

Het Experiment Vrije Prijzen Mondzorg

-Onderzoek naar de veranderende verhoudingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder na het invoeren van marktwerking in de mondzorg-



Student:	Myrthe Raaijman
Studentnummer:	0741256
Opleiding :	Bestuurskunde
	Faculteit der
	Managementwetenschappen
	Radboud Universiteit Nijmegen
Datum:	26 februari 2013
Begeleider:	Dr. C. J. Lako

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie ter afronding van de studie Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Deze scriptie beschrijft een onderzoek naar de verschillende verklaringen die gegeven kunnen worden voor de veranderende relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg. Vanaf de zorgwet in 2006 is marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg een nieuw verschijnsel. Ook in de mondzorg heeft deze zijn intreden gedaan. Vanaf januari 2012 was het de bedoeling dat er een driejarig experiment zou gaan lopen waar de mondzorgaanbieders zelf hun tarieven mochten bepalen. Dit experiment heeft echter in werkelijkheid maar een half jaar geduurd, omdat het is stopgezet door een besluit vanuit de Tweede Kamer.

In de periode dat dit experiment is uitgevoerd is de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders in de mondzorg op scherp komen te staan. In mijn scriptie wordt onderzoek gedaan naar hoe de verhouding zorgaanbieder en zorgverzekeraar voor het invoeren van het experiment is geweest, of deze is veranderd en, bij een verandering, wat de verklaringen kunnen zijn voor deze veranderingen.

Gedurende het proces van het scriptieschrijven heb ik veel geleerd. Niet alleen over de Nederlandse mondzorg en de actoren en verhoudingen daarbinnen, maar misschien nog wel meer over mijzelf. Voordat ik met mijn scriptie begon, had ik het idee dat ik het doen van onderzoek niet leuk vond. Maar tijdens mijn onderzoek ben ik erachter gekomen dat dit onderwerp mij zo geboeid heeft, dat ik het leuk begon te vinden om als onderzoeker op te treden.

Uiteraard ben ik ook in een aantal valkuilen getrapt, waar elke scriptieschrijver mee te maken heeft. Zo ben ik erg lang bezig geweest om op gang te komen. En ook de laatste loodjes waren erg zwaar.

Gelukkig heb ik heel veel mensen om mij heen gehad om mij te begeleiden, te motiveren en stimuleren. Een van de eerste die ik wil bedanken is Edu: jij hebt altijd in mij geloofd en dat was de grootst mogelijke steun die ik nodig had gedurende dit proces. Ook wil ik mijn ouders bedanken, zij hebben mij altijd weten blijven te motiveren. Uiteraard was dit niet altijd even prettig, maar ik ben blij dat jullie dit hebben gedaan. Ook mijn lieve broer Jesper en mijn lieve zusje Rosanne verdienen een dankwoord. Bij jullie heb ik mij altijd kunnen ontdoen van alle stress. En jullie hebben altijd lief geluisterd en wijze raad gegeven wanneer ik dat nodig had. Mijn vriendinnen in Nijmegen wil ik bedanken voor de goede gesprekken en ideeën die daaruit voorkwamen. Gelukkig kon ik met Merel, Berith en Heley spreken over meer dan de studie: juist door alle informele activiteiten kon ik even ontladen en daarna vol inspiratie verder gaan met mijn stukken.

Ook wil ik de mensen bedanken die ik heb mogen interviewen. Door deze gesprekken en het enthousiasme bij de respondenten ben ik zelf ook elke keer weer gemotiveerd geraakt.

Vervolgens wil ik ook Saskia bedanken. Toen mijn laptop is gestolen en ik dacht dat ik niet meer verder kon gaan, mocht ik jouw laptop lenen. Dit heeft er voor gezorgd dat ik op het einde toch nog door kon gaan en mijn scriptie kon afronden.

Als laatste -maar zeker niet het onbelangrijkst- wil ik uiteraard mijn begeleider bedanken, dr. Christiaan Lako. U heeft met een kritische blik altijd positief feedback gegeven. Het was fijn om feedback te krijgen waar ik daadwerkelijk wat mee kon doen. Door de gesprekken die we hebben gehad kon ik zelf ook weer kritisch naar mijn eigen werk kijken. Uw enthousiasme werkt aanstekelijk en heeft gezorgd voor veel motivatie om door te kunnen gaan met mijn scriptie.

Met het afronden van mijn scriptie is het ook tijd om mijn studentenleven af te ronden. Een nieuwe woonplaats en hopelijk zo spoedig mogelijk een nieuwe baan zullen er voor zorgen dat ik met een nieuwe fase in mijn leven kan beginnen. Ik heb altijd met heel veel plezier rondgelopen op de Radboud Universiteit te Nijmegen, maar nu is het tijd om verder te gaan. Hopelijk is het plezier dat ik (vaak) heb gehad tijdens het studeren terug te zien bij het lezen van mijn scriptie.

Myrthe Raaijman

Utrecht, 2013

Samenvatting

Sinds de invoering van de nieuwe zorgwet in 2006 is marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg belangrijk geworden. Zorginstellingen moeten gericht zijn op het maken van winst en kunnen dit bereiken door efficiënter te werken en meer te concurreren. Door zorginstellingen met elkaar te laten concurreren zou er meer gelet worden op het reduceren van kosten en verbeteren van kwaliteit. Patiënten kunnen zorgaanbieders gaan beoordelen op prijs en kwaliteit, waardoor patiënten als zorgconsumenten gezien kunnen gaan worden.

Aangezien de Nederlandse gezondheidszorg geen “normale” markt is, stelt de overheid kaders waar binnen de betrokken partijen zich moeten bewegen. We noemen dit de “gereguleerde marktwerking”, waarbij de publieke belangen gewaarborgd kunnen blijven. De houding en invloed van de overheid verandert van scheidsrechter naar grensrechter. Bij deze teruggetrokken overheid wordt de markt overgelaten aan de overige spelers: zorgconsumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze driehoek van actoren is sinds 2006 verantwoordelijk voor de zorgmarkt.

Ook de mondzorg is onderhevig aan de stelselwijzigingen die de nieuwe zorgwet met zich meebrengt. Door middel van een experiment vrije prijzen zou marktwerking in de mondzorg een feit zijn. Het experiment betrof het vrijgeven van de tandheelkundige tarieven bij de mondzorgaanbieders. Het was oorspronkelijk de bedoeling dat het experiment vrije prijzen in de mondzorg vanaf januari 2012 drie jaar zou gaan duren.

Na het eerste onderzoek van de NZa bleken de tarieven van de tandartsen sterk te zijn verhoogd. Ook is de relatie tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders na invoering van het experiment onder druk komen te staan. In de politiek en de media was er veel aandacht voor het experiment en de standpunten van de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Al voor de invoering van het experiment was deze maatschappelijke en politieke aandacht aanwezig. De onderzoeken die verschenen, zorgden ervoor dat deze aandacht bleef groeien.

In juni 2012 besloot de tweede kamer dat het experiment lang genoeg had gelopen (zonder positieve resultaten). Na een half jaar gewerkt te hebben met vrije tarieven in de mondzorg werd het experiment vrije prijzen in juli 2012 stopgezet door minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Veel actoren binnen de mondzorg geven aan dat de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder na het invoeren van het experiment slechter is geworden. In dit onderzoek wordt gekeken of deze relatie is veranderd en waardoor deze relatie is veranderd na het invoeren van het experiment. Twee theorieën worden gebruikt om een verklaring te vinden voor de veranderende relatie tussen zorgverzekeraar en

zorgaanbieder. De theorieën kunnen de algemene veranderingen binnen de Nederlandse mondzorg verklaren en een specifieke verklaring vinden van de problemen en veranderende relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder na de invoering van het experiment vrije prijzen.

De eerste theorie die gebruikt is in dit onderzoek is die van de Health Care Governance. Met deze theorie is de invloed van de verschillende actoren binnen de gezondheidszorg te bepalen. Er worden drie verschillende governance werelden beschreven binnen de gezondheidszorg. Dit zijn: publieke governance, corporate governance en professionele governance. Per periode kan het verschillen welke governance wereld de meeste invloed heeft. Wanneer de gezondheidszorg gekenmerkt wordt door een grote overheidsinvloed dan is er sprake van een publieke governance. Wanneer de invloed van het corporate (oftewel bedrijfsmatig) denken, marktwerking, concurrentie en kostenbeheersing heerst, dan heeft de corporate governance wereld de meeste invloed. De laatste governance wereld, de professionele, wordt gekenmerkt door veel invloed van de medische specialisten en beroepscode van de beroepsgroepen. Vanuit deze theorie zijn indicatoren opgesteld die kunnen helpen bij het verklaren van de veranderingen binnen de mondzorg na het invoeren van het experiment vrije prijzen.

De andere theorie die gebruikt is in dit onderzoek is de agency theorie. Bij de agency theorie staat de relatie tussen de principaal en de agent centraal. De agent is de actor die in dienst van de principaal, in ruil voor een beloning, werkzaamheden uitvoert. De agent heeft veel informatie over het werkveld en kan deze informatie in zijn eigen voordeel gebruiken. De principaal heeft de macht, aangezien deze verantwoordelijk is voor de beloning van de agent. In de Nederlandse gezondheidszorg zijn verschillende principaal-agentrelaties te benoemen. De principaal-agent-relatie die in dit onderzoek centraal staat is die van de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar is de principaal, hij koopt zorg in bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is de agent, hij voert in dienst van de principaal werkzaamheden uit en wordt hiervoor betaald.

Binnen de principaal-agentrelatie zijn een aantal problemen die kunnen ontstaan. Twee van de belangrijkste problemen zijn de belangentegenstelling en de informatieasymmetrie. De principaal en de agent hebben andere belangen en zullen deze belangen proberen te behartigen. Deze belangentegenstelling kan zorgen voor botsingen binnen de relatie. De agent heeft ook een voordeel van informatie uit het werkveld. Hij heeft meer informatie over de werkzaamheden en de kosten hiervan. De principaal moet door middel een aantal mechanismes ervoor zorgen dat deze problemen verminderen of opgelost worden.

Hiervoor zijn drie mechanismes aanwezig: het in kaart brengen van de werkzaamheden van de agent, het reguleren van de werkzaamheden van de agent of het belonen van de agent.

Wanneer een nieuw systeem wordt ingevoerd binnen de mondzorg kan het gebeuren dat de problemen tussen de principaal en de agent erger worden. Deze problemen kunnen opgelost worden door de voorkomingsmechanismen in te stellen of aan te passen aan de nieuwe situatie. Door middel van de gegevens verkregen uit de interviews is duidelijk geworden of deze problemen zijn ontstaan na het invoeren van het experiment vrije prijzen en of deze problemen zijn aangepast/voorkomen door middel van de mechanismes die de principaal heeft.

Vanuit de analyse van dit onderzoek is gebleken dat de relatie van zorgverzekeraar en zorgaanbieder voor de invoering van het experiment vrije prijzen niet goed was. Na de invoering van het experiment is deze relatie verslechterd. Door de stelselwijzigingen en het nieuwe systeem is er meer invloed gekomen van de corporate governance wereld. Hierdoor kregen zorgverzekeraars steeds meer te zeggen en konden de overheid en de individuele tandarts steeds minder invloed uitoefenen. De invloed van de publieke en professionele governance wereld is afgenomen in vergelijking met de situatie voor de invoering van het experiment.

Ook is het aantal problemen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder na de invoering van het experiment groter geworden. Er is een grotere belangentegenstelling ontstaan, doordat de beide partijen meer winst wilden maken door middel van marktwerking. De informatieasymmetrie is ook vergroot na de invoering van de vrije prijzen. Het werd voor de tandartsen makkelijker om creatief te declareren en informatie achter te houden voor de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars konden niet aan de informatie komen die de tandartsen wel hadden.

De mechanismes die ingezet kunnen worden om problemen te voorkomen tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn niet (of niet op de juiste manier) ingezet na de invoering van het experiment. Het aantal controles is niet toegenomen in vergelijking met de situatie voor de vrije tarieven. Ook zijn de werkzaamheden van de tandartsen niet meer of op een andere manier in kaart gebracht. Er is geprobeerd om tandartsen te belonen. Echter doordat de mogelijkheid ontbrak om verplicht contracten af te sluiten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders was het niet mogelijk om door middel van beloningen de belangentegenstelling en informatieasymmetrie aan te pakken.

Doordat de invloed van de verschillende governance werelden is veranderd na het invoeren van het experiment vrije prijzen is de relatie tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook veranderd. De problemen die voorheen ook al aan de orde waren konden na het invoeren van een nieuw systeem niet aangepakt worden. Dit kwam doordat de mechanismes die de problemen moeten kunnen voorkomen

niet (op de juiste manier) zijn ingezet. Hierdoor is de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder veranderd na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg.

Inhoudsopgave

Voorwoord	- 2 -
Samenvatting	- 4 -
Lijst met afkortingen	- 11 -
1. Inleiding.....	- 12 -
1.1 Aanleiding marktwerking gezondheidszorg.....	- 12 -
1.2 Aanleiding marktwerking mondzorg.....	- 13 -
1.3 Probleemstelling	- 17 -
1.4 Theorie	- 18 -
1.5 Maatschappelijke relevantie.....	- 19 -
1.6 Wetenschappelijke relevantie	- 19 -
1.7 Leeswijzer.....	- 20 -
2. Marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg	- 21 -
2.1 Inleiding.....	- 21 -
2.2 Marktwerking.....	- 21 -
2.3 Actoren.....	- 23 -
2.3.1 Zorgconsument	- 24 -
2.3.2 Zorgverzekeraar	- 25 -
2.3.3. Zorgaanbieder	- 26 -
2.4 De Zorgmarkt	- 27 -
2.4.1 Zorgverleningsmarkt	- 27 -
2.4.2 Zorgverzekeringsmarkt	- 27 -
2.4.3 Zorginkoopmarkt.....	- 28 -
2.5 De medische verzekeringsleer	- 28 -
3. Theoretisch kader	- 33 -
3.1 Inleiding.....	- 33 -
3.2 Health Care Governance	- 33 -
3.2.1 Governance	- 33 -
3.2.2 Governance in de Nederlandse gezondheidszorg	- 34 -

3.3 Agency theorie	- 38 -
3.3.1 Informatieasymmetrie	- 39 -
3.3.2 Belangentegenstellingen.....	- 40 -
3.3.3 Beloningsmechanismes in de zorg	- 40 -
3.3.4 Kosten	- 41 -
3.3.5 Relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder	- 42 -
3.3.6 Hypothese en conceptueel model	- 42 -
3.4 Conclusie	- 43 -
4. Methodologisch kader	- 45 -
4.1 Inleiding.....	- 45 -
4.2 Casestudy	- 45 -
4.3 Methode van dataverzameling	- 46 -
4.3.1. Selectie van organisaties.....	- 47 -
4.3.2 Selectie van respondenten	- 47 -
4.4 Operationalisatie van begrippen	- 49 -
4.4.1 Health Care Governance	- 50 -
4.4.2 Agency theorie	- 55 -
4.5 Analyse van de onderzoeksgegevens	- 56 -
4.6 Reikwijdte van het onderzoek	- 56 -
4.6.1 Betrouwbaarheid	- 56 -
4.6.2 Validiteit.....	- 57 -
5. Resultaten	- 58 -
5.1 Inleiding.....	- 58 -
5.2 Algemene veranderingen binnen de mondzorg	- 58 -
5.2.1 Relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder	- 59 -
5.2.2 Relatie na het invoeren van het experiment	- 60 -
5.2.3 De behandeling van de patiënt.....	- 61 -
5.2.4 Beleidsbepaling binnen de mondzorg.....	- 61 -
5.2.5 Controleren en reguleren beleid in de mondzorg	- 62 -
5.2.6 Invloed.....	- 63 -
5.2.7 Concurrentie	- 67 -
5.2.8 Marktwerving.....	- 68 -

5.2.9 Hypothese	- 70 -
5.3 Veranderingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar	- 72 -
5.3.1 Belangentegenstelling.....	- 72 -
5.3.2 Informatieasymmetrie	- 73 -
5.3.3 In kaart brengen van werkzaamheden	- 74 -
5.3.4 Regels, beperkingen en voorschriften	- 75 -
5.3.5 Belonen	- 76 -
5.3.6 Hypothese	- 78 -
5.4 Resumé.....	- 80 -
6. Conclusie en aanbevelingen.....	- 81 -
6.1 Inleiding.....	- 81 -
6.2 Relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder voor en na het experiment	- 82 -
6.3 Theoretische factoren.....	- 83 -
6.4 Empirische factoren	- 85 -
6.5 Conclusie	- 87 -
6.6 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en reflectie	- 88 -
7. Geraadpleegde Literatuur.....	- 90 -
8. Bijlagen.....	- 95 -

Lijst met afkortingen

NMT	De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
P-A(theorie/relatie)	Principaal-Agent(theorie/relatie)

1. Inleiding

1.1 Aanleiding marktwerking gezondheidszorg

De Nederlandse gezondheidszorg verkeert enkele jaren in een periode die gekenmerkt wordt door een omslag van aanbodsturing naar vraagsturing. In 2000 werd door de Nederlandse regering het startsein gegeven voor het invoeren van gereguleerde marktwerking in de zorgsector. Er werd meer vrijheid en verantwoordelijkheid aan zorgaanbieders, consumenten en zorgverzekeraars gegeven om de gezondheidszorg naar eigen inzicht, behoeften en mogelijkheden te regelen binnen de kaders van de overheid (Orde van Medisch Specialisten, 2003).

Met het veranderen van het zorgstelsel is het de bedoeling dat de zorg inzichtelijker wordt en dat er ruimte gecreëerd wordt voor marktwerking (Orde van Medisch Specialisten, 2003).

Door het invoeren van marktwerking in de zorg ontstaan ook enkele risico's. Een van de grootste risico's is dat de kwaliteit van de geboden zorg afneemt, doordat de kosten laag worden geprobeerd te houden. Door het laag houden van deze kosten zal er beter geconcentreerd kunnen worden. Om dit soort risico's tegen te gaan wordt deze vorm van marktwerking (deels) door de overheid gereguleerd. De overheid reguleert voornamelijk de inhoud van de minimaal te bieden zorg en bepaalt een deel van de prijzen voor standaard zorgtrajecten. Het is de bedoeling dat in de toekomst de vorm van prijsregulering langzaam zal gaan afnemen en enkel nog voor enkele zorgproducten zal blijven bestaan.

Voor het reguleren van de marktwerking in de zorg heeft de overheid een apart bestuursorgaan ingesteld. Dit is de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna de NZa genoemd). Naast het reguleren van de markt, zorgt de NZa ook voor het monitoren van de kwaliteit en het opereren van de gezondheidszorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008).

Er wordt betwijfeld of de invoering van de zorgwet en een ander zorgstelsel bijdragen aan een efficiëntere gezondheidszorg. De markt van de gezondheidszorg gedraagt zich niet als een "echte" of "normale" markt en kenmerkt zich door specifieke eigenschappen. Eén van deze specifieke kenmerken is de informatieasymmetrie die aanwezig is tussen aanbieder en vrager (Walsh, 1995). Bij deze informatieasymmetrie beschikken de zorgaanbieders veelal over meer informatie dan de zorgvragers. De informatie die de zorgvrager wel heeft is beperkt en maakt het moeilijk om bewuste keuze voor de zorg te maken.

Juist door de soort specifieke eigenschappen van de gezondheidszorgmarkt is het interessant om

onderzoek te doen naar de effecten van een nieuw zorgstelsel op de gezondheidszorg. Dit onderzoek zal zich richten op een gedeelte van het Nederlandse zorgstelsel, namelijk de mondzorg.

1.2 Aanleiding marktwerking mondzorg

De marktwerking in de gezondheidszorg heeft ook de mondzorg bereikt. Vanaf 1 januari 2012 mochten tandartsen, mondhygiënist en orthodontisten zelf de prijzen van de door hun te verrichten behandelingen bepalen. Door middel van het invoeren van een experiment zullen mondzorgaanbieders hun eigen tarieven mogen bepalen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012). Oorspronkelijk was het idee om het experiment vanaf 2012 drie jaar te laten lopen. Wanneer er tussentijds veranderingen zouden zijn, was het mogelijk om aanpassingen te maken in het beleid (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012).

Volgens Minister Schippers moest het vrijgeven van de tarieven de concurrentie vergroten tussen tandartsen en de prijzen van de behandelingen verlagen. Tot 1 januari 2012 waren de tandartsen gebonden aan de tarieven die vastgesteld zijn door de NZa. Door het vrijgeven van de prijzen hoopt de overheid de relatie tussen prijs en kwaliteit te verbeteren. Andere voordelen van de vrije tarieven zijn dat mondzorgaanbieders hierdoor hun praktijk kunnen inrichten zoals zij willen, er meer innovatie tot stand kan komen en dat de consumenten meer keuzemogelijkheden krijgen. Bovendien zou door het invoeren van vrije prijzen de geografische spreiding van onder andere de tandartsen beter worden. Tandartsen zouden namelijk meer ondernemer moeten worden en uit concurrerend oogpunt zouden ze niet zo dicht bij hun “buurman” willen zitten (Dohmen, 2011).

Door het invoeren van de marktwerking zou een behandeling bij de tandarts goedkoper moeten worden. Toch zaten er een aantal haken en ogen aan dit plan. Het tegenovergestelde kan namelijk ook gebeuren. Tandartsen zullen hun prijzen gelijk houden of sommigen zullen hun tarieven verhogen. Het verhogen van deze prijzen komt onder andere doordat de kosten voor praktijkvoering hoger worden, regels op het gebied van interventie strenger worden en er nieuwe prestatieomschrijvingen zijn. De goedkopere tandartsen zien dat hun collega's de tarieven verhogen en zullen daardoor hun tarieven ook weer verhogen, omdat ze anders een dief van hun eigen portemonnee zullen zijn (Dohmen, 2011). Ook kan de vraag gesteld worden of patiënten daadwerkelijk bewuste en goed onderbouwde keuzes gaan maken voor de mondzorg die ze nodig hebben op basis van beschikbare informatie. Het kan gebeuren dat mensen niet overstappen naar een andere tandarts in verband met de relatief kleine verschillen in de tarieven, de lange wachtlijsten en het aanbod van tandartsen in de regio. Dit laatste slaat op de spreiding van de tandartsenpraktijken in Nederland: in sommige regionale gebieden bevinden zich zeer weinig tandartsen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012).

Tevens is het lastig, door het ontbreken van informatie, om als patiënt de tandartsen met elkaar te vergelijken. De kwaliteit van de mondzorg is moeilijk of niet nauwkeurig te meten en de tarieven zijn vaak niet duidelijk weergegeven. Het oprichten van vergelijkingssites zou hiervoor een uitkomst bieden. Op basis van een onafhankelijke site op het internet kan een patiënt hierdoor wel een bewuste keuze maken. Deze sites kunnen zich echter alleen op de prijzen richten, de kwaliteit van de behandelingen is nog niet te vergelijken.

Het invoeren van marktwerking in de mondzorg was niet vanzelfsprekend een geslaagd experiment. Er werd veel gespeculeerd door de politiek, media, patiënten, verzekeraars en tandartsen over de uitkomsten van de marktwerking in de mondzorg. Op 25 juni 2012 is door verschillende partijen in de Tweede Kamer een motie ingediend om het experiment te stoppen. Minister Schippers van Volksgezondheid heeft op 28 juni 2012 gehoor gegeven aan deze motie en heeft het experiment stopgezet. Dit betekent dat vanaf januari 2013 de prijzen in de mondzorg weer gereguleerd zullen zijn. Tot januari 2013 zullen de prijzen nog vrijgegeven zijn en kunnen mondzorgaanbieders deze naar eigen inzicht bepalen (NMT, 2012).

Redenen voor het indienen van de motie waren de onaanvaardbare prijsstijgingen van de behandelingen van de mondzorg, onvoldoende keuze-informatie voor consumenten, tandartsen die afhoudend zijn betreffende het accepteren van patiënten die shoppen voor (dure) behandelingen en het lage aantal contracten dat verzekeraars hebben afgesloten met de tandartsen (Consumentenbond, 2012).

Toch is het van belang om de effecten van het invoeren van de marktwerking te onderzoeken, om aan te kunnen geven of het daadwerkelijk goed is voor de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers.

Ook zal een verandering in de relatie tussen de verschillende actoren plaatsvinden (of hebben gevonden) na het invoeren van een experiment. Het veranderen van deze relaties en het weergeven van verklaringen hiervoor kan inzicht geven in de oorzaken van het “falen” van het experiment.

Uit onderzoek is gebleken dat met het invoeren van marktwerking een aantal zaken veranderen in de mondzorg (Maastricht University , 2012) (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012) (Coöperatie VGZ, 2012) .

Deze onderzoeken zijn allen recent verschenen, aangezien het experiment pas sinds januari 2012 heeft gelopen. De onderzoeksinstellingen hebben zich tot nu toe allemaal gericht op de verandering van de prijzen die ontstonden door het invoeren van experiment in de mondzorg. Er zijn nog een aantal andere effecten die onderzocht kunnen worden bij het invoeren van het experiment vrije prijsvorming in de mondzorg. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de serviceverlening van de zorgaanbieder, innovatie en ruimte van het assortiment, spreiding van de zorgaanbieders over het land, verhoudingen

tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, verhoudingen tussen zorgaanbieders onderling, beschikbaarheid van keuze-informatie voor zorgvragers en de beschikbaarheid van informatie van zorgaanbieders (Maastricht University , 2012).

Vanuit bestuurskundig oogpunt is het interessant om te kijken naar de veranderende verhoudingen van de actoren en hun onderlinge relaties. Met het veranderen van het stelsel in de mondzorg, is de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook aan verandering onderhevig geweest.

Met het invoeren van marktwerking in de zorg moet echter wel met een aantal dingen rekening worden gehouden. De zorgmarkt is een markt in transitie. Deze is continu aan verandering onderhevig. De marktwerking in de zorg is nog niet voltooid of in het eindstadium. De positie van de verschillende actoren bij marktwerking is anders dan die bij andere markten. Bijvoorbeeld bij supermarkten speelt de inkoopmacht een grote rol. In de zorgmarkt is de positie van de zorgaanbieder anders, inkoopmacht speelt een kleine rol. Ook de kwaliteit van het geleverde product is lastig te definiëren. Kwaliteit in de zorg is niet of nauwelijks te meten (Baarsma, van Damme, van Dijk, Ottervanger, & VerLoren van Themaat, 2009). Deze punten zorgen ervoor dat problemen kunnen optreden tussen de verschillende partijen in de zorg. Een van de eerste problemen is die van de reeds genoemde informatieasymmetrie die aanwezig is tussen verschillende partijen. De aanbieder van de zorg heeft meer informatie over behandelingen en de specifieke zorg die nodig is dan de patiënt. Ook is het kiezen voor zorg anders dan het kiezen voor bijvoorbeeld een blikje frisdrank in de supermarkt. Het kiezen voor frisdrank gebeurt vrijwillig, omdat deze persoon hier misschien wel zin in heeft. Zorg wordt meestal pas gekozen wanneer dit nodig is vanwege medische redenen. Men kiest hier niet vrijwillig voor. Dit zorgt ervoor dat de logica van het zorgen anders is dan de logica van het kiezen op een “normale” markt (Mol, 2006). Vervolgens heeft de aanbieder van de zorg vaak een persoonlijke relatie met de patiënt. Deze patiënt betaalt de zorg niet zelf, waardoor de vraag van de zorg niet prijsgevoelig is. Tevens is de zorgverzekeraar wettelijk verplicht voor verzekeren van voldoende zorg, zowel kwalitatief als kwantitatief. Door dit puntenrelaas is duidelijk geworden dat de zorgmarkt niet een “gewone” markt is. Het invoeren van marktwerking in de mondzorg kan daardoor ook leiden tot spanningen, problemen of veranderingen bij of tussen de actoren uit de belangendriehoek (Baarsma, van Damme, van Dijk, Ottervanger, & VerLoren van Themaat, 2009). Deze belangendriehoek bestaat uit zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars (Spreeuwenberg, 1997).

Op dit moment hebben de zorgverzekeraars en zorgaanbieders al veel discussies gehad over het experiment. Beide partijen hebben elkaar verweten niet goed om te gaan met experiment van de vrije prijzen in de mondzorg. Daardoor zou, volgens de beide actoren, de kwaliteit en de prijzen van de

behandelingen voor de patiënten te verslechteren. Met het invoeren van het experiment hebben de verzekeraars en aanbieders aanpassingen moeten doen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012). De mondzorgaanbieders moesten rekening houden met nieuwe prestatielijsten, hun eigen tarieven gaan berekenen, declaratiesystemen aanpassen en op een andere manier gaan werken door het invoeren van nieuwe regelgeving. Zorgverzekeraars moesten hun polissen, declaratiesystemen en (contract)overeenkomsten aanpassen op het nieuwe systeem (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012).

