

Realisering Weer Samen Naar School-beleid afhankelijk van wijziging bekostigingssysteem

C.J.W. Meijer

Recent heeft Staatssecretaris Netelenbos met de Akkoordpartners (besturen-, ouder- en vakorganisaties) overeenstemming bereikt over een nieuwe bekostiging van speciale zorg. In de toekomst zal een belangrijk deel van de middelen die nu direct toevloeien naar de scholen voor speciaal onderwijs (althans voor wat betreft de zogenaamde groep-1 scholen: LOM-, MLK- en IOBK-scholen) na een geleidelijk overgangstraject worden overgeheveld naar de scholen voor basisonderwijs. De scholen voor speciaal onderwijs kunnen dan nog een genormeerd bedrag tegemoet zien op basis van een deelnamecijfer van 2% (het landelijk gemiddelde deelnamecijfer aan de groep-1 scholen is nu 3,8%). De overige middelen (op basis van de resterende 1,8%) gaan dan naar de basisscholen. Deze scholen overleggen vervolgens in het samenwerkingsverband (SWV) hoe de middelen zullen worden besteed.

Daarmee is sprake van een gedeeltelijke invoering van het oorspronkelijke streefbeeld waarin werd geanticipeerd op een volledige overheveling van zorgmiddelen. Verder is er sprake van een vereveningsprincipe. De huidige regionale verschillen in voorzieningen zullen op termijn verdwijnen. In de toekomst krijgen alle SWV's een zorgbudget op basis van het totaal aantal leerlingen. De verevening heeft een 'dubbel' karakter: zowel de financiering van speciale zorg van de in de SWV's samenwerkende basisscholen als de directe bekostiging van de speciale voorziening wordt verevend en niet meer gebaseerd op het aantal gediagnosticeerde en/of toegelaten leerlingen maar op het totaal aantal leerlingen in een gebied.

De Stuurgroep Evaluatie WSNS heeft eerder op het belang gewezen van de verandering van de bekostigingsstructuur. In het tussenrapport van de Stuurgroep (Meijer, 1995) werd betoogd dat zonder een verandering in de bekostiging er eigenlijk niet veel verwacht kan worden van de inspanningen om WSNS te realiseren. Dat de bekostiging een belangrijke voorwaarde is voor de realisering van de gewenste zorg blijkt wel uit de recente ontwikkelingen in de volksgezondheidszorg. In een recente studie die is verschenen in opdracht van de Stuurgroep Evaluatie WSNS (Meijer, Peschar & Scheerens, 1995) hebben we vastgesteld dat de problemen die gelden in de gezondheidszorg voor een deel dezelfde zijn als de WSNS-problematiek. Aldaar beproefde oplossingen kunnen dan ook worden benut bij de doordening van de condities voor de realisering van het Weer Samen Naar School-beleid. In de gezondheidszorg wordt al sinds geruime tijd expliciete aandacht geschonken aan de prikkelstructuur en de (potentiële) gevolgen van wijzigingen daarin. Bovendien zijn in de gezondheidszorg voor een deel dezelfde doelen en contextkenmerken aan de orde als bij de zorg voor leerlingen met specifieke behoeften. Ook daar voert immers het begrip 'zorg op maat' de boventoon en ook daar wordt voortdurend en intensief nagedacht over de positie van de verschillende actoren (cliënt, hulpverlener, instelling, regio en overheid) in dat kader. De studies van Hofland en Wilms (1984), Post en Vennix (1992) en het werk van de Commissie modernisering curatieve zorg (1994a en b) gaan uitgebreid in op de 'ziekte' van de gezondheidszorg en doen voorstellen voor de verbetering van de situatie. Maar ook op terreinen als de sociale werkvoorzieningen (zie de studie van BBO Consultancy (1993), de residentieële jeugdhulpverlening (we wijzen op het werk van de Commissie Harmonisatie van Normen in de periode 1988-1991), de algemene geestelijke volksgezondheidszorg (De Bruine & Van der Grinten, 1990) en de zwakzinnigenzorg (De Haen, 1992) is de discussie over een zorg op maat nauw verbonden met alternatieve bekostigingsmodellen.

Welke zijn nu die lessen uit de gezondheidszorg? We onderscheiden de volgende:

- 1) De trends in de gezondheidszorg zijn

vergelijkbaar met de ontwikkelingen in de WSNS-discussie. Het gaat in beide sectoren om de zorgbehoefte van een relatief onzekere cliënt die streeft naar vermindering van onzekerheid en verhoging van welbevinden.

