

MARKTWERKING IN DE ONDERSTEUNING VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP: STANDPUNT

Januari 2010

Peter Lambregts

Expertisecentrum Onafhankelijk Leven

“het beleid inzake gehandicaptenzorg dat het expertisecentrum met dit rapport voorstelt, of je dat nu marktwerking wil noemen of niet, is zeker beter dan het huidige beleid, daarvan moet u me echt niet overtuigen”

Prof. dr. Erik Schokkaert ‘Centrum voor Economische Studiën, KULeuven’

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	4
HET DEBAT.....	4
CONSENSUS TOT VRAAGSTURING	5
BEGRIPPENKADER.....	7
PRIVATISERING	7
COMMERCIALISERING	7
LIBERALISERING.....	8
MARKTWERKING.....	8
PRESTATIEVERGELIJKING.....	9
PRESTATIECONTRACTEN EN-FINANCIERING	9
AANBESTEDING	10
VRAAGSTURING.....	10
STERKTE/ZWAKTE-ANALYSE EN BESLISBOOM	11
DE HUIDIGE SITUATIE IN VLAANDEREN.....	12
VRAAGSTURING IN HET DEBAT	15
POLITIEK ECONOMISCHE DOELEN VAN VRAAGSTURING	15
SOCIAAL POLITIEKE DOELEN VAN VRAAGSTURING	16
DE INSTITUTIONELE DOELEN VAN VRAAGSTURING.....	16
WAT WILLEN WE?.....	17
STANDPUNT.....	18
ONS STANDPUNT IN HET DEBAT	19
BELEIDSVOORSTELLEN :.....	22
LITERATUUR EN BRONVERMELDING.....	23

INLEIDING

Met dit rapport neemt het Expertisecentrum Onafhankelijk Leven een standpunt in over marktwerking, en de plaats die marktmechanismen kunnen, en moeten innemen in de organisatie van onze ondersteuning als persoon met een handicap.

Nadat we in de inleiding het publieke debat over marktwerking in de zorg gekaderd hebben, zullen we de terminologie en de gehanteerde begrippen duidelijk stellen. Vervolgens focussen we op de toepassingsmogelijkheden van marktmechanismen in een publieke dienstverlening, zoals de zorg en ondersteuning van personen met een handicap.

Deze afweging leidt ons naar een standpunt: Kiezen wij voor marktwerking, en in welke vorm? Wat zijn voor ons de belangrijkste aandachtspunten? Wat verwachten we van de overheid?

HET DEBAT

Het debat over marktwerking is bijzonder actueel¹ in Vlaanderen. Ook internationaal staat de betaalbaarheid en de efficiëntie van publieke dienstverlening in de gezondheidssector ter discussie. Soms spreekt men zelfs over het einde van ‘de moderne verzorgingsstaat’. De vergrijzing, en meer recent ook de economische crisis, hebben de vraag naar efficiëntie en doelmatigheid alleen maar urgenter gemaakt. Discussies over een terugtrekkende overheid en invoering van marktwerking in de publieke gezondheidszorg, hebben hun effect in heel Europa. Europa zelf, als overheid, zou hier trouwens ook een steeds grotere rol in kunnen gaan spelen.

De definitieve aanname van de Richtlijn betreffende diensten op de interne markt op 12 december 2006,² bracht dit debat in een stroomversnelling. De zogenaamde ‘Dienstenrichtlijn’, die aanvankelijk nog Bolkestein-richtlijn werd genoemd, legt voor het eerst een verband tussen de zorg en ondersteuning die in de welzijnssector wordt geboden enerzijds, en de interne marktbevestigingen van de Europese Unie (vrij verkeer van diensten en vestigingsvrijheid) anderzijds³. Ondersteuning aan personen met een handicap kan men interpreteren binnen het ‘sociale dienstenbegrip’, waardoor deze ondersteuning geheel of gedeeltelijk gevrijwaard zou kunnen worden van de vrije markt, via een ondoorzichtig en complex uitzonderingsregime. Maar er heerst hierover een zeer grote juridische onzekerheid. Specialisten ter zake⁴ bevestigen dat de afstemming tussen Europa en zijn lidstaten nog een hele weg af te leggen heeft, en dat toekomstige ontwikkelingen potentieel verstrekkende gevolgen kunnen hebben.

¹ Beleidsnota 2009-2014 van Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen, p. 55.

OD 4.6: We onderzoeken de voor- en nadelen van de organisatie van het residentiële zorgaanbod door publieke, private social profit en private commerciële zorgaanbieders.

² Richtlijn 2006/123/EG van het Europees Parlement en de Raad van 12 december 2006 betreffende diensten op de interne markt, *PB* 2006, L 376/36.

³ Verdonck Ingrid & Prof.dr. Put Johan, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin “Ontwikkelingen betreffende de Europese Dienstenrichtlijn en de zorgsector”, 2008.

⁴ Pierre Olivier de Broux (assistent docent fac. Univ. Saint Louis) Manuel Paollilo & Keyina Mpeye (FOD sociale zekerheid, multilaterale betrekkingen) op de BDF (Belgian Disability Forum) info sessie van 02/10/2009: *toegankelijkheid van goederen en gezondheidszorgen. Europa reglementeert : de burger direct betrokken. Zijn kwaliteit en betaalbaarheid nog gegarandeerd?*

Bovendien zijn er verschillende Europese landen waar marktwerking, als organisatiemechanisme, de 'zorgmarkt' nu reeds aanstuurt. Dit is zo in belangrijke mate in het Verenigd Koninkrijk en in Nederland. In Zweden is marktwerking in de ondersteuning van mensen met handicap zelfs al zo'n 15 jaar een vaststaand feit⁵.

In de aanloop naar de Vlaamse verkiezingen van 2009, werd marktwerking - in het debat over de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg - ook in onze regio een belangrijk thema. In die debatten hebben we kunnen vaststellen, net zoals we dat merken in de internationale polemiek over dit thema, dat termen zoals marktwerking, privatisering en commercialisering zeker niet altijd eenduidig gebruikt worden en bovendien een zekere ideologische 'geladenheid' hebben.

Deze termen kunnen naargelang wie ze in de mond neemt, of wie ze moet aanhoren, uiteenlopende betekenissen krijgen met een heel verschillende bijklank. Op zich is dat niet zo vreemd, want in zekere zin gaat het hier ook wel om een ideologisch debat. Als we deze termen hanteren in een standpuntbepaling of in een discussie, moeten we ons hier steeds zeer bewust van zijn.

Maar naast ideologische posities zijn er nog andere factoren die het begrip en het gebruik van de term 'marktwerking' beïnvloeden en bepalen. De landenspecifieke beleidservaring speelt ook een belangrijke rol, en meer nog de specifieke 'scripts' (referentiekaders uit leefwereld en werkkring) die door de verschillende partijen gehanteerd worden⁶. Zo zullen, met betrekking op marktwerking, beleidsmakers eerder focussen op efficiëntiewinsten en budgetbeheersing, zorgprofessionals op innovatie of sociaal ondernemerschap en de gebruikers zullen de klemtoon bijvoorbeeld leggen op keuzevrijheid.

Kortom: als men niet duidelijk definieert waarover men spreekt, en niet bereid is om genuanceerd en zonder vooringenomenheid te onderzoeken op welke wijze de zorg het beste georganiseerd wordt, dreigt men binnen de kortste keren vast te lopen in begripsverwarring en een ideologische stellingenoorlog. Dit zagen we dan ook duidelijk geïllustreerd in politieke debatten, in de aanloop naar de verkiezingen voor het Vlaamse Parlement in juni 2009. Iedereen was het daar eens over de noodzaak van een vraaggestuurde ondersteuning van personen met een handicap. Vermits vraagsturing nu net een marktwerkingsmechanisme is, betekent dit dat wie 'pro' vraagsturing is, inherent ook 'pro' marktwerking is. Maar het begrip 'marktwerking' bracht juist grote tegenstellingen in het debat, in schril contrast met het brede draagvlak voor vraagsturing.

CONSENSUS TOT VRAAGSTURING

Consensus tot vraagsturing in Vlaanderen is nochtans, sinds lange tijd, duidelijk en herhaaldelijk geformuleerd. Dit blijkt onder andere uit het feit dat het Vlaams Parlement in plenaire vergadering van 12 december 2001 het Decreet betreffende het

⁵ Directe financiering in de zorg. Stand van zaken in 8 Europese landen.

Decruynaere Elke & Van Hauwermeiren Juliska, Expertisecentrum Onafhankelijk Leven. Februari 2009.

⁶ Dr. Paulus A., Dr. van Raak A. en Dr. Mur-Veeman I. Marktwerking is ... ?

<http://www.bestuurskunde.nl/publicaties/bestuurskunde.php?artikel=2001,8,10,5,4>

persoonsgebonden budget⁷, heeft aangenomen. In de memorie van toelichting bij dit decreet⁸ lezen we dan ook duidelijk, dat men met dit Decreet het recht op autonomie van personen met een handicap nastreeft, door een behoeftegestuurde zorg en een behoeftegestuurde betoelaging van voorzieningen (= vraagsturing en vraagfinanciering) via persoonsgebonden budgetten.

