



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.  
De gegevens mogen worden gebruikt met  
bronvermelding.

## **De relatie tussen huisarts en zorgverzekeraar**

**De meningen van huisartsen ten aanzien van hun werk, de relatie met en het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen en Achmea Zorg & Gezondheid in het bijzonder**

Willem Masman  
Robert Verheij  
Judith de Jong

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

ISBN 978-94-6122-139-1

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2012 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.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Achtergrond	9
1.1.1 De relatie tussen huisartsen en zorgverzekeraars	9
1.1.2 Invloed van zorgverzekeraars op huisartsen	10
1.1.3 De interventie van Achmea Zorg & Gezondheid	11
1.1.4 Dit rapport: situatie voor de invoering van interventie	14
1.2 Doel van het onderzoek	16
1.3 Vraagstellingen	16
1.4 Opbouw van het rapport	17
<b>2 Methode</b>	<b>19</b>
2.1 Vragenlijst en meetinstrumenten	19
2.1.1 Meetinstrumenten	19
2.1.2 Achtergrondkenmerken	24
2.2 Respons en representativiteit	25
2.2.1 Respons	25
2.2.2 Representativiteit	25
2.3 Analyses	28
<b>3 Resultaten</b>	<b>29</b>
3.1 Huisartsen over hun werk	29
3.1.1 Tevredenheid met de praktijkvoering	29
3.1.2 Opvattingen over het maken van kostenafwegingen	33
3.1.3 Opvattingen over invloed van derden op de praktijkvoering	38
3.2 Huisartsen over zorgverzekeraars in het algemeen en Achmea Zorg & Gezondheid in het bijzonder	39
3.2.1 Vertrouwen	39
3.2.2 De huisarts over de rol van Achmea	44
3.2.3 De huisarts over de relatiemanager van Achmea	48
<b>4 Discussie en conclusie</b>	<b>51</b>
4.1 Tot slot	54
<b>Literatuur</b>	<b>55</b>



## Samenvatting

De introductie van marktwerking heeft geleid tot meer behoefte aan invloed van zorgverzekeraars op het handelen van huisartsen. Meer dan voorheen ervaren zorgverzekeraars de noodzaak om zich bezig te houden met de kwaliteit, kosten en toegankelijkheid van de zorg die hun verzekerden ontvangen. De huidige relatie tussen huisartsen en zorgverzekeraars verloopt voornamelijk via de contracten die zorgverzekeraars afsluiten met huisartsen. Deze contracten bieden beperkte mogelijkheden voor invloed van zorgverzekeraars op de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van zorg. Daarnaast is het voor zorgverzekeraars lastig vast te stellen wat bepalend is voor de kwaliteit en doelmatigheid en toegankelijkheid van de (huisartsen)zorg. Daardoor is het voor zorgverzekeraars interessant om de informele relatie met huisartsen te versterken en feedbackinformatie aan huisartsen te geven over de geleverde zorg.

Achmea Zorg & Gezondheid gaat een interventie uitvoeren waarin het geven van feedback aan huisartsen centraal staat. Relatiemanagers gaan feedbackinformatie geven aan huisartsen over praktijkkenmerken, zoals openingstijden en speciale spreekuren en over zorgkosten en zorggebruik van de patiëntenpopulatie, zowel bij de huisarts als bij andere zorgverleners. In deze feedbackinformatie wordt de patiëntenpopulatie van de praktijk vergeleken met een benchmark. Van de interventie worden effecten verwacht op kwaliteit, kosten en toegankelijkheid van de (huisartsen)zorg.

De aanname is dat huisartsen zich vaak onvoldoende bewust zijn van de zorgkosten en het zorggebruik van hun patiënten. De feedbackinformatie geeft huisartsen hierin meer inzicht. Verwacht wordt dat als huisartsen zich hier wel bewust van zijn zij hierop invloed kunnen uitoefenen. Zij kunnen bijvoorbeeld veranderingen doorvoeren in hun verwijsgedrag, in het voorschrijven van geneesmiddelen en in het verruimen van openingstijden van de praktijk. Deze veranderingen kunnen effect hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de (huisartsen)zorg. Die worden op hun beurt weer bepaald door consulten, verwijzingen, en voorschrijven. In de interventie van Achmea staat de feedbackinformatie niet op zichzelf. De feedbackinformatie krijgt betekenis in het gesprek tussen huisarts en relatiemanager. Dit gesprek kan aanleiding geven tot het maken van plannen tot verbetering. De veranderingen die een huisarts op basis van de gesprekken en de feedbackinformatie doorvoert kunnen van invloed zijn op de tevredenheid van deze huisarts met het werk, zoals zijn tevredenheid over de tijd die hij of zij per patiënt beschikbaar heeft. Daarnaast kan het geven van feedback van invloed zijn op tevredenheid met andere aspecten, zoals de prikkels om zorg van hoge kwaliteit te leveren. Achmea verwacht ook dat door de interventie het vertrouwen van huisartsen in de zorgverzekeraar in positieve zin wordt beïnvloed.

Dit rapport is de eerste rapportage over de evaluatie naar de effecten van de interventie van Achmea. Doel van het in dit rapport beschreven onderzoek was om meer zicht te krijgen op de meningen van huisartsen ten aanzien van hun werk, de relatie met zorgverzekeraars en het vertrouwen in zorgverzekeraars. Meer specifiek ging het in dit onderzoek om de relatie van huisartsen met zorgverzekeraar Achmea en met relatiemanagers van deze zorgverzekeraar. Het betrof een eerste meting, voordat de interventie van Achmea volledig wordt doorgevoerd, zodat we in een later stadium kunnen zien op welke elementen de interventie een effect heeft gehad.

## **Online vragenlijst**

Voor dit onderzoek is een online vragenlijst gestuurd aan 3.155 huisartsen van wie een e-mail adres bekend was bij Achmea. De respons was 23%. De vragen die aan de huisartsen zijn voorgelegd komen voor een deel overeen met eerder onderzoek, waardoor vergelijking mogelijk is. De lage respons kan erop wijzen dat huisartsen die niet veel vertrouwen hebben in Achmea niet hebben deelgenomen. Dit zou kunnen betekenen dat de resultaten een positiever beeld laten zien dan er in werkelijkheid is.

## **Huisartsen zijn tevreden over hun werk**

De resultaten van het onderzoek laten zien dat huisartsen over het algemeen redelijk tevreden zijn over hun werk. De tevredenheid verschilt wel per onderwerp. Huisartsen zijn het meest tevreden over hun werk in het algemeen en het minst tevreden over de kosten om hun praktijk draaiende te houden.

## **Huisartsen zijn geen voorstander van het opleggen van beperkingen om kosten te beheersen**

Door de medische beslissingen die huisartsen nemen hebben zij invloed op de kosten van zorg. Een meerderheid (59%) van de huisartsen zegt goed in staat te zijn om de kosten van medicijnen die hij of zij voorschrijft in te schatten. Voor het inschatten van de kosten met betrekking tot verwijzen denkt ongeveer een derde dit goed in te kunnen schatten. Om kostenbewust medische beslissingen te kunnen nemen zouden huisartsen goed in staat moeten zijn om de kosten van voorschrijven en verwijzen in te kunnen schatten. Het geven van feedback over deze kosten zou ervoor kunnen zorgen dat dit inzicht vergroot wordt. In een volgende meting zullen we nagaan of het geven van feedback dit ook daadwerkelijk tot gevolg heeft gehad. Een andere manier om kosten te beheersen is door het opleggen van beperkingen aan huisartsen. Dit zou bijvoorbeeld door de overheid of door zorgverzekeraars gedaan kunnen worden. Huisartsen zijn hiervan geen voorstander. Een meerderheid (79%) vindt niet dat het noodzakelijk is dat de overheid en zorgverzekeraars hen beperkingen opleggen. Eveneens een meerderheid (81%) denkt dat de autonomie van huisartsen in gevaar komt als zorgverzekeraars op grond van kosten behandelingsmogelijkheden gaan beperken. Huisartsen vinden overigens wel dat

zorgverzekeraars (72%) (heel) veel invloed hebben op hun praktijkvoering, veel meer dan bijvoorbeeld de farmaceutische industrie (5%).

### **Huisartsen hebben niet veel vertrouwen in zorgverzekeraars**

Het vertrouwen dat huisartsen in zorgverzekeraars hebben is niet groot. Het vertrouwen van huisartsen in Achmea ligt iets hoger in het gebied waar Achmea het grootste marktaandeel heeft dan daarbuiten. In het gebied waar Achmea het grootste marktaandeel heeft is Achmea de zorgverzekeraar waarmee huisartsen onderhandelen over het contract. Het vertrouwen van huisartsen in Achmea is iets hoger dan het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen. Het vertrouwen in de relatiemanager van Achmea is nog iets groter, maar er is ruimte voor verbetering. De relatiemanager van Achmea bespreekt feedbackinformatie met huisartsen. Bij de wijze waarop huisartsen aankijken tegen de feedbackinformatie en tegen de relatiemanager speelt het vertrouwen in de goede bedoelingen van zowel Achmea, als van de relatiemanager een grote rol. Ook moet een huisarts de cijfers die gepresenteerd worden vertrouwen. In de relatie is het verder van belang dat het vertrouwen als wederzijds ervaren wordt. In deze zaken blijkt ruimte voor verbetering. Hoewel we zien dat huisartsen die onderhandelen met Achmea vaker aangeven dat zij vinden dat Achmea laat blijken dat zij hun vertrouwt, blijft het percentage steken op 39%. Wat betreft het nakomen van afspraken is er ook ruimte voor verbetering. Van de huisartsen uit die over het contract onderhandelen met Achmea geeft 56% aan dat de zorgverzekeraar gemaakte afspraken nakomt, van de andere huisartsen is 34% deze mening toegedaan. Ongeveer een kwart (26%) van de huisartsen die onderhandelen met Achmea vindt dat de zorgverzekeraar naar hem of haar luistert en voelt zich begrepen.

Huisartsen hebben niet het gevoel dat Achmea hun belangen behartigt. Zij hebben vooral het idee dat de belangen van zichzelf (63%) en de aandeelhouders (41%) worden behartigd.

### **Huisartsen staan niet positief tegenover inmenging van Achmea in de huisartsenpraktijk**

Huisartsen staan vooral positief tegenover Achmea als degene die hun declaraties vergoedt. Ze staan niet positief of zelfs uitgesproken negatief tegenover het idee dat Achmea zich inmengt in de zorg die de huisarts levert, zoals het helpen om een afweging te maken of en aan wie patiënten worden doorverwezen. Huisartsen verwachten wel dat de invloed die Achmea hierop uitoefent in de toekomst zal toenemen. Zo'n 42% van de huisartsen verwacht dat Achmea inzage gaat geven in het zorggebruik van patiënten. Dit is wat Achmea wil gaan doen met het geven van feedback. Een kwart van de huisartsen staat hier positief tegenover, eveneens een kwart is uitgesproken negatief. Ongeveer de helft is neutraal. De huisartsen die met Achmea onderhandelen staan iets vaker positief tegenover de (toekomstige) invloed van Achmea op de huisartsenpraktijk.

## **Huisartsen die met Achmea onderhandelen zijn positiever**

Voor een groot deel van de uitkomsten blijken er verschillen te zijn tussen huisartsen die met Achmea onderhandelen (het kerngebied van Achmea) en huisartsen die niet met Achmea onderhandelen (het buitengebied van Achmea). Huisartsen in het kerngebied zijn in het algemeen meer tevreden over hun werk, de organisatie en het management van hun praktijk, de kosten om hun praktijk draaiende te houden en de hoeveelheid tijd die ze per patiënt beschikbaar hebben. Ze denken vaker dat het noodzakelijk is dat de overheid en zorgverzekeraars beperkingen opleggen om de zorg betaalbaar te houden en dat het verboden moet worden om een dure behandeling voor te schrijven als er ook een goedkoop alternatief is. Bovendien zijn ze minder vaak van mening dat de autonomie van huisartsen in gevaar komt wanneer zorgverzekeraars op grond van kosten behandelingsmogelijkheden gaan beperken. Ze vinden de invloed van Achmea op de praktijkvoering groter dan huisartsen in het buitengebied en hebben tevens meer vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen, Achmea en de relatiemanager van Achmea. Uit de resultaten blijkt dat zij in het algemeen positiever staan tegenover Achmea dan huisartsen in het buitengebied. We kunnen niet uitsluiten dat huisartsen die in het algemeen niet positief staan tegenover Achmea niet hebben gereageerd, waardoor de resultaten positiever zouden kunnen zijn dan in werkelijkheid het geval is. Hoewel de respondenten in het binnengebied positiever zijn dan de respondenten in het buitengebied, zijn de verschillen niet groot. De verwachting is dat door de interventie van Achmea de verschillen tussen het binnengebied en het buitengebied zullen toenemen.

## **Tot slot**

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat huisartsen, los van het vergoeden van declaraties, niet uitgesproken positief staan tegenover invloed van Achmea op de huisartsenpraktijk, maar ook niet uitgesproken negatief. Huisartsen hechten waarde aan hun autonomie en staan niet positief tegenover het idee dat Achmea zou helpen om een afweging te maken of en naar wie een huisarts patiënten doorverwijst. Verder ligt het vertrouwen van huisartsen in zorgverzekeraars niet hoog. Er is voor Achmea op een aantal punten winst te behalen. Dit betreft het nakomen van gemaakte afspraken, het laten blijken dat zij huisartsen vertrouwt en het luisteren naar huisartsen evenals het tonen dat zij huisartsen begrijpt.



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

### 1.1.1 *De relatie tussen huisartsen en zorgverzekeraars*

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden. De Zvw geeft zorgverzekeraars een belangrijke rol. Zo wordt van zorgverzekeraars verwacht dat zij een regierol spelen in de curatieve zorg (Curfs, 2010; De Groot, 2005). Zorgverzekeraars treden namens hun verzekerden op als onderhandelingspartners van de zorgaanbieders en onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. In dit rapport richten we ons specifiek op de relatie tussen zorgverzekeraars en huisartsen. De relatie tussen huisartsen en zorgverzekeraars heeft meerdere componenten. Er is een financiële component, een juridische component en een organisatorische component.

De financiële component houdt onder andere in dat zorgverzekeraars huisartsen een inschrijftarief per verzekerde en een tarief per verrichting betalen voor hun verzekerden. Hiervoor hoeft een huisarts geen contract te hebben met een zorgverzekeraar. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt de maximumtarieven. Bovenop het inschrijftarief en het verrichtingentarief kan een vergoeding worden gegeven voor bijvoorbeeld een praktijkondersteuner of voor de module modernisering en innovatie (M&I). Financiering van dergelijke modules is alleen mogelijk als huisartsen contractuele afspraken hebben met een zorgverzekeraar. Het tarief voor de M&I module is vrij onderhandelbaar, hiervoor gelden geen maximumtarieven (NZa, 2010). Zorgverzekeraars zijn voor de huisartsenzorg volledig risicodragend. Aan de relatie tussen huisartsen en zorgverzekeraars worden eisen gesteld door de wetgever (juridische component). Om te waarborgen dat verzekerden goede zorg krijgen via hun zorgverzekeraar is in de zorgverzekeringswet onder meer geregeld dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben tegenover verzekerden (artikel 11 Zvw). Deze zorgplicht houdt in dat “...een verzekerde de zorg of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft<sup>1</sup>. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg<sup>2</sup>.” (NZa, 2011 beleidsregel TH/BR-001).

De organisatorische component van de relatie omvat de afhankelijkheden tussen organisaties bij het nastreven van de individuele doelen van een organisatie. Zorgverzekeraars hebben als doel om financieel gezond te blijven en verzekerden aan te

---

<sup>1</sup> Met zorg wordt in dit toetsingskader steeds bedoeld zowel de zorg als diensten volgens artikel 11 Zvw.

<sup>2</sup> De inhoud/omvang volgt rechtstreeks uit artikel 11 van de Zvw. Bereikbaarheid/tijdigheid en kwaliteit/veiligheid volgt uit de MvT Zvw, blz. 42 t.m 44.

trekken en te behouden. Om deze doelen te behalen heeft een zorgverzekeraar belang bij beperkte zorgkosten en/of goede kwaliteit van zorg. Huisartsen zijn belangrijk, omdat zij voor de meeste patiënten een eerste aanspreekpunt zijn wanneer patiënten zorg nodig hebben. Huisartsen hebben invloed op de kosten die gemaakt worden doordat zij beslissingen nemen over de behandeling, het voorschrijven van geneesmiddelen of het doorverwijzen van een patiënt naar de tweedelij. In hun rol als poortwachter beperken huisartsen de toestroom tot duurdere en meer ingrijpende vormen van zorg (Willems en Veldhuis, 2002; Groenewegen en Delnoij, 1997). Huisartsen zijn op hun beurt ook afhankelijk van zorgverzekeraars bij het nastreven van hun doelen. Deze afhankelijkheid verloopt voornamelijk via de financiële component van de relatie.

### **1.1.2 *Invloed van zorgverzekeraars op huisartsen***

Uit studies naar de interacties tussen organisaties die afhankelijk zijn van elkaar, blijkt dat er drie strategieën zijn die door organisaties gevolgd kunnen worden om grip te krijgen op deze afhankelijkheid (Pfeffer en Salancik, 1978; Williamson, 1979). Deze strategieën zijn ook terug te zien in de wijze waarop zorgverzekeraars hun afhankelijkheid van huisartsen vorm proberen te geven. Een eerste, weinig in Nederland voorkomende strategie is het uitoefenen van invloed via het eigenaarschap van een huisartsenpraktijk (verticale integratie). Een voorbeeld hiervan is zorgverzekeraar Menzis, die eigenaar is van twee gezondheidscentra (Piersma, 2010).

Een tweede, veel meer in Nederland voorkomende vorm is het uitoefenen van invloed op de huisarts via het contract dat de zorgverzekeraar met een huisarts afsluit. In het contract kunnen voorwaarden worden vastgelegd waaronder een zorgverzekeraar een vergoedingen geeft aan een huisarts. Zorgverzekeraars onderhandelen niet met alle huisartsen. Zij richten zich vooral op huisartsen die veel van de eigen verzekerden bedienen. Ook voor huisartsen is het onderhandelen met elke zorgverzekeraar afzonderlijk onaantrekkelijk, omdat dit veel administratieve lasten met zich meebrengt. Afsgesproken is dat huisartsen onderhandelen met de zorgverzekeraar die in zijn gebied het grootste marktaandeel heeft (het kerngebied van de zorgverzekeraar) en dat de overige zorgverzekeraars de afspraken die gemaakt zijn met de dominante zorgverzekeraar volgen (Vogelaar, 2005). Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om zich aan deze afspraak te houden, maar in de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars vooral onderhandelen met huisartsen in hun kerngebied.

