



De evaluatie van de Achmea PraktijkStatus

Deel 5 Eindrapport

Stef Bouwhuis
Judith D. de Jong

ISBN 978-94-6122-361-6

<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 (APS). Het NIVEL heeft de Achmea PraktijkStatus in opdracht van Achmea geëvalueerd. De resultaten van deze evaluatie zijn in verschillende deelrapporten beschreven. Dit rapport is het eindrapport, waarin de resultaten van de deelrapporten gecombineerd worden. In dit rapport geven we een overzicht van de effecten van de Achmea PraktijkStatus en een verklaring voor de gevonden effecten. Het evaluatieonderzoek is met behulp van verschillende methoden uitgevoerd, waaronder een literatuuronderzoek, een analyse van documenten van Achmea over de APS, een vragenlijst onder huisartsen, observaties, interviews met huisartsen en relatiemanagers van Achmea en een analyse van declaratiegegevens.

De verwachting van Achmea: effect op zorgkosten

Achmea biedt huisartsen via de Achmea PraktijkStatus (APS) inzicht in het zorggebruik van hun patiënten en de daarmee samenhangende zorgkosten. Huisartsen zijn volgens Achmea de spil in de integrale zorgketen. Achmea verwacht dat de APS huisartsen ondersteunt in deze rol en wil met de Achmea PraktijkStatus als partner van huisartsen optreden.

Huisartsen kunnen 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 zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg, zo veronderstelt Achmea.

Effect van de APS op werkelijke zorgkosten

De APS lijkt een effect te hebben op de totale zorgkosten die de patiënten van huisartsen maken. De totale zorgkosten van een patiënt bestaan uit de som van alle kosten voor zorg die deze patiënt ontvangt, zowel binnen de huisartsenpraktijk als erbuiten. Sinds 2011, het jaar waarin de APS ingevoerd werd, dalen de werkelijke zorgkosten die patiënten maken. De daling is sterker onder huisartsen die deelnemen aan de APS 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 bij de APS 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 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 0,7%. Voor huisartsen die niet deelnemen aan de APS is een omgekeerde ontwikkeling te zien.

Uit ons onderzoek komt naar voren dat de Achmea PraktijkStatus in de onderzochte periode vooral

een effect laat zien op de kosten van huisartsenzorg, diagnostiek en in iets mindere mate hulpmiddelen. In de onderzoeksperiode hebben we geen effect van de Achmea PraktijkStatus gevonden op kosten van medisch specialistische zorg, GGZ-zorg en geboortezorg. Dit kan gelegen zijn in het feit dat wij 2013 niet volledig hebben kunnen meenemen en het effect van de APS op deze typen zorg mogelijk juist vanaf 2013 zichtbaar zou kunnen zijn. Voor het effect van de Achmea PraktijkStatus op kosten van farmacie en fysiotherapie zijn de resultaten niet eenduidig.

Beperkingen

De meting van het effect van de APS op zorgkosten kent een aantal beperkingen. Ten eerste is er sprake van verschillende uitgangsposities 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 invoering van 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 mogelijk 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.

De verwachting van Achmea: meer vertrouwen

Achmea vindt het belangrijk dat huisartsen vertrouwen hebben in de zorgverzekeraar. Om goede zorg voor verzekerden te organiseren, moeten zorgverzekeraars en huisartsen samenwerken en daarvoor is onderling vertrouwen

De Achmea PraktijkStatus wordt besproken in een gesprek tussen een relatiemanager van Achmea en een huisarts. Dit zou kunnen bijdragen aan het verbeteren van de relatie van Achmea met huisartsen. Daarnaast maakt de APS de relatie tussen huisartsen en Achmea voor huisartsen waardevoller, volgens Achmea, omdat het hen inzicht geeft in het zorggebruik van hun patiënten. Dit zou kunnen bijdragen aan een toegenomen vertrouwen, zo was de verwachting van Achmea bij de start van de APS in 2010.

Effect van de APS op vertrouwen

Het blijkt dat er tussen 2011 en 2013 sprake is van een daling van het vertrouwen in Achmea. Deze daling is het sterkst voor huisartsen in het kerngebied van Achmea die niet deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus. Voor huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus is de daling het minst sterk. Op basis hiervan concluderen we dat de Achmea PraktijkStatus een dempend effect lijkt te hebben op de daling van het vertrouwen in Achmea.

Het dalende vertrouwen in Achmea past in een algemeen beeld van laag en dalend vertrouwen in zorgverzekeraars. Uit een onderzoek naar de contractering van zorggroepen is gebleken dat slechts 26% van de zorggroepen zorgverzekeraars vertrouwt. Ook onder verzekerden daalt het vertrouwen in zorgverzekeraars. In deze evaluatie hebben we huisartsen ook gevraagd naar het vertrouwen naar zorgverzekeraars in het algemeen. Ook hier blijkt dat het vertrouwen in zorgverzekeraars in

het algemeen is afgenomen tussen 2011 en 2013. Deze daling is het minst onder huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus.

De uitvoering van de Achmea PraktijkStatus

De evaluatie van de Achmea PraktijkStatus bestond niet alleen uit het bepalen van effecten op kosten en vertrouwen. We hebben ook een verklaring gezocht voor de gevonden effecten. Dit hebben we gedaan door de manier waarop de Achmea PraktijkStatus is uitgevoerd te vergelijken met de veronderstellingen van Achmea over hoe de Achmea PraktijkStatus kan bijdragen aan de gestelde doelen en de wetenschappelijke evidentie over dit soort interventies.

De Achmea PraktijkStatus lijkt bij te dragen aan de doelen zoals Achmea die geformuleerd heeft. Het ligt dus voor de hand om de Achmea PraktijkStatus voort te zetten. De Achmea PraktijkStatus is echter niet volledig uitgevoerd zoals bedacht door Achmea. Dit betekent dat er ruimte is voor verbeteringen in de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus, die bij kunnen dragen aan een grotere effectiviteit. We kunnen verbeterpunten formuleren over de volgende twee onderwerpen:

- 1 Inzicht in zorgkosten
- 2 Alternatieve gedragsopties en afspraken

1 Inzicht in zorgkosten

Achmea verwacht dat de Achmea PraktijkStatus het inzicht van huisartsen in zorgkosten vergroot, en dat zij hun gedrag zullen veranderen als de APS laat zien dat werkelijke kosten afwijken van verwachte kosten. Uit deze evaluatie blijkt dat deelname aan de APS geen invloed heeft op de mate waarin huisartsen de kosten kunnen inschatten die gepaard gaan met hun verwijs- en voorschrijfgedrag. Op basis van deze evaluatie doen wij drie voorstellen om de Achmea PraktijkStatus meer bij te laten dragen aan het inzicht van huisartsen in zorgkosten.

Ten eerste laat de tijdigheid van de Achmea PraktijkStatus te wensen over. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat feedback effectiever is, als het gegeven wordt direct na het gedrag waar het betrekking op heeft. Tussen het moment waarop de Achmea PraktijkStatus besproken wordt met een huisarts en het jaar waarop de betreffende Achmea PraktijkStatus betrekking heeft, zit echter ongeveer drie jaar. Dit maakt het voor huisartsen moeilijk om een verklaring te vinden voor eventuele afwijkingen. Als een huisarts niet weet waardoor een afwijking is ontstaan, zal het niet mogelijk zijn om de afwijking te verminderen. Daardoor zal het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten beperkt worden. Daarnaast geven sommige huisartsen aan dat de oorzaak van een verschil tussen werkelijke en verwachte kosten intussen al is aangepakt. In dat geval is de feedback in de Achmea PraktijkStatus dus achterhaald en zal het niet leiden tot een effect op zorgkosten.

Dat er drie jaar zit tussen het bespreken van de APS en het gedrag waarover de APS gaat maakt het geven van terugkoppeling aan huisartsen ook moeilijk.

Ten tweede worden de correctiefactoren die Achmea gebruikt in de berekening van de werkelijke en verwachte kosten niet altijd goed uitgelegd door huisartsen en relatiemanagers. Hierdoor denkt een deel van de huisartsen dat de data, zoals één huisarts het verwoordde, 'ruis' bevat. Daarmee wordt bedoeld dat niet gecorrigeerd wordt voor factoren waar huisartsen geen invloed op hebben. Voor sommige factoren die genoemd worden tijdens observaties en interviews is echter wel gecorrigeerd. De Achmea PraktijkStatus bevat dus in sommige gevallen minder 'ruis', dan huisartsen denken. Het gevolg is dat de mogelijkheden die de Achmea PraktijkStatus heeft om het

inzicht van huisartsen te vergroten, niet altijd ten volle benut worden. Door de correctiefactoren goed te communiceren kan het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten mogelijk vergroot worden.

Ten derde kan het gebruiken van regionale vergelijkingen het inzicht van huisartsen vergroten. Sommige regionaal gebonden kenmerken van patiënten, zoals religie, worden nu niet meegenomen in de berekening van verwachte kosten. Door het gebruik van een regionale vergelijking kunnen huisartsen niet alleen zien hoe zij het doen in vergelijking tot een landelijk gemiddelde, maar ook in vergelijking tot huisartsen in de regio. Dit kan bijdragen aan de mate waarin de Achmea PraktijkStatus tot inzicht in zorgkosten leidt, omdat er op deze manier rekening wordt gehouden met lokale verschillen tussen patiëntenpopulaties en verschillen in zorgaanbod. Als gevolg daarvan kan het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten mogelijk toenemen. Om regionale vergelijkingen te maken bestaat de Regiostatus. Tijdens één observatie is de Regiostatus besproken. Het is onbekend in welke mate de Regiostatus in de praktijk gebruikt wordt.

2 Alternatieve gedragsopties en afspraken

Het effect van feedback is sterker als het gepaard gaat met alternatieve gedragsopties en het maken van afspraken. Ook Achmea verwacht dat alternatieve gedragsopties, in de vorm van 'best practices' en afspraken met huisartsen over verbeterplannen bijdragen aan het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten. Uit deze evaluatie blijkt echter dat in de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus alternatieve gedragsopties en afspraken geen grote rol spelen. In 2013, bijvoorbeeld, werd in 43% van de gesprekken met huisartsen geen afspraak gemaakt. Uit observaties bij gesprekken tussen relatiemanagers en huisartsen blijkt dat ook in een deel van deze gesprekken alternatieve gedragsopties geen rol spelen. De verwachting is dat het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten zal toenemen als alternatieve gedragsopties vaker worden aangeboden en vaker afspraken met huisartsen gemaakt worden.

Context van de APS

De APS is ingevoerd in de context van het Nederlandse zorgstelsel. Achmea verwacht dat de huisarts de spil vormt in dit stelsel en daardoor invloed uit kan oefenen op het gedrag van patiënten en andere zorgverleners. Uit deze evaluatie blijkt echter dat huisartsen deze rol niet altijd op zich kunnen nemen volgens henzelf, bijvoorbeeld als gevolg van het gedrag van andere zorgverleners waar zij volgens hen weinig invloed op hebben. Daarnaast willen ze die rol niet altijd op zich nemen. Dit beperkt de invloed van de APS op segmenten waarin de zorgkosten grotendeels bepaald worden door het gedrag van andere zorgverleners.

Monitoring

De periode tussen 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. Het ligt voor de hand om hier een onderscheid te maken tussen segmenten waarop huisartsen relatief veel invloed hebben, zoals huisartsenzorg en

segmenten waarop zij minder direct invloed hebben, zoals de medisch specialistische zorg als een patiënt eenmaal verwezen is.

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 waren. 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: De Achmea Praktijkstatus	10
1.1 Achtergrond	10
1.1.1 De implementatie van de Achmea PraktijkStatus	10
1.1.2 Zorgverzekeraars in de Zorgverzekeringswet	10
1.1.3 Beïnvloeding door zorgverzekeraars	10
1.2 De Achmea PraktijkStatus	11
1.3 De werking van feedback	13
1.4 Dit rapport	14
1.4.1 Opzet van de beleidsevaluatie	14
1.4.2 Eindrapport	14
1.5 Doel en onderzoeksvraag	15
1.6 Leeswijzer	16
2 Het effect van de APS op zorgkosten	17
2.1 Effect van de Achmea PraktijkStatus op totale zorgkosten	17
2.2 Effect van de Achmea PraktijkStatus op kosten in verschillende segmenten	20
2.2.1 Segmenten: farmacie, huisartsenzorg, hulpmiddelen en diagnostieks	21
2.2.2 Segmenten fysiotherapie, GGZ, MSZ en geboortezorg	23
2.3 Conclusie	24
3 Het effect van de APS op vertrouwen	26
3.1 Het vertrouwen van huisartsen in Achmea	26
3.2 Het vertrouwen van huisartsen in zorgverzekeraars in het algemeen	29
3.3 Het vertrouwen in relatiemanagers	30
3.4 Conclusie	30
4 Verklaring voor effecten: de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus	32
4.1 De uitvoering van de Achmea PraktijkStatus vergeleken met de beleidstheorie van Achmea	32
4.1.1 Inzicht in zorgkosten	33
4.1.2 Afspraken en alternatieve gedragsopties	34
4.2 De context van de Achmea PraktijkStatus: het Nederlandse zorgstelsel	35
4.3 Conclusie	37
4.3.1 Het effect van de Achmea PraktijkStatus en verbeterpunten	37
4.3.2 Zorgverzekeraars en de Achmea PraktijkStatus in het zorgstelsel	37
4.3.3 De invoering van een feedbackinstrument	38
4.3.4 Vervolgstappen	38
5 Methodologische verantwoording	39
5.1 Effectmeting: zorgkosten	39

5.1.1 Gebruikte bronnen	39
5.1.2 Operationalisatie van concepten	39
5.1.3 Gebruikte analyses	40
5.2 Effectmeting: vertrouwen	41
5.2.1 Gebruikte bronnen	41
5.2.2 Operationalisatie van concepten	41
5.2.3 Gebruikte analyses	42
5.3 Verklaring voor patroon van gevonden effecten	42
5.3.1 Gebruikte bronnen	42
5.3.2 Operationalisatie van concepten	43
5.3.3 Gebruikte analyses	43
5.4 Beperkingen van dit onderzoek	43
5.4.1 Lage respons vragenlijsten vertrouwen	43
5.4.2 Geen kenmerken van huisartsen en gespreken in analyses over effect op zorgkosten	43
5.4.3 Beperkt aantal observaties en interviews	44
Literatuur	45

1 Inleiding: De Achmea Praktijkstatus

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 5: het eindrapport.