Afgezien van de problemen die ze met elkaar hebben en hebben gehad, moesten ze dus ook individueel rekening houden met de situatie na het invoeren van het experiment. Ook nadat werd aangegeven dat het experiment werd stopgezet bleef de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gespannen. Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld naar de rechter gestapt om verhaal te halen en zorgverzekeraars geven aan dat alleen de zorgaanbieders gebaat zijn geweest bij het invoeren van een experiment.

Ook nieuwe regelingen in 2013, zoals de max-maxstructuren, zorgen voor een weerbarstige relatie tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De relatie tussen de twee actoren is moeizaam, ook nadat het experiment is stopgezet.

Doordat beide partijen elkaar de schuld in de schoenen blijven schuiven over de mate van succes of falen van het experiment is niet duidelijk wat daadwerkelijk aan de hand is (Notten, 2012). Hierdoor weten de zorgconsumenten niet wat de voordelen zijn of waren van het experiment vrije prijsvorming in de mondzorg. Ook is het voor de controlerende instanties er niet makkelijker op geworden om toezicht te houden. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken niet samen, maar werken elkaar tegen (of hebben dat gedaan in het verleden). Om de resultaten van het experiment goed te kunnen monitoren, de situatie voor de patiënten te kunnen verbeteren en de resultaten van het experiment te kunnen weergeven is het van belang dat er onderzoek wordt gedaan naar de veranderende verhoudingen binnen de driehoek van centrale actoren binnen het zorgstelsel van de mondzorg.

Zoals is aangegeven is op dit moment alleen nog maar onderzoek gedaan naar de prijsveranderingen die hebben plaatsgevonden sinds de start (en het einde) van het experiment. Uiteraard heeft dit ook te maken met het beperkte aantal gegevens dat beschikbaar is, aangezien het experiment pas sinds januari 2012 heeft gelopen. Toch is het ook van belang om niet alleen naar de kwantitatieve gegevens te kijken. Ook de kwalitatieve veranderingen die het experiment met zich mee heeft gebracht zijn belangrijk om te onderzoeken. Doordat het experiment is stopgezet, is het extra belangrijk om te kijken wat de oorzaak is geweest van de “tegenvallende” resultaten van het experiment. Vandaar dat dit onderzoek zich zal richten op de veranderende verhoudingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg.

1.3 Probleemstelling

Op basis van het voorgaande kan de volgende doelstelling gegeven worden:

Inzicht krijgen in de veranderende relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg, ten einde aan te geven hoe deze verandering verklaard kan worden.

Om het doel van het onderzoek te kunnen behalen is het nodig om een vraagstelling op te stellen. Op basis van de doelstelling wordt de vraagstelling als volgt:

Hoe is de relatie tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar veranderd na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg en hoe is deze verandering te verklaren?

In dit onderzoek wordt de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar onderzocht. Binnen de mondzorg zijn verschillende soorten van aanbieders te onderscheiden. In dit onderzoek zal alleen gekeken worden naar de rol van de tandarts ten opzichte van de verzekeraar. De mondhygiënist, orthodontisten en eventuele andere aanbieders van mondzorg worden niet in dit onderzoek behandeld. Wanneer gesproken wordt over aanbieders van de mondzorg, worden in dit onderzoek de tandartsen bedoeld.

Bij het beantwoorden van deze centrale vraag is het nodig om deelvragen op te stellen. De deelvragen van het onderzoek zijn:

- Hoe was de verhouding zorgverzekeraar/ aanbieder voor het invoeren van het experiment/invoeren van marktwerking in de mondzorg?
 - Wat kenmerkte deze relatie?
 - Hoe gingen de actoren met elkaar om?
 - Waren er enkele knelpunten/problemen in deze relatie?
 - Hoe was deze relatie van invloed op de (kwaliteit) van de behandeling voor de patiënt?
 - Waren de actoren (on)afhankelijk van elkaar?
- Hoe is de verhouding zorgverzekeraar/ aanbieder na het invoeren van het experiment/invoeren van marktwerking in de mondzorg?
 - Wat kenmerkt deze relatie?
 - Hoe gaan de actoren met elkaar om?
 - Zijn er knelpunten/problemen in deze relatie?

- Hoe is deze relatie van invloed op de (kwaliteit) van de behandeling voor de patiënt?
 - Zijn de actoren (on)afhankelijk van elkaar?
- Wat zijn de verschillen tussen de situatie voor en na het invoeren van het experiment?
 - Welke factoren zijn theoretisch van invloed op de verhouding tussen aanbieder en verzekeraar?
 - Welke factoren kunnen, blijkens empirisch onderzoek, veranderingen binnen de relatie tussen aanbieder en verzekeraar verklaren?

Om aan te kunnen geven hoe de verhouding tussen aanbieder en verzekeraar is veranderd en wat mogelijke verklaringen hiervoor zouden kunnen zijn, wordt gebruik gemaakt van verschillende theoretische inzichten.

1.4 Theorie

In dit onderzoek zullen verschillende theorieën gebruikt worden om verklaringen te vinden voor de veranderende relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar na het invoeren van het experiment vrije prijzen. De eerste theorie, die gebruikt wordt zal die van Hoek zijn. Deze theorie richt zich op Health Care governance in Nederland (Hoek, 2007). De verschillende en veranderende manieren van governance in het Nederlandse zorgstelsel zullen in deze theorie beschreven worden. Uit deze beschrijving zullen factoren gehaald worden die gebruikt zullen worden bij het analyseren van de verkregen onderzoeksgegevens. Deze theorie zal gebruikt worden om een algemeen theoretisch perspectief te kunnen geven aan de factoren die van belang zijn in dit onderzoek. Het zal als een soort raamwerk gebruikt gaan worden.

De tweede theorie zal de agentschapstheorie zijn. Deze beschrijft de relatie van twee actoren aan de hand van de informatie en de belangen die deze actoren hebben. De theorie gaat ervan uit dat er een informatieasymmetrie aanwezig is tussen de actoren en dat de actoren handelen vanuit tegenstrijdige belangen (Walsh, 1995). De principaal is de opdracht gever en de niet-geïnformeerde partij en de agent is de uitvoerder en de geïnformeerde partij. De principaalagent- theorie kan een duidelijker beeld schetsen van veranderingen tussen actoren doordat deze situaties specifiek beschrijft en verklaart. Hierdoor kan deze theorie een specifieke verklaring kunnen geven voor veranderende relaties tussen actoren.

Een combinatie van deze twee theorieën moet een verklaring kunnen geven voor de veranderingen binnen de verhouding tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De governance-theorie zal dit op een

grove manier weten te doen, aangezien het beschrijven van governance altijd algemeen en niet specifiek zal zijn. De agentschapstheorie zal dit juist op een specifiekere manier kunnen doen. Een combinatie van deze theorieën moet een alomvattende verklaring kunnen geven of en hoe de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is veranderd.

Doordat deze theorieën op zoek gaan naar een verklaring is het een verklarend onderzoek. De theorieën zullen gebruikt worden om factoren uit te destilleren die de veranderingen kunnen verklaren. Aan de hand van de empirie zal gekeken worden of deze factoren daadwerkelijk de veranderingen tussen de actoren kunnen verklaren.

1.5 Maatschappelijke relevantie

De relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar beïnvloedt het “karakter” van de te leveren zorg en daarmee heeft het zijn invloed op de consumenten van deze zorg. De consumenten van de zorg zijn de Nederlandse burgers. Aangezien het in Nederland gebruikelijk is dat iedereen gebruik maakt van mondzorg, heeft deze verhouding invloed op de hele samenleving. Tevens is het de consument van de zorg die betaalt voor de premie voor de verzekeraar. Wanneer de vergoeding voor de mondzorg wordt verhoogd of verlaagd door een veranderende relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, heeft dit ook invloed op de consumenten van de mondzorg (Dohmen, 2011).

De Nederlandse overheid heeft de taak om de gezondheidszorgmarkt te reguleren en de publieke belangen te waarborgen. Wanneer blijkt dat de publieke belangen en/of de kwaliteit van behandelingen en vergoedingen achteruit gaat door een verandering binnen de verhouding tussen verzekeraar en aanbieder na het invoeren van het experiment, dan moet de overheid (in de vorm van een NZa of een NMa) ingrijpen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008).

Dit onderzoek kan mogelijk een verklaring geven voor de veranderende verhouding. Hierdoor kan dit onderzoek helpen met het waarborgen van de publieke belangen in de mondzorg. Gezondheidszorg is er namelijk voor elke Nederlandse burger.

1.6 Wetenschappelijke relevantie

Doordat dit experiment sinds januari 2012 loopt, is er nog maar weinig onderzoek naar gedaan. Het is nog niet duidelijk of marktwerking in de mondzorg mogelijk is, welke effecten dit zal hebben en of het bijdraagt aan effectiviteit, betere kwaliteit en betaalbaarheid. De onderzoeken die al wel gedaan zijn, hebben zich gericht op de prijzen en de verandering van de prijzen (Maastricht University, 2012) (Coöperatie VGZ, 2012). Er is nog geen onderzoek gedaan naar de veranderende relaties en rollen van actoren. Er is nog geen kwalitatief onderzoek gedaan naar het invoeren van het experiment. Het doen

van dit onderzoek, zal daarom leiden tot nieuwe resultaten. Deze resultaten kunnen wellicht bijdragen aan het verbeteren van marktwerking in de mondzorg en marktwerking in de zorg over het algemeen. Tevens kunnen de resultaten helpen met het verbeteren van de relaties tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de mondzorg en wellicht ook in andere sectoren van de zorg. Door deze redenen zal dit onderzoek ook wetenschappelijk relevant blijven nu blijkt dat het experiment voortijdig is stopgezet.

1.7 Leeswijzer

In het hierop volgende hoofdstuk (2) zullen enkele zaken worden toegelicht die van belang zijn voor dit onderzoek. Aan de hand van dit contextuele kader en een aantal theoretische inzichten zal de focus van dit onderzoek beter te begrijpen zijn. In hoofdstuk 3 zullen de verschillende theorieën van dit onderzoek toegelicht worden. Aan de hand van deze theorieën zullen de hypothese en conceptueel model opgesteld kunnen worden. Hierna zullen de factoren gegeven kunnen worden die een verklaring kunnen geven voor de veranderende relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. In hoofdstuk 4 zullen de methoden van dit onderzoek aan bod komen. Hierdoor kan worden uitgelegd op welke manier, hoe en waar dit onderzoek gedaan zal worden. Vervolgens zullen de resultaten en analyse van dit onderzoek aan bod komen (5). Na het weergeven van de resultaten van dit onderzoek zullen de conclusies gegeven kunnen worden in hoofdstuk 6. In hetzelfde hoofdstuk zullen de aanbeveling voor vervolgonderzoek gedaan worden.

2. Marktwerving in de Nederlandse gezondheidszorg

2.1 Inleiding

In dit onderzoek zal gekeken worden naar de effecten van marktwerving in de zorg. De marktwerving in de mondzorg is ingevoerd door middel van een experiment. Om de invloeden van dit experiment op de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar weer te kunnen geven en de veranderingen te kunnen verklaren is het van belang om een aantal zaken toe te lichten.

In dit hoofdstuk zullen de basisprincipes van geregleerde marktwerving in de zorg als eerste de aandacht krijgen. Door het toelichten van deze principes en de uitleg van de marktwerving in de gezondheidszorg wordt de rol van en de visie op geregleerde marktwerving binnen dit onderzoek duidelijk. De principes van geregleerde marktwerving zullen weergegeven worden met behulp van de theoretische inzichten van Alain Enthoven (1993).

Vervolgens worden enkele belangrijke actoren van de geregleerde marktwerving in de mondzorg behandeld. De actoren zullen beschreven worden aan de hand van de verschillende markten die te onderscheiden zijn in het Nederlandse zorgstelsel. Dit zijn de zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt. Het weergeven van de verschillende markten zal de relatie van de actoren onderling verduidelijken. Aan de hand van de beschrijving van de actoren moet duidelijkheid gegeven worden over het kader waarbinnen het onderzoeksprobleem zich afspeelt.

Voor het duidelijk weergeven van dit kader zullen ook enkele facetten van de verzekeringsleer weergegeven worden. Het weergeven van deze facetten geeft inzicht in de aard van de verzekeringsleer en enkele problemen die kunnen ontstaan bij het “verzekeren”. De inzichten van Feldstein (1993) zullen een leidraad zijn voor het weergeven van de theoretische facetten van de verzekeringsleer.

Aan de hand van de gegevens uit dit hoofdstuk kan inzicht gegeven worden in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit inzicht is noodzakelijk voor het begrijpen van de focus en achtergronden van dit onderzoek.

2.2 Marktwerving

Alain Enthoven heeft de theoretische grondslag van geregleerde marktwerving ontwikkeld in zijn theorie ‘managed competition’ (1993). Aan de hand van kritische vragen over de gezondheidszorg in de VS ontwikkelde hij enkele basisbeginselen en -voorwaarden voor marktwerving in de zorg. Zijn ‘managed competition’ is een aankoopstrategie om de beste kwaliteit te krijgen voor de laagste prijs van werkgevers en klanten.

De redenering van Enthoven (1993) is dat zorgverkopers die een stijging van kwaliteit, dalende kosten

en tevreden klanten realiseren, worden “beloond” door middel van het toenemen van klanten en daardoor het vergroten van de winst. Het beoordelen van dit proces zal worden gedaan door ‘sponsors’, deze beschikken over data, kennis en kostenbewuste klanten. Dit inzicht is ontstaan doordat er een aantal problemen zich voor kunnen doen als er in de zorg van een traditionele markt, met aanbieders en individuele inkopers, wordt uitgegaan. De zorg is niet te zien als een traditionele markt, daardoor moet er op een andere manier marktwerking worden ingezet.

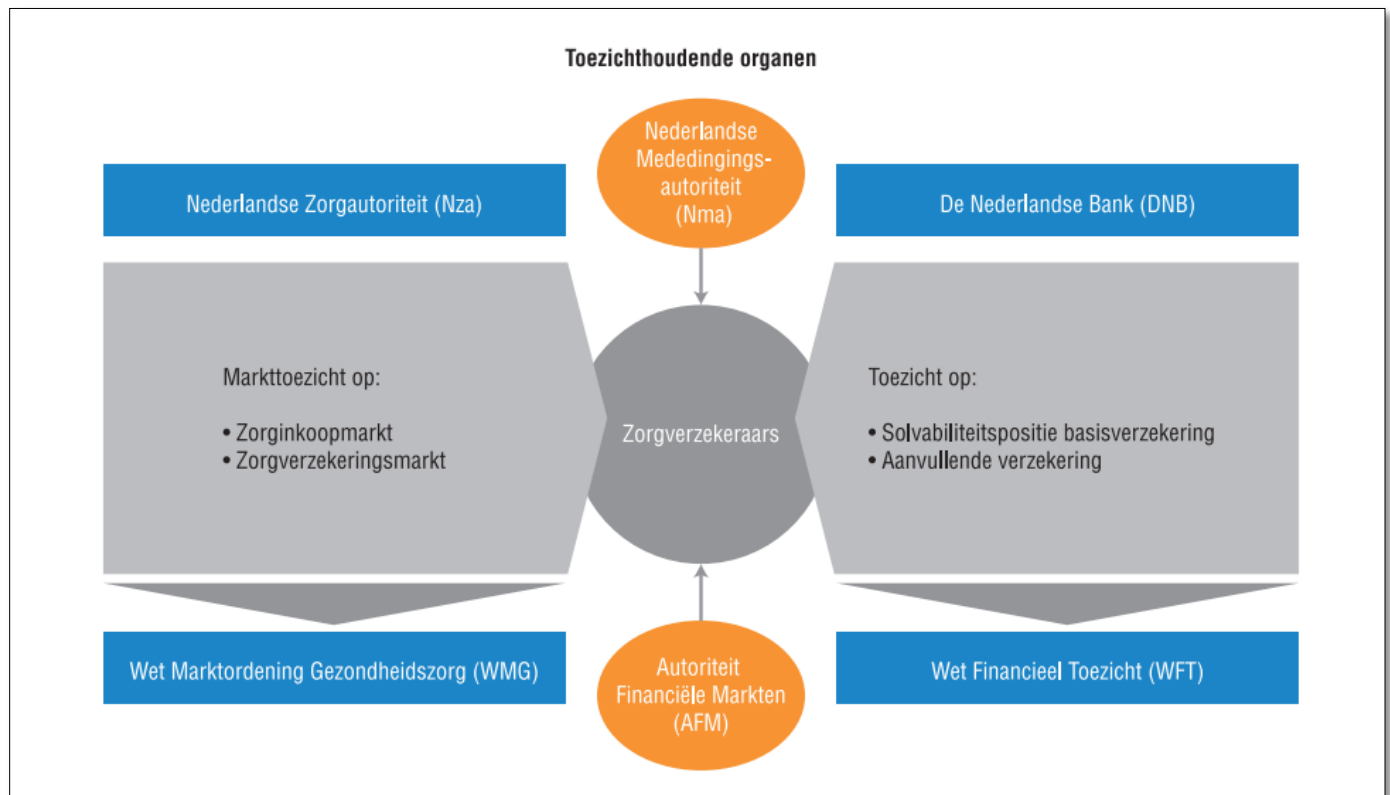
De ‘sponsors’ kunnen er voor zorgen dat marktwerking in de zorg wel op een goede manier ingezet kan worden. In Nederland zijn deze ‘sponsors’ de overheid, de NZa en de zorgverzekeraars. De overheid stelt een kader met regels vast, waarbinnen geopereerd mag worden, de NZa helpt met het opstellen van deze regels en houdt hierop toezicht en de zorgverzekeraars zijn van belang bij het inkopen van de zorg voor de patiënten. De rol van de zorgverzekeraars is van belang, zij stellen de verzekeringen op en verkopen deze aan de patiënten.

Enthoven (1993) stelt zeven eisen aan gereguleerde marktwerking, om hiermee problemen te voorkomen. De zeven eisen luiden als volgt:

- ‘Price Competition’: de concurrentie moet op basis van prijs geschieden.
- ‘Risk selection’ voorkomen: verzekeraars mogen dus niet selecteren op basis van goede en slechte risico’s.
- Verzekeraars zijn op basis van het voorkomen van ‘risk selection’ verplicht om iedereen aan te nemen en iedereen moet zich ook tegen een aantrekkelijk bedrag kunnen verzekeren.
- Er moet een basisverzekering zijn die voor iedereen gesubsidieerd wordt.
- Een verzekering moet altijd op eenvoudige wijze gecontinueerd kunnen worden, een beëindiging vanuit de zorgverzekeraar kan alleen bij ernstige nalatigheid of wanbetaling van de klant.
- ‘Community rating’: Elke verzekerde bij eenzelfde verzekeraar betaalt hetzelfde bedrag voor hetzelfde pakket.
- Bij het afsluiten van een verzekering mogen er op basis van gebeurtenissen uit het verleden geen uitsluitingen of beperkingen worden opgelegd aan de verzekering.

De overheid heeft een andere rol gekregen met het invoeren van gereguleerde marktwerking. Het is veranderd van meer vormgevend naar toezichthoudend. De overheid neemt de rol van scheidsrechter aan, andere organisaties en instanties fungeren hier als grensrechter van de markt. Dit kunnen, zoals hiervoor al is aangegeven, instanties zijn zoals de Nederlandse Zorgautoriteit en de Nederlandse

Mededingingsautoriteit. Maar ook instituties als De Nederlandse bank en de Autoriteit Financiële Markten houden toezicht op de zorgmarkt. In het figuur hieronder zijn de verschillende toezichthoudende organen weergegeven.

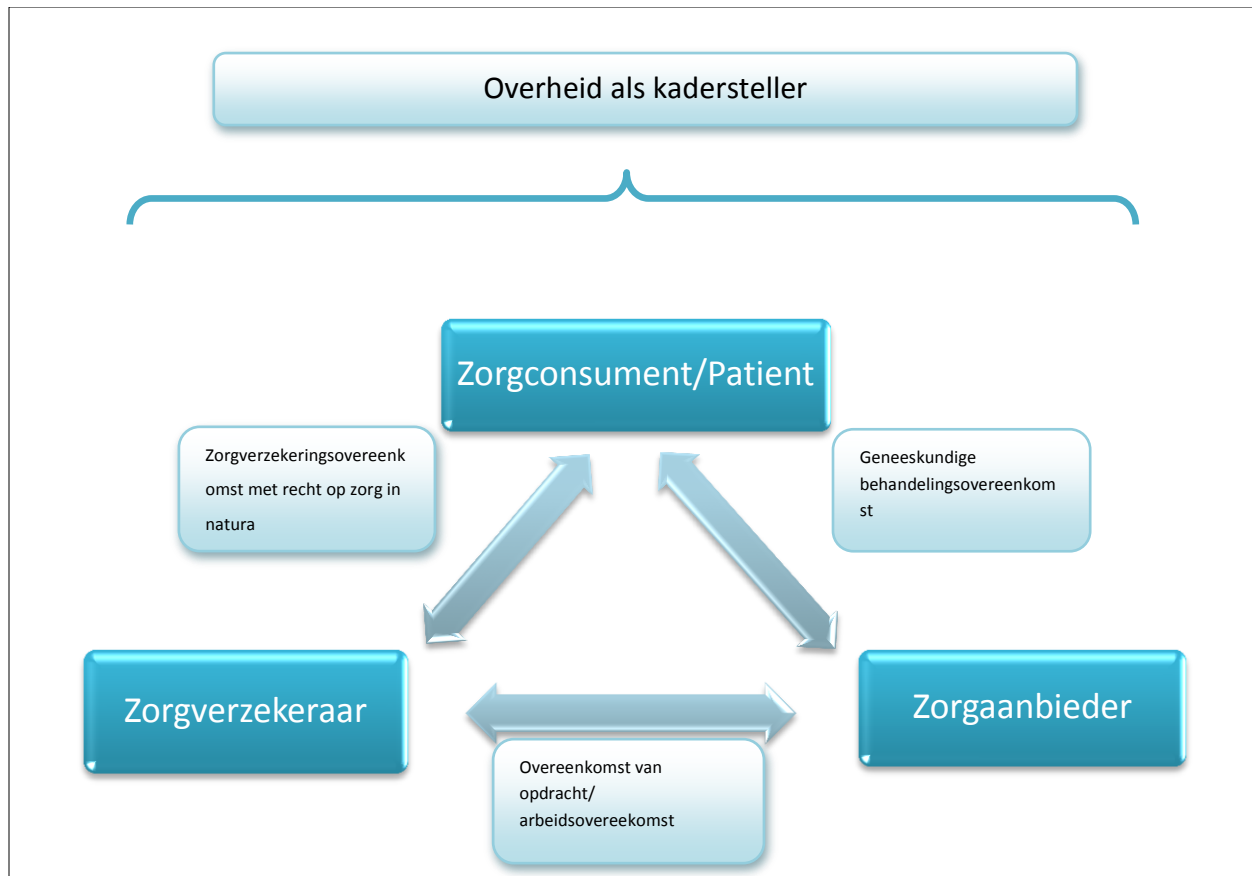


Figuur 2.1 Toezichthoudende instanties zorgmarkt, gericht op zorgverzekeraars (Atos, 2007).

2.3 Actoren

Bij het verlenen van zorg in het Nederlandse zorgstelsel staan drie partijen centraal. Dit zijn de consumenten van de zorg, de aanbieders van de zorg en de zorgverzekeraars (Lapré & van Montfort, 1999). Met het invoeren van marktwerking in de zorg zijn de rollen en de relaties van deze partijen veranderd.

De drie belangrijke partijen zijn ook in de mondzorg te herkennen als: de patiënten, de tandartsen, orthodontisten, mondhygiënisten (oftewel zorgverleners) en de zorgverzekeraars. In het onderstaande figuur zijn de actoren en hun onderlinge relaties weergegeven.



Figuur 2.2: Driehoek van Patiënt/Consument, Zorgverzekeraars, Zorgaanbieders (Lapré en van Montfort, 1999).

2.3.1 Zorgconsument

Het gedrag van de Nederlandse zorgconsument is veranderd ten opzichte van een aantal jaar geleden. Onder andere door veranderingen in het zorgstelsel en het politieke klimaat, maar voornamelijk door de mondialisering, modernisering en globalisering van onze samenleving. Uiteraard is de liberalisering van overheidsinstellingen ook een gevolg hiervan (NIVEL, 2006).

De stabiele, hiërarchische samenleving van vroeger heeft plaatsgemaakt voor een snelle, dynamische netwerksamenleving waarin veel (jonge) consumenten zijn aangesloten bij online communities zoals Facebook (Atos Consulting, 2007). Er bestaat niet één Nederlandse consument, hierdoor wordt de Nederlandse bevolking opgedeeld in doelgroep segmenten.

De zorgconsumenten kunnen verdeeld worden in drie soorten consumenten: de minder zelfredzame zorgconsumenten, de pragmatische zorgconsument en de maatschappijkritische zorgconsument (Motivaction, 2009). De minder zelfredzame zorgconsument heeft moeite met de verantwoordelijkheden en keuzemogelijkheden die ontstaan door het invoeren van een nieuw zorgstelsel. Voorheen waren er geen keuzemogelijkheden voor de zorgconsumenten, hoefde er geen

keuzes gemaakt te worden en had de consument ook geen verantwoordelijkheid voor zijn of haar medische zorg. Doordat er nu wel keuzes gemaakt moeten worden, is dit een probleem voor dit type patiënt. Mensen willen soms geen keuzes maken, durven geen keuzes te maken of kunnen geen keuzes maken. Dit kan te maken hebben met de verantwoordelijkheid die ze niet willen hebben of nemen, of met het vele aantal keuzemogelijkheden dat aanwezig is (Maarse, 2011). Dit type consument is vaak wat lokaal georiënteerd en heeft een wat passieve houding ten aanzien van zorg. De pragmatische zorgconsument heeft een hoog vertrouwen in de vernieuwde technieken, heeft een hoge prestatiemotivatie en is zelfredzaam. De maatschappijkritische consument kan tussen de twee voorgaande type consumenten geplaatst worden. Deze consumenten zijn kritischer en mondiger, maar zijn tegenstander van te veel individualisering in de zorg. Tevens is dit soort consument minder technologisch en materialistisch ingesteld dan de pragmatische zorgconsument. Het beeld voor de toekomst is dat het aantal pragmatische zorgconsumenten zal toenemen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen te maken krijgen met mondigere en kritischere consumenten, die zelf bepalen wat ze wel of niet willen betreffende hun medische zorg (Maarse, 2011).

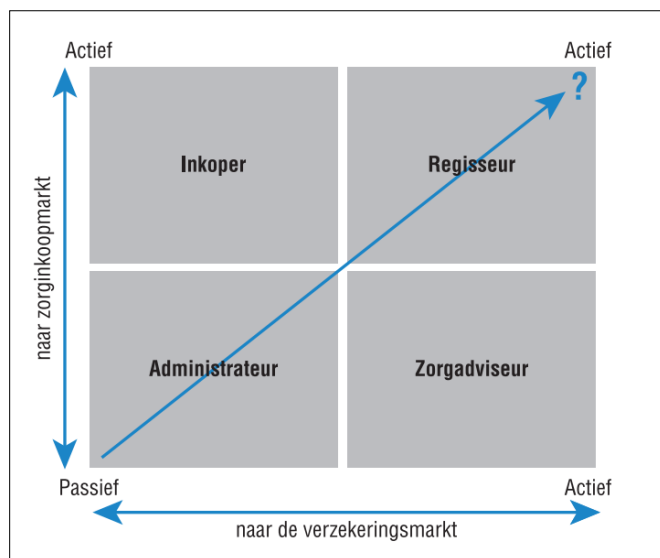
2.3.2 Zorgverzekeraar

Een zorgverzekeraar is een financiële dienstverlener die verzekeringen aanbiedt tegen ziektekosten. Tegen betaling van een premie neemt de zorgverzekeraar financiële risico's over van de verzekerde als gevolg van kosten van ziekte (Lapré & van Montfort, 1999).

Door het invoeren van een nieuw zorgstelsel en een nieuwe zorgverzekeringwet in 2006 moet er meer geconcurrereerd worden tussen de verschillende zorgverzekeraars. Door de toegenomen concurrentie zijn de rendementen van de zorgverzekeraars in de voorgaande jaren flink onder druk komen te staan (Atos Consulting, 2007). Op dit moment heeft de zorgverzekeraar een bepaald overschot (dus iets meer rendement), wat ontstaan is door de lagere farmacieprijzen. Of dit een tijdelijk overschot is of een langdurige is nog niet gebleken. Het geeft op dit moment iets meer macht aan de zorgverzekeraar, aangezien deze nu meer geld heeft om te kunnen opereren en controleren.