Op het zorgcongres, van 11 december 2003 wisselden gebruikers, academici, werknemers en werkgevers uit de zorgsector van gedachten over de toekomst van de zorg. Ook daar was er unanimititeit over vraagsturing als uitgangspunt in de zorg.

“Recent werden er vele discussies gevoerd vanuit de tegenstelling tussen aanbodgestuurde zorg en vraag- of behoeftegerichte zorg. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over het debat rond de mate van zorgplanning en meer in het bijzonder over de (gewenste) mate van initiatief door de zorgorganisaties zelf én de mate waarin de zorgorganisaties door de overheden worden gestuurd. Het gaat eveneens over de aard van de financiering: moeten zorgbehoevende personen worden gesubsidieerd voor het organiseren van zorg? Bij het beantwoorden van die vragen moeten we ons in eerste instantie laten leiden door de zorgbehoevende persoon en zijn omgeving. Het zorgmodel van de toekomst zal ter zake een coherente en genuanceerde visie moeten ontwikkelen, maar moet in elk geval vanuit de gebruiker vertrekken.”⁹

Ook meer recent, na het verschijnen van een meerjarenanalyse van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)¹⁰ over de evolutie van de zorgvragen, bevestigden de stakeholders dit opnieuw in een hoorzitting van de parlementaire commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement van 21 april 2009¹¹. Naast de vraag om meer middelen voor de sector, pleitte men opnieuw voor een verregaande reorganisatie en effectieve zorgvernieuwing. Dit vanuit de behoefte en de noodzakelijkheid om zorg en ondersteuning op maat te kunnen realiseren, met vraagsturing en keuzevrijheid als belangrijkste principes. Praktisch vertaalt deze omslag zich in een nieuwe, algemene vorm van financiering, namelijk het Persoonsgebonden Budget (PGB).

Belangrijk is dat er hieromtrent, ook over de verschillende politieke strekkingen heen, een principiële eensgezindheid klinkt. Eensgezindheid die echter vervalst wanneer economische terminologie geïntroduceerd wordt. Dit onderstreept de grote noodzaak om deze termen en hun betekenis duidelijk te krijgen.

⁷ Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 21 december 2001 houdende wijziging van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap, met het oog op het toekennen van het persoonsgebonden budget en met het oog op het invoeren van behoeftegestuurde betoelaging van voorzieningen en van een zorg-op-maat voor personen met een handicap, B.S. 24 januari 2002. Afgekort als “PGB-Decreet”.

⁸ Voorstel van decreet dd. 4 mei 2000 van mevr. Ann De Martelaer c.s. houdende wijziging van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap met het oog op het toekennen van het persoonsgebonden budget, *Parl. St. VI. Parl. 1999-2000, nr. 280/1, ‘PGB-voorstel van decreet De Martelaer’.*

⁹ <http://www.gripvzw.be/nieuwsbrief/printbaar/051112.pdf>

¹⁰ het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) is de administratie die verantwoordelijk is voor o.a. de organisatie en uitvoering van de gehandicaptenzorg.

¹¹ <http://jsp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2008-2009/g2252-1.pdf>

[http://www.vgph.be/index.php?id=481&no_cache=1&sword_list\[\]=hoorzitting](http://www.vgph.be/index.php?id=481&no_cache=1&sword_list[]=hoorzitting)

BEGRIPPENKADER

Om begripsverwarring te vermijden en om een constructieve, sterke inbreng te kunnen hebben in dit debat, is de essentiële eerste stap, zicht krijgen op de gehanteerde economische terminologie. Daarom is het zinvol en nodig eerst een aantal verwante termen nader te verklaren¹².

PRIVATISERING

Privatisering betekent dat bepaalde diensten die voorheen volledig in handen waren van de overheid, voortaan ook geheel of gedeeltelijk door private initiatiefnemers aangeboden kunnen worden.

Zo kenden we bijvoorbeeld recente privatiseringen in de telefoniesector over heel Europa. In tegenstelling tot wat men misschien zou veronderstellen, is de zorg en ondersteuning van personen met een handicap in Vlaanderen bijna volledig in private handen, en dat is altijd al zo geweest. De enige uitzonderingen zijn een aantal voorzieningen en diensten die in handen zijn van een lokaal bestuur, een OCMW of een provinciebestuur.

De private spelers op onze zorgmarkt zijn echter 'non-profit of social-profit' organisaties (veelal vzw's), die gesubsidieerd en gereguleerd worden door onze overheid. De overheid heeft de sturing van deze aanbieders strak in de hand.

Eenieder die een dienst of voorziening in de gehandicaptenzorg wil opstarten, of wil uitbreiden, moet hiervoor een vergunning en een erkenning aanvragen¹³ via het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Om zo'n erkenning te krijgen, moet men zorg en ondersteuning aanbieden die overeenstemt met één of meerdere van de 16 erkenningcategorieën (bijvoorbeeld: 'tehuis niet-werkenden' of 'dagcentrum') en die bovendien past in de centrale planning.

De centrale planning vertrekt vanuit de budgettaire ruimte van het uitbreidingsbeleid en gebeurt op basis van de regionale zorgplannen van het Regionale Overleg Gehandicaptenzorg (ROG). Alvorens de leidende ambtenaar van het VAPH een erkenningsbesluit goedkeurt, moet er een heel parcours doorlopen worden.

De term privatisering is in de Vlaamse gehandicaptenzorg eigenlijk niet van toepassing, aangezien er geen sprake is van het 'afstoten' van taken naar private spelers die voorheen door de overheid zelf werden uitgevoerd.

COMMERCIALISERING

Commercialisering daarentegen, wil zeggen dat we ook 'for-profit' spelers op de markt gaan toelaten. Dat het beleid ruimere toetredingsmogelijkheden schept, opdat commerciële zorgaanbieders in eerlijke concurrentie met elkaar en de social-profit zorgaanbieders kunnen gaan. In Vlaanderen is er geen mogelijkheid voor winstgerichte bedrijven om toe te

¹² Verdonck Ingrid & Prof.dr. Put Johan, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin "Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning", 2008.

¹³ <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/776477-Vergunning+en+erkenning.html>

treden tot de 'zorgmarkt'. De wettelijke regeling¹⁴ sluit namelijk elke 'for-profit' onderneming uit en stelt letterlijk dat om erkend te worden de voorziening moet opgericht zijn door een vereniging zonder winstoogmerk, of door een ondergeschikt bestuur (provincie, gemeente, OCMW).

Het is vooral tegen commercialisering in de zorg dat er internationaal grote weerstanden bestaan¹⁵. Maar hier komen we later nog op terug.

LIBERALISERING

Zoals het woord 'liberalisering' zelf al doet vermoeden, gaat het hier om 'vrij maken'. Als economisch principe bedoelt men dat de overheid beperkingen en barrières om toe te treden tot een bepaalde markt, opheft en dus concurrentie toestaat. Er zijn veel parallellen met commercialisering. Bij commercialisering ligt de nadruk op het toelaten van winstgerichte partijen en vrije concurrentie. Liberalisering heeft als primaire bedoeling keuzevrijheid te creëren voor de consument en eventuele monopolie- of dominantiesituaties te doorbreken. Dit door ruimte te scheppen voor marktwerking en voor andere aanbieders.

MARKTWERKING

Zo belanden we bij, wellicht de moeilijkst te definiëren term: **marktwerking**. Als men marktwerking abstract economisch gaat omschrijven, heeft men het al vlug over volkomen concurrentie, vrije prijszetting, enzovoort. De markt is dan een hypothetische plaats waar vragers en aanbieders elkaar ontmoeten en als het ware geleid worden door 'een onzichtbare hand', om steeds opnieuw hun nut of winst van materiële of immateriële goederen en diensten te kunnen maximaliseren¹⁶. Marktwerking zorgt dan automatisch voor een perfecte afstemming tussen vraag en aanbod.

Een duidelijke definiëring van marktwerking is die van Prof. Dr. Put¹⁷:

"Marktwerking is een organisatievorm waarbij het evenwicht tussen vraag en aanbod, alsook de kwaliteit van het aanbod, automatisch wordt bereikt door het vrije initiatief van de zorgaanbieders en hun onderlinge concurrentie."

Hieruit leren we dat marktwerking niet alleen de prijs, maar ook de kwaliteit van het aanbod beïnvloedt, en tevens dat marktwerking een organisatie- of sturings- mechanisme is.

Dat is de theorie, maar is dit economische principe ook toepasbaar op de zogenaamde 'zorgmarkt', meer bepaald in de ondersteuning van personen met een handicap? De markt van zorg en welzijn is namelijk atypisch en wordt daarom wel eens 'quasi-markt'¹⁸ genoemd, of ook 'gereguleerde markt', om het onderscheid te maken met 'de vrije markt', waar ingrijpen of regulering van de overheid onnodig en ongewenst is.