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 van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 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 proberen de kosten van zorg te beheersen en de kwaliteit van zorg te verbeteren (Schut en Van de Ven, 2011). Doordat zorgverzekeraars met elkaar concurreren om verzekerden worden zij gestimuleerd om verzekerden 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). Om invloed uit te kunnen oefenen op de kosten en kwaliteit van zorg die hun patiënten gebruiken,

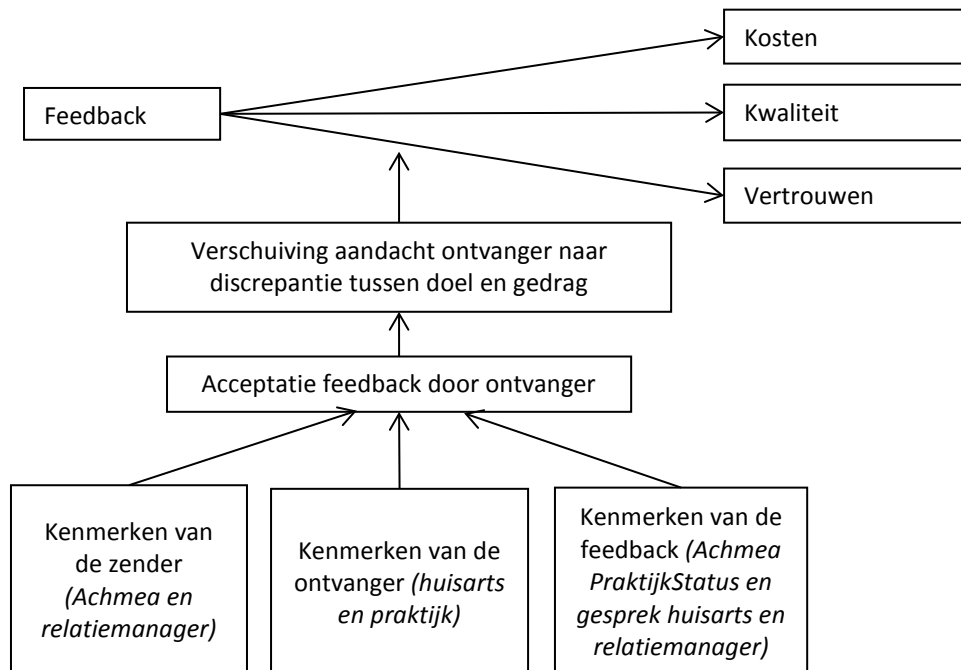
moeten huisartsen wel inzicht hebben in dat zorggebruik, zo veronderstelt Achmea. De APS biedt hen dat inzicht. Hierdoor kan de APS de huisarts ondersteunen in zijn rollen als beoordelaar, behandelaar en gids. De kosten die een patiënt van een huisartsenpraktijk maakt worden vergeleken met een benchmark. 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 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 heeft op de verwachte kosten. Een ander effect is dat de verwachte kosten van alle huisartsen veranderen, als ze bij één huisarts veranderen. Er is dus sprake van communicerende vaten: verandert er bij één (groep) huisartsen iets in de werkelijke 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.

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. In principe nemen alleen huisartsen met meer dan 1000 Achmea-verzekerden deel. 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 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 de feedback ook belangrijk is. Als dit niet het geval is, 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 een voor hen belangrijk 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, Fisher, en Taylor, 1979). Naarmate de discrepantie tussen de feedback en het zelfbeeld groter wordt, is de kans op acceptatie kleiner (Anseel en Lievens, 2009; Anseel, Van Yperen, Janssen, en Duyck, 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. 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 relatiemanagers 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 Achmea PraktijkStatus 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 Achmea PraktijkStatus bestaat uit vier stappen:

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

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 Achmea PraktijkStatus niet in- en uitgevoerd is in overeenstemming met de beleidstheorie. Een andere mogelijkheid is dat er geen wetenschappelijke evidentie is voor de beleidstheorie en dat daarom de verwachte effecten niet optreden. Het is belangrijk om de gevonden effecten te verklaren, omdat we met dit onderzoek niet alleen inzicht willen geven in de effecten, maar ook verbeterpunten aan willen dragen die kunnen bijdragen aan een grotere effectiviteit van de APS.

1.4.2 Eindrapport

De resultaten van stap 1 tot en met 4 staan beschreven in deelrapporten 1 tot en met 4. In dit rapport worden de bevindingen van deze stappen gecombineerd. Eerst zullen de effecten van de APS beschreven worden. In deze evaluatie is het effect van de APS op zorgkosten en op vertrouwen van huisartsen in Achmea onderzocht. Het effect op kwaliteit is buiten beschouwing gelaten. Hier zijn twee redenen voor. Ten eerste beschikten we niet over data die we konden gebruiken om het effect van de APS op kwaliteit te bepalen. Ten tweede bleek tijdens het bestuderen van de uitvoering van de APS dat er meer aandacht besteed wordt aan zorgkosten dan aan kwaliteit. Het

grootste deel van de informatie in het APS-document gaat over zorgkosten en tijdens de gesprekken tussen relatiemanagers en huisartsen was er ook relatief weinig aandacht voor kwaliteit.

Nadat het effect van de APS op zorgkosten en vertrouwen is besproken vergelijken we de uitvoering van de APS met de beleidstheorie van Achmea en de wetenschappelijke literatuur over feedback. Als de APS niet uitgevoerd is zoals verwacht of als de uitvoering afwijkt van wat er in de literatuur bekend is over de werking van feedback, verklaart dit mogelijk waarom sommige effecten wel en andere niet optreden. Uit de vergelijking van de beleidstheorie, wetenschappelijke evidentie en uitvoering van de APS leiden we verbeterpunten af die bij kunnen dragen aan een grotere effectiviteit van de APS.

1.5 Doel en onderzoeksvraag

Met de evaluatie van de Achmea PraktijkStatus beogen we twee doelen. Ten eerste het bepalen van het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten en het vertrouwen van huisartsen in Achmea. Het tweede doel is het formuleren van verbeterpunten om de effectiviteit van de Achmea PraktijkStatus te vergroten. Om verbeterpunten te kunnen formuleren bestuderen we de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus en vergelijken we deze uitvoering met de veronderstellingen van Achmea omtrent de uitvoering (de beleidstheorie) en de wetenschappelijke literatuur over feedback.

‘In welke mate leidt de Achmea PraktijkStatus tot het verwachte effect op zorgkosten en het vertrouwen van huisartsen in Achmea en welke verbeterpunten kunnen aangedragen worden voor de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus?’

Om deze hoofdvraag te beantwoorden zullen we de volgende deelvragen behandelen. De deelvragen zijn gebaseerd op de opzet van de evaluatie van de Achmea PraktijkStatus.

1. Wat is het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten?
 - a. Wat is het effect van de Achmea PraktijkStatus op de totale zorgkosten?
 - b. Wat is het effect van de Achmea PraktijkStatus op kosten in verschillende zorgsegmenten?
2. Wat is het effect van de Achmea PraktijkStatus op het vertrouwen van huisartsen in Achmea?
3. In welke mate is er wetenschappelijke evidentie voor de veronderstellingen van Achmea over het functioneren van de Achmea PraktijkStatus?
 - a. Welke veronderstellingen heeft Achmea over het functioneren van de Achmea PraktijkStatus?
 - b. In welke mate is er wetenschappelijke evidentie voor deze veronderstellingen?
4. In welke mate wordt de Achmea PraktijkStatus uitgevoerd in overeenstemming met de veronderstellingen van Achmea over het functioneren van de Achmea PraktijkStatus en de wetenschappelijke evidentie hiervoor?

- a. Welke veronderstellingen heeft Achmea over het functioneren van de Achmea PraktijkStatus en welke wetenschappelijke evidentie is hiervoor? (Beantwoord in deelvraag 3.)
 - b. Op welke manier is de Achmea PraktijkStatus in-en uitgevoerd?
 - c. In welke mate zijn er verschillen tussen de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus enerzijds en de veronderstellingen van Achmea over de uitvoering ervan en de wetenschappelijke evidentie voor deze veronderstellingen anderzijds?
5. Onder welke omstandigheden, die mogelijk de effectiviteit ervan beïnvloeden, is de Achmea PraktijkStatus ingevoerd?

1.6 Leeswijzer

De antwoorden op de deelvragen die hierboven genoemd zijn, zijn beschreven in eerdere rapporten. In dit rapport zal een samenvatting van deze bevindingen gepresenteerd worden. Deze samengevatte bevindingen gebruiken we om het gevonden patroon van effecten van de Achmea PraktijkStatus te verklaren. In de tekst zal worden verwezen naar de rapporten waarop het betreffende hoofdstuk gebaseerd is. Lezers die meer willen weten over het onderwerp in het betreffende hoofdstuk worden verwezen naar de NIVEL website (www.nivel.nl), waarop de deelrapporten te vinden zijn.

In het volgende hoofdstuk bespreken we de effecten van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten. In het hoofdstuk erna komen de effecten op het vertrouwen van huisartsen in Achmea aan bod. In het daaropvolgende hoofdstuk geven we verklaringen voor het patroon van gevonden effecten op zorgkosten en vertrouwen. In het laatste hoofdstuk staat de methodologische verantwoording van het onderzoek.

2 Het effect van de APS op zorgkosten

Dit onderzoek laat zien dat sinds 2011 de totale zorgkosten die patiënten van huisartsen maken, dalen. Deze daling is sterker voor huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus dan voor huisartsen die niet deelnemen. In de analyses is onderscheid gemaakt tussen drie groepen huisartsen:

- 1 Huisartsen die niet deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus en zich in het buitengebied van Achmea bevinden (controlegroep 1);
- 2 Huisartsen die niet deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus en zich in het kerngebied van Achmea bevinden (controlegroep 2);
- 3 Huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus.

In box 2.1 staat uitgelegd wat het onderscheid tussen kern- en buitengebied inhoudt en waarom het gemaakt is.

Box 2.1 Twee controlegroepen

De ontwikkeling in de Achmea PraktijkStatus-groep is vergeleken met de ontwikkeling in twee controlegroepen. De eerste controlegroep bestaat uit huisartsen die niet deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus, maar die zich wel in het kerngebied van Achmea bevinden. Huisartsen in het kerngebied zijn huisartsen die van Achmea een contractaanbod hebben ontvangen. De tweede controlegroep bestaat uit huisartsen die niet deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus en zich in het buitengebied van Achmea bevinden. Het buitengebied zijn de huisartsen die geen contractaanbod van Achmea gehad hebben. Achmea volgt de contracten die andere zorgverzekeraars met deze huisartsen sluiten. Er is gekozen om met twee controlegroepen te werken, omdat dit een beter beeld geeft van het additionele effect van de Achmea PraktijkStatus. Als de ontwikkeling in de Achmea PraktijkStatus-groep namelijk alleen verschilt van de ontwikkeling bij huisartsen in het buitengebied, dan is de ontwikkeling mogelijk een gevolg van algemeen Achmea-(inkoop)beleid en niet van de Achmea PraktijkStatus.

In dit hoofdstuk lichten we het effect van de Achmea PraktijkStatus op de totale zorgkosten en de verschillende segmenten toe.

Bij het bepalen van het effect van de APS op zorgkosten hebben we geen rekening kunnen houden met kenmerken van huisartsen, de APS en Achmea die mogelijk van invloed zijn geweest. Uit de literatuur blijkt echter dat het waarschijnlijk is dat deze kenmerken wel invloed gehad hebben. De conclusies in dit hoofdstuk zijn dan ook gebaseerd op het bestuderen van trends in de kostenontwikkeling voor en na de invoering van de APS. Door te werken met twee controlegroepen, te corrigeren voor kenmerken van patiëntenpopulaties en door verschillende analyses uit te voeren met verschillende uitkomstmaten en op verschillende databestanden hebben we de conclusies zo robuust mogelijk gemaakt.

2.1 Effect van de Achmea PraktijkStatus op totale zorgkosten

Om het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten te bepalen, is gewerkt met twee uitkomstmaten:

- 1 De ontwikkeling van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten
- 2 De ontwikkeling van werkelijke kosten.

In box 2.2 leggen we uit wat deze twee uitkomstmaten inhouden en waarom we ervoor gekozen hebben met twee uitkomstmaten te werken.

Box 2.2 Twee uitkomstmaten

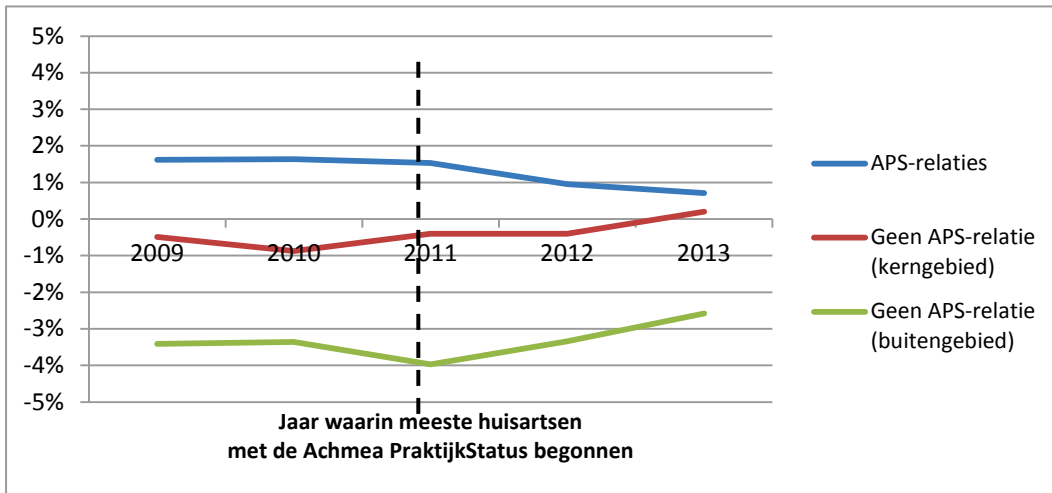
We werken met twee uitkomstmaten: 1) het verschil tussen verwachte en werkelijke kosten en 2) werkelijke kosten.

De verwachte zorgkosten zijn gebaseerd op de patiëntenpopulatie van een huisarts. Als een huisarts bijvoorbeeld een relatief oude populatie heeft met een hoge prevalentie van chronische ziekten, dan liggen zijn verwachte kosten hoger. Het nadeel van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten als uitkomstmaat is dat een ontwikkeling in de ene groep automatisch leidt tot een ontwikkeling in de andere groepen. Vanwege de manier waarop de verwachte kosten berekend worden is er namelijk sprake van communicerende vaten (zie inleiding). Daarom is niet te bepalen of de daling in de Achmea PraktijkStatus-groep het gevolg is van een ontwikkeling in deze groep, of een reactie op een stijging in de twee controlegroepen. Om meer zicht te krijgen op het daadwerkelijke effect van de Achmea PraktijkStatus is ook gekeken naar de ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten.