Toch is het verbeteren van rendementen niet op elk logische manier mogelijk, dit is gebleken toen de nieuwe zorgverzekeringwet net was ingevoerd. Het verhogen van de premies zou mogelijkerwijs tot gevolg hebben dat de verzekeraar zichzelf uit de markt prijst, doordat andere verzekeraars niet de premie verhogen voor de verzekering. Aan de kostenkant kan men alleen besparingen realiseren door middel van het verlagen of beheersen van de zorgkosten. Afgezien van de kosten van de zorg, kunnen de beheerskosten door middel van het invoeren van vrije prijzen voor behandelingen beheerst worden. Dit is echter aan de zorgaanbieders om dit te bepalen. De zorgverzekeraar kan zelf alleen maar de

zorgkosten beheersen. Dit is mogelijk door middel van verschillende rollen op de zorginkoopmarkt en de verzekeringsmarkt. Er zijn vier rollen die gedefinieerd kunnen worden voor de zorgverzekeraar. De rol van inkoper wordt gekenmerkt door het inkopen van de zorg. Hierbij moet de verzekeraar op een excellente manier zorg inkopen, om een houdbare concurrentiepositie te verkrijgen. In de rol van administrateur heeft de verzekeraar een intern gerichte blik. Standaardisatie, kostenbeheersing en efficiëntie zijn dan de sleutelementen. Wanneer de rol zorgadviseur wordt aangemeten, dan staat de cliënt in het middelpunt. Er wordt door de verzekeraar geen zorg gekocht, maar gezondheid verkregen. De laatste rol is de meest ultieme rol voor de verzekeraar. Hierbij is de zorgverzekeraar regisseur of coördinator van de zorgmarkt. De zorgverzekeraar hanteert hierbij een ketenbenadering en er zullen contracten gesloten worden met belangrijke zorgaanbieders. Op deze manier kunnen Health Maintenance Organisations (HMO's) ontstaan (Atos Consulting, 2007). Het is echter onwaarschijnlijk dat de zorgverzekeraar de rol van coördinator of regisseur volledig in handen krijgt (NIVEL, 2006). Hierbij moeten de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar de verzekeraar als regisseur of coördinator accepteren. De klassieke relatie die verzekerden met hun arts (huisarts of tandarts) onderhouden is een belemmering voor de beoogde zorgnavigatie. De arts is vaak, in tegenstelling tot de verzekeraar, de vertrouwenspersoon. En daarnaast bepalen patiënten steeds meer wat hij wil en waar hij dit wil (NIVEL, 2006).



Figuur 2.3 Rollenmatrix van zorgverzekeraars (Atos, 2007).

2.3.3. Zorgaanbieder

Bij invoering van het nieuwe zorgstelsel moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgen voor goede en transparante informatie, zodat consumenten hier goed inzicht in kunnen krijgen (Bal, 2008). Doordat

consumenten zelf mogen kiezen welke verzekering ze bij welke verzekeraar ze willen afsluiten, moeten verzekeraars zorgen voor kwalitatief goede en betaalbare zorg. Willen aanbieders ook gecontracteerd worden om zorg te kunnen leveren, dan moeten ze ook zorgen voor deze kwalitatief goede en betaalbare zorg. Zorgaanbieders moeten zorgen dat ze hun gegevens over kwaliteit en prijs beschikbaar stellen, op een manier dat het voor consumenten inzichtelijk is. Wanneer deze informatie beschikbaar is kan de zorgaanbieder gaan sturen op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg (Maarse, 2011).

2.4 De Zorgmarkt

De zorgmarkt is op te delen in verschillende markten: de zorgverleningsmarkt (of patiëntenzorgmarkt), de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt. Aan de hand van de belangendriehoek van actoren is aan te geven wat er op welke markt gebeurt. De markt van zorgconsument en zorgaanbieder heet de zorgverleningsmarkt, de markt van zorgverzekeraar en zorgaanbieder heet de zorginkoopmarkt en de markt van zorgverzekeraar en zorgconsument heet de zorgverzekeringsmarkt.

2.4.1 Zorgverleningsmarkt

De zorgverleningsmarkt is de markt die laveert tussen vraag en aanbod van patiënt en hulpverlener. De patiënt is vrager van de zorg en bijvoorbeeld een ziekenhuis is de hulpverlener die het juiste aanbod aan zorg heeft voor de patiënt.

Volgens Schut (1999) kan de zorgverleningsmarkt in twee markten onderverdeeld worden: de markt voor artsenzorg en de markt voor ziekenhuis zorg. Op de eerste markt zijn de goederen vaak sterk heterogeen en onderling slecht uitwisselbaar. Tevens is er voor de patiënt weinig informatie bekend over de kwaliteit van de goederen of diensten: de vragers gaan meestal af op wat de aanbieders hen te bieden hebben. Het is niet echt mogelijk om een (welbewuste en overwogen) keuze te maken voor de zorg. Patiënten hebben te weinig informatie over de symptomen, de ziektes/zorg en de behandeling ervan (Schut, 1999). Tandartsen vallen onder de artsenzorgmarkt.

Op de ziekenhuiszorgmarkt kunnen de goederen en diensten bijvoorbeeld bestaan uit behandelingen in een ziekenhuis of permanente verpleging. Ook deze goederen zijn niet homogeen met elkaar te vergelijken op basis van kwaliteit en betaalbaarheid. Behandelingen kunnen per ziekenhuis verschillen en vaak is er geen informatie over de kwaliteit van de behandelingen per ziekenhuis (Schut, 1999).

2.4.2 Zorgverzekeringsmarkt

Op de zorgverzekeringsmarkt wordt de relatie weergegeven tussen verzekeraar, die een verzekering aanbiedt, en de zorgconsument, die om een verzekering vraagt. De verzekeringsmarkt kan niet bestaan

zonder de patiëntenzorgmarkt (Schut, 1999). Het is immers niet nodig om mensen te verzekeren tegen eventuele zorgkosten, zonder dat er daadwerkelijk zorg bestaat. Het te verhandelen goed op de zorgverzekeringsmarkt is uiteraard de zorgverzekering. Later in dit hoofdstuk zal er verder ingegaan worden op de zorgverzekering en de verzekeringsleer.

2.4.3 Zorginkoopmarkt

De zorginkoopmarkt geeft de relatie tussen de bekostiger van de zorg en de zorgverlener weer. Deze markt ontstaat indien twee partijen afspraken maken omtrent de afname van zorg voor consumenten. Het te verhandelen goed is dan ook de zorg An sich. De afspraken die gemaakt worden tussen de verzekeraar en de aanbieder kunnen betrekking hebben op de prijs, de kwaliteit, de hoeveelheid, organisatie en de inhoud van de zorgverlening (Schut, 1999). Er zijn veel verzekeraars actief op de zorginkoopmarkt, zij hebben echter een behoorlijke informatieachterstand op de zorgverleners. Dit is de zogenaamde informatieasymmetrie. Verzekeraars hebben namelijk geen of nauwelijks kennis over zorgverlening. Toch zullen de verzekeraars de kosten voor de behandelingen moeten vergoeden, ondanks de informatie over de daadwerkelijk gemaakte kosten en kwaliteit van de behandeling (Feldstein, 1993).

In dit onderzoek zal de zorginkoopmarkt centraal staan. Net zoals de focus van dit onderzoek heeft de zorginkoopmarkt de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverlener centraal staan.

2.5 De medische verzekeringsleer

Voor het omschrijven van de verzekeringsleer bij medische zorgverzekeringen is het van belang om een kleine beschrijving van de Nederlandse gezondheidszorg te geven. Het Nederlandse zorgstelsel heeft een aantal doeleinden. Deze doeleinden gaan uit van een aantal punten waar het stelsel op gebaseerd is. Deze punten zijn: toegankelijkheid, solidariteit, kwaliteit, kosten(beheersing), bestuurlijke mogelijkheden voor verandering en internationale verplichtingen (Maarse, 2011). Aan de hand van deze punten is te concluderen dat de kosten de randvoorwaarden vormen voor alle andere punten (Schut, 1999).

Wanneer er voldaan wordt aan de punten dan zal dit bijdragen aan het beschermen van de samenleving tegen (financiële) risico's die optreden wanneer burgers getroffen worden door ziekte. Zonder collectieve gezondheidszorg zullen burgers buiten de medische verzorging vallen en zal er voor hen onvoldoende opvang mogelijk zijn op het medische gebied (Lapré & van Montfort, 1999). Zoals hierboven werd aangegeven is de overheid mede verantwoordelijk voor het organiseren van goede,

kwalitatieve zorg tegen zo laag mogelijk kosten. Op dit moment zal dit gerealiseerd moeten worden door middel van de gereguleerde marktwerking. Ondanks het invoeren van marktwerking in de zorg, besteedt de overheid nog vele miljarden euro's aan de gezondheidszorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2008). Een van de oorzaken van de miljarden euro's die de overheid nog steeds besteedt is het toenemende aantal verzekeringen. Er is een voortdurende uitbreiding van verzekeringen. Mensen kunnen zich voor steeds meer zaken verzekeren (Newhouse, 1992). Het hebben van een verzekering zou weer leiden tot meer gebruik van de zorg.

Een verzekering valt te omschrijven als een overeenkomst waarbij de ene partij (verzekeraar) zich verplicht om de andere partij (verzekerde) schadeloos te stellen in geval van een onverwacht voorval. Dit zal alleen gebeuren na een ontvangst van een premie en als van tevoren is afgesproken dat het bepaalde voorval vergoed zou worden. De afspraken over een verzekering worden vastgelegd in een contract. Hierin wordt beschreven wat de premies, de (onverwachte) voorvallen en de (eventuele) vergoedingen zullen zijn.

Feldstein (1993) beschrijft een aantal factoren die van invloed zijn op de vraag naar zorgverzekeringen. Als eerst is van invloed de mate van risicoaversie van de consument. Sommige consumenten sluiten verzekeringen af die hun beschermen tegen elk mogelijk risico, terwijl andere consumenten zich tegen geen enkel risico indekken. Vervolgens is de prijs van de verzekering belangrijk voor de vraag ernaar. Hoe hoger de kosten (premies) voor een verzekering zullen zijn, hoe minder mensen zich zullen verzekeren. Hieraan gekoppeld is de derde verklaring: het inkomen van een individu. Mensen met een lager inkomen kunnen zich minder (of niet) verzekeren en mensen met een hoger inkomen hoeven zich vaak niet te verzekeren of kunnen een betere verzekering afsluiten. Ten vierde kan ook het belastingstelsel de vraag beïnvloeden. In de Verenigde Staten werden bijvoorbeeld de premies die werkgevers voor hun werknemers betaalden voor ziektekosten vrijgesteld van belastingheffing. Ook de polisvoorwaarden zijn van invloed op de vraag naar verzekeringen. Hoe beter een polis is, doordat deze ruimer of dekkender is, hoe groter de vraag zal zijn naar deze polis. Als laatste is natuurlijk kennis en techniek belangrijk. Wanneer de techniek beter ontwikkeld is, is er meer kennis over ziekten, symptomen en behandelingen en kan er met beter inzicht verzekerd worden. Dit stimuleert de vraag naar verzekeringen (Feldstein, 1993). Deze stimulans zorgt ook weer voor een grotere vraag naar technologische ontwikkeling. Waardoor deze laatste verklaring als een vicieuze cirkel gezien kan worden in verband met de vraag naar verzekeringen.

Bij de vraag naar medische verzekeringen kunnen zich ook enkele problemen voordoen. De twee belangrijkste problemen die kunnen ontstaan zijn: moral hazard en adverse selectie (Walsh, 1995).

Het probleem bij moral hazard is het gedrag van iemand die een verzekering heeft afgesloten. Een verzekerd persoon zou zich anders gedragen dan wanneer deze niet verzekerd zou zijn (Stiglitz, 2000). De verzekerde gaat zich zo gedragen omdat hij of zij minder voorzorgsmaatregelen zal nemen en omdat het gedrag een prikkel tot overconsumptie creëert (Barr, 1992). In het geval van de moral hazard staan de kosten voor de verzekering in de vorm van een premie niet in verhouding tot de hoeveelheid zorg die geconsumeerd wordt. Door het probleem met het gedrag van mensen is het bepalen van risico's ingewikkeld bij het dekken van keuzemogelijkheden. Dit heeft een aantal gevolgen voor de verzekering. De prijs van de verzekering neemt toe, als gevolg van toenemend gebruik van de verzekering. En door het toenemen van het gebruik en de prijs is het mogelijk dat de vraag vervolgens weer daalt. Dit kan weer tot gevolg hebben dat de zorg voor bepaalde groepen in de samenleving onbetaalbaar wordt (Barr, 1992).

Een ander probleem bij de vraag naar verzekeringen was die van adverse selectie. Dit probleem treedt op vóór het afsluiten van een medische verzekering en ontstaat door de informatieasymmetrie tussen de zorgverzekeraar en de zorgconsument. Op basis van een groep verzekerden en de gemiddelde kans, of risico, dat een bepaalde ziekte optreedt binnen deze groep baseert een verzekeraar zijn premie. Mensen met een hoog risico worden op deze manier bevoordeeld, doordat zij relatief gezien weinig betalen. De mensen met een laag risico worden benadeeld, zij betalen namelijk relatief veel in verhouding met het risico wat ze lopen op een ziekte. De mensen met een laag risico kunnen er voor kiezen om zich niet langer te verzekeren tegen de ziekte: het verwachte nut is voor hen te laag (Feldstein, 1993). Het gevolg is dat alleen de mensen met de slechte risico's zich zullen verzekeren. Zij hebben meer informatie over hun eigen (slechte) situatie dan dat de verzekeraar heeft. Hierdoor kan de premie voor de verzekering verhoogd worden, doordat minder mensen betalen voor dezelfde verzekering. Op een gegeven moment kan een verzekeraar mensen met een hoog risico gaan weren of uitsluiten: zij brengen weinig op aan inkomsten en kosten de verzekeraar veel aan uitgaven voor de zorg. Ook kan de verzekeraar op zoek gaan naar mensen met een laag risico om te gaan verzekeren: deze betalen relatief veel en kosten de verzekeraar weinig aan de uitgaven. Dit verschijnsel heet adverse (of averechtse) selectie. Het gevolg hiervan is dat verzekeren onmogelijk kan worden in een aantal gevallen (Barr, 1992).

Premies voor dit soort verzekeringen kunnen hierdoor torenhoog worden. In Nederland is om adverse selectie te voorkomen bij een aantal verzekeringen een acceptatieplicht en een verzekeringsplicht ingesteld. Mensen met een laag risico moeten zich verplicht verzekeren en mensen met een hoog risico moeten verplicht door de verzekeringsmaatschappij geaccepteerd worden.

Naast moral hazard en adverse selectie kunnen er nog meer redenen zijn die verzekeren lastig of zelfs onmogelijk maken. Een van deze redenen is het soms niet te voorspellen risico. Geen van de partijen heeft informatie over de mogelijke risico's. Dit is anders dan bij moral hazard, waar een van de partijen nog wel informatie heeft ten opzichte van de andere partij. Bij het onvoorspelbare risico zijn twee partijen onwetend.

Een andere reden is dat de mogelijke kans op schade vrijwel gelijk is aan één. Hierdoor is verzekeren ook onmogelijk: de schade treedt vrijwel zeker op. Er is hierdoor geen risicospreiding, omdat iedereen hetzelfde (hoge) risico heeft. Een voorbeeld is een verplicht jaarlijks tandartsbezoek.

Uit het voorgaande blijkt dat een aantal problemen kunnen ontstaan bij verzekeren. Er zijn echter ook een aantal oplossingen voor deze problemen. Bij het oplossen van moral hazard is het bijvoorbeeld mogelijk om een eigen risico in te stellen. Verzekerden betalen bij het optreden van schade eerst een vast bedrag zal, daarna worden pas de kosten verhoed. Een andere oplossing is het instellen van een eigen bijdrage. Een percentage van de schade moet door de verzekerde zelf betaald worden. Door het instellen van een eigen risico of een eigen bijdrage zullen consumenten minder consumeren, omdat het ze anders onnodig extra geld zal gaan kosten. Echter het instellen van een eigen bijdrage en eigen risico in de zorg is lastiger te realiseren. Wanneer dit namelijk wordt toegepast op medicijnen of een bezoek aan de huisarts heeft dit geen enkele zin: de patiënt heeft immers geen controle over de eventuele zorg die hij of zij nodig heeft (Bruyns & Tulder, 1995).

Een andere oplossing voor het moral hazard probleem is het instellen van een maximumvergoeding. Boven dit bedrag zullen dan geen verrichtingen of behandelingen vergoed worden door de zorgverzekeraar (Feldstein, 1993).

Ook voor adverse selectie zijn een aantal oplossingen te bedenken. Het is mogelijk om mensen te verplichten te verzekeren, zoals hiervoor al beschreven is. De verzekeraar moet dan echter wel verplicht zijn om iedere vraag te accepteren. Een andere oplossing voor adverse selectie zou kostenverevening zijn tussen zorgverzekeraars. De verliezen die optreden bij het verzekeren van een patiënt met een hoog risico zullen dan gespreid over alle aanwezige verzekeraars worden (Schut, 1999). Ook kan men denken aan een uitbreiding van de risicoselectie als oplossing van het probleem. Een verzekeraar heeft dan voordeel bij deze oplossing, aangezien zij meer informatie moeten weten te winnen over de aspirant-verzekerden. Dit komt echter niet ten goede aan de risicopatiënten: zij kunnen sneller geweigerd worden door deze maatregel.

Aan de hand van het zestal factoren die de vraag naar verzekeringen beïnvloeden, de problemen die kunnen ontstaan bij het verzekeren en de problemen en oplossingen van moral hazard en adverse selectie is weergegeven hoe het verzekeren van belang is in de zorg en hoe dit zijn effecten kan hebben op de verschillende actoren. Aan de hand van deze informatie is geprobeerd een kader te schetsen voor het weergeven van het onderzoeksprobleem.

3. Theoretisch kader

3.1 Inleiding

De theorieën van dit onderzoek zullen sturend gebruikt worden om de veranderingen binnen de relatie en de verklaringen van deze veranderingen weer te geven. De theorieën die gebruikt zullen worden handelen over marktwerking in de zorg over het algemeen en over de effecten die kunnen optreden bij het invoeren van marktwerking.

Er zullen twee theorieën gebruikt worden om de veranderingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar te kunnen verklaren. Dit zullen de theorieën van Health Care Governance en de Agentschapstheorie zijn. De eerste theorie zal een algemene verklaring geven, de tweede een meer specifieke verklaring. De eerste theorie zal meer gebruikt worden als kader waarbinnen de verklarende factoren vanuit de agentschapstheorie gedestilleerd kunnen worden.

De combinatie van deze twee theorieën zal een zo alomvattend mogelijke verklaring moeten kunnen bieden voor de veranderingen binnen de relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

3.2 Health Care Governance

3.2.1 Governance

Governance heeft betrekking op bestuur, toezicht op dat bestuur en verantwoording over dat bestuur en toezicht. Volgens Hoek (2007) kan governance omschreven worden als een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor het bestuur, het toezicht en de verantwoording gebaseerd op drie veronderstellingen:

- Er is overeenstemming over de aard van het spel
- De noodzaak van een stelsel van spelregels en omgangsvormen wordt geaccepteerd
- Het is duidelijk welke doelen gediend worden door het stelsel en waar het gebruik van het stelsel toe moet leiden

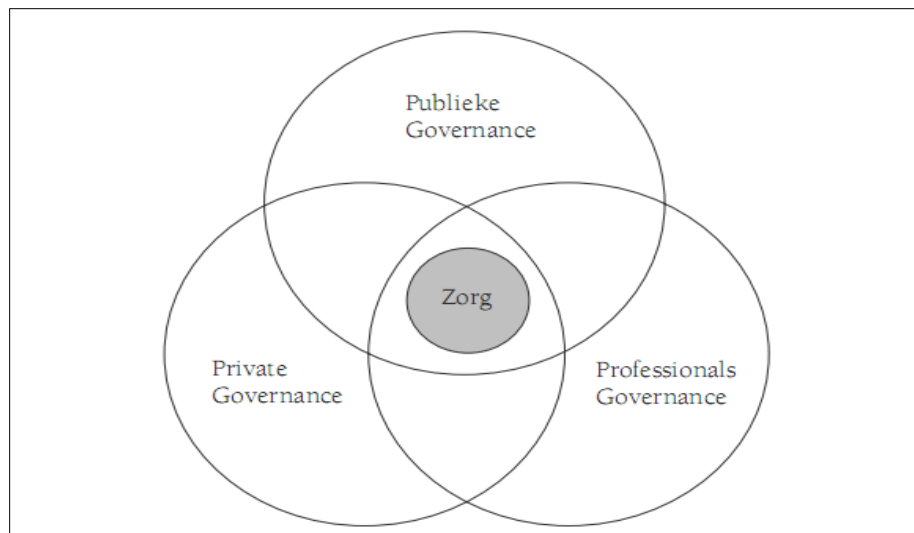
Governance is een relatief nieuw begrip, maar van de toepassing is al eeuwenlang sprake. Er bestaat de behoefte om daar waar bestuurd wordt, toezicht te houden en verantwoording af te laten leggen.

Governance is belangrijk in een samenleving waar mensen het behartigen van belangen aan anderen overlaat (Hoek, 2007). Doel van governance is volgens Hoek (2007) dat diegene die het belang behartigt dit zo goed mogelijk doet. Daarom is governance volgens hem gericht op gecontroleerde belangenbehartiging. Vaak gaat het echter niet om één belangenbehartiger of één persoon waarvan de

belangen behartigt van moeten worden. Het zit complexer in elkaar. Er zijn meestal groepen van mensen die belangen behartigen van andere groepen mensen. Ook zijn er andere factoren die van invloed zijn. Zoals het gehele proces van belangen behartiging, verschillende culturen, structuren en organisaties (Hoek, 2007).

3.2.2 Governance in de Nederlandse gezondheidszorg

Er bestaan verschillende governance werelden. Dit zijn private, publieke en professionele governance. Deze drie vormen dienen verschillende belangen. Ze hebben ieder hun eigen wereldbeeld en zijn gebaseerd op verschillende maatschappelijke en morele opvattingen. De mores en cultuur is per vorm verschillend, tevens worden er verschillende principes, instrumenten en spelregels gehanteerd in de verschillende vormen van governance. In onderstaande figuur is weergegeven hoe de drie governance werelden zich tot elkaar verhouden.

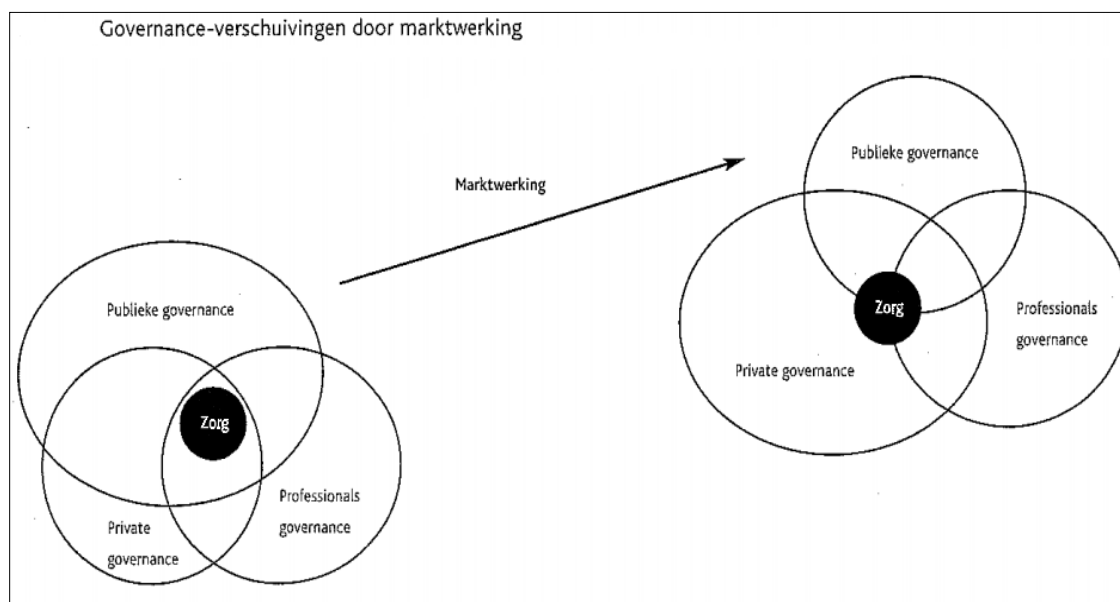


Figuur 3.1: Verhouding van de drie governancewerelden in het Nederlandse zorgstelsel (Hoek, 2007).

Governance in de zorg blijkt complex (Hoek, 2007). Er hebben drie verschillende governance werelden invloed op het functioneren en werken van de zorgorganisaties. Zorgaanbieders hebben te maken met corporate governance, bedrijfsmatig werken, oftewel private governance. Ze zijn onderhevig aan de sturing van de overheid, oftewel de public governance. En ten slotte is er de professional governance, waar ook weer aparte spelregels gelden. Hierdoor kunnen de professionals hun beroep in stand houden. Deze verschillende vormen van governance zijn niet op elkaar afgestemd en kunnen elkaar daardoor tegenwerken. Dat deze drie soorten governance niet op elkaar zijn afgestemd komt door de verschillende culturen en mores waar de werelden op gebaseerd zijn.

Het gezondheidsstelsel moet een aantal publieke doelen dienen. De overheid wil de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg voor de burgers regelen, de solidariteit tussen burgers bewaken en de kosten limiteren (Hoek, 2007). Daarnaast ziet de overheid toe op de kwaliteit van de zorg en mag, indien nodig, ingrijpen wanneer deze zorg onder de kwaliteitsnorm valt. Om de publieke belangen te waarborgen legt de overheid de zorgaanbieders een uitgebreid en complex stelsel van regels op, heeft zij toezichts- en reguleringsorganen opgericht en verwacht zij publieke verantwoording van zorgorganisaties. Private zorgaanbieders spelen dus ook een rol in de publieke governance. Professionals hebben grote invloed op de manier waarop de zorg wordt verleend. Zij hebben een monopolie op de uitoefening van hun professie.

De drie governance werelden hebben niet allemaal evenveel invloed op de gezondheidszorg. Door wijzigingen in het stelsel en autonome ontwikkelingen verschuiven de grenzen tussen de verschillende governance structuren (Hoek, 2007). Dit heeft tot gevolg dat er verschillende invloeden uitgaan van verschillende governance werelden per periode waarin het gezondheidsstelsel zich bevindt. Door de recente ontwikkelingen wordt het Nederlandse zorgstelsel gekenmerkt tot een meer marktgericht stelsel. Ook de effecten van marktwerking hebben invloed op de verschillende governance werelden en daarmee de zorg. In onderstaande figuur is de verschuiving binnen de governance werelden door de marktwerking weergegeven.



Figuur 3.2: Verschuiving governance door marktwerking (Hoek, 2007).

De markt is het sturende principe geworden, na het invoeren van de nieuwe zorgwet in 2006 (Maarse, 2011). Zo zouden vraag en aanbod van de zorg beter op elkaar aansluiten, betere kwaliteit van de zorg

komen en minder maatschappelijke kosten worden gegenereerd. De professionals zouden moeten concurreren en hun monopolies zouden doorbroken worden. De overheid richt zich hierbij op het reguleren van de markt en het bewaken van de kwaliteit (en andere publieke belangen). De overheid zal echter niet meer het sturende mechanisme van de gezondheidszorg zijn. Wanneer marktwerking daadwerkelijk goed wordt uitgevoerd betekent dit een groeiend, aanmerkelijk belang voor meer en goede private governance. De invloed van private governance gaat ten koste van de invloed van publieke en professional governance. Deze zal kleiner worden wanneer er marktwerking wordt ingevoerd.

Aanbieders van de zorg moeten de patiënten nu gaan zien als consumenten. Het verschil met een “normale” organisatie die afhankelijk is van marktwerking, is echter dat de consumenten niet degene zijn die betalen. Dit zijn de verzekeraars. Dit vergt dus een andere houding van zorgaanbieders, consumenten van de zorg en de zorgverzekeraars.

Het invoeren van marktwerking in de zorg zal leiden tot een andere soort van governance. Er zal een verschuiving plaatsvinden binnen de governance werelden. Deze “theorie” zal op deze manier een verklaring geven voor de grote verschuivingen binnen de governance werelden, en daardoor de manier van denken en opereren, van het Nederlandse zorgstelsel. Hiermee kan het ook een algemene verklaring geven waarom de actoren in de belangendriehoek anders denken en opereren na het invoeren van marktwerking. Het kan een verklaring geven aan de hand van de verschuivingen binnen de structuren van governance.

Dankzij deze theorie is het mogelijk aan te geven dat de manier van denken en werken verandert binnen de zorg na het invoeren van marktwerking in de mondzorg. De drie governance werelden en de verschuiving van de invloed van de werelden op de zorg geven een verklaring voor de verandering.

