

Erasmus Universiteit Rotterdam

Erasmus School of Economics

Economie & Bedrijfseconomie

Winstmarges in de gehandicaptenzorg

Naam student: Lorinda de Korte

Studentnummer: 449207

Begeleider: Dr. J.P.M. Suijs

Tweede beoordelaar: Drs. T. Welten

Definitieve versie: 26-08-2019

Abstract

Vanaf 1 januari 2015 is in Nederland een stelselwijziging in de zorg in werking getreden. Deze stelselwijziging zorgde ervoor dat de verantwoordelijkheid voor de zorg niet meer lag bij de landelijke overheid, maar bij de lokale overheden, de gemeenten. In dit onderzoek wordt bestudeerd wat het effect is van deze stelselwijziging voor de winstmarges van zorginstellingen in de gehandicaptenzorg. De dataset van dit onderzoek is afkomstig van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en bestaat uit de jaarcijfers van zorginstellingen in de gehandicaptenzorg. Uit het onderzoek blijkt dat de stelselwijziging geen significant effect heeft gehad op de winstmarges van zorginstellingen. Waardoor de stelselwijziging niet helemaal voldoet aan het doel, waarvoor deze had plaatsgevonden.

Het geschrevene in deze scriptie is de opvatting van de auteur en niet noodzakelijk die van Erasmus School of Economics of Erasmus Universiteit Rotterdam.

Inhoud

Inleiding	2
Hoofdstuk 1 Achtergrond Nederlandse zorgsysteem	5
1.1 Het Nederlandse zorgstelsel	5
1.2 Nederlandse gehandicaptenzorg	7
1.3 Stelselwijziging 2015	8
Hoofdstuk 2 Theoretisch Kader	10
2.1 Begrippen	10
2.2 Verantwoording hypothesis	11
Hoofdstuk 3 Data en Methodiek	15
3.1 Data	15
3.2 Methodiek	16
Hoofdstuk 4 Resultaten	18
Hoofdstuk 5 Conclusie en Discussie	22
5.1 Conclusie	22
5.2 Beperkingen en Aanbevelingen	23
Bibliografie	24
Appendix	26

Inleiding

In de afgelopen jaren is er veel geschreven en gesproken over de winstgevendheid van zorginstellingen. Aan de ene kant worden geruchten gehoord dat de winsten van deze zorginstellingen uitzonderlijk hoog liggen. Zo publiceerden Eikelboom en Ten Katen (2017) een artikel waarin wordt beschreven dat zorginstellingen, ondanks het winstuitkeringsverbod, toch miljoenen uitkeren aan de eigenaren. Ook Christiaan Paauwe schrijft in het NRC (2019) dat er ongebruikelijk hoge winsten over het jaar 2017 worden behaald door bijna honderd zorgaanbieders in Nederland. Hij haalt hierbij een onderzoek aan van de journalisten van Pointer, Reporter Radio en Follow The Money. Dit onderzoek publiceerden zij op 26 juli 2019 en laat zien dat in 2017 174 zorginstellingen een winst van meer dan 10% rapporteerden. Het onderzoek werd in de media massaal opgepikt, en er verschenen naast het NRC ook artikelen bij onder andere Trouw, het AD en het Parool. Eerder al schreven Hans Vermeeren en Jurriaan Nolles in het AD (2017) dat de zorgsector in Eindhoven een bijzonder lucratieve business is. Uit de jaarcijfers zou blijken dat hun winsten in 2016, ten opzicht van 2015, een sterke groei hebben doorgemaakt. Deze winst komt tot stand door een sterke groei in de omzet, de gemeente Eindhoven wil de financiële gegevens tegen het licht houden om te onderzoeken of deze groei wel te verklaren is.

