

Naschrift

Onderzoek ten dienste van beleid

De serie wetenschappelijke bijdragen in dit dossier is niet alleen door zijn inhoud gepast, maar is ook door de enorme breedte van wetenschapsgebieden en beleidstoepassingen illustratief voor wat gepaste zorg is. Als veelvuldig gebruiker van onderzoek in beleid ben ik al jaren geïnteresseerd in dat ingewikkelde samenspel tussen onderzoek en beleid (Boer, 2002). Ik kan het dan ook niet laten om deze indrukwekkende serie artikelen te bekijken door die bril.



BERT BOER
Lid van de raad van bestuur van het College voor zorgverzekeringen

Er zijn de laatste jaren veel publicaties verschenen over het maatschappelijk rendement van onderzoek. De toepassing van die kennis vindt onder andere plaats bij de visitatie van onderzoeksinstituten door de KNAW. De wijzen van toepassing van onderzoek in beleidsbeslissingen zijn op allerlei manieren gecategoriseerd. Als ik langs mijn eigen praktijkervaringen als gebruiker van onderzoek naar de serie artikelen in dit dossier kijk dan ontdek ik vijf verschillende manieren waarop de auteurs het beleid beïnvloeden. Die vijf manieren zie ik terug in de manier waarop een beleidsorganisatie als het CVZ onderzoek gebruikt. Van “klein naar groot”:

1. Onderzoek met betrekking tot vragen die voortvloeien uit toepassing van beslisriteria. Het schoolvoorbeeld is de kosteneffectiviteit van nieuwe geneesmiddelen. Door de vraag, die voortvloeit uit toepassing van het criterium, te beantwoorden geeft onderzoek richting aan de beslissing.
2. Onderzoek dat de beslisriteria zelf beïnvloedt.

Die beïnvloeding kan bestaan in het ontwerp van nieuwe criteria, of de aanpassing of operationalisatie van bestaande. Voorbeeld hiervan is de introductie en uitwerking van het ziektelastcriterium. Het criterium zelf en de manier waarop ziektelast wordt berekend zijn de vrucht van onderzoek en daarmee wordt beleid beïnvloed (maar ook andersom, ik kom daarop terug).

3. Onderzoek dat nieuwe beleidsinstrumenten ontwikkelt en toetst. Het gaat hierbij niet om de criteria voor bekende beslissingen maar om de soort beleidsbeslissing zelf. Voorbeelden in de zorg zijn de risicoverevening en varianten van eigen betalingen.
4. Onderzoek op systeemniveau: ex ante en ex post evaluaties van stelsels. Een stelsel zou ik definiëren als een logisch samenhangende set van beslissingen samen met de toewijzing van de bijbehorende beslissingsbevoegdheden. Van het onderzoek voor “stelselbeleid” is de evaluatie van de zorgverzekeringswet een voorbeeld.
5. Wijs advies, aantoonbaar gebaseerd op geaggregeerde kennis.

Laten we deze vijf punten nader bekijken met betrekking tot de bijdragen in dit dossier.

Toepassen van de beslisriteria

De bijdragen van Brouwer, van Brouwer en Van Exel, en van Jönsson gaan uitgebreid in op de onderbouwing van beslissingen in de zorg. Dit toepassingsgebied van gezondheidseconomisch onderzoek is niet zo eenduidig als het lijkt. Brouwer betoogt dat ook terecht, daarbij de befaamde uitspraak van Albert Einstein aanhalend: “*Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted.*” Er is de laatste maanden niet alleen een heftig maatschappelijk debat ontstaan over de toepassing van het kosteneffectiviteitscriterium, maar al langer is in de professionele kring de vraag aan de orde in hoeverre beleidsbeslissingen

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

gen nu ook werkelijk daarop gebaseerd zijn: hoe vaak heeft kosteneffectiviteit de doorslag gegeven? Het lijkt me van belang, net zoals bij alle kwantitatieve methoden (bijvoorbeeld ziekteelastmeting) om telkens de praktische implicatie van een criterium en de operationele toepassing ervan in beeld te brengen. Pakketbeheer en andere ingrijpende soorten beslissingen in de zorg kunnen nu eenmaal niet alleen op rekenbasis wor-

Het kan helpen om te berekenen hoe groot de kans is dat nieuw onderzoek werkelijk iets gaat uitmaken voor de betrouwbaarheid van de evidence

den genomen. Dat komt niet alleen door de externe en interne validiteit van de metingen, maar vooral ook door de vraag of een criterium de uiteindelijk maatschappelijk 'relevant gebleken waarden' vertegenwoordigt. Het is in dat opzicht interessant om de verschillende toonzettingen van de artikelen van Brouwer en van Jönsson te vergelijken. HTA is, als het pretendeert alle relevante kennis ten behoeve van besluiten samen te vatten, dan ook meer dan gezondheidseconomie. Brouwer geeft daar op indrukwekkende wijze inzicht in, en zijn benadering wordt gestaafd door de "praktijkervaringen in het pakketbeheer".