Er zijn minimaal drie beperkingen aan formele contracten. Ten eerste is het voor zorgverzekeraars lastig om te bepalen welke voorwaarden ze in de contracten met huisartsen vast moeten leggen om de gewenste effecten te bereiken. Er is nog weinig informatie beschikbaar over kwaliteit en doelmatigheid. Ten tweede, de relatie tussen acties van huisartsen en de gezondheid van patiënten of de kosten die gemaakt worden per patiënt is complex. Zelfs als er veel informatie beschikbaar is, zullen niet alle voorwaarden en mogelijke situaties vooraf in een contract worden vastgelegd (Alchian en Demsetz, 1972; Williamson, 1991; Krause et al., 1998). Ten derde, is het onderscheid dat zorgverzekeraars kunnen maken tussen huisartsen beperkt. De inschrijf- en verrichtingentarieven zijn gereguleerd waardoor in beperkte mate financiële prikkels kunnen worden gegeven.

Een derde strategie die organisaties volgen om invloed uit te oefenen op andere organisaties is via de informele relatie. In deze informele relatie richten de partijen zich op het delen van kennis en op samenwerking (Horder et al., 1986; Ring en van de Ven, 1994; Dyer en Singh, 1998). Zorgverzekeraars hebben in het verleden geprobeerd om de kosten, toegankelijkheid en kwaliteit van huisartsenzorg te beïnvloeden door de informele, persoonlijke relatie met huisartsen te versterken. Dit deden zij onder andere door huisartsen informatie te geven over het zorggebruik van de patiëntengroep die bij de praktijk ingeschreven staat. Dit zorggebruik werd dan vergeleken met een gemiddelde, een 'benchmark' (Mugford et al., 1991; Veerman et al., 1997).

In de jaren '80 van de vorige eeuw koppelden de ziekenfondsen vaak gegevens over verwijzingen en voorschriften van geneesmiddelen terug naar hun huisartsen, waarbij werd gecontroleerd voor leeftijd en geslacht. Huisartsen met een afwijkend verwijs- of voorschrijfpatroon werden vereerd met een bezoek van een medisch adviseur (Post, 1984). Of het geven van feedback aan huisartsenpraktijken nuttig kan zijn was onderwerp van onderzoek in gezondheidscentra in en rond Eindhoven in het midden van de jaren '90. Feedback had tot gevolg dat er 10% minder medicijnen werd voorgeschreven en 8% minder patiënten verwezen (Veerman et al., 1997). In de jaren '90 is het verstrekken van feedback echter meer en meer in onbruik geraakt. De introductie van marktwerking in het zorgstelsel en de fusieprocessen tussen zorgverzekeraars die daarmee samenhangen zijn daar debet aan. Bovendien ontstond soms discussie over de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens (Mokkink, 1986; Veerman et al., 1997, Muijers et al., 2004). De introductie van marktwerking heeft er echter ook toe geleid dat er meer behoefte is aan inzicht in het handelen van zorgverleners en aan inzicht in de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg. Om dergelijke inzichten te verwerven hebben zowel huisartsen als zorgverzekeraars informatie nodig. Achmea Zorg & Gezondheid (hierna ook wel afgekort tot Achmea) gaat daarom het geven van feedback aan huisartsen weer inzetten. De gedachte erachter is meerledig. In de eerste plaats gaat Achmea er vanuit dat op basis van de feedback huisartsen zullen worden geprikkeld de kwaliteit te verbeteren en dat die investeringen in kwaliteit veelal zullen leiden tot lagere kosten. In de tweede plaats wil Achmea investeren in de relatie met de huisartsen, die voor hen als poortwachter sleutelpersonen zijn in de beheersing van de kosten van zorg. Tot slot krijgt Achmea van huisartsen signalen dat zij de feedback van de zorgverzekeraar op prijs stelden. De ervaringen met het geven van feedback bij de fysiotherapie bevestigen bij Achmea het idee dat een dergelijke aanpak ook bij huisartsen positief zou kunnen uitpakken. Bij de Fysiotherapie heeft het geven van feedback de afgelopen jaren geleid tot een opmerkelijke stijging in het vertrouwen in de zorgverzekeraar en een daling in kosten van zorg (minder zittingen bij een aantal aandoeningen).

### ***1.1.3 De interventie van Achmea Zorg & Gezondheid***

De interventie van Achmea richt zich op het beïnvloeden van het gedrag van huisartsen om zo de kwaliteit, kosten en toegankelijkheid van de zorg te beïnvloeden. Er worden relatiemanagers ingezet om huisartsen feedback te geven op het zorggebruik van de patiënten in hun praktijk en om de relatie tussen Achmea en huisartsen te versterken. Verder worden er, met de input van huisartsen, 'best practices' ontwikkeld en verbeterplannen opgesteld die vervolgens door huisartsen in de praktijk kunnen worden

gebracht. De relatiemanagers bestonden al, maar gaven in het verleden geen feedback aan huisartsen. Voor de interventie is het takenpakket van de relatiemanagers uitgebreid en is ook het aantal relatiemanagers uitgebreid, zodat huisartsen meerder keren per jaar bezocht kunnen worden.

De feedback bestaat uit informatie over het zorggebruik van de patiëntpopulatie, op basis van de declaratiegegevens. Deze wordt vergeleken met een algemene populatie (een benchmark) en in tabellen en grafieken gepresenteerd. De gegevens worden niet alleen gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, maar voor alle variabelen die zijn opgenomen in het vereveningsmodel (dus ook uitkeringsstatus en farmaceutische kostengroep). De informatie die gegeven wordt gaat onder andere over: de kosten per verstrekking, zoals ziekenhuiszorg fysiotherapie of GGZ zorg; veel voorkomend zorggebruik in de praktijkpopulatie en de zorgverleners waar de patiënten deze zorg afnemen en tenslotte over het geneesmiddelengebruik in de patiënt populatie. Achmea richt zich met deze aanpak in eerste instantie op huisartspraktijken met meer dan 1000 Achmea verzekerden. In deze praktijken geven de declaratiegegevens van Achmea een goed beeld van de gehele patiëntpopulatie van de praktijk. De praktijken met meer dan 1000 Achmea verzekerden liggen voor het overgrote gedeelte in het gebied waar Achmea marktleider is, het zogenoemde kerngebied.

Achmea verwacht van het geven van feedback (inclusief het bezoek van de relatiemanager) dat huisartsen zich meer bewust worden van de kwaliteit en kosten van de zorg die ze zelf verstrekken, en van de zorg die hun patiënten in andere segmenten van de gezondheidszorg krijgen en dat dat positieve effecten zal hebben op kosten, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ook verwacht Achmea dat door deze service het vertrouwen van huisartsen in de zorgverzekeraar in positieve zin wordt beïnvloed.

Verondersteld wordt dat huisartsen zich nu vaak niet bewust zijn van de kosten die zij genereren in de praktijk door voorschrijven en verwijzen. De aanname is dat als zij zich hier wel bewust van zijn zij hun gedrag kunnen veranderen (al hoeft dat natuurlijk niet).

Huisartsen kunnen veranderingen doorvoeren in hun verwijsgedrag, bijvoorbeeld door het voorschrijven van geneesmiddelen en in het verruimen van openingstijden van de praktijk. Veranderingen daarin kunnen effect hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de zorg. Bij het geven van de feedback wordt het handelen van een huisartsenpraktijk op die punten afgezet tegen een gemiddelde (de benchmark).

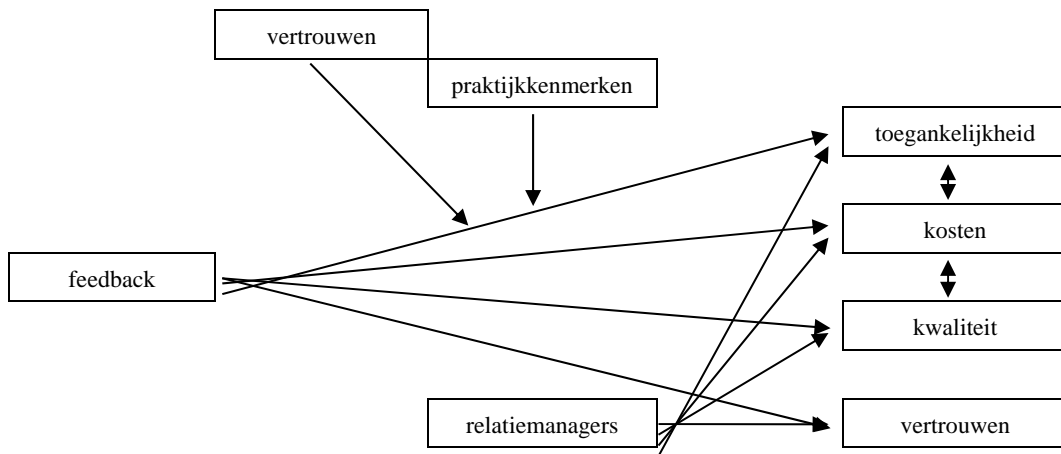
Relatiemanagers maken afspraken met de betreffende huisartsen om de feedback te bespreken. In die gesprekken komen mogelijke verbeteringen aan de orde. De verbeteringen krijgen gestalte in verbeterplannen, waarover de praktijk en Achmea afspraken maken. Praktijken waar dat nodig is krijgen ondersteuning om plannen te realiseren.

Achmea verwacht ook dat door het intensiveren van de relatie met huisartsen het vertrouwen van huisartsen in de zorgverzekeraar in positieve zin wordt beïnvloed. 'Vertrouwen' houdt in dat iemand de intentie of de overtuiging heeft om zich in een interactie met een ander aan een risico bloot te stellen, in de verwachting dat de andere partij hier geen misbruik van maakt (Luhmann, 2000). Vertrouwen krijgt dus haar betekenis in interacties waarbij een afhankelijkheid speelt (Rousseau et al., 1998;

Luhmann, 1988). Achmea wil het vertrouwen van huisartsen in Achmea vergroten omdat zij beseft dat zij hier voordeel aan heeft bij voor het behalen van haar doelen binnen het Nederlandse zorgstelsel. Waar vertrouwen tussen twee partijen ontbreekt, moet aanzienlijk meer moeite worden gedaan om dingen gedaan te krijgen. Er zal veel energie gestoken moeten worden in waarborgen tegen ongewenst gedrag van de ander, bijvoorbeeld door voorwaarden te stellen in contracten en de ander te controleren, dit kost tijd en geld (Dyer en Singh, 1998; Covey en Merrill, 2006). Bij gebrek aan vertrouwen zal ook minder informatie gedeeld worden en hebben de partijen minder vertrouwen in de informatie die ze krijgen. Hierdoor verliezen beide partijen de mogelijkheid om van elkaars kennis te profiteren en handelingen onderling af te stemmen (Ring en Van de Ven, 1994). Wanneer Achmea op basis van wederzijds vertrouwen met huisartsen kan handelen, dan scheelt dit dus niet alleen in kosten en tijd, het zorgt er ook voor dat Achmea over betere informatie kan beschikken. Het ontwikkelen van het vertrouwen in de organisatie loopt via de 'persoonlijke' interacties (Ring en Van de Ven, 1994; Zaheer et al., 1998). Vertrouwen kan toenemen in opeenvolgende interacties, waarin huisartsen steeds meer handelen vanuit de overtuiging dat Achmea als organisatie dit vertrouwen in de toekomst niet zal schaden (Ring en Van de Ven, 1994). Vertrouwen van huisartsen in Achmea is een belangrijke conditie voor het welslagen van de interventie. Wanneer huisartsen geen vertrouwen hebben in Achmea of in de relatiemanager van Achmea dan zullen zij minder snel geneigd zijn om mee te werken aan een bezoek van een relatiemanager en minder snel het gedrag aanpassen naar aanleiding van de feedback en een gesprek met een relatiemanager. De goede bedoelingen van Achmea zullen door huisartsen met weinig vertrouwen in Achmea in twijfel worden getrokken. Zij zullen er niet vanuit gaan dat Achmea een in hun ogen juiste afweging maakt tussen kwaliteit van zorg voor de patiënt en de kosten. Achmea heeft positieve ervaringen met het aanbieden van feedback aan fysiotherapeuten in de zin dat het tot meetbare verbeteringen in de vertrouwensrelatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar heeft geleid. Toch is het niet vanzelfsprekend dat huisartsen de feedback en het bezoek van de relatiemanager als zinvol ervaren. Feedback en bezoek van een relatiemanager kan ook worden ervaren als bemoeizuchtig en zelfs bedreigend. Zorgverleners die bijvoorbeeld afwijken van een gemiddelde hebben immers iets uit te leggen. Dit komt het vertrouwen in de zorgverzekeraar niet automatisch ten goede. Veel zal afhangen van de manier waarop de relatiemanagers hun werk doen en of het niet oordelende karakter van het verstrekken van feedbackinformatie behouden wordt.

In onderstaand model (figuur 1.1) is weergegeven welke effecten er van het geven van feedback worden verwacht. Verwacht wordt dat de feedback invloed heeft op kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de huisartsenzorg en het vertrouwen dat huisartsen stellen in de zorgverzekeraar. Vertrouwen is niet alleen een effectmaat, maar is ook van invloed op de mate waarin de effecten optreden. Praktijkenmerken, die de vrijheidsgraden om gedrag te veranderen bepalen zullen ook van invloed zijn op de mate waarin de beoogde effecten optreden. Naast een effect van de feedback op zich, wordt er een effect van de relatiemanagers verwacht. Aangezien de feedback altijd gepaard gaat met een bezoek van een relatiemanager, kunnen deze effecten niet van elkaar worden onderscheiden. Wel kan de relatiemanager een verschil in effecten tussen praktijken verklaren. Voor de beoogde effecten geldt dat het ene effect ten koste kan gaan van het andere. Het is voorstelbaar dat als er te veel op de kosten wordt bespaard dit een effect heeft op de kwaliteit van zorg.

Figuur 1.1 De effecten van het geven van feedback en de invloed daarop van vertrouwen, praktijkkenmerken en relatiemanagers



#### 1.1.4 Dit rapport: situatie voor de invoering van interventie

In dit rapport wordt de uitgangssituatie beschreven, voordat de interventie door Achmea wordt ingevoerd. Hierbij nemen we een aantal kenmerken van huisartsen mee die de acceptatie van de feedback kunnen beïnvloeden. We gaan hierbij in op de vraag hoe huisartsen aankijken tegen hun werk en hoe huisartsen aankijken tegen de relatie met en het vertrouwen in zorgverzekeraars. Deze vragen beantwoorden we, omdat deze factoren de acceptatie van de feedback beïnvloeden. De variatie in acceptatie van de feedback kan mogelijk variatie in de effecten van de interventie verklaren. Met betrekking tot de eerste vraag gaan we specifiek in op de tevredenheid met de praktijkvoering, opvattingen over het maken van kostenafwegingen en opvattingen over de invloed van derden. Bij de beantwoording van de tweede vraag zullen we ingaan op het vertrouwen van huisartsen, de mening van huisartsen ten aanzien van de rol van Achmea en de relatiemanagers van Achmea.

#### Tevredenheid met de praktijkvoering

Met tevredenheid bedoelen we hier bijvoorbeeld tevredenheid met de faciliteiten die de praktijk tot zijn beschikking heeft, de organisatie en het management van de praktijk en de hoeveelheid tijd die de huisarts beschikbaar heeft in de praktijk. Voor een huisarts is het voeren van een praktijk met alle financiële en organisatorische aspecten die daar bij komen kijken niet altijd gemakkelijk. Wanneer een huisarts hier tevreden over is, dan is de kans groter dat de huisarts er ook in slaagt om zorg te leveren van goede kwaliteit. De bezoeken van de relatiemanager in het APS-project zouden bij kunnen dragen aan het verhogen van de tevredenheid van huisartsen. Bijvoorbeeld doordat de relatiemanager organisatorische zaken rondom declaraties kan vergemakkelijken. Daarnaast is het mogelijk dat huisartsen door het doorvoeren van best practices en het verkrijgen van inzicht in het zorggebruik van patiënten beter in staat zijn om hun praktijk goed te laten lopen en dat daarmee ook de tevredenheid toeneemt. Ook is het mogelijk dat door de tijd die huisartsen besteden aan zaken die gerelateerd zijn aan het APS-project, de tevredenheid over de tijd die de huisarts heeft voor zijn patiënten, afneemt. In relatie tot

vertrouwen is te verwachten dat huisartsen die minder tevreden zijn over hun werk anders staan tegenover zorgverzekeraar Achmea.

### **Opvattingen over het maken van kosten afwegingen**

Het is voor de interventie van belang om te weten wat de taakopvatting van huisartsen zelf is. Het idee achter de interventie is dat als huisartsen zich meer bewust worden van de kosten, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg aan patiënten. Het is belangrijk voor het later kunnen duiden van de effecten van de interventie in hoeverre huisartsen het tot hun taak zien om dit soort afwegingen te maken en in hoeverre huisartsen hier een rol zien weggelegd voor andere partijen.

### **Opvattingen over de invloed van derden**

Huisartsen ervaren, net als andere organisaties, invloed van derden bij de wijze waarop zij hun werk uitvoeren. Door de interventie van Achmea zou de invloed van deze zorgverzekeraar op het werk van huisartsen kunnen toenemen. Het is daarom interessant om te zien of de huisartsen deze invloed ook (meer gaan) ervaren. Om de beoordeling van de huisarts over de invloed van de zorgverzekeraar in het algemeen en Achmea in het bijzonder in een perspectief te kunnen plaatsen, vragen we ook naar de invloed die de huisarts ervaart van andere belangrijke spelers zoals de Gemeente, de Rijksoverheid of het Nederlands Huisartsen Genootschap.

### **Het vertrouwen van huisartsen**

Het vertrouwen van huisartsen in de relatiemanager en in Achmea is, zoals eerder in dit rapport ook beschreven, van groot belang voor het welslagen van de interventie. Wanneer huisartsen vooraf weinig vertrouwen hebben in Achmea of in de relatiemanager van Achmea, dan is de kans groot dat de huisarts de feedbackinformatie of eventuele best practices niet zal accepteren.

### **De mening van huisartsen over de rol van Achmea**

Zorgverzekeraars hadden tot 2006 een beperkte rol in de huisartsenpraktijk. De kerntaak van de zorgverzekeraar in relatie met de huisarts was het correct afhandelen van declaraties. Met de invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in 2006 is deze rol veranderd. Marktwerking is geïntroduceerd waarmee de behoefte aan invloed op kwaliteit en kosten van zorg bij zorgverzekeraars toegenomen is. Feedback over de geleverde zorg wordt daarom weer belangrijker.

Bij het verstrekken van feedbackinformatie door zorgverzekeraars verschuift de rol van een zorgverzekeraar van een puur administratieve rol naar een meer betrokken rol. Een van de vragen is hoe huisartsen aankijken tegen deze rol van een zorgverzekeraar en of zij vinden dat een zorgverzekeraar deze rol al heeft opgepakt. Huisartsen die een dergelijke rol niet bij een zorgverzekeraar vinden passen zullen ook minder positief staan tegenover de interventie van Achmea.