¹⁴ Art. 8bis BVR van 15/12/1993 Publicatie : B.S. 11.3.1994 tot vaststelling van de algemene regels inzake het verlenen van vergunningen en erkenningen door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

¹⁵ <http://www.zorggeenmarkt.nl/manifest.php>

¹⁶ Dr. Paulus A., Dr. van Raak A. en Dr. Mur-Veeman I. 'Marktwerking is ...?', <http://www.bestuurskunde.nl/publicaties/bestuurskunde.php?artikel=2001,8,10,5,4>

¹⁷ Prof. Dr. Johan Put, 'Naar een Europese zorgmarkt, de klant is koning?', Weliswaar.be

¹⁸ Bartlett, W. and J. Le Grand (1993) *Quasi-markets and Social Policy*.

Publieke dienstverlening heeft echter steeds een maatschappelijke doelstelling, en kan dus niet zonder meer aan de vrije markt worden overgelaten.

Marktwerkingsmechanismen zijn echter wel degelijk toepasbaar in de publieke dienstverlening voor gehandicapten, namelijk in een gereguleerde zorgmarkt¹⁹. Marktwerking is namelijk geen synoniem voor 'de vrije markt'.

Geïnspireerd door het New Public Management uit de Angelsaksische wereld zijn wel vaker sturingsmechanismen uit de private sector geïntroduceerd in de publieke dienstverlening om de efficiëntie, transparantie en kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren. Met deze mechanismen wordt de werking van het marktmechanisme nagebootst, uitvoerende organisaties die diensten verlenen aan burgers kunnen worden geprikkeld door één of meerdere van de volgende mechanismen toe te passen²⁰:

- Prestatievergelijking
- Prestatiecontracten en –financiering
- Aanbesteding
- Vraagsturing

PRESTATIEVERGELIJKING

Prestatievergelijking is het systematische onderzoek van de prestaties van de deelnemende organisaties met als doel het verbeteren van de prestaties van die deelnemers. Via prestatievergelijking kan men van elkaar leren ('best practices'), kan men transparantie bieden, kan men verantwoording afleggen, kan men extern toezicht ondersteunen en kan men afrekenen op prestaties (maatstafconcurrentie). Als de resultaten van de vergelijking openbaar zijn, gaat daar een extra stimulans van uit ('naming and shaming'). Als consumenten naast de mogelijkheid tot protest ('voice'), ook keuzevrijheid hebben (exit-optie), kan van prestatievergelijking een sterk disciplinerende werking uitgaan.

PRESTATIECONTRACTEN EN-FINANCIERING

Prestatiecontracten en –financiering zijn gericht op het verbeteren van de prestaties van organisaties door het versterken van de daarop gerichte prikkels. Zowel de intensiteit (volledige financiering als bonus/malus) als de vorm van de prikkel (financiële ruimte voor werk, persoonlijk financieel voordeel, prestige) bepalen de effectiviteit ervan. Om dit instrument succesvol toe te passen, is het belangrijk dat de prestaties duidelijk meetbaar zijn. Niet alle doelstellingen kan men namelijk vertalen in objectieve, meetbare indicatoren. Outputsturing opleggen aan professionele dienstverleners in de ondersteuning van mensen met een handicap kan ongewenste gevolgen hebben (strategisch gedrag, demotivatie), hun werk laat zich namelijk moeilijk vatten in prestatie-indicatoren. Meer gestandaardiseerde taken lenen zich wel goed voor prestatiebesturing, zoals bijvoorbeeld het verstrekken van uitkeringen of het beoordelen van subsidieaanvragen.

¹⁹ Canoy M., 'Marktwerking in de zorg : ondernemende zorg of zorgende ondernemers', TPEdigitaal,2009.

²⁰ Delroy Blokland, Een afwegingskader voor marktwerking in (semi-) publieke sectoren' TPEdigitaal, 2008.

AANBESTEDING

Aanbesteding werkt alleen wanneer er meerdere concurrerende aanbieders aanwezig zijn. Openbare aanbesteding is het selectieproces waarbij marktpartijen in concurrentie meedingen naar het recht om een bepaalde dienst te leveren. Aanbesteding wordt door overheden al jaren met succes toegepast bij de uitbesteding van eenvoudig contracteerbare diensten waar een commerciële markt voor bestaat zoals catering, beveiliging en schoonmaak. Minder ervaring bestaat tot op heden bij het aanbesteden van publieke dienstverlening aan burgers en bedrijven.

VRAAGSTURING

Vraagsturing is, volgens de definitie van het Nederlandse Ministerie van Economische Zaken in 2003, sturing van het aanbod door de vrager, waarbij de vrager ook daadwerkelijk de (in)directe zeggenschap heeft over de middelen om het aanbod te sturen. Dit organisatiemechanisme geeft consumenten (zorgvragers ofwel gebruikers) de mogelijkheid om te stemmen met de voeten (exit-optie), maakt maatwerk mogelijk en stimuleert ondernemerschap in de publieke sector. Het persoonsvolgend budget, het Persoonsgebonden Budget (PGB) en vouchers zijn varianten van vraagsturing. Belangrijke voorwaarden voor een effectieve invoering van vraagsturing zijn de mogelijkheid tot een objectieve indicatiestelling en budgetbepaling, alsook ruimte voor concurrentie en de vrijheid voor de zorgvrager om te switchen tussen aanbieders.

D. Blokland benoemt de PGB's (Persoonsgebonden Budgetten) in de Nederlandse zorgsector als een succesvolle toepassing van vraagsturing. Hij stelt verder dat de praktijkervaringen met vraagsturing ons leren dat de specifieke vormgeving van het instrument, in hoge mate bepalen of het succesvol is of niet. Hieruit zijn een aantal generieke lessen te trekken: keuzevrijheid is de belangrijkste *driver*, kwaliteit moet voor burgers transparant zijn, transactiekosten en bureaucratie moeten tot een minimum beperkt blijven, toetreding tot de markt moet bevorderd worden en risicoselectie moet voorkomen worden. Vraagsturing werkt alleen als de burger bereid en in staat is om de vragende rol actief in te vullen.

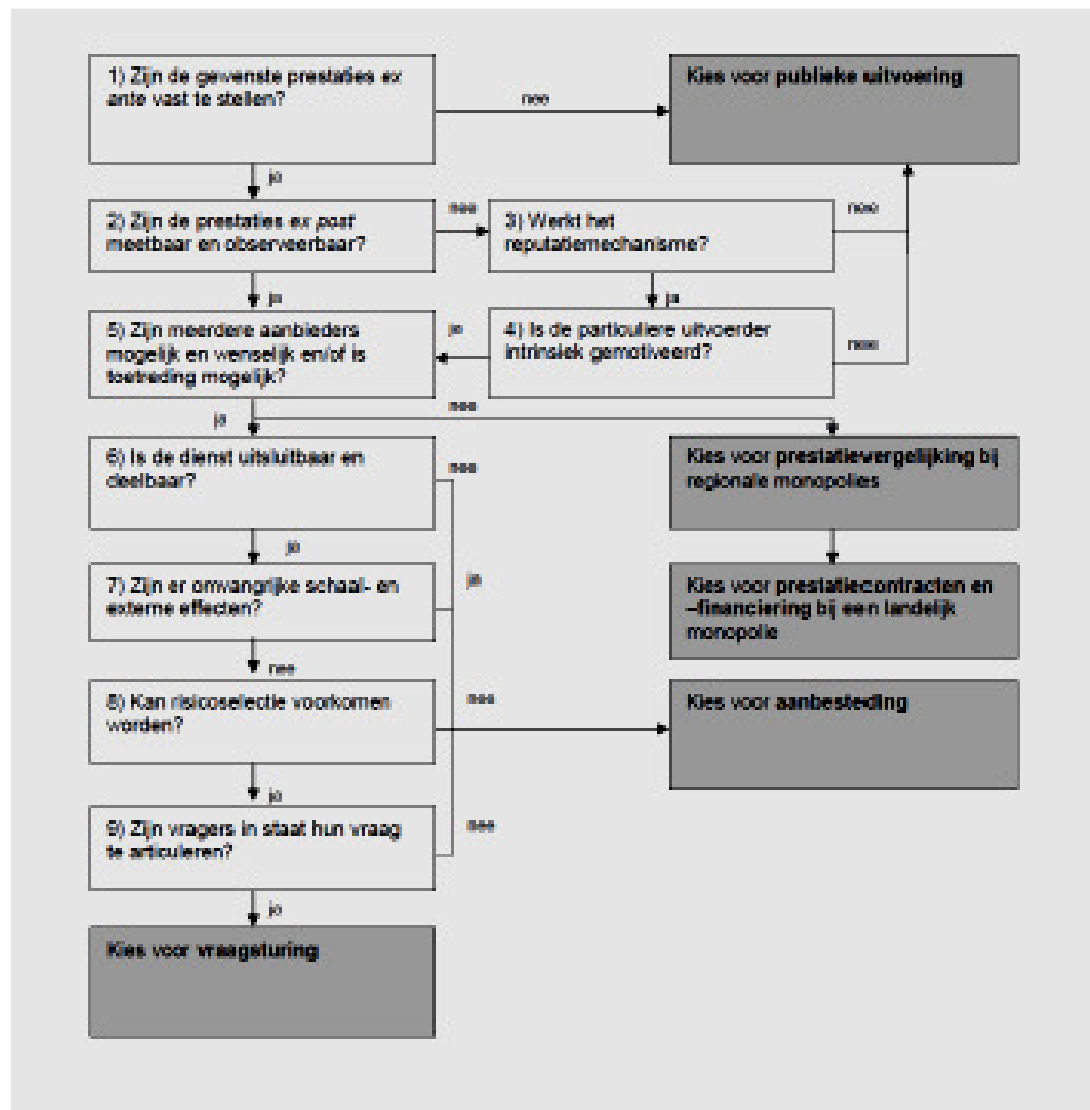
De invoering van deze marktmechanismen is vaak een proces van 'trial and error', waarbij voorzichtig wordt begonnen met experimenten en de toepassing van een mechanisme geleidelijk wordt uitgebreid en geperfectioneerd. Met het combineren van mechanismen kunnen zwaktes van het ene mechanisme gecompenseerd en gecorrigeerd worden met behulp van een ander mechanisme of met aanvullende regelgeving. D. Blokland brengt ons in zijn 'afwegingskader voor marktwerking in publieke sectoren' twee zeer bruikbare instrumenten aan, om onze standpuntbepaling te funderen, namelijk 1) een sterkte/zwakte-analyse en 2) een beslisboom.

