

Het meten van kwaliteitsvoorkeuren in de zorg

Bernard van den Berg, Piet Stam, Trea Laske-Aldershof

Het valide meten van de kwaliteit van zorg staat hoog op de onderzoeksagenda. Met de uitkomsten van onderzoek naar de kwaliteit van zorg hebben patiënten- en consumentenorganisaties een beeld van de kwaliteit van de door zorgverzekeraars ingekochte zorg. Dit artikel bespreekt een toepassing van de vignettenmethode op het meten van kwaliteitsvoorkeuren in de zorg. De vignettenmethode komt uit de marketing. Belangrijke voordelen van de vignettenmethode zijn dat deze de consumentenvoorkeuren voor nog niet bestaande producten kan achterhalen en preferenties voor verschillende dimensies van een product in hun onderlinge samenhang meet. Zorgverzekeraars kunnen met de vignettenmethode de voorkeuren van hun verzekerden achterhalen, zowel om de latente behoefte aan bestaande zorgarrangementen te meten als de behoefte aan zorgarrangementen die nog niet bestaan, maar die in ontwikkeling zijn. Mede door steeds beter op de behoeften van verzekerden in te spelen, hopen zij hun marktpositie te versterken binnen de nieuwe zorgverzekering. Kortom, onderzoek naar kwaliteitsvoorkeuren in de zorg is belangrijk voor zowel patiënten- en consumentenorganisaties als zorgverzekeraars.

Paragraaf 1 beschrijft vanuit economisch perspectief drie beperkingen van kwaliteit van zorgonderzoek. Vervolgens beschrijft paragraaf 2 de vignettenmethode zoals toegepast in dit onderzoek in een poging om de in paragraaf 1 beschreven beperkingen te ondervangen. Data worden beschreven in paragraaf 3 en resultaten gepresenteerd in paragraaf 4. In paragraaf 5 trekken we conclusies terwijl paragraaf 6 de resultaten bediscussieert.

1 Achtergrond

Onderzoek naar kwaliteit van zorg is multidisciplinair van aard (zie voor gehanteerde concepten Campbell e.a., 2000 en Sixma e.a., 1998.) Vanuit deze concepten zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om kwaliteit van zorg te meten (zie bijvoorbeeld Onyebuchi e.a., 2006 en Schouten e.a., 2000). Deze instrumenten worden gebruikt in de Nederlandse gezondheidszorg.

Wanneer we vanuit economisch perspectief dit multidisciplinaire onderzoek naar kwaliteit van zorg bezien, vallen drie beperkingen op. In de eerste plaats wordt er sinds de verschijning, in 1972, van *The Demand for Health* (Grossman, 1972) een onderscheid gemaakt tussen de vraag naar gezondheidszorg en de vraag naar gezondheid. Daarbij wordt verondersteld dat de vraag naar gezondheidszorg een afgeleide vraag is van de vraag naar gezondheid. Het ultieme doel van zorgconsumptie is immers gezondheidswinst of in het geval van mensen met chronische aandoeningen dat gezondheidsverlies wordt vertraagd. In het algemeen richt het kwaliteitsonderzoek van zorg zich op partiële uitkomsten van zorg, bijvoorbeeld de kans op het oplopen van infecties, maar dat is een zeer beperkte opvatting van gezondheid. Daarnaast kunnen andere zaken een rol spelen, bijvoorbeeld de procesaspecten van zorgconsumptie, zoals de bejegening van de zorggebruiker door het personeel, die indirect van invloed kunnen zijn op de gezondheid. Echter, de door zorggebruikers ervaren uitkomsten van zorgconsumptie staan nauwelijks centraal in het kwaliteitsonderzoek van zorg.