Echter andere berichten laten juist het tegenovergestelde zien, namelijk dat er nauwelijks genoeg geld beschikbaar is voor de zorg. Zo publiceerde omroep Gelderland (2019) dat gemeenten in de provincie Gelderland grote financiële tekorten hebben op het gebied van de zorg en dat cliënten hier de dupe van zijn. Ook op de site van Zorgvisie (2018) verscheen een artikel waarin wordt geschreven over de grote financiële tekorten die worden ervaren door de gemeente Zwolle op het gebied van de zorg. De gemeente Zwolle koerst, volgens dit artikel, af op een tekort van 8 miljoen euro in het jaar 2018.

Liggen de winstmarges van alle zorginstellingen daadwerkelijk zo hoog? Of hebben de gegevens die gepubliceerd worden alleen betrekking op enkele uitschieters?

In 2013 nam de Nederlandse overheid het besluit om de portefeuilles zorg, werk en jeugdhulp te decentraliseren, zodat deze portefeuilles onder de verantwoordelijkheid van de lokale overheden zouden komen te liggen. Vanaf 1 januari 2015 is deze decentralisatie van kracht en zijn de lokale overheden verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van de inwoners van de gemeenten. Deze decentralisatie heeft als doel dat het geld wat beschikbaar wordt gesteld voor de zorg efficiënter gebruikt zal worden, omdat de lokale overheden dichterbij de burgers staan (Cremers & van Westerlaak, 2015).

In dit onderzoek wordt onderzocht of het doorvoeren van de decentralisatie van de zorg, naar de lokale overheden daadwerkelijk heeft geleid tot een daling van de winstmarges van zorginstellingen.

Wanneer de decentralisatie van het zorgbudget naar de gemeente ervoor heeft gezorgd dat er meer controle is in de zorg, waardoor het zorgbudget efficiënter gebruikt wordt. Dan is dat mogelijk ook zichtbaar in de winstmarges van de zorginstellingen. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

Hoe hebben de winstmarges van zorginstellingen in de gehandicaptenzorg in Nederland, zich ontwikkeld na de decentralisatie van de verantwoordelijkheid naar de lokale overheden in 2015?

In dit onderzoek wordt alleen gefocust op de verandering van de winstmarges in de gehandicaptenzorg. De Nederlandse zorgsector is namelijk verdeeld in verschillende categorieën, zoals de gehandicaptenzorg, jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg en meer categorieën. Deze categorieën hebben elk hun eigen doelgroep en hun eigen doelen. De diverse zorgsectoren behalen hierdoor ook verschillende resultaten op bedrijfseconomisch gebied. Om het onderzoek te specificeren is daarom voor een categorie gekozen, namelijk de gehandicaptenzorg.

Deze onderzoeksvraag is relevant voor de Nederlandse overheid en de maatschappij, het is namelijk voor de cliënten van de zorginstellingen belangrijk, dat het verkregen geld zo goed mogelijk wordt gebruikt ten nutte van de cliënten. De mogelijkheid bestaat dat wanneer zorginstellingen zich richten op het maken van (hoge) winsten, dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg die wordt aangeboden aan de cliënten. Daarnaast is het belangrijk dat het zorgbudget dat lokale overheden krijgen, besteed kan worden aan zorginstellingen die zo goed mogelijke zorg voor een eerlijke prijs leveren, zodat zoveel mogelijk cliënten uit de gemeente goed geholpen kunnen worden.

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de gemiddelde nettowinst van zorginstellingen ongeveer 2% is. Dit is geen uitzonderlijk hoog of laag percentage, echter uit ditzelfde onderzoek bleek wel dat er grote verschillen zijn. Kleine zorginstellingen realiseren vaker hogere winstpercentages dan grote zorginstellingen. Daarnaast behalen stichtingen vaker hoge winsten dan besloten vennootschappen (Suijs & Verbon, 2018). Dit paper is een toevoeging op dit onderzoek, omdat het zich richt op de veranderingen in de winstmarges van zorginstellingen na het decentraliseren van de portefeuilles zorg, werk en jeugdhulp naar de lokale overheden ten opzichte van de situatie voor deze stelselwijziging.

