uhm moet die ook in lijn met wat de verzekeraar wel. En uhm in onze lokale situatie, zie je dat, wij hebben een doorlopend strategie project van ons ziekenhuis en dat is een organisch proces. Dat is niet een stip op de horizon daar gaan we naar toe, van dat kunnen we dus gewoon mooi afspreken, maar dat is meer, uhm we willen bijdragen aan het gezondheidswelzijn van de patiënt en er zijn allemaal initiatieven en die proberen we niet allemaal in een keurslijf te duwen, we proberen iedereen te pionieren om dat doel te halen. En dat is redelijk innovatief, maar dat maakt de onderhandelingen wel. Ja wij willen de nullijn niet halen en we willen ook niet plus 1 afspreken. Daarnaast heb je nog allerlei omgevingsfactoren, ziekenhuis Bernhoven heeft een bepaalde strategie gekozen en afgesproken met verzekeraars uh dat heeft effect op onze populatie. Dan komen er meer mensen uit andere regio's naar ons. Uh zo zie je dus dat er een aantal aspecten, het voor ons niet passend is op zekere volumes meerjarenafspraken te maken.

4.1 Valerie: Uhm, en leggen jullie veel formeel vast of is het ook wel ja informeel? Zeg maar is alles gespecificeerd in contracten of ja je krijgt gewoon eigenlijk het geld en je bent vrij om..

Respondent: Ja je maakt met de verzekeraars contracten, daar staan heel veel juridische bepalingen in over verzekerde zorg, hoe declareer je, en hoe zitten afrekeningen in elkaar. En de daadwerkelijke afspraak die je maakt die is in eerste instantie echt op hoofdlijnen, dus daar dan heb je het over een groot bedrag en afhankelijk van de verzekeraar zitten daar nog een aantal specificaties onder. Uh, dat je bepaalde zorg X aantal keer een staaroperatie kan doen, nou specifiek spreken we het liever niet af. Of ja dat willen we eigenlijk niet. Want je het ene

jaar heb je wat meer die een nieuwe knie nodig hebben en wat minder staaroperaties nodig hebben. Je wil die vrijheid houden om gewoon zorg te kunnen bieden, waar de patiënt dat nodig heeft. Maar in de contracten staat wel echt vast: dit is het plafond, dit is de situatie als je daaroverheen gaat, dan krijg je nog dit vergoed en dit of uh zaken als we hebben een indicatie voor iets afgegeven maar, op bepaald moment kunnen we daar nog in overleg treden, dus de hoofdlijnen liggen echt wel in het contract. En de vrijheid daar binnen, dat ligt niet echt van uh we moeten 320 knieoperaties doen ofzo dat niet. Maar dat zijn wel in je onderhandelingen, uhm ja dan maak je gewoon afspraken met elkaar, die leg je heel goed vast en schets je soms contouren voor de toekomst, dat staat dan soms wel in mailwisselingen nog geschetst ofzo. Maar daar staat niet in een contract van oke met deze beweging doe je dit en dat betekent dan dat je daar volgend jaar ook baat bij hebt ofzo. Dat wordt niet formeel vastgelegd, dat zit meer op de relatie en op de lange termijnvisie wel hoor met elkaar gedeeld hebben en de concrete invulling komt dan wel.

5. Valerie: Uhm, ik heb een onderzoek gelezen over De Nederlandse Zorgautoriteit en ze gaven aan uhm dat jullie de ziekenhuis wat knelpunten ervaren in het contracteerproces en toen zeiden ze even kijken uh dat jullie ook best wel een afhankelijke onderhandelingspositie hebben. Ervaren jullie dat ook zelf als je aan tafel zit? Voel je je afhankelijk van de zorgverzekeraar of? Ik kwam aan de andere kant ook weer artikelen tegen die zeiden na ja dat is niet waar. Je bent gelijk.

Respondent: je bent eigenlijk, je zit in een afhankelijkheidspositie van elkaar. Van elkaar. De verzekeraar wil graag een contract met jou als ziekenhuis, zeker ook in uhm. De verzekeraar wil het liefst aangeven ik heb met alle ziekenhuizen goede contracten, voor de verzekerden, je krijgt overal goede zorg tegen een goede prijs. We hebben overal contracten kunnen sluiten. Dat is voor een verzekeraar fijn. Voor een ziekenhuis wil je natuurlijk ook graag contracten met die verzekeraars. Want als je geen contract hebt, dan moet je de patiënt echt belasten, de facturen naar de patiënt. Wij zitten in de trant, wij willen die patiënt voorop stellen dat betekent niet om een factuur van 5000 euro op de mat laten vallen die hij zelf moet indienen en dan krijgt hij misschien alles vergoed of niet. Dus je bent daar uhm, uhm, afhankelijk van elkaar. Ja en de ene zegt die heeft meer macht of die heeft meer macht, maar we proberen ons niet zo uh aan op te hangen. We proberen dat in gezamenlijkheid te zoeken naar iets te zoeken naar wat voor ons beide acceptabel is en dat is tot nu toe altijd gelukt en soms duurt dat wat langer en soms duurt dat minder lang. Dat is echt afhankelijk van de verzekeraars, soms nog van de persoon die aan tafel zit, en het beleid van de verzekeraar en ja je positie als ziekenhuis. Als jij een krimp laat zien, heb je misschien een makkelijker gesprek laat zien, maar als jij ziet dat er meer zorgvraag is van een bepaalde verzekeraars, ja, de verzekeraar zit in een spagaat van wij moeten dat we minder zorg consumeren in het ziekenhuis. Dat uh.

6. Valerie: Staat 'ziekenhuis A' in een regio met relatief veel andere zorgaanbieders? U sprak bijvoorbeeld net over Bernhoven.

Respondent: Ja wij zitten niet in uh een heel sterke concurrentie strijd. Wij zijn hier gewoon het enige ziekenhuis in Den Bosch, dat is er eentje en dan de andere liggen ook wel echt op een afstand. Je hebt natuurlijk grensgebieden waar mensen kunnen kiezen, maar dat is ja, maar wij hebben dat niet uh, geen grote concurrentie en wat kleinere zbc's voor specifieke onderdelen zoals oogheelkunde beetje orthopedie, uhm, ja. Maar anders dan in Rotterdam of uh of uh Amsterdam, waar heel veel ziekenhuizen bij elkaar liggen.

6.1 Valerie: Dus de concurrentie heeft ook niet echt invloed hier op de onderhandelingen met de zorgverzekeraar?

Respondent: Nee, nee dat heeft niet zo veel effect, af en toe een beetje. Zeg maar zo'n oogheelkunde kliniek zeggen daar hebben we nu meer gecontracteerd, dus we verwachten bij jullie minder. Maar laten we dat dan met elkaar monitoren, maar dat gaat op het geheel om bijna niks. En als je dan inderdaad werkelijk realisatie kijkt van wat doen we nou eigenlijk dan zien we het ook nog bijna niet terug, dus dan moeten we met de zorgverzekeraar in gesprek met wat gebeurd hier nou. Maar dat is maar heel klein. Maar we hebben wel, je ziet wel effect van zeg maar acties die omliggende ziekenhuizen nemen. Bij het Elisabeth twee steden, dat zijn natuurlijk twee ziekenhuizen aan beide kanten van Tilburg. Bij eentje gaat de spoedpost dicht, of is dicht, ja dan zie je wel meer patiënten uit die regio, die zeg maar op de grens zaten. Als dan die wat net voor jou interessant was, sluit, ja dan is in één keer Den Bosch dichterbij. Want als Bernhoven een ander beleid voert. Dus je ziet verschuivingen. Je ziet wel effecten van andere ziekenhuizen.

6.2 Valerie: En denk je dat het in de toekomst nog kan veranderen qua concurrentie?

Respondent: Ja ik denk wel, je ziet wat meer van die kleinere nou dat zijn ondertussen niet eens meer kleinere initiatieven, zoals bijvoorbeeld zo'n hartwacht Nederland. Op specifieke gebieden. Er gaat hier niet een heel nieuw ziekenhuis uit de grond gestampt worden want. Misschien is het hele concept van zo'n groot ziekenhuis met alles erin, is misschien al niet meer van deze tijd. Uhm, dus je ziet wel uh uh dat er concurrenten op veel gebiedje zullen komen en dat je daar ook op moet anticiperen.

6.3 Valerie: Uhm, ik was eigenlijk wel benieuwd: kan het ook zo zijn dat een ziekenhuis een zorgverzekeraar kan weigeren. Kijk we hebben gezien bij Slotervaart die gingen failliet omdat de zorgverzekeraar daar niet meer een contract wilde afsluiten. Maar kan het ook zo zijn, wij vinden het onredelijk wat jullie vragen, wij als ziekenhuis weigeren jullie?

Respondent: Wij hebben wel, dat hebben alle ziekenhuizen. Soms heb je wel echt pittige onderhandelingen, waar je gewoon eigenlijk heel simpel zegt, wat jullie ons aanbieden is voor ons niet mogelijk. Onder die condities kunnen we niet de zorg leveren aan jullie patiënten, dus wat gaan we doen. Uhm, om toch voor elkaar te krijgen dat, het is natuurlijk gewoon een organisatie met mensen die hier werken en patiënten die zorg ontvangen. En uhm net als in je huishouden als je te weinig inkomsten hebt versus de kosten die hebt, uhm, waar naar je natuurlijk moet kijken, hoe kan je die kosten zo gunstig mogelijk krijgen, daar zit een bepaalde grens dan kan het gewoon niet meer. Dus het is ja, dat is dan het punt in de onderhandeling. Maar echt, weet je, het gaat toch als je een verzekeraar, als je geen contract afsluit, dat is eigenlijk voor iedereen ongunstig. Je loopt toch een risico, het gaat toch snel over miljoenen, je pand staat er. En die verzekeraar wil ook gewoon die zorg goed gecontroleerd hebben voor z'n patiënten. Dus uh ja het is in gesprekken, het is niet zo dat je dat per definitie je tot een overeenstemming komt, maar er wordt wel tot het uiterste ingespannen om dat te kunnen doen.

7. Valerie: We komen nu bij een ander onderdeel, de ontwikkelingen in de omgeving. Wat voor invloed hebben nieuwe medische technische ontwikkelingen op de taken van het salesteam? Moeten jullie daar echt op inspelen?

Respondent: Ja nou eigenlijk als er nieuwe, wat je natuurlijk als salesteam wel doet: je verkoopt je zorg en als er grote ontwikkelingen significante ontwikkelingen zijn die ook van invloed zijn

op de dingen die je verkoopt op de prijs, of misschien wordt het wel net goedkoper als je het slimmer doet. Of je gaat andere zorg aanbieden, zeg maar wat grotere ontwikkelingen die bespreek je dan met een verzekeraar, waar het financiële effecten heeft probeer je het in de onderhandelingen op te nemen ergens. Waar het over inhoud gaat heb je andere momenten vaak bij kwaliteitsgesprekken met verzekeraars of uh we hebben ook kwaliteitsmiddagen dat laten zorg professionals zien waar ze mee bezig zijn wat de nieuwste ontwikkelingen zijn waar ze enthousiast van worden dat is helemaal niet financieel gedreven, gaat over inhoud. Uhm dat strategietraject, dat is natuurlijk ook een uhm groot iets. Daar probeer je de verzekeraar wel in mee te nemen. Wat wel ook grote invloed op de onderhandeling en de financiën heeft, zijn de ontwikkelingen in dure geneesmiddelen. Daar gaat natuurlijk heel snel heel veel geld in om en als er dan een nieuw middel komt en je hebt 10 patiënten die een ton per jaar kosten dan heb je een miljoen aan extra kosten dus die grote brokken worden echt wel bij verzekeraars onder de aandacht gebracht. Die weten zij ook, en dan probeer je een vorm van een afspraak te bedenken die recht doet aan die nieuwe ontwikkeling. Bijvoorbeeld dat je die nieuwe introducties van geneesmiddelen op nacalculatie afsprekt. Dus bijvoorbeeld, een soort van je wil de kosten in ieder geval gedekt hebben met die afspraak, want die risico's zijn veel te groot. Want als je dan 1 of 2 patiënten meer hebt gaat het meteen kei hard, en dat is niet meteen als 1 of 2 patiënten meer in een kliniek, ja dan moet de verpleegkundige ietsje harder lopen maar als je die geneesmiddelen zijn 1 op 1 kosten ook. Dus daar zoek je naar een manier om daar met goede afspraken te maken.

7.1 Valerie: uhm en voel je je dan ook iets meer afhankelijk van de zorgverzekeraar omdat je zeg maar echt met die hele grote getallen aan tafel zit?