Het samenspel van en tussen private, professionele en publieke governance is voortdurend in beweging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars functioneren in de combinatie van de drie governance werelden. Daardoor zijn ze steeds genooddaakt afwegingen te maken tussen –en binnen- private, publieke en professionele belangen. Ze hebben te voldoen aan de eisen van de drie governance werelden. Zowel de doelen als de inrichting van de governance kunnen onderling strijdig zijn. Door deze strijdigheid is ook aan te geven hoe veranderingen door marktwerking kunnen optreden binnen de governance werelden. Wanneer er meer marktwerking aanwezig is in de gezondheidszorg, zal er ook meer invloed zijn van de governance invloeden van private governance. Het invoeren van een experiment vrije prijzen in de mondzorg is in deze theorie te vergelijken met het invoeren van marktwerking. Het invoeren van dit experiment zorgt voor het veranderen van de invloed van de private, publieke en de professionele

governance. De private governance is het werken met bijvoorbeeld de vrije prijzen in de mondzorg, tandartsen die bedrijfsmatig moeten gaan werken en moeten gaan concurreren met elkaar om patiënten te behouden en behandelingen te kunnen uitvoeren. Het bedrijfsmatige werken gaat omhoog naarmate er marktwerking wordt ingevoerd.

De professionele governance is de invloed van de professionals en de specialisten op de zorg. De theorie van Hoek geeft aan dat deze ook zal verminderen wanneer marktwerking wordt ingevoerd. Wanneer dit in verband wordt gebracht met het experiment vrije prijzen zal dit betekenen dat de mondzorgaanbieders steeds minder invloed zullen hebben op (het beleid en de uitvoering van) de zorg. Zij moeten zich onderwerpen aan andere heersende vormen van governance. De invloed van de private governance zorgt voor het verminderen van de invloed van de professionele governance.

Publieke governance is de invloed van de publieke instanties, organen en de overheid op het beleid en uitvoeren van de zorg. Met het invoeren van marktwerking, met name geregleerde marktwerking, in de zorg neemt de invloed van publieke governance af. Wanneer het experiment met de vrije prijzen in de zorg wordt ingevoerd, zal de overheid zich minder (mogen en/of kunnen) bemoeien met de uitvoering van dit experiment. Doordat de invloed van het bedrijfsmatige werken zo groot is in het systeem van wetten, regels, beleid, normen, waarden van de governance werelden zal de publieke invloed verminderen.

Door het weergeven van de groeiende invloed van private governance naar aanleiding van marktwerking is het mogelijk om de volgende hypothese op te stellen:

Vergroting van de invloed private governance na het invoeren van marktwerking, zorgt voor verkleining van de invloed van professionele en publieke governance.

Met behulp van deze hypothese is weer te geven of er veranderingen zullen zijn in de governance vormen door het invoeren van een experiment vrije prijzen, oftewel het invoeren van marktwerking in de mondzorg. Door het beschrijven van de situatie voor en na het invoeren van het experiment vrije prijzen zal deze hypothese gebruikt kunnen worden bij een voor/na-vergelijking betreffende de stelselwijzigingen binnen de Nederlandse mondzorgmarkt. Het falsificeren of verifiëren zorgt ervoor dat er wel of niet aangegeven kan worden of sommige veranderingen optreden in de mondzorg na het invoeren van de marktwerking. De hypothese stelt het volgende: wanneer de invloed van de private governance toeneemt, dan zal de invloed van de professionele en publieke governance afnemen. Met behulp van de hypothese kan het volgende conceptuele model worden opgesteld:



3.3 Agency theorie

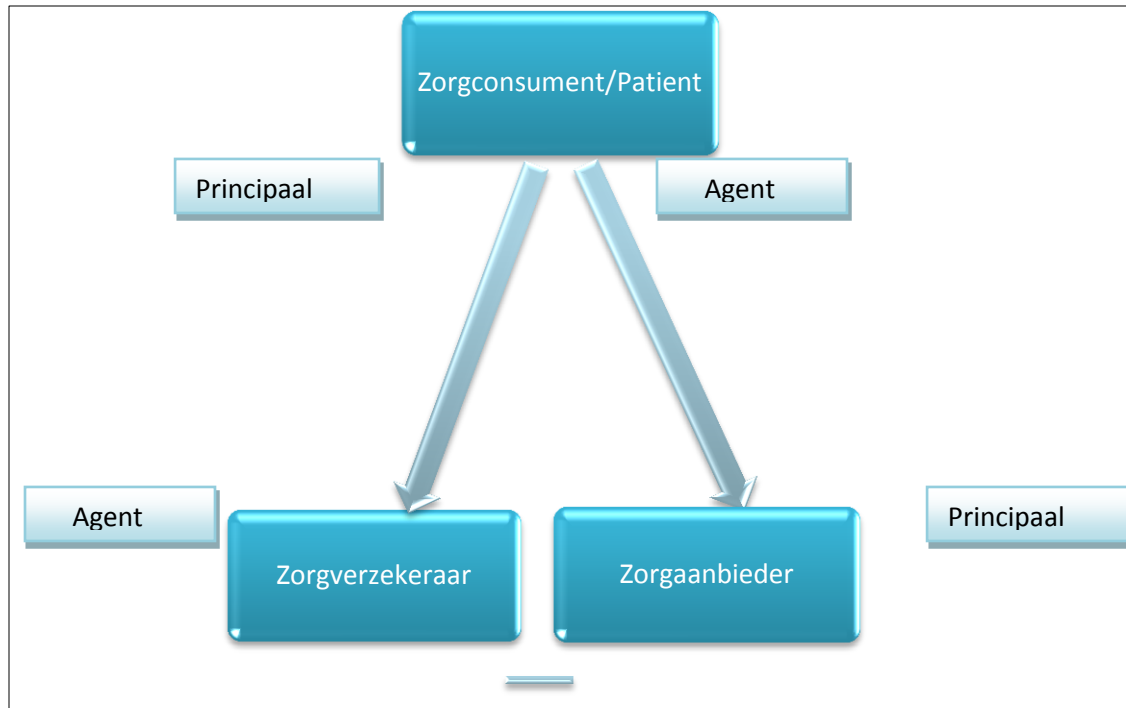
De agentschapstheorie gaat uit van een relatie tussen twee nuts-maximaliserende actoren. Deze actoren zijn de principaal en de agent (Ross, 1973). Deze twee actoren zijn aan elkaar verbonden vanwege een contract.

In het geval van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar is het contract die van de zorginkoopmarkt. In dit contract worden afspraken gemaakt over de prijs en kwaliteit van behandelingen voor de agent, die worden uitgevoerd voor de principaal. In dit contract staat welke verplichtingen de beide partijen hebben ten opzichte van elkaar. De principaal delegeert het werk en de agent voert het werk uit (Eisenhardt, 1989). De toegewezen agent handelt voor, in naam van of als representatief voor de ander: de principaal. De agent ontvangt hiermee een bepaald inkomen van de principaal. Als beloning voor de inspanningen ontvangt de agent een beloning van de principaal.

Door gebrek aan kennis kan de principaal echter niet de doelmatigheid van het geleverde product controleren. Tevens is de agent “lui” en risicomijdend, hij wil zichzelf zo min mogelijk inspannen. De agent is hierdoor niet geneigd de (juiste) informatie te verschaffen. De agent beschikt ook over meer informatie over de werkzaamheden die hij verricht dan de principaal.

De principaal is risiconeutraal en heeft belang bij een grote inspanning van de agent. De principaal zal daardoor proberen de juiste informatie te verkrijgen van de agent. Door gebrek aan kennis kan de principaal echter niet de doelmatigheid van het geleverde product controleren. De principaal zal proberen de informatie ongelijkheid die bestaat tussen de agent en de principaal proberen op te heffen. De focus van deze theorie ligt op het contract tussen de agent en de principaal die zo efficiënt mogelijk moet zijn.

De twee fundamentele problemen die heersen tussen de principaal en agent zijn die van de belangentegenstelling en die van de informatieasymmetrie (Eisenhardt, 1989).



Figuur 3.3: Aanwezige Principaal-Agent relatie binnen de belangendriehoek van actoren van de Nederlandse gezondheidszorg (Schut, 1999).

De bovenstaande figuur laat zien dat in de Nederlandse gezondheidszorg verschillende Principaal-Agent relaties aanwezig zijn. In dit onderzoek zal de Principaal-Agent relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder centraal staan.

3.3.1 Informatieasymmetrie

De agent is een specialist op zijn vakgebied en daarom is hij gecontracteerd door de principaal. De agent weet meer over omstandigheden en de werkelijke kosten dan dat de principaal weet. De werkelijk geleverde dienst en de inspanningen hiervoor zijn alleen bekend bij de agent. De principaal heeft betreft deze gegevens een achterstand aan informatie ten opzichte van de agent.

In de agentschapstheorie is informatie een algemeen goed: het heeft een prijs en kan worden ingekocht. Op deze manier kunnen organisaties en informatiesystemen investeren om meer controle te krijgen op de agenten.

Tevens hebben de principaal en de agent conflicterende doelen. De overheid kan sturingsmiddelen gebruiken om grenzen te leggen aan het gedrag van de agent. Met het invoeren van deze sturingsmiddelen heeft Eisenhardt twee hypothesen opgesteld:

1. Wanneer het contract tussen de principaal en de agent gebaseerd is op uitkomsten, zal de agent zich meer gaan gedragen zoals de principaal dit wil.

2. Wanneer de principaal informatie heeft om het gedrag van de agent te verifiëren, zal de agent zich meer gaan gedragen zoals de principaal dit wil (Eisenhardt 1989).

3.3.2 Belangentegenstellingen

De principaal heeft niet altijd goed zicht op de werkzaamheden van de agent. De werkzaamheden zijn er soms op gericht om de agent beter te maken in plaats van de principaal goed te doen. Dit werkt niet in het belang van de principaal, maar juist in die van de agent. Hierdoor is er sprake van een belangentegenstelling.

Ook het probleem van de belangentegenstelling is op te lossen, namelijk door:

- Bonding; hierbij is er sprake van een aantal dingen, die de agent accepteert in het belang van de principaal. Hierbij worden er regels en voorschriften gebruikt om het gedrag van de agent te reguleren.
Dit speelt onder andere een rol bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Er wordt dan onderhandeld over prijs, volume en kwaliteit, wat kan leiden tot beperkingen voor de agent.
- Monitoren; hierbij ontvangt de principaal informatie door de werkzaamheden van de agent in kaart te brengen. Met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet is de zorg steeds transparanter geworden. De zorgverzekeraar heeft steeds meer zicht op het handelen van de zorgaanbieders.
- Incentives tot inspanning; te denken valt aan het belonen van de agent door middel van bijvoorbeeld financiële prikkels, waardoor hij zich meer zal gaan inspannen zijn taken te verrichten zoals de principaal dit wil (Niskanen, 1994). Afgezien van de financiële prikkels hebben artsen ook psychologische en sociologische prikkels nodig om de zorg beter te kunnen maken.

3.3.3 Beloningsmechanismen in de zorg

De zorg is geen gewone markt. Ook de beloningsmechanismen zijn verschillend in de zorgmarkt, ten opzichte van andere markten.

Beloningsmechanismen, zoals financiële prikkels, hebben daardoor een ander effect. Er zal kort worden toegelicht hoe de manier van belonen van artsen werkt en wat artsen (ook tandartsen) motiveert tot het doen van hun werkzaamheden.

Net zoals bij vele andere werknemers zijn ook artsen geïnteresseerd in financiële beloningen. Maar dit is niet de enige soort beloning die een arts kan drijven bij het verrichten van zijn werkzaamheden. Het hoeft ook niet de beloning te zijn die zorgt dat de arts doet wat hij moet doen. Artsen hebben te maken met het leveren van zorg, het genezen van zieken en wellicht het redden van levens. Maatschappelijk gezien hebben artsen een heel belangrijke taak, dit levert ze ook een extra status op.

Ook op wetenschappelijk gebied kan een arts beloond worden, door het doen van baanbrekend, vernieuwend en innovatief onderzoek. Deze onderzoeken zouden weer kunnen leiden tot nieuwe inzichten bij bestaande behandelmethodes bijvoorbeeld.

Een arts kan afgezien van de extrinsieke beloningen, vaak zijn werk ook doen door de intrinsieke beloning die hij of zij daarvoor krijgt (Trisolini, 2011). Het redden van een leven kan meer voldoening geven dan het geld wat een arts krijgt voor diezelfde behandeling. Het werken volgens het betaald naar prestatie systeem kan ook meehelpen met het motiveren van artsen. Volgens Trisolini (2011) kan dit systeem de economische, de psychologische en de sociologische incentives van de arts aanspreken, die leiden tot het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Het verbeteren van de kwaliteit leidt op die manier tot meer innovaties, betere behandelingen en een betere gezondheidszorg over het algemeen. Artsen zouden niet alleen gemotiveerd worden door de extrinsieke financiële beloningen die het “Pay-for-Performance” systeem met zich meebrengt. Juist de sociologische en psychologische voordelen van het systeem zorgen voor een goede intrinsieke motivatie (Trisolini, 2011).

3.3.4 Kosten

De drie mechanismes die de problemen met belangentegenstelling kunnen oplossen hebben alle drie een bepaald effect, maar brengen ook bepaalde kosten met zich mee. Deze kosten zijn op te delen in drie categorieën: preventiekosten, inspectiekosten en consequentiekosten.

De preventiekosten zijn de kosten die noodzakelijk zijn om de handelingsruimte van de agent te begrenzen, informatie te winnen en de agent aan het contract te binden. Inspectiekosten zijn de kosten die worden gemaakt door het toezicht houden op de naleving van de voorschriften, regels en afspraken die gemaakt worden in het contract. De consequentiekosten zijn de in het geld uitgedrukte verlies als gevolg van de werkelijke beslissingen van de agent ten opzicht van de beslissingen die genomen hadden kunnen worden indien de principaal beschikt had over de volledige informatie.

Deze drie soorten kosten kennen een verschillend verloop van de principaal, afhankelijk van de beleidsvrijheid die de agent heeft.

Indien de agent veel autonomie krijgt, zijn de consequentiekosten hoger dan bij een geringe autonomie. Daartegenover staat dat bij een hoge autonomie de preventie- en inspectiekosten weer laag zijn. Het is voor de principaal dan dus zaak een zo optimaal mogelijk punt te vinden waarin hij de kosten weet te minimaliseren. Wanneer dit punt gevonden wordt, dan is het contract tussen agent en principaal zo efficiënt mogelijk (Eisenhardt, 1989).

3.3.5 Relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder

Hiervoor zijn al enkele voorbeelden gegeven om de problemen tussen principaal en agent op te lossen die ontstaan bij het aangaan van een contract. Hier zal specifiek worden aangegeven wat er moet veranderen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Toezicht is de oplossing voor het Principaal-Agent probleem tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Door middel van prijs- en aanbodregulering (Schut, 1999) kunnen er afspraken gemaakt worden tussen verzekeraar en hulpverlener. Dit is echter makkelijker gezegd dan gedaan: tandartsen en patiënten zien het als een inmenging in hun relatie als de verzekeraar zich hiermee gaat bemoeien. Verzekeraars nemen vaak ook een zwakke positie in ten opzichte van de zorgverleners. Zij hebben minder kennis over de behandelingen en de kwaliteit hiervan. De incentive voor de zorgverzekeraar om een contract af te sluiten kan hierdoor verminderen. Terwijl het eigenlijk wel nodig is om gecontracteerde zorg te verzorgen, in een stelsel waar gereguleerde marktwerking de algemene norm is.

3.3.6 Hypothese en conceptueel model

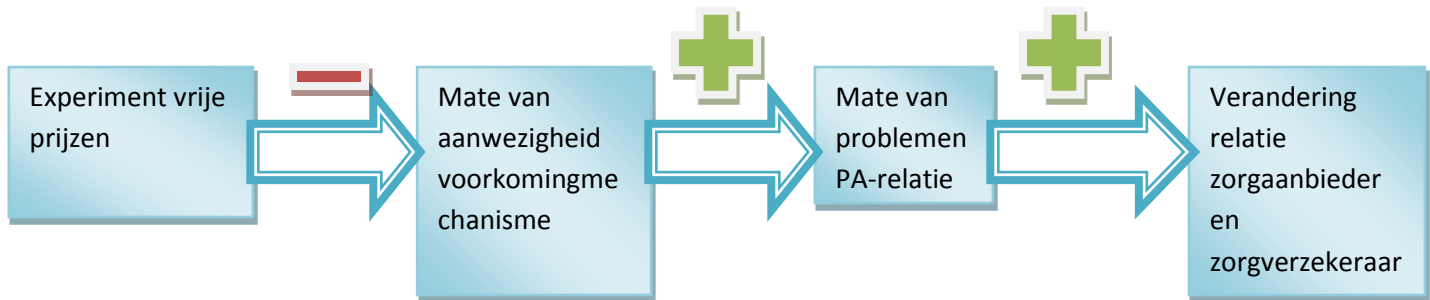
Door het invoeren van het experiment met de vrije prijzen in de mondzorg worden de problemen die ontstaan in de principaal-agentrelatie onder druk gezet. Prijsregulering is namelijk een vorm om problemen mee op te lossen. Door middel van het vrijgeven van de prijzen, ontbreekt dit mechanisme.

Met het invoeren van vrije prijzen is er geen mogelijkheid meer om te voorkomen dat problemen zoals informatie asymmetrie en belangentegenstellingen ondervangen worden. De relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder kan hierdoor ook in het geding komen. Door het invoeren van experiment is er geen voorkomingsmechanisme meer in de relatie tussen principaal en agent. Door het ontbreken van een voorkomingsmechanisme zullen er problemen ontstaan tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zoals belangentegenstelling en informatieasymmetrie. Door de problemen zullen de relatie tussen de beide partijen veranderen.

De hypothese die opgesteld kan worden vanuit de agentschapstheorie is:

De verandering van de relatie zorgaanbieder en zorgverzekeraar wordt veroorzaakt door de afname van het voorkomingmechanisme en daardoor een toename van de problemen binnen de Principaal-Agent relatie.

Deze hypothese leidt tot het volgende conceptuele model:



Aan de hand van de hypothese en het conceptueel model kunnen de volgende factoren worden aangegeven die de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen beïnvloeden na het invoeren van het experiment. Deze factoren zijn de aanwezigheid van de voorkomingmechanismes, zoals: bonding, monitoren en incentives afgeven. En de aanwezigheid van de problemen die kunnen ontstaan tussen principaal en agent door wel of niet aanwezig zijn van deze mechanisme, zoals: informatieasymmetrie en belangentegenstelling.

3.4 Conclusie

De twee theorieën die in dit onderzoek behandeld zijn, moeten leiden tot het weergeven van de factoren die verklaren waarom de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar verandert na het invoeren van het experiment. De eerste theorie moet een verklaring geven waarom de partijen na het invoeren van marktwerking op een andere manier zijn gaan opereren. De invloed van het bedrijfsmatige werken is toegenomen, waardoor de invloed van het publieke en professionele werken is afgenomen. Aan de hand van deze theorie kan vervolgens met de PA-theorie gekeken worden wat de specifieke oorzaken zijn van de verandering binnen de organisatie. Deze theorie gaat ervan uit dat de voorkomingsmechanismes verantwoordelijk zijn voor het wel of niet optreden van problemen tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

De eerste theorie gaat meer in op de verandering binnen het zorgstelsel in het algemeen. Alle drie de actoren uit de belangendriehoek en de overige actoren uit het zorgstelsel spelen een rol in deze theorie. De tweede theorie geeft een meer gespecificeerd beeld van de twee actoren die centraal staan in dit

onderzoek. Deze theorie kan dan ook beter de specifieke factoren benoemen die van invloed kunnen zijn op de relatie tussen de twee actoren, terwijl de theorie van de Health care governance een algemeen beeld kan geven waarom de actoren anders zijn gaan opereren en werken.

Een combinatie van deze twee theorieën moet een algemene en diepgaande verklaring kunnen geven voor het veranderen van de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar na het invoeren van het experiment van de vrije prijzen in de mondzorg. Aan de hand van het afnemen van interviews en het analyseren van de gegevens moet het mogelijk zijn om de hypothesen te falsificeren of verifiëren.

Hierdoor moet het mogelijk worden om aan te geven óf en waardoor de relatie tussen de twee actoren is veranderd na invoering van marktwerking in de mondzorg.

4. Methodologisch kader

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is een theoretische onderbouwing voor dit onderzoek gegeven. Dit hoofdstuk zal de methodologische verantwoording voor dit onderzoek geven. Er zal uitgelegd worden hoe dit onderzoek uitgevoerd gaat worden. Dit onderzoek zal een casestudy zijn.

Allereerst zullen de eigenschappen van een casestudy behandeld worden, waarna aangegeven kan worden waarom dit onderzoek als een casestudy gezien kan worden en waarom er voor dit type onderzoek gekozen is. Hierna zal aangegeven worden wat de methode van dataverzameling zal zijn. De selectie van organisaties en respondenten zal daarna toegelicht worden. Vervolgens zal de operationalisatie van begrippen volgen. In de paragraaf erna zullen de beperkingen en de reikwijdte van het onderzoek behandeld worden. Ten slotte zal de validiteit van het onderzoek aan bod komen.

4.2 Casestudy

In dit onderzoek zal gekozen worden voor een casestudy. Een casestudy is een kwalitatieve vorm van onderzoek. In dit onderzoek wordt een verschijnsel bestudeerd in de natuurlijke context (Boeije, 2006). Bij de casestudy wordt diepgaand en integraal inzicht gegeven in één of enkele tijdruimtelijk begrensde objecten of processen (Verschuren & Doorewaard, 2007).

Een casestudy heeft verschillende kenmerken. Ten eerste heeft een casestudy een smal domein. Er zijn weinig onderzoekseenheden waar onderzoek naar wordt gedaan.

Ten tweede wordt bij een casestudy een selectieve strategische steekproef gedaan. Deze steekproef wordt gedaan aan de hand van het conceptueel model en wat de onderzoeker te weten wil te komen van de onderzoekseenheden. Ten derde is een casestudy een arbeidsintensieve benadering. Om deze diepgang te bereiken zijn verschillende vormen van arbeidsintensieve datagenerering nodig. Het genereren kan gebeuren in de vorm van (diepte)interviews, observaties en inhoudsanalyses.

Ten vierde is een casestudy een holistische benadering, doordat een open wijze van dataverzameling gebruikt wordt. Ten slotte wordt het object of proces onderzocht in de natuurlijke omgeving. Het kan niet plaats vinden in een opgezette omgeving zoals een laboratorium. Hierbij worden kwalitatieve gegevens en methoden gebruikt (Verschuren & Doorewaard, 2007).

Deze kenmerken passen bij de vraagstelling van het onderzoek. Hierin moet duidelijk naar voren komen dat aan de hand van het onderzoek zal blijken hoe iets in elkaar zit en waarom dit zo is. Het helder weergeven van de oorzaken van een verschijnsel is heel belangrijk in een casestudy (Vennix, 2007).

In dit onderzoek zal de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder onderzocht worden na het invoeren van het experiment vrije prijzen. Aan de hand van verschillende theorieën zal een verklaring worden gegeven voor de verandering van deze relatie. Uit de vraagstelling komt naar voren dat een oorzaak gezocht wordt voor een bepaald verschijnsel.

Dit onderzoek heeft een smal domein, er wordt een selectieve strategische steekproef gedaan, het maakt gebruik van een arbeidsintensieve datagenerering, er wordt een open wijze van dataverzameling gebruikt en het proces wordt onderzocht in de natuurlijke omgeving. Omdat de kenmerken van een casestudy passen bij de vraagstelling van het onderzoek is gekozen voor een casestudy.

In dit onderzoek wordt er maar één case en één verschijnsel onderzocht. De relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan gezien worden als één case. Er zal wel onderzoek gedaan worden bij meerdere organisaties, actoren en personen, maar toch spreekt men dan nog van een singlecase research design, aangezien het maar één bepaalde relatie betreft die centraal staat in dit onderzoek. Doordat het een singledesign research is, is het niet altijd even makkelijk om resultaten naar andere organisaties te generaliseren. In plaats van het generaliseren van de resultaten kan deze case als een voorbeeld gezien worden voor het verklaren van een bepaald verschijnsel (Yin, 2003).

4.3 Methode van dataverzameling

Doordat dit onderzoek kwalitatief van aard is, zal een kwalitatieve methode van dataverzameling gebruikt worden. Via literatuurstudie en interviews zal geprobeerd worden een verklaring te geven van de veranderende relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Er zijn verschillende wetteksten en overheidsgeschriften doorgenomen. Maar ook literatuur over de Principaal-Agenttheorie, Health care governance, verzekeringsleer, (gereguleerde) marktwerking en de (Nederlandse) gezondheidszorg. De meest belangrijke bron van data is het afnemen van interviews.

De interviews zijn afgenomen door middel van een gestructureerde vragenlijst met mogelijkheid tot open antwoorden (Vennix, 2007). Tevens waren de vragen van te voren door de interviewer opgesteld en in een bepaalde volgorde gezet. Daarbij is uitgegaan van een “interviewguide”. De vragen van het interview zijn opgesteld aan de hand van de concepten, indicatoren en verklarende factoren die uit de theorie komen.

Op basis hiervan is de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder na het invoeren van het experiment doorgenomen. In de operationalisatie van de begrippen zal aangegeven worden hoe de interviewguide is opgesteld.

4.3.1. Selectie van organisaties

In dit onderzoek zullen verschillende actoren en personen geïnterviewd worden. Het is van belang om de volgende actoren te selecteren voor het onderzoek:

- De tandartsen
- De verzekeraars
- De adviserende tandartsen werkzaam bij de verzekeraars

Deze organisaties en actoren moeten in het onderzoek betrokken worden om een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de situatie.

De keuze voor deze organisaties en actoren is gebaseerd op het feit dat deze de meeste informatie kunnen geven over de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Deze actoren en organisaties staan centraal in het onderzoek en zullen daardoor veel informatie kunnen verschaffen. Tevens zullen beide partijen aan het woord komen, waardoor niet een te eenzijdig beeld wordt gevormd. Dit zal zorgen voor een evenwicht bij het afnemen van de interviews.

4.3.2 Selectie van respondenten

Bij het selecteren van de respondenten voor de interviews moet rekening gehouden worden met hun betrokkenheid bij de het experiment en hun expertise.

Alle personen die geïnterviewd moeten worden zullen notie moeten hebben van het experiment in de mondzorg en ook moeten weten wat dit experiment inhoudt voor de mondzorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de zorgconsumenten. Op deze manier is het mogelijk om diepte interviews af te nemen en de juiste kennis te genereren uit de interviews.

Tevens is het belangrijk dat de mondzorgaanbieders die geïnterviewd worden contact hebben, of contracten onderhouden met de zorgverzekeraars. Vice versa is ook het geval: het is van belang dat de geïnterviewden vanuit de hoek van de verzekeraars ook daadwerkelijk contact hebben gehad met de zorgverzekeraars, of in ieder geval weten wat er speelt.

Hierdoor zullen bij de mondzorgaanbieders alleen de personen geïnterviewd worden die of zelf een praktijk hebben en zelf hun tarieven mogen bepalen, of dit zullen de praktijkmanagers zijn die de cont(r)acten met de zorgverzekeraars onderhouden en de tarieven voor de praktijken opstellen. Een tandarts die in loondienst werkt van een praktijk die niet van hem is, zal daarom geen goede keuze zijn voor dit interview. Deze tandarts heeft te weinig kennis van het vormen van de tarieven en/of het contact met de verzekeraars.

Tevens is een persoon die bij een verzekeraar werkt, maar niet met de mondzorg bezig is ook niet geschikt voor het laten afnemen van interviews. De personen die geïnterviewd worden bij de verzekeraars, moeten zich bezig hebben gehouden met het experiment of het contact met de mondzorgaanbieders onderhouden.

Op basis van deze voorwaarden is gekozen voor een aantal respondenten waarbij de interviews zijn afgenomen. In Nederland zijn drie grote koepelorganisatie aanwezig van zorgverzekeraars. Onder deze organisaties zijn verschillende kleinere merken en/of organisaties aangesloten. Tevens zijn er ook een aantal zelfstandige, kleinere zorgverzekeraars in Nederland. Deze kleinere zorgverzekeraars zijn vaak regionaal georiënteerd.

Aan de kant van de zorgverzekeraars zijn twee contactpersonen geïnterviewd die werken bij (verschillende) verzekeraars. Een van de contactpersonen werkt bij een coöperatie waar meerdere kleinere merken onder vallen. Dit is een van de grote koepelorganisaties van zorgverzekeraars te Nederland. De andere contactpersoon was werkzaam bij een kleinere verzekeraar die weer onder een grotere organisatie valt. Dit waren overigens niet dezelfde organisaties of koepels.

