



De evaluatie van de Achmea PraktijkStatus

Deel 4

Wat is het effect van feedback op de kosten van zorg?

Stef Bouwhuis
Christel van Dijk
Judith D. de Jong

ISBN 978-94-6122-360-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Samenvatting

Sinds 2010 geeft Achmea huisartsen inzicht in het zorggebruik van hun patiënten via de Achmea PraktijkStatus (Achmea PraktijkStatus). Het NIVEL heeft de Achmea PraktijkStatus in opdracht van Achmea geëvalueerd. De resultaten van deze evaluatie zijn in verschillende deelrapporten beschreven. In dit deelrapport worden de effecten van de APS op kosten van zorggebruik gepresenteerd. Het doel is om een overzicht te geven van de effecten van de Achmea PraktijkStatus en om een verklaring te geven voor de gevonden effecten. In dit rapport wordt de verandering in zorgkosten niet uitgedrukt in een bedrag. Dit was niet mogelijk omdat er in dit onderzoek gebruik is gemaakt van veel verschillende analysetechnieken met soms uiteenlopende resultaten. Op basis hiervan kon geen bedrag worden berekend.

De verwachting van Achmea: effect op zorgkosten

Huisartsen zijn volgens Achmea de spil in de integrale zorgketen. Met de APS wil Achmea huisartsen ondersteunen in het uitvoeren van deze rol. Het idee is dat Achmea huisartsen via de APS op een waardevrije manier inzicht geeft in de zorgkosten die hun patiënten maken. Uiteindelijk kan dit volgens Achmea bijdragen aan kostenbeheersing zonder dat dit ten kosten gaat van de kwaliteit. Huisartsen kunnen namelijk onder meer via hun verwijs- en voorschrijfgedrag invloed uitoefenen op het zorggebruik van hun patiënten. Achmea verwacht dat huisartsen die in de APS zien dat hun patiënten relatief veel zorgkosten genereren zo mogelijk hun gedrag zullen aanpassen. Dit zal vervolgens bijdragen aan kostenbeheersing, zo veronderstelt Achmea. Achmea benadrukt dat ze met de Achmea PraktijkStatus als partner van huisartsen op wil treden.

Effect van de APS op werkelijke zorgkosten

De APS lijkt een effect te hebben op de totale zorgkosten die de patiënten van huisartsen maken. Hierbij gaat het zowel om kosten die binnen de huisartsenpraktijk gemaakt worden als om kosten die buiten de praktijk gemaakt worden, bijvoorbeeld in het ziekenhuis. Sinds 2011, het jaar waarin de APS ingevoerd werd, dalen de werkelijke zorgkosten die patiënten maken. De daling is onder huisartsen die deelnemen aan de APS sterker dan onder huisartsen die niet deelnemen aan de APS, maar zich wel in het kerngebied van Achmea bevinden. Huisartsen bevinden zich in het kerngebied van Achmea als zij een contractaanbod van Achmea gehad hebben. Dit zijn huisartsen in een regio waarin Achmea marktleider is qua aantal verzekerden.

Effect van de APS op het verschil tussen werkelijke en verwachte zorgkosten

We hebben ook gekeken naar de ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten in vergelijking met verwachte zorgkosten. De verwachte zorgkosten over een jaar worden door Achmea achteraf berekend. Als uitgangspunt worden de totale werkelijke kosten in dat jaar genomen. Deze worden herverdeeld over huisartsenpraktijken op basis van de kenmerken van hun patiënten. De verwachte kosten per patiënt van huisartsenpraktijken met een relatief oude populatie, bijvoorbeeld, zijn hoger dan de verwachte kosten van de patiëntenpopulatie in huisartsenpraktijken met een relatief jonge populatie.

De APS lijkt ook effect te hebben op het verschil tussen werkelijke en verwachte zorgkosten. Voor de start van de APS in 2011 lagen de werkelijke kosten onder APS huisartsen 2% hoger dan

verwacht. Na de start, in 2013, is dit nog maar 0,7%. Voor huisartsen die niet deelnemen aan de APS is een omgekeerde ontwikkeling te zien.

Het effect van de APS op kosten in verschillende segmenten

We hebben ook onderzocht wat het effect van de APS is op acht kostensegmenten die in de APS onderscheiden worden: huisartsenzorg, hulpmiddelen, diagnostiek, farmacie, medisch specialistische zorg (MSZ), GGZ, fysiotherapie en geboortezorg.

De meeste analyses wijzen erop dat de APS effect heeft op kosten van huisartsenzorg, diagnostiek en in iets mindere mate hulpmiddelen. Voor het effect op farmacie wordt gemengd bewijs gevonden. Dit kan wellicht verklaard worden doordat er sinds 2011 door de meeste verzekeraars grote besparingen op farmacie behaald worden door het zogenaamde preferentiebeleid. Dit houdt in dat verzekeraars van een geneesmiddel met een bepaalde werkzame stof nog maar één merk vergoeden. Door de algemene sterke kostendaling is de ruimte voor de APS om een additioneel effect te realiseren beperkt.

In de onderzochte periode hebben we geen effect kunnen vaststellen van de APS op de kosten van GGZ, MSZ en geboortezorg gevonden. Aan geboortezorg wordt in gesprekken tussen relatiemanagers en huisartsen nauwelijks aandacht besteed. Bovendien hebben huisartsen relatief weinig invloed op de kosten voor geboortezorg die hun patiënten maken. Voor GGZ en MSZ geldt dat ten tijde van dit onderzoek data over 2013 nog niet beschikbaar waren. In overige segmenten zijn de (sterkste) effecten juist vaak in 2013 gevonden. Het is dus mogelijk dat een uitbreiding van dit onderzoek met recentere data een ander beeld laat zien. Huisartsen kunnen via hun verwijsgedrag invloed uitoefenen op het MSZ-zorggebruik van hun patiënten. Nadat patiënten verwezen zijn, hebben huisartsen minder direct invloed op het MSZ-zorggebruik van hun patiënten. Er zijn dan ook andere zorgverleners in het spel.

De analyses over het effect van de APS op fysiotherapie geven geen eenduidig beeld. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er directie toegang is voor fysiotherapie: omdat patiënten geen verwijzing van hun huisarts nodig hebben om naar een fysiotherapeut te gaan heeft de huisarts maar beperkt invloed op hoeveel kosten zijn patiënten in dit segment maken. Echter, huisartsen kunnen mogelijk wel in samenwerking met fysiotherapeuten beleid uitzetten dat tot gevolg heeft dat kosten dalen.

Beperkingen

De meting van het effect van de APS op zorgkosten kent een aantal beperkingen. Ten eerste is er sprake van verschillende uitgangspunten voor huisartsen in de APS-groep en voor huisartsen in de controlegroepen. Huisartsen in de APS-groep maken voor de start van de APS meer kosten dan verwacht. Huisartsen in de controlegroepen maken voor de APS juist minder kosten dan verwacht. Als we alleen naar werkelijke kosten kijken, dan zien we dat deze voor de start van de APS ruim hoger liggen in de APS-groep dan in de controlegroepen. Het is onbekend waardoor deze verschillen ontstaan zijn. We hebben met de mogelijke oorzaak hiervan dan ook geen rekening kunnen houden in de analyses.

Ten tweede was het niet haalbaar om in de analyse van het effect van de APS op zorgkosten rekening te houden met kenmerken van huisartsen en kenmerken van gesprekken tussen huisartsen en relatiemanagers. Op basis van de literatuur hebben we echter afgeleid dat deze

kenmerken invloed uit kunnen oefenen op de effectiviteit van de APS. Om meer te kunnen zeggen over het effect van de APS is het belangrijk om een goed beeld te krijgen van hoe deze kenmerken de effectiviteit ervan beïnvloeden. Omdat we voor veel contextfactoren niet hebben kunnen corrigeren is de conclusie dat de APS effect lijkt te hebben gebaseerd op de waarneming van trends in kostenontwikkeling die passen bij een scenario waarin de APS effect heeft.

Monitoring

De periode tussen het de invoering van de Achmea PraktijkStatus en deze evaluatie is relatief kort. De verwachting is dat het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten in de toekomst verder toe zal nemen, omdat feedback effectiever is naarmate het langer en vaker gegeven wordt. Het is dus belangrijk om het effect van de Achmea PraktijkStatus te blijven monitoren. Daarnaast is monitoring belangrijk om inzicht te krijgen in waar bijsturing in de uitvoering van het instrument noodzakelijk is om het effect op peil te houden.

Bij vervolgstudies om het effect van de APS te monitoren is het wenselijk dat ook kenmerken van huisartsen en gesprekken tussen huisartsen en relatiemanagers die van invloed zijn op het effect van de APS meegenomen worden in de analyses. In deze evaluatie is dat niet gebeurd, omdat de data daarvoor ontoereikend was. Om meer te kunnen zeggen over het effect van de APS is het belangrijk om een goed beeld te krijgen van hoe deze kenmerken de effectiviteit van de APS beïnvloeden.

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	8
1.1 Achtergrond	8
1.1.1 De implementatie van de Achmea PraktijkStatus	8
1.1.2 Zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet	8
1.1.3 Beïnvloeding door zorgverzekeraars	8
1.2 De Achmea PraktijkStatus	9
1.3 De werking van feedback	11
1.4 Dit rapport	12
1.4.1 Opzet van de beleidsevaluatie	12
1.4.2 De effecten van de APS: zorgkosten	12
1.5 Doel en onderzoeksvraag	14
1.6 Opbouw van het rapport	14
2 Methoden	15
2.1 Data	15
2.1.1 Declaratiegegevens van Achmea	15
2.1.2 Bezoekplannen van Achmea	16
2.1.3 Gespreksverslagen relatiemanagers	16
2.2 Operationalisatie	16
2.2.1 Deelname aan de APS	16
2.2.2 Zorgkosten	17
2.3 Matching	19
2.4 Analyses	20
2.4.1 Multi-levelanalyse	20
2.4.2 Beschrijvende analyses	21
3 Resultaten: het effect van de APS op zorgkosten	22
3.1 Totale zorgkosten	22
3.1.1 Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte zorgkosten	22
3.1.2 Effect op werkelijke zorgkosten	24
3.1.3 Conclusie	25
3.2 Kosten van huisartsenzorg	25
3.2.1 Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte kosten	25
3.2.2 Effect op werkelijke kosten	27
3.2.3 Conclusie	28
3.3 Kosten van farmacie	28
3.3.1 Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte kosten	28
3.3.2 Effect op werkelijke kosten	30
3.3.3 Conclusie	31
3.4 Kosten van diagnostiek	31
3.4.1 Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte kosten	31

3.4.2	Effect op werkelijke kosten	33
3.4.3	Conclusie	34
3.5	Kosten van hulpmiddelen	34
3.5.1	Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte kosten	34
3.5.2	Effect op werkelijke kosten	35
3.5.3	Conclusie	37
3.6	Kosten van overige segmenten	37
3.6.1	Fysiotherapie	37
3.6.2	GGZ	37
3.6.3	MSZ	37
3.6.4	Geboortezorg	38
4	Conclusie	39
4.1	Totale zorgkosten	39
4.2	Segmenten	39
4.3	Feedback in de zorg	40
4.3.1	Literatuur over feedback in de zorg	40
4.3.2	Zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet	40
4.4	Beperkingen van dit onderzoek	41
4.5	Samenvatting en vervolgstappen	42
	Literatuur	43
	Bijlagen:	
Bijlage 1	Resultaten overige analyses: totale kosten	45
Bijlage 2	Resultaten overige analyses kosten: huisartsenzorg	48
Bijlage 3	Resultaten overige analyses kosten: farmacie	51
Bijlage 4	Resultaten overige analyses kosten: diagnostiek	54
Bijlage 5	Resultaten overige analyses kosten: hulpmiddelen	57
Bijlage 6	Resultaten analyses kosten: fysiotherapie	60
Bijlage 7	Resultaten analyses kosten: GGZ	64
Bijlage 8	Resultaten analyses kosten: MSZ	68
Bijlage 9	Resultaten analyses kosten: geboortezorg	70

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Het NIVEL heeft een evaluatie onderzoek gedaan naar de Achmea PraktijkStatus. De resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd in vijf deelrapporten en één eindrapport. Elk van de rapporten is zelfstandig leesbaar. Aangezien de achtergrond en aanleiding van het onderzoek gelijk is voor alle rapporten is het eerste deel van de inleiding ook voor alle rapporten gelijk. Dit rapport betreft deel 4: het onderzoek naar het effect van de APS op zorgkosten.

1.1.1 De implementatie van de Achmea PraktijkStatus

Sinds 2010 geeft Achmea huisartsen feedback via de Achmea PraktijkStatus (Achmea PraktijkStatus). De Achmea PraktijkStatus geeft inzicht in het zorggebruik van de patiëntenpopulatie van een huisarts in vergelijking met een benchmark. Achmea wil samen met huisartsen de rol van huisartsen in de integrale zorgketen vergroten. De Achmea PraktijkStatus ondersteunt Achmea en huisartsen hierbij, doordat het inzicht geeft in het zorggebruik van patiënten. Achmea verwacht dat dit bijdraagt aan een hoger vertrouwen van huisartsen in Achmea en aan kostenbeheersing zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg.

1.1.2 Zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet

In 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht geworden. Het doel van de Zvw is om het zorgstelsel efficiënter te maken en tegelijkertijd de kwaliteit van zorg te vergroten en de toegankelijkheid te garanderen (Ministerie VWS, 2004).

Eén van de instrumenten in de Zvw om deze doelen te bereiken is het versterken van de positie van zorgverzekeraars (Bartholomé en Maarse, 2006). Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij zich gedragen als actieve inkopers die de kosten van zorg proberen te beheersen en de kwaliteit ervan te verbeteren (Schut en Van de Ven, 2011). Doordat zorgverzekeraars met elkaar concurreren om verzekerd worden zij gestimuleerd om verzekerd zorg van goede kwaliteit tegen een scherpe prijs aan te bieden (Ministerie VWS, 2004). De verwachting is dat zorgverzekeraars invloed zullen uitoefenen op zorgaanbieders om doelmatiger te werken en zorg van hogere kwaliteit te leveren (Ministerie VWS, 2004). Hierdoor kunnen zij namelijk goede zorg tegen een goede prijs aanbieden aan hun verzekerden. Feedback over de geleverde zorg past hier bij.

1.1.3 Beïnvloeding door zorgverzekeraars

In theorie kunnen zorgverzekeraars op drie manieren invloed uitoefenen op het gedrag van zorgaanbieders: via contracten, via eigenaarschap en via de informele relatie met zorgaanbieders (Williamson, 1979). In contracten kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over wat er van de zorgaanbieder verwacht wordt en welke vergoeding daar tegenover staat. Op die manier kan de zorgverzekeraar invloed uitoefenen op de prijs, het volume en de kwaliteit van zorg.

Daarnaast kan een zorgverzekeraar ervoor kiezen zorgaanbieders in eigendom te nemen of zelf zorg te leveren. Op die manier kan hij ook invloed uitoefenen op de prijs, het volume en de kwaliteit van zorg. In Nederland wordt dit instrument, in tegenstelling tot contracten, niet veel gebruikt.

Als laatste kan een zorgverzekeraar invloed uitoefenen op het gedrag van zorgaanbieders door de informele relatie met de zorgaanbieder te verbeteren. Als gevolg van het verbeteren van de relatie verbetert namelijk de informatiestroom tussen inkoper en aanbieder (Dyer en Chu, 2000; Lee en Whang, 2000). Hierdoor vermindert de onzekerheid over het gedrag van de aanbieder voor de inkoper (Laing en Lian, 2005). Daarnaast kan zich een gevoel van empathie ontwikkelen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder, waardoor beide partijen minder geneigd zijn opportunistisch te handelen (Klein Woolthuis et al., 2005). Onderzoek heeft veelvuldig aangetoond dat vertrouwen tussen partijen in een economische interactie het succes van de interactie positief beïnvloedt (Klein Woolthuis et al., 2005; Monczka et al., 1998; Zaheer et al., 1998).

Het geven van feedback kan gezien worden als instrument om via de informele relatie invloed uit te oefenen op het gedrag van zorgaanbieders. Feedback past in een informele benadering om beïnvloeding vorm te geven, omdat het gebaseerd is op de assumptie dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder (deels) dezelfde doelen hebben. Een andere assumptie van feedback is dat de zorgaanbieder niet de informatie heeft om te bepalen in hoeverre hij handelt in overeenstemming met deze doelen. Door deze informatie via feedback te verschaffen kan de zorginkoper de zorgaanbieder helpen te handelen in overeenkomst met doelen die zij beiden onderschrijven.

1.2 De Achmea PraktijkStatus

Met de Achmea PraktijkStatus geeft Achmea huisartsen inzicht in het zorggebruik van hun patiënten. Dit inzicht dient volgens Achmea zonder waardeoordeel gegeven te worden. Achmea streeft met de Achmea PraktijkStatus een aantal doelen na. Ten eerste dient de APS bij te dragen aan het beheersen van de zorgkosten. Kostenbeheersing is voor Achmea belangrijk omdat het de kosten per verzekerde verlaagt en omdat het bijdraagt aan de toegankelijkheid van de zorg. Ten tweede moet de APS eraan bijdragen dat kostenbeheersing niet ten koste gaat van kwaliteit, en waar mogelijk moet het bijdragen aan betere kwaliteit. Ten derde verwacht Achmea dat de APS bijdraagt aan een hoger vertrouwen van huisartsen in Achmea. Achmea vindt het belangrijk dat huisartsen haar vertrouwen, omdat zij zowel de positie van huisartsen als de positie van zorgverzekeraars in het Nederlandse zorgstelsel belangrijk vindt. Om goede zorg voor verzekerden te organiseren moeten zorgverzekeraars en huisartsen samenwerken en daarvoor is onderling vertrouwen noodzakelijk.

Achmea verwacht dat de APS bijdraagt aan kostenbeheersing en gelijkblijvende of verbeterde kwaliteit, omdat het huisartsen inzicht geeft in het zorggebruik van hun patiënten. Achmea ziet huisartsen als de spil in de integrale zorgketen. Volgens Achmea kunnen huisartsen als beoordelaar, behandelaar en gids invloed uitoefenen op de kosten en kwaliteit van zorg die hun patiënten gebruiken. Zo kunnen ze patiënten bijvoorbeeld doorverwijzen naar zorgverleners die doelmatige zorg van hoge kwaliteit bieden (Achmea, 2011). Ook kunnen ze 'patiënten opvoeden' zodat zij niet voor alles naar een (dure) zorgverlener gaan (Achmea, 2012), bijvoorbeeld. Om invloed uit te kunnen oefenen op de kosten en kwaliteit van zorg die hun patiënten gebruiken,

moeten huisartsen wel inzicht hebben in dat zorggebruik, zo veronderstelt Achmea. De APS biedt hen dat inzicht. Hierdoor kan de APS de huisarts ondersteunen in zijn rollen als beoordelaar, behandelaar en gids. De kosten die een patiënt van een huisartsenpraktijk maakt worden vergeleken met een benchmark. Achmea verwacht dat wanneer een huisarts ziet dat zijn gedrag afwijkt van de benchmark, hij zijn gedrag aan zal passen. Achmea veronderstelt dat dit vervolgens bij zal dragen aan kostenbeheersing en kwaliteit van zorg. In dit proces wil Achmea samen optrekken met huisartsen en hun waar nodig en mogelijk ondersteunen bij het doorvoeren van (gedrags)veranderingen.

De Achmea PraktijkStatus kan volgens Achmea ook bijdragen aan een hoger vertrouwen van huisartsen in Achmea. Dat de APS huisartsen inzicht geeft in het zorggebruik van hun patiënten, maakt de relatie met Achmea voor huisartsen waardevoller, zo veronderstelt Achmea. Als gevolg daarvan zal het vertrouwen van huisartsen volgens Achmea toenemen. Daarnaast verwacht Achmea dat de APS bijdraagt aan vertrouwen, omdat het met huisartsen besproken wordt in gesprekken met relatiemanagers. Als gevolg hiervan heeft Achmea via haar relatiemanagers vaker contact met individuele huisartsen. Dit zal volgens Achmea bijdragen aan het vertrouwen van huisartsen. In het deelrapport over de zogenaamde beleidstheorie achter de APS staat uitgebreid beschreven waarom Achmea verwacht dat de APS bijdraagt aan haar doelen (Bouwhuis en De Jong, 2014a).

De APS is een document van ongeveer 25 pagina's en behandelt kenmerken van de huisartsenpraktijk, van de patiëntenpopulatie van de praktijk en van het zorggebruik van deze patiëntenpopulatie. De informatie over het zorggebruik wordt vergeleken met een benchmark, in de vorm van verwacht zorggebruik. De verwachte kosten worden retrospectief berekend. Om de verwachte zorgkosten te berekenen worden de totale werkelijk gemaakte zorgkosten in een jaar herverdeeld over de huisartsen. De totale werkelijke zorgkosten zijn dus even hoog als de totale verwachte zorgkosten. Het effect hiervan is dat wanneer er iets verandert in de werkelijke zorgkosten, die noodzakelijkerwijs ook invloed uitoefent op de verwachte kosten. Een ander effect is dat de verwachte kosten van alle huisartsen veranderen, als ze bij één huisarts veranderen, omdat de totale verwachte kosten vastgesteld zijn op de hoogte van de totale werkelijke kosten. Er is dus sprake van communicerende vaten: verandert er bij één (groep) huisartsen iets in de verwachte kosten, dan heeft dit automatisch een effect op de verwachte kosten in de andere groep.

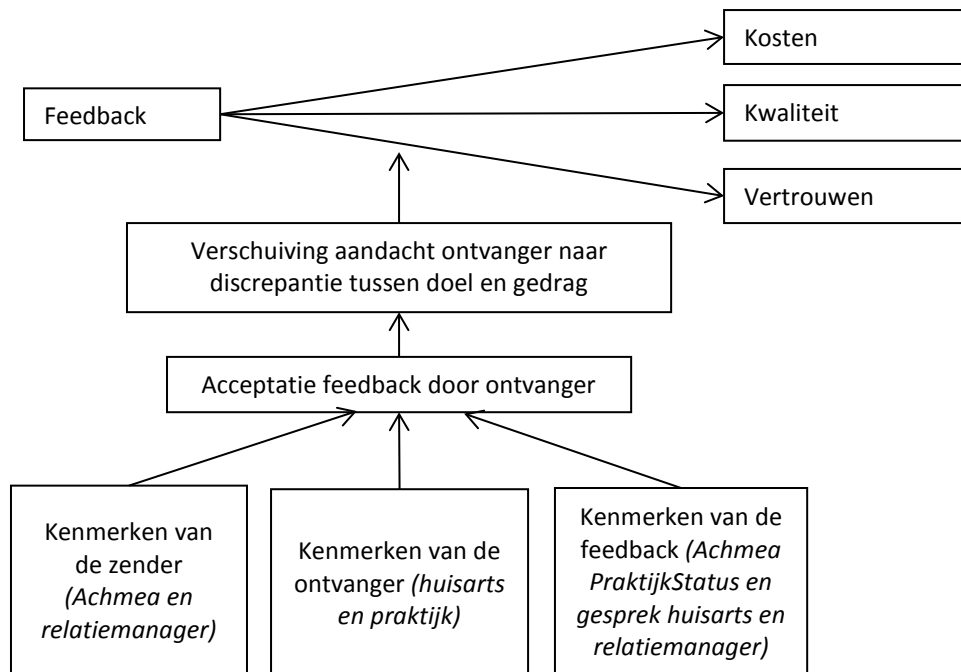
De herverdeling van de werkelijke zorgkosten vindt plaats op basis van kenmerken van de patiëntenpopulatie van de praktijken. Een praktijk met een relatief oude populatie, bijvoorbeeld, heeft hogere verwachte kosten per patiënt dan een praktijk met een relatief jonge populatie.

De spiegelinformatie in de Achmea PraktijkStatus is gebaseerd op declaratiegegevens van Achmea-verzekerden, die op het niveau van de huisartsenpraktijk geaggregeerd worden. Over elke praktijk met minimaal één Achmea-verzekerde zijn dus APS-gegevens beschikbaar. De zorgkosten zijn onderverdeeld in acht segmenten: 1) huisartsenzorg; 2) diagnostiek; 3) hulpmiddelen; 4) farmacie; 5) fysiotherapie; 6) GGZ; 7) medisch specialistische zorg; en 8) geboortezorg.

Huisartsen bepalen zelf of zij deel willen nemen aan de Achmea PraktijkStatus. Het idee is dat alleen huisartsen met meer dan 1.000 Achmea-verzekerden deelnemen. Deze grens is nodig om de representativiteit van de data te waarborgen, zo stelt Achmea. De Achmea PraktijkStatus bevat namelijk alleen informatie over de Achmea-verzekerden in de praktijk. Voor een praktijk met maar

een kleine Achmea populatie wijkt het zorggebruik in de totale praktijk mogelijk te veel af van het zorggebruik van de Achmea-verzekerden om er conclusies aan te verbinden. In dat geval is de declaratiedata van Achmea-verzekerden mogelijk niet representatief.

Figuur 1.1 Conceptueel model



1.3 De werking van feedback

In figuur 1.1 zijn de doelen die Achmea met de APS nastreeft weergegeven. Feedback werkt alleen als het de aandacht van mensen weet te verschuiven naar het onderwerp van de feedback (Kluger en DeNisi, 1996). Als feedback vervolgens een verschil tussen een doel en gedrag laat zien, dan kan er gedragsverandering optreden. Hierbij is het wel belangrijk dat het doel voor de ontvanger van feedback ook belangrijk is. Als dit niet het geval is, namelijk, dan zal hij geen reden zien om het verschil tussen doel en gedrag te verkleinen. Gedragsverandering is in dat geval onwaarschijnlijk. De APS zal dus alleen bijdragen aan kostenbeheersing, kwaliteit en vertrouwen als het de aandacht van huisartsen weet te vestigen op een verschil tussen het doel en hun gedrag. Bijvoorbeeld, als kostenbeheersing een doel is voor een huisarts en de APS de aandacht vestigt op hoge kosten die door de patiënten van die huisarts gemaakt worden, dan is de kans dat de APS bijdraagt aan gedragsverandering groot.

De effectiviteit van feedback wordt vervolgens beïnvloed door de mate waarin de ontvanger de feedback accepteert (Ilgen et al., 1979). Naarmate de discrepantie tussen de feedback en het zelfbeeld groter wordt, is de kans op acceptatie kleiner (Anseel en Lievens, 2009; Anseel et al., 2011; Ilgen et al., 1979).

De kans dat de ontvanger de feedback accepteert hangt daarnaast af van drie variabelen: 1) kenmerken van de zender van de feedback; 2) kenmerken van de ontvanger van de feedback; en 3)

kenmerken van de feedback zelf (Ilgen et al., 1979). Bij kenmerken van de zender van feedback kan gedacht worden aan geloofwaardigheid. Naarmate de zender door de ontvanger als meer geloofwaardig gezien wordt, zal feedback eerder geaccepteerd worden. In het geval van de APS beïnvloedt de geloofwaardigheid van Achmea onder huisartsen dus de effectiviteit ervan.

Kenmerken van de ontvanger van feedback zijn onder meer de mate van zelfvertrouwen en de doelen die hij nastreeft. Een ontvanger met veel zelfvertrouwen is minder geneigd om negatieve feedback te accepteren dan een ontvanger met weinig zelfvertrouwen. In het geval van de APS zal een huisarts met veel zelfvertrouwen dus minder snel accepteren dat hij meer kosten maakt dan verwacht.

Kenmerken van feedback zelf zijn onder meer de manier waarop de feedback gebracht wordt (schriftelijk, mondeling, grafisch, etc.) en de frequentie. Bij de APS is het gesprek tussen een relatiemanager en huisartsen in dit verband belangrijk. Achmea verwacht bijvoorbeeld dat de APS een groter effect zal hebben op zorgkosten als relatiemanagers en huisartsen afspraken maken over die zorgkosten. Ook verwacht Achmea dat de APS niet het gewenste effect heeft op vertrouwen als relatiemanager de feedback in de APS beoordelend brengen. De APS is bedoeld om inzicht te geven en niet om oordelen te vellen. Als dat wel gebeurt zullen huisartsen dit volgens Achmea als negatief ervaren en dit zal ten koste gaan van hun vertrouwen in Achmea.

1.4 Dit rapport

Achmea heeft het NIVEL gevraagd om de APS te evalueren. Deze evaluatie heeft de vorm van een beleidsevaluatie. De resultaten van de evaluatie zijn in verschillende rapporten beschreven. In deze paragraaf zetten we uiteen hoe de beleidsevaluatie is uitgevoerd en welk deel in dit rapport beschreven wordt.

1.4.1 Opzet van de beleidsevaluatie

De evaluatie van de APS bestaat uit vier stappen:

1. Reconstructie van de beleidstheorie achter de APS.
2. Analyse van de wetenschappelijke evidentie voor de beleidstheorie.
3. Analyse van de in- en uitvoering van de APS.
4. Bepaling van de effecten van de APS.

Om de gevonden effecten in stap 4 te kunnen verklaren is het belangrijk om de eerste drie stappen te zetten. Als gevonden wordt dat de verwachte effecten niet optreden, dan kan dat bijvoorbeeld veroorzaakt zijn doordat de APS niet in- en uitgevoerd is in overeenstemming met de beleidstheorie. Een andere mogelijkheid is dat er geen wetenschappelijke evidentie is voor de beleidstheorie met betrekking tot de werking van feedback en dat daarom de verwachte effecten niet optreden.

1.4.2 De effecten van de APS: zorgkosten

In dit rapport wordt een deel van stap vier van de beleidsevaluatie van de APS gezet: het effect van de APS op zorgkosten. In een eerder rapport is beschreven welke verwachtingen Achmea heeft ten aanzien van het effect van de APS (Bouwhuis en De Jong, 2014). Ook is beschreven hoe de APS is in-

en uitgevoerd. Op basis van een vergelijking van de verwachting van Achmea, de wetenschappelijke evidentie hiervoor en de in- en uitvoering van de APS verwachten we dat het effect van de APS op zorgkosten beperkt zal zijn.

In tabel 1.1 wordt een beknopt overzicht gegeven van de verwachtingen van Achmea en de mate waarvoor er wetenschappelijke evidentie is. Ook staat aangegeven in welke mate de APS is in- en uitgevoerd volgens deze verwachtingen. Achmea verwacht dat de APS bijdraagt aan het beheersen van de zorgkosten. Het geeft huisartsen namelijk inzicht in hoe het zorggebruik van hun patiënten afwijkt van het zorggebruik van patiënten van vergelijkbare huisartsenpraktijken. Als huisartsen afwijkingen zien in hun gedrag (hogere zorgkosten bijvoorbeeld) dan zullen zij hun gedrag aanpassen, zo verwacht Achmea. Als gevolg daarvan zullen de zorgkosten minder hard stijgen of zelfs dalen. Achmea veronderstelt dat wanneer er met huisartsen verbeterafspraken gemaakt worden, het effect van de APS groter is. Daarnaast is het volgens Achmea belangrijk dat huisartsen alternatieve gedragsopties aangeboden krijgen en dat zij weten wat het resultaat van een eventuele gedragsverandering is.