Respondent. Ja, uhm je, ik denk dat je van belang is om je niet te afhankelijk te voelen maar ook te denken vanuit die verzekeraar die heeft ook een zorgplicht richting zijn of haar klanten. Dus als een verzekeraar nou dat geneesmiddel gaan we niet vergoeden, dan is de volgende vraag van god hoe gaan jullie je verzekeren, jullie patiënten daarover informeren en hoe kunnen wij ze daar informeren, waar moeten we ze naar toe sturen en ja het kan niet zo zijn dat de verzekeraar nee inderdaad dat doe ik niet, daar heb ik geen trek in om dat risico te nemen dus uh. Dat risico kun je als ziekenhuis niet overnemen dat moet je gewoon terug van god ja weet je we willen het graag doen voor jullie klanten. Maar als je niet bereid bent het op een passende manier in te kopen dat kunnen we het niet voor jullie doen. Dus ja, dus ook daar moet je denk ik gewoon zoeken naar hoe kun je hier samen een oplossing voor vinden, maar je kunt het niet zeg maar jouw probleem maken. Dat uh.

8. Valerie: En heeft de vergrijzing nog invloed op jullie taken?

Respondent: De landelijke kaders zijn best wel strak gemaakt, het hoofdlijnenakkoord uh voor de zorg, is in een X aantal jaar moeten we naar de nullijn in de zorg bieden, inclusief de ontwikkeling van dure geneesmiddelen dus eigenlijk per saldo moet er een krimp zijn in de zorg die je biedt, terwijl de zorgvraag toeneemt en dat is eigenlijk gewoon heel simpel. Er worden meer simpel ouder en de groep is groter en de oncologische zorg wordt groter. De technologieën worden beter waardoor mensen weer langer, dus er komt gewoon meer zorg op je af dan eigenlijk landen, dus dat heeft invloed, er is een spanningsveld dus je bent als organisatie verplicht om na te denken hoe krijgen wij dat nou georganiseerd en met je verzekeraar moet je in gesprek over hoe zit het in elkaar want in de praktijk zie je ook dat. Stel je doet met elkaar, inderdaad je realiseert die nullijn maar de ene verzekeraar zit op -1 en de

andere verzekeraar zit op +1. Dus die met die -1 zegt ik wil een afspraak met die -1 daar in vertaalt want je ziet minder patiënten van ons. Nou dat is terecht en die van +1 nee we hebben het hoofdlijnenakkoord we moeten naar de nullijn, dus het is een spanningsveld en dat is natuurlijk een combinatie tussen combinatie van ontwikkelingen van andere ziekenhuizen, van de omgeving, van de vergrijzing, van de nieuwe technologieën, van het netwerk, wat doet een huisarts, stuurt hij veel in of pakt hij het zelf nog op of uh, dus ja nee uh .

8.1 Valerie: Merk je dan ook dat je dus veel meer contact hebt of een betere samenwerking met de zorgverzekeraars in vergelijking met misschien 10 jaar geleden?

Respondent: Er wordt wel steeds, wij zetten als ziekenhuis nadrukkelijk in op het netwerk, de mensen en zorgverleners om ons heen, huisarts, verpleging, verzorgingssector, GGD, gemeentes om om ja je biedt zorg niet alleen, de patiënt zit gewoon in dat netwerk en daar zitten gewoon nog erg veel schotjes in de euro's en belangen ook. Dus ja we zoeken daar nadrukkelijk de samenwerking ook de regio met uh patiënten, burgers en andere zorgorganisaties. Om ook met elkaar te zorgen dat het past, dat de patiënt de goede zorg krijgt en er kunnen geen 10% meer patiënten in het ziekenhuis terecht met de landelijke kaders.

9. Valerie: Uhm, het hanteren van de onredelijke tarieven en contractvoorwaarden kwam als grootste klacht eigenlijk naar voren vanaf de ziekenhuizen. Uh dat is dat ook jullie mening of is er juist iets anders waar jullie eigenlijk juist het meest tegen aanlopen tijdens de onderhandelingen?

Respondent: Uhm, nou de gemiddelde opmerking van een verzekeraar tegen een ziekenhuis is jullie zijn te duur, dat is een soort standaard. Ik heb nog nooit een ziekenhuis gesproken waar dat niet zo wordt aangegeven. Je kunt daar dan zelf iets van vinden, maar te duur dat is al meteen een waardeoordeel, ja je bent misschien duurder dan gemiddeld of misschien goedkoper dan gemiddeld, dat kan best. Niet iedere organisatie is het zeilde, niet ieder pand is het zelf, niet iedere financiering van een pand is hetzelfde. Uhm, dus onredelijke tarieven ik denk dat je daar nog meer last van hebt van sectoren waar echt, bij ons wordt niet een contract onder de neus geduwd take it or leave it, Dat zie je bij huisartsen en bij fysiotherapeuten, dat soort zorg, die krijgen een contract doe het of niet. Hier merk je wel, in een ziekenhuis hier zit je gewoon in onderhandeling met elkaar bespreek je met elkaar, hoe zit die verhouding de volumeontwikkeling, hoeveel zorg biedt je, hoe zit je prijs in elkaar, totaal. Uh uh wat is de oorsprong daarvan en soms zeg je wel eens als je bereidt ben, om mij meer volume te laten bieden, kan ik iets aan die prijs doen, dus er is meer, dus op zich. Ja soms staan er wel eens eenzijdige contractvoorwaarden in en daar gaan we dan over in gesprek en dan bij de ene gaat dat makkelijker als bij de andere en bij de andere weet je die houden vast aan dit type afspraak, oke dan moeten wij dus andere condities zoeken die voor ons dan toch tot een acceptabele afspraak komen. Dus uh, weet hoe de verzekeraar in elkaar zit en wat hij belangrijk vindt en dat in het gesprek toetsen. Goh waar heb je nou wel ruimte wat zou je nou wel kunnen doen, wij kunnen nog dit en dit als jij nou dat kunt, dan, dan zo zoek je dan naar iets om er wel gezamenlijk uit te komen. Maar je hebt gewoon andere belangen, dus je hebt gewoon vaak een paar gesprekken en een beetje druk op de ketel nodig om net te zoeken waar zit een overlap waar je alle twee mee kunt leven. Tot nu toe is dat gelukt, en met die toename in zorgvraag gecombineerd met het hoofdlijnenakkoord met eigenlijk een krimp op zorg, ja daar gaat komende jaren nog wel ergens een groot spanningsveld ontstaan. En ergens gaat het een keer

mank of niet, of dan moeten er misschien oplossingen gevonden worden om de zorg anders te organiseren. Dat weten we nog niet precies vooraf.

10. Valerie: en als het budget uiteindelijk toch tegenvalt of misschien dus straks in de toekomst is het dan iets waar jullie zelf intern mee aan de slag moeten gaan van waar gaan we op bezuinigen of kan je dan toch nog gedurende het jaar we gaan toch nog eens een keer om de tafel met de zorgverzekeraar?

Respondent: Ja, dat zijn eigenlijk twee dingen. Je moet als organisatie, overal, of je nou een Unilever bent of een ziekenhuis hoe zit mijn proces in elkaar en waar gaan we het slimmer doen. Waar kan ik het beter maken op inhoud en financieel misschien wel zo slim en zo goedkoop mogelijk. Dat is eigenlijk een continue proces, daar moet je vooral niet mee starten op het moment dat er echt nood aan de man is, dat moet je continue doen. Uh dat doet een Unilever ook continu. Uh en de andere kant is, op het moment dat zich iets voor doet, waarbij de afspraak met de verzekeraar niet meer passend is voor de zorg die je biedt, dan is het afhankelijk van het contract dat je hebt in hoeverre je daar nog over in gesprek kunt. We proberen eigenlijk afspraken te maken waarin je eigenlijk niet meer met elkaar in gesprek hoeft waar je eigenlijk al aan de voorkant met elkaar afsprekt, stel dat het meer wordt dan krijg je nog X procent vergoed of dit stukje krijg je volledig betaald. Uhm, maar je hebt wel eens verzekeraars waar je echt gewoon een harde lijn met elkaar hebt afgesproken maar waar toch iets zich kan voor doen waardoor het niet meer passend is. Dan moet je opnieuw met elkaar in gesprek en dan heb je ook vaak wel pittige gesprekken, want laatste alternatief is om te zeggen nou ja de laatste maanden van het jaar dan kunnen een paar patiënten niet meer bij ons terecht. En dat gaan we niet doen voor spoed patiënten en dat gaan we niet voor oncologische patiënten of voor bestaand. Maar net die nieuwe inschrijvingen, die eigenlijk misschien wel relatief makkelijk elders terecht kan of 1 januari. Maar dat doen we idealiter niet, we gaan liever het gesprek aan, wat kan wel hoe lossen we het op. Hoe nemen we dat mee ook naar volgend jaar, en zit daar een mogelijkheid in. Want we willen niet aan de voorkant een bordje ophangen van u bent van verzekeraar X, 1 januari bent u van harte welkom. Dat ja, dat dat is vanuit onze gedacht, we denken vanuit de patiënt. Hoe is het voor een patiënt, gelijkheid, daar zijn ook wel verschillende visies, dat is altijd wel grappig om te zien. De een zit er harder in, die zegt we zijn gewoon een bedrijf en de ander zegt uh ja iedereen is hetzelfde dus ik wil geen keuze daarin maken dat kan niet. Maar ik denk dat samengevat, vinden we het noodzakelijk om goede afspraken met de verzekeraar te moeten hebben en ons noodscenario is echt daadwerkelijk nou ja ombuigen van patiënten, dan wel later plannen dan wel. Maar als het nodig is dan zal het echt een keer gebeuren.

10.1 Valerie: En uh je zei net al het kan effect hebben op de onderhandelingen voor volgend jaar. Ga je er dan nog stakker in of?

Respondent: Uhm, nou soms maak je al contouren van uh stel dat jij nou voor dit jaar nog dit voor ons kan betekenen of als we dat al kunnen vertalen richting volgend jaar, als je dit jaar een toename van marktaandeel ziet, en dan is niet de verwachting dat dat vanaf 1 januari helemaal weg is. Soms kun je dan nou als je dit jaar nog dit voor ons betekent en volgend jaar dat in de basis al goed zit, dan heb je al weer conform voor het jaar erop. Dat is natuurlijk voor een langere termijn, dus in die zin neem je het mee. En wat je meeneemt is je ervaring met een verzekeraar en hoe ze omgaan met bepaalde situaties, op het moment dat iemand echt mega strak is en je daardoor echt een knelpunt krijgt dan denk je volgend jaar dat moeten we dus

anders aanpakken daar moeten we anders op anticiperen. Dan moeten we dus aan de voorkant op een andere manier regelen, daar kun je vaak ook heel transparant in zijn van ja we willen niet meer in een pakket terecht komen van ja. Dus je houdt wel in je strategie per verzekeraar rekening met het gedrag wat je kent uit eerdere jaren.

11. Valerie: Kun je ook spreken van echt een goede werrelatie tussen het salesteam en de medewerkers van de zorgverzekeraars? Of zit je elkaar met andere mensen aan tafel?

Respondent: Dat is divers per verzekeraar. Een aantal zitten al jaren met dezelfde personen, en dat weet je dus ook veel meer hoe iemand acteert. Zeg maar hoe die verzekeraar acteert, maar ook de persoon en wat je kan verwachten en hoe je daarop kan inspelen. Daarom maken we ook vaak per verzekeraar een soort van strategie. Kijk onze hoofdlijn is natuurlijk hetzelfde voor iedereen, maar je weet soms van uh wat heeft die ander nodig om het ook intern verkocht te krijgen. Want zij moeten vaak intern nog, wat zij met ons afspreken ook kunnen verantwoorden en toelichten. En je leert in de jaren van welke verzekeraar wat daar in belangrijk vindt, dan wel dat vraag je in gesprekken. Je kunt ook gewoon vragen wat vinden jullie belangrijk. Dus het is divers. Je hebt ook verzekeraars waarbij je ieder jaar met iemand anders aan tafel zit. Ja goed, dat is soms wat ingewikkeld omdat je dan opnieuw. Ja dan ben je ook je historie kwijt. Je hebt soms al hele uitgebreide gesprekken gehad over bepaalde situaties, nou dan doe je dat nog een keer.

11.1 Valerie: Ja je gaf ook eerder aan, het verschilt ook echt per mens, wie je voor je hebt zitten?

Respondent: Ja het is ook gewoon een menselijke variatie denk ik. De een is heel zakelijk heel hard, de ander is toch meer op de persoon op de relatie. Je hebt natuurlijk ook, wat je in het begin zijn. Je kunt natuurlijk constructief met elkaar het gesprek aan gaan, of we staan soort van recht tegenover elkaar, we moeten iets met elkaar maar, nou ik denk dat wij er wel redelijk van overtuigd zijn dat een goede relatie bijdraagt aan het maken van afspraken.

12. Valerie: En is er dan ook genoeg vertrouwen? Kan me voorstellen er moet wel genoeg vertrouwen zijn omdat je ook afhankelijk van elkaar bent.

Respondent: Ja, vertrouwen vertrouwen. Tot op zekere hoogte.

12.1 Valerie: Je hebt wel zeg maar, als je met hun aan tafel zit vertrouwen in van we gaan er wel uitkomen aan het einde?

