

Maatschappelijke criteria voor gezondheidszorgonderzoek

(On)mogelijkheden tot een rationele aanbesteding en selectie van onderzoek

*Lex Bouter, Wija Oortwijn, Hindrik Vondeling **

De afgelopen jaren heeft het vraagstuk van de optimale verdeling van middelen in de gezondheidszorg veel aandacht gekregen. Het streven naar een optimale verdeling geldt uiteraard eveneens voor middelen die worden besteed aan gezondheidszorgonderzoek. Teneinde zoveel mogelijk maatschappelijk relevante informatie te genereren, dienen derhalve ook op dit terrein prioriteiten te worden gesteld. De aard van dit proces is sterk afhankelijk van het doel van individuele subsidiegevers en zal dan ook grote variatie vertonen. Hoewel duidelijk is dat prioritering van gezondheidszorgonderzoek op maatschappelijke relevantie in feite reeds voortdurend wordt uitgevoerd, is de manier waarop dit geschiedt veelal weinig transparant en wordt niet vaak gebruik gemaakt van expliciete criteria. Dit wordt in de hand gewerkt

doordat de methoden voor het hanteren van maatschappelijke criteria voor gezondheidszorgonderzoek in feite nog in de kinderschoenen staan. Desondanks werden in Nederland onlangs concrete plannen op dit terrein gemaakt in het kader van het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde, hetgeen als casus wordt besproken. De overheid steunt deze ontwikkeling en heeft voorgesteld om de prioritering van evaluatie-onderzoek te coördineren en (verder) aan te sturen. Naast dit initiatief is tevens een aantal internationale ontwikkelingen gaande die de toepassing van maatschappelijke criteria in de toekomst zullen vergemakkelijken. Hierdoor zal naar verwachting een 'evidence-based' geneeskunde en een 'evidence-based' volksgezondheidsbeleid worden bevorderd.

Trefwoorden: gezondheidszorgonderzoek, prioritering, maatschappelijke criteria

Op de markt voor gezondheidszorgonderzoek opereert een groot aantal vragers en aanbieders. Een belangrijke vrager is de overheid, die zowel rechtstreeks als indirect middelen ter beschikking stelt. De directe stroom middelen, de zogenaamde eerste geldstroom, betreft de middelen die aan universiteiten en andere onderzoeksinstituten ter beschikking worden gesteld ten behoeve van een onderzoekinfrastructuur. De indirecte stroom middelen wordt gekanaliseerd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), het voormalige Praeventiefonds (noot 1) en het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde. Andere vragers zijn de collectebusfondsen, de ziektekostenverzekeraars en de farmaceutische industrie.

Aanbieders op de markt voor gezondheidszorgonderzoek zijn individuele onderzoekers en onderzoeksgroepen werkzaam binnen één van de universitaire en niet-uni-

versitaire onderzoeksinstituten en andere, deels commerciële, organisaties. Deze aanbieders van onderzoek concurreren met elkaar om de schaarse middelen: slechts 10% tot 20% van de ingediende subsidie-aanvragen wordt gehonoreerd. Onder de aanbieders van gezondheidszorgonderzoek heerst enige ontevredenheid over dit lage honoreringspercentage. Bovendien stoort men zich vaak aan de veronderstelde inefficiëntie, ondoorgrondelijkheid en willekeur van de beoordelingsprocedures.^{1,2}

In toenemende mate gedragen onderzoekers zich daarom als calculerende burgers die simultaan op verschillende plaatsen hun onderzoeksvoorstellen indienen, zonodig in enigszins aangepaste bewoordingen geformuleerd. Ook de opdrachtgevers en financiers van gezondheidszorgonderzoek zijn niet altijd tevreden. Regelmatig worden uit die kringen klachten vernomen over de geringe wetenschappelijke kwaliteit van veel van de ingediende voorstellen. Bovendien is men met name ontevreden over het gebrek aan maatschappelijke relevantie van de voorgedragen projecten, omdat de voorstellen niet altijd ingaan op wat bij de vragers op de markt voor gezondheidszorgonderzoek als de meest relevante problemen wordt gepercipieerd.¹⁻⁴

Bij de selectie van onderzoeksvoorstellen wordt veel tijd en energie gestoken in de beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit. Over de hierbij te volgen methodiek is inmiddels min of meer consensus ontstaan, hoewel deze bepaald niet berust op zorgvuldig empirisch onderzoek. Hiervan getuigt de soms lage overeenstemming tussen de oordelen van verschillende referenten. Deze

De tekst is een bewerking van een voordracht met dezelfde titel, die als GZO-lezing door de eerste auteur werd uitgesproken tijdens de Gezondheidszorgonderzoek-dagen op 15 februari 1996 aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

* L.M. Bouter¹, W.J. Oortwijn², H. Vondeling¹

¹ Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek en Vakgroep Epidemiologie en Biostatistiek, Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam

² Divisie Technologie in de Gezondheidszorg, TNO Preventie en Gezondheid, Leiden

referenten zijn, evenals de leden van de commissie die de onderzoeksvoorstellen vervolgens hiërarchisch ordent op wetenschappelijke kwaliteit, in de regel personen die tevens als aanbieder op de markt voor gezondheidszorg-onderzoek opereren. NWO heeft in het afgelopen decennium veel energie gestoken in het structureren van de beoordelingsprocedure. Voor veel vragers op de markt voor gezondheidszorgonderzoek functioneren zij als beoordelingsinstantie. NWO is in dit opzicht een vrijwilligersorganisatie, waarbinnen wetenschappers pro deo de onderzoeksvoorstellen van hun collega's van een wetenschappelijk oordeel voorzien.