Tabel 1.1 Vergelijking tussen verwachtingen van Achmea, wetenschappelijke evidentie hiervoor en de in-en uitvoering van de APS

Verwachting Achmea	Evidentie	In-en uitvoering
Als een huisarts zich bewust is van afwijkingen in zijn eigen gedrag, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	±	±
Als een huisarts begrijpt waarom hij afwijkt, dan wordt een actiegerichte, constructieve feedbackspiraal gecreëerd	?	±
Als een huisarts gedragsalternatieven (keuzes) heeft, dan wordt een actiegerichte, constructieve feedbackspiraal gecreëerd	+	-
Als er concrete verbeterafspraken gemaakt worden, dan zal er een effect gerealiseerd worden.	+	±
Als een huisarts weet wat de resultaten van de actie zijn, dan wordt een actiegerichte, constructieve feedbackspiraal gecreëerd	+	-

De wetenschappelijke evidentie komt grotendeels overeen met de verwachtingen van Achmea met betrekking tot de APS. De in- en uitvoering wijkt echter op punten af van deze verwachting en de wetenschappelijke evidentie. Zo worden er in een groot deel van de gesprekken tussen relatiemanagers en huisartsen geen verbeterafspraken gemaakt. Er is één uitzondering. Over farmacie worden relatief veel afspraken gemaakt. Hier is dus een sterker effect te verwachten. Ook krijgen huisartsen niet altijd alternatieve gedragsopties aangeboden. Daarnaast wordt vrijwel nooit besproken of een actie van een huisarts effect heeft gehad. Op deze punten wijkt de in-en uitvoering van de APS af van de verwachting van Achmea en de wetenschappelijke evidentie over de werking van feedback. Om die reden verwachten we dat de APS een beperkt effect heeft op zorgkosten.

1.5 Doel en onderzoeksvraag

Het doel van dit rapport is om de effecten van deelname aan de APS op de kosten van zorg in kaart te brengen. De hoofdvraag die hierbij hoort is:

‘Wat is het effect van de APS op de kosten van zorg?’

1.6 Opbouw van het rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In het tweede hoofdstuk zullen de methoden die gehanteerd zijn uiteengezet worden. In het derde hoofdstuk zullen de resultaten van de analyses besproken worden. In het vierde hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord en conclusies getrokken.

2 Methoden

In dit hoofdstuk worden de gebruikte methoden toegelicht. In de eerste paragraaf bespreken we de verschillende databronnen die gebruikt zijn voor de effectmeting: declaratiegegevens van Achmea, bezoekplannen van Achmea en gespreksverslagen van Achmea. In de tweede paragraaf gaan we in op de operationalisatie van verschillende concepten. In de derde paragraaf lichten we de gebruikte analyses toe.

2.1 Data

Voor de analyse van het effect van de APS op de kosten van zorg zijn verschillende databronnen gebruikt die hierna zullen worden beschreven. Deze data zijn gekoppeld door middel van GID-codes. GID-codes zijn codes die Achmea gebruikt voor haar eigen administratie. Elke huisartsenpraktijk heeft een unieke GID-code.

2.1.1 Declaratiegegevens van Achmea

Achmea beschikt over declaratiegegevens van Achmea-verzekerden. Deze gegevens worden door Achmea gebruikt voor de APS. De informatie in de APS bestaat uit declaratiegegevens van patiënten die geaggregeerd worden op het niveau van de huisartsenpraktijk waarbij ze ingeschreven staan. Per praktijk wordt vervolgens berekend hoeveel zorg patiënten gemiddeld gebruiken. Dit zorggebruik wordt uitgesplitst naar acht segmenten:

1. Fysiotherapeutische zorg.
2. Huisartsenzorg.
3. Medisch specialistische zorg (MSZ).
4. Farmaceutische zorg.
5. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).
6. Geboortezorg.
7. Hulpmiddelen.
8. Diagnostiek.

Achmea heeft gegevens over alle Achmea-verzekerden, ook de verzekerden die ingeschreven staan bij een huisarts waarvan Achmea niet de preferente zorgverzekeraar is.

Per huisarts worden voor de APS werkelijke zorgkosten en verwachte zorgkosten berekend. De werkelijke kosten bestaan uit de declaratiegegevens. Dure patiënten worden niet meegenomen in de berekeningen, omdat zij de gemiddeldes te veel zouden vertekenen. Volgens de definitie van Achmea is een patiënt duur als hij in de GGZ meer dan €10.000 aan kosten maakt of in de andere segmenten meer dan €22.500. Dit is conform de risicoverevening. Ook corrigeert Achmea voor prijswisselingen als gevolg van prijzen die zij met zorgaanbieders heeft afgesproken. Voor vrij onderhandelbare behandelingen worden daarom standaardprijzen gehanteerd.

De verwachte kosten worden berekend aan de hand van kenmerken van de patiëntpopulatie van een praktijk. Als uitgangspunt worden de werkelijke kosten van alle huisartsen genomen. De verwachte kosten bestaan uit een herverdeling van deze kosten over alle huisartsen op basis van

kenmerken van hun patiënten. Kenmerken waarvoor gecorrigeerd wordt zijn onder meer leeftijdsopbouw, prevalentie van chronisch zieken en sociaal-economische status (SES). Van huisartsen met relatief veel patiënten met een chronische aandoening, relatief veel oudere patiënten of relatief veel patiënten met een lage SES, verwacht Achmea dat zijn patiënten meer kosten maken.

De gegevens die meegenomen zijn in dit rapport voor het in kaart brengen van effecten van de APS zijn dezelfde als die gebruikt worden in de APS en zijn alleen gebaseerd op declaraties van Achmea-verzekerden.

2.1.2 Bezoekplannen van Achmea

Achmea houdt via bezoekplannen bij welke huisartsen bezocht worden door haar relatiemanagers en wat zij tijdens die gesprekken bespreken. De afgeronde bezoekplannen van 2011 en 2012 zijn bij het bepalen van het effect van de APS op zorgkosten gebruikt om te bepalen welke huisartsen deelgenomen hebben aan de APS in die jaren.

2.1.3 Gespreksverslagen relatiemanagers

Na elk gesprek met een huisarts registreren relatiemanagers welk soort gesprek het was (bijvoorbeeld of tijdens het gesprek een APS besproken is). Dit wordt vastgelegd in gespreksverslagen. Daarnaast vullen zij in welke onderwerpen besproken zijn en welke afspraken gemaakt zijn met huisartsen. In de gespreksverslagen vullen relatiemanagers ook in welke huisartsen aanwezig waren tijdens het gesprek, hiertoe worden GID codes genoteerd. Deze GID-codes zijn gebruikt om de data uit de gespreksverslagen te koppelen aan de declaratiedata. In dit onderzoek zijn de gespreksverslagen gebruikt om voor het jaar 2013 te bepalen welke huisartsen deelgenomen hebben aan de APS.

2.2 Operationalisatie

Om het effect van de APS op zorgkosten te bepalen zijn twee concepten geoperationaliseerd: deelname aan de APS en zorgkosten.

2.2.1 Deelname aan de APS

Deelname aan de APS is gemeten over vier jaren: 2010, 2011, 2012 en 2013. In 2010 is Achmea gestart met een test van de APS onder 119 huisartsenpraktijken. Het NIVEL heeft van Achmea een gepseudonimiseerde lijst ontvangen van deze praktijken.

De gegevens over 2011 en 2012 zijn verkregen uit bezoekplannen die de relatiemanagers van Achmea bijhouden. Uit deze bezoekplannen is afgeleid in welke gesprekken een APS besproken is. Voor 2011 is dat bepaald aan de hand van twee kolommen waarin relatiemanagers konden aankruisen of er een basis-APS besproken was (kolom 1) of een APS-verdieping (kolom 2). Als in minimaal één van deze kolommen een positief antwoord gegeven is, is de praktijk gecodeerd als deelnemende aan de APS in 2011.

In 2012 ontbraken dergelijke kolommen en moest per gesprek per huisarts vastgesteld worden of de APS besproken is. Dit is gedaan aan de hand van het onderwerp van het gesprek dat door de relatiemanager ingevuld is. Relatiemanagers konden kiezen uit een aantal standaardantwoorden, waarbij APS-basisbespreking, APS-verdiepingsbespreking en APS-introductie als deelname aan APS zijn gecodeerd.

De data over APS-deelname in 2013 is verkregen uit gespreksverslagen die relatiemanagers invullen na een gesprek met een huisarts. Per gesprek wordt aangegeven of een APS besproken is.

Op basis van bovenstaande coderingen is de totale APS-deelname gecodeerd. Er zijn twee APS-deelname variabelen gebruikt:

- APS-groep. Er zijn drie groepen onderscheiden:
 1. Huisartsen in het buitengebied van Achmea die niet deelgenomen hebben aan de APS (controlegroep 1).
 2. Huisartsen in het kerngebied van Achmea die niet deelgenomen hebben aan de APS (controlegroep 2).
 3. Huisartsen die wel deelgenomen hebben aan de APS.

Het onderscheid tussen kern- en buitengebied onder niet-deelnemers is gemaakt omdat we een zuivere controlegroep wilden creëren. Door dit onderscheid te maken is beter te onderzoeken welke effecten het resultaten zijn van algemeen Achmea-beleid en welke effecten door de APS veroorzaakt zijn. Huisartsen in groep 1 en 2 hebben gemeen dat zij niet deelgenomen hebben aan de APS. Huisartsen in groep 2 en 3 hebben gemeen dat Achmea hun preferente zorgverzekeraar is. Door deze groepen met elkaar te vergelijken kan meer inzicht verkregen worden in het additionele effect van de APS op zorgkosten.

Huisartsen die minimaal eenmaal een APS-gesprek gehad hebben vallen in groep 3. De overige huisartsen zijn op basis van hun verhouding tot Achmea (kern- of buitengebied) ingedeeld in groep 1 en 2. Voor deze indeling is gebruik gemaakt van informatie van Achmea over welke huisartsen in 2014 een contractaanbod hebben gehad (het kerngebied).

- APS: in het eerste jaar van deelname kennen we een huisarts waarde toe tussen 1 en 0 afhankelijk van het moment van het jaar waarop het eerste APS-gesprek plaats gevonden heeft (hoe dichterbij de 1, hoe eerder in het jaar het gesprek plaatsvond). Na dit jaar ontvangt de huisarts elk jaar een 1, onafhankelijk van of hij in dat jaar deelgenomen heeft aan de APS. Door deze variabele te gebruiken kon een onderscheid gemaakt worden tussen de zorgkosten voor deelname aan de APS en de zorgkosten nadat een huisarts begon met deelname aan de APS.

2.2.2 Zorgkosten

Zorgkosten zijn op twee manieren geoperationaliseerd:

1. Verschil tussen werkelijke en verwachte zorgkosten.
2. Werkelijke zorgkosten.

De kosten zijn gemiddelde kosten per Achmea-verzekerde in de betreffende praktijk. In de APS zien huisartsen zowel de werkelijke kosten die hun patiënten gemaakt hebben als de verwachte kosten. De gesprekken tussen relatiemanagers en huisartsen richten zich vaak op verschillen tussen verwachte en werkelijke kosten. Het verklaren van deze verschillen is een belangrijk element in de APS. Om deze reden kijken wij in dit onderzoek ook naar het effect van de APS op dit verschil. Het gebruik van het verschil tussen werkelijke en verwachte zorgkosten als uitkomstmaat heeft nog

een voordeel. Omdat verwachte zorgkosten gebaseerd zijn op kenmerken van patiënten van een huisarts corrigeren we in deze analyses automatisch voor verschillen hierin tussen huisartsen. Dit maakt verdere correcties op basis van 'case-mix' niet nodig.

Het gebruik van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten als uitkomstmaat heeft ook nadelen. Zo is het niet eenvoudig om de resultaten te interpreteren. Het is bijvoorbeeld moeilijk te bepalen of een effect het resultaat is van een verandering in de werkelijke kosten of de verwachte kosten. Om de verwachte zorgkosten te berekenen worden de totale werkelijk gemaakte zorgkosten herverdeeld over de huisartsen. De totale werkelijke zorgkosten zijn dus even hoog als de totale verwachte zorgkosten.¹ Het effect hiervan is dat wanneer er iets verandert in de werkelijke zorgkosten, die noodzakelijkerwijs ook invloed uitoefent op de verwachte kosten. Een ander effect is dat de verwachte kosten van alle huisartsen veranderen, als ze bij één huisarts veranderen, omdat de totale verwachte kosten vastgesteld zijn op de hoogte van de totale werkelijke kosten. Er is dus sprake van communicerende vaten: verandert er bij één (groep) huisartsen iets in de verwachte kosten, dan heeft dit automatisch een effect op de verwachte kosten in de andere groep (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Voorbeeld verhouding verwachte en werkelijke kosten

Huisarts	Werkelijke kosten	Verwachte kosten	Procentueel verschil
<i>Jaar 1</i>			
1	10	9	+10%
2	10	10	0%
3	10	11	-10%
Totaal	30	30	0
<i>Jaar 2</i>			
1	10	10,5	-5%
2	15	11,7	+28%
3	10	12,8	-28%
Totaal	35	35	0

Tabel 2.1 laat zien dat alleen de werkelijke kosten van huisarts 2 veranderd zijn. Desondanks is het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten bij alle drie de huisartsen veranderd.

Ontwikkelingen bij één (groep) huisarts(en) heeft dus effect op het verschil tussen verwachte en werkelijke kosten bij een andere (groep) huisarts(en). Als er sprake is van twee groepen of twee huisartsen zal dit effect precies gespiegeld zijn. Het is daardoor moeilijk te bepalen in welke groep een werkelijke verandering plaatsvindt en welke groep 'slechts' reageert op veranderingen in een andere groep. Om die reden hebben we ook gekeken naar het effect van deelname aan de APS op werkelijke zorgkosten.

De werkelijke en verwachte zorgkosten, en dus het verschil daartussen, zijn bekend voor de jaren 2006 tot en met 2013. De jaren 2006 en 2007 zijn niet meegenomen in de analyses. Dit zijn de eerste twee jaren na de invoering van de Zorgverzekeringswet en de administratie van Achmea over deze jaren is niet betrouwbaar genoeg om deze data mee te nemen.

De zorgkosten zijn verdeeld over acht verschillende segmenten (zie §2.1.1). Voor de segmenten GGZ en MSZ geldt dat de declaraties over 2013 nog niet volledig zijn. Bij de analyses met werkelijke

¹ Som van kosten per praktijk maal het aantal patiënten in een praktijk.

kosten als uitkomstmaat hebben we voor 2013 GGZ en MSZ daarom buiten beschouwing gelaten. Bij de analyses met als uitkomstmaat het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten zijn deze twee segmenten wel meegenomen. De verwachte kosten van alle huisartsen zijn namelijk even hoog als de werkelijke kosten. Dat de declaraties in een jaar nog niet volledig zijn, heeft dus hetzelfde effect op de werkelijke als op de verwachte kosten. Op het procentuele verschil tussen werkelijke en verwachte kosten heeft dit dus geen effect.

In de declaratiedata van Achmea worden kosten van zorg weergegeven als kosten per patiënt per huisarts. We hebben ervoor gekozen deze kosten als uitgangspunten te nemen en ze niet te vermenigvuldigen met het aantal Achmea-patiënten in de praktijk. We hebben hiervoor gekozen, omdat elke huisarts op deze manier gelijk mee telt in de analyse. Als we de kosten per patiënt zouden vermenigvuldigen met het aantal patiënten, dan zouden huisartsen met bijvoorbeeld 2.000 patiënten twee keer zo zwaar meewegen in de analyses dan een huisarts met 1.000 patiënten. Dat wilden we in dit onderzoek voorkomen, omdat we geïnteresseerd zijn in of een huisarts deelgenomen heeft aan de APS; het aantal patiënten dat hij heeft is hier niet relevant. Het gevolg is bijvoorbeeld dat het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten in de APS niet in alle grafieken een gespiegeld beeld laat zien in vergelijking met de controlegroepen.

2.3 Matching

Huisartsen die deelnemen aan de APS startten niet allemaal op hetzelfde moment. De start is verspreid over de jaren 2010 tot en met 2013, waarbij de grootste groep begin 2012 is gestart. Het is dus niet mogelijk om voor één moment te zeggen dat, dat het moment is waarop huisartsen met de APS gestart zijn. Hierdoor is het moeilijk om een eenvoudige voor-APS en na-APS vergelijking te maken. Om dit probleem op te lossen hebben we deelnemende huisartsen gematcht aan niet-deelnemende huisartsen. Deelnemende huisartsen zijn gekoppeld aan niet-deelnemende huisartsen op basis van stedelijkheid. Stedelijkheid hangt namelijk sterk samen met zowel werkelijke kosten als met het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten. Stedelijkheid is bepaald op het niveau van de viercijferige postcode. Adresgegevens van huisartsen hebben we ontvangen van Achmea en stedelijkheidsgegevens zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Er zijn twee matchings uitgevoerd. In de eerste matching werden alle niet-deelnemende huisartsen gematcht aan een deelnemende huisarts. In de tweede matching werden alleen de niet-deelnemende huisartsen uit het buitengebied gematcht aan een deelnemende huisarts. Er is gekozen om met twee matchings te werken, omdat we wilden weten wat het additionele effect van de APS is. Als er een effect in de tweede matching gevonden wordt maar niet in de eerste is het namelijk mogelijk dat het effect ontstaan is door algemeen Achmea-beleid en niet specifiek door de APS.

Voor elke deelnemende huisarts is in beide matchings een unieke match gevonden. Deelnemende huisartsen zijn gematcht aan een willekeurige niet-deelnemende huisarts met dezelfde stedelijkheid. Voor beide matchings geldt dat huisartsen met minder dan 200 Achmea-patiënten in één van de jaren geëxcludeerd zijn. Dit is gedaan om uitschieters te uit de analyse te excluseren. Een hogere grens qua aantal Achmea-patiënten is overwogen, maar zou ertoe hebben geleid dat niet voor elke deelnemende huisarts een unieke match gevonden kon worden. Ook een aantal

deelnemende huisartsen had in één of meer jaren minder dan 200 patiënten (N=48). Deze huisartsen zijn dus ook niet meegenomen in de matching. In tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van de verdeling van de huisartsen over de APS-groep en de twee controlegroepen in de drie databestanden (ongematcht, matching 1 en matching 2).

Tabel 2.1 Verdeling van huisartsen over de APS-groep en twee controlegroepen in de drie analysebestanden

	Ongematcht	Matching 1	Matching 2
APS-relaties	730	682	682
Overig, kerngebied Achmea	635	188	0
Overig, buitengebied Achmea	2847	494	682
Totaal	4212	1364	1364

Het verschil in het aantal APS-relaties tussen ongematcht enerzijds en matching 1 en matching 2 anderzijds is ontstaan doordat in de twee matchingsbestanden huisartsen die in één van de jaren minder dan 200 Achmea-patiënten had, geëxcludeerd zijn.

2.4 Analyses

Om de robuustheid van de conclusies van dit rapport te versterken zijn verschillende analyses op verschillende databestanden uitgevoerd. In deze paragraaf zullen deze analyses toegelicht worden.

2.4.1 Multi-levelanalyse

Omdat de data over meerdere jaren geclusterd was per huisarts, is gekozen voor multi-level analyses met twee niveaus, 'huisarts' (niveau 2) en 'jaar' (niveau 1). In de multi-level analyses zijn voor de APS-groep de kosten voor deelname aan de APS vergeleken met de kosten na deelname. Voor de niet-deelnemende huisartsen zijn de kosten over twee vergelijkbare perioden met elkaar vergeleken en vergeleken met het verschil in kosten in de APS-groep. Voor de matchingsbestanden gold dat de waarden van de APS-variabelen voor de deelnemende huisarts gekopieerd zijn naar de niet-deelnemende match. Hierdoor is het probleem van de verschillende startmomenten opgelost. Voor het ongematchte bestand is ervoor gekozen een vast moment te kiezen voor de start van de APS. De jaren 2008 tot en met 2011 zijn gekenmerkt als voor de APS en de jaren 2012 en 2013 zijn gekenmerkt als na de start van de APS.

Er is gekozen om in de multi-level analyses met één controlegroep te werken, omdat de groep niet-deelnemende huisartsen in het kerngebied van Achmea te klein is om betekenisvolle resultaten te krijgen. Om toch iets te kunnen zeggen over het *aanvullende* effect van de APS is gewerkt met de twee matchingsbestanden (zie paragraaf 2.3).

De multi-levelanalyse is dus uitgevoerd op drie bestanden:

1. Ongematcht.
2. Matching 1 (alle niet-deelnemende huisartsen zijn een potentiële match).
3. Matching 2 (alle niet-deelnemende huisartsen uit het buitengebied van Achmea zijn een potentiële match).

Van elk van deze databestanden bestaat een geschoonde en een ongeschoonde versie. In de ongeschoonde versie zijn outliers en onwaarschijnlijke waarden (bijvoorbeeld €0 zorgkosten in bepaalde segmenten) als missings gecodeerd. De analyses zijn uitgevoerd op zowel de geschoonde als de ongeschoonde versies van de databestanden. In dit rapport zijn alleen de analyses op de geschoonde bestanden getoond.

2.4.2 Beschrijvende analyses

Er zijn drie verschillende beschrijvende analyses uitgevoerd.

1. Het gemiddelde verschil tussen werkelijke en verwachte kosten per jaar. Voor deze analyses is per groep berekend wat per jaar het gemiddelde verschil tussen werkelijke en verwachte zorgkosten is. Als de APS effect heeft, verwachten we vanaf 2011 dat werkelijke zorgkosten in de APS-groep sneller dalen dan de verwachte zorgkosten. Voor de twee controlegroepen verwachten we vanaf 2011 een omgekeerde ontwikkeling. Er is sprake van een mogelijk effect van de APS als de ontwikkeling 2011 afwijkt van de ontwikkeling ervoor.
2. De procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten. Voor de werkelijke kosten is bepaald in welke mate ze procentueel hoger of lager zijn dan het jaar ervoor, beginnend bij het jaar 2009 (verschil ten opzichte van 2008). Als de APS effect heeft verwachten we dat de werkelijke kosten na 2011 procentueel sneller dalen in de APS-groep dan in de twee controlegroepen.
3. De gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke kosten. De eerste analyses lieten zien dat de zorgkosten over het algemeen tot 2011 toenemen (in alle groepen) en na 2011 weer dalen (in alle groepen). Dit valt toevallig samen met het jaar waarin het grootste deel van de huisartsen is begonnen met de APS. In de analyse van de gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten is 2011 dus als standaard genomen. De resultaten beschrijven voor 2009, 2010, 2012 en 2013 de afwijking ten opzichte van 2011. Als de APS effect heeft, dan verwachten we dat de werkelijke kosten na 2011 sneller dalen dan de werkelijke kosten in de twee controlegroepen.

De drie beschrijvende analyses zijn uitgevoerd met de som van alle segmenten (totale zorgkosten) en met elk segment afzonderlijk als uitkomstmaat. Ook de beschrijvende analyses zijn uitgevoerd op de drie bestanden (ongematcht, matching 1 en matching 2). Ook zijn ze uitgevoerd op zowel een geschoonde als een ongeschoonde versie van deze bestanden. In dit rapport zijn alleen de analyses op de geschoonde bestanden getoond.

In dit onderzoek is geen bedrag gekoppeld aan mogelijke kostenbeheersing als gevolg van de APS. De belangrijkste reden hiervoor is het gebruik van veel verschillende analysetechnieken om de robuustheid van de resultaten te vergroten. Hierdoor zijn er veel verschillende resultaten. Deze resultaten wijzen in sommige gevallen in dezelfde richting en in andere gevallen niet. Daarom was het niet mogelijk een bedrag te berekenen dat door de APS bespaard is. Daarnaast lenen niet alle resultaten zich voor het berekenen van een bedrag. Dit geldt vooral voor de resultaten op basis van de gematchte databestanden. Deze databestanden bevatten namelijk niet alle data en de resultaten zijn daarom niet geschikt voor het berekenen van een bedrag.

3 Resultaten: het effect van de APS op zorgkosten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de effectmeting van de APS besproken. We bespreken twee soorten uitkomstmaten: werkelijke zorgkosten en verschil tussen werkelijke en verwachte zorgkosten (zie §2.2.2. voor uitleg waarom voor deze twee uitkomstmaten gekozen is).

We beginnen met het effect van deelname aan de APS op de totale zorgkosten. Vervolgens wordt het effect op een aantal zorgsegmenten besproken, namelijk huisartsenzorg, farmacie, diagnostiek en hulpmiddelen. Deze segmenten worden besproken omdat we verwachten dat er een effect van de APS zichtbaar is in de onderzochte periode. De huisarts heeft op de kosten in deze segmenten namelijk meer direct invloed dan op de kosten van bijvoorbeeld fysiotherapie. Het effect van de APS op zorgkosten in de overige segmenten is te vinden in de bijlage.

Per segment is een selectie van de resultaten getoond. Het was niet mogelijk om alle resultaten hier te tonen zonder dat dit ten koste zou gaan van de leesbaarheid. In bijlage 1 tot en met 9 is een overzicht van alle resultaten te vinden.

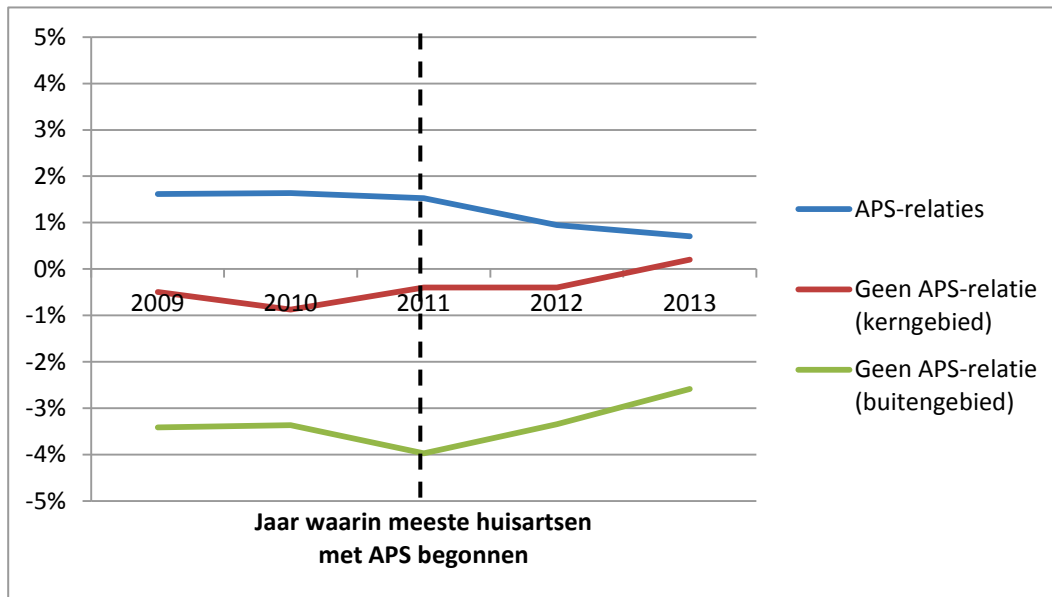
3.1 Totale zorgkosten

De meeste analyses wijzen op een effect van de APS op de totale zorgkosten die patiënten maken. Hierbij moet opgemerkt worden dat in zowel de APS-groep als de niet APS-groepen de werkelijke kosten van zorg dalen. De kostendaling is vooral in 2013 sterker in de APS groep. In deze paragraaf bekijken we eerst de ontwikkeling van het verschil tussen verwachte en werkelijke kosten en daarna de ontwikkeling van de werkelijke kosten.

3.1.1 Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte zorgkosten

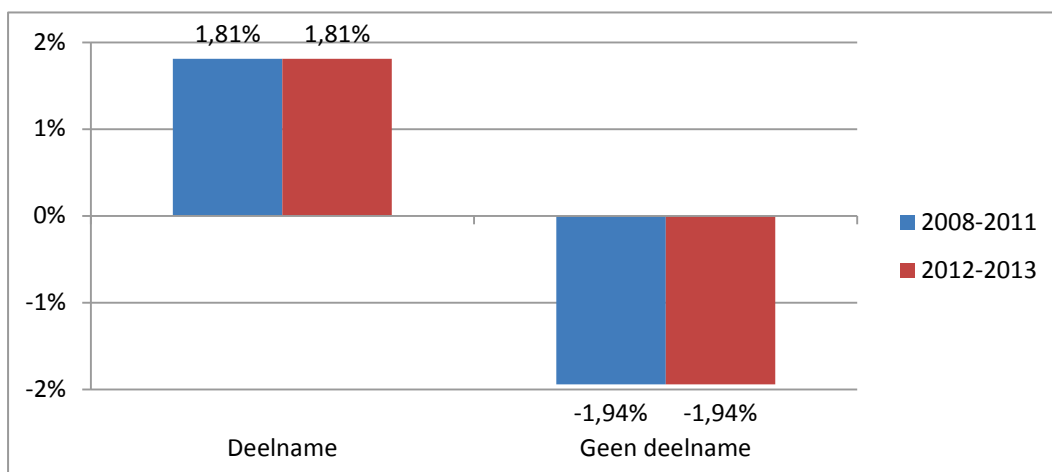
In figuur 3.1 is te zien dat het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten in de APS-groep anders is dan in de twee controlegroepen, voordat de APS startte. Dit betekent dat de drie groepen huisartsen verschillende uitgangspunten hadden voorafgaand aan de start van de APS. Dit heeft mogelijk de ontwikkeling van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten na de start van de APS, en dus het effect ervan, beïnvloed. Daarnaast is te zien dat vanaf 2011 het verschil tussen verwachte en werkelijke kosten voor zowel de APS-groep als de twee controlegroepen kleiner wordt. De achterliggende cijfers laten zien dat in de APS-groep de werkelijke kosten sneller dalen dan de verwachte kosten. Voor de twee controlegroepen geldt dat de werkelijke kosten juist minder hard dalen dan de verwachte kosten. Dit is in overeenstemming met wat we zouden verwachten als de APS effect heeft. De analyses op de overige bestanden (matching 1 en matching 2) laten een vergelijkbaar beeld zien (zie figuur B1.1 en figuur B1.2 in bijlage 1).