Respondent: Uuh, tot nu toe leert de ervaring wel dat we er altijd wel uitkomen. Dus, ja vertrouwen, vertrouwen dat is zo op welke manier he. Je hebt ook data, dan wissel je data met elkaar uit. Dan komt iedereen, we komen nooit met dezelfde data. Het gaat over dezelfde zorg die geleverd is. Ik denk dat er ook niet per se heel veel wantrouwen over elkaars data enzo is, je kijkt er soms wel anders naar. We hebben wel eens geprobeerd aan de voorkant dan de data zo goed met elkaar af te stemmen dat je geen discussie meer zou krijgen en dat werkt gewoon niet. We hebben andere belangen, wij willen meer dan dat de verzekeraar wil vergoeden, ja. En dan is het continue zoeken. Dus in die zin, ik denk er is geen sprake van wantrouwen, maar je hebt gewoon andere belangen. Dat moet je denk ik gewoon zo zien. Nou ja we hebben eigenlijk gewoon één gezamenlijk belang dat is dat de patiënt de beste zorg krijgt, maar financieel vertaalt zich dat dan even anders.

13. Valerie: De Nederlandse Zorgautoriteit gaf aan dat er soms wel eens eigenlijk tijdens de contracteerperiode, de communicatie dat die wordt ervaren, dat de zorgverzekeraar niet genoeg beschikbaar is of dat jullie toch niet voldoende elkaars taal spreken. Ervaar je dat zelf ook?

Respondent: Een andere taal valt wel mee. Je ziet soms dat de verzekeraars een soort van eigen methodiek hebben om iets uh. Bijvoorbeeld, dan heb je een landelijke loon prijsindex. Dan wordt er door onze landelijke koepels vastgesteld, dus dan eigenlijk een heel simpel percentage, en dan heb je een aantal verzekeraars die dan altijd iets gaan knutselen met verhoudingen. In een keer dan hebben ze een compleet ander percentage, ja in die zin dan denk je wel eens van hoezo we hebben een fact sheet met elkaar, onze koepels hebben met elkaar een fact sheet gemaakt, laten we die dan gebruiken. Kijk, als je de tarieven graag wat lager wil, uh he dat wil de verzekeraar over het algemeen. Dat is prima, he, maar dan zeg je ik wil een korting op, op dat bedrag. Maar nee, die index is de index en als je korting wil. Die index wordt er niet anders door, dat is wel eens waar je elkaar niet verstaat. Uhm, maar waar ondertussen weet je dan wel hoe dat het in elkaar zit. Beschikbaarheid, nee we plannen eigenlijk altijd vooraf moment om uh met elkaar om tafel te zitten. Uhm uh de meeste afspraken bijvoorbeeld, hoe dichterbij de deadline daar komen de afspraken. Ik denk soms wel eens van volgens mij kunnen we de onderhandelingen ook in één maand doen, of een week bij elkaar in het pand gaan zitten en dan schakelen schakelen rekenen afstemmen en weer met elkaar om tafel. Dus we hebben ooit ervaren zeg maar dat je die verzekeraar niet te pakken krijgt. Soms duurt het wel langer, zeg maar dan denk je ik heb in augustus een offerte ingediend, waarom moeten we nou tot oktober wachten met een eerste reactie daarop. Dan hoeven we ook niet in augustus daar mee te starten. Maar dat is gewoon een component, zo loopt dat proces.

13.1 Valerie: Ik weet niet of je verder nog andere dingen in de communicatie hebt waarvan je zegt, dit is opmerkelijk?

Respondent: je kunt soms wel, wat ik wel eens ervaar, uh dat je wij hebben een training gehad over onderhandelvaardigheden eigenlijk. En dan heb je eerst het uitwisselen van wat je wil en argumenten en beargumenteren en de ander proberen te overtuigen, maar na een tijdje is dat klaar. Dan ze je oke, dat zien we misschien anders, wat kunnen we nu wel met elkaar doen. En afhankelijk van de verzekeraar uh zijn mensen die continue in die overtuigingsfase blijven zitten, nou we zien het gewoon anders. Dus daar merk je wel dat er verschil zit en dat er ja dat dat prettig is als de andere partij ook een soort van dat proces een beetje ziet en uh ook je moet niet blijven overtuigen. Je kunt de ander niet overtuigen van je, je kunt je mening niet opleggen.

14. Valerie: en uhm, wat gebeurt er nou als een contract is waar er een afspraak niet helemaal voldoende is gespecificeerd. Dus waar jij een andere invulling zou geven als ziekenhuis en de zorgverzekeraar ook. Wat gebeurt er dan?

Respondent: Ja dat je het dus eigenlijk anders ziet. Ja dat hebben we eigenlijk nog nooit echt aan de hand gehad. Maar volgens mij moet je dan ook gewoon in redelijkheid met elkaar daar over in gesprek. Uhm, maar daar hebben wij nog nooit aan de hand gehad.

14.1 Valerie: Stel je voor, het zou wel een keer gebeuren. En de zorgverzekeraar draait dat echt naar zijn eigen hand en die probeert dus eigenlijk voordelen er uit te halen. Wat zou de reactie van het 'ziekenhuis A' dan zijn?

Respondent: Ja, stel dat je. Dan heb je wel een situatie waar je relatie dan redelijk onder spanning staat. Dan zul je moeten kijken van waar zijn de. Je hebt ergens wel contouren met elkaar gedeeld, waar kun je dan dat weerleggen. Dan heb je een jurist nodig om dat te onderzoeken, waar het zeg maar het verschil in inzicht is ontstaan. Dat worden waarschijnlijk heel veel mailwisselingen terug lezen en zoeken naar argumentatie waarom jouw verhaal of het verhaal van het ziekenhuis terecht is. Maar het is vooral van belang aan de voorkant, aan de voorkant moet je eigenlijk alle kleine details. Soms ook wel van die open eindjes, waarbij je dan in de onderhandeling hebt gezegd we focussen op de grote lijnen, laten we die zitten. Op het eind moet je die met elkaar vaststellen, want anders heb je gedoe achteraf. En dat gedoe achteraf, daar zit de verzekeraar niet op te wachten en wij niet. Dat moet je gewoon aan de voorkant regelen. We controleren onze contracten ook ECHT heel zorgvuldig, en dat is echt een vervelende klus maar er wordt echt vanuit alle disciplines, juridisch, vanuit sales voor de echte afspraken, maar ook vanuit declaratie technisch, de kwaliteitsvoorwaarden al die disciplines controleren die contracten om gewoon niet achteraf geconfronteerd te worden van dat hadden we niet gelezen, niet gezien of anders geïnterpreteerd.

Transcript – Hospital B

27th May, 15.30 – 15:59

Zoals ik al aangaf in mijn e-mail studeer ik nu Strategisch Management aan de Radboud, een master. En schrijf nu mijn scriptie en die schrijf ik over de samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. En ja ik leer heel veel over allianties en samenwerkingsverbanden, maar dat zit veel op de profit sector en grote corporates. Toen dacht ik ja ik vind het eigenlijk wel leuk om in de zorg onderzoek te doen, want ja dat is voor mij helemaal nieuw, dus om daar naar te kijken. Zoals ik al aangaf richt ik me op de responsstrategieën die die managers in ziekenhuizen gebruiken in de samenwerking met zorgverzekeraars. Een responsstrategie is eigenlijk gewoon een manier van reageren op een bepaalde situatie. Nou dat kan heel constructief dat je de banden goed houdt of juist destructief dat je eigenlijk zo snel mogelijk het wil beëindigen. Ik zal eerst gewoon wat algemene vragen stellen over uw functie en daarna wat specifiek op bepaalde situaties ingaan. Voor mij is het vooral de bedoeling om mijn kwantitatieve bevinden zo goed mogelijk in de context te kunnen plaatsen nu.

1. Valerie: Wat is uw functie binnen ‘ziekenhuis B’?

Respondent: Hoofd inkoop

2. Valerie: Wat zijn je werkzaamheden en taken in de relatie met de zorgverzekeraars? Direct of indirect.

Respondent: Uhm, de relatie naar zorgverzekeraars is eigenlijk dat uhm de lijn verkoop inkoop nog veel meer ontgonnen zou kunnen worden als dat dat in veel gevallen het geval is. Dus uh, vanuit inkoop aansluiting vinden bij het zorgverkoopbeleid en daar het leveranciersportfolio op aan te laten sluiten, dat is eigenlijk vooral de rode draad of ja de belangrijkste verbinding.

3. Valerie: En hoe zit nu dan die verbinding ongeveer in elkaar, zeg maar qua communicatie met de sales. Gaan jullie dan voordat ze gaan onderhandelen met de zorgverzekeraars weer met hun aan tafel zitten?

Respondent: Uhm, er is hier een zorgverkoopteam actief. Er is een specifieke functie, coördinator zorgverkoper, dat is het volgens mij. Met hem schakelen we met inkoop heel veel, waarbij we vervolgens aansluiting zoeken bij het zorgverkoopbeleid en vanuit inkoop proberen we ook aan te sluiten bij het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars. Zodat we kunnen helpen uiteindelijk de wereld van de inkoop een beetje te kunnen vertalen naar de wereld van verkoop. Uhm en tegelijkertijd, met voor ons strategische leveranciersrelaties, ook weer het zorgverkoopbeleid koppelen aan ons feitelijke uitvoering van de zorg zelf. En dan heb ik volgens mij het cirkeltje rond.

4. Valerie: Hoe ligt de hier balans tussen meerjarenafspraken en eenjarige afspraken met zorgverzekeraars?

Respondent: Het streven is, zeker met de strategische relaties, dus er zijn een paar verzekeraars waar strategische relaties worden nagestreefd, omdat die de meeste omzet uiteindelijk genereren voor de zorggroep, om het meerjarige afspraken te laten zijn. Omdat wij ook zoveel als mogelijk de continuïteit te waarborgen, bestaansrecht in de regio te behouden.

4.1 Valerie: En wat ziet u zeg maar als voordelen en nadelen van deze vorm, meerjarige contracten?

Respondent: Ja met meerjarencontracten, uhm een meerjarenperspectief is ook eenvoudiger te koppelen aan een strategisch vergezicht. Omdat je het dan vaak hebt over termijnen van 8 tot 10 jaar of wel langer. En als je een jaar, dat heb je het eigenlijk maar over een activiteitenplan voor een jaar. Je wordt niet verrast. Dus in het maken van de afspraken kun je dus je eigen strategische speerpunten natuurlijk benadrukken daar wat groei proberen te realiseren. Ten koste van misschien wat krimp ten kosten op andere termijnen. Maar je belangrijkste voordeel is in regie blijven, zo goed mogelijk in regie blijven en in dit geval een financiële uitkomst. Financiële gezondheid van de zorg op zich.

4.2 Valerie: Vanochtend in een ander interview werd me verteld, we zitten nu nog meer op eenjarige contracten omdat ze het zeg maar moeilijk vinden met de ontwikkelingen in de omgeving, ook met krimp en vergrijzing. Hoe spelen jullie daar dan op in, als je toch streeft naar meerjarige afspraken?

Respondent: Juist, misschien met dezelfde argumenten, uhm juist met de verbinding die we wel hebben. Vanuit de zorggroep. Dus je bent bij 'ziekenhuis A' geweest, als je kijkt naar 'ziekenhuis B', is letterlijk een groep, dus een ziekenhuis, verpleeg- en verzorginstellingen. Dus juist te richten op de keten, ouderen zorg, chronische zorg, sport en bewegen, dat je in die zorgketen al relevant bent. We hebben een hele goede relatie met eerste lijn, dus alles wat er met huisartsen in de regio. We zijn meer dan gemiddeld, laat ik het een beetje nuanceren, meer dan gemiddeld in staat om wat meer met die vergezichten te werken. En dat is denk ik de kracht meteen van de zorggroep, in een zwaar concurrerend veld in de directe omgeving. Dus je moet ook vooruitstrevend zijn, om uiteindelijk letterlijk ja bestaansrecht te houden.

5. Valerie: Ik heb een onderzoek gelezen van de Nederlandse Zorgautoriteit, uhm ze stellen vast dat ziekenhuizen eigenlijk hun afhankelijke positie tot de zorgverzekeraars als problematisch ervaren. Ervaar je dat over het algemeen ook, dat die verhoudingen ongelijk liggen of ze je we zijn echt afhankelijk van elkaar?

