

Verkennde analyse VG7

Onderzoek naar input voor een korte termijn oplossing voor een mogelijk te laag tarief

Auteur(s)

drs. Peter Bakker
Lennart Homan MSc.
Pleun Koopmans MSc.
Anouk van der Veen MSc.

Opdrachtgever

NZa

Kenmerk

PB/21/1813/nzavg7

Publicatiedatum

14 oktober 2021

© Bureau HHM



Inhoud

1.	Aanleiding en doelstelling	3
1.1	Aanleiding.....	3
1.2	Doelstelling	4
2.	Aanpak	5
2.1	Startgesprek	5
2.2	Online uitvraag onder zorgaanbieders	5
2.3	Dataverzameling NZa en zorgkantoren	6
2.4	Koppeling uitvraag en data	6
2.5	Bijeenkomsten met veldpartijen.....	6
2.6	Rapportage	6
3.	Resultaten	7
3.1	Algemeen	7
3.2	VG7-cliënten met (structureel) te laag tarief.....	8
3.3	Omvang tariefverschil.....	13
3.4	Hoe tekorten ondervangen	14
3.5	Aanbieders in de problemen vanwege tekorten	16
4.	Conclusies en aanbevelingen	19

1. Aanleiding en doelstelling

In deze rapportage beschrijven wij de resultaten van het onderzoek waarmee we informatie hebben verzameld om te komen tot een tijdelijke oplossing voor de grootste financiële knelpunten in de bekostiging van de zorg voor cliënten met VG7. In dit hoofdstuk gaan wij in op de aanleiding en de doelstellingen van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

Voor een aanzienlijk deel van de VG7-doelgroep neemt de zorgvraag inhoudelijk toe en stijgt het gebruik van meerzorg. Volgens zorgkantoren en de VGN is de bestaande bekostiging voor het zorgprofiel VG7 niet langer toereikend om de benodigde zorg te kunnen leveren. Het toekennen van meerzorg¹ wordt niet als structurele oplossing gezien. Meerzorg is namelijk bedoeld als tijdelijke financieringsregeling die moet leiden tot verbetering en behoud van kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan voor deze groep cliënten (zie Voorschrift Zorgtoewijzing 2021).² Meerzorg is niet bedoeld om (structureel) basiszorg te bekostigen. Daarnaast ervaren aanbieders het aanvragen van meerzorg als een administratief belastend traject.

De geconstateerde problematiek is niet nieuw en heeft in juli 2019 geleid tot een voorstel van de VGN voor een geactualiseerd zorgprofiel VG7 met een nieuwe beschrijving van de doelgroep, de benodigde zorg en de kosten daarvan. Daarnaast heeft het ministerie van VWS in 2020 met alle stakeholders diverse gesprekken gevoerd om knelpunten en scenario's rondom zorgprofiel VG7 nader te verkennen. Vervolgens is het onderwerp op 27 oktober 2020 opgenomen in de verzamelbrief Toegang Wlz voor de Tweede Kamer. Tot slot heeft het ministerie bureau HHM opdracht gegeven voor een onderzoek in de periode juni-juli 2021 om de knelpunten verder inzichtelijk te maken.³

In aanvulling op de hierboven genoemde onderzoeken in opdracht van de VGN en het ministerie van VWS, hebben we in opdracht van de NZa een verkennende analyse VG7 uitgevoerd. Deze verkennende analyse is erop gericht om te komen tot een tijdelijke oplossing voor de grootste knelpunten in de bekostiging voor deze groep.

¹ Meerzorg is mogelijk indien de behoefte aan zorg minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket dat voor de bekostiging van het zorgprofiel wordt gebruikt dan wel van het zorgprofiel; Regeling langdurige zorg, art. 2.2.

² Meerzorg kan structureel worden ingezet bij een langdurig intensieve zorgbehoefte, maar wordt altijd periodiek herijkt, omdat de context of cliëntsituatie kan veranderen.

³ De resultaten van dit onderzoek zijn beschreven in de Eindrapportage probleemanalyse VG7 (Bureau HHM; kenmerk PJ/21/1556/pranvg7).

De NZa stelt dat het structureel oplossen van de knelpunten een vraagstuk is voor de (middel)lange termijn. Daarom zoeken zij met dit onderzoek naar een tijdelijke oplossing binnen de bestaande zorgprofielen en tarieven. Het onderzoek behoeft niet de (korte termijn) oplossing an sich te beschrijven, maar daar wel duidelijke en concrete handvatten voor te bieden.

Met dit onderzoek wil de NZa meer inzicht verkrijgen in de kwantitatieve omvang van de problematiek (aantal cliënten, aantal zorgaanbieders en achtergronden van de veranderende zorgvraag) en de financiële impact op het exploitatieresultaat.

1.2 Doelstelling

De NZa heeft voor dit onderzoek vier doelstellingen geformuleerd:

1. Een beeld krijgen van het aantal VG7-cliënten waarvoor moet worden aangenomen dat het huidige tarief structureel tekortschiet, wat de belangrijkste redenen zijn voor de onderliggende stijging van de zorgvraag en wat de kenmerken zijn van deze doelgroep;
2. Inzicht krijgen in hoe groot het 'tariefverschil' is voor deze groep tussen wat benodigd is en wat beschikbaar is ('maximumtarief');
3. Een beeld ontwikkelen van hoe aanbieders deze tekorten (vooral nog) ondervangen, bijvoorbeeld door substitutie met andere profielen/doelgroepen en het gebruik van meerzorg en in welke mate dit gebeurt;
4. Een inschatting geven van hoeveel aanbieders het tekort niet of onvoldoende kunnen ondervangen, wat de kenmerken zijn van deze aanbieders (bijvoorbeeld qua omvang of profiel van zorglevering), en wat de financiële impact van genoemde problematiek is op het exploitatieresultaat.

2. Aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we de gevolgde aanpak van het onderzoek. Een deel van de dataverzameling voor dit onderzoek is gecombineerd met het onderzoek dat we voor het ministerie van VWS uitvoerden. De volgende stappen zijn onderdeel van onze aanpak: startgesprek, online uitvraag, dataverzameling NZa en zorgkantoren, koppeling uitvraag en data, bijeenkomsten met veldpartijen en rapportage.

2.1 Startgesprek

We zijn gestart met een gesprek met de NZa als opdrachtgever. In dit gesprek hebben wij ons plan van aanpak doorgenomen en concrete werkafspraken over planning en communicatie gemaakt. Verder hebben we gesproken over de (interpretatie van) de onderzoeksvragen, de samenloop met het onderzoek dat wij voor het ministerie van VWS uitvoerden, de afbakening van het onderzoek, de toegang tot data van de NZa en zorgkantoren, de communicatie naar zorgaanbieders en de vorm van de eindrapportage.

2.2 Online uitvraag onder zorgaanbieders

Voor een deel van de te verzamelen informatie was een uitvraag onder zorgaanbieders noodzakelijk. Daartoe hebben we de online vragenlijst die werd uitgezet (via de VGN en BVKZ) voor het onderzoek in opdracht van VWS uitgebreid met vragen die betrekking hebben op dit onderzoek.

Voorafgaand aan het opstellen van de vragenlijst hebben we een documentenstudie uitgevoerd; deze overlapt deels met de documentenstudie voor VWS. In aanvulling daarop, hebben we voor dit onderzoek ook de NZa 'Monitor zicht op gehandicaptenzorg 2020' en enkele recente publicaties van het Zorginstituut Nederland ('Van meerzorg naar passende zorg' en 'Verkenkend onderzoek intramurale gehandicaptenzorg 2015-2019') doorgenomen.

Op basis van deze documentenstudie formuleerden we een aantal vragen specifiek voor de zorgaanbieders. In de vragenlijst zijn ook enkele vragen opgenomen over objectieve kenmerken van de zorgaanbieder, waarmee we onder andere de representativiteit van de respons kunnen duiden. Een conceptversie van de vragenlijst hebben we besproken met de NZa.

