

Kostenonderzoek ADL-assistentie 2023

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

28 juni 2024

Inhoudsopgave

	Managementsamenvatting	4
01	Inleiding	7
02	Opzet van het kostenonderzoek	10
03	Toelichting reken- en analysemethode: metamodel	13
04	Resultaten kostenonderzoek	17
05	Reflectie en aanbevelingen voor vervolg onderzoek	25
	Bijlagen	29

Managementsamenvatting

Managementsamenvatting

Inleiding

KPMG Accountants N.V. heeft een kostenonderzoek uitgevoerd om inzicht te creëren in kosten van de geleverde ADL-zorg die wordt verricht door de zorgaanbieders Stichting Fokus Exploitatie, Stichting Ons Tweede Thuis en Stichting Amarosa.

De onderzoeksvragen voor het kostenonderzoek zijn als volgt gedefinieerd:

1. Welke kosten (basisjaar 2023) worden door de zorgaanbieders gemaakt voor het leveren van het product binnen de ADL-bekostiging?
 - a) Wat zijn in het primaire proces variabele kosten (veelal zorgverlening)?
 - b) Wat zijn in het primaire proces vaste kosten (veelal beschikbaarheid)?
 - c) Wat zijn de overheadkosten?
2. Wat zijn de kostprijzen van het product/de dienst binnen de ADL-bekostiging?
 - a) Hoe zijn deze kosten opgebouwd (kostencategorieën/product-decompositie naar type kosten)?
 - b) Wat zijn de belangrijkste kostendrivers (kostenparameters) die invloed hebben op de kostprijs van het product?

Kosten zorgaanbieders basisjaar 2023

Het boekjaar 2023 is voor ons de basis geweest van waaruit wij het kostenonderzoek hebben uitgevoerd. Gezamenlijk hebben de zorgaanbieders een omzet voor ADL-assistentie gerealiseerd van EUR 109,8 mln. De totale kosten in 2023 bedragen EUR 9,1 miljoen meer en zijn in totaal EUR 118,9 mln. In tabel 1 zijn de gemaakte kosten voor ADL-assistentie vanwege de marktgevoeligheid en vertrouwelijkheid van de data op totaal niveau (zorgaanbieders gecombineerd) weergegeven:

	Totaal
DIRECTE KOSTEN	-
Medewerkers primaire proces	70.765.555
Opleidingskosten medewerkers primair proces	286.134
Medewerkers primaire processen (niet in loondienst)	24.209.587
Vergoeding aan onderaannemers	-
Materiële zorggebonden kosten	1.461.703
Kosten huisvesting zorg	1.984.403
DIRECTE KOSTEN	98.707.383
DECENTRALE OVERHEAD	-
Aansturing en coaching primaire proces	59.354
Regionale ondersteuning	-
Overige bedrijfskosten	85.135
DECENTRALE OVERHEAD	144.489
CENTRALE OVERHEAD	-
Personeelskosten, management en staf	10.875.288
Overige bedrijfskosten	8.335.267
Gebouw - en terreingebonden kosten	819.778
Kapitaallasten	12.620
CENTRALE OVERHEAD	20.042.953
TOTALE KOSTEN 2023 ADL-ASSISTENTIE	118.894.825

Tabel 1: Kosten ADL-assistentie basisjaar 2023

De gemaakte kosten van de ADL-assistentie zijn opgebouwd uit een aantal kostencategorieën (zie toelichting op volgende pagina). De kosten kunnen worden onderverdeeld in variabele kosten (kosten die afhankelijk zijn van de zorgvraag) en vaste kosten (kosten onafhankelijk van de zorgvraag). De vaste kosten bevatten onder andere de kosten voor huisvesting zorg die gemaakt worden voor de ADL-unit, de ruimte waar ADL-assistenten wachten op een oproep van een cliënt, daarnaast kunnen de kosten van decentrale en centrale overhead als 'vast' worden beschouwd. Bij de directe kosten is een deel als 'variabel' te duiden, of anders gezegd afhankelijk van de zorgvraag.

Managementsamenvatting

Vervolgens bestaan deze directe kosten uit de loonkosten van zowel personeel in loondienst als personeel niet in loondienst (beide werkzaam in het primaire proces).

Dit is de grootste kostenpost binnen de kostprijs (zie ook kostprijs ADL-assistentie 2023 hieronder). Deze kosten kunnen verdeeld worden in drie componenten:

- i. het deel van de loonkosten van medewerkers besteed aan indirecte tijd (onder andere verlof en ziekte), dit zijn vaste kosten;
- ii. het deel van de loonkosten van medewerkers besteed aan wachttijd; dit is directe tijd, niet declarabel en te beschouwen als vaste kosten;
- iii. en het deel van de loonkosten van medewerkers besteed aan gedeclareerde zorg; dit zijn variabele kosten, dan wel zorgvraag afhankelijke kosten.

Let wel, variabele betekent niet dat kosten zeer snel naar nihil afgebouwd kunnen worden, dit is alleen mogelijk met PNIL-kosten en eventueel bij eigen medewerkers met specifieke voorwaarden in het arbeidscontract (tijdelijk of 0-uren contract).

Kostprijs ADL-assistentie 2023

In tabel 2 is de gewogen gemiddelde kostprijs 2023 voor de ADL-assistentie weergegeven. Voor elke zorgaanbieder is afzonderlijk een kostprijs berekend op basis van de aangeleverde data (realisatie 2023), waarna deze op basis van de productieverantwoording 2023 van de verschillende zorgaanbieders heeft geleid tot een gewogen gemiddelde kostprijs voor de ADL-assistentie (van EUR 82,69). In de tabel is de opbouw van de kostprijs voor 2023 weergegeven. De detail opbouw van de kostprijs is gepresenteerd in tabel 6 op pagina 21.

	Gewogen gemiddelde	Aanbieder A	Aanbieder B	Aanbieder C
TOTAAL DIRECTE KOSTEN	68,65	69,28	47,02	60,94
TOTAAL DECENTRALE OVERHEAD	0,10	-	3,28	2,21
TOTAAL CENTRALE OVERHEAD	13,94	13,99	12,31	12,49
KOSTPRIJS 2023 ADL-ASSISTENTIE	82,69	83,27	62,61	75,65

Tabel 2 : Kostprijs ADL-assistentie 2023

De kostprijs van de ADL-assistentie is opgebouwd uit de volgende kostencategorieën:

- Het grootste gedeelte van de kostprijs bestaat uit directe kosten (83% van de kostprijs). De directe kosten bestaan onder andere uit de medewerkers van het primaire proces, zowel in loondienst als niet in loondienst als de materiële zorggebonden kosten en de kosten voor huisvesting zorg. Deze kostencategorie bestaat deels uit vaste kosten en deels uit variabele kosten.
- De aansturing van de teams en regionale ondersteuning behoren tot de decentrale overhead (0,1% van de kostprijs). In verhouding zijn deze kosten minimaal, in de kostprijsontwikkeling (zie pagina 21) is dit één van de meest stijgende kostenposten. De decentrale overhead bestaat uit vaste kosten.
- Centrale overhead (16,9% van de kostprijs) bestaat met name uit staffuncties (zoals bestuur, algemeen management) overige bedrijfskosten (onder andere telefonie, kantoorbenodigdheden, belastingen) en gebouw- en terrein-gebonden kosten. De centrale overhead bestaat uit vaste kosten.

Belangrijkste kostendrijvers

Vanuit de uitgevoerde analyse zijn de omvang van het cluster, zorgvraag van de client, productiviteit van de ADL-assistenten en de verhouding van personeel in loondienst versus personeel niet in loondienst de belangrijkste kostendrijvers (kostenparameters) die invloed hebben op de kostprijs van het product.

01

Inleiding

Inleiding (1/2)

Achtergrond en doelstelling

In een brief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) aan de Tweede Kamer van 20 juni 2023, met het kenmerk 3599523-1048769-LZ, onderstreept de minister van VWS het belang van een toekomstbestendige subsidieregeling. De minister geeft hierbij aan dat VWS hierover in gesprek is met de ADL-aanbieders, waarbij de huidige tariefstelling wordt onderzocht.

Inmiddels zijn de tarieven herzien en heeft publicatie in de Staatscourant plaatsgevonden. Dit neemt niet weg dat de wens om een kostenonderzoek uit te voeren naar de huidige kostenstructuur relevant is. De sector is in ontwikkeling en heeft te maken met diverse trends, dit heeft ook zijn weerslag op de kosten.

De ontwikkelingen zijn onder andere:

- vergrijzing en toegenomen complexiteit van de zorg;
- beperkte doorstroombmogelijkheden naar andere woningen en zorgvormen;
- flexibilisering van de arbeidsmarkt en de krapte op de arbeidsmarkt;
- inzet van ICT en technologie ten behoeve van de cliënt;
- een gewenste aanpassing van de organisatiestructuur.

Deze ontwikkelingen vragen om een herziening van de bekostigingsstructuur en financiering, zodanig dat de ADL-zorg ook in de toekomst kan blijven bestaan. Op basis van deze ontwikkelingen hebben de partijen een brief naar VWS gestuurd met het verzoek te komen tot een passende bekostiging. De minister heeft inmiddels akkoord gegeven om deze aan te passen voor 2024.

Vanaf 2025 dient op basis van een kostenonderzoek de structurele ophoging van bekostiging te worden onderbouwd.