Respondent: Zorgverzekeraars zijn eigenlijk al min of meer verdacht. Omdat zij natuurlijk vanuit het ministerie een opdracht hebben meegekregen en dat is uiteindelijk de zorg betaalbaar houden en dat is maatschappelijk gezien natuurlijk een heel nobel doel en streven. Wat, en dan praat ik even voor de zorgverzekeraars, wat soms wel eens negatief uitwerkt op hun reputatie he, dus als je de persberichten leest word je daar niet altijd even vrolijk van. Er is wel heel veel 'fear' makerij, dus eigenlijk zelden op echt inhoud en weinig gebaseerd. Vanuit ziekenhuizen, dat is even vanuit dat perspectief, is natuurlijk wel heel lang geweest, dat de zorgverzekeraar die rol ook eigenlijk alleen maar invulde op basis van prijs, dus p x q onderhandelingen. Dus een lage prijs voor hoge volumes. Dus dan werd je beloond met een hoog volume als je bereid was een lage prijs te hanteren en ja maatschappelijk gezien terecht want de zorg was ook duur, het was niet efficiënt, het was niet effectief. Schaalgrootte bestond niet, bestaat nog steeds zelden, dus hele goede argumenten omdat te doen. Maar het is natuurlijk voor als het je overkomt een ander verhaal omdat je dan eigenlijk het gevoel krijgt dat je overruled wordt vanuit een ja een machtsbalans een scheve machtsbalans, dat je het slachtoffer bent, Calimerorol. Zij zijn groot, ik ben klein. Dat maakt dat de sfeer met de zorgverzekeraars niet erg goed was, maar wel veranderd. Wat minder verdacht, wat meer constructief, wat minder verdacht. Wat meer bereidheid om elkaar in elkaars keuken te laten kijken en op basis daarvan

ook echt voordeel te willen brengen. En dan daar niet voor gestraft te worden maar voor beloond te worden, dat is wel een kentering die je ziet. Waar je met heel veel zorgverzekeraars, verschillende wijzen van uitwerking, van dat gedachtegoed ziet, en zij zijn zoekende en ik denk dat instellingen ook zoekende zijn. En er ontstaat uiteindelijk denk ik een soort van best-practice, dat we het uiteindelijk dan een keer maatgeven. Maar dat bestaat nog niet.

6. Valerie: Uhm ja dan kom ik bij de concurrentie in de regio. U gaf al aan er is hier een sterke concurrentie. Mijn vraag is staat 'ziekenhuis B' in een regio met relatief veel andere zorgaanbieders?

Respondent: Ja. Zoals je kijkt in de hele directe omgeving, je komt nu vanuit Eindhoven dan denk ik. Daar heb je het Catharina ziekenhuis, topklinisch ziekenhuis, Maxima Medisch Centrum, topklinisch ziekenhuis. Je hebt richting Helmond nog een ziekenhuis, dat is geen topklinisch maar wel een opleidingsziekenhuis. In Weert heb je nog een kleiner ziekenhuis, St. Jansgasthuis. Je hebt ook nog St. Jans Dal maar dat is in Harderwijk. Tikje verder Den Bosch, Jeroen Bosch, en Bernhoven is ook niet heel ver weg. Dus uh je mag wel zeggen meer dan voldoende concurrentie in de hele directe omgeving.

6.1 Valerie: En wat voor effect heeft dat uiteindelijk op de onderhandelingen en het budget?

Respondent: In de uhm onderhandelingen dus als ik me even, voorheen p x q, hadden wij natuurlijk een soort van breekijzerrol voor zorgverzekeraars. Dus je kunt je voorstellen dat grote logge topklinische huizen wat lastiger te motiveren zijn om te veranderen dan klein regionale ziekenhuizen. Dus wij werden in positieve zin gebruikt, om uiteindelijk ook richting de grote huizen de balans te breken op prijs. Dus dat betekent dat wij in staat waren daar voldoende op te acteren dat je ook wat volume ja, kon losweken bij de grotere huizen in de regio, waarmee je je bestaansrecht en continuïteit kan organiseren. Dus het werkte uiteindelijk door slim te handelen voor ons in plaats van tegen ons. Vraag is of dat in continuïteit te handhaven is. Want je kunt natuurlijk niet eindeloos op je eigen efficiency voordeel halen, dat gaat niet. Dus de omslag nu naar meer de waarde gedreven zorg, slimme zorg, zorg op de juiste plaats dat biedt wel heel veel kans, omdat we zo sterk zijn in de keten. Dus qua momentum komt dat wel heel goed uit, omdat dat zo bijna een hype is. Of ja in ieder geval het werkt nu voor ons.

6.2 Valerie: En is het aantal concurrenten ook veranderd in de afgelopen tijd, zeg maar als je terugkijkt 20 jaar terug. Zie je daar ook weer verandering in uiteindelijk op het budget of onderhandelingen.

Respondent: Ik denk, maar dat is een inschatting, ik ben nog niet zo lang in de zorg actief. Maar ik denk dat dat concurrentiepositie niet echt veranderd is, wat je wel in de directe omgeving ziet is dat er wel een aantal fusies hebben plaats gevonden. Jeroen Bosch is daar een voorbeeld van, maar even goed Maxima wat uh vroegen twee ziekenhuizen waren. Catharina ziekenhuis is van oudsher al een groots topklinisch ziekenhuis en hadden nooit de behoefte gevoeld om te fuseren. En 'ziekenhuis B' was daar trouwens bijna ook onderdeel van. Dus je ziet heel veel fusies en overnames in de zorg. Dat leek onomkeerbaar, zeg maar dat proces dat er alleen maar nog maar steeds minder ziekenhuizen werden. Uhm en dat maakte dat uiteindelijk het uh Catharina ziekenhuizen en 'ziekenhuis B' zouden komen, maar de autoriteiten consument en markt heeft daar een stokje voor gestoken en eigenlijk gezegd de fusies hebben nooit het voordeel gebracht wat beloofd werd en dat was ook de validatie om de fusie hier af te keuren. Dus niet op feitelijke inhoud maar op het verleden. Dus in die zin is het wel veranderd, maar in posities niet.

6.3 Valerie: En dan de kleine klinieken die echt gespecialiseerd zijn in een klein onderdeel. Ziet u dat ook als concurrenten?

Respondent: De zbc's bijvoorbeeld, Veldhuis kliniek, en dergelijke. Uhm, nou ja het zijn natuurlijk wel concurrenten. Op het eenvoudigere zorgprofiel, heup, knie, sport en bewegen als speerpunt. Zij proberen natuurlijk op diverse locaties heel veel klanten en patiënten los te weken van ziekenhuizen. Juist minder complex, hoog volume. Uhm dat is concurrentie maar, uhm tegelijkertijd timmert 'ziekenhuis B', niet letterlijk maar figuurlijk heel hard aan de weg. Om uiteindelijk ook, op wetenschappelijke gronden relevant te zijn. Dus echt wel betekenisvol te zijn in de verbetering van de kwaliteit. En daar hebben die klinieken wat minder mee van doen.

7. Valerie: Wat voor invloed hebben nieuwe medische technische ontwikkelingen op uw taken? Hoe speel je hierop in?

Respondent: Nou dat is een hele spannende. Dat is een uhm, een onontgonnen terrein. Dus elk ziekenhuis, dat zul je ook ervaren, er zit een hoofdkoop, zit een afdeling inkoop en die zitten allemaal gezellig het wiel iedere keer opnieuw uit te vinden. Terwijl de technologische vooruitgang wordt zo complex, data maar ook apparatuur, robotisering, dat het eigenlijk bijna ondoenlijk is al die kennis en expertise binnen in huis te organiseren. Dus daar is men naarstig opzoek, van hoe kun je nu, en er zijn, ik heb ook gesprekken met andere afstudeerders, die bijvoorbeeld bezig zijn met value analysis tools te ontwikkelen, om uiteindelijk de meerwaarde uh te kunnen aantonen van bepaalde technieken of technologieën omdat dat in één ziekenhuis gewoon niet te doen is. Dus hoe bereidt je daar als inkoop op voor, dus ik hoop met mijn vele collega's dat we inzien dat we daarin dus niet zelfstandig moeten acteren maar in samenwerking moeten acteren, om vooral de verschillen en verschillen in technieken goed te kunnen duiden in relatie tot elkaar. Dus als het ene ziekenhuis kiest voor robot A bij wijze van en het andere ziekenhuis voor robot B. Ga dan bij het ene ziekenhuis vol focussen op robot B en resultaat halen op dat specifieke terrein, met dat proces met de inzet van die robot. Vergelijk dat met andere ziekenhuizen die andere keuzes hebben gemaakt en wat is dan de best practice. En nu zit eigenlijk elk ziekenhuis, hoog over denkt de wijsheid te hebben om te kunnen beoordelen hoe het resultaat van de robot zich verhoudt tot de rest van de wereld. Dus samenwerking en transparantie, en delen, is daarin denk ik dus wel de toekomst, ook voor de inkoop om daar minder spastisch in te zijn. Om daar vooral open in te zijn.

8. Valerie: speelt de zorgverzekeraar hier ook nog een rol bij? De financiering misschien?

Respondent: Wat de zorgverzekeraar al doet, in ieder geval in het zorginkoopbeleid, nog niet allemaal, maar gaan ook steeds meer richting, letterlijk het wagenpark van het ziekenhuis. Door in ieder geval vraagtekens te zetten door waarom heb je dat wagenpark nodig? En een logische vervolgstap zou kunnen zijn, dat de zorgverzekeraar zegt wij ondersteunen jullie uiteindelijk bij de inkoop van je wagenpark. Dat is niet ondenkbaar. Nu heeft ZorgverzekeraarA het bijvoorbeeld al in z'n inkoopbeleid staan dat ze aangeven daar aan te gaan werken. En met medische hulpmiddelen doen ze het al en ik denk dat dat een hele natuurlijke rol ook is.

8.1 Valerie: Ja want mijn tweede vraag was dan hier van verwacht je dan ook een sterkere samenwerking door deze ontwikkelingen?

Respondent: Ja voor mij is dat vanzelfsprekend, dat dat gaat ontstaan en een andere partij die misschien niet op jouw vragenlijst staat maar die ook een essentiële rol speelt is VWS, Den Haag. Want Den Haag heeft geen belang bij ondersteuning van inkoop in de zorg, heeft wel

belang bij inkoop van de zorg en ontwikkeling van kennis is voor niemand bedreigend en is maatschappelijk relevant en daar zie je ook dat het ene rapport over het andere struikelt en gaat over zorgtechnologie. En de inzet van en de betekenis daarvan, en dat is top want dat brengt inzichten dus dat is heel mooi.

9. Valerie: En uh de vergrijzing, we hadden het net over de technologische ontwikkelingen, maar ja vergrijzing is ook iets wat in je directe omgeving speelt. Wat voor invloed gaat dat hebben of heeft het al?

Respondent: Uhm, nou ja de behoefte aan zorg neemt natuurlijk toe. En de mogelijkheden om zorg te leveren nemen ook toe. Dus de zorgkosten, dat zijn natuurlijk plaatjes die al jaren lang gepresenteerd worden her en der die nemen ook gigantisch toe. Dus de betaalbaarheid van dat alles ja dat is natuurlijk de grootste breinbreker voor ons allemaal van ja hoe gaan we dat nou betalen. Dus ja dat heeft een belangrijke ja gaat een belangrijk effect hebben. De vraag is natuurlijk ook van hoe lang.

Valerie: Ja klopt vanaf 2030 zal het weer gaan afvlakken.

Respondent: Nou dus dat is zeg maar het positief aan het verhaal, het houdt een keer op.

10. Valerie: hoe verloopt het proces eigenlijk hier intern, indien het onderhandelingsresultaat dus eigenlijk tegenvalt, het budget is kleiner dan verwacht. Is het dan iets wat jullie intern ja moeten gaan regelen op veel meer efficiency of ga je dan nog een keer met de zorgverzekeraar aan tafel zitten later in het jaar?

Respondent: Ik denk dat allebei waar is. Uhm, je ontkomt er niet aan elke keer weer om uiteindelijk iedere keer weer naar je eigen processen te gaan kijken van hoe krijg je dingen efficiënter om dat je ook te maken hebt met een hele belangrijke kostendrager dat zijn de dure geneesmiddelen, die drukken steeds zwaarder op de begroting. Dus ook al heb je groei af kunnen spreken, je hebt nog altijd, binnen zo'n zorggroep natuurlijk een pot met geld, maar daar zijn bepaalde elementen die gewoon steeds zwaarder op de begroting drukken en dat drukt andere zog weg. Dus je bent tegelijkertijd continue bezig om te kijken waar kunnen we dingen dan beter, strenger en anders doen maar ook naar zorgverzekeraars van luister hoe onredelijk is het dat je uiteindelijk geen zorg kunt verlenen omdat je uiteindelijk heel veel druk hebt op die geneesmiddelen kosten. Dus het werkt denk ik altijd wel twee kanten op. Als je niks doet, daar zijn ook voorbeelden van, zeker in kleinere ziekenhuizen die wat minder belang hebben in een bepaalde regio, ja die vallen dan om. En dat zie je ook gebeuren, dus niks doen is geen optie want dat stopt het, tenminste voor een klein regionaal ziekenhuis zeker.

10.1 Valerie: En heeft zo'n tegenvallend budget dan ook weer invloed op het volgende jaar, ga je daar dan eerder ook weer intern mee in gesprek? Ook tussen inkoop verkoop?