Over de wijze waarop de maatschappelijke relevantie kan worden gewaarborgd bij de selectie van onderzoeksvoorstellen bestaat nog geen consensus.^{3,5-8} De methoden die men hiervoor hanteert lopen uiteen van het formuleren van globale in- en uitsluitingscriteria voor een bepaald onderzoekprogramma, tot het achteraf rangschikken van projecten naar hun maatschappelijke relevantie. In de meest extreme vorm wordt de maatschappelijke relevantie gewaarborgd door de aard van de vooraf geëxpliciteerde specifieke onderzoeksvraag. Voor vrijwel alle varianten geldt dat ze nog in de kinderschoenen staan en nog allerminst van een adequate empirische onderbouwing zijn voorzien.

In deze bijdrage zal nader worden ingegaan op het hanteren van maatschappelijke criteria voor gezondheidszorgonderzoek. Daartoe zal allereerst worden stilgestaan bij de aard en inhoud van gezondheidszorgonderzoek. Vervolgens zullen de verschillende varianten binnen het spectrum lopend van open inschrijving ('bottom-up') tot aanbesteding ('top-down') van onderzoek worden besproken. Na een uiteenzetting over vier verschillende dimensies die aan de maatschappelijke relevantie van onderzoek kunnen worden onderscheiden, zal worden ingegaan op de mogelijkheden om tot prioritering te komen en de problemen die zich daarbij voordoen. Als voorbeeld van een Nederlandse poging om te komen tot een rationele aanbesteding en selectie van gezondheidszorgonderzoek, zal de top-down procedure van het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde aan de orde worden gesteld.

GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK

Gezondheidszorgonderzoek kan worden onderscheiden in evaluatie-onderzoek en voorzieningen-onderzoek.

Evaluatie-onderzoek is primair gericht op de inhoud van de zorg, en betreft met name de doeltreffendheid en de doelmatigheid van bepaalde vormen van preventie, diagnostiek of behandeling. Evaluatie-onderzoek kan zich zowel richten op bestaande handelwijzen als op nieuwe vormen van preventie, diagnostiek en therapie waarvan invoering in de gezondheidszorg wordt overwogen. Evaluatie-onderzoek in de hier gekozen betekenis is voor een groot deel synoniem met Medical Technology Assessment (MTA). Veelal worden naast de gewenste en ongewenste effecten, ook de kosten en eventuele andere relevante aspecten, zoals juridische en ethische aspecten, van de betreffende handelwijze in de beschouwingen betrokken, teneinde rationele afwegingen op macro-, meso- en/of microniveau mogelijk te maken. Op macroniveau speelt

met name het vraagstuk over het al dan niet opnemen van een voorziening in het verstrekkingenpakket. Evaluatie-onderzoek op mesoniveau kan bijdragen aan bijvoorbeeld besluitvorming over de aanschaf van apparatuur in ziekenhuizen. Op microniveau kan evaluatie-onderzoek een bijdrage leveren aan besluitvorming omtrent het treffen van maatregelen waardoor doelmatig en doeltreffend gebruik wordt bevorderd, bijvoorbeeld door het opstellen van richtlijnen voor en door de beroepsgroep.⁵

Voorzieningen-onderzoek is primair gericht op de organisatie en het functioneren van de zorg. Waar in evaluatie-onderzoek vaak gebruik wordt gemaakt van de methoden en technieken van de klinische epidemiologie, wordt in voorzieningen-onderzoek vooral geput uit het arsenaal van de sociale wetenschappen. In zowel evaluatie-onderzoek als in voorzieningen-onderzoek wordt daarnaast gebruik gemaakt van het gedachtengoed uit de economische wetenschappen. Het voorzieningen-onderzoek speelt zich vaak af op geaggregeerd niveau, en betreft bijvoorbeeld een vergelijking tussen groepen beroepsbeoefenaren, regio's of landen. Voorzieningen-onderzoek in de hier gehanteerde betekenis is voor een groot deel synoniem met Health Services Research. Ons betoog over het gebruik van maatschappelijke criteria bij de selectie van onderzoeksvoorstellen zal zich vooral richten op evaluatie-onderzoek.

AANBESTEDING OF OPEN INSCHRIJVING?

Er zijn verschillende manieren waarop aanbod en vraag op elkaar worden afgestemd op de markt voor gezondheidszorgonderzoek. Globaal bezien kan er een vijftal hoofdvarianten worden onderscheiden.

- De eerste variant betreft een volledig open inschrijving gevolgd door een beoordeling van de wetenschappelijke kwaliteit van de afzonderlijke voorstellen, waarna prioritering uitsluitend op grond van deze kwaliteit tot stand komt. Een voorbeeld hiervan zijn de door NWO uitgezette tweede geldstroom subsidies.

- Een tweede variant betreft open inschrijvingen die moeten voldoen aan globale insluitingscriteria. De ingediende voorstellen worden in eerste instantie beoordeeld op wetenschappelijke kwaliteit, waarna zonodig een prioritering op kwaliteit en eventueel op (maatschappelijke) relevantie volgt. Voorbeelden hiervan zijn de collectebusfondsen, het voormalig Praeventiefonds, en de bottom-up benadering van het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde.

- Een derde variant gaat uit van een programmabeschrijving die reeds redelijk specifiek is, waarbij is getracht om de voorwaarden zo te formuleren dat uitsluitend maatschappelijk relevante voorstellen kunnen worden ingediend. Veelal dienen eerst vooraanmeldingen te worden geformuleerd, op grond waarvan een beperkt aantal onderzoekers de uitnodiging krijgt om een uitgewerkt voorstel in te dienen. Van dit voorstel wordt de wetenschappelijke kwaliteit getoetst, waarna eventueel nog een nadere prioritering op grond van maatschappelijke relevantie volgt. Voorbeelden hiervan zijn de via NWO uitgezette programma's voor Chronisch Zieken en Kwaliteit van Zorg.⁸ Ook de onderzoeksprogramma's van de commissie Verstrekkingen van de Ziekenfondsraad behoren tot deze categorie.