### **De relatiemanagers van Achmea**

Achmea werkt al meerdere jaren met relatiemanagers. Bij de interventie van Achmea is het aantal relatiemanagers en het takenpakket van de relatiemanagers uitgebreid. De relatiemanagers bespreken niet alleen declaraties en vergoedingen maar gaan ook

feedbackinformatie geven en samen met de huisarts verbeterplannen maken. Ook zullen ze de huisartsen regelmatig gaan bezoeken dan voorheen. Of de huisartsen open staan voor de feedback die zij krijgen van de relatiemanager zal mede afhangen van het beeld dat zij hebben van de relatiemanager en van het vertrouwen dat zij hebben in de relatiemanager als persoon. Wanneer huisartsen bijvoorbeeld het beeld hebben dat relatiemanagers vooral komen om te controleren dan zullen zij minder open staan voor feedback van Achmea. Ook wanneer zij weinig vertrouwen hebben in de relatiemanager zullen zij minder open staan voor feedback.

## 1.2 Doel van het onderzoek

Dit rapport maakt onderdeel uit van een groter onderzoek waarin gekeken wordt naar de effecten die het intensiveren van het contact met de zorgverzekeraar en het geven van feedback heeft op het medisch handelen van huisartsen en daarmee op kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van zorg. Hierover zal in andere rapporten verslag worden gedaan. In dit rapport beschrijven we de situatie voor invoering van de interventie door Achmea. Centraal staat de relatie tussen huisartsen en de zorgverzekeraar. We willen uitspraken kunnen doen over de relatie tussen huisartsen en zorgverzekeraars in het algemeen en over de relatie tussen huisartsen en Achmea in het bijzonder. Deze relatie is geoperationaliseerd in vertrouwen en opvattingen over de rol van de zorgverzekeraar in de huisartsenpraktijk. Daarnaast kijken we ook naar het effect op de tevredenheid van de huisarts met de eigen praktijkvoering.

## 1.3 Vraagstellingen

In dit onderzoek beantwoorden we twee vragen:

- 1 *‘Hoe kijken huisartsen aan tegen hun werk?’*
  - a *Tevredenheid met de praktijkvoering.*
  - b *Opvattingen over het maken van kostenafwegingen.*
  - c *Opvattingen over de invloed van derden.*
  
- 2 *‘Hoe kijken huisartsen aan tegen de relatie met en het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen en Achmea Zorg & Gezondheid in het bijzonder?’*
  - a *Het vertrouwen.*
  - b *De rol van Achmea Zorg & Gezondheid.*
  - c *De relatiemanagers van Achmea.*

Bij het beantwoorden van de beide onderzoeksvragen zullen we ingaan op verschillen naar achtergrondkenmerken. Daarnaast onderzoeken we of er verschillen zijn tussen huisartsen voor wie Achmea de dominante zorgverzekeraar is (kernegebied) en voor huisartsen die een andere zorgverzekeraar als dominante zorgverzekeraar hebben (buitengebied). Tenslotte kijken we of er verschillen zijn tussen huisartsen die in het



laatste jaar contact hebben gehad met een relatiemanager van Achmea en huisartsen die dit niet hebben gehad.

#### **1.4 Opbouw van het rapport**

De verdere opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 worden de methoden besproken die voor dit onderzoek zijn gebruikt. In dit hoofdstuk staat ook per deelvraag uitgewerkt hoe we de data verzamelen om de deelvraag te kunnen beantwoorden. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk 4 plaatsen we de resultaten uit hoofdstuk 3 in een breder kader.



## 2 Methode

### 2.1 Vragenlijst en meetinstrumenten

Voor dit onderzoek zijn vragen gesteld aan huisartsen met wie Achmea contact heeft. Adressen zijn afkomstig uit een database van Achmea. Er zijn in totaal 3155 huisartsen benaderd. Dit zijn alle huisartsen in het kerngebied en in het buitengebied waarvan Achmea over een correct e-mailadres beschikt. Zij hebben de vragenlijst in kunnen vullen tussen 19 oktober en 9 december 2011.

#### 2.1.1 Meetinstrumenten

Hieronder wordt per deelvraag beschreven welke enquêtevragen aan huisartsen zijn voorgelegd om de deelvragen in dit onderzoek te beantwoorden.

De vragenlijst is zoveel mogelijk opgebouwd uit enquêtevragen die in eerder onderzoek ontwikkeld zijn. Daarnaast is de vragenlijst doorgenomen met drie huisartsen, om te controleren of de vragen en de opzet van de enquête duidelijk en begrijpelijk waren. Op basis van deze interviews is de vragenlijst waar nodig aangepast.

#### **Huisartsen over hun werk**

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag over de wijze waarop huisartsen aankijken tegen hun werk stellen we vragen over drie onderwerpen: de tevredenheid met de praktijkvoering, de opvattingen van huisartsen over het maken van kostenafwegingen en de opvattingen van huisartsen over de invloed van derden op de praktijkvoering.

#### *Tevredenheid met de praktijkvoering*

In de vragenlijst hebben we zeven vragen gesteld over de tevredenheid van huisartsen met de praktijkvoering. De antwoordmogelijkheden lopen van 'zeer ontevreden' via 'deels wel, deels niet tevreden' naar 'zeer tevreden' op een vijfpuntschaal. De vragen komen overeen met de vragen die gesteld zijn in de Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Van den Berg et al., 2004).

#### *De tevredenheidschaal*

De zeven vragen over tevredenheid vormen samen een tevredenheidschaal. De schaalscore is berekend als de gemiddelde tevredenheidscore per respondent en loopt van 1 (zeer ontevreden) tot en met 5 (zeer tevreden). Respondenten die niet alle zeven vragen hebben ingevuld worden buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2.1 Vraagstelling over de tevredenheid met de praktijkvoering

---

enquêtevragen

---

Wij willen u enkele vragen stellen over de mate waarin u tevreden bent over een aantal aspecten van uw werk als huisarts. Bij elk van de aspecten kunt u aangeven hoe tevreden u daarover bent.

Vraagonderdelen:

- De kosten om mijn praktijk draaiende te houden
- De hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb
- Mijn inkomen
- De incentives om zorg van hoge kwaliteit te leveren
- De uitrusting van mijn praktijk en de faciliteiten waarover ik beschik
- De organisatie en het management van mijn praktijk
- Mijn werk in het algemeen

---

### Opvattingen over het maken van kostenafwegingen

Om te onderzoeken welke opvattingen huisartsen hebben over het maken van kostenafwegingen hebben we acht stellingen voorgelegd. De antwoordmogelijkheden lopen in vijf stappen van 'helemaal mee oneens' via 'niet eens/niet oneens' naar 'helemaal mee eens'. De eerste twee stellingen (tabel 2.2) over het inschatten van kosten zijn voor deze enquête gemaakt. De overige stellingen zijn ontwikkeld door Willems en Veldhuis (2002) voor onderzoek naar dilemma's, keuzen en afwegingen in de spreekkamer. Dit onderzoek richtte zich specifiek op de poortwachterrol van huisartsen.

Tabel 2.2 Vraagstelling over de opvattingen over het maken van kostenafwegingen

---

enquêtevragen

---

Hieronder vindt u een aantal stellingen die te maken hebben met de (kosten van) voorschrijven en doorverwijzen. In hoeverre bent u het eens met deze stellingen?

Vraagonderdelen:

1. Ik ben goed in staat om in te schatten wat de kosten zijn van de medicijnen die ik voorschrijf.
2. Ik ben goed in staat om in te schatten welke kosten er gemaakt gaan worden wanneer ik een patiënt doorverwijs.
3. Alleen bij dure behandelingen is het belangrijk om op de kosten te letten.
4. Kosten spelen voor mij alleen een rol wanneer ik twijfel heb over het nut van een behandeling.
5. Als de patiënt baat heeft bij een behandeling, dan zijn de kosten onbelangrijk.
6. Om de zorg betaalbaar te houden is het noodzakelijk dat de overheid en zorgverzekeraars beperkingen opleggen aan huisartsen.
7. Wanneer er een goed én goedkoop alternatief is, zou het huisartsen verboden moeten worden om een duurdere behandeling voor te schrijven.
8. De autonomie van huisartsen komt in gevaar wanneer zorgverzekeraars op grond van kosten behandelingsmogelijkheden gaan beperken.

---

Stellingen 3 tot en met 5 (tabel 2.2) gaan over de praktijk van het poortwachterschap: hoe moeten kosten tegen andere overwegingen afgezet worden? (Willems en Veldhuis, 2002). Stellingen 6 tot en met 8 hebben te maken met de vraag of derden (bijvoorbeeld de

overheid of de zorgverzekeraars) beperkingen mogen opleggen aan huisartsen omwille van de kostenbeheersing in de gezondheidszorg (Willems en Veldhuis, 2002).

### **Opvattingen over de invloed van derden op de praktijkvoering**

We hebben aan huisartsen gevraagd om voor meerdere organisaties aan te geven of deze volgens hen invloed hebben op de eigen praktijkvoering. Hierbij konden zij antwoorden op een vijfpuntschaal van ‘heel weinig’ tot ‘heel veel’ De middencategorie was ‘niet veel/niet weinig’.

Tabel 2.3 Vraagstelling over invloed van organisaties op de praktijkvoering

---

enquêtevraag

---

Hoeveel invloed hebben de volgende organisaties op uw praktijkvoering volgens u?

Vraagonderdelen:	De gemeente
	Zorgverzekeraars in het algemeen
	Achmea Zorg & Gezondheid
	De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
	Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
	De farmaceutische industrie
	De Rijksoverheid

---

### **Huisartsen over zorgverzekeraars in het algemeen en Achmea Zorg & Gezondheid in het bijzonder**

#### *Vertrouwen*

Om vertrouwen te meten in zorgverzekeraars in het algemeen en in Achmea Zorg & Gezondheid hebben we twee keer vier stellingen voorgelegd die een schaal vormen waarmee het vertrouwen wordt gemeten (tabel 2.4). Op deze stellingen konden huisartsen antwoorden op een vijfpuntschaal van 1, ‘helemaal mee oneens’ naar 5 ‘helemaal mee eens’ en 3 was hier ‘niet eens, niet oneens’.

De Engelstalige versie van deze schaal is beschreven in een artikel van Eisingerich en Bell (2008) en gebaseerd op de vertrouwensschaal van Morgan en Hunt (1994). De schaal is in het Nederlands vertaald (Wendel et al., 2011). Bij het berekenen van de gemiddelde schaalscore zijn respondenten die niet alle vier vragen hebben ingevuld buiten beschouwing gelaten.

Daarnaast hebben we drie stellingen voorgelegd die betrekking hebben op de aspecten van vertrouwen. Op deze stellingen konden huisartsen antwoorden op een schaal van 1, ‘helemaal mee oneens’ naar 5 ‘helemaal mee eens’ een 3 was hier ‘niet eens, niet oneens’. De drie stellingen komen uit een jaarlijkse ‘zorgaanbiedermonitor’ van Achmea. Ten behoeve van de vergelijkbaarheid met de zorgaanbiedermonitor van Achmea is bij deze drie stellingen een ‘geen mening’ categorie toegevoegd. In de rest van de enquête hebben huisartsen geen mogelijkheid om een geen mening categorie in te vullen. Bij de regressieanalyse wordt deze ‘geen mening’ categorie buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2.4 Vraagstelling over vertrouwen

---

enquêtevragen

---

De volgende vragen gaan over zorgverzekeraars in het algemeen. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

Vraagonderdelen:      Zorgverzekeraars zijn organisaties die je kunt vertrouwen  
                                    Zorgverzekeraars zijn organisaties die eerlijk en oprecht zijn.  
                                    Je kunt er op vertrouwen dat zorgverzekeraars doen wat juist is.  
                                    Ik heb vertrouwen in zorgverzekeraars als organisaties.

De volgende vragen gaan specifiek over Achmea Zorg & Gezondheid of één van haar labels. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

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

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

Vraagonderdelen:      Achmea laat blijken dat zij mij vertrouwt.  
                                    Achmea komt gemaakte afspraken na.  
                                    Achmea luistert naar mij, ik voel mij begrepen.

---

### **De huisarts over de rol van Achmea Zorg & Gezondheid**

Om meer te weten te komen over de rolopvatting die Achmea volgens huisartsen heeft hebben we gevraagd in hoeverre huisartsen vinden dat Achmea de belangen behartigt van een aantal belanghebbenden, waaronder ‘Achmea’ zelf en ‘huisartsen’. Hierbij konden ze antwoorden op een vijfpuntschaal van ‘zeker niet’ via ‘neutraal’ naar ‘zeker wel’.

Tabel 2.5 Vraagstelling over belangenbehartiging door Achmea Zorg & Gezondheid

---

enquêtevraag

---

In hoeverre vindt u dat Achmea de belangen behartigt van:

Vraagonderdelen:      Verzekerden  
                                    Zorgvragende verzekerden  
                                    De aandeelhouders van Achmea  
                                    Achmea  
                                    Zorgverleners in het Algemeen  
                                    Huisartsen

---

Verder is de huisartsen gevraagd hun visie te geven op een aantal mogelijke rollen van Achmea (tabel 2.6). Bij elke mogelijke rol van Achmea konden de respondenten aangeven in hoeverre zij hierover positief of negatief zijn op een vijfpuntschaal van ‘zeer negatief’ via ‘neutraal’ naar ‘zeer positief’. Zij konden ook aangeven in hoeverre hier nu sprake van is en in hoeverre zij verwachten dat hier in de toekomst sprake van zal zijn.

Bij deze laatste vragen zijn er vijf antwoordmogelijkheden van ‘volledig sprake’ via ‘soms sprake’ naar ‘nooit sprake’.

Tabel 2.6 Vraagstelling over de rol van Achmea Zorg & Gezondheid

---

enquêtevragen

---

Hieronder volgen een aantal mogelijke situaties die zich, nu of in de toekomst, in uw praktijk voor kunnen doen.

Vraagonderdelen: Achmea helpt mij om goede zorg te bieden aan mijn patiënten  
Achmea geeft inzage in het zorggebruik van mijn patiënten.  
Achmea helpt mij om een afweging te kunnen maken of en naar wie ik patiënten doorverwijs.  
Achmea vergoedt mijn declaraties.  
Wanneer het zorggebruik van patiënten in mijn praktijk verschilt van het landelijk gemiddelde dan wijst Achmea mij daarop.

In hoeverre bent u nu positief of negatief over deze mogelijke rol van Achmea?

In hoeverre is hier nu sprake van in uw praktijk?

In hoeverre verwacht u dat hier in de toekomst sprake van zal zijn in uw praktijk?

---

### Huisartsen en de relatiemanager van Achmea

De eerste vraag over de relatiemanager die wij aan huisartsen hebben voorgelegd, ging over het contact met de relatiemanager (tabel 2.7). De antwoordmogelijkheden bij deze vraag waren: ‘ja korter dan drie maanden geleden’, ‘ja langer dan drie maanden geleden’, ‘nee’ en ‘weet niet’. Aan respondenten die ‘nee’ of ‘weet niet’ hebben geantwoord zijn geen verdere vragen gesteld over de relatiemanager.

De overige respondenten is gevraagd naar het vertrouwen in de relatiemanager van Achmea met behulp van een 4 item vertrouwenschaal die vergelijkbaar is met de vertrouwenschalen voor ‘zorgverzekeraars in het algemeen’ en ‘Achmea Zorg&Gezondheid’ (tabel 2.4 en tabel 2.7). De waarden van de schaal lopen van 1 (helemaal mee oneens) tot en met 5 (helemaal mee eens). Respondenten die niet alle vier vragen hebben ingevuld worden buiten beschouwing gelaten.

Tenslotte hebben we de huisartsen een drietal vragen voorgelegd over hoe zij het contact met de relatiemanager hebben ervaren. Deze drie stellingen worden ook voorgelegd aan huisartsen in een feedbackformulier dat zij ontvangen nadat een relatiemanager van Achmea een bezoek heeft afgelegd. De vijf antwoordmogelijkheden bij deze stellingen lopen van ‘helemaal mee oneens’, via ‘niet eens/niet oneens’ naar ‘helemaal mee eens’.

Tabel 2.7 Vraagstelling over de relatiemanager

---

enquêtevragen

---

De onderstaande vragen gaan over het relatiemanagement van Achmea Zorg&Gezondheid. Relatiemanagers zijn werknemers van Achmea die het contact met huisartsen onderhouden. Heeft u in het laatste jaar contact gehad met een relatiemanager van Achmea?

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

- Vraagonderdelen:
- De relatiemanager is een persoon die je kunt vertrouwen.
  - De relatiemanager is een persoon die eerlijk en oprecht is.
  - Je kunt er op rekenen dat de relatiemanager doet wat juist is.
  - Ik heb vertrouwen in de relatiemanager als persoon.

De volgende stellingen gaan over het contact met de relatiemanager van Achmea. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

- Vraagonderdelen:
- Ik had het gevoel dat hij/zij kwam om naar mij te luisteren.
  - Ik had het gevoel dat hij/zij mij kwam controleren.
  - Ik had het gevoel dat hij/zij mij kwam informeren.
- 

### 2.1.2 *Achtergrondkenmerken*

#### **Leeftijd**

Leeftijd is berekend als het verschil tussen 2012 en het geboortjaar.

Het geboortjaar is bepaald met de vraag: ‘Wat is uw geboortjaar?’.

#### **Geslacht**

Het geslacht is bepaald aan de hand van de gesloten vraag ‘bent u een man of een vrouw?’ (man=0, vrouw=1)

#### **Praktijkvorm**

Om de praktijkvorm te bepalen is aan huisartsen de vraag voorgelegd: ‘In wat voor huisartspraktijk bent u actief?’ Hierbij konden de respondenten kiezen uit vijf antwoordmogelijkheden:

- Solopraktijk (zelfstandig huisarts);
- Duopraktijk (twee huisartsen);
- Groepspraktijk (meer dan twee huisartsen die zelfstandig zijn);
- Groepspraktijk (meer dan twee huisartsen, eventueel in loondienst);
- Anders, namelijk: .....

De antwoordmogelijkheden ‘Groepspraktijk (meer dan twee huisartsen die zelfstandig zijn)’ en ‘Groepspraktijk met huisartsen in dienst (meer dan twee huisartsen, eventueel in loondienst)’ zijn samengevoegd. In de analyses is dit meegenomen als ‘Groepspraktijk’. De groep respondenten uit een groepspraktijk met huisartsen in dienst bleek te klein te zijn om zinnige analyses op uit te kunnen voeren.



### **Omvang werkweek**

Om vast te stellen hoeveel uur een huisarts per week werkt is de volgende vraag voorgelegd: 'Hoeveel dagdelen per week bent u overdag als huisarts werkzaam? Een volledige werkweek omvat 10 dagdelen.' Deze vraag over werktijden is identiek aan de vraag in de tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Van den Berg et al., 2004).

Tien dagdelen op vijf werkdagen staat gelijk aan één 'Full Time Equivalent' (FTE). Vervolgens zijn de respondenten ingedeeld in vijf groepen: '0,2-0,4 FTE', '0,4-0,6 FTE', '0,6-0,8 FTE', '0,8-1,0 FTE' en '1,0 FTE'.