2.3 Dataverzameling NZa en zorgkantoren

Naast de uitvraag onder zorgaanbieders hebben we informatie opgevraagd bij de NZa en de zorgkantoren.

Dataverzameling NZa

De NZa leverde voor dit onderzoek onder andere informatie aan over het aantal VG7-cliënten, het aantal VG7-cliënten met meerzorg en de kosten voor meerzorg in de periode 2017 – 2020). Dit op het niveau van de aanbieder (AGB-code), zorgkantorregio en landelijk.

Dataverzameling zorgkantoren

Om meer zicht te krijgen op mogelijke verschillen tussen tijdelijke en structurele meerzorg, hebben we onder zorgkantoren een format uitgezet. Daarin hebben we voor verschillende categorieën van de duur van de meerzorg, gevraagd naar het aantal cliënten binnen de categorie en het gemiddelde gedeclareerde meerzorgbedrag op jaarbasis. Hier hebben vier zorgkantoren data voor aangeleverd, deze data gaat over 26 zorgaanbieders.

2.4 Koppeling uitvraag en data

In deze fase van het onderzoek zijn de verzamelde gegevens verwerkt, op zorgaanbiederniveau (AGB-code) gekoppeld en geanalyseerd om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Hier hebben we ook diverse verbanden getoetst tussen organisatiekenmerken en het niet of onvoldoende kunnen opvangen van tekorten vanwege een structureel te laag tarief voor VG7.

2.5 Bijeenkomsten met veldpartijen

We organiseerden twee online bijeenkomsten met vertegenwoordigers van 18 zorgaanbieders en alle zorgkantoren. Het doel en de focus van de eerste bijeenkomst was het duiden en aanscherpen van de kwantitatieve inzichten uit de online vragenlijst en de data van de NZa. Na afloop van de eerste

bijeenkomst hebben we de deelnemers nog aanvullende vragen gesteld die we als input hebben gebruikt voor de tweede bijeenkomst. Aanbieders hebben we gevraagd naar een nadere kwantificering van de middelen die zij substitueren om de tekorten op het VG7 budget bij te passen. De zorgkantoren hebben we gevraagd naar kenmerken van aanbieders die niet of onvoldoende in staat zijn de financiële tekorten op te vangen.

Voor de selectie van aanbieders maakten we gebruik van de kennis van de VGN, de zorgkantoren en de data van de NZa. Hierbij is geselecteerd op geografische spreiding, aanbieders die zich expliciet richten op het ontwikkelen van expertise voor (zware) VG7-cliënten en aanbieders die dat niet (expliciet) doen, aanbieders met respectievelijk veel en weinig cliënten en aanbieders die respectievelijk relatief veel en weinig VG7-cliënten met meerzorg in zorg hebben ten opzichte van het totaal aantal VG7-cliënten.

2.6 Rapportage

De opbrengst van het onderzoek hebben we verwerkt in een bondige rapportage. De resultaten van het onderzoek zijn ingedeeld naar de vier doelstellingen uit hoofdstuk 1. De conceptrapportage is besproken met de NZa en becommentarieerd door de VGN en ZN, waarna we op- en aanmerkingen verwerkten tot een eindrapportage.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van het onderzoek. We starten met enkele algemene uitkomsten en geven daarna per doelstelling de resultaten van de analyse van de verschillende gegevensbronnen: de online-uitvraag onder zorgaanbieders, gegevens van de NZa, gegevens van zorgkantoren en de bijeenkomsten met zorgaanbieders en zorgkantoren.

3.1 Algemeen

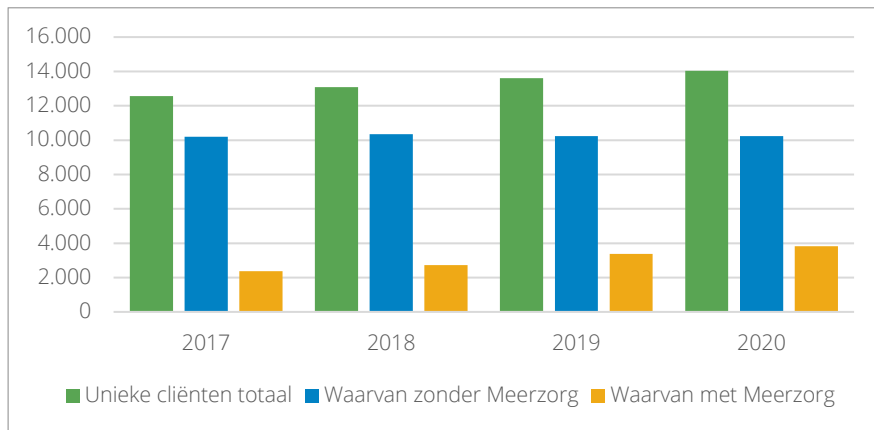
Landelijke cijfers

In tabel 3.1 en figuur 3.1 zijn enkele *landelijke cijfers* opgenomen over VG7-cliënten, VG7-cliënten met meerzorg en de kosten van meerzorg; deze cijfers zijn ontleend aan data van de NZa. Het landelijke aantal cliënten in zorg in 2020 met zorgprofiel VG7 is ruim 14.000, daarvan maakt 27% (3.816 cliënten) gebruik van de Regeling Meerzorg. In totaal bedragen de kosten voor meerzorg voor deze VG7-cliënten in 2020 € 292.220.987⁴; dit is op jaarbasis gemiddeld € 76.578 per VG7-cliënt met meerzorg. Figuur 3.1 laat zien dat het aantal cliënten met VG7 is gestegen sinds 2017 (met ongeveer 1.500 cliënten). Die stijging komt vrijwel geheel voor rekening van cliënten met meerzorg (het aantal cliënten zonder meerzorg is namelijk nauwelijks gewijzigd sinds 2017). De totale kosten van meerzorg liggen in 2020 bijna € 125 miljoen hoger dan in 2017; die stijging wordt met name veroorzaakt door het toenemende aantal cliënten met meerzorg en minder door de stijging van de gemiddelde kosten per meerzorg cliënt.

Jaar	Unieke VG7-clieñten totaal	Waarvan zonder meerzorg	Waarvan met meerzorg	Meerzorg-kosten voor VG7-clieñten totaal	Meerzorg-kosten per VG7 clieñt met meerzorg
2017	12.568	81%	19%	€ 167.456.997	€ 70.776
2018	13.079	79%	21%	€ 206.467.964	€ 75.685
2019	13.616	75%	25%	€ 259.426.959	€ 76.867
2020	14.044	73%	27%	€ 292.220.987	€ 76.578

Tabel 3.1 Landelijk beeld VG7 over de jaren 2017-2020 (peildata 1 oktober betreffende jaar)

⁴ Dit zijn zowel de kosten van individuele als van de groepsmeerzorg.



Figuur 3.1 Verloop aantal cliënten met zorgprofiel VG7

Cijfers online uitvraag

In de online uitvraag hebben we aanbieders gevraagd naar het aantal cliënten met VG7 dat gebruikmaakt van de Regeling Meerzorg (mogelijk indien de zorgbehoefte minimaal 25% hoger is dan is opgenomen in het zorgprofiel⁵).

Tabel 3.2 geeft een overzicht van de mate waarin gebruik wordt gemaakt van deze regeling door de aanbieders die de online uitvraag hebben ingevuld.

	Aantal VG7-clieñten met meerzorg	Verdeeld over aantal aanbieders	% ten opzichte van alle VG7-clieñten in responsgroep (10.476)
Regeling Meerzorg	2.675	41	26% van het totaal aantal cliënten met VG7

⁵ Regeling langdurige zorg; art. 2.2.

⁶ Een zorgaanbieder kan meer dan één AGB-code hebben.