Een tweede beperking van het kwaliteitsonderzoek van zorg is dat het niet expliciet rekening houdt met schaarste. Dat wil zeggen, zorggebruikers wordt niet gevraagd om keuzen te maken, terwijl dat in een zorgmarkt wel moet. Bijvoorbeeld, soms moeten zorggebruikers zich afvragen of zij extra willen betalen voor betere kwaliteit van de zorgverlening en welk bedrag men dan precies bereid is te betalen voor een bepaalde verbetering in kwaliteit.

De derde beperking van het kwaliteitsonderzoek is dat de preferenties feitelijk worden gebaseerd op een retrospectieve beoordeling van eerdere ervaringen van mensen met de zorgverlening (*experienced utility*),

met alle gevaren van herinneringsvertekening van dien (zie bijvoorbeeld Kahneman e.a., 1997). Een andere extreme manier om preferenties in kaart te brengen is door deze louter te baseren op geobserveerde keuzes, onder de veronderstelling dat keuzes in de praktijk alle informatie bevatten over het nut dat daaraan wordt toegekend (*decision utility*). Idealiter wordt bij het duiden van de preferenties gebruik gemaakt van een combinatie van ervaringen van zorggebruikers met eerdere gebeurtenissen en hun op ervaring gebaseerde actuele keuzes, dus een combinatie van *experienced* en *decision utility*.

2 Vignettenmethode

Voorliggend onderzoek probeert de genoemde beperkingen van het kwaliteitsonderzoek van zorg te ondervangen met behulp van de vignettenmethode. In de laatste tien jaar wordt deze - uit de marketing afkomstige - methode veelvuldig toegepast voor vraagstukken in de gezondheidseconomie (Ryan en Gerard, 2003). Deze methode maakt het mogelijk drie dimensies van kwaliteit van zorg te integreren: (1) de structuur (organisatie), (2) het proces en (3) de uitkomst van zorgconsumptie. In deze studie wordt een groep van 262 mensen met diabetes gevraagd zich te verplaatsen in verschillende hypothetische situaties (de vignetten).

De keuze voor de populatie mensen met diabetes is tweeledig. In Nederland hebben ruim 600.000 mensen diabetes (Baan en Poos, 2005). De kosten van diabetes bedragen 1,2 procent van de totale gezondheidskosten en in vergelijking met andere chronische ziekten zijn de kosten redelijk hoog (Polder e.a., 2002). De verwachting is dat de kosten zullen stijgen aangezien steeds meer mensen diabetes krijgen en ook wordt het op steeds jongere leeftijd vastgesteld. Daarnaast zijn mensen met diabetes chronische gebruikers van zorg. Dit garandeert dat ze zich bij het inleven van de verschillende hypothetische situaties kunnen baseren op de ervaring die ze hebben met eerder zorggebruik (*experienced utility*).

De beschrijving van de hypothetische situaties is gebaseerd op de uitkomsten van onderzoek naar de kwaliteit van zorg volgens mensen met diabetes (Schouten e.a., 2000). Het effect van zorgconsumptie op de

gezondheid van de gebruiker meten we met behulp van de EQ-5D (Dolan, 1997). Dit is een populair instrument uit de gezondheidseconomie om gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te meten (Van den Berg en Rutten, 2002). Tabel 1 geeft een overzicht van alle dimensies van kwaliteit van zorg zoals geoperationaliseerd in de studie.

Tabel 1 Overzicht vignetattributen en mogelijke attribuutwaarden

Attribuut	Attribuutwaarden
Proces	
Meebeslissen bij behandeling	Wel, Niet
Serius genomen worden bij behandeling	Wel, Niet
Goede voorlichting krijgen over diabetes	Wel, Niet
Intensief begeleid worden	Wel, Niet
Jaarlijkse controle van voeten, ogen en nieren	Wel, Niet
Voldoende tijd door zorgverleners	Wel, Niet
Gezondheid	
Invloed van behandeling op mobiliteit	Geen, Enige, Bedlegerig
Invloed van behandeling op zelfzorg	Geen, Enige, Niet
Invloed van behandeling op dagelijkse activiteiten	Geen, Enige, Niet
Invloed van behandeling op pijn of andere klachten	Geen, Matige, Zeer
Invloed van behandeling op stemming	Niet, Matig, Erg
Prijs (structuur)	
Eigen bijdrage	0 euro, 45 euro, 137 euro