■ Een vierde variant gaat uit van een door de opdrachtgever van het onderzoek geformuleerd concreet probleem. In de regel wordt er een beperkt aantal onderzoeksgroepen uitgenodigd om hiervoor een voorstel uit te werken, soms nadat men eerst (bottom-up of top-down) vooraanmeldingen heeft kunnen indienen. Uit de voorstellen wordt vervolgens een selectie gemaakt op grond van overwegingen van wetenschappelijke kwaliteit. Uiteraard komen daarbij uitsluitend voorstellen voor honorering in aanmerking die daadwerkelijk een antwoord zullen geven op het door de opdrachtgever geformuleerde concrete probleem. De hierna te bespreken top-down procedure van het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde valt in deze categorie.

■ Een vijfde en laatste variant betreft aanbesteding (top-down) van een reeds volledig door de opdrachtgever uitgewerkte vraagstelling. Slechts één of hoogstens enkele groepen worden uitgenodigd om hiervoor een onderzoeksvoorstel te formuleren. Soms ontvangt men betaling voor de uitwerking van het voorstel. In de regel wordt vervolgens de opdracht verleend na toetsing van de wetenschappelijke kwaliteit en een controle of men zich aan de vooraf vastgestelde specificaties heeft gehouden. Voorbeelden van deze variant zijn veel van het onderzoek dat wordt uitgezet door de farmaceutische industrie en een klein deel van het beleidsondersteunend onderzoek van de overheid, waaronder de evaluatie van voorzieningen krachtens artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen.⁹

Mede gezien de omvang van de sector, is het opvallend hoe weinig er over de validiteit van de bovenstaande varianten bekend is. De wijze waarop het kwalitatief beste en maatschappelijk gezien meest relevante onderzoek geselecteerd kan worden is niet bekend. Ook over de efficiëntie van de geschetste varianten is helaas nog weinig bekend. Tevens kan men zich afvragen of de sturende invloed van de opdrachtgever van het onderzoek nog wel compatibel is met een klimaat waarin onderzoekers tot optimale prestaties komen. Samenvattend kan worden gesteld dat er een grote variatie bestaat in de wijze waarop vraag en aanbod op de markt voor gezondheidszorgonderzoek op elkaar worden afgestemd, terwijl een empirische onderbouwing van de onder de uiteenlopende omstandigheden meest optimale strategie nog ontbreekt.

MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

In verschillende landen heeft men zich bezonnen op de mogelijkheden om op grond van criteria voor maatschappelijke relevantie onderzoek te prioriteren. Met name in de Verenigde Staten en in het Verenigd Koninkrijk zijn enkele serieuze pogingen hiertoe ondernomen.¹⁰⁻¹⁴ Het betreft hier met name initiatieven op het terrein van evaluatie-onderzoek. Tot dusver is er in de internationale literatuur een groot aantal criteria geopperd, al dan niet in uitgewerkte vorm, die globaal bezien in een viertal verschillende dimensies kunnen worden ondergebracht.⁶

■ De eerste dimensie betreft de omvang van het probleem. Het gaat daarbij om beschrijvende informatie over het aantal getroffen personen, de gemiddelde ernst per individu, alsmede de maatschappelijke kosten die hiermee gemoeid zijn. Deze dimensie betreft in uitgewerkte vorm een aantal verschillende indicatoren, waarnaar met sterk wisselend

succes in de bestaande literatuur en de routinematig verzamelde gezondheidsstatistiek wordt gezocht.

■ Een tweede dimensie betreft de mate van onzekerheid. Het gaat daarbij veelal om de doeltreffendheid en doelmatigheid van een bepaalde interventie of zorgvorm. Het inschatten van de mate van onzekerheid hieromtrent maakt een zorgvuldige samenvatting van de bestaande kennis noodzakelijk. Soms zijn hiervoor reeds uitstekende overzichtsartikelen beschikbaar, maar vaak moeten de oorspronkelijke bronnen zelf worden geraadpleegd en op systematische wijze geïntegreerd. Een grote onverklaarde variatie tussen beroepsbeoefenaren, regio's of landen is veelal een goede indicator van een grote mate van onzekerheid. Het is echter ook mogelijk dat betreffende kennis al wel beschikbaar is, maar nog niet consequent wordt toegepast. Bovendien vormt het ontbreken van variatie in de zorg op zich geen garantie dat die zorg ook het meest doeltreffend en doelmatig is. Bij het inschatten van de relevantie van toekomstig onderzoek op grond van de huidige mate van onzekerheid, is het tevens van belang om een inzicht te krijgen in lopend onderzoek dat deze onzekerheid zou kunnen reduceren.

■ De derde dimensie betreft de potentiële winst.

Het gaat daarbij om de mogelijke winst in gezondheid en/of middelen die bijvoorbeeld kan worden geboekt door een nieuwe interventie of vorm van zorg te introduceren, dan wel een bestaande variant af te schaffen. Vaak zullen de overwegingen een nadere specificatie van het betreffende indicatiegebied behelzen. Ook deze inschatting zal bij voorkeur op basis van empirisch onderzoek moeten worden gemaakt. Steeds dient het te gaan om een afweging tussen realistische alternatieven. Hoewel het verleidelijk is om de potentiële winst in gezondheid en/of middelen in absolute termen te formuleren, gaat het uiteraard altijd om een vergelijking met het beste beschikbare alternatief. Dit kan zijn het afzien van een interventie, de bestaande situatie of een alternatieve handelwijze.

■ De vierde en laatste dimensie betreft de impact van het onderzoek.

