

Welzijn is, zeker na de zesde staatshervorming, een belangrijk beleidsdomein geworden in Vlaanderen. Niet alleen omdat een groot deel van het overheidsbudget aan welzijnsdiensten en -voorzieningen uitgegeven wordt, maar ook omdat het een beleidsdomein is waarmee heel veel mensen rechtstreeks of onrechtstreeks in contact komen. Denk maar aan de kinderopvang, de (over)grootouders in het woonzorgcentrum, de asielzoekers in de wijk, of het kind met een beperking in de familie.

Het welzijnsbeleid is echter ook een uiterst complex gegeven. Er wordt een brede waaier aan dienstverlening uitgebouwd voor de meest diverse doelgroepen, gaande van gezinnen, over personen met een handicap, kansarmen en minderheden, tot senioren. De organisatie van die dienstverlening is nog complexer. Er zijn diverse bestuursniveaus (federale overheid, Vlaamse overheid, lokale overheden) betrokken bij het welzijnsbeleid, en de dienstverlening wordt gerealiseerd door de meest diverse actoren, gaande van overheidsinstanties, over private non-profitorganisaties, tot commerciële dienstverleners. In een dergelijk kluwen is het soms moeilijk om het bos door de bomen te zien.

Dit boek probeert op een overzichtelijke en toegankelijke manier klaarheid te scheppen in die complexiteit. Het is in de eerste plaats geschreven voor studenten, beleidsmakers en dienstverleners in het brede veld van het welzijnsbeleid. Door de belangrijkste ontwikkelingen, de bestuurlijke organisatie, de vormen van dienstverlening en de uitdagingen in de verschillende sectoren van het welzijnsbeleid te schetsen en met elkaar te vergelijken, wil het de lezer een diepgaand inzicht in het welzijnsbeleid bijbrengen.

Bram Verschuere is doctor in de Sociale Wetenschappen. Hij is professor aan de Universiteit Gent (Faculteit Economie en Bedrijfskunde) en doceert daar onder andere *welzijnsbeleid* en *organisatie van de socialprofitsector* in de opleiding Bestuurskunde en Publiek Management.

Koen Hermans is docent aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de KU Leuven en projectleider bij LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy. Hij doceert binnen de masteropleiding *sociaal werk* en *sociaal beleid*. Binnen LUCAS is hij verantwoordelijk voor de onderzoekslijn 'welzijn, armoede en sociale uitsluiting'.

NUR: 825

Bestelcode: 202 167 301



9 789048 625406

WELZIJN
IN VLAANDEREN

BRAM VERSCHUERE
KOEN HERMANS



2016
HERWERKTE
EDITIE

WELZIJN IN VLAANDEREN

BELEID, BESTUURLIJKE ORGANISATIE EN UITDAGINGEN

BRAM VERSCHUERE
KOEN HERMANS

 die Keure
PROFESSIONAL PUBLISHING

WELZIJN IN VLAANDEREN: **BELEID, BESTUURLIJKE ORGANISATIE** **EN UITDAGINGEN**

Bram Verschuere
Koen Hermans

2016

Vierde editie

D/2016/0147/111

ISBN 978 90 4862 540 6

Bestelcode: 202 167 301

Niets van deze uitgave, zelfs gedeeltelijk, mag openbaar gemaakt worden, gereproduceerd worden, vertaald of aangepast, onder enige vorm ook, hierin begrepen fotokopie, microfilm, bandopname of plaat, of opgeslagen worden in een geautomatiseerd gegevensbestand behoudens uitdrukkelijke en voorafgaande toestemming van de uitgever.

© 2016 die Keure

Kleine Pathoekeweg 3

8000 Brugge

Tel. 050/47.12.72

Fax 050/33.51.54

E-mail: professional.publishing@diekeure.be

Internet: www.diekeure.be

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	1
HOOFDSTUK 1. GEZINSBELEID	7
Situering en inleiding	7
Beleid en dienstverlening	9
De federale financiële, fiscale en familiale verlofmaatregelen	10
Kinderbijslag	11
Medisch-preventieve zorg en psychosociale en pedagogische ondersteuning	14
Interlandelijke adoptie	17
Voorschoolse kinderopvang	20
Institutioneel-bestuurlijke cartografie	23
Uitdagingen en aandachtspunten	24
Nuttige bronnen	27
HOOFDSTUK 2. JEUGDHULP	29
Situering en inleiding	29
De Integrale Jeugdhulp	31
Doelstellingen van het nieuwe decreet	31
De rechtstreeks toegankelijke hulp	32
De niet-rechtstreeks toegankelijke hulp	32
Modulering in private organisaties voor bijzondere jeugdzorg	33
Andere private voorzieningen	34
De intersectorale toegangspoort	35
Maatschappelijke noodzaak en de gemandateerde voorzieningen	36
De gemeenschapsinstellingen	37
De gerechtelijke jeugdhulp	38
Cliëntoverleg Integrale Jeugdhulp	38
Het federale jeugdbeschermingsbeleid	39
Enkele cijfers	41
Institutioneel-bestuurlijke cartografie	42

Uitdagingen en aandachtspunten	43
Inleiding	43
De aanloop naar en de aanleiding van het beleid rond Integrale Jeugdhulp	44
Het Actieplan Jeugdhulp	45
Jeugdhulp 2.0	46
Conclusie: een sector in beweging	47
Nuttige bronnen	48
HOOFDSTUK 3. BELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP	49
Situering en inleiding	49
Beleid en dienstverlening op verschillende domeinen	51
Beleid inzake onderwijs voor kinderen met een handicap	51
Beleid inzake mobiliteit van personen met een handicap	52
Beleid inzake werk voor personen met een handicap	53
Financiële ondersteuning van personen met een handicap	55
Vlaams ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap	56
Inleidend: de keuze voor een vernieuwd zorgbeleid	56
Flexibel aanbod door professionele zorgaanbieders	58
Persoonsvolgende financiering: budget koppelen aan hulpvrager	62
Procedure voor de hulpvrager	64
Rechtstreeks versus niet-rechtstreeks toegankelijk aanbod	65
Institutioneel-bestuurlijke cartografie	66
Het VAPH	68
Uitdagingen, nieuw beleid, en aandachtspunten	69
Wachtlijsten en aanbodtekorten	70
Zorgregie	71
Nieuw ondersteuningsbeleid, zorgvernieuwingen persoonsvolgende financiering	73
Overlappende bevoegdheden	75
Nuttige bronnen	75
HOOFDSTUK 4. ARMOEDEBELEID	77
Situering en inleiding	77
Beleid en dienstverlening	81
Federale overheid	82

Lokale overheid	83
Vlaamse overheid	84
Institutioneel-bestuurlijke cartografie	86
Uitdagingen en aandachtspunten	89
De nieuwe sociale kwestie	89
Beleid gesteund op participatie	91
Toegang van rechthebbenden tot de diensten	92
Leefloon of overleefloon?	93
Mogelijkheden van integraal beleid?	94
Nuttige bronnen	95
HOOFDSTUK 5. MINDERHEDENBELEID	97
Situering en inleiding	97
Beleid en dienstverlening	100
Federaal beleid en bevoegdheden	101
Vlaams beleid en bevoegdheden	106
Lokale overheden	110
Institutioneel-bestuurlijke cartografie	111
Uitdagingen en aandachtspunten	116
Verkleuring van de maatschappij en horizontaal beleid	116
Een heterogene integratiesector?	117
Grenzen aan integratie?	118
Nuttige bronnen	120
HOOFDSTUK 6. OUDERENZORG	121
Situering en inleiding	121
Beleid en dienstverlening	122
De zorg in de thuissituatie (ambulante zorg)	123
De residentiële zorg	125
Andere vormen van residentiële zorg	128
Inclusief beleid en beleidsparticipatie	129
Institutioneel-bestuurlijke cartografie	130

Uitdagingen en aandachtspunten	133
Toenemende vraag naar ouderenzorg	133
Aanbod van informele ouderenzorg	136
Aanbod van zorg in het professionele circuit	137
De bevoegdheidsoverdracht in het kader van de zesde staatshervorming en nieuwe beleidspistes	142
Nuttige bronnen	142
HOOFDSTUK 7. HET ALGEMEEN WELZIJNSWERK	143
Situering en inleiding	143
Beleid en dienstverlening	145
Publieke dienstverlening op het lokale niveau: het OCMW	145
Private dienstverlening op het regionale niveau: het CAW	146
Kwetsbaarheid in de persoonlijke levenssfeer	149
Meervoudige kwetsbaarheid en sociale uitsluiting	150
Kwetsbaarheid in een justitiële context	151
Institutioneel-bestuurlijke cartografie	152
Uitdagingen en aandachtspunten	155
Twee spelers op het veld	155
Drempels tot samenwerking tussen OCMW en CAW?	158
Nuancering: het ontstaan van een netwerk op de eerste lijn	158
De 'zichtbaarheid' van het private algemeen welzijnswerk	159
Nuttige bronnen	160
HOOFDSTUK 8. SAMENLEVINGSOPBOUW	161
Situering en inleiding	161
De missie en de kernopdrachten van de sector samenlevingsopbouw	162
Werkprincipes	164
Participatief werken met de doelgroep	165
Partnerschappen aangaan	165
Autonoom handelen	166
Innovatie	166
Werkvormen	167

Beleid en dienstverlening	168
Samenlevingsopbouw in Vlaanderen: werking op drie niveaus	168
Opbouwwerk in 'andere' sectoren	170
Institutioneel-bestuurlijke cartografie	171
Uitdagingen en aandachtspunten	173
Een sector met vele uitdagingen	173
Legitimiteit en zichtbaarheid van de sector	174
Een 'groeisector'?	176
Nuttige bronnen	176
HOOFDSTUK 9. DE VERSCHILLENDE BESTUURNIVEAUS IN HET WELZIJNS- BELEID	177
Inleiding	177
Bevoegdheidsverdeling en samenwerking tussen de bestuursniveaus	178
Rol van de federale overheid in het welzijnsbeleid	178
Rol van de Vlaamse overheid in het welzijnsbeleid	179
Rol van de lokale overheid in het welzijnsbeleid	181
Afstemming en samenwerking tussen de bestuursniveaus	182
Organisatie van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in de Vlaamse overheid	184
De bestuurlijke organisatie van het Vlaamse welzijnsbeleid	184
Relatief belang van de ambtelijke organisaties	188
Het lokaal sociaal beleid	189
De complexiteit van het lokaal sociaal beleid	189
Trends en ontwikkelingen in het lokaal sociaal beleid	191
Vlaamse beleidspistes rond lokaal sociaal beleid	193
HOOFDSTUK 10. DE ORGANISATIE VAN DE DIENSTVERLENING IN HET WEL- ZIJNSBELEID	199
Inleiding	199
Veel dienstverlenende organisaties	199
Soorten dienstverlening en aard van de organisaties	200

De mate van autonomie van de dienstverlenende organisaties	203
Samenwerking tussen dienstverlenende organisaties	206
Verschillende schalen en werkingsgebieden	207
HOOFDSTUK 11. DE VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING	209
Wat vooraf ging: de Vlaamse zorgverzekering	210
De visie achter Vlaamse Sociale Bescherming	212
Complexe integratie van bestaande regelingen in de VSB	215
De zorgverzekering	215
Het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap (BOB)	216
De tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB)	216
De terugbetaling van zorg geleverd in een woonzorgcentrum (WZC), in initiatieven van beschut wonen (IBW), in een psychiatrische verzorgings- tehuizen (PVT)	216
De terugbetaling van de zorg verkregen in revalidatiediensten en -centra	217
De terugbetaling van hulpmiddelen	217
Het systeem van inkomensrelatering eigen bijdragen thuiszorg	217
De toekomstige vormgeving van de Vlaamse Sociale Bescherming	218
De zorgkas als toegangspoort	218
Uniform screeningsinstrument	218
Zorgplan gekoppeld aan persoonsvolgende financiering	220
Een gefaseerde uitrol	221
Het overlegmodel	221
Kritieken op de conceptnota	222
Advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	222
Advies van VOKA	223
HOOFDSTUK 12. UITDAGINGEN, ONTWIKKELINGEN EN AANDACHTS- PUNTEN	225
Ontwikkelingen en uitdagingen aan de vraagzijde	225
Stijgende vraag naar zorg	225
De vraag naar zorg en ondersteuning wordt complexer	230
Hoe omgaan met de toenemende en diverse vraag?	233

Ontwikkelingen en uitdagingen aan de aanbodzijde	240
Het aanbod aan professionele dienstverlening	240
De mantelzorg	244
Betaalbaarheid van de dienstverlening	244
Bestuurlijk-organisatorische uitdagingen	248
Tot slot	252
 TREFWOORDENINDEX	 255
 WOORD VAN DANK	 261
 LIJST VAN TABELLEN EN FIGUREN	 263

INLEIDING

Dat Vlaanderen in internationaal vergelijkend opzicht een welvarende regio is, kan niet betwist worden. Heel wat mensen hebben werk en gaan op vakantie, gezinnen kunnen hun kinderen in relatief veilige omstandigheden grootbrengen, en de huisvesting is redelijk goed. Onze welvaartsstaat voorziet bovendien in een zeker vangnet voor personen die door omstandigheden niet meer in staat zijn om zelf voldoende in hun levensonderhoud te voorzien. Toch betekent dit niet dat het met het welzijn van iedereen even goed gesteld is. Nog steeds wordt meer dan 10 % van de Vlamingen als arm beschouwd, heel wat mensen kampen met psychische moeilijkheden, en Vlaanderen kent een van de hoogste zelfmoordcijfers ter wereld. Maar een tekort aan welzijn hoeft niet noodzakelijk samen te hangen met armoede, zware problemen of grote tegenslagen. Omdat betaald werk in onze westerse economie heel belangrijk is geworden, kunnen mensen niet alle zorgtaken in hun gezin en leefomgeving zelf opnemen. In een samenleving die veel van mensen verwacht op professioneel, sociaal en relationeel gebied, en waarin vrije tijd een schaars goed dreigt te worden, heeft iedereen het wel eens moeilijk om zich staande te houden, of zich constant en op alle vlakken 100 % gelukkig te voelen. De combinatie arbeid en gezin loopt niet in elk gezin vlot, het opvoeden van kinderen is geen evidente zaak, financiële problemen zorgen voor stress, de ziekte van een familielid baart zorgen, niet iedereen heeft een uitgebreid familiaal of sociaal vangnet om kleine tegenslagen te verwerken, en ouder worden is niet altijd evident om te aanvaarden. Bovendien vangt de sociale zekerheid ook niet alles op. Ouderen krijgen bijvoorbeeld wel een pensioen, maar hebben daarom nog geen aangepaste huisvesting of geschikte ondersteuning, indien dit nodig zou zijn. Om dergelijke problemen op te vangen, hebben de overheden in België – aanvullend op de sociale zekerheid – een uitgebreid palet aan maatregelen en diensten uitgewerkt die het maatschappelijk en individueel welzijn moeten garanderen en verhogen.

