

Deze tekst is gepubliceerd als Steyaert, J. (1995). Welzijnszorg in de jaren negentig, wie gaat dat betalen ? *Tijdschrift voor welzijnswerk*, 19(186), 5-13.

Dit is dus een 'oude' tekst, maar reacties zijn nog steeds welkom op [jan@steyaert.org](mailto:jan@steyaert.org)

## **Welzijnszorg in de jaren negentig: wie gaat dat betalen ?**

Jan Steyaert<sup>1</sup>

### **Inleiding**

Wie al eens buiten de landsgrenzen komt en er gesprekken voert met hulpverleners, merkte ongetwijfeld dat er de laatste jaren ingrijpende veranderingen doorgevoerd zijn in de sector zorg & welzijn in de ons omringende landen. Deze veranderingen zijn ingrijpend omdat ze zich niet beperken tot hervormingen en aanpassingen van de welzijnszorg, maar de globale financieringsstromen van richting en structuur willen veranderen en de verhouding overheid-welzijnszorg fundamenteel willen wijzigen. De implicaties zijn vergaand en hebben een enorme weerslag op de dagelijkse hulpverlening.

Dit artikel wil in eerste instantie twee voorbeelden van veranderende welzijnszorgfinanciering beschrijven, t.w. Groot Brittannië en Nederland, om vervolgens te kijken of dergelijke beleidswijzigingen ook in Vlaanderen te verwachten zijn. Tenslotte worden een aantal kanttekeningen gemaakt bij de nieuwe financieringsmogelijkheden.

### **Overheid en welzijnszorg, partners in wisselende relaties**

Tijdens de naoorlogse periode werd in de meeste Westerse landen een uitgebreid systeem van welzijnszorg uitgebouwd. Het is een boutade geworden te benadrukken dat de welvaartsstaat waarin we leven niet uitsluitend het resultaat is van overheidsactiviteiten. Een behoorlijk en waarschijnlijk overgroot deel van welzijnsbehoeften wordt niet door de staat geledigd, maar door de familie-netwerken, vrijwilligers of privaat initiatief. Daarom spreken we over de 'welfare mix' of 'mixed economy of welfare' in de welvaartsstaat. Met deze termen wordt de differentiële inbreng van verschillende actoren (staat, familie, vrijwilligers, de vrije markt, ...) in de globale welzijnszorg aangeduid.

Binnen deze 'mixed economy of welfare' blijft natuurlijk de relatie staat-samenleving een belangrijk aandachtspunt. Met betrekking tot deze relatie kunnen drie dominante posities in de politieke filosofie onderscheiden worden. Het gaat dan met name om een etatistische, een liberaal-economische en een subsidiaire positie. Voorbeelden van dergelijke welzijnszorgsystemen zijn te vinden in respectievelijk Groot-Brittannië en Israël, de Verenigde Staten en tenslotte Vlaanderen, Nederland, Duitsland en Ierland (Cochrane & Clark, 1993).

De welzijnsstaat en de welzijnszorg vormen momenteel onderwerp van een aantal ingrijpende beleidsprocessen. Daarin zijn twee elkaar overlappende agenda's te onderkennen. De eerste daarvan situeert zich in het begin van de jaren zeventig met uitlopers tot de late jaren tachtig en heeft betrekking op het in twijfel trekken van de efficiëntie en effectiviteit van de welzijnszorg. Dit resulteerde in een grotere aandacht voor de *legitimatie* van de welzijnszorg. Niet toevallig overlapt deze periode grotendeels de economische crisis die ontstond na 1973, de oliecrisis.

---

<sup>1</sup> Jan Steyaert was ten tijde van publicatie van deze tekst medewerker van Causa, het innovatiebureau van de Faculteit Zorg, Hogeschool Eindhoven. Anno 2007 is dat eigenlijk nog steeds zo, alleen heet de functie nu lector en de organisatie Fontys Hogeschool sociale studies.