STERKTE/ZWAKTE-ANALYSE EN BESLISBOOM

In de **sterkte/zwakte-analyse** worden de verschillende mechanismen in een tabel beoordeeld aan de hand van negen criteria: Keuzevrijheid, Transactiekosten, Transparantie, Maatwerk, Concurrentieprikkels, Risicoselectie, Schaalvoordelen, Uitvoeringskosten en Budgettaire risico's. Naargelang het gewicht dat men toekent aan bepaalde criteria en de mate waarin het mogelijk is om zwakke aspecten van een bepaald mechanisme te compenseren door combinaties van mechanismen of aanvullende regelgeving, kan men voor een specifieke sector keuzes maken.

Het tweede instrument is een **beslisboom**. Hij is opgebouwd uit negen ja/nee vragen op basis van parameters of maatstaven die doorslaggevend zijn bij de keuze voor een bepaald mechanisme.

Met behulp van deze beslisboom kan men op grond van de kennis over specifieke kenmerken van een bepaalde publieke sector, vooraf gaan afwegen welk mechanisme het meest efficiënt zal zijn. Vervolgens kan men op basis van evaluaties achteraf gaan verifiëren of dit tot de gewenste maatschappelijke resultaten geleid heeft.



Voor de tabel met de sterkte/zwakte-analyse en meer duiding bij bovenstaande figuur met de beslisboom, verwijzen we naar de bijlage²¹.

Nu we de economische terminologie duidelijk hebben en weten hoe marktwerking geïntroduceerd kan worden in publieke sectoren, kunnen we nadenken over welke mechanismen het gewenste effect zullen hebben in de ondersteuning van personen met een beperking. Om dat gewenste effect te kennen, is het nodig om de huidige situatie in Vlaanderen nader te bekijken. Wat goed is, behoeft geen verandering, waar er grote knelpunten worden vastgesteld, kunnen we gaan bekijken hoe deze zich verhouden tot bepaalde vormen van marktwerking, met het oog op daadwerkelijke verbetering.

DE HUIDIGE SITUATIE IN VLAANDEREN

Als men in Vlaanderen als persoon met een handicap nood heeft aan ondersteuning die de draagkracht van het persoonlijke netwerk overstijgt, of wanneer men verkiest om niet langer afhankelijk te blijven van bijvoorbeeld zijn ouders, moet men zich wenden tot het **Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)**. Op basis van een multidisciplinair verslag door een zorg-MDT (Multidisciplinair Team) beslist een **Provinciale Evaluatiecommissie (PEC)** of je een toegangsticket krijgt tot een bepaalde erkenningcategorie/zorgformule²². Zo'n PEC-ticket geeft principiële toegang tot een gesubsidieerde 'plaats', maar voor de effectieve toegang moet er natuurlijk eerst een plaats beschikbaar zijn.

Je specifieke vraag om ondersteuning volgt een administratieve weg en wordt zo herleid tot één van die bestaande **erkenningcategorieën**. Het feit dat de ondersteuning gesubsidieerd en formeel gecontroleerd wordt als totaalpakket, als te voren omschreven zorgformule, maakt het voor zorgaanbieders uiterst moeilijk, zo niet onmogelijk om te ondersteunen op maat. Een bijkomend belangrijk probleem is dat er voor de meeste zorgvormen zeer aanzienlijke **wachlijsten** zijn, waardoor het vaak jaren duurt vooraleer je als zorgvrager een aanbod krijgt. Dit doordat de overheid jaarlijks met een gesloten budget werkt dat onvoldoende is om, via de huidige financieringswijze, alle zorgvragen te beantwoorden.

In het meest recente zorgregierapport²³ kunnen we nalezen dat het aantal wachtende zorgvragers elk jaar stijgt. Er waren op 30 juni 2009, 18.959 actieve zorgvragen, waarvan 12.213 dringende vragen, waaronder er 3002 zorgvragen al meer dan twee jaar geregistreerd staan zonder oplossing.

Je vraag om ondersteuning is een dossier geworden, dat behartigd wordt door een contactpersoon op de bemiddelingsvergaderingen van de **Centrale Registratie van Zorgvragen (CRZ)** bemiddelingen of wat men voorheen de wachtlijstvergaderingen noemde). Zo'n contactpersoon is een medewerker van een voorziening of een verwijzende instantie of in zeer uitzonderlijke gevallen een medewerker van een gebruikersvereniging. Hij heeft als

²¹ Delroy Blokland, 'Een afwegingskader voor marktwerking in (semi-) publieke sectoren', TPEdigitaal, 2008.

²² Handinfo Vlaams Fonds 4^e herziene uitgave, maart 2006.

²³ <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/3724063-Zesmaandelijks+rapport+over+vraag+en+aanbod+personen+met+een+handicap.html>

opdracht je dossier naar de 'open plaats' te bemiddelen. De realiteit is dat er voor elke open plaats, meestal een veelvoud aan 'geschikte' kandidaten zijn. Het VAPH tracht via de zorgregie de meest dringende zorgvragen voorrang te geven. Voor elke zogenaamde match tussen een dringende zorgvraag en een beschikbaar zorgaanbod, moet men tegelijk vaststellen dat er vele anderen opnieuw uit de boot vallen.

De **zorgregie** legt grote druk en verantwoordelijkheid bij deze vergaderingen om steeds maar positief te blijven mee puzzelen aan een uitzichtloos scenario.

De contactpersonen moeten zich blijven aanpassen aan elkaar snel opvolgende omzendbrieven, men werkt met urgentiecodes of prioriteitengroepen en status 'knelpunt dossier' of 'noodsituatie', maar kan niet vermijden dat vele mensen met een handicap jarenlang tevergeefs moeten wachten op noodzakelijke ondersteuning. Soms leidt dit gebrek aan gepaste ondersteuning ertoe dat mensen met een beperking dakloos worden of voor lange periodes in bejaardentehuizen, psychiatrische instellingen of zelfs in gevangnissen belanden.

Als persoon met een dringende zorgvraag heb je door de schaarse mogelijkheden en de zorgregie, in werkelijkheid geen keuzevrijheid. Je mag al van geluk spreken indien je een aanbod krijgt, voor je gebrek aan ondersteuning tot een crisissituatie leidt. Maar ook indien je wel een aanbod krijgt, heb je geen enkele garantie dat dit tegemoet komt aan jouw specifieke, individuele ondersteuningsnood en sta je bijzonder zwak om hier iets aan te veranderen.

De enige erkenningcategorie van het VAPH die hier een uitzondering op maakt, is **het Persoonlijk Assistentiebudget (PAB)**²⁴. Deze vorm van directe financiering zorgt ervoor dat de persoon met een handicap wel impact kan hebben op zijn ondersteuning. Al moeten we hier toch ook waakzaam zijn tegenover overheidsmaatregelen die de keuzevrijheid en de vraagsturing die inherent zijn aan het PAB-systeem, dreigen te beknotten²⁵.

Het is duidelijk dat het huidige antwoord dat onze overheid biedt aan personen met een handicap met een ondersteuningsvraag tekortschiet. Zelfs indien we de budgettaire problemen buiten beschouwing laten, is de organisatie van de ondersteuning van personen met een handicap ontoereikend. De wijze waarop zij georganiseerd wordt, is dermate planmatig en staat zo ver weg van de individuele zorgvraag dat er geen sprake is van vraagsturing of zorg op maat.

Als we de situatie van personen met een ondersteuningsvraag in het Vlaanderen van vandaag evalueren, geeft dit duidelijk aan dat grondige verandering wenselijk en noodzakelijk is. De knelpunten situeren zich vooral op twee aspecten.

De **toegankelijkheid van de ondersteuning** is niet gegarandeerd. Het verdelen van de schaarste via de zorgregie en de groeiende wachtlijsten zijn daar het bewijs van. Nochtans is toegankelijkheid onomstreden als 'maatschappelijk zorgdoel', net zoals betaalbaarheid en kwaliteit.