Welzijn is door de jaren heen een heel belangrijk beleidsdomein geworden. Dat blijkt eerst en vooral uit het feit dat het welzijnsbeleid een groot aandeel van de bevolking direct of indirect bereikt. Wellicht is de meerderheid van de jongeren ooit naar een onthaalouder of naar de kinderopvang geweest, en kent iedereen wel iemand in de familie- of kennissenkring met een fysieke of mentale handicap. Velen onder ons hebben grootouders die in een serviceflat of in een woonzorgcentrum wonen. Het welzijnsbeleid bereikt ons dus allemaal, rechtstreeks of onrechtstreeks. Tegelijkertijd met dit 'breed' bereik, is het welzijnsbeleid er voor een relatief kleine groep in de samenleving, en fungeert het als een vorm van sociaal beleid gericht op bepaalde kansengroepen. We denken daarbij aan (zorgbehoevende) ouderen, kansarmen, mensen met een beperking, enzovoort. Een tweede indicatie van het belang van het welzijnsbeleid is de hoeveelheid overheidsmiddelen die eraan gespendeerd worden. De Vlaamse overheid besteedde de laatste jaren jaarlijks ongeveer 15 % van haar begroting aan welzijn en gezondheid. Dit staat gelijk aan ongeveer 4 miljard euro, op jaarbasis. Na de

zesde staatshervorming, met onder andere de overgedragen bevoegdheid voor de uitbetaling van de kinderbijslag, wordt het aandeel van het welzijnsbeleid in de totale Vlaamse begroting meer dan verdubbeld tot ongeveer 10 miljard euro in 2015, of meer dan 30 % van de Vlaamse uitgavenbegroting¹. Ten derde kan het belang van de welzijnssector in onze samenleving afgelezen worden aan het aantal organisaties in de welzijnssector, en aan het aantal mensen dat deze organisaties tewerkstellen. Qua organisaties gaat het om enkele duizenden, qua personeel spreken we gemakkelijk over enkele tienduizenden betrekkingen, gaande van artsen en verpleegkundigen, over directies en maatschappelijk werkers, tot ondersteunend personeel. En dan zijn de vele vrijwilligers en de vele ambtenaren op het beleidsdomein welzijn nog niet eens meegerekend.

Gelet op de demografische en maatschappelijke ontwikkelingen die zich voordoen, kan bovendien verwacht worden dat de welzijnssector nog aan belang zal toenemen. Met de toenemende vergrijzing zal het welzijnsbeleid moeten voorzien in veel meer zorg en hulp voor ouderen dan vandaag het geval is. Wanneer de druk op het individu zal verhogen en de familiale en sociale netwerken verder afbrokkelen, ligt het voor de hand dat de nood aan psychische en emotionele ondersteuning zal toenemen. Wanneer de combinatie tussen arbeid en gezin nog moeilijker wordt, zal het welzijnsbeleid nog meer moeten voorzien in een aangepaste ondersteuning van gezinnen en werkenden. Als het aantal mensen dat onder of net boven de armoedegrens leeft, blijft stijgen, dan zal het welzijnsbeleid moeten voorzien in gepaste materiële en immateriële steun.

Kortom, er zijn redenen genoeg om een boek te wijden aan het welzijnsbeleid in Vlaanderen. De motivatie om dit boek te schrijven steunt echter niet alleen op het belang, maar vooral ook op de complexiteit van het beleidsdomein welzijn in Vlaanderen. Een complexiteit die veroorzaakt wordt door drie basiskenmerken: veel verschillende doelgroepen, de betrokkenheid van verschillende overheden, en een heterogeniteit aan soorten organisaties die welzijnsdiensten leveren.

Ten eerste bedient het welzijnsbeleid een veelheid aan doelgroepen die een variatie aan noden en behoeften hebben. Enkele voorbeelden: ouderen hebben nood aan een aangepaste woning, toegankelijke basisvoorzieningen, en een toegankelijke en nabije vrijetijdsbesteding. Gezinnen wensen voldoende en kwalitatieve opvang voor hun kinderen, en tijd om de zorg voor hun gezin op te kunnen nemen. Personen met een handicap hebben nood aan materiële en logistieke hulp, kwalitatieve opvang, aangepast wonen of een aangepaste vrijetijdsbesteding. Alleenstaande ouders hebben problemen met de opvang van hun kinderen, worden vaak geconfronteerd met een moeilijk combineerbare werk-thuissituatie, en vinden steeds moeilijker een betaalbare woning. Mishandelde kinderen of vrouwen moeten opgevangen worden. Jongeren met problemen moeten bege-

¹ Simulatie van beleids- en betaalkredieten verdeeld over de huidige 13 beleidsdomeinen van de Vlaamse overheid (bron: Bijdrage van de Vlaamse administratie aan het regeerakkoord van de Vlaamse Regering, 2014).

leid en/of opgevangen worden, al dan niet samen met hun ouders. Kansarmen en andere minderheden worden vaak uitgesloten van deelname op vele domeinen, ze krijgen minder 'kansen' in het onderwijs, op de woningmarkt, en op sociaal-cultureel vlak. Het spreekt voor zich dat deze brede variatie aan doelgroepen en noden een zeer uitgebreid en gediversifieerd beleid nodig heeft, wat de eenvoud en transparantie van het beleid bemoeilijkt.

Ten tweede is er in België een veelheid aan overheden en overheidsdiensten betrokken bij het welzijnsbeleid. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, is immers niet alleen de Vlaamse overheid actief in het welzijnsdomein. Ook de federale overheid en de lokale overheden zetten heel wat middelen in, en ondersteunen en/of organiseren welzijnsdiensten en -voorzieningen. De bevoegdheid en de rol van elke overheid verschilt naargelang van het beleidsveld. Vaak zijn overheden naast elkaar werkzaam op hetzelfde beleidsveld, soms werken ze intens samen om de welzijnsdiensten te organiseren. Dergelijke overlappende bevoegdheden en gedeelde initiatieven maken het voor welzijnscliënten en dienstverlenende organisaties niet altijd gemakkelijk om te weten tot welke overheid ze zich moeten wenden, of wat ze van welke overheid mogen verwachten. Bovendien zit het ambtelijk apparaat van elke overheid behoorlijk ingewikkeld in elkaar. Zo zitten aspecten van de Vlaamse bevoegdheid rond welzijn versnipperd over diverse ministers, diensten en departementen, en zijn er ook tal van overheidsagentschappen actief in de beleidsuitvoering.

Ten derde is er de veelheid aan (semi-)publieke en private organisaties die het welzijnsbeleid mee uitvoeren door diensten aan te bieden en zorg te verlenen. Er zijn weinig landen die zo'n gevarieerd palet aan dienstverlenende organisaties kennen die – al dan niet in opdracht van de overheid – het maatschappelijk en individueel welzijn trachten te bevorderen. Maar deze vele organisaties moeten natuurlijk aangestuurd worden door de overheid, zeker wanneer ze met overheidsmiddelen gefinancierd worden (wat meestal het geval is in België en Vlaanderen). Deze organisaties moeten soms onderling samenwerken, ook al werken ze niet altijd op hetzelfde schaalniveau, kennen ze soms een andere juridische vorm, opereren ze vaak in een ander beleidsveld, of behoren ze tot een verschillende ideologische strekking. Het spreekt voor zich dat deze constellatie niet altijd even bevorderlijk is voor de transparantie en de efficiëntie van het welzijnslandschap. Deze complexiteit kan soms een vlotte en gecoördineerde dienstverlening aan de burgers in de weg staan.

Om deze redenen is de welzijnssector in Vlaanderen een ingewikkeld kluwen, waarbij het zelfs voor de geïnteresseerde burger of voor de dienstverleners uit het werkveld niet altijd gemakkelijk is om door de bomen nog het bos te zien. Dit boek is een poging om enige klaarheid in die complexiteit te scheppen. We willen dit doen door het overheidsbeleid en de bestuurlijke organisatie van de verschillende beleidsvelden van het welzijnsbeleid grondig en op uniforme wijze te schetsen.

De schets van de bestuurlijke organisatie bestaat uit een tweeledige analyse. Ten eerste willen we per beleidsveld de bevoegdheidsverdeling en het samenspel tussen de overheden belichten. Daarbij zullen we onder meer volgende richtvragen beantwoorden: Hoe zit de bevoegdheidsverdeling in elkaar? Stemmen overheden de uitvoering van hun bevoegdheden op elkaar af? Werken de overheden naast of met elkaar aan het beleid? Wordt de dienstverlening bedreigd door de bevoegdheidsverdeling of door een gebrek aan afstemming in dienstverlening? Ten tweede willen we ook steeds oog hebben voor het netwerk van organisaties, actoren en voorzieningen dat ingeschakeld wordt om het welzijnsbeleid uit te voeren. We bekijken per beleidsveld niet alleen hun aantal, maar ook hun vorm en aard, hun onderlinge relaties, en hun relatie met de overheid.

Maar onze ambitie reikt verder dan een beschrijving van de bestuurlijke organisatie van de diverse beleidsvelden. We willen immers ook de gelijkenissen en verschillen qua beleid en organisatie tussen de beleidsvelden van het beleidsdomein welzijn in kaart brengen. Een vergelijkende analyse van de beleidsvelden lijkt ons niet alleen nuttig om een grondig inzicht te verwerven in het welzijnsbeleid van de verschillende overheden, een dergelijke horizontale blik kan ook inspirerend werken voor een verkokerd beleidsdomein waarin diverse beleidsvelden met gelijkaardige beleidsmatige en bestuurlijke vragen en uitdagingen kampen. Het boek is dan ook vooral bedoeld voor iedereen die professioneel bezig is met de inrichting of organisatie van welzijnsbeleid en welzijnsdiensten, en voor studenten die interesse hebben in de organisatie van de bredere welzijnssector.

Nu duidelijk is vanuit welk perspectief, voor welke doelgroep, en met welke finaliteit het boek geschreven is, wordt ook duidelijk wat dit boek niet kan en niet wil zijn. Vooreerst bevat het boek geen positionering of vergelijking van de bestuurlijke organisatie van de diverse beleidsvelden in internationaal perspectief, hoe relevant en verrijkend dit ook zou kunnen zijn. Dit impliceert ook dat we het Europese bestuursniveau buiten beschouwing laten. Dit boek beperkt zich tot een analyse van de huidige bestuurlijke organisatie en tot het bespreken van toekomstige uitdagingen en ontwikkelingen van het welzijnsbeleid in Vlaanderen. Binnen dit boek is geen ruimte om elke *'hic et nunc'*-situatie ook nog eens uitgebreid te gaan situeren in historisch perspectief. De toegevoegde waarde van een uitgesproken historisch perspectief is bovendien niet zo groot omdat de ontwikkelingsgeschiedenis van vele beleidsvelden reeds uitgeschreven is. Ten derde dwingt het opzet van dit boek ertoe om de inhoudelijke analyse van het beleid en de bestuurlijke organisatie van de verschillende beleidsvelden voornamelijk op hoofdlijnen te voeren. Het is onmogelijk om voor elk beleidsveld alle finesses en details (specifieke voorwaarden, bedragen, uitzonderingen ...) van het gevoerde beleid, en alle aspecten (erkenningsvoorwaarden, subsidiehoogtes, sturingsmodaliteiten ...) van de bestuurlijke organisatie van een beleidsveld ten gronde te bespreken. Voor alle details kan verwezen worden naar de regelgeving per beleidsveld, of naar de website van de bevoegde overheidsorganisaties.

De lezer dient ook te weten dat het welzijnsbeleid in Vlaanderen voortdurend in beweging is. De laatste jaren is er beleidsmatig heel wat veranderd, wat de actualisatie van dit boek (dit is de vierde editie) noodzakelijk maakt. Om maar enkele zaken op te sommen: de zesde staatshervorming heeft bevoegdheden zoals de residentiële ouderenzorg en de uitkering van de kinderbijslag naar de Vlaamse overheid overgedragen, in de sector personen met een beperking werd het principe van de persoonsvolgende budgetten decretaal verankerd, met de integrale jeugdhulp werd het beleid voor kwetsbare jongeren volledig hertekend, en de integratie- en inburgeringssector onderging een organisatorische hervorming door de oprichting van een Vlaams agentschap voor integratie en inburgering. Maar de komende jaren kunnen we nog meer wijzigingen en veranderingen verwachten, zodat dit boek tegen 2018 of 2020 wellicht aan een nieuwe editie toe zal zijn. Het valt met name af te wachten hoe de (volgende) Vlaamse regering(en) zullen omgaan met de uitgebreide bevoegdheden (en middelen) als gevolg van de zesde staatshervorming. Het is dus belangrijk om in het achterhoofd te houden dat dit boek een momentopname is van het welzijnslandschap anno 2016. Een welzijnslandschap dat de komende jaren ongetwijfeld nog vele veranderingen zal doormaken.

Het boek is als volgt opgebouwd. In eerste instantie beschrijven we diverse beleidsvelden van het welzijnsbeleid. Voor elk van die beleidsvelden reserveren we een apart hoofdstuk (de hoofdstukken 1 tot en met 8). Ten tweede analyseren we de gelijkenissen en verschillen qua beleid en bestuurlijke organisatie tussen de beleidsvelden. We doen dit door de bevoegdheidsverdeling tussen, en het samenspel van, overheden te belichten (hoofdstuk 9), en door te kijken naar het netwerk van de dienstverlenende organisaties en hun relatie tot de overheid (hoofdstuk 10). Vervolgens gaan we dieper in op de Vlaamse sociale bescherming die al een tijd in de steigers stond, maar nu vorm en inhoud heeft gekregen (hoofdstuk 11). We sluiten het boek af met een hoofdstuk over de uitdagingen voor het welzijnsbeleid van morgen (hoofdstuk 12). We gaan daarbij niet alleen in op de beleidsmatige uitdagingen en hun oorzaken, maar belichten ook de uitdagingen voor de bestuurlijke organisatie.

HOOFDSTUK 12.

UITDAGINGEN, ONTWIKKELINGEN EN AANDACHTSPUNTEN

Het welzijnsbeleid krijgt vorm in een omgeving die constant evolueert. De welzijnssector wordt dan ook continu blootgesteld aan trends en ontwikkelingen die het beleid uitdagen. In dit hoofdstuk willen we de ontwikkelingen en uitdagingen bespreken vanuit een vergelijkend perspectief. We overstijgen de uitdagingen en ontwikkelingen die we in de vorige hoofdstukken voor elk beleidsveld apart hebben besproken, en gaan na of er algemene tendensen, over de beleidsvelden heen, waar te nemen zijn. In zeer grote lijnen kunnen we de uitdagingen en de ontwikkelingen in het welzijnsbeleid onderverdelen in twee categorieën. Ten eerste vanuit het cliëntperspectief, waarbij we de omvang en de aard van de vraag naar welzijnsbeleid bekijken. Ten tweede vanuit het aanbodperspectief, waarbij we vooral de organisatie van het welzijnsaanbod bekijken. Het is niet onze ambitie om oplossingen te formuleren voor de problemen en uitdagingen waarmee de vraag- en aanbodzijde geconfronteerd worden. We proberen wel telkens de belangrijkste ontwikkelingen en uitdagingen van het welzijnsbeleid te analyseren, een overzicht te bieden van hoe overheden hierop een antwoord proberen te bieden, en binnen welke context ze dat doen.

Ontwikkelingen en uitdagingen aan de vraagzijde

De belangrijkste ontwikkelingen en uitdagingen aan de vraagzijde van de welzijnssector zijn in grote lijnen samen te vatten in een drietal clusters. Ten eerste zijn er de ontwikkelingen die de aard en de mate van de vraag gaan bepalen. We zullen zien dat de vraag naar hulpverlening en professionele zorg in de welzijnssector toeneemt. Ten tweede is er de vaststelling dat de vraag naar zorg en ondersteuning alsmaar meer divers wordt. Ten derde zijn er de uitdagingen voor de overheid en de beleidsmakers om aan deze gewijzigde en zich nog steeds wijzigende vraag tegemoet te komen. De overheid wordt met keuzeproblemen geconfronteerd en moet zich continu de vraag stellen of het wenselijk en mogelijk is om de vraagontwikkelingen aan te pakken, en op welke manier.