### **Buitengebied of kerngebied**

Of een huisarts ingedeeld wordt in het 'kerngebied' of het 'buitengebied' is afhankelijk van de geografische locatie waar de huisarts actief is. Werkt de huisarts in een gebied waar Achmea de 'dominante zorgverzekeraar' is dan wordt deze ingedeeld bij het kerngebied. Werkt de huisarts in een gebied waar Achmea niet de dominante verzekeraar is dan wordt de huisarts ingedeeld bij het buitengebied. Of een huisarts ingedeeld is in het kerngebied dan wel het buitengebied is overgenomen uit de registratie van Achmea.

## **2.2 Respons en representativiteit**

### **2.2.1 Respons**

In totaal zijn er 639 respondenten die de vragenlijst volledig hebben ingevuld, dit is 20% van de 3.155 huisartsen die de vragenlijst hebben ontvangen. Verder zijn er nog 80 respondenten die een (groot) deel van de vragenlijst hebben ingevuld. Respondenten zijn meegenomen in de analyse wanneer ze naast de achtergrondgegevens nog één themablok in de vragenlijst volledig hebben ingevuld. Wanneer we deze respondenten optellen bij de 639 respondenten die de vragenlijst volledig hebben ingevuld komen we op een totaal van 23% van de aangeschreven huisartsen dat gereageerd heeft op de enquête.

### **2.2.2 Representativiteit**

Voor de vragen die gaan over de wijze waarop huisartsen aankijken tegen hun werk (eerste deelvraag) en de vraag over het vertrouwen van huisartsen in zorgverzekeraars willen we weten in hoeverre de respondenten op een aantal kenmerken afwijken van huisartsen in Nederland. Voor alle vragen geldt dat we uitspraken willen kunnen doen over de huisartsen die te maken hebben met Achmea Zorg & Gezondheid. Om een beeld te krijgen van de mate waarin de groep die op deze enquête gereageerd heeft, representatief is voor deze populaties worden in tabel 2.8 de kenmerken van de respondenten uit deze enquête, waar mogelijk, vergeleken met gegevens zoals bekend uit de registratie van Achmea en gegevens zoals bekend uit de registratie huisartsen in Nederland (Hingstman en Kenens, 2010). De gegevens uit de registratie van Achmea

hebben betrekking op alle huisartsen die bij Achmea geregistreerd zijn. Dit zijn ook huisartsen die niet met de interventie te maken zullen gaan krijgen.

Tabel 2.8 Kenmerken van respondenten, aangeschreven huisartsen, huisartsen die bekend zijn bij Achmea en alle huisartsen in Nederland

	respondenten (n=719)	aangeschreven huisartsen (n=3155)	registratie Achmea (n=7723)	registratie huisartsen NL (N=8921)*
<b>Leeftijd:</b>				
<40 jaar	12%			21%
40- 49 jaar	25%			30%
>49 jaar	49%			49%
onbekend	14%			0%
<b>Geslacht:</b>				
man	63%	65%	66%	60%
vrouw	25%	35%	32%	40%
onbekend	12%	0%	2%	0%
<b>Praktijkvorm:</b>				
solopraktijk	30%			18%
duopraktijk	29%			28%
groepspraktijk	33%			54%
anders	7%			0%
<b>Omvang werkweek:</b>				
0,2- 0,3 FTE	0%			2%
0,4- 0,5 FTE	6%			16%
0,6- 0,7 FTE	24%			21%
0,8- 9,0 FTE	45%			15%
1,0 FTE	22%			46%
onbekend	3%			0%
<b>Geografische locatie:</b>				
huisartsen uit het buitengebied	66%	69%	85%	
huisartsen uit het kerngebied	34%	31%	15%	

niet voor alle achtergrondkenmerken is informatie beschikbaar, vandaar dat een aantal cellen leeg zijn

\* gebaseerd op Hingstman en Kenens (2010) "Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2010", NIVEL december 2010

Wanneer we de achtergrondgegevens van respondenten uit deze enquête vergelijken met bestaande landelijke gegevens lijkt op het eerste gezicht de categorie huisartsen onder de 40 jaar wat ondervertegenwoordigd onder de respondenten in vergelijking met de landelijke cijfers. De groep van 50 jaar en ouder is wel goed gerepresenteerd. Daarnaast is er nog een groep van 14% waarvan leeftijd niet bekend is. Het is lastig na te gaan hoe de groep waarvan de leeftijd onbekend is, is opgebouwd omdat er geen gegevens zijn

over de leeftijd van de aangeschreven huisartsen. Voor geslacht gaat op dat het percentage mannen in deze enquête redelijk overeenkomt met het percentage in de algehele bevolking. Wel is het percentage vrouwen in deze enquête lager dan in de landelijke registratie. Deels kan dit verklaard worden doordat het aantal vrouwen dat is aangeschreven lager ligt. Verder zien we in vergelijking met landelijke cijfers onder de respondenten een oververtegenwoordiging van huisartsen werkzaam in een solopraktijk en een ondervertegenwoordiging van huisartsen werkzaam in een groepspraktijk. Bij de omvang van de werkweek valt op dat het aantal respondenten dat aangeeft 10 dagdelen per week te werken (22%) lager is dan het percentage respondenten dat in de huisartsenregistratie aangeeft 1 FTE per week te werken (46%). Wanneer we kijken naar de verschillen tussen 'full time' en 'part time' werkende huisartsen dan is het verschil minder groot. Van de respondenten geeft 30% aan minder dan 0,8 FTE te werken tegenover 39% volgens de landelijke huisartsen registratie. Wat verder nog meespeelt in de representativiteit van de resultaten voor de landelijke populatie is dat de groep huisartsen die (recent) contact hebben gehad met zorgverzekeraar Achmea waarschijnlijk oververtegenwoordigd is, waarschijnlijk heeft Achmea van deze groep vaker een correct e-mailadres.

Wanneer we de achtergrondkenmerken van respondenten vergelijken met de huisartsen uit de Achmea populatie, dan blijkt dat het percentage vrouwen in de Achmea registratie lager ligt dan in de landelijke registratie. Wat betreft geslacht zijn de respondenten niet erg afwijkend van de Achmea populatie. Voor de andere achtergrondkenmerken hebben we geen gegevens over de Achmea populatie en kunnen we dus ook niet nagaan in hoeverre de respondenten representatief zijn voor de huisartsen die contact hebben met Achmea. Wel zijn er gegevens beschikbaar over het aantal huisartsen dat afkomstig is uit het gebied waar Achmea marktleider is, en het gebied waar Achmea geen marktleider is. Dit is het verschil tussen het 'kernegebied' en het 'buitengebied'. Aangeschreven huisartsen uit het buitengebied blijken ongeveer even vaak te hebben gereageerd op deze enquête als aangeschreven huisartsen uit het kernegebied van Achmea. Wel is er een verschil tussen het percentage huisartsen uit het buitengebied in de registratie van Achmea en het percentage uit het buitengebied in de groep aangeschreven huisartsen. 85% van de geregistreerde huisartsen komt uit het buitengebied tegenover 69% van de aangeschreven huisartsen. Dit verschil is te verklaren doordat het aantal e-mailadressen dat bekend is van huisartsen uit het buitengebied lager ligt dan het aantal e-mailadressen dat bekend is van respondenten uit het kernegebied. In tabel 2.9 staan de achtergrondkenmerken van de respondenten verdeeld naar kernegebied en buitengebied. De respondenten uit het kernegebied en uit het buitengebied verschillen weinig van elkaar wat betreft de verdeling naar geslacht, praktijkvorm en de omvang van de werkweek. Wel is het percentage respondenten uit het kernegebied dat ouder is dan 49 jaar groter in het kernegebied (60%) dan in het buitengebied (44%). Bij de presentatie van resultaten van de enquête zal het effect van de verschillende kenmerken gerapporteerd worden.

We kunnen niet uitsluiten dat er in deze resultaten een onderrepresentatie is van de groep huisartsen met zeer weinig vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen of in Achmea in het bijzonder. Deze huisartsen zullen wellicht minder geneigd zijn om een enquête over de relatie met de zorgverzekeraar in te vullen. Om dit effect zo klein mogelijk te

maken hebben we in de aankondiging heel duidelijk gemaakt dat het NIVEL dit onderzoek onafhankelijk uitvoert en dat Achmea geen inzicht krijgt in resultaten die te herleiden zijn tot individuele huisartsen.

Tabel 2.9 Achtergrond kenmerken van respondenten, verdeeld naar kerngebied en buitengebied

	respondenten in het buitengebied (n=478)	respondenten in het kerngebied (n=241)	respondenten in totaal (n=719)
<b>Leeftijd:</b>			
<40 jaar	13%	9%	12%
40- 49 jaar	28%	20%	25%
>49 jaar	44%	60%	49%
onbekend	15%	11%	14%
<b>Geslacht:</b>			
man	60%	68%	63%
vrouw	26%	23%	25%
onbekend	14%	9%	12%
<b>Praktijkvorm:</b>			
solopraktijk	29%	31%	30%
duopraktijk	31%	27%	29%
groepspraktijk	33%	34%	33%
anders	7%	8%	7%
<b>Omvang werkweek:</b>			
0,2- 0,3 FTE	0%	0%	0%
0,4- 0,5 FTE	6%	6%	6%
0,6- 0,7 FTE	26%	19%	24%
0,8- 9,0 FTE	43%	48%	45%
1,0 FTE	22%	23%	22%
onbekend	3%	4%	3%

### 2.3 Analyses

De analyses zijn uitgevoerd met STATA versie 11.2. Er zijn voor alle deelvragen beschrijvende analysetechnieken gebruikt (frequentie verdelingen). Daarnaast zijn regressieanalyses en Chi kwadraat toetsen gedaan om verschillen naar achtergrondkenmerken in kaart te brengen.

## 3 Resultaten

Dit hoofdstuk gaat in op de resultaten van de enquête. In paragraaf 3.1 gaan we in op de ervaringen en meningen van huisartsen met betrekking tot hun werk. Vervolgens bespreken we in paragraaf 3.3 hoe huisartsen aankijken tegen hun relatie met en vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen en Achmea Zorg & Gezondheid in het bijzonder.

### 3.1 Huisartsen over hun werk

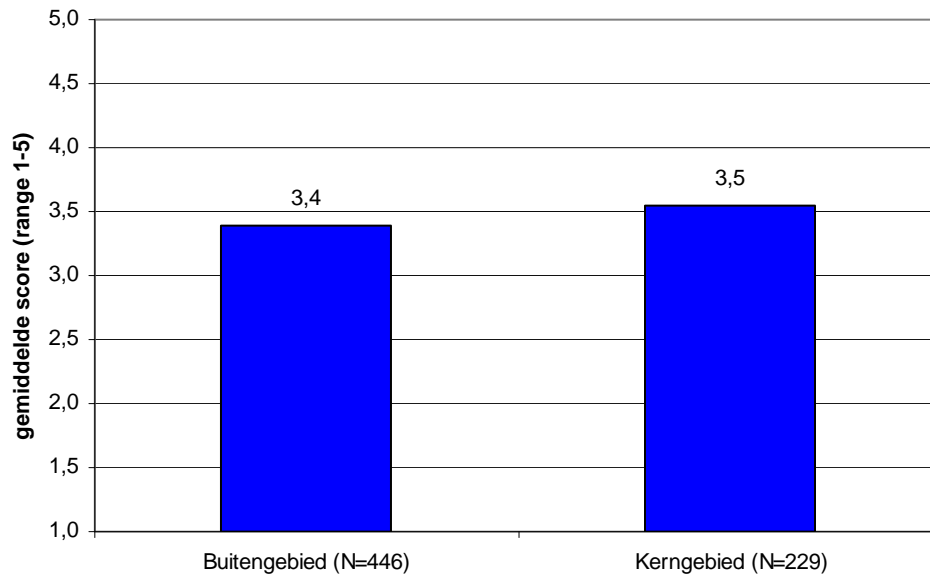
In deze paragraaf gaan we in op de ervaringen en meningen van huisartsen met betrekking tot hun werk

#### 3.1.1 *Tevredenheid met de praktijkvoering*

Tevredenheid met het werk als huisarts is gemeten met zeven stellingen (De Cronbach's alpha van de schaal is 0,73). We beschrijven hier eerst de algemene resultaten, waarna we de resultaten op de afzonderlijke stellingen zullen beschrijven. Huisartsen zijn over het algemeen redelijk tevreden over het werk als huisarts. Ze scoren gemiddeld een 3,4 op een schaal van 1 tot 5. Deze schaal loopt van 'zeer ontevreden' tot 'zeer tevreden'. Respondenten die niet alle zeven vragen hebben ingevuld zijn buiten beschouwing gelaten (N=22).

Gemiddeld zijn respondenten uit het kerngebied van Achmea iets meer tevreden over het werk als huisarts dan respondenten uit het buitengebied (figuur 3.1, tabel 3.1). Ook is er enige samenhang tussen leeftijd en tevredenheid, oudere huisartsen zijn meer tevreden over hun werk dan jongere huisartsen. Tenslotte scoren respondenten in een groepspraktijk iets hoger dan respondenten in een solo-praktijk. Deze samenhangen zijn gecontroleerd voor andere achtergrondkenmerken (tabel 3.1).

Figuur 3.1 Gemiddelde score voor tevredenheid met het werk als huisarts



Tabel 3.1 Regressie van de relatie tussen de gemiddelde tevredenheidsscore met het werk als huisarts en achtergrondkenmerken

	coëfficiënt
Leeftijd	<b>0,007**</b>
Geslacht (ref. man)	-0,074
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,156**</b>
<b>Praktijkvorm (ref. Solopraktijk):</b>	
duopraktijk	-0,018
groepspraktijk	<b>0,118*</b>
anders	0,053
Omvang werkweek	-0,021
Constante	<b>3,136**</b>

afhankelijke variabele: de gemiddelde tevredenheidsscore  
ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

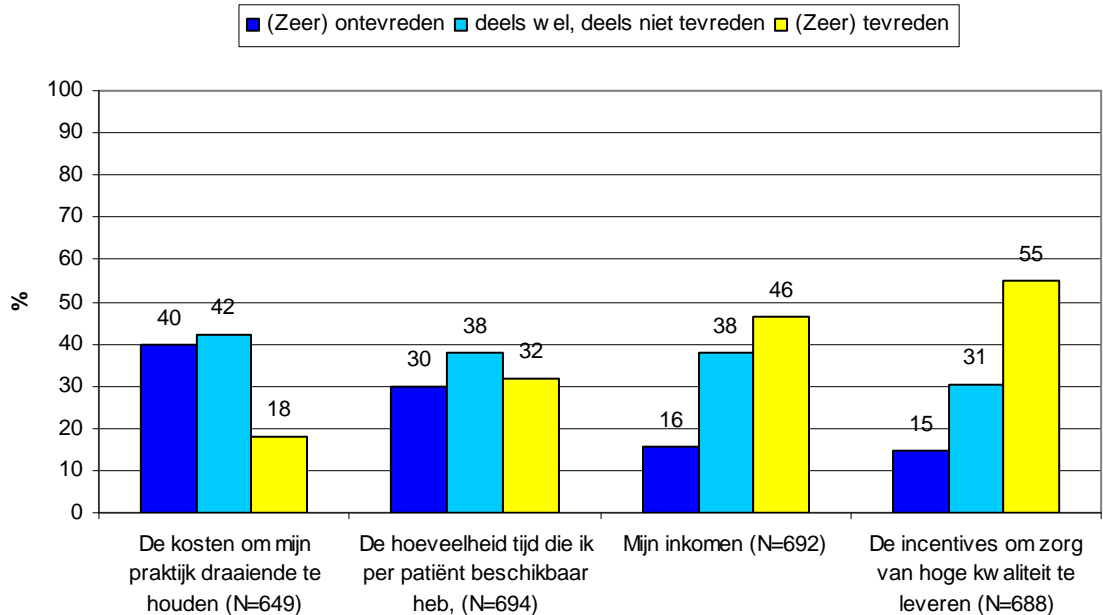
\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

Kijken we meer specifiek naar aspecten waarover men meer of minder tevreden is, dan zien we dat de tevredenheid van respondenten per onderwerp verschilt (figuur 3.2 en figuur 3.3).

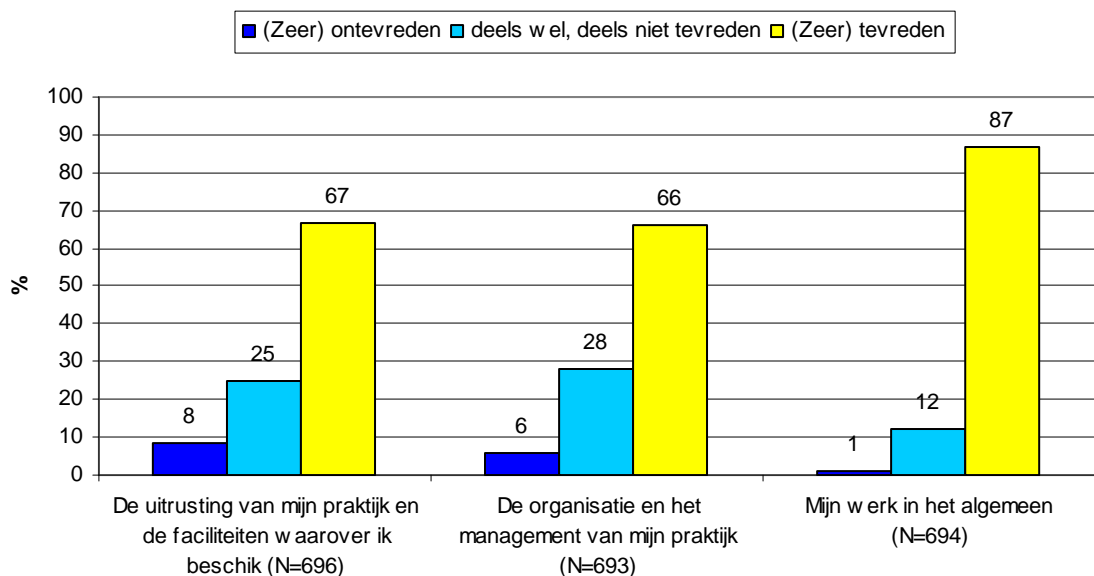
Van de respondenten is 40% (zeer) ontevreden over de kosten om de praktijk draaiende te houden. De respondenten zijn niet eensgezind over hoe tevreden zij zijn met de hoeveelheid tijd die zij beschikbaar hebben per patiënt, 30% geeft aan hier (zeer) ontevreden over te zijn terwijl ook 32% (zeer) tevreden is (figuur 3.2).

Over het inkomen is bijna de helft van de respondenten (zeer) tevreden (46%). Verder geeft 16% aan hier (zeer) ontevreden over te zijn. Wat betreft de incentives om zorg van hoge kwaliteit te leveren is meer dan de helft van de respondenten (zeer) tevreden (55%), 15% geeft aan hier (helemaal) niet tevreden over te zijn (figuur 3.2).

