

WELZIJNSECONOMIE: HET WELZIJNSWERK TELT MEE

BERT LAMBEIR EN MELANIE DEMAERSCHALK

‘Vooraleer ook interventies in het welzijnswerk even methodisch op hun kosteneffectiviteit beoordeeld kunnen worden als in de gezondheidssector, zal men zich moeten afvragen tot op welke hoogte beide sectoren vergelijkbaar zijn.’

WELZIJNSECONOMIE is geboren. De dag waarop een regering aankondigt dat de budgetten voor welzijn en gezondheid voortaan niet langer gelimiteerd zijn, die is en blijft veraf. De wachtlijsten tonen dat eerder het omgekeerde waar is. Maar tegelijkertijd is het maatschappelijke besef van het belang van gezondheid en welzijn groter dan ooit. Denk aan de pleidooien voor zorg op maat, de preventieve interventies, de grootschalige campagnes, de farmaceutische en voedingsindustrie die hierbij een belangrijke rol spelen, en de inzet van de media bij dit alles. Inclusie en rechtvaardigheid zijn nu de richtinggevende principes. Kortom, welzijn en gezondheid worden regionaal en internationaal een belangrijk beleidsdomein en de beleidsmakers hebben de verantwoordelijkheid goede keuzes te maken en deze te verantwoorden. Daarom is er nu ook de tendens om die beleidsvoering evidence-based te stofferen. Wetenschappelijke empirische evidentie over de deugdelijkheid van een interventie of praktijk weegt zwaarder in de argumentatie pro of contra (1). En een deel van die evidence is ook economisch van aard. Anders gezegd: ook een afweging van de kosteneffectiviteit bepaalt nu mee de waarde van een bepaalde interventie of praktijk. Dat is althans de mening van gezondheids-economen die hierover debatteerden met beleidsmakers, onderzoekers en mensen uit diverse welzijnssectoren.

Dat debat werd gevoerd op 5 juni 2008 bij de oprichting van de gezondheids- en welzijnseconomische cel van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG). Het formuleerde de uitdaging om economische analyses, die al enige tijd in de gezondheidssector ingeburgerd zijn, ook in de sector van welzijn

en preventie te realiseren (2). Maar die vertaling roept natuurlijk de nodige vragen op. Welke lading wordt door de categorieën ‘welzijn en preventie’ precies gedekt? Waarin verschilt de welzijns- van de gezondheidssector? Heeft preventie in beide deelsectoren dezelfde betekenis? Welke rol kunnen de uitkomsten van economische analyses spelen bij de keuze van werkvormen, interventies en behandelingen in de betrokken sectoren? Onder welke voorwaarden zijn economische evaluaties zinvol en voor welke interventies? Hoe meten we effectiviteit in de specifieke context van het welzijnswerk? Gebruiken we daarbij dezelfde uitkomstmaten als in de gezondheidssector? En, last but not least, zijn dit soort van evaluaties daar überhaupt wenselijk?

De gezondheids- en welzijnseconomische cel van het Steunpunt WVG wil op deze vragen een antwoord bieden door de komende periode twee werkvormen in de bijzondere jeugdzorg vanuit dat economisch perspectief te evalueren. De keuze viel op mobiele hulpverlening in thuisbegeleiding en residentiële hulpverlening in begeleidingstehuizen. In deze bijdrage formuleren we ter aanloop de basisprincipes van gezondheidseconomische evaluatie waarop ze zich baseren en de discussiepunten bij de vertaling ervan naar het welzijnswerk.

GEZONDHEIDSWINST MAKEN

Volgens Prof. Lieven Annemans raakt de verhouding tussen de algemene welvaart van een land en de uitgaven aan de gezondheidszorg uit balans door de vergrijzing van de bevolking en de doorgedreven ontwikkeling van steeds duurdere medische spijtstechnologie. Maar ook de niet-optimale organisatie van de zorgverstrekking zorgt voor onevenwicht tussen de economische groei en de kostprijs van onze collectieve gezondheid. Op dat ogenblik grijpen beleidsmakers noodgedwongen naar besparingmaatregelen. Van hen wordt immers (terecht) verwacht dat ze de gemeenschappelijke tering naar de nering zetten. Maar ook dan moet volgens Annemans het uitgangspunt van een gezondheidszorgbeleid het produceren van gezondheid zijn en niet het besparen op uitgaven (Annemans, 2007). Dit betekent dat vanuit gezondheidseconomisch standpunt de beste gezondheidszorg niet per definitie samenvalt met de goedkoopste keuzes. Zo'n beleid dient de verkeerde doelen en riskeert haar *raison d'être* te missen. Van beleidsmakers die verantwoordelijk zijn voor gezondheid en welzijn mag verwacht worden dat ze een constructieve bijdrage leveren aan een optimale gezondheid en een menswaardig bestaan voor iedere burger. Waar het uiteindelijk op aankomt is ‘...dat mensen zo lang