Het gaat hier primair om een, noodzakelijkerwijs subjectieve, inschatting van de reductie in onzekerheid die het voorgenomen onderzoek zou kunnen bewerkstelligen. Als deze reductie naar verwachting slechts gering zal zijn, is het voorgenomen onderzoek hoogstwaarschijnlijk niet de moeite waard. Maar ook wanneer de bestaande onzekerheid naar verwachting wel substantieel door het onderzoek kan worden gereduceerd, wil dit nog niet zeggen dat het inderdaad een hoge prioriteit verdient. In maatschappelijke context bezien is het immers belangrijk dat de uitkomsten van het onderzoek ook daadwerkelijk invloed zullen hebben op het gedrag van professionals in de gezondheidszorg, dan wel op de structuur, de organisatie of de financiering van de zorg. Anders gezegd, het gaat er in dit verband om in hoeverre de in theorie bereikbare winst aan gezondheid en/of middelen ook daadwerkelijk zal worden gerealiseerd. Wanneer we ervan uitgaan dat alle gezondheidszorgonderzoek ten doel heeft de volksgezondheid te verbeteren, kan de geanticiperde impact van het onderzoek worden gezien als een essentieel criterium van maatschappelijke relevantie. Het toekomstige karakter van dit criterium maakt dat over•de

impact van onderzoek noodzakelijkerwijs veel onzekerheid bestaat, en dat in de regel ook de meningen van experts hierover bijzonder sterk uiteen kunnen lopen. Daarbij zullen uiteraard ook soms motieven een rol spelen die los staan van het belang voor de volksgezondheid.

PRIORITERING VAN ONDERZOEK

Eind 1995 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Beleidsbrief MTA en doelmatigheid van zorg aangeboden aan de Tweede Kamer. Eén van de gesignaleerde knelpunten in de Beleidsbrief is dat prioritering van MTA-onderzoek in Nederland nog onvoldoende effectief verloopt en coördinatie en aansturing behoeft.⁹ Krachtens de beleidsbrief is de Raad voor Gezondheidsonderzoek belast met de uitwerking hiervan. Voordat effectieve beleidsmaatregelen kunnen worden doorgevoerd, dient duidelijk te zijn wat prioritering van onderzoek inhoudt. De wijze waarop prioritering op grond van maatschappelijke relevantie plaatsvindt, zal onder andere bepaald worden door de doelstelling van de opdrachtgever van het onderzoek, het niveau van prioritering, operationalisatie en weging van criteria en de methode voor het stellen van prioriteiten. Idealiter dienen de criteria die bij de prioritering zullen worden betrokken rechtstreeks uit de doelstelling van de opdrachtgever voort te vloeien. Omdat fondsen en onderzoeksprogramma's onderling sterk verschillen qua doelstelling, ligt het voor de hand dat ook de belangrijkste criteria voor relevantie een daarmee samenhangende variabiliteit zullen kennen. Ook zal de wijze waarop de prioritering in de praktijk wordt uitgevoerd sterk afhangen van het niveau waarop deze plaatsvindt. De prioritering kan zich immers richten op totale programma's, globale problemen, concrete vraagstellingen, of reeds uitgewerkte onderzoeksvoorstellen. Hoewel het dus niet voor de hand ligt om er van uit te gaan dat de procedure van prioritering in verschillende situaties op een uniforme manier zal kunnen worden uitgevoerd, zullen bij de uitwerking van een specifieke procedure zich naar verwachting analoge problemen voordoen.

Een probleem is de systematische identificatie van de onderwerpen die voor prioritering in aanmerking komen. Een bepaald onderwerp voor gezondheidszorgonderzoek kan immers slechts een hoge prioriteit verwerven wanneer het wordt betrokken in de prioriteringsexercitie. In Nederland wordt vanaf 1986 in het kader van de activiteiten van de Stuurgroep (sinds 1995 Stichting) Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) een groot aantal relevant geachte medisch-technologische ontwikkelingen in kaart gebracht. Op permanente basis wordt in Nederland identificatie van onderwerpen (technologieën) uitgevoerd door de Gezondheidsraad. Het signaleringssysteem van de Gezondheidsraad voldoet, alhoewel meer aandacht geschonken zou moeten worden aan in ontwikkeling zijnde paramedische en verpleegkundige technologieën en procedures.⁹ Nadat een onderwerp gesignaleerd en relevant bevonden is, is het van belang om het betreffende onderwerp zo snel mogelijk te concretiseren tot een onderzoekbare vraagstelling. Wanneer het gaat om evaluatie-onderzoek zal dit veelal een interventie-indicatie combinatie behelzen.¹ Prioritering zal immers in laatste instantie altijd

moeten plaatsvinden aan de hand van de concrete vragen die met het betreffende onderzoek kunnen worden beantwoord.

Een ander probleem wordt gevormd door de operationalisatie van de criteria die bij de prioriteringsprocedure zullen worden gebruikt.⁶ Dit kan uiteraard niet los worden gezien van de beschikbaarheid van de betreffende informatie. De operationalisatie zal daarom in de praktijk in de regel tot stand komen door een terugkoppelingsproces tussen de in eerste aanleg gewenste operationalisatie en wat daarover te vinden is aan informatie.

Een volgend lastig probleem is dat van de onderlinge weging van verschillende criteria voor maatschappelijke relevantie. De oplossingen die hiertoe in de literatuur worden aangedragen zijn geen van alle erg bevredigend.^{6,10} In veel prioriteringen van onderzoek op maatschappelijke relevantie wordt de wijze waarop kwantitatieve en kwalitatieve methoden in de bepaling van de prioriteitsvolgorde werden gehanteerd nauwelijks geëxpliciteerd.¹⁵ Hetzelfde geldt veelal voor de wijze waarop men het oordeel over de wetenschappelijke kwaliteit enerzijds en dat over de maatschappelijke relevantie anderzijds onderling combineert. De eenvoudigste oplossing voor dit probleem is de beperking van de prioritering op relevantie tot onderzoeksvoorstellen die reeds de toets der methodologische kritiek hebben doorstaan. Wanneer de prioritering zich richt op projecten die reeds in volledig uitgewerkte vorm beschikbaar zijn, rijst vervolgens de vraag in hoeverre ook de onderzoekskosten bij de prioritering moeten worden betrokken. Een veel goedkoper project dat wellicht een klein beetje minder maatschappelijke relevantie heeft, zal immers misschien toch een hogere prioriteit verdienen. Deze laatstgenoemde overweging betreft het nog grotendeels onontgonnen gebied van de kosten-effectiviteit van het gezondheidszorgonderzoek zelf.¹⁶ Een eerste aanzet hiertoe werd gegeven door Bonsel en Rutten (1990), die de uitgaven voor evaluatie-onderzoek relateerden aan de uitgaven in de gezondheidszorg voor hart- en levertransplantatie en in vitro fertilisatie.¹⁷