²⁴ <http://www.bol-budiv.be/pab/>

<http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/10526-Persoonlijke-assistentiebudget+%28PAB%29.html>

²⁵ Huys Jos, Toespraak tijdens de hoorzitting in de Welzijnscommissie van het Vlaams Parlement omtrent het ontwerp van decreet betreffende de zorg- en bijstandsverlening, *Parl. St. VI. Parl.*, 2007-2008, Nr. 1708/6, 8-9.

Het tweede knelpunt is juist de **kwaliteit van de ondersteuning**. Zonder afbreuk te doen aan de kwaliteiten van vele professionelen in de ondersteuning van personen met een handicap, is ondersteuning volgens een systeem van erkenningcategorieën niet op maat van het individu met z'n eigen, specifieke ondersteuningsnood.

Ook het kwaliteitsdecreet²⁶, het kwaliteitshandboek en de Sectorspecifieke Minimale Kwaliteitseisen droegen hier niet voldoende toe bij.

De SMK 1.5.1. voorziet wel een bevraging naar de tevredenheid van de gebruiker, al is die eerder summier en vrijblijvend omschreven: *“De voorziening heeft permanent aandacht voor en peilt periodiek naar de tevredenheid van de gebruikers over de hulp- en dienstverlening”*. Bovendien geeft een tevredenheidmeting een vertekend beeld over de kwaliteit van de ondersteuning. Een tevredenheidmeting mist naast de subjectieve component, een objectieve component, die we wel hebben bij een bevraging van de ondersteuning naar ‘kwaliteit van bestaan’²⁷.

We stellen vast dat de strakke controle die de Vlaamse overheid uitoefent, op de ondersteuning van personen met een handicap, nefaste gevolgen heeft voor de Vlamingen met een ondersteuningsnood. Ook de maatschappelijke zorgdoelen worden niet voldoende gehaald, er is duidelijk sprake van een **overheidsfalen**.

²⁶ BVR van 15/12/2000 betreffende de kwaliteitszorg in voorzieningen voor de sociale integratie van personen met een handicap. Publicatie BS 27/02/2001.

²⁷ http://www.vgph.be/fileadmin/user_data/nationaal/Publicaties/VGPH-KwaliteitsbewakingEnKwaliteitsbevraging.pdf

VRAAGSTURING IN HET DEBAT ...

Uit het afwegingskader van Blokland komt **vraagsturing**, vanuit het perspectief van personen met een beperking, duidelijk naar voor als het te verkiezen sturingsmechanisme, eventueel **in combinatie met prestatievergelijking**, om die ondersteuningsmarkt voldoende transparant te houden voor de gebruiker. De overheid kan daartoe initiatieven nemen en de personen met een vraag naar ondersteuning, diepgaand en breed informeren, of ze kan die taak uitbesteden aan belangenorganisaties.

Belangrijk is echter, wanneer we voor de invoering van vraagsturing pleiten, dat we expliciet maken welke doelen we aan de invoering van vraagsturing koppelen. Zo niet blijft vraagsturing maar een notie, als reactie op het falen van de aanbodgestuurde verzorgingsstaat.

Met het expliciteren van de doelen van vraagsturing kan de discussie over de invoering ervan, zinvol gevoerd worden en kunnen deze doelen afgewogen worden tegen het sociale beleid. We kunnen zien welke doelen dominant zijn in de discussie, welke doelen combineerbaar zijn en welke niet. Het expliciteren van de doelen biedt echter vooral de achtergrond om voorwaarden te formuleren voor de vormgeving, de uitvoering, de implementatie van vraagsturing en de criteria voor de evaluatie. Dit is van het grootste belang. Het is namelijk niet zozeer de theoretische keuze voor vraagsturing als organisatiemechanisme, als wel de uiteindelijke 'spelregels' waarin men vraagsturing zal toepassen, die het succes zullen bepalen.

We expliciteren 10 doelen, geclusterd in 3 domeinen²⁸.

POLITIEK ECONOMISCHE DOELEN VAN VRAAGSTURING

De politiek economische analyse van de problemen van de verzorgingsstaat, richt zich op het probleem dat de overheid onvoldoende in staat is, de juiste diensten en voorzieningen bij de juiste personen te krijgen. Hierdoor brengen zowel de voorzieningen zelf als de uitvoering te veel kosten met zich mee. Kortom een probleem van afstemming van vraag en aanbod, waarop meer marktwerking als antwoord wordt gepropageerd. Met dit antwoord op de ondoelmatigheid van de verzorgingsstaat blijft de solidariteit - de herverdelende rechtvaardigheid - als principe echter wel behouden. Dat wil zeggen dat men bepaalde restricties oplegt aan de geïntroduceerde marktwerking in publieke dienstverlening²⁹ om sociale beleidsdoelen te bewaken.

- Doel 1: meer kostenefficiëntie en efficiëntiewinsten
- Doel 2: optimalisatie van het aanbod (responsiviteit, aanbod past zich aan aan de vraag), op maat van de gebruiker
- Doel 3: meer keuzevrijheid van de vrager

²⁸ Bosselaar, H., Tien doelen van vraagsturing.

<http://www.bureaumeccano.nl/tien%20doelen%20van%20vraagsturing.pdf>

²⁹ Le Grand, J. en W. Bartlett (1993), 'Quasi Markets and Social Policy: the Way Forward?'

SOCIAAL POLITIEKE DOELEN VAN VRAAGSTURING

Niet alleen de traditionele inrichting van het voorzieningenstelsel, maar ook de positie van de overheid blijkt in toenemende mate onhoudbaar. Met name het beeld van de centrale rol van de overheid, die haar burgers bescherming biedt door hen rechten te verschaffen en plichten op te leggen, roept meer en meer weerstand op. De overheid is op deze manier enerzijds schuldig aan het ontstaan van een groep 'zwakkere burgers', die steeds afhankelijker werd, en heeft anderzijds ook schuld aan een groeiend individualisme en onverschilligheid die de rest van de samenleving kenmerkt. De 'objecten' van de verzorgingsstaat, en met name de patiëntenorganisaties in de gezondheidszorg, definiëren aan het einde van de twintigste eeuw de rol van de overheid en van zichzelf. Viel de rol van de burger als patiënt in de verzorgingsstaat samen met die van de zieke, een passieve rol als object van (overheids)zorg, dan kiezen zij in hun nieuwe visie als uitgangspunt de potenties van de burger zelf. Vanaf dat moment zijn de kernbegrippen van de patiëntenbeweging: emancipatie, empowerment en het recht om anders te zijn. Men streeft naar een gevarieerde samenleving, waarin elke burger ongeacht een handicap of chronische ziekte tot zijn recht kan komen. Burgerschap komt in de plaats van cliënt-zijn³⁰.

- Doel 4: Primaat bij autonomie van de burger, burger is bevoegd
- Doel 5: Competentie burger als uitgangspunt, burger is vaardig
- Doel 6: Re-allocatie van verantwoordelijkheid en activering, burger kan en moet zelf verantwoordelijkheid nemen en de gevolgen dragen.

DE INSTITUTIONELE DOELEN VAN VRAAGSTURING

De gewijzigde opvattingen over het politieke, economische en sociaal maatschappelijke kunnen hun effect niet missen op de institutionele kant van de Verzorgingsstaat: het bureaucratisch-professionele uitvoeringsapparaat.

Uitvoerende instanties worden steeds meer gezien als (re)producenten van macht en ongelijkheid. In een eerste reactie gaat de wetgever over tot vergaande specificatie van wet- en regelgeving, het accentueren van de plichten van 'gerechtigden' en het verder bureaucratiseren van het interne uitvoeringsproces. Maar deze ingeslagen weg is niet effectief. De kritiek op het primaat van het aanbod, is dat de zorg onevenwichtig wordt aangeboden - vaak te veel of te weinig - en dat deze zorg niet (meer) aansluit bij de wensen van de steeds mondigere cliënt.

'Zorg op maat' moet zowel vanuit het perspectief van kostenbeheersing als vanuit het perspectief van het individualiseringsproces een antwoord vormen op de aanbodgerichte organisatie van de ondersteuning.

- Doel 7: terugdringen rol professional, of wijzigende rol professional
- Doel 8: empowerment van personen met een handicap, bottom-up en top-down, individueel en collectief.
- Doel 9: behoefte/situatie van de cliënt als uitgangspunt, met aandacht voor het spanningsveld tussen objectieve en subjectieve behoefte en tussen behoefte en vraag.

³⁰ Laan, G. van der, 'Vraagsturing, professionaliteit en burgerschap. Sociale Interventie', 2002 / 2 Pag. 44 - 51.

- Doel 10: versterken financiële relatie inspanningen-uitkeringen, financiële prikkel bij de vrager of de aanbieder.

We kunnen de achtergrond van de **vraagsturingsdiscussie** als volgt samenvatten. De politiek-economische oplossing voor de problemen van de verzorgingsstaat ligt in marktwerking en zal nieuwe verhoudingen vragen tussen aanbieders en vragers van ondersteuning. Na sociaal-politieke analyse, vinden we een oplossing in het activeren van de burger met een vraag naar ondersteuning. Dit vereist een nieuwe verhouding tussen de burger en de overheid. De institutionele oplossingen liggen in het terugdringen van bureaucratie en in meer beleidsruimte voor professionals en betekent het (her)positioneren van de cliënt en de professional, ten opzichte van elkaar.