mogelijk zo gezond mogelijk kunnen leven.’ (Annemans, 2007, 1). Overigens zijn de positieve neveneffecten van een goede volksgezondheid ook van vitaal belang voor onze liberale samenleving, want ‘... vanuit economisch standpunt is gezondheid een uiterst belangrijk tussenproduct, zonder gezondheid kunnen we minder of niet productief zijn, kunnen we minder of niet aan vrijetijdsbesteding of aan andere vormen van consumptie doen. Zonder die productie en consumptie is er geen welvaart.’ (Annemans, 2007, 1-2)

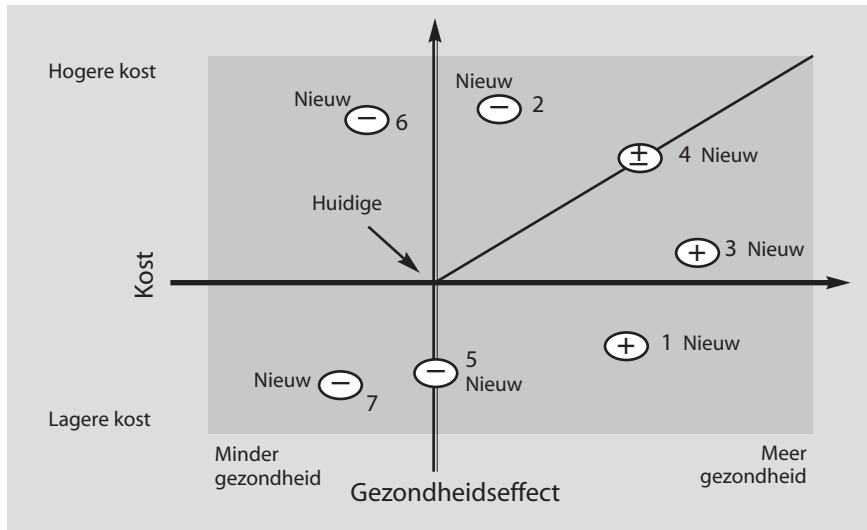
Voor de gezondheidseconoom zal het er dus op aankomen gezondheid te produceren op een rekenkundig verantwoorde manier, d.i. zo doelmatig mogelijk. Dit betekent simpelweg dat het beschikbare geld moet besteed worden aan interventies die per geïnvesteerde euro ook de meeste gezondheid opleveren. De boodschap aan producenten van geneesmiddelen en aan ontwikkelaars van medische technologieën is dan ook duidelijk: ontwikkel interventies met het grootst mogelijke gezondheidseffect. Doelmatigheid impliceert dan altijd dat het gaat om een werkzame én een effectieve of doeltreffende ingreep. Het eerste verwijst naar de rechtstreeks aantoonbare impact van een geneesmiddel of behandeling (een geneesmiddel werkt wel of niet in vergelijking met een placebo). Effectiviteit of doeltreffendheid gaat een stap verder. Het gaat om de werking van een behandeling in reële omstandigheden (en niet louter in klinische laboratoriumsituaties) maar ook om de maatschappelijke relevantie als criterium voor het welslagen van een behandeling. Daarbij zijn bijvoorbeeld ook effecten op lange termijn van belang. Zo zal men de kostprijs van een heupprothese (ziekenhuisopname, ingreep en revalidatie) kunnen verantwoorden tegen het licht van een herwonnen zelfstandigheid en mobiliteit van de patiënt. Als blijkt dat die prothese de patiënt toch niet in staat stelt 200 meter te lopen of touwtje te springen, is de ingreep daarom nog niet mislukt. Want die mogelijkheden liggen niet in de lijn van de verwachtingen en het gewenste effect. Kortom, doelmatigheid of efficiëntie verwijst hier naar een doeltreffende ingreep of behandeling die bovendien financieel verantwoordbaar is.