Vraagstelling

Aan KPMG Accountants N.V. (hierna: KPMG) is gevraagd een kostenonderzoek uit te voeren om inzicht te creëren in kosten van de geleverde ADL-zorg. De onderzoeksvragen voor het kostenonderzoek zijn als volgt gedefinieerd:

1. Welke kosten (basisjaar 2023) worden door de zorgaanbieders gemaakt voor het leveren van het product binnen de ADL-bekostiging?
 - a) Wat zijn in het primaire proces variabele kosten (veelal zorgverlening)?
 - b) Wat zijn in het primaire proces vaste kosten (veelal beschikbaarheid)?
 - c) Wat zijn de overheadkosten?
2. Wat zijn de kostprijzen van het product/de dienst binnen de ADL-bekostiging?
 - a) Hoe zijn deze kosten opgebouwd (kostencategorieën/product-decompositie naar type kosten)?
 - b) Wat zijn de belangrijkste kostendrijvers (kostenparameters) die invloed hebben op de kostprijs van het product?

Inleiding (2/2)

Verspreidingskring

Het onderzoeksrapport met hierin de beantwoording op de eerder beschreven onderzoeksvragen wordt aan u als opdrachtgever verstrekt. Het is de bedoeling dat het rapport (wat per specifieke zorgaanbieder is opgesteld) wordt gedeeld met de desbetreffende zorgaanbieders die aan dit onderzoek hebben deelgenomen. Voor deze verspreiding van het onderzoeksrapport is schriftelijke toestemming nodig van zowel de zorgaanbieder als KPMG (met uitzondering van geanonimiseerde rapportage die namens opdrachtgever met de Tweede Kamer zal worden gedeeld).

Ontvangers van het rapport dienen (onder regie van u als opdrachtgever) een ondertekende vrijwaringsbrief te overhandigen, waarin wordt geborgd dat de rapportage niet verder wordt verspreid zonder toestemming van zowel u als opdrachtgever als van KPMG. KPMG stelt hiervoor een vrijwaringsbrief op om deze verspreiding van de individuele rapportage per betrokken zorgaanbieder te faciliteren.

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk is de opzet van het kostenonderzoek uitgewerkt en in de navolgende hoofdstukken worden de uitkomsten toegelicht.

02

Opzet van het kostenonderzoek

Opzet van het kostenonderzoek (1/2)

Aanpak van het onderzoek

Voor dit onderzoek is onderstaande aanpak gevolgd:



De aanpak is opgedeeld in een viertal fasen. Hieronder is per fase een korte toelichting gegeven van het doel van elke fase, welke werkzaamheden zijn uitgevoerd en tot welk resultaat dit heeft geleid.

- 1. Opstart onderzoek:** doel van deze fase was om de projectorganisatie in te richten, de start van het onderzoek te faciliteren met zorgaanbieders en de onderzoeksopzet en het metamodel vast te stellen. Dit heeft geleid tot gedragen en gevalideerde ontwerpprincipes voor de uitvoering van het kostenonderzoek.
- 2. Opzet datamodel en –verzameling:** het doel van deze fase was om de data voor het kostenonderzoek te verzamelen en te valideren. Hiervoor zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:
 - vaststellen input kostenbasis (realisatie 2023) en zorgproductie (productieverantwoording 2023) voor calculatie en kostencategorieën voor kostprijsberekening;
 - data-uitvraag (waarbij zoveel mogelijk is aangesloten op bestaande data en inzichten van zorgaanbieders);
 - opzet datamodel voor uitvoering kostprijsberekeningen;
 - uitvoeren sanity checks op data-aanlevering en validatiesessie per zorgaanbieder.

- 3. Berekening en validatie kostprijzen:** in deze fase zijn de kostprijzen berekend voor de ADL-assistentie en zijn analyses uitgevoerd (omvang van kosten, verschil in kostencategorieën, productie en kostprijsbepalende parameters zoals productiviteit). Hiervoor zijn de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

- uitvoeren kostprijsberekeningen;
- validatiesessie per zorgaanbieder;
- bespreken conceptuitkomsten met klankbörgroep.

Deze fase heeft geresulteerd in gevalideerde uitkomsten uit het kostenonderzoek naar de ADL-assistentie.

- 4. Rapportage en afronding:** doel van de laatste fase was om een concept- en eindrapportage op stellen en gezamenlijk met de brondata (voor de kostprijsberekening) op te leveren aan VWS. De betrokken zorgaanbieders hebben in verband met markt- en concurrentiegevoeligheid van de uitkomsten van het onderzoek per zorgaanbieder een separate rapportage ontvangen. In de rapportage worden de vragen beantwoordt zoals opgenomen op pagina 5.

Opzet van het kostenonderzoek (2/2)

Uitgangspunten

Voor het kostenonderzoek is rekening gehouden met onderstaande uitgangspunten:

- Borging van de navolgbaarheid van het onderzoeksproces en de wijze waarop van input tot output (kostprijs) door een duidelijke vastlegging die uitlegbaar, traceerbaar en gevalideerd is met zorgaanbieders (vanuit een rekenmodel in Microsoft Excel).
- De kostprijsberekening is gebaseerd op werkelijk gemaakte kosten binnen het meest recente afgesloten boekjaar. Voor dit onderzoek is dat het jaar 2023.
- De inputdata voor de kostprijsberekening diende voldoende betrouwbaar en valide te zijn. Wij hebben op de ontvangen data (waar mogelijk) sanity checks uitgevoerd (rondrekeningen, aansluiting met de jaarrekening, gekeken naar specifieke bijzonderheden en afwijkingen waarbij, waar van toepassing, aanvullende documentatie en onderbouwing is uitgevraagd, et cetera).
- Hoor en wederhoor is toegepast op de (tussentijdse) uitkomsten, waaronder validatiesessie per individuele zorgaanbieder op de resultaten van kostprijsberekeningen.
- Voor het finaliseren van de kostprijsberekeningen en de totstandkoming van dit rapport zijn de conceptuiterkomsten besproken met de zorgaanbieders en de klankbordgroep.
- De tariefbepaling valt buiten de scope van dit onderzoek. De opdrachtgever ontvangt een overdracht van alle relevante data, informatie en medewerking om deze laatste fase (tariefbepaling) te kunnen voltooien.

Bijdrage van betrokken veldpartijen aan het onderzoek

Bijdrage van de belanghebbende veldpartijen aan het onderzoek is van belang voor de kwaliteit van de uitkomsten van het onderzoek, vooral voor de betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens en voor de analyse van deze gegevens. Deze bijdrage is geborgd door:

- Het opzetten van een klankbordgroep waarin VWS, Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en Zorginstituut Nederland (hierna: ZiN) waren betrokken. De klankbordgroep is geïnformeerd over de opzet en aanpak van het onderzoek en de uiteindelijke resultaten. De klankbordgroep heeft daarbij gevraagd en ongevraagd advies kunnen geven.

03

**Toelichting reken- en
analysemethode:
metamodel**

Toelichting reken- en analysemethode: metamodel

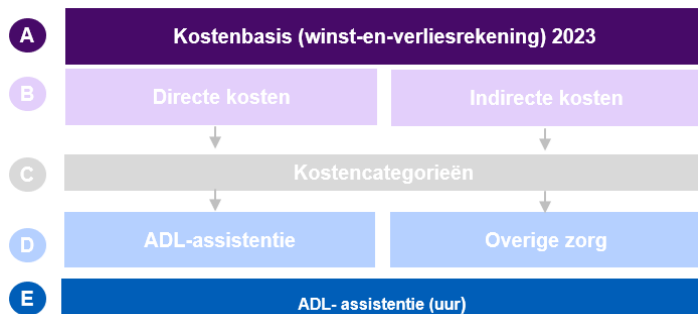
Introductie

Dit hoofdstuk geeft een toelichting op de rekenmethode die is toegepast in dit kostenonderzoek. De toelichting van de kostprijsberekening wordt beschreven aan de hand van het Metamodel kostprijsberekening ADL-bekostiging (zie figuur 1). Vervolgens wordt een beschrijving gegeven van de wijze waarop de data is uitgevraagd, de wijze waarop ontvangen data is gevalideerd en hoe tot slot de kostprijsberekening tot stand is gekomen.

Metamodel (conceptueel kader) en rekenmethodiek kostprijzen ADL-assistentie

In onderstaande schematische weergave is het metamodel (op hoofdlijnen) weergegeven. Dit metamodel is de basis geweest voor het kostprijsmodel waarmee de kostprijzen zijn berekend voor de ADL-assistentie. Een detailweergave van het metamodel is opgenomen in bijlage I.

Vanuit de kostenbasis (de cijfers uit de winst-en-verliesrekening over 2023) is een toewijzing gemaakt van kosten naar de ADL-assistentie en is de verdeelsleutel omzet gehanteerd om kosten (overhead) te alloceren in de kostprijsberekening naar de ADL-assistentie. De volgende rekenstappen worden middels het onderstaande metamodel (op hoofdlijnen) verder toegelicht.