WAT WILLEN WE?

Los van het debat over marktwerking of andere economische overwegingen, hebben personen met een handicap, voldoende valide argumenten om van het beleid de mogelijkheden tot een vraaggestuurd ondersteuning te verwachten. Meer bepaald vanuit de aanspraak op een gelijke mate van onafhankelijkheid voor personen met een handicap, als voor andere mensen³¹, vanuit ervaringsdeskundige inzichten, vanuit het burgerschapsmodel en vanuit het 'Quality of Life' concept.

Zoals eerder al aangetoond, staat de gebruikerszijde hiermee niet alleen en is de roep om vraagsturing, breed gedragen door de hele sector.

Dit kadert bovendien volledig in de huidige paradigma-omslag. Een omslag die ook de overheid erkent en waaraan ze wil bijdragen³².

We willen een resolute **verandering** van de huidige, bureaucratische organisatie van de ondersteuningsmogelijkheden die de overheid ons oplegt.

We willen de mogelijkheid krijgen tot **zelfregie** van onze ondersteuning.

We willen maximale **keuzevrijheid** in het bepalen door wie we ondersteund willen worden, ongeacht of deze ondersteuning vanuit een vzw, een for-profit onderneming, een coöperatieve, mantelzorg of welke hoek dan ook, afkomstig is.

Wij willen ondersteuning die **op maat** is, die beantwoordt aan onze individuele, specifieke noden en behoeften als persoon met een beperking.

Wanneer we dit in verband brengen met het economische begrippenkader en het debat over de invoering van marktwerking, kunnen we een standpunt innemen. Vraagsturing is het sleutelbegrip.

³¹ *Independent Living for people with disabilities: from patient to citizen and customer*

Keynote at the conference in Barcelona 22 October 2007 organized by the Catalan Party Convergència i Unió by Dr. Adolf Ratzka.

³² <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/2525687-PGB.html>, VAPH Magazine Handblad #35, 2008.

STANDPUNT

Het Expertisecentrum Onafhankelijk Leven constateert dat de huidige organisatie van de ondersteuning van personen met een handicap, noch voldoet aan de maatschappelijke doelstellingen en verwachtingen, noch aan die van personen met een handicap zelf. **Reorganisatie** is noodzakelijk.

Zowel personen met een vraag naar ondersteuning, als de aanbieders van ondersteuning, als het beleid en de uitvoerende overheid, moeten **nieuwe rollen** krijgen.

Dit impliceert verschuivingen in de onderlinge verhoudingen en de interactie tussen deze 3 partijen, waar elke partij versterkt uitkomt.

De overheid kan een democratischer en socialere politiek voeren. Voor personen met een ondersteuningsnood betekent het meer emancipatie en inburgering. Het aanbod krijgt een markt met ruimte voor sociaal ondernemen³³.

Mensen met een ondersteuningsnood moeten de mogelijkheid krijgen om hun ondersteuning zelf te regisseren in een **gereguleerde ondersteuningsmarkt** door de invoering van het **marktwerkingsmechanisme vraagsturing**.

Door middel van vraagfinanciering kunnen we als personen met een handicap onze afhankelijke positie overstijgen, daadwerkelijke **keuzevrijheid** bereiken, en onze ondersteuners aansturen in een gelijkwaardige dialoog tot **ondersteuning op maat** van onze noden en behoeften.

De omslag in de organisatie en de financiering van de ondersteuning van mensen met een beperking, dient te gebeuren met **betrokkenheid en inspraak** van alle partijen. Wij zien ondersteuning van personen met een beperking als een publieke opdracht met publieke middelen. Solidariteit en de maatschappelijke doelstellingen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid moeten gegarandeerd kunnen worden. Vraagsturing moet hiervoor het gehanteerde instrument zijn. Precies daarom moet er tussen de verschillende partijen duidelijk geformuleerd worden welke doelen men beoogt met het invoeren van vraagsturing en welke rol men daarin van elkaar verwacht.

Onze verwachtingen, als personen met een handicap, in een gereguleerde vraaggestuurde ondersteuningsmarkt zijn :

- Dat wij maximale keuzevrijheid krijgen in het bepalen hoe, wanneer, waarvoor en door wie we ondersteund willen worden.
- Dat er meer mensen, gepastere ondersteuning zullen verkrijgen met hetzelfde macrobudget.
- Dat de huidige aanbieders, en een scala van nieuwe aanbieders, hun aanbod zullen diversifiëren, specialiseren en afstemmen op onze vraag, zodat ondersteuning op maat beschikbaar wordt.
- Dat onze autonomie en onze competenties ten volle erkend zullen worden en zullen toenemen.

³³

<http://www.vso.be/DesktopModules/Articles/ArticlesView.aspx?tabID=0&lang=nl-BE&ItemID=126&mid=2845>, presentatie van Koen De Vylder, ondervoorzitter VSO op het congres : sociaal ondernemen in , 08/10/2009.

- Dat wij zelf de verantwoordelijkheid over onze ondersteuning zullen krijgen en nemen en vanuit volwaardig burgerschap, publieke middelen op een verantwoorde manier, doelmatig zullen besteden.
- Dat wij, op individueel niveau voldoende middelen ter beschikking krijgen om onze ondersteuningsnood en –behoefte behoorlijk te kunnen financieren.
- Dat wij een gelijkwaardige relatie kunnen hebben met onze ondersteuners, met dialoog en betrokkenheid, die het niveau van subject-object, maar ook die van verkoper-consument, overstijgt.
- Dat onze ondersteuning ons als persoon met een handicap toelaat en in staat stelt om onszelf en elkaar te versterken. Dat ze zal bijdragen aan ons zelfrespect, zelfvertrouwen en zelfkennis.

ONS STANDPUNT IN HET DEBAT

Na een objectieve duiding van de gehanteerde begrippen en van de huidige organisatie van ondersteuning van mensen met een beperking, hebben we een afweging gemaakt welke marktmechanismen, we op welke manier geïntroduceerd willen zien. Dit bracht ons tot een standpunt dat we maximaal willen inbrengen in het belangrijke debat betreffende hervorming van het Vlaamse landschap van ondersteuning van personen met een handicap. Daarom moeten we niet alleen dit standpunt zeer duidelijk en genuanceerd formuleren, maar ook meteen anticiperen op een aantal **te verwachten tegenkanten in het debat**.

Hoewel wij in dit standpunt consequent vanuit het gezichtspunt van personen met handicap vertrekken, hebben wij toch vast gesteld dat **fundamentele hervorming ook vanuit breed maatschappelijk oogpunt noodzakelijk** is. De zorgdoelen toegankelijkheid en kwaliteit worden niet gehaald, bij de maatschappelijke betaalbaarheid, volgens het huidige systeem, mogen ten minste enige vraagtekens worden geplaatst. We moeten hier het **overheidsfalen** erkennen en de moed hebben het beleid grondig te hertekenen. Maar **elke hervorming**, vooral organisatorische reorganisatie met mogelijk grote impact op alle betrokkenen, brengt vragen en onzekerheden mee, en **stuit op weerstand**. Bovendien zal elke hervorming, hoeveel verbetering ze ook brengt op maatschappelijk vlak, voor bepaalde personen, individueel tegenvallen.

Zo zijn we er ons van bewust dat de invoering van vraagsturing ook bepaalde ongewenste of onbedoelde gevolgen kan hebben. We willen die niet negeren, maar stellen daar wel tegenover dat de huidige organisatie van de ondersteuning van personen met een handicap in Vlaanderen ook ongewenste en onbedoelde gevolgen heeft. Het wijzen op mogelijke gevaren van zulk een hervorming is waardevol, in het bijzonder in het uitwerken van de precieze modaliteiten van de hervorming, maar mag **geen argument zijn voor een status-quo**.

Bovendien moeten we er ons van bewust zijn dat er uit het debat in het beste geval een consensus en een vernieuwd beleid voortkomt, maar dat we pas achteraf zullen kunnen evalueren of de beoogde doelstellingen van de reorganisatie, ook effectief bereikt werden. Dat resultaat zal mee, misschien zelfs vooral, bepaald worden door de rol die de verschillende betrokken actoren op zich zullen nemen en hoe zij zich gedragen in die gereguleerde ondersteuningsmarkt. Beleidskeuzes kunnen zeker niet altijd gemaakt worden op basis van exact voorspelbare scenario's. Op basis van studie en expertise kan men bepaalde afwegingen maken en tot prognoses komen, maar het gaat hier steeds om een

projectie van het effect van bepaalde theoretische principes uit de economie, op een zich toekomstig te ontwikkelen ondersteuningsmarkt. **De verantwoordelijkheid voor het functioneren van zo'n vraaggestuurde ondersteuningsmarkt zal dan ook de gedeelde verantwoordelijkheid zijn van personen met handicap, hun ondersteuners en de overheid.**

Naast het duidelijk formuleren wat men van marktwerking en vraagsturing verwacht, vinden we hier meteen ook het belangrijkste antwoord in reactie op mogelijke tegenkanten die ons standpunt zou kunnen krijgen in het publieke debat. Het is namelijk een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen om aandachtig te zijn voor mogelijke 'gevaaren' of 'ontsporingen' van die gereguleerde ondersteuningsmarkt, alsook om er oplossingen voor te vinden. We pleiten immers voor **een marktsysteem waar vragers en aanbieders van ondersteuning, alsook de overheid een actieve en verantwoordelijke rol op zich nemen** en waar gelijkheid en solidariteit juist conditioneel deel uitmaken van die markt. Dit naar analogie met het inclusieve concept 'democratische markt van sociale diensten'³⁴ zoals ontwikkeld vanuit het VSO (Verbond Sociale Ondernemingen).