Het onderzoek begint met een hoofdstuk waarin wordt toegelicht hoe het Nederlandse zorgstelsel in elkaar steekt, welke wetten er gelden en hoe dit allemaal gefinancierd wordt. Ook wordt hierin aandacht besteed aan de stelselwijziging die in 2015 heeft plaatsgevonden in de zorg. Daarna volgt een theoretisch kader waarin de belangrijkste begrippen worden toegelicht, daarnaast worden hierin

de hypothesen beschreven en onderbouwt. Vervolgens wordt de gebruikte data beschreven en wordt de methodologie van het onderzoek nader toegelicht. Daaropvolgend komen de resultaten aan bod en wordt aangegeven wat dit betekent voor de hypothese van dit onderzoek. Daarna wordt afgesloten met de conclusie waarin het antwoord op de hoofdvraag wordt gegeven en de discussie waarin de tekortkomingen van dit onderzoek worden beschreven. Ook worden hierin suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 1 Achtergrond Nederlandse zorgsysteem

1.1 Het Nederlandse zorgstelsel

In Nederland zijn verschillende onderdelen van het zorgstelsel in de wet vastgelegd. Allereerst is vastgesteld dat iedereen toegang moet hebben tot de zorg, ongeacht zijn of haar omstandigheden. Om te zorgen dat dit ook financieel haalbaar is, is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) vastgelegd dat alle Nederlanders een basis zorgverzekering moeten hebben, waarvoor door iedereen een premie betaald moet worden. Door middel van deze zorgverzekeringen wordt het solidariteitsprincipe toegepast. Dit houdt in dat de zwakkeren in de samenleving, worden gesteund door de sterkeren. De zwakkeren zijn in dit geval de mensen die veel zorg nodig hebben, terwijl de sterkeren diegene zijn die weinig of geen zorg nodig hebben. Een deel van de premie van de sterkeren wordt gebruikt om in de extra kosten van de zwakkeren te voorzien. Daarnaast ontvangen de zorgverzekeringen nog een financiële bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds. Vanuit deze basis zorgverzekering kunnen alle Nederlanders de basis zorg krijgen die ze nodig hebben. (Rijksoverheid, 2016)

Naast deze basis zorgverzekering is het ook mogelijk om aanvullende verzekeringen af te sluiten, voor bijvoorbeeld brillen en kraamzorg. Deze aanvullende verzekeringen komen op een volledig private manier tot stand. Voor elke extra aanvullende verzekering die wordt afgesloten, wordt de premie van de verzekerde verhoogd. (Rijksoverheid, 2016)

Naast deze basiszorg zijn er ook mensen die voor langere tijd, soms levenslang, dagelijkse zorg nodig hebben. Hierbij kan gedacht worden aan mensen met ernstige lichamelijke en/of geestelijke beperkingen of mensen met psychiatrische aandoeningen. Om vast te stellen of iemand recht heeft op deze zorg moet de potentiële cliënt zich melden bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Zij bepalen of voor deze mensen de Wet Langdurige Zorg (WLZ) geldt. Het doel van deze wet is dat mensen met een levenslange beperking passende zorg en aandacht krijgen. Deze zorg moet passend zijn op het individuele welzijn van de cliënt, dit kan in de thuissituatie zijn of in een zorginstelling. (Cremers & van Westerlaak, 2015) De WLZ wordt in opdracht van de overheid uitgevoerd door WLZ-uitvoerders. Echter hebben de WLZ-uitvoerders de uitvoering van deze wet overgedragen aan de diverse zorgkantoren. Deze zorgkantoren zorgen ervoor dat de zorg geregeld wordt voor de cliënt. De WLZ wordt gefinancierd vanuit de volksverzekering. Elke Nederlander die inkomstenbelasting betaald in Nederland draagt 9,65% van de inkomstenbelasting af aan deze wet. (Rijksoverheid, 2016)