Figuur 3.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte zorgkosten (geschoond, ongematcht)



Het effect van de APS op het verschil tussen verwachte en werkelijke totale zorgkosten is ook onderzocht met de multi-levelanalyse. In figuur 3.2 worden de resultaten van deze analyse getoond.

Figuur 3.2 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten voor en na de start van de APS (geschoond, matching 1)



De resultaten in figuur 3.2 komen niet overeen met de resultaten in figuur 3.1. De verschillen die de multi-level analyse laat zien, zijn namelijk niet statistisch significant. Voor beide groepen geldt dus dat het verschil tussen werkelijke en verwachte zorgkosten voor de introductie van de APS even hoog is dan erna. Opvallend is dat dezelfde analyse op het ongematchte databestand en op het andere matchingsbestand wel resultaten laten zien die in overeenstemming zijn met figuur 3.1 (zie figuur B1.3 en B1.4 in bijlage 1). Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat het gevonden effect het resultaat is van algemeen Achmea-beleid en niet specifiek van de APS. Aan de andere kant laat

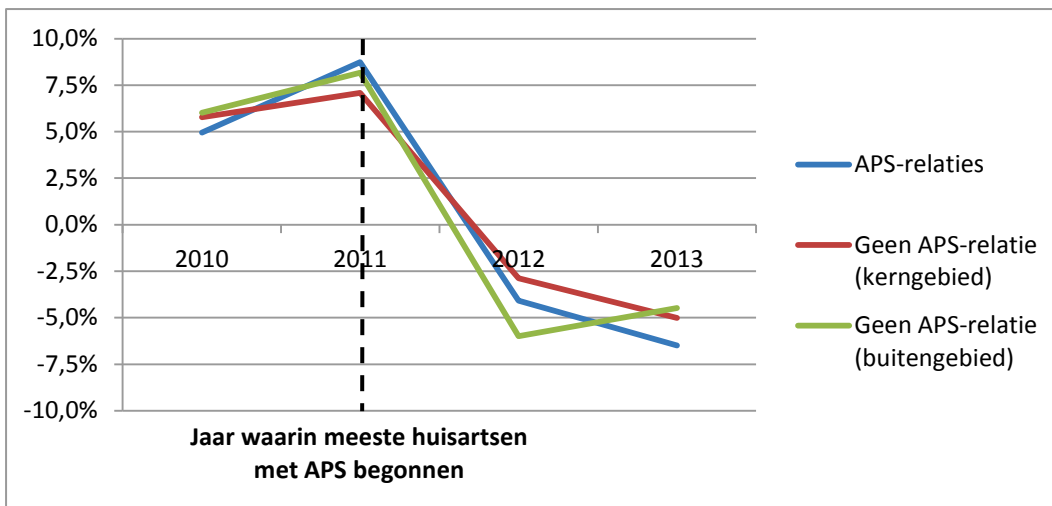
figuur 3.1 zien dat de niet-deelnemende huisartsen in het kerngebied van Achmea vanaf 2011 de werkelijke kosten ten opzichte van de verwachte kosten zien stijgen. Dit zou juist betekenen dat het gevonden effect het resultaat is van de APS niet van alleen algemeen Achmea-beleid.

Om meer duidelijkheid te krijgen over het (additionele) effect van de APS is ook gekeken naar de ontwikkeling van de werkelijke kosten. Door naar werkelijke kosten te kijken vermijden we het probleem van de communicerende vaten (zie paragraaf 2.2.2).

3.1.2 Effect op werkelijke zorgkosten

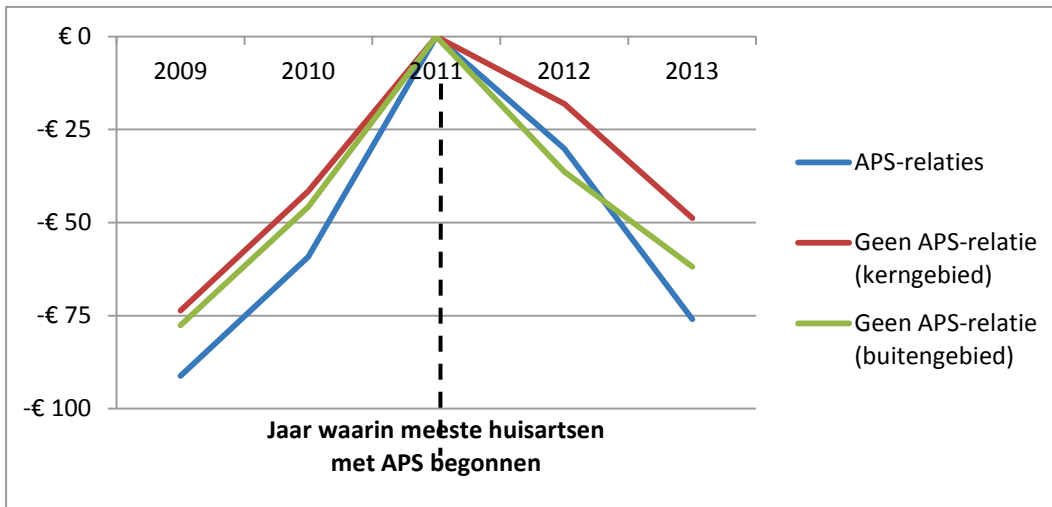
In figuur 3.3 is te zien dat er tot 2011 sprake was van een procentuele toename van de totale werkelijke zorgkosten in alle groepen. In 2012 en 2013 dalen de zorgkosten ten opzichte van het jaar ervoor voor alle groepen. De daling is in 2012 het sterkst voor de niet-deelnemende huisartsen in het buitengebied van Achmea. In 2013 is de daling het grootst voor de APS-groep. Deze resultaten vormen een aanwijzing dat er een additioneel effect van de APS is: in zowel 2012 als in 2013 is de daling in de APS-groep groter dan onder huisartsen die zich in het kerngebied van Achmea bevinden, maar niet deelnemen aan de APS. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B1.5 en figuur B1.6 in bijlage 1).

Figuur 3.3 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten (geschoond, matching 1)



In figuur 3.4. is de gestandaardiseerde ontwikkeling van de totale werkelijke zorgkosten te zien. Tot 2011 stijgen de werkelijke zorgkosten in alle groepen en vanaf 2011 dalen ze in alle groepen. Opnieuw is te zien dat de werkelijke zorgkosten in 2012 het hardst dalen in de groep huisartsen die niet deelneemt aan de APS en zich in het buitengebied van Achmea bevindt. In 2013 dalen de kosten van APS-huisartsen het snelst. Ook is weer te zien dat de kosten zowel in 2012 als in 2013 harder dalen in de APS groep dan in de groep huisartsen die niet deelneemt en zich in het kerngebied van Achmea bevindt. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B1.7 en figuur B1.8 in bijlage 1).

Figuur 3.4 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten (geschoond, matching 1)



3.1.3 Conclusie

Bovenstaande resultaten laten zien dat in alle groepen sprake is van een daling van de werkelijke kosten sinds 2011; het jaar waarin de APS op grote schaal geïmplementeerd werd. De APS lijkt de daling van de werkelijke zorgkosten te hebben versneld voor de deelnemende huisartsen. Ten opzichte van huisartsen uit het kerngebied van Achmea die niet deelnemen aan de APS dalen de werkelijke zorgkosten namelijk sneller. Dit is te zien als we naar de procentuele ontwikkeling kijken, maar ook in de gestandaardiseerde ontwikkeling. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat huisartsen die deelnemen aan de APS meer werkelijke kosten maken dan huisartsen die niet deelnemen; zowel voor als na de introductie van de APS.

Ook de ontwikkeling van de werkelijke kosten in vergelijking met de verwachte kosten draagt bij aan de conclusie dat de APS effect lijkt te hebben op de zorgkosten. Sinds 2011 is namelijk te zien dat de werkelijke kosten ten opzichte van de verwachte kosten dalen voor huisartsen in de APS-groep. Voor huisartsen in de andere twee groepen is juist een stijging van de werkelijke kosten in vergelijking met de verwachte kosten te zien. In het vervolg van dit hoofdstuk bespreken we het effect van de APS op de afzonderlijke zorgkosten.

3.2 Kosten van huisartsenzorg

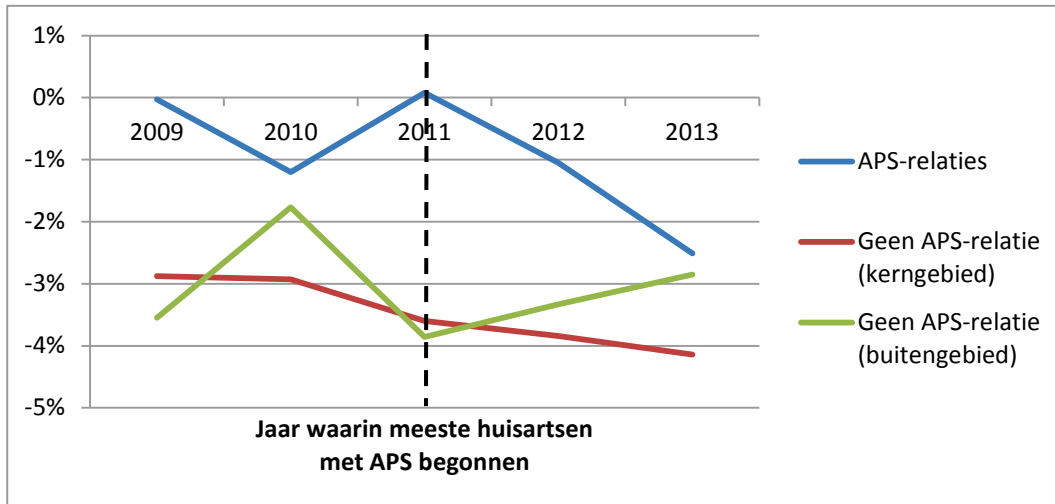
De resultaten van de analyses over het effect van de APS op de kosten van huisartsenzorg geven aanwijzingen dat er een effect is.

3.2.1 Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte kosten

Uit figuur 3.5 blijkt dat sinds 2011 voor zowel APS-huisartsen als huisartsen in het kerngebied van Achmea die niet deelnemen aan de APS het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten toeneemt. Het verschil neemt sterker toe voor APS-huisartsen. Voor huisartsen uit het buitengebied van Achmea neemt het verschil juist af sinds 2011. Op basis van figuur 3.5 kunnen we concluderen dat de APS ten opzichte van algemeen Achmea beleid de daling van de werkelijke

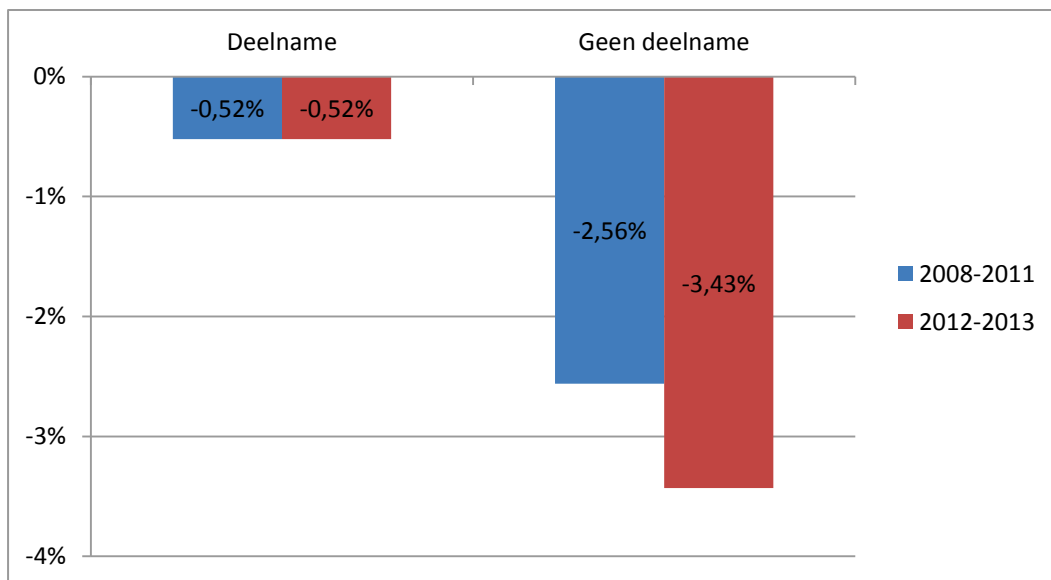
kosten ten opzichte van de verwachte kosten versterkt. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B2.1 en figuur B2.2 in bijlage 2).

Figuur 3.5 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten huisartsenzorg (geschoond, matching 1)



In de APS-groep is geen daling van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten te zien en in de niet-APS-groep wel (zie figuur 3.6). Dat in de APS-groep geen verschil te zien is, is omdat het gevonden verschil niet statistisch significant is.

Figuur 3.6 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van huisartsenzorg voor en na de start van de APS (geschoond, matching 1)



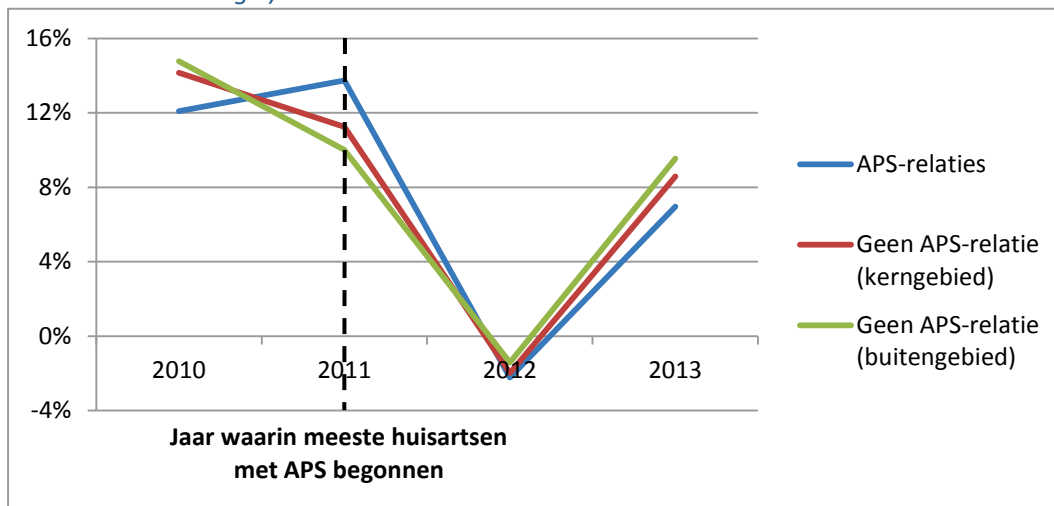
De analyses op het ongematchte bestand en de andere match laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B2.3. en figuur B2.4. in bijlage 2). Op basis van deze resultaten is de conclusie dat de APS geen effect heeft op de kosten van huisartsenzorg. Opnieuw gaan we ook naar het effect op werkelijke

kosten kijken om een beter beeld te krijgen van de invloed van deelname aan de APS op kosten van huisartsenzorg.

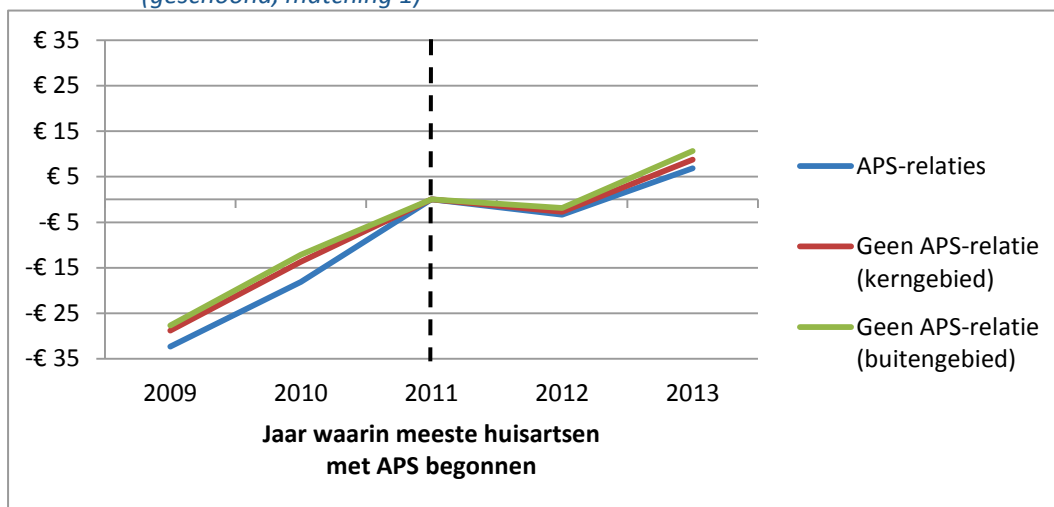
3.2.2 Effect op werkelijke kosten

In figuur 3.7 is te zien dat voor huisartsenzorg er alleen in 2012 sprake is van een kostendaling. Deze kostendaling was iets sterker voor APS-relaties dan voor de twee controlegroepen. In 2013 is er weer sprake van een kostenstijging. Deze is procentueel het minst hoog voor APS-relaties en het hoogst voor huisartsen in het buitengebied van Achmea. Deze resultaten wijzen erop dat algemeen Achmea-beleid de stijging kosten van huisartsenzorg beheerst en dat de APS een additioneel effect heeft op de beheersing van deze kosten. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B2.5 en figuur B2.6 in bijlage 2).

Figuur 3.7 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van huisartsenzorg (geschoond, matching 1)



Figuur 3.8 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke kosten van huisartsenzorg (geschoond, matching 1)



Figuur 3.8 laat zien dat ten opzichte van 2011, de werkelijke kosten van huisartsenzorg gestegen zijn in alle groepen. Er zijn nauwelijks verschillen tussen de groepen. De kosten van huisartsenzorg zijn het meest gestegen onder huisartsen in het buitengebied van Achmea die niet deelnemen aan de APS. Deze conclusie komt overeen met de conclusie op basis van figuur 3.7. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B2.7 en figuur B2.8 in bijlage 2).

3.2.3 Conclusie

Er zijn aanwijzingen dat de APS een effect heeft op de kosten van huisartsenzorg. Tussen 2011 en 2012 daalden de kosten van huisartsenzorg in alle drie de groepen. De daling was iets sterker in de APS-groep dan in de overige groepen. In 2013 stegen de kosten van huisartsenzorg weer. De stijging was minder hard in de APS-groep. In de groep huisartsen die niet deelneemt aan de APS en zich in het buitengebied van Achmea bevindt was de stijging het grootst.

Als we naar het effect op het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten kijken zien we een gemengd beeld. De eerste analyse laat een effect van de APS zien: sinds 2011 dalen de werkelijke kosten ten opzichte van de verwachte kosten in de APS-groep. Dit resultaat wordt echter niet gevonden in de tweede analyse. Aangezien dit de enige analyse is die geen effect laat zien, waar alle andere analyses dit wel doen concluderen we dat het waarschijnlijk is dat de APS een aanvullend effect heeft op de kosten van huisartsenzorg.

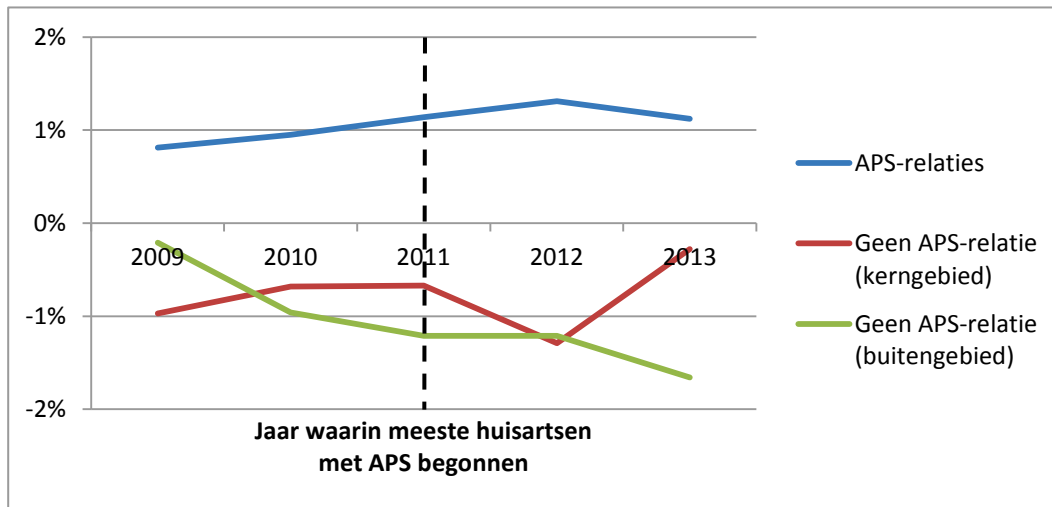
3.3 Kosten van farmacie

De resultaten over een effect van de APS op de ontwikkeling van farmaciekosten laten een gemengd beeld zien.

3.3.1 Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte kosten

Figuur 3.9 laat zien dat er een mogelijk effect van de APS in 2013 is. In dat jaar wordt het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten in de APS-groep namelijk kleiner. In de groep huisartsen die niet deelnemen en zich in het kerngebied van Achmea bevinden wordt het verschil ook kleiner. Voor de groep huisartsen in het buitengebied van Achmea die niet deelnemen aan de APS wordt het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten over bijna de hele periode juist groter. Opvallend is dat analyses op het ongematchte bestand en op de andere matching allebei een duidelijker effect laten zien in 2013. Beide analyses laten zien dat ook in de groep huisartsen die zich in het buitengebied van Achmea bevinden en niet deelnemen aan de APS, het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten in 2013 afneemt. (zie figuren B3.1 en B3.2 in bijlage 3).

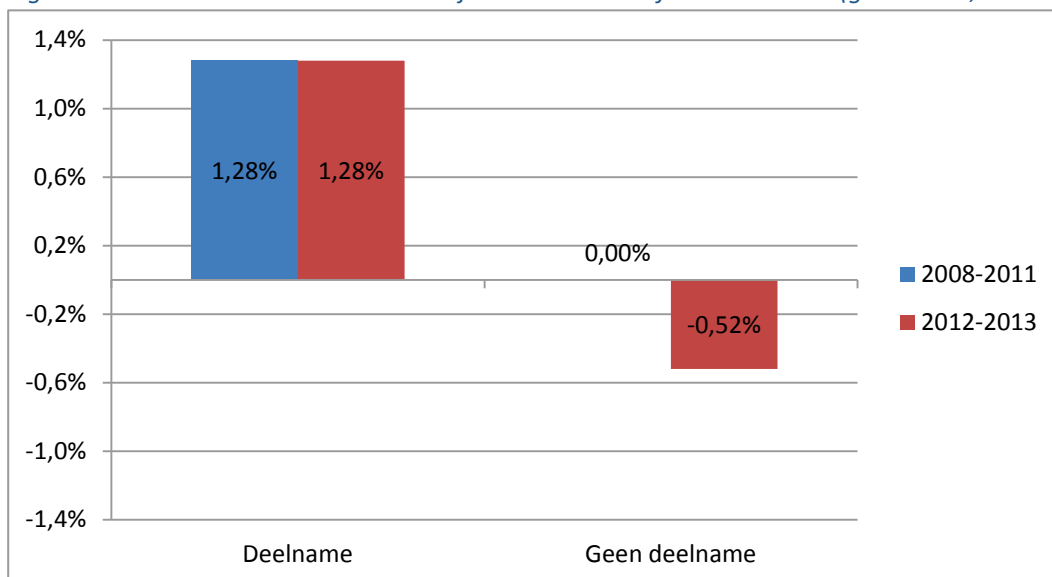
Figuur 3.9 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte farmaciekosten (geschoond, matching 1)



Figuur 3.10 laat zien dat er geen verandering zit in het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten voor en na APS in de APS-groep. Dit komt omdat de gevonden verschillen niet statistisch significant zijn. In de niet-APS-groep is het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten groter na de start van de APS.

Deze resultaten wijzen erop dat de APS geen effect heeft. Ook bij deze analyse geldt echter dat de andere twee databestanden wel een effect van de APS laten zien op farmaciekosten. In beide bestanden zijn de werkelijke ten opzichte van de verwachte kosten in de niet-APS-groep hoger na de introductie van de APS dan ervoor. Bij de APS-groep zijn de werkelijke kosten ten opzichte van verwacht juist gedaald of gelijk gebleven (zie figuren B3.3 en B3.4 in bijlage 3).

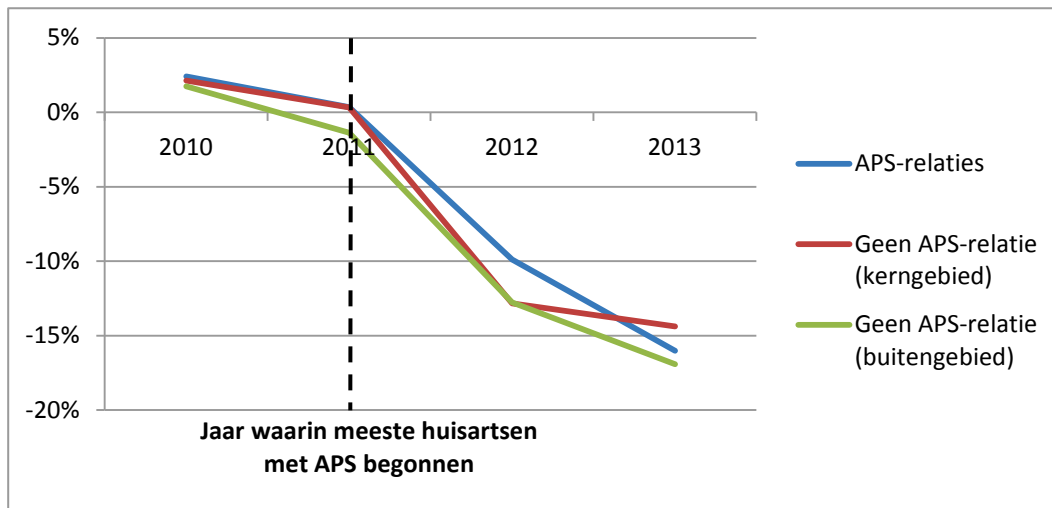
Figuur 3.10 Het verschil tussen werkelijke en verwachte farmaciekosten (geschoond, matching 1)



3.3.2 Effect op werkelijke kosten

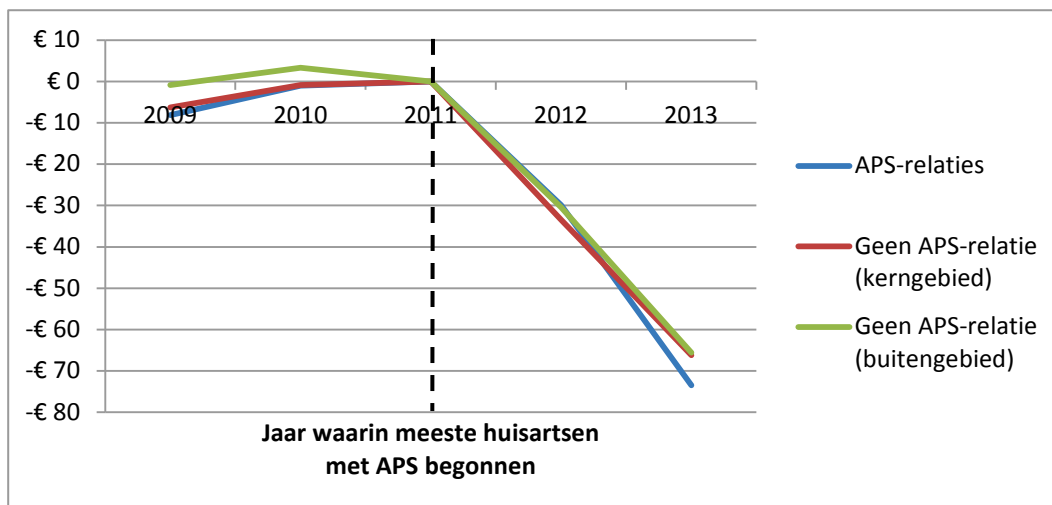
In figuur 3.11 is te zien is dat de farmaciekosten in 2012 en 2013 sterk dalen (-10% tot -16%) in alle groepen. In 2012 is de daling het minst sterk in de APS-groep, in 2013 het minst sterk in de groep huisartsen die niet deelneemt aan de APS en zich in het kerngebied van Achmea bevindt. Uit deze resultaten is geen eenduidige conclusie te trekken over het effect van de APS. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B3.5 en figuur B3.6 in bijlage 3).

Figuur 3.11 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke farmaciekosten (geschoond, matching 1)



Uit figuur 3.12 blijkt ook dat de werkelijke farmaciekosten sinds 2011 dalen. Deze daling verloopt in 2011 ongeveer even sterk voor de drie groepen. In 2013 versterkt de daling in de APS-groep. In de twee controlegroepen blijft de daling gelijk. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B2.7 en figuur B2.8 in bijlage 3).

Figuur 3.12 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke farmaciekosten (geschoond, matching 1)



3.3.3 Conclusie

Op basis van bovenstaande resultaten kan geen eenduidige conclusie worden getrokken over het effect van de APS op farmaciekosten. Opvallend is wel dat in de analyses waarin twee controlegroepen gebruikt zijn, de groep huisartsen die zich wel in het kerngebied van Achmea bevinden, maar niet deelnemen aan de APS de minst sterke daling laten zien. Dit zou erop kunnen wijzen dat het algemene Achmea-beleid op het gebied van farmacie tot minder snelle kostendaling leidt dan het beleid van overige zorgverzekeraars. De APS zou het algemene Achmea-beleid in deze verklaring versterken. Deze versterking is echter onvoldoende om het effect van het beleid van andere zorgverzekeraars te verslaan.

De analyses op het tweede matchingsbestand, waarin deelnemende huisartsen worden vergeleken met huisartsen in het buitengebied van Achmea ondersteunt deze verklaring slechts ten dele. Een deel van deze analyses laat namelijk wel een effect van de APS op farmaciekosten zien. Om stevigere uitspraken over dit effect van de APS te kunnen doen moet ook data over toekomstige jaren onderzocht worden. Alleen dan kunnen we zien of de trend van dalende farmaciekosten doorzet en of er aanhoudende verschillen zijn tussen de APS-groep en de controlegroepen.

Het is opvallend dat we geen duidelijk effect van de APS op farmaciekosten vinden, omdat over dit segment relatief veel verbeterafspraken gemaakt zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vanwege ander beleid (bijvoorbeeld preferentiebeleid van zorgverzekeraars) de farmaciekosten in het algemeen sterk dalen sinds 2011. Hierdoor is het moeilijk om met de APS een aanvullend effect te genereren.