De weerstand, die het invoeren van elementen uit de 'vrije markt' in het publieke domein oproept, is vaak gebaseerd op ethische argumenten en vooral gericht tegen commercialisering. In de ondersteuning van personen met een handicap in Vlaanderen pleiten wij echter alleen maar voor 'commercialiseren' in functie van een vergrote keuzevrijheid en beschikbaarheid van gepaste ondersteuning. In de praktijk moet het de persoon met een ondersteuningsnood zelf zijn (of zijn directe vertegenwoordigers), die in alle vrijheid moet kunnen bepalen door wie hij ondersteund wil worden, volgens zijn eigen kwalificatievereisten en normen en moeten daarbij, door de overheid, geen mogelijke ondersteuners uitgesloten worden, omdat ze met hun dienstverlening ook winst beogen.

Deze commerciële ondernemers in de gehandicaptenzorg zullen in eerlijke concurrentie moeten gaan met bestaande of nieuwe social-profit, particuliere initiatieven, coöperatieven, zelfstandigen en betaalde mantelzorg. In een vrije markt zullen commerciële ondernemers zich in eerste instantie richten op de meest winstgevende segmenten van de markt. Dit verschijnsel noemt men dan **afroming** ('cream skimming' of 'cherry-picking'). Sommigen vrezen dat personen met zeer zware en gecompliceerde handicaps (met grote zorgzwaarte) bij een gecommmercialiseerde 'gehandicaptenzorg' systematisch uit de boot zullen vallen. Zij zouden niet 'rendabel' zijn. Uiteraard is dat iets waar we alert voor moeten blijven, het is immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid de markt te corrigeren. Maar uiteindelijk zal het al dan niet commercialiseren van zorg en ondersteuning daar geen doorslaggevende rol in spelen. Of mensen met een zeer zware en gecompliceerde ondersteuningsnood al dan niet de gepaste ondersteuning kunnen vinden, zal afhangen van een correcte inschaling en een navenante toekenning van middelen. Dus: **hoe groter de zorgzwaarte, hoe groter het ondersteuningsbudget**. Het is juist in het huidige, niet-gecommercialiseerde, maar aanbodsgestuurde systeem, dat 'zwakkeren' soms uit de boot vallen, en dit vanwege het herleiden van elke vraag om ondersteuning, hoe gecompliceerd ze ook is, tot één van de bestaande erkenningcategorieën. Daarvan getuigen de vele zogeheten knelpuntdossiers.

Men werpt ook wel eens op dat meer marktwerking een **gehandicaptenzorg met twee snelheden** zal creëren. Vraagsturing vereist namelijk dat je als persoon met een handicap een volwaardige rol en positie kan innemen in de organisatie van je ondersteuning. Het spreek voor zich dat dit voor de ene persoon makkelijker en vanzelfsprekender zal zijn dan

³⁴ <http://www.alertonline.be/Portals/pow/alert/pdf/AT35502EPV8LF.pdf> Edito Een pluralistische visie op sociaal ondernemen van Ludo Fret in de Alert nieuwsbrief van december 2009.

voor anderen. Maar ook dat is **geen argument voor een status-quo**. Ook in het huidige aanbodsgestuurde systeem zijn er assertieve personen die uitzoeken hoe zij de regels van de zorgregie en hun contactpersonen maximaal kunnen bespelen, misschien ten nadele van minder mondige medegehandicapten. Bovendien bestaat er momenteel in Vlaanderen reeds een zorg met twee snelheden. Enerzijds de relatief kleine groep mensen (ongeveer 1.700 personen die een Persoonlijk Assistentiebudget hebben en nog zo'n 150 personen uit het huidige experiment met het Persoonsgebonden Budget) die door middel van directe financiering zelf hun ondersteuning vorm kunnen geven, anderzijds de rest, die gesubsidieerde zorg in natura geniet en voor wie het vaak een kwestie van geluk is of de aangeboden ondersteuning beantwoordt aan hun specifieke behoefte. Zo lang men twee parallelle systemen blijft hanteren in de toekenning van ondersteuning, zal men in zekere zin ook een 'zorg met twee snelheden' in stand houden.

We mogen echter niet voorbij gaan aan de realiteit dat vele personen met een handicap een zeer afhankelijk leven leiden. Zij hebben niet voldoende mogelijkheden gekregen om zich volwaardig te ontplooien en hun leven in handen te nemen.

Wanneer wij hen nu zonder meer in een positie brengen waarbij ervan uit gegaan wordt dat zij zelf bevoegd en bekwaam zijn om hun ondersteuning te organiseren met publieke middelen, en ze bovendien kunnen afgerekend worden op die verantwoordelijkheid, doen we hen onrecht aan. Misbruik van middelen, maar ook misbruik, uitbuiting en verwaarlozing van personen met een handicap zouden dan het gevolg kunnen zijn. **Personen met een handicap moeten de mogelijkheid hebben om in alle aspecten, die hun nieuwe status met zich meebrengt, bijstand en steun te krijgen.**

Hier is het opnieuw de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle actoren, in hun nieuwe rollen, die de oplossing moeten bieden. Mensen die hun ondersteuning niet naar behoefte zelf georganiseerd krijgen, kunnen in eerste instantie versterking vinden bij andere gehandicapten die daar wel in slagen. Belangenorganisaties en verenigingen van personen met een handicap zullen hier een belangrijke rol in kunnen en moeten spelen. Ook professionele ondersteuners hebben hier een taak te vervullen, in aanvulling en of samenwerking met ervaringsdeskundigen. Zij kunnen hun vakkennis en ervaring benutten om door middel van **vraagverheldering en trajectbegeleiding** personen met een beperking en hun netwerk, in die mate te 'empoweren' dat zij hun ondersteuning wel zelf kunnen organiseren. Daar ligt dan ook meteen **het zwaartepunt van de vernieuwde rol van de overheid**. Niet alleen moet vraagverheldering en trajectbegeleiding voldoende kwalitatief en kwantitatief aangeboden worden in functie van het versterken van mensen met een beperking in hun nieuwe, meer verantwoordelijke rol, maar via deze weg houdt de overheid ook een vinger aan de pols in de evoluerende ondersteuningsmarkt. Zo kan de overheid actief vaststellen waar er hiaten in de ondersteuningsmarkt zouden ontstaan, of er sprake is van afroming of monopolievorming, enzovoort. Daar kan de overheid dan gepast op reageren **door de markt te corrigeren** door middel van overleg met de sector, door het stimuleren van bepaalde deelmarkten, door bijkomende regelgeving, enzovoort.

Om te besluiten kunnen we stellen dat veel argumenten tegen een de introductie van marktwerking in de ondersteuning van personen met een handicap zijn ingegeven door onvoldoende **vertrouwen in de mogelijkheden van personen met een handicap**. Men denkt nog steeds te vaak in een betuttelende 'zorgterminologie', terwijl de huidige paradigmaverschuivingen de navenante beleidswijzigingen vereisen dat men de persoon met een handicap ziet in termen van een burger die actief zijn ondersteuning kan organiseren.

BELEIDSVORSTELLEN

Cruciaal voor een geslaagde hervorming is een open, diepgaand en gelijkwaardig debat waar we visie en expertise ter zake kunnen inbrengen. De omslag naar vraagsturing dient stapsgewijs en in overleg met alle partijen, en op alle niveaus uitgevoerd te worden. Wij willen hier alvast een aantal voorstellen adviseren aan de overheid.

1. De hervorming naar een vraaggestuurd gehandicaptenbeleid met marktwerking, opstarten en uitvoeren in overleg met vertegenwoordigers van personen met een handicap en ervaringsexperts.
2. Nieuwe ondersteuningsvragen van personen met een beperking niet meer vertalen naar erkenningcategorieën, maar naar een budget na inschaling om de ondersteuning volwaardig mee te financieren.
3. In overleg een inschaling- en toekenningprocedure ontwikkelen en implementeren. Deze inschaling dient correct tegemoet te komen aan de individuele noden tot ondersteuning.
4. Toetredingsbeperkingen of -belemmeringen tot de ondersteuningsmarkt opheffen, particulier initiatief en sociaal ondernemerschap stimuleren.
5. Structureel investeren in door gebruikers gecontroleerde centra en diensten voor belangenbehartiging, kwaliteitscontrole, vorming en informatieverstrekking.
6. Een maatschappelijk verantwoorde controle uitoefenen om oneigenlijke besteding van publieke middelen te vermijden.
7. Personen die momenteel ondersteund worden via een erkenningcategorie, de mogelijkheid geven, om na een inschaling en een budgetbepaling de keuze te kunnen maken om 'over te stappen' naar een Persoonsgebonden budget.
8. De uitvoerende administratie omvormen naar zijn nieuwe rol. Meer rechtstreekse dienstverlening naar, en dossierbeheer van, individuele personen en minder controle op en dirigeren van diensten en voorzieningen.
9. Voorzien van een alternatief voor die personen die er tijdelijk of permanent niet in slagen zelf de gepaste ondersteuning te organiseren.
10. De maatschappelijke zorgdoelstellingen toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en continuïteit te vrijwaren door o.a. prijsafspraken, afroming of monopolievorming op de ondersteuningsmarkt te reguleren en bij te sturen waar nodig.