Ook zijn er drie adviserend tandartsen geïnterviewd, deze tandartsen werkten alle drie bij een andere zorgverzekeraar en zijn afzonderlijk geïnterviewd. Bij het kiezen van de adviserende tandarts is rekening gehouden met het soort organisatie waar ze werken. Zo is één van de geïnterviewde werkzaam bij een van de kleinste zorgverzekeraars van Nederland. De andere twee waren werkzaam bij twee van de grootste (koepels van) verzekeraars in Nederland. Het zijn twee verschillende (koepels van) zorgverzekeraars geweest.

De keuze om zo veel mogelijk verschillende organisaties is van belang geweest voor de waarde van dit onderzoek. Door te kijken naar verschillende merken, organisaties, groottes van organisaties en functies is het mogelijk om een zo betrouwbaar en reëel mogelijk beeld te geven van de empirie. Op deze manier is de waarde van de informatie uit de interviews ook groter dan wanneer er personen uit dezelfde organisatie waren geïnterviewd.

Om een zo divers mogelijk beeld te geven is er ook bij het selecteren van de tandartsen rekening gehouden met het type praktijk en het aantal jaar ervaring wat de tandartsen hadden. De tandartsen die net de arbeidsmarkt betreden hebben weinig ervaring met het contact met de zorgverzekeraars. Tevens hebben de jongere tandartsen vaak een ander beeld van praktijkvoering dan dat de oudere tandartsen hebben. Jongere tandartsen hebben ook vernieuwde technieken en kunnen bijvoorbeeld hun werkwijze en praktijkvoering sneller aanpassen dan de tandartsen die langer in het vak zitten. Daarom zijn er twee

jongere tandartsen geïnterviewd en vier tandartsen die al langer in het vak zitten.

Tevens zijn er twee tandartsen geïnterviewd die een vrij kleine en gespecialiseerde praktijk runnen.

Twee van de geïnterviewde tandartsen hebben een middelgrote praktijk en richten zich meer op de algemene mondzorg. De laatste twee tandartsen hadden een grote praktijk waar speciale en algemene mondzorg verleend kon worden.

Vanwege het goed weergeven van de resultaten en de wens van veel respondenten is er gekozen om de namen van de organisaties en geïnterviewde personen niet weer te geven in dit onderzoek.

4.4 Operationalisatie van begrippen

Voor het afnemen van goede en inhoudelijke interviews is het van belang om vast te stellen wat bedoeld wordt met bepaalde begrippen. Het vaststellen van de begrippen zal gebeuren aan de hand van de theorie die gebruikt wordt in dit onderzoek. Vanuit elke theorie is een conceptueel model opgesteld. Om uit de interviews de juiste informatie te krijgen zullen de twee theorieën met het conceptueel model nader geformuleerd moeten worden.

Aan de respondenten zullen vragen gesteld worden die erop gericht zijn een verklaring te vinden voor de veranderlijke relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar na het invoeren van het experiment. Deze verklaring zal gezocht worden door het gebruik van de twee theorieën die een verklaring kunnen geven voor deze veranderlijke relatie.

Om een verklaring te vinden zal er gevraagd moeten worden naar de verschillende vormen van governance en de invloeden vanuit de Principaal-Agent theorie.

Deze twee theorieën zullen geoperationaliseerd moeten worden om aan de hand van de gegevens verklaringen te kunnen geven voor de veranderlijke relatie na het invoeren van het experiment.

Door het operationaliseren van de begrippen kan het interview goed en inhoudelijk verlopen. Door middel van het interview moet het grootste gedeelte van de informatie voor de analyse gegenereerd worden. De vragenlijsten van de interviews zijn opgenomen als bijlage.

Voor het opstellen van de vragenlijsten zullen de begrippen uit de twee theorieën gebruikt worden. Omdat deze begrippen niet in de interviewvragen verwerkt kunnen worden, zullen deze geoperationaliseerd moeten worden.

Met behulp van het conceptuele model kunnen er indicatoren ontwikkeld worden die een verklaring kunnen geven voor veranderingen binnen een relatie. Aan de hand van deze indicatoren kunnen er processen genoemd worden die in verband kunnen worden gebracht met de empirie. Door het opstellen en gebruiken van de juiste interviewvragen moet er achter gekomen worden of deze factoren

daadwerkelijk in de empirie voorkomen. Deze vragen moeten dus wel de juiste informatie verschaffen. De interviewvragen zullen opgesteld worden aan de hand van de indicatoren en processen die gegeven worden naar aanleiding van de theoretische begrippen. Op deze manier kunnen de interviewvragen een brug tussen de theorie en de praktijk vormen. Daardoor is het mogelijk om te toetsen of de theoretische verklaringen voor veranderingen binnen de relatie van zorgverzekeraar en zorgaanbieder wel of niet voorkomen in de empirie.

Het operationaliseren zal leiden tot een verheldering van de begrippen, waardoor deze verwerkt kunnen worden voor in de interviewvragen. Aan de hand van deze uitwerking kunnen dan de gegevens verkregen worden die leiden tot de antwoorden die nodig zijn voor het behalen van het doel van dit onderzoek.

4.4.1 Health Care Governance

De theorie van Health Care Governance handelt over de verschillende vormen van governance. Governance kan omschreven worden als een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor het bestuur, het toezicht, en de verantwoording gebaseerd op drie veronderstellingen. Er moet overeenstemming zijn over de aard van het spel, er moet geaccepteerd worden dat er een noodzaak is voor de regels en de omgangsvormen en er moet duidelijkheid zijn over de doelen. Om te zien of de invloed van de vorm van governance is toegenomen of afgenomen moet duidelijk zijn wat per governance wereld typerend is.

Private Governance

Private Governance wordt getypeerd door het bedrijfsmatig werken. Corporate gedachtes staan centraal. Vraag en aanbodmechanismes zijn de belangrijkste vormen van regulering. Vraagsturing is daardoor ook belangrijker dan aanbodsturing. Patiënten worden gezien als consumenten van de zorg. En de zorgaanbieders moeten concurreren met elkaar. Wanneer deze processen zich in de gezondheidszorg afspelen of als de norm worden gezien, kan gezegd worden dat de invloed van private governance groot is.

De indicatoren die bij private governance horen zijn: bedrijfsmatig werken, een corporate manier van werken, vraagsturing, marktwerking, concurreren, effectief en efficiënt werken.

Processen die deze indicatoren in de empirie kunnen weergeven zijn:

- De nadruk van de marktwerking die aanwezig is door het gericht zijn op effectiviteit, efficiëntie, concurrentie, vraagsturing, etc.
- De vraag van de cliënt bepaalt wat er aangeboden moet worden door de zorgaanbieder

- De concurrentie tussen de zorgverzekeraars onderling en de zorgaanbieders onderling moet aanwezig zijn
- Er worden (zorg)contracten afgesloten
- De keuze(mogelijkheid) van de consument moet aanwezig zijn
- De overheid heeft weinig (tot geen) rol van betekenis
- Mondzorgaanbieders zullen gestuurd worden door de vraag van de consument
- Mondzorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben een werkwijze waarbij hun acties daadwerkelijk bijdrage aan het behalen van de doelen (effectiviteit)
- Mondzorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben een werkwijze waarbij hun doelen worden behaald met zo laag mogelijke kosten (efficiëntie)

Wanneer deze processen (of een gedeelte ervan) aanwezig zijn, kan gesproken worden van een dominante invloed van de private governance. In de interviews zullen vragen gesteld moeten worden waaruit duidelijk moet worden of deze indicatoren en processen daadwerkelijk aanwezig zijn in de tandheelkundige zorg.

Publieke Governance

Publieke governance wordt getypeerd door de regelgeving die door de overheid is opgesteld. De overheid is de grootste actor en reguleert de gehele gezondheidszorg. Het beleid opstellen en uitvoeren gebeurt allemaal door of onder toezicht van de overheid/overheidsinstellingen/overheidsinstanties. De overheid is de drijvende kracht in de gezondheidszorg. Wanneer de overheid daadwerkelijk de belangrijkste actor is in de gezondheidszorg dan kan er gesproken worden over een grote invloed van de publieke governance.

De indicatoren die bij publieke governance horen zijn: overheidssturing, overheidsverantwoordelijkheid, overheidsbeleid, overheidstoezicht. De overheid is dé centrale actor: maakt beleid, controleert, houdt toezicht en is verantwoordelijk.

De processen die gegeven kunnen worden aan de hand van de indicatoren zijn:

- De overheid is de centrale actor
- De overheid stelt beleid op voor de gezondheidszorg betreffende de prijzen, behandelingen en premies (mogelijkerwijs ook de verzekeringen).
- Overheid houdt toezicht(controleert) en beschermt de publieke belangen
- Overheid reguleert de verhoudingen tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en zorgconsument

Wanneer deze processen of indicatoren aanwezig zijn kan gesproken worden van een dominante

invloed van de publieke governance ten opzichte van de professionele en private governance. In de interviews zullen vragen gesteld moeten worden die kunnen leiden tot het verstrekken van gegevens die antwoord moeten geven op de vraag wat de invloed van de publieke governance is. In de tabel hieronder zijn de interviewvragen weergegeven die in de bijlage vermeld staan. Aan de hand van deze interviewvragen moeten de juiste gegevens verkregen worden over de invloed van de publieke governance.

Professionele Governance

De professionele governance staat in het belang van het in standhouden van de medische professie. Dit gebeurt door het opstellen van medische codes, normen en waarden. Er wordt een monopolie uitgeoefend op de medische professie. De artsen, specialisten en andere medici zwaaien de scepter in (het opstellen van beleid en uitvoeren van) de gezondheidszorg. Wanneer dit daadwerkelijk zo is, dan is de invloed van de professionele governance groot.

De indicatoren die horen bij de professionele governance zijn: in stand houden van de professie van de mondzorgaanbieders, beroepscodes zijn zeer belangrijk, monopolie van kennis en macht is aanwezig door gespecialiseerde opleiding en kennis die mondzorgaanbieders hebben.

Processen die deze actoren weer kunnen geven in de empirie zijn:

- De specialisten, artsen en tandartsen zijn belangrijkste toonaangevende actoren binnen het zorgstelsel
- Beroepscodes van medische professies zijn “de wet”: beleid van andere instanties is hieraan ondergeschikt
- Het in stand houden van de professie door bijvoorbeeld zeer lange en lastig toegankelijke opleiding voor specialisten
- Prijzen van behandelingen worden bepaald door de medische professie(de zorgaanbieders).
- De prijzenbepaling en monopolie op kennis geeft grote macht aan de zorgaanbieders: zorgverzekeraars en zorgconsumenten zijn afhankelijk van de zorgaanbieders

Wanneer sprake is van deze indicatoren en processen in de empirie dan is de invloed van de professionele governance aanwezig. In de interviews zullen vragen gesteld worden die moeten achterhalen of deze processen en indicatoren daadwerkelijk aanwezig zijn en wat de invloed is van de professionele governance. Aan de hand van de gegevens uit de interviews moet vervolgens blijken welke governance invloed dominant is.

De interviewvragen die moeten achterhalen of en wat de invloed is van deze vorm van governance

staan vermeld achter de indicatoren en processen in de tabel hieronder. In de bijlage zijn de interviewvragen te vinden.

Indicatoren en processen

De indicatoren en processen zullen in een tabel weergegeven worden. Hun relatie tot het type governance wereld zal hierdoor verduidelijkt worden. In de interviews zullen vragen gesteld moeten worden waaruit blijkt welke processen er spelen bij het governance model van dit moment in de tandheelkundige zorg.

Vorm van Governance	Indicator	Processen	Interviewvragen:
Privaat	• Bedrijfsmatig werken • Corporate denken • Vraagsturing • Concurrenieren	• Zorgaanbieder, zorgverzekeraar, zorgconsument zijn meer gericht op marktwerking/vraagsturing/effectiviteit en efficiëntie • Vraag van de cliënt en aanbod van de zorgaanbieder staan centraal. • Concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars speelt zeer grote rol • Afsluiten van contracten • Keuzes van de zorgconsument voor verzekeringen en zorgaanbieder zijn belangrijk	• 5 • 11 • 12 • 13 • 14 • 16 • 17 • 18 • 19 • 35 • 36 • 37 • 38 • 39 • 41 • 42 • 43 • 44 • 45
Publiek	• Overheidssturing • Beleidsmaker en beleidsuitvoerder	• De overheid is verantwoordelijk voor het reguleren en monitoren van het zorgstelsel • Beleid wordt gemaakt en uitgevoerd door de overheid • Overheid bepaalt prijzen, vergoedingen en premies (kan zelf verantwoordelijk zijn voor verzekeringen) • De overheid is centrale actor in de zorgwereld	• 11 • 12 • 13 • 14 • 24 • 35 • 36 • 37 • 38 • 39 • 41
Professioneel	• In standhouden van professie • Beroepscodes zijn zeer belangrijk • Monopolie uitoefenen	• De specialisten, artsen en tandartsen zijn belangrijkste toonaangevende actoren binnen het zorgstelsel • Beroepscodes van medische professies zijn "de wet" • Prijzen van behandelingen worden bepaald door de medische professie • De prijzenbepaling en monopolie op kennis geeft grote macht aan de zorgaanbieders: zorgverzekeraars en zorgconsumenten zijn afhankelijk de aanbieders	• 11 • 12 • 13 • 14 • 15 • 35 • 36 • 37 • 38 • 39 • 40 • 41

Tabel 4.1: Indicatoren en processen geordend per vorm van governance

4.4.2 Agency theorie

Bij het weergeven van de PA-theorie in de empirie is het van belang om een aantal zaken van tevoren te operationaliseren. Allereerst zijn de twee problemen die optreden bij de relatie tussen principaal en agent van belang. Deze problemen zijn de informatieasymmetrie en de belangentegenstelling tussen de principaal en de agent. Deze problemen kunnen voorkomen worden door bonding, monitoren en incentives afgeven.

Informatieasymmetrie

De informatieasymmetrie tussen principaal en agent kan ontstaan door een gebrek aan kennis over de medische problemen en de kosten die hiervoor gemaakt moeten worden. De agent weet meer over omstandigheden en de werkelijke kosten dan dat de principaal weet. De werkelijk geleverde dienst en de inspanningen hiervoor zijn alleen bekend bij de agent. De principaal heeft betreft deze gegevens een achterstand aan informatie ten opzichte van de agent. In de interviews zal gevraagd moeten worden naar deze informatieasymmetrie. Er zal gesproken worden over ongelijkheid aan kennis over de medische omstandigheden, behandelingen en kosten. Er zal gevraagd moeten worden aan beide partijen of zij ervaren dat er een ongelijkheid aanwezig is over de kennis en informatie van de (medische) behandelingen, kosten en vergoedingen hiervan. Het woord “informatieasymmetrie” zal vervangen worden door de ongelijkheid van de kennis en de kosten van de behandelingen. Dit zorgt voor meer duidelijkheid en het verkrijgen van de juiste informatie uit de interviews.

Belangentegenstelling

De belangentegenstelling tussen de principaal en de agent ontstaat doordat de principaal niet altijd goed zicht heeft op de werkzaamheden van de agent. De werkzaamheden zijn er soms op gericht om de agent beter te maken in plaats van de principaal goed te doen. Dit werkt niet in het belang van de principaal, maar juist in het belang van de agent. Hierdoor is er sprake van een belangentegenstelling. In de interviews zullen vragen gesteld moeten worden die moeten helpen om de problemen tussen principaal en agent in kaart te brengen. Allereerst moet erachter gekomen worden welke problemen er tussen de principaal en de agent aanwezig zijn en daarna moet gekeken worden hoe deze problemen opgelost of voorkomen worden.

Bonding, Monitoren en Incentives afgeven

De mechanismes die er zijn om de problemen tussen principaal en agent te voorkomen zijn bonding, monitoren en incentives afgeven. Bij bonding is er sprake van een aantal *beperkingen*, die de agent

accepteert in het belang van de principaal. Hierbij worden er *regels en voorschriften* gebruikt om het gedrag van de agent te *reguleren*.

Bij het monitoren ontvangt de principaal *informatie* door de *werkzaamheden van de agent in kaart te brengen*. En bij de incentives die moeten leiden tot inspanning valt te denken aan het *belonen* van de agent waardoor hij zich meer zal gaan inspannen om zijn taken te verrichten, zoals de principaal dit wil.

4.5 Analyse van de onderzoeksgegevens

De data van dit onderzoek zijn gegenereerd uit interviews. Er zal worden toegelicht hoe de gegevens zijn behandeld.

Er zijn relevante gegevens verkregen uit het afnemen van interviews. Aan de hand van deze gegevens is het mogelijk een verband te leggen tussen theorie en praktijk. De twee theorieën kunnen hierdoor met de veranderende relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar na het invoeren van het experiment in verband worden gebracht. Aan de hand van de theorie is in het theoretische kader een conceptueel model opgesteld. Het conceptuele model heeft geleid tot het weergeven van de operationalisatie van de begrippen. Vervolgens zijn de vragen voor het interview opgesteld aan de hand van de operationalisatie. Bij het gebruik van de interviews is rekening gehouden met de betrokkenheid van de geïnterviewde met het dit onderwerp. Er zijn alleen mensen met de benodigde expertise of kennis geïnterviewd, wat zorgt voor de betrokkenheid met dit onderwerp. Door deze betrokkenheid is het mogelijk om de antwoorden te gebruiken in het onderzoek.

4.6 Reikwijdte van het onderzoek

4.6.1 Betrouwbaarheid

Bij de betrouwbaarheid van het onderzoek is van belang dat duidelijk is waarop de conclusies gebaseerd zijn. De conclusies van het onderzoek moeten duidelijk en inzichtelijk zijn. Wanneer iemand anders het onderzoek zou doen met dezelfde data zou deze persoon tot dezelfde conclusies moeten komen (Vennix, 2007). Wanneer sprake is van betrouwbare methoden van dataverzameling, zal herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst moeten leiden (Boeije, 2006). In dit onderzoek wordt geprobeerd om de toevallig meetfouten te voorkomen. Dit zal gebeuren door het structureren van de vragenlijsten voor de interviews.

Ook tijdens deze interviews zal rekening worden gehouden met eventuele verstoringen. Om deze verstoringen zo veel mogelijk te voorkomen zal zoveel mogelijk doorgevraagd worden naar achterliggende gedachte bij de antwoorden van de respondenten tijdens de interviews. Hierdoor wordt

voorkomen dat sociaal wenselijke antwoorden gegeven worden.

Ook zullen de interviews plaatsvinden op een plaats waarmee de respondent vertrouwd is. Dit zal tot gevolg hebben dat de respondent zich meer zal openstellen en de antwoorder betrouwbaarder zullen zijn.

Tevens zullen alle interviews opgenomen worden. Deze opnames zullen gebruikt worden bij het analyseren van de gegevens. Hiermee wordt voorkomen dat de onderzoeker de woorden van de respondenten (onbedoeld) verkeerd uitlegt en daardoor de verkeerde conclusies zal trekken.

Ten slotte zal gebruik worden gemaakt van de membercheck, het onderzoeksverslag wordt naar de respondenten verstuurd. Door het versturen van het verslag kan worden nagegaan of de gegevens juist zijn geïnterpreteerd (Vennix, 2007).

Het gevaar bij het doen van kwalitatief onderzoek is de rol die de onderzoeker speelt bij de betrouwbaarheid van het onderzoek. Bij het kwalitatieve onderzoek is de onderzoeker zelf het meetinstrument, wat betekent dat de onderzoeker zich zo objectief mogelijk moet gedragen om een ander persoon tot dezelfde onderzoeksresultaten te laten komen. De interviewer/onderzoeker moet zich bewust zijn van het risico om subjectief met de onderzoeksgegevens om te gaan. De onderzoeker zal in elk geval en bij elke informatie kritisch blij moeten geven van zijn eigen objectiviteit.

4.6.2 Validiteit

Validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten. Wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren, wordt dat opgevat als validiteit (Boeijs, 2006). Interne validiteit omvat de juistheid van de bevindingen en de mate waarin het onderzoek correct is uitgevoerd (Vennix, 2007).

In dit onderzoek zal geprobeerd worden de interne validiteit te waarborgen door het afnemen van meerdere interviews bij respondenten die gezien kunnen worden als betrokkenen op het gebied van het onderzoeksonderwerp.

Door het verhogen van de interne validiteit zal de kans op systematische meetfouten verminderen.

Bij een single research design is de beschrijving een “real life” situatie. Het gaat niet alleen om de case zelf, het gaat om de case als drager van het verschijnsel. Het verschijnsel wordt bestudeerd aan de hand van de case. De resultaten kunnen niet gegeneraliseerd worden naar andere organisaties in de samenleving, maar wel naar de theorie. Waardoor de verklarende theorie van dit onderzoek als voorbeeld kan gaan gelden voor andere zorginstellingen of sectoren in de zorg (Yin, 2003).

5. Resultaten

5.1 Inleiding

Aan de hand van de interviews die afgenomen zijn bij de respondenten worden de resultaten van dit onderzoek weergegeven. Dit zal gebeuren aan de hand van indicatoren en begrippen die uit de theorie zijn opgesteld zijn. De analyse zorgt voor de brug tussen de uit de theorie afkomstige begrippen en de gevonden resultaten uit de empirie.

Allereerst wordt de relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder in het algemeen beschreven. Hierbij wordt gekeken naar de situatie voor en na het invoeren van de marktwerking en de situatie na het invoeren van de marktwerking in de mondzorg.

Vervolgens zullen de resultaten afkomstig uit de interviews geanalyseerd worden aan de hand van de Health Care Governance-theorie. Met behulp van deze theorie moeten de gegevens verkregen uit de empirie een verklaring kunnen geven voor de verandering binnen de Nederlandse gezondheidszorg, met name op het gebied van de mondzorg. Naar aanleiding van de resultaten behaald uit de interviews moet de hypothese, opgesteld op basis van de theorie, verworpen of aangenomen worden.

Hierna zullen de resultaten aan de hand van de principaal-agenttheorie geanalyseerd worden. Dit zal centraal staan in het tweede deel van de analyse. Door deze analyse kan een verklaring worden gegeven voor de verandering binnen de relatie zorgverzekeraar-zorgaanbieder. Dit gedeelte kan een specifiekere invulling geven over de veranderende relatie van de twee partijen na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg. Ook deze resultaten moeten de hypothese, opgesteld op basis van de theorie, kunnen verwerpen of aannemen.

Het hoofdstuk zal afgesloten worden met een resumé. Hierin zal kort worden weergegeven wat de belangrijkste verworven inzichten waren van de resultaten en de analyse hiervan.

Door het analyseren van de resultaten kan uiteindelijk een antwoord gevonden worden op de centrale vraag van dit onderwerp. Dit zal gebeuren in het volgende hoofdstuk: “De conclusie van dit onderzoek”.

5.2 Algemene veranderingen binnen de mondzorg

In dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen de algemene veranderingen binnen de gezondheidszorg, de sector mondzorg, en de specifieke veranderingen die tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn geweest na het invoeren van het experiment vrije prijzen. In het eerste gedeelte van deze analyse zullen de algemene veranderingen behandeld worden. De algemene relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zal hier onder de loep worden genomen. De situatie voor en na het invoeren van het experiment zullen met elkaar worden vergeleken. Er zal hierbij aandacht zijn voor de

invloed van de relatie op de behandeling van de patiënten. Vervolgens zal gekeken worden naar het vormen, controleren, reguleren en monitoren van het beleid binnen de gezondheidszorg. De verschillende actoren die belangrijk zijn binnen de gezondheidszorg en het veranderen van hun invloed en rol na de invoering van het experiment zullen ook behandeld worden. Ook zal worden gekeken naar de nieuwe vorm van “governance” bij het invoeren van marktwerking binnen de mondzorg. Bij deze nieuwe vorm worden de begrippen marktwerking en concurrentie geanalyseerd in de situatie voor en na het invoeren van het experiment vrije prijzen. Ten slotte zal de hypothese die in het theoretisch kader is opgesteld aangenomen of verworpen worden.

5.2.1 Relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder

Voorafgaand aan het invoeren van het experiment waren er, volgens sommige respondenten, niet veel problemen binnen de relatie zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Toch geven de meeste respondenten aan dat de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar vrij moeizaam was. Voornamelijk de respondenten uit de groep van de tandartsen geven aan dat de relatie ook voor het experiment al niet heel prettig was. Een van de respondenten gaf aan:

“De relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar was niet heel prettig, maar er was niet zo heel veel aan de hand.”

Terwijl een andere respondent aangaf:

“De relatie was spanningsvol, slecht en er heerste veel onzekerheid.”

Aan de kant van de zorgverzekeraars kwam leefde vlak voor het invoeren van het experiment het gevoel dat er wat moest veranderen. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zouden dicht bij elkaar moeten komen. Zo wilden veel zorgverzekeraars al voor het invoeren van het experiment meer contracten afsluiten met zoveel mogelijk zorgaanbieders. De meeste tandartsen wilden geen contract, uitzonderingen daargelaten. Ook na het invoeren van het experiment wilden veel tandartsen contracten afsluiten met de zorgverzekeraars. Volgens de verschillende tandartsen is ook gebleken dat dit afhankelijk is van het soort contract dat wordt afgesloten.

“Een verzekeraar die alleen een debiteurenovereenkomst wil afsluiten, kan meer van dit soort contracten afsluiten in plaats van een overeenkomst waarin afspraken worden gemaakt over de te leveren zorg, manier van behandelen, vergoedingen en kwaliteit ervan.”

In het algemeen kan worden gezegd dat er weinig contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars werden afgesloten voorafgaand aan het invoeren van het experiment. Veel zorgaanbieders geven aan dat de relatie tussen de tandarts en zorgverzekeraar niet goed was. Ook vanuit de zorgverzekeraars is enkele keren aangegeven dat de relatie vrij moeizaam was. Hoewel er geen sprake was van duidelijke en specifieke problemen tussen de twee partijen, heerste er een gevoel van ongenoegen bij de meeste respondenten over de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder met betrekking tot het invoeren van het experiment vrije prijzen.

5.2.2 Relatie na het invoeren van het experiment

De relatie zorgaanbieder en zorgverzekeraar is volgens de respondenten na het invoeren van het experiment verslechterd. Door het invoeren van het experiment is de relatie volgens de twee partijen op een dieptepunt beland. In een van de interviews werd aangegeven:

“De relatie heeft te lijden onder het experiment. Er is een nog sterkere scheiding gekomen tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders.”

In een ander interview werd door een tandarts aangegeven dat na het dieptepunt de balans weer hersteld moet worden, maar dat door het stopzetten van het experiment de noodzaak nu niet aanwezig is om dit te doen.

Door alle media-aandacht is de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar ook onder druk komen staan. Door alle respondenten werd aangegeven dat de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar door de media onder de loep is genomen. Door dit vergrootglas-effect hebben de media ook invloed kunnen uitoefenen op de relatie tussen beide actoren. Door de invloed van de media hebben de meeste respondenten het idee gehad dat de problemen door het experiment groter zijn geworden dan dat ze in werkelijkheid waren. De media zijn niet verantwoordelijk voor het verslechteren van de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, maar hebben invloed kunnen uitoefenen op de relatie tussen deze twee actoren.

“Als al die aandacht in de media er niet was geweest, dan waren de problemen veel minder groot geweest. Het is allemaal stemmingmakerij geweest.”

In een van de interviews werd aangegeven dat door de ontzettend grote aandacht in de media het voor beide partijen gemakkelijker werd om met modder naar elkaar te gooien. De zorgverzekeraars en zorgaanbieders konden elkaar zwart blijven maken. Hierdoor zijn dingen gezegd die, volgens beide partijen, beter niet gezegd hadden kunnen worden. Ook hebben hierdoor een aantal zaken dramatische

proporties aangenomen. Bij sommige interviews is gebleken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders het gevoel hebben dat ze gebruikt zijn voor (en door) het experiment. Ze willen hierdoor niet eens meer samenwerken. De relatie tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zal met het stopzetten van het experiment weer opgebouwd moeten worden, maar -zo werd in de interviews aangegeven- doordat er weinig of geen urgentie is om dit te doen zal dit lastig worden.

5.2.3 De behandeling van de patiënt

Van de zijde van de tandartsen wordt duidelijk aangegeven dat de (veranderende)relatie totaal geen invloed heeft gehad op de kwaliteit van de behandelingen.

“In principe weten, zien, of horen we niet of dit tot een andere behandeling leidt. Wel heeft het experiment tot heel veel onbegrip geleid bij de patiënten. Ook zijn er veel patiënten niet naar de tandartsen gegaan, die zagen dat het veel extra geld zou gaan kosten en hebben hun tandartsenbezoek uitgesteld.”