Stijgende vraag naar zorg

In verschillende hoofdstukken schetsten we de evoluties die zich de voorbije jaren hebben voorgedaan op het vlak van de omvang van de vraag. De cijfers liegen er niet om. De vraag naar hulp, ondersteuning en zorg is de laatste jaren in tal van beleidsvelden toegenomen. Niet alleen in de kinderopvang of in het veld voor personen met een beperking is de vraag toegenomen, ook de jeugdhulp, de (re-

sidentiële) ouderenzorg, en het algemeen welzijnswerk kampen met een veel te grote vraag voor het beschikbare aanbod, waardoor er wachtlijsten ontstaan. Om tot een juiste inschatting van de reële uitdagingen van deze toename te komen, belichten we hierna de oorzaken voor deze toenemende vraag naar professionele dienstverlening. De stijging van de vraag kan verklaard worden door een combinatie van vier clusters van factoren: demografische evoluties, sociologische ontwikkelingen, de technologisch-wetenschappelijke vooruitgang in de geneeskunde en ten slotte ook evoluties in het aanbod zelf.

Demografische evoluties

We hadden het hierboven in het deel over ouderenzorg al over de omgekeerde bevolkingspiramide, die het gevolg is van de combinatie van toenemende vergrijzing en ontgroening. De bevolking in Vlaanderen, en bij uitbreiding in de ganse westerse wereld, veroudert aan een hoog tempo. De overheid is zich bewust van dit probleem en probeert in de mate van het mogelijke (economische) maatregelen te nemen om de gevolgen van deze bevolkingsevolutie te kunnen beheersen. Debatten over de betaalbaarheid van de pensioenen zijn politieke hete hangijzers. Het is echter van even groot belang dat de gevolgen van de demografische evolutie ook vanuit het oogpunt van het zorgbeleid of het welzijnsbeleid op de politieke agenda worden geplaatst. Dit is essentieel omdat het over vragen gaat wie de zorg voor de groeiende groep ouderen zal betalen en organiseren. Het moet gezegd dat de meeste mensen van 65, 75, of zelfs 85 verre van hulpbehoevend zijn. Voor deze grote groep van 'actieve senioren' is er weinig nood aan professionele zorg. Het staat echter wel vast dat hoe ouder mensen worden, hoe groter hun kans is om zorgbehoevend te worden (bijvoorbeeld dementie). Indien de groep 'zeer bejaarde mensen' groter wordt, stijgt de zorgvraag evenredig. Eenvoudige demografische evoluties zullen ertoe leiden dat de zorgnood enorm zal toenemen. Er is immers een trend aan de gang die men de verzilvering, de 'vergrijzing binnen de vergrijzing' noemt. De groep van mensen die ouder zijn dan 90 jaar zal volgens prognoses tegen 2060 uit 230.000 personen bestaan, daar waar deze groep in 2010 nog maar 40.000 mensen telde. Deze demografische evolutie vormt dus in de eerste plaats een uitdaging voor het systeem van de ouderenzorg. Op andere beleidsvelden stellen zich echter evenzeer uitdagingen om demografische redenen. De minibabyboom die sinds 2004 voor een stijging van het aantal geboorten zorgt, doet ook de vraag naar kinderopvang toenemen.

Sociologische evoluties

De toename van de vraag kan echter niet enkel toegeschreven worden aan demografische evoluties. Een aantal sociologische ontwikkelingen is minstens even belangrijk. Het feit dat mensen niet meer in staat of bereid zijn om zelf een groot deel van de hulp en zorg te verstrekken aan familie of andere naasten, zorgt

ervoor dat de vraag om professionele hulp nog toeneemt. Die afname van de niet-professionele mantelzorg (door het eigen sociale netwerk van familie, vrienden of buren) kan onder meer verklaard worden doordat tweeverdieners de tijd niet kunnen vrijmaken om als mantelzorger te fungeren. Dit betekent dat geen van beide partners voltijds taken kan opnemen die vroeger wel binnen het gezin of de familie werden opgenomen, zoals opvang van niet-schoolgaande kinderen, en zorg voor de hulpbehoevende grootouders. Koppels van tweeverdieners moeten met andere woorden noodgedwongen een beroep doen op het professionele circuit (kinderopvang, rusthuis). Het zijn echter niet alleen tweeverdieners die nog weinig ruimte hebben om zelf ondersteuning of hulp te bieden. Ook de toename van het aantal eenoudergezinnen zorgt ervoor dat steeds minder mensen in staat zijn om taken van informele zorg en ondersteuning op te nemen. En er is de toenemende migratie binnen ons land. Mensen blijven steeds minder in het dorp wonen waar ze opgroeien. Dat betekent dat mantelzorg voor de ouders, die in het dorp van oorsprong bleven, moeilijker wordt. Dit betekent evenzeer dat de kinderen niet zo makkelijk door oma en opa kunnen worden opgevangen indien nodig. De mantelzorg of informele zorg neemt dus af door beperkingen in tijd (voltijds werken) en in ruimte (we wonen vaker verder van de naaste familie).

Toch scoort Vlaanderen voorlopig nog relatief goed wat de informele mantelzorg betreft (zie ook hoofdstuk 11 over de Vlaamse Sociale Bescherming). Uit een onderzoek van de studiedienst van de Vlaamse regering (2010) blijkt dat ongeveer de helft van de Vlamingen minstens af en toe vrijwillig zorgt voor zieken, bejaarden of personen met een handicap in de eigen omgeving. Ongeveer 20 % doet dit zelfs heel regelmatig (dagelijks of wekelijks). En ongeveer de helft van de Vlamingen vangt af en toe kinderen op vrijwillige basis op. Mensen die mantelzorg opnemen, blijken vooral 50-plussers te zijn die niet (langer meer) werken. Tevens blijkt uit die studie dat mensen die actief betrokken zijn in sociale netwerken en verenigingen, vaker zorgtaken op informele basis opnemen. Wat de precieze omvang van de informele zorg is, is echter moeilijker in te schatten. In tegenstelling tot de zorg in het professionele circuit, waar we exact kunnen weten hoeveel uren zorgprestaties er geleverd worden, is het heel moeilijk om in te schatten hoeveel mensen mantelzorg verlenen, en met welke intensiteit. Niet-tegenstaande de bovenstaande cijfers wijzen op een aanzienlijke omvang van de mantelzorg, moeten we ons de vraag stellen in hoeverre deze informele zorg, de toenemende vraag naar professionele zorg voldoende zal kunnen blijven afremmen, gelet op de hierboven beschreven demografische evoluties.

Ook de veranderende arbeidsomstandigheden, die voor grote groepen van mensen gekenmerkt worden door minder zekerheid over de job, druk tot meer productiviteit en een toegenomen vraag naar flexibiliteit, leiden tot meer welzijnsproblemen voor een deel van de bevolking. Een vaak aangehaalde indicatie van de toegenomen stress wordt gevonden in cijfers over het aantal zelfmoorden. Zelfdoding is de belangrijkste doodsoorzaak bij Vlamingen tussen de 25 en 50 jaar. De zelfmoordcijfers in Vlaanderen liggen hoger dan in de rest van Europa. In

Vlaanderen zijn er jaarlijks ongeveer 35 zelfdodingen per 100.000 inwoners, terwijl het Europees gemiddelde op ongeveer 25 zelfdodingen per 100.000 inwoners ligt⁸⁷. Dergelijke cijfers lijken te illustreren dat het (moeten) meedraaien in een op vele vlakken competitieve maatschappij met tanende sociale netwerken voor meer en meer mensen alsmaar lastiger wordt. Dit leidt tot nieuwe problemen en groeiende zorgnood in een aantal minder gekende sectoren. Mensen met psychische problemen doen een beroep op de geestelijke gezondheidszorg. Ook sectoren zoals verslavingshulp (drugs, alcohol ...) beleven een 'hoogconjunctuur'. Vele van de mensen die met bovenstaande zorgvragen kampen, komen ook in het algemeen welzijnswerk terecht, via de dienstverlening van OCMW's en CAW's. Problemen tussen ouders en kinderen leiden tot een toenemende en complexere zorgvraag voor de jeugdhulp. Ten slotte stellen we vast dat, hoewel we in een gemiddeld zeer welvarend land wonen, er toch een groeiende groep van mensen niet evenredig mee profiteert van onze welvaart. De groep armen in onze samenleving neemt zeker niet af, integendeel. Dit gegeven wordt zeer sterk gevoeld in de verschillende organisaties en voorzieningen in sectoren zoals het algemeen welzijnswerk, de armoedebestrijding en de samenlevingsopbouw. Ook in deze sectoren ontstaan er wachtlijsten, die soms heel concreet worden, wanneer het om de plaatsen gaat in de nachtopvang voor daklozen.

Het verschil met traditionele beleidsvelden zoals bijvoorbeeld de ouderenzorg is dat men in veel van de hierboven besproken beleidsvelden niet te maken heeft met een 'natuurlijke' aanwas van wachtlijsten om demografische redenen, waar er niet preventief kan tegen worden opgetreden. In deze sectoren, zoals bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg, de bijzondere jeugdbijstand, de armoedebestrijding, en het algemeen welzijnswerk is een preventief beleid wel mogelijk, door in de mate van het mogelijke de negatieve effecten van bepaalde sociologische evoluties aan te pakken. De preventieve functie van het welzijnswerk mag niet onderschat worden, omdat investeren in deze preventieve functie belangrijk is om eventuele latere zwaardere (en voor de maatschappij duurdere) zorgvragen te vermijden. We denken dan bijvoorbeeld aan de rol die de sector samenlevingsopbouw speelt, of aan bepaalde dienstverleningen die in de bijzondere jeugdbijstand worden geboden. Indien jongeren die in probleemsituaties opgroeien op een doeltreffende manier worden geholpen, kan dit leiden tot minder potentiële jongeren die als misdrijf omschreven feiten plegen. Of aan de budgetbegeleiding die het OCMW biedt, waardoor de huur alsnog betaald wordt en op die manier een uithuiszetting en mogelijks dakloosheid vermeden wordt.

Technologische en wetenschappelijke vooruitgang

Door de technologische en medische vooruitgang zijn we in staat om mensen te helpen voor wie dit vroeger ondenkbaar was. Voor mensen met fysieke be-

87 VRIND, *Vlaamse Regionale Indicatoren*, Studiedienst van de Vlaamse regering, 2015.

perkingen worden er steeds nieuwe hulpmiddelen en technieken op de markt gebracht, die het leven aanzienlijk comfortabeler maken. Tegelijkertijd is het voor de zorgvrager steeds moeilijker om te weten welke technologische mogelijkheden er voorhanden zijn. Het Kenniscentrum Hulpmiddelen (KOC) van het VAPH kan de persoon met een handicap bijstaan in de zoektocht naar het meest gepaste hulpmiddel. Ook de geneeskundige vooruitgang speelt een rol. Mensen met het Downsyndroom bijvoorbeeld, worden tegenwoordig veel ouder in vergelijking met vroeger. We worden met zijn allen ouder dan vorige generaties, maar we weten ook dat de kans op zorgbehoefvendheid stijgt naarmate iemand ouder wordt. Door de medische vooruitgang in de perinatale zorg hebben vroeggeboren baby's aanzienlijk meer kans om te overleven, maar tegelijkertijd ook meer kans op een ontwikkelingsachterstand en een (blijvende) beperking. Na een zwaar ongeval, of na een hersen- of hartinfarct, zijn er meer en meer mensen die overleven, maar vaak met een blijvende handicap. De medische en wetenschappelijke vooruitgang is zeker toe te juichen, en een teken van maatschappelijke welvaart en vooruitgang. Tegelijkertijd zorgt deze vooruitgang voor nieuwe uitdagingen voor de zorgsector en een zorgbeleid, omdat – paradoxaal – door medische vooruitgang in sommige gevallen de zorgvraag kan toenemen.

Evoluties in het aanbod zelf

We mogen tot slot niet vergeten dat achter de toegenomen vraag ook een aantal mechanismen schuilgaat die eerder met het aanbod, dan met de vraag te maken heeft. Zo leerden de ontwikkelingen rond het persoonlijk assistentiebudget (PAB) dat een nieuw aanbod ook nieuwe vragen genereert, waardoor de wachtlijst automatisch langer wordt. Bovendien moeten wachtlijsten in sommige beleidsvelden ook kritisch bekeken worden. In de kinderopvang bijvoorbeeld heeft elke voorziening doorgaans een lange wachtlijst, maar onderzoek toonde aan dat ouders zich op vele wachtlijsten tegelijk inschrijven (met een verlenging van de wachtlijsten tot gevolg), en dat de meeste voorzieningen weinig moeite doen om deze wachtlijst actueel te houden. Een zelfde fenomeen zien we in de residentiële ouderenzorg, waar elk woonzorgcentrum een eigen wachtlijst beheert. Een gebrek aan afstemming in het aanbod zorgt hier dus voor een artificiële verlenging van de wachtlijsten. De zorgregistratie in het beleidsveld personen met een handicap illustreert trouwens dat niet elke persoon op de wachtlijst per definitie aan het wachten is op dringende zorg of ondersteuning, en dat niet elke hulpvraag even acuut en omvangrijk was. Vaak is er al een vorm van zorg, maar niet de best passende of meest gewenste. Ook dienen sommigen al een aanvraag tot erkenning of bijstand in, omdat ze vrezen dat ze niet tijdig geholpen zullen worden wanneer de nood zich opdringt. Desalniettemin moeten we ervoor ijveren om wachtlijsten te minimaliseren, want in heel wat gevallen gaat het om schrijnende situaties.

De vraag naar zorg en ondersteuning wordt complexer

De vraag naar zorg neemt niet alleen toe, de zorg- en ondersteuningsvragen worden alsmaar complexer. De welzijnscliënten worden steeds mondiger en vragen meer inspraak over de manier waarop ze geholpen worden. Daarnaast leven we in een samenleving die steeds meer divers wordt, zoals we ook al aantoonde in het hoofdstuk over minderheden. Dit leidt tot een situatie waarin sommige cliënten, op basis van hun eigen culturele achtergrond, een andere perceptie hebben van hoe kwaliteitsvolle zorg- en dienstverlening er moet uitzien. Bovendien verwachten cliënten steeds meer zorg op maat, in functie van hun eigen individuele problematiek.

Inspiraak en positie van de cliënt in het welzijnsbeleid

Een eerste ontwikkeling, die op zich ook een uitdaging vormt, gaat over de positie van de cliënt in de zorg. Het is belangrijk dat welzijnscliënten, in de mate van het mogelijke, inspraak hebben over de hulp die zij ontvangen. Net zoals in andere maatschappelijke sectoren worden de cliënten (of hun vertegenwoordigers) in de welzijnszorg mondiger, weten ze beter wat ze willen (en niet willen), en willen ze dat ook kenbaar maken. In grote lijnen kunnen cliënten inspraak hebben op twee niveaus. Ten eerste op het niveau van het beleid, waar de cliënten hun wensen en noden kenbaar maken bij de diverse overheden. Ten tweede op het niveau van de dienstverlening, waar de cliënten inspraak krijgen over hoe de organisaties waar ze zorg, hulp of diensten ontvangen werken.