Al deze problemen en bedenkingen hebben niet verhinderd dat er de laatste jaren ook in ons land in toenemende mate onderzoek wordt geprioriteerd op grond van maatschappelijke relevantie. Voorbeelden van prioritering van globale onderwerpen voor gezondheidszorgonderzoek zijn ondermeer te vinden in het advies Chronische Aandoeningen van de RGO¹⁸ en de onlangs verschenen Strategienota 1996–2000 van NWO-Medische Wetenschappen (NWO-MW).^{19,20} Beide benaderingen behelzen in zekere zin een afweging van indicatoren voor de ernst van het probleem enerzijds en de reeds beschikbare empirische evidentie anderzijds. In beide benaderingen is ruim gebruik gemaakt van het oordeel van terzake kundige experts, zij het dat de wijze waarop dit is gedaan niet erg precies wordt gerapporteerd. Ook wordt in de rapporten van RGO en NWO-MW wel een aantal onderwerpen genoemd die prioriteit verdienen, maar men is niet overgegaan tot een onderlinge rangordening van deze onderwerpen. Dit laatste heeft men wel getracht te bewerkstelligen in het 'Advies kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen' van de Ziekenfondsraad.²¹

De Ziekenfondsraad heeft getracht alle vier genoemde dimensies te betrekken in een gestructureerde raadpleging van deskundigen over de prioriteiten voor kosten-effectiviteitsanalyse van bestaande voorzieningen. Uiteindelijk werden 126 potentiële onderwerpen voor MTA hiërarchisch geordend naar maatschappelijke prioriteit. Maar ook deze tot dusverre meest gediifferentieerde Nederlandse poging om evaluatie-onderzoek op maatschappelijke relevantie te prioriteren is niet door iedereen met groot enthousiasme ontvangen en heeft stevige discussies doen ontbranden.^{1-3,5-8,15,17,22-24} Hoewel er op dit pionierswerk veel kritiek mogelijk is, is het tot dusver de enige Nederlandse poging om tot maatschappelijke prioritering op het niveau van afzonderlijke onderwerpen te geraken. Mede om deze reden is de eruit resulterende lijst van 126, alsmede de voor de vervaardiging ervan gebruikte onderbouwing, als uitgangspunt genomen voor de top-down procedure van het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde, die als casus wordt besproken.

CASUS: top-down procedure van het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde

Het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde richt zich op evaluatie-onderzoek naar de doeltreffendheid en doelmatigheid van zowel bestaande als van nieuwe verstrekkingen in het kader van de sociale ziektekostenverzekering. Enkele jaren geleden is besloten om naast de bottom-up procedure, die een open inschrijving van volledige uitgewerkte onderzoeksvoorstellen behelst, tevens een top-down procedure in het leven te roepen. Hiermee zouden de geconstateerde lacunes in het bottom-up programma, die ondermeer bestaande verstrekkingen, diagnostiek en de geestelijke gezondheidszorg betreffen, kunnen worden weggewerkt.²⁵

De eerste top-down ronde bestond uit het bekend maken van een aantal globaal omschreven probleemvelden waarvoor onderzoekers hun belangstelling door middel van een vooraanmelding kenbaar konden maken. Uit deze vooraanmeldingen werd per probleemveld een aantal onderzoeksgroepen geselecteerd die, tegen betaling, een volledig uitgewerkt voorstel konden indienen. Deze opzet leverde een lawine aan vooraanmeldingen op, maar al snel was duidelijk dat het probleemveld niet voldoende exact omschreven was: veel onderzoekers waren gekomen tot een interpretatie die uitstekend past bij hun eigen belangstelling, doch minder bij die van de commissie Ontwikkelingsgeneeskunde. Het was daarom allerminst eenvoudig om uit de vooraanmeldingen een adequate selectie te maken, en ook bij de uitwerking daarvan bleek andermaal dat de initiële omschrijving van het probleemveld te breed was geweest. Daarom is besloten om in de tweede top-down ronde uit te gaan van zo concreet mogelijk geformuleerde problemen, bij voorkeur in de vorm van een uitgewerkte onderzoeksvraagstelling.

Voor de tweede top-down ronde zal blijven gelden dat alle onderzoeksvoorstellen een hoge beleidsrelevantie dienen te hebben. Bovendien wordt onverminderd vastgehouden aan de eis dat voorstellen van uitstekende wetenschappelijke kwaliteit dienen te zijn, hetgeen met een beoordeling door NWO zal worden gewaarborgd. Ook zullen alle toekomstige voorstellen een volledige evaluatie

dienen te betreffen: zowel de kosten als de effecten moeten volledig in beeld worden gebracht. Voorts neemt men zich voor om in de toekomst de top-down ronde uitsluitend te beperken tot voorstellen met een hoge prioriteit vanuit het perspectief van de sociale ziektekostenverzekering. Bovendien zullen onderwerpen steeds worden aangeboden op het niveau van concrete interventie-indicatie combinaties.