Terwijl de wolken evenwel boven deze beleidsagenda enigszins opklaarden, kwamen andere, donkerder wolken aanzetten. Het momenteel heersende beleidsdebat gaat verder dan het in twijfel trekken van de efficiëntie en/of effectiviteit. Met name de doelstellingen van de welzijnszorg zelf worden in twijfel getrokken door veranderende houdingen inzake politieke filosofie. Dit resulteert in een nieuwe *verhouding staat-samenleving* en vergaande privatiseringen (terugtrekkende overheid). De meest ingrijpende veranderingen terzake zijn te vinden in Groot-Brittannië en Nederland. Ook Israël kent gelijkaardige beleidsontwikkelingen inzake welzijnszorg en vormt een voorbeeld van 'societal learning' terzake. In het navolgende beschrijven we kort de belangrijkste beleidsontwikkelingen in Groot Brittannië en Nederland, om nadien de parallele ontwikkelingen in Vlaanderen te duiden.

## Groot Brittannië

De beleidsontwikkelingen inzake welzijnszorg worden overheerst door één magisch begrip: *mixed economy of welfare*. Hiermee wordt aangegeven dat voor het beantwoorden van een behoefte er wezenlijk vier 'actoren' kunnen aangesproken worden. Deze vier omvatten de nabije familie en vrienden (de mantelzorg), de vrije markt, vrijwilligers of vrijwilligersorganisaties en de professionele, door de overheid georganiseerde en gefinancierde hulpverlening. Het concept *mixed economy of welfare* introduceert meteen de notie dat deze laatste actor (waaronder het algemeen welzijnswerk) niet de belangrijkste of primaire tegemoetkomer aan welzijnsbehoeften is.

Het idee van een dergelijke gemengde welzijnseconomie wordt met name naar voor geschoven door het *Griffiths rapport* uit 1988 : *Community care: agenda for action*. Dit rapport lanceerde het idee van 'care management' en omschreef de functie van de lokale besturen als het organiseren van *community care*, met daarbij de expliciete notie dat de lokale besturen deze zorg moesten ontwikkelen en mogelijk maken, eerder dan zelf deze zorg te geven.

De aanbevelingen van het Griffiths rapport werden vrij snel overgenomen in een beleidsnota (*Caring for people, community care in the next decade and beyond*, HMSO, 1989) en een wetgeving (*Community care and National Health Service Act*, 1990). Beiden bevatten de grondslagen van de organisatie en de functies van het (algemeen) welzijnswerk voor de jaren negentig. Sleutelbegrippen zijn *case management* en *community care*.

Met *case management* worden duidelijk vijf taken van het algemeen welzijnswerk onderscheiden. De beleidsnota vernoemt identificatie van personen met behoeften, de diagnose van deze behoeften, het plannen en organiseren van de zorguitvoering, het controleren van de zorguitvoering en het opnieuw evalueren van de behoeften (paragraaf 3.3.4., p. 21).

Met *community care* wordt aangesloten bij het concept van de gemengde welzijnseconomie en het idee dat professionele welzijnsdiensten niet de enige of primaire zorgverstrekkers zijn. Er wordt een duidelijk onderscheid gecreëerd tussen 'service providers' en 'service purchasers'. De eerste moeten instaan voor de zorguitvoering, terwijl de tweede deze zorguitvoering mogelijk moeten maken, met name via de financiering en ondersteuning ervan. De term *community care* moet dan ook voornamelijk verstaan worden als 'care by the community'. De functie van lokale besturen wordt voornamelijk beperkt tot het inkopen van zorg, en dus niet langer gericht op de zorgverlening.

Als voordelen van deze duidelijke opsplitsing in zorguitvoerders en zorg'ondersteuners' worden een aantal elementen genoemd (Glennister, 1992, p. 195). Vooreerst worden de keuzemogelijkheden van individuele cliënten en welzijnswerkers verruimd, en wordt die keuze afgestemd op de werkelijke behoefte van de zorgvragers in plaats van op het bestaande aanbod. Het zou ook de kwaliteit van de zorgverlening verhogen omdat er een grotere explicieteit over standaarden e.d. noodzakelijk is. Tenslotte helpt het lokale besturen de werkelijke kostprijs van zorguitvoering te identificeren, met name door elke eenheid financiële autonomie te geven en in een concurren-

tiepositie te plaatsen.