Figuur 3.2 Mate van tevredenheid over aspecten van het werk als huisarts



Figuur 3.3 Mate van tevredenheid over aspecten van het werk als huisarts



De meerderheid van de respondenten is (zeer) tevreden over de uitrusting van de praktijk en de faciliteiten waarover men beschikt (67%). Over de organisatie en het management van de praktijk is 66% (zeer) tevreden. Tenslotte geeft de 87% van de respondenten aan (zeer) tevreden te zijn over het werk 'in het algemeen' (figuur 3.3).

Er zijn bij de beantwoording van deze vragen kleine verschillen gevonden tussen respondenten naar achtergrondkenmerken (tabel 3.2). Ten eerste blijkt dat respondenten uit het kerngebied meer tevreden zijn dan respondenten uit het buitengebied over de organisatie en het management van de praktijk, de kosten om de praktijk draaiende te houden en de hoeveelheid tijd die beschikbaar is per patiënt.

Verder zijn oudere respondenten meer tevreden dan jongere respondenten over de hoeveelheid tijd die beschikbaar is per patiënt, over het inkomen en over de uitrusting van de praktijk. Over de uitrusting van de praktijk zijn respondenten in een groepspraktijk meer tevreden dan respondenten in een solopraktijk en mannen iets meer tevreden dan vrouwen (tabel 3.2).

Tenslotte blijkt uit de regressieanalyse dat vrouwen minder tevreden zijn dan mannen over de kosten om de praktijk draaiende te houden en de uitrusting en faciliteiten waarover men beschikt. Ook zijn respondenten die meer uren per week werken minder tevreden over de kosten om de praktijk draaiende te houden. Deze resultaten zijn echter lastig van elkaar te onderscheiden omdat geslacht en het aantal dagdelen dat huisartsen werken onderling samenhangen.

Tabel 3.2a Regressies van relatie tussen verschillende aspecten van tevredenheid en achtergrondkenmerken

	mijn werk in het algemeen (N=579)	de incentives om zorg van hoge kwaliteit te leveren (N=579)	de organisatie en het management van mijn praktijk (N=579)
Leeftijd	-0,001	0,002	0,001
Geslacht (ref. man)	-0,074	0,101	-0,116
Buiten/kern (ref. buiten)	0,068	0,128	<b>0,140*</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)			
duopraktijk	-0,045	-0,070	-0,104
groepspraktijk	0,027	0,038	0,062
anders	0,086	-0,122	0,244
Omvang werkweek	-0,010	-0,007	0,068
Constante	<b>4,208**</b>	<b>3,402**</b>	<b>3,351**</b>

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )



Tabel 3.2b Regressies van relatie tussen verschillende aspecten van tevredenheid en achtergrondkenmerken

	de kosten om mijn praktijk draaiende te houden (N=579)	mijn inkomen (N=579)	de uitrusting en faciliteiten waarover ik beschik (N=579)	de hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb (N=579)
Leeftijd	0,006	<b>0,012**</b>	<b>0,010**</b>	<b>0,0177**</b>
Geslacht (ref. man)	<b>-0,177*</b>	0,032	<b>-0,207**</b>	-0,076
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,338**</b>	0,122	0,117	<b>0,176*</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)				
duopraktijk	0,005	0,099	0,069	-0,079
groepspraktijk	0,044	0,169	<b>0,426**</b>	0,058
anders	-0,117	-0,112	<b>0,440**</b>	-0,049
Omvang werkweek	<b>-0,122**</b>	-0,047	-0,005	-0,024
Constante	<b>2,916**</b>	<b>2,817**</b>	<b>3,066**</b>	<b>2,189**</b>

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

### 3.1.2 *Opvattingen over het maken van kostenafwegingen*

In deze paragraaf bespreken we drie onderwerpen. Ten eerste de inschatting van de kosten van voorschrijven en doorverwijzen (figuur 3.4). Ten tweede de opvattingen over de kosten bij voorschrijven en doorverwijzen (figuur 3.5). Tenslotte de opvattingen over de invloed van derden op voorschrijven en doorverwijzen (figuur 3.6).

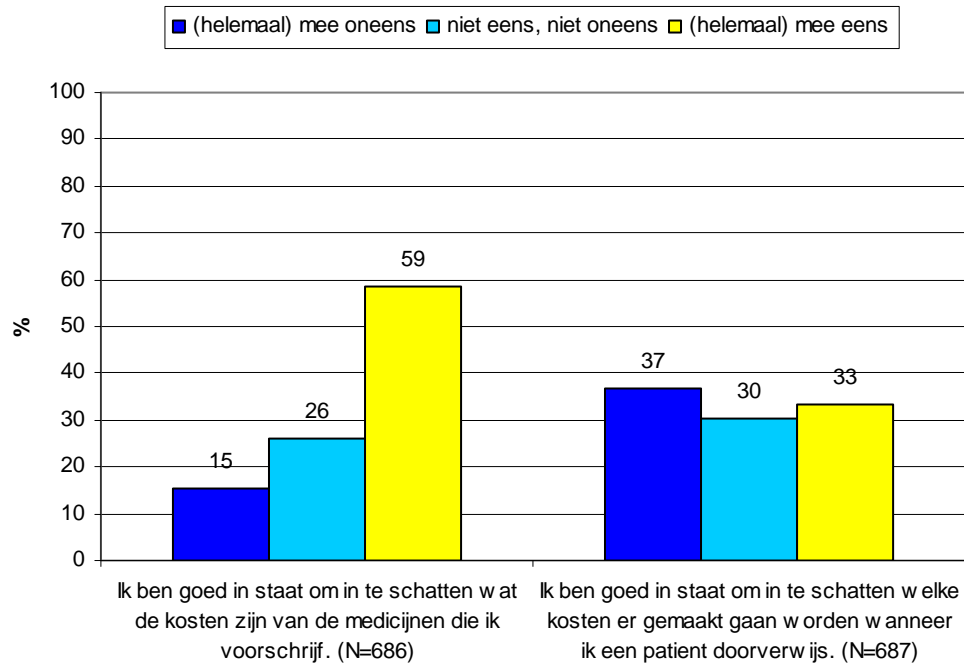
Respondenten geven merendeels (59%) aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling dat zij goed in staat zijn om de kosten van de medicijnen die ze voorschrijven in te schatten. Respondenten zijn verdeeld over de tweede stelling 'Ik ben goed in staat om in te schatten welke kosten er gemaakt gaan worden wanneer ik een patiënt doorverwijs', (helemaal) oneens is 37%. Zo'n 30% is het 'niet eens/niet oneens' en 33% is het (helemaal) eens met deze stelling (figuur 3.4).

Er zijn geen grote verschillen naar achtergrondkenmerken bij het beantwoorden van deze twee stellingen. Wel zijn respondenten het meer eens met deze stellingen naarmate zij meer dagdelen per week werken (tabel 3.3).

Het merendeel van de respondenten is het (helemaal) oneens met de stelling dat het alleen bij dure behandelingen belangrijk is om op de kosten te letten (77%). Op de stelling 'kosten spelen voor mij alleen een rol wanneer ik twijfel heb over het nut van een behandeling' wordt verdeeld gereageerd. 44%, geeft aan het (helemaal) oneens te zijn met deze stelling. Terwijl ook ongeveer één derde aangeeft het (helemaal) met de stelling eens te zijn (35%). De omgekeerde stelling 'Als een patiënt baat heeft bij een behandeling, dan zijn de kosten onbelangrijk' geeft een vergelijkbaar beeld. Hierbij zijn

respondenten wel minder uitgesproken, 34% is het (helemaal) oneens met de stelling en 28% is het (helemaal) met de stelling eens (figuur 3.5).

Figuur 3.4 Inschatting van de kosten van voorschrijven en doorverwijzen



Tabel 3.3 Regressies van relatie tussen stellingen over de inschatting van voorschrijven en doorverwijzen en achtergrondkenmerken

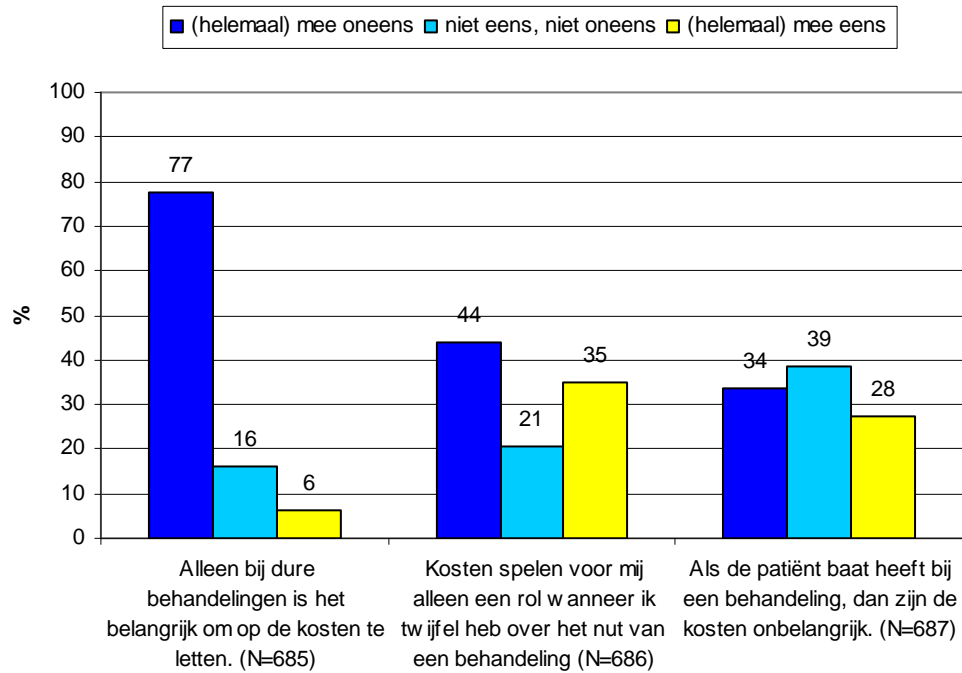
	ik ben goed in staat om in te schatten wat de kosten zijn van de medicijnen die ik voorschrijf (N=595)	ik ben goed in staat om in te schatten welke kosten er gemaakt gaan worden wanneer ik een patiënt doorverwijs (N=595)
Leeftijd	0,006	-0,002
Geslacht (ref. man)	-0,092	0,092
Buiten/kern (ref. buiten)	-0,083	-0,087
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)		
duopraktijk	0,165	-0,089
groepspraktijk	0,074	-0,050
anders	0,141	-0,085
Omvang werkweek	<b>0,152**</b>	<b>0,042*</b>
Constante	<b>2,469*</b>	<b>2,892**</b>

pn gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

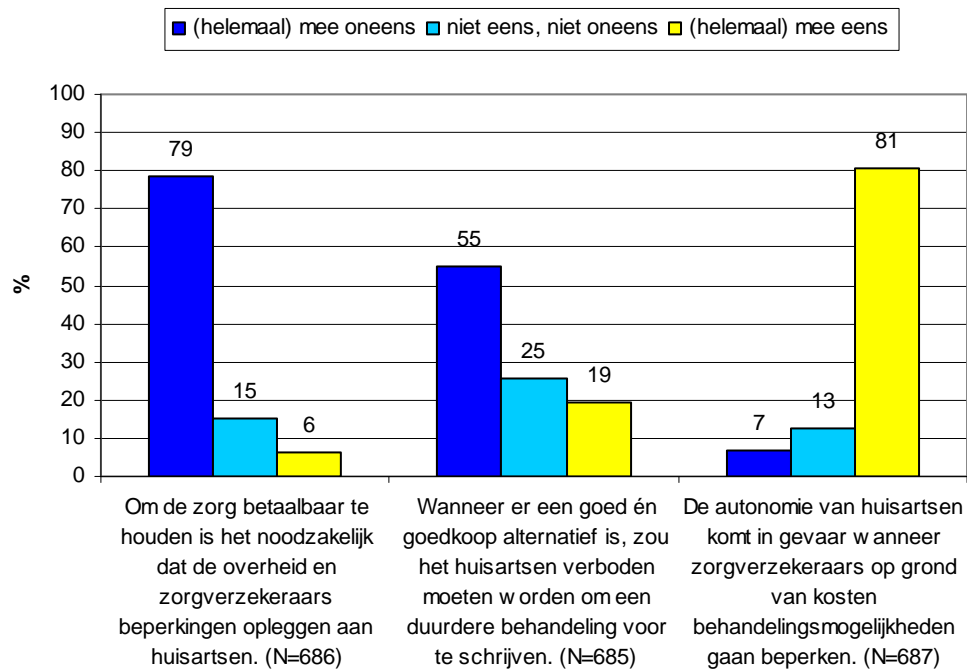
\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

Figuur 3.5 Opvattingen over kosten van voorschrijven en doorverwijzen



Figuur 3.6 Opvattingen over de invloed van derden bij voorschrijven of doorverwijzen



De respondenten zijn het overwegend (helemaal) oneens (79%) met de stelling: ‘om de zorg betaalbaar te houden is het noodzakelijk dat de overheid en zorgverzekeraars beperkingen opleggen aan huisartsen’. Bij de tweede stelling (figuur 3.6) over het verbieden van het voorschrijven van een behandeling wanneer er een goed én goedkoop alternatief is, geeft ongeveer de helft van de respondenten aan dat zij het hiermee (helemaal) oneens is (55%). De derde stelling over de autonomie van huisartsen wordt door 81% van de respondenten beantwoord met (helemaal) eens.

Uit de regressieanalyse (tabellen 3.4 en 3.5) blijkt dat er kleine verschillen zijn in achtergrondkenmerken van respondenten. Ten eerste zien we dat respondenten uit het kerngebied, vaker dan respondenten uit het buitengebied, het (helemaal) oneens zijn met de stelling dat de autonomie van huisartsen in gevaar komt wanneer zorgverzekeraars op grond van kosten behandelingsmogelijkheden gaan beperken. Ook zijn respondenten uit het kerngebied, vaker dan respondenten uit het buitengebied het (helemaal) eens met de stelling over het opleggen van beperkingen aan huisartsen door overheid en zorgverzekeraars en de stelling over het verbieden van het voorschrijven van een duurdere behandeling wanneer er een goed én goedkoop alternatief is (tabel 3.5).

Daarnaast blijkt dat respondenten bij een aantal stellingen een andere opvatting hebben als ze meer dagdelen per week werken. Naarmate ze meer dagdelen per week werken zijn ze het vaker (helemaal) oneens met de stelling: ‘Alleen bij dure behandelingen is het belangrijk om op de kosten te letten’. Daarnaast zijn respondenten die meer dagdelen per week werken het vaker (helemaal) oneens met de stellingen ‘Om de zorg betaalbaar te houden is het noodzakelijk dat de overheid en zorgverzekeraars beperkingen opleggen aan huisartsen’ en ‘Wanneer er een goed en goedkoop alternatief is, zou het huisartsen verboden moeten worden om een duurdere behandeling voor te schrijven’

We zien kleine verschillen naar leeftijd bij de stellingen die te maken hebben met de invloed van derden (tabel 3.5). Zo zijn oudere respondenten het vaker eens met de stellingen ‘Om de zorg betaalbaar te houden is het noodzakelijk dat de overheid en zorgverzekeraars beperkingen opleggen aan huisartsen’ en ‘Wanneer er een goed én goedkoop alternatief is, zou het huisartsen verboden moeten worden om een duurdere behandeling voor te schrijven’. Zij zijn het vaker (helemaal) oneens met de stelling dat de autonomie van huisartsen in gevaar komt wanneer zorgverzekeraars op basis van de kosten behandelingsmogelijkheden gaan beperken.

Tenslotte is er bij de stelling ‘Als de patiënt baat heeft bij een behandeling dan zijn de kosten onbelangrijk’ (tabel 3.4) een verschil tussen solopraktijken en groeps- of duopraktijken. Respondenten met een solopraktijk zijn het hier vaker (helemaal) mee eens.

Tabel 3.4 Regressies van relatie tussen stellingen over opvattingen over kosten van voorschrijven en doorverwijzen en achtergrondkenmerken

	alleen bij dure behandelingen is het belangrijk om op de kosten te letten (N=593)	kosten spelen voor mij alleen een rol wanneer ik twijfel heb over het nut van een behandeling (N=594)	als de patiënt baat heeft bij een behandeling, dan zijn de kosten onbelangrijk (N=595)
Leeftijd	0,003	0,005	0,006
Geslacht (ref. man)	-0,059	0,021	0,162
Buiten/kern (ref. buiten)	0,004	0,012	-0,126
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)			
duopraktijk	-0,087	-0,148	<b>-0,235*</b>
groepspraktijk	-0,095	-0,215	<b>-0,249**</b>
anders	-0,198	-0,266	-0,280
Omvang werkweek	<b>-0,079*</b>	0,023	<b>0,098*</b>
Constante	<b>2,472**</b>	<b>2,637**</b>	<b>2,356**</b>

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

Tabel 3.5 Regressies van relatie tussen stellingen over opvattingen over de invloed van derden bij voorschrijven of doorverwijzen en achtergrondkenmerken

	om de zorg betaalbaar te houden is het noodzakelijk dat de overheid en zorgverzekeraars beperkingen opleggen aan huisartsen (N=594)	wanneer er een goed én goedkoop alternatief is, zou het huisartsen verboden moeten worden om een duurdere behandeling voor te schrijven. (N=594)	de autonomie van huisartsen komt in gevaar wanneer zorgverzekeraars op grond van kosten behandelingsmogelijkheid en gaan beperken. (N=595)
Leeftijd	<b>0,012**</b>	<b>0,012*</b>	<b>-0,012**</b>
Geslacht (ref. man)	0,012	-0,039	0,032
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,207**</b>	<b>0,256**</b>	<b>-0,258**</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)			
duopraktijk	-0,174	-0,123	0,050
groepspraktijk	-0,169	-0,072	0,012
anders	-0,025	-0,010	0,007
Omvang werkweek	<b>-0,178**</b>	<b>-0,178**</b>	0,059
Constante	<b>2,082**</b>	<b>2,681**</b>	<b>4,620**</b>

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

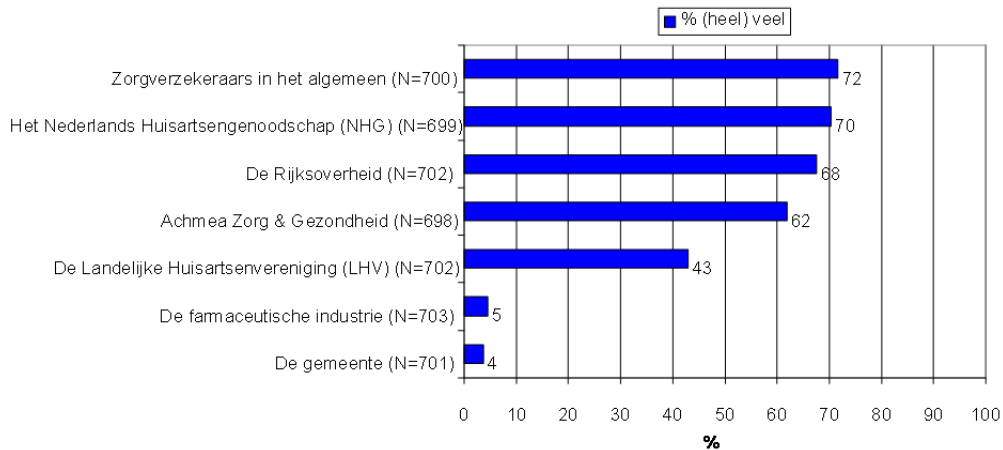
\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

### 3.1.3 *Opvattingen over invloed van derden op de praktijkvoering*

De respondenten zijn redelijk uitgesproken over de hoeveelheid invloed die zij aan verschillende organisaties toedichten (figuur 3.7). De gemeente (4%) en de farmaceutische industrie (5%) worden door weinig respondenten gezien als organisaties die (heel) veel invloed hebben op de eigen praktijkvoering. De meerderheid van de respondenten geeft vervolgens aan dat ‘Zorgverzekeraars in het algemeen’ (72%), ‘het NHG’ (70%) ‘de Rijksoverheid (68%) en ‘Achmea Zorg en Gezondheid’ (62%) (heel) veel invloed hebben op de praktijkvoering. Over de Landelijke Huisartsenvereniging is men minder uitgesproken, 43% geeft aan dat deze organisatie (heel) veel invloed heeft. Maar ook geeft 43% aan dat de LHV ‘niet veel, niet weinig’ invloed heeft op de praktijkvoering. Nog 14% geeft aan dat de LHV (heel) weinig invloed heeft.