Respondent: Ja tussen inkoop verkoop is er nu een situatie ontstaan. Ik ben zelf in september hier begonnen en dat opgezet maar dat moet ja zeker. En tegelijkertijd wat je in een ziekenhuis vaak ziet dat als het gaat over efficiency dan gaat het opeens over heel de organisatie. Terwijl je juist ook moet kijken van waar heb je die krimp en hoe ga je daar mee om en waar heb je de groei en hoe ga je daar mee om en hoe zorg je bij je groeimarkten dat uiteindelijk je marge groter wordt door uiteindelijk te kijken naar je proceskosten te verlagen of door je onderhandelingspositie te verbeteren dat je meer marge kunt realiseren bij de zorgverzekeraar. Dus daar heb je het over met zorgverkoop maar ook met de organisatie en bij de krimpende onderdelen is het kijken want moet je al die dingen eigenlijk nog wel zelf doen. Of zou je

misschien meer naar een soort regisseur van zorg rol kunnen komen en dat je uiteindelijk zorg niet zo zeer zelf gaat doen maar gaat inkopen. En dan komt ook weer de positie van inkoop is dan weer relevant omdat je gewoon ziet, dat je steeds meer kosten gewoon out of pocket hebt, en alles waar een factuur tegenover staat is in essentie inkoop dus. Dat zijn allemaal nog dingen. Het zijn dingen die lopen, die spelen, maar is vaak nog onderbelicht. Bij veel instellingen, ook hier, dus dat is ook hier een ontwikkeling. Dus ik wil zeker niet beweren dat dat hier allemaal al in kannen en kruiken is, maar daar moet het wel meer naar toe.

13. Valerie: En zou je kunnen spreken van een goede werrelatie tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, zeg maar wordt daar echt een band opgebouwd ieder jaar met vertrouwen?

Respondent: Dat ligt er een beetje aan welke verzekeraar. En zoals met alles in het leven het blijft mensenwerk he. Het zijn mensen die relaties met elkaar onderhouden en dat is gebaseerd op wederzijds vertrouwen en vertrouwen wordt nog wel eens beschaamd, door de een of de ander.

Valerie: Heb je daar ook voorbeelden van wanneer het weleens geschaad wordt?

Respondent: Nou ja heel actueel, dus daar kan ik ook wel. ZorgverzekeraarA heeft bijvoorbeeld nu een aanbesteding uitgezet, voor eerstelijnsdiagnostiek. Uhm, uh en dat lijkt dan van eerst waar maak je je druk over, je bent toch tweede lijn he. Maar de essentie van die aanbesteding is uiteindelijk dat er een spelregel verandering komt, dat uiteindelijk die eerste lijn steeds meer verantwoordelijk wordt voor de integrale diagnostiek in een bepaalde regio, veiligheidsregio. En binnen zo'n regio de verantwoordelijkheid nemen voor alle eerstelijns diagnostiek, maar daaraan gekoppeld uh in de toekomst ook uh de beeldvormende diagnostiek, nu praten we over microbiologie, pathologie, dus labonderzoek, maar het kan dadelijk ook gaan over radiologie, en in de toekomst misschien ook wel de tweedelijnsdiagnostiek. En wat ze dan eigenlijk doen, door de spelregels te veranderen, krijg je natuurlijk de grootste veranderingsbereidheid bij die partij die heel veel te winnen hebben de partijen die veel te verliezen hebben doe nog niet mee. En dat is mooi want dan krijg je de grootste verandering. Waarom is dat nou mogelijk ook een stukje vertrouwensbreuk, omdat de aanbesteding als een voorkomen verrassing komt, niet alleen voor ons maar voor de volledige tweede lijn. Dus die word in april al aangekondigd en die gaat in per 1 januari in 2020, dus de aanbesteding volgt en dat betekent dat je geen tijd krijgt om er één kennis van te nemen en twee om te anticiperen als je het dan weer hebt over strategie en meerjarenbeleid. En dan is natuurlijk de reactie, he das gek, we zijn met jullie in gesprek en we hebben het over meerjarige perspectieven en dan worden we nu verrast door zo'n verhaal en ja dat helpt dan niet. Dat is dan een voorbeeld, ik zeg niet dat dat het voorbeeld is, maar zo zullen er ongetwijfeld nog meer zijn. Je moet dan op elkaar kunnen vertrouwen, als je een meerjarig perspectief hebt dat je daar ook de tijd voor krijgt om dat uh ja met elkaar te ontginnen.

14. Valerie: Even kijken, er kwam ook naar voren bij de Nederlandse Zorgautoriteit dat er bepaalde knelpunten zijn op gebied de communicatie met de zorgverzekeraars, bijvoorbeeld het niet bereikbaar zijn vragen of het niet spreken van elkaars taal. Uhm, ja ervaren jullie dit ook of zijn er andere dingen in de communicatie waarvan je zegt?

Respondent: Vind ik lastiger omdat ik daar wat minder in thuis ben. Wat ik wel hoor is dat, je hebt natuurlijk heel veel verschillende zorgverzekeraars in het veld actief, en ze hebben natuurlijk wel allemaal hun eigen strategie en uiteindelijk kook natuurlijk allemaal hun eigen eisen en inkoopstrategieën en dat het signaal terug wel vaak is van waarom praten ze niet meer met elkaar, de zorgverzekeraars met elkaar, zodat je niet 10 verschillende kwaliteitssystemen

of kwaliteitseisen opgezaaid krijgt. Of dat je niet 10 verschillende vormen van een waarde gedreven zorg moet gaan implementeren. **Nou allerlei van dat soort zaken, dat is toch wel echt zo voor zorginstellingen heel lastig maken, om iedereen dat ook tevreden te stellen, dat is gewoon onmogelijk om alles te doen wat gevraagd wordt, gaat niet.** Dat kan ik me nog wel voorstellen dat dat misschien daarmee bedoelt wordt, of onderdeel daarvan is.

14.1 Valerie: En ze gaven ook aan, het grootste knelpunt van ziekenhuizen was, de onredelijke tarieven en contractvoorwaarden die zij opleggen. Is dit ook jullie mening of ik hoorde bij 'ziekenhuis A' daar valt altijd wel over te onderhandelen zodat je er toch uiteindelijk wel uitkomt?

Respondent: Ja dat. Maar uiteindelijk geeft het ook aan in hoeverre dat het echt strategisch is. Uhm ja, ik zei al ik test nu zelf een groene wei, **er is nu heel veel dat in ontwikkeling is met de beste intenties,** met zowel zorgverzekeraars als vanuit zorginstellingen, maar het is er nog niet. Alles wat er wel is, is een mengvorm vanuit wat men wil en van wat het was. En wat er dan gebeurd is, dat je ergens elkaar wilt treffen en dat is vaak handje klap. Ja. Uhm, ja dat moet wel veranderen vind ik, dat kan natuurlijk niet omdat je daarmee ook niet een gelijk speelveld creëert dat maakt het dan weer lastig, waardoor sommigen weer zullen zeggen dit werkt tegen me en anderen zullen zeggen dit werkt voor me. Uhm, nou ja goed voor ons zijn we in ieder geval nog in staat om het vaak voor ons te laten werken, dat wil niet zeggen dat het altijd zo is natuurlijk in een ander speelveld.

15. Valerie: Ik weet niet of deze vraag precies past, maar uhm als er eigenlijk een afspraak niet voldoende gespecificeerd is tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Komt het wel eens voor dat de zorgverzekeraar dan toch via bochten het meeste voordeel naar zich toe wil trekken, omdat het staat niet op papier dus. Opportunistisch gedrag als je het zo zou willen noemen.

Respondent: Ik weet het niet, ik weet het echt niet. **Uhm, maar ik heb ook geen voorbeelden dat het tegendeel zou blijken dus ik denk dat het meevalt.** Ik ken de afspraken die gemaakt worden, die ken ik wel dus even, dan denk ik, op zich kan het dan niet zo zijn dat je verwarring gaat krijgen over wat of wel of niet vergoed zou mogen worden omdat het toch wel redelijk strak gestuurd wordt. Of op vrijvolume afspraken of op echt wel uh staffonds, waarin er eindelijk ook weer met bonusmalus gewerkt wordt. Ligt eigenlijk toch wel erg vast aan de voorkant. Of het kan ontstaan, weet ik niet, maar vanuit de afspraken ben ik geneigd te denken.

Valerie: Dus je zegt, formeel ligt het dus eindelijk heel strak vast en informeel is er weinig geregeld dat niet op papier staat?

Respondent: **Ja ik kan weinig verzinnen buiten dan dure geneesmiddelen, wat nog weleens een lastig verhaal is want in die categorie zou kunnen vallen. Uh nee, weinig nee.**

Transcript – Hospital C

4th June, 09.31 - 09.45, continued 12th June,

Marije: Ik zal even kort vertellen waar mijn scriptie over gaat, dat is misschien wel interessant. Ik heb hier dan vorig jaar stagegelopen dus mijn interesse voor de zorgsector was eigenlijk al snel gewekt. Ik doe dan Strategisch Management, dus Bedrijfskunde aan de Radboud Universiteit en er kwam een opdracht vrij en het ging over relaties tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en dan vooral gericht op onderhandelingsstrategieën, welke gebruiken ze, maar dan vooral kijken naar externe factoren, bijvoorbeeld concurrentie, veranderende technologie, hoe verandert dat nu uiteindelijk de relatie die ze hebben. Dus heel interessant, daar ben ik ingedoken, samen ook met een andere student, die kijkt naar een ander soort strategieën en nu hebben we onder studenten een enquête afgenomen waarin zij zich moesten verplaatsen in managers en er werden allemaal situaties eigenlijk geschetst en aan hen gevraagd hoe zou je reageren. Goed, studenten hebben natuurlijk geen praktijkervaring dus we nemen nu een paar interviews af. De andere student heeft er ook een paar gedaan en ik doe dan deze om even toch te checken hoe is het in het echt natuurlijk.

Respondent: Ja, ik zit er nu dus middenin.

1. Marije: Ja precies, gelach, dat komt dan wel goed uit eigenlijk. Uhm dus dat is eigenlijk de aanleiding hiertoe. Ik begin maar wel gewoon even bij het begin, want wat is precies je functie binnen ‘ziekenhuis C’?

Respondent: ik ben manager verkoop en marketing. Dus ik ben verantwoordelijk voor alle omzet van ‘ziekenhuis C’, ongeveer 20 miljoen euro. Met name zorgverzekeraars en ook wat kleinere geld om zo maar te zeggen.

Marije: En de onderhandelingen met de zorgverzekeraars, die doe jij?

Respondent: Ja, ja.

Marije: En zit je daar dan ook nog met een heel team bij?

Respondent: Voorheen, vroeger was dat wel zo, maar we hebben nu een **nieuwe strategie ingezet eigenlijk waardoor we ieder jaar met partnerships** zijn gaan werken in plaats van de traditionele onderhandeling dus nu doe ik eigenlijk vooral het relatiebeheer en de onderhandeling met de grootste twee zorgverzekeraars ZorgverzekeraarA en ZorgverzekeraarB doe ik samen met de directeur en de kleinere die doe ik nu alleen, ik moet zeggen, we hebben nu net een vacature uitstaan voor een ondersteuning daarin.

Onderbreking want telefoon gaat.

Marije: *Uhm ja dat had ik inderdaad ook begrepen dat jullie als Ziekenhuis C daar best één van de eerste in zijn die dus meerjaren afspraken maken in plaats van eenjarige onderhandelingen.*

Respondent: Ja in 2014 waren we de eerste met vijfjaren en je ziet dat het nu meer is waarbij twee tot drie jaar gebruikelijk is.

2. Marije: *Uhm en wanneer vinden dan die onderhandelingen vooral plaats?*

Respondent: de zorgverzekeraars presenteren hun beleid meestal rond juni, om nu ongeveer en vanaf september worden dan de gesprekken gevoerd over inhoud, over contractering over uh en dan wordt uiteindelijk in oktober, begin november echt over het geld voor het jaar erna gepraat.

3. Marije: *Ja, oke dat is duidelijk. uhm ik had nog een vraag over, je hebt natuurlijk zorgverzekeraars en ziekenhuizen die samenwerken en sommige artikelen uhm geven heel erg aan de zorgverzekeraar heeft de zak geld en het ziekenhuis heeft het geld nodig, dat laat een soort afhankelijkheidsrelatie zien, maar anderzijds is het ziekenhuis degene die de zorg moet leveren, dus is daar een bepaalde, uh heeft de één meer macht in die relatie of?*

Respondent: er wordt wel een afhankelijkheid gevoeld, maar zonder ziekenhuis kan een verzekeraar haar zorgplicht ook niet voldoen want de mens moet ergens terecht kunnen. Dus je hebt een soort driehoek, waarbij een patiënt die ook een verzekerde is, die kan overstappen van verzekering, de verzekeraar heeft weer het ziekenhuis gecontracteerd het ziekenhuis heeft eigenlijk weer de patiënt gecontracteerd zeg maar, en zo houdt het zich enigszins in balans. Je bent dus veroordeeld tot elkaar, maar dan wel met een spanningsveld.

3.1. Marije: *Ja ja je hebt elkaar nodig inderdaad. uh en uhm even kijken welke factoren beïnvloeden dan vanuit het ziekenhuis die onderhandelingspositie het meest? Dus dat is dat dan wat je net zei de zorg die je aanbiedt?*

Respondent: de verwachting hoeveel zorg wil je gaan leveren volgend jaar, dus hoeveel patiënten zijn er ziek en wil je helpen ten opzichte van hoeveel geld heb je en hoe duur worden bijvoorbeeld de lonen, de inflatie ja het beschikbaar kader. En de zorgverzekeraars hebben ook hun kader he dat matcht bijna niet.

Onderbreking want respondent wordt gebeld en gasten worden opgehaald.