Idealiter hebben cliënten inspraak in het beleid en de beleidsvorming. Dat is vandaag min of meer op papier het geval, maar het is en blijft niet vanzelfsprekend. Gebruikers- en/of cliëntenorganisaties zijn nu opgenomen in organen en raden, zoals raden van bestuur, raadgevende comités en in de Strategische Adviesraad, maar de vraag is of zij even sterk staan en gelijkwaardig behandeld worden als de sociale partners uit de sector. Voorzieningen en hun koepelorganisaties en de vakbonden van de welzijnswerkers zijn wellicht beter in staat om aan het beleid te participeren en om invloed uit te oefenen via andere dan deze formeel-institutionele kanalen dan de meeste gebruikersorganisaties (wellicht met uitzondering van de mutualiteiten). Het moet wel gezegd dat de overheid in diverse beleidsvelden inspanningen heeft gedaan om gebruikersorganisaties te ondersteunen zodat ze als volwaardige gesprekspartner voor de overheid zouden kunnen dienen. In de sector van de organisaties voor personen met een handicap zijn er organisaties zoals het Vlaams Gebruikersoverleg voor personen met een handicap (www.vgph.be) of de gesubsidieerde budgethoudersverenigingen in het kader van de persoonsvolgende financiering. Met betrekking tot deze laatste, subsidieert de overheid gebruikerorganisaties om budgethouders bij te staan, maar ook om tegelijk hun belangen te vertegenwoordigen op beleidsniveau. In de jeugdhulp is er vzw Cachet. Cachet is een organisatie door en voor jongeren met een ervaring in de jeugdhulpverlening. De initiatiefnemers van Cachet willen op

een positieve manier aan de slag met hun ervaringen in de jeugdhulp en hebben daarom in 2011 deze vzw opgericht. Er zijn daarnaast ook de zelforganisaties die losstaan van de grote en vaak zuilgebonden koepels, zoals bijvoorbeeld de verenigingen waar armen het woord nemen. Het voorbije decennium zijn er enkele beleidsinitiatieven genomen die de participatie van bepaalde doelgroepen aan het beleid moeten versterken. Zo is er bijvoorbeeld sedert 2004 een decreet dat de ouderenparticipatie aan het beleid regelt en is er een Vlaamse ouderenraad aangesteld die gesubsidieerd wordt door de Vlaamse overheid. In de diversiteitssector is er het Minderhedenforum, waarin verenigingen van etnisch-culturele minderheden vertegenwoordigd zijn, die een vinger aan de pols moet houden wat het minderhedenbeleid betreft. Op het vlak van de armoedebestrijding is er het Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen. De overheid heeft met andere woorden in heel wat beleidsvelden een gesprekspartner aan cliëntzijde, al stellen zich natuurlijk wel enkele problemen. Zo zijn niet alle doelgroepen van het welzijnsbeleid even makkelijk 'organiseerbaar'. Mensen die in armoede leven, hebben vaak schroom om zich als dusdanig te uiten. Ze zijn dan ook niet altijd geneigd om te participeren in de netwerken die in gesprek treden met de overheden. In de sector van de etnisch-culturele minderheden is de doelgroep zo divers, dat we ons zouden kunnen afvragen welke groepen minderheden er dan wel vertegenwoordigd worden in de organen die in gesprek treden met de overheid. Zeker in sectoren waar het beleid heel sterk op participatie is gestoeld, zoals samenlevingsopbouw en armoedebestrijding, is dit niet onbelangrijk. We kunnen ons met name afvragen wat de reële capaciteit is van deze 'georganiseerde doelgroepen' om mee te denken over het beleid, en welke belangen ze uiteindelijk vertegenwoordigen, die van de doelgroep in het algemeen, of van deelbelangen die ook binnen een bredere doelgroep kunnen verschillen.

Op het niveau van de voorzieningen zien we dat de cliënten van deze voorzieningen steeds mondiger worden, maar dat ze daar niet altijd mee terecht kunnen in hun voorziening. Om aan die nood een oplossing te bieden, zijn er de voorbije jaren heel wat beleidsinitiatieven genomen die inspraak van de cliënt in het beleid van hun voorziening moeten regelen en ook infoverstrekking aan cliënten stimuleren. Mooie voorbeelden hiervan zijn het Kwaliteitsdecreet in de zorg- en de gezondheidssector, dat onder meer stelt dat cliënten kunnen meehelpen om het kwaliteitsbeleid van de voorziening uit te tekenen, en het Decreet Rechtspositie in de Integratie Jeugdhulp. Een andere piste om de inspraak van individuele cliënten in de voorziening te verhogen, is het werken met persoonlijke budgetten, zoals dit in de sector voor personen met een handicap steeds meer een beleids optie is geworden en ook in de nabije toekomst in de ouderenzorg wordt uitgerold (zie Vlaamse Sociale Bescherming). Eén van de mogelijke positieve effecten dat een systeem van persoonlijke budgetten kan sorteren, is dat er een nauwer partnerschap tussen cliënt en voorziening kan ontstaan. De voorziening moet immers de kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning kunnen bieden die de cliënt wenst, wil deze laatste zijn of haar budget spenderen bij die voorziening. Er ontstaat op die manier een vorm van rechtstreekse kwaliteitscontrole op de voorziening door de cliënt.

Welzijnsbeleid in een superdiverse samenleving

In het hoofdstuk over minderhedenbeleid hebben we uitgebreid aangetoond dat we in een steeds diverser wordende samenleving leven. Het feit dat we in een diverse samenleving wonen, stelt ook een aantal uitdagingen naar hoe we onze zorg gaan organiseren in het licht van deze evolutie. Wat de precieze impact is van het feit dat we in een samenleving leven waarin mensen van verschillende culturen samenleven op ons systeem van welzijnszorg, is vooralsnog niet volledig in te schatten. Iedere inwoner van ons land heeft toegang tot de dienstverlening van het welzijnsbeleid, en dus stromen er ook steeds meer mensen van allochtone origine in. Dit stelt ons voor ten minste twee uitdagingen. Ten eerste met betrekking tot het realiseren van gelijke toegang voor mensen van allochtone origine. Voor deze groepen bestaat een verhoogd risico op een mattheuseffect. Dit effect houdt in dat juist die groepen die het meest behoefte hebben aan welzijnsvoorzieningen, minder toegang hebben, omdat andere groepen om allerlei redenen meer gebruik (kunnen) maken van het beperkt bestaande aanbod. Verderop in dit hoofdstuk gaan we hier nog kort op in. Ten tweede stelt zich een uitdaging voor voorzieningen in de verschillende beleidsvelden die met deze diverse instroom geconfronteerd worden. Binnen afzienbare tijd valt het bijvoorbeeld te verwachten dat er een aanzienlijk deel van de rusthuisbewoners van allochtone origine zal zijn. Rusthuizen zullen hiermee moeten leren omgaan, omdat allochtone rusthuisbewoners vanuit hun culturele achtergrond een aantal specifieke gewoontes hebben en die dan ook zullen willen behouden. Dat kan gaan van kleine zaken zoals voedingsgewoontes, tot meer fundamentele zaken, zoals het zich laten verzorgen door mensen van het andere geslacht. Voorzieningen die hiermee geconfronteerd worden, zullen naar een evenwichtige en haalbare oplossing moeten zoeken. Een mooi voorbeeld van hoe welzijnsvoorzieningen op een succesvolle manier de uitdaging van de multiculturele samenleving aanpakken, is te vinden bij Kind en Gezin. Zij tonen aan dat door op een pragmatische manier rekening te houden met de gewoontes en zeden van alle ouders (dus ook deze van allochtone afkomst), men erin slaagt om consultaties vast leggen voor bijna alle pasgeboren baby's in Vlaanderen. Het belangrijkste voor Kind en Gezin is immers dat zoveel mogelijk pasgeboren baby's opgevolgd worden in het kader van de preventieve gezinsondersteuning. En als dat gerealiseerd kan worden door enigszins flexibel in te spelen op de zeden en gewoontes van het te bezoeken gezin, dan wordt daar in de mate van het mogelijke rekening mee gehouden.

Zorg en ondersteuning op maat van de vraag van de cliënt?

Iedere hulpvrager in de welzijnssector heeft in feite zijn of haar eigen individuele problematiek, en wenst een aanbod aan zorg, hulp of ondersteuning dat is aangepast aan die individuele zorgvraag. Zo hebben we bijvoorbeeld gezien dat 'de oudere' niet bestaat, en dat er vele gradaties bestaan in de mate van zorgbe-

hoevendheid van ouderen. Sommigen zijn nog in staat om thuis te blijven wonen op zelfstandige basis, zij het dat ze via de thuishulp enigszins worden bijgestaan bij huishoudelijke taken. Anderen kunnen thuis blijven wonen, maar hebben intensievere zorgen nodig zoals medische hulpverlening door thuisverplegers, of andere vormen van zorg. Nog andere ouderen zijn niet meer in staat om alleen thuis te wonen, en moeten geholpen worden via vormen van residentiële hulp. Ook op het beleidsveld van de hulp aan personen met een handicap zijn de zorgvragen meestal heel individueel bepaald. Heel wat vragen die het VAPH krijgt, zijn niet van die aard dat er zorg nodig is, maar betreffen het verkrijgen van hulpmiddelen. Ook binnen de groep van personen met een handicap die een zorgvraag heeft, is de problematiek heel uiteenlopend. Niet alle vragen zijn even dringend, en de intensiteit van de problematiek verschilt in grote mate. Het beleid erkent die diversiteit in zorg- en ondersteuningsvragen, en heeft in het recente verleden reeds een aantal initiatieven genomen om het aanbod af te stemmen op deze diversiteit.

Hoe omgaan met de toenemende en diverse vraag?

De groeiende vraag naar professionele zorg en ondersteuning leidt dus tot structurele wachtlijsten in alle beleidsvelden van het welzijnsbeleid, zoals we in de vorige hoofdstukken aantoonde. Omdat de omvang van de zorgvraag sterk beïnvloed wordt door vele trends en evoluties, vraagt dit probleem om een creatief beleid. Wachtlijsten moeten zoveel mogelijk weggewerkt en vermeden worden, maar ook de oorzaken van de wachtlijsten moeten aangepakt worden. Er worden vele financiële middelen vrijgemaakt om de totaliteit van de zorgvraag in de verschillende deeldomeinen te kunnen beantwoorden. Dit blijkt uit de spectaculaire groei van het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbudget gedurende het laatste decennium (van 1.762.000.000 euro in 2000 tot ongeveer 3.700.000.000 euro in 2012). Deze budgettaire groei heeft onder andere op het beleidsveld van personen met een handicap, de thuiszorg en de kinderopvang tot een grote groei in plaatsen geleid. En gegeven de grote budgettaire inspanningen die de overheid levert, zal in de toekomst de verantwoording over de inzet en besteding van die middelen nog belangrijker worden. Niet alleen vragen burgers zorggarantie, burgers vragen ook kostenefficiëntie, zeker wanneer de overheidsinvesteringen in zorg en welzijn nog zullen toenemen. De belastingbetaler zal – terecht – overtuigd moeten worden dat de middelen goed besteed worden. De caritas als enige drijfveer van de burger om solidariteit te bepleiten is niet meer genoeg, zeker niet in tijden van budgettaire schaarste.

Om aan de groeiende en steeds complexer wordende vraag te voldoen, dienen overheden dus een beleid uit te stippelen dat zorg garandeert voor wie het nodig heeft, en dat via efficiënte besteding van de middelen. Bij het uittekenen van dergelijk beleid worden de overheden met een aantal vraagpunten geconfronteerd. In de eerste plaats dient er een antwoord te worden geformuleerd op de vraag

wie er toegang heeft tot het welzijnsaanbod, in algemene termen. Dit is een niet onbelangrijke vraag, omdat het in wezen gaat over wie we als gemeenschap bereid zijn te ondersteunen en te helpen. In de tweede plaats dient er een oplossing te worden gevonden voor de complexe problematiek van de toenemende druk op het professionele circuit, een gevolg van de toenemende en steeds complexer wordende vraag. Zorgregie, vraagsturing en meer inzetten op de eerste lijn zijn drie belangrijke beleidsprincipes die de garantie op zorg moeten vergroten. Ten derde kunnen we ons de vraag stellen in hoeverre welzijnsbeleid losstaat van andere beleidsdomeinen en of we niet nog meer moeten streven naar een integraal beleid, waarbij er ook op andere beleidsdomeinen initiatieven worden genomen die het welzijn van mensen (al dan niet uit bepaalde doelgroepen) kunnen bevorderen.

Wie heeft recht op de dienstverlening van het welzijnsbeleid?

De vraag wie in onze samenleving recht heeft op dienstverlening in de bredere welzijnssector houdt verband met een belangrijke maatschappelijk-ethische kwestie. Het gaat om de vraag waarvoor we de schaarse overheidsmiddelen reserveren. Het antwoord op die vraag is allerm minst gemakkelijk te formuleren. Deze kwestie is te herleiden tot de fundamentele vraag of iedereen gelijke toegang dient te krijgen tot de dienstverlening ('universalisme'), dan wel of de toegang alleen voor bepaalde groepen van mensen geldt ('selectivisme')⁸⁸. Universalisten zijn voorstander van een gelijke toegang tot de openbare (of openbaar gefinancierde) voorzieningen voor iedereen. Zij zijn met andere woorden tegen bepaalde uitsluitingsmechanismen die groepen van mensen weerhouden van bepaalde zorg en steun. De argumentatie van deze universalisten vertrekt vanuit hun bekommernis voor het solidariteitsmechanisme. Wil men het maatschappelijk draagvlak vergroten voor sociale dienstverlening en welzijnszorg, dan moet men duidelijk maken dat iedereen toegang kan krijgen wanneer dit nodig zou zijn. Dit is belangrijk omdat niet iedereen in gelijke mate bijdraagt tot de financiering van de dienstverlening van het welzijnsbeleid. Opdat zij die het meeste bijdragen dat ook in de toekomst zouden blijven doen, moet men aan iedereen in de samenleving gegarandeerde zorg en ondersteuning kunnen aanbieden, wanneer dit nodig zou zijn. Een ander argument van universalisten is dat algemene maatregelen ook kosteneffectief kunnen zijn. Een vaak gebruikt voorbeeld is de universele toegang tot vaccinatie tegen baarmoederhalskanker, waar alle vrouwen in principe gebruik van zouden kunnen maken. Een dergelijke algemene maatregel is duur, maar het preventieve karakter ervan kan een nog grotere toekomstige uitgave vermijden, omdat de behandeling van baarmoederhalskanker de maatschappij nog veel meer kost. Selectivisten daarentegen zijn tegen algemene maatregelen en wensen de toegang tot zorg- en welzijnsvoorzieningen te reserveren voor bepaalde groepen. Hun argumentatie is hoofdzakelijk budgettair. De

88 M. VOGELS, *Welzijnsbeleid in Vlaanderen*, Leuven, LannooCampus, 2006.

overheidsmiddelen zijn beperkt en moeten dus zeer efficiënt ingezet worden. Het is volgens selectivisten allerm minst efficiënt om middelen in te zetten voor groepen of individuen die in principe bepaalde dienstverlening niet nodig hebben (bv. sommige vrouwen kunnen perfect hun vaccin tegen baarmoederhalskanker zelf betalen). Selectivisten vrezen ook misbruik van dienstverlening door zij die het in principe niet nodig hebben (sociale fraude) en vrezen bovendien dat de garantie op zorg voor veel mensen de incentive wegneemt om uit hun achterstandspositie weg te geraken (sociale 'hangmat').