OP DE MAAT VAN QALY

Effectiviteit mikt op de werkzaamheid van een interventie en efficiëntie weegt die werkzaamheid af tegenover de kosten van de interventie. Het gaat om de manier waarop én de middelen waarmee men een doel bereikt (Annemans, 2007). Betere beleidsbeslissingen nemen op het vlak van volksgezondheid betekent dan eerst en vooral dat de verhouding tussen kosten van interventies en hun reële effecten goed

in kaart worden gebracht en dat daarenboven wordt bepaald welke verhouding men maatschappelijk aanvaardbaar vindt. Wat is de maximale maatschappelijke betalingsbereidheid voor een bepaalde interventie, gerelateerd aan wenselijke en realistisch te verwachten resultaten? Bij deze oefening kan de gezondheidseconom zijn diensten bewijzen: 'Een gezondheidseconomische evaluatie definieert men als een vergelijkende analyse van twee of meer interventies in de zorg waarbij men zowel naar de kosten als naar de gezondheidseffecten van die interventies kijkt.' (Annemans, 2007, 10). Het gaat dus niet om een eenvoudige vergelijking van de respectievelijke kostenplaatjes, maar om het bepalen van de kosteneffectiviteit. Het gezondheidseffect en de kosten worden samen in kaart gebracht. Een tweedimensioneel schema geeft de vergelijking tussen een bestaande en een nieuwe interventie goed weer door de kostprijs en gezondheidswinst van de tweede tegenover die van de eerste te positioneren. Het schema illustreert die vergelijking:

FIGUUR 1: ILLUSTRATIE VAN EEN NIEUWE T.O.V. DE HUIDIGE BEHANDELING. (ANNEMANS, 2007, 17)



De verticale as geeft de kostprijs van de interventies weer en de horizontale as het verlies of de winst aan gezondheid. Op het snijpunt van beide assen bevindt zich de gebruikelijke 'oude' interventie of behandeling. Zo blijkt dat een nieuwe interventie zich op zeven betekenisvolle manieren tegenover de bestaande behandeling kan verhouden. De diagonaallijn in het schema geeft de maatschappelijk aanvaardbare verhouding weer tussen een investering (grotere kostprijs) en de bijkomende

gezondheidswinst. Beneden die diagonaallijn zijn de situaties 1, 3, 4, en 5 kosteneffectief. De behandeling is goedkoper en zorgt voor meer of evenveel gezondheid (de ideale situatie 1 en 5). Of de behandeling is duurder maar produceert meer gezondheidseffect (situatie 3 en 4). Interventies die beduidend meer kosten en relatief minder gezondheidswinst opbrengen, zijn dan niet langer kosteneffectief (situatie 2). Zij overstijgen de aanvaardbare verhouding tussen de meerkost en het voordeel voor de gezondheid dat te beperkt is en dus de kosten niet kan verantwoorden. Om de gezondheidswinst te kunnen vergelijken moet die voor de verschillende interventies op 1 noemer geplaatst worden. Dat is de QALY, de quality of adjusted life years (aan kwaliteit aangepaste levensjaren). Het is een begrip dat kwantiteit én kwaliteit van leven verenigt. Aan de ene kant heb je dan het aantal levensjaren dat iemand te verwachten heeft, aan de andere kant de geschatte kwaliteit ervan (1 is perfect gezond en 0 is dood). Een voorbeeld van Annemans: iemand krijgt een diagnose en leeft nog 10 jaren. Als de gemiddelde kwaliteit van het leven in die periode op 0.6 ligt, heeft die persoon (0.6×10) 6 QALY's gehad. Een (nieuwe en effectieve) behandeling kan het aantal levensjaren uitbreiden of de levenskwaliteit doen toenemen, of op beide een gunstig effect hebben. In elk van de gevallen zal het aantal QALY's voor de betrokkene stijgen, zij het niet evenveel. De kosteneffectiviteit van een interventie zit in de verhouding tussen de te winnen QALY's en de kostprijs ervan. En die balans wordt afgewogen aan de maatschappelijke betalingsbereidheid. Zo kan een duurdere interventie toch de voorkeur wegdragen wanneer zij ook een groter aantal QALY's weet te realiseren (bij een zo groot mogelijk aantal mensen). Bij de beoordeling van een nieuwe interventie, hanteren landen op voorhand vastgelegde grenzen van betalingsbereidheid, d.w.z. een maximum aanvaardbaar te investeren bedrag per gewonnen QALY.