Per uitkomstmaat zijn analyses uitgevoerd op verschillende versies van het databestand (zie methodologische verantwoording in hoofdstuk 5). In dit rapport worden conclusies gepresenteerd die gebaseerd zijn op de resultaten van alle analyses. Bij elk van deze conclusies wordt een figuur getoond ter verduidelijking. Voor een complete beschrijving van de resultaten verwijzen we de lezer naar het deelrapport over de effectmeting (Bouwhuis, Van Dijk en De Jong, 2014d). Het aantal huisartsen in de drie databestanden was verschillend. Eén databestand bestond uit de declaratiegegevens horende bij 4212 huisartsen en de andere twee bestanden bestonden uit 1364 huisartsen. Voor elk van de huisartsen waren gegevens beschikbaar van 2006 tot en met 2013 (zie methodologische verantwoording in hoofdstuk 5).

De veronderstelling is dat de Achmea PraktijkStatus effect heeft als, na de start, de werkelijke kosten sneller dalen of minder hard stijgen dan de verwachte kosten in de Achmea PraktijkStatus-groep. In de controlegroepen zouden de werkelijke kosten na de start van de Achmea PraktijkStatus juist harder moeten stijgen, of minder hard moeten dalen, dan de verwachte kosten. Als we kijken naar de werkelijke kosten dan zouden ze in de Achmea PraktijkStatus-groep sneller moeten dalen of minder hard moeten stijgen na de invoering van de Achmea PraktijkStatus dan in de twee controlegroepen als er sprake is van een effect van de APS.

Figuur 2.1 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten (N=4212)

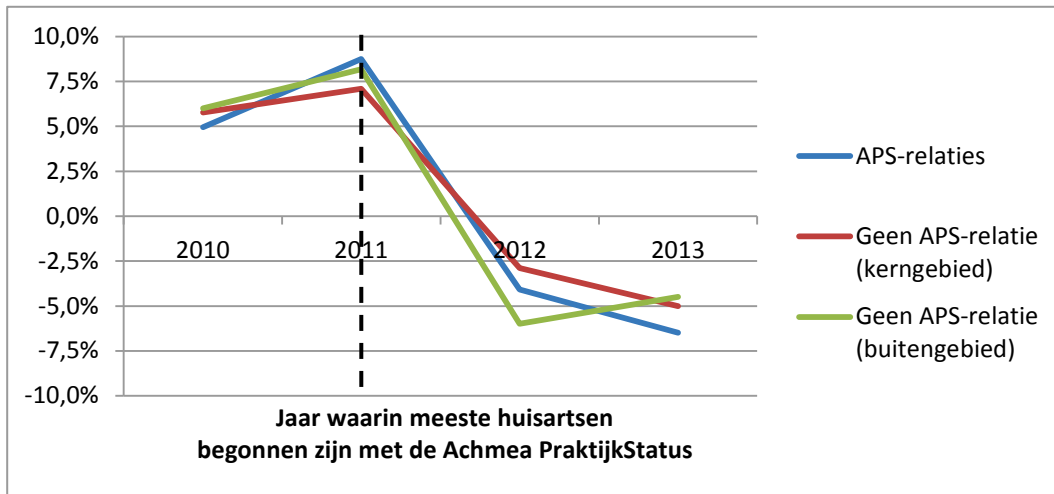


In figuur 2.1. is te zien dat de Achmea PraktijkStatus een effect lijkt te hebben. De werkelijke kosten zijn voor de start ervan (voor 2011) bijna 2% hoger dan de verwachte kosten in de Achmea PraktijkStatus-groep. Na de start van de Achmea PraktijkStatus daalt dit verschil naar minder dan 1% in 2013. De twee controlegroepen laten juist een omgekeerde ontwikkeling zien. Statistische toetsing van deze resultaten bevestigen dit beeld.

Het is wel belangrijk om op te merken dat de Ausgangssituatie van Achmea PraktijkStatus-praktijken verschilt van de Ausgangssituatie van de niet-Achmea PraktijkStatus praktijken. Achmea PraktijkStatus-praktijken maken voor de start van de Achmea PraktijkStatus namelijk meer kosten dan verwacht, terwijl de niet Achmea PraktijkStatus-praktijken juist minder kosten dan verwacht maken. De resultaten van deze effectmeting zouden robuuster zijn geweest als de drie groepen eenzelfde Ausgangssituatie gehad zouden hebben.

We kijken ook naar de ontwikkeling van de werkelijke kosten om een beter beeld te krijgen van het mogelijke effect van de Achmea PraktijkStatus. Figuur 2.2. laat zien dat de werkelijke kosten sinds 2011 dalen in de Achmea PraktijkStatus-groep en in de twee controlegroepen. In 2012 dalen de kosten het snelst in de groep huisartsen die niet deelneemt aan de Achmea PraktijkStatus en zich in het buitengebied van Achmea bevindt. In 2013 dalen de kosten het snelst in de Achmea PraktijkStatus-groep. In zowel 2012 als in 2013 dalen de kosten in de Achmea PraktijkStatus-groep sneller dan in de groep huisartsen die niet deelneemt aan de Achmea PraktijkStatus, maar zich wel in het kerngebied van Achmea bevindt. Hieruit is af te leiden dat de Achmea PraktijkStatus mogelijk een aanvullend kostendrukkend effect heeft bovenop algemeen Achmea-beleid.

Figuur 2.2 De procentuele afwijking van de werkelijke zorgkosten ten opzichte van het voorgaande jaar (N=1364)



Al met al wijzen de analyses erop dat de Achmea PraktijkStatus de daling van de zorgkosten die sinds 2011 zichtbaar is, versterkt. Opgemerkt moet worden dat de kosten van GGZ en medisch specialistische zorg hier buiten beschouwing zijn gelaten. Voor deze segmenten was de informatie over 2013 onvolledig. Daarom hebben we besloten om ze bij de berekening van de werkelijke kosten in geen van de jaren mee te nemen.

Bij de berekening van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten zijn deze segmenten wel meegenomen, omdat het feit dat de informatie onvolledig was hetzelfde effect heeft op de werkelijke kosten als op de verwachte kosten. De hoogte van de totale verwachte kosten is namelijk identiek aan de hoogte van de totale werkelijke kosten. Daarnaast verandert het feit dat de declaratiegegevens nog niet volledig zijn niets aan de manier waarop de totale verwachte kosten procentueel verdeeld worden over huisartsen.

Sinds 2011 is er sprake van een daling van de werkelijke kosten in de Achmea PraktijkStatus-groep en de controlegroepen. De werkelijke kosten dalen echter alleen in de Achmea PraktijkStatus-groep sneller dan de verwachte kosten. Als we kijken naar alleen de werkelijke kosten, dan zien we dat deze sneller dalen in de Achmea PraktijkStatus-groep dan in de groep huisartsen die niet deelneemt, maar zich wel in het kerngebied van Achmea bevindt. Er zijn dus aanwijzingen dat de APS een aanvullend effect heeft op kostendaling, naast het algemene Achmea-beleid, gericht op integrale zorgkosten, dat sinds 2011 ook leidt tot kostendaling.

In de volgende paragraaf gaan we dieper in op het effect van de Achmea PraktijkStatus op de verschillende segmenten waaruit de totale zorgkosten zijn opgebouwd.

2.2 Effect van de Achmea PraktijkStatus op kosten in verschillende segmenten

Achmea onderscheidt acht kostensegmenten:

1. Farmacie
2. Huisartsenzorg
3. Hulpmiddelen
4. Diagnostiek
5. Fysiotherapie

6. Medisch specialistische zorg (MSZ)
7. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
8. Geboortezorg

Van de eerste vier segmenten (farmacie, huisartsenzorg, hulpmiddelen en diagnostiek) verwachten we dat we in dit onderzoek een effect van de APS zichtbaar kunnen maken. Voor farmacie geldt dat daarover veel afspraken zijn gemaakt tussen relatiemanagers en huisartsen. Achmea verwacht dat afspraken met huisartsen het effect van de Achmea PraktijkStatus versterken. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt ook dat afspraken het effect van feedback kunnen versterken. Voor huisartsenzorg, hulpmiddelen en diagnostiek geldt dat de zorgkosten voor het grootste deel samenhangen met het gedrag van huisartsen en niet met het gedrag van andere zorgverleners. We verwachten in het huidige onderzoek geen effect zichtbaar te kunnen maken van de APS te vinden op de laatste vier segmenten. Geboortezorg wordt nauwelijks besproken in gesprekken tussen relatiemanagers en huisartsen en is moeilijk door huisartsen te beïnvloeden. Voor fysiotherapie geldt dat daar sprake is van directe toegang: patiënten hoeven geen verwijzing van de huisarts te hebben. Voor GGZ en MSZ ontbreken volledige gegevens in 2013. Dit betekent dat de kans dat we een effect vinden voor deze segmenten kleiner is, omdat we verwachten dat het effect van de APS in de loop van de tijd sterker wordt. De kosten van zorg in deze segmenten hangen namelijk niet alleen samen met het gedrag van de huisarts, maar ook van het gedrag van andere zorgverleners. Effecten kunnen daardoor later optreden.

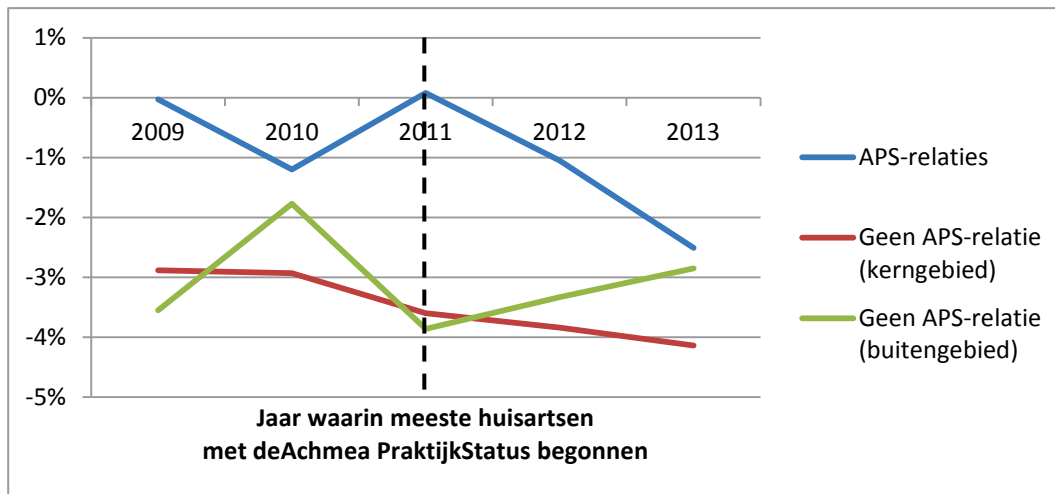
2.2.1 Segmenten: farmacie, huisartsenzorg, hulpmiddelen en diagnostieks

Over het algemeen lijkt de Achmea PraktijkStatus een effect te hebben op de kosten van huisartsenzorg, diagnostiek en in iets mindere mate hulpmiddelen in de onderzochte periode. Voor het effect van de Achmea PraktijkStatus op farmacie bestaat een gemengd beeld.

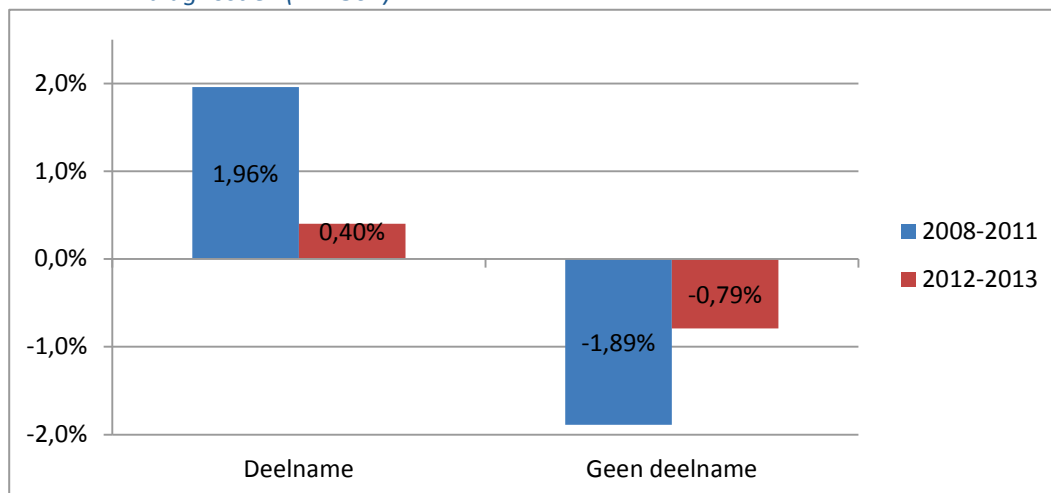
De werkelijke kosten van huisartsenzorg dalen in 2012 en stijgen in 2013 (niet getoond in een figuur). De kostendaling in 2012 is het sterkst onder huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus. De kostenstijging in 2013 is het minst sterk in deze groep. Dit wijst op een effect van de Achmea PraktijkStatus.

In vergelijking met verwachte kosten zien we dat voor huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus de werkelijke kosten dalen (zie figuur 2.3). In 2011 waren de werkelijke kosten in de Achmea PraktijkStatus-groep nog iets hoger dan verwacht, in 2013 ongeveer 2,5% lager dan verwacht. We zien ook een daling bij huisartsen die niet deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus en zich in het kerngebied van Achmea bevinden. Bij hen is de daling echter minder sterk. Aan de andere kant beginnen zij, in tegenstelling tot de Achmea PraktijkStatus-groep, al met lagere kosten dan verwacht. Voor huisartsen die niet deelnemen en zich in het buitengebied van Achmea bevinden geldt dat sinds 2011 de werkelijke kosten minder snel dalen of sneller stijgen dan de verwachte kosten. Ook dit wijst erop dat de Achmea PraktijkStatus een drukkend effect heeft op kosten van huisartsenzorg.