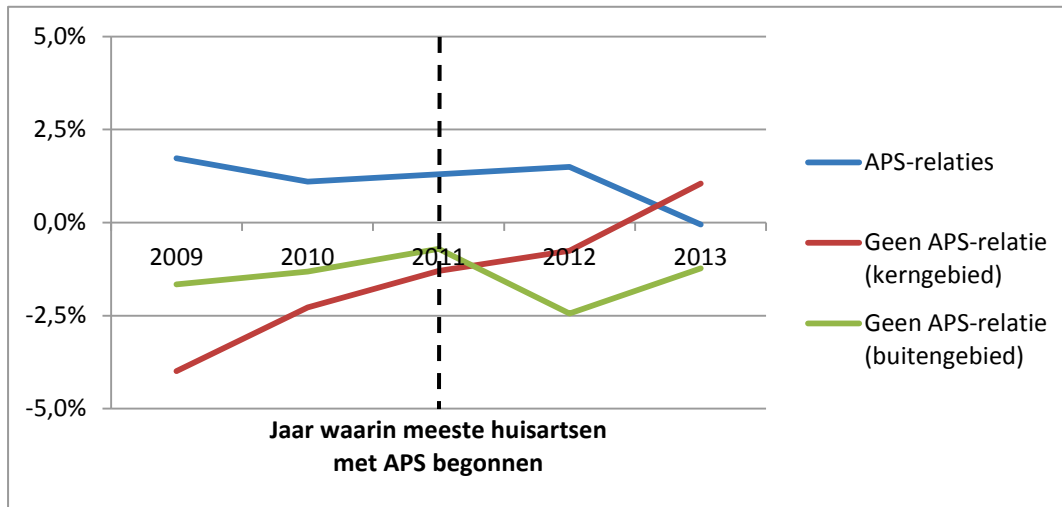
3.4 Kosten van diagnostiek

De meeste resultaten wijzen erop dat de APS een effect heeft op de kosten van diagnostiek. Omdat diagnostiek in het APS-document niet uitgebreid aan bod komt kan het effect beperkt zijn.

3.4.1 Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte kosten

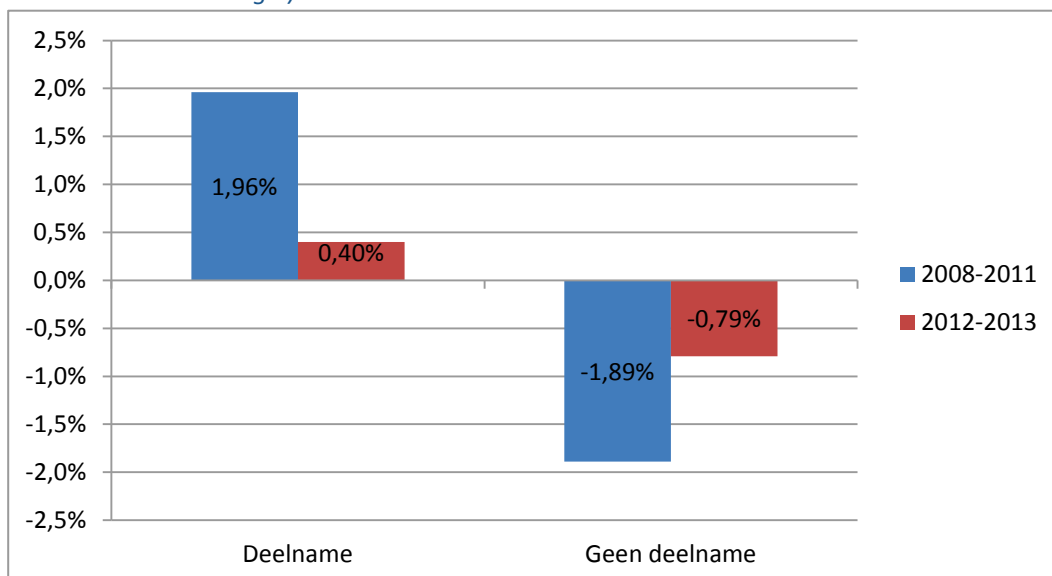
In figuur 3.13 is te zien dat er in 2013 een effect lijkt te zijn van de APS. Tussen 2012 en 2013 is er namelijk een dalende lijn te zien in deze groep. In de andere twee groepen is er juist sprake van een stijgende lijn in dezelfde periode. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B4.1 en figuur B4.2 in bijlage 4).

Figuur 3.13 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte diagnostiekkosten (geschoond, matching 1)



Figuur 3.14 laat een duidelijk effect van de APS zien. Voor huisartsen die deelnemen aan de APS zijn de werkelijke diagnostiekkosten voor deelname bijna 2% hoger dan de verwachte kosten. Na APS-deelname is dit nog maar 0,4%. Voor huisartsen die niet deelnemen liggen de werkelijke kosten voor de start van de APS bijna 2% lager dan verwacht. Na de start van de APS is dat nog -0,79%. De analyses op het tweede matchingsbestand vinden vergelijkbare resultaten (zie figuur B4.4 in bijlage 4). In de analyses op het ongematchte bestand worden voor beide groepen geen significante verschillen gevonden tussen de periode voor de start van de APS en erna (zie figuur B4.3 in bijlage 4).

Figuur 3.14 Het verschil tussen werkelijke en verwachte diagnostiekkosten (geschoond, matching 1)

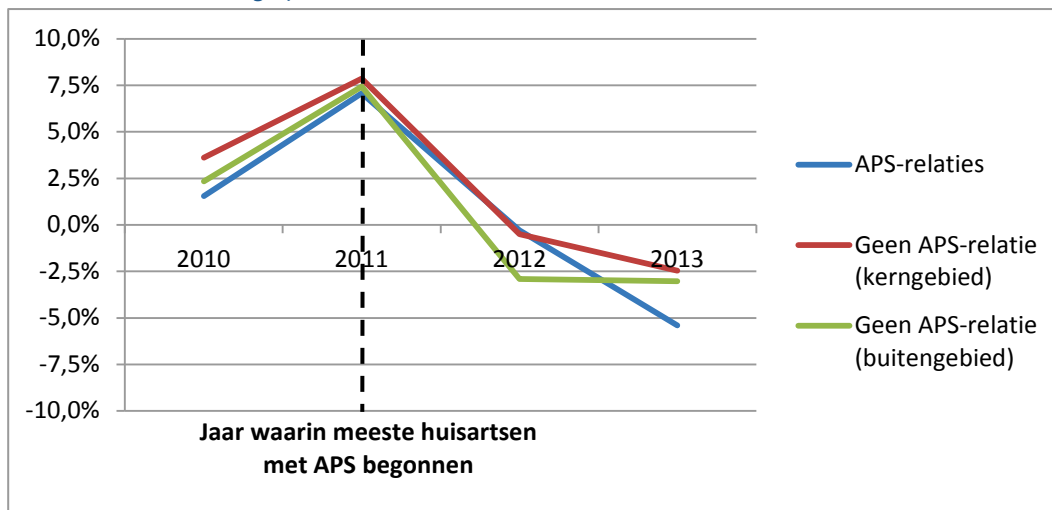


3.4.2 Effect op werkelijke kosten

De werkelijke diagnostiekkosten dalen sinds 2011 in alle groepen (zie figuur 3.15). In 2012 is de daling het sterkst voor de huisartsen die niet deelnemen en zich in het buitengebied van Achmea bevinden. In 2013 is de daling het sterkst voor de APS-groep. Dit komt omdat de daling in de APS-groep sterker wordt, terwijl de daling in de andere groepen niet of nauwelijks verandert. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B4.5 en figuur B4.6 in bijlage 4).

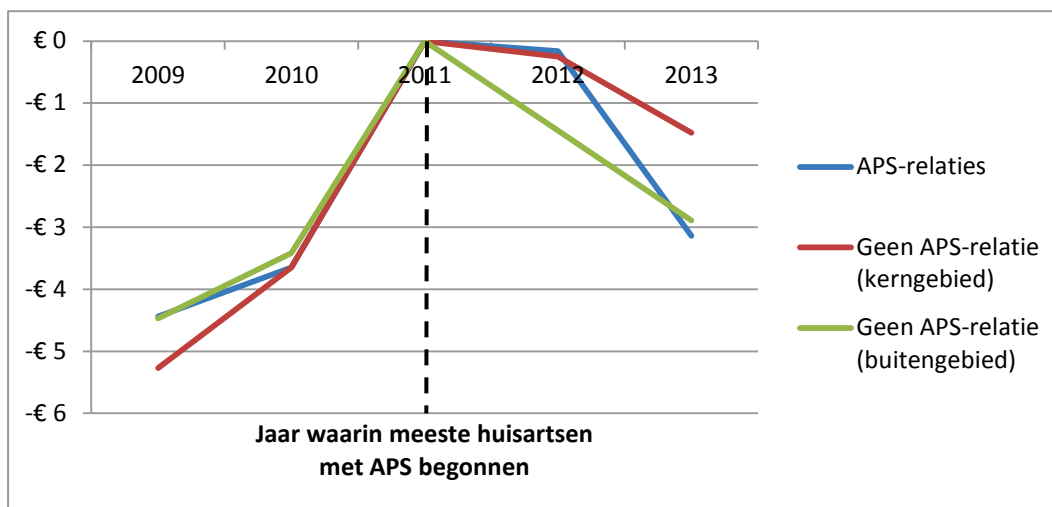
Eenzelfde beeld zagen we in figuur 3.13: het effect van de APS lijkt zich vooral voor te doen in 2013.

Figuur 3.15 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke diagnostiekkosten (geschoond, matching 1)



Ook figuur 3.16 laat zien dat er vooral in 2013 een effect lijkt te zijn van de APS op diagnostiekkosten. Dezelfde analyses op andere databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuur B4.7 en figuur B4.8 in bijlage 4).

Figuur 3.16 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke diagnostiekkosten (geschoond, matching 1)



3.4.3 Conclusie

De APS lijkt in 2013 een effect te hebben op de diagnostiekkosten. De werkelijke kosten dalen sinds 2011 in zowel de APS-groep als in de controlegroepen. In 2012 is de daling in de controlegroepen sterker. Als we vervolgens kijken naar het verschil tussen verwachte en werkelijke kosten dan wijzen beide analyses op een effect van de APS. De eerste analyse laat zien dat dit effect vooral plaats moet hebben gevonden in 2013.

3.5 Kosten van hulpmiddelen

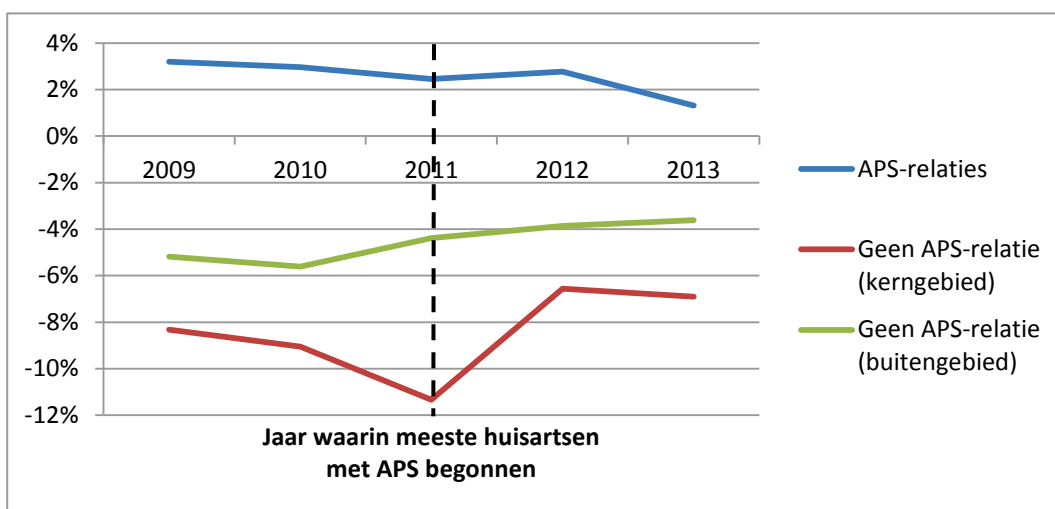
Er zijn aanwijzingen dat de APS effect heeft op het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van hulpmiddelen. Er lijkt geen effect te zijn van de APS op de ontwikkeling van de werkelijke kosten. Hulpmiddelen zijn middelen die een patiënt of huisarts gebruikt ten behoeve van een behandeling, zoals verband en dieetvoeding. Omdat hulpmiddelen als segment in het APS-document niet uitgebreid aan bod komt kan het effect beperkt zijn.

3.5.1 Effect op verschil tussen werkelijke en verwachte kosten

Op basis van figuur 3.17 is geen eenduidige conclusie te trekken over het effect van deelname aan de APS op kosten van hulpmiddelen. In 2013 is er in vergelijking met 2012 in de APS-groep een daling te zien van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten. Onder huisartsen in het buitengebied die niet deelnemen aan de APS is juist een stijging te zien. Deze stijging manifesteert zich in vrijwel de hele bestudeerde periode. Huisartsen in het kerngebied die niet deelnemen aan de APS laten ook een daling zien, maar die is minder sterk.

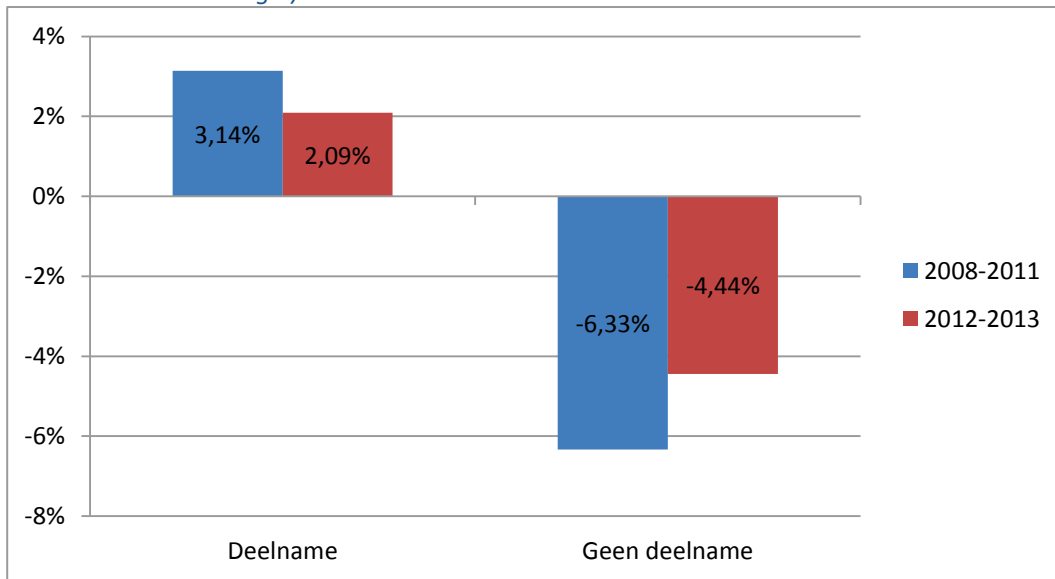
In het ongematchte bestand is iets duidelijker effect te zien, maar in het andere matchings-bestand niet (zie figuren B5.1 en B5.2. in bijlage 5). Ook deze resultaten dragen bij aan het wisselende beeld over het effect van de APS op het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van hulpmiddelen.

Figuur 3.17 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van hulpmiddelen (geschoond, matching 1)



Figuur 3.18 laat wel een duidelijk effect van de APS zien. De werkelijke kosten van hulpmiddelen onder APS-relaties zijn voor APS-deelname ruim 3% hoger dan verwacht. Na APS deelname zijn ze nog maar ruim 2% hoger dan verwacht. Voor de niet-deelnemende groep geldt dat voor de start van de APS zij ruim 6% minder kosten maken dan verwacht. Na de start van de APS is dit nog ruim 4% minder. De analyses op de overige databestanden laten eenzelfde beeld zien (zie figuren B5.3 en B5.4 in bijlage 5).

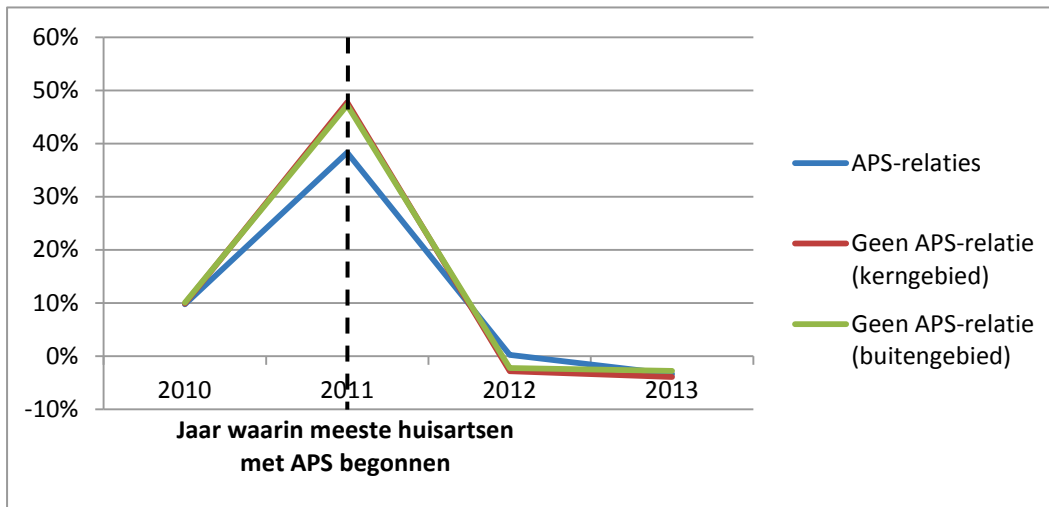
Figuur 3.18 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van hulpmiddelen (geschoond, matching 1)



3.5.2 Effect op werkelijke kosten

De analyses met werkelijke kosten van hulpmiddelen als uitkomstmaat laten een eenduidig beeld zien: de APS heeft geen effect. In figuur 3.19 is te zien dat de ontwikkeling van de werkelijke kosten in de APS-groep iets minder extreem is dan in de overige groepen; zowel voor als na de start van de APS. In 2013 is de kostendaling in de drie groepen vrijwel gelijk. De analyse op het ongematchte bestand laat eenzelfde uitkomst zien (zie figuur B5.5 in bijlage 5). De analyse op matchingsbestand 2 laat zien dat de kostendaling in 2013 onder huisartsen die deelnemen aan de APS hoger is dan onder niet-deelnemende huisartsen (zie figuur B5.6 in bijlage 5)

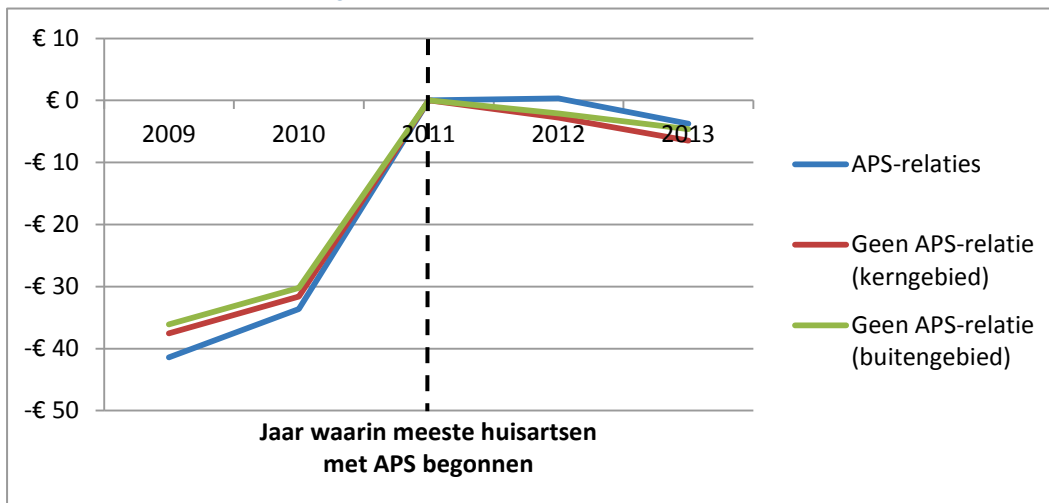
Figuur 3.19 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke kosten van hulpmiddelen (geschoond, matching 1)



Figuur 3.20 laat een beeld zien dat vergelijkbaar is met figuur 3.19, al lijkt de APS-groep hier juist meer extremen te laten zien. Dat komt omdat in figuur 3.20 naar absolute bedragen gekeken wordt en deze bij de APS-groep hoger zijn. Zij maken namelijk meer werkelijke kosten dan de huisartsen in de andere groepen. In figuur 3.20 is te zien dat de daling van de werkelijke zorgkosten in de twee controlegroepen sterker is dan in de APS-groep. In 2012 is in de APS-groep zelfs sprake van een kleine stijging, waar in de controlegroepen sprake is van een daling.

De analyses op het ongematchte bestand laten voor deelnemende huisartsen eenzelfde beeld zien (zie figuur B5.7 in bijlage 5). Voor huisartsen die niet deelnemen en zich in het kernegebied van Achmea bevinden laat dit databestand echter ook een stijging in 2012 zien. Het beeld uit het tweede matchingsbestand is vergelijkbaar met het beeld in figuur 3.20 (zie figuur B5.8 in bijlage 5).

Figuur 3.20 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke kosten van hulpmiddelen (geschoond, matching 1)



3.5.3 Conclusie

De APS heeft mogelijk een effect op het verschil tussen verwachte en werkelijke kosten van hulpmiddelengebruik. Het is onwaarschijnlijk dat het een effect heeft op de werkelijke kosten van hulpmiddelengebruik. De ontwikkeling van de werkelijke kosten zijn namelijk vergelijkbaar tussen de drie groepen, vooral in 2013. Het is dus waarschijnlijk dat de gevonden effecten op het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten te verklaren zijn door ontwikkelingen in de verwachte kosten. Als we deze ontwikkelingen bekijken zien we dat de verwachte kosten voor de twee controlegroepen in 2013 inderdaad sneller dalen dan voor de APS-groep (data niet getoond). Dit betekent dat er verschillen zijn geweest tussen de drie groepen in veranderingen van de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Deze verschillen vormen waarschijnlijk de belangrijkste verklaring voor de ontwikkeling van het verschil tussen verwachte en werkelijke kosten van hulpmiddelen.

3.6 Kosten van overige segmenten

In deze paragraaf gaan we kort in op de resultaten van de analyses over de segmenten fysiotherapie, GGZ, MSZ, en geboortezorg. Voor GGZ en MSZ ontbraken gegevens over 2013, het jaar waarin de meeste effecten gevonden worden. Voor fysiotherapie en geboortezorg verwachten we dat, doordat er andere zorgverleners bij betrokken zijn, het mogelijk wat langer kan duren voordat effecten zichtbaar worden. Daarom worden deze segmenten niet uitgebreid besproken in dit hoofdstuk.

3.6.1 Fysiotherapie

Voor fysiotherapie bestaat er een gemengd beeld over het effect van de APS op kosten. De multi-level analyses wijzen voorzichtig in de richting van een effect (zie bijlage 6). De beschrijvende analyses over de ontwikkeling van het van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten en de ontwikkeling van de werkelijke kosten zijn echter niet eenduidig. De analyses op het ongematchte bestand wijzen op een mogelijk effect van de APS. De daling van de kosten voor de APS-groep wordt echter al in 2010 ingezet; nog voordat dat de APS op grote schaal werd ingezet (zie bijlage 6). De analyses op het eerste matchingsbestand laten geen effecten zien (zie bijlage 6). De analyses op het tweede matchingsbestand in meerderheid wel (zie bijlage 6).

3.6.2 GGZ

Voor GGZ laten de meeste multi-level analyses geen effect van de APS zien op kosten in de onderzochte periode (zie bijlage 7). Er worden nauwelijks verschillen gevonden tussen de periode voordat de APS begon en de periode erna. Ook voor de beschrijvende analyses geldt dat zij erop wijzen dat er geen effect is van deelname aan de APS op GGZ-kosten (zie bijlage 7). Alleen de analyses op het tweede matchingsbestand geven aanwijzingen voor een mogelijk effect. Mogelijk zou een analyse van meer recente data wel effecten laten zien.

3.6.3 MSZ

Vrijwel alle analyses over MSZ wijzen erop dat deelname aan de APS geen effect heeft in de onderzochte periode. Bij de multi-level analyses worden vrijwel geen significante resultaten

gevonden (zie bijlage 8). Bij de beschrijvende analyses zien we dat de werkelijke kosten ten opzichte van de verwachte kosten in 2013 hoger zijn (zie bijlage 8). Dat geldt voor zowel de APS-groep als de twee controlegroepen. Tussen 2011 en 2012 is wel een daling te zien in de APS-groep, maar het lijkt onwaarschijnlijk dat dit verklaard kan worden door APS-deelname. Eventuele effecten van APS-deelname op MSZ-kosten zullen waarschijnlijk pas na een langere periode zichtbaar worden.

3.6.4 Geboortezorg

Voor geboortezorg geldt dat zowel de multi-level analyses als de beschrijvende analyses erop wijzen dat de APS geen invloed heeft op de kosten. De multi-level analyses vinden nauwelijks significante verschillen tussen de APS-groep en de controlegroep (zie bijlage 9). Ook worden nauwelijks significante verschillen gevonden tussen de periode voor de start van de APS en de periode erna.

De beschrijvende analyses laten geen trendbreuk zien na de invoering van de APS (zie bijlage 9). Verder zijn er geen grote verschillen zichtbaar tussen de APS-groep en de twee controlegroepen.

4 Conclusie

In dit rapport zijn de resultaten van de analyse van het effect van de APS op zorgkosten gepresenteerd. De volgende onderzoeksvraag is beantwoord:

‘Wat is het effect van de APS op de kosten van zorg?’

4.1 Totale zorgkosten

De APS lijkt een effect te hebben op de totale zorgkosten die de patiënten van een huisarts maken. We zien dat in de APS de werkelijke kosten sneller dalen in vergelijking met de verwachte kosten dan in de twee controlegroepen. Voor werkelijke kosten vinden we dat bij de huisartsen die deelnemen aan de APS de kosten na de start van de APS lager zijn dan ervoor. Voor huisartsen die niet deelnemen zijn de werkelijke kosten ook lager. In deze groep dalen de kosten echter minder snel dan in de APS-groep.

4.2 Segmenten

De daling van de totale kosten lijkt in de onderzochte periode vooral veroorzaakt te worden door een daling van de kosten in diagnostiek, hulpmiddelen en huisartsenzorg.

Voor fysiotherapie en farmacie laten de verschillende analyses een gemengd beeld zien. Voor fysiotherapie is dit mogelijk te verklaren door de directe toegang fysiotherapie: omdat patiënten geen verwijzing van hun huisarts nodig hebben om naar een fysiotherapeut te gaan heeft de huisarts maar beperkt invloed op hoeveel kosten zijn patiënten in dit segment maken. Echter, huisartsen kunnen mogelijk wel in samenwerking met fysiotherapeuten beleid uitzetten dat tot gevolg heeft dat kosten dalen.

Voor farmacie is het gemengde beeld van de analyses mogelijk te verklaren doordat er in alle groepen een sterke kostendaling te zien is sinds 2011. Algemeen beleid van verschillende zorgverzekeraars, zoals het preferentiebeleid heeft de afgelopen jaren bijgedragen aan een sterke kostendaling van medicatie (Zorgverzekeraars Nederland, 2012). De ruimte om door middel van de APS een effect te hebben op de kosten voor farmacie was door deze sterke kostendaling beperkt.

Voor GGZ, MSZ en geboortezorg geldt dat er in de onderzochte periode geen effect van de APS zichtbaar was. Voor GGZ en MSZ waren geen gegevens beschikbaar over 2013. Voor sommige andere sectoren is juist in 2013 het sterkste effect gevonden. Daarom konden niet alle analyses ook voor dit jaar uitgevoerd worden. Nadat er meer gegevens zijn over GGZ en MSZ in 2013 zal het mogelijk zijn meer te zeggen over het mogelijke effect van de APS op deze segmenten.

Daarnaast geldt voor de GGZ dat de verwachte kosten moeilijk voorspelbaar zijn. Daarom worden relatiemanagers geïnstrueerd om GGZ pas intensief te bespreken als er sprake is van een grote afwijking tussen werkelijke en verwachte kosten. Voor MSZ geldt dat huisartsen via hun verwijsgedrag invloed uit kunnen oefenen op wie in de tweede lijn terechtkomt. Het is voor hen

echter minder eenvoudig om invloed uit te oefenen op het MSZ-zorggebruik van een patiënt, nadat deze in de tweede lijn terecht is gekomen.

Voor geboortezorg geldt ook dat huisartsen er minder direct invloed op hebben. Het is ook geen segment dat in de APS uitgebreid aan bod komt, in tegenstelling tot bijvoorbeeld huisartsenzorg.

4.3 Feedback in de zorg

4.3.1 Literatuur over feedback in de zorg

De resultaten van dit onderzoek sluiten aan bij wat er in ander onderzoek over het effect van feedback in de zorg wordt gevonden. Uit overzichtsstudies blijkt dat feedback in de zorg een klein tot middelgroot effect kan hebben (Ivers et al., 2012; Jamtvedt et al., 2006). Deze studies geven aan dat feedback effectiever wordt naarmate het langer gegeven wordt. Voor de APS geldt dat de meeste deelnemende huisartsen maximaal twee jaar deelnamen in 2013, het meest recente jaar waarover declaratiegegevens beschikbaar zijn. Het is mogelijk dat het effect van de APS sterker wordt als huisartsen vaker en langer feedback ontvangen.

Ook blijkt uit de overzichtsstudies dat feedback effectiever is als het gepaard gaat met duidelijke doelen en actieplannen. In de APS krijgt dit gestalte in de vorm van verbeterafspraken die met huisartsen gemaakt kunnen worden. Uit de analyse van de in- en uitvoering van de APS die ook onderdeel uitmaakt van de overkoepelende evaluatie van de APS bleek echter dat in veel gesprekken geen afspraken gemaakt worden. Dit verklaart mogelijk deels het beperkte effect van de APS in sommige segmenten.