2) In beide sectoren wordt verder benadrukt dat het van groot belang is dat er een continuüm van zorg ontstaat dat voldoet aan de criteria: zo kortdurend mogelijke zorg, in zo'n licht mogelijke vorm, die tijdig wordt geboden en zo nabij mogelijk.

3) De kostenbeheersingsvraag is een belangrijk punt in de gezondheidszorg. Men wil van een 'open eind' aanbod-geïnduceerde financiering naar een meer gesloten financieringsvorm waarbij de vraag meer centraal staat.

4) Er is sprake van een algemene trend tot verdergaande decentralisatie. Zorg op maat vereist lokale/regionale afwegingen die niet door de centrale overheid kunnen worden gemaakt. De overheid moet voorwaarden scheppen die een meer regionale besluitvorming stimuleren. De overheid treedt terug en zorgt voor een vermindering en vereenvoudiging van de regelgeving. Het accent komt meer te liggen op controle, informatieverstrekking, evaluatie, toezicht en kwaliteitsbewaking.

Verder wordt regionale samenwerking in de gezondheidszorg van groot belang geacht. Oplossingen voor in de regio ontstane problemen moeten ter plekke kunnen worden gegeneerd.

5) De aandacht voor de prikkelstructuur is zeer expliciet in de gezondheidszorg. De prikkels in de bekostigingsmodellen beïnvloeden de vorm, inhoud en kwaliteit van de zorg en de prijsstelling. De voorzieningen zelf beïnvloeden de vraag in vele sectoren van de gezondheidszorg. Er zijn vrijwel geen kosten/batenafwegingen in het besluitvormingsproces over het zorgtraject ingebouwd. Dit hangt samen met de sterke positie van belanghebbenden in de besluitvorming. Inmiddels wordt de financiering gaandeweg losgekoppeld van het gebruik van het zorgaanbod.

De 'incentive'-structuur moet gericht zijn op het gedrag van de belangrijkste beslissers over de zorg. Zowel aan de aanbodkant als aan de vraagkant moeten de juiste prikkels (leidend tot een economisch gebruik van kwalitatief goede zorg) worden ingevoerd.

6) Er is een verschuiving waar te nemen

van een aanbodgerichte benadering naar een meer marktgerichte (vraaggestuurde) benadering van de zorg. De cliënt krijgt een meer centrale plaats toebedeeld. Het produkt, de prestatie en de functie worden gaandeweg belangrijker parameters in bekostigingsmodellen dan de aanbodparameters. Een volledig marktmechanisme wordt niet aanbevolen in de collectieve sector waar het gaat om de zorg van een in principe in omvang beperkte risicogroep.

7) Er is maar een beperkte samenhang tussen de regionale verschillen in financiering van de zorg en de zorgbehoefte. Harmonisatie, verevening en 'vlakke' financieringsmodellen worden op verschillende terreinen ingevoerd. Behalve dat het consequenties zal hebben voor de instellingen die hun ontstaan danken aan historisch gegroeide aanbodverschillen, zijn er maar weinig argumenten tegen het doorvoeren van verevening op tal van terreinen in de gezondheidszorg. De verdeling van voorzieningen is nu veelal onrechtvaardig.

De gezondheidszorg is lange tijd beheerst door een financieringssysteem dat vanuit het aanbod (de voorzieningen) is opgezet. Dit heeft volgens velen geleid tot een enorme overconsumptie van medische produkten. Doelmatigheidsoverwegingen speelden hierbij geen rol van betekenis. Gaandeweg gaat men binnen de gezondheidszorg over tot andere financieringsmodellen. De belangrijkste zijn het zogenoemde cliëntgebonden budget en het voucher-systeem, het systeem van budgetfinanciering en het marktmechanisme.