De veranderende relatie heeft wel invloed gehad op de behandeling in zijn algemeen en op de specifieke financiële kant van de behandeling. In het begin werden sommige behandelingen niet meer vergoed, waren er andere vergoedingen en moesten patiënten soms zelf bijbetalen. Het heeft bij patiënten gezorgd voor veel onzekerheid, vragen en onbegrip. Ook waren er patiënten die zagen, lazen en hoorden dat ze meer moesten gaan betalen als ze naar de tandarts gingen. Zij hebben het tandartsbezoek uitgesteld of zijn helemaal niet naar de tandarts gegaan dit jaar. Dit is gebleken uit de meeste interviews die afgenomen zijn bij de tandartsen en zorgverzekeraars. Veel tandartsen hebben daardoor te maken gehad met een terugloop van patiënten. Alleen de tandartsen die een contract hebben afgesloten met zorgverzekeraars hebben dit probleem niet gehad. De patiënten van deze tandartsen kregen namelijk de behandelingen vergoed, hoefden zelf niet de betalingen te regelen en hadden het voordeel van afspraken over de prijzen en de kwaliteit tussen de tandartsen en de zorgverzekeraar.

5.2.4 Beleidsbepaling binnen de mondzorg

Door zowel tandartsen, als door de zorgverzekeraars worden de overheid en in mindere mate de individuele tandarts gezien als de partij die verantwoordelijk was voor het bepalen van het beleid in de mondzorg voor de invoering van het experiment. Bij de meeste respondenten werd in de interviews aangegeven dat de overheid heel belangrijk was voor het bepalen van het beleid. In een interview werd gezegd:

“De overheid was verantwoordelijk voor het bepalen van het beleid en het reguleren van de prijzen.”

Na het experiment wordt de overheid nog steeds gezien als een van de belangrijkste actoren bij het bepalen van het beleid. Toch geven de meeste geïnterviewden aan dat de zorgverzekeraars wel meer te zeggen hebben gekregen. Er werd een lichte verschuiving van de invloed bij beleidsbepaling ervaren richting de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars mochten de prijzen bepalen, de premies, de vergoedingen, de controles: ze hadden veel te zeggen na het invoeren van het experiment. Een van de respondenten gaf in een interview het volgende aan:

“De overheid heeft meer losgelaten en meer overgelaten aan de zorgverzekeraars. De tandartsen zijn de prijzen gaan bepalen, maar de zorgverzekeraars de premies en de vergoedingen voor de behandelingen. Dit wordt echter wel gedaan vanuit de kaders die de overheid stelt.”

Ook gaven sommige respondenten aan dat het de bedoeling was dat de zorgverzekeraars meer invloedrijk zouden worden bij het bepalen van het beleid, maar dit is niet doorgegaan omdat het experiment vroegtijdig is stopgezet.

Of de zorgverzekeraars meer invloed zouden hebben gekregen wanneer het experiment niet voortijdig zou zijn gestopt is niet met zekerheid te zeggen. De respondenten die de invloed van de zorgverzekeraars in deze periode hebben zien groeien, zagen ook de invloed van de zorgverzekeraars groter worden wanneer het experiment nog steeds had gelopen.

“De invloed van de zorgverzekeraars werd steeds groter. Zij gingen steeds meer op de stoel van de regelgever zitten. Ook mochten zij steeds meer het beleid bepalen. Het experiment is nu stopgezet, anders was de invloed van de zorgverzekeraar nog groter geworden.”

5.2.5 Controleren en reguleren beleid in de mondzorg

Voor het invoeren van het experiment werd de NZa als belangrijkste actor gezien voor het controleren en reguleren van de mondzorgmarkt. De overheid was ook belangrijk, maar de NZa was echt de belangrijkste actor op het gebied van controleren van de mondzorg voor het invoeren van het experiment vrije prijzen.

Door alle respondenten wordt een onderscheid gemaakt tussen de overheid en de NZa. De NZa wordt niet als een onafhankelijk orgaan gezien, dat in dienst van de overheid controleert en monitort op de zorgmarkt.

Na het invoeren van het experiment vonden de respondenten nog steeds de NZa en de overheid de belangrijkste actoren voor het controleren en reguleren van de mondzorg. Volgens sommige respondenten was het ook de bedoeling dat de verzekeraars meer zouden gaan moeten doen, maar deze respondenten hebben niet gemerkt dat de zorgverzekeraars ook daadwerkelijk meer zijn gaan

controleren en reguleren.

Meer dan de helft van de respondenten heeft aangegeven dat zij daadwerkelijk vonden dat de zorgverzekeraars meer controlerende en regulerende functies hebben gekregen.

“De zorgverzekeraar heeft wel een sterkere rol hierin gekregen, een bepaalde macht die de zorgverzekeraar ten opzichte van de rest heeft.”

De zorgverzekeraars hebben meer macht gekregen na het invoeren van het experiment. Ze moesten meer gaan controleren op de behandelingen en de vergoedingen daarvan. De zorgverzekeraars kregen niet alle vrijheid bij het controleren. Ze moesten werken binnen de kaders die de overheid gesteld heeft hiervoor. De overheid heeft niet de gehele macht en invloed overgegeven aan de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben vaak niet alle middelen die hiervoor nodig zijn. Dit werd in een van de interviews aangegeven door een van de contactpersonen die bij een zorgverzekeraar werkt:

“Wij hadden als verzekeraars wel meer willen kunnen doen. Wij beschikken alleen niet altijd over de juiste middelen hiervoor.”

Zo kan de NZa, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars, gebruik maken van een techniek die “Naming and Shaming” genoemd wordt. Hierbij kan een instelling die slecht presteert of een aantal keer niet goed uit de controles is gekomen, een slechte beoordeling krijgen van de NZa. De zorgverzekeraars mogen en kunnen dit niet doen, blijkt uit de interviews. Zij kunnen uiteraard wel controleren, maar hebben vervolgens geen middelen en instrumenten om ook daadwerkelijk iets te kunnen doen met de gegevens verkregen uit de controles.

5.2.6 Invloed

Invloed overheid

De overheid was voor het invoeren van het experiment een belangrijke actor. Vooral het ministerie van VWS in samenwerking met de NZa. De NZa had en heeft volgens een groot deel van de respondenten nog steeds de meeste invloed op de mondzorgmarkt. Desondanks hebben een aantal respondenten aangegeven dat de rol van de overheid minder zou zijn geweest toen het experiment nog uitgevoerd werd.

“Door de invoering van het experiment werd marktwerking belangrijk. Hierdoor kon de overheid de kaders stellen en moesten de overige actoren binnen deze kaders opereren.”

Om dit te onderbouwen werd in een interview aangegeven dat de overheid minder invloed had ten tijde van het experiment. Toch is het vreemd geweest dat de overheid als regelgever en kadersteller de handen van zorgmarkt aftrok en marktwerking zijn de vrije loop wilde laten, terwijl de politiek en de media heel veel aandacht schonken aan die zelfde zorgmarkt. Omdat de politiek zo bezig was met het experiment hadden veel respondenten het gevoel dat zij veel te zeggen hadden over de mondzorgmarkt.

Aan de ene kant is hier een verschil in het gevoel dat de respondenten krijgen en dat versterkt wordt door het media-aspect van het experiment. De media zijn namelijk bovenop het experiment gesprongen en hebben alle aspecten ervan uitvergroot. Aan de andere kant staat wat de respondenten zelf hebben ervaren. Tijdens het experiment hebben zij niet het idee gehad dat de overheid iets te zeggen had over de zorgmarkt. Zij hadden het idee dat de overheid buiten de relatie van zorgverzekeraar, zorgaanbieder en zorgconsument stond.

De invloed van de overheid is nagenoeg gelijk gebleven na de invoering van het experiment. De rol van de overheid is wel veranderd. Ze is meer naar de achtergrond verdwenen en heeft vanaf daar invloed proberen uit te oefenen. Binnen de gestelde kaders konden op deze manier de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), de zorgverzekeraars, de zorgaanbieder en de zorgconsumenten hun invloed uitoefenen.

Invloed zorgverzekeraars

De meeste respondenten ervaren dat de invloed van de zorgverzekeraars is toegenomen met het invoeren van het experiment. In een van de interviews werd aangegeven:

“De zorgverzekeraars hebben meer invloed en macht gekregen. De eis van de minister was om meer te gaan contracteren, daardoor kun je meer eisen gaan stellen.”

Zij kregen de mogelijkheid om meer sturend en controlerend te werk te gaan in de mondzorg. Ook konden de verzekeraars, wanneer er contracten werden afgesloten, meer eisen stellen op kwaliteit en prijzen. Er zijn echter veel tandartsen die geen contracten hebben afgesloten met de zorgverzekeraars. In dit soort gevallen kon de verzekeraar alleen meer invloed uitoefenen op de controle van de vergoedingen op de kosten buiten de algemene ziektekosten. Alle behandelingen die hierbuiten vallen zijn op de prijs te controleren.

“Als zorgverzekeraar heb je meer macht wanneer je een contract hebt afgesloten. In dat contract staan voor beide partijen afdwingbare eisen. Ten opzichte van een goede prijs kun je dan ook een hogere kwaliteit vragen”

Doordat er niet duidelijke kwaliteitseisen zijn om op te controleren, was het af en toe lastig om hierop te controleren voor de verzekeraars. Tandartsen en zorgverzekeraars geven aan dat het niet duidelijk is wat de standaard is voor kwaliteit binnen de mondzorg. Dit is niet aangegeven vanuit de overheid of de NZa.

Ook werd door de respondenten aangegeven dat veel tandartsen niet op kwaliteit gecontroleerd willen worden door de zorgverzekeraars. In de interviews werd aangegeven dat dit de tandartsen zijn die gericht zijn op het behalen van zo veel mogelijk winst in een korte periode. Zij, volgens de respondenten, minder aandacht voor de kwalitatieve kant van de te leveren mondzorg. Deze tandartsen prioriteren niet op het leveren van kwalitatief goed werk, maar willen zo veel mogelijk winst maken. Uit de interviews werd duidelijk dat er een onderscheid binnen de beroepsgroep wordt gemaakt. In een van de interviews werd het verschil in de beroepsgroep als volgt duidelijk gemaakt:

“In de beroepsgroep zijn twee soorten tandartsen. De tandarts die kwalitatief goed werk wil afleveren en hiervoor de tijd wil nemen. En de geldwolven die alleen maar winst wil maken.”

In verschillende interviews werd het onderscheid binnen de beroepsgroep aangegeven. Dit onderscheid werd als volgt beschreven.

De eerste groep tandartsen kan af en toe lang bezig zijn en een behandeling bij deze tandartsen zal meer kosten dan bij een gemiddelde tandarts. Dit soort tandarts gebruikt dan goede technieken en materialen en is gericht op het bevorderen van de gezondheid van de patiënt. De relatie tussen patiënt en tandarts wordt als belangrijk ervaren. Er wordt door de tandarts veel aandacht besteed om deze relatie zo prettig mogelijk te houden. De andere groep tandartsen heeft andere drijfveren. Zij zijn gericht op zo veel mogelijk winst maken binnen een zo kort mogelijk tijdsbestek. Zij hebben nauwelijks contact met de patiënt en willen zo veel mogelijk patiënten behandelen in een korte periode. De kwaliteit is minder belangrijk bij deze tandartsen: kwantiteit is hun motivatie. Ook door dit onderscheid bij tandartsen is het voor zorgverzekeraars lastig om te controleren op de kwaliteit en de kwantiteit.

De tweedeling in de beroepsgroep wordt ook al in hoofdstuk 3 beschreven, door Michael Trisolini. Trisolini geeft aan dat meerdere motivatiesystemen aanwezig zijn bij medische specialisten. Het werkt het beste om een combinatie van motivaties te gebruiken om een arts zijn/haar werk te laten doen. Dit is echter niet altijd mogelijk of gewenst. Het verschilt per arts welke motivatie de hoogste prioriteit krijgt. De ene arts wordt meer gedreven door financiële prikkels, psychologische prikkels staan lager op zijn prioriteitenlijstje. Terwijl een andere arts maatschappelijk aanzien hoog op zijn prioriteitenlijst heeft staan (Trisolini, 2011).

Dat er meerdere prikkels kunnen leiden tot het motiveren van tandartsen, bewijst ook de stellingen over de splitsing binnen de beroepsgroep vanuit de verschillende interviews.

Invloed zorgaanbieders

In het algemeen kan worden gesteld dat de individuele zorgaanbieder voor de invoering van het experiment veel invloed had op de zorgmarkt. Na het experiment is de mening verdeeld over de invloed van de individuele tandarts. Aan de ene kant wordt gesteld dat de tandarts de centrale actor is. Hij kan bepalen wat de vraag is, wat de prijzen zijn en heeft de vrijheid gehad om na het invoeren van het experiment te werken op zijn of haar eigen manier. Desondanks zijn er ook enkele respondenten die aangeven dat de invloed van de tandarts minder is geworden.

“Tandartsen zitten gevangen in de prestatiequota van de verzekeraars. En moeten zich aanpassen aan de regelgeving van de overheid.”

Ook geven deze respondenten aan dat de kritische houding van de media, de politiek en de patiënten er voor heeft gezorgd dat de sterke positie van de tandartsen aan het wankelen is gebracht. Nu moet de relatie tussen de patiënt en de tandartsen hersteld worden. Dit duurt even en is ook afhankelijk van toekomstplannen, de verzekeraars, de politiek en de aandacht van de media.

Invloed, wensen en keuzes van de patiënt

In vergelijking met de situatie voor de invoering van het experiment is de patiënt kritischer en bewuster geworden. Dit vinden 9 van de 11 respondenten. De patiënten zijn voornamelijk kritisch geworden op het prijstechnische niveau.

“Patiënten zijn mondiger, kritischer en bewuster geworden. Mensen willen nu weten wat iets kost, ze gaan niet zomaar meer overal mee akkoord.”

Er wordt ook wel aangegeven dat dit niet per se te maken hoeft te hebben met het experiment. Het is ook de tijdsgeest, de privatisering in de gezondheidszorg, de conjunctuur en de technologische kennis die beschikbaar is op internet die ervoor zorgden dat de patiënt steeds mondiger, kritischer en bewuster kan gaan zijn over zijn eigen zorg. Het experiment heeft er wel voor gezorgd dat de rol van de patiënten groter kon worden, doordat vanuit de media en de politiek veel aandacht was voor het experiment. Of daadwerkelijk de invloed van de patiënten groter is geworden, wordt door de meeste respondenten betwijfeld.

“Patiënten zijn zeker wel kritischer geworden, maar ik weet niet of zorgverzekeraars en zorgaanbieder ook echt kijken naar de wensen van de patiënten. Een patiënt kan best vragen hoeveel een behandeling kost en waarom het zo duur is. Maar of de tandarts dan ook de behandeling goedkoper maakt of de patiënt korting geeft? Nee, dat zie ik niet gebeuren.”

De patiënten willen ook niet altijd kritisch zijn tegenover hun eigen tandarts. Er bestaat een zogenaamde vertrouwensrelatie tussen de tandarts en de patiënten. De meeste patiënten (en de meeste tandartsen) willen deze relatie niet op het spel zetten door te gaan shoppen en/of behandelingen bij andere tandartsen te gaan laten doen. De vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de tandarts is hiervoor te belangrijk.

5.2.7 Concurrentie

Sinds de stelselwijzigingen in de Nederlandse gezondheidszorg, veroorzaakt door de zorgverzekeringswet uit 2006, moeten de zorgverzekeraars met elkaar concurreren. De zorgverzekeraars ervaren ook dat zij moeten concurreren, blijkt uit de verschillende interviews. Met de invoering van het experiment is ook mondzorg een belangrijker topic geworden waarop zij verzekeren kunnen binden. Binnen de polisvoorwaarden is de mondzorg belangrijker geworden, sinds de invoering van het experiment en de bijbehorende politieke, maatschappelijke en media-aandacht.

Voor de invoering van het experiment hadden de zorgaanbieders niet de neiging om te gaan concurreren. Er is lange tijd een groot tekort geweest aan zorgaanbieders. In Nederland zijn maar drie opleidingen voor tandarts, er kwamen ook maar weinig tandartsen bij. Tegenwoordig zijn er veel tandartsen die parttime werken en veel oudere tandartsen die met pensioen gaan. Dit zal er voor zorgen dat er niet veel geconcentreerd hoeft te worden. De noodzaak om te concurreren is niet aanwezig, door het steeds lager wordende aantal tandartsen. Dit levert een vraag-gestuurde markt op waarbij het belang van concurrentie afgenomen is.

“Op een markt waar een tekort is op de aanbodzijde, hoeven de aanbieders van dit product niet met elkaar te concurreren om de klanten aan zicht te binden.”

Hoewel er op dit moment geen groot tekort aan tandartsen is, zal dat in de toekomst het geval kunnen zijn. Ook is het per regio verschillend of er geconcentreerd wordt. In een regio waar nu al weinig tandartsen zitten, heeft niemand het idee gehad te moeten concurreren. Ook niet na het invoeren van het experiment. Dit in tegenstelling tot de tandartsen die zich bevonden in een regio waar er oorspronkelijk al veel gevestigd waren en waar het gevoel te moeten concurreren wel bestond.

In het algemeen hebben de respondenten aangegeven dat er wel een soort van concurrentiestrijd is

ontstaan door de invoering van het experiment vrije prijzen.

Ook keken de zorgaanbieders meer naar elkaars “acties” dan naar de wensen van de patiënt. De prijzen zouden namelijk op een gegeven moment moeten dalen, wanneer zij de wensen van de patiënten zouden betrekken in hun onderlinge concurrentie.

Wanneer het experiment langer had gelopen, zouden volgens de respondenten de zorgaanbieders ook meer zijn gaan concurreren op het gebied van kwaliteit. Dit werd aangegeven door de zorgverzekeraars en de NZa. In de toekomst kan dit een rol spelen voor het onderling concurreren van tandartsen.

“Er wordt wel meer gedwongen, door bijvoorbeeld zorgverzekeraars en de NZa, gekeken naar de kwaliteit en de eisen die de patiënt belangrijk acht. Dus langzaam worden ook bij het concurreren met andere zorgaanbieders de wensen van de patiënt belangrijker.”

De invoering van het experiment vrije prijzen in de mondzorg heeft in het begin niet gezorgd voor een concurrentiestrijd tussen de verschillende aanbieders in dezelfde regio. Naar gelang het experiment langer liep werd concurrentie wel belangrijker. Indien het experiment langer had geduurd, was de concurrentie wellicht nog groter geworden.

5.2.8 Marktwerving

Bij de analyse van het begrip concurrentie is duidelijk geworden dat een ideale marktwerving alleen mogelijk is, wanneer er een klein overschot aanwezig is aan de aanbodkant van de markt. Voor de invoering van het experiment was dit niet zo en na het invoeren van het experiment is dit ook niet zo geweest, werd door de respondenten aangegeven. In de toekomst zal het verschil tussen zorgaanbieders en patiënten nog veel groter worden en zal de mogelijkheid tot marktwerving ook steeds lastiger worden.

Pas wanneer andere instanties zich met de mondzorg zouden gaan bemoeien is het wellicht mogelijk om meer marktwerving te creëren. Instanties zoals de zorgverzekeraars zouden kunnen gaan controleren op de kwaliteit. Hierdoor zouden tandartsen daadwerkelijk moeten gaan concurreren met hun buurman. Vooral de respondenten aan de kant van de zorgverzekeraars zagen dit als een goede maatregel om marktwerving in de mondzorg te realiseren.

Voorwaarden voor het controleren door de zorgverzekeraars is wel dat alle aanbieders contracten hebben met de zorgverzekeraars. Op dit moment zijn er heel veel tandartsen die geen contract willen afsluiten met de zorgverzekeraars, kwam naar voren in de interviews. Het afsluiten van contracten zou verplicht moeten worden. Uit de interviews is echter gebleken dat bij veel tandartsen weinig animo is voor het verplicht afsluiten van contracten.

Ook zouden de verzekeraars bepaalde maatregelen moeten kunnen nemen wanneer blijkt dat een tandarts slechte kwaliteit levert. Een instrument hiervoor kan Naming & Shaming zijn, zoals werd aangegeven door een van de respondenten in de interviews. Hierbij kan een zorgverzekeraar aangeven welke zorgaanbieder slechte zorg aflevert. Deze zorgaanbieder wordt met naam en toenaam genoemd. Patiënten kunnen daardoor hun keuzes betreffende hun zorgaanbieder aanpassen. Door een van de respondenten aan de kant van de mondzorgaanbieders werd deze maatregel wel als risicovol gezien. Hij gaf aan dat het niet slim is om een partij die moet sturen in de markt ook deze rol te laten spelen. De zorgverzekeraar is namelijk ook de betalende partij. Zij moeten een dubbelrol gaan spelen. In een van de interviews werd aangegeven dat wanneer de betalende partij kan aangeven wat de standaard is, dat zij altijd minder kunnen gaan vragen. Dit is eenzijdig geformuleerd en of dit zal gebeuren in de werkelijkheid is maar de vraag. Wel is duidelijk dat er gewaakt zal moeten worden voor een dubbele rol die de zorgverzekeraars moeten gaan spelen met het invoeren van een nieuw mondzorgstelsel. Dit gaven de respondenten aan de kant van de zorgverzekeraars ook zelf aan.

Ook wordt betwijfeld door de respondenten of marktwerking in de mondzorg wel kan werken. Marktwerking zou betekenen dat de patiënten moeten gaan shoppen, keuzes gaan maken en informatie hebben over de mondzorg. Patiënten willen liever niet gaan shoppen, wanneer zij een vertrouwensrelatie hebben met hun tandarts. Zij kennen deze vaak al lange tijd en weten hoe hij/zij is. Door de meeste mondzorgaanbieders werd in de interviews ook aangegeven dat zij deze relatie ook waarderen. Dit is anders dan de relatie die de patiënten hebben met een chirurg die een blindedarmoperatie uitvoert. De patiënt heeft met deze chirurg geen vertrouwensrelatie en zal sneller kunnen shoppen tussen de chirurgen dan tussen de tandartsen.

“De relatie tussen patiënt en tandarts is heel belangrijk. Dit is een vertrouwensrelatie, ik doe er vaak alles aan om deze relatie ook echt goed te houden.”

Met de invoering van marktwerking zouden patiënten keuzes moeten maken over hun eigen zorg. In de interviews is gebleken dat de meeste patiënten geen keuzes willen of keuzes kunnen maken betreffende hun eigen zorg. Zij vertrouwen de tandarts en willen dat hij de keuzes maakt betreffende de materialen, behandeling, methodes et cetera. Vervolgens vertrouwen zij de zorgverzekeraar die erop toeziet dat er geen onnodige behandelingen plaatsvinden of dat de prijs van de behandelingen niet te hoog is. Ten slotte vertrouwen de patiënten het ministerie van VWS, de gezondheidsinspectie en de NZa dat zij er voor zorgen dat er gewerkt wordt volgens een bepaalde standaard en dat deze gecontroleerd en nageleefd worden.

Vanuit alle partijen werd aangegeven dat marktwerking in de zorg ingewikkeld is. Door veel respondenten werd ook aangegeven dat marktwerking in de gezondheidszorg niet mogelijk is, al helemaal niet in de mondzorg.

“Dit zijn allemaal holle frasen en gekke plannen van de overheid. In de werkelijkheid blijkt elke keer weer dat dit niet werkt.”

Ondanks het feit dat veel respondenten prettig hebben kunnen werken met het experiment van de vrije prijzen is volledige marktwerking niet reëel volgens hen. Er is wel veel gebeurd door het experiment. De mondzorg is volgens de respondenten “opengebroken” en iets transparanter geworden. Dit komt ook deels door alle aandacht die is geweest voor het experiment.

“De markt is wakker geschud, het heeft als een soort van katalysator gewerkt. Mensen hebben nu in de gaten dat er wel iets moet veranderen.”

Hoe deze verandering plaats moet vinden weten veel respondenten niet.

5.2.9 Hypothese

In het voorgaande is de analyse van het eerste gedeelte van het theoretische kader gedaan op basis van de afgenomen interviews. De respondenten geven aan dat bepaalde zaken veranderd zijn na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg.

Al voor het invoeren van de marktwerking in de mondzorg was de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder niet heel erg goed. De relatie was niet prettig. Na het invoeren van het experiment is deze relatie verslechterd. De individuele tandarts kreeg minder te zeggen en de verzekeraars kregen steeds meer een controlerende functie. Hierdoor konden de verzekeraars steeds meer eisen stellen en kregen ze een bepaalde macht over de zorgaanbieders. De invloed van de overheid is, zoals de minister met het invoeren van het plan al heeft aangegeven, verminderd. De overheid heeft de mondzorgmarkt overgelaten aan de spelers. Volgens de respondenten zijn de belangrijkste spelers voor het invoeren van het experiment de NZa en de overheid geweest. Ook de individuele tandarts had voor het invoeren van het experiment nog invloed op de mondzorg. Na het invoeren van het experiment is dit veranderd. De individuele tandarts kon alleen nog maar de tarieven bepalen, voor de rest was er geen macht of invloed voor de tandartsen. De invloed van de NZa en de overheid is minder geworden. De meeste invloed en macht lag bij de zorgverzekeraars. Zij waren de belangrijkste actor, verantwoordelijk voor het controleren, konden de tarieven bepalen en mochten binnen de gestelde kaders van de overheid de mondzorgmarkt sturen en reguleren.

Een andere belangrijke conclusie is dat marktwerking en concurrentie nooit echt hebben plaats gevonden. De respondenten gaven aan dat zij wel af en toe het idee hadden te moeten concurreren, maar echte marktwerking heeft volgens hen nooit plaats gevonden. Een van de belangrijkste oorzaken hiervan is dat relatie tussen de zorgaanbieder en de patiënt een vertrouwensrelatie is. Patiënten kunnen niet kiezen, hiervoor hebben ze de kennis niet en willen vaak ook niet kiezen, ze willen niet de verantwoordelijkheid dragen voor hun eigen medische zorg. De vertrouwensrelatie tussen zorgaanbieder en patiënt zorgt ervoor dat patiënten niet gaan shoppen of kiezen tussen de verschillende tandartsen die in een regio werkzaam zijn.

De respondenten geven aan dat de mondzorgmarkt is veranderd na het invoeren van het experiment vrije prijzen. De mondzorg is wakker geschud en er is veel aandacht in de politiek en media voor de marktwerking in de mondzorg gekomen. De respondenten geven echter ook aan dat met de invoering van het experiment vrije prijzen er niet een echt goede marktwerking is geweest. Er is een overschot aan tandartsen, patiënten willen niet shoppen en de mondzorg is volgens de respondenten geen markt waar, volgens het vrije-marktmechanisme geconcentreerd kan worden.

Aan de hand van deze conclusies kan de hypothese opgesteld uit het theoretisch kader verworpen of aangenomen worden. De hypothese was als volgt:

Vergroting van de invloed private governance na het invoeren van marktwerking, zorgt voor verkleining van de invloed van professionele- en publieke governance.

Aan de hand van gegevens uit de analyse kan deze hypothese aangenomen worden. Er is een grotere invloed van het private governance gekomen na het invoeren van het experiment. Daardoor is de invloed van de professionele en publieke governance kleiner geworden.

Ergo: de verzekeraars hebben meer macht en invloed gekregen na het experiment, hierdoor hebben de overheid en de zorgaanbieders minder te zeggen gekregen in de mondzorgmarkt.

Een kleine kanttekening hierbij is dat het experiment vrije prijzen niet als pure marktwerking gezien wordt door de meeste respondenten. Een gedeelte van het experiment is natuurlijk gebaseerd op marktwerking, echter de uitvoering ervan in de praktijk bleek minder gebaseerd te zijn op de marktwerking die de minister voor ogen had. Zo werd er bijvoorbeeld niet heftig geconcentreerd tussen de verschillende mondzorgaanbieders en patiënten gingen niet shoppen voor betere en betaalbare zorg. Voor de invoering van het experiment heeft de minister aangegeven dat door het vrijgeven van de tarieven van de mondzorgaanbieders de marktwerking in de mondzorg ook zijn intreden zou gaan doen.

De invloed van de private governance kan gezien worden als de toenemende macht en invloed die de zorgverzekeraars kregen na het invoeren van het experiment. Zorgverzekeraars konden steeds meer als sturende en controlerende partij in de mondzorg functioneren. Hierdoor kregen de mondzorgaanbieders en de overheid steeds minder invloed.

5.3 Veranderingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar

In dit gedeelte van de analyse wordt gekeken naar de problemen die kunnen ontstaan binnen de relatie van zorgverzekeraar en zorgaanbieder na de invoering van het experiment vrije prijzen. Eerst zal een analyse volgen van de specifieke problemen die kunnen optreden tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De belangentegenstelling en informatieasymmetrie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder wordt vergeleken in de situatie voor en na het experiment. Vervolgens zal gekeken worden naar de mechanismes die ingezet worden om problemen binnen de relatie te voorkomen. In dit gedeelte zal het in kaart brengen van werkzaamheden, reguleren en belonen aan bod komen. Ten slotte zal de hypothese, die opgesteld is vanuit de theorie verworpen of aangenomen worden.