De splitsing van zorguitvoerders en zorg'ondersteuners' en het introduceren van de interne markt worden evenwel niet door alle lokale besturen met groot enthousiasme onthaald. Een aantal bedenkingen bij de wenselijkheid en de haalbaarheid van deze innovaties (Glennerster, 1992, pp. 195-196) worden geformuleerd. Zo wordt erop gewezen dat er feitelijk weinig actoren zijn op de markt en dat lokale overheden vertrouwensrelaties gaan uitbouwen met bevoorrechte partners, eerder dan kritische consument te zijn. Het gevaar is ook niet denkbeeldig dat grote organisaties zich gaan profileren in de winstgevende sectoren, terwijl de minder winstgevende sectoren niet opgenomen worden. Tenslotte is het onder contract laten uitvoeren van zorg niet eenvoudig, omdat het meten en beoordelen van de kwaliteit ervan niet eenduidig en eenvoudig is. Om van de lokale overheden een kritische consument te maken, moet er dus vooral sprake zijn van een geïnformeerde consument.

Het is dan ook de vraag hoe de lokale overheden op deze innovaties zullen ingaan, en in welke mate zij de centraal ontwikkelde beleidslijnen zullen volgen door effectief de splitsing van zorguitvoerder en zorg'ondersteuner' door te voeren en een interne markt te creëren.

Niet alleen de welzijnszorg wordt hervormd in het licht van deze gewijzigde overheidsopstelling, ook bv. de gezondheidszorg (NHS). De beleidsnota *Caring for people* uit 1989 kent zijn parallel met *Working for patients*, eveneens uit 1989. In de sector van de huisvesting en het onderwijs wordt ook de rol van de lokale overheid als uitvoerder drastisch verminderd.

## Nederland

Als mixed economy of welfare het trefwoord is voor Groot Brittannië, dan is decentralisatie dat voor Nederland. De decentralisatie inzake welzijnszorg is een verre uitloper van de knelpuntennota uit 1972 en de Kaderwet Specifiek Welzijn die als ontwerp vanaf 1977 door de kamers werd behandeld. Uiteindelijk concretiseert de *Welzijnswet* uit 1988 deze decentralisatie.

De decentralisering van grote delen van het welzijnsbeleid stellen het algemeen maatschappelijk werk (AMW) voor een belangrijke uitdaging, m.n. inzake de financiering en continuering van het algemeen maatschappelijk werk.

De *financiering* van de ongeveer 180 AMW-instellingen wijzigt drastisch. In plaats van te maken te hebben met een centrale financierings- en erkenningsactor (ministerie van WVC, nu VWS of Volksgezondheid, Welzijn en Sport), krijgen de instellingen sinds 1 januari 1989 te maken met 714 gemeentelijke overheden, die elk voor zich en met steun van de vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG) hun houding ten opzichte van het algemeen maatschappelijk werk moeten bepalen. Het is duidelijk dat een dergelijke situatie onzekerheid met zich meebrengt over de financiële basis en de continuïteit van instellingen. Daarbij ontstaat de vrees dat de gemeenten wel eens een erg onbetrouwbare financierder zouden kunnen zijn en dat de subsidiëring van de AMW-organisaties onderwerp zou gaan uitmaken van gemeentelijke politiek en plaatselijke belangen (Van Splunteren, 1993-a, p. 26). Daarbij gaat het dan om het spreekwoordelijke lantaarndebat, waarbij de subsidie aan het AMW wordt afgewogen tegen het installeren van meer lantaarnpalen in de gemeente. Het is onduidelijk in welke mate deze vrees gegrond blijkt geweest te zijn. Zo schrijft Van Splunteren in maart 1993 dat slechts enkele instellingen bedreigd werden door bezuinigingen, welke daarom niet noodzakelijk ook verwezenlijkt werden (1993-a). In november 1993 schrijft dezelfde Van Splunteren evenwel dat er wel degelijk een druk is vanuit de gemeenten (1993-b). Alleszins sneuvelen er erkenningen bij de instituten Sociale Raadslieden (private instellingen die sociaal-juridische informatie, advies en hulpverlening verstrekken), die eveneens onder gemeentelijke voogdij vallen. Bij het aanvatten van het begrotingsjaar 1995 blijkt dat veel gemeenten stevig willen snoeien in de subsidies aan het AMW. Men houdt rekening met

bezuinigingen tot 20 % ten opzichte van 1994.

Feit is dat het algemeen maatschappelijk werk de gestelde uitdaging heeft (h)erkend en de handschoen heeft opgenomen. Op verschillende wijzen wordt getracht het bestaansrecht en de functie- en taken van het AMW te verduidelijken en de continuering van het AMW-werk veilig te stellen.