Figuur 3.7 Hoeveel invloed hebben de volgende organisaties op uw praktijkvoering volgens u?



Achmea Zorg en Gezondheid is volgens de meerderheid (62%) van de respondenten een organisatie die (heel) veel invloed heeft op hun praktijkvoering. Respondenten uit het kerngebied geven vaker dan respondenten uit het buitengebied aan dat Achmea Zorg & Gezondheid (heel) veel invloed heeft op de praktijkvoering (tabel 3.6). De regressie analyse laat ook zien dat vrouwen Achmea iets meer invloed toekennen. Dit is echter lastig te interpreteren omdat deze relatie ook samenhangt met de omvang van de werkweek.

Tabel 3.6 Regressies van relatie tussen ‘invloed’ van Achmea Zorg & Gezondheid op de praktijkvoering en achtergrondkenmerken

onafhankelijke variabelen	coëfficiënten
Leeftijd	0,003
Geslacht (ref. man)	<b>0,338**</b>
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,368**</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)	
duopraktijk	-0,015
groepspraktijk	-0,091
anders	-0,203
Omvang werkweek	0,043
Constante	<b>3,088**</b>

afhankelijke variabele: invloed van Achmea Zorg en Gezondheid op de eigen praktijkvoering (range 1-5) (N=590)

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

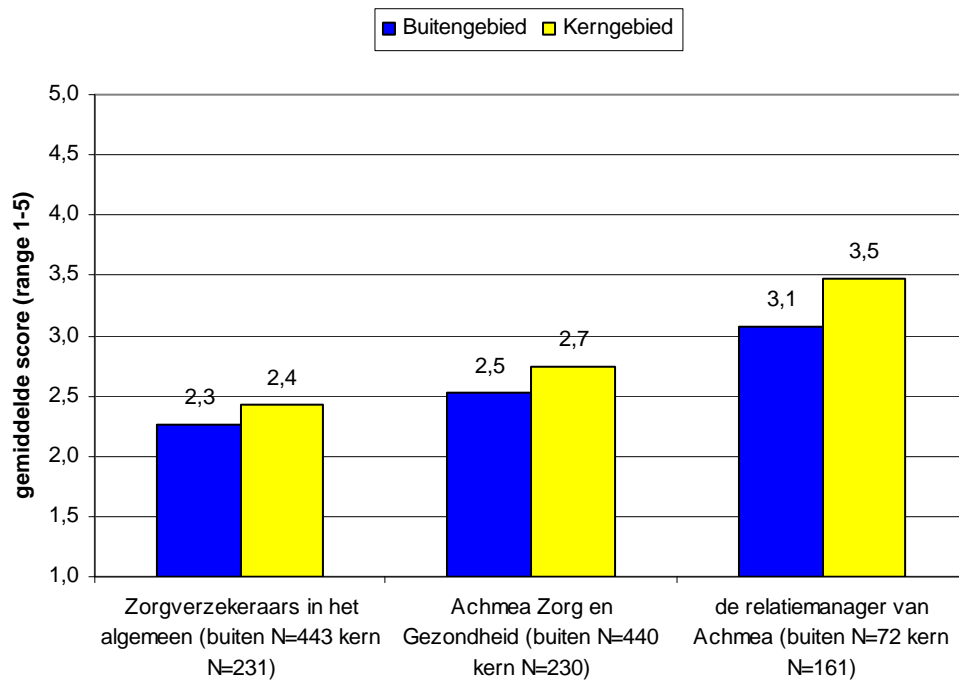
### 3.2 Huisartsen over zorgverzekeraars in het algemeen en Achmea Zorg & Gezondheid in het bijzonder

In deze paragraaf gaan we in op het vertrouwen dat huisartsen hebben in zorgverzekeraars ‘in het algemeen’ en het vertrouwen dat zij hebben in Achmea. Daarnaast bespreken we het beeld dat huisartsen hebben van Achmea. Tot slot besteden we aandacht aan het contact tussen huisartsen en relatiemanagers van Achmea.

#### 3.2.1 *Vertrouwen*

De vertrouwenscores zijn over de hele linie niet hoog. Respondenten staan overwegend neutraal tegenover het idee dat zorgverzekeraars in het algemeen en in het bijzonder Achmea te vertrouwen zijn. Op stellingen over vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen wordt in het buitengebied gemiddeld geantwoord met een 2,3. In het kerngebied is dit een 2,4. Bij de stellingen over Achmea ligt de gemiddelde score op een 2,5 voor respondenten in het buitengebied en op een 2,7 voor respondenten in het kerngebied. Respondenten die niet alle vier vragen hebben ingevuld zijn buiten beschouwing gelaten (Het gaat om 47 respondenten voor zorgverzekeraars in het algemeen, voor Achmea zijn dit 55 respondenten).

Figuur 3.8 Gemiddelde vertrouwensscore



De vertrouwensscore voor de relatiemanager van Achmea ligt onder respondenten die aangeven in het laatste jaar contact te hebben gehad met de relatiemanager iets hoger. Respondenten in het buitengebied staan overwegend neutraal tegenover het idee dat de relatiemanager van Achmea te vertrouwen is (score 3.1). Respondenten in het kerngebied beantwoorden de stellingen met een gemiddelde score van 3.5. Bij het samenstellen van de schaal was het niet nodig om respondenten buiten beschouwing te laten, alle respondenten die aangeven contact gehad te hebben met een relatiemanager van Achmea hebben de vier vertrouwensvragen ingevuld.

De verschillen in achtergrondkenmerken zijn klein (tabel 3.7). Respondenten uit het kerngebied scoren iets hoger op het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen, Achmea en op het vertrouwen in de relatiemanager. Verder is er een relatie tussen geslacht, omvang van de werkweek en het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen, waarbij we opmerken dat het geslacht en de omvang van de werkweek ook samenhangen.

Om een meer gedetailleerd beeld van het vertrouwen in Achmea te krijgen hebben we een aantal vragen gesteld over aspecten van vertrouwen.

Respondenten uit het kerngebied van Achmea zijn het vaker (helemaal) eens met de stelling 'Achmea laat blijken dat zij mij vertrouwt' dan de respondenten uit het buitengebied. In het kerngebied is 39% het (helemaal) met deze stelling eens, in het buitengebied is dit 16% (figuur 3.9).



Tabel 3.7 Regressies van relatie tussen de gemiddelde vertrouwensscore en achtergrondkenmerken

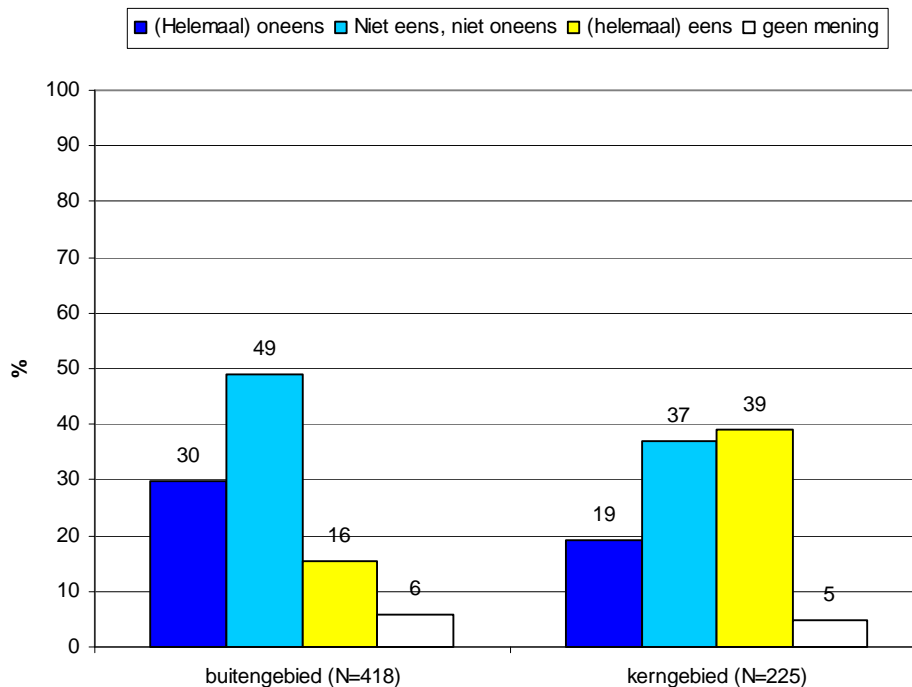
	zorgverzekeraars in het algemeen (N=591)	Achmea Zorg & Gezondheid (N=590)	gemiddelde vertrouwensscore voor vertrouwen in de relatiemanager (N=216)
Leeftijd	-0,002	0,000	0,005
Geslacht (ref. man)	<b>-0,179*</b>	-0,104	-0,186
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,19**</b>	<b>0,26**</b>	<b>0,448**</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)			
duopraktijk	-0,16	-0,087	-0,097
groepspraktijk	-0,099	-0,11	-0,115
anders	-0,043	-0,052	-0,18
Omvang werkweek	<b>-0,083*</b>	-0,057	-0,041
Constante	<b>2,897**</b>	<b>2,851**</b>	<b>3,107**</b>

afhankelijke variabele: gemiddelde vertrouwensscore  
ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

Figuur 3.9 Achmea laat blijken dat zij mij vertrouwt

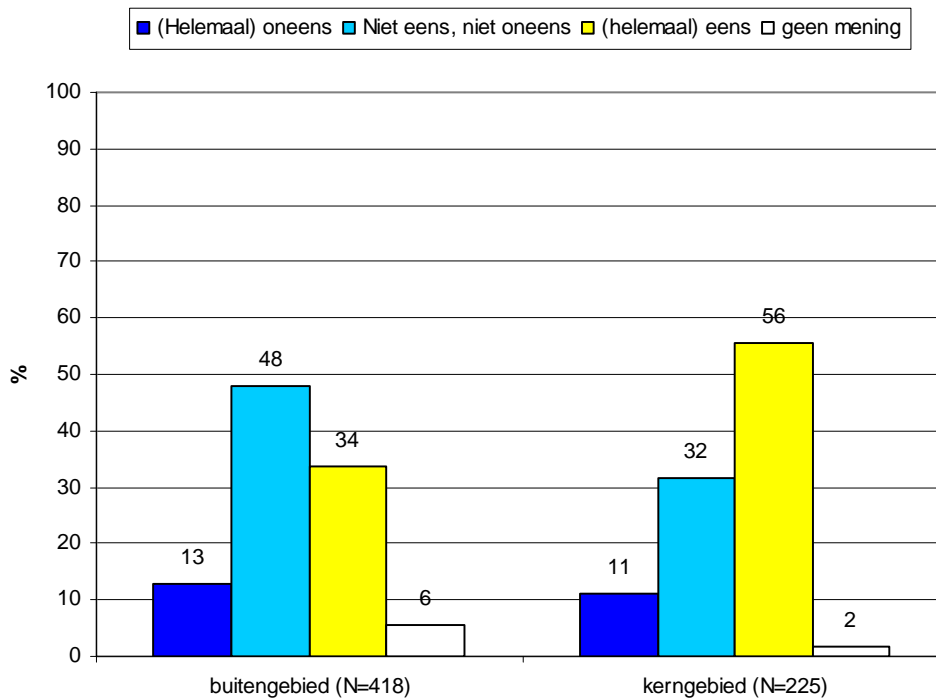


Bij de stelling ‘Achmea komt gemaakte afspraken na’ geeft 56% van de respondenten uit het kerngebied aan dat zij het (helemaal) eens zijn met deze stelling. In het buitengebied is dit 34% van de respondenten (figuur 3.10).

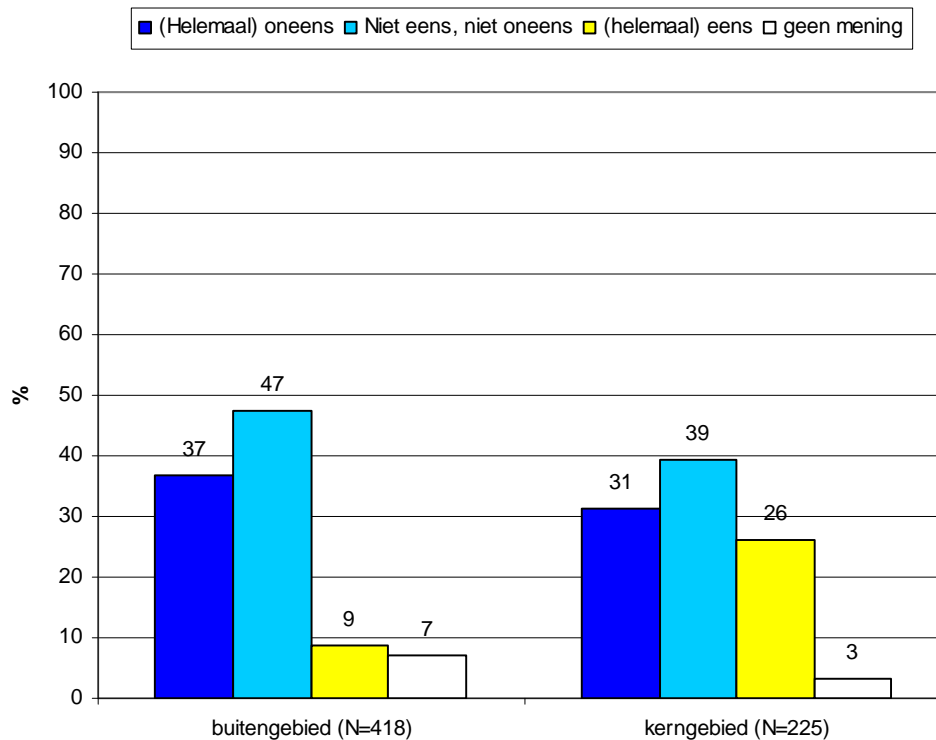
Voor de stelling ‘Achmea luistert goed naar mij, ik voel mij begrepen.’ geeft 26% van de respondenten uit het kerngebied aan het hier (helemaal) mee eens te zijn. In het buitengebied ligt dit lager (9%) (figuur 3.11).

Het verschil tussen kerngebied en buitengebied zoals zichtbaar in figuur 3.9 tot en met figuur 3.11 is, gecontroleerd voor achtergrondvariabelen, statistisch significant (tabel 3.8). In de regressieanalyses is de ‘geen mening’ categorie buiten beschouwing gelaten. Verder blijken respondenten uit een groepspraktijk iets minder vaak het gevoel te hebben dat Achmea goed naar hen luistert.

Figuur 3.10 Achmea komt gemaakte afspraken na



Figuur 3.11 Achmea luistert goed naar mij, ik voel mij begrepen



Tabel 3.8 Regressies van relatie tussen stellingen over het vertrouwen in Achmea en achtergrondkenmerken

	Achmea laat blijken dat ze mij vertrouwt (N=560)	Achmea komt gemaakte afspraken na (N=566)	Achmea luistert goed naar mij, ik voel mij begrepen (N=558)
Leeftijd	0,007	0,001	-0,000
Geslacht (ref. man)	-0,028	-0,021	-0,130
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,409**</b>	<b>0,281**</b>	<b>0,369**</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)			
duopraktijk	-0,090	-0,130	-0,228
groepspraktijk	-0,010	0,018	<b>-0,050*</b>
anders	-0,119	-0,118	-0,201
Omvang werkweek	-0,040	0,007	-0,013
Constante	<b>2,682**</b>	<b>3,180**</b>	<b>2,764**</b>

respondenten die 'geen mening' aangeven en respondenten die de vraag hebben overgeslagen zijn buiten beschouwing gelaten

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

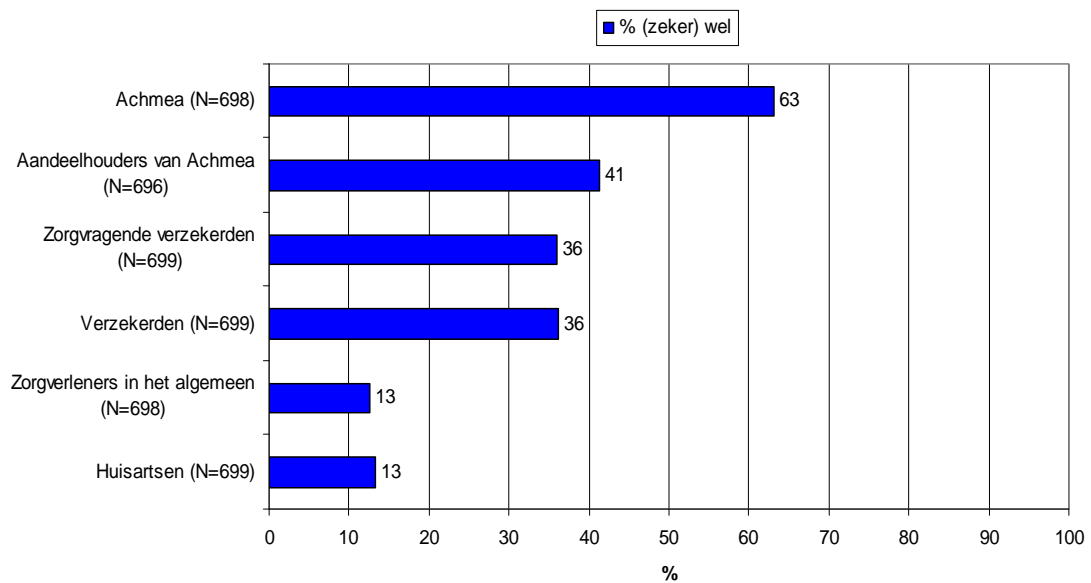
\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

### 3.2.2 De huisarts over de rol van Achmea

We hebben aan huisartsen gevraagd voor een aantal belanghebbenden zoals verzekerden en aandeelhouders, aan te geven in hoeverre zij vinden dat Achmea de belangen van deze groepen behartigt (figuur 3.12). Verder is de respondenten een aantal situaties voorgelegd die zich voor kunnen doen in de huisartsenpraktijk. We hebben hierbij gevraagd in hoeverre men positief of negatief is over deze mogelijke rollen van Achmea (figuur 3.13).