Beïnvloeden van de beslisriteria

In het dossier staan veel voorbeelden van onderzoek dat een criterium voorstelt of verfijnt. Ik noem Jansen en Van Buschbach, Jönsson, en Van Doorslaer. De eerste twee benadrukken het gebruik van *outcome*-gegevens in de praktijk bij de betaling van zorg. Daarbij gaat het niet om de te generaliseren performance van een zorginterventie in onderzoek (als in HTA), maar om de actuele performance in een gegeven situatie, leidend tot de betaling in die situatie. Het belang van praktijkregistraties voor beleidsbeslissingen komt overigens in meer bijdragen aan de orde. Naar mijn stellige overtuiging moeten we het gebruik van praktijkregistraties niet zien als een next best oplossing voor de voeding van HTA, als een serieuze onderzoeksopzet niet

kan of beschikbaar is. Praktijkregistraties geven mogelijk juist relevantere gegevens.

Een ander voorbeeld van criteriumontwikkeling is het artikel van Van Doorslaer, waarin hij voorstelt zorgstelsels te evalueren op verdelingseffecten voor verschillende subgroepen in de bevolking. Vanuit beleid heeft dit evaluatiecriterium tot nu toe niet veel aandacht gekregen, mijns inziens ten onrechte. En, *last but not least*: het belang dat aan economische evaluaties wordt toegekend bij vergoedingsbeslissingen ligt in de westerse wereld erg uiteen, zoals Jönsson laat zien. Het zou interessant zijn vanuit beleidswetenschappelijk perspectief, in hoeverre ook een *push effect* vanuit de gezondheidseconomie als wetenschap een rol heeft gespeeld bij de keuze voor het kosteneffectiviteitscriterium, in landen als Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Met andere woorden, in hoeverre is het gebruik van het criterium kosteneffectiviteit in beslissingen vooral gestimuleerd door een krachtige onderzoeksgebied op dit gebied?

Ontwikkeling van nieuwe beleidsinstrumenten

Nieuwe beleidsinstrumenten als uitvloeisel van onderzoek komen aan de orde bij Brouwer, Rutten-van Mölken en Uyl-de Groot, en Van Kleef en Van de Ven. In het laatstgenoemde artikel is dit voorbeeld het meest innovatief: het variabiliseren van eigen betalingen op basis van relevante kenmerken van de zieke, de ziekte en de behandeling. Intuïtief lijkt dit 'rechtvaardiger' dan de *one-size-fits-all*-betalingen.

Rutten-van Mölken en Uyl-de Groot, en Brouwer gaan in op andere soorten van beleidsbeslissingen, zoals voorwaardelijke verzekering of vergoeding, en risicoverdelende arrangementen. Hoewel de ideeën voor deze beleidsvarianten mogelijk eerder vanuit beleid zijn gegenereerd dan uit onderzoek (beleidmakers lopen tegen de problemen aan van asynchronie van onderzoek en beleid, en passen daar hun wijze van beslissen steeds vaker op aan, om betere onderbouwing af te wachten), zijn er belangrijke bijdragen aan ontwerp en evaluatie van alternatieve arrangementen. Vanuit beleid bezien is daarvoor ook de *value of information analysis*, als relevante nieuwe loot aan de gezondheidseconomie-stam, buitengewoon relevant maar nog ondergewaardeerd. Het kan helpen om te berekenen hoe groot de kans is dat nieuw onderzoek, en daartoe uitgestelde of herhaalde besluitvorming, werkelijk iets gaat uitmaken voor de betrouwbaarheid van de evidence. Het zou interessant zijn om hiermee beleidsex-

perimenten te doen, alleen al om zichtbaar te maken welke onzekerheden beleidsmakers aanvaardbaar vinden en welke niet, en vervolgens te bezien of een kwantitatieve benadering daarvoor uitkomst biedt.