Als derde kent het Nederlandse zorgstelsel ook de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). In deze wet wordt ondersteuning geboden aan mensen met een beperking. Het gaat hierbij vooral om (licht) gehandicapten en ouderen. Het doel van de WMO is om deze mensen deel uit te laten maken van de maatschappij en hen daarnaast de mogelijkheid te geven om thuis te (blijven) wonen. Mocht

het niet mogelijk zijn om thuis te wonen, dan kan via de WMO ook opvang of begeleid wonen worden gerealiseerd. (Rijksoverheid, 2016)

Wanneer een cliënt ondersteuning vanuit de WMO nodig heeft, wordt eerst een gesprek met de gemeente gehouden. Daarin wordt vastgesteld wat deze persoon nog kan en bij welke dingen hij of zij hulp nodig heeft. Daarna wordt een zorgaanvraag gedaan bij de benodigde zorginstelling en zal passende zorg of ondersteuning worden gegeven. (zie ook figuur 1.1)



Figuur 1.1 Proces WMO (Rijksoverheid, 2016)

De financiering van de WMO is geregeld via de landelijke overheid. Zij geven geld aan de lokale overheden. De lokale overheden mogen dit geld op hun beurt besteden om de WMO te financieren. Zij verdelen dit geld over de verschillende zorgaanvragen. Zodat elke cliënt het deel krijgt waar hij of zij recht op heeft. (Rijksoverheid, 2016)

Als laatste is in Nederland ook de Jeugdwet van toepassing. Vanuit deze wet wordt de hulp en zorg voor jongeren geregeld. De rijksoverheid (2016) definieert deze categorie als volgt: *“Het gaat bij de Jeugdwet om ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen en hun families bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.”* Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat jongeren die voortdurend zorg nodig hebben niet onder deze wet vallen. Zij vallen onder de WLZ, die eerder besproken is.

De Jeugdwet valt net als de WMO onder de verantwoordelijkheid van de lokale overheden. Zij kunnen zelf bepalen hoe ze de Jeugdwet in hun gemeente vormgeven en waar zij het geld aan uitgeven. Het geld wat ze nodig hebben krijgen zij van de landelijke overheid, net zoals voor de WMO.

In de bovenstaande wetten staat beschreven op welke zorg je als cliënt recht hebt en hoe deze moet worden gefinancierd. Naast deze wetten bestaat ook nog de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI). Deze wet is er niet voor cliënten, maar voor instellingen die zorg willen gaan aanbieden die wordt aangeboden vanuit de WLZ of de ZVW. Om zorg te mogen aanbieden die wordt aangeboden vanuit de WLZ of de ZVW, moet een zorginstelling voldoen aan diverse vereisten. Deze vereisten zijn vooral gericht op de transparantie van het bestuur van de zorginstelling, de bereikbaarheid van acute zorg en de bedrijfsvoering. Zo is het bijvoorbeeld verplicht om een onafhankelijk toezichthoudend orgaan te hebben als zorginstelling. En moeten de zorginstellingen jaarlijks verantwoording afleggen van de manier waarop zij het gekregen geld besteed hebben. Of aan de vereisten van de WTZI wordt voldaan, wordt bepaald door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Wanneer een zorginstelling een aanvraag doet om toegelaten te worden tot de WTZI, onderzoekt het CIBG of de

betreffende zorginstelling voldoet aan de bestuurlijke vereisten voor een WTZI instelling en of de instelling de administratie op orde heeft. Wanneer het beleid van de instelling in overeenstemming blijkt met de regels, krijgt deze instelling toestemming om zorg aan te bieden voor cliënten die vallen onder de WLZ of de ZVW. Ook na de toelating blijft de CIBG toezicht houden op de zorginstellingen. Dit gebeurt onder andere door het toezicht op de verantwoording van zorginstellingen over de besteding van het geld wat zij ontvangen hebben vanuit de WLZ en ZVW (Rijksoverheid, onbekend).

1.2 Nederlandse gehandicaptenzorg

In dit onderzoek wordt voornamelijk gespecificeerd op de gehandicaptenzorg. Daarom worden in de komende paragrafen de wetten, regels en specificaties van de gehandicaptenzorg nader besproken en toegelicht.