LITERATUUR EN BRONVERMELDING

Bartlett, W. and J. Le Grand (1993) "Quasi-markets and Social Policy".

BDF Belgian Disability Forum (2009) verslaggeving van info sessie van 02/10/2009: *toegankelijkheid van goederen en gezondheidszorgen. Europa reglementeert: de burger direct betrokken. Zijn kwaliteit en betaalbaarheid nog gegarandeerd?* Met experts Pierre Olivier de Broux (assistent docent fac. Univ. Saint Louis) Manuel Paollilo & Keyina Mpeye (FOD sociale zekerheid, multilaterale betrekkingen).

Berlage L. & Decoster A. (2000) Inleiding tot de Economie. Universitaire Pers Leuven.

Blokland Delroy (2008) Een afwegingskader voor marktwerking in (semi-) publieke sectoren / TPEdigitaal 2008 http://www.tpedigitaal.nl/assets/static/1_Blokland-1-2008.pdf

BOL-BUDIV (2009) <http://www.bol-budiv.be/>

Bosselaar H. (2000) Tien doelen van vraagsturing In: H. Bosselaar, J. van der Wolk, K. Zwart en H. Spies (red.), *Vraagsturing, de cliënt aan het roer in de sociale zekerheid en zorg*, Uitgeverij Jan van Arkel, Utrecht, blz. 10-25
<http://www.bureaumeccano.nl/tien%20doelen%20van%20vraagsturing.pdf>

Canoy Marcel (2009) Marktwerking in de zorg : ondernemende zorg of zorgende ondernemers / TPEdigitaal 2009 http://www.tpedigitaal.nl/assets/static/5_-2-2009.pdf

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement (2009) Hoorzitting over de 'Meerjarenanalyse – een achteruit- en vooruitblik op de zorgbehoeften van personen met een handicap'

<http://jsp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2008-2009/g2252-1.pdf>

http://www.vgph.be/index.php?id=481&no_cache=1&sword_list%5b%5d=hoorzitting

Decruynaere Elke & Van Hauwermeiren Juliska, Expertisecentrum Onafhankelijk Leven. (2009) Directe financiering in de zorg. Stand van zaken in 8 Europese landen.

De Martelaer Ann (2000) Voorstel van decreet dd. 4 mei 2000 van mevr. Ann De Martelaer c.s. houdende wijziging van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap met het oog op het toekennen van het persoonsgebonden budget, *Parl. St. VI. Parl. 1999-2000, nr. 280/1 "PGB-voorstel van decreet De Martelaer"* <http://jsp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2001-2002/g868-1.pdf>

De Vylder Koen (2009) ondervoorzitter VSO met presentatie op het congres : sociaal ondernemen in actie 08/10/2009 te Antwerpen
<http://www.vso.be/DesktopModules/Articles/ArticlesView.aspx?tabID=0&lang=nl-BE&ItemID=126&mid=2845>

Europees Parlement en de Raad (2006) Richtlijn 2006/123/EG van 12 december 2006 betreffende diensten op de interne markt, *PB* 2006, L 376/36. (ook gekend als Bolkestein richtlijn / Dienstenrichtlijn) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0036:0068:NL:PDF>

Fret Ludo (2009) Nieuwsbrief Alert van december 2009 : Edito Een pluralistische visie op sociaal ondernemen. <http://www.alertonline.be/Portals/pow/alert/pdf/AT35502EPV8LF.pdf>

GRIP vzw (2005) Nieuwsbrief GRIP # 11 nov/dec 2005 "Zorgen voor morgen? 2 jaar na het zorgcongres <http://www.gripvzw.be/nieuwsbrief/printbaar/051112.pdf>

Grit Kor dr. en de Bont Antoinette dr. (200) Zorgaanbieders en de ethische aspecten van marktwerking. *de praktijkopgave van het creëren van een passende zorgmarkt*; Instituut voor Beleid en Management van de Gezondheidszorg (BMG) Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
http://www.openankh.nl/Sites/Files/0000007494_Zorgaanbieders%20en%20de%20ethische%20aspecten%20van%20marktwerking%20Kor%20Grit.pdf

Huys Jos (2008) Toespraak tijdens de hoorzitting in de Welzijnscommissie van het Vlaams Parlement omtrent het ontwerp van decreet betreffende de zorg- en bijstandsverlening, *Parl. St. Vl. Parl.*, 2007-2008, Nr. 1708/6, 8-9.
<http://jisp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2007-2008/g1708-6-bijl.pdf>

Laan, G. van der (2002) Vraagsturing, professionaliteit en burgerschap. *Sociale Interventie* 2002 / 2 Pag. 44 – 51.

Lambreghts Peter (2009) VGPH Vlaams Gebruikersoverleg voor Personen met een Handicap : Kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevraging vanuit gebruikerszijde binnen VAPH erkende diensten en voorzieningen
http://www.vgph.be/fileadmin/user_data/nationaal/Publicaties/VGPH-KwaliteitsbewakingEnKwaliteitsbevraging.pdf

Maes Bea prof.dr. & Van Hove Geert prof.dr. (2001) Een kader voor de organisatie van vraaggestuurde ondersteuning voor mensen met een handicap en hun omgeving

Paulus A. dr., van Raak A. dr. en Mur-Veeman I. dr. (2001) Marktwerking is ...? artikel in Blad Bestuurskunde, jaargang 10, nummer 5
<http://www.bestuurskunde.nl/bestuurskunde/jg10/nr5/2001,8,10,5,4.php>

Polis Harold (2008) thomashuizen bieden geprivatiseerde gehandicaptenopvang. Ondernemerschap in de zorg. Artikel in Weliswaar.be # 80 feb/maa 2008
<http://weliswaar.be/modulefiles/magazines/80-zelfhulp/pdfs/thomashuizen-bieden-geprivatiseerde-gehandicaptenopvang.pdf>

Put Johan prof. dr. (2008) naar een Europese zorgmarkt, de klant is koning? Artikel in Weliswaar.be # 84, nov/dec 2008 <http://weliswaar.be/modulefiles/magazines/84-thuisloos/pdfs/naar-een-europese-zorgmarkt.pdf>

Ratzka Adolf dr. (2007) *Independent Living for people with disabilities: from patient to citizen and customer* Keynote at the conference in Barcelona 22 October 2007 organized by the Catalan Party Convergència i Unió

Vandeurzen Jo, Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2009) Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014
<http://jvp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2009-2010/g191-1.pdf>

Verdonck Ingrid & Put Johan Prof.dr., Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2008a) "Ontwikkelingen betreffende de Europese Dienstenrichtlijn en de zorgsector" werknota
<http://www.steunpuntwvg.be/swvg/docs/Publicaties/Werknota%20dienstenrichtlijn.pdf>

Verdonck Ingrid & Put Johan Prof.dr., Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2008b) "Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning"
<http://www.steunpuntwvg.be/swvg/docs/Publicaties/Nota%20marktwerking%20september%202008.pdf>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (2006) Handinfo : handige informatie voor personen met een handicap. 4^e herziene uitgave.
<http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/106050-Zoeken.html?q=handinfo&zoekenin=0&action=submit>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (2008a) Zorgregierapport / CRZ-rapport 31-12-2008 <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/464335>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (2008b) Handblad VAPH Magazine # 35 / 2008 <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/2525687-PGB.html>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (2009) www.vaph.be

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Home.aspx?id=1160>

Vlaamse Gemeenschap (2001) Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 21 december 2001 houdende wijziging van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap, met het oog op het toekennen van het persoonsgebonden budget en met het oog op het invoeren van behoeftegestuurde betoelaging van voorzieningen en van een zorg-op-maat voor personen met een handicap, B.S. 24 januari 2002. Afgekort als "PGB-Decreet".
<http://jsp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2001-2002/g868-4.pdf>

Vlaamse Regering (1993) Besluit van de Vlaamse Regering art. 8bis van 15/12/1993 Publicatie B.S. : 11.3.1994 tot vaststelling van de algemene regels inzake het verlenen van vergunningen en erkenningen door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Vlaamse Regering (2000) Besluit van de Vlaamse Regering van 15/12/2000 Publicatie B.S. : 27.2.2001 betreffende de kwaliteitszorg in voorzieningen voor de sociale integratie van personen met een handicap.

Zorg geen markt (2004) Manifest : De Zorg is geen markt.
<http://www.zorggeenmarkt.nl/manifest.php>