De effectiviteit van feedback is groter als artsen voordat het gegeven wordt niet in overeenstemming met het gewenste gedrag handelen (Ivers et al., 2012; Jamtvedt et al., 2006). Achmea zet de APS in als middel om huisartsen objectief van inzichten over zorggebruik te voorzien. Er is in die zin dus geen sprake van gewenst of ongewenst gedrag. Echter, het is te verwachten dat huisartsen bij wie de werkelijke kosten (veel) hoger liggen dan de verwachte kosten, de APS meer effect heeft. De invloed van de zogenaamde 'baseline performance' op het effect van feedback viel buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Bovendien valt het ook buiten de insteek van de APS. Het bespreken van feedback met huisartsen die minder kosten maken dan verwacht is voor Achmea namelijk ook interessant. Zij kunnen Achmea namelijk inzicht geven in hoe hun gedrag tot deze lagere kosten heeft geleid. Met deze inzichten kan Achmea vervolgens andere huisartsen ondersteunen hun kosten te beheersen.

4.3.2 Zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet

Het geven van feedback past in de manier waarop zorgverzekeraars zich dienen te gedragen in het nieuwe zorgstelsel. Als actieve inkopers dienen zij bij te dragen aan de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Achmea vult deze rol in met, onder andere, de APS. Als partner wil zij huisartsen ondersteunen bij het versterken van hun positie in de integrale zorgketen. Dit sluit aan bij de breder levende wens voor substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dit onderzoek toont aan dat de APS potentie heeft om bij te dragen aan kostenbeheersing in de zorg. Vooral in segmenten waar de huisarts relatief veel invloed op heeft blijkt dat APS kosten te kunnen beheersen. Voor segmenten waarop huisartsen minder invloed hebben is het wellicht nog te vroeg

om te bepalen wat het effect van de APS is. Huisartsen zullen hier namelijk meer moeite moeten doen om verandering te bewerkstelligen. Daardoor zullen de effecten mogelijk pas op langere termijn zichtbaar zijn.

4.4 Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. Ten eerste de beperkte tijd tussen de start van de APS en dit onderzoek. De meeste deelnemende huisartsen zijn met de APS gestart in het najaar van 2011 of het voorjaar van 2012. De meest recente data die wij hebben gebruikt komt uit 2013. Huisartsen hebben echter tijd nodig om hun beleid bij te sturen als zij op basis van de APS aanpassingen willen doorvoeren om kosten te beheersen. Bovendien is het eerste APS-gesprek vaak een introductiegesprek waarin bijvoorbeeld geen afspraken worden gemaakt tussen een huisarts en een relatiemanager. Dit vertraagt een eventueel effect nog verder. Bijvoorbeeld, een huisarts die begin 2012 zijn eerste APS-gesprek heeft gehad zal pas op zijn vroegst in het najaar van 2012 een APS-gesprek hebben waarin afspraken gemaakt worden. Het effect van deze afspraken en dus deelname aan de APS zichtbaar is pas zichtbaar in de declaratiegegevens van Achmea in 2013, als alles meezit. Het is waarschijnlijker dat het echte effect pas in 2014 of 2015 te zien is. Achmea houdt zelf rekening met een tijdshorizon tot 2020 voordat de volledige effecten van de APS zichtbaar zijn.

Om meer robuuste uitspraken over het effect van de APS op zorgkosten te kunnen doen is het nodig om de ontwikkeling van de zorgkosten over een langere periode te monitoren. Een aantal uitkomstmaten laat nu al zien dat het effect van de APS pas in 2013 zichtbaar lijkt te worden. Als dit het geval is, is de verwachting dat het effect in 2014 en 2015 nog sterker wordt. Als blijkt dat dit niet het geval is, dan zou het toeval kunnen zijn dat voor een aantal segmenten en de totale zorgkosten nu wel een effect gevonden is. Om hier uitspraken over te kunnen doen is vervolgonderzoek in 2015 en daaropvolgende jaren nodig.

Ten tweede hebben beide uitkomstmaten nadelen. Het nadeel van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten als uitkomstmaat is dat er sprake is van communicerende vaten. Als dit verschil in de ene groep afneemt, bijvoorbeeld, neemt het automatisch in de andere groep toe. Het gevolg is dat het niet met zekerheid te zeggen is in welke groep er sprake is van een verandering en welke groep automatisch reageert op veranderingen in de andere groep. Om die reden is ook gekeken naar de ontwikkeling van de werkelijke kosten. Het nadeel van analyses met deze uitkomstmaat is dat er niet gecorrigeerd wordt voor kenmerken van patiënten van huisartsen. Hierdoor is het mogelijk dat gevonden ontwikkelingen in zorgkosten niet door de APS verklaard worden, maar door ontwikkelingen in de samenstelling van patiëntpopulaties. Doordat we beide uitkomstmaten gehanteerd hebben is het beeld dat uit de analyses voortkomt toch robuust te noemen. Als zowel gecorrigeerde als ongecorrigeerde analyses eenzelfde beeld laten zien, is dat namelijk een sterke aanwijzing dat de APS een effect heeft. Dat we dezelfde analyses ook op meerdere databestanden uitgevoerd hebben (ongematcht, matching 1 en matching 2) heeft de robuustheid van de resultaten verder versterkt.

4.5 Samenvatting en vervolgstappen

Dit onderzoek laat zien dat er aanwijzingen zijn dat de APS effect heeft op zorgkosten. Onder huisartsen die deelnemen aan de APS dalen de totale werkelijke kosten sneller dan de totale verwachte kosten. Onder huisartsen die niet deelnemen aan de APS dalen de werkelijke totale kosten juist minder snel dan de totale verwachte kosten. De totale werkelijke kosten dalen in de APS-groep sneller dan in de twee controlegroepen. De APS lijkt vooral effect te hebben op kosten van huisartsenzorg en diagnostiek en in iets mindere mate op kosten van hulpmiddelen. Dit zijn de segmenten waar huisartsen het meest direct invloed op uit kunnen oefenen. Om stevigere uitspraken te kunnen doen over het effect van de APS is het belangrijk om het te monitoren. De periode tussen de start van de APS en deze effectmeting is relatief kort. Hierdoor kan geen volledig beeld gegeven worden van de APS. Door het effect van de APS te monitoren kan een vollediger beeld gecreëerd worden. Monitoring biedt ook de mogelijkheid om tijdig bij te sturen als ongewenste effecten optreden of gewenste effecten uitblijven.

Literatuur

- Achmea. *Ontwikkeling Achmea PraktijkStatus*. Leiden: Achmea, 2011
- Achmea. *Kleine kinderen worden groten: De 'Consultatiebureaufase' van de Achmea PraktijkStatus*. Leiden: Achmea, 2012
- Anseel F, Lievens F. The mediating role of feedback acceptance in the relationship between feedback and attitudinal and performance outcomes. *Int J Selection Assess*, 2009; 17(4):362-76
- Anseel F, Yperen NW van, Janssen O, Duyck W. Feedback type as a moderator of the relationship between achievement goals and feedback reactions. *J Occup Organiz Psychol*, 2011; 84(4):703-22
- Bartholomé Y, Maarse H. Health insurance reform in the Netherlands. *Eurohealth-London*, 2006; 12(2):7
- Dyer JH, Chu W. The determinants of trust in supplier-automaker relationships in the US, Japan and Korea. *J Int Business Stud*, 2000; 31(2):259-85
- Ilgén DR, Fisher CD, Taylor MS. Consequences of individual feedback on behavior in organizations. *J Appl Psychol*, 1979; 64(4):349
- Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, et al.. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; 6
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006a; 2(2)
- Klein Woolthuis R, Hillebrand B, Nootboom B. Trust, contract and relationship development. *Organiz Stud*, 2005; 26(6):813-40
- Kluger AN, DeNisi, A. The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychol Bull*, 1996; 119(2):254
- Laing AW, Lian PCS. Inter-organisational relationships in professional services: towards a typology of inter-organisational relationships. *J Serv Mark*, 2005; 19(2):114-28
- Lee HL, Whang S. Information sharing in a supply chain. *Int J Manufact Techn Manag*, 2000; 1(1):79-93
- Monczka R, Petersen KJ, Handfield RB. Success factors in strategic supplier alliances: They buying company perspective. *Decis Sci*, 1998; 29(3):553-77
- Schut FT, Ven WPMM van de. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: Is the glass half full of half empty? *Health Econ Pol Law*, 2011; 6:109-23

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Memorie van Toelichting*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal, 29 763 CongRec, 2004

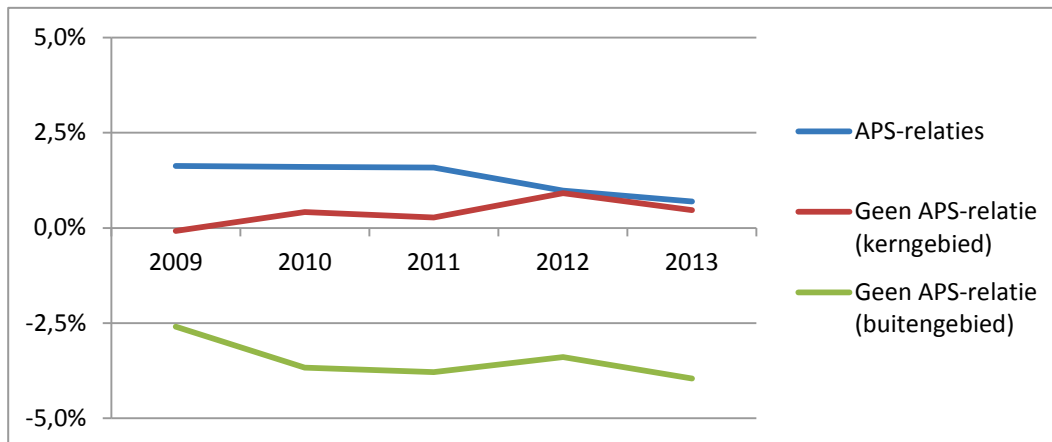
Williamson OE. Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *J Law Econ*, 1979; 22(2):233-61

Zaheer A, McEvily B, Perrone V. Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. *Organiz Sci*, 1998; 9(2):141-59

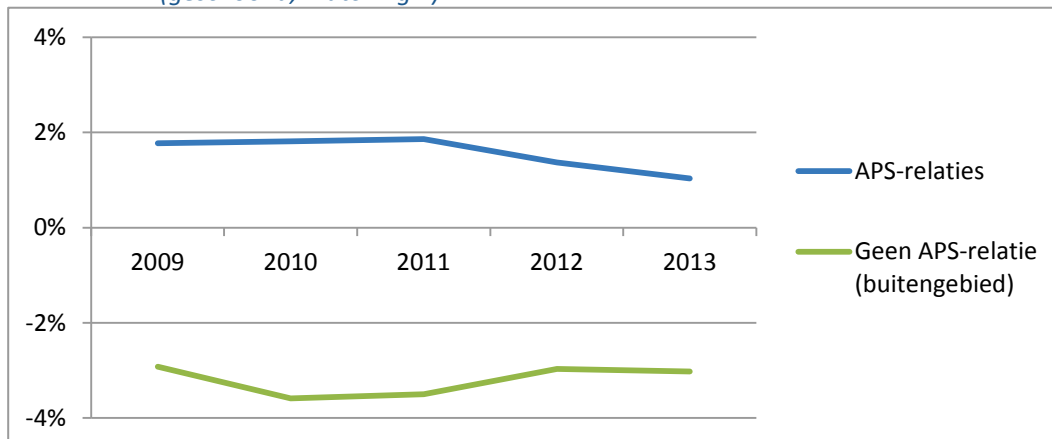
Zorgverzekeraars Nederland. *Besparing preferentiebeleid loopt op tot 600 miljoen euro*. Zeist: ZN, 2012. Retrieved 18-11, 2014, from <https://www.zn.nl/nieuws/zn-nieuws/nieuwsbericht/?newsId=4bad2aca-7599-4551-9827-c9824efda83f>

Bijlage 1 Resultaten overige analyses: totale kosten

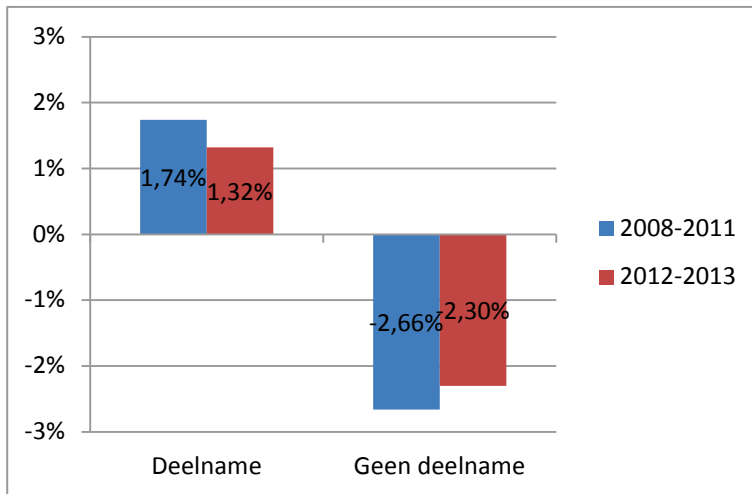
Figuur B1.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte zorgkosten (geschoond, matching 1)



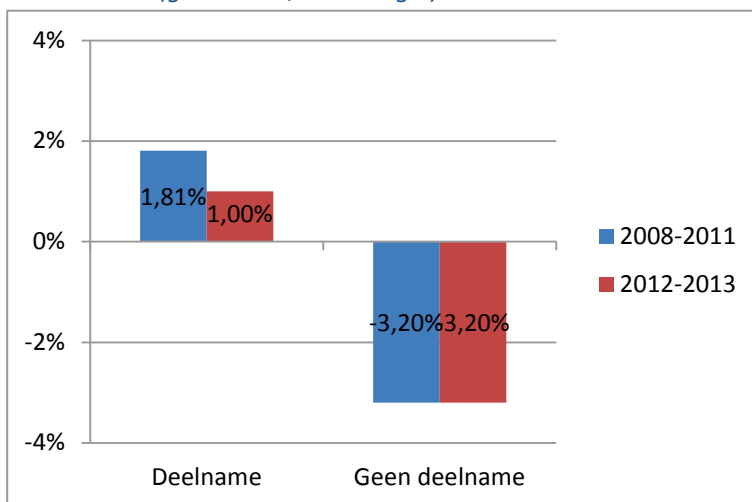
Figuur B1.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte zorgkosten (geschoond, matching 2)



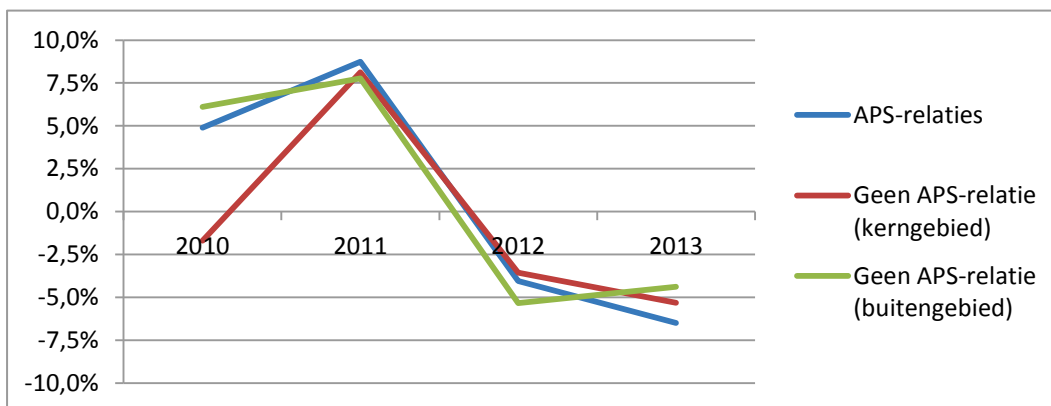
Figuur B1.3 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten voor en na de start van de APS (geschoond, ongematcht)



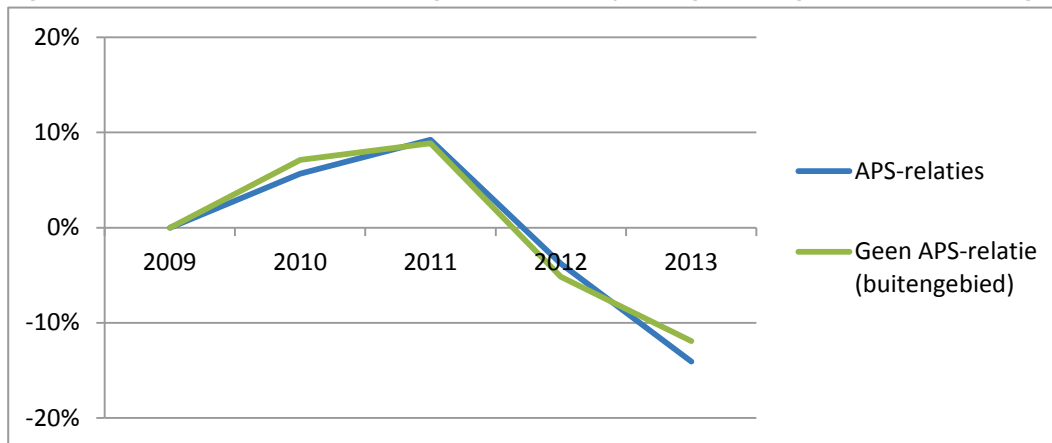
Figuur B1.4 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten voor en na de start van de APS (geschoond, matching 2)



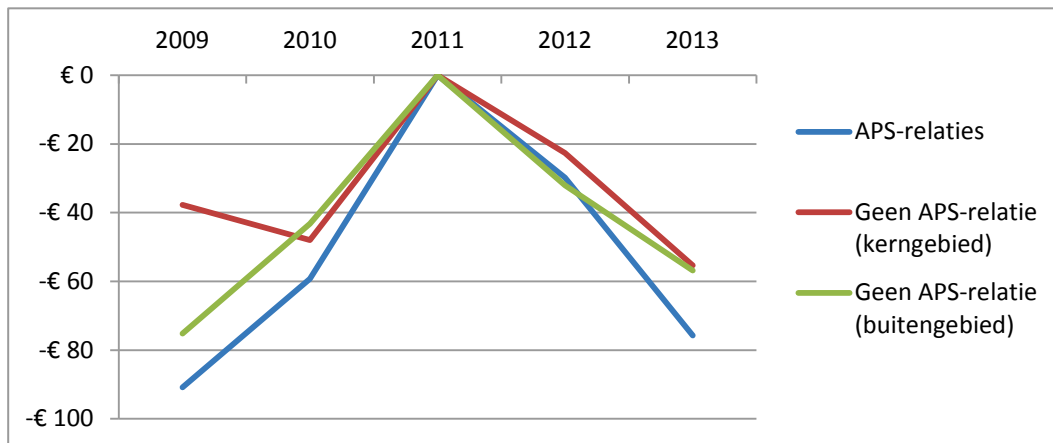
Figuur B1.5 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten (geschoond, ongematcht)



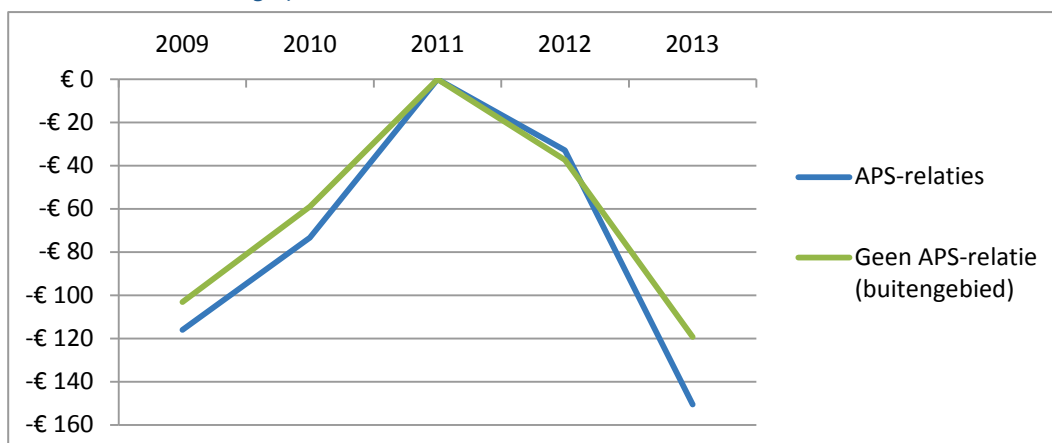
Figuur B1.6 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten (geschoond, matching 2)



Figuur B1.7 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten (geschoond, ongematcht)

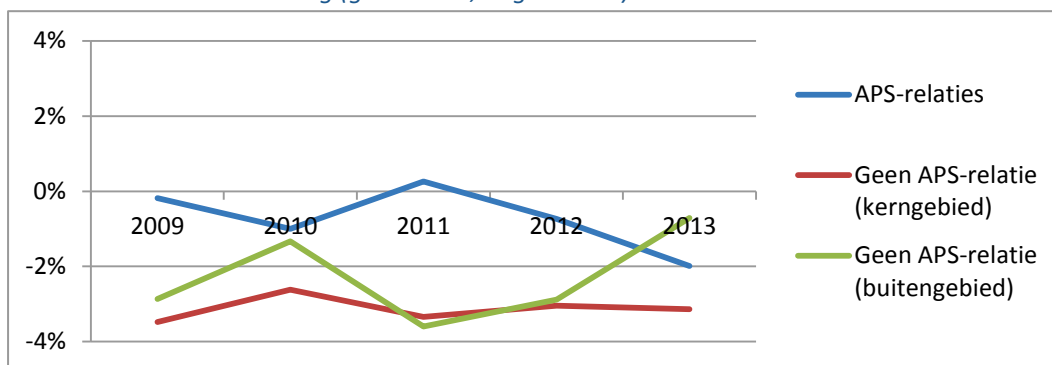


Figuur B1.8. Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten (geschoond, matching 2)

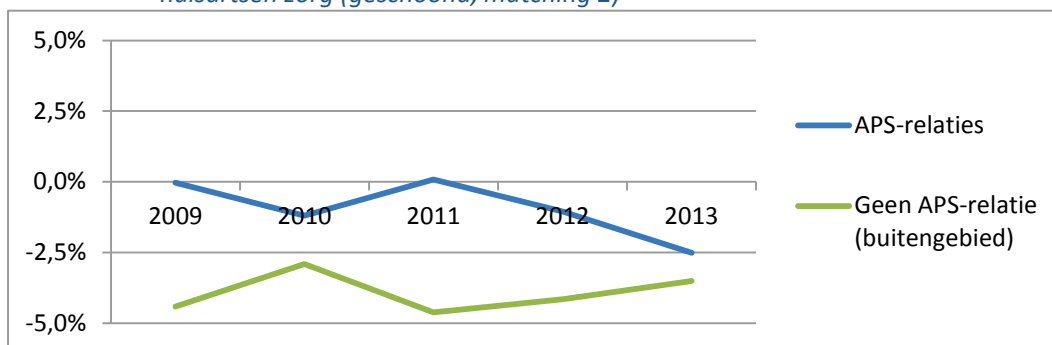


Bijlage 2 Resultaten overige analyses kosten: huisartsenzorg

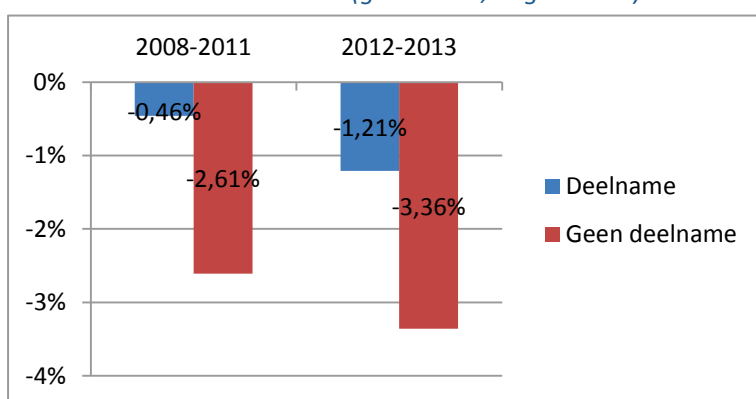
Figuur B2.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van huisartsen zorg (geschoond, ongematcht)



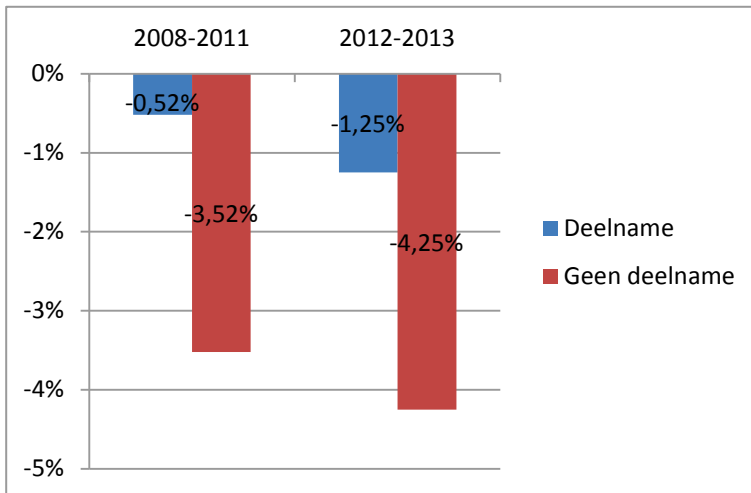
Figuur B2.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van huisartsen zorg (geschoond, matching 2)



Figuur B2.3 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van huisartsen zorg voor en na de start van de APS (geschoond, ongematcht)



Figuur B2.4 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten voor van huisartsen zorg en na de start van de APS (geschoond, matching 2)



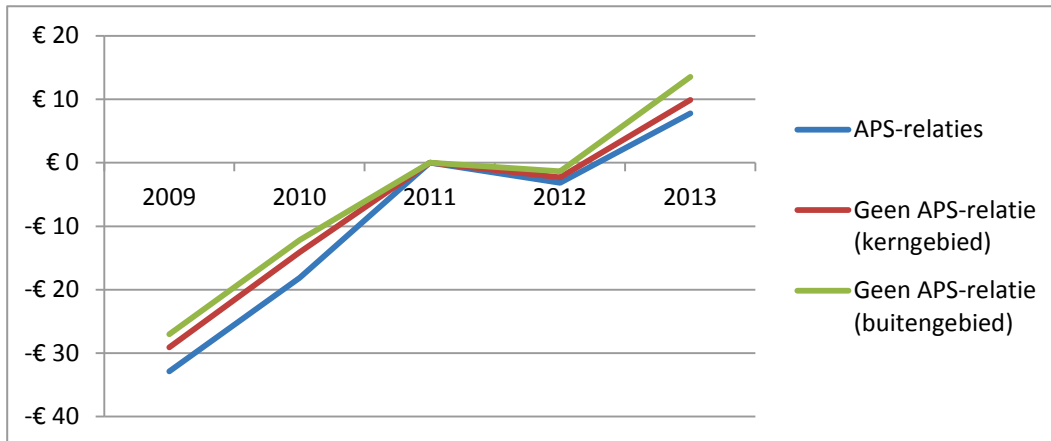
Figuur B2.5 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van huisartsen zorg (geschoond, ongematcht)



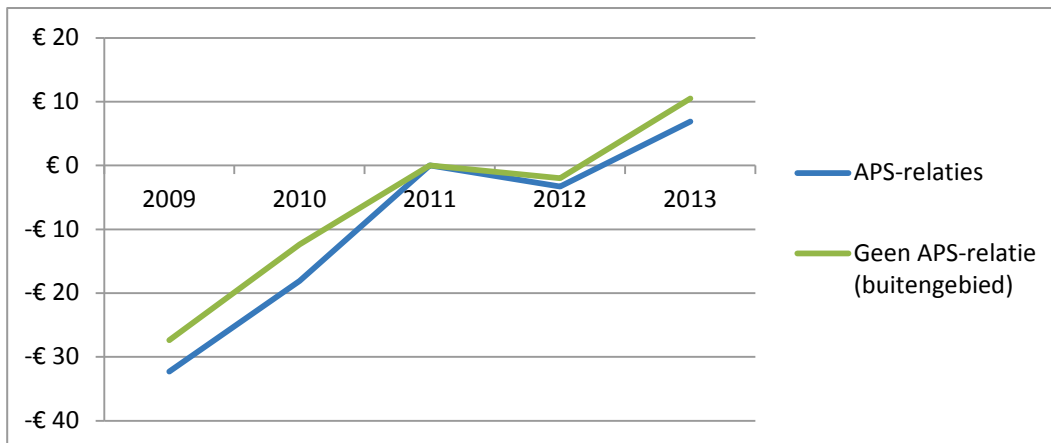
Figuur B2.6 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van huisartsen zorg (geschoond, matching 2)



Figuur B2.7 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke kosten van huisartsen zorg (geschoond, ongematcht)

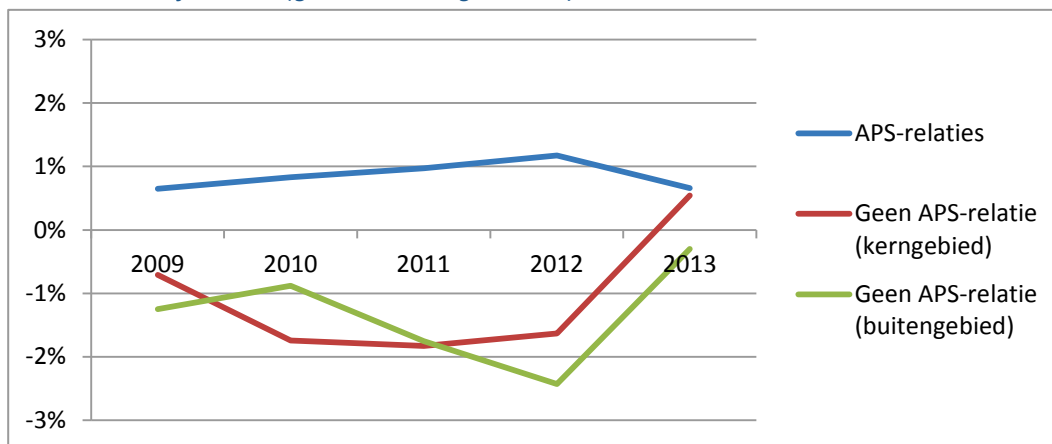


Figuur B2.8 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke kosten van huisartsen zorg (geschoond, matching 2)