Figuur 1: Metamodel kostprijsberekening ADL-bekostiging

- A. De basis voor de kostprijsberekening is de winst- en verliesrekening over 2023 (kostenbasis) waarbij is aangesloten bij de jaarrekening 2023 van de betrokken zorgaanbieders.
- B. Vanuit de aangeleverde kostenbasis is onderscheid gemaakt in de directe kosten (waarbij een splitsing is gemaakt in kostenplaatsen waar zorg is geleverd voor ADL-assistentie of kostenplaatsen met overige zorg, zodat in de rondrekening aansluiting gemaakt kon worden met de jaarrekening) en indirecte kosten. Directe kosten hebben te maken met kosten die direct het gevolg zijn van het leveren van zorg (bijvoorbeeld zorgpersoneel, materiële zorggebonden kosten en kosten huisvesting zorg). Indirecte kosten hebben te maken met kosten die geen directe relatie hebben met het leveren van zorg (bijvoorbeeld kosten voor de bedrijfsvoering, zoals HR, ICT, et cetera). Deze kosten zijn in de berekening aangemerkt als overheadkosten. In de berekening van de indirecte kosten is verder onderscheid gemaakt in decentrale overheadkosten (bijvoorbeeld locatiemanagers) en centrale overhead (concernkosten, zoals directie en staf).
- C. Voor de verschillende kostencategorieën die zijn gehanteerd is uitgegaan van het Prismant-grootboekrekeningschema, zodat zorgaanbieders in de labeling van kosten zo veel mogelijk een uniforme en eenduidige categorisering konden maken. Opleidingskosten van medewerkers in het primair proces zijn aanvullend inzichtelijk gemaakt in afstemming met de zorgaanbieders.
- D. Op basis van de verdeelsleutel omzet zijn de overheadkosten gealloceerd in de kostprijsberekening naar de ADL-assistentie om uiteindelijk te komen tot de kostprijs per uur voor ADL-assistentie (E).

Toelichting reken- en analysemethode: kostprijsberekening

Kostprijsberekening

In dit hoofdstuk is een verdere toelichting gegeven op de wijze waarop de kostprijsberekening tot stand is gekomen. Dit is van belang bij de wijze van interpretatie en het begrip van de uitkomsten zoals deze in het volgende hoofdstuk zijn gepresenteerd.

Gehanteerde uitgangspunten kostprijsberekening

- Voor de kostprijsberekening is uitgegaan van de winst-en-verliesrekening/jaarrekening van 2023 als kostenbasis (realisatie).
- De kostprijs per uur betreft een integrale kostprijs, waarin ook indirecte kosten (overheadkosten) zijn meegenomen.
- De overheadkosten zijn toegerekend op basis van de verdeelsleutel omzet (verhouding ADL-assistentie en overige zorg). De gehanteerde verdeelsleutel is met de zorgaanbieders en klankbordgroep gevalideerd en vastgesteld. De kostprijs per uur betreft daardoor een integrale kostprijs.
- De kostprijs is berekend op basis van de gedeclareerde zorgproductie 2023 die volgt uit de productieverklaringen van de zorgaanbieders.
- Richting de toekomst (2024-2028) is ter verkenning door zorgaanbieders een inschatting gemaakt op de verwachte kostenontwikkelingen van de verschillende kostencategorieën (prijsspeil 2023) voor de directe kostenplaatsen gerelateerd aan de ADL-assistentie.
- Op de uitgevraagde ontwikkelingen is géén indexatie toegepast.

Gewogen gemiddelde kostprijs

De berekende gewogen gemiddelde kostprijs per ADL-assistentie (uur) op basis van de berekende kostprijs per zorgaanbieder. De weging is toegepast op basis van aantal gedeclareerde uren ADL-assistentie in het betreffende

jaar van onderzoek (2023).

Kostprijs op basis van het aantal gedeclareerde uren ADL-assistentie inclusief looptijd

De kosten voor een uur ADL-assistentie zijn berekend aan de hand van gedeclareerde uren ADL-assistentie, inclusief looptijd overeenkomstig met de productieverantwoording 2023. De wachttijd is hierin niet meegenomen, immers deze tijd is niet declarabel volgens de geldende richtlijnen.

Toelichting reken- en analysemethode: data-uitvraag en -validaties

Data-uitvraag

Voor de dataverzameling van dit onderzoek is een data template opgesteld. Het data template is vervolgens met alle zorgaanbieders doorgesproken en daar waar nodig aanpassingen doorgevoerd om zo veel mogelijk aan te kunnen sluiten bij de financiële administratie van de aanbieders. De belangrijkste onderdelen van het data template bestonden uit data en parameters voor de volgende datacomponenten:

- i. Onderzoeksjaar 2023: kenmerken zorgaanbieder, realisatiecijfers 2023 (zowel ADL kostenplaatsen en directe kostenplaatsen die niet gerelateerd zijn aan de ADL-assistentie formatiegegevens, productiviteitsdata en de productieverantwoording 2023).
- ii. Toekomst gerelateerde ontwikkelingen: een opgave van de aanbieders die toe zien op noodzakelijk geachte interventies en de impact hiervan op toekomstige kostenontwikkelingen.

Uitgevoerde validaties

Voor de aangeleverde data voor dit onderzoek is voor alle zorgaanbieders een toets uitgevoerd met als doel om fouten of onvolledigheden tijdig te signaleren. Hiervoor is met de zorgaanbieders, indien nodig, contact gezocht met het verzoek om een gecorrigeerde datatemplate aan te leveren bij constatering van één of meerdere onjuistheden/onvolledigheden. Door dit kostenonderzoek zijn de volgende validaties uitgevoerd:

- de volledigheid, juistheid en betrouwbaarheid van:
 - a) de aangeleverde gedeclareerde uren ADL-assistentie (middels de aangeleverde productieverantwoording);
 - b) de aangeleverde productiviteit verdeeld over contracttijd, verlof, ziekte, vrijstelling en opleiding (werkbare uren) en geleverde uren zorg (inclusief looptijd) en wachttijd;

- c) de aangeleverde formatiegegevens van de directe medewerkers per functie inclusief gemiddelde bruto loonsom per FTE.
- aansluiting van de aangeleverde data (realisatiecijfers) op de jaarrekening 2023 van de betreffende zorgaanbieder.

04

**Resultaten
kostenonderzoek**

Resultaten kostenonderzoek – algemeen beeld (1/3)

Analyse omvang ADL-cluster

ADL-Assistentie omvat persoonlijke ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en wordt geleverd aan cliënten in ADL-clusters. Een ADL-cluster bestaat uit meerdere woningen (zelfstandig gehuurd door de cliënten) gelegen in woonwijken (+/- 12 tot 20 ADL-woningen vormen een cluster). De ADL-cliant kan op elk moment van de dag direct een ADL-assistent oproepen. ADL-assistentie wordt op verzoek en instructie van de ADL-bewoner geleverd door een ADL-assistent (inclusief eventueel alarmopvolging bij noodoproepen). ADL-assistentie wordt door drie zorgaanbieders geleverd in ADL-clusters. In 2023 heeft een totale populatie van 1.441 cliënten ADL-Assistentie ontvangen, verdeeld over 102 clusters door heel Nederland.

Analyse omvang ADL-assistentie

De omvang van verleende ADL-assistentie wordt uitgedrukt in het gemiddelde aantal uren zorgverlening per cliënt per week. Het gewogen gemiddelde aantal uren verleende zorg per cliënt per week van de drie zorgaanbieders op basis van de productieverantwoording 2023 is 20,6 uur (zie tabel 3). De bandbreedte tussen de verschillende zorgaanbieders ligt tussen 19,3 en 20,9 uur ADL-assistentie per cliënt per week.

In tabel 3 is tevens per zorgaanbieder het gemiddelde aantal gedeclareerde uren per cliënt per dag opgenomen. Aanbieder A en aanbieder C hebben over 2023 beide een gemiddelde van 3,0 gedeclareerde uren per dag, terwijl aanbieder B net onder het gewogen gemiddelde uitkomt met 2,8 gedeclareerde uren per dag.

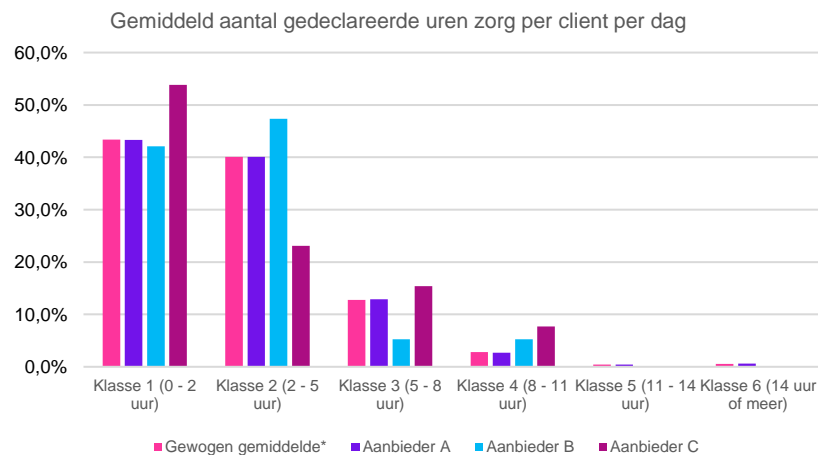
	Gemiddeld aantal gedeclareerde uren ADL-Assistentie per cliënt per week	Gemiddeld aantal gedeclareerde uren ADL-Assistentie per cliënt per dag
Gewogen gemiddelde*	20,6	3,0
Aanbieder A	20,7	3,0
Aanbieder B	19,3	2,8
Aanbieder C	20,9	3,0

Tabel 3: Gemiddeld aantal gedeclareerde uren ADL-assistentie per cliënt per week en dag

Op basis van de productieverantwoording 2023 van de zorgaanbieders is het gemiddelde aantal uren zorgverlening per cliënt per dag ingedeeld in een aantal klassen met een bandbreedte van 2/3 uur. In figuur 2 is zichtbaar dat 83,5% van de cliënten tussen de 0 en 5 uur zorg per dag ontvangt (klasse 1 en 2).