De attributen in tabel 1 zijn gebruikt bij de beschrijving van de situatie op een vignet. Elke respondent kreeg vier situaties voorgelegd en moest elke situatie beoordelen met een rapportcijfer¹. Deze rapportcijfers zijn een proxy voor preferenties ten aanzien van de hypothetische situaties (*decision utility*). Door de groep in een aantal subgroepen te verdelen met elk een andere set van vier vignetten (met één referentievignet die in alle sets voorkomt), kunnen we het belang van alle twaalf aspecten van zorg meten. In figuur 1 wordt een voorbeeld gegeven van de vignet-vragen met twee situaties.

1 Het geven van een rapportcijfer is niet strict noodzakelijk voor de ordening van de vignetten. Een alternatieve manier is om de respondent alleen te vragen de vignetten te ordenen, bijvoorbeeld door ze op volgorde van beste keuze naar slechtste keuze te leggen. Men kan ze bijvoorbeeld ook vragen het beste vignet uit de set van vier te kiezen.

Figuur 1 Vignetvragen

Mensen die zorg gebruiken, verkeren vaak in heel verschillende situaties en hebben verschillende wensen. Om een goed beeld te krijgen van uw situaties en wensen, vragen wij u zich in te leven in de situaties die wij hieronder beschreven hebben.

Stelt u zich voor dat u door een aantal zorgverleners behandeld wordt met steeds verschillend resultaat voor uw gezondheid. Het is niet uw situatie. Wij vragen uw oordeel over deze situaties.

Situatie A:

Uw zorgverlener laat u niet meebeslissen bij uw behandeling
Na de behandeling door uw zorgverlener heeft u geen pijn of andere klachten
Uw zorgverlener geeft u wel voorlichting over diabetes
Na de behandeling door uw zorgverlener bent u niet in staat uw dagelijkse activiteiten uit te voeren
Uw zorgverlener neemt niet voldoende tijd voor u
Na de behandeling door uw zorgverlener heeft u geen problemen met lopen
U betaalt 0 euro per behandeling voor de behandeling door uw zorgverlener

Situatie B:

Uw zorgverlener laat u wel meebeslissen bij uw behandeling
Na de behandeling door uw zorgverlener heeft u matige pijn of andere klachten
Uw zorgverlener geeft u geen voorlichting over diabetes
Na de behandeling door uw zorgverlener bent u niet in staat uw dagelijkse activiteiten uit te voeren
Uw zorgverlener neemt wel voldoende tijd voor u
Na de behandeling door uw zorgverlener heeft u enige problemen met lopen
U betaalt 45 euro per behandeling voor de behandeling door uw zorgverlener

Wilt u nu aan de situaties een rapportcijfer geven van 1 tot en met 10, waarbij 10 voor u de best denkbare situatie is en 1 de slechtst denkbare situatie?

3 Data

Er is eind 2004/begin 2005 een vragenlijst uitgezet onder een steekproef van 1000 ziekenfondsverzekerden uit de populatie van Agis Zorgverzekeringen waarvoor in 2003 diabetesmiddelen op recept buiten het ziekenhuis zijn afgeleverd. De vragenlijsten zijn verzonden in overeenstemming met de gestandaardiseerde verzendprocedure van Dillman (1978). Dit betekent dat eerst de vragenlijst is verstuurd

gevolgd door een herinnering. Daarna is de vragenlijst opnieuw verstuurd gevolgd door een laatste herinnering.

De respons is 60.1%. Na opschoning van de data bleef 26.2% over voor de analyse. Dit responspercentage is vergelijkbaar met soortgelijk Nederlands onderzoek met de vignettenmethode, zie Baarsma (2003) en Van den Berg e.a. (2005). De respondenten werden niet financieel geprikkeld tot participatie in het onderzoek. Tabel 2 geeft de kenmerken van onze steekproef.