Uiteraard is de problematiek te complex om de discussie te verengen tot een zwart-witverhaal waarin selectivisten tegenover universalisten staan. Veel recente beleidsinitiatieven bevatten componenten van beide benaderingen. Met de groei van de actieve welvaartsstaat is er een synthese gekomen tussen het 'liberale' en het 'sociale' verhaal. Iedereen heeft de verantwoordelijkheid om zelf aan zijn of haar maatschappelijke positie te werken (studeren, werken ...), maar als dit om een of andere reden niet lukt (ziekte, handicap ...), dan staat er een overheid die de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor deze kansengroepen opneemt. De belangrijkste concrete maatregel van de Belgische actieve welvaartsstaat was de omvorming van het bestaansminimum naar het leefloon. Vroeger kregen mensen in de sociale bijstand een bestaansminimum en de overheid die het bestaansminimum verstrekke vroeg daar in feite weinig tot niets voor terug. Met het leefloon sluit de overheid een contract af met de ontvanger. De overheid erkent de (tijdelijke) achterstandspositie van de gebruiker van het leefloon en engageert zich om die persoon een loon uit te keren waarvan hij/zij kan leven. Anderzijds verwacht de overheid dat die persoon, in ruil voor dat loon, actief op zoek gaat naar een oplossing voor zijn/haar achterstandspositie (werk zoeken, opleiding volgen ...). Men wordt dus selectiever wat het leefloon betreft (de ontvanger heeft de plicht actief iets aan zijn situatie te doen) en toch is dit een universele maatregel (iedereen die het leefloon aantoonbaar nodig heeft, zal het ontvangen), zij het er een waar voorwaarden aan gekoppeld zijn (ook wel selectiviteit in functie van de tegenprestatie genoemd). Een tweede punt van nuance is dat wanneer we de verschillende beleidsvelden in het welzijnsdomein bekijken, we in feite zouden kunnen spreken van beleidsvelden die eerder 'selectivistisch' zijn, en van beleidsvelden die eerder 'universalistisch' zijn. In het beleidsveld van personen met een handicap bijvoorbeeld, heeft iemand een 'ticket' nodig, verstrekt door het VAPH, om zich te kunnen inschrijven bij een voorziening voor hulpverlening. In de ouderenzorg daarentegen, kan iedereen die ouder is dan 65 jaar zich in principe inschrijven om gebruik te maken van dienstverlening in een woonzorgcentrum, maar er wordt wel meer en meer als voorwaarde gesteld dat de oudere zorgbehoevend dient te zijn. Dus ook hier neemt de selectiviteit toe. In de kinderopvang zien we ook een combinatie van universalistische en selectivistische principes. Enerzijds staat het aanbod voor iedereen open, anderzijds betaalt men in een deel van het aanbod een inkomensgerelateerde bijdrage, waardoor ook minder bemiddelde gezinnen het aanbod kunnen benutten. In de kinderopvang zijn er ook voorrangsregels voor bepaalde doelgroepen, wat duidt

op een zeker selectivisme. Met het nieuwe decreet over de opvang van baby's en peuters wordt kinderopvang als recht naar voren geschoven: ten laatste tegen 2020 zou iedereen die daar behoefte aan heeft toegang moeten krijgen tot betaalbare en kwaliteitsvolle kinderopvang. Dat is dan weer een mooi voorbeeld van universalisme. En ook het nieuwe beleid rond Integrale Jeugdhulp bevat zowel universalistische als selectivistische principes: een brede en rechtstreekse toegang tot minder ingrijpende hulp op de eerste lijn (eerder universalistisch) gecombineerd met de ingrijpendere hulpverlening van de bijzondere jeugdbijstand achter de intersectorale toegangspoort (selectivistisch).

Zorgregie

Een mogelijke oplossing om met stijgende vraag om te gaan, is het verder verfijnen van de wachtlijsten zodat de reële zorgvraag nog beter in kaart wordt gebracht. Op die manier kan er ook een effectievere zorgregie gevoerd worden, waarbij vraag en aanbod beter op elkaar worden afgestemd. De initiatieven in bijvoorbeeld het beleid voor personen met een handicap met betrekking tot de centrale zorgregistratie speelden hierin een pioniersrol. Door de centrale zorgregistratie kan men zicht krijgen op de werkelijke omvang en intensiteit van de totale zorgvraag, wat uiteraard een noodzakelijke voorwaarde is wil men tot een goede afstemming tussen vraag en aanbod komen. Ook in de jeugdhulp is er sprake van regie: ter hoogte van de intersectorale toegangspoort zijn er consulenten aan de slag die de precieze zorgvraag in kaart brengen, en die de meest passende zorg voor de hulpvrager in kwestie suggereren. Ook centrale wachtlijsten brengen een correcter zicht op de werkelijke en totale omvang van de zorgvragen. In de sector voor personen met een beperking is er een centrale wachtlijst. Maar ook in andere beleidsvelden, zoals kinderopvang of ouderenzorg, zouden meer gecentraliseerde wachtlijsten nuttig kunnen zijn. In de ouderenzorg en in de kinderopvang wordt er nu nog gewerkt met wachtlijsten op voorzieningenniveau. Het gevolg daarvan is dat er geen zicht is op de reële omvang van de vraag, omdat dezelfde personen wellicht op meerdere wachtlijsten van verschillende voorzieningen tegelijkertijd staan.

Zorg op maat en vraagsturing

Een tweede uitdaging voor het beleid, naast het regisseren van vraag en aanbod, is de voortdurende aandacht voor het organiseren van zorg en ondersteuning op maat van de cliënt. Zorg op maat betekent dat het aanbod van de dienstverlening vertrekt vanuit de specifieke vraag of nood van individuele zorgvragers. Het gaat uit van de filosofie dat een specifieke vraag een specifiek antwoord vereist. De evolutie naar meer maatwerk in functie van de specifieke zorgvraag is echter niet evident. De inventarisatie van de exacte zorgvraag is een moeilijke oefening. Zoals we hierboven reeds stelden, heeft het beleid voor personen met een handicap

hier een pioniersrol gespeeld, met de centrale zorgregistratie. Door de installatie van de toegangspoort is er nu ook in de jeugdhulp een centrale wachtlijst. In andere beleidsvelden bestaat een dergelijk systeem (nog) niet. Er zijn in de meeste beleidsvelden nog geen exacte cijfers voorhanden van wie er waar welke zorg en steun nodig heeft. Het is echter heel belangrijk om over die cijfers te beschikken, wil men tot een zorg-op-maatbeleid komen. Vandaag is veel zorg nog aanbod-gestuurd, omdat het vanuit het aanbod van voorzieningen vertrekt. De cliënt kan kiezen uit het aanbod van voorzieningen en krijgt bijgevolg niet altijd maatwerk. Het hangt vaak van toevalligheden af waarom iemand bij deze of gene zorgverstrekker terechtkomt. Jongeren met een gelijkaardig gedragsprobleem komen al naargelang de opportuniteiten soms terecht in de bijzondere jeugdbijstand, soms in de gehandicaptenzorg en soms zelfs in de geestelijke gezondheidszorg. In de ouderenzorg zijn bejaarden vaak gedwongen om volledig thuis te blijven (ambulante hulp) of volledig over te stappen op residentiële zorg (rusthuis), omdat er soms een gebrek is aan tussenvormen van zorg. Met het Woonzorgdecreet van 2009 werd het principe om van de strikte tweedeling tussen ambulante en residentiële zorg af te stappen, nu ook beleidsmatig vastgelegd in een decreet.

Vraagsturing is een andere manier om tot meer zorg op maat te komen, waarbij er vertrokken wordt vanuit de specifieke zorgvraag van de cliënt. Dit is de filosofie achter de persoonsvolgende budgetten in de gehandicaptenzorg, waarbij de cliënt rechtstreeks een budget in handen krijgt en vervolgens zelf de nodige zorg inkoopt bij de instelling naar keuze. Voorstanders van persoonsvolgende financiering wijzen erop dat een dergelijk persoonsgebonden systeem de wachtlijsten aanzienlijk kan doen slinken, omdat de hulpvrager op die manier middels zijn persoonlijk budget zijn of haar zorg en ondersteuning zelf kan organiseren of inkopen bij de erkende voorziening. Een mogelijk positief neveneffect van dit systeem is dat door toekenning van budgetten aan individuele zorgvragers, er ook wellicht beter zorg op maat kan worden verstrekt. Het valt immers te verwachten dat de zorgvrager enkel die zorg zal 'inkopen' waar hij of zij behoefte aan heeft. Een ander mogelijk effect, dat we hierboven al bespraken, is de versterkte positie van de cliënt in een systeem waarbij met persoonlijke budgetten wordt gewerkt, omdat de cliënt dan zelf het budget in handen heeft en dus iets meer 'klant' wordt van de voorziening. Maar deze radicale omslag van een systeem dat aanbodgericht is (overheid financiert voorzieningen die dan een aanbod aan diensten ontwikkelen) naar een vraaggericht systeem (overheid financiert cliënt die dan zorg inkoopt bij voorzieningen) vergt ook aandacht voor de randvoorwaarden die moeten vervuld zijn om het systeem effectief te laten functioneren.

Op vandaag moeten er op minstens drie punten meer concrete antwoorden komen alvorens het nieuwe systeem klaar is om het oude systeem – aanbod vanuit voorzieningen die daarvoor rechtstreeks door de overheid worden gefinancierd – te vervangen. Ten eerste moet de omvang van dat persoonlijk budget correct bepaald kunnen worden. Daarvoor is er een juiste indicatiestelling van de zorgzwaarte nodig, wat een moeilijke oefening is (zie hoofdstuk 12 over het gebruik

van BelRAI in de ouderenzorg). De zorg die een bejaarde nodig heeft evolueert door de tijd, wat herhaaldelijke meting noodzakelijk maakt. En bij personen met een beperking is de diversiteit van zorgvragen niet te overzien, wegens vaak heel persoonsgebonden problematieken. Bovendien moeten we ook exact weten hoeveel een uur zorg kost in welk soort voorziening om de hoogte van het budget te kunnen bepalen. Ten tweede is het beheren van een budget niet eenvoudig. De zorgsector zit zo complex in elkaar dat maar weinigen de vele soorten en types voorzieningen echt kennen. De vraag is in hoeverre we van de budgethouder kunnen verwachten die kennis te hebben. Het alternatief is een vorm van trajectbegeleiding, waarbij een professional de budgethouder assisteert. Maar dat betekent dat we vele trajectbegeleiders met enkele jaren in de welzijnssector op de teller zullen moeten inschakelen om de vele budgethouders bij te staan. De vraag is hoe we dat zullen financieren, organiseren én waar we dergelijke witte raven die het complexe welzijnsveld overzien kunnen vinden. Ten derde horen we weinig over wat dit systeem impliceert voor de voorzieningen. Momenteel worden zij door de overheid rechtstreeks gefinancierd om zorg te verlenen voor vele mensen. Het kan natuurlijk altijd beter, maar de tevredenheid van cliënten is relatief hoog. Die voorzieningen hebben doorheen de jaren heel wat expertise opgebouwd, en in vele gevallen zijn ze volop bezig met innoveren, kwaliteitsmeting, zorg op maat, en efficiëntiestreven. Deze voorzieningen zullen zich dus moeten herorganiseren in functie van het werken in een systeem waarbij de cliënt zelf de voorziening zal betalen. Het zal een overgangperiode vergen vooraleer de voorzieningen hier klaar voor zijn, terwijl ze ondertussen natuurlijk ook hun kerntaak – zorg verlenen – moeten blijven vervullen.

Versterken van de eerste lijn

Een manier om de druk op het gespecialiseerde aanbod van dienstverlening te verlichten is meer inzetten op de zorg en hulp die kan worden geboden op de eerste lijn, of bij de reguliere dienstverlening. Het mooiste voorbeeld van een dergelijk beleid is Integrale Jeugdhulp. Zoals we in hoofdstuk 3 bespraken, zit het gespecialiseerde aanbod van dienstverlening in de jeugdhulp achter een toegangspoort. Deze hulp is niet rechtstreeks toegankelijk. Er is daarentegen wel een brede toegang tot dienstverlening die voor iedereen toegankelijk is: families en jongeren met problemen kunnen vrij aankloppen bij het CAW, het CLB, Kind en Gezin enzovoort. Enkel wanneer de problematiek gespecialiseerde interventie vereist wordt de cliënt doorverwezen naar de toegangspoort. De filosofie hierachter is dat de problemen die kunnen worden opgelost op die eerste lijn, daar ook daadwerkelijk moeten kunnen worden opgelost. Een gelijkaardige filosofie zien we bij de DOP's in de sector personen met een beperking (hoofdstuk 4). Deze Diensten Ondersteuningsplan bekijken in hoeverre de hulpvraag kan vervuld worden via mantelzorg en reguliere dienstverlening. Pas daarna worden de leemtes ingevuld door het gespecialiseerde aanbod van voorzieningen in de sector personen met een beperking. Een voorbeeld daarvan is het voorzien van

poetshulp via het inschakelen van de (reguliere) dienstverlening van het dienstenchequebedrijf, in plaats van via een thuiszorgdienstverlening van het VAPH. De grote vraag die hierbij opdoemt is natuurlijk of die eerste lijn op vandaag wel voldoende is uitgebouwd en over voldoende middelen beschikt. Met andere woorden: hebben CAW's, CLB's, sociale diensten van de mutualiteiten, OCMW's enzovoort voldoende middelen om die brede instroom op te vangen? Indien de eerste lijn niet wordt uitgebouwd om die rol op te nemen, verlegt het probleem zich: ofwel meer wachtenden op zorg bij de eerstelijnsorganisaties, ofwel het snel doorsturen van zorgvragers naar de niet-rechtstreeks toegankelijke gespecialiseerde hulp waardoor de wachtlijsten daar ook niet korter worden.