Uit de aangeleverde data vallen de volgende zaken op:

- Het verschil in aantal uur per week is minimaal. Zo heeft aanbieder B een gemiddelde van 19,3 uur per week en aanbieder C een gemiddelde van 20,9 uur per week. Aanbieder A ligt meer in lijn met het gewogen gemiddelde met 20,7 uur per week (zie figuur 6 in bijlage IV).
- Aanbieder A levert met name zorg in klasse 1 t/m 3 met een aantal uitzonderingen in klasse 5 en 6. Aanbieder B levert met name zorg in klasse 1 en 2 met een aantal uitzonderingen in klasse 3 en 4. En aanbieder C levert in verhouding minder zorg aan cliënten in klasse 2 en meer in klasse 1, 3 en 4.



Figuur 2: Gemiddeld aantal gedeclareerde uren ADL-assistentie per cliënt per dag

Resultaten kostenonderzoek – algemeen beeld (2/3)

Analyse omvang ADL-assistentie (vervolg)

- Ten opzichte van het eerdere onderzoek uitgevoerd door KPMG in 2011¹, is zichtbaar dat zowel het gewogen gemiddelde aantal uren gedeclareerde per cliënt per dag (van gemiddeld 2,2 naar gemiddeld 3 uur per dag) als per week is gestegen (van gemiddeld 15,3 naar gemiddeld 20,6 uur per week). Tijdens de validatiesessie met de zorgaanbieders wordt dit beeld herkent.

Inzet type functionarissen primaire proces

Personeel in loondienst

ADL-assistentie wordt met name geleverd door een ADL-assistent. Naast ADL-assistenten worden de functies assistent begeleider (in opleiding), helpende plus of niveau 2, verzorgende IG en leerlingen ingezet. Deze functiemix leidt tot een gewogen gemiddelde loonsom per fte ingezet op de ADL-assistentie van EUR 55.658, zie tabel 4.

Het verschil in de gemiddelde bruto loonsom tussen de verschillende zorgaanbieders is te verklaren door de inzet van ‘goedkoper’ personeel zoals bijvoorbeeld helpende niveau 2 of leerlingen.

	Gemiddelde bruto loonsom per FTE ingezet op ADL-Assistentie
Gewogen gemiddelde*	55.658
Aanbieder A	55.697
Aanbieder B	55.311
Aanbieder C	52.144

Tabel 4: Gemiddelde bruto loonsom per fte ingezet op ADL-assistentie

Personeel niet in loondienst

Naast de inzet van personeel in loondienst, wordt personeel niet in loondienst (hierna: PNIL) in het primaire proces ingezet. Uit de validatiesessies met de

verschillende zorgaanbieders blijkt dit samen te hangen met de arbeidsmarktkrapte voor personeel in de zorg. Opvallend is dat de uurtarieven voor een PNIL'er tussen de zorgaanbieders afwijkt. Zo blijkt uit de validatie dat de bandbreedte varieert tussen EUR 35 en EUR 50 per uur.

Productiviteit per aanbieder

Voor dit onderzoek is door de betreffende zorgaanbieders voor de personele inzet in het primaire proces in loondienst de productiviteit per fte aangeleverd. Hierbij is een specificatie van de contracttijd naar werkbare tijd en productiviteit opgedeeld in geleverde uren zorg ADL-assistentie (inclusief looptijd) en wachttijd (inclusief indirecte tijd, cliëntgebonden). De definities van de productiviteitsparameters zijn beschreven in bijlage III.

- **Werkbare tijd** is de tijd die beschikbaar is na de contracttijd te verminderen met verlof, ziekte, vrijstelling en opleiding. De gewogen gemiddelde werkbare tijd van de zorgaanbieders is 1.238 uur per fte.
- **Geleverde uren zorg** is de tijd dat daadwerkelijk ADL-assistentie wordt geleverd inclusief de looptijd van- en naar de ADL-woning. Gemiddeld levert één fte 947 uur gedeclareerde ADL-assistentie inclusief looptijd.
- Het verschil tussen de werkbare tijd en het aantal uren geleverde zorg is de **wachttijd**. Dit is de tijd die wordt besteed aan het wachten op een oproep van een cliënt. De gewogen gemiddelde wachttijd per fte is 291 uur.
- De som van de geleverde uren zorg en de wachttijd is gelijk aan de werkbare tijd (zie figuur 8 in bijlage V).

In tabel 5 op de volgende pagina worden zowel het gewogen gemiddelde van de drie zorgaanbieders als de productiviteit per zorgaanbieder weergegeven, opgesplitst in geleverde uren zorg en wachttijd. Uit de data blijkt dat er grote onderlinge verschillen zijn in de geleverde uren zorg tussen de verschillende zorgaanbieders.

¹Bron: [Bekostiging ADL-assistentie KPMG Advisory.pdf](#)

Resultaten kostenonderzoek – algemeen beeld (3/3)

Productiviteit per aanbieder (vervolg)

	Gewogen gemiddelde*	%	Aanbieder A	Aanbieder B	Aanbieder C
Contracttijd	1.872		1.872	1.878	1.872
Verlof	238	12,7%	238	249	243
Ziekte	262	14,0%	264	145	352
Vrijstelling en opleiding	134	7,2%	138	24	8
Werkbare tijd	1.238	66,1%	1.232	1.460	1.269
Geleverde uren zorg (ADL-Assistentie)	947	50,6%	942	1.126	936
Wachttijd (+ indirecte tijd)	291	15,6%	290	334	333

Tabel 5: Gemiddelde productiviteit per fte in loondienst

De verklaring voor deze verschillen is niet eenduidig, uit de validatie met de zorgaanbieders blijkt:

- De mate van verzuim, vrijstelling of opleiding heeft invloed op de werkbare uren. Hoe hoger het verzuim en hoe meer tijd wordt besteed aan vrijstelling (geplande taken zoals werkoverleg, planning) of opleiding, hoe minder werktijd er beschikbaar is.
- Zowel de mate van voorspelbaarheid van de zorgvraag c.q. het plannen van moment waarop assistentie benodigd is (bijvoorbeeld uit bed en douchen in de ochtend) en de mate van spreiding van zorg over de dag hebben invloed op zowel de geleverde uren zorg als de wachttijd. Bij een hoge mate van voorspelbaarheid in combinatie met de mogelijkheid om de zorg over de dag te spreiden zullen de geleverde uren zorg toenemen en de wachttijd afnemen.
- Tevens heeft de grootte van het ADL-cluster mogelijk invloed op de efficiëntie van een ADL-medewerker. Indien een ADL-cluster 20 woningen bevat, kan een ADL-medewerker meer uren zorg leveren dan bijvoorbeeld in een ADL-cluster met 15 woningen. Bovendien is de productiviteit van een medewerker afhankelijk van het aantal medewerkers wat is geroosterd

ten opzichte van de cliëntvraag. Dit wil zeggen dat wanneer minder medewerkers zijn ingeroosterd op hetzelfde aantal cliënten met dezelfde zorgvraag, zal de productiviteit van deze medewerkers toenemen. Let wel, ADL-assistenten moeten voldoen aan een bepaalde responsetijd wanneer een cliënt een beroep op zorg doet (bij een noodoproep in geval van levensbedreigende situaties is ADL-assistentie binnen 2-5 minuten met alarmopvolging beschikbaar).

Resultaten kostenonderzoek – kostprijs 2023 (1/2)

Gewogen gemiddelde kostprijs ADL-assistentie

In onderstaande tabel is de gewogen gemiddelde kostprijs 2023 voor de ADL-assistentie weergegeven. Voor elke zorgaanbieder is afzonderlijk een kostprijs berekend op basis van de aangeleverde data (realisatie 2023), waarna deze op basis van de productieverantwoording 2023 van de verschillende zorgaanbieders heeft geleid tot een gewogen gemiddelde kostprijs voor de ADL-assistentie (van EUR 82,69). In onderstaande tabel is de opbouw van de kostprijs voor 2023 weergegeven.