Tabel 2 Achtergrondkenmerken (n=262)

Variabele	Gemiddelde / Percentage	Standaard Deviatie
Rapportcijfer vignetten	5,1	2,2
Leeftijd	62,7	13,0
Percentage mannen	45,8	
Jaren genoten opleiding	10,9	3,0
Percentage getrouwd	68,9	
Netto gezinsinkomen (per maand in euro)	1328,5	571,6
Gezondheid*	0,6	0,1

* Gezondheid is gemeten en gewaardeerd met de EQ-5D, waarbij 1 staat voor perfect gezond en 0 voor dood, zie Dolan (1997).

4 Resultaten

De resultaten van de vignetstudie staan in tabel 3.

Tabel 3 Vignetresultaten^a

Zorgaspect	Coëfficiënt	t-waarde	Waardering ^b
Proces			
Meebeslissen bij behandeling	0,48	2,34	189,61
Referentie: niet meebeslissen bij behandeling			
Serius genomen worden bij behandeling	1,02	4,60	401,34
Referentie: niet serieus genomen worden bij behandeling			
Goede voorlichting krijgen over diabetes	0,22	1,15	
Referentie: geen goede voorlichting krijgen over diabetes			

Zorgaspect	Coëfficiënt	t-waarde	Waardering ^b
Intensief begeleid worden Referentie: niet intensief begeleid worden	0,42	1,99	165,77
Jaarlijkse controle van voeten, ogen en nieren Referentie: geen jaarlijkse controle van voeten, ogen en nieren	0,43	2,11	170,43
Voldoende tijd door zorgverleners Referentie: niet voldoende tijd door zorgverleners	0,09	0,48	
Gezondheid			
Invloed van behandeling op mobiliteit			
Enige problemen met lopen	-0,48	-2,11	189,11
Bedlegerig	-1,25	-5,43	490,80
Referentie: geen problemen met lopen			
Invloed van behandeling op zelfzorg			
Enige problemen om uzelf te wassen of aan te kleden	-0,60	-2,51	235,28
Niet in staat om uzelf te wassen of aan te kleden	-0,92	-3,75	360,79
Referentie: geen problemen met uzelf te wassen of aan te kleden			
Invloed van behandeling op dagelijkse activiteiten			
Enige problemen uw dagelijkse activiteiten uit te voeren	-0,27	-1,48	
Niet in staat om uw dagelijkse activiteiten uit te voeren	-0,15	-0,71	
Referentie: geen problemen met uw dagelijkse activiteiten			
Invloed van behandeling op pijn of andere klachten			
Matige pijn of andere klachten	-0,42	-2,17	165,91
Zeer ernstige pijn of andere klachten	-0,64	-2,47	253,58
Referentie: geen pijn of andere klachten			
Invloed van behandeling op stemming			
Matig angstig of somber	-0,50	-2,35	195,54
Erg angstig of somber	-0,43	-1,54	
Referentie: niet angstig of somber			
Prijs (structuur)			
Eigen bijdrage per behandeling (per jaar in euro)	-0,003	-1,70	
Constante	5,71	44,52	
N ^c	1027 ^c		
R ²	0,09		

a De geschatte coëfficiënten moeten steeds ten opzichte van de genoemde referentiecategorie worden geïnterpreteerd.

- b Deze zijn berekend door de coëfficiënten van de attributen te delen door de coëfficiënt van het attribuut 'Eigen bijdrage per behandeling' (Hensher e.a., 2005). Deze bedragen maken het mogelijk om de waardering die de respondenten in deze steekproef geven aan de verschillende attributen met elkaar te vergelijken (cardinaal). Wanneer de geschatte coëfficiënt van een attribuut niet statistisch significant is wordt de waardering niet gepresenteerd.
- c De 262 respondenten moeten aan vier vignetten een rapportcijfer geven. Dat levert een totaal aantal waarnemingen van 1048. Omdat sommige respondenten aan drie in plaats van aan vier vignetten een rapportcijfer hebben geven, is de steekproefomvang 1027 in plaats van 1048.