⁷ Op peildatum 1-10-2020

Tabel 3.2 Aantal cliënten met meerzorg in de responsgroep

Representativiteit respons online data-uitvraag

De online-uitvraag is ingevuld door 50 zorgaanbieders⁶. Deze zorgaanbieders, hebben in totaal 10.476 cliënten met VG7 in zorg in 2020; dit aantal komt overeen met 73% van het aantal VG7-clieñten in zorg in 2020 volgens de data van de NZa. Bij de aanbieders die de enquête invulden verblijven in 2020 in totaal 2.675 cliënten met meerzorg. Dit is 70% van het aantal unieke VG7-clieñten met meerzorg dat bekend is bij de NZa⁷. Verder zien we dat de verhouding van het aantal VG7-clieñten met meerzorg ten opzichte van het totaal aantal cliënten met VG7 bij de responsgroep in 2020 vrijwel gelijk is aan de verhouding landelijk; namelijk respectievelijk 26% en 27%.

Gezien het grote aantal VG7-clieñten dat de deelnemers van de online vragenlijst vertegenwoordigen en het aandeel VG7-clieñten (met en zonder meerzorg) ten opzichte van het landelijke aantal, gaan we ervan uit dat de uitkomsten van de online vragenlijst representatief zijn voor alle zorgaanbieders die zorg leveren aan cliënten met VG7.

3.2 VG7-clieñten met (structureel) te laag tarief

Beeld aantal cliënten

In de online uitvraag hebben we aanbieders gevraagd voor hoeveel cliënten ze "het zorgprofiel (en de bijbehorende bekostiging) niet passend vinden om de benodigde zorg te kunnen verlenen". Tabel 3.3 toont de resultaten, uitgesplitst naar leveringsvorm (ZIN of pgb). Met name voor cliënten met VG7 die intramuraal verblijven op basis van zorg in natura (ZIN) wordt aangegeven dat het zorgprofiel en de bijbehorende bekostiging niet passend is.

Zorgprofiel niet passend, onderverdeeld naar:	Aantal VG7-cliënten per categorie	Aantal VG7-cliënten zorgprofiel niet passend	% van totaal VG7 per categorie
ZIN intramuraal	9.122	3.723	40,8%
Pgb intramuraal ⁸	9	1	11,1%
ZIN extramuraal	750	147	19,6%
Pgb extramuraal	24	2	8,3%
Totaal	9.905⁹	3.873	39,1%

Tabel 3.3 Cliënten met VG7 waarbij het zorgprofiel volgens aanbieders niet passend is om de benodigde zorg te kunnen verlenen

Vanwege de formulering van de vraag ('passendheid van het zorgprofiel en de bijbehorende bekostiging') moeten de antwoorden op deze vraag vooral gelezen worden vanuit de mogelijkheden om met het bij het zorgprofiel horende tarief de benodigde zorg te kunnen verlenen.

Wanneer we focussen op enkel ZIN, komt het percentage cliënten waarvoor het tarief te laag is uit op 39,2%. Als we dit percentage vergelijken met het percentage cliënten waarvoor meerzorg is aangevraagd (26%), kunnen we veronderstellen dat voor circa 13% van de VG7-cliënten het VG7-tarief

ontoereikend is, maar dat deze cliënten kennelijk niet in aanmerking komen voor meerzorg. Wanneer we dit percentage toepassen op het landelijk aantal cliënten met VG7 in 2020, komen we uit op (13% van 14.044) 1.825 cliënten.

Zorgaanbieders noemen in de bijeenkomst als mogelijke verklaring voor dit verschil dat de kosten¹⁰ van een deel van de cliënten weliswaar boven de 100% van het VG7-tarief uitstijgen, maar niet de ondergrens van meer dan 125% van het VG7-tarief overstijgen, waardoor de Regeling Meerzorg geen optie is.¹¹ Ook noemen aanbieders dat meerzorg niet altijd wordt aangevraagd als de overschrijding net boven de grens van 125% zit, omdat de administratieve lasten van het aanvraagproces van meerzorg niet opwegen tegen het extra budget.

Structureel versus tijdelijk te laag tarief

We hebben de zorgaanbieders ook gevraagd of ze meerzorg gebruiken om een structureel verschil tussen de zorgvraag en het huidige tarief te dekken en/of dat ze de middelen gebruiken om tijdelijk extra zorg te kunnen financieren.

In tabel 3.4 hebben we de antwoorden op die vraag weergegeven.

⁸ Persoon neemt zorg af in een woonvoorziening en betaalt zelf voor het verblijf.

⁹ Omdat niet alle respondenten deze vraag hebben beantwoord, is het totaal hier lager dan het totale aantal VG7-cliënten dat verblijft bij de aanbieders in de responsgroep.

¹⁰ Hierbij geldt de aantekening dat meerzorg niet bedoeld is om de kosten van de basiszorg te dekken. De basiszorg dient uit het reguliere ZZP-tarief te worden gedekt. Bij het beoordelen van een aanvraag voor meerzorg dienen de zorgkantoren hier rekening mee te houden. Het onderscheid tussen basiszorg en meerzorg is in de praktijk echter lastig te maken; basiszorg is namelijk nauwelijks geoperationaliseerd. Zie ook het rapport "Van meerzorg naar passende zorg" van het Zorginstituut Nederland (2021).

¹¹ Aan de hand van het door ZN ontwikkelde meerzorgsjabloon kunnen zorgaanbieders relatief eenvoudig op cliëntniveau vaststellen of de cliënt "meerzorgwaardig" is.

Gebruik van Meezorg om:	Aantal VG7-clënten met meezorg	% van totaal VG7-clënten met meezorg in responsgroep (2.675)	% van totaal aantal VG7-clënten in de responsgroep (10.476)
Een structureel verschil tussen de zorgvraag en het huidige tarief te dekken	2.081	77,8%	19,9%
Tijdelijk extra zorg te kunnen financieren voor het verbeteren en behouden van zorg, kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan	550	20,6%	5,3%

Tabel 3.4 Cliënten met VG7 waarbij meezorg structureel en/of tijdelijk nodig is (3 zorgaanbieders met in totaal 172 VG7-clënten met meezorg hebben deze vraag niet beantwoord. Zorgaanbieders hebben voor 199 cliënten aangegeven dat ze meezorg zowel gebruiken om een structureel verschil te dekken als om tijdelijk extra zorg te financieren. Het grootste deel van deze 199 cliënten (151 cliënten) is in zorg bij 4 aanbieders die voor al hun cliënten beide antwoordopties hebben ingevuld).

Zorgaanbieders stellen dat bij ongeveer 80% van de VG7-clënten met meezorg, deze extra middelen structureel nodig zijn.

Tijdens de dialoogsessie gaven zorgaanbieders aan dat ook voor circa 80% van de categorie cliënten waarvoor het VG7-tarief onvoldoende is, maar waarvoor de Regeling Meezorg geen optie is (< 125%), geldt dat er een structureel verschil is tussen de zorgvraag en het huidige tarief.

Op basis van de online uitvraag kunnen we een schatting maken van het landelijke aantal cliënten waarvoor het tarief structureel te laag is. Bij 77,8% van de 3.873¹² (= 3.013) VG7-clënten die verblijven bij aanbieders die de

online vragenlijst hebben ingevuld en het zorgprofiel niet passend is, is het tarief structureel te laag.

Deze 3.013 cliënten vormen 28,8% van het totale aantal VG7-clënten bij de responsgroep (10.476). Wanneer we dit percentage toepassen op het landelijke aantal cliënten met VG7 (14.044 in 2020) komen we uit op 4.039 VG7-clënten waarvoor het huidige tarief structureel te laag is.