Het is de bedoeling om de prioritering zo transparant en expliciet mogelijk uit te voeren. Hiertoe zullen criteria worden gebruikt die vallen onder de vier dimensies die hierboven zijn onderscheiden: 1) de omvang van het probleem, 2) de mate van onzekerheid, 3) de potentiële winst, en 4) de verwachte impact van het onderzoek.² De criteria behorend bij de eerste drie van deze dimensies zouden per vraagstelling mede kunnen worden ingevuld op grond van systematisch literatuuronderzoek.²⁶ Daarbij is het denkbaar dat eventueel opdrachten tot gerichte meta-analyses zullen worden verstrekt.⁹ De explicitering per onderwerp van de criteria behorend tot de derde en vierde dimensie zullen naar verwachting met name plaatsvinden door systematische raadpleging van experts. Het is voorts nog niet de bedoeling om aan de criteria weegfactoren toe te kennen of om alle informatie onder te brengen in een kwantitatief prioriteringsmodel. In de prioriteringsprocedure zal vermoedelijk tevens veel aandacht worden besteed aan aanwijzingen voor 'onverklaarde variatie'. Hiermee wordt variatie bedoeld tussen dokters, tussen regio's, of tussen landen die niet kan worden verklaard uit verschillen in de behandelde morbiditeit. Eveneens zal een hoge prioriteit worden gegeven aan preventieve, diagnostische of therapeutische interventies waarvoor een snelle introductie dreigt zonder dat er adequaat evaluatie-onderzoek is verricht, uiteraard met name wanneer dit kostbare interventies betreft.

Uitgangspunt voor deze prioriteringsprocedure is de hiervoor genoemde 126-lijst.²¹ Het idee is dat uit deze lijst een eerste realisatie van de beoogde dynamische buffer van ongeveer 50 concrete onderwerpen voor onderzoek zou kunnen worden samengesteld. Hiertoe zal ondermeer gebruik worden gemaakt van de momenteel in uitvoering zijnde kritische screening van de 126-lijst door de Gezondheidsraad. Nieuwe kandidaat-onderwerpen voor de lijst kunnen in een nog nader uit te werken procedure worden ingebracht door ziekenhuizen, verzekeraars, of wetenschappelijke verenigingen.

Alle voor evaluatie-onderzoek aangedragen en in aanmerking komende onderwerpen worden vervolgens aan de prioriteringsystematiek onderworpen. Het is de bedoeling dat er per jaar uit de dynamische buffer van 50 onderwerpen drie tot vijf vraagstellingen nader worden uitgewerkt. Ter onderbouwing hiervan zal zonodig een afzonderlijke opdracht tot systematisch literatuuronderzoek worden verstrekt. Per uitgewerkte vraagstelling worden enkele onderzoeksgroepen geselecteerd die worden uitgenodigd om een volledig uitgewerkt onderzoeksvoorstel in te dienen. Zoals gezegd zal de wetenschappelijke kwaliteit van deze voorstellen worden getoetst door NWO. Alleen wanneer deze voldoende is en het voorstel voorziet in een adequaat antwoord op de uitgewerkte vraagstelling, zal tot honorering worden overgegaan.

Het is uiteraard de bedoeling deze dynamische buffer van 50 onderwerpen periodiek te herzien. Daarbij zullen nieuwe onderwerpen met een hoge prioriteit worden toegevoegd, terwijl onderwerpen waarvoor inmiddels projecten in gang zijn gezet en onderwerpen waarvan de prioriteit op grond van recente ontwikkelingen sterk is gedaald zullen worden verwijderd.

DISCUSSIE

Hoewel in het voorgaande de nadruk is gelegd op alle problemen die zich kunnen voordoen, mag niet worden vergeten dat prioritering van gezondheidszorgonderzoek op maatschappelijke relevantie in feite reeds voortdurend wordt uitgevoerd. De wijze waarop dit gebeurt is echter in de regel weinig transparant en zelden wordt gebruik gemaakt van expliciete criteria. Prioritering van onderzoek op grond van maatschappelijke relevantie staat in feite nog in de kinderschoenen en een groot aantal cruciale stappen in het proces berust nog op volstrekt arbitraire aannames. Het voorgaande heeft duidelijk gemaakt dat met name het identificeren van voor gezondheidszorgonderzoek in aanmerking komende onderwerpen, en het op grond daarvan formuleren van onderzoekbare vraagstellingen nog een lastig vraagstuk vormt. Deze bevindingen zijn eveneens beschreven in de Beleidsbrief van de Minister van Volksgezondheid over MTA en doelmatigheid van zorg.⁹ Als beleidsmaatregel stelt de Minister daarom voor om prioritering van MTA-onderzoek te coördineren en aan te sturen, hetgeen een taak zal worden van de RGO.

Naast deze poging van de overheid om tot verbetering van de huidige situatie te komen, kan worden beargumenteerd dat tevens een aantal nationale en internationale ontwikkelingen de operationalisatie van maatschappelijke criteria in de toekomst zal vergemakkelijken.

Ten aanzien van de eerste dimensie, de omvang van het probleem, kan het rapport 'Investing in health' van de Wereldbank worden genoemd, waarin een aanzet wordt gegeven voor een methodologische standaard voor het bepalen van de maatschappelijke ziektelast.²⁷ Over deze materie is echter nog geen overeenstemming bereikt. Op nationaal niveau kan bijvoorbeeld de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM)²⁸ worden aangehaald, evenals de publicatie 'Kosten van ziekten in Nederland'.²⁹

Met betrekking tot de tweede dimensie, de mate van onzekerheid, kan worden gewezen op de activiteiten van de Cochrane Collaboration, een internationale organisatie van literatuuronderzoekers. Het belangrijkste doel van deze organisatie is het toegankelijk maken van de geaccumuleerde kennis uit alle randomized clinical trials (RCTs) die in de internationale wetenschappelijke literatuur te vinden zijn. Volgens een vaste procedure worden deze RCTs samengevat in systematische overzichtartikelen.^{30,31} Deze reviews worden vervolgens gepubliceerd op elektronische wijze in de Cochrane Database of Systematic Reviews. Ook in Nederland is onlangs een Cochrane Collaboration Centre opgericht.³² Met behulp van de database van dit Centre kunnen overzichtartikelen worden geproduceerd, zo mogelijk via de meta-analyse techniek, die van nut zijn bij het ontwikkelen van richtlijnen

en standaarden voor het handelen van de beroepsbeoefenaren.⁹ Een andere activiteit is het bevorderen van pogingen tot het opzetten van adequate registers van lopende onderzoeksprojecten. Een dergelijke traditie bestaat reeds in de sociale wetenschappen (SISWO/Instituut voor Maatschappijwetenschappen) (noot 2), maar (nog) niet in de gezondheidswetenschappen en in de geneeskunde. Een poging hier verandering in te brengen wordt uitgevoerd door het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). Zonder dergelijke registers dreigt immers bij voortduring duplicatie van reeds elders in gang gezet onderzoek, waardoor een inefficiënt gebruik van de schaarse onderzoeksbudgetten dreigt.