Het cliëntgebonden budget (cgb) en het voucher-systeem vertrekken vanuit een emancipatoire gedachte: de cliënt is mondiger geworden en minder afhankelijk van het inzicht van professionals. De systemen worden gedefinieerd door het toekennen van een budget voor, respectievelijk door het recht op, een bepaalde hoeveelheid dienstverlening aan de cliënt die vervolgens zelf zijn of haar zorg 'inkoopt'. Een duidelijk probleem bij beide systemen is de mogelijk aanzuigende werking en de daaruit voortvloeiende overconsumptie. Dit doet zich vooral voor wanneer de indicatiestelling op grond van relatief 'zachte' criteria geschiedt. Dit vereist dan weer een zeer sterke protocollering van de besluitvorming en een (van het aan-

bod) onafhankelijke indicatiestelling. In het algemeen echter is de indicatiestelling een zeer problematisch onderdeel. Vooral de theoretische definiëring van de doelgroep en de praktische meetbaarheid van de kenmerken die de doelgroepen van elkaar onderscheiden leveren problemen op.

Het marktmechanisme ten slotte, waarmee cliënten, al dan niet verzekerd, zelf het gebruik van de zorg betalen, kent een aantal duidelijke gevaren. Naast mogelijke monopolisering kan een spanningsveld ontstaan tussen individuele en collectieve behoeften (met hogere premies voor de risicogroep). Het marktprincipe kan een bedreiging betekenen voor het solidariteitsprincipe. Wel kan geconstateerd worden dat het marktdenken mede heeft bijgedragen aan een heranalyse van de prikkels die een rol spelen bij de gezondheidszorg.

Het budgetfinancieringssysteem wordt op tal van terreinen binnen en buiten de gezondheidszorg toegepast, en daar waar van toepassing nog geen sprake is, is het sterk in opkomst. Het systeem omvat vele submodellen en kan bovendien op een aantal 'marktconforme' parameters, zoals de prestatie en de output, worden gebaseerd (Vrancken, 1987). Budgetfinanciering bevat drie elementen: een maximum aan toegekende middelen, de vrijheid om binnen de begroting te schuiven en de koppeling van het budget aan de prestaties of activiteiten van een instelling (Van Selm & Herweijer, 1987). Deze wijze van financiering komt steeds meer voor. Daar zijn volgens Van Selm en Herweijer drie redenen voor: er is behoefte aan kostenbeheersing, het past in het concept 'sturen op afstand', en het komt voort uit de behoefte om 'waar voor je geld' te krijgen.

Budgetfinanciering is ingevoerd voor bejaardenoorden (sinds 1985), in de intramurale gezondheidszorg (sinds 1982), het orkestwezen (sinds 1987), de nieuwbouw in de sociale sector (sinds 1987) en op tal van andere terreinen.

Vrancken (1987) definieert budgetfinanciering als: '...die vorm van subsidiëring waarbij vooraf door een budgetgever aan een budgethouder voor een bepaalde periode een maximumbedrag aan middelen ten behoeve van een zeker niveau van activiteiten en/of prestaties wordt toegekend' (p. 8).

Is zo'n budgetfinancieringsmodel nu een adequaat model voor WSNS? Vanuit het buitenland lijkt er inderdaad ondersteuning te zijn voor het (geoordeelde) budgetfinancieringsmodel. Dit model zou meer recht doen aan de behoefte om lokale/regionale oplossingen te creëren die toegesneden zijn op de betreffende situatie. Een van de alternatieven die in dit verband wel worden voorgesteld is het leerlinggebonden budget (of ook wel het rugzak-model genoemd). Vanuit onze studie naar dergelijke modellen in de gezondheidszorg wezen we reeds op een aantal duidelijke nadelen. Buitenlandse gegevens met betrekking tot soortgelijke modellen, maar dan toegepast in het onderwijs bekrachtigen dit: het aan leerlingen gekoppelde budget gaat veelal gepaard met bureaucratische diagnostische procedures (vaststelling van de indicatie) en heeft een aanzuiende werking.

In ons land is op dit moment nog sprake van een aanbodgerichte bekostiging van de speciale zorg. Onderzoekers wijzen op de rol die het aanbod in ons land speelt. Zo zijn er grote regionale verschillen in deelname aan het speciaal onderwijs geconstateerd. Er zijn indicaties dat die verschillen vooral samenhangen met regionale verschillen in het voorzieningsniveau. Diezelfde onderzoekers pleiten dan ook voor een verevening van de middelen die voor de speciale zorg voor leerlingen beschikbaar zijn.