In Nederland worden mensen gehandicapt genoemd, wanneer men in meer of mindere mate een lichamelijke, psychische en/of geestelijke beperking heeft waardoor hij/zij niet op gelijke voet kan participeren in de maatschappij. Het kan hierbij gaan om een aangeboren beperking, maar ook om een beperking die is ontstaan door een ongeval of kritieke situatie (Zorgvisie, 2018). Dit maakt het begrip gehandicapt en dus ook het begrip gehandicaptenzorg heel breed. Omdat dit begrip zo breed is zijn ook verschillende wetten van toepassing op de gehandicaptenzorg.

Allereerst vallen gehandicapte cliënten onder de ZVW, het gaat hierbij om hun standaard zorgverzekering, waaronder zij bijvoorbeeld naar de huisarts kunnen gaan wanneer zij ziek zijn. Daarnaast is het voor hen ook mogelijk om zorg te krijgen die gefinancierd is uit de WLZ. Dit is van toepassing als de cliënt nagenoeg 24uur per dag zorg nodig heeft en niet alleen kan zijn. Het gaat hierbij om cliënten die zwaar lichamelijk of geestelijk gehandicapt zijn. Zeker voor zwaar gehandicapte kinderen kan het moeilijk zijn om een WLZ-indicatie te krijgen. Dit komt door de onzekerheid die er bestaat of het kind zijn leven lang beperkt is of dat er mogelijkheden tot herstel opgemerkt worden. Daarnaast kunnen cliënten ook onder de WMO vallen. Wanneer cliënten onder de WMO vallen dragen zij vaak een lichte lichamelijke of geestelijke beperking met zich mee. De hulp die wordt geboden is er dan op gericht dat deze mensen ook kunnen functioneren in de hedendaagse maatschappij. Als laatste is het ook mogelijk dat een gehandicapte cliënt onder de Jeugdwet valt. Het gaat hierbij om zorg en/of ondersteuning die wordt gegeven aan gehandicapte kinderen en/of hun ouders. Deze hulp kan worden gefinancierd vanuit de Jeugdwet (Zorgvisie, 2018)

Naast deze wetten waaruit de zorg gefinancierd wordt is er ook sprake van de Wet Bijzonder Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). In het kader van de gehandicaptenzorg is deze wet van toepassing, wanneer zwaar verstandelijk gehandicapten cliënten weigeren opgenomen te worden in

een inrichting, terwijl zij zich buiten een inrichting niet kunnen handhaven. Wanneer dit het geval is, wordt via de BOPZ bepaald, dat deze cliënt gedwongen wordt opgenomen in een instelling. Voor deze cliënten wordt binnen de instelling een zorgplan opgesteld, waarin wordt vastgelegd welke zorg de cliënt nodig heeft (Rijksoverheid, 2019)

De wet BOPZ, wordt per 1 januari 2020 vervangen door de Wet Zorg en Dwang (WZD). Deze wet sluit beter aan bij de zorg die mensen met een geestelijke beperking nodig hebben. De cliënt is zelf verantwoordelijk om aan te geven welke zorg nodig is. Dit is toonaangevend onder de WZD, tenzij blijkt dat de cliënt niet in staat is dit zelf te doen en daarmee een gevaar voor zichzelf of de samenleving is. In dat geval mag vanaf januari 2020 worden besloten om onvrijwillige zorg in werking te stellen. Deze wet is breder dan de wet BOPZ, omdat hij ook betrekking heeft op de thuissituatie, logeeropvang of andere kleinschalige woonvormen (Rijksoverheid, 2019).

1.3 Stelselwijziging 2015

Het is echter niet altijd geweest zoals het nu is. In 2015 heeft er binnen de zorg een grote stelselwijziging plaatsgevonden. Deze stelselwijziging heeft grote impact gehad op de zorg, daarnaast wordt in dit onderzoek onderzocht of deze stelselwijziging ook invloed heeft gehad op de winstpercentages van instellingen in de gehandicaptenzorg. In deze paragraaf wordt besproken wat deze stelselwijziging inhoudt en wat de redenen en doelen waren van deze stelselwijziging.