5.3.1 Belangentegenstelling

Tien van de elf respondenten geven aan dat er een belangentegenstelling is tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zij geven aan dat deze belangentegenstelling altijd aanwezig is geweest, zelfs voor het invoeren van het experiment. Sinds het experiment van start is gegaan is dit erger geworden. De relatie is veranderd, wat resulteert in een grotere belangentegenstelling. Beide partijen geven aan dat zij de belangen van de patiënt willen behartigen en dat de andere partij gericht is op eigen belang en winst maken. Dit beeld wordt bevestigd door een uitspraak van een van de respondenten in een interview:

“De tandartsen zijn gericht op het leveren van zorg en willen vanuit hun beroepsplicht de belangen van de patiënten behartigen. De verzekeraars zijn van oudsher gewend om de belangen van de patiënten te behartigen.”

Een van de respondenten gaf ook aan dat beide de partijen commercieel zijn, ze moeten wel gericht zijn op het maken van winst om het hoofd boven water te houden. Dit wordt in een van de interviews als volgt geïllustreerd:

“Beide partijen zijn gewoon commercieel. Ze moeten winst maken. Tandartsen kunnen dan wel aangeven dat ze uit zijn op de zorg van de patiënten, dan is dit allemaal mooi en aardig, maar ze willen ook gewoon hun boterham verdienen. Dit is natuurlijk bij de zorgverzekeraars ook zo. En als de keuze tussen patiënt en eigen boterham gemaakt moet worden, dan gaat de eigen boterham echt wel voor.”

Beide partijen hebben zowel belang bij het maken van winst als bij de belangenbehartiging van de patiënt. De manier waarop zij dit nastreven zorgt voor de belangentegenstelling tussen de twee partijen. De zorgverzekeraar en tandartsen hebben andere manieren om winst te maken. Ook zal de zorgverzekeraar op een andere manier de belangen van de patiënt behartigen dan dat de zorgaanbieder. Dit versterkt de reeds aanwezige belangentegenstelling. Volgens respondenten is de belangentegenstelling alleen maar groter geworden door het experiment vrije prijzen.

In een van de interviews werd dat als volgt aangegeven:

“Er is een belangentegenstelling tussen de tandarts en de zorgverzekeraar. En deze is wel erger geworden door het invoeren van het experiment. Het is nu heftiger dan voorheen, het is allemaal erger geworden.”

5.3.2 Informatieasymmetrie

In het algemeen wordt aangegeven dat er altijd al sprake was van kennisongelijkheid aanwezig tussen de verschillende partijen. De tandartsen wisten meer van hun patiënten, de werkwijzen, behandelmethodes en de kosten hiervan dan dat de zorgverzekeraars wisten. De adviserende tandartsen moesten er voor zorgen dat de ongelijkheid van kennis zou verminderen. De zorgverzekeraars zouden namelijk moeten zorgen voor de kennis, die zij niet hadden. Toch zijn er altijd wel tandartsen geweest die creatief hebben gedeclareerd, die met andere worden fraude gepleegd hebben. Door de invoering van het nieuwe systeem is het creatief declareren makkelijker geworden voor tandartsen. Het is ook veel vaker gebeurd. Een aantal tandartsen heeft aangegeven dat dit ook wel nodig is om te kunnen blijven bestaan. Het is bij tandartsen niet ongewoon dat er creatief met de boekhouding wordt omgegaan. De zorgverzekeraars kunnen dit in heel gevallen niet controleren, ook niet met behulp van een adviserend tandarts. In een van de interviews werd het volgende gezegd over de ongelijkheid van kennis en het creatief declareren:

“De ongelijkheid van kennis was in beide de richtingen aanwezig. Ook voor het experiment. De zorgverzekeraar heeft veel informatie over het “grote plaatje” en de tandarts weet hiervan bij wijze helemaal niets. Dat zorgt er voor dat de zorgverzekeraar een bepaald voordeel heeft. De tandarts heeft op zijn beurt weer andere voordelen. Er zijn wel adviserend tandartsen aanwezig bij de zorgverzekeraars, maar in heel tandheelkundig Nederland weet men dat er wordt gefraudeerd door middel van het creatief declareren. Om te kunnen blijven bestaan op de huidige markt zijn steeds meer tandartsen creatief gaan declareren. Met invoering van het nieuwe systeem van de vrije prijzen is dit alleen maar verergerd. Het werd makkelijker om creatief te declareren.”

Met de invoering van het experiment hebben de zorgverzekeraars de opdracht gekregen om meer te controleren en signaleren inzake voorkomende fraudegevallen. Door een van de adviserend tandartsen werd in een interview aangegeven:

“Het is voor de zorgaanbieder nu makkelijker om creatief te declareren Sinds het experiment moeten we nu dus veel strenger en vaker controleren..”

Het werd voor de tandartsen gemakkelijker om creatief te declareren aangezien ze zelf de prijzen mochten bepalen. Ook werden de codes voor de behandelingen aangepast. Hierdoor ontstonden er clustercodes. Deze betroffen een gehele behandeling, bijvoorbeeld het behandelen van cariës. Voorheen werden alle handelingen binnen een behandeling apart in rekening gebracht. Na de invoering van het experiment werd in de clustercode bijvoorbeeld ook de verdoving meegerekend, in geval van behandeling van cariës. Maar wanneer een patiënt geen verdoving kreeg, werd deze toch gedeclareerd en vergoed door de zorgverzekeraars. Hierdoor konden tandartsen wel het geld ontvangen voor deze verdoving, maar hoefden ze niet de kosten te maken hiervoor.

De ongelijkheid in kennis tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder was ook voor het experiment aanwezig. Na het invoeren van het experiment is deze ongelijkheid groter geworden. Dit heeft onder andere geleid tot het vaker voorkomen van het creatief declareren. In de interviews is aangegeven dat dit nu gemakkelijker was dan voorheen. Ook werd aangegeven dat het voor de zorgverzekeraars lastig was om te controleren, ondanks het gegeven dat de bedoeling was dat er meer gecontroleerd werd op creatief declareren.

5.3.3 In kaart brengen van werkzaamheden

Voor het invoeren van het experiment vrije prijzen hebben de zorgverzekeraars de werkzaamheden van de zorgaanbieder in kaart gebracht. Dit is samen met het monitoren en controleren van de tandartsen altijd zo geweest. In een interview gaf een van de tandartsen aan:

“De zorgverzekeraars hebben ons altijd al gecontroleerd. Ook voor het experiment was dit al zo. Ze weten van mij precies welke behandeling ik heb uitgevoerd op welk moment. Het controleren en het in kaart brengen van deze werkzaamheden is ook na het invoeren van het experiment hetzelfde geweest.”

Niet alleen de zorgverzekeraars hebben de tandartsen gecontroleerd, ook de NZa heeft dit gedaan. Er wordt per zorgaanbieder bijgehouden welke behandelingen hij dat jaar heeft uitgevoerd. In een van de interviews werd hierover het volgende gezegd:

“De NZa houdt allemaal lijsten bij, hier kan er per zorgaanbieder gezien worden welke behandeling hij/ zij heeft uitgevoerd. Dit zorgt ervoor dat door de NZa de zorgaanbieders makkelijker te controleren zijn.”

Na de invoering van het experiment hebben de zorgverzekeraars nog steeds de werkzaamheden van de zorgaanbieder bijgehouden. Zij hebben dit echter niet op een andere manier gedaan of met een verhoogde frequentie. Er zijn wel onderzoeken gedaan naar het veranderen van de prijzen van de tandartsen. Maar er is niet op een andere manier gekeken naar de werkzaamheden van de zorgaanbieder dan dat dit in de situatie voor het experiment werd gedaan. De manier waarop de werkzaamheden in kaart zijn gebracht is voor en na het invoeren van het experiment vrije prijzen hetzelfde. In een van de interviews met een van de tandartsen kwam het volgende naar voren:

“Ik heb geen veranderingen gemerkt in de manier waarop de zorgverzekeraars de werkzaamheden in kaart hebben gebracht. Dit is hetzelfde gedaan als voor het experiment. Ik heb hier geen verschillen in gemerkt, het gebeurde niet vaker of op een andere manier.”

5.3.4 Regels, beperkingen en voorschriften

Voorafgaand aan het invoeren van het experiment hebben de zorgverzekeraars de zorgaanbieder gecontroleerd. Dit was een van de functies die de zorgverzekeraars al hadden. Het experiment vrije prijzen en de invoering van de zogenaamde marktwerking zorgden er wel voor dat de zorgverzekeraars meer zouden moeten gaan controleren.

De zorgverzekeraars hebben gelet op de prijzen en de bijbehorende behandelingen. De codes van de behandelingen zijn ook aangepast, waardoor ook hier weer goed naar gekeken moest worden. In een van de interviews werd het volgende gezegd:

“Het experiment zorgde er voor dat de verzekeraars wel meer zijn gaan letten op de veranderende prijzen van de behandelingen. Zij hebben hiervoor ook een aantal regels en beperkingen opgesteld. Vooral in het begin zorgde dat voor een hele hoop onrust, later hebben zij ook weer hun vergoedingen aangepast”

Van de minister van VWS hebben de zorgverzekeraars ook de taak gekregen om tijdens het experiment vrije prijzen meer sturend en controlerende te werk te gaan. Door een van de contactpersonen bij de verzekeraar werd aangegeven dat het niet mogelijk was om als controlerend orgaan te functioneren:

“Vanuit de politiek kwamen de holle frasen. De zorgverzekeraars zouden de sturende macht moeten worden op de mondzorgmarkt. Ik denk dat dit niet reëel is: de zorgverzekeraar kan niet de sturende macht zijn binnen de mondzorg. Er zijn te veel andere idealen en werkzaamheden waar de verzekeraar zich al bezig mee moet houden.”

In de korte tijd dat dit experiment heeft gelopen is deze nieuwe manier van werken niet helemaal volgens het plan van de minister gegaan. Bij invoering van het experiment hebben de zorgverzekeraars de opdracht gekregen meer te moeten controleren, in de praktijk is dit echter niet (voldoende) gedaan. De zorgverzekeraars wisten dat ze meer sturend en controlerend te werk moesten gaan, maar hebben het (afgezien van normale controles) niet of nauwelijks aan de opdracht kunnen voldoen.

“Wij wilden echt wel meer gaan controleren, deze intentie was er ook. Wij hadden nu de mogelijkheid om te gaan sturen op bijvoorbeeld kwaliteit en klanttevredenheid. Toch hebben we dit niet gedaan zoals we hadden moeten doen. We hadden meer moeten gaan controleren, op een andere manier wellicht, maar dit is door alle veranderingen die het nieuwe stelsel met zich meebracht niet gelukt.”

De zorgverzekeraars weten ook dat ze hier steken hebben laten vallen, of geven aan dat zij deze functie helemaal niet hebben kunnen invullen. De respondenten gaven aan dat het op papier als een prachtig plan klinkt, maar dat het meer een politiek ideaal was. Ook wordt aangegeven dat het lastig was om hun manier van werken aan te passen, aangezien ze al veel moesten veranderen met het invoeren van het nieuwe systeem. Er waren andere zaken die een hogere prioriteit kregen. Het extra controleren op creatief declareren werd bijvoorbeeld minder gedaan, doordat er een heel nieuw systeem van coderingen ingevoerd moest worden.

“Er werden regels en voorschriften opgesteld die te maken hadden met de prijzen en de veranderingen daaromtrent. Maar die regels en beperkingen waren niet heel veel verschillend van de regels en beperkingen die er voor het experiment al waren. Ik heb het idee dat er niet heel veel veranderd is in de voorschriften die de verzekeraars hebben voor de zorgaanbieders.”

Er werden met het invoeren van het experiment geen nieuwe regels, voorschriften of beperkingen ingevoerd door de zorgverzekeraars. De maatregelen die genomen werden, gingen over de prijzen van de behandelingen. Voor de rest zijn er geen nieuwe regels, voorschriften of beperkingen gekomen voor de behandelingen zelf, de kwaliteit hiervan of de service naar de patiënt toe. Over het algemeen valt te zeggen dat met het invoeren van het nieuwe systeem niet meer of extra gecontroleerd is door de zorgverzekeraars.

5.3.5 Belonen

Met het invoeren van het experiment is het gemakkelijker geworden om tandartsen financieel te belonen. De verzekeraars hadden de opdracht meer contracten af te sluiten met de zorgaanbieders. In een van de interviews werd gezegd:

“Het afsluiten van contracten is te zien als een vorm van beloning. De verzekeraars bepalen dan wat de beloning is. De verzekeraars krijgen hierdoor ook weer meer te zeggen.”

Bij het afsluiten van contracten was er de mogelijkheid om tandartsen financieel te belonen voor hun werk. Er werd dan gekeken naar de prijzen, niet naar de inhoud van het werk van de tandartsen. Over het algemeen werd er niet echt beloond voor goed kwalitatief werk. Verzekeraars kregen door het afsluiten van de contracten wel meer invloed en controle over de zorgaanbieders.

Het afsluiten van een contract kan gezien worden als een beloning voor tandartsen. Voor een aantal tandartsen is het eigengewin echter nog steeds de belangrijkste motivatie om het werk te doen. Deze categorie tandartsen wil het liefst zo veel mogelijk winst maken. Het nieuwe systeem zorgde ervoor dat, door middel van de contracten, het mogelijk was om deze tandartsen financieel te belonen. Voor de tandartsen die geïnteresseerd waren in de kwantiteit was het een goede manier om meer geld te verdienen. Het controleren of opleggen van financiële sancties (gebaseerd op de kwaliteit van het werk) zou de ethiek bij tandartsen kunnen veranderen. Dan zouden ze hun werkwijzen moeten aanpassen om nog steeds geld te kunnen blijven verdienen. Met de invoering van het experiment hebben ze geprobeerd door middel van positieve stimulansen het werk van tandartsen aan te passen.

In een van de interviews werd dit uitgelegd:

“Met het invoeren van de nieuwe tarieven beloon je als het ware de geldwolven. De gemotiveerde tandarts bereik je niet met het invoeren van de nieuwe tarieven. Volgens mij zou belonen moeten gaan over het goede, kwalitatieve werk dat afgeleverd wordt. Nu denken de geldwolven: “Lekker geld, ik ga nog meer verdienen”. Dat zit zo in de aard van de mens. Maar de tandartsen die daadwerkelijk kwalitatief goed werk willen afleveren kunnen op deze manier niet echt beloond worden. Er zou meer gekeken moeten worden naar de kwaliteit, dan is belonen pas goed.”

De verzekeraars hebben nu geprobeerd de tandartsen anders te laten werken door er een positieve beloning tegenover te zetten. De tandartsen kregen deze beloning, wanneer zij contracten hadden afgesloten met de verzekeraars. Dit is voor de meeste tandartsen ook de grootste prikkel die zij ondervinden. Maar de tandartsen die zuiver kwalitatief werk willen afleveren willen juist ook beloond worden op de inhoud. Deze tandartsen krijgen deze beloning niet wanneer ze contracten afsluiten. Zij zien het afsluiten van contracten daardoor als een lastige bemoeienis, waardoor zij hun kwalitatief goede werk niet meer kunnen verrichten.

In de interviews werd aangegeven dat de gemotiveerde tandarts door het systeem van belonen bij het invoeren van het experiment niet beter zijn werk zal gaan doen. Maar de tandarts die toch al zijn geld

krijgt zal dit ook niet gaan doen. De tandarts die gericht is op eigen gewin zal echter wel meer geld gaan verdienen. In een interview met een tandarts werd gezegd:

“De verzekeraars hebben nu geprobeerd de tandartsen anders te laten werken door er een positieve beloning tegenover te zetten. De tandartsen kregen deze beloning, wanneer zij contracten hadden afgesloten met de verzekeraars. Er werd dus financieel beloond op de diensten en niet op de inhoud. Dit is voor de meeste tandartsen ook de grootste prikkel die zij hebben: geld. Maar de tandartsen die zuiver kwalitatief werk willen afleveren willen juist ook beloond worden op de inhoud. Deze tandartsen krijgen deze beloning niet wanneer ze contracten afsluiten. Zij zien het afsluiten van contracten daardoor als een lastige bemoeienis, waardoor zij hun kwalitatief goede werk niet meer kunnen verrichten.”

Volgens veel verzekeraars en zorgaanbieders is het beter te belonen en sturen op kwaliteit dan op de prijs. Hierdoor zullen de kwalitatief goede tandartsen op hun prestaties beloond kunnen worden. De tandartsen die ondermaats presteren kunnen zo ook opgemerkt worden door de zorgverzekeraars.

5.3.6 Hypothese

Uit het voorgaande is gebleken dat een aantal problemen aanwezig waren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit zijn de problemen van de kennisongelijkheid en de belangentegenstelling. Er wordt in deze analyse duidelijk dat deze problemen al aanwezig waren voor de invoering van het experiment, zij het in mindere mate. Na de invoering van het experiment vrije prijzen is de ongelijkheid van kennis groter geworden tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Ook is de belangentegenstelling tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder groter geworden. Een van de belangrijkste conclusies die getrokken kan worden is dat de problemen die aanwezig waren voor de invoering van het experiment zijn verergerd vanaf het moment dat het experiment werd ingevoerd. De drie mechanismes die ingezet kunnen worden om deze problemen te voorkomen zijn ook geanalyseerd. In theorie zouden deze mechanismes ingezet moeten worden, of op een zodanige manier aangepast worden, om problemen in de relatie zorgaanbieder en zorgverzekeraar te kunnen voorkomen of aan te pakken. In praktijk zou dat betekenen dat er meer en anders gecontroleerd zou moeten worden, de werkzaamheden zouden meer en anders in kaart gebracht moeten worden en er zou meer en anders beloond moeten worden door de verzekeraars op het moment dat het experiment vrije prijzen ingevoerd zou worden.

In de analyse is gebleken dat er inderdaad op een andere manier is beloond na het invoeren van het experiment. Het nieuwe systeem zorgde ervoor dat het mogelijk was om financieel te belonen. In de interviews kwam echter naar voren dat dit voor een gedeelte van de tandartsen ervoor zorgde dat de

problemen tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders minder werden. Echter, een groot gedeelte van de tandartsen wilde zich niet laten belonen door middel van het afsluiten van contracten. Hierdoor was het niet mogelijk om problemen bij iedereen te voorkomen door middel van het afsluiten van contracten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars. Het belonen van tandartsen was in het algemeen niet de oplossing voor het probleem van de ongelijkheid van kennis en het verminderen van de belangentegenstelling.

Ook het tweede mechanisme dat ingezet kan worden om problemen te voorkomen is geanalyseerd. Voor en na het experiment zijn er regels, voorschriften en beperkingen voor tandartsen geweest. In de voorgaande analyse is echter gebleken dat deze regels, voorschriften en beperkingen niet zijn veranderd op het moment dat het experiment vrije prijzen werd ingevoerd.

Ook het laatste mechanisme, het in kaart brengen van de werkzaamheden van de tandarts, is niet veranderd na de invoering van het experiment. De manier waarop de zorgverzekeraars de werkzaamheden van de tandartsen in kaart hebben gebracht is niet aangepast toen het experiment vrije prijzen is ingevoerd.

Deze laatste twee mechanismes boden geen hulp bij het voorkomen of aanpakken van de problemen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar na het invoeren van het experiment vrije prijzen, aangezien ze niet zijn aangepast aan de nieuwe situatie die ontstond.

In het theoretisch kader is de hypothese betreffende de problemen en voorkomingsmechanismes opgesteld, namelijk:

De verandering van de relatie zorgaanbieder en zorgverzekeraar wordt veroorzaakt door de afname van het voorkomingmechanisme en daardoor een toename van de problemen binnen de Principaal-Agent relatie.

Op basis van de voorgaande gegevens kan deze hypothese aangenomen worden. De problemen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn verergerd na het invoeren van het experiment vrije prijzen. De voorkomingsmechanismen zijn niet ingezet, of niet aangepast toen het experiment vrije prijzen is ingevoerd. Hierdoor konden de problemen tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar niet voorkomen of aangepakt worden.

5.4 Resumé

De twee hypotheses die opgesteld zijn in het theoretisch kader zijn aangenomen op basis van gegevens verkregen uit de analyse. Een van de belangrijkste conclusies is dat het experiment vrije prijzen heeft gezorgd voor een nieuwe vorm van governance op de mondzorgmarkt. De zorgverzekeraars hebben meer invloed gekregen, mogen meer controleren en zijn een sturende actor geworden. De individuele tandarts en de overheid hebben minder te zeggen gekregen en minder invloed gehad in vergelijking met de situatie voor het invoeren van het experiment vrije prijzen.

Een andere belangrijke conclusie die getrokken kan worden gaat over de problemen die kunnen ontstaan tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder in de zogenaamde Principaal-Agentrelatie. Dit zijn de problemen van de belangentegenstelling en de informatieasymmetrie.

Normaliter kunnen deze problemen aangepakt of voorkomen worden door bepaalde voorkomingsmechanismes. Namelijk: het in kaart brengen van de werkzaamheden, reguleren en instellen van voorschriften en het belonen van de zorgaanbieder. Na het invoeren van het experiment vrije prijzen zijn deze mechanismes niet of nauwelijks ingevoerd. De mechanismes zijn ook niet aangepast aan de nieuwe situatie. Hierdoor kunnen met deze mechanismes niet de problemen van belangentegenstelling en informatieasymmetrie tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar voorkomen of aangepakt worden.

In het volgende hoofdstuk zal aan de hand van deze gegevens en de daaropvolgende conclusies het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek gegeven worden.

6. Conclusie en aanbevelingen

6.1 Inleiding

In dit onderzoek staat het experiment vrije prijzen in de mondzorg centraal. De marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg heeft door invoering van dit experiment ook de mondzorg bereikt.

De actoren binnen de mondzorg hebben daardoor op een andere manier moeten werken en zich aan moeten passen aan een nieuwe situatie. Twee van de belangrijkste actoren, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders, hebben in het verleden een moeizame relatie gehad. Met het invoeren van het experiment vrije prijzen bleek de relatie niet te verbeteren. Vlak voor de invoering van het experiment hebben beide partijen in de media elkaar zwart gemaakt. Beide partijen verweten de ander alleen maar uit te zijn op eigen gewin, waardoor het experiment van te voren haast gedoemd was te mislukken.

In dit onderzoek wordt gekeken hoe en waarom de relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder is veranderd na het invoeren van de marktwerking in de mondzorg. Hierbij is gebruik gemaakt van twee theorieën. De eerste theorie zou meer inzicht kunnen geven in de veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg in het algemeen. En de tweede, meer specifiekere theorie, kan gebruikt worden om de veranderende relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te verklaren.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de veranderende relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg, om aan te kunnen geven hoe deze verandering verklaard kan worden. De centrale vraag luidde:

Hoe is de relatie tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar veranderd na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg en hoe is deze verandering te verklaren?

Bij deze hoofdvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Hoe was de verhouding zorgverzekeraar/ aanbieder voor het invoeren van het experiment/invoeren van marktwerking in de mondzorg?
- Hoe is de verhouding zorgverzekeraar/ aanbieder na het invoeren van het experiment/invoeren van marktwerking in de mondzorg?
- Wat zijn de verschillen tussen de situatie voor en na het invoeren van het experiment?
- Welke factoren zijn theoretisch van invloed op de verhouding tussen aanbieder en verzekeraar?
- Welke factoren kunnen, blijkens empirisch onderzoek, veranderingen binnen de relatie tussen aanbieder en verzekeraar verklaren?

Alle eerdere bevindingen zullen in dit hoofdstuk samen gebracht worden om antwoord te kunnen geven op de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag van dit onderzoek. In paragraaf 6.2 zullen de eerste drie deelvragen beantwoord worden. In paragraaf 6.3 zal de deelvraag betreffende theoretische factoren centraal staan. De deelvraag die gaat over de factoren uit de empirie zal in paragraaf 6.4 behandeld worden. Vervolgens zal in paragraaf 6.5 antwoord gegeven worden op de hoofdvraag van dit onderzoek. Ten slotte zal als laatste paragraaf (6.6) de aanbevelingen voor vervolgonderzoek en een reflectie op het onderzoek dit hoofdstuk afsluiten.

6.2 Relatie zorgverzekeraar en zorgaanbieder voor en na het experiment

De eerste drie deelvragen luiden:

- Hoe was de verhouding zorgverzekeraar/ aanbieder voor het invoeren van het experiment/invoeren van marktwerking in de mondzorg?
- Hoe is de verhouding zorgverzekeraar/ aanbieder na het invoeren van het experiment/invoeren van marktwerking in de mondzorg?
- Wat zijn de verschillen tussen de situatie voor en na het invoeren van het experiment?

Uit de analyse is gebleken dat de relatie voor het invoeren van het experiment vrije prijzen al niet best was. De zorgverzekeraars en de zorgaanbieder geven aan dat zij het beste voor hebben met de patiënt/verzekerde, maar dat de ander alleen maar bezig was met het maken van winst. Na het invoeren van het experiment vrije prijzen is dit hetzelfde gebleven. Na het invoeren van marktwerking hebben de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders hun houding en standpunten niet aangepast. De relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is zelfs verslechterd. De zorgaanbieders kregen minder invloed op de gehele mondzorg. Ook de overheid kreeg minder invloed op de mondzorg. De zorgverzekeraars kregen steeds meer macht en invloed. De zorgverzekeraars hadden de taak om als controlerende instantie te gaan opereren. Zij moesten tandartsen gaan controleren en de mondzorgmarkt gaan sturen. Hierdoor kregen de tandartsen weer het idee dat zij niet gehoord werden en dat de zorgverzekeraars maar konden doen en laten wat ze wilden.

De relatie is door de veranderende invloed van de zorgaanbieders, overheid en zorgverzekeraars veranderd na het invoeren van de marktwerking. Voor het invoeren van het experiment was de relatie niet bijzonder goed, maar na de invoering van het experiment is de relatie alleen maar meer verslechterd. Hierdoor kwamen tandartsen en zorgverzekeraars vaak lijnrecht tegenover elkaar te staan en dit heeft geleid tot veel discussies en confrontaties.

In dit onderzoek is de invloed van de media op de relatie zorgaanbieder/zorgverzekeraar niet onderzocht. De relevantie van de invloed van de media is wel gebleken tijdens de interviews. De media heeft de strijd tussen de zorgverzekeraars kunnen uitvergrooten. Hierdoor kwam er meer politieke en maatschappelijke aandacht voor het experiment vrije prijzen. Maar het gaf ook de woordvoerders van de beide partijen een mogelijkheid om dingen te zeggen die niet wezenlijk bijdroegen aan het oplossen van het probleem. Volgens de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders is de media-aandacht voor het experiment vrije prijzen niet altijd even goed geweest voor de band tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De media hebben veel invloed kunnen uitoefenen op de verslechterende relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De media zijn echter niet verantwoordelijk geweest voor het verslechteren van deze relatie.

6.3 Theoretische factoren

De volgende deelvraag die behandeld wordt luidde:

- Welke factoren zijn theoretisch van invloed op de verhouding tussen aanbieder en verzekeraar?

In het theoretisch kader is dieper ingegaan op deze deelvraag door middel van het weergeven en uitleggen van de Agency theorie. Deze theorie beschrijft de relatie en de problemen die kunnen ontstaan tussen twee verschillende partijen die in dienst van elkaar werkzaamheden uitvoeren. Degene die de opdracht geeft en betaalt is de principaal en degene die de opdracht uitvoert en informatie heeft over het werkveld is de agent. Binnen de principaal-agentrelatie kunnen verschillende problemen voorkomen. De belangrijkste problemen zijn die van de belangentegenstelling en de informatieasymmetrie.

De principaal heeft andere belangen dan de agent, hierdoor zullen de actoren proberen hun eigen belangen te behartigen. Dit kan zorgen voor spanningen in de relatie. Tevens is er een ongelijkheid van kennis tussen de principaal en agent: ook dit zorgt voor een spanningsvolle relatie.

Om de problemen tussen de principaal en agent te kunnen voorkomen of aanpakken zijn er verschillende mechanismes aanwezig die gebruikt kunnen worden. De drie belangrijkste mechanismes zijn:

- Bonding; er is hier sprake van een aantal beperkingen die de agent accepteert in het belang van de principaal. Hierbij worden er regels en voorschriften gebruikt om het gedrag van de agent te reguleren.

- Monitoren; hierbij ontvangt de principaal informatie door de werkzaamheden van de agent in kaart te brengen.
- Incentives tot inspanning; te denken valt aan het belonen van de agent door middel van bijvoorbeeld financiële prikkels, waardoor hij zich meer zal gaan inspannen zijn taken te verrichten zoals de principaal dit wil.