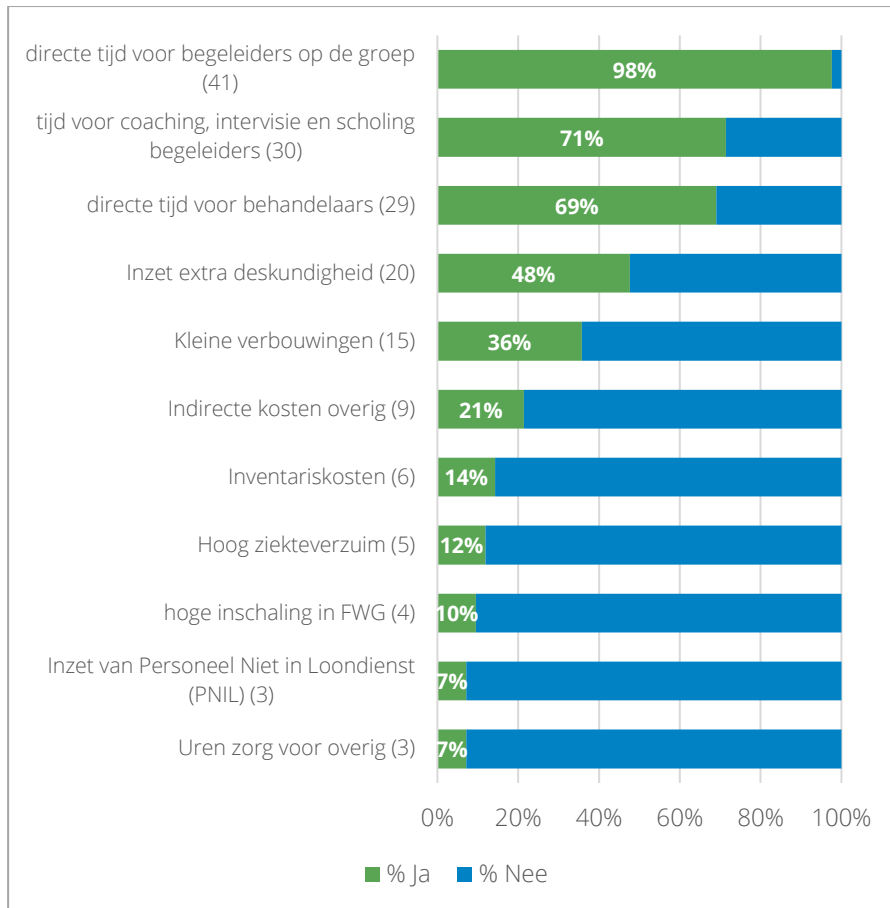
Redenen stijging zorgvraag en kenmerken doelgroep

De vijf meest genoemde redenen voor aanbieders om meezorg aan te vragen voor VG7-clënten zijn:

1. Meer directe tijd van begeleiders op de groep (98%)
2. Meer indirecte tijd voor coaching, intervisie en scholing van begeleiders op de groep (71%)
3. Meer directe tijd van behandelaars (69%)
4. Indirecte kosten door inzet extra deskundigheid (48%)
5. Indirecte kosten in de vorm van kleine verbouwingen (36%)

Zie figuur 3.2 voor een compleet overzicht van de genoemde redenen.

¹² Zie tabel 3.3.



Figuur 3.2. Voornaamste redenen voor aanbieders om meerzorg aan te vragen

Uit figuur 3.2 kunnen we ook afleiden dat de zorgbehoefte van cliënten met meerzorg afwijkt van die van cliënten voor wie aanbieders geen meerzorg aanvragen, ze hebben meer directe begeleidingstijd nodig, andere expertise (zoals psychiatrische deskundigheid) en/of specifieke bouwkundige faciliteiten.

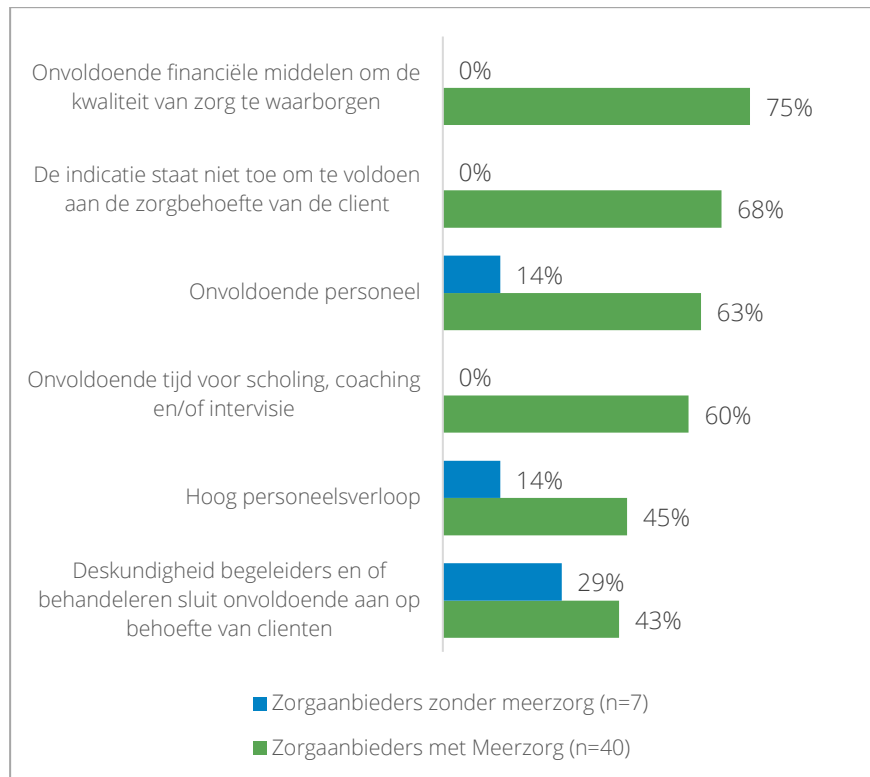
De stijging van het aantal cliënten met meerzorg (als indicator voor de stijging van de zorgvraag) hangt volgens de aanbieders deels samen met een toename van het aantal 'zwaardere' cliënten met complexere problematiek. De zorgzwaarte neemt toe door meer comorbiditeit, zoals psychopathologie en suïcidaal gedrag, waardoor vaker ernstige incidenten plaatsvinden. Dit vraagt om meer één-op-één begeleiding, hogere deskundigheid bij het personeel en meer indirecte tijd voor interne afstemming, scholing en coaching.

Daar komt bij dat het voor deze doelgroep moeilijk is om voldoende deskundig personeel te vinden en te binden. Aanbieders moeten concurreren met de GGZ-sector die gunstiger arbeidsvoorwaarden zou kennen. Dit vertaalt zich in hogere salarissen voor het personeel en/of de inhuur van PNIL (wat eveneens tot hogere uitgaven leidt). De invoering van de Wet zorg en dwang, tot slot, leidt volgens de aanbieders ook tot een toename van meerzorgaanvragen, omdat meer één-op-één begeleiding en meer deskundigheid bij het personeel nodig is.

Het is voor aanbieders lastig om te bepalen of het hoge personeelsverloop oorzaak of gevolg is van onvoldoende tijd voor scholing en onvoldoende deskundigheid bij werknemers, maar beide aspecten zijn wel van invloed op de kwaliteit van zorg.

De hierboven genoemde redenen voor de stijging van het aantal VG7-cliënten met meerzorg komen grotendeels terug in het overzicht met belangrijkste knelpunten die zorgaanbieders ervaren met betrekking tot cliënten met zorgprofiel VG7. In figuur 3.3 onderscheiden we twee categorieën aanbieders, namelijk (40) aanbieders met VG7-cliënten die voor een deel van deze cliënten meerzorg ontvangen en (7) aanbieders met VG7-cliënten die voor deze cliënten geen meerzorg hebben aangevraagd. De aanbieders die VG7-cliënten met meerzorg hebben, noemen als belangrijkste knelpunten: onvoldoende financiële middelen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen,

de indicatie¹³ staat niet toe om te voldoen aan de zorgbehoefte van de cliënt, het hebben van onvoldoende personeel en onvoldoende tijd voor scholing, coaching en/of intervisie. Aanbieders met VG7-cliënten zonder meezorg ervaren minder knelpunten en een andere rangorde van knelpunten (dit heeft echter slechts betrekking op zeven aanbieders uit de responsgroep).