Internationale ontwikkelingen ten aanzien van de derde dimensie, de potentiële winst in termen van gezondheid en/of middelen, zijn bijvoorbeeld de Europese projecten HARMET en EUR-ASSESS (noot 3). HARMET is een Europees project gericht op het bereiken van consensus ten aanzien van de methodologie van economische evaluaties van gezondheidszorgtechnologieën in de Europese Unie. EUR-ASSESS is gericht op onderlinge afstemming tussen technology assessment-organisaties in Europa, waaronder afstemming ten aanzien van de gebruikte methodologie voor evaluatie-onderzoek. In Nederland is ten aanzien van deze dimensie eveneens een aantal activiteiten ontplooid. Genoemd kunnen worden de Werkgroep Onderzoek Gezondheidstoestandmeting (WOG), die sinds 1992 de mogelijkheden voor standaardisatie op het terrein van gezondheidsmeting onderzoek³³ en de STG-publicatie 'Richtlijnen voor kostenberekeningen in het kader van scenarioprojecten'.³⁴

Ten aanzien van de vierde dimensie, de verwachte impact van het onderzoek, kan in internationaal verband worden gewezen op de vorderingen die recentelijk in het Verenigd Koninkrijk op dit terrein zijn geboekt.³⁵ Ook in Nederland zijn activiteiten op dit terrein ontplooid. In de Beleidsbrief van de Minister van VWS wordt ten aanzien van implementatie van MTA-kennis gewag gemaakt van het recente boek 'Kwaliteitsbevordering voor en door de huisarts' van Grol. Uit recent onderzoek onder huisartsen is gebleken dat 70% van de onderzochte huisartsen de zogenoemde Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)-standaarden in de praktijk ook daadwerkelijk toepast.⁹ Tevens heeft de overheid en een aantal landelijke organisaties middelen ter beschikking gesteld om initiatieven van de beroepsgroepen op het terrein van implementatie van MTA-kennis te stimuleren.

Met een betere rationele prioritering van gezondheidszorgonderzoek op grond van maatschappelijke criteria ontstaat een bredere basis aan relevante kennis waarop beleid kan worden gebaseerd. Daarmee is het helaas niet vanzelfsprekend dat het beleid hierdoor zelf eveneens rationeler zal worden. Wetenschappelijke kennis is op zich immers slechts één van de determinanten van beleid, zowel in de individuele patiëntenzorg als op het niveau van de gezondheidszorg. Wel mag worden gehoopt dat bij een rationele prioritering op maatschappelijke relevantie de stem van het wetenschappelijk onderzoek in de beleidsvorming krachtiger zal worden. Het uit de prioritering voortvloeiende gezondheidszorgonderzoek zal een ontwikkeling in de richting van 'evidence-based' genees-

kunde en volksgezondheidsbeleid ondersteunen en versnellen.³⁶⁻³⁸

NOTEN

1 De organisatie van het Praeventiefonds is per 1-1-1996 veranderd. In het kader van het convenant tussen het Ministerie van Volksgezondheid en het Praeventiefonds is een nieuwe organisatie ingesteld, die zowel wetenschappelijk onderzoek als projecten en experimenten gaat financieren. Dit is een zogenaamde Projecten, Experimenten en Onderzoek (PEO)-organisatie, die de naam Zorgonderzoek Nederland draagt. Zodra de Wet op de PEO door de Tweede Kamer goedgekeurd is, zal het Praeventiefonds in de nieuwe organisatie opgaan. Tot die tijd blijft de PEO-organisatie onder het Praeventiefonds opereren.

2 SISWO betekent Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek.

3 EUR-ASSESS heeft als algemene doelstelling te komen tot betere onderlinge afstemming tussen de overheids-gelieerde technology assessment-organisaties in Europa, alsmede te komen tot een verbetering van de mogelijkheden om resultaten van technology assessment onderling uit te wisselen. In de subgroep Priority Setting tracht men momenteel te inventariseren welk instrumentarium er reeds beschikbaar is voor prioritering op grond van maatschappelijke relevantie, en wil men uiteindelijk trachten te geraken tot consensus over de te gebruiken methoden. In mei 1997 zal dit project worden afgerond.

ONDERSTEUNING

De auteurs danken A. Boer, hoofd Medisch Advies College van de Ziekenfondsraad, voor zijn uitgebreide commentaar op een eerdere versie van het artikel.

ABSTRACT

Societal criteria for health care research: (im)possibilities for rational funding and selection of research

Optimal allocation of resources in health care has been a key issue during the last years. The allocation of resources for health care research has also become a prominent issue. Optimal allocation of resources for different types of health care research necessitate the use of societal criteria for setting priorities to determine the societal relevance of research. However, the ways in which societal relevance can be determined vary enormously. Although priority setting of health care research has been tried, the methods used are typically not transparent and explicit criteria are used seldomly. One reason for this situation is that methods for setting priorities on the basis of societal criteria are not well developed. In the Netherlands, the Health Insurance Board made recently an attempt to develop a model for priority setting under the Investigational Medicine Fund. Also, the government has proposed to coordinate and guide priority setting of medical technology assessment. A number of international activities are underway to improve the criteria for priority setting. Use of societal criteria in setting priorities of health care research is necessary in making rational choices and improves 'evidence-based medicine' and 'evidence-based health policy making'.