Voor 2015 kende men de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), deze wet was bedoeld om de hoge zorgkosten van mensen met ernstige en langdurige ziekten en mensen met een beperking te kunnen drukken. Om in deze kosten te kunnen voorzien werd door de overheid een inkomstenafhankelijke premie ingesteld, die tegelijk met de inkomstenbelasting geheven werd. Hierdoor was het aantal verzekerden hoog en kon de premiedruk relatief laag worden gehouden. Door de loop van de jaren groeide echter het aantal cliënten dat werd toegelaten tot de AWBZ, waardoor de kosten ook stegen. In 2014 maakte ruim 800.000 mensen gebruik van de AWBZ, dat was bijna 5% van de bevolking (Cremers & van Westerlaak, 2015). Hiermee was een bedrag van meer dan 27 miljard euro gemoeid, wat niet meer alleen opgebracht kon worden door de inkomensafhankelijke premie, waardoor tekorten in het budget ontstonden. Naast financiële problemen, zorgde dit ook voor problemen in de kwaliteit van de zorg die geleverd kon worden. Daarom werd besloten een groot aantal wijzigingen in de zorg door te voeren, wat ook wel een stelselwijziging heet (Cremers & van Westerlaak, 2015)

Vanaf 1 januari 2015 werd de AWBZ gedeeltelijk vervangen door de WLZ en werden andere delen van de AWBZ opgenomen in ZVW, WMO en de Jeugdwet. Het doel van deze stelselwijziging is dat ook

binnen de langdurige zorg de kwaliteit zou stijgen door onder andere meer maatwerk mogelijk te maken. De zorg werd vervangen van een systeem naar een meer persoonlijk opzet, waarin centraal staat wat de cliënt nog wel zelf kan. Daarnaast krijgt de cliënt ook meer invloed bij het opzetten van een zorgtraject. Daarnaast heeft deze stelselwijziging als doel dat de hulp die nodig is voor een cliënt zoveel mogelijk in hun sociale omgeving wordt gerealiseerd. Daarom is er in het nieuwe stelsel een grote rol weggelegd voor mantelzorg. Dit is niet van toepassing op alle zorgwetten, omdat mantelzorgers vaak de kennis missen voor het werken in de WLZ, maar in de WMO spelen zij een steeds grote rol. Om de zorg persoonlijker te maken is daarnaast de verantwoordelijkheid van de zorg verplaatst van de centrale overheid, naar de lokale overheden. Dit zou ertoe leiden dat de besluitvorming dichter bij de cliënt plaatsvindt en dat beter kan worden bepaald welke zorg de cliënt nodig heeft. Het laatste doel van de stelselwijziging is de financiële houdbaarheid van de zorg verbeteren. Waar eerst heel veel cliënten, met allerlei verschillende kwalen, werden gefinancierd door de AWBZ wordt nu weer de nadruk gelegd op een kleine groep mensen die de meeste zorg nodig hebben en daardoor de hoogste zorgkosten hebben, zij worden ook wel de kerngroep genoemd. Deze groep mensen valt onder de WLZ die net als de AWBZ gefinancierd wordt door de inkomensafhankelijke premie die geheven wordt bij de inkomstenbelasting (Cremers & van Westerlaak, 2015).

De overige cliënten zijn, zoals eerdergenoemd, overgebracht in de WMO, ZVW en de Jeugdwet. Zij vallen niet meer onder de WLZ, omdat zij niet behoren tot de kerngroep waarvoor de AWBZ oorspronkelijk bedoeld was. De zorg die zij voorheen kregen was zeker noodzakelijk, maar behoorde niet tot de zorg die oorspronkelijk werd vergoed door de AWBZ. Zoals eerder genoemd, is de financieringswijze van de WLZ anders dan de financieringswijze van de WMO, ZVW en de Jeugdwet. De zorg die deze cliënten krijgen, past meer bij de financieringsvorm van de WMO, ZVW en de Jeugdwet (Cremers & van Westerlaak, 2015).