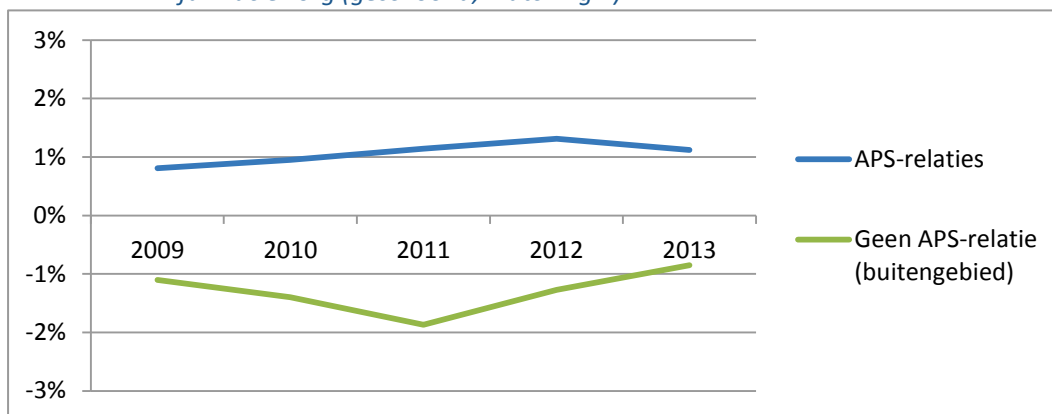


Bijlage 3 Resultaten overige analyses kosten: farmacie

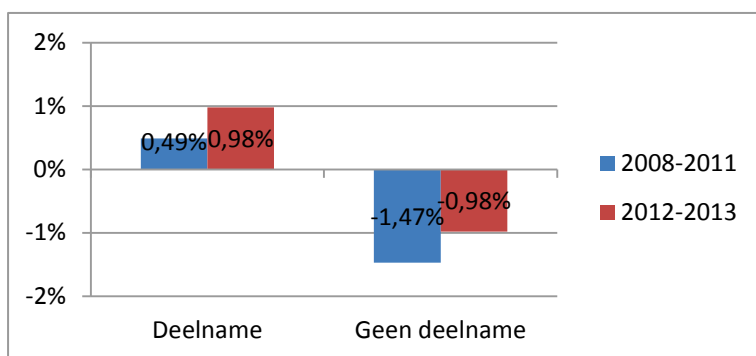
Figuur B3.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van farmacie (geschoond, ongematcht)



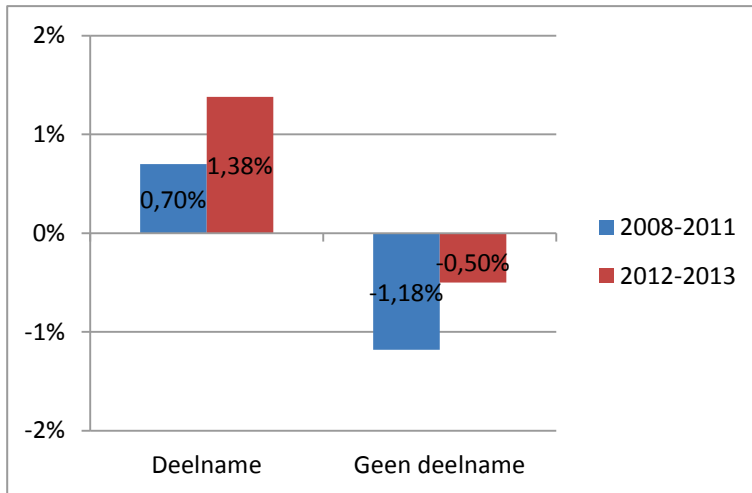
Figuur B3.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van farmacie zorg (geschoond, matching 2)



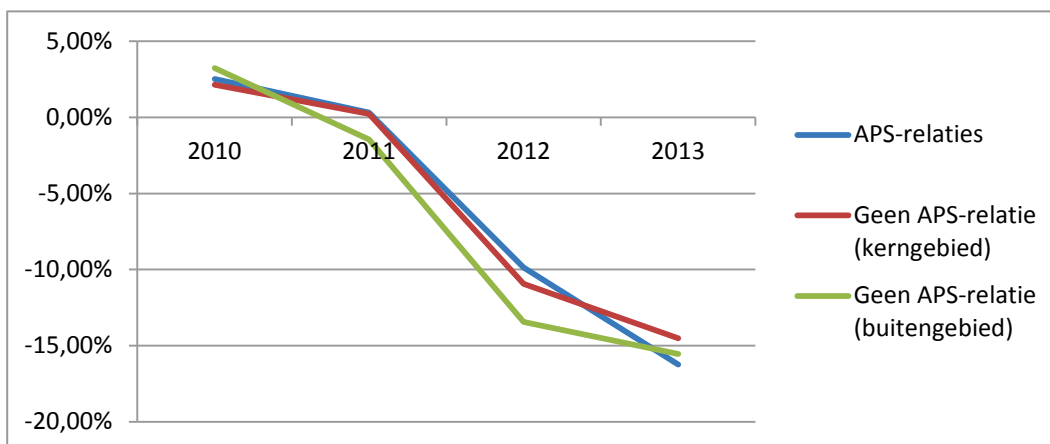
Figuur B3.3 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van farmacie voor en na de start van de APS (geschoond, ongematcht)



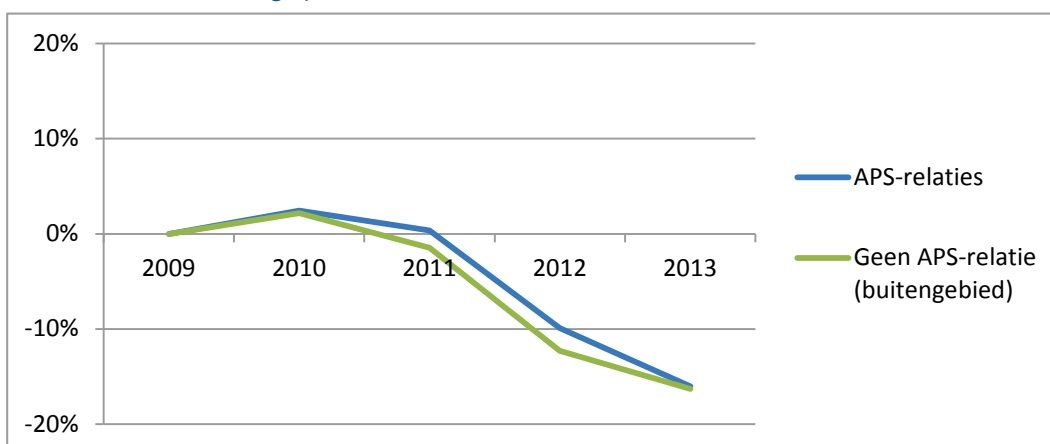
Figuur B3.4 Het verschil tussen werkelijke en verwachte farmacie kosten voor en na de start van de APS (geschoond, matching 2)



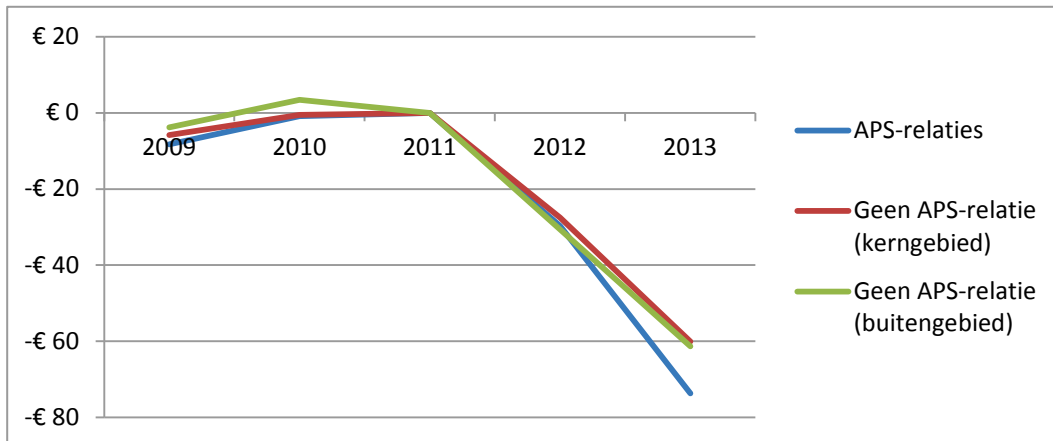
Figuur B3.5 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten farmacie (geschoond, ongematcht)



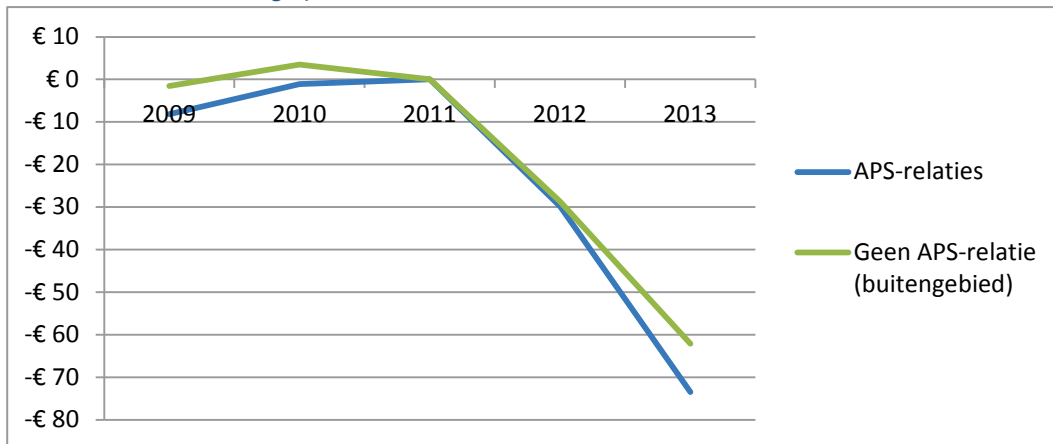
Figuur B3.6 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van farmacie (geschoond, matching 2)



Figuur B3.7 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke farmaciekosten (geschoond, ongematcht)

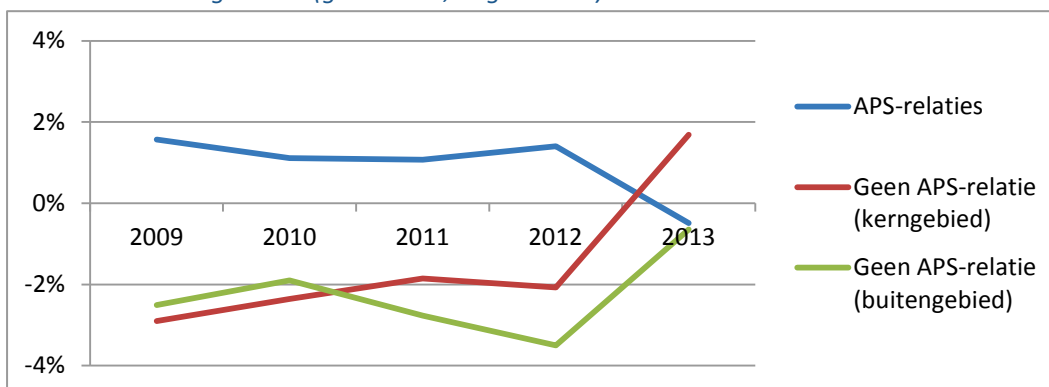


Figuur B3.8 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke farmaciekosten (geschoond, matching 2)

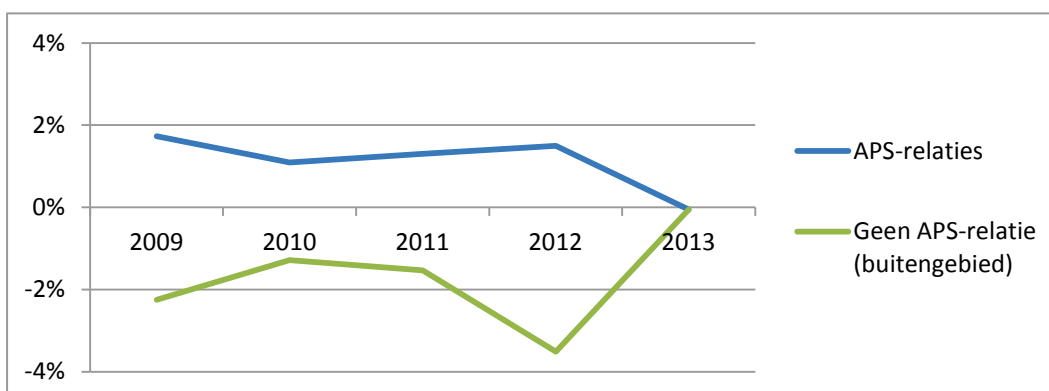


Bijlage 4 Resultaten overige analyses kosten: diagnostiek

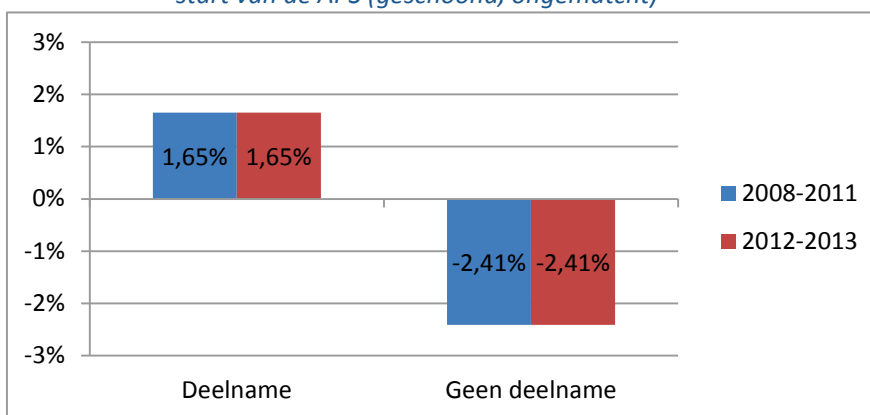
Figuur B4.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van diagnostiek (geschoond, ongematcht)



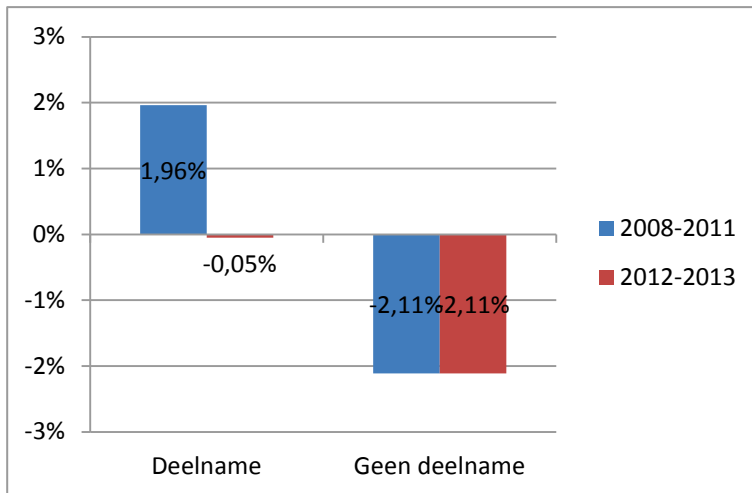
Figuur B4.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van diagnostiek (geschoond, matching 2)



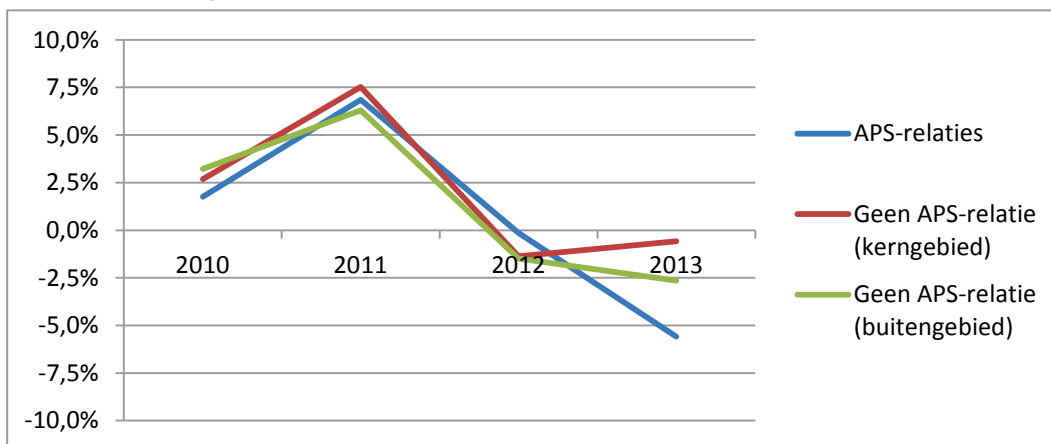
Figuur B4.3 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van diagnostiek voor en na de start van de APS (geschoond, ongematcht)



Figuur B4.4 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van diagnostiek voor en na de start van de APS (geschoond, matching 2)



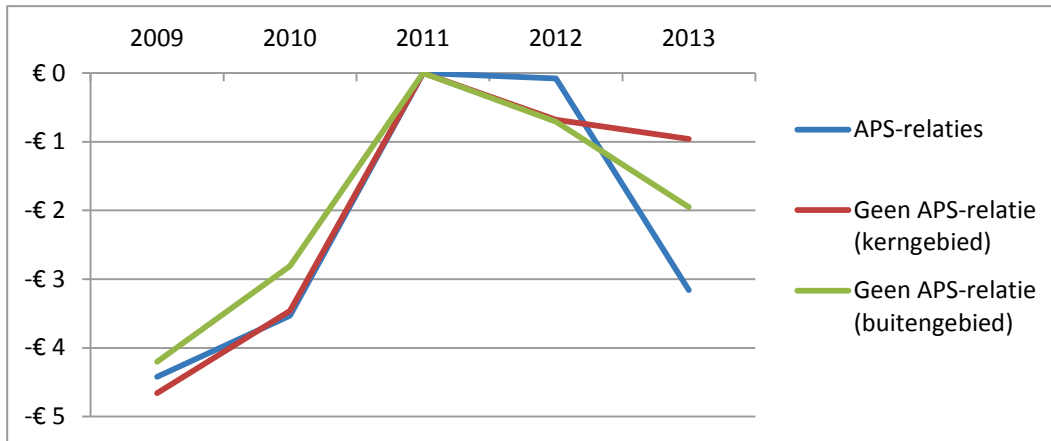
Figuur B4.5 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten diagnostiek (geschoond, ongematcht)



Figuur B4.6 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van diagnostiek (geschoond, matching 2)



Figuur B4.7 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke diagnostiek kosten (geschoond, ongematcht)

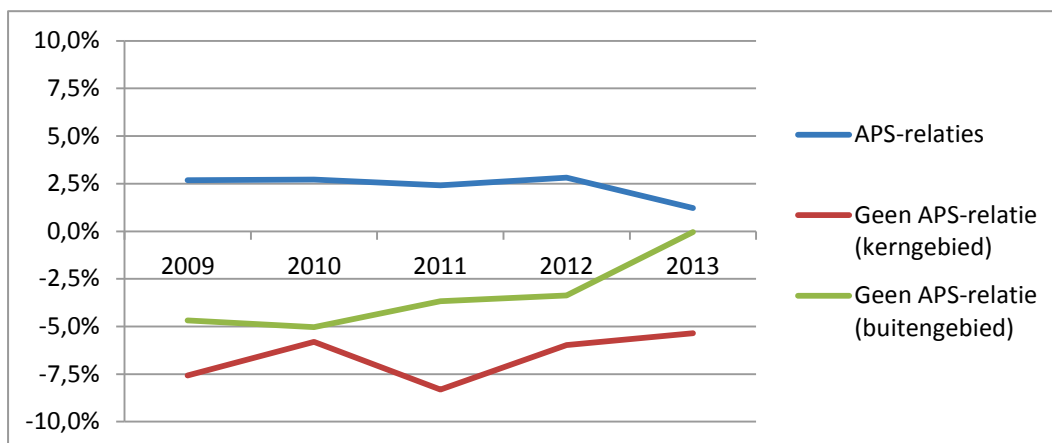


Figuur B4.8 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke diagnostiek kosten (geschoond, matching 2)

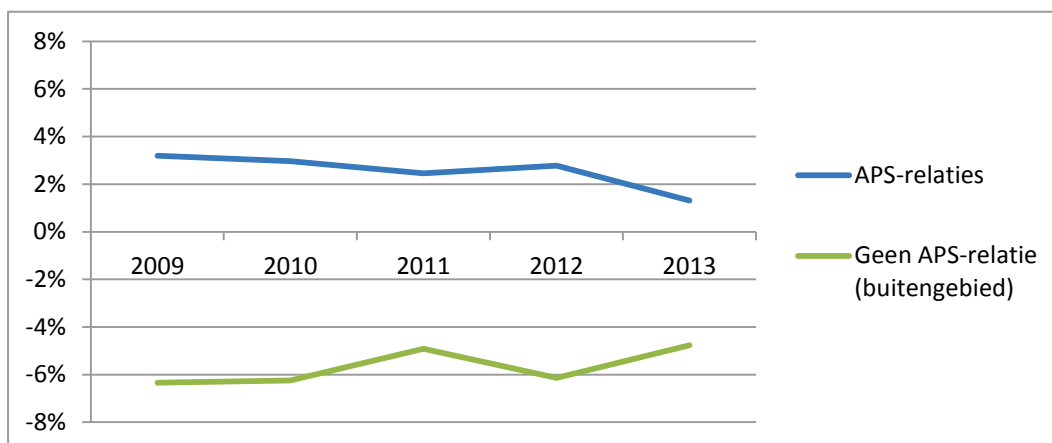


Bijlage 5 Resultaten overige analyses kosten: hulpmiddelen

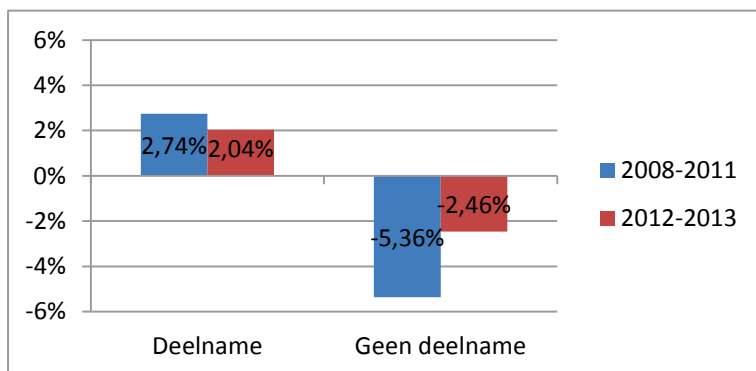
Figuur B5.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van hulpmiddelen (geschoond, ongematcht)



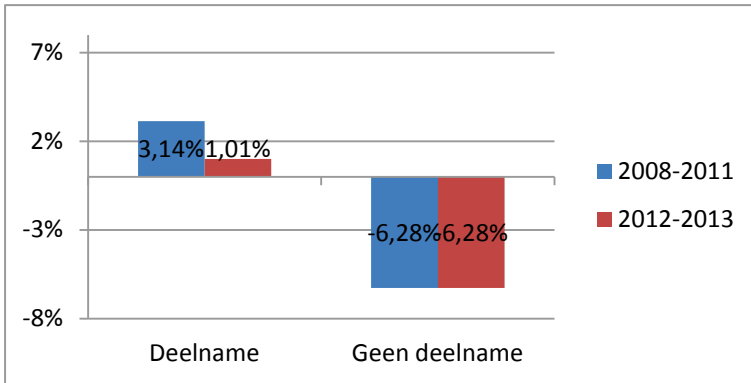
Figuur B5.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van hulpmiddelen (geschoond, matching 2)



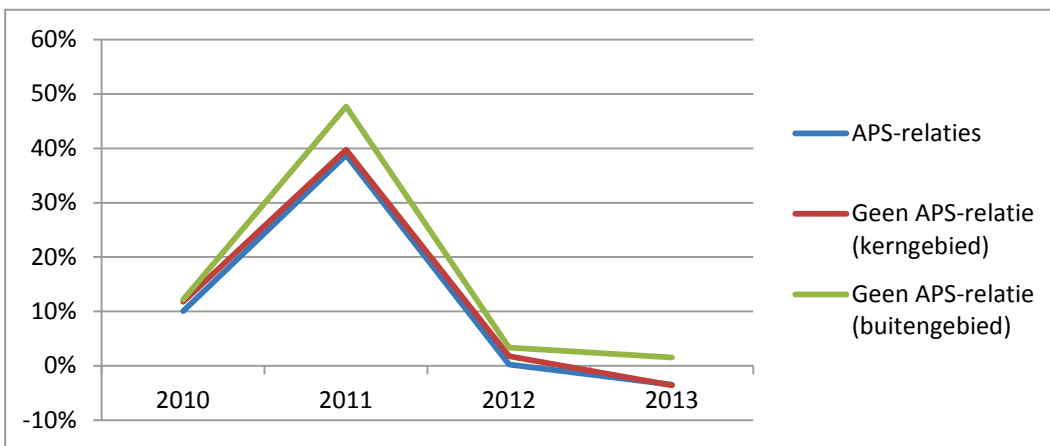
Figuur B5.3 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van hulpmiddelen voor en na de start van de APS (geschoond, ongematcht)



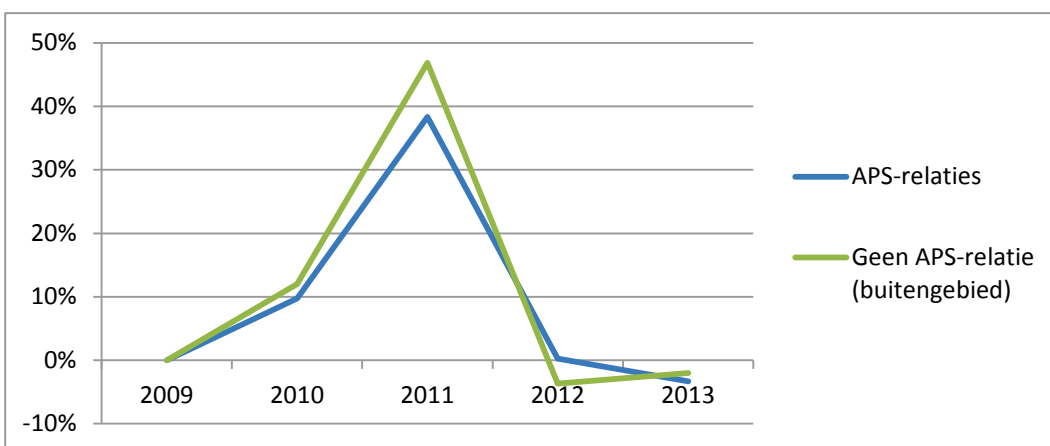
Figuur B5.4 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van hulpmiddelen voor en na de start van de APS (geschoond, matching 2)



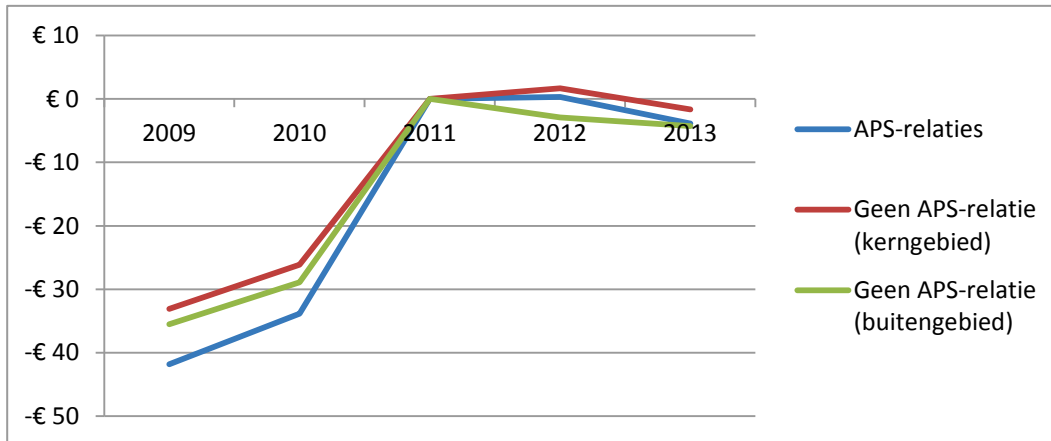
Figuur B5.5 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten hulpmiddelen (geschoond, ongematcht)



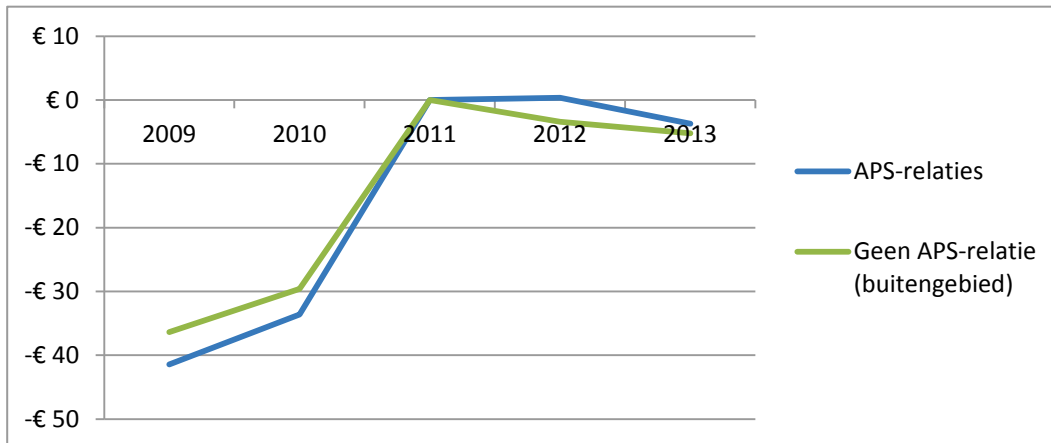
Figuur B5.6 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van hulpmiddelen (geschoond, matching 2)



Figuur B5.7 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke hulpmiddelen kosten (geschoond, ongematcht)

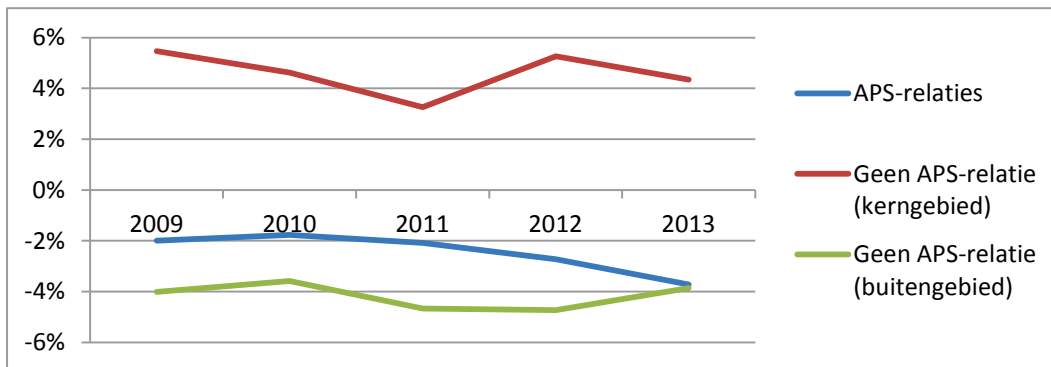


Figuur B5.8 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke hulpmiddelen kosten (geschoond, matching 2)