Integratie van welzijnsbeleid in andere beleidsdomeinen

We hebben in de verschillende hoofdstukken herhaaldelijk gezien dat het hebben van een specifieke zorgnood heel vaak bijkomende problemen oplevert op andere dimensies van het bestaan. Mensen die in armoede leven hebben niet alleen minder materiële welvaart, arm zijn betekent ook achterstand op verschillende andere vlakken zoals huisvesting, kansen op onderwijs, vrijetijdsbesteding enz. Het hebben van een fysieke handicap leidt vaak tot een letterlijke beperking op het vlak van mobiliteit, toegang tot gebouwen en het uitgesloten zijn van deelname aan bepaalde activiteiten. Welzijnsbeleid moet dus ook aandacht hebben voor de problematieken van mensen die zich om de een of andere reden in een achterstandspositie bevinden, op alle andere beleidsdomeinen, gaande van mobiliteit en huisvesting, over onderwijs en huisvesting, tot en met tewerkstelling en gezondheidsbeleid. Het beleid heeft in vele gevallen erkend dat welzijnsbeleid of sociaal beleid integraal en inclusief moet zijn, en neemt op vele beleidsdomeinen acties of maatregelen die bepaalde groepen van mensen die zich in een of andere positie van 'onwelzijn' bevinden, ten goede komen. Het Decreet Basis-mobiliteit bijvoorbeeld erkent dat het openbaar vervoersbeleid in Vlaanderen ervoor moet zorgen dat iedereen toegang krijgt tot mobiliteit. Door het creëren van een heel dicht netwerk van bussen, zorgt het mobiliteitsbeleid ervoor dat iedereen op zeer korte afstand van zijn of haar woning een bushalte vindt. Dit zorgt ervoor dat iedereen, arm of rijk, oud en jong, gezond of ongezond zich kan verplaatsen om deel te nemen aan de activiteiten van het dagelijkse leven. Dit beleid is voor iedereen bedoeld, maar zorgt ervoor dat bepaalde groepen worden meegetrokken en mobiel worden gemaakt (bejaarden die geen auto meer kunnen besturen, mensen die geen auto hebben ...). Maatregelen rond gelijke onderwijskansen (GOK) en de maximumfactuur in het basisonderwijs zorgen ervoor dat ieder kind gelijke kansen krijgt in het onderwijs. Dergelijke maatregelen vermijden dat reeds op jonge leeftijd een te grote kloof ontstaat tussen kinderen die van thuis uit reeds alle kansen krijgen en kinderen die wegens een moeilijke thuissituatie (armoede, anderstalige ouders) minder kansen krijgen. In het beleid rond tewerkstelling is er via het stimuleren van de sociale economie een steeds grotere aandacht voor het betrekken van kansengroepen, zoals gehan-

dicapten, laaggeschoolden en 55-plussers, op de arbeidsmarkt. Op het vlak van gezondheidsbeleid heeft men de maximumfactuur ingevoerd, zodat mensen die heel hoge facturen ontvangen voor geneeskundige bijstand of geneesmiddelen niet in de armoede dreigen te verzeilen, gewoon omdat ze ziek zijn. Deze maatregelen tonen aan dat welzijnsbeleid niet alleen een kwestie is van maatregelen nemen voor specifieke doelgroepen (zoals armen, bejaarden, laaggeschoolden of mensen met een handicap) binnen het beleidsdomein welzijn.

Ontwikkelingen en uitdagingen aan de aanbodzijde

Naast de vraagzijde van het welzijnsbeleid, zijn er ook uitdagingen en ontwikkelingen aan de aanbodzijde van het welzijnsbeleid. De aanbodzijde bekijkt het perspectief van de organisaties die de zorg en ondersteuning aanbieden (instellingen, voorzieningen, overheden). Aan aanbodzijde is er ook het aanbod van informele mantelzorg. Een derde belangrijk aspect aan de aanbodzijde is de betaalbaarheid van de zorg en het financiële plaatje van het welzijnsbeleid. Ten slotte zijn er ook ontwikkelingen en uitdagingen die te maken hebben met de bestuurlijke organisatie, of hoe de relatie tussen overheden en organisaties in de welzijnssector zich ontwikkelt.

Het aanbod aan professionele dienstverlening

In de brede welzijnssector met zijn voorzieningen en diensten, zijn er ook een aantal ontwikkelingen aan de gang die inwerken op de manier waarop deze voorzieningen functioneren en met elkaar in relatie staan. De hierboven beschreven variëteit van voorzieningen van verschillende types (openbaar, privaat non-profit en commercieel) is constant in beweging. De laatste jaren zien we bijvoorbeeld een evolutie naar vermarkting en commercialisering van de zorg, weliswaar beperkt en niet op alle beleidsvelden. Een tweede belangrijke ontwikkeling is de professionalisering van de voorzieningen in de welzijnssector, en dit zowel bij de werknemers van die voorzieningen, als bij het management.

Commercialisering en vermarkting in de welzijnssector

Een aanzienlijk deel van de welzijnssector, en dan vooral op beleidsvelden als kinderopvang en ouderenzorg, wordt geconfronteerd met 'commercialisering'. Dat deze commercialisering zich voornamelijk manifesteert in de residentiële ouderenzorg en in de kinderopvang is in feite niet zo verwonderlijk, omdat de vraag naar dienstverlening in deze domeinen zeer groot is, en de wachtlijsten lang zijn. Het is een economische wetmatigheid dat waar er veel vraag is, er aanbod komt. In een dergelijke situatie hoeft het niet te verwonderen dat commerciële initiatieven ontstaan, zeker in situaties waar er ook winst te maken is. Bo-

vendien zijn kinderopvang en ouderenzorg beleidsvelden die zich richten tot een zeer brede bevolkingsgroep en is het aantal potentiële cliënten dat commerciële zorg kan betalen dan ook groter. Een andere factor die, zij het in mindere mate, heeft bijgedragen tot de groei van de private sector, is het uitblijven van publiek initiatief. Private actoren vullen in die optiek de 'gaten' in de dienstverlening die niet door de publieke sector worden ingevuld. Vanuit historisch perspectief zijn deze private actoren in Vlaanderen echter altijd non-profitinitiatieven geweest, en geen commerciële bedrijven. De overheid heeft in Vlaanderen altijd al een partnerschap gehad met deze non-profitsector. In ruil voor overheidssubsidies hebben deze non-profitorganisaties, op de meest diverse beleidsvelden, altijd al een aanzienlijk deel van de dienstverlening in de welzijnssector verzorgd.

De laatste decennia doen er dus meer en meer commerciële actoren hun intrede op sommige beleidsvelden. De aanwezigheid van deze actoren in de welzijnssector leidt soms tot discussies. Sommigen stellen de vraag of er in de welzijnssector, waar het in de eerste plaats rond zorg voor bepaalde kwetsbare groepen draait, wel plaats is voor winstbejag. De discussie wordt ook vaak gevoed door een aantal wederzijdse vooroordelen. De commerciële sector argumenteert soms dat de gesubsidieerde sector wordt bevoordeeld door de infrastructuur- en andere subsidies en stelt dat er een vorm van oneerlijke concurrentie ontstaat tussen gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde voorzieningen. De non-profitsector stelt soms dat de commerciële sector bepaalde groepen uitsluit. Men verwijt dan dat commerciële initiatieven enkel zouden focussen op gegoede cliënten, of dat de kwaliteit van de dienstverlening zou lijden onder het streven naar winst. De overheid heeft enkele buffers tegen een overcommercialisering van de welzijnssector. In het beleidsveld personen met een handicap kunnen commerciële initiatiefnemers bijvoorbeeld geen voorzieningen inrichten. In de beleidsvelden waar dit wel het geval is, worden commerciële aanbieders aan kwaliteitscontrole en erkenningsvoorwaarden onderworpen. De Vlaamse overheid heeft de laatste jaren veel geïnvesteerd in een dergelijke kwaliteitscontrole van alle voorzieningen, ook de commerciële. Een voorbeeld is dat elk kinderopvanginitiatief vanaf 2014 een vergunning moet krijgen van Kind en Gezin, dus zowel de publieke als de private opvanginitiatieven. Daartoe is het aantonen van kwaliteit, via het naleven van normen die voor elk (soort) opvanginitiatief gelijk zijn, essentieel. Een ander voorbeeld, uit de residentiële ouderenzorg, is dat commerciële rusthuizen aan dezelfde erkenningsvoorwaarden moeten voldoen, om aanspraak te kunnen maken op de tegemoetkoming van de overheid. Hoe dan ook zal de discussie rond commercialisering in de zorgsector ook in de toekomst nog blijven duren. Het zal echter belangrijk zijn om deze discussie zoveel mogelijk op basis van objectieve criteria en feitelijke gegevens (die nu nog onvoldoende voorhanden zijn) te voeren. Uit onderzoek⁸⁹ blijkt dat marktwerking in de zorg kan leiden tot schaalvergroting, professionalisering, flexibilisering en meer keuzevrijheid voor de gebruiker. Door het spel van vraag en aanbod en prijszetting krijgen voorzie-

89 A. VAN REGENMORTEL en A. COATES, *Vermarktning van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011.

ningen ook beter zicht op de vragen van de stakeholders. Anderzijds is er een risico op 'cherry picking': in dat geval richten zorgaanbieders zich vooral op lucratieve zorgvragen, wat ertoe kan leiden dat de kwaliteit van de 'moeilijke' zorg erop achteruitgaat, en de prijzen gaan stijgen. Om de valkuilen van de vrije markt te vermijden, moet de overheid dus verder blijven waken over het algemeen belang.

Verdere professionalisering van de welzijnssector

In de welzijnssector wordt voortdurend aandacht besteed aan de verdere professionalisering. Op vandaag is de sector al sterk geprofessionaliseerd, in vergelijking met vroeger. Sedert de jaren 1970 zijn de professionele voorzieningen in de verschillende beleidsvelden als paddenstoelen uit de grond geschoten, het gevolg van het feit dat de overheid massaal begon te investeren in de organisatie van (veelal gesubsidieerde) welzijnsvoorzieningen. In een sector die hoofdzakelijk draait op overheidsmiddelen stellen zich echter een aantal uitdagingen waarop een antwoord moet worden geformuleerd, zodat ook in de toekomst het uitgebreid aanbod van kwalitatieve welzijnszorg gegarandeerd kan blijven. Een eerste uitdaging, die niet nieuw is, heeft te maken met de keuze in welke mate de overheid investeert in de uitbreiding van het aanbod, dan wel in het verbeteren van de positie van de werknemers in de welzijnssector. Er zijn in het verleden akkoorden gesloten voor de zorgsector tussen overheid, werknemers en werkgevers, die in een betere vergoeding voorzien van werknemers in de zorgsector (een gevolg van de zogenaamde 'witte woede'). Dit is een terechte en logische keuze, omdat goede arbeids- en loonvoorwaarden noodzakelijk zijn in een sector die veel personeel nodig heeft, zeker in tijden van schaarste op de arbeidsmarkt. Het valt te verwachten dat er in de toekomst een nijpend tekort zal zijn aan geschoolde arbeidskrachten in de zorgsector, omdat er te weinig jongeren kiezen voor een dergelijk beroep, omdat de eerste generatie die in de jaren 1960-1970 massaal in de welzijnssector tewerkgesteld werd stilaan op rust gaat en omdat de vraag naar zorg toeneemt. Daarnaast zal er in de welzijnssector in de toekomst wellicht ook een hogere productiviteit verwacht worden. Omdat de middelen die een overheid kan investeren in welzijnszorg eindig zijn, en omdat er een tekort aan verzorgend personeel dreigt, zal ook de welzijnssector moeten nadenken over hoe ze meer en beter kunnen doen, met evenveel of zelfs minder personeel. Dit hoeft niet automatisch met stijgende werkdruk voor het personeel in de sector gepaard te gaan. Productiviteitsgroei kan ook gerealiseerd worden door het aanbieden van meer zorg op maat, en door een zo lang mogelijk minder intensieve zorg.

In het licht van de discussies over schaarse overheidsmiddelen en noodzaak van productiviteitsgroei, is het toch ook niet onbelangrijk om te wijzen op de economische betekenis van de bredere welzijnssector. Het zou niet correct zijn om deze sector te beschouwen als een sector die alleen maar overheidsmiddelen

uitgeeft. Ongeveer 16 % van de totale loontrekkende werkgelegenheid in Vlaanderen bevindt zich in de non-profitsector (waar de welzijns- en gezondheidssector een groot deel van uitmaken)⁹⁰. Deze grote groep van mensen die een inkomen verwerft in de non-profitsector, consumeert natuurlijk ook. Bovendien doen de vele voorzieningen in de non-profitsector een beroep op diensten en producten uit andere sectoren (bv. de bouwsector, de voedingssector, de ICT-sector). Dit alles samen zorgt voor een injectie in de economie en, onrechtstreeks, dus ook voor jobcreatie in andere sectoren. Met andere woorden, hoewel ongeveer driekwart van de totale inkomsten van de non-profitsector van de overheid komt, is er dus ook een aanzienlijke return vanuit deze non-profitsector naar de rest van de economie.

Een derde uitdaging heeft te maken met de van overheidswege ingevoerde strengere kwaliteitszorg. Dit heeft in de welzijnssector ook nieuwe jobinhouden en jobnoden gecreëerd. In elke voorziening moet er nu actief worden nagedacht over kwaliteit en over het intern beleid. Dit is een vorm van professionalisering die destijds nieuw was en die veel van de organisatie vraagt. Vaak leidt dit tot de vorming van een soort middenkader in de organisatie, wat ook interne verticale mobiliteit ten goede komt in een sector die niet altijd gekenmerkt wordt door de vele doorgroeimogelijkheden. Niet alleen in de meer traditionele welzijnssectoren, zoals bijvoorbeeld ouderenzorg en zorg voor personen met een handicap, heeft het kwaliteitsdenken zijn intrede gedaan. Ook in andere sectoren zoals bijvoorbeeld de armoedebestrijding, etnisch-culturele minderheden, het algemeen welzijnswerk en de samenlevingsopbouw wordt van de gesubsidieerde voorzieningen en organisaties verwacht dat ze nadenken over de kwaliteit van hun werking en dienstverlening.

Ten slotte worden er ook aan het management van de voorzieningen steeds hogere en andere eisen gesteld. Voorzieningen moeten meer en meer 'gemanaged' worden. Steeds meer wordt van voorzieningen verwacht dat ze een professioneel financieel, personeels- en kwaliteitsmanagement voeren. De kwaliteitsdecreten dagen de voorzieningen als het ware uit om na te denken over het (middel)lange termijnbeleid en de te nemen strategische keuzes, in het licht van de aan de gang zijnde evoluties in de sector. Op het beleidsveld voor personen met een handicap zijn er bijvoorbeeld, zoals we hierboven zagen, heel wat evoluties aan de gang. De beleidsinitiatieven, zoals persoonsvolgende budgetten, zorgregie en zorggradatie, zullen zeker hun weerslag hebben op hoe individuele voorzieningen in de toekomst zullen moeten werken. Een proactief management moet op deze en andere zaken anticiperen en vandaag reeds de keuzes maken (op het vlak van personeelsbeheer, financieel beheer, kwaliteitsmanagement ...) die de positie van de voorziening van morgen zullen bepalen. Daarbij komt dan ook dat vanuit andere beleidsdomeinen steeds meer kwaliteitseisen aan de voorzieningen wor-

90 Cijfers zie: www.verso-net.be.

den gesteld. Ook voorzieningen in de zorgsector ontsnappen niet aan strengere eisen op het vlak van bijvoorbeeld milieuzorg en voedselveiligheid (bv. HACCP)⁹¹.

De mantelzorg

De mantelzorg in het informele zorgcircuit wordt door iedereen als belangrijk beschouwd en is een meerwaarde omdat het de druk op het professionele circuit verlicht en het belang van sociale netwerken erkent. Veel mensen met een zorgnood verkiezen ook om thuis te kunnen blijven en een opname in een residentiële voorziening zo lang mogelijk uit te stellen. Toch zien we dat de mantelzorg, in het licht van enkele demografische en sociologische evoluties (*cf. supra*), lijkt af te nemen. De overheid erkent echter het belang van mantelzorg en probeert het te stimuleren. Een groot deel van de Vlaamse lokale besturen reikt mantelzorgpremies uit. De federale en Vlaamse overheden hebben systemen uitgewerkt van zorgverlof, de zogenaamde thematische verloven zoals verlof om palliatieve zorg te verlenen, verlof om zorg te verlenen voor een zieke, of ouderschapsverlof. Een ander voorbeeld is het tijdskrediet. Tijdskrediet wil zeggen dat iemand zijn of haar beroepsactiviteit gedurende een bepaalde tijd kan stopzetten of verminderen en daarna eenvoudigweg terug kan opnemen. Het concept van tijdskrediet wordt soms ter discussie gesteld. Vanuit bepaalde hoek wordt beargumenteerd dat het soms oneigenlijk wordt gebruikt, als een soort vakantie, of als een overbrugging voor 50-plussers tot aan het pensioen. Dit is niet altijd even correct, en niettegenstaande deze kritiek op het principe van tijdskrediet, lijkt het systeem een nuttig instrument om de druk op het professionele zorgcircuit te verlichten. Ten eerste omdat het mensen toelaat om mantelzorg te verlenen. Ten tweede omdat het mensen toelaat om even uit de ratrace van de carrière te stappen en er op die manier wellicht een nog grotere instroom van zorgvragers in sectoren als geestelijke gezondheidszorg kan worden vermeden.