De vervanging van de AWBZ, door de WLZ en het overhevelen van de overige cliënten naar de WMO, ZVW en de jeugdwet heeft er inderdaad toe geleid dat de druk op de inkomensafhankelijke premie is afgenomen. In ruil daarvoor is onder de ZVW het eigen risico met 15 euro gestegen en zijn ook de persoonlijke zorgpremies gestegen, zodat de toegenomen zorg onder deze wet ook gefinancierd kan worden (Cremers & van Westerlaak, 2015).

Hoofdstuk 2 Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste begrippen van het onderzoek toegelicht en uitgewerkt. Daarnaast worden ook de hypothese geformuleerd en wordt onderbouwd hoe deze tot stand zijn gekomen.

2.1 Begrippen

Winstmarge

Het eerste begrip wat van belang is en zal worden toegelicht is de winstmarge. Wereldwijd zijn er verschillende definities bekend voor de winstmarge. Zo worden de nettowinstmarge, de operationele winstmarge en de brutowinstmarge onderscheiden. Wanneer in dit onderzoek wordt gesproken over de winstmarge, dan gaat het om de ratio van de winst voor belasting (EBT), ten opzichte van de omzet. Er is gekozen voor het gebruiken van de winstmarge als maatstaf, omdat het ervoor zorgt dat zorginstellingen beter met elkaar te vergelijken zijn. Het gegeven 'winst' is lastig te vergelijken, omdat er grote zorginstellingen zijn met veel omzet en een hoge winst, terwijl er ook kleine zorginstellingen zijn die een veel minder hoge omzet halen en ook een minder hoge winst. Toch kan het zo zijn dat de kleine zorginstelling relatief een hogere winstmarge behaald als de grote zorginstelling. Om een situatie te creëren, waarin het vergelijken van zorginstellingen mogelijk is, is gekozen voor de winstmarge. De winstmarge van zorginstellingen is onderling vergelijkbaar, omdat bij het bepalen van de winstmarge rekening wordt gehouden met de omvang van de zorginstellingen.

Zorginstellingen Gehandicaptenzorg

Het tweede aspect wat behandeld zal worden is, welke instellingen behoren nu tot de gehandicaptenzorg en welke niet. In dit onderzoek worden instellingen tot de gehandicaptenzorg gerekend, wanneer zij in de database zelf hebben aangegeven dat ze actief zijn in de gehandicaptenzorg. De database die gebruikt wordt, is beschikbaar gesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In deze database worden de gegevens van zorginstellingen, die vallen onder de WTZI, gepubliceerd. Het gaat hierbij niet alleen over verzorgende instellingen, zoals instellingen die zich richten op begeleid wonen, maar ook om instellingen die dagbestedingen aanbieden en andere instellingen die zich richten op mensen met een geestelijke of lichamelijke beperking. Een van de gegevens die zich in deze database bevinden, is in welk deel van de zorg deze instellingen actief zijn. Hierbij kan gedacht worden aan de jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, kraamzorg enzovoort. Ook de gehandicaptenzorg wordt hierbij genoemd, in dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de gegevens van zorginstellingen die aangegeven hebben dat ze actief zijn in de gehandicaptenzorg.

2.2 Verantwoording hypothesis

Onderzoek van Suijs en Verbon (2018) heeft aangetoond dat de verschillen in winstmarge tussen zorginstellingen groot zijn. Zo zouden kleine zorginstellingen gemiddeld veel hogere winstmarges behalen dan middelgrote of grote zorginstellingen. Om te kijken of deze verschillen nog steeds groot zijn, na de stelselwijziging zullen hier de hypothesis op toegespitst zijn, zodat niet alleen een conclusie wordt getrokken over de gehandicaptenzorg op zich, maar ook over de verschillende categorieën zorginstellingen in de gehandicaptenzorg.