Figuur 3.3. Belangrijkste knelpunten ervaren door zorgaanbieders met en zonder meezorg voor cliënten met zorgprofiel VG7

In het onderzoek in opdracht van VWS is onderzocht of de cliënten waarvoor het huidige tarief structureel tekortschiet een aparte subcategorie vormen met een eigen set van kenmerken. De conclusie uit dat onderzoek is dat de categorie VG7-cliënten met meezorg inhoudelijk gezien niet uniform kan worden omschreven. Ook deze subcategorie is heterogene groep, waarbij de cliënten op diverse factoren van elkaar verschillen. Daarnaast speelt de interactie van de cliënt met de context een grote rol: in hoeverre zit het probleem 'in de persoon' en in hoeverre is de context (nog) niet op orde?¹⁴

Doelstelling 1: Een beeld krijgen van het aantal VG7-cliënten waarvoor moet worden aangenomen dat het huidige tarief structureel tekortschiet. Wat zijn de belangrijkste redenen voor de onderliggende stijging van de zorgvraag en wat zijn de kenmerken van deze doelgroep?

Deelconclusie doelstelling 1

We concluderen dat bij ongeveer 29% van alle VG7-lienten het reguliere tarief structureel te laag is. In 2020 hebben we het dan over circa 4.000 VG7-cliënten waarbij het tarief structureel te laag is.

Onderliggende reden voor de stijgende zorgvraag is met name een toenemende complexiteit van de doelgroep. Dit vraagt vervolgens om meer inzet van personeel en meer deskundigheid van personeel.

De inzet van meer personeel is een knelpunt bij 63% van de aanbieders met VG7-meezorgcliënten; zij geven aan dat zij onvoldoende personeel kunnen vinden en behouden. Daarnaast is er een groot personeelsverloop en onvoldoende tijd voor scholing en intervisie. De problemen aan de personele kant en de toenemende zorgvraag aan de andere kant versterken elkaar. Met

¹³ De term 'indicatie' duiden we hier in financiële zin; dat wil zeggen dat het reguliere VG7-tarief onvoldoende is om te voldoen aan de zorgbehoefte van de cliënt. Deze duiding is in lijn met die in de 'Eindrapportage probleemanalyse VG7', het onderzoek dat in opdracht van het ministerie van VWS is uitgevoerd.

¹⁴ Zie verder de 'Eindrapportage probleemanalyse VG7'.

een eventuele (tijdelijke) verhoging van het tarief voor VG7 kunnen aanbieders mogelijk een deel van de knelpunten oplossen, het oplossen van de personeelstekorten (arbeidsmarktproblematiek) vergt echter een aanpak die breder is dan alleen een aanpassing van het tarief.

3.3 Omvang tariefverschil

Er zijn enkele bronnen waaruit we informatie kunnen afleiden over de hoogte van het tariefverschil. De eerste bronnen waar we naar kijken hebben betrekking op een deel van de cliënten waarvoor het reguliere VG7-tarief niet toereikend is, namelijk de cliënten die gebruikmaken van meerzorg.

Bij ongeveer 80% van de cliënten met meerzorg lijkt structureel sprake van een te laag tarief. Voor die cliënten kunnen we de omvang van dit verschil afleiden uit de hoogte van het meerzorgbedrag. Uit tabel 3.1 blijkt dat de meerzorgkosten per VG7-cliënt in 2020 gemiddeld ongeveer € 76.600 bedragen.

Om een antwoord te krijgen op de vraag of het tariefverschil voor cliënten waarbij sprake is van een *structureel* verschil tussen de zorgvraag en het huidige tarief afwijkt van het gemiddelde, hebben we de zorgkantoren gevraagd om uit te zoeken wat de gemiddelde gedeclareerde meerzorgkosten per VG7-cliënt zijn per 'duurklasse' van de meerzorg (dat wil zeggen: sinds hoeveel jaar heeft de cliënt meerzorg).

Vijf zorgkantoren hebben van 39 zorglocaties¹⁵ het gemiddeld gedeclareerd bedrag meerzorg op jaarbasis aangeleverd. Tabel 3.5 geeft een overzicht van de gemiddelde gedeclareerde kosten van meerzorg uitgesplitst naar het aantal jaar dat de cliënt meerzorg heeft. De tabel laat zien dat de gemiddelde kosten van meerzorg oplopen naarmate het aantal jaren dat de cliënt meer-

zorg heeft stijgt. Voor VG7-cliënten die al langer dan vijf jaar meerzorg hebben ligt het gemiddelde (€ 78.629) boven de landelijk gemiddelde kosten van meerzorg (€ 76.578). Ook bij de gemiddelde gedeclareerde kosten van meerzorg uitgesplitst naar de duur van de meerzorg, zien we een forse spreiding tussen zorglocaties, de minima en maxima liggen ver uit elkaar.

Duur Meerzorg	Aantal VG7-cliënten	Gemiddeld gedeclareerd bedrag voor meerzorg per VG7-cliënt per jaar
> 1 - < 2 jaar	474	€ 65.421
> 2 - < 3 jaar	288	€ 69.051
> 3 - < 4 jaar	220	€ 74.179
> 4 - < 5 jaar	182	€ 74.169
> 5 jaar	814	€ 78.629

Tabel 3.5 Overzicht van de gemiddelde bedragen meerzorg op jaarbasis naar duur van de meerzorg

Op basis van tabel 3.5 kunnen we concluderen dat de omvang van het tariefverschil voor VG7-cliënten met meerzorg waarbij het tarief structureel te laag is, hoger is dan het landelijk gemiddelde meerzorg bedrag voor alle VG-cliënten.

Er zijn echter ook VG7-cliënten waarvoor het tarief tekortschiet die niet in aanmerking komen voor meerzorg (omdat de 125% niet overschreden wordt). Om zicht te krijgen op het tariefverschil voor de gehele doelgroep, hebben we aan de zorgaanbieders die deelnamen aan de bijeenkomsten met de veldpartijen gevraagd hoeveel budget zij procentueel door middel van substitutie

¹⁵ Dit zijn minimaal 26 unieke aanbieders. Eén zorgkantoor heeft de data geanonimiseerd waardoor het precieze aantal unieke aanbieders niet vastgesteld kan worden.

bijpassen op het beschikbare budget voor VG7-cliënten om zwarte cijfers te schrijven.

Deze vraag is door zes aanbieders beantwoord. Zij geven aan dat deze vraag lastig te beantwoorden is, maar hun schattingen komen erop neer dat zij gemiddeld 17% meer budget dan het beschikbare budget van VG7 nodig hebben om geen verlies te leiden op de zorg voor cliënten met VG7 (met een bandbreedte van 5% - 38%). Tijdens de tweede bijeenkomst met de veldpartijen is dit percentage getoetst bij andere aanbieders. Deze aanbieders bevestigen dat het moeilijk is dit percentage exact te bepalen. Enkele aanbieders verwijzen naar de uitkomst van het onderzoek naar een geactualiseerd zorgprofiel VG7 (in 2019 door HHM uitgevoerd in opdracht van de VGN).¹⁶ Daar kwam een 'passend' tarief voor VG7 uit dat (exclusief de meezorggelden) circa 20% hoger ligt dan de toenmalige maximale beleidsregelwaarde.

Doelstelling 2: Inzicht krijgen in hoe groot het 'tariefverschil' is tussen wat benodigd is en wat beschikbaar is ('maximumtarief') voor VG7-cliënten waarvoor moet worden aangenomen dat het huidige tarief structureel tekortschiet.