Ook ten aanzien van de Nederlandse context is het belangrijk op te merken dat de ontwikkelingen van het Algemeen Maatschappelijk Werk niet uitsluitend het gevolg zijn van sectorspecifieke ontwikkelingen. In de Nederlandse samenleving vindt een gelijkaardige herpositionering plaats als in Groot Brittannië. Ook hier is sprake van een terugtrekkende overheid en een opsplitsing van de functies betaler en voorziener.

Een belangrijke ontwikkeling terzake, na de verkiezingen van afgelopen jaar, het paarse kabinet en een staatssecretaris voor welzijn van de liberale partij is de beleidsaandacht voor het cliëntgebonden budget (Van Lieshout, 1994, Ramakers & Miltenburg, 1994). Het is de duidelijke beleidsintentie van staatssecretaris Terpstra dit cliëntgebonden budget vanaf 1 januari 1996 in te voeren, eerst in de thuiszorg, later in de andere zorgsectoren. Daarbij wordt de cliënt of zorgbehoefte niet langer zorg aangeboden, maar een budget waarmee hij/zij zelf de zorg kan 'kopen'. Dit budget is niet langer toegewezen ('ear-marked') aan bepaalde aankopen. De cliënt is niet verplicht het geld te besteden aan het feitelijk inkopen van zorg, en al evenmin aan bepaalde leveranciers van die zorg. Dat opent vanzelfsprekend een ruimere keuzemogelijkheid en grotere zeggingskracht bij de cliënten. Het opent evenwel ook de mogelijkheid dat dit zorgbudget helemaal niet aan zorg wordt besteed, wat kan leiden tot continuerende of grotere zorgvraag in de toekomst. In de huidige experimenten in Eindhoven en Drenthe doen deze situaties zich slechts zelden voor.

Tenslotte brengt een dergelijk cliëntgebonden budget een graad van onzekerheid met zich mee voor de professionele welzijnszorg. Bij de thuiszorg in Eindhoven houdt men rekening met een derde van de klanten dat het budget besteedt in de mantelzorg, een derde dat alternatieve (commerciële) organisaties benadert en slechts een derde dat blijft beroep doen op de welzijnszorg. Geen prettig vooruitzicht als hulpverlener.

## **Vlaanderen**

Het is de laatste jaren zeker niet windstil geweest in het Vlaamse welzijnszorgbeleid. Een snelle blik doorheen de laatste jaargangen van dit tijdschrift maken dat snel duidelijk. Toch verbleken de huidige beleidsontwikkelingen naar implicaties en veranderimpact in vergelijking met de eerder beschreven ontwikkelingen. In Vlaanderen loopt het gelukkig zo'n vaart niet. Gelukkig, omdat we ten dele al jaren een welzijnszorg hebben die beantwoordt aan een 'mixed economy of welfare' met een verdeling tussen mantelzorg, privaat en publiek initiatief, gesteund door zelfhulpgroepen en vrijwilligers. Gelukkig ook omdat de hier gangbare aanbods subsidies in de welzijnszorg vermijden dat marktonzekerheden en winstbejag hun tol eisen.

Dit gezegd zijnde, is het niet zo dat er helemaal geen ontwikkelingen gaande zijn. Cliëntgebonden budgetten kennen we eigenlijk al geruime tijd in de vorm van verhoogde kinderbijslag voor gehandicapten, gemeentelijke mantelzorgtoelage, financiële uitkeringen zoals kraamgeld, studiebeursen en dergelijke. Ook in de sector van de gehandicaptenzorg wordt er gedacht/gepleit voor de invoering van dergelijke budgetten. Minister Demeester startte vorige maand experimenten met persoonlijk assistentie budgetten. Bij succes van deze experimenten zal in 1996 gedacht worden aan een ruimere implementatie ervan.

Het meeste uitgewerkte plan terzake is evenwel te vinden in het politieke manifest van de V.L.D. Deze willen bij eventuele regeringsdeelname onmiddellijk alle vormen van aanbods subsidies

omvormen naar vraagsubsidies door gebruik te maken van zg. sociale waardebonnen of vouchers. Vouchers hebben een wat negatieve connotatie omdat ze geassocieerd worden met hotelvouchers in situaties van afgelaste of sterk vertraagde vliegtuigreizen of met voedselbonnen ten tijde van extreme schaarste. Er zijn evenwel ook minder negatieve situaties waarin vouchers gebruikt kunnen worden, zoals cadeaubons e.d.