Figuur 2.3 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van huisartsenzorg (N=1364)



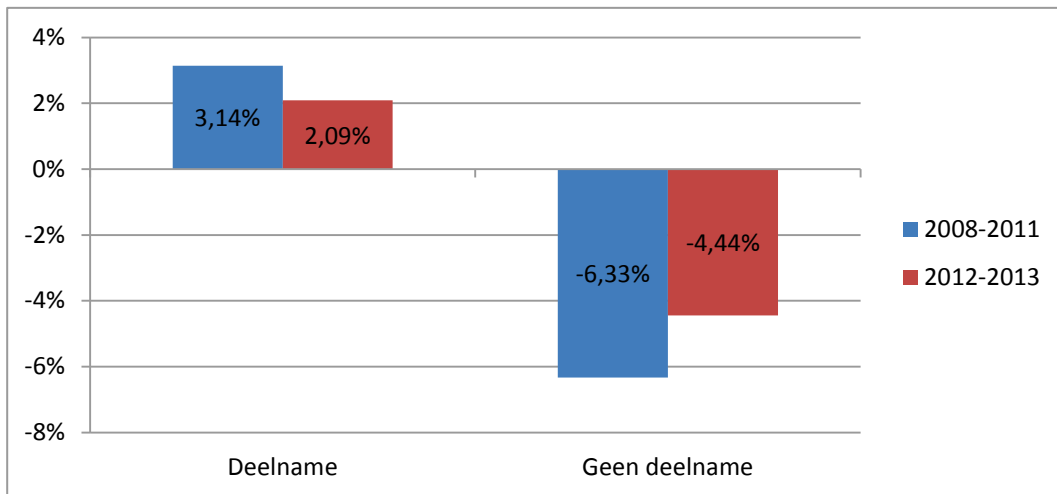
Figuur 2.4 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van diagnostiek (N=1364)



De Achmea PraktijkStatus lijkt ook een effect te hebben op de kosten van diagnostiek, zeker in 2013. De werkelijke kosten zijn voor de start van de Achmea PraktijkStatus bijna 2% hoger dan de verwachte kosten in de Achmea PraktijkStatus-groep (zie figuur 2.4. op de vorige pagina). Na de start van de Achmea PraktijkStatus zijn de werkelijke kosten nog maar 0,4% hoger dan verwacht. Voor huisartsen die niet deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus neemt het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten juist af van -1,89% naar -0,79%.

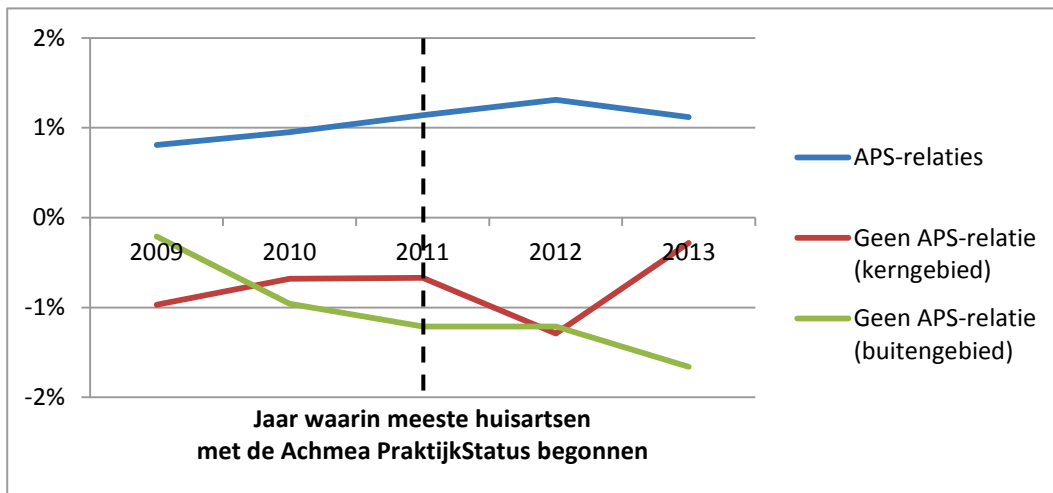
Als we kijken naar de kosten van hulpmiddelen dan zien we dat ook hier de Achmea PraktijkStatus waarschijnlijk een effect heeft op het verschil tussen verwachte en werkelijke zorgkosten (zie figuur 2.5. op de volgende pagina). Het is onwaarschijnlijk dat het een effect heeft op de werkelijke zorgkosten. De ontwikkeling van de werkelijke kosten zijn namelijk vergelijkbaar tussen de drie groepen, vooral in 2013 (data niet getoond). Het is daarom te verwachten dat de gevonden effecten op het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten te verklaren zijn door ontwikkelingen in de verwachte kosten.

Figuur 2.5 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van hulpmiddelen (N=1364)



Voor een effect van de Achmea PraktijkStatus op farmaciekosten bestaat geen eenduidig bewijs. Uit figuur 2.6. blijkt dat de werkelijke zorgkosten in vergelijking met de verwachte zorgkosten dalen vanaf 2012 in de Achmea PraktijkStatus-groep. Dit na een periode van stijging tussen 2009 en 2011. In de groep huisartsen die niet deelneemt aan de Achmea PraktijkStatus is vanaf 2012 juist een stijging te zien van de relatieve zorgkosten. Andere analyses laten ook zien dat er mogelijk een effect van de Achmea PraktijkStatus optreedt in 2013.

Figuur 2.6 De ontwikkeling van het verschil tussen de werkelijke en verwachte kosten van farmacie (N=1364)



2.2.2 Segmenten fysiotherapie, GGZ, MSZ en geboortezorg

In dit onderzoek hebben we geen effect van de Achmea PraktijkStatus gevonden op de kosten van GGZ, MSZ en geboortezorg. Voor een effect van de Achmea PraktijkStatus op fysiotherapie bestaat gemengd bewijs.

Voor GGZ wijzen de meeste analyses erop dat de Achmea PraktijkStatus geen effect heeft op kosten in de onderzochte periode. Er worden nauwelijks verschillen gevonden tussen de periode voordat de Achmea PraktijkStatus begon en de periode erna. Gegevens over 2013 waren niet beschikbaar voor dit onderzoek. Het is mogelijk dat effecten dan wel zichtbaar zijn, omdat het enige tijd duurt voordat effecten van de Achmea PraktijkStatus zichtbaar worden.

Vrijwel alle analyses over MSZ wijzen erop dat deelname aan de Achmea PraktijkStatus geen effect heeft in de onderzochte periode. Er worden vrijwel geen significante resultaten gevonden. Het is denkbaar dat effecten later op gang komen en dus in 2013 wel zichtbaar kunnen zijn. Over 2013 hebben we echter geen inzicht in de werkelijke kosten van MSZ, daarom is het moeilijk om voor deze uitkomstmaat een oordeel te vellen over het effect van de Achmea PraktijkStatus.

Voor geboortezorg geldt dat alle analyses erop wijzen dat de Achmea PraktijkStatus geen invloed heeft op de kosten in de onderzochte periode. We vinden nauwelijks significante verschillen tussen de Achmea PraktijkStatus-groep en de controlegroep. Ook worden nauwelijks significante verschillen gevonden tussen de periode voor de start van de Achmea PraktijkStatus en de periode erna.

Voor fysiotherapie bestaat er een gemengd beeld over het effect van de Achmea PraktijkStatus op kosten in de onderzochte periode. Sommige analyses wijzen voorzichtig in de richting van een effect. De analyses over de ontwikkeling van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten en de ontwikkeling van de werkelijke kosten zijn echter niet eenduidig.

2.3 Conclusie

De Achmea PraktijkStatus lijkt een effect te hebben op de totale kosten die gepaard gaan met het zorggebruik van patiënten. Het effect treedt vooral in 2013 op. Dit sluit aan bij de verwachting dat het een tijd duurt voordat het effect van de Achmea PraktijkStatus op volle sterkte is. Afspraken worden namelijk vaak niet gemaakt in een eerste Achmea PraktijkStatus-gesprek. Daarnaast zullen huisartsen in de meeste segmenten tijd nodig hebben om hun gedrag aan te passen en het gedrag van patiënten en andere zorgverleners te beïnvloeden. Het is nu dus naar verwachting nog te vroeg om te beoordelen wat de duurzame effecten van de Achmea PraktijkStatus zijn. Voor 2013 konden we bovendien geen gebruik maken van de werkelijke kosten van MSZ en GGZ. Dit heeft waarschijnlijk een effect op de resultaten van dit onderzoek, omdat deze twee segmenten een groot deel zijn van de totale zorgkosten. Het is dus aan te bevelen om in 2015 en de jaren daarna opnieuw te kijken naar wat het effect van de Achmea PraktijkStatus is. De verwachting is dat het effect dan beter zichtbaar is. Als dit niet het geval is of als het effect dan verdwenen is, dan is de ontwikkeling van de zorgkosten zoals geschetst in dit hoofdstuk wellicht niet het gevolg van de Achmea PraktijkStatus.

Verder komt naar voren dat de Achmea PraktijkStatus in de onderzochte periode vooral een effect laat zien op de kosten van huisartsenzorg, diagnostiek en in iets mindere mate hulpmiddelen. Er zal meer tijd nodig zijn om ook een effect te genereren in segmenten waarin de kosten van zorg ook samenhangen met het gedrag van andere zorgverleners. Daarnaast kunnen aanpassingen in de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus mogelijk bijdragen aan een sterker effect in deze

segmenten alsmede in de segmenten waar de huisarts meer invloed op heeft. Dit bespreken we in hoofdstuk 4.

De meting van het effect van de APS op zorgkosten kent een belangrijke beperking. Volgens de theorie over de werking van feedback hebben kenmerken van de ontvanger (de huisarts in dit geval), kenmerken van de feedback (de APS) en de zender (Achmea) invloed op de effectiviteit van feedback. In deze evaluatie was het niet mogelijk om de invloed van deze kenmerken te onderzoeken. Hierdoor was verdiepend onderzoek naar de werking van de APS niet mogelijk. Daarnaast was het ook niet mogelijk om rekening te houden met de context waarin de APS is ingevoerd. Desondanks hebben we een robuust beeld proberen te schetsen van de APS door rekening te houden met kenmerken van de patiëntenpopulatie van huisartsen via de verwachte kosten en door de analyses uit te voeren op verschillende datasets en met verschillende uitkomstmaten. Meer informatie hierover is te vinden in hoofdstuk 5 en in het deelrapport over het effect van de APS op zorgkosten (Bouwhuis en De Jong, 2014d).

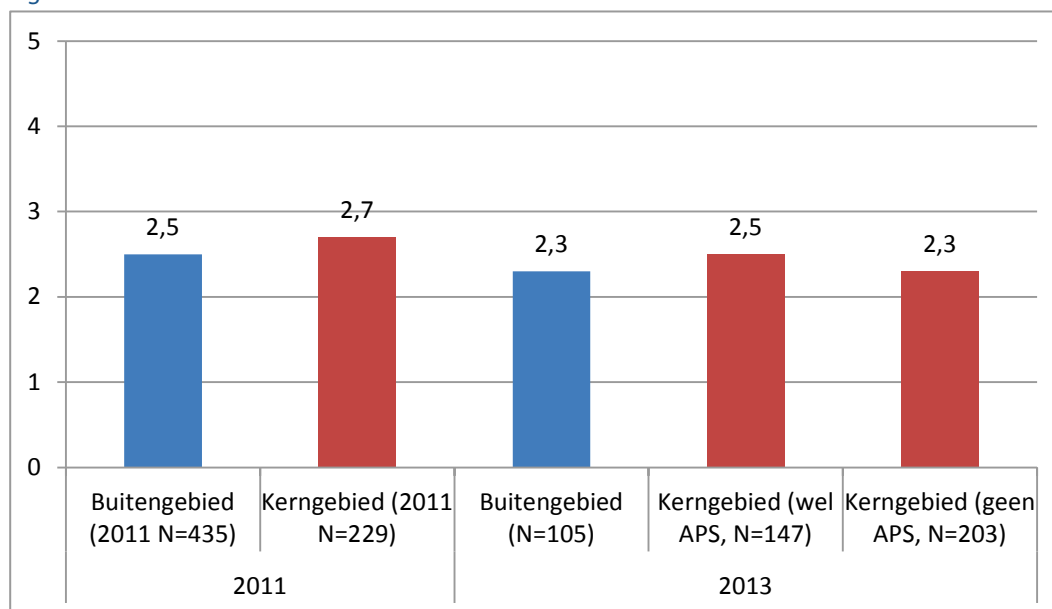
3 Het effect van de APS op vertrouwen

Over het algemeen is het vertrouwen van huisartsen in Achmea gedaald tussen 2011 en 2013. Voor huisartsen die deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus is deze daling minder sterk. Ook het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen is tussen 2011 en 2013 afgenomen. Dit past in een beeld van laag en dalend vertrouwen in zorgverzekeraars. Ook het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen daalt minder hard onder huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus dan onder huisartsen die niet deelnemen. De resultaten van dit deel van de evaluatie zijn gebaseerd op vragenlijsten onder huisartsen die zijn afgenomen in het najaar van 2011 en 2013. De respons op beide vragenlijsten was laag (20% en 22% respectievelijk). In vergelijking met gegevens uit de NIVEL-huisartsenregistratie was de representativiteit van de respondenten echter wel goed te noemen.

In dit hoofdstuk lichten we deze bevindingen toe. Eerst laten we de ontwikkeling van het vertrouwen van huisartsen in Achmea zien. Vervolgens vergelijken we dit met de ontwikkeling van het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen en in relatiemanagers. Dit hoofdstuk is een beknopte weergave van het deelrapport waarin de effecten van de Achmea PraktijkStatus op vertrouwen worden gepresenteerd (Bouwhuis en De Jong, 2014c). Voor een volledige beschrijving van deze effecten verwijzen we de lezer naar dit deelrapport.

3.1 Het vertrouwen van huisartsen in Achmea

Figuur 3.1 Het vertrouwen van huisartsen in Achmea



Gemiddelde score op een vijfpuntsschaal

Uit figuur 3.1 blijkt dat het vertrouwen van huisartsen in Achmea tussen 2011 en 2013 gedaald is. Dit geldt zowel voor huisartsen in het buitengebied van Achmea als voor huisartsen in het

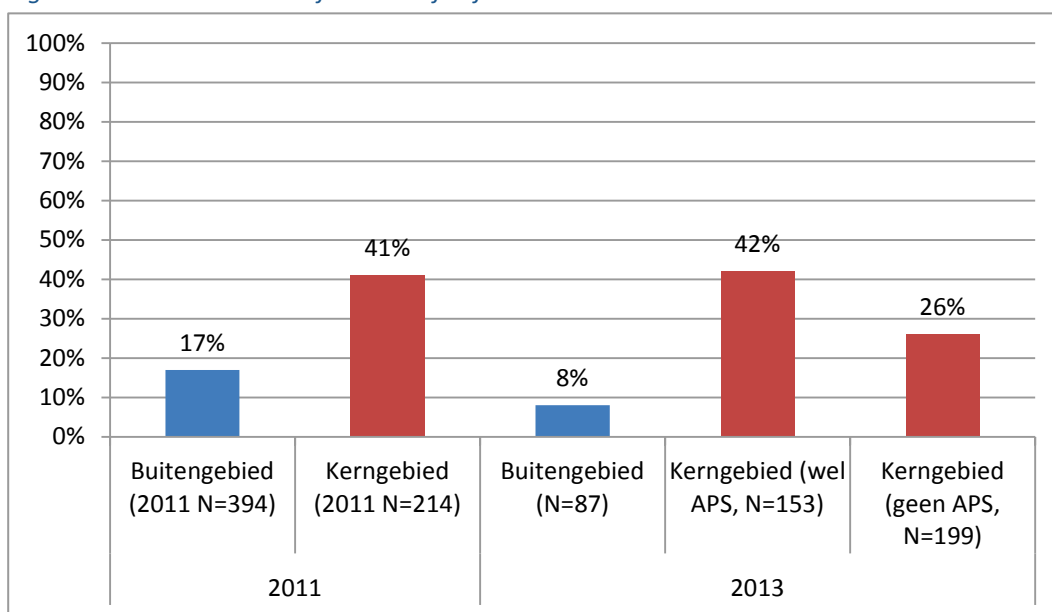
kerngebied.¹ De daling bij huisartsen in het kerngebied is groter onder huisartsen die niet deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus dan onder huisartsen die wel deelgenomen hebben. Hieruit is af te leiden dat de Achmea PraktijkStatus de daling van het vertrouwen in Achmea lijkt te dempen onder huisartsen in haar kerngebied. In 2011 is niet gevraagd of huisartsen deelnamen aan de Achmea PraktijkStatus, omdat de Achmea PraktijkStatus toen nog niet breed ingevoerd was. Hierdoor was het niet mogelijk om te bepalen of huisartsen die deel hebben genomen aan de Achmea PraktijkStatus voor de start ervan ook al een hoger vertrouwen in Achmea hadden.