In de eerste kolom staan de zorgaspecten, de geschatte coëfficiënten staan in kolom twee en de bijbehorende t-waarden in de derde kolom. Parameters zijn geschat met lineaire regressie. De procesaspecten meebeslissen, serieus genomen worden, intensieve begeleiding en jaarlijkse controle van voeten, ogen en nieren zijn statistisch significant. Van de gezondheidsaspecten is alleen de invloed van de behandeling op de dagelijkse activiteiten niet statistisch significant. Hetzelfde geldt voor de invloed van de behandeling op de stemming, maar dan alleen voor erg angstig of somber ten opzichte van niet angstig of somber. Matig angstig of somber ten opzichte van niet angstig of somber is wel statistisch significant.

Eigen financiële bijdrage aan behandeling is statistisch significant op het 10%-niveau. Kolom vier geeft de monetaire waardering van de respondenten voor de verschillende dimensies van kwaliteit van zorg die statistisch significant zijn. We zien dat mensen het meest waarde hechten aan een type behandeling waarmee kan worden voorkomen dat men ernstig bedlegerig wordt of anderszins met mobiliteitsproblemen te kampen krijgt, namelijk een in geld vertaalde waardering van 491 euro. Het minst hechten ze waarde aan intensief begeleid worden bij de behandeling of voor een behandeling die geen pijn in plaats van matige pijn tot gevolg heeft, namelijk 166 euro.

Het geschatte model maakt het ook mogelijk om de uitruil die mensen maken tussen combinaties van zorgaspecten te berekenen. De waardering zoals geformuleerd in kolom vier laat bijvoorbeeld zien dat serieus genomen worden bij de behandeling (401 euro) ruim tweemaal zo belangrijk is als mogen meebeslissen bij de behandeling (190 euro).

5 Conclusie

We hebben ervoor gekozen om bij de operationalisatie van de vignetten mensen een hypothetische eigen bijdrage laten betalen, omdat dit het beste aansluit bij de dagelijkse praktijk in de gezondheidszorg. Echter, deze keuze impliceert niet dat onze resultaten blindelings kunnen worden geïmplementeerd door zorgverzekeraars. Zij hebben binnen de nieuwe zorgverzekering, evenals in het oude stelsel, niet de mogelijkheid om zelf eigen bijdragen te heffen. Dit neemt niet weg dat de door ons gemeten hypothetische monetaire waarderingen voor dimensies van kwaliteit van zorg het relatieve belang van deze dimensies weergeven. Deze informatie is zeer bruikbaar voor patiënten- en consumentenorganisaties en zorgverzekeraars in hun rol als respectievelijk belangenbehartiger en zorginkoper. Ook de overheid zou deze informatie kunnen gebruiken omdat deze het belang weergeeft dat zorggebruikers aan verschillende dimensies van kwaliteit van zorg hechten.

6 Discussie

Een algemeen punt van kritiek op vignetstudies is dat er een groot verschil kan zijn tussen zeggen en doen. In deze studie zijn de *stated preferences* in kaart gebracht (gebaseerd op een combinatie van *experienced* en *decision utility*). In de praktijk kunnen keuzes weer anders uitpakken, bijvoorbeeld doordat specifieke zorgaspecten wel belangrijk zijn voor mensen met diabetes, maar ontbreken in deze studie. Echter, in de gezondheidszorg zijn niet altijd de benodigde *revealed preference* gegevens beschikbaar of de beschikbare gegevens bevatten niet de benodigde informatie, zoals kwaliteit van zorg. Dan biedt vragenlijstonderzoek zoals hier gerapporteerd uitkomst. Feitelijk is er dan een keuze tussen beleidsontwikkeling ten aanzien van kwaliteit van zorg zonder deze op enige onderzoeksinformatie te baseren versus beleid baseren op informatie die in enige mate vertekend kan zijn. Onze resultaten geven patiënten- en consumentenorganisaties en zorgverzekeraars een eerste handvat zoals dat in de marketing literatuur gebruikelijk is bij de introductie van nieuwe producten.