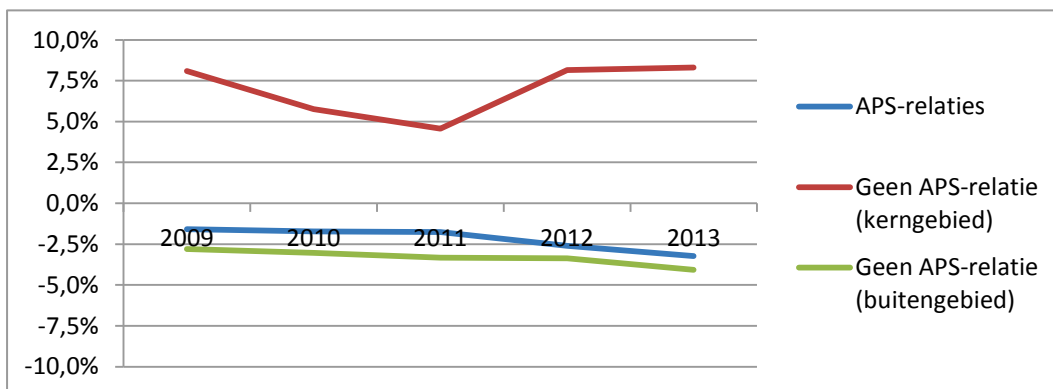


Bijlage 6 Resultaten analyses kosten: fysiotherapie

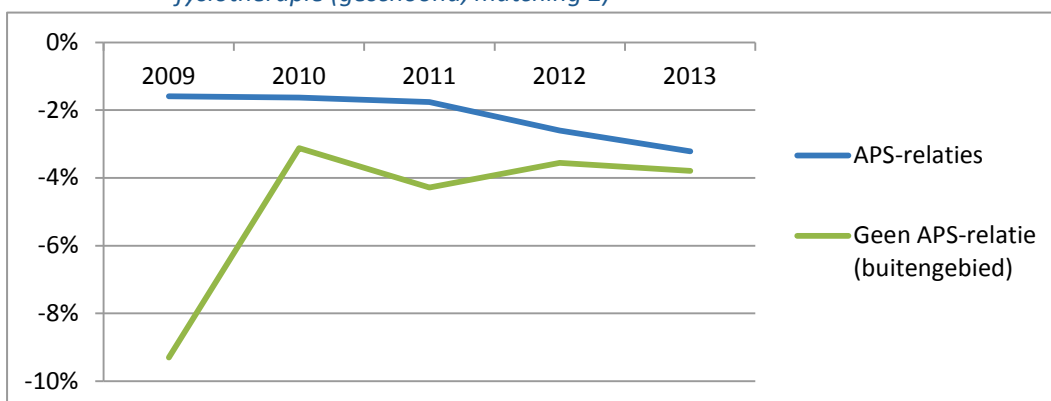
Figuur B6.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van fysiotherapie (geschoond, ongematcht)



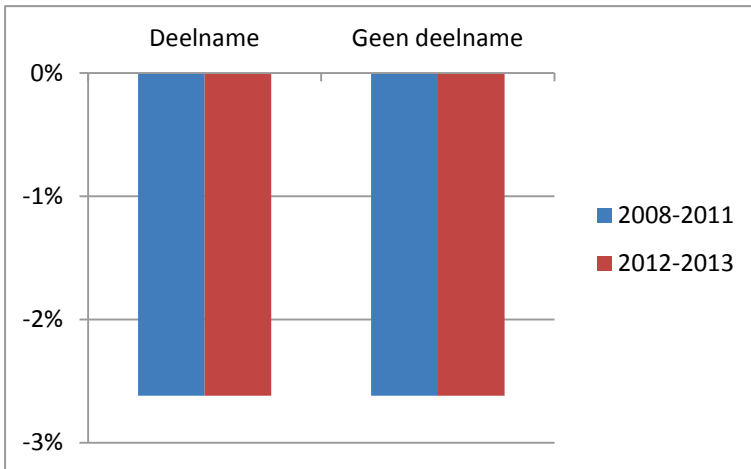
Figuur B6.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van fysiotherapie (geschoond, matching 1)



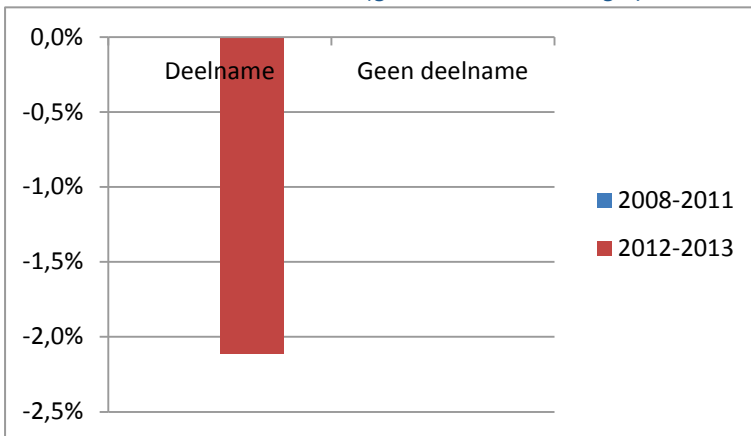
Figuur B6.3 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van fysiotherapie (geschoond, matching 2)



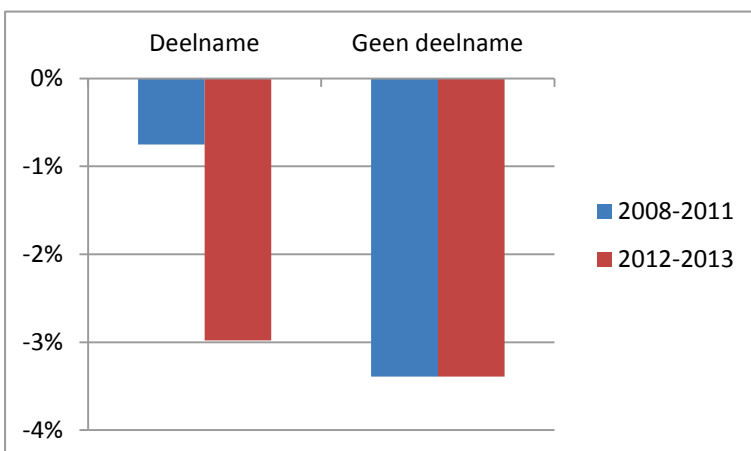
Figuur B6.4 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van fysiotherapie voor en na de start van de APS (geschoond, ongematcht)



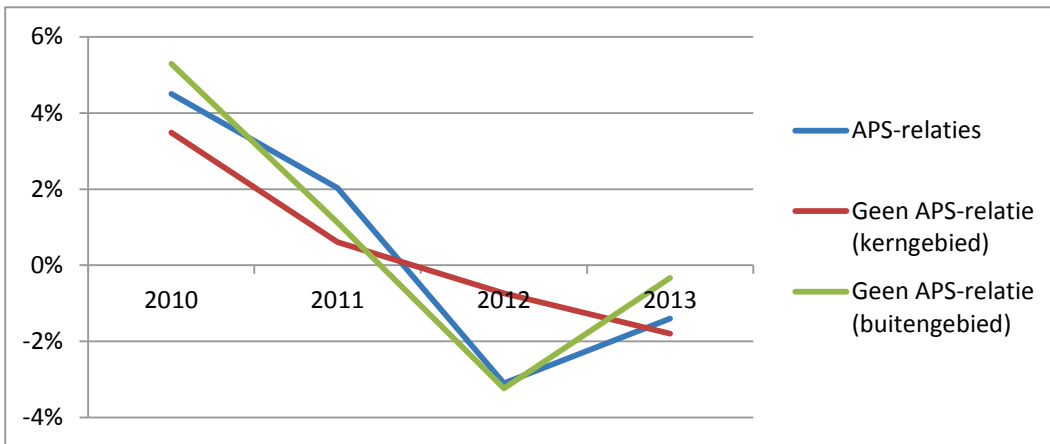
Figuur B6.5 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van fysiotherapie voor en na de start van de APS (geschoond, matching 1)



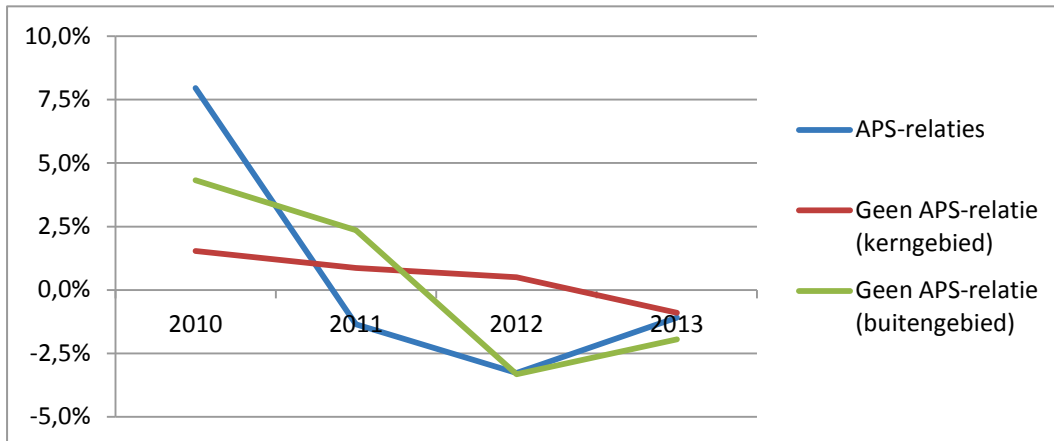
Figuur B6.6 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van fysiotherapie voor en na de start van de APS (geschoond, matching 2)



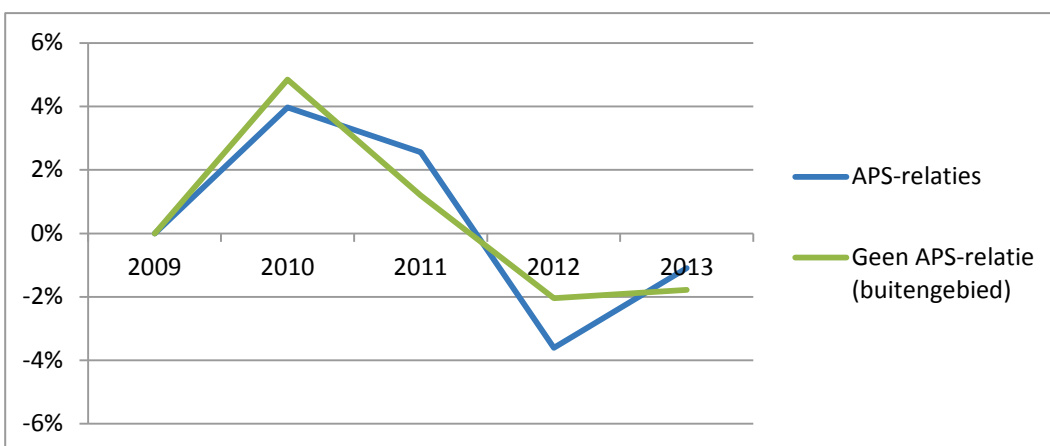
Figuur B6.7 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten fysiotherapie (geschoond, ongematcht)



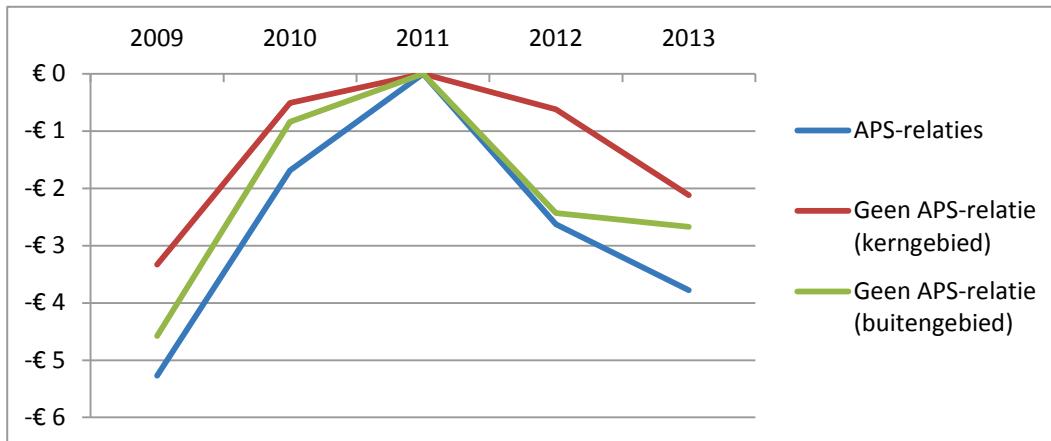
Figuur B6.8 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van fysiotherapie (geschoond, matching 1)



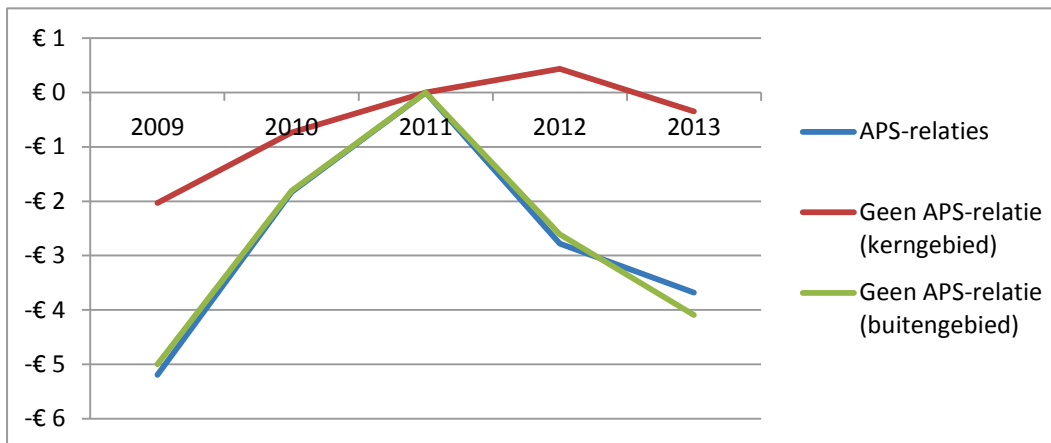
Figuur B6.9 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van fysiotherapie (geschoond, matching 2)



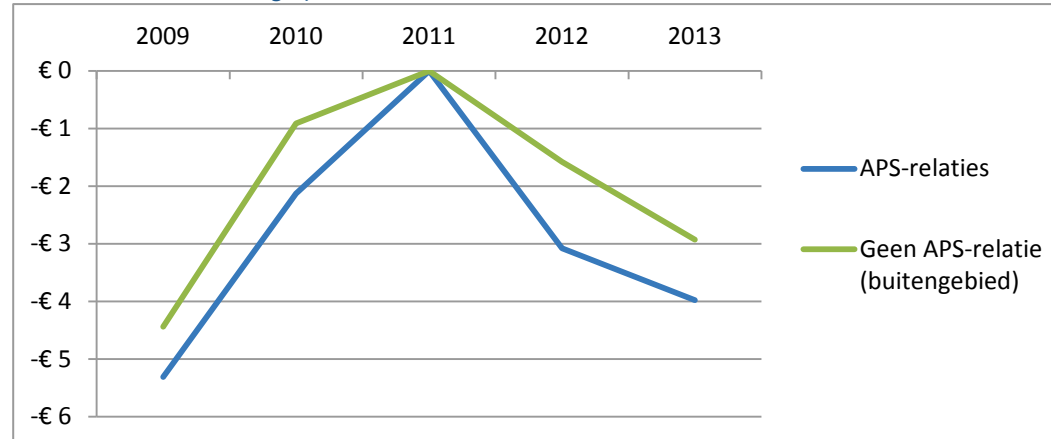
Figuur B6.10 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke fysiotherapie kosten (geschoond, ongematcht)



Figuur B6.11 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke fysiotherapie kosten (geschoond, matching 1)

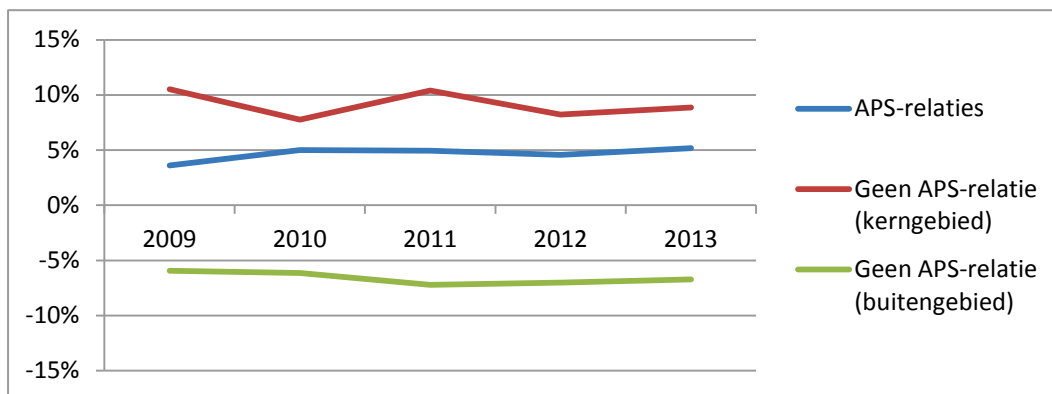


Figuur B6.12 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke fysiotherapie kosten (geschoond, matching 2)

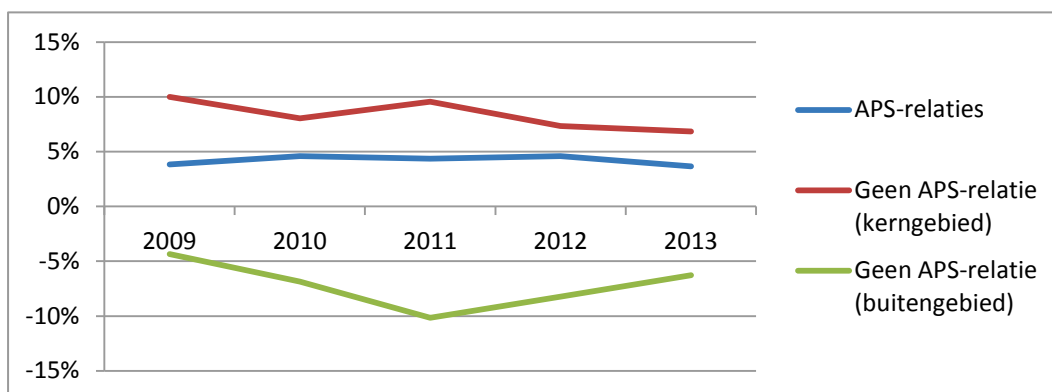


Bijlage 7 Resultaten analyses kosten: GGZ

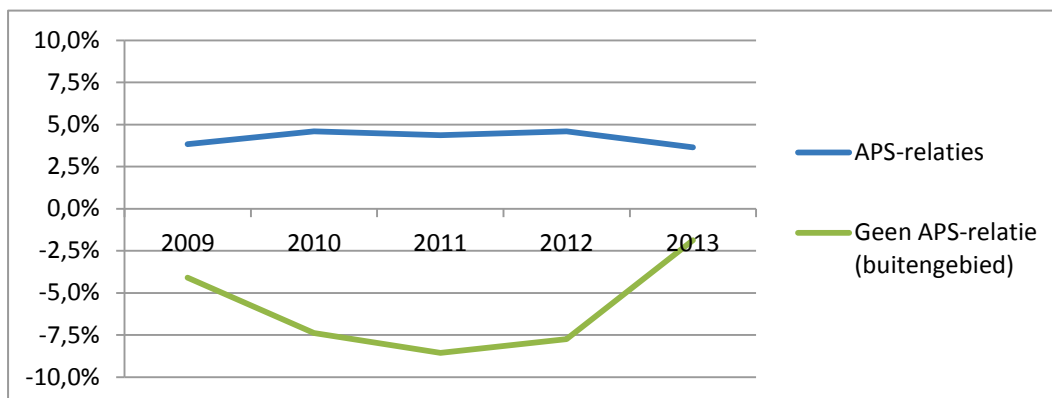
Figuur B7.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van GGZ (geschoond, ongematcht)



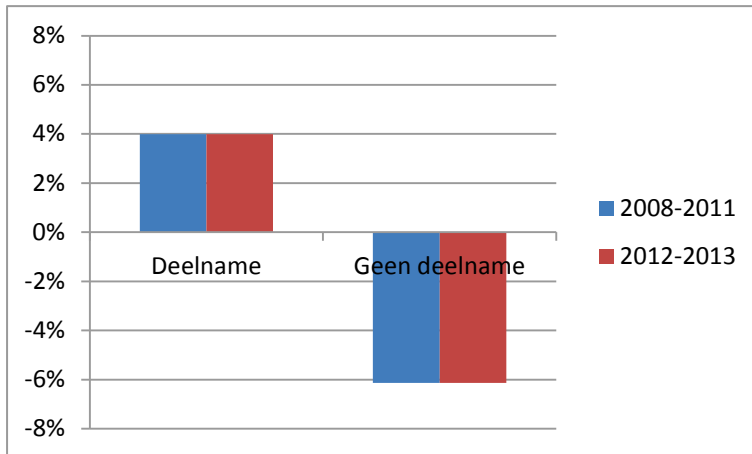
Figuur B7.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van GGZ (geschoond, matching 1)



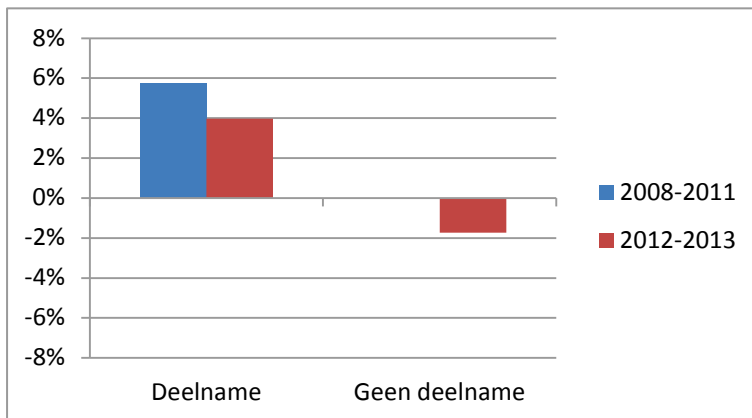
Figuur B7.3 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van GGZ (geschoond, matching 2)



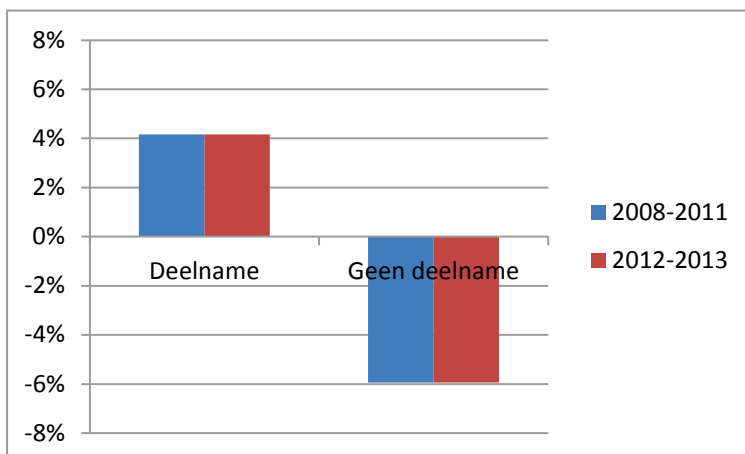
Figuur B7.4 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van GGZ voor en na de start van de APS (geschoond, ongematcht)



Figuur B7.5 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van GGZ voor en na de start van de APS (geschoond, matching 1)



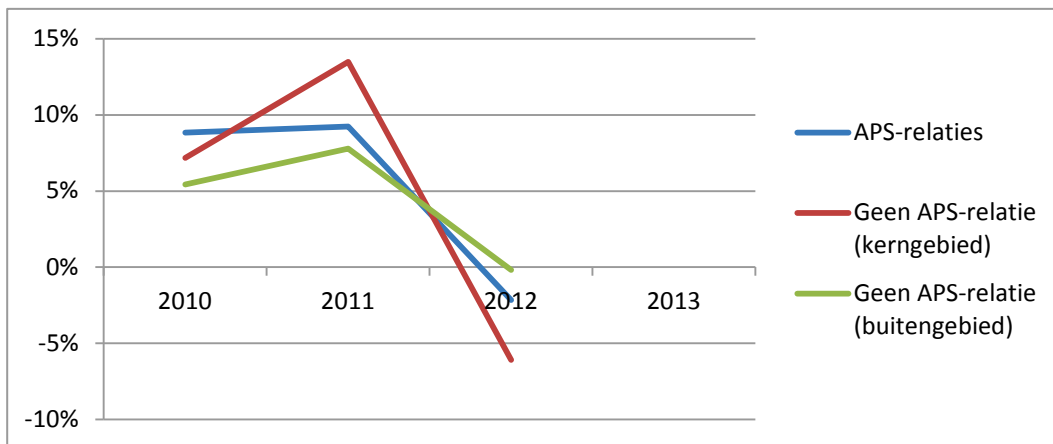
Figuur B7.6 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van GGZ voor en na de start van de APS (geschoond, matching 2)



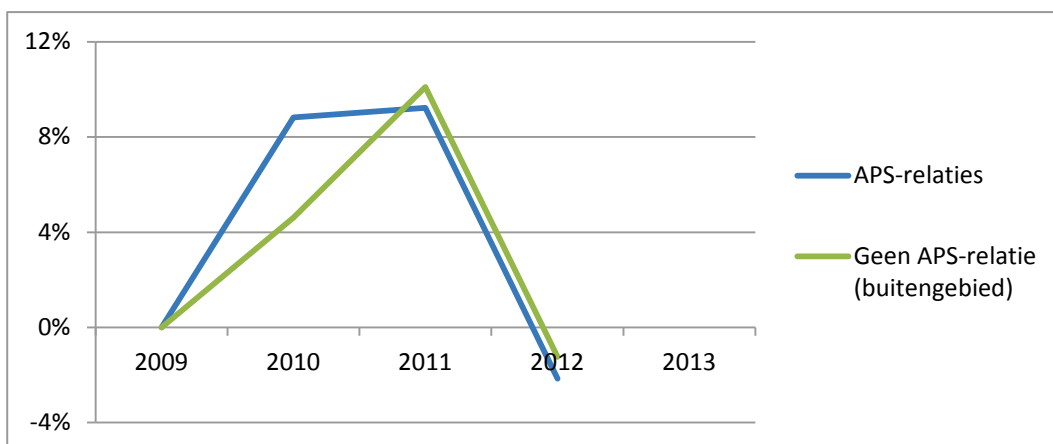
Figuur B7.7 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten GGZ (geschoond, ongematcht)



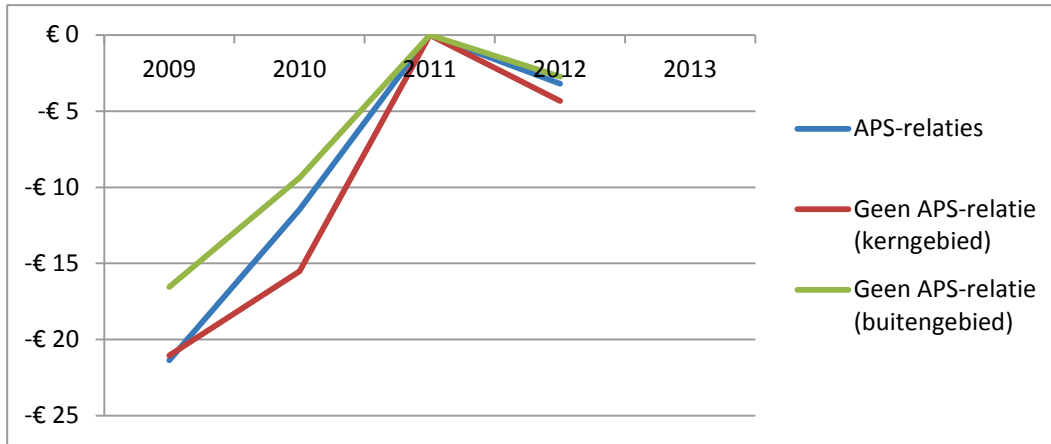
Figuur B7.8 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van GGZ (geschoond, matching 1)



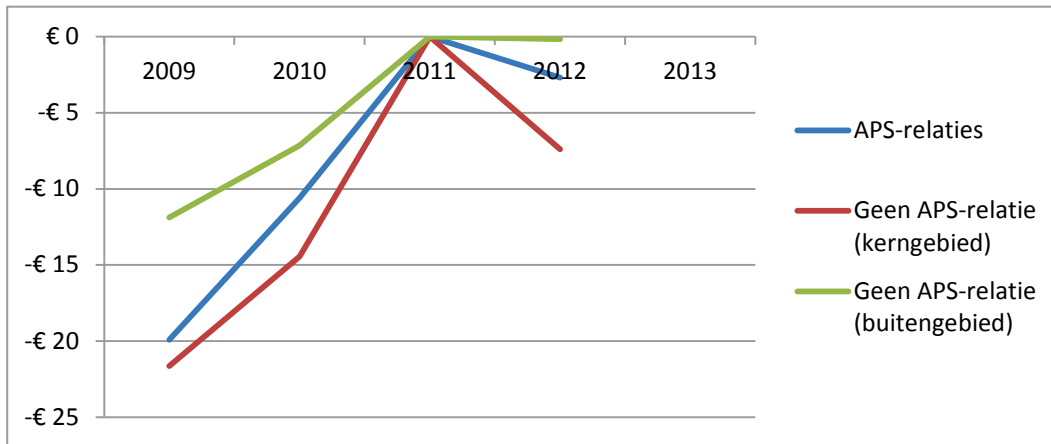
Figuur B7.9 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van GGZ (geschoond, matching 2)