We hebben ook onderzocht wat het effect van de Achmea PraktijkStatus is op drie dimensies van vertrouwen:

1. De mate waarin huisartsen vinden dat Achmea laat blijken huisartsen te vertrouwen.
2. De mate waarin huisartsen vinden dat Achmea naar huisartsen luistert.
3. De mate waarin huisartsen vinden dat Achmea gemaakte afspraken nakomt.

Deelname aan de Achmea PraktijkStatus lijkt een dempende werking te hebben op de daling in de mate waarin huisartsen vinden dat Achmea hen vertrouwt (zie figuur 3.2).

Figuur 3.2 Achmea laat blijken dat zij mij vertrouwt



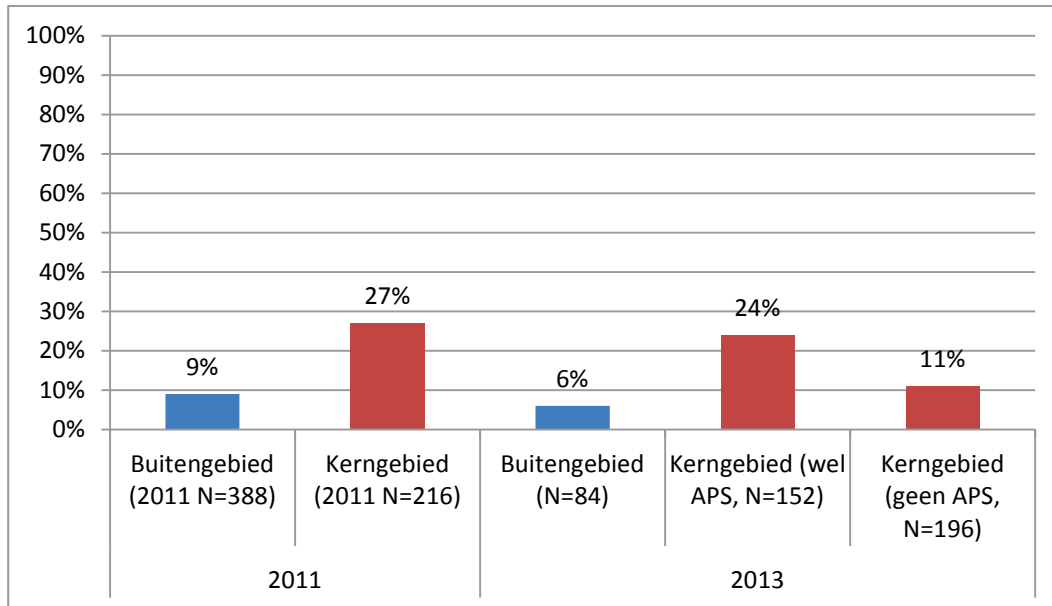
Percentage (helemaal) eens

Uit figuur 3.2 blijkt dat huisartsen in het buitengebied het in 2013 minder vaak eens zijn met de stelling dat Achmea laat merken hen te vertrouwen dan in 2011. Hetzelfde geldt voor huisartsen in het kerngebied die niet deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus. Huisartsen die wel deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus laten geen verandering zien tussen 2011 en 2013 wat betreft de mate waarin zij vinden dat Achmea laat merken hen te vertrouwen.

¹ Het kerngebied van Achmea is gedefinieerd als huisartsen die een contractaanbod hebben gehad van Achmea. Het buitengebied zijn de huisartsen die geen contractaanbod van Achmea gehad hebben. Achmea volgt de contracten die andere zorgverzekeraars met deze huisartsen sluiten.

Ook wat betreft de mate waarin huisartsen vinden dat Achmea naar hen luistert, lijkt de Achmea PraktijkStatus een dempend effect te hebben (zie figuur 3.3). Het aantal huisartsen dat aangeeft dat Achmea naar hen luistert varieert tussen 6% (buitengebied, 2013) en 27% (kerngebied, 2011). Zowel huisartsen in het buitengebied als huisartsen in het kerngebied die niet deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus laten tussen 2011 en 2013 een forse daling zien. Onder huisartsen die wel deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus daalt het percentage dat het (helemaal) eens is met de stelling ook, maar minder hard.

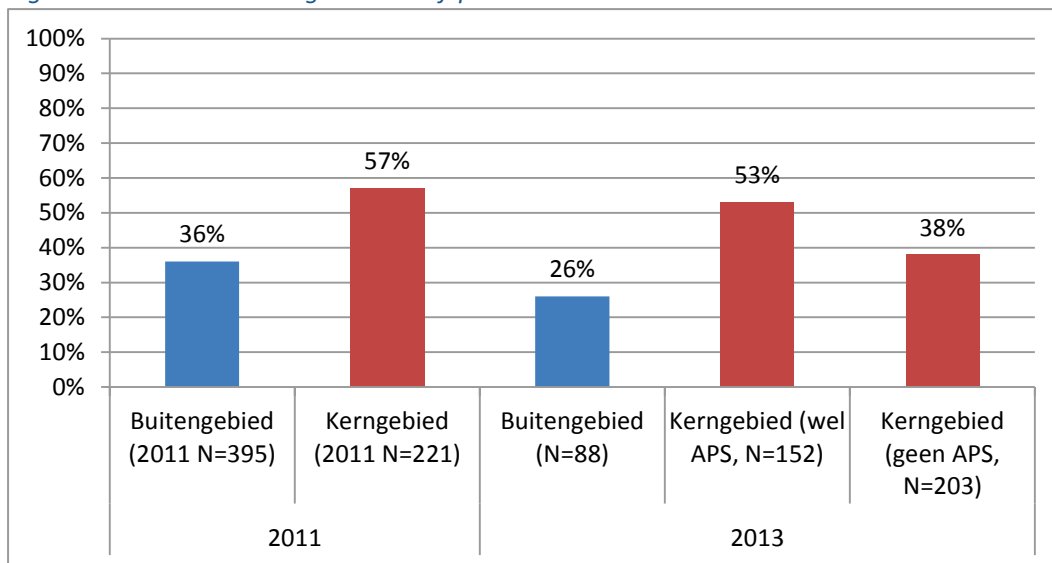
Figuur 3.3 Achmea luistert goed naar mij, ik voel mij begrepen



Percentage (helemaal) eens

In figuur 3.4. is wederom af te leiden dat de Achmea PraktijkStatus een dempende werking lijkt te hebben. Het percentage huisartsen dat aangeeft dat Achmea gemaakte afspraken nakomt is tussen 2011 en 2013 gedaald onder huisartsen uit het buitengebied en huisartsen in het kerngebied die niet deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus. Ook huisartsen die wel deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus laten een daling zien, maar deze daling is minder sterk.

Figuur 3.4 Achmea komt gemaakte afspraken na

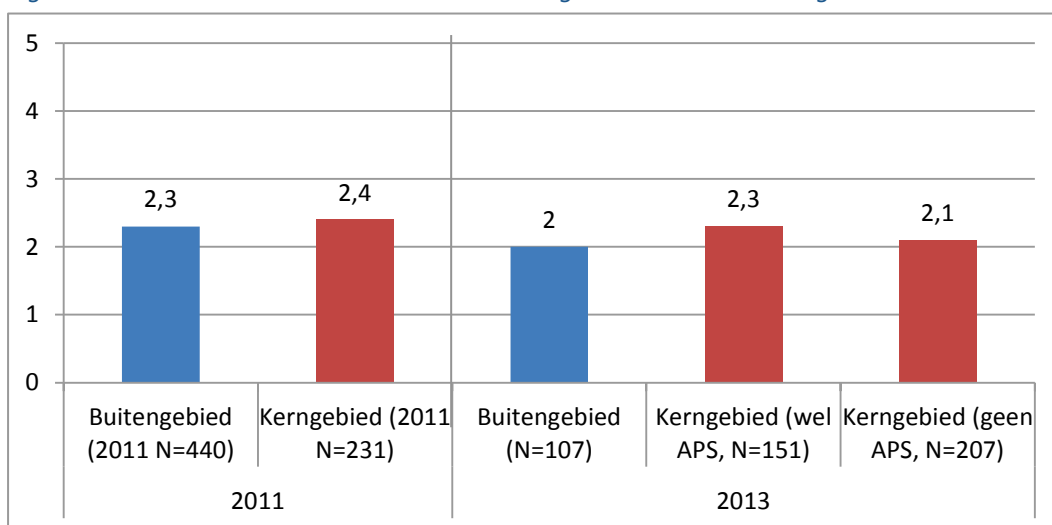


Percentage (helemaal) eens

3.2 Het vertrouwen van huisartsen in zorgverzekeraars in het algemeen

In vergelijking met zorgverzekeraars in het algemeen is het vertrouwen van huisartsen in Achmea hoger. Ook voor het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen lijkt deelname aan de Achmea PraktijkStatus een dempende werking te hebben op de daling (zie figuur 3.5). Huisartsen die wel deelgenomen hebben, vertrouwen zorgverzekeraars in 2013 evenveel als in 2011. Huisartsen die niet deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus laten een daling zien van 2,4 naar 2,1. Ook het vertrouwen van huisartsen in het buitengebied van Achmea in zorgverzekeraars in het algemeen is gedaald tussen 2011 en 2013 (van 2,3 naar 2,0).

Figuur 3.5 Het vertrouwen van huisartsen in zorgverzekeraars in het algemeen

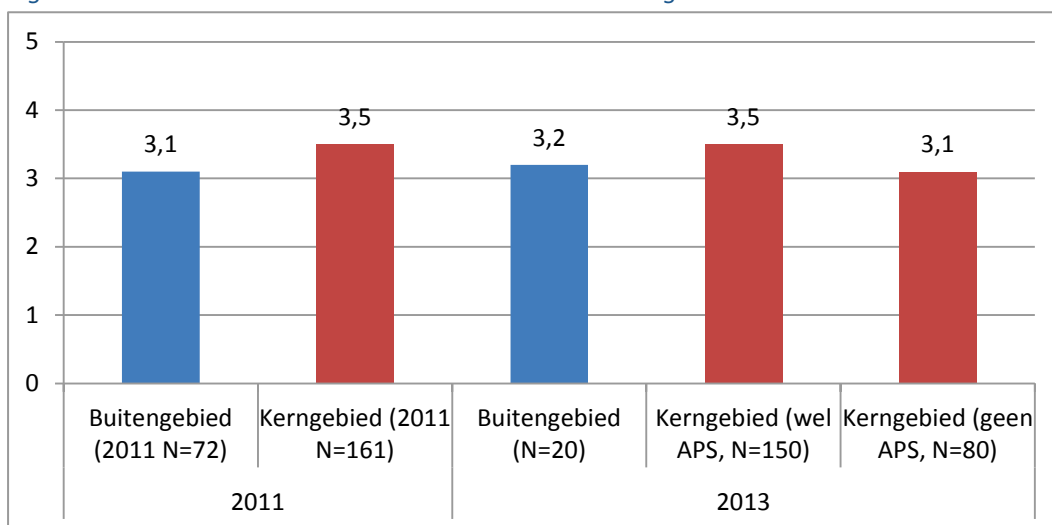


Gemiddelde score op een vijfpuntsschaal

3.3 Het vertrouwen in relatiemanagers

Over het algemeen hebben huisartsen meer vertrouwen in relatiemanagers dan in Achmea en zorgverzekeraars in het algemeen. Onder huisartsen in het kerngebied van Achmea is te zien dat het vertrouwen in relatiemanagers daalt tussen 2011 en 2013. Bij de andere twee groepen is nauwelijks of geen verschil te zien tussen 2011 en 2013. Hieruit kan afgeleid worden dat voor huisartsen in het kerngebied van Achmea geldt dat alleen het contact met een relatiemanager samenhangt met een daling van het vertrouwen in een relatiemanager. Contact in de vorm van de Achmea PraktijkStatus lijkt eraan bij te dragen dat het vertrouwen niet daalt. Dit is een verdere aanwijzing dat de Achmea PraktijkStatus het gewenste effect heeft op vertrouwen.

Figuur 3.6 Het vertrouwen van huisartsen in relatiemanagers



Gemiddelde score op een vijfpuntsschaal

3.4 Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat het vertrouwen van huisartsen in Achmea en zorgverzekeraars in het algemeen daalt. Dit past in een beeld van laag en dalend vertrouwen in huisartsen. Uit onderzoek naar contractering van zorggroepen blijkt dat maar 29% van de zorggroepen zorgverzekeraars vertrouwt (Bouwhuis en De Jong, 2014). Ook onder verzekerden daalt het vertrouwen in zorgverzekeraars (Brabers et al., 2014).

De Achmea PraktijkStatus lijkt een dempende werking te hebben op het vertrouwen van huisartsen in Achmea en zorgverzekeraars in het algemeen. Onder huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus daalt het vertrouwen in Achmea en zorgverzekeraars in het algemeen namelijk minder hard dan onder huisartsen die niet deelnemen.

Voor het vertrouwen in relatiemanagers geldt dat het gedaald is voor huisartsen in het kerngebied van Achmea die niet deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus. Voor huisartsen in het kerngebied die wel deelnemen is het vertrouwen gelijk gebleven. Dit wijst er ook op dat de Achmea PraktijkStatus het gewenste effect heeft op vertrouwen.

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op vragenlijsten. De respons van de vragenlijst was laag in zowel 2011 als in 2013 (20% en 22% respectievelijk). De oorzaak van de lage respons is niet bekend. Het heeft mogelijk een effect op de representativiteit van dit onderzoek. We hebben de representativiteit in kaart gebracht door de kenmerken van responderende huisartsen te vergelijken met gegevens uit de NIVEL-huisartsenregistratie. Er bleken geen grote verschillen te bestaan in kenmerken tussen de responderende huisartsen en de huisartsen uit de registratie van het NIVEL. Dit wijst erop dat de representativiteit van de huisartsen die de vragenlijst ingevuld hebben niet erg geleden heeft onder de lage respons.