Deelconclusie doelstelling 2

Voor cliënten die al meer dan vijf jaar gebruikmaken van meezorg kunnen we dit verschil begroten op gemiddeld circa € 78.500 per cliënt per jaar, echter wel met de aantekening dat de spreiding rondom dit gemiddelde groot is. Bovendien betreft dit een subgroep VG7-cliënten, namelijk cliënten die in aanmerking komen voor meezorg.

Wanneer we het tariefverschil uitdrukken als een percentage van het VG7-budget dat aanbieders moeten substitueren voor alle VG7-cliënten (dus VG7-cliënten met én zonder meezorg), dan komen we uit op een percentage tussen 17% en 20%; met de aantekening dat dit percentage moeilijk exact te bepalen is.

3.4 Hoe tekorten ondervangen

In de online uitvraag hebben we de zorgaanbieders gevraagd op welke manieren ze de (financiële) knelpunten voor cliënten met een VG7 indicatie nu (gedeeltelijk) bekostigen. Tabel 3.6 geeft hier een overzicht van. De kolom 'Aanbieders met én zonder meezorg' betreft aanbieders die voor een deel van de VG7-cliënten die bij hen verblijven meezorg hebben aangevraagd en aanbieders die voor geen van de bij hen verblijvende VG7-cliënten meezorg hebben aangevraagd.¹⁷ De kolom 'Aanbieders met meezorg' betreft alleen de aanbieders die voor een deel van hun VG7-cliënten meezorg hebben aangevraagd. Van de zorgaanbieders die een aantal VG7-cliënten met meezorg in zorg hebben, zegt 90% de Regeling Meezorg te gebruiken om in ieder geval gedeeltelijk de ervaren knelpunten te bekostigen. Van alle zorgaanbieders gebruikt 34% (ook) substitutie vanuit alle VG7-profielen samen en 57% (ook) substitutie vanuit andere profielen om de ervaren knelpunten geheel of gedeeltelijk te bekostigen. Gemiddeld noemen aanbieders twee manieren waarop ze knelpunten bekostigen.

¹⁶ Bureau HHM (2019). Beschrijving zorgprofiel VG7: Actualisatie op inhoud en kosten.

¹⁷ Het feit dat ook aanbieders die geen VG7-cliënten met meezorg in zorg hebben toch aangeven meezorg te gebruiken als een manier om (financiële) knelpunten (gedeeltelijk) te bekostigen, is een opmerkelijk gegeven. We gaan ervan uit dat deze aanbieders wel cliënten met meezorg hebben in andere profielen dan VG7.

Manieren waarop aanbieders (financiële) knelpunten (gedeeltelijk) bekostigen	Aanbieders met én zonder meerzorg (N=47)	Aanbieders met meerzorg (N=40)
Meerzorg	79%	90%
Substitutie vanuit de middelen van alle VG7-profielen tezamen	34%	40%
Substitutie vanuit de middelen van andere profielen	57%	68%
Anders	38%	42%

Tabel 3.6 Overzicht van hoe zorgaanbieders (financiële) knelpunten (gedeeltelijk) bekostigen.

Binnen de systematiek van de zorgzwaartebekostiging is substitutie van middelen een gangbare en geaccepteerde manier om verschillen in zorgzwaarte tussen cliënten op te vangen. Uit tabel 3.6 lijkt echter wel naar voren te komen dat aanbieders vaker substitueren vanuit cliënten met andere zorgprofielen dan binnen de VG7-populatie.

Verder is het van belang om meerzorg als manier om (financiële) knelpunten (gedeeltelijk) te bekostigen, nader te duiden. Meerzorg is nadrukkelijk niet bedoeld om de basiszorg zoals beschreven in het profiel te bekostigen, maar juist voor de 'extra' benodigde zorg. We interpreteren het gegeven antwoord 'meerzorg' daarom als een manier om de geboden zorg te bekostigen waardoor er geen (groter) financieel knelpunt ontstaat.

Van de zorgaanbieders geeft 38% aan ook andere manieren te gebruiken om de knelpunten (gedeeltelijk) te bekostigen. De belangrijkste manier is bekostiging vanuit de NHC-component en vastgoedresultaten; zes aanbieders noemen dit.

Andere manieren die men noemt, zijn het onttrekken van middelen uit een calamiteitenbudget, maatwerkafspraken met een zorgkantoor of de inzet van eigen middelen. Aan de andere kant proberen aanbieders de kosten te drukken, bijvoorbeeld door de overhead te minimaliseren of vrijheidsbeperkende maatregelen voor cliënten toe te passen bij een tekort aan personeel. De respondenten hebben deze manieren niet nader toegelicht.

Doelstelling 3: Een beeld krijgen van hoe aanbieders het 'tariefverschil' ondervangen tussen wat benodigd is en wat beschikbaar is, voor VG7-clieënten waarvoor moet worden aangenomen dat het huidige tarief structureel tekort schiet (vooralsnog) en in welke mate dit gebeurt.

Deelconclusie doelstelling 3

De meest genoemde manieren om een tekort op de VG7 budgetten te ondervangen zijn: inzet van meerzorggeld (bij 90% van de aanbieders die voor een deel van hun VG7-clieënten meerzorg hebben aangevraagd) en substitutie vanuit de middelen van andere profielen (68% van de aanbieders met meerzorg). Een kleinere groep ondervangt de tekorten door substitutie vanuit middelen van alle VG7-profielen tezamen (40% van de aanbieders met meerzorg).

Binnen de systematiek van de zorgzwaartebekostiging zijn meerzorg en substitutie in principe geëigende manieren om (op cliëntniveau) het verschil te overbruggen tussen wat nodig is en het reguliere VG7-tarief. Dat een substantieel deel van de aanbieders aangeeft ook andere manieren aan te wenden, is een indicatie dat meerzorg en substitutie niet altijd volstaan om de ervaren (financiële) knelpunten op te lossen.

3.5 Aanbieders in de problemen vanwege tekorten

Inschatting aantal aanbieders dat tekort niet of onvoldoende kan ondervangen

In de vorige paragraaf beschreven we op welke manieren aanbieders hun knelpunten bekostigen. De vraag die centraal staat in deze paragraaf is hoeveel (en welke) aanbieders de tekorten niet of onvoldoende kunnen ondervangen en wat de financiële impact is op het exploitatieresultaat.

Om met het laatste te beginnen; aanbieders geven aan dat ze zich geen negatief exploitatieresultaat kunnen veroorloven, omdat daarmee de financiering door de bank in gevaar komt. Zij zorgen dus, op de in de vorige paragraaf genoemde manieren, voor een positieve exploitatie. Het objectief vaststellen of een aanbieder het tekort niet of onvoldoende kan ondervangen, is dus lastig. Daarom proberen we het antwoord via een 'omweg' uit de verzamelde gegevens af te leiden.

Om te beginnen hebben we gezien dat meerzorg de belangrijkste manier is om knelpunten op te vangen (voor 90% van de aanbieders die voor een deel van hun VG7-cliënten meerzorg hebben aangevraagd). Slechts zeven aanbieders geven aan dat ze naast meerzorg geen andere manieren gebruiken om knelpunten te bekostigen (15% van het totaal). Van de aanbieders die meerzorg gebruiken om de knelpunten te bekostigen maakt 70% ook gebruik van substitutie vanuit de middelen van andere profielen en 43% vanuit alle VG7-profielen tezamen. Op het totaal van de respondenten heeft 64% naast meerzorg nog andere manieren nodig om de tekorten op te vangen. Deze categorie aanbieders moet dus extra maatregelen treffen om 'zwarte cijfers' te schrijven. Die extra maatregelen zijn veelal niet zichtbaar in het financiële resultaat van de organisatie, maar kunnen wel ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg.