Auteurs

Bernard van den Berg is verbonden aan TNO Kwaliteit van Leven (Leiden), CHERE, University of Technology (Sydney) en IGW, Vrije Universiteit (Amsterdam). Piet Stam is verbonden aan Agis Zorgverzekeringen te Amersfoort en iBMG, Erasmus MC Rotterdam, en Trea Laske – Aldershof is verbonden aan iBMG, Erasmus MC Rotterdam.

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMW. De auteurs bedanken Paula van Dommelen, Erik Schut, een anonieme referent en redacteur Wolter Hassink voor hun waardevolle commentaar op een eerdere versie van dit artikel. Daarnaast danken wij Aldien Poll, Barbara Vriens en Paul Schmidt van Agis Zorgverzekeringen voor hun onmisbare bijdrage aan de ontwikkeling van de vragenlijsten, het verzorgen van het uitzetten van de vragenlijsten en de aanlevering van de gedigitaliseerde enquête-antwoorden.

Literatuur

- Baan C.A., Poos, M.J.J.C., 2005. Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen\ Diabetes mellitus, 12 december.
- Baarsma, B.E., 2003. The Valuation of the IJmeer Nature Reserve using Conjoint Analysis. *Environmental and Resource Economics* (25): 343-356.
- Berg, B. van den, Al, M., Brouwer, W.B.F., Exel, J.A.J. van, Koopmanschap, M.A., 2005. Economic valuation of informal care: The conjoint measurement method applied to informal caregiving. *Social Science & Medicine* (61): 1342 – 1355.
- Berg, B. van den, Rutten, F.F.H., 2002. Meten en evalueren in de zorg. *Economisch Statistische Berichten* 87: 581-583.
- Campbell, S.M., Roland, M.O., Buetow, S.A., 2000. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* (51): 1611-1625.
- Dillman, D.A., 1978. *Mail and telephone surveys: the total design method*. John Wiley & Sons: New York.
- Dolan, P., 1997. Modelling Valuations for EuroQol Health Status. *Medical Care* (35): 1095-1108.
- Grossman, M., 1972. *The demand for health: A theoretical and empirical investigation*. Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research, New York.

- Hensher, D.A., Rose, J.M., Greene, W.H., 2005. *Applied Choice Analysis: A Primer*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Kahneman, D., Wakker, P.P., Sarin, R., 1997. Back to Bentham? Explorations of experienced utility. *Quarterly Journal of Economics* 112(2) May pp. 375-405.
- Onyebuchi, A.A., Asbroek, A.H.A. ten, Delnoij, D.M.J., Koning, J.S. de, Stam, P. J.A., Poll, A.H., Vriens, B., Schmidt, P.F., Klazinga, N.S., 2006. Psychometric Properties of the Dutch Version of the Hospital-Level Consumer Assessment of Health Plans Survey[®] Instrument. *Health Services Research* (41): 284-301.
- Polder, J.J., Takken, J., Meering, W.J., Kommer, G.J., Stokx, L.J., 2002. *Kosten van ziekten in Nederland. De zorgeuro ontrafeld*. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270751005. Bilthoven: RIVM.
- Ryan, M., Gerard, K., 2003. Using discrete choice experiments to value health care: current practice and future prospects. *Applied Health Economics Policy Analysis* 2003 (2): 55-64.
- Schouten, G.M., Sixma, H.J., Friele, R.D., 2000. *QUOTE-Diabetes: Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met diabetes*. NIVEL: Utrecht.
- Sixma, Herman J., Kerrens, Jan J., Campen, C. van, Peters, L., 1998. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* (1): 82-95.