4 Verklaring voor effecten: de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus

De Achmea PraktijkStatus lijkt bij te dragen aan de doelen die Achmea ermee wil bereiken. Om die reden ligt het voor de hand de Achmea PraktijkStatus voort te zetten. Om de patronen in de gevonden effecten te verklaren is de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus vergeleken met veronderstellingen van Achmea over de werking van de Achmea PraktijkStatus (de beleidstheorie) en de wetenschappelijke evidentie voor de werking van feedback. Het blijkt dat de Achmea PraktijkStatus niet altijd wordt uitgevoerd volgens de veronderstellingen van Achmea of de wetenschappelijke evidentie. Door de Achmea PraktijkStatus meer uit te voeren volgens deze veronderstellingen en de wetenschappelijke evidentie, neemt het effect ervan mogelijk toe.

4.1 De uitvoering van de Achmea PraktijkStatus vergeleken met de beleidstheorie van Achmea

Tabel 4.1 *Verwachtingen in de beleidstheorie van Achmea en wetenschappelijke evidentie hiervoor*

Onderdeel beleidstheorie (proposities)	Evidentie ²	Uitvoering ²
1. Als een huisarts zich bewust is van afwijkingen in zijn eigen gedrag, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	±	±
2. Als een huisarts begrijpt waarom hij afwijkt, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	?	±
3. Als een huisarts gedragsalternatieven (keuzes) heeft, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	++	±
4. Als er concrete verbeterafspraken gemaakt worden, dan zal er een effect gerealiseerd worden.	+	±
5. Als een huisarts weet wat de resultaten van zijn gedragsverandering zijn, dan zal hij zijn gedrag aanpassen	+	-
6. Als Achmea in staat is om vragen die een huisarts tijdens APS-gesprekken stelt te beantwoorden, dan staat die huisarts meer open staan voor feedback van Achmea	++	+
7. Als de informatie niet-beoordelend gebracht wordt dan verbetert de relatie tussen Achmea en een huisarts	?	+
8. Als een huisarts telkens door eenzelfde relatiemanager bezocht wordt, dan verbetert de relatie tussen die huisarts en Achmea	+	±

In tabel 4.1 is de beleidstheorie achter de Achmea PraktijkStatus weergegeven in de vorm van alsdan proposities over het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten. De beleidstheorie wordt in deze tabel vergeleken met de wetenschappelijke evidentie ervoor en de in- en uitvoering

² Mogelijke scores op evidentie en uitvoering zijn: ++= Stevige wetenschappelijke evidentie; altijd uitgevoerd volgens beleidstheorie; +=Enige evidentie; meestal uitgevoerd volgens beleidstheorie; ± = Tegenstrijdige evidentie; soms uitgevoerd volgens beleidstheorie, soms niet; - = Negatieve evidentie; niet uitgevoerd volgens beleidstheorie; ? = Geen evidentie; onduidelijke uitvoering

van de Achmea PraktijkStatus. Voor een beschrijving van de methodologie die gebruikt is bij het reconstrueren van de beleidstheorie, het analyseren van de wetenschappelijke literatuur en de bestudering van de uitvoering van de APS verwijzen we de lezer naar hoofdstuk 5 en de deelrapporten over de beleidstheorie (Bouwhuis en De Jong, 2014a) en over de uitvoering van de APS (Bouwhuis en De Jong, 2014b).

Tabel 4.1 laat zien dat de Achmea PraktijkStatus niet op alle punten uitgevoerd wordt volgens de beleidstheorie en de wetenschappelijke evidentie. Op basis van deze tabel hebben we verbeterpunten geformuleerd over twee onderwerpen:

- 1 Inzicht in zorgkosten.
- 2 Afspraken en alternatieve gedragsopties.

4.1.1 Inzicht in zorgkosten

De Achmea PraktijkStatus biedt huisartsen inzicht in de zorgkosten die hun patiënten maken. Dit inzicht is volgens Achmea nodig om huisartsen te ondersteunen in hun rol als spil in de integrale zorgketen. Zonder dit inzicht weten huisartsen niet in welke mate het zorggebruik van hun patiënten afwijkt van het zorggebruik van patiënten van andere huisartsen. Achmea verwacht dat wanneer huisartsen zien dat kosten afwijken als gevolg van hun gedrag, zij hun gedrag aanpassen als dat mogelijk is (zie propositie 1). Als huisartsen begrijpen waarom hun gedrag afwijkt en zij de resultaten van een eventuele gedragsverandering zien, dan groeit de kans op gedragsverandering in de toekomst (zie propositie 2 en 3).

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat feedback tot gedragsverandering kan leiden als het inzicht geeft in een discrepantie tussen doel en gedrag. Het is belangrijk dat de ontvanger het doel onderschrijft. Als voor de ontvanger het doel niet belangrijk is, dan is de kans op gedragsverandering klein.

Uit deze evaluatie blijkt dat in 2011 meer huisartsen aangaven inzicht te hebben in de kosten van hun voorschrijf- en verwijsgedrag dan in 2013. Er blijkt geen relatie te zijn tussen deelname aan de Achmea PraktijkStatus en inzicht in zorgkosten. Hiervoor zijn een aantal mogelijke verklaringen. Ten eerste laat de tijdigheid van de Achmea PraktijkStatus te wensen over. In de beleidstheorie van Achmea speelt tijdigheid geen rol. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt echter dat feedback effectiever is, als het gegeven wordt direct na het gedrag waar het betrekking op heeft. Tussen het moment waarop de Achmea PraktijkStatus besproken wordt met een huisarts en het jaar waarop de betreffende Achmea PraktijkStatus betrekking heeft, zit echter ongeveer drie jaar. Een Achmea PraktijkStatus die in 2013 besproken wordt, bijvoorbeeld, gaat grotendeels over de zorgkosten in 2010. Dit maakt het voor huisartsen moeilijk om een verklaring te vinden voor eventuele afwijkingen. Als een huisarts niet weet waardoor een afwijking is ontstaan, zal het niet mogelijk zijn om de afwijking te verminderen. Daardoor zal het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten beperkt worden. Daarnaast geven sommige huisartsen aan dat de oorzaak van een verschil tussen werkelijke en verwachte kosten intussen al is aangepakt. In dat geval is de feedback in de Achmea PraktijkStatus dus achterhaald en zal het niet leiden tot een effect op zorgkosten. Dat er drie jaar zit tussen het bespreken van de APS en het gedrag waarover de APS gaat maakt ook het geven van terugkoppeling aan huisartsen moeilijk. Als in 2012 een gedragsverandering plaatsvindt, bijvoorbeeld, zal dit pas in 2015 in de Achmea PraktijkStatus terug te zien zijn. Hierdoor zal het inzicht van huisartsen in de gevolgen van hun gedragsverandering pas laat, of helemaal niet

vergroot worden. Om bovenstaande redenen verwachten wij dat het effect van de Achmea PraktijkStatus sterker zal worden door de tijdigheid ervan te vergroten.

Ten tweede worden de correctiefactoren die Achmea gebruikt in de berekening van de Achmea PraktijkStatus niet altijd goed uitgelegd of begrepen door huisartsen en relatiemanagers. Hierdoor denkt een deel van de huisartsen dat de data, zoals één huisarts het verwoordde, 'ruis' bevat. Het is belangrijk dat helder is waar de cijfers betrekking op hebben. Door de correctiefactoren goed te communiceren kan het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten mogelijk vergroot worden.

Ten derde kan het gebruiken van regionale vergelijkingen het inzicht van huisartsen vergroten. De verwachte kosten zijn nu gebaseerd op landelijke data. Hierdoor wordt een landelijke benchmark gecreëerd. Een aantal huisartsen gaf echter aan dat het toevoegen van een regionale vergelijking de Achmea PraktijkStatus beter toepasbaar zou maken. Sommige regionaal gebonden kenmerken van patiënten, zoals religie, worden nu namelijk niet meegenomen in de berekening van verwachte kosten. Door het toevoegen van een regionale vergelijking kunnen huisartsen niet alleen zien hoe zij het doen in vergelijking tot een landelijk gemiddelde, maar ook in vergelijking tot huisartsen in de regio. Hierdoor is de feedback in de Achmea PraktijkStatus een betere weerspiegeling van de kosten als gevolg van het gedrag van een huisarts, in plaats van kosten als gevolg van kenmerken van zijn patiëntenpopulatie. Dit kan bijdragen aan de mate waarin de Achmea PraktijkStatus tot inzicht in zorgkosten leidt, omdat er op deze manier rekening wordt gehouden met lokale verschillen tussen patiëntenpopulaties en met lokale verschillen in zorgaanbod. Als gevolg daarvan neemt het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten mogelijk toe.

Er zijn in de APS al instrumenten om een regionale vergelijking te maken. Zo is er de Regiostatus, waarin huisartsenpraktijken worden vergeleken met andere huisartsen in de regio. Tijdens één observatie heeft een relatiemanager de Regiostatus meegenomen. Het is onbekend hoe vaak de Regiostatus gebruikt wordt. Een andere mogelijkheid voor regionale vergelijkingen in de APS is de APS-verdieping. In deze verdiepings-documenten worden huisartsen ook vergeleken met huisartsen in de regio. Door regionale vergelijkingen een grotere rol te geven kan de effectiviteit van de APS mogelijk vergroot worden.

4.1.2 Afspraken en alternatieve gedragsopties

Het effect van feedback is sterker als het gepaard gaat met alternatieve gedragsopties en het maken van afspraken. Ook Achmea verwacht dat alternatieve gedragsopties, in de vorm van 'best practices' en afspraken met huisartsen over verbeterplannen bijdragen aan het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten. Uit deze evaluatie blijkt dat in de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus alternatieve gedragsopties en afspraken geen grote rol spelen.

Tabel 4.1 Aantal gesprekken en afspraken per jaar

Jaar	Aantal gesprekken	Aantal gesprekken met afspraken	Totaal aantal afspraken
2011	22	9	10
2012	323	169	261
2013	461	263	550

Bron: gespreksverslagen Achmea

Uit tabel 4.1. is af te leiden dat in 2013 in 43% van de gesprekken geen afspraken gemaakt zijn. In 2012 was dit nog 48%. Het percentage gesprekken waarin afspraken gemaakt wordt neemt dus toe, maar ook in 2013 wordt nog in een behoorlijk deel van de gesprekken geen afspraak gemaakt. Waarom dat zo is, bijvoorbeeld omdat er geen afspraken gemaakt hoeven worden, is ons niet bekend. Over alternatieve gedragsopties bestaan geen kwantitatieve gegevens, maar uit observaties bij gesprekken tussen relatiemanagers en huisartsen blijkt dat in een deel van deze gesprekken alternatieve gedragsopties geen rol spelen.

Een verklaring voor het de toename in het percentage gesprekken met afspraken is mogelijk dat de meeste huisartsen eind 2011 of begin 2012 met de Achmea PraktijkStatus begonnen zijn. In 2013 en 2014 waren er echter ook nog steeds huisartsen die hun eerste Achmea PraktijkStatus-gesprek hadden. In eerste gesprekken worden vaak geen afspraken gemaakt. Aan de andere kant is de insteek van Achmea dat afspraken alleen gemaakt worden als huisartsen ermee instemmen. Dit kan er toe leiden dat een deel van de gesprekken zonder afspraken blijft. We weten niet waarom alternatieve gedragsopties minder vaak ingezet worden dan verwacht. Op basis van wat we weten uit de wetenschappelijke literatuur verwachten we echter dat het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten zal toenemen als alternatieve gedragsopties vaker worden aangeboden en vaker afspraken met huisartsen gemaakt worden.

4.2 De context van de Achmea PraktijkStatus: het Nederlandse zorgstelsel

De Achmea PraktijkStatus wordt uitgevoerd in de context van het Nederlandse zorgstelsel. Dit beïnvloedt de effectiviteit van de Achmea PraktijkStatus.

Achmea ziet huisartsen als spil in het Nederlandse zorgstelsel. Huisartsen zijn volgens Achmea zowel beoordelaars, als behandelaars en gidsen. In die rollen kunnen zij bijdragen aan kostenbeheersing en hogere kwaliteit van zorg. De Achmea PraktijkStatus zal alleen tot de gewenste effecten leiden als huisartsen zichzelf ook als spil zien. Tijdens deze evaluatie bleek echter dat een deel van de huisartsen vindt dat zij niet genoeg invloed hebben om deze rol uit te *kunnen* voeren. Zo is hun invloed op kosten in ziekenhuizen volgens sommige huisartsen beperkt: ziekenhuizen willen volgens hen toch hun omzet draaien en kunnen bijvoorbeeld een nieuw type poli inzetten als de omzet dreigt te dalen. Daarnaast is volgens sommige huisartsen op interne verwijzingen nauwelijks invloed uit te oefenen. Andere huisartsen geven echter aan wel mogelijkheden te zien. Eén huisarts experimenteert bijvoorbeeld met verwijzingen op afstand, waardoor de patiënt niet meer naar het ziekenhuis hoeft en de huisarts zijn grip op de patiënt vergroot.

Ook *willen* sommige huisartsen deze rol niet altijd op zich nemen. Eén voorbeeld is het voorschrijven van generieke medicatie. In de visie van Achmea kan de huisarts als behandelaar generieke medicatie voorschrijven in plaats van specialité medicatie. Dit kan vervolgens bijdragen aan kostenbeheersing, zo veronderstelt Achmea. In één van de observaties bleek echter dat huisartsen dit niet altijd willen. Zij gaven aan dat hun grootste belang is dat patiënten de werkzame stof binnen krijgt, de werkzame stof is hetzelfde bij generiek en specialité, en niet het drukken van de kosten die hiermee gepaard gaan. Een patiënt die graag specialité wil, krijgt van deze huisartsen dus specialité voorgeschreven, omdat dit nodig is om de patiënt de werkzame stof te laten gebruiken. Doordat huisartsen niet altijd de rol van spil op zich willen nemen zal het effect van de Achmea PraktijkStatus niet even sterk zijn in alle segmenten.

Daarnaast zijn er ontwikkelingen in het beleid van de overheid en zorgverzekeraars die invloed gehad kunnen hebben op de effectiviteit van de Achmea PraktijkStatus. Zo voeren zorgverzekeraars sinds 2008 een zogenaamd preferentiebeleid. Dit houdt in dat zij van een cluster geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof alleen het preferent verklaarde geneesmiddel vergoeden (NZa, 2014a). Als gevolg hiervan is tussen 2008 en 2010 meer dan 1 miljard euro bespaard op kosten van geneesmiddelen (Ministerie VWS, 2010). De verwachting is dat de besparing als gevolg van het preferentiebeleid na 2010 verder zijn opgelopen (Ministerie VWS, 2010). Deze besparingen zijn ook terug te zien in de Achmea PraktijkStatus. Net als in de Marktscans van de NZa blijkt namelijk dat de kosten van farmacie sinds 2011 dalen. Dit geldt voor zowel huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus als voor huisartsen die niet deelnemen. Vanwege de vrij sterke algemene daling van farmaciekosten is de ruimte om met de Achmea PraktijkStatus een aanvullend effect in dit segment te realiseren beperkt. Dit kan mogelijk verklaren waarom er wisselende aanwijzingen zijn voor een effect van de Achmea PraktijkStatus op farmaciekosten, waar een stevig effect verwacht werd.