Daarnaast weten we niet zeker of de (zeven) aanbieders die naast meerzorg geen andere manieren toepassen om financiële knelpunten op te vangen, mogelijk niet ook inboeten op de kwaliteit van zorg. Dit vermoeden wordt bevestigd door het feit dat 75% van de zorgaanbieders met cliënten met meerzorg als knelpunt noemen dat ze onvoldoende middelen hebben om de kwaliteit van zorg te waarborgen (zie figuur 3.3).

Kenmerken aanbieders op basis van de online uitvraag

De hierboven genoemde 75% van de zorgaanbieders met cliënten met meerzorg voor VG7-cliënten heeft dus onvoldoende middelen om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Van de aanbieders die geen meerzorg ontvangen voor VG7-cliënten noemt slechts één aanbieder dit knelpunt. Vijf andere aanbieders zonder meerzorg ervaren dit niet als een van de belangrijkste vijf knelpunten en drie gaven geen antwoord op deze vraag. Het hebben van cliënten met meerzorg of het aanvragen van meerzorg lijkt dus een eerste indicatie¹⁸ voor problemen bij aanbieders vanwege financiële tekorten in het reguliere budget.

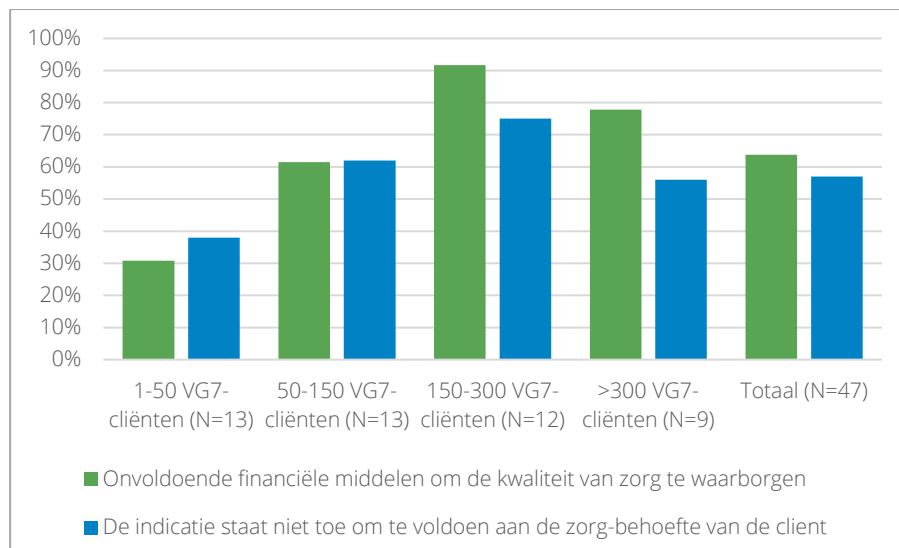
In de bijeenkomst met aanbieders is geopperd dat zorgaanbieders die zich specialiseren in VG7 minder in staat zouden zijn om tekorten te substitueren vanuit middelen voor andere profielen. Dit leidde tot de hypothese dat aanbieders die veel VG7-cliënten hebben in verhouding tot het totaal aantal cliënten vaker van mening zijn dat het VG7-profiel niet passend is om de benodigde zorg te kunnen leveren of onvoldoende middelen hebben om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. In de data zien we deze relatie tussen het aantal VG7-cliënten ten opzichte van het totaal en de 'passendheid' van het VG7-profiel echter niet terug.

¹⁸ Zoals eerder aangegeven is dit geen causaal verband. Meerzorg is immers bedoeld om de 'extra' zorg te bekostigen, niet de basiszorg die deel uitmaakt van het profiel.

Wel zien we in de resultaten van de enquête dat aanbieders met 1-50 cliënten met een VG7 indicatie relatief minder vaak aangeven dat zij onvoldoende financiële middelen krijgen om de kwaliteit van zorg te waarborgen en minder vaak aangeven dat de indicatie niet toestaat om te voldoen aan de zorg-behoefte van de cliënt (zie figuur 3.4). Daarnaast hebben van de negen zorgaanbieders zonder meerzorg voor VG7-cliënten, acht aanbieders maximaal 50 VG7-cliënten in totaal in zorg. Aanbieders met meer dan 150 VG7-cliënten noemen bovengemiddeld vaak dat zij onvoldoende financiële middelen krijgen om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

De analyse van de data uit de online vragenlijst levert daarmee twee kenmerken van aanbieders op die enigszins correleren met het ervaren van onvoldoende middelen vanuit het VG7-tarief:

- het hebben van VG7-cliënten met meerzorg;
- het zorg verlenen aan een substantieel aantal (> 50) VG7-cliënten.



Figuur 3.4. Belangrijkste knelpunten verdeeld naar aantal VG7-clieñten.

Kenmerken aanbieders volgens zorgkantoren

We vroegen ook aan de zorgkantoren naar kenmerken/criteria van zorg-aanbieders die gebruikt zouden kunnen worden om bepaalde aanbieders met VG7-clieñten extra budget toe te kennen. Van drie concessiehouders hebben we een reactie ontvangen.

De concessiehouders geven aan dat zij geen voorstander zijn van een systematiek van budget verdelen op basis van organisatiekenmerken, omdat:

- deze systematiek afwijkt van de reguliere bekostigingssystematiek binnen de Wlz, namelijk op basis van cliëntkenmerken;
- het toepassen van eventuele kenmerken die lastig objectief te meten zijn, naar verwachting veel werk en discussies met zich meebrengt en mogelijk tot ongelijke behandeling van vergelijkbare zorgaanbieders leidt.

Als zorgkantoren desondanks (in de vorm van een tijdelijke oplossing binnen bestaande profielen en tarieven) op basis van kenmerken van aanbieders bepaalde aanbieders een hoger budget zouden moeten toekennen, zijn de volgende indicatoren volgens zorgkantoren mogelijk te gebruiken, mits deze objectief en meetbaar zijn om ongelijkheid naar aanbieders toe te voorkomen:

- De zorgexploitatie van woningen/locaties met complexe zorg is negatief
 - Helder onderscheid tussen vastgoed en zorgexploitatie is nodig.
 - De exploitatie is gecorrigeerd voor inzet PNIL en hoog verzuim.
- Binnen het totaal van de zorgprofielen-mix is het percentage complexe zorg ((VG 6,7,8) hoog, bijvoorbeeld >50%) waardoor er minder mogelijkheid is om intern te substitueren.
- Van de hoge zorgprofielen heeft een hoog percentage een meerzorg-beschikking (bijvoorbeeld >25%). Hiermee is geobjectiveerd dat de aanbieder zich onderscheid door het leveren van complexe zorg.
- Het verzuim op locaties met complexe zorg (of generiek verzuim) is niet hoger dan branchegemiddeld +1,5% (2020: 8,3%).

- Overhead van de aanbieder wijkt niet of nauwelijks af van branchegemiddelde (rond 15-16%).
- Er is een heldere visie op zorg en deze visie is aantoonbaar doorvertaald via training en coaching naar de werkvloer, aandacht voor deskundigheidsontwikkeling, de inzet van één-op-één-zorg alleen in uiterste noodzaak, meerzorg wordt indien mogelijk afgebouwd.
- De zorg wordt geboden op relatief grotere locaties, omdat kleinschalige zorg voor complexe zorg minder efficiënt is.

Tijdens de tweede bijeenkomst met de veldpartijen (zorgkantoren en aanbieders) hebben we deze criteria aan hen voorgelegd als tijdelijke oplossing. Uit de bespreking met de veldpartijen komt naar voren dat deze criteria vrijwel niet objectief te meten zijn (wat mogelijk een ongelijke behandeling van vergelijkbare zorgaanbieders tot gevolg heeft) en allerlei extra administratieve handelingen vergen. Het draagvlak bij de veldpartijen voor een dergelijke tijdelijke oplossing is vrijwel nihil. De partijen willen het liefst zo spoedig mogelijk een structurele oplossing en zien die oplossing in een passend tarief voor VG7. Een eventuele tijdelijke oplossing die volgens de partijen beter toepasbaar is, is het niet of minder sterk korten op het maximumtarief voor VG7 en op het meerzorgbedrag cliënten met VG7. Dit is een generieke oplossing, gekoppeld aan het aantal VG7-cliënten dat bij de aanbieder in zorg is; deze oplossing houdt geen rekening met de vraag of de aanbieder wel of niet uitkomt met het reguliere VG7-tarief (en de eventueel toegekende meerzorg voor de VG7-cliënten). Als tweede tijdelijke oplossing is genoemd het werken met een toeslag.