In de Nederlandse gezondheidszorg zijn verschillende partijen belangrijk. De belangrijkste partijen zijn de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de patiënten. Een van de belangrijkste principaal-agentrelaties die aanwezig is in de mondzorg is die van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De zorgverzekeraars vergoeden de behandelingen van de patiënten. Hiermee betalen ze de zorgaanbieders voor de mondzorg die ze leveren aan de patiënten. De tandartsen voeren werkzaamheden uit voor de zorgverzekeraars. Hierdoor is de zorgverzekeraar de principaal en de tandarts de agent.

Er is een aantal belangentegenstellingen tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders aanwezig. De zorgaanbieders en de zorgverzekeraars willen allebei het beste voor hun patiënten/verzekerden. De manier waarop zij dit echter willen bereiken, zorgt voor de belangentegenstelling. De zorgverzekeraars willen zoveel mogelijk zorg voor een zo laag mogelijke prijs. Zij willen de belangen van de verzekerden behartigen en ook zelf nog winst maken. De tandartsen willen hun patiënt zo goed mogelijk helpen, niet uitgaande van de eventueel grote kosten die hierbij komen kijken. De tandartsen willen een patiënt medische zorg bieden en ook nog zelf winst maken.

De tandartsen weten echter veel meer van de gezondheid van de patiënten af, hebben meer verstand van de behandelingen en de kosten die hierbij komen kijken. De tandartsen zijn de specialisten, medisch gezien hebben zij een voorsprong aan kennis ten opzichte van de zorgverzekeraars.

In de theorie komt naar voren dat de mechanismes die gebruikt worden bij het voorkomen van de problemen tussen principaal en agent in de theorie, ook aanwezig is in de relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De zorgverzekeraar maakt gebruik van regels en voorschriften ten opzichte van de zorgaanbieder. Ook ontvangen de verzekeraars informatie van de zorgaanbieder doordat de werkzaamheden van de zorgaanbieder in kaart worden gebracht. En tenslotte maakt de zorgverzekeraar ook gebruik van incentives tot inspanning.

De verschillende problemen en de mechanismes die deze problemen moeten voorkomen zijn de theoretische factoren die van invloed zijn op de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.

De mechanismes kunnen, volgens de voorgaande theorie gebruikt worden om problemen te voorkomen die ontstaan in de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Na het invoeren van het experiment is echter gebleken dat deze mechanismes niet op de juiste manier zijn ingezet om daadwerkelijke problemen te kunnen voorkomen. De manier van toepassen in de theorie komt niet overeen met de toepassing van de mechanismes in de empirie. In de volgende paragraaf zal dieper worden ingegaan op de voorkomingsmechanismen in de empirie. De mechanismes en de problemen van de twee actoren zullen hier behandeld worden aan de hand van de resultaten uit de praktijk.

6.4 Empirische factoren

De deelvraag over de empirische factoren luidde als volgt:

- Welke factoren kunnen, blijkens empirisch onderzoek, veranderingen binnen de relatie tussen aanbieder en verzekeraar verklaren?

In de voorgaande paragraaf is uitgelegd welke theoretische factoren een verklaring kunnen geven voor de veranderende relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Uit de analyse van dit onderzoek is gebleken dat deze factoren van invloed zijn bij het veranderen van de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder na het invoeren van het experiment vrije prijzen.

Ook voor het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg waren er problemen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Deze problemen zorgden toen al voor een moeizame relatie. Voor de invoering van het experiment zijn de voorkomingsmechanismen ook al ingezet. De zorgverzekeraars zorgden voor het monitoren van de werkzaamheden van de tandartsen, door middel van het in kaart brengen van hun werkzaamheden. Elke zorgverzekeraar wist precies wat welke tandarts had gedaan. Er waren lijsten met werkzaamheden van een tandarts, deze werden per jaar gemaakt. Ook hadden de zorgverzekeraars bepaalde regels en voorschriften waar de zorgaanbieders zich aan moesten houden. Zo waren er afspraken over de prijzen en de behandelingen. Tevens hadden de zorgverzekeraars een incentive tot inspanning in de vorm van betalingen, vergoedingen en betalingsovereenkomsten.

Met het invoeren van het experiment vrije prijzen ontstond een nieuwe werkwijze voor de tandartsen en zorgverzekeraars. Het was een geheel nieuw systeem dat zorgde voor veel veranderingen voor beide partijen. De problemen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieder waren hetzelfde als in de situatie voor het experiment en in sommige gevallen zelfs vergroot. Veel tandartsen en zorgverzekeraars merkten een vergroting in de belangentegenstelling die aanwezig was tussen zorgverzekeraars en

zorgaanbieders. Ook is de informatieasymmetrie, die voor het experiment al aanwezig was, vergroot na het invoeren van de vrije prijzen. De partijen gaven aan dat met invoering van de marktwerking iedereen nog meer gericht was op het winst maken.

Met de invoering van het nieuwe systeem zijn de mechanismes die de problemen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen voorkomen niet allemaal aangepast. De zorgverzekeraars hebben gezorgd voor een nieuwe manier van belonen. Er konden contracten afgesloten worden tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieder. Wanneer de zorgaanbieders een contract afsloten met de zorgverzekeraars, hadden zij financieel meer voordeel dan de tandartsen zonder contract. Het afsluiten van een contract bood de zorgverzekeraar de mogelijkheid om de zorgaanbieder financieel te belonen voor -bijvoorbeeld- een goede kwaliteit.

Het was echter niet verplicht om een contract af te sluiten. Veel tandartsen hebben geen contract afgesloten met de zorgverzekeraars, aangezien zij dit zagen als bemoeienis op hun werkwijze en hun relatie met de patiënt.

De andere twee mechanismes die ingezet kunnen worden om problemen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te voorkomen zijn niet aangepast tijdens of na de invoering van het experiment vrije prijzen. De verzekeraars brachten nog op dezelfde wijze de werkzaamheden van de tandartsen in kaart. Zij hebben hun manier van monitoren niet aangepast.

Ook hebben de zorgverzekeraars na het invoeren van het experiment vrije prijzen de regels en voorschriften voor tandartsen niet aangepast. Zij hebben deze hetzelfde gelaten als in de periode voor het experiment vrije prijzen.

Met de invoering van het nieuwe systeem met de vrije prijzen zijn de mechanismes die problemen kunnen voorkomen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder niet of nauwelijks veranderd of aangepast.

Doordat de mechanismes niet of nauwelijks zijn veranderd of aangepast konden de problemen tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet worden aangepakt of voorkomen. Hierdoor is de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder problematisch geworden. Veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben ook gemerkt dat de relatie verslechterd is na de invoering van het experiment vrije prijzen.

De factoren die, blijkens empirisch onderzoek, de veranderingen kunnen verklaren zijn de afwezige voorkomingsmechanismes. Deze mechanismes zorgen voor het voorkomen of aanpakken van problemen tussen de principaal (zorgverzekeraar) en de agent (zorgaanbieder).

De mechanismes hadden met het invoeren van een nieuw systeem ook veranderd/aangepast moeten

worden. Dit is echter niet gebeurd. Hierdoor is de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder veranderd na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg.

6.5 Conclusie

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek:

Hoe is de relatie tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar veranderd na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg en hoe is deze verandering te verklaren?

Dit onderzoek heeft aangetoond dat door het veranderen van de governancestructuren in de mondzorg de invloed van de zorgverzekeraars is toegenomen en die van de zorgaanbieders en overheid is afgenomen. Hierdoor is de relatie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder veranderd na het invoeren van het experiment vrije prijzen. De zorgverzekeraars kregen meer macht en zeggenschap en de tandartsen hebben dit als vervelend ervaren. Tandartsen wilden geen contracten afsluiten met de zorgverzekeraars. Dit werd door de zorgverzekeraars weer als vervelend ervaren. Na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg is de relatie tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders verslechterd. De relatie was voorheen al vrij moeizaam, maar met de invoering van de marktwerking is het alleen maar onprettiger geworden.

De belangrijkste reden waarom deze relatie is veranderd en verslechterd is het niet-aanpassen van de mechanismes die normaliter ingezet kunnen worden om de problemen in de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te voorkomen. Deze mechanismes zijn na het invoeren van de marktwerking niet of nauwelijks aangepast aan de nieuwe situatie. De problemen bleven zo bestaan, waardoor de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder niet prettig is geweest na de invoering van het experiment vrije prijzen in de mondzorg.

Het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek kan op basis van deze gegevens als volgt geformuleerd worden:

De relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is na het invoeren van de marktwerking in de mondzorg veranderd in een moeizame en onplezierige relatie. Doordat de governancestructuren hebben gezorgd voor een verandering van invloed binnen de mondzorg en het ontbreken van verschillende mechanismes die problemen kunnen voorkomen is deze relatie verslechterd na het invoeren van het experiment vrije prijzen in de mondzorg.

Met het beantwoorden van de hoofdvraag is het ook mogelijk om te voldoen aan het doel van het onderzoek. Er is namelijk inzicht gekregen in de veranderende relatie tussen zorgaanbieder en

zorgverzekeraar. Door dit inzicht is het ook mogelijk geweest om een verklaring te kunnen geven voor deze veranderende relatie.

6.6 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In eerdere onderzoeken naar het experiment vrije prijzen is gekeken naar het verschil in de prijzen bij de zorgaanbieders. In deze onderzoeken waren de kwantitatieve gegevens belangrijk, er werd gekeken naar cijfers en veranderingen hiervan. In dit onderzoek heeft juist het kwalitatieve aspect van het experiment vrije prijzen een grote rol gespeeld.

Uiteraard zijn er nog veel interessante onderwerpen die onderzocht kunnen worden betreffende de marktwerking in de gezondheidszorg, en dan de mondzorg specifiek. Ook in dit onderzoek is gebleken dat er ruimte is voor nieuwe onderzoeksonderwerpen die gaan over de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. In dit onderzoek is bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de aandacht van de media en de politiek die de relatie wellicht veranderd heeft. Dit heeft wellicht de resultaten van het onderzoek beïnvloed. Ook is in dit onderzoek niet gekeken naar de veranderende relatie en het effect wat dit kan hebben op de behandeling van de patiënten. Aangezien beide partijen de belangen van de patiënten willen waarborgen, is dit ook een belangrijk effect wat onderzocht kan worden.

6.7 Reflectie

Afgezien van verschillende effecten en invloeden die bij dit onderzocht niet zijn betrokken, zijn er ook andere kritische punten.

In dit onderzoek is een aantal respondenten onderzocht. Er is vanuit gegaan dat de respondenten met hun kennis een algemeen en goed oordeel kunnen vellen over het experiment vrije prijzen. Er moet echter rekening gehouden worden met een soort van partijdigheid waar de respondenten mee te maken hebben. Het zijn namelijk twee partijen die af en toe lijnrecht tegenover elkaar staan qua standpunten. Dit kan er voor zorgen dat de gemoederen hoog oplopen. Dit kan ook het algemene beeld van het onderzoek beïnvloeden. De validiteit van het onderzoek kan hierdoor minder worden. Er is geprobeerd dit te voorkomen. Er zijn veel respondenten geïnterviewd en er is een algemeen beeld uit de uitspraken van de respondenten gedestilleerd. De meest ideale situatie was geweest wanneer de respondenten zonder gevoelens over het onderwerp hadden gesproken. Dit is echter niet te voorkomen wanneer er menselijke respondenten geïnterviewd worden.

Een ander kritisch punt van dit onderzoek is de periode waarin het heeft plaatsgevonden. Het experiment vrije prijzen is in januari 2012 ingevoerd. In juni 2012 is het stopgezet en in januari 2013 is de mondzorg weer teruggegaan naar de situatie van voor het experiment. De start van dit onderzoek

was in april 2012. De vele veranderingen die er sindsdien in de mondzorg zijn geweest hebben ook voor veel veranderingen binnen het onderzoek geleid. Het is mogelijk dat het onderzoek op dit moment niet helemaal actueel meer is, omdat dit onderzoek een “hot topic” is binnen de media en de politiek. Door continue veranderingen binnen het beleid en binnen de mondzorg in het algemeen is het af en toe lastig geweest om up-to-date te blijven. Uiteraard is dit zo veel mogelijk gedaan; er is zoveel mogelijk geprobeerd om alle actualiteiten op het gebied van de mondzorg te verwerken in dit onderzoek. Ten slotte is het lastig voor een onderzoeker om kwalitatief onderzoek uit te voeren. De onderzoeker is het meetinstrument. Om betrouwbaar en valide onderzoek te kunnen doen is het van belang dat de onderzoeker hiervan op de hoogte is. De onderzoeker heeft te allen tijde geprobeerd dit gegeven zo juist mogelijk te behandelen. Het is echter wel eens lastig geweest om persoonlijke gevoelens en gedachten te weren uit interviews met respondenten. Uiteraard is het hele onderzoek en alle interviews zo objectief mogelijk gedaan. Hierdoor zal herhaling van dit onderzoek door een andere onderzoeker wel leiden tot dezelfde resultaten.

7. Geraadpleegde Literatuur

Atos Consulting. (2007). *De zorgverzekeraar: als een vis in het water?! Onderzoek naar de toekomst scenario's van de zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht: Atos Consulting Trends Institute.

Baarsma, B., van Damme, E., van Dijk, T., Ottervanger, T., & VerLoren van Themaat, W. (2009). *Eindrapport commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders*.

Bal, R. (2008). De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking. *Rede in oratiereeks Erasmus MC*. Rotterdam: Erasmus MC.

Barr, N. (1992). Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *Journal of economic literature* , 30 (2), 741-803.

Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek- denken en doen*. Hoofddorp: Boom Onderwijs.

Bruyns, A., & Tulder, F. P. (1995). Eigen risico in de gezondheidszorg. *Economisch-statistische berichten: algemeen werkblad voor handel, nijverheid, financiën en verkeer* , 80, 445-449.

Consumentenbond. (2012, juli 6). *Actueel: Opluchting over stoppen experiment vrije tarieven mondzorg*. Opgeroepen op juli 6, 2012, van www.consumentenbond.nl:
<http://www.consumentenbond.nl/actueel/nieuws/nieuwsoverzicht-2012/Opluchting-stoppen-experiment-vrije-tarieven-mondzorg/>

Coöperatie VGZ. (2012). *Monitorrapport Mondzorg Coöperatie VGZ*.

Dohmen, A. (2011, December 27). Zal marktwerking de tandarts goedkoper maken? . *NRC.Next* , p. 3.

Eijkman, M. (2001). Herhaalt de geschiedenis zich? *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde* , 2-4.

Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *The Academy of Management Review* , 14 (1), 57-74.

Enthoven, A. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs* , 24-48.

Feldstein, P. (1993). *Health Care Economics* . New York: Thomas/ Delmar learning.

Gaynor, M. (2006). *What do we know about competition and quality in health care markets?* FTZ.

Halbersma, R. (2008). *Kwaliteit van zorg & marktwerking. Een overzicht van de economische literatuur*. Nederlandse Zorgautoriteit.

Hamilton, G. (1997). Zorg, verzekering en de nieuwe Mededingingswet. Concurrentie met behoud van solidariteit. *Medisch Contact* , 52 (23), 719-722.

Hendriks, E. (2009). *Consumenten aan de tand gevoeld. Een verkenning van de mondzorg*. TNS- NIPO.

Hoek, H. (2007). *Governance & gezondheidszorg: private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Hoek, H. (2007, Oktober 4). Marktwerking stelt nieuwe eisen aan governance. *Zorgmarkt* , pp. 37-39.

Lako, C. (2005). Naar een effectieve marktwerking? De nieuwe Zorgverzekeringswet . *Bestuurswetenschappen* , 10-529.

Lako, C. (2009). Vraagsturing in de zorg. Theorie en empirie. *Bestuurswetenschappen* , 20-37.

Lapré, R., & van Montfort, G. (1999). *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg: leerboek voor universitair en hoger beroepsonderwijs en managementopleidingen*. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.

Maarse, H. (2011). *Marktwerking in de zorg. Een analyse vanuit het perspectief van de keuzevrijheid, solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid*. Maastricht: Maastricht University.

Maastricht University . (2012). *Gevolgen vrije prijzen mondzorg. Een onderzoek in opdracht van en in samenwerking met Fa-med B.V.* Maastricht: Maastricht Accounting, Auditing and Information Management Research Center (MARC).

Mastwijk, R. (2008). Marktwerking in de mondzorg. *Arts & Auto* , 8, 55.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen: actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: van Gennep.

Mol, A. (2004). Klant of Zieke? Markttaal en de eigenheid van de gezondheidszorg. *Krisis* , 3, 3-24.

Motviacion. (2009). *Wat werkt bij wie? Een doelgroepbenadering bij innovaties in zorg en preventie*. Utrecht: Ministerie van VWS.

Nederlandse Mededingingsautoriteit. (2009). *Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars*. Den Haag: NMa.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2008). *Kwaliteit van zorg & marktwerking. Een overzicht van de economische literatuur*. Nederlandse Zorgautoriteit.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2012). *Marktscan Mondzorg- Publicatie Prijsontwikkeling Januari 2012*. Den Haag: Nederlandse Zorgautoriteit .

Nederlandse Zorgautoriteit. (2012). *Marktscan Mondzorg-juni. Weergave van de markt tot en met maart 2012*. Den Haag: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2009). *Meerjarenperspectief 2010-2014. De rol van de NZa als marktmeester*. NZa.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2009). *Visiedocument beskostigingsstructuur mondzorg. Transparante mondzorg met vrije prijzen; de consument kiest*. NZa.

Nelissen, N. J., de Goede, P. J., & van Twist, M. J. (2004). *Oog voor openbaar bestuur. Een beknopte geschiedenis van de bestuurskunde*. 's Gravenhage: Elsevier Overheid.

Newhouse, J. P. (1992). Medical care costs: how much welfare loss? *Journal of economic perspective* , 6, 3-22.

Niskanen, W. A. (1994). *Bureaucracy and Public Economics*. Cheltenham: Edward Elgar.

NIVEL. (2006). *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars*. Utrecht: Nivel.

NMT. (2012, juli 6). *NMT-Actueel*. Opgeroepen op Augustus 8, 2012, van Tandartsennet:
<http://www.tandartsennet.nl/actueel/actueel.html#nieuws:F396F4F4AB4A0155C1257A3300239FD7>

Notten, R. (2012, April). De patiënt mag kiezen. Interview met Rob Barnasconi (NMT) over het vrije-prijzen experiment tandartsen. *Arts en Auto* , pp. 10-13.

NU.nl. (2012, juli 5). *Stop met vrije prijzen tandarts*. Opgeroepen op juli 6, 2012, van NU.nl- Algemeen:
<http://www.nu.nl/algemeen/2852561/stop-met-vrije-prijzen-tandarts.html>

Orde van Medisch Specialisten. (2003). *Beleidsvisie Zelfstandige Behandelcentra*. Utrecht.

- Palm, I. (2005). *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP.
- Pauly, M. V. (2004). Competition in Medical Services and the Quality of Care: Concepts and History. *International Journal of Health Care Finance and Economics* , 4, 113-130.
- Pol, F. v. (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* , 4, 1095-1107.
- Ross, S. A. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principals' problem. *The American Economic Review* , 63 (2), 134-139.
- Schaepkens, F. (2004). Marktwerking in de ziekenhuiszorg. Enige beschouwingen. *MCA: Tijdschrift voor Organisaties in Control* , 6-11.
- Schneider, H. (1997). De gezondheidsmarkt en de mededingingswet, Competitie als middel om doelmatig te vergroten. *Medisch Contact* , 708-709.
- Schut, E. (2003). *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Schut, F. (1999). Marktwerking in de gezondheidszorg. *Sociale wetenschappen* , 40 (4), 37-59.
- Spreeuwenberg, C. (1997). De zorg als markt. *Medisch Contact* , 52, 703.
- Stiglitz, J. (2000). *Economics of the public sector*. New York: Norton.
- The Boston Consulting Group. (2011). *Prijsliberalisering in de farmaceutische zorg, een impactanalyse. Een onderzoek uitgevoerd door de Boston Consulting Group in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland*. Amsterdam: The Boston Consulting Group B.V.
- Trisolini, M. G. (2011). Theoretical Perspectives on Pay for Performance. In J. Cromwell, M. G. Trisolini, G. C. Pope, J. B. Mitchell, & L. M. Greenwald, *Pay for Performance in Healthcare: Methods and Approaches* (pp. 77-98). RTI Press.
- van der Kraan, W. (2006). *Vraag naar Vraagsturing: een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit .
- Vennix, J. (2007). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek*. Harlow: Pearson Education.

Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Den Haag: Lemma.

Walsh, K. (1995). *Public services and market mechanisms. Competition, contracting and the new public management*. Basingstoke: Palgrave.

Yin, R. (2003). *Applications of case study research*. California: Sage Publications, inc.

ZorgverzekeringWijzer. (2012, n.d.). *Tandartsenproeven stoppen*. Opgeroepen op Augustus 8, 2012, van ZorgverzekeringWijzer: <http://www.zorgverzekeringwijzer.nl/nieuws/tandartsproeven-stoppen/>

Zwaal, J. (2006). *Marktwerving in de zorg. Dilemma's en oplossingen vanuit het perspectief van de zorgaanbieder*. Rotterdam: Erasmus Universiteit .

8. Bijlagen

8.1 Interviewguide

Inleidende vragen

1. Wat is uw functie/beroep?
2. Bij welke organisatie werkt u?
3. Hoe lang doet u dit werk al?/Hoe lang heeft u deze functie al?
4. Heeft u (veel) contact met de zorgverzekeraars/zorgaanbieders betreffende de kosten van de behandelingen/vergoedingen/tarieven?
5. Heeft u (veel) contact met de zorgverzekeraars/zorgaanbieders betreffende de (medische/specialistische) kennis van de behandelingen en de kosten hiervan?

Inleidende tekst:

In januari 2012 is het experiment vrije prijzen in de mondzorg van start gegaan. Dit betekent dat de mondzorgaanbieders zelf hun prijzen voor de behandelingen mochten gaan bepalen. Sinds die tijd zijn er een aantal onderzoeken gedaan naar dit experiment.

Door dit experiment zijn de zorgverzekeraars hun vergoedingen en de premies gaan aanpassen. Er moest een nieuw evenwicht gevonden worden tussen de prijs die een zorgaanbieder voor een behandeling ging vragen, de zorgverzekeraar ging vergoeden en de zorgconsument moest gaan betalen als premie voor de mondzorgverzekering.

Sommigen hebben dit experiment als mislukt beschouwd: volgens de een kwam dit door de rol die de zorgverzekeraars speelden, volgens een ander volgens de rol van de zorgaanbieder en weer andere gaven aan dat de zorgconsument verkeerd gehandeld zou hebben.

In mijn onderzoek ga ik kijken of (en eventueel waardoor) de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is veranderd na het invoeren van het experiment. IK zou daarom eerst willen weten hoe de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder voor het experiment te omschrijven valt. Zou u mij kunnen vertellen hoe deze relatie te beschrijven valt.

In dit interview gaat er gesproken worden over de zorgaanbieders. Als er gesproken wordt over zorgaanbieders, wordt er bedoeld: tandartsen. De orthodontisten, mondhygiënisten etc. zullen niet behandeld worden.

Situatie voor invoering van het experiment:

Hoe was de verhouding zorgverzekeraar/ aanbieder voor het invoeren van het experiment/invoeren van marktwerking in de mondzorg?

6. Wat kenmerkte deze relatie?
7. Hoe gingen de actoren met elkaar om?
8. Waren er enkele knelpunten/problemen in deze relatie? Wat waren deze knelpunten?
9. Hoe was deze relatie van invloed op de (kwaliteit) van de behandeling voor de patiënt?
10. Waren de actoren (on)afhankelijk van elkaar?
11. Wie was er verantwoordelijk voor het reguleren en monitoren van de zorgmarkt voor het invoeren van het experiment?
12. Wie maakte en bepaalde het beleid voor de zorgmarkt?
13. Wie was er verantwoordelijk voor het bepalen van de prijzen, vergoedingen en premies?
14. Wie was de centrale actor bij het vormen en uitvoeren van beleid in de zorg?

15. Wat is het belang van de medische codes, opgesteld door de specialisten en professionals?
16. Was er sprake van een monopolie van kennis (macht) bij een van de actoren? Welke actoren?
17. Was in de periode voor het invoeren van het experiment belangrijk dat er gelet werd op marktwerking/vraagsturing/effectiviteit(doelbereiking)/efficiëntie(kostenbeheersing en toch dezelfde doelen halen)?
18. Moest u concurreren met andere zorgaanbieders/zorgverzekeraars in deze periode? Of had u het gevoel dat u dit moest doen?
19. Heeft u in deze periode contracten afgesloten met zorgverzekeraars/zorgaanbieders over de behandelingen en premies/vergoedingen hiervoor?
20. Werden uw keuzes en manier van werken bepaald door de keuzes van de consument van de zorg?
21. Was er een ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten aanwezig tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder?
22. Hoe kenmerkte deze ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten zich?
23. Was er sprake van een belangentegenstelling tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar?
24. Hoe kenmerkte deze belangentegenstelling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar zich?
25. Op welke manier werd er gebruik gemaakt van regels, beperkingen en voorschriften voor de zorgaanbieder om de belangentegenstelling te verminderen/tegen te gaan?
26. Op welke manier werd er gebruik gemaakt van regels, beperkingen en voorschriften voor de zorgaanbieder om de ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten te verminderen/tegen te gaan?
27. Op welke manier werd er gebruik gemaakt van het in kaart brengen van de werkzaamheden van de zorgaanbieder om daarmee de belangentegenstelling tegen te gaan?
28. Op welke manier werd er gebruik gemaakt van het in kaart brengen van de werkzaamheden van de zorgaanbieder daarmee de ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten tegen te gaan?
29. Op welke manier werd er gebruikt gemaakt van beloningen (financieel, maar ook intrinsiek) om daarmee de belangentegenstelling tegen te gaan?
30. Op welke manier werd er gebruik gemaakt van beloningen (financieel, maar ook intrinsiek) om daarmee de ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten tegen te gaan?

Situatie na invoering van het experiment:

Hoe is de verhouding zorgverzekeraar/ aanbieder na het invoeren van het experiment/invoeren van marktwerking in de mondzorg?

31. Wat kenmerkt deze relatie?
32. Hoe gaan de actoren met elkaar om?
33. Zijn er knelpunten/problemen in deze relatie?
34. Hoe is deze relatie van invloed op de (kwaliteit) van de behandeling voor de patiënt?
35. Zijn de actoren afhankelijk van elkaar?
36. Wie is er verantwoordelijk voor het reguleren en monitoren van de zorgmarkt na het invoeren van het experiment?
37. Wie maakt en bepaalt het beleid voor de zorgmarkt?
38. Wie is er verantwoordelijk voor het bepalen van de prijzen, vergoedingen en premies?
39. Wie is de centrale actor bij het vormen en uitvoeren van beleid in de zorg?
40. Wat is het belang van de medische codes, opgesteld door de specialisten en professionals?
41. Is er sprake van een monopolie van kennis (macht) bij een van de actoren? Welke actoren?
42. Is in deze periode belangrijk dat er gelet wordt op marktwerking/vraagsturing/effectiviteit(doelen behalen)/efficiëntie(kostenbeheersing toch dezelfde doelen halen)?

43. Moet u op dit moment concurreren met andere zorgaanbieders/zorgverzekeraars? Of heeft u het gevoel dat u dit moet doen?
44. Heeft u in deze periode contracten afgesloten met zorgverzekeraars/zorgaanbieders over de behandelingen en premies/vergoedingen hiervoor?
45. Worden uw keuzes en manier van werken bepaald door de keuzes van de consument van de zorg?
46. Is er op dit moment een ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten aanwezig tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder?
47. Hoe kenmerkt deze ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten zich?
is er sprake van een belangentegenstelling tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar?
48. Hoe kenmerkt deze belangentegenstelling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar zich?
49. Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van regels, beperkingen en voorschriften voor de zorgaanbieder om de belangentegenstelling te verminderen/tegen te gaan?
50. Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van regels, beperkingen en voorschriften voor de zorgaanbieder om de ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten te verminderen/tegen te gaan?
51. Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van het in kaart brengen van de werkzaamheden van de zorgaanbieder om daarmee de belangentegenstelling tegen te gaan?
52. Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van het in kaart brengen van de werkzaamheden van de zorgaanbieder daarmee de ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten tegen te gaan?
53. Op welke manier wordt er gebruikt gemaakt van beloningen (financieel, maar ook intrinsiek) om daarmee de belangentegenstelling tegen te gaan?
54. Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van beloningen (financieel, maar ook intrinsiek) om daarmee de ongelijkheid van kennis over de behandelingen en de kosten tegen te gaan?

Wat zijn de, voor u belangrijke, verschillen tussen de situatie voor en na het invoeren van het experiment?

Professioneel gezien/ contactueel gezien, merkt u verschillen met de situatie hiervoor?