In essentie zijn vouchers waardebonnen, certificaten die de houder ervan recht geven op het gebruik van bepaalde producten of diensten. Ze vormen een betaalmiddel met een dubbele beperking, enerzijds naar het product of dienst waarvoor het gebruikt kan worden (enkel overnachting, slechts boeken en platen, ...) en anderzijds naar de producent waar het gebruikt kan worden (slechts in dat hotel, enkel in die keten van winkels, ...). Het voucher-systeem wordt omschreven als : 'een methode om persoonlijke sociale diensten, gezondheidszorg en andere behoeften te subsidiëren in de vrije markt. Typisch worden in dit systeem waardebonnen gegeven aan kansarmen, meestal in de vorm van inwisselbare zegels of bonnen welke een zekere waarde hebben voor zover ze aan bepaalde diensten of producten worden besteed. Onder de meest voorkomende waardenbonnen zijn voedselbonnen, onderwijssteun en huisvestingsbonnen.' (The social work dictionary, 1991, p. 249).

Het idee om vouchers te gebruiken in de sociale sector is initieel toegepast in de Verenigde Staten in het kader van een onderwijsaanbod voor oorlogsveteranen. De 'G.I. Bill's education program of the Servicemen's Readjustment Act' uit 1944 voorzorg in de distributie van waardebonnen bij personen die behoorden tot het doelpubliek. Deze waardebonnen konden dan vrij omgewisseld worden voor beroepsopleiding, handboeken, ... in een beperkt aantal erkende instellingen. De doelstelling voor het gebruik van vouchers was voornamelijk het aansporen van bepaalde doelgroepen tot het gebruik van bepaalde diensten of goederen (in casu veteranen en beroepsopleiding).

Deze doelstelling werd aangevuld met (of omgevormd tot) het efficiënter en effectiever besteden van overheidssubsidies en het verhogen van de keuzevrijheid van de consument door Milton Friedman, o.a. in het boek : 'Aan ons de keus' (p. 187 e.v.). De redenering die Friedman opbouwt met betrekking tot het onderwijs heeft evenwel een grote maatschappelijke reikwijdte, vb i.v.m. openbaar vervoer en andere diensten.

Het is perfect denkbaar cliënten of potentiële cliënten van welzijnsdiensten vouchers te bezorgen, die recht geven op het gebruik van bepaalde diensten. Dienstverlenende organisaties komen op een dergelijke manier in een marktsituatie terecht, omdat hun inkomsten rechtstreeks afhankelijk worden gemaakt van het verbruik van de dienstverlening. Het afwezige prijssignaal wordt zo in de sector geïntroduceerd, en er komt een vraagregulering i.p.v. een aanbodregulering. 'The fundamental principle is that vouchers can be used to subsidize potential users directly, rather than allocating that same amount of subsidy to a service or facility, or to an agency which operates that service or facility' (Crompton, 1983, p. 537).

Voorbeelden van voucher-toepassingen in de sociale sector omvatten (Parker, 1991 & Crompton, 1983) : eerdergenoemde onderwijsprogramma's voor veteranen, voedselhulp (1964 tot op heden), geneeskundige zorgen (Medicare, 1964 tot op heden), onderwijsvoorzieningen (1985), huisvesting (huursubsidie i.p.v. sociale woningbouw, 1985) en recreatie. In Zweden wordt sterk overwogen dit instrument op grote schaal te gebruiken in de welzijnszorg.

In eigen land kunnen we dit systeem van vouchers herkennen in de organisatie van de geneeskundige zorgen en de mutualiteitsverzekering. Iedere verzekerde heeft een legitimatiebewijs dat recht geeft op (gedeeltelijke) terugbetaling van de kosten voor geneeskundige zorgen. De markt wordt dus in principe gekenmerkt door een vrije vraag en aanbod. Ook in het onderwijs wordt eigenlijk via voucher-systeem gewerkt, doordat scholen gefinancierd worden op basis van het aantal leerlingen dat uit vrije keuze het onderwijs volgt. Scholen met een succesrijk onderwijsaanbod krijgen op die manier meer leerlingen en dus meer middelen. De leerling vormt als het

ware zijn eigen onderwijs-waardebon. Dezelfde logica gaat ook op voor kinderopvang.