Doelstelling 4: Het maken van een inschatting van het aantal aanbieders dat het tekort niet of onvoldoende kan ondervangen, wat de kenmerken zijn van deze aanbieders (bijvoorbeeld qua omvang of profiel van zorglevering), en wat de financiële impact van genoemde problematiek is op het exploitatieresultaat.

Deelconclusie doelstelling 4

Aanbieders hebben verschillende manieren om knelpunten te bekostigen. De vraag is wanneer dit onvoldoende kan worden ondervangen. Op het totaal van de aanbieders heeft 64% naast meerzorg nog andere manieren nodig om de tekorten op te vangen. Voor deze groep nemen wij aan dat zij in ieder geval het tekort onvoldoende kunnen ondervangen. Dit zal niet altijd zichtbaar zijn in het financiële resultaat van de organisatie, maar gaat wel ten koste van de kwaliteit van de zorg.

Uit de analyse van de data uit de online vragenlijst komen twee kenmerken van aanbieders naar voren die enigszins correleren met het ervaren van onvoldoende middelen vanuit het VG7-tarief:

- het in zorg hebben van VG7-cliënten met meerzorg,
- en het zorg verlenen aan een substantieel aantal (> 50) VG7-cliënten.

4. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk presenteren we op hoofdlijnen onze conclusies en aanbevelingen.

- Het onderzoek bevestigt het beeld dat voor veel VG7-cliënten het tarief *structureel* niet passend is. Dit speelt bij circa 29% van alle cliënten met VG7.
- Indien een cliënt extra zorg nodig heeft bovenop de basiszorg kan een aanbieder meerzorg aanvragen. De Regeling Meerzorg is echter bedoeld als een tijdelijke financieringsregeling en alleen van toepassing indien de zorgbehoefte van de cliënt minimaal 25% hoger is dan de zorg die is opgenomen in het zorgprofiel van de cliënt.
- Zorgaanbieders en zorgkantoren willen graag een structurele oplossing. Bijvoorbeeld in de vorm van een aanpassing van het profiel en een vertaling daarin in de hoogte van het tarief (vaak wordt verwezen naar het onderzoek in opdracht van de VGN uit 2019).
- Uit de data-analyse blijkt geen (sterk) verband tussen één of enkele kenmerken van organisaties en de vraag of de aanbieders tekorten (als gevolg van VG7) wel/niet kunnen opvangen.
- Er komen wel twee kenmerken van aanbieders naar voren die enigszins correleren (geen causaal verband) met het ervaren van onvoldoende middelen vanuit het VG7-tarief:
 - het in zorg hebben van VG7-cliënten met meerzorg,
 - en het zorg verlenen aan een substantieel aantal (> 50) VG7-cliënten.
- Zorgkantoren zijn geen voorstander van een eventuele tijdelijke oplossing die gekoppeld is aan organisatiekenmerken. Naar aanleiding van de eerste bijeenkomst en de aanvullende uitvraag hebben ze wel een aantal mogelijke criteria (en grenswaarden) genoemd ten behoeve van het selecteren van aanbieders die voor een financiële tegemoetkoming in aanmerking zouden kunnen komen.
- Uit de bespreking van deze criteria met de veldpartijen komt naar voren dat ze vrijwel niet objectief te meten zijn (wat mogelijke een ongelijke behandeling van vergelijkbare zorgaanbieders tot gevolg heeft) en allerlei

extra administratieve handelingen vergen. Het draagvlak voor een dergelijke tijdelijke oplossing is vrijwel nihil.

- Partijen willen het liefst zo spoedig mogelijk een structurele oplossing en zien als tijdelijke oplossing meer in het aanpassen van het kortingspercentage op het maximum tarief voor VG7 en voor meerzorg VG7. Als tweede mogelijke tijdelijke oplossing is genoemd het werken met een toeslag. Deze tweede oplossingsrichting valt echter buiten de scope van dit onderzoek omdat deze de invoering van een nieuwe prestatie of een aanpassing van een bestaande prestatie vergt. Daarmee voldoet deze oplossing niet aan het criterium dat deze binnen de bestaande zorgprofielen en tarieven gevonden moet worden.

Om een globale indicatie te geven van de mate waarin het kortingspercentage moet worden aangepast, hebben we de volgende berekening gemaakt (het betreft cijfers uit 2020).

De totale uitgaven voor VG7 in 2020 inclusief meerzorg bedroegen € 2.057.562.229 (bron Zorgcijfersdatabank van Zorginstituut Nederland). Na correctie voor de meerzorggelden (circa € 299 mln. bron Zorgcijfersdatabank) komen de uitgaven voor VG7 uit op circa € 1.758 miljoen. Uit dit onderzoek en eerder onderzoek komt naar voren dat zorgaanbieders inschatten ongeveer 17% tot 20% 'bij te plussen' op hun VG7-budget. Dat is in totaal circa € 299 mln. tot € 352 mln. Dat bijplussen gebeurt grotendeels uit de meerzorggelden. Bij 17% bijplussen zouden de meerzorggelden op landelijk niveau voldoende zijn om de tekorten te bekostigen. Bij 20% bijplussen resteert er nog circa € 53 miljoen aan middelen die aanbieders substitueren. Die € 53 miljoen is ongeveer 3% van de totale uitgaven voor VG7 na correctie voor meerzorg. Op basis van deze indicatieve berekening komen we uit op gemiddeld 1,5% minder korten op de maximale beleidsregelwaarde voor VG7.

Zorgkantoren werken met een 'richttarief' van 95,8% van de NZa-maximumtarieven. Indien als tijdelijke oplossing de zorgkantoren worden gevraagd om minder zwaar te korten op het maximumtarief voor VG7, dan zou het richttarief uitkomen op circa (95,8% + 1,5%=) 97,3% van de maximale beleidsregelwaarde. Dit is een *generieke* oplossing waardoor alle aanbieders met VG7-cliënten extra middelen ontvangen.

Naarmate de aanbieder meer VG7-clienten in zorg heeft ontvangt deze meer extra middelen. Omdat we gezien hebben dat aanbieders die een substantieel aantal (> 50) VG7-cliënten in zorg hebben vaker ervaren dat ze over onvoldoende middelen beschikken, komen de extra middelen op deze manier mogelijk bij die aanbieders terecht waar de knelpunten het grootst zijn.

Op basis van dit onderzoek adviseren wij de NZa om de extra middelen niet *selectief* toe te kennen van op basis van de twee kenmerken die volgens dit onderzoek enigszins correleren met het ervaren van onvoldoende middelen vanuit het VG7-tarief (het in zorg hebben van VG7-cliënten met meerzorg, en het zorg verlenen aan een substantieel aantal VG7-cliënten). Daaraan kleven namelijk dezelfde nadelen als aan de door de zorgkantoren geopperde criteria. Namelijk discussie over wat de juiste grenswaarden zijn en discussie over de vraag of de toepassing deze kenmerken er wel toe leidt dat de middelen bij de 'juiste' aanbieders terecht komen. Verder hebben we in dit (beperkte) onderzoek ook geen andere organisatiekenmerken gevonden die causaal samenhangen met het ervaren van onvoldoende middelen vanuit het VG7-tarief. Daarom geven we de voorkeur aan de hierboven genoemde tijdelijke *generieke* oplossing gekoppeld aan het tarief voor alle VG7-cliënten.