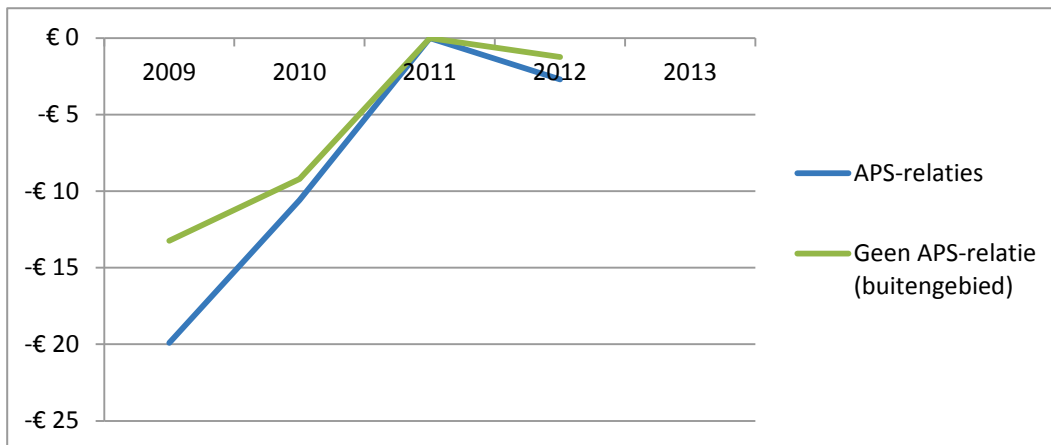
Figuur B7.10 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke GGZ kosten (geschoond, ongematcht)



Figuur B7.11 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke GGZ kosten (geschoond, matching 1)

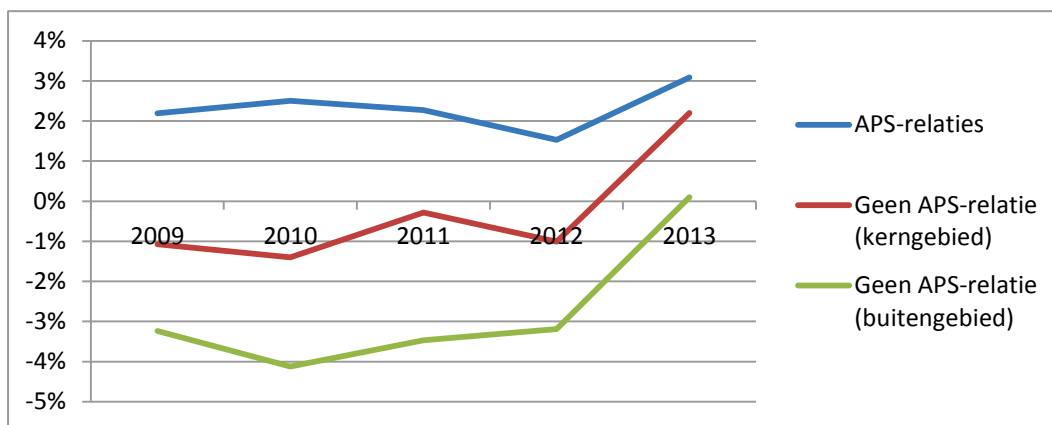


Figuur B7.12 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke GGZ kosten (geschoond, matching 2)

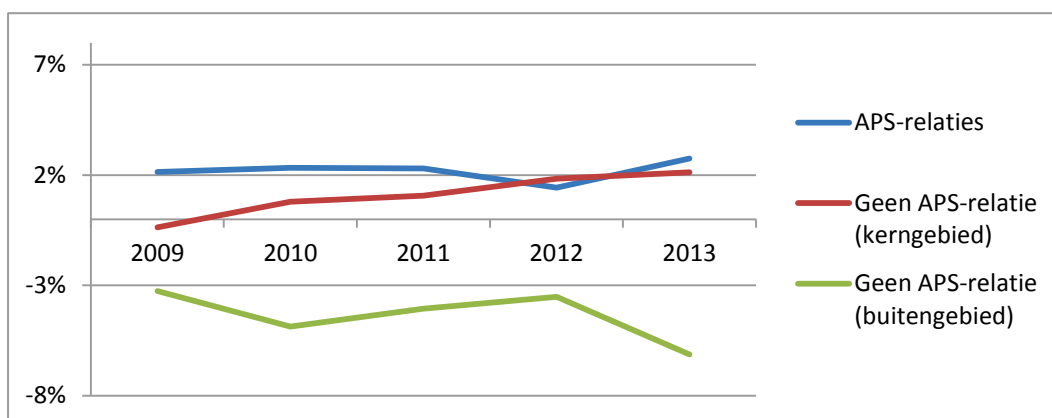


Bijlage 8 Resultaten analyses kosten: MSZ

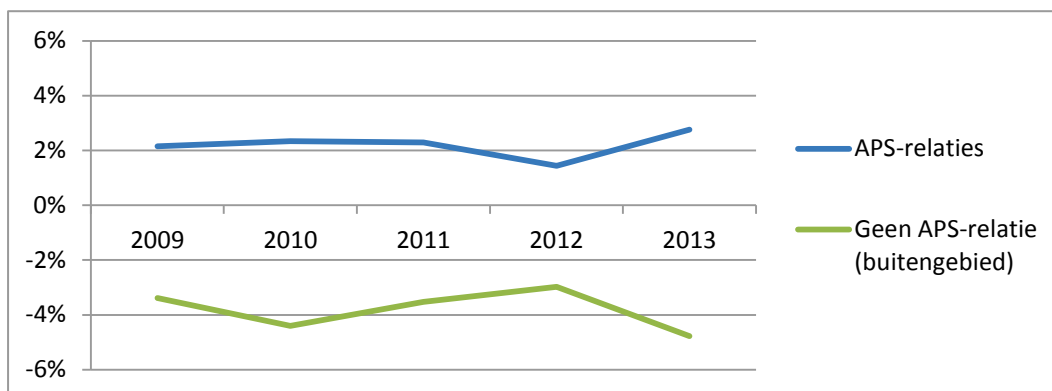
Figuur B8.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van MSZ (geschoond, ongematcht)



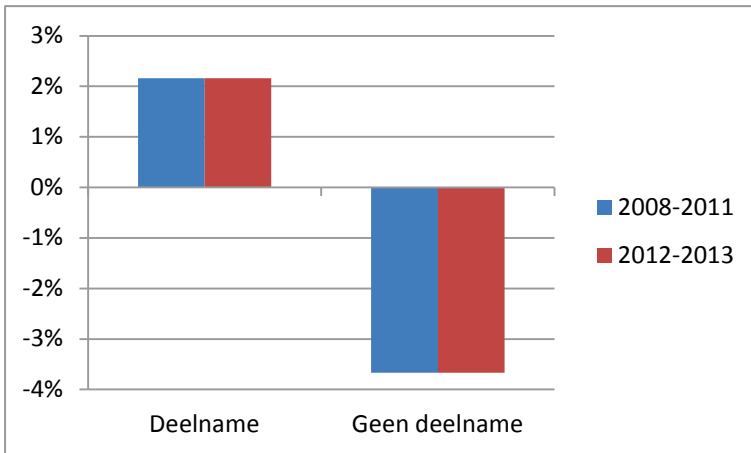
Figuur B8.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van MSZ (geschoond, matching 1)



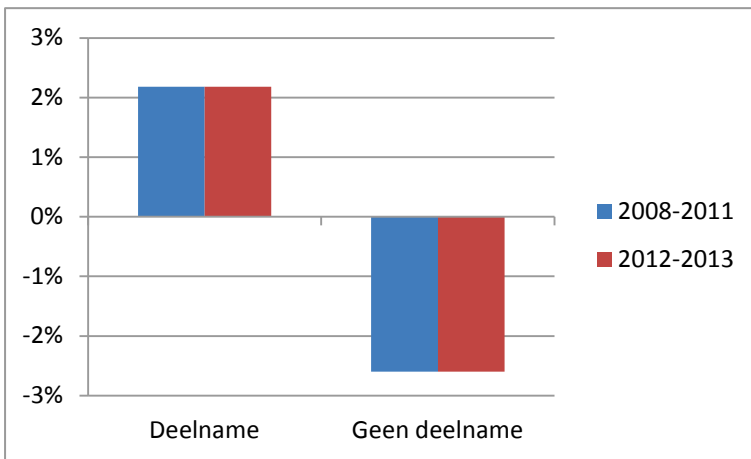
Figuur B8.3 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van MSZ (geschoond, matching 2)



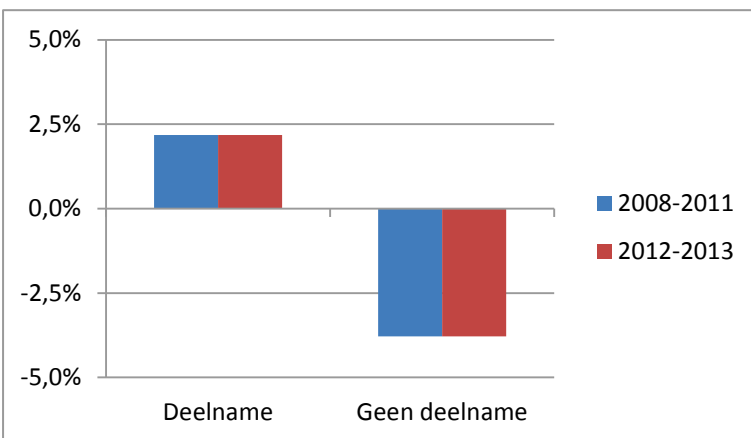
Figuur B8.4 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van MSZ voor en na de start van de APS (geschoond, ongematcht)



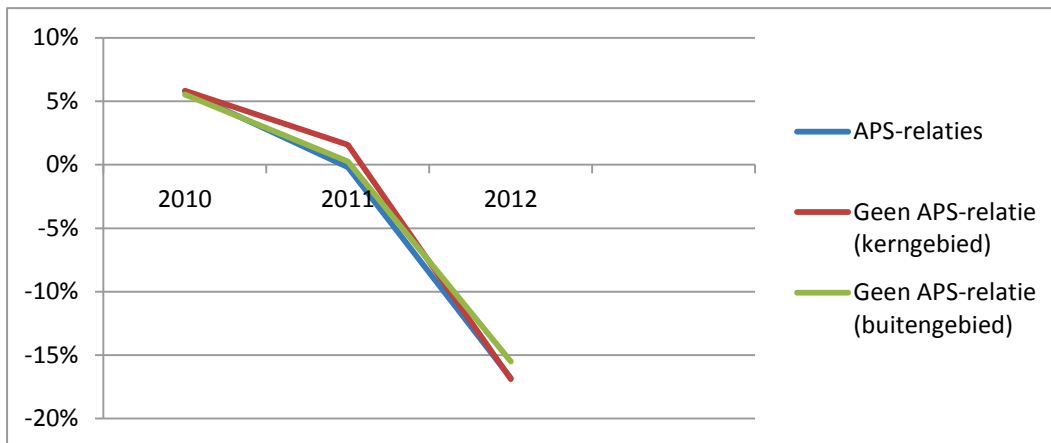
Figuur B8.5 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van MSZ voor en na de start van de APS (geschoond, matching 1)



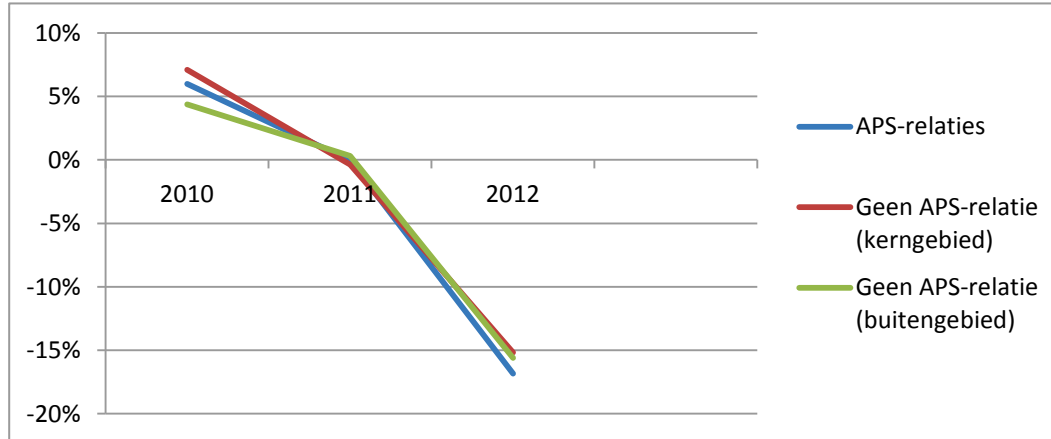
Figuur B8.6 Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van MSZ voor en na de start van de APS (geschoond, matching 2)



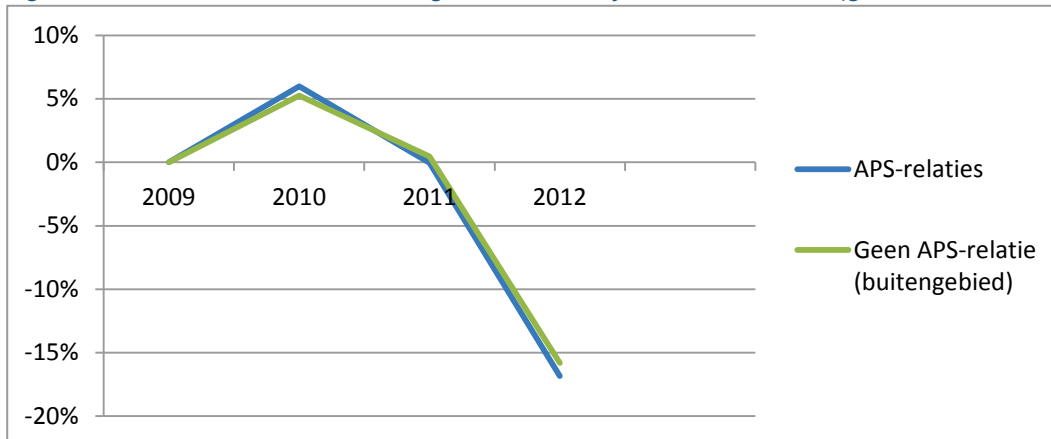
Figuur B8.7 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten MSZ (geschoond, ongematcht)



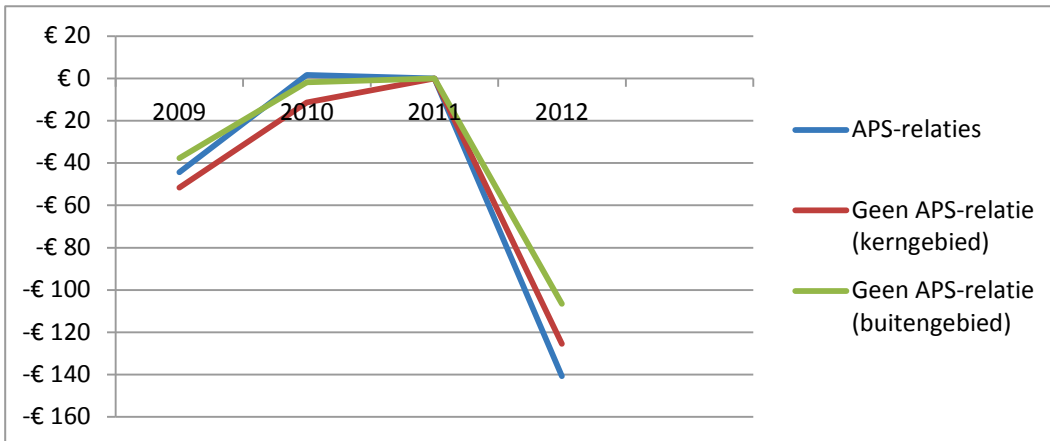
Figuur B8.8 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van MSZ (geschoond, matching 1)



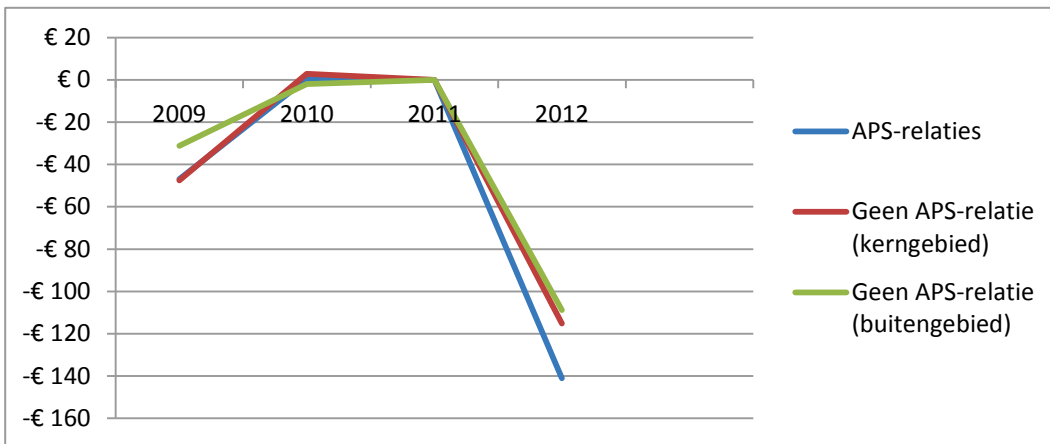
Figuur B8.9 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van MSZ (geschoond, matching 2)



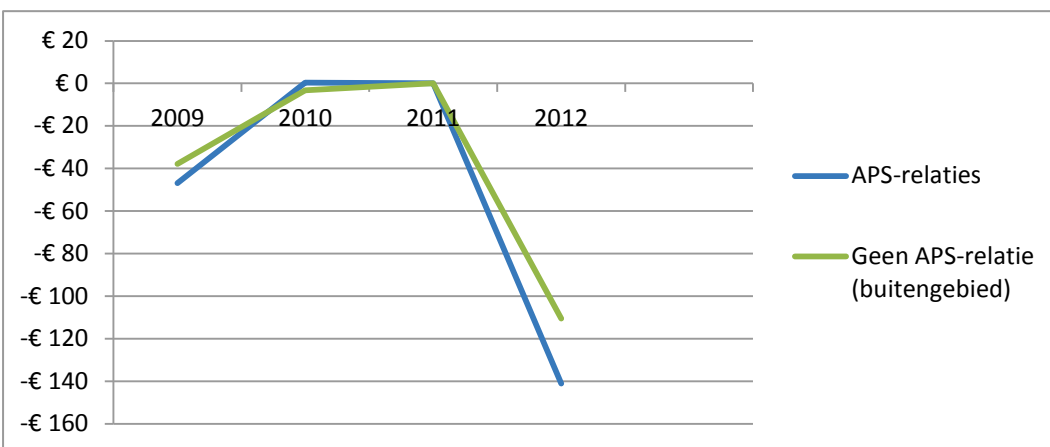
Figuur B8.10 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke MSZ kosten (geschoond, ongematcht)



Figuur B8.11 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke MSZ kosten (geschoond, matching 1)

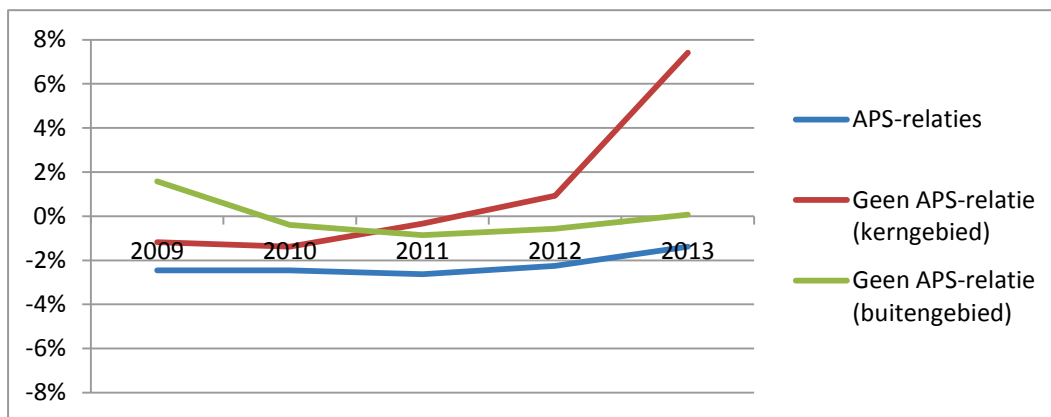


Figuur B8.12 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke MSZ kosten (geschoond, matching 2)

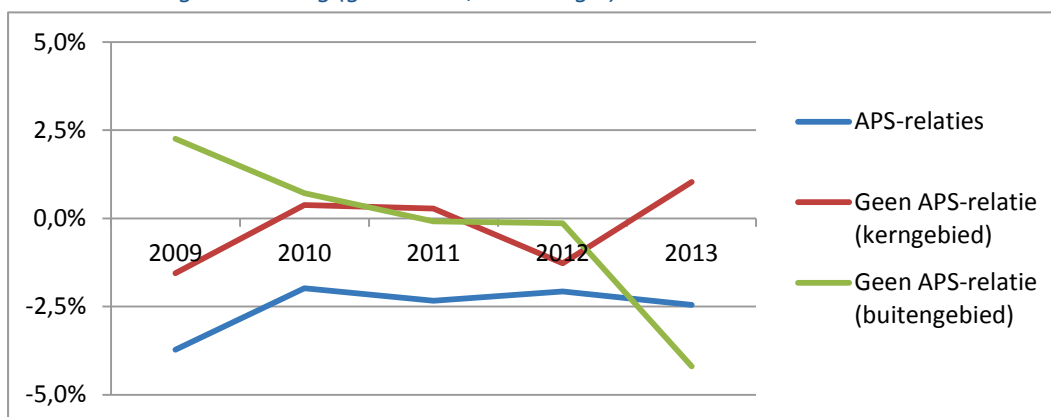


Bijlage 9 Resultaten analyses kosten: geboortezorg

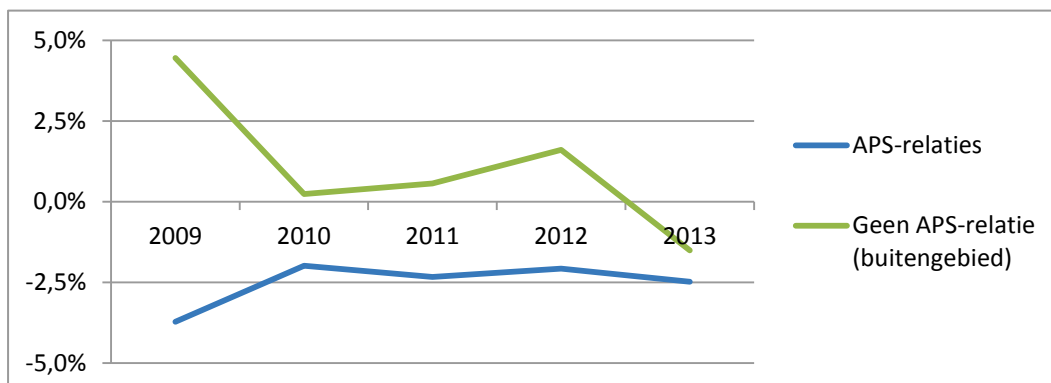
Figuur B9.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van geboortezorg (geschoond, ongematcht)



Figuur B9.2 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van geboortezorg (geschoond, matching 1)



Figuur B9.3 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van geboortezorg (geschoond, matching 2)

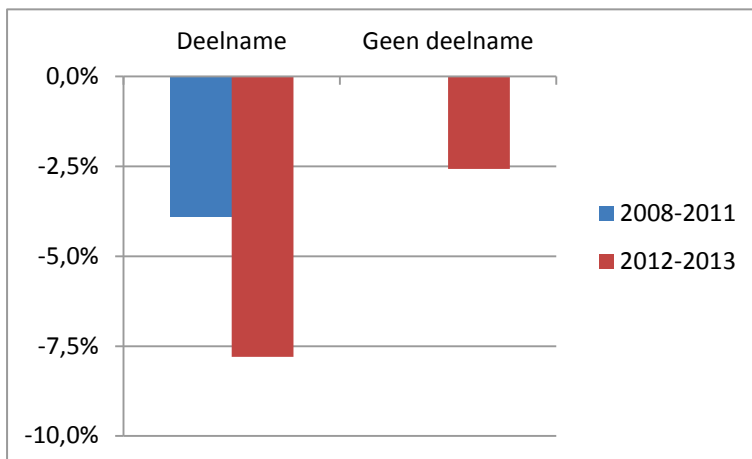


Figuur B9.4 *Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van geboortezorg voor en na de start van de APS (geschoond, ongematcht)*

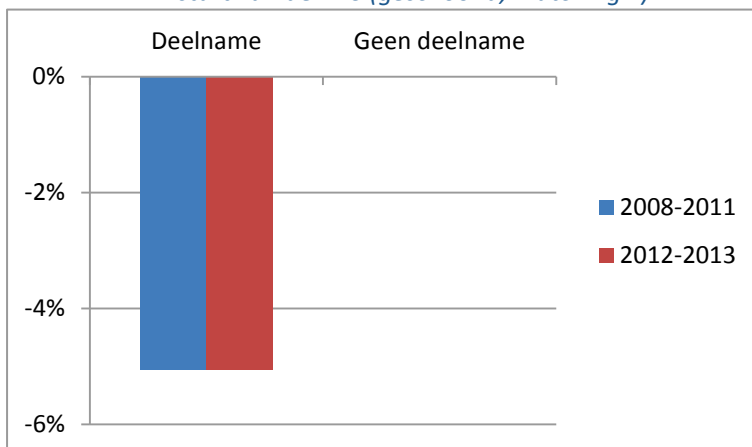


Geen van de gevonden uitkomsten was statistisch significant. Alle waarden zijn dus gelijk aan 0.

Figuur B9.5 *Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van geboortezorg voor en na de start van de APS (geschoond, matching 1)*



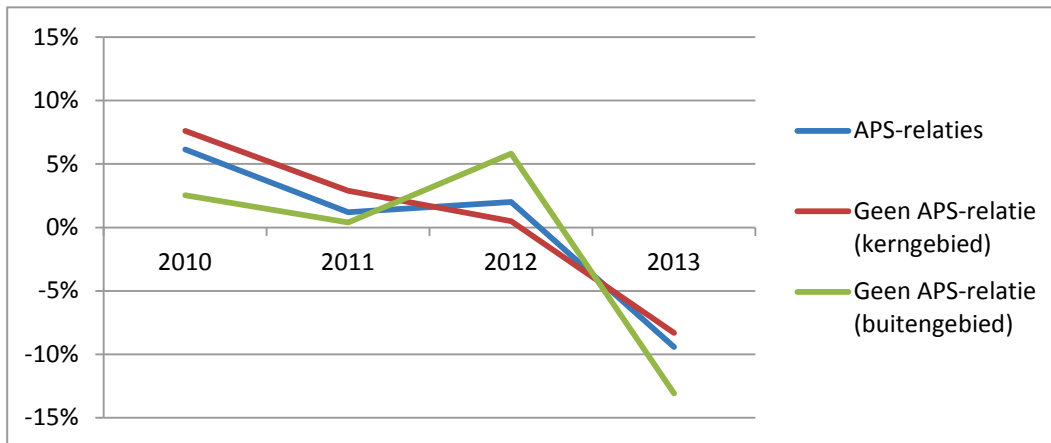
Figuur B9.6 *Het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten van geboortezorg voor en na de start van de APS (geschoond, matching 2)*



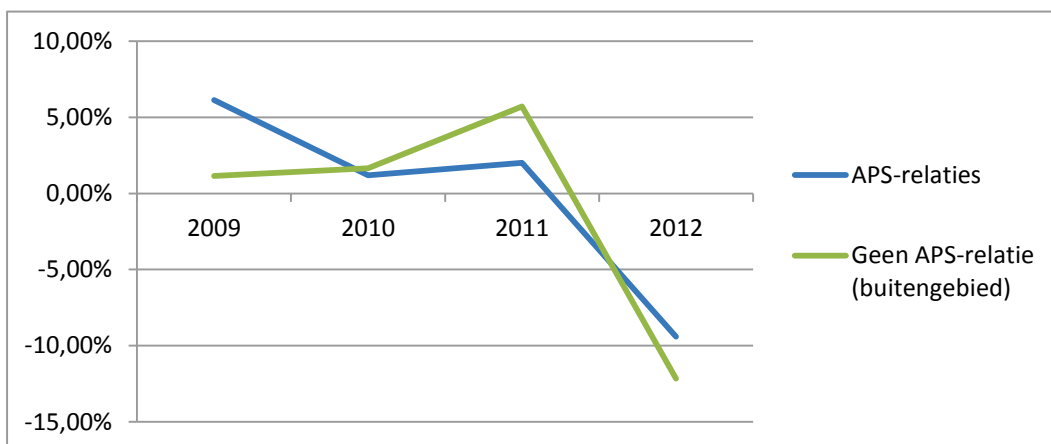
Figuur B9.7 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten geboortezorg (geschoond, ongematcht)



Figuur B9.8 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van geboortezorg (geschoond, matching 1)



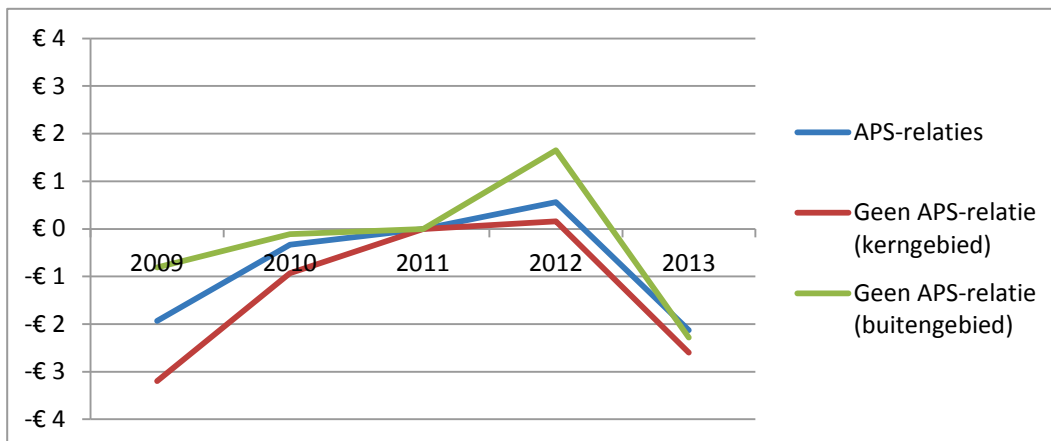
Figuur B9.9 Procentuele ontwikkeling van de werkelijke kosten van geboortezorg (geschoond, matching 2)



Figuur B9.10 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke geboortezorg kosten (geschoond, ongematcht)



Figuur B9.11 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke geboortezorg kosten (geschoond, matching 1)



Figuur B9.12 Gestandaardiseerde ontwikkeling van de werkelijke geboortezorg kosten (geschoond, matching 2)