4. Marije: *Maakt niet uit, ik ben al blij dat je tijd hebt, dus uh. uhm even kijken, ik heb nu wat vraagjes over dus concurrentie in de regio want is staat 'ziekenhuis C' nou in een regio met echt veel concurrentie?*

Respondent: Ja. uh mensen denken misschien van niet Oss, Uden, Veghel is een redelijk afgebakend gebied.

Marije: Dat dacht ik inderdaad ook ja.

Respondent: maar je hebt de A50, dus je hebt binnen een half uur heb je het Canisius Ziekenhuis in Nijmegen het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen, Plantijn in Boxmeer, Jeroen Bosch in Den Bosch, Catharina in Eindhoven, Maxima in Velthoven, Elckerlieck in Helmond, dat zijn 7 ziekenhuizen en dan heb je nog zelfstandige centra in Schijndel en in Mill dus ja. **Als je nu een ziekenhuis moet bouwen dan zou het er niet komen.**

4.1 Marije: Nee oke. En heeft dat dan nog invloed op uiteindelijk die onderhandelingen die jullie doen met zorgverzekeraars?

Respondent: **Dat heeft in die zin ertoe geleidt dat we op die strategie zijn begonnen met we zullen het anders moeten doen, beter moeten doen uh om te blijven bestaan want we zijn te klein zal ik maar zeggen, ten opzichten van die hele grote ziekenhuizen, als het gewoon om geld gaat en om uithoudingsvermogen dan houden die anderen het gewoon langer vol.**

Marije: Ja want je ziet natuurlijk ook in Amsterdam met die faillissement dat, daar heb je natuurlijk echt veel ziekenhuizen op een klein oppervlak en eh dat is denk ik ook één van de oorzaken dat er één failliet is gegaan dus vandaar ook de vraag inderdaad is dat hier ook, maar hier is ook..

Respondent: nee maar we zullen het wel anders moeten doen en uh we doen geen super bijzondere dingen. We doen geen dotteren, geen harttransplantaties, geen gendertransformaties, we doen echt de zorg waar de huisarts niet uitkomt, dichtbij huis.

4.2 Marije: En uhm hoe beïnvloedt dat dan echt de onderhandeling zelf? Nu hebben we het meer over algemeen maar als je dan met elkaar aan tafel zit merk je daar dan ook nog verschil?

Respondent: Ja ik weet niet hoe het in andere huizen gaat, ik weet natuurlijk alleen hoe het bij ons gaat. **Wij zijn, ik denk dat wij transparanter zijn, dat we meer delen samen, het gevoel van samen verantwoordelijk hebben maar in the end is het natuurlijk wel een spanningsveld want een procent meer of minder is wel twee miljoen meer of minder en onze winst is gemiddeld twee tot vier miljoen, dus weet je, we zijn het er wel over eens dat 90% procent van het geld dat hier naartoe gaat is niet eens discussie over, anders valt het gewoon om.** Nou dan krijg je nog een gradaties met waar zit wat ruimte en het gaat om het laatste stukje, daar maak je het verschil. Dat maakt wel het verschil tussen iets meer kunnen doen of juist bijna niks kunnen doen.

5. Marije: Oke dat is duidelijk. En uhm is dat die concurrentie, is dat ook toegenomen afgelopen jaren of is dat eigenlijk altijd al wel zo?

Respondent: is altijd al zo geweest. Je ziet wel dat de ZBC's, zelfstandige behandelcentra, dus echt focusklinieken voor plastische chirurgie, orthopedie, oogheelkunde, dat die meer en meer komen en die pikken eigenlijk de producten eruit zeg maar waar traditioneel genomen veel winst op zit, even voor jouw beeldvorming, kindergeneeskunde leg ik twee miljoen per jaar op

toe, bedrijfskundig zou ik dat niet moeten doen. Maar iedereen voelt wel aan dat je dat toch doet, dat gaat ook prima omdat ik op de orthopedie en de oogheelkunde geld verdien en dat komt dan allemaal samen tot die 200 miljoen met de winst van 2 tot 4 miljoen. Dus dat is 1 tot 2 procentus, niet extreem veel maar als je daar dus de winstgevende dingen uithaalt omdat mensen voor zichzelf beginnen en dat dan op die manier gaan doen, ja dan houd ik uiteindelijk iets over wat niet te behouden is. En dat is lastig. Het is niet een echt bedrijf in die zin, het is een bedrijf maar al dan niet, je hebt een maatschappelijke functie en je hebt een landelijk systeem waarin je soort van gevangen zit maar wel mee te dealen hebt.

Marije: Ja want het is natuurlijk geregleerde marktwerking inmiddels, dus ja, dan marktwerking maar geregleerd.

Respondent: ja, als ik echt marktwerking wil doen moet ik geen kindergeneeskunde aanbieden, gewoon niet. Het kost me gewoon geld.

Marije: Ja dan heb je inderdaad ook nog die andere factoren die meespelen in die keuzes.

Respondent: Juist de maatschappelijke kant maakt dat je dat doet.

6. Marije: oke dat is wel duidelijk inderdaad, die concurrentie in de regio. En bijvoorbeeld ontwikkelingen dan op medisch gebied, uhm heeft dat ook echt invloed op hoe jullie met geld, nou ja op zich denk ik wel, hoe jullie met geld omgaan en hoe jullie die budgetten?

Respondent: Ja technologie wel uh iets minder, dat gaat wat geleidelijker in de zorg. Maar bijvoorbeeld dure geneesmiddelen dat is gewoon ja budgettair is dat een drama. Als je ziet dat farmaceuten dan, op een gegeven moment hebben ze het infuuszakje is het patent eraf en maken ze een pil ervan en dan hebben ze weer een nieuw patent. Uh en dan wil de patiënt natuurlijk de pil, want dan hoeft er geen naald in. Uh nu is chemotherapie in de thuissituatie iets iets nieuws, maar dan moet ik verpleegkundigen naar thuis verplaatsen. Bedrijfskundig is, voor de mensen is het allemaal heel goed, bedrijfskundig allemaal inefficiënt. En zeker de nieuwste kankerkuren, immunotherapie wordt dat genoemd, dat is zeg maar, chemo is massaproductie en immuno is maatwerk, dus zeg maar echt voor jouw lichaam op maat gemaakt om jouw kanker te bestrijden. En het kost zo'n vijftig tot honderdduizend per patiënt per jaar. Dat gaat best hard natuurlijk. Tien patiënten dan zitten we al op een miljoen. Hoe maak je dan die afweging, want de verzekering zegt ook ja maar ik heb niet oneindige middelen en ik zeg ja ik ook niet hoe komen we daar dan uit dus dat legt er ja wel spanning op. Dus ja hoe, je wil het eigenlijk wel aanbieden, de dokters willen het aanbieden want het kan dus heb je er recht op. Het verzekerd zorg van zorginstituut dus moeten we het kunnen geven ja kijk als ik die patiënt het kan geven kan ik toch niet sluiten. Ja wie maakt die keuze?

6.1 Marije: Ja merk je dan ook wel eens dat je er dan ook echt niet uitkomt of is het het escaleert en dan?

Respondent: Ja, ja. We zijn met die dure geneesmiddelen er een paar jaar terug niet uit gekomen. Toen hebben we gezegd voor tien patiënten hebben we ruimte dit te geven en voor de elfde niet. Toen was er een boze oncoloog die letterlijk in de directiekamer staat: mag ik het de patiënt geven of niet, anders gaat ie dood en dan is het jouw schuld. Dat zijn niet discussies die op dat niveau gevoerd moeten worden he dat moet wegblijven uit die spreekkamer. Inmiddels hebben we passende afspraken gemaakt, nacalculatie heet dat, dat wij geen winst maken op de producten met inkopen en dat de verzekeraar het daadwerkelijk verbruik betaald. Maatschappelijk gezien los je het dan tijdelijk op, maar ook daar zit een grens aan tot het maatschappelijk in ieder geval niet meer te betalen is.

Marije: ja en daarna moet je weer met elkaar om tafel en dan heb je natuurlijk wel dat dat meespeelt.

Respondent: ja het gaat dus echt over langdurig partnership en relatiemanagement want ik kan jou dit jaar een oor aannaaien en volgend jaar zit dezelfde tegenover jou en dan weet ie dat.

Marije: Ja dus dat soort situaties komen wel voor in onderhandelingen.

Respondent: Ja het gaat wel eens op scherp.

7. Marije: Even kijken. Uhm en hoe worden al die afspraken en dingen vastgelegd, want je hebt natuurlijk gewoon een contract die gemaakt wordt dus staat daar echt alles in, of is daar ook nog wel iets speling?

Respondent: Ja, je hebt een standaardcontract van pak en beet veertig pagina's tegenwoordig, dat is bijna een soort landelijke standaard geworden, daar staat in dat dokters BIG geregistreerd moeten zijn, heel veel over facturatie, gewoon de algemene dingen en dan heb je vaak het befaamde addendum en daar staat dan het maatwerk in wat je onderling hebt afgesproken en de afwerking.

7.1 Marije: En is daar eventueel nog van af te wijken, stel er komt ineens een crisissituatie?

Respondent: ja hoor. Er staat altijd bij onvoorziene omstandigheden dat .. Maar ja, wat is onvoorzien? Is Q-koorts onvoorzien? Is honderd patiënten onvoorzien? Is duizend patiënten onvoorzien? Of honderdduizend patiënten? He dat is toch, je schrijft het op voor het geval dat, maar als het zover komt moet je toch in gesprek.

7.2 Marije: Maar gebeurt dat ook gewoon gedurende het jaar dat je dit soort situaties hebt en dat je dan?

Respondent: Ja in kleine dingen, bijvoorbeeld de toegangstijd loopt tijdelijk op, dan willen ze weten wat eraan de hand is, wil ik ze informeren maar je het blijft een moeilijk te sturen product.

Marije: Ja want er zijn veel onzekere factoren.

Respondent: ja of andersom, als ik nou niet goed lever krijg ik m'n geld om er te zijn of om zorg te leveren. Dus als mijn oogarts ziek is, moet ik hem wel salaris betalen maar ziet hij geen patiënten. Krijg ik dan wel of geen geld van de zorgverzekeraar voor dat stuk?

Marije: Ja goeie vraag.

Respondent: ja dat zijn dan precies van die dilemma's. Ik kan uitleggen waarom ik wel geld moet krijgen en die persoon kan uitleggen waarom het niet hoeft te betalen.

8. Marije: daar zie je dan ook weer dat stukje andere belangen die jullie dan allebei soort hebben. Want zij willen zo min mogelijk geld en jullie willen zo veel mogelijk geld. Of in ieder geval genoeg. Uhm, even kijken, vergrijzing bijvoorbeeld, dat is natuurlijk ook een externe factor, heeft dat ja dat heeft allicht invloed, maar hoe merk je dat dan?

Respondent: je merkt op twee stukken. Steeds meer kwetsbare ouderen, dus 75plussers met meerdere aandoeningen, ondervoeding, die hebben andere zorg nodig. Dan kijk je niet meer orgaan specifiek wat is er kapot, wat is er mis, maar je kijkt mens specifiek, wat is er met de mens aan de hand omdat het meer een puzzel is van van alles. he je kunt probleem één oplossen, maar die bijwerkingen via medicijnen creëren probleem twee. Geriaters, specialisten ouderengeneeskunde zijn dan belangrijk en je moet veel inniger samenwerken met de WLZ-sector, dus bij ons BrabantZorg, Plantijn, de verpleeghuissector want geriatrische revalidatie is ook zo'n woord. Mensen stromen dan door, moeten doorstromen, daar hebben ze geen bedden, blijven ze in het ziekenhuis liggen maar onze verpleegkundigen zijn niet op kwetsbare ouderen gericht, die zijn gericht op begeleiden naar huis en behandelen. Dus mensen krijgen niet de beste zorg, houden een duur ziekenhuisbed bezet en ja het klopt gewoon niet. En als ik van mijn 180 bedden die ik open heb er 25 bezet heb elke dag met deze mensen is het voor niemand goed. En dat zie je meer en meer en meer komen. Dus ik heb een tekort op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en ik heb meer kwetsbare ouderen die bedden bezet houden terwijl wij eigenlijk al klaar zijn, en ook het traditioneel gezien, weet je, de carwash, als ik jou gewassen heb dan duw ik je eruit en dan moet je weg. Als ik hier klaar ben kan ik je er niet uitduwen. Ja kan wel maar dat zou in de krant komen. Zo van je moet nu naar het verpleeghuis en wij zijn klaar.

8.1 Marije: Dus jullie, veranderen jullie taken daar dan ook nog door?

Respondent: ja, wat we dus zien, de switch van behandelen naar begeleiden thuis. Want vroeger was gewoon in het ziekenhuis kon je niks en werd er verder voor gezorgd en moet je het zelf uitzoeken. Nu zeggen we gewoon wij zijn te gast in jouw leven en wij helpen jou weer terug te gaan naar jouw leven. Uh en uh ook veel meer samenwerken met netwerkpartners, dus wie doet wat rondom die patiënt en wat ie nodig heeft. Dus die patiënt komt wel bij het ziekenhuis fysiek maar weet niet wat waar geleverd moet worden wie waar goed in is. Die heeft gewoon zorg nodig. Wij moeten dat afstemmen. Vroeger was het heel erg ieder doet zijn ding. Nu is het meer één samenwerking. Ik heb nog ruimte voor één vraag, dan moet ik echt naar ZorgverzekeraarA.