Betaalbaarheid van de dienstverlening

Het laatste punt van aandacht gaat over de betaalbaarheid van de dienstverlening. We hebben gezien dat het welzijnsbeleid veel geld kost. Het is de op een na grootste post uit de Vlaamse begroting, na onderwijs. De dienstverlening wordt op vele manieren gefinancierd. Men spreekt soms over een 'financial mix', omdat de bronnen van financiering zo divers zijn. In de eerste plaats komt een groot deel van de middelen die via de belastingen door de overheden worden geïnd. Daarnaast wordt er een stuk van de zorg gefinancierd met geld uit verplichte verzekeringsbijdragen zoals de ziekteverzekering (RIZIV) die instaat voor de betaling van medische zorgkosten en de Vlaamse zorgverzekering die instaat voor de dekking van niet-medische zorgkosten. In vele gevallen betalen de gebruikers van dienst-

91 Hazard Analysis and Critical Control Points. Dit is een risico-inventarisatie voor voedingsmiddelen die verplicht is voor voorzieningen die een eigen keuken uitbaten.

verlening ook een eigen bijdrage (bijvoorbeeld de dagprijs in een rusthuis). Ten slotte doen heel wat voorzieningen een beroep op eigen kapitaal en op giften van weldoeners of inkomsten uit het organiseren van activiteiten om bepaalde zaken te financieren. De financiering van dienstverlening in het welzijnsbeleid is dus heel divers. In andere beleidsdomeinen is dat niet altijd het geval. Het openbaar vervoer in Vlaanderen bijvoorbeeld (De Lijn) kent slechts twee financieringsbronnen, namelijk de bijdrage van de gebruiker/passagier (tickets en abonnementen) en overheidsgeld uit de belastingen. In de welzijnssector moeten hoofdzakelijk twee zaken gefinancierd worden: de kosten voor de infrastructuur en de kosten voor de zorgverlening zelf (met als belangrijke uitgave de personeelskost).

Financiering van infrastructuur

De infrastructuur van voorzieningen bestaat uit het geheel van roerende (bv. wagenpark, ICT, hulpmateriaal) en onroerende goederen (gebouwen). Vroeger werden deze zaken voornamelijk gefinancierd door giften en legaten van weldoeners aan religieuze orden en lokale besturen, die daarmee hun voorzieningen financierden. Een legaat is een duidelijk omschreven goed of een bepaald genoemd geldbedrag dat je aan iemand nalaat. Degene aan wie je spullen of geld geeft, heet een legataris. Vandaag wordt in de meeste voorzieningen het grootste deel van de infrastructuur gefinancierd door infrastructuursubsidies van de overheid. Dit neemt niet weg dat sommige voorzieningen nog steeds giften en legaten ontvangen, waarmee bepaalde zaken gefinancierd worden, of dat voorzieningen een beroep doen op eigen kapitaal om hun infrastructuur te financieren. In de welzijnssector werden de meeste infrastructuursubsidies tot voor kort verstrekt via het VIPA. In principe kon het VIPA voor 60 % van de investering tussenkomen, wat impliceert dat de voorziening de resterende 40 % zelf moest financieren. Het VIPA komt alleen tussen voor voorzieningen in de publieke sector en de gesubsidieerde private non-profitsector. Het is echter moeilijk voor het VIPA om aan alle vragen voor infrastructuursubsidies tegelijkertijd te voldoen. Onlangs heeft de Vlaamse regering dan ook de VIPA-subsidies voor woonzorgcentra en centra voor dagverzorging stopgezet, en een nieuw systeem van forfaitaire tussenkomsten voor infrastructuurinvesteringen ontwikkeld (zie hoofdstuk over ouderenzorg).

Financiering van de dienstverlening

De vele voorzieningen moeten dus aandacht hebben voor de leefbaarheid van hun organisatie en werking. Een punt dat daarbij aansluit is de betaalbaarheid van de dienstverlening voor de gebruikers of cliënten. In essentie is de vraag of, en in hoeverre, de gebruiker van de zorg daar een bijdrage moet voor betalen. Dit is in feite ook een vraag over de toegankelijkheid van de voorzieningen. Zorg is duur, omdat het vaak om een arbeidsintensieve activiteit gaat. Het gaat om men-

sen die met en voor andere mensen werken. *Grosso modo* kunnen we stellen dat er drie financieringskanalen zijn. De overheid kan de dienstverlening financieren met middelen uit de belastingen. Dit betekent dat de dienstverlening voor de gebruikers 'gratis' is, want volledig gefinancierd met gemeenschapsgeld. De personeelskosten van het personeel in de Vlaamse welzijnssector zijn bijvoorbeeld voor een groot deel betaald door de Vlaamse welzijnsbegroting. De dienstverlening kan ook worden gefinancierd via een verplicht door de overheid gereguleerd verzekeringsprincipe. In dat geval betaalt iedereen solidair een bijdrage die in een 'pot' wordt gestopt. Uit die 'pot' ontvangen zorggebruikers dan een bijdrage in de kosten die ze maken voor zorg. Ook dat is, net als financiering uit de algemene belastingmiddelen, een principe dat op solidariteit is gestoeld: de ganse gemeenschap financiert samen de kost voor de dienstverlening van zij die zorg nodig hebben. De meest gekende voorbeelden zijn de federale ziekteverzekering en de Vlaamse zorgverzekering. Een derde mogelijke financiering voor zorg is de particuliere bijdrage van de gebruiker. In dat geval betaalt de gebruiker voor (een deel van) de dienstverlening die hij of zij ontvangt. In de realiteit wordt de dienstverlening betaald door een mix van de bovenstaande drie financieringskanalen. In een rusthuis bijvoorbeeld werd het overgrote deel van de reële kost tot voor kort gedragen door het RIZIV (kosten voor medische hulp)⁹², ontvangt de oudere een bijdrage uit de Vlaamse zorgverzekering en betaalt de oudere zelf nog een ligdagprijs uit eigen zak. Dit betekent dat de inkomensstromen van voorzieningen soms heel complex zijn, omdat de inkomsten via verschillende kanalen binnenkomen.

Het volledig doorrekenen van alle kosten aan de zorgvrager zou de zorg voor de grote meerderheid van de mensen onbetaalbaar maken. Dit betekent dat een groot stuk van de welzijnsvoorzieningen uit de algemene overheidsmiddelen en uit verzekeringsmiddelen zullen moeten komen. Dit is het solidariteitsprincipe waarop onze welvaartsstaat is gebaseerd. Iedereen draagt een beetje bij, zodat een minderheid van zij die het nodig hebben geholpen zouden kunnen worden om de totale zware zorgkost te kunnen betalen. Als we het eens zijn over dat solidariteitsprincipe, resten er nog twee cruciale vragen. Ten eerste, wat is het ideale relatieve aandeel van belastingmiddelen, verzekeringsbijdragen en persoonlijke bijdragen in de financiering van de dienstverlening? Ten tweede, als er een persoonlijke bijdrage gevraagd wordt, moet deze dan inkomens- of kostengebonden zijn?

Het antwoord op de eerste vraag is niet neutraal. Het is duidelijk dat 'gratis' zorg niet bestaat. Het geld moet altijd van ergens komen en altijd moet iemand betalen, als belastingbetaler, als verzekerde of als gebruiker. De blijvende uitdaging is dus om een ideale mix te vinden. Vanuit het solidariteitsprincipe zou het aandeel vanuit de belastingmiddelen of de verzekeringsmiddelen zeer groot moeten blijven. Dit zou betekenen dat grote groepen mensen een kleine bijdrage leveren

⁹² Met de zesde staatshervorming wordt de Vlaamse overheid bevoegd voor de financiering van de ouderenzorgvoorzieningen.

om een kleine groep van mensen een grote dienst te bewijzen. Als we bereid zouden zijn om het solidariteitsprincipe voor een stuk te verlaten, dan beslissen we in feite om de dienstverlening minder te financieren op basis van een verplicht en gereguleerd verzekeringsprincipe of op basis van belastingmiddelen. Dan is de implicatie dat wie zorg nodig heeft, dit voor een groter deel uit eigen zak moet betalen, of dat die persoon zich zou moeten aansluiten bij een (dure) privéverzekering. Het spreekt voor zich dat dit voor sommige mensen (kapitaalkrachtigen) makkelijker zou kunnen dan voor anderen. Het ganse debat begin 2010 rond de hervorming van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten draait in wezen rond deze thematiek. Voor veel mensen is gezondheidszorg onbetaalbaar, omdat ze wegens gebrek aan verzekering de kosten niet uit eigen zak kunnen betalen. Met de nieuwe wetgeving in de Verenigde Staten krijgt iedereen nu de kans om zich wel te verzekeren. Minder kapitaalkrachtigen krijgen daarvoor subsidies en het wordt privé-verzekeraars verboden om bepaalde groepen een verzekering te weigeren.

De vraag is dan nog of het in stand houden van het solidariteitsprincipe het best via de belastingen of via verzekeringen gebeurt. De belastingmiddelen zijn altijd onderwerp van politiek debat. Er moet politiek beslist worden welk deel van de overheidsmiddelen naar welzijnsbeleid gaat. Het is theoretisch mogelijk dat een regering beslist om het welzijnsbudget te halveren of te verdubbelen. Dit betekent dat de welzijnssector, die afhankelijk is van belastingmiddelen, voor een groot deel afhankelijk is van de goodwill van de regering naar de sector toe. Dit is de vraag in hoeverre een bepaalde regering bereid is om het welzijnsbudget te verhogen. De verzekeringsmiddelen daarentegen zijn exclusief toegewezen voor een bepaald doel. De middelen die in het Vlaamse zorgfonds worden verzameld via de bijdragen van de zorgverzekering worden exclusief aangewend voor het tussenkomen in zorgkosten van zij die het nodig hebben en kunnen bij wijze van spreken niet worden aangewend voor het aanleggen van autostrades. Met andere woorden, de verzekeringsmiddelen zijn minder gevoelig aan de politieke waan van de dag, tenzij de overheid plots zou beslissen om het zorgfonds uit te breiden of af te schaffen natuurlijk.

Het antwoord op de vraag of de eigen bijdrage voor zorg inkomens- dan wel kostengebonden moet zijn, is ook niet neutraal. Het verschil tussen inkomensgebonden en kostengebonden wordt het best geïllustreerd aan de hand van het voorbeeld van de ziekteverzekering. In de ziekteverzekering is de bijdrage (dat wat je aan de ziekenkas moet bijdragen) inkomensgebonden. Men betaalt een bijdrage waarvan de hoogte afhankelijk is van het inkomen (loon). Ook de bijdrage aan het zorgfonds (zorgverzekering) is deels inkomensgebonden, in die zin dat iedereen 50 euro per jaar bijdraagt (vanaf 25 jaar), behalve voor specifieke groepen van mensen die 25 euro bijdragen (personen met een laag inkomen). De uitkering van de ziekteverzekering is kostengebonden. Dit wil zeggen dat iedereen hetzelfde bedrag terugbetaald krijgt voor dezelfde prestatie. Een uitzondering hierop is de

maximumfactuur, die het totale bedrag van wat iemand per jaar uit eigen middelen voor geneeskundige zorg moet betalen, begrenst.

Bestuurlijk-organisatorische uitdagingen

We besluiten dit hoofdstuk met een terugblik op enkele van de meest prangende bestuurlijk-organisatorische uitdagingen die doorheen dit boek werden beschreven. Hoe het welzijnsbeleid bestuurlijk-organisatorisch wordt vormgegeven, heeft zijn weerslag op de toegankelijkheid en de transparantie van de dienstverlening.

Zoals we hierboven geprobeerd hebben duidelijk te maken, is het veld van het welzijnsbeleid in Vlaanderen heel complex. In het licht van die complexiteit is een transparante bestuurlijke organisatie van het welzijnsbeleid vanuit minstens twee invalshoeken belangrijk. Ten eerste vanuit het standpunt van de overheid, die er alle belang bij heeft dat de schaarse middelen zo efficiënt en doelmatig mogelijk worden ingezet. Ten tweede vanuit het standpunt van de cliënt, die er alle belang bij heeft dat er duidelijkheid is in het kluwen van de dienstverleningsvormen en -organisaties die ter beschikking staan. In de twee voorgaande hoofdstukken hebben we aangetoond dat de complexiteit van het welzijnsbeleid onder meer zijn oorsprong vindt in het feit dat er nog steeds heel wat gedeelde en deels overlappende bevoegdheden bestaan tussen de verschillende overheden in ons land. In het beleid voor personen met een handicap moet er voor de integratietegemoetkoming worden aangeklopt bij de federale overheid en voor het basisondersteuningsbudget en de persoonsvolgende financiering bij de Vlaamse overheid. In de kinderopvang hebben zowel de Vlaamse overheid (via Kind en Gezin) en de lokale overheden een regierol. Mensen die een kind willen adopteren worden geconfronteerd met de Vlaamse en de federale centrale autoriteiten, die weliswaar een samenwerkingsakkoord hebben afgesloten. Het is duidelijk dat het feit dat er gedeelde en overlappende bevoegdheden bestaan tussen de verschillende overheden, gevolgen heeft voor zowel zorgvrager, zorgaanbieder, als voor de overheden zelf. De overheden moeten duidelijk afspraken hebben onder elkaar over wie wat kan doen, ze moeten bovendien vaak informatie aan elkaar doorgeven. In het geval van overlappende bevoegdheden zijn er soms efficiëntieverliezen. Zorgaanbieders, zoals woonzorgcentra, moeten contacten onderhouden met verschillende overheden tegelijkertijd. En cliënten (zorgvragers) moeten vaak langs verschillende instanties om volledig geholpen te kunnen worden.