Initiatieven waar vouchers gebruikt worden in de welzijnssector in Vlaanderen zijn er alsnog niet, al zijn voorbeelden wel denkbaar. In plaats van een bedeling van warme maaltijden te organiseren, zou een O.C.M.W. vb. vouchers kunnen geven aan de rechthebbenden, waarmee die bij burens, restaurants, of diensten voor warme maaltijden terecht kunnen. Ook raadpleging van professionele hulpverlening zou na een diagnose/zorgplan door een onafhankelijke instantie met vouchers door de cliënt/klant zelf kunnen georganiseerd worden.

De ervaringen uit bovenvermelde initiatieven met vouchers tonen aan dat het model van de vrije markteconomie met zijn verwachte 'zelfregulering' toch niet helemaal overdraagbaar is naar de sociale sector. Verschillende van de noodzakelijke voorwaarden kunnen onmogelijk verwezenlijkt worden.

Zo kan in sommige gevallen onmogelijk de cliënt de vrije keuze over de consumptie van hulpverlening gegeven worden. Vooral bij hulpverlening die een stap voor de rechtsvervolgung staat is dit het geval (probatiediensten, vertrouwensartscentra, Comité Bijzondere Jeugdzorg, ...). Bij veel hulpverleningssituaties komen cliënten (of sommige personen uit het cliëntensysteem) ook niet volledig uit vrije wil of eigen enthousiasme. Vouchers trachten nu juist de markt perfect af te stemmen op de wensen van de consumenten, wat in deze gevallen juist niet wenselijk wordt geacht.

Bovendien kan geen situatie van voldoende aanbieders gecreëerd worden, door de schaal waarop hulpverlening momenteel nodig geacht wordt. Het is ondoenbaar in vb. een grootstedelijke ruimte twee of meer centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling te organiseren. De mogelijke kwaliteitswinst door concurrentie gaat dan verloren door schaalverkleining en hogere kosten, wat nog versterkt wordt doordat de financiering van vaste kosten door variabele opbrengsten vanuit bedrijfseconomische oogpunt een riskante zaak is. Daardoor ontstaat er voor deze diensten een feitelijke geografische monopoliesituatie. Een recente initiatief met onderwijs-vouchers wees o.a. uit dat ouders helemaal niet gaan 'winkelen' bij de verschillende scholen, maar hun keuze voornamelijk laten afhangen van ruimtelijke nabijheid of bereikbaarheid (Parker, 1991, p. 46). Hierdoor is er geen aanwezigheid van een actieve competitie op de markt, wat een essentiële voorwaarde is binnen de klassieke economische markttheorie.

Vervolgens is de voorwaarde van de transparante markt in de welzijnssector zelden voldaan. Aanbieders van hulpverlening zijn over het algemeen wel voldoende bekend, maar cliënten vertellen hun ervaringen met hulpverleningsdiensten niet verder. Op het meeste hulpverleningsverbruik ligt nog een stigma van afwijkend gedrag, sociaal niet gewenst, ... Cliënten vertellen zelden buiten een zeer beperkte kring van intieme vrienden over hun cliënt-zijn bij vb. een dienst geestelijke gezondheidszorg of een vertrouwensartscentrum. Ze trachten eerder dit geheim te houden. Hierdoor is informatie over eventuele slechte hulpverlening ook niet beschikbaar op de markt. Bovendien is de gemiddelde cliënt van hulpverlening minder communicatievaardig, terwijl de aard van de zaak juist moeilijker in communicatie te vatten is.