Marije: Dan kan ik beter stoppen, want ik ga naar het volgende kopje.

Respondent: Zullen wij een belafsprake maken en dan neem ik daar ruim de tijd voor. Dan ga ik nu verder met mijn onderhandeling.

Interview continued (12th June)

9. Marije: Zal ik maar meteen gewoon doorgaan dat we maar meteen de volgende vragen doen? De vorige keer had ik vooral een beetje gevraagd naar externe factoren die de relatie dus beïnvloeden tussen de ziekenhuizen en zorgverzekeraars dus dan bijvoorbeeld concurrentie en die dure medicijnen waar we het over hebben gehad, maar nu ben ik ook uh wel benieuwd uhm meer naar de intern, dus echt de relatie zelf die jullie hebben dus dan kijk ik meer naar ja hoe houden jullie elkaar in de gaten bijvoorbeeld ofzo en hoe zit het met de contracten? En daar hadden we het vorige keer ook al wel een beetje over gehad, dat je dus die contracten hebt waar je een vast deel hebt wat gewoon is vastgelegd en een flexibel daarin waar in noodsituaties of gewijzigde situaties eventueel ja van kan worden afgeweken. Maar in hoeverre is er nou echt controle uhm van elkaar, van elkaars activiteiten?

Respondent: Dan hebben we het over zorgverzekeraars en ziekenhuizen he?

Marije: Ja, ja.

Respondent: als je het hebt over zorgverzekeraars, dan is er in ieder geval in het contract een aantal controlemiddelen zijn afgesproken. Dan moet je het echt hebben over uh ik weet niet of je weet wat Treeknorm is, dat is een soort middel, ja weet je dat?

Marije: Een beetje, maar je mag het nog wel een keer uitleggen, haha.

Respondent: Oh ja, dat is een soort Nederlandse norm voor toegangstijden en eigenlijk komt het erop neer dan we gemiddeld genomen lange wachttijd, langer dan vier weken voor een specialisme voor een nieuwe patiënt dat je daar niet boven mag komen. Dus je spreekt ook af in een contract dat die toegangstijden uh ja dat je daar zorgt voldoende dat je daar ook tot het uiterste zult inspannen en je bent ook verplicht die toegangstijden te publiceren op je website en bij te houden en de NZa vraagt die inmiddels ook uit en houdt die ook in de gaten. Op het moment dat je daarboven komt wordt er ook om uitleg gevraagd, als je er structureel boven komt wordt er ook om een verbeterplan gevraagd en uiteindelijk kan het er zelfs toe leiden dat je dan als specialisme niet meer gecontracteerd wordt. Nou komt dat bijna niet voor en meestal is het gewoon een arbeidsmarktprobleem, dat je gewoon geen dokter kunt vinden of wat dan ook, maar op die manier zorgt de controle wel dat je ook de dingen doet die je hebt afgesproken. Ja en dan heb je nog een hele berg voorwaarden van kwaliteitsmanagement, het systeem, een ISO-certificering et cetera.

10. Marije: En uhm controleren jullie als ziekenhuis de zorgverzekeraars dan ook nog op een bepaalde manier?

Respondent: Voor ons bepaald eigenlijk dat we betaald, he, dat we dus krijgen waar we recht op hebben en als zij de afrekening sturen dat ze het controleren wat het ook is, net zoals wij die afrekening geïnitieerd hebben bijvoorbeeld die dure geneesmiddelen waar we het over hadden, zij hebben gezegd nacalculatie dat ze dan ook echt alle rekeningen vergoed krijgen, dat daar ineens een plafond wordt ingezet of wat dan ook. Dus dat is meer op die kant. En de declaraties, dus elke declaratie van elke patiënt die eruit gaat wordt wel getoetst op de wetgeving die daaraan hangt, want is er een diagnose? Is die arts BIG-geregistreerd? Uhm uh is het patiëntendossier op orde? Zeg maar alles waar je aan moet voldoen op het moment om die declaratie te mogen indienen. Dat is gewoon een wettelijke regel, maar dan moet je wel in huis controles op uitvoeren.

11. Marije: ja, nee, dat snap ik inderdaad. Uhm en uh wat gebeurt er bijvoorbeeld stel jullie hebben met elkaar om tafel gezeten en nou de onderhandelingen zijn ten einde, jullie hebben wat dingen afgesproken, maar niet iedereen is daar helemaal tevreden mee uiteindelijk en daarna zit je weer met elkaar om tafel om iets te bespreken, heeft dat dan nog invloed op elkaar, dat je dan op een andere manier weer met elkaar in gesprek gaat?

Respondent: bedoel je, je hebt een onderhandeling afgesloten met een contract en een jaar later ga je toch weer een contract krijgen?

Marije: ja dat bedoel ik ja.

Respondent: Ja natuurlijk heeft dat invloed, maar dat is het onderhandelsspel wat ik dan, zal ik zo maar zeggen, het ene jaar krijgt de één wat meer, het andere jaar krijgt de ander wat meer, maar er moet een balans zijn. Als, elk jaar is dat zal ik maar zeggen, je hebt één winnaar één verliezer, dan zegt ie uiteindelijk ik doe niet meer mee want zijn verliesslag moet niet te groot worden.

12. Marije: Ja en gebruik je dan ook nog echt andere strategieën? Of dat je, stel je bent dit jaar de gedupeerde om het even heel hard te zeggen dat je dan dus op een andere manier dus meer verder de onderhandelingen ingaat?

Respondent: Ik ga, nou een andere tactiek op basis van het verleden wil ik niet zeggen, maar ik heb wel per zorgverzekeraar een andere tactiek en een andere strategie. En dat heeft gewoon met de mensen en de cultuur van die verzekeraar te maken. Ik heb een verzekeraar die heel erg is van controleren en ja ik zeg wel eens vinkjes halen, die zal ik dus met heel veel feitelijkheden bestoken en het gesprek voeren en bij de anderen is het veel op de relatie en jij behandelt gewoon de ziekenhuis dingen en als ik wil gewoon geen gedoe en jij moet de goeie dingen doen, dan heb ik het over, dan hoef ik die feitelijkheden niet te doen, dan kunnen we het over andere dingen hebben.

Marije: Ja precies, dan speel je meer in op dus de verschillen per persoon per situatie per cultuur.

Respondent: en ook wat zij in hun organisatie nodig hebben om uit te leggen waarom dit ook voor hun want ja als het geen goeie deal was. Kijk zorgverzekeringA zit er vrij financieel in en die zegt zorg is van het ziekenhuis en uh er moet gewoon een goeie deal zijn, zorgverzekeringB zit heel erg op zinnige zorg en toon mij aan dat je niet te veel zorg levert die onnodig is en zorgverzekeringC is die zit meer op p maal q, je moet veel aantallen tegen lage prijzen. He als ik het zo zeg dan heb je er dus drie zal ik maar zeggen die iets anders belangrijk vinden, dan moet voor elk hun aspect in hun afspraak terugkomen ongeacht wat de bedragen zijn die daaraan hangen.

Marije: Ja dat snap ik inderdaad. Dus dat verschilt heel erg per zorgverzekeraar dan hoe je daar instaat. Uhm en uh dus uiteindelijk heeft die afspraken die je maakt hebben wel invloed op hoe ja de rest van het proces ja omdat de ene partij is minder tevreden dan de andere dus ja elk jaar als je met elkaar om tafel zit heeft dat weer gevolgen voor hoe je met elkaar omgaat en uh

Respondent: Ja, waarbij je wel allebei moet realiseren dat je tot elkaar veroordeeld bent, he je kunt een keer dikke ruzie maken en dan krijg je een andere zorginkoop omdat het financieel niet meer kan, maar van de partij kun je bijna niet afkomen omdat je gewoon ja, wat ik zeg, zorgverzekeringA heeft hier, wat zeg ik, 78 miljoen, ja zonder kan ik mijn ziekenhuis ook niet draaiende houden.

Marije: Nee precies nee dus je kan ook niet te veel ruzie gaan maken..

Respondent: Dus je zult daar uit moeten komen.

Marije: Ja je zal er samen uit moeten komen. Ja dat is natuurlijk ook het interessant aan deze relatie die jullie met elkaar hebben. In het echte bedrijfsleven je veel meer oké het werkt niet tussen ons, we gaan uit elkaar, we zoeken een ander en hier ben je meer veroordeelt naar elkaar

Respondent: Toch zal het bij heel veel dingen, zoals de consument, he de Vodafone met één klant daar zal dat niet zo gelden, maar bijvoorbeeld grote cateraars hebben precies hetzelfde, die hebben een paar grote klanten en als er eentje wegvalt dan kunnen ze de vaste kosten niet meer dekken.

Marije: Ja dat is ook waar inderdaad. Ja als je eenmaal een bepaalde een bepaalde relatie hebt, een klantenkring opgebouwd, dan is dat ook moeilijker om af te zeggen.

Respondent: Dan is dat ook afgestemd op gebruik.

13. Marije: *Nu heb ik vooral een beetje gevraagd naar de controle, dus hoe hou je elkaar echt in de gaten, maar tegenover controle staat natuurlijk ook een stukje vertrouwen, want je kan natuurlijk ook niet alles van elkaar zien, uhm in hoeverre is dat in balans? Of in hoeverre zie je dat ja dat **vertrouwen tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis**?*

Respondent: **dat is dus uh dat is weer heel verschillend tussen verzekeraars.** Ik zie dus dat zorgverzekeraarA heel erg op als we eenmaal de afspraak hebben dan is het ook onze afspraak en dan willen ze alleen bij uitzonderingen geïnformeerd worden en de toegangstijd die incidenteel heel hoog is uh en zorgverzekeraarB vindt heel erg dat we die op de hoogte gehouden worden, maar dat is ook nog in die zin van **he ik vertrouw erop dat jullie goeie dingen doen** en wij mogen aangeven wat we dan willen aanleveren en terwijl zorgverzekeraarC zegt ik wil nu van je deze productiestandaard hebben, ik wil nu van je prognose dat hebben, ik wil nu van je de dure geneesmiddelen extrapolatie hebben, ik wil nu van je.. die dicteert heel erg wat zij willen hebben, die zijn **heel controlerend, heel beheersend.**

14. Marije: *Ja dat verschilt dus ook weer uh per zorgverzekeraar hoe zij daar instaan. En als je dan kijkt meer naar de persoonlijke relatie, want je zei de vorige keer ook al, je zit best wel vaak met dezelfde mensen weer om tafel, hoe zit dan die vertrouwensband tussen jullie als onderhandelaars?*

Respondent: **uhm ja ik noem dat eigenlijk een langdurige relatie he long term relationship management, het is een beetje te vergelijken het is natuurlijk niet de typische accountmanagement wat je dan doet, het is meer het key-accountmanagement he je hebt echt de grote afspraken samen, meer jaren die je moet dealen.** Dat betekent dat je elkaar als persoon moet respecteren dat je dus ook erkenning moet hebben voor de belangen van de organisatie van die ander. Wij zitten daar allebei namens iemand he en als het er niet is, dat wil niet zeggen dat het ineens nare mensen zijn. Uiteindelijk doe je allebei gewoon namens een organisatie je vak en je weet ook dat je er samen uit moet komen en als je het op die manier doet, dat is tenminste mijn overtuiging, **dan uh dan vind je elkaar wel ergens of misschien elkaar ook wel een jaar niet, maar dat hoeft mijn relatie met die ander geen kwaad te doen, als mijn directies er niet uit komen.**

Marije: *Nee dat is ook zo ja. Dat is misschien ook het voordeel, dat je namens iemand het doet, dan sta je nog net ja,*

Respondent: En dat is ook de reden waarom je nooit een directie moet laten onderhandelen, want dan is er geen niveau boven meer. Als het dan klappt, klappt het. En nu kan ik zeggen van ja ik kom er niet uit en dan zegt die ander uh die kan dan nog een hele andere koers varen of wat dan ook.

15. Marije: *Ja dat snap ik. Uhm even kijken, ik heb wel de meeste dingen die ik echt wilde vragen wel gevraagd, eh even kijken hoor, ja want zijn er nog specifieke situaties, dit is even gewoon los, een meer algemene vraag, uhm ik kan me voorstellen dat je gewoon op een bepaalde manier ga je een onderhandeling in dit zijn doelen die je wilt bereiken eh nou dan*

ga je met elkaar om tafel en dan kom je tot een conclusie of kom je tot een uitkomst, uhm zijn er ook nog echt speciale situaties waarin dat echt heel anders gaat dan bijvoorbeeld dingen die je hebt meegemaakt ofzo nou je ging er op een bepaalde manier in, er gebeurde echt van alles waardoor het ineens heel anders verliep dan je van te voren dacht?

Respondent: bedoel je dan de onderhandeling zelf of terugkomen op de afgesloten onderhandeling?