Daarnaast is tijdens de looptijd van de Achmea PraktijkStatus de ex-post risicoverevening afgebouwd (Zorginstituut Nederland, 2014). Dit betekent dat zorgverzekeraars steeds minder achteraf gecompenseerd worden voor zorg die 'dure' verzekerden gebruiken. Dit heeft mogelijk prikkels afgegeven aan zorgverzekeraars om zorg scherper in te kopen; zij krijgen namelijk alleen nog maar een vooraf bepaalde vergoeding voor 'dure' verzekerden. Scherpe zorginkoop kan in deze situatie dus leiden tot winst op zowel 'goedkope' als 'dure verzekerden'. Een aanwijzing voor scherpere zorginkoop is bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars ingezet hebben op kostenontwikkeling onder de afspraken die met verschillende veldpartijen zijn gesloten in het Hoofdlijnen Akkoord (NZa, 2014b). In de Achmea PraktijkStatus worden de werkelijke zorgkosten gecorrigeerd voor het resultaat van onderhandelingen met individuele zorgaanbieders. Desondanks kunnen macro-ontwikkelingen in de zorginkoop een effect hebben op totale zorgkosten en daardoor op de effectiviteit van de Achmea PraktijkStatus.

Daarnaast zijn er ontwikkelingen geweest die het vertrouwen van huisartsen in zorgverzekeraars in het algemeen en Achmea in het bijzonder beïnvloed kunnen hebben. Tijdens deze evaluatie werd door sommige huisartsen bijvoorbeeld de winst die zorgverzekeraars maken, aangekaart. Het is mogelijk dat dit het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen en dus ook in Achmea beïnvloed heeft, als huisartsen het maken van winsten niet vinden passen bij de rol van zorgverzekeraars.

Ook zijn er ontwikkelingen die het vertrouwen van huisartsen in Achmea specifiek kunnen beïnvloeden. Zo zijn de voorwaarden om een zogenaamde pluspraktijk te worden in 2013 aangepast. Een pluspraktijk is een praktijk die aan bepaalde service- en kwaliteitsvoorwaarden voldoet en daarom een hogere vergoeding krijgt. Op het aanpassen van de voorwaarden om een pluspraktijk te worden is door huisartsen niet onverdeeld positief gereageerd.

Daarnaast heeft Achmea veranderingen in de vergoeding van de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) doorgevoerd in 2013. Ook was Achmea in 2013 in het nieuws toen er een conflict optrad met het Slotervaartziekenhuis. Beide gebeurtenissen hebben mogelijk invloed gehad op het vertrouwen van huisartsen in Achmea, omdat huisartsen mogelijk een andere rol van Achmea verwachten. Uit deze evaluatie blijkt dat huisartsen vinden dat Achmea vooral van Achmea verwachten dat zij declaraties vergoeden. Voor andere rollen van Achmea was minder steun.

4.3 Conclusie

4.3.1 Het effect van de Achmea PraktijkStatus en verbeterpunten

De Achmea PraktijkStatus leidt deels tot de verwachte effecten op zorgkosten en vertrouwen. Het ligt dus voor de hand om door te gaan met de Achmea PraktijkStatus. De uitvoering van de Achmea PraktijkStatus komt op een aantal punten niet overeen met de beleidstheorie van Achmea en de wetenschappelijke evidentie over de werking van feedback. Gebaseerd op de bevindingen in dit hoofdstuk hebben we verbeterpunten geformuleerd over twee onderwerpen:

1. **Inzicht in zorgkosten.** Een belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit van de Achmea PraktijkStatus is dat het huisartsen inzicht geeft over de kosten van het zorggebruiker van hun patiënten. Deze evaluatie liet echter zien dat het ervaren inzicht van huisartsen in de kosten van hun voorschrijf- en verwijsgedrag na invoering van de Achmea PraktijkStatus lager was dan ervoor. Er is geen relatie gevonden tussen deelname aan de Achmea PraktijkStatus en ervaren inzicht in kosten van voorschrijf- en verwijsgedrag. We hebben drie mogelijk verklaringen hiervoor gevonden. Ten eerste is de Achmea PraktijkStatus niet tijdig: feedback wordt over het algemeen drie jaar na het gedrag waar het betrekking op heeft, gegeven. Daarnaast worden correctiefactoren niet altijd goed toegepast door relatiemanagers en huisartsen. Dit leidt ertoe dat er soms verkeerde conclusies getrokken worden over de betekenis van de feedback. Als er goed over de correctiefactoren gecommuniceerd wordt, kan dit voorkomen worden en kan de Achmea PraktijkStatus tot meer inzichten in zorgkosten leiden. Ook het toevoegen van een regionale benchmark kan het inzicht in zorgkosten dat de Achmea PraktijkStatus geeft vergroten. Via een regionale benchmark kan vergeleken worden met praktijken met een populatie met kenmerken die van invloed kunnen zijn op zorggebruik, maar waar niet voor gecorrigeerd wordt, zoals religie. Hierdoor zal de huisarts meer inzicht krijgen in de kosten die met zijn gedrag gepaard gaan na deelname aan de Achmea PraktijkStatus.
2. **Afspraken en alternatieve gedragsopties.** Feedback is effectiever als het gepaard gaat met alternatieve gedragsopties en afspraken. In de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus spelen alternatieve gedragsopties en afspraken echter geen grote rol. Wij verwachten dat het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten toeneemt als de rol van alternatieve gedragsopties en afspraken groter wordt.

4.3.2 Zorgverzekeraars en de Achmea PraktijkStatus in het zorgstelsel

De Achmea PraktijkStatus is ingevoerd in een veranderend zorgstelsel. Sinds 2006 spelen zorgverzekeraars in dit stelsel een sleutelrol. Zij dienen als actieve inkopers bij te dragen aan de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Het geven van feedback past in de manier waarop zorgverzekeraars zich dienen te gedragen in het nieuwe zorgstelsel.

Het zorgstelsel vormt ook de context waarbinnen de Achmea PraktijkStatus uitgevoerd wordt. Kenmerken van deze context beïnvloeden welke resultaten verwacht kunnen worden. De voortdurende ontwikkeling van beleid door de overheid en door zorgverzekeraars beïnvloedt ook de effectiviteit van de Achmea PraktijkStatus. Zo is bijvoorbeeld het preferentiebeleid van zorgverzekeraars van invloed geweest op de farmaciekosten. Als gevolg daarvan is het mogelijk moeilijker geweest om met de Achmea PraktijkStatus een effect op farmaciekosten te realiseren.

Desondanks bevat deze evaluatie aanwijzingen dat feedback effectief kan zijn in het beheersen van de zorgkosten. Ook kan het invloed uitoefenen op het vertrouwen van huisartsen in een zorgverzekeraar, in dit geval Achmea. Feedback kan dus bijdragen aan de publieke doelen in de Zorgverzekeringswet en aan de doelen van private zorgverzekeraars. In die zin is het een veelbelovend instrument.

4.3.3 De invoering van een feedbackinstrument

De invoering van een feedbackinstrument is echter niet eenvoudig, zo heeft deze evaluatie laten zien. In het geval van de Achmea PraktijkStatus waren er voor de invoering veronderstellingen over de werking van de Achmea PraktijkStatus. Deze veronderstellingen zijn deels vastgelegd en intern en extern gecommuniceerd. Ook zijn middelen vrijgemaakt om de Achmea PraktijkStatus goed in en uit te kunnen voeren.

Toch wijkt de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus op punten af van de veronderstellingen van Achmea. Om die reden heeft Achmea, bijvoorbeeld door middel van de menukaart, de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus proberen bij te sturen. De menukaart geeft relatiemanagers aanwijzingen over wanneer bepaalde segmenten besproken dienen te worden en op welke manier. In de praktijk blijkt echter dat de menukaart weinig gebruikt wordt. Het is bij het ontwerpen van een interventie als de Achmea PraktijkStatus dus niet alleen belangrijk om stil te staan bij hoe een dergelijk instrument bij kan dragen aan de gestelde doelen, maar ook hoe bevorderd kan worden dat het instrument uitgevoerd wordt zoals bedoeld. Als het instrument niet uitgevoerd wordt zoals bedoeld, namelijk, dan kan dit de mate waarin de gestelde doelen te worden bereikt beïnvloeden.

4.3.4 Vervolgstappen

Het is om twee redenen belangrijk om de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus en haar effecten te blijven monitoren. Ten eerste is de periode tussen het de invoering van de Achmea PraktijkStatus en deze evaluatie relatief kort. Het sterkste effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten wordt in 2013 gevonden. Om echt robuuste uitspraken over het effect van de Achmea PraktijkStatus te kunnen doen, zal het langer gemonitord worden. De verwachting is ook 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. Vooral in segmenten waarop de huisarts weinig invloed heeft zal het een tijd duren voordat een effect van de Achmea PraktijkStatus zichtbaar wordt, omdat een effect hier ook afhankelijk is van het gedrag van andere zorgverleners en niet alleen het gedrag van huisartsen. Daarnaast is gebleken dat de Achmea PraktijkStatus niet helemaal uitgevoerd wordt zoals bedoeld. Om te onderzoeken in welke mate dit invloed heeft gehad op de effectiviteit van de Achmea PraktijkStatus is ook monitoring van de uitvoering ervan belangrijk. Hierbij zou de nadruk gelegd kunnen worden op elementen in de uitvoering waaruit in deze evaluatie is gebleken dat ze niet uitgevoerd worden zoals bedoeld. Hierdoor kan inzicht verkregen worden in de relatie tussen deze elementen in de uitvoering en het effect van de Achmea PraktijkStatus. Dit zal vervolgens het inzicht vergroten in op welke punten de uitvoering van de Achmea PraktijkStatus aangepast zou moeten worden om het effect ervan te vergroten.

5 Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk lichten we de gebruikte methodologie toe. Dit doen we per hoofdstuk: effect op zorgkosten, effect op vertrouwen en verklaring voor het patroon van de gevonden effecten. Voor elk van deze elementen in het onderzoek bespreken we welke bronnen we gebruikt hebben, hoe we concepten geoperationaliseerd hebben en welke analyses we hebben toegepast. Aan het eind van het hoofdstuk geven we een overzicht van de beperkingen van dit onderzoek.

Voor uitgebreidere informatie over de gebruikte methoden verwijzen we u graag naar het betreffende deelrapport.

5.1 Effectmeting: zorgkosten

5.1.1 Gebruikte bronnen

Voor het bepalen van het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten hebben we gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- 1 Declaratiegegevens van Achmea.
- 2 Bezoekplannen van Achmea.
- 3 Gespreksverslagen van relatiemanagers van Achmea.
- 4 Stedelijkheidsgegevens van het CBS.

De declaratiegegevens van Achmea bevatten data over werkelijke en verwachte kosten per patiënt per jaar. De verwachte zorgkosten zijn gebaseerd op de patiëntenpopulatie van een huisarts. Als een huisarts bijvoorbeeld een relatief oude populatie heeft met een hoge prevalentie van chronisch ziekten, dan liggen zijn verwachte kosten hoger.

De kosten zijn verdeeld over acht segmenten: 1) huisartsenzorg; 2) farmacie; 3) medisch specialistische zorg (MSZ); 4) GGZ; 5) fysiotherapie; 6) geboortezorg; 7) hulpmiddelen; en 8) diagnostiek. De data is beschikbaar over de jaren 2006 tot en met 2013. De jaren 2006 en 2007 zijn niet meegenomen in de analyses, omdat de data uit deze jaren volgens Achmea niet betrouwbaar is. Voor 2013 is de data over GGZ en MSZ niet compleet.

In bezoekplannen van Achmea wordt bijgehouden welke huisartsen door relatiemanagers bezocht zijn en hoe vaak. Daarnaast wordt voor ieder gesprek bijgehouden waar het gesprek over ging. Deze data is gebruikt om te bepalen welke huisartsen deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus. Voor 2013 was geen bezoekplan beschikbaar. Voor dat jaar zijn gespreksverslagen van relatiemanagers gebruikt om deelname aan de Achmea PraktijkStatus te bepalen.

Voor de matching van huisartsen (zie hieronder) zijn cijfers over stedelijkheid van het CBS gebruikt.

5.1.2 Operationalisatie van concepten

Deelname aan de Achmea PraktijkStatus is gemeten door middel van twee variabelen: 1) Achmea PraktijkStatus en 2) Achmea PraktijkStatus-groep. Voor de Achmea PraktijkStatus kreeg elke deelnemende huisarts een cijfer tussen 0 en 1, afhankelijk van het kwartaal waarin hij zijn eerste

gesprek had. Hoe later in het jaar zijn eerste gesprek, hoe lager het cijfer. Voor de jaren na het eerste deelname jaar kreeg de deelnemende huisarts een 1, ongeacht of hij in het betreffende jaar deelgenomen heeft. Door deze methode te gebruiken konden we bepalen hoe hoog de kosten voor de start van de Achmea PraktijkStatus waren en hoe hoog de kosten erna waren.

Achmea PraktijkStatus-groep is een dichotome variabele. Huisartsen ontvingen een 1 als zij in minimaal één jaar deelgenomen hebben aan de Achmea PraktijkStatus. Huisartsen ontvingen een 0 als zij in geen enkel jaar deelgenomen hebben.

Ook voor het meten van zorgkosten zijn twee variabelen gebruikt: 1) het verschil tussen verwachte en werkelijke kosten en 2) werkelijke kosten. Het nadeel van het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten als uitkomstmaat is dat een ontwikkeling in de ene groep automatisch leidt tot een ontwikkeling in de andere groepen. Vanwege de manier waarop de verwachte kosten berekend worden is er namelijk sprake van communicerende vaten. Daarom is niet te bepalen of de daling in de Achmea PraktijkStatus-groep het gevolg is van een ontwikkeling in deze groep, of een reactie op een stijging in de twee controlegroepen. Om meer zicht te krijgen op het daadwerkelijke effect van de Achmea PraktijkStatus is ook gekeken naar de ontwikkeling van de werkelijke zorgkosten.

De totale werkelijke zorgkosten zijn berekend door de kosten van de segmenten (zie hierboven) bij elkaar op te tellen. GGZ en MSZ zijn hierin niet meegenomen, omdat niet alle declaraties voor 2013 binnen waren toen wij de data ontvingen. Voor het verschil tussen totale werkelijke en totale verwachte zorgkosten zijn deze twee segmenten wel meegenomen. Dat niet alle declaraties binnen waren heeft namelijk hetzelfde effect op de werkelijke als op de verwachte kosten en dus geen effect op het verschil daartussen.