Key words: health care research, priority setting, societal criteria

LITERATUUR

- 1 Bouter LM. Onderzoeksfinanciering: aanbesteding of open inschrijving? [redactioneel]. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:59.
- 2 Bonsel GJ. De markt van de gezondheidszorginformatie. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995;73:410-3.
- 3 Bouter LM. Maatschappelijke criteria voor wetenschappelijk onderzoek. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:98-9.
- 4 Bouter LM. Naar een rationele prioritering van onderzoek. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995;73:399-400.
- 5 Mastenbroek CG. Maatschappelijke criteria en de toepassing daarvan in de beoordeling van ontwikkelingsgeneeskundige projecten. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:105-6.
- 6 Oortwijn WJ, Ament AJHA, Vondeling H. Toepassing van maatschappelijke criteria bij de beoordeling van onderzoeksvoorstellen: zinvol en uitvoerbaar? Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:99-101.
- 7 Voorhorst FJ. Prioriteiten bij het Praeventiefonds. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:106-7.
- 8 Ark G van, Claessens MJT, Benneker HW, Jeuken YEFM, Klasen EC. Maatschappelijke beoordeling bij het gebied Medische Wetenschappen van NWO. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:102-4.
- 9 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsbrief Medische Technology Assessment (MTA) en doelmatigheid van de zorg 24 126, nr. 9. 's-Gravenhage, 28 november 1995.
- 10 Donaldson MS, Sox HC, eds. Setting priorities for health technology assessment: a model process. Washington: National Academy Press, 1992.
- 11 Peckham M. Central research and development committee for the NHS. 1991.
- 12 Peckham M. A scientific basis for the National Health Service. J Med Engineering Technol 1994;18:134-7.
- 13 Eddy DM. Selecting technologies for assessment. Intern J Technol Assess Health Care 1989;5:485-501.
- 14 Lara ME, Goodman C. National priorities for the assessment of clinical conditions and medical technologies. Washington: Academy Press, 1990.
- 15 Ament AJHA. Het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg: het selecteren van waardevolle interventies en protocollen. Ned Tijdschr Obstet Gynaecol 1994;107:329-39.
- 16 Meer J van de. De top-50 van de Ziekenfondsraad. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995;73:408-9.
- 17 Bonsel GJ, Rutten FFH. Medische 'technology assessment': goede raad is duur? Med Contact 1990;16:512-6.
- 18 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Chronische aandoeningen: prioriteiten voor onderzoek. Den Haag, december 1991. RGO-advies nr 7.
- 19 Ark G van, red. Strategienota 1996-2000. NWO-Medische Wetenschappen. Den Haag, 1995.
- 20 Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek. Trends in de wetenschap. Achtergronddocument bij 'Kennis verrijkt', beleidsnota NWO 1996-2000. Den Haag, 1995.
- 21 Ziekenfondsraad. Advies kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen. Amstelveen, 1993. Uitgave nr. 597.
- 22 Boer A. Prioriteiten voor Technology Assessment: is er een gouden standaard? Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995;73:405-7.

-
- 23 Gunning-Schepers LJ. Het ontbrekende stukje van de puzzel. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995;73:413-4.
- 24 Ament AJHA, Mater P. Top-down benadering in het kader van Technology Assessment: evaluatie van de prioriteitenlijst van de Ziekenfondsraad. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995;73:401-5.
- 25 Huisjes HJ. Ontwikkelingsgeneeskunde onderweg. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1992;70:484-6.
- 26 Bouter LM. Meta-analyse: controleerbaar en reproduceerbaar literatuuronderzoek als basis voor rationele beslissingen in de gezondheidszorg. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1994.
- 27 The World Bank. World Development Report 1993. Investing in health: world development indicators. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- 28 Ruwaard D, Kramers PGN, red. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1993.
- 29 Koopmanschap MA, Roijen L van, Bonneux L. Kosten van ziekten in Nederland. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1991.
- 30 Warren KS, Mosteller F, eds. Doing more good than harm: the evaluation of health care interventions. New York: New York Academy of Sciences, 1993.
- 31 Chalmers I. What do I want from health research and researchers when I am a patient? Br Med J 1995;310:1315-8.
- 32 Kleijnen J, Vet HCW de, Rinkel GJE, Keirse MJNC. De Cochrane Collaboration: systematische overzichten van kennis uit gerandomiseerd onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1478-82.
- 33 Essink-Bot ML, Bonsel GJ. Naar standaardisatie van het instrumentarium voor het meten van de gezondheidstoestand. Huisarts Wetenschap 1995;38:117-21.
- 34 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Richtlijnen voor kostenberekeningen in het kader van scenarioprojecten. Den Haag, 1993.
- 35 Department of Health. Methods to promote the implementation of research findings in the NHS: priorities for evaluation. Report to the NHS Central Research and Development Committee. London, 1995.
- 36 Guyatt G, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook PJ, Cook R; for the Evidence-Based Medicine Working Group. User's guides to the medical literature, IX: a method for grading health care recommendations. JAMA 1995;274:1800-4.
- 37 Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G; for the Evidence-Based Medicine Working Group. User's guides to the medical literature, VIII: how to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? JAMA 1995;274:570-4.
- 38 Wilson MC, Hayward RSA, Tunis SR, Bass EB, Guyatt; for the Evidence-Based Medicine Working Group. User's guides to the medical literature, VIII: how to use clinical practice guidelines. B. What are the recommendations and will they help you in caring for your patients? JAMA 1995;274:1630-2.

CORRESPONDENTIE-ADRES

Prof. dr L.M. Bouter, EMGO-Instituut, Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, tel. 020-4448180, fax 020-4448181, e-mail: lm.bouter.emgo@med.vu.nl

Voor publicatie aanvaard op 10 juni 1996