Marije: *Uhm de onderhandeling zelf, dus meer het proces.*

Respondent: ja hoor, ik heb ook wel meegemaakt, toen was ik nog ondersteuner van de manager uh dat het echt uh ja knalde zoals we dan wel zeggen. En de grap was dat mijn manager van tevoren tegen mij zei ik ga nu boos worden he voor hem was het onderdeel van het spel, want ja uh functioneel boos noemen we dat dan geworden, de grap, wat ik dus heel grappig vond was dat die andere kant eerder functioneel boos werd dan hij en daarmee wegliep van ja maar mijn strategie was dat ik boos zou worden en weg te lopen.

ver

Marije: *Dus dat is echt het spel dan, dat er van twee kanten..*

Respondent: Ja daarmee zie je aan de ene kant dat het een soort rollenspel is, maar aan de andere kant is het dan ook wel zo als dat gebeurd dat we dan een soort ja bijna een natuurlijke rollenverdeling aan tafel, dat degene die dan boos is dan ook boos blijft en degene die er naast zit, daarom doe je het ook altijd met z'n tweeën of meer, dan de relatie gaat proberen meer te redden met van zo heeft ie dat toch niet bedoeld en we moeten er toch uit kunnen komen. Ja het is net een huwelijk.

Marije: *Haha ja inderdaad.*

Respondent: Je zult er samen uit moeten komen, maar ja diverse emoties passeren het station zal ik maar zeggen.

16. Marije: *Ja dat snap ik inderdaad. En uhm we hadden het er net ook al een beetje over gehad dat er uiteindelijk dus best wel veel persoonlijke verschillen in het onderhandelen hebben en dan zei je vooral inderdaad de cultuur, per zorgverzekeraar is die heel anders, maar merk je dan bijvoorbeeld ook nog verschillen dat je dat mannen en vrouwen bijvoorbeeld anders onderhandelen of dat echt persoonlijkheden van mensen heel erg meespelen?*

Respondent: niet zozeer mannen en vrouwen, uh maar wel vooral de persoonlijkheden ja en ook stijlen. Ik denk dat ik een hele open stijl heb, in het kader van he we beginnen met vertrouwen en ik deel veel met je, maar op elk moment dat jij daar gebruik van maakt en mij benadeelt dan is het ook meteen ja uh dan ga ik ook in de vechtmodus. Voor mij werkt dat heel goed, mijn uh voormalig manager toen die nog onderhandelde ja die was echt ik noem het maar de autoverkoper, die ging altijd tot het laatste dubbeltje maakt niet uit ik moet nu het beste

resultaat hebben uh en die had ook wel successen op zijn manier, maar goed het is niet mijn stijl, ik vond hem meerjarig dat hij dan niet de beste deal had, maar ja, **ieder zijn stijl daarin en je moet elkaar daarin vinden.**

Marije: Ja dat is inderdaad dan ook gewoon **persoonsafhankelijk dan uiteindelijk hoe uh hoe mensen daarin staan.**

Respondent: ja als je een spelletje speelt is het niet echt en dan werkt het niet, je het moet wel je eigen ik zijn.

Marije: Ja want mensen prikken daar ook nog wel snel doorheen natuurlijk als ze doorhebben van ja uh waarom doet ie zo en uh dit is niet hoe hij is

Respondent: Ja en ook hoe ver ga je. **Weet je, je informatie niet vertellen is wat anders dan foute informatie bewust vertellen. Daar zit echt een heel dun ethisch lijntje tussen maar maakt wel echt het verschil tussen vertrouwen en wantrouwen.**

Marije: Want dat soort situaties zijn ook voorgekomen? Dat je er dus vol vertrouwen inging en dat je diegene echt vertrouwd en toen deden ze iets en toen uh was dat vertrouwen er niet meer.

Respondent: ja dat heb ik wel eens meegemaakt. **Dat helpt niet kan ik je vertellen.**

16.1 Marije: Dat kan ik me heel goed voorstellen ja. Want hoe reageer je daar dan op?

Respondent: uhm, verontwaardigd, teleurgesteld dat ik van onze relatie meer verwacht dan dit soort dingen. **En dan zoek ik wel naar een oplossing, waarin ook die ander zeg maar nog steeds ja zeg maar ongeschonden eruit kan komen. Een voorbeeld was wel wij hadden afgesproken dat we iets zonder plafond zouden krijgen toen ging de inkoopmanager weg, toen kregen ze een nieuwe en die zegt nou ik lees dit contract heel anders dus het uh er is gewoon een plafond. Ik zeg, dat is gewoon niet waar, ik heb, nou goed, je krijgt dan een meningsverschil, na een tijdje heb ik bewijslast aan gedragen en die ander zegt ja mijn juridische afdeling zegt dat het niet zo hoeft te zijn. Ik zeg, ja maar dat doet toch niks af aan het feit dat jouw voorganger dit heeft vastgelegd in de mail, dit heeft toegezegd, dat dit de geest was de intentie van nee maar als iemand met de juridische afdeling begint dan weet je het al he. En toen heb ik ook gezegd, weet je vraag het gewoon die oude verkoper, die zit wel bij een andere baan maar hij heeft die afspraak gemaakt en dan gaan jullie gewoon samen in gesprek en wat het dan is dat is het dan. Ik denk nou dan he, die ander heeft er geen belang meer bij.**

Marije: Dan begin je natuurlijk ook al, als je dan een nieuwe onderhandelaar krijgt, begin je natuurlijk ook al met een achterstand als je zo begint eigenlijk.

Respondent: ja ja, maar die nieuwe inkoper die wilde dat niet, want die zei van nee ik ben hier de inkoper en die is er niet meer. Dus ik denk ja, dan ben je gewoon bang om ongelijk te krijgen,

terwijl juist het zou onze relatie alleen maar versterken door dat zo te laten gebeuren, nou dan heb ik dat en we moeten het voortaan anders beter vastleggen dat dit niet meer ontstaat. Dan heb je de relatie versterkt. Nu heb je de relatie juist verzwakt. Nu denk ik, ik ga met jou dus alles vastleggen op papier, ik ga alle alles in regeltjes vastleggen alles want als jullie de kans krijgen dan trek je mij alle vingers uit.

Marije: *Nee precies, dan slaat dat vertrouwen eigenlijk wat je had juist meer om in een controle kwestie dat je dus alles vastlegt en elkaar zo..*

Respondent: ik ga er dus vanuit dat die ander mij naait als ik het niet regel. En dat betekent ik verwoord het aan mijn kant, als ik dat bij die andere zou ik dat gewoon op tafel leggen van joh volgens mij heb je het zo niet bedoelt, en hier denk ik van je zoekt het maar uit zonder mij.

Marije: *Ja precies ja ja. Begrijpelijk. Maar dat beïnvloedt uiteindelijk wel het proces en hoe je dus met elkaar om tafel zit*

Respondent: ja maar lange termijn helpt dat niet in een uh ja uh meerjarenrelatie zal ik maar zeggen.

Marije: *Kan ik me voorstellen inderdaad.*

Respondent: en uh, hoe stap je daar dan weer uit. Wie zegt dan van ik stap over mijn principes heen.

Marije: *Uhm even kijken, ja volgens mij heb ik echt uh het meeste wel gevraagd en uh je was me eigenlijk voor omdat je al veel vertelde. Zijn er dingen nog dingen waarvan je zegt dit is ook nog goed om te vertellen of dit is nog handig om te weten uh of eh?*

Respondent: Nee, weet je, mocht je nog dingen tegenkomen, en mocht je nog vragen hebben ofzo, bel gewoon he, dat is geen enkel probleem.

Marije: *Bedankt!*

Construct	Indicators
Competition	Competitive pressure Competitor actions/strategy Competition history
Environmental turbulence	Technological developments Aging population New medicines Government

Control	Contracts Price Budgets Volume
Trust	Trust Distrust Prior experience Relationship
Individual antecedents	Gender Educational background

Appendix 8: Overall results

The positive factors in figure 12 indicate a preference for a negotiation strategy classification [cooperative or competitive] in a situation where the factor is high (or men or BA-students). The negative factors indicate a preference for a negotiation strategy where the factor is low (or women of medicine-students). The underlined and starred numbers are significant.

Factor		Cooperative	Competitive	Significance
Competition	High	-.007	<u>0.351*</u>	.000
	Low			.936
Turbulence	High	0.054	<u>0.199*</u>	.564 & .020
	Low			
Control	High	0.157	0.031	.091 & .720
	Low			
Trust	High	<u>-0.243*</u>	<u>0.220*</u>	.026
	Low			.028
Gender	Men	-0.105	0.057	.457
	Women			.151
Study	Business Administration	-0.015	-0.006	.840 & .940
	Medicine			

Appendix 9: Research integrity form master thesis

Name: Marije Kamphuis	Student number: S4497457
RU e-mail address: m.kamphuis@student.ru.nl	Master specialisation: Strategic Management

Thesis title: (Re)negotiation strategies and alliances in the healthcare sector.
Brief description of the study: A mixed-method study examining external and internal factors to determine the negotiation strategy used within healthcare alliances.

It is my responsibility to follow the university's code of academic integrity and any relevant academic or professional guidelines in the conduct of my study. This includes:

- providing original work or proper use of references;
- providing appropriate information to all involved in my study;
- requesting informed consent from participants;
- transparency in the way data is processed and represented;
- ensuring confidentiality in the storage and use of data;

If there is any significant change in the question, design or conduct over the course of the research, I will complete another Research Integrity Form.

Breaches of the code of conduct with respect to academic integrity (as described / referred to in the thesis handbook) should and will be forwarded to the examination board. Acting contrary to the code of conduct can result in declaring the thesis invalid

Student's Signature: 

Date: 15-07-2019

To be signed by supervisor

I have instructed the student about ethical issues related to their specific study. I hereby declare that I will challenge him / her on ethical aspects through their investigation and to act on any violations that I may encounter.

Supervisor's Signature: _____ **Date:** _____

Appendix 10: Consent Form for submitting a thesis in the Radboud thesis Repository

Radboud University Nijmegen (hereafter Radboud University) has set up a thesis repository. The purpose of this repository is twofold:

1. To archive theses for a minimum period of seven years, in accordance with legal requirements (Wet versterking kwaliteitswaarborgen hoger onderwijs, Art. 7.3, lid 5).
2. Wherever possible and allowed, make theses available to potential users inside and outside Radboud University.

This supports the process of creation, acquisition and sharing of knowledge in the educational setting.

The repository serves as an archive in which all theses will be included. This consent form serves to also enable the publication of those theses.

By submission and publication in the theses repository copyright is not transferred. Therefore, students can at any time revoke their consent for publication.

Rights and obligations of the student

If the student grants permission to Radboud University to make his/her thesis available within the thesis repository to users inside and outside Radboud University, the student states that:

- users are allowed to use the thesis private study and/or educational and research purposes, in accordance with the provisions of the Copyright Act (Auteurswet), with full mention of the name of the student and the location of the thesis.
- neither the organization offering internship nor the client of the thesis has any objections against making the thesis publicly available in the thesis repository.
- the student has obtained permission from the copyright holder of any material used in the thesis to incorporate this material as part of the thesis in the theses repository and make it available to others inside and outside Radboud University.
- the student grants Radboud University the right to make the thesis available in the thesis repository for a minimum period of seven years, barring earlier withdrawal by the student. Permission to make the thesis available to third parties will take effect on the date indicated on this form.
- The student grants Radboud University the right to change the accessibility of the thesis and limit it if compelling reasons exist.

Rights and obligations of Radboud University

- The student's non-exclusive license grants Radboud University the right to make the thesis available to users inside and outside Radboud University.
- Radboud University is allowed to include the thesis, in accordance with legal requirements, in the theses repository for a minimum period of seven years.
- Radboud University can make the thesis freely accessible for users of the theses repository inside and outside Radboud University and allow them to use the thesis for private study and/or educational and research purposes, in accordance with the provisions of the Copyright Act (Auteurswet), with full mention of the name of the student and the location of the thesis.
- Radboud University will ensure that the author of the thesis is listed and make clear that if the thesis is used, the origin must be clearly stated.
- Radboud University will make clear that for any commercial use of the thesis the student's explicit consent is required. In relevant cases, explicit consent of the organization offering internship or the client of the thesis is required as well.
- Radboud University has the right to change the accessibility of the thesis and limit it if compelling reasons exist.

Rights and duties of the user

As a consequence of this consent form a user of the theses repository may use the thesis for private study and/or educational and research purposes, in accordance with the provisions of the Copyright Act (Auteurswet), with full mention of the name of the student and the location of the thesis.

Student number : s4497457

Student name : Marije Kamphuis

Thesis title : (Re)negotiation strategies and alliances in the healthcare sector.

- ☒ Yes, I grant permission to make available my thesis with the above title in the Radboud thesis Repository.
- ☐ No, I do not grant permission to make available my thesis with the above title in the Radboud thesis Repository, but the thesis is allowed to make available with effect from (temporary embargo).
- ☐ No, I do not grant permission to make available my thesis with the above title in the Radboud thesis Repository (permanent embargo).

Signature:



Date: 15-07-2019