Een tweede bron van complexiteit ligt in het feit dat het landschap van dienstverleners in het welzijnsbeleid heel gevarieerd is. We zagen hierboven reeds uitgebreid dat er in sommige beleidsvelden zowel publieke als private organisaties actief zijn, die min of meer dezelfde taken uitvoeren. Het mooiste voorbeeld hiervan is te vinden in het algemeen welzijnswerk, waar zowel OCMW's als CAW's gelijkaardige taken uitvoeren. In het hoofdstuk over algemeen wel-

zijnswork hebben we dit wel genuanceerd, omdat er in de realiteit vaak samenwerkingsakkoorden of afspraken zijn tussen OCMW en CAW over welke actor welke taken opneemt en omdat het OCMW een aantal wettelijk verplichte taken opneemt waarvoor enkel het OCMW bevoegd is (bv. onderzoek in het kader van het leefloon). Dat er zowel publieke als private actoren actief zijn binnen dezelfde sector is ook niet eenzijdig negatief. Vaak is het een pluspunt dat zowel overheid als private sector een dienstverlening uitbouwt, omdat op die manier de grote vraag naar dienstverlening beter beantwoord wordt en omdat de keuzevrijheid voor het individu vergroot. We denken dan bijvoorbeeld aan de ouderenzorg (met woonzorgcentra die georganiseerd worden door zowel OCMW's, vzw's en commerciële organisaties). Toch kan er wellicht gepleit worden om over de grenzen van verschillende beleidsvelden heen wat meer samenwerking en afstemming te realiseren. De organisaties die actief zijn in het algemeen welzijnswork (bv. CAW), de samenlevingsopbouw, het armoedebestrijding en de sector van de etnisch-culturele minderheden bedienen elk wel hun eigen afgebakende doelgroep, maar voor een stuk (zij het niet volledig) worden er toch gelijkaardige problematieken van elkaar soms overlappende doelgroepen behandeld. Al deze organisaties werken rond de brede thema's van maatschappelijke leefbaarheid, integratie van kansengroepen en het wegwerken van sociale achterstand. Nog meer inzetten op samenwerking zou misschien een eerste aanzet kunnen zijn om in deze sectoren, die vaak met een tekort aan middelen kampen, efficiëntiewinsten te boeken. Bovendien zou intensere samenwerking ook de verwijzing van hulpvragers naar elkaars sector nog verder kunnen faciliteren, zodat de hulpvrager terechtkomt bij die instantie waar hij of zij het beste geholpen kan worden. Tegelijkertijd moeten we hier benadrukken dat de mogelijkheden tot samenwerken over beleidsvelden heen niet oneindig zijn. Algemeen welzijnswork, samenlevingsopbouw, armoedebestrijding en integratie van etnisch-culturele minderheden zijn aparte sectoren, met een eigen historiek, eigen tradities en eigen werkmethoden. Bovendien werken deze sectoren allemaal volgens een eigen decretaal kader, waarin de manier van werken, de manier van aansturing en de manier van financiering apart is geregeld.

Hoewel het welzijnsbeleid in Vlaanderen complex georganiseerd is, zijn er toch initiatieven die deze complexiteit voor een stuk willen aanpakken in de diverse beleidsdomeinen. Op het vlak van beleidsafstemming tussen overheden verwijzen we bijvoorbeeld naar de samenwerkingsakkoorden of protocollen tussen de Vlaamse en federale overheden, bijvoorbeeld op het vlak van ouderenzorg en op het vlak van het beleid rond adoptie. Ook met betrekking tot de organisatie van de dienstverlening zijn er initiatieven genomen. Een mooi voorbeeld, besproken in het kader van het algemeen welzijnswork, is de oprichting van de CAW's begin jaren 1990. Met de oprichting van de CAW's werden alle kleinschalige diensten en organisaties die zich met specifieke problemen bezighielden in het bredere veld van het algemeen welzijnswork, samengevoegd onder de koepel van de regionaal georganiseerde CAW's. Een derde voorbeeld is het decreet van 2003 over de indeling in zorgregio's. Met dit decreet wou de Vlaamse overheid de samenwerking

tussen welzijns- en gezondheidsvoorziening op de regionale schaal stimuleren. Dit ging echter niet zonder slag of stoot, vooral omdat sommige voorzieningen argumenteerden dat deze door de overheid opgelegde samenwerking te weinig rekening hield met de reeds bestaande, van onderuit gegroeide samenwerkingsvormen tussen voorzieningen. In 2008 werd het decreet dan ook aangepast. Met het aangepaste decreet werd bepaald dat de overheid voortaan de voorzieningen niet langer kan verplichten tot samenwerking in de door hogerhand afgebakende regio's. Een vierde voorbeeld is Integrale Jeugdhulp, waarbij naar samenwerking wordt gezocht tussen sectoren die allemaal op één of andere manier te maken hebben met jongeren en kinderen: Jongerenwelzijn, de sector personen met een beperking, Kind en Gezin, CAW's en CLB's. Integraal werken over sectoren heen is een belangrijk streven, maar om het in de praktijk te doen slagen moet er wel aandacht zijn voor de bestuurlijk-organisatorische randvoorwaarden. Een deel van het probleem is dat het welzijnslandschap zeer verkokerd is, wat samenwerking tussen sectoren lastig maakt. Met 'verkokering' wordt hier bedoeld dat het Vlaamse welzijnslandschap nog zeer sectoraal georganiseerd is. De sectoren die we in de voorgaande hoofdstukken apart bespraken kennen allemaal hun eigen decretale kaders, regelgeving, toezichthoudende agentschappen, erkenningsregels enzovoort. Het zijn als het ware aparte beleidskokers. Het is zeker de verdienste van een beleid zoals Integrale Jeugdhulp dat het dit 'kokerdenken' wil doorbreken. Maar de bestuurlijke realiteit is dat er op het veld, tussen organisaties van verschillende sectoren, nog ervaren wordt dat samenwerking soms bemoeilijkt wordt door dat verkokerde bestuurlijke systeem. Zorg op maat voor een jongere die bijvoorbeeld leerproblemen heeft, een misdrijf heeft gepleegd, en met een beperking kampt impliceert dat die persoon tegelijkertijd moet kunnen 'shoppen' bij voorzieningen uit verschillende sectoren. Dat kan maar efficiënt gebeuren wanneer er ook afstemming is tussen die sectoren (die vandaag nog te vaak naast elkaar werken, net omwille van die bestuurlijke verkokering).

Ook lokale besturen krijgen een steeds belangrijkere rol in het coördineren en regisseren van de welzijnsvoorzieningen die op hun grondgebied actief zijn. Voor een aantal sectoren in het welzijnsbeleid wordt dit als een expliciete rol van het lokaal bestuur gezien. In de kinderopvang hebben lokale besturen bijvoorbeeld de decretale rol om het aanbod aan kinderopvang in hun gemeente of stad te regisseren. Lokale besturen moeten een lokaal overleg kinderopvang installeren, waar de lokale kinderopvanginitiatieven en andere maatschappelijke actoren in zetelen. Daarnaast moeten lokale besturen een lokaal beleidsplan kinderopvang opmaken. In de toekomst worden er ook lokale loketten kinderopvang georganiseerd. Met het nieuwe Integratie- en Inburgeringsdecreet krijgen lokale besturen ook een rol toebedeeld in de regie van de verschillende actoren die op hun grondgebied actief zijn rond integratie van etnisch-culturele minderheden (bv. integratiediensten en integratiecentra). Meer algemeen heeft het lokaal bestuur een centrale rol in het coördineren van alle welzijnsvoorzieningen op haar grondgebied, zoals dat bepaald is in het Decreet Lokaal Sociaal Beleid van 2004 (*cf. supra*). Met het Decreet Lokaal Sociaal Beleid wil de Vlaamse overheid de

lokale besturen aansporen om een nauwere samenwerking tussen de betrokken actoren, zowel de publieke als de private, op het lokale welzijnsveld te realiseren. Belangrijk daarbij is de participatie van alle actoren bij de totstandkoming van het lokaal sociaal beleidsplan. Zo moet het plan beschrijven hoe de lokaal private actoren en de bevolking betrokken zijn bij de opmaak van het plan. Het lokaal bestuur moet duidelijk maken hoe de verschillende actoren (ook de private actoren) betrokken worden bij het lokaal sociaal beleid. Er kunnen bijvoorbeeld protocollen tussen erkende voorzieningen onderling of tussen erkende voorzieningen en lokale besturen worden afgesloten. Het doel van deze protocollen is het formaliseren van taakafspraken tussen de organisaties in een bepaald domein (bv. tussen gemeentelijke integratiediensten en private integratiecentra).

Het lokaal bestuur heeft dus een belangrijke coördinerende rol te spelen bij het organiseren van het veld van de lokale welzijnsactoren. Toch is deze rol niet altijd even gemakkelijk te vervullen. Hoewel de lokale besturen de nood aan meer coördinatie ten aanzien van de private sector voelen, hebben ze uiteindelijk weinig grip op deze actoren. Verschuere en De Rynck⁹³ zien hiervoor verschillende redenen. Ten eerste is er de vaststelling dat het aantal en de aard van de private actoren die actief zijn op het lokaal grondgebied verschilt van gemeente tot gemeente. Dit heeft gevolgen voor het lokale beleid en voor het betrekken van deze actoren bij het uitstippelen van dat lokaal sociaal beleid. Indien er slechts weinig private actoren aanwezig zijn zal een lokaal bestuur zelf initiatief moeten nemen. Anderzijds kan het ook problematisch zijn om een overleg en een samenwerking gerealiseerd te krijgen in lokale besturen met een grote schaal, zoals steden, waar vaak honderden private organisaties actief zijn. Alleen al het identificeren van deze organisaties, laat staan een overleg organiseren met de belangrijkste private organisaties, is dan vaak zeer moeilijk of leidt tot logge en vooral formalistische overlegvormen. Ten tweede zijn de schalen waarop private organisaties werken niet altijd dezelfde als de schaal van het lokale bestuur. Private welzijnsvoorzieningen bedienen vaak burgers en klanten van meerdere lokale besturen. Het risico is dan niet denkbeeldig dat deze voorzieningen weinig stimulansen of capaciteiten hebben om nauw betrokken te zijn bij het uitbouwen van een lokaal sociaal beleid, in samenwerking met de lokale besturen. Het betrekken van deze private actoren voor het uittekenen van een lokaal sociaal beleid, kan dus interfereren met het gegeven dat deze private organisaties vaak heel sterk bovenlokaal actief zijn. Bovendien is het zorglandschap in Vlaanderen sterk verkokerd. Organisaties op het ene beleidsveld, bijvoorbeeld de ouderenzorg, treden weinig in overleg, laat staan dat ze samenwerken, met organisaties van een ander beleidsveld, bijvoorbeeld armoedebestrijding. Voor lokale besturen betekent dit een extra obstakel om actoren, die slechts heel sporadisch buiten de grenzen van de eigen sector treden, samen te brengen. Wil een lokaal bestuur echter een horizontaal beleid voeren, waarbij erkend wordt dat een bepaalde sociale proble-

93 B. VERSCHUERE en F. DE RYNCK, "Regie zonder macht, besturen zonder kracht? Samenwerking tussen lokale besturen en de private sector", *Res Publica: Belgian Journal of Political Science* 2009, 51 [3], 351-376.

matiek (bv. armoede) ook gevolgen heeft op andere domeinen (bv. gezondheid, huisvesting enz.), dan is het belangrijk om bij het opmaken van een lokaal sociaal beleidsplan, of om bij het organiseren van een dienstverlening aansluiting te vinden met private organisaties over verschillende domeinen heen. Ten slotte hebben private welzijnsvoorzieningen geen tot zeer weinig verantwoording af te leggen aan het lokaal bestuur op wiens grondgebied men actief is. Anderzijds stellen we vast dat private welzijnsorganisaties een aantal zeer belangrijke verantwoordingslijnen hebben, meestal naar hun klanten, naar de centrale overheid en – in het kader van regionale samenwerking – naar andere organisaties in hun welzijnsdomein. Het ontbreekt de lokale overheid dus aan sturingsinstrumenten en sanctiemechanismen, omdat er geen financiële, noch een programmatische, noch een verantwoordingsband bestaat tussen private actoren en lokale besturen. Het lokaal bestuur heeft weinig middelen om op een min of meer dwingende manier private actoren te betrekken bij zijn lokaal sociaal beleid⁹⁴.

In het licht van deze belemmeringen, zou de decreetgever wel een aantal instrumenten kunnen aanreiken aan lokale besturen, die hen moeten toelaten de coördinerende rol sterker uit te bouwen. In die zin is het Decreet Lokaal Sociaal Beleid, wat betreft deze coördinerende rol, nu misschien wel te veel een lege doos, omdat de coördinerende opdracht van lokale besturen niet gespecificeerd is. Er kan daarbij gedacht worden aan meldingsplicht of adviesrecht aan het lokaal bestuur bij de opstart van nieuwe private initiatieven. De Vlaamse overheid zou ook via specifieke sectorale regelgeving (bv. in ouderenzorg, opbouwwerk, armoedebestrijding enz.) de coördinerende vereisten van lokale besturen verder vorm kunnen geven, zoals dat nu bijvoorbeeld al het geval is in de kinderopvang.

Tot slot

We eindigen dit hoofdstuk, en ook dit boek, met waar het in feite allemaal om draait: heeft iedereen die er nood aan heeft, of er recht op heeft, toegang tot de dienstverlening van het welzijnsbeleid? Het antwoord op deze vraag is 'neen'. Dat was al duidelijk door wat we hierboven beschreven met betrekking tot de groeiende vraag en de wachtlijsten die daar het gevolg van zijn. Een minder in het oog springende reden, maar daarom niet minder belangrijk, is dat er sociologische drempels tot de welzijnszorg zijn. Niet iedereen heeft een gelijke toegang tot de zorg. Dit sociologische verschijnsel wordt het 'mattheuseffect' genoemd⁹⁵. Het mattheuseffect, waarover we het hierboven al hadden, zorgt ervoor dat zij die er in principe het minst nood aan hebben, het snelst toegang krijgen tot de voorzieningen. Het systeem van de zorg is heel complex, wat hierboven reeds uitvoerig werd aangetoond. De veelheid aan zorgaanbieders, de reglementerin-

94 P. SELS en R. STOKX, "Lokaal Sociaal Beleid in de praktijk. Zal de olifant meer dan een muis baren?", *Burger, Bestuur & Beleid* 2005, 2 (1), 52-56.

95 H. DELEECK, J. HUYBRECHTS en B. CANTILLON, *Het Matteüs-effect. De ongelijke verdeling van de sociale overheidsuitgaven in België*, Antwerpen, Kluwer, 1983.

gen, de kanalen en de procedures waarmee iemand met een zorgvraag wordt geconfronteerd zijn heel ondoorzichtig. Dat zorgt ervoor dat mensen die om een of andere reden minder zicht hebben op dit systeem, of mensen die geen beroep kunnen doen op een sociaal netwerk om het kluwen te doorgronden, minder snel toegang krijgen tot de zorg. Dit is paradoxaal, want het is precies die doelgroep (van bijvoorbeeld kansarmen, achtergestelden, of etnisch-culturele minderheden) waar het systeem in de eerste plaats voor ontwikkeld is. Vandaar het belang om, onder andere door middel van bestuurlijke ingrepen, dit complexe veld van het welzijnsbeleid iets toegankelijker te maken. Dit is geen gemakkelijke opdracht, maar wel noodzakelijk, omdat de organisatie van de dienstverlening één van de weinige zaken is waar een overheid vat op heeft. Andere parameters die de vraag en de toegang tot dienstverlening bepalen, zoals demografische en sociologische evoluties, kan een overheid amper manipuleren. Bovendien zijn bestuurlijke ingrepen budgettair neutraal, of zelfs winstgevend, zonder dat er daarom aan de omvang van de dienstverlening moet worden geraakt. Ook dat is een niet onbelangrijk gegeven, al zeker niet in tijden van budgettaire schaarste. Het is daarom hoopgevend dat overheden constant aandacht hebben voor de optimalisatie van de organisatie van de dienstverlening, zij het incrementeel. We hebben met dit boek niet de ambitie, zoals we in de inleiding reeds stelden, om de ultieme oplossingen aan te reiken. We hopen wel dat we de complexiteit van het welzijnsbeleid in Vlaanderen een stukje hebben kunnen ontrafelen. Want dat is de eerste noodzakelijke aanzet om tot oplossingen te komen.