Figuur 3.12 In hoeverre vindt u dat Achmea de belangen behartigt van:



De respondenten zien Achmea merendeels als een organisatie die (zeker) wel de belangen behartigt van Achmea (63%). Wat betreft de aandeelhouders en de verzekerden van Achmea zijn respondenten iets minder uitgesproken, ongeveer 50% vult hier 'neutraal' in. Van de respondenten die meer uitgesproken zijn zegt 41% dat Achmea (zeker) wel de belangen behartigt van de aandeelhouders van Achmea en 36% dat zij (zeker) wel de belangen behartigt van verzekerden of zorgvragende verzekerden. Het minst vaak geven respondenten aan dat Achmea de belangen behartigt van zorgverleners 'in het algemeen' of van huisartsen (beiden 13%) (figuur 3.12).

Bij de beantwoording van deze vragen zijn er kleine verschillen tussen respondenten op basis van achtergrondkenmerken (tabel 3.9). Respondenten uit het kerngebied geven iets vaker dan respondenten uit het buitengebied aan dat Achmea (zeker) wel de belangen behartigt van zichzelf of andere belanghebbenden. Respondenten geven minder vaak aan dat Achmea de belangen behartigt van zorgverleners in het algemeen of van huisartsen naarmate ze meer dagdelen per week werken.

Tabel 3.9 Regressies van relatie tussen ‘belangenbehartiging Achmea’ en achtergrondkenmerken

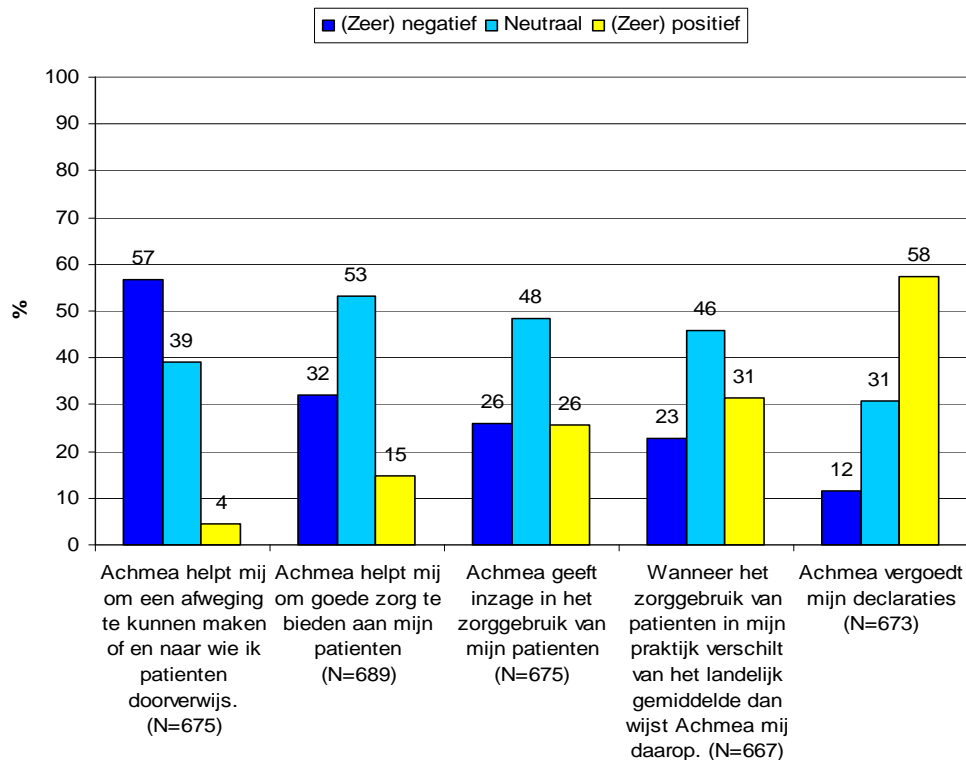
	verzekerden (N=593)	zorgvragende verzekerden (N=594)	aandeel- houders van Achmea (N=590)	Achmea (N=593)	zorgverleners in het algemeen (N=592)	huisartsen (N=594)
Leeftijd	-0,003	-0,004	0,001	0,003	0,000	-0,004
Geslacht (ref. man)	-0,075	-0,065	-0,022	0,062	-0,008	-0,037
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,188**</b>	<b>0,236**</b>	<b>0,282**</b>	<b>0,212**</b>	<b>0,289**</b>	<b>0,444**</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)						
duopraktijk	-0,052	-0,080	0,094	0,109	-0,030	-0,123
groepspraktijk	0,086	0,051	0,093	0,097	0,014	0,018
anders	-0,124	-0,060	0,234	0,177	-0,014	0,021
Omvang werkweek	-0,028	-0,047	0,056	0,052	<b>-0,124**</b>	<b>-0,112*</b>
Constante	<b>3,520**</b>	<b>3,640**</b>	<b>3,076**</b>	<b>3,369**</b>	<b>3,243**</b>	<b>3,212**</b>

vraag: 'In hoeverre vindt u dat Achmea de belangen behartigt van:'  
ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

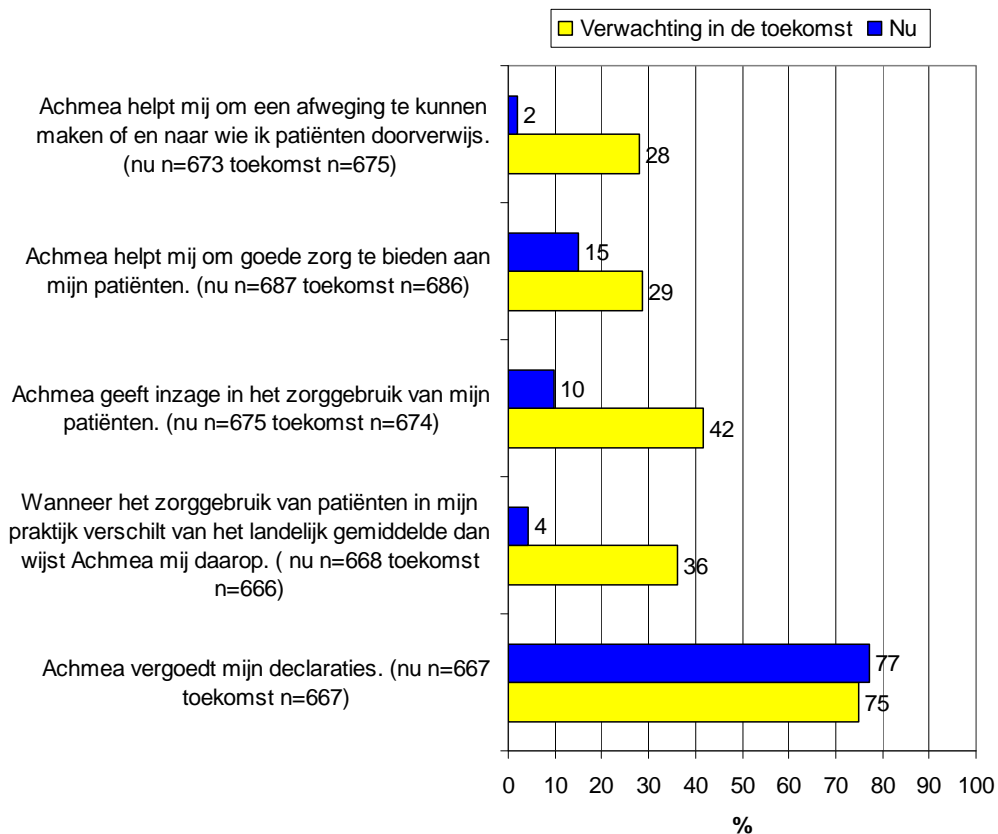
Figuur 3.13 In hoeverre bent u positief of negatief over deze mogelijke rol van Achmea?



De meerderheid van de respondenten is (zeer) negatief over de stelling: ‘Achmea helpt mij om een afweging te kunnen maken of en naar wie ik patiënten doorverwijs’ (57%). En (zeer) positief over de stelling ‘Achmea vergoedt mijn declaraties’ (58%). Over de stelling ‘Achmea helpt mij om goede zorg te bieden aan mijn patiënten’, is 32% (zeer) negatief en 15% (zeer) positief. De stelling ‘Wanneer het zorggebruik van patiënten in mijn praktijk verschilt van het landelijk gemiddelde, dan wijst Achmea mij daarop’ wordt door 31% als (zeer) positief gezien en door 23% als (zeer) negatief. Tenslotte is men het minst uitgesproken over de stelling ‘Achmea geeft inzage in het zorggebruik van mijn patiënten’. 48% geeft aan ‘neutraal’ te zijn. Verder is 26% (zeer) negatief en ook 26% (zeer) positief over deze mogelijke rol van Achmea (figuur 3.13).

We hebben de respondenten gevraagd bij elk van deze rollen aan te geven in hoeverre hier nu sprake van is in de eigen praktijk en in hoeverre zij verwachten dat hier in de toekomst sprake van zal zijn in de huisartsenpraktijk (figuur 3.14).

Figuur 3.14 In hoeverre is hier nu sprake van in uw praktijk en in hoeverre verwacht u dat hier in de toekomst sprake van zal zijn in uw praktijk? Het percentage respondenten dat aangeeft dat er ‘vaak of volledig sprake’ van is in de eigen huisartsenpraktijk



Bij de stelling ‘Achmea vergoedt mijn declaraties’ geeft 77% aan dat hier nu vaak of volledig sprake van is in de eigen praktijk. 75% van de respondenten verwacht dat dit in de toekomst ook het geval zal zijn. Bij de andere stellingen is het verschil tussen ‘nu’ en de ‘verwachting in de toekomst’ groter. 15% geeft aan dat er nu vaak of volledig sprake van is dat Achmea de huisarts helpt om goede zorg te bieden aan zijn patiënten. 29% verwacht dat hier in de toekomst vaak of volledig sprake van zal zijn.

Van de respondenten verwacht 28% dat er in de toekomst vaak of volledig sprake van zal zijn dat Achmea de huisarts helpt om een afweging te kunnen maken of en naar wie de huisarts patiënten doorverwijst. 2% geeft aan dat hier nu vaak of volledig sprake van is. Bij de stelling ‘Wanneer het zorggebruik van patiënten in mijn praktijk verschilt van het landelijk gemiddelde, dan wijst Achmea mij daarop.’ geeft 4% aan dat hier nu vaak of volledig sprake van is. 36% verwacht dat hier in de toekomst vaak of volledig sprake van zal zijn. Tenslotte geeft 10% aan dat er nu vaak of volledig sprake van is dat Achmea inzage geeft in het zorggebruik van zijn patiënten. 42% geeft aan te verwachten dat hier in de toekomst vaak of volledig sprake van zal zijn.

Respondenten uit het kerngebied van Achmea zijn vaker (zeer) positief over de mogelijke rollen van Achmea (tabel 3.10). Bij de stellingen over de mogelijke rollen van Achmea ‘Achmea geeft inzage in het zorggebruik van mijn patiënten’ en “Wanneer het zorggebruik van patiënten in mijn praktijk verschilt van het landelijk gemiddelde dan wijst Achmea mij daarop” zijn respondenten hier iets vaker (zeer) positief naarmate zij ouder zijn.

Tenslotte blijkt dat bij de stelling: ‘Achmea helpt mij om een afweging te kunnen maken of en naar wie ik patiënten doorverwijs’ vrouwen minder positief zijn over deze rol dan mannen (tabel 3.10).

Tabel 3.10a Regressies van relatie tussen stellingen over mogelijke rollen in de huisartsenpraktijk en achtergrondkenmerken

	Achmea helpt mij om goede zorg te bieden aan mijn patiënten (N=592)	Achmea geeft inzage in het zorggebruik van mijn patiënten (N=587)	Achmea helpt mij om een afweging te kunnen maken of en naar wie ik patiënten doorverwijs (N=588)
Leeftijd	-0,001	<b>0,011**</b>	0,001
Geslacht (ref. man)	-0,067	-0,070	<b>-0,237**</b>
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,400**</b>	<b>0,341**</b>	<b>0,182*</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)			
duopraktijk	-0,088	0,030	-0,086
groepspraktijk	-0,031	0,014	-0,001
anders	-0,122	-0,245	-0,032
Omvang werkweek	-0,060	-0,003	-0,027
Constante	<b>3,018**</b>	<b>2,309**</b>	<b>2,312**</b>

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

Tabel 3.10b Regressies van relatie tussen stellingen over mogelijke rollen in de huisartsenpraktijk en achtergrondkenmerken

	Achmea vergoedt mijn declaraties (N=589)	Wanneer het zorggebruik van patiënten in mijn praktijk verschilt van het landelijk gemiddelde dan wijst Achmea mij daarop. (N=589)
Leeftijd	-0,005	<b>0,009*</b>
Geslacht (ref. man)	-0,052	-0,025
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,479**</b>	<b>0,304**</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)		
duopraktijk	-0,018	0,016
groepspraktijk	0,040	0,051
anders	-0,012	-0,028
Omvang werkweek	-0,061	0,012
Constante	<b>3,945**</b>	<b>2,355**</b>

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

### 3.2.3 De huisarts over de relatiemanager van Achmea

Meer dan de helft (64%) van de respondenten geeft aan, in het laatste jaar geen contact te hebben gehad met een relatiemanager van Achmea (N=377), of niet meer te weten of ze in het laatste jaar contact hebben gehad met een relatiemanager (N=34). Nog 36% geeft aan wel contact te hebben gehad met een relatiemanager. Hiervan geven 78 respondenten aan langer dan drie maanden geleden contact te hebben gehad en 158 respondenten zeggen korter dan drie maanden geleden contact te hebben gehad.

Het overgrote gedeelte van de respondenten uit het buitengebied geeft aan in het laatste jaar geen contact te hebben gehad met een relatiemanager van Achmea (83%) (tabel 3.11). De meerderheid van de respondenten uit het kerngebied geeft aan wel contact gehad te hebben met een relatiemanager (72%).

Tabel 3.11 Percentage respondenten uit het buitengebied of uit het kerngebied dat in het laatste jaar contact heeft gehad met een relatiemanager van Achmea

	% geen contact	% wel contact
Buitengebied (N=420)	83	17
Kerngebied (N=227)	28	72
Totaal (N=647)	64	36



Ook wanneer gecontroleerd wordt voor andere achtergrondkenmerken blijkt dat het contact hebben met de relatiemanager samenhangt met de geografische locatie van de huisarts (buitengebied/kerngebied). Verder blijkt dat respondenten in een groepspraktijk iets vaker aangeven contact te hebben gehad met een relatiemanager dan respondenten in een solopraktijk (tabel 3.12).

Aan de respondenten die in het laatste jaar contact hebben gehad met de relatiemanager zijn drie vragen voorgelegd over hoe dit contact ervaren is (figuur 3.15).

Tabel 3.12 Logistische regressie van relatie tussen contact met relatiemanager en achtergrondkenmerken

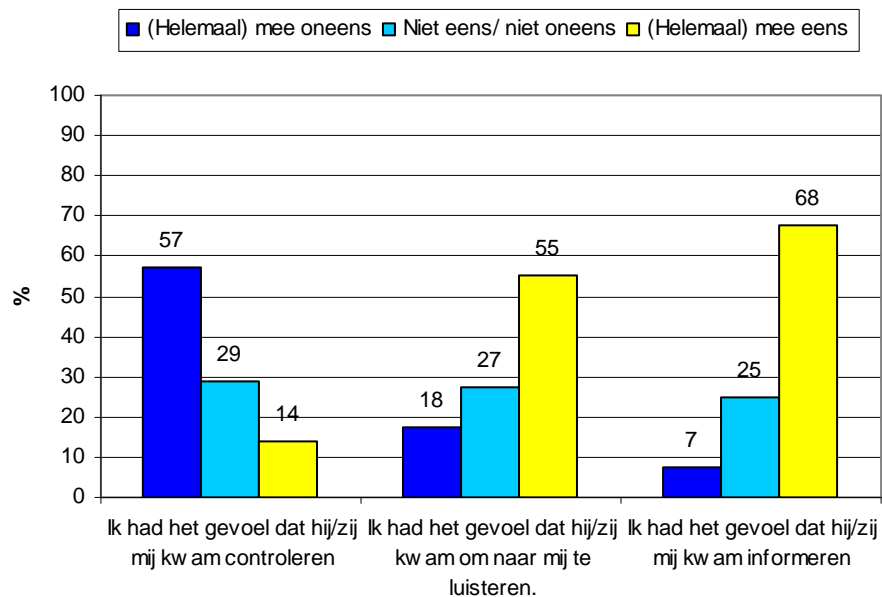
	Odds Ratio
Leeftijd (drie categorieën)	1,3
Geslacht (ref. man)	0,9
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>13,3**</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)	
duopraktijk	1,5
groepspraktijk	<b>1,8*</b>
anders	1,5
Omvang werkweek (5 categorieën)	0,8

afhankelijke variabele: Contact met de relatiemanager (0= geen contact 1=wel contact)

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

Figuur 3.15 Ervaringen met de relatiemanager (N=228)



Van de respondenten die aangeven het laatste jaar contact te hebben gehad met een relatiemanager van Achmea, geeft 14% aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling 'Ik had het gevoel dat hij/zij mij kwam controleren'. Verder geeft de helft van deze respondenten aan (55%), het gevoel te hebben gehad dat de relatiemanager kwam om naar hem of haar te luisteren. Tenslotte geeft 68% aan het (helemaal) eens te zijn met de stelling: 'Ik had het gevoel dat hij/zij mij kwam informeren'.

Voor alle variabelen in dit onderzoek is gekeken of er bij de beantwoording van de enquêtevragen naast samenhang met achtergrondvariabelen, ook nog samenhang is met het wel of geen contact hebben met de relatiemanager. In tabel 3.13 worden de variabelen getoond waarbij er een significant verband bestaat. Respondenten die in het laatste jaar contact hebben gehad met een relatiemanager zijn vaker (zeer) ontevreden met de hoeveelheid tijd die zij per patiënt beschikbaar hebben. Verder zijn deze respondenten vaker van mening dat Achmea (heel) veel invloed heeft op hun praktijkvoering. Tenslotte zijn de respondenten die in het laatste jaar contact hebben gehad met de relatiemanager vaker (zeer) positief over het idee dat Achmea inzage geeft in het zorggebruik van patiënten.