Kleine zorginstellingen

Zoals gezegd, is uit eerder onderzoek gebleken dat kleine zorginstellingen relatief hoge winstmarges hebben. Er zijn diverse redenties op te stellen, die een verklaring zouden kunnen geven voor de hoge winsten die vooral door kleine zorginstellingen worden gemaakt. Een mogelijke reden zou kunnen zijn dat kleine zorginstellingen efficiënter kunnen werken dan grote zorginstellingen. De reden dat zij efficiënter zouden kunnen werken is dat de communicatielijnen binnen een kleine zorginstelling korter zijn. Wanneer de communicatielijnen tussen de verschillende delen van de organisatie korter zijn, kan er door het management ook beter controle worden gehouden op hun werknemers, zodat de principaal-agent problematiek verminderd kan worden. De principaal agent problematiek ontstaat tussen een werknemer en zijn/haar leidinggevende, wanneer hun belangen tegenstrijdig zijn. Omdat er sprake is van informatie asymmetrie, is het mogelijk voor de werknemer om zijn/haar eigen belang na te streven en niet het doel van de onderneming als geheel of het doel van het management (Schillemans, 2010). In kleine zorginstellingen kan deze problematiek worden verminderd, doordat het management dicht bij de werknemers staat. De werknemers zullen daardoor sneller het belang van de onderneming of het management nastreven. Daarnaast is het binnen een kleine zorginstelling mogelijk om sneller met elkaar te communiceren, door de kortere communicatielijnen. Dit gezamenlijk zou ervoor kunnen zorgen dat kleine zorginstellingen efficiënter kunnen werken dan middelgrote en grote zorginstellingen, waardoor de winstmarges hoger uit kunnen vallen. Een andere reden voor het behalen van deze hoge winstmarges zou kunnen zijn dat de controle op de financiële gegevens van kleine zorginstellingen door accountants minder sterk is. Het kan hierdoor voor kleine zorginstellingen mogelijk zijn om hogere winsten te behalen door te frauderen met de kwaliteit van zorg die geleverd wordt (Suijs & Verbon, 2018).

Een van de aspecten van de stelselwijziging in 2015 was, dat de verantwoordelijkheid voor de zorg werd overgeheveld naar de lokale overheden, omdat zij dicht bij de cliënten en zorginstellingen stonden. De lokale overheden zouden daardoor meer kennis hebben, waardoor de zorg voor cliënten beter op maat gemaakt zou kunnen worden. Daarnaast zou ook de controle op zorginstellingen vanuit de overheid toenemen, omdat de lokale overheden dicht bij de zorginstellingen staan, dan de

landelijke overheid. Door deze verhoogde controle op zorginstellingen en het zorgbudget zouden de zorgkosten zouden moeten dalen. Door het verscherpte toezicht vanuit de lokale overheden zouden zorginstellingen minder de kans moeten krijgen om een te hoge prijs te vragen voor de zorg die zij leveren. Deze doelen van de stelselwijziging zijn natuurlijk op alle zorginstellingen van toepassing. Echter wanneer door de stelselwijziging meer controle komt op de uitgaven en winstmarges van de kleine zorginstellingen, dan zullen ook de hoge winstmarges aan bod komen, die eerder door Suijs en Verbon (2018) zijn aangetoond. De verwachting is dat wanneer de controle op kleine zorginstellingen zal toenemen, er vanuit de lokale overheden ook meer oog komt voor de hoge winstmarges van deze kleine zorginstellingen. De lokale overheden hebben immers een beperkt en krap budget voor de zorg, waardoor zuinig omgesprongen moet worden met het beschikbare geld (Zorgwelzijn, 2017). De eerste hypothese luidt daarom:

De winstmarges van kleine zorginstellingen in de gehandicaptenzorg zijn afgenomen na de stelselwijziging in de zorg in 2