	Gewogen gemiddelde*	Aanbieder A	Aanbieder B	Aanbieder C
DIRECTE KOSTEN				
Medewerkers primaire proces	49,22	49,85	26,61	43,89
Opleidingskosten medewerkers primair proces	0,20	0,20	0,34	0,05
Medewerkers primaire processen (niet in loondienst)	16,84	16,79	19,03	15,67
Vergoeding aan onderaannemers	-	-	-	-
Materiële zorggebonden kosten	1,02	1,04	0,16	0,47
Kosten huisvesting zorg	1,38	1,40	0,88	0,87
TOTAAL DIRECTE KOSTEN	68,65	69,28	47,02	60,94
DECENTRALE OVERHEAD				
Aansturing en coaching primaire proces	0,04	-	0,92	2,21
Regionale ondersteuning	-	-	-	-
Overige bedrijfskosten	0,06	-	2,35	-
TOTAAL DECENTRALE OVERHEAD	0,10	-	3,28	2,21
CENTRALE OVERHEAD				
Personeelskosten, management en staf	7,56	7,56	7,46	8,45
Overige bedrijfskosten	5,80	5,87	3,79	3,75
Gebouw- en terreingebonden kosten	0,57	0,57	0,71	0,29
Kapitaallasten	0,01	-	0,35	-
TOTAAL CENTRALE OVERHEAD	13,94	13,99	12,31	12,49
KOSTPRIJS 2023 ADL-ASSISTENTIE	82,69	83,27	62,61	75,65

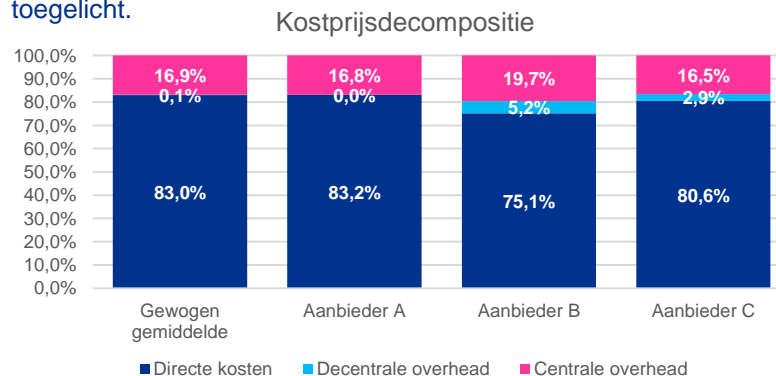
Tabel 6: Kostprijs ADL-assistentie 2023

Kostprijsdecompositie (kostenopbouw naar kostencategorieën)

De kostprijs van de ADL-assistentie is opgebouwd uit de volgende kostencategorieën:

- Het grootste gedeelte van de kostprijs bestaat uit **directe kosten** (83% van de kostprijs). De directe kosten bestaan onder andere uit de medewerkers van het primaire proces, zowel in loondienst als niet in loondienst als de materiële zorggebonden kosten en de kosten voor huisvesting zorg. Deze kostencategorie bestaat deels uit vaste kosten en deels uit variabele kosten.
- De aansturing van de teams en regionale ondersteuning behoren tot de **decentrale overhead** (0,1% van de kostprijs). In verhouding zijn deze kosten minimaal, in de kostprijsontwikkeling (zie pagina 21) is dit één van de meest stijgende kostenposten.
- **Centrale overhead** (16,9% van de kostprijs) bestaat met name uit staffuncties (zoals bestuur, algemeen management) overige bedrijfskosten (onder andere telefonie, kantoorbenodigdheden, belastingen) en gebouw- en terrein-gebonden kosten.

In bijlage II zijn de definities van de gehanteerde kostencategorieën nader toegelicht.

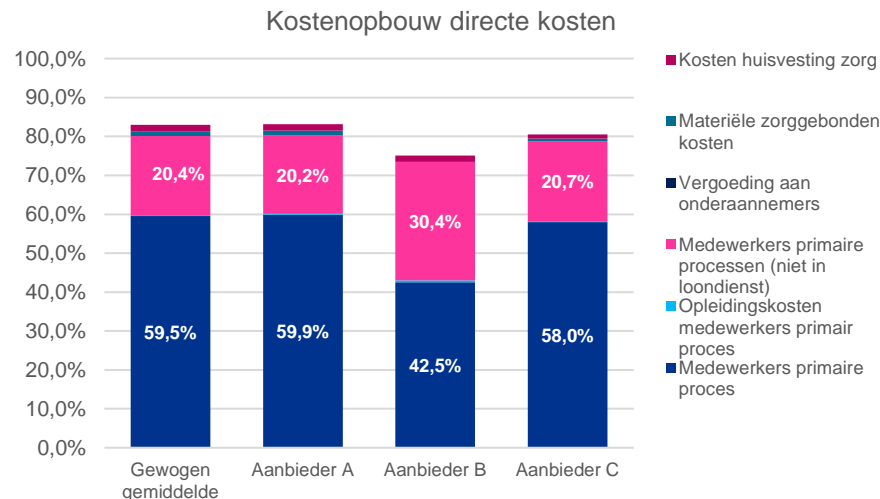


Figuur 3: Kostenopbouw naar kostencategorieën kostprijs 2023

Resultaten kostenonderzoek – kostprijs 2023 (2/2)

Kostprijsdecompositie (kostenopbouw naar kostencategorieën) (vervolg)

De grootste verschillen tussen de zorgaanbieders zijn zichtbaar binnen de directe kosten. In onderstaande grafiek is de kostenopbouw van de directe kosten weergegeven. Wat opvalt is dat de directe kosten met name bestaan uit kosten voor medewerkers primaire processen en medewerkers primaire processen niet in loondienst. Een tweede opvallendheid is het verschil in verhouding van personeel in loondienst ten opzichte van PNIL. Deze verhouding is zowel afhankelijk van de hoeveelheid inzet personeel niet in loondienst als het uurtarief van een PNIL'er. De parse lijn geeft aan dat het tarief voor de ADL-assistentie 91,9% van de totale kosten dekt. Hiermee is ook inzichtelijk dat dit tarief boven de directe kosten (83%) ligt.



Figuur 4: Kostenopbouw directe kosten in % ten opzichte van totale kosten in kostprijs in 2023

De kosten kunnen worden onderverdeeld in variabele kosten (kosten die afhankelijk zijn van de zorgvraag) en vaste kosten (kosten onafhankelijk van

de zorgvraag). De vaste kosten bevatten onder andere de kosten voor huisvesting zorg die gemaakt worden voor de ADL-unit, de ruimte waar ADL-assistenten wachten op een oproep van een cliënt, daarnaast kunnen de kosten van decentrale en centrale overhead als 'vast' worden beschouwd. Bij de directe kosten is een deel als 'variabel' te duiden, of anders gezegd afhankelijk van de zorgvraag.

Vervolgens bestaan deze directe kosten uit de loonkosten van zowel personeel in loondienst als personeel niet in loondienst (beide werkzaam in het primaire proces).

Dit is de grootste kostenpost binnen de kostprijs. Deze kosten kunnen verdeeld worden in drie componenten:

- het deel van de loonkosten van medewerkers besteed aan indirecte tijd (onder andere verlof en ziekte), dit zijn vaste kosten;
- Het deel van de loonkosten van medewerkers besteed aan wachttijd; dit is directe tijd, niet declarabel en te beschouwen als vaste kosten;
- En het deel van de loonkosten van medewerkers besteed aan gedeclareerde zorg; dit zijn variabele kosten, dan wel zorgvraag afhankelijke kosten.

Let wel, variabele betekent niet dat kosten zeer snel naar nihil afgebouwd kunnen worden, dit is alleen mogelijk met PNIL-kosten en eventueel bij eigen medewerkers met specifieke voorwaarden in het arbeidscontract (tijdelijk of 0-uren contract).

Kostprijs afgezet tegen het tarief in 2023

Het-tarief 2023 voor een uur ADL-assistentie is EUR 76,04 per uur. Deze tariefstelling is gebaseerd op een kostenonderzoek uit 2011 en is jaarlijks geïndexeerd. Het tarief ligt daarmee EUR 6,65 (8%) onder de gewogen gemiddelde kostprijs van 2023.

Resultaten kostenonderzoek – kostprijsontwikkeling (1/2)

Verwachte kostenontwikkelingen ADL-assistentie na 2023

Richting de toekomst (2024-2028) is, puur ter verkenning, door zorgaanbieders een inschatting gemaakt op de verwachte en door hen als noodzakelijk geachte kostenontwikkelingen van de verschillende kostencategorieën (prijspeil 2023). Deze inschatting is door KPMG overgenomen in deze rapportage en waar nodig en waar mogelijk toegelicht.

Op basis van deze kostenontwikkelingen met een gelijkblijvende productie (conform productieverantwoording 2023) is voor de jaren 2024 en verder een gewogen gemiddelde kostprijs berekend. In tabel 7 op pagina 24 zijn deze kostprijzen zichtbaar, tevens is zichtbaar dat de kostprijs in 2028 ten opzichte van 2023 met alle verwachte ontwikkelingen met 18,8% stijgt. Op deze cijfers is géén indexatie toegepast.

De stijging in de berekende kostprijzen (met 2023 als feitelijke basis) wordt derhalve uitsluitend veroorzaakt door de opgave vanuit de aanbieders met noodzakelijk geachte interventies om ADL blijft op niveau te kunnen blijven leveren en de hiermee samenhangende kosten. Deze kostenontwikkelingen zijn gebaseerd op de input die door zorgaanbieders is aangeleverd, waarbij de input op hoofdlijnen is toegelicht. Op hoofdlijnen is de volgende toelichting gegeven voor de verwachte kostenontwikkelingen (gepresenteerd op de volgende pagina):

- A. Vanwege de krapte op de arbeidsmarkt streven zorgaanbieders ernaar om de aantrekkelijkheid van de ADL-functie te vergroten door de salariering van ADL-assistenten meer in lijn te brengen met de sector. Dit wordt concreet uitgedrukt door het verruimen van de maximale functieschalen. Tevens zijn een aantal cao's opnieuw vastgesteld, wat een stijging van de salarissen met zich meebrengt. Bovendien is één aanbieder voornemens om een expertiseteam op te richten (uitbreiding in aantal fte in het primaire proces) ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.
- B. De aanhoudende krapte op de arbeidsmarkt in de zorgsector heeft

consequenties voor de inzet van personeel niet in loondienst. Aanbieders verwachten dat de vraag naar de inzet van deze PNIL-medewerkers de komende jaren hoog blijven.