Tabel 3.13 Regressies van relatie tussen stellingen en contact met de relatiemanager en achtergrondkenmerken

	In hoeverre bent u tevreden met: De hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb (N=579)	Hoeveel invloed hebben de volgende organisaties op uw praktijkvoering volgens u?: Achmea Zorg & Gezondheid (N=590)	In hoeverre bent u <u>nu</u> positief of negatief over de deze mogelijke rol van Achmea?: Achmea geeft inzage in het zorggebruik van mijn patiënten (N=587)
Leeftijd	<b>0,018**</b>	0,002	<b>0,011**</b>
Geslacht (ref. man)	-0,081	<b>0,341**</b>	-0,065
Buiten/kern (ref. buiten)	<b>0,286**</b>	<b>0,238**</b>	<b>0,197*</b>
Contact met RM (ref. geen contact)	<b>-0,200*</b>	<b>0,235**</b>	<b>0,261**</b>
Praktijkvorm (ref. solopraktijk)			
duopraktijk	-0,066	-0,03	0,013
groepspraktijk	0,074	-0,112	-0,010
anders	-0,036	-0,218	-0,262
Omvang werkweek	-0,032	0,052	0,007
Constante	<b>2,232**</b>	<b>3,038**</b>	<b>2,257**</b>

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten

\* is significant ( $p < 0,05$ )

\*\* is significant ( $p < 0,01$ )

## 4 Discussie en conclusie

Doel van dit onderzoek was om meer zicht te krijgen op de meningen van huisartsen ten aanzien van hun werk en de relatie met en het vertrouwen in zorgverzekeraars. Meer specifiek zijn we in dit onderzoek ingaan op de relatie van huisartsen met zorgverzekeraar Achmea Zorg & Gezondheid (ook wel afgekort tot Achmea), omdat door deze zorgverzekeraar een interventie wordt uitgevoerd waarvan verwacht wordt dat deze invloed heeft op de wijze waarop huisartsen de relatie ervaren. We zullen eerst de algemene resultaten bespreken en daarna in gaan op de resultaten die meer specifiek voor Achmea van belang zijn.

Over het algemeen zijn huisartsen redelijk tevreden over hun werk. De tevredenheid verschilt wel per onderwerp. Huisartsen zijn het meest tevreden over hun werk in het algemeen en het minst tevreden over de kosten om hun praktijk draaiende te houden. Tevredenheid met het werk als huisarts is ook gemeten in de Eerste en Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk (Van den Berg et al., 2004). We kunnen onze resultaten daarmee vergelijken met metingen uit 1987 en 2001. Een vergelijking tussen 1987 en 2001 liet zien dat er een toename in onvrede over het inkomen en de praktijkkosten was. Vergelijken we de resultaten met onze studie, dan zien we een kentering met betrekking tot de mening van huisartsen ten aanzien van hun inkomen; was in 2001 29% van de huisartsen (zeer) tevreden met hun inkomen, nu is dat gestegen naar 46%. Tussen 2001 en 2012 heeft er een aantal veranderingen plaatsgevonden die van invloed zijn geweest op het inkomen van huisartsen die dit verschil kunnen verklaren. De overige resultaten van onze studie met betrekking tot tevredenheid met het werk zijn grotendeels vergelijkbaar met de resultaten uit de Tweede Nationale Studie.

Door de medische beslissingen die huisartsen nemen hebben zij invloed op de kosten van zorg. Een meerderheid (59%) van de huisartsen zegt goed in staat te zijn om de kosten van medicijnen die hij of zij voorschrijft in te schatten. Voor het inschatten van de kosten met betrekking tot verwijzen denkt ongeveer een derde dit goed in te kunnen schatten. Om kostenbewust medische beslissingen te kunnen nemen zouden huisartsen goed in staat moeten zijn om de kosten van voorschrijven en verwijzen in te kunnen schatten. Het geven van feedbackinformatie over deze kosten zou ervoor kunnen zorgen dat dit inzicht vergroot wordt. In een volgende meting zullen we nagaan of het geven van feedbackinformatie dit ook daadwerkelijk tot gevolg heeft gehad. Een andere manier om kosten te beheersen is door het opleggen van beperkingen aan huisartsen. Dit zou bijvoorbeeld door de overheid of door zorgverzekeraars gedaan kunnen worden. Huisartsen zijn hiervan geen voorstander. Een meerderheid (79%) vindt niet dat het noodzakelijk is dat de overheid en zorgverzekeraars hen beperkingen opleggen. In 2002 lag dit percentage nog op 56% (Willems en Veldhuis, 2002). Huisartsen zijn in dit

onderzoek dus meer uitgesproken. De overige opvattingen van huisartsen ten aanzien van het inschatten van kosten blijken stabiel over de tijd. Eveneens een meerderheid (81%) denkt dat de autonomie van huisartsen in gevaar komt als zorgverzekeraars op grond van kosten behandelingsmogelijkheden gaan beperken. In 2002 was dit percentage vergelijkbaar. Huisartsen vinden verder dat zorgverzekeraars (72%) (heel) veel invloed hebben op hun praktijkvoering, veel meer dan bijvoorbeeld de farmaceutische industrie (5%). Uit een enquête uit 2006 (Groenewegen et al., 2007) bleek dat 77% van de huisartsen de invloed van zorgverzekeraars als (zeer) groot ervaart. Slechts 1% had toen een (zeer) groot vertrouwen in de goede bedoelingen van huisartsen en 7% had een (zeer) groot vertrouwen in de deskundigheid van zorgverzekeraars. Ook nu laten de resultaten zien dat het vertrouwen dat huisartsen in zorgverzekeraars hebben niet groot is.

Het vertrouwen van huisartsen in Achmea ligt iets hoger in het gebied waar Achmea het grootste marktaandeel heeft dan in het buitengebied. In het gebied waar Achmea het grootste marktaandeel heeft onderhandelen alle huisartsen met Achmea over het contract. Afgesproken is dat andere zorgverzekeraars deze contractvoorwaarden vervolgens overnemen. Het vertrouwen van huisartsen in Achmea is iets hoger dan het vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen. Het vertrouwen in de relatiemanager van Achmea is nog iets groter, maar er is ruimte voor verbetering. Dit laatste is van belang omdat de relatiemanager de feedback van Achmea aan huisartsen met hen bespreekt. Hierbij speelt het vertrouwen in de goede bedoelingen van zowel Achmea, als van de relatiemanager een grote rol. In de relatie is het ook van belang dat het vertrouwen als wederzijds ervaren wordt. Ook hier blijkt ruimte voor verbetering. Hoewel we zien dat huisartsen die onderhandelen met Achmea vaker aangeven dat zij vinden dat Achmea laat blijken dat zij hun vertrouwt, blijft het percentage steken op 39%. Ook wat betreft het nakomen van afspraken is er ruimte voor verbetering. Van de huisartsen uit die over het contract onderhandelen met Achmea geeft 56% aan dat de zorgverzekeraar gemaakte afspraken nakomt, van de andere huisartsen is 34% deze mening toegedaan. Ongeveer een kwart (26%) van de huisartsen die onderhandelen met Achmea vindt dat de zorgverzekeraar naar hem of haar luistert en voelt zich begrepen. Huisartsen hebben niet het gevoel dat Achmea hun belangen behartigt. Zij hebben vooral het idee dat de belangen van zichzelf (63%) en de aandeelhouders (41%) worden behartigd.

Huisartsen staan vooral positief tegenover Achmea als degene die hun declaraties vergoedt. Ze staan niet positief of zelfs uitgesproken negatief tegenover het idee dat Achmea zich inmengt in de huisartsenzorg, zoals het helpen om een afweging te maken of en aan wie patiënten worden doorverwezen. Huisartsen verwachten wel dat de invloed die Achmea hierop uitoefent in de toekomst zal toenemen. Zo'n 42% van de huisartsen verwacht dat Achmea inzage gaat geven in het zorggebruik van patiënten. Dit is wat Achmea wil gaan doen met het geven van feedback. Een kwart van de huisartsen staat hier positief tegenover, eveneens een kwart is uitgesproken negatief. Ongeveer de helft is neutraal. De huisartsen die met Achmea onderhandelen, staan iets vaker positief tegenover de (toekomstige) invloed van Achmea op de huisartsenpraktijk.

Voor de interventie van Achmea werden huisartsen al bezocht door een relatiemanager. In deze gesprekken werd geen feedback gegeven aan de huisarts op het zorggebruik van

patiënten van de huisartsenpraktijk. Vanaf medio 2011 is met het geven van feedback in een aantal praktijken in het kerngebied van Achmea gestart. Deze praktijken konden ook deelnemen aan dit onderzoek. In eerste instantie werd aan een beperkt aantal huisartsen feedback gegeven, eind 2011 is dit intensiever geworden. Van de huisartsen die hebben deelgenomen aan het onderzoek en die onderhandelen met Achmea heeft 72% in het afgelopen jaar contact heeft gehad met een relatiemanager. In deze contacten is dus zeker niet altijd feedback gegeven op het zorggebruik van patiënten. Een meerderheid (68%) van de huisartsen had het gevoel dat de relatiemanager kwam om te informeren. Iets meer dan de helft (55%) van de huisartsen had het gevoel dat de relatiemanager kwam om te luisteren. Huisartsen (57%) hadden niet het gevoel dat de relatiemanager kwam om te controleren. Deze resultaten wijzen in de richting van wat in de interventie door Achmea wordt beoogd.

De resultaten geven de stand van zaken weer aan het begin van de interventie door Achmea. In deze interventie gaat Achmea het aantal bezoeken dat relatiemanagers afleggen aan huisartsen intensiveren en gaan relatiemanagers huisartsen feedback geven over praktijkkenmerken, zorgkosten en zorggebruik van de patiëntenpopulatie. We verwachten dat als het geven van feedback de normale praktijk is geworden dat er veranderingen zichtbaar worden. De resultaten laten ook zien dat het niet vanzelfsprekend is dat huisartsen een meer actieve rol van de zorgverzekeraar in alle gevallen zullen accepteren. Hier ligt een belangrijke taak voor de relatiemanagers. Achmea is gestart met huisartsen waar zij veel verzekerden hebben, huisartsen met wie zij ook onderhandelen. Het blijkt dat juist deze huisartsen iets meer vertrouwen hebben in Achmea en in de relatiemanagers en iets minder afwijzend staan tegenover invloed van Achmea op de huisartsenpraktijk. Ook staan huisartsen die contact hebben gehad met de relatiemanager iets positiever tegenover het idee dat Achmea inzage geeft in het zorggebruik. De verschillen zijn echter klein en het vertrouwen is niet groot te noemen. Het wordt interessant om te zien of door het geven van feedback en het intensiveren van het contact met de relatiemanager het vertrouwen vergroot wordt.

De respons op de enquête was niet hoog (23%). Dit kan van invloed zijn op de resultaten. We kunnen niet uitsluiten dat huisartsen die in het algemeen niet positief staan tegenover Achmea of heel weinig vertrouwen in Achmea hebben niet hebben gereageerd. Daarmee kan dit rapport een positiever beeld schetsen dan in werkelijkheid het geval is.

De respondenten zijn op een aantal kenmerken niet representatief voor huisartsen in Nederland. In vergelijking met landelijke cijfers zien we een ondervertegenwoordiging van huisartsen onder de 40 jaar, vrouwen en huisartsen werkzaam in een groepspraktijk. De samenhang tussen deze kenmerken en de uitkomsten is echter niet sterk, waardoor een onder- of oververtegenwoordiging weinig invloed heeft op de uitkomsten.

Huisartsen die onderhandelen met Achmea (huisartsen in het kerngebied) verschillen op een aantal kenmerken van huisartsen die niet met Achmea onderhandelen (huisartsen in het buitengebied). Huisartsen in het kerngebied zijn ouder en er zijn meer mannelijke huisartsen in het kerngebied. De uitkomsten van het onderzoek zijn hiervoor gecorrigeerd.

Voor een groot deel van de uitkomsten blijken er verschillen te zijn tussen huisartsen in het kerngebied en huisartsen in het buitengebied. Huisartsen in het kerngebied zijn in het

algemeen meer tevreden over hun werk, de organisatie en het management van hun praktijk, de kosten om hun praktijk draaiende te houden en de hoeveelheid tijd die ze per patiënt beschikbaar hebben. Ze denken vaker dat het noodzakelijk is dat de overheid en zorgverzekeraars beperkingen opleggen om de zorg betaalbaar te houden en dat het verboden moet worden om een dure behandeling voor te schrijven als er ook een goedkoop alternatief is. Bovendien zijn ze minder vaak van mening dat de autonomie van huisartsen in gevaar komt wanneer zorgverzekeraars op grond van kosten behandelingsmogelijkheden gaan beperken. Ze vinden de invloed van Achmea op de praktijkvoering groter dan huisartsen in het buitengebied en hebben tevens meer vertrouwen in zorgverzekeraars in het algemeen, Achmea en de relatiemanager van Achmea. Uit de resultaten blijkt dat zij in het algemeen positiever staan tegenover Achmea dan huisartsen in het buitengebied. Zoals eerder gesteld, kunnen we niet uitsluiten dat dit het resultaat is van een selectieve groep respondenten. Hoewel de respondenten in het binnengebied positiever zijn dan de respondenten in het buitengebied zijn de verschillen niet groot. De verwachting is dat door de interventie van Achmea de verschillen tussen het binnengebied en het buitengebied zullen toenemen.

#### **4.1 Tot slot**

Zorgverzekeraars hebben belang bij huisartsen die hun verzekerden kwalitatief goede zorg leveren tegen beperkte kosten. Het contract is niet de enige manier waarop zorgverzekeraars huisartsen kunnen stimuleren. Achmea voert een interventie uit waarin zij het persoonlijk contact met huisartsen intensificeert en huisartsen voorziet van feedback op het zorggebruik van hun patiëntenpopulatie en praktijkkenmerken zoals openingstijden. Dit onderzoek is opgezet om de meningen van huisartsen te onderzoeken aan het begin van deze interventie. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat huisartsen, los van het vergoeden van declaraties, niet uitgesproken positief staan tegenover invloed van Achmea op de huisartsenpraktijk, maar ook niet uitgesproken negatief. Huisartsen hechten waarde aan hun autonomie en staan niet positief tegenover het idee dat Achmea zou helpen om een afweging te maken of en naar wie een huisarts patiënten doorverwijst. Verder ligt het vertrouwen van huisartsen in zorgverzekeraars niet hoog. Er is voor Achmea op een aantal punten winst te behalen. Dit betreft het nakomen van gemaakte afspraken, het laten blijken dat zij huisartsen vertrouwt en het luisteren naar huisartsen evenals het tonen dat zij huisartsen begrijpt.

# Literatuur

- Alchian A, Demsetz H. Production, information costs, and economic organization. *Am Econom Rev*, 1972; 62:777-95
- Berg MJ van den, Kolthof ED, Bakker D de, Zee J van der. *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Covey SMR, Merrill RR. *The speed of trust*. New York: Free press, 2006
- Curfs E. *Regierol zorgverzekeraar: feit of fictie?: maatschappelijk ondernemen door zorgverzekeraars*. Heerlen: Open Universiteit, 2010
- Dyer J, Singh H. The relational view: cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. *Acad Managem Rev*, 1998; 22:660-79
- Eisingerich AB, Bell SJ. Perceived Service Quality and Customer Trust. Does Enhancing Customers' Service Knowledge Matter? *J Serv Res*, 2008; 3: 256-68
- Groot GRJ de. De zorgverzekeraar: spin in het web? *Tijdschr Gezondheidsrecht*, 2005; 1:27-40
- Groenewegen PP, Delnoij DMJ. *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts?* Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997
- Groenewegen PP, Hansen J, Bekke S ter. *Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*. Utrecht: VVAA Springer, 2007
- Hingstman L, Kenens RJ. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2010*. Utrecht: NIVEL, 2010
- Horder J, Bosanquet N, Stocking B. Ways of influencing the behaviour of general practitioners. *J Royal College Gen Pract*, 1986; 36:517-21
- Krause DR, Handfield RB, Scannell TV. An empirical investigation of supplier development: reactive strategic processes. *J Operat Managem*, 1998; 17:39-58
- Luhmann N. Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives. In: Gambetta, D (ed.). *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford: Basil Blackwell Ltd, 1988; 94-107

- Mokkink HGA. *Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen*. (proefschrift) Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986
- Morgan RM, Hunt SD. The commitment-trust theory of relationship marketing. *J Marketing*, 1994; 58:20-38
- Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. The effect of feedback information on clinical practice: a review. *BMJ*, 1991; 17:398-402
- Muijers PE, Janknegt R, Sijbrandij J, Grol RP, Knotterus JA, Prescribing indicators: development and validation of guideline-based prescribing indicators as an instrument to measure the variation in the prescribing behavior of general practitioners. *Eur J Clin Pharmacol*, 2004;10:739-46
- Nederlandse Zorgautoriteit. *Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars 2010*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2010
- Nederlandse Zorgautoriteit. *Beleidsregel TH/BR-001. Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw): De reikwijdte van de zorgplicht in begrippen, verantwoordelijkheden en normen*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2011
- Pfeffer J, Salancik GR. *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. New York: Pearson, 1978
- Piersma J. Menzis gaat dichterbij huisartsen zitten. *Het Financiële Dagblad*, 12 juni 2010; pagina 4
- Ring PS, Ven AH van de. Developmental processes of interorganizational relationships. *Acad Managem Rev*, 1994; 1:50-118
- Post D. *Verwijzen en prescriptie, een paar apart*. Zwolle: RZZ, 1984
- Rousseau DM, Sitkin SB, Burt RS, Camerer CF. Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Acad Managem Rev*, 1998; 3:393-404
- Veerman F, Bakker D de, Broeren J, van de Rijdt- van de Ven A, Sande J van de. *Is meten weten: analyse en terugkoppeling van productiecijfers in 5 gezondheidscentra te Eindhoven*. Utrecht/Eindhoven: NIVEL/Stichting Gezondheidscentra Eindhoven/Zorgverzekeraar VGZ, 1997
- Vogelaar E. *Voorstel van Ella Vogelaar, onafhankelijk voorzitter van het overleg tussen LHV, VWS en ZN, aan genoemde partijen voor een beleidsagenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007*, 2005
- Wendel S, Jong JD de, Curfs EC. Consumer evaluation of complaint handling in the Dutch health insurance market. *BMC Health Serv Res*, 2011; 11:(310)



Willems D, Veldhuis M. *Wegen in de zorg: dilemma's, keuzen en afwegingen in de spreekkamer*. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2002

Williamson OE. Transaction-cost economics: the governance of contractual relation. *J Law Econom*, 1979; 2:233-61

Williamson OE. Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. *Admin Sci Quart*, 1991; 36 (2):269-96

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