Tenslotte is een vrije marktsituatie geen garantie voor een toewijzing van meer middelen aan de kwalitatief betere producent of dienstverlener. Het is best mogelijk dat het meest populaire aanbod meer middelen krijgt, maar 'de meest populaire' is geen synoniem voor de beste kwaliteit. In de economie worden de intrinsieke kwaliteit (in tegenstelling tot de populariteit) van diensten en producten omschreven als het 'merit-good' karakter (Bienstman & De Pauw, 1981, p. 651). De overheid die omwille van het 'merit-good'-karakter bepaalde producten en diensten subsidiert stelt zich in een positie van 'beter weten dan de bevolking' (De Grauwe, 1991, p. 108). Economen uit liberale hoek argumenteren dat deze betuttelende houding eigenlijk een beperking van de keuzevrijheid van individuele consumenten met zich mee brengt, aangezien een deel van het besteedbaar budget via belastingen collectief wordt besteed. Je kan echter ook argumenteren dat het een basisfunctie van een democratie is deze 'merit good' diensten aan te bieden, omdat anders

enkel de macht van het winstbejag telt, en er weinig ruimte zou zijn voor zo iets als kunstopvoeringen, openbare bibliotheken, welzijnszorg, e.d.

Deze argumenten maken duidelijk dat het niet zo eenvoudig zal zijn om 'sociale waardebonnen' of zelfs cliëntgebonden budgetten in te voeren in de sector zorg en welzijn. Per werksector zal moeten bekeken worden of de karakteristieken van de werkuitvoering en de aard van de cliënten en aanwezigheid van marktinformatie een dergelijke invoering mogelijk maken. Vanzelfsprekend liggen de zaken verschillend, en waarschijnlijk voor de invoering van dergelijke financieringsinstrumenten in de culturele sector of de sector van de juridische hulpverlening.

## Besluit

Het is, een maand voor de parlementsverkiezingen, altijd wat koffiedik kijken hoe het politieke landschap in Vlaanderen er zal komen uit te zien. Het is in de huidige omstandigheden van schuivende kiezersmassa's en politieke schandalen helemaal onmogelijk enige voorspelling te doen over de volgende regeringsperiode. Afhankelijk van de aan de coalitie deelnemende partijen, de inhoud van het regeerakkoord en de persoonlijkheid van de nieuwe minister van welzijn en gezin zullen de eerder aangehaalde thema's hun plaats vinden op de politieke agenda van het welzijnszorgbeleid. Het zou daarmee alleszins een boeiende periode in de geschiedenis van de Vlaamse welzijnszorg kunnen worden.

## Literatuur

- BIENSTMAN, M. & DE PAUW, M., *Een economische benadering van het cultuurbeleid met een concreet onderzoek voor de toneelsector*, 15de Vlaams Wetenschappelijk Economisch Congres, Overheidsinterventies, Effectiviteit en Efficiëntie, Leuven, 1981, pp. 649-667
- COCHRANE, A. & CLARKE, J., *Comparing welfare states, Britain in international context*, Sage, London, 1993, 274 p.
- CROMPTON, J., Recreation vouchers: a case study in administrative innovation and citizen participation, *Public administration review*, 1983, pp. 537-546
- GLENNERSTER, H. & MIDGELY, J. (Eds), *The radical right and the welfare state, an international assessment*, Harvester Wheatsheaf, 1991, 189 p.
- GLENNERSTER, H., *Paying for welfare, the 1990s*, New York, Harvester-Wheatsheaf, 1992, 256 Blz.
- DE GRAUWE, P., *De nachtwacht in het donker, over kunst en economie*, Lannoo, 1990, 180 Blz.
- EVERS, A., PIJL, M. & UNGERSON, C., *Payments for Care, a comparative overview*, Avebury, 1994, 348 p.
- FRIEDMAN, M. & FRIEDMAN, R., *Aan ons de keus*, 1981, Acropolis, Brussel, 360 Blz.
- PARKER, M., Social service vouchers: issues for social work practice, *Journal of sociology and social welfare*, 1991, pp. 39-55
- RAMAKERS, C. & MILTENBURG, T., Keuzevrijheid cliënten heeft grote invloed op posities in de thuiszorg, *MGZ*, 22, 1994, pp. 6-13
- VAN LIESHOUT, P., Het cliëntgebonden budget, doelstellingen en dilemma's, *Tijdschrift voor de sociale sector*, december 1994, pp. 11-15
- VAN SPLUNTEREN, P., Het maatschappelijk werk richting het 'beloofde zorgland', koers: halve kracht vooruit, *Tijdschrift voor de sociale sector*, 1993-a, pp. 24-31
- VAN SPLUNTEREN, P., Het maatschappelijk werk in beweging, werken aan kwaliteit en vernieuwing, *Tijdschrift voor de sociale sector*, 1993-b, pp. 26-33