- C. De toename van de materiële kosten die verband houden met de verlening van zorg, kan worden verklaard door de transitie naar een nieuw roosterpakket door een van de aanbieders, waar het roosterpakket sterk is verouderd en vraagt om adequate vervanging. Het huidige systeem kent nog handmatige handelingen en overzichten, waardoor efficiënt capaciteitsmanagement niet gerealiseerd kan worden. Wat wel nodig is in de huidige schaarse arbeidsmarkt. Met het nieuwe systeem kan sneller ingespeeld worden op veranderingen en de participatie van de medewerkers in het roosterproces is hiermee mogelijk.
- D. De ontwikkelingen in de kosten van huisvesting zorg bestaan zowel uit leegstand van de ADL-woningen als de kosten voor de ADL-units van waaruit de ADL-assistenten de zorg leveren:
 - i. Uit de validatiesessie met de zorgaanbieders is gebleken dat cliënten langer in hun woningen blijven wonen, en dat doorstroom naar andere vormen van zorg beperkt is. Hierdoor blijven ADL-woningen bezet door cliënten die geen ADL-assistentie nodig hebben, wat naar verwachting in de toekomst vaker zal voorkomen. Richting de toekomst zijn hiervoor frictiekosten opgenomen.
 - ii. Op dit moment maken zorgaanbieders gebruik van de ADL-units van woningcorporaties "om niet". Echter, bestaande afspraken met woningcorporaties lopen af, waardoor zorgaanbieders in de toekomst huur zullen moeten betalen voor deze units.
- E. Er is behoefte aan versteviging van de teamleider laag om adequate aansturing en ondersteuning van het primair proces mogelijk te maken. Met name de toenemende complexiteit van de zorgvraag stelt grotere eisen aan de vaardigheden en capaciteiten van de teamleiders om goede aansturing van de teams te waarborgen.

Resultaten kostenonderzoek – kostprijsontwikkeling (2/2)

Verwachte kostenontwikkelingen ADL-assistentie na 2023 (vervolg)

- F. Eén van de zorgaanbieders heeft in de ontwikkelingen van centrale overhead (personeel) aangegeven dat versterking van de staf benodigd is om de ondersteunende processen adequaat te kunnen blijven uitvoeren. Het primaire proces wordt op dit moment niet optimaal ondersteund en beleidsontwikkeling vindt vertraagd plaats. Het betreft hier functies die variëren van (regio) recruiters, HR-adviseurs tot aan ICT-functionarissen
- G. Een aantal ICT-applicaties moeten volgens zorgaanbieders vernieuwd worden samen met investeringen in ICT-security om aan regelgeving te kunnen blijven voldoen. Dit leidt tot investeringen vanaf 2024 die nodig zijn om de ICT en beveiliging up-to-date te houden.
- H. Het alarm-intercomsysteem waarmee cliënten een ADL-assistent oproepen is bij één van de aanbieders verouderd. Deze aanbieder is voornemens om dit te digitaliseren, wat tevens vanuit een kwalitatief oogpunt wenselijk is.
- I. Eén van de zorgaanbieders is in 2024 gestart met het verduurzamen van het kantoorpand, dit brengt extra exploitatiekosten met zich mee.

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
DIRECTE KOSTEN						
A Medewerkers primaire proces	49,22	51,44	52,43	53,02	53,72	54,51
Opleidingskosten medewerkers primair proces	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20
B Medewerkers primaire processen (niet in loondienst)	16,84	17,19	17,36	17,53	17,88	18,23
Vergoeding aan onderaannemers	-	-	-	-	-	-
C Materiële zorggebonden kosten	1,02	1,02	1,24	1,24	1,24	1,24
D Kosten huisvesting zorg	1,38	1,49	2,64	2,74	2,85	2,95
TOTAAL DIRECTE KOSTEN	68,65	71,34	73,87	74,74	75,89	77,13
DECENTRALE OVERHEAD						
E Aansturing en coaching primaire proces	0,04	1,18	4,24	4,24	4,24	4,24
Regionale ondersteuning	-	-	-	-	-	-
Overige bedrijfskosten	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
TOTAAL DECENTRALE OVERHEAD	0,10	1,24	4,30	4,30	4,30	4,30
CENTRALE OVERHEAD						
F Personeelskosten, management en staf	7,56	8,54	8,64	8,64	8,64	8,64
G Overige bedrijfskosten	5,80	6,09	6,31	6,40	6,43	6,43
H Gebouw - en terreingebonden kosten	0,57	0,83	1,16	1,37	1,55	1,61
I Kapitaallasten	0,01	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11
TOTAAL CENTRALE OVERHEAD	13,94	15,58	16,23	16,53	16,74	16,80
GEWOGEN GEMIDDELDE KOSTPRIJS ADL-ASSISTENTIE*	82,69	88,15	94,40	95,57	96,93	98,24
% Ontwikkeling t.o.v. kostprijs 2023		6,6%	14,2%	15,6%	17,2%	18,8%

Tabel 7: Kostprijsontwikkeling 2024 tot en met 2028

05

**Reflectie en
aanbevelingen voor
vervolg onderzoek**

Reflectie op kostprijs en ontwikkelingen

Reflectie op kostprijs 2023 ADL-assistentie

De kostprijsberekening laat zien dat de huidige kostprijs per uur ADL-assistentie van de zorgaanbieders 8% boven het huidige tarief ligt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat zorgaanbieders meer kosten per gedeclareerd uur ADL-assistentie maken dan het tarief toereikend is.

Zoals eerder besproken bestaat de kostprijs uit zowel directe- als indirecte kosten. De hoogte van de **directe kosten** in de kostprijs per uur is afhankelijk van (1) de zorgvraag van de cliënt en (2) de productiviteit van de ADL-assistenten. Zorgaanbieders hebben beperkte invloed op de zorgvraag van de cliënten gezien het zorgconcept. De ADL-assistenten dienen binnen 15 minuten te reageren op een melding en binnen 2-5 minuten op een levensbedreigende noodoproep.

De productiviteit van de ADL-assistenten wordt deels bepaald door de werkbare tijd van een ADL-assistent. Het verschil in werkbare tijd tussen de zorgaanbieders wordt onder andere veroorzaakt door het hoge ziekteverzuim. Het gewogen gemiddelde verzuim in 2023 is 14%. Vanwege het zorgconcept laat de ADL-assistentie zich lastig vergelijken met andere zorgsectoren, de sector met de meeste overeenkomsten is de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). Uit de cijfers van Vernet² blijkt dat het ziekteverzuim in de VVT over 2023 8,95% is. Het verschil met het verzuimpercentage van de ADL-assistentie is daarmee 5%. Een verzuimpercentage van gemiddeld 14% is hoog en ons inziens zouden de zorgaanbieders mogelijke interventies kunnen treffen om het verzuimpercentage te laten dalen.

De **indirecte kosten** bestaat deels centrale- en decentrale overhead. De kostprijs voor de ADL-assistentie bestaat voor 17% uit overheadkosten. In vergelijking met andere zorgsectoren zijn hierin geen afwijkingen zichtbaar. Zo is het gemiddelde overheadpercentage van de VVT Sector in 2022 16,2%³

²Bron: [Factsheet-VVT-Q4-2023.pdf \(aovvt.nl\)](#)

³Bron: [Rol van overhead in de zorg: Kostenpost of zorgheld? \(consultancy.nl\)](#)

Reflectie verwachte kostenontwikkelingen ADL-assistentie na 2023

Op basis van de verwachte kostenontwikkelingen stijgt de kostprijs met 18,8% in 2028 (zonder indexaties). Deze stijging wordt veroorzaakt door de opgave vanuit de aanbieders die zij noodzakelijk achten om de ADL-assistentie op niveau te kunnen blijven leveren. In deze opgave is geen rekening gehouden met eventuele efficiëntieverbeteringen, welke zullen resulteren in een kostprijsreductie.

Het verstevigen van de teamleider laag om de aansturing en ondersteuning van de teams de versterken, kan mogelijk zorgen voor een daling van het verzuimpercentage. Uiteindelijk resulteert dit in meer werkbare tijd per FTE ADL-assistent, wat de mogelijkheid geeft om de ADL-assistentie efficiënter te organiseren.

Op basis van de ontvangen data blijkt dat medewerkers op dit moment een vrijstelling ontvangen voor geplande taken zoals bijvoorbeeld werkoverleg of het maken van een planning (indirecte niet cliëntgebonden tijd). Tijdens de validatiesessie is besproken dat de beoogde teamleider laag deze activiteiten gedeeltelijk kan overnemen van ADL-assistenten, wat ervoor zorgt dat ADL-assistenten meer werkbare tijd beschikbaar hebben voor cliëntgebonden zorg.

Het efficiënter organiseren van de werkbare tijd van ADL-assistenten, resulteert mogelijk in een efficiënter zorgproces waardoor met minder ADL-assistenten dezelfde zorg geleverd kan worden geleverd of dat PNIL kosten kunnen worden gereduceerd. Deze ontwikkelingen kunnen mogelijk resulteren in een kostprijsreductie.