Reeds eerder (zie *Halverwege*) wezen we erop dat zolang de middelenstructuur niet verandert, er in feite niet veel te verwachten is van de WSNS-inspanningen. Immers, waar aan de ene kant 'zorgverbreding en differentiatie worden nagestreefd is er aan de andere kant ook sprake van 'incentives' in de regelgeving die de groei van het SO bevorderen. In de praktijk betekent dit dat het toelaten van leerlingen in het SO wordt beloond, het terugplaatsen niet (voldoende) wordt bevorderd en ook het handhaven van leerlingen met problemen in het reguliere stelsel niet wordt gestimuleerd. Het vigerende 'tweesporen'-systeem beloont dus segregatie en ontmoedigt integratie. De ervaringen met het WSNS-proces wijzen erop dat veel scholen strategisch gedrag vertonen. De wijze van bekostiging draagt mede bij aan het feit dat scholen steeds weer nieuwe wegen zoe-

ken om de financiën op peil te houden.

Natuurlijk doemt hier de vraag op of de prikkelstructuur in het door de Akkoordpartners ontwikkelde model meer gericht is op het realiseren van de WSNS-doelen dan de vigerende bekostigungsstructuur. Dit lijkt inderdaad het geval te zijn: zowel de verevening, waar in de voorstellen sprake van is, als de (gedeeltelijke) overheveling van zorgmiddelen sporen meer met de doelstellingen van het WSNS-beleid dan een niet-verevende directe bekostiging van speciale scholen. In die zin is sprake van een beter met de doelen in overeenstemming zijnde 'incentive'-structuur. Meer verwijzen wordt in dat model immers niet meer beloond en de opvang op reguliere scholen niet meer ontmoedigd. Daarmee wordt de kans dat onderwijskundige overwegingen een dominante rol spelen bij beslissingen over het gewenste zorgaanbod en de plaats waar dat dient te geschieden gemaximaliseerd. De bekostiging is dan min of meer 'plaatsing-neutraal' geworden en is daarmee in overeenstemming met de aanbevelingen die we uit buitenlandse gegevens en uit andere sectoren zoals de gezondheidszorg hebben kunnen vernemen.

Literatuur

- BBO Consultancy (1993). *Onderzoek naar een financieringsmethode voor de SW.* 's-Gravenhage: Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid.
- Bruine, M. de & Grinten, T. E. D. van der (1990). *Sturing van geestelijke gezondheidszorg door overeenkomsten. Een economische analyse.* Rotterdam: EUR.
- Commissie Harmonisatie van Normen (1988). *Harmonisatie van normen op het terrein van de jeugdhulpverlening. Advies aan de minister van WVC en de staatssecretaris van Justitie. Deel 1: Hoofdpijnen.* 's-Gravenhage: DOP.
- Commissie Harmonisatie van Normen (1991). *Harmonisatie van normen op het terrein van de jeugdhulpverlening. Advies aan de minister van WVC en de staatssecretaris van Justitie. Deel 3: Eindadvies.* 's-Gravenhage: DOP.
- Commissie modernisering curatieve zorg (1994a). *Achtergrondstudies 'Gedeelde zorg: betere zorg'* (achtergrondstudies van het NIVEL en het NZi). Zoetermeer: Hageman b.v.
- Commissie modernisering curatieve zorg (1994b). *Gedeelde zorg: betere zorg.* Zoetermeer: Hageman b.v.
- Haen, F. de (1992). *Bekostiging op niveau?* Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- Hofland, J., & Wilms, P. J. M. (1984). *Onder behandeling: strategische keuzen bij kostenbeheersing in de gezondheidszorg.* Den Haag: Instituut voor onderzoek van overheidsuitgaven.
- Meijer, C. J. W. (1995). *Halverwege: van Streefbeeld naar Startwet.* De Lier: Academisch Boeken Centrum.
- Meijer, C. J. W., Peschar, J. L., & Scheerens, J. (1995). *Prikkels.* De Lier: Academisch Boeken Centrum.
- Post, D., & Vennix, J. A. M. (Red.). (1992). *De gezondheidszorg in model. Ons complex zorgsysteem gemeten en gewogen.* Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Selm, J. A. van, & Herweijer, M. (Red.). (1987). *Budgetfinanciering: een beleidsverkenning.* Groningen: Samenwerkingsverband Bestuurswetenschappen Noorden des Lands.
- Vrancken, P. H. J. (1987). Budgetfinanciering in de collectieve sector. In J. A. van Selm & M. Herweijer (Red.), *Budgetfinanciering: een beleidsverkenning* (pp. 7-18). Groningen: Samenwerkingsverband Bestuurswetenschappen Noorden des Lands.