Evaluëren van stelselbeleid

Evaluaties van stelselbeleid zien we bij Huijsman en bij Schut, Boone en Douven. Eerstgenoemde geeft een interessante analyse van de geschiedenis van het beleid in de langdurige zorg. Hij fileert het beleid op een aantal kenmerken en al voordat je de uitkomsten ziet, is een dergelijke analyse behulpzaam: hoe kijk je naar langjarig beleid? Schut, Boone en Douven gaan op de actuele effecten van de invoering van de zorgverzekeringwet in. Maar ook Van Doorslaer doet hier interessante uitspraken over. Met name waar hij betoogt dat bij de invoering van de Zorgverzekeringwet in 2006 verzuimd is een goede evaluatie en voor- en navergelijking te doen, is me dat uit het hart gegrepen. Misschien is dit type beleidsbeslissingen nog wel het moeilijkst te verbinden aan evidence. Dat is inherent aan de complexiteit van de materie, maar ook uiteraard een gevolg van het hachelijke karakter van uitspraken over causaliteit op dit niveau, samenhangend met de betrekkelijke onmogelijkheid om zuivere vergelijkingen te maken. Een derde oorzaak, ook herkenbaar in de beslissingen rond 2006, is de wenselijkheid van bepaalde aannames in een politieke context. Een van de terreinen waarop het beleid meer evidence nodig heeft is financieringswijzen in de zorg.

Wijs adviseren

Wijs advies geven de meeste auteurs, maar bij uitstek hebben de bijdragen van Van de Klundert, Lapré, Polder, Van Praag en Van Doorslaer een dergelijk karakter. Ik zie in al deze voorbeelden een advies dat gestoeld is niet alleen op diepe en brede kennis in het betrokken wetenschapsgebied, maar ook op een vermogen om 'boven de stof te staan' en er meer generaliseerbare gevolgtrekkingen aan te verbinden. Er kan wat mij betreft niet genoeg geïnvesteerd worden in het organiseren van confrontaties tussen gelouterde onderzoekers van dit kaliber en mensen op leidende posities in de zorg. In het bijzonder licht ik de bijdrage van Johan Polder hieruit. Hij geeft kwantitatieve onderbouwingen aan algemeen gevoelde noties rond ongepast gebruik, zorgconsumptie, kostenopdrijvers en zo meer. Hij verbindt de abstracties aan concrete data. Het is daarbij niet verwonderlijk dat Polder voor een polder-

model (Poldermodel?) pleit in de zorg. Zo min is het verwonderlijk dat een Boer zich in de polder zou thuis voelen. Het is de notie van een gemis aan samenhang in beleid die het CVZ ertoe heeft gebracht om verschillende spelers samen te brengen rond een gepast-gebruik-tafel: het doorbreken van de beleidsverkokering. Overheid, zorgverzekeraars, patiënten, en ook uitvoerders van klinisch evaluatieonderzoek samen om tafel.

Dat waren vijf manieren van beleidsinvloed vanuit onderzoek. Ik zou nog terugkomen op het andersom: hoe ontwikkelingen in beleid onderzoek beïnvloeden. Een fraai voorbeeld daarvan ligt in de HTA-commissie van de Gezondheidsraad, waar Frans Rutten een analyse heeft gedaan van veranderingen in de uitvoering van HTA die het gevolg zijn van beleidsontwikkelingen. Een van de belangrijkste kenmerken van een vruchtbare relatie van onderzoek en beleid is een concrete interactie op het gebied van vraagstellingen, methodes, analyse en conclusies. Daarbovenuit gaat een echte interesse van mensen vanuit beide domeinen voor elkaars werk.

Interactie (tussen beleid en onderzoek), het sleutelbegrip in het advies van de Raadscommissie voor Gezondheidsonderzoek over gezondheidsonderzoek (RGO, 2008) is uiteraard in structuren en processen te organiseren, en wel gedurende alle fasen van een onderzoekstraject. Maar er is geen substituuut voor persoonlijke interesse van onderzoekers voor de wereld van beslissers en voor de persoonlijke belangstelling van beleidsmakers voor de wereld van onderzoekers.

LITERATUUR

- Boer, A. (2002) *Onderzoek op maat. Een verkenning van factoren voor het gebruik van Medical Technology Assessment*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- RGO (2008) *Gezond zorgonderzoek*. Den Haag: RGO.