Aanbevelingen voor vervolg onderzoek (1/2)

Ontwikkeling ADL-assistentie

Voor de continuïteit en de kwaliteit van de dienstverlening is het vereist dat zorgaanbieders een reële vergoeding ontvangen voor de ADL-bekostiging. Om hiervoor structureel extra middelen beschikbaar te kunnen stellen heeft VWS een eerste stap gezet om een kostenonderzoek uit te laten voeren.

Het uitgevoerde kostenonderzoek door KPMG laat een beeld zien dat, er zonder het toekennen van extra (structurele) middelen, op basis van de gemiddelde kostprijs, het niet mogelijk is om als zorgaanbieder de dienstverlening voor ADL-assistentie richting de toekomst kostendekkend te kunnen verlenen. Dit laat de analyse gebaseerd op het jaar 2023 ook duidelijk zien.

Al een aantal jaren is het beeld dat de tarieven niet toereikend zijn. Dit heeft onder andere tot gevolg gehad dat noodzakelijke investeringen in bijvoorbeeld medewerkers en systemen zijn versoberd of vooruit zijn geschoven. Zorgaanbieders hebben tijdens validatiesessies aangegeven dat op dit punt achterstalligheid is ontstaan.

KPMG heeft verschillende analyses gemaakt waaruit blijkt dat er grote verschillen zitten tussen de werkbare tijd (tijd beschikbaar voor cliënten) van de ADL-assistenten. Dit wordt onder andere veroorzaakt door een hoog ziekteverzuim, vrijstellingen en opleiding. Een lagere inzetbaarheid per medewerker resulteert uiteindelijk in een hogere kostprijs.

Vanuit gesprekken met de aanbieders komt naar voren dat de omvang van het ADL-cluster (aantal cliënten) bepalend is voor de wachttijd en daarmee inzetbaarheid van de ADL-assistenten. Naast de omvang van een cluster is de voorspelbaarheid van de zorgvraag een factor die bepalend is voor de inzetbaarheid. ADL-assistentie wordt verleend op basis van afroep en 24-uurs beschikbaarheid. Hierbij wordt als norm een maximale reactietijd gehanteerd van 15 minuten. Om de beschikbaarheid en reactietijd te kunnen realiseren, zal altijd voldoende personeel aanwezig moeten zijn die in staat is eventuele pieken in de zorgvraag te kunnen beantwoorden.

Hoe groter de voorspelbaarheid van de pieken in de zorg, hoe efficiënter de formatie daarop aangepast kan worden, waarbij te allen tijden voldoen moet kunnen worden aan de responstijden vanuit het ADL-kader. Omdat zowel de omvang van het ADL-cluster en de voorspelbaarheid van de zorgvraag niet in scope waren voor dit onderzoek, is hier geen verdiepende analyse op uitgevoerd en is het niet mogelijk geweest om dit te toetsen. Voor de verdere vormgeving van de ADL-assistentie in de toekomst adviseren wij hier nader onderzoek naar te doen.

Doorontwikkeling professionalisering en volwassenheid zorgaanbieders

Vanwege de druk op de tarieven en de verslechtering van het resultaat hebben zorgaanbieders reeds zelf stappen gezet in verdere professionalisering en volwassenheid van de bedrijfsvoering. Daarnaast hebben ze inzichtelijk gemaakt wat benodigd is om ADL dienstverlening op structurele basis te kunnen blijven leveren met inachtneming van het kwaliteitskader en met als doel om dit tegen minimale kosten te kunnen doen.

In de verwachte kostenontwikkelingen na 2023 hebben aanbieders hiervoor een opgave gedaan met noodzakelijk geachte interventies om ADL-assistentie op niveau te kunnen blijven leveren (zie pagina 23). Als onderdeel hiervan zal worden geïnvesteerd in de versterking van een teamleider laag ter aansturing en coaching van het primaire proces en bijvoorbeeld in het aantrekken van een strategisch HR adviseur.

Het is als KPMG niet onze rol om deze opgave te toetsen op 'noodzaak'. We hebben in deze rapportage weergegeven wat volgens zorgaanbieders benodigd is om het eerder benoemde doel te kunnen realiseren. We hebben de aanbieders wel gechallenged in het goed kunnen uitleggen van de benodigde interventies.

In het licht van de gevoerde gesprekken herkennen we de opgave vanuit de aanbieders.

Aanbevelingen voor vervolg onderzoek (2/2)

Efficiënter organiseren van ADL dienstverlening

Wat we als onderzoekers wel hebben vastgesteld is dat kijkend naar de situatie in 2023, onder andere door onderlinge vergelijking, het op onderdelen mogelijk is om de ADL-dienstverlening efficiënter te organiseren. Hierbij valt onder andere te denken aan het verhogen van de productiviteit, het terugdringen van ziekteverzuim en het verlagen van de inzet van PNIL.

Kijkend naar de opgave vanuit de aanbieders zien we in de noodzakelijk geachte interventies ook elementen terugkomen welke ons inziens mogelijk kunnen bijdragen aan het realiseren van genoemde voorbeelden van efficiëntieverbeteringen. Als dit daadwerkelijk lukt biedt dit dan weer ruimte voor kostenreductie. Dit aspect is wat ons betreft nog te beperkt meegenomen in de opgave vanuit de aanbieders.

Als voorbeeld, een simulatie van het aantal werkbare uren laat zien dat bij een verhoging van 50 uren per fte op jaarbasis (waarbij we niet een uitspraak doen of deze potentie er daadwerkelijk zal zijn) de kostprijs daalt met ongeveer EUR 1,50-2,00 per uur.

Om richting de toekomst te kunnen vaststellen of de interventies van de zorgaanbieders niet alleen een kosten opdrijvend effect zullen hebben adviseren wij om nader te bepalen kaders en randvoorwaarden met de zorgaanbieders vast te stellen. De impact hiervan kan vervolgens middels een vereenvoudigd kostenonderzoek bijvoorbeeld over twee jaar worden herhaald.

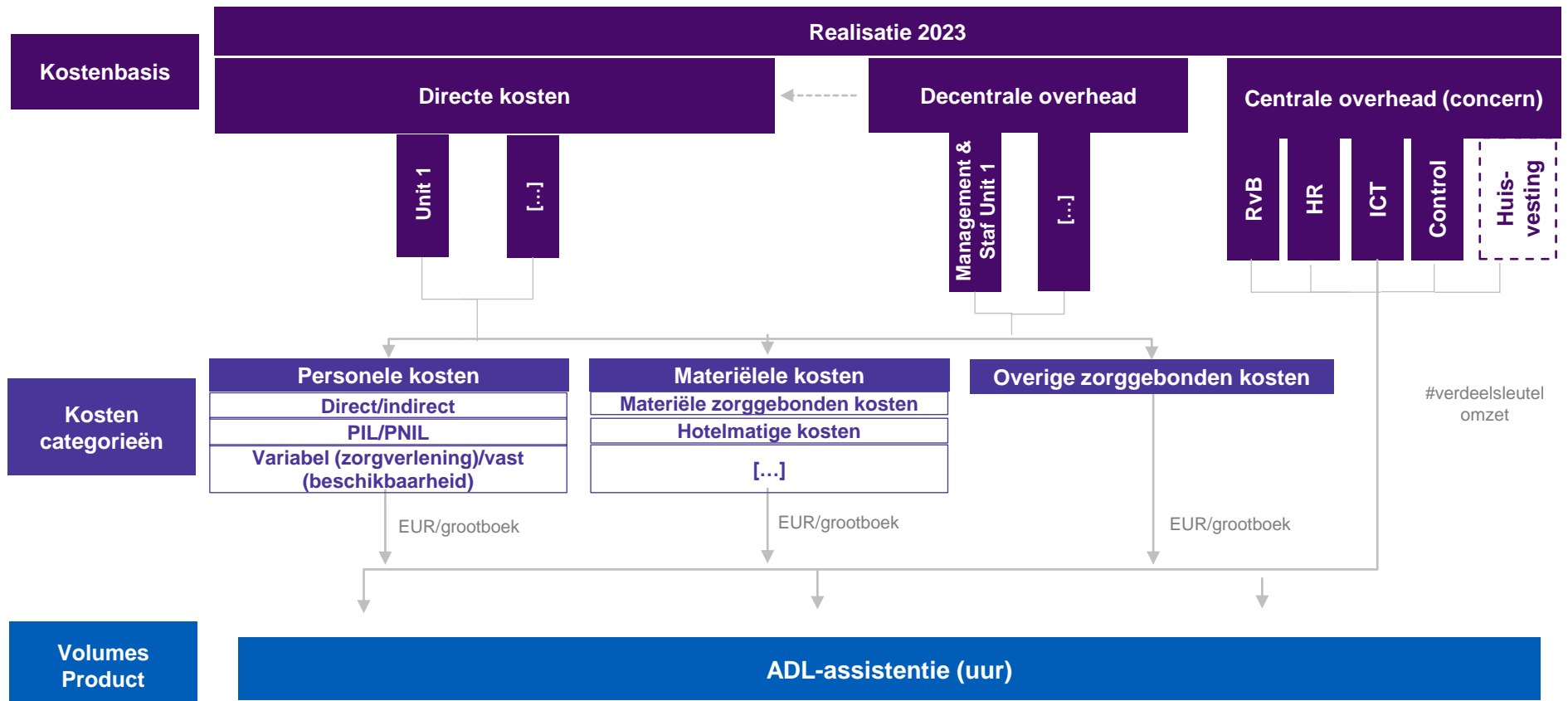
Daarnaast zal een verdere concretisering van de kostendekking en toereikendheid van de tarieven bijdragen aan het gesprek tussen VWS en de zorgaanbieders over de positionering van ADL-assistentie binnen het zorglandschap. Voor zowel VWS als de zorgaanbieders helpt het om (verdere) duidelijkheid te creëren onder welke voorwaarden de zorg kan worden verleend.