Huisartsen die deelnemen aan de Achmea PraktijkStatus startten niet allemaal op hetzelfde moment. Hierdoor is het niet mogelijk een eenvoudige voor- en nameting te doen. Om deze reden zijn deelnemende huisartsen gematcht aan een niet-deelnemende huisarts. De waardes van de deelnemende huisarts op de Achmea PraktijkStatus-variabelen zijn daarna gekopieerd naar de niet-deelnemende huisarts waaraan hij gematcht is. Hierdoor is het patroon van startmomenten van de Achmea PraktijkStatus in de deelnemende groep gelijk aan het patroon in de niet-deelnemende groep. Zonder dat het startmoment voor alle huisartsen gelijk is, kan nu toch met een voor- en nameting gewerkt worden. Huisartsen zijn gematcht op basis van de stedelijkheid van de omgeving waarin ze gevestigd zijn. Hier is voor gekozen omdat stedelijkheid sterk samenhangt met werkelijke kosten en het verschil tussen werkelijke en verwachte kosten.

5.1.3 Gebruikte analyses

Voor het bepalen van het effect van de Achmea PraktijkStatus op zorgkosten hebben we twee soorten analyses gebruikt: multi-level analyses en beschrijvende analyses.

Multi-levelanalyses waren nodig omdat de data uit twee levels bestaat: 1) kosten per jaar; 2) huisarts. De kosten die een huisarts in jaar t maakt, zijn niet onafhankelijk van de kosten die hij in jaar t_{+1} maakt. Er is dus geen sprake van onafhankelijke waarnemingen. Daarom is gebruik gemaakt van multi-level analyses. Met behulp van deze analyses is geschat wat het verschil tussen deelnemende en niet-deelnemende huisartsen is in de afwijking van de kosten voor de start van de Achmea PraktijkStatus ten opzichte van de kosten na de start ervan. Om het additionele effect van

de Achmea PraktijkStatus te bepalen is een interactie variabele van Achmea PraktijkStatus op Achmea PraktijkStatus-groep meegenomen in de analyses. De co-efficiënt van deze variabele is het aanvullende effect van de Achmea PraktijkStatus.

De beschrijvende analyses zijn gebruikt om de ontwikkeling in werkelijke kosten weer te geven. Per groep huisartsen (Achmea PraktijkStatus-groep en de twee controlegroepen) is bepaald wat de gemiddelde werkelijke kosten per patiënt in een bepaald jaar zijn. Er is voor gekozen om elke huisarts één keer mee te nemen in de analyses. Een andere mogelijkheid zou zijn om de kosten per patiënt te vermenigvuldigen met het aantal Achmea-patiënten bij de betreffende huisarts. Dit zou echter betekenen dat huisartsen met 2000 Achmea-patiënten twee keer zo zwaar mee zouden wegen in de analyses dan huisartsen met 1000 Achmea-patiënten. Dit wilden we niet. Het gaat ons namelijk om het effect van de Achmea PraktijkStatus op een huisarts, onafhankelijk van hoeveel Achmea-patiënten er bij hem ingeschreven staan.

5.2 Effectmeting: vertrouwen

5.2.1 Gebruikte bronnen

Voor het meten van het vertrouwen van huisartsen in Achmea hebben we gebruik gemaakt van vragenlijsten. In het najaar 2011 is een vragenlijst naar 3665 huisartsen verstuurd om voor de invoering van de Achmea PraktijkStatus het vertrouwen van huisartsen in Achmea te meten (een nulmeting). De respons bedroeg 20%. In het najaar van 2013 is nagenoeg dezelfde vragenlijst verstuurd naar 2598 huisartsen om het vertrouwen in Achmea na twee jaar Achmea PraktijkStatus te meten. De respons bedroeg 22%.

In 2013 reageerden relatief veel meer huisartsen uit het kerngebied van Achmea dan in 2011. Dit zou een effect kunnen hebben op de bevindingen van het onderzoek. We hebben geprobeerd deze effecten te minimaliseren. Door de meeste uitkomsten gesplitst naar kerngebied/buitengebied te rapporteren valt het effect van het verschil in respons weg. Ook is kerngebied/buitengebied in de meeste regressieanalyses meegenomen om te corrigeren voor deze variabele.

5.2.2 Operationalisatie van concepten

Vertrouwen is op een aantal manieren gemeten. Ten eerste is gebruik gemaakt van een vertrouwensschaal. Deze schaal bestond uit de volgende vragen:

1. Achmea is een organisatie die je kunt vertrouwen.
2. Achmea is eerlijk en oprecht.
3. Je kunt er op rekenen dat Achmea doet wat juist is.
4. Ik heb vertrouwen in Achmea als organisatie.

We hebben eenzelfde schaal gebruikt voor het meten van vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen waarbij het woord 'Achmea' is vervangen door 'zorgverzekeraar'.

Daarnaast is gekeken naar drie dimensies van vertrouwen. Deze dimensies zijn:

1. Achmea laat blijken dat zij mij vertrouwt.
2. Achmea komt gemaakte afspraken na.
3. Achmea luistert naar mij, ik voel mij begrepen.

5.2.3 Gebruikte analyses

De gemiddelde vertrouwenscores zijn bepaald aan de hand van t-toetsen, waarbij telkens twee groepen huisartsen of twee jaren met elkaar vergeleken zijn. Hierdoor was het mogelijk om te toetsen of het verschil tussen deze groepen statistisch significant is.

Daarnaast hebben we regressieanalyses uitgevoerd. In deze analyses is 'vertrouwen' als uitgangspunt genomen en is getoetst of er verschillen waren tussen 2011 en 2013. Ook is in de regressieanalyses getoetst of geslacht, leeftijd, praktijkvorm, omvang van de werkweek, aantal jaren ervaring en contact met een relatiemanager effect hadden op vertrouwen. Daarnaast is het effect van deelname aan de Achmea PraktijkStatus getoetst in de regressieanalyses.

5.3 Verklaring voor patroon van gevonden effecten

De gevonden effecten zijn verklaard door de beleidstheorie achter de Achmea PraktijkStatus te vergelijken met de wetenschappelijke evidentie ervoor en de in- en uitvoering van de Achmea PraktijkStatus. In deze paragraaf zetten we uiteen hoe de beleidstheorie, wetenschappelijke evidentie en de in- en uitvoering van de Achmea PraktijkStatus onderzocht zijn.

5.3.1 Gebruikte bronnen

De volgende bronnen zijn gebruikt bij de verklaring van het patroon voor de gevonden effecten: 1) interviews met medewerkers van Achmea; 2) documentanalyse; 3) literatuurstudie; 4) observaties en interviews; en 5) gespreksverslagen.

Medewerkers van Achmea zijn semi-gestructureerd geïnterviewd over de beleidstheorie achter de Achmea PraktijkStatus. Aan hen is gevraagd welke doelen Achmea met de Achmea PraktijkStatus nastreefde en hoe de Achmea PraktijkStatus bijdraagt aan het behalen van deze doelen. Ook is aan hen gevraagd hoe de situatie voor de introductie van de Achmea PraktijkStatus was.

De documentanalyse is gebruikt om de beleidstheorie achter de Achmea PraktijkStatus verder in kaart te brengen. Documenten over de Achmea PraktijkStatus zijn door de onderzoekers geanalyseerd om de doelen van de Achmea PraktijkStatus te extraheren. Ook zijn deze documenten onderzocht op aanwijzingen over hoe de Achmea PraktijkStatus volgens Achmea bijdraagt aan het behalen van deze doelen.

Via de literatuurstudie hebben we onderzocht in welke mate er wetenschappelijke evidentie is voor de veronderstellingen in de beleidstheorie achter de Achmea PraktijkStatus. Er is gezocht naar literatuur over de werking van feedback. Op basis van de veronderstellingen in de beleidstheorie is de literatuur geanalyseerd.

Om de in- en uitvoering van de Achmea PraktijkStatus in kaart te brengen zijn negen observaties uitgevoerd bij gesprekken tussen huisartsen en relatiemanagers. Met zes van deze negen relatiemanagers is een semi-gestructureerd interview uitgevoerd. Ook met zes huisartsen is een semi-gestructureerd interview uitgevoerd. De interviews dienden om het perspectief van de relatiemanagers en de huisartsen op het gesprek mee te kunnen nemen in het onderzoek.

De geïnterviewden en aanwezigen bij de observaties hebben impliciet of expliciet hun goedkeuring gegeven aan deelname aan het onderzoek.

5.3.2 Operationalisatie van concepten

Er zijn concepten geoperationaliseerd in deze fase van het onderzoek.

5.3.3 Gebruikte analyses

De basis van de verklaring wordt gevormd door de beleidstheorie van Achmea. De veronderstellingen in deze theorie zijn dan ook als uitgangspunt genomen voor de analyse van de wetenschappelijke literatuur en de analyse van de observaties en interviews met huisartsen en relatiemanagers. Van zowel de observaties als de interviews zijn geluidsopnames gemaakt. Hierdoor was het mogelijk om tijdens de observaties te letten op lichaamshouding. Wat betreft de interviews maakten geluidsopnames het mogelijk om tijdens het interview beter te letten op wat de geïnterviewde vertelde en om hierop door te vragen. Voor de analyses van de observaties en interviews zijn analyseschema's opgesteld.

5.4 Beperkingen van dit onderzoek

5.4.1 Lage respons vragenlijsten vertrouwen

De vragenlijst over vertrouwen kende zowel in 2011 als in 2013 een lage respons. Dit kan betekenen dat de antwoorden op de vragenlijsten geen goed beeld geven. We hebben kenmerken van huisartsen die gerespondeerd hebben vergeleken met kenmerken van huisartsen zoals die bekend zijn bij de huisartsenregistratie van het NIVEL. Uit deze vergelijking bleek dat er geen grote verschillen waren. Dit betekent dat de respondenten de totale populatie huisartsen goed representeren op de kenmerken die we vergeleken hebben. Dit verkleint de kans dat het onderzoek andere resultaten op had geleverd als de respons hoger was geweest.

5.4.2 Geen kenmerken van huisartsen en gesprekken in analyses over effect op zorgkosten

De wetenschappelijke evidentie laat zien dat kenmerken van ontvangers van feedback (in dit geval huisartsen) en feedback zelf (in dit geval de APS en het gesprek tussen een huisarts en een relatiemanager) en de zender van feedback (in dit geval Achmea) van invloed zijn op de effectiviteit ervan. In dit onderzoek hebben we echter niet onderzocht wat het invloed is van deze kenmerken. Hierdoor is niet vast te stellen of het mechanisme zoals het beschreven is in de literatuur, opgetreden is. Wat we wel kunnen zeggen is dat de trends die we gevonden hebben erop wijzen dat er een effect is van de APS op zorgkosten.

Dat we kenmerken van huisartsen en gesprekken niet meegenomen hebben komt grotendeels door de grote hoeveelheid databronnen die gebruikt zijn in dit onderzoek. Zorgkosten, bijvoorbeeld, zijn bepaald aan de hand van declaratiegegevens van Achmea. Kenmerken van gesprekken, bijvoorbeeld, op basis van gespreksverslagen en observaties en interviews. In sommige gevallen was het niet mogelijk om deze data te koppelen, bijvoorbeeld in het geval van declaratiedata en observaties. In andere gevallen zou het maken van een koppeling veel moeite

gekost hebben, terwijl het in veel gevallen buiten de scope van dit onderzoek lag. De gemaakte afspraken zijn wel gekoppeld aan de declaratiedata. Als snel bleek het aantal gemaakte afspraken echter te laag om er statistische analyses op uit te kunnen voeren.

Om een beter zicht te krijgen op of het mechanisme achter feedback dat we in de literatuur gevonden hebben ook daadwerkelijk opgetreden is zou in vervolg onderzoek meer aandacht besteed moeten worden aan kenmerken van de ontvanger, de feedback en de zender.

5.4.3 Beperkt aantal observaties en interviews

Om de uitvoering van de APS in kaart te brengen zijn onder andere observaties uitgevoerd en interviews gehouden. Het aantal observaties en interviews is echter beperkt. Deels is dit veroorzaakt doordat het uitvoeren en analyseren van observaties en interviews tijdrovend is. Anderzijds is het veroorzaakt omdat het moeilijk was om contact te krijgen met relatiemanagers over het maken van een afspraak voor een observatie.

Het gevolg is dat het beeld dat ontstaan is van de uitvoering op onderdelen mogelijk niet volledig is. Daarnaast kan het beeld dat ontstaan is niet representatief zijn, omdat de selectie van gesprekken voor een observatie gedaan is door relatiemanagers en niet door de onderzoekers. Om dit te ondervangen zijn voor sommige onderdelen van de studie van de uitvoering van de APS kwantitatieve gegevens gebruikt, bijvoorbeeld voor het aantal afspraken dat gemaakt wordt. Voor de observatie en interviews geldt dat er nieuwe gepland zijn tot het punt dat er geen nieuwe informatie gevonden werd. Hierdoor is de kans verkleind dat essentiële informatie gemist is in deze gesprekken. Er blijft echter een kans bestaan dat er wel informatie gemist is.

Literatuur

- Achmea. *Ontwikkeling Achmea PraktijkStatus*. Leiden: Achmea, 2011
- Achmea. *Kleine kinderen worden groot: 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
- Bouwhuis S, Jong J de. *De contracting van zorggroepen in 2013: de ervaring van zorggroepen*. Utrecht: NIVEL, 2014
- Brabers A, Reitsma-van Rooijen M, Jong J de. *Barometer vertrouwen in de zorg*. Utrecht: NIVEL, 2014. Retrieved 22-12-2014, 2014, from <http://www.nivel.nl/barometer-vertrouwen-de-gezondheidszorg>
- 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
- 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
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Beantwoording Kamervragen over de gevolgen van het preferentiebeleid medicatie*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010. Retrieved from <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-ublicaties/kamerstukken/2012/11/15/beantwoording-kamervragen-over-de-gevolgen-van-het-preferentiebeleid-medicatie.html>.
- Monczka R, Petersen KJ, Handfield RB. Success factors in strategic supplier alliances: They buying company perspective. *Decis Sci*, 1998; 29(3):553-77
- NZa. *Marktscan en beleidsbrief extramurale farmaceutische zorg*. Den Haag: NZa, 2014a

NZa. *Monitor en beleidsbrief zorginkoop*. Den Haag: NZa, 2014b

Schut FT, Ven WPMM van de. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: Is the glass half full or 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

Zorginstituut Nederland. *Over de risicoverevening Zvw*. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2014. Retrieved 03-12, 2014, from <http://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/risicoverevening+zvw/over+risicoverevening#ExPostcompensaties>