HOE KOSTENEFFECTIEF IS WELZIJNSWERK?

Dat die vraag ook aan het welzijnswerk gesteld wordt hoeft niet te verbazen. De contouren waarbinnen het welzijnsbeleid moet gevoerd worden verschillen niet fundamenteel van die van het gezondheidsbeleid. Of de methode om tot een antwoord op die vraag te komen dezelfde kan zijn, dat moet wel nog blijken. In afwachting van antwoorden op die vraag werden er in het debat alvast stevige bedenkingen en kanttekeningen geformuleerd. Vooraleer ook interventies in het welzijnswerk even methodisch op hun kosteneffectiviteit beoordeeld kunnen worden als in de gezondheidssector, zal men zich moeten afvragen tot op welke hoog-

te beide sectoren vergelijkbaar zijn. Eén ding hebben ze alvast gemeen. Economische analyses en evaluaties van interventies kunnen beide beleidsopties van meer rationaliteit voorzien. Dat is zeker te verdedigen. Maar de context waarin deze beslissingen genomen moeten worden zal ook altijd haar stempel drukken. Zowel voor medische behandelingen als voor interventies in het welzijnswerk speelt niet alleen kosteneffectiviteit een rol, maar ook het politieke kader, de maatschappelijke trends en hypes, de internationale context en de zuivere impact op het beschikbare budget. Zo heeft in het welzijnswerk de logica van empowerment een andere inhoud gegeven aan de relatie tussen hulpverlener en cliënt en dus ook aan de interventies die men vooropstelt. Bovendien verschoof het accent van curatie naar preventie en een economische evaluatie van een curatieve behandeling is nu eenmaal altijd interessanter. Resultaten van een curatieve behandeling zijn beter zichtbaar en daarom per definitie politiek en maatschappelijk ook veel aantrekkelijker. Er werd iets gerealiseerd en de resultaten zijn vlatter te evalueren en te presenteren. De nadruk op preventie en de vraag naar geobjectiverde evaluaties zijn dus niet altijd te verzoenen.

Maar de welzijnssector verschilt ook van de gezondheidssector als het op evaluatie van interventies en nemen van beleidsopties aankomt. We beperken ons tot vier kenmerken.

(1) Rendabiliteit en welzijn zullen vaak op de uiteinden van een continuüm tegenover elkaar staan. Economisch rendabele organisaties zullen vaak weinig welzijn kunnen produceren. Groepsgesprekken zijn goedkoper dan individuele begeleiding maar daarom niet wenselijk. Overbevolkte gevangenissen zijn het meest rendabel maar niet aanvaardbaar. De vraag naar een omgekeerde betalingsbereidheid dringt zich in dit soort van situaties op: hoeveel welzijn willen we prijsgeven om economisch rendabeler te werk te gaan.

(2) Verdergaande technische ontwikkelingen en nieuwe medicatie gaan gepaard met een stevig prijskaartje en dus met meer winst, concurrentie en lobbywerk. Dat mes snijdt aan twee kanten. Aan de ene kant zullen industriële belangen drukken op de keuzes. Tegelijk zal die marktwerking een economische evaluatie meer noodzakelijk maken, want een geobjectiverde studie kan weerwerk bieden aan lobbyisten en reclamewerk. Het boeken van winsten is in het welzijnswerk (voorlopig althans) een ondergeschikt doel en dat geeft het ontwikkelings- en keuzeproces een ander karakter.

(3) Er zullen in welzijnswerk ook meer spelers op het toneel staan dan in de gezondheidszorg. Het is daarom belangrijk zo goed mogelijk in te schatten wat tot nieuw gedrag zal leiden en welke de individuele en maatschappelijke kosten en baten zijn. En precies dat is in het welzijnswerk moeilijker uit te maken. Cliënten, hulpverleners, familieleden, ... kunnen op allerlei manieren reageren op wat een hulpvrager doormaakt. We nemen aan dat de impact van een geneesmiddel op een lichaam meestal duidelijker is.

(4) Aansluitend daarop is de gezondheidssector in de eerste plaats interventiegericht. Men probeert via preventieve maatregelen een bepaald ziektebeeld te voorkomen of men zal een behandeling starten als de diagnose gesteld is. De impact van een interventie aan sich ligt in het welzijnswerk vaak lager, terwijl daar andere factoren een cruciale bijdrage aan het resultaat leveren. Zo stelde men in Jongerenwelzijn vast dat de resultaten voor slechts een kwart aan de interventie te wijten zijn en dat meer dan de helft gerelateerd is aan de relatie met de hulpverlener. Ook factoren als inkomen, emotionele ontwikkeling, trauma-ervaringen, ... zullen de resultaten sterk beïnvloeden. Gestandaardiseerde metingen op resultaten zijn dan geen evidentie.

ECONOMIE IS CENT ÉN SENTIMENT

Deze kritische bedenkingen bij de toepassing van de gezondheidseconomische evaluatie voor het welzijnswerk kunnen vanuit dat welzijnswerk ongetwijfeld nog rijkelijk aangevuld worden. Het is immers duidelijk dat kosteneffectiviteit daar niet exact hetzelfde zal kunnen betekenen als in de gezondheidssector. Een éénduidige noemer ligt zeker niet voor de hand. Misschien is het omschrijven (we gebruiken doelbewust niet: 'definiëren') van effectiviteit juist de moeilijkste oefening. Nog meer dan voor gezondheidsinterventies is moeilijk vast te leggen wat de uiteindelijke maatschappelijke betalingsbereidheid is voor een interventie. Omdat de resultaten van interventies en van de evaluaties ervan al niet eenduidig zullen zijn. Er zijn veel actoren en meningen in het spel. Maar de vraag is ook welke rol resultaten op zich zullen (kunnen) spelen bij het maken van de keuzes. Bij een beslissingsproces zullen de evaluatieresultaten altijd vergezeld worden van andere doorslaggevende argumenten van zeer uiteenlopende aard (zie hoger). Voeg daarbij de publieke opinie, de morele plicht 'toch iets te doen' en de (soms ijdele) 'hoop op beter'. Is het geloof in het beslissende karakter van een economische evaluatie met kosteneffectiviteitplaatje dan geen illusie? Vergeet niet dat de economie als weten-

schap bij de sociale wetenschappen is ondergebracht. In haar beoordelingen zullen contextuele evidenties altijd wel een grotere rol spelen dan de rekenkundige en modelmatige uitkomsten die ze bereikt. En dan zijn het weer de beleidsmakers die de afwegingen en keuzes mogen maken.

Weldra telt ook het welzijnswerk mee, maar het is de vraag of dit op dezelfde manier zal gebeuren als in de gezondheidssector. Niet omwille van de wenselijkheid van de economische evaluaties op zich, maar omwille van de randvoorwaarden waaronder die gebeuren en de mate waarin hun resultaten het beleid dus zullen kunnen sturen. De ‘economische’ contouren van het welzijns- en gezondheidsbeleid verschillen nu eenmaal, al wordt de vraag naar doelmatigheid en kosteneffectiviteit deze dagen overal gesteld. De economische modellen zullen niet rechtstreeks toepasbaar zijn. Er is ongetwijfeld begripsverheldering nodig en specifieke kennis- en modelontwikkeling in het welzijnswerk. Het levendige debat van 5 juni spoorde ons daartoe aan.

Bert Lambeir is coördinator van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Contact: bert.lambeir@med.kuleuven.be

Melanie Demaerschalk is onderzoeker aan dat Steunpunt, gespecialiseerd in zorg voor ouderen. Contact: melanie.demaerschalk@med.kuleuven.be.

Verwijzingen

Annemans, L. (2007), Gezondheidseconomie voor niet-economen. Een inleiding tot de begrippen, methoden en valkuilen van de gezondheidseconomische evaluatie, Gent, Academia Press.

Noten

- 1 Zie onder meer het themanummer van ALERT over evidence-based sociaal werk (ALERT 34/2) en het geplande colloquium.
- 2 Voor meer informatie, zie www.steunpuntwvg.be/swvg.