Een rendementsanalyse op bijvoorbeeld een minimaal aantal cliënten per ADL-cluster is daarbij zinvol. Dit maakt dat daarna scherper het gesprek kan worden gevoerd over de toereikendheid van de tarieven.

Bijlagen

- I. Metamodel kostprijsberekening ADL-assistentie
- II. Definities van de gehanteerde kostencategorieën
- III. Definities van de productiviteitsparameters
- IV. Gemiddeld aantal gedeclareerde uren per zorgaanbieder per week en per dag
- V. Geleverde uren zorg en wachttijd per aanbieder

I. Metamodel kostprijsberekening ADL-assistentie



Figuur 5: Metamodel kostprijsberekening ADL-bekostiging

II. Definities van de gehanteerde kostencategorieën

Kosten

Directe kosten

Medewerkers primaire processen (in loondienst)
Opleidingskosten medewerkers primair proces
Medewerkers primaire processen (niet in loondienst)
Vergoeding aan onderaannemers
Materiële zorggebonden kosten
Kosten huisvesting zorg

Indirecte kosten

Decentrale Overhead - Aansturing en coaching primaire proces
Decentrale Overhead - Regionale ondersteuning
Decentrale Overhead - Overige bedrijfskosten
Centrale Overhead - Personeelskosten, management en staf
Centrale Overhead - Overige bedrijfskosten
Centrale Overhead - Gebouw- en terreingebonden kosten
Centrale Overhead - Kapitaallasten

Definitie - directe kosten

Dit zijn de salarislasten voor medewerkers uit het primaire proces, bv. ADL-assistent, incl. ORT, vakantietoeslag, eindejaarsuitkering, vitaliteitsbudget en incl. sociale lasten en reiskosten)
Dit zijn opleidingskosten van eigen medewerkers. (bv rekening 423200 kosten opleiding en vorming).
Dit zijn dezelfde type lasten als 'medewerkers primaire processen (in loondienst)' maar dan voor medewerkers die niet in loondienst zijn (PNIL, uitzendkrachten etc.) (bv. rekening 4181 en 4182).
Kosten die worden gemaakt voor het inhuren van onderaannemers als hoofdaannemer zijnde, kosten die worden gemaakt als onderaannemer zijn uitgesloten.
Materiële kosten die gemaakt worden voor de uitvoering van directe zorg- en hulpverlenertaken (denk aan gebruiksartikelen zoals: verzorgings- en verplegmateriaal, specifieke overige materiële kosten).
De totale kosten (huur-, rente- en afschrijvingskosten, onderhoud en beheer) verbonden aan de ruimte waar ADL-assistentie plaatsvindt.

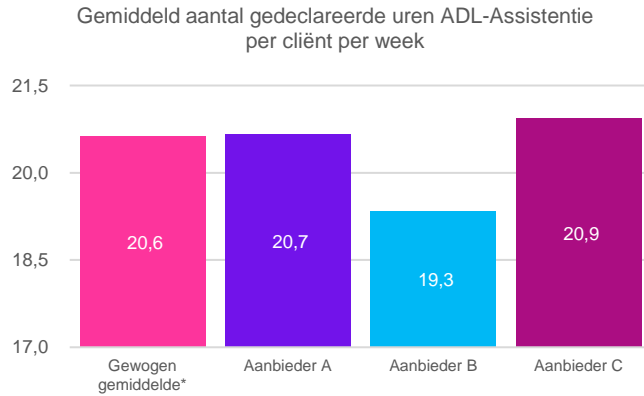
Definitie - indirecte kosten

Totale personeelskosten van direct leidinggevenden en teamcoaches die toewijsbaar zijn aan het primaire proces (salaris, toeslagen en sociale lasten) (bv. rekening 4131)
Totale personeelskosten van directe ondersteuning zoals secretariaat, planning en (behandel)coördinatoren die toewijsbaar zijn aan het primaire proces (salaris, toeslagen en sociale lasten) (bv. rekening 4131)
Overige bedrijfskosten zoals telefonie, kantoorbenodigdheden, belastingen en verzekeringen etc. welke worden verantwoord op directe kostenplaatsen (bv. rekening 4511 t/m 4515)
Totale personeelskosten van bestuur, algemeen management en leden van stafafdelingen (salaris, toeslagen en sociale lasten). (bv. rekening 4111)
Overige bedrijfskosten zoals telefonie, kantoorbenodigdheden, belastingen en verzekeringen etc. (bv. rekening 4511 t/m 4515)
Kosten voor beheer en onderhoud van gebouwen en terreinen exclusief de kosten voor de huisvesting van zorg (kostencategorie "kosten huisvesting zorg"). (bv. rekening 4452)
Huur-, rente-, en afschrijvingskosten voor huisvesting exclusief de kosten voor de huisvesting van zorg (kostencategorie "kosten huisvesting zorg"). (bv. rekening 485, 486, 481)

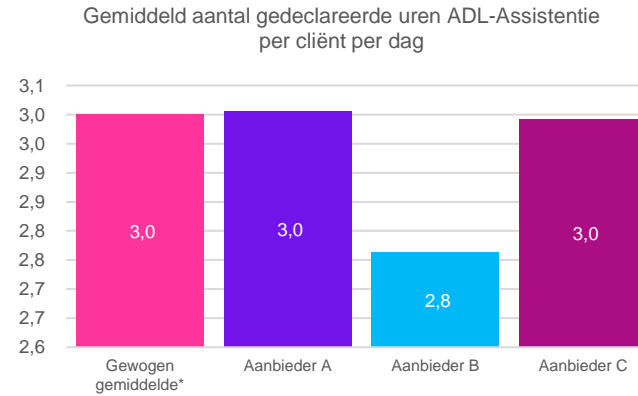
III. Definities van de productiviteitsparameters

Contracttijd	Het aantal uur waarvoor een medewerker op een bepaalde functie per jaar onder contract staat bij een fulltime dienstverband (1 FTE = 1.878)
Verlof	Omvat alle vormen van verlof (buitengewoon en wettelijk verlof) die door de werkgever bekostigd worden.
Ziekte	Ziekteverzuim is het totaal aantal ziekte-dagen van de werknemers. Het ziekteverzuim is inclusief het verzuim langer dan een jaar en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof. Ook alle overige vormen van verlof waarbij de werkgever het loon doorbetaald
Vrijstellingen	(Tijdelijke) ontheffing van werkzaamheden door de werknemer (bijvoorbeeld voor projecten)
Opleiding	De tijd die een medewerker besteed aan het volgen van opleiding(en) ten behoeve van de functie die wordt uitgevoerd.
Werkbare tijd	Tijd beschikbaar na aftrek van verlof, ziekte, vrijstellingen en opleiding
Clïentgebonden tijd	Tijd beschikbaar voor zorg na aftrek van niet-productieve tijd
Geleverde uren zorg (ADL-Assistentie) incl. looptijd	Tijd dat er daadwerkelijk ADL-assistentie wordt geleverd (exclusief beschikbaarheidsfunctie) incl. looptijd
Wachttijd	Tijd die wordt besteed aan wachten op een oproep (Beschikbaarheid) + eventuele indirecte tijd

IV. Gemiddeld aantal gedeclareerde uren per zorgaanbieder per week en per dag

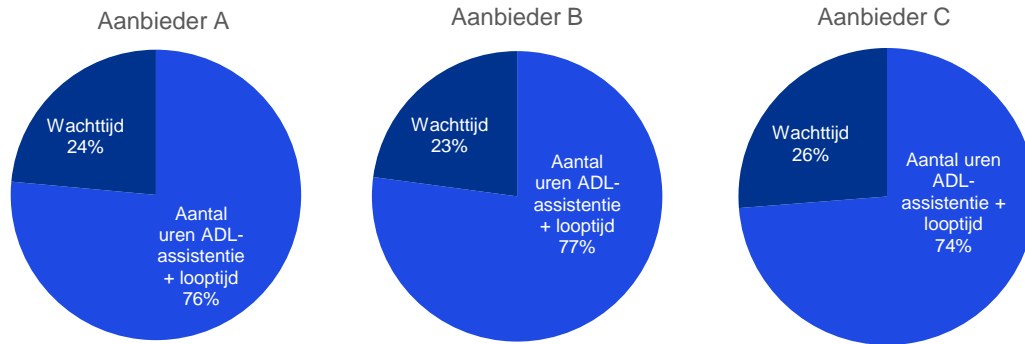


Figuur 6: gemiddeld aantal gedeclareerde uren ADL-Assistentie per zorgaanbieder per week



Figuur 7: gemiddeld aantal gedeclareerde uren ADL-Assistentie per zorgaanbieder per dag

V. Geleverde uren zorg en wachttijd per aanbieder



Figuur 8: Geleverde uren zorg en wachttijd per FTE per aanbieder



kpmg.com/socialmedia

© 2024 KPMG Accountants N.V. Alle rechten voorbehouden.

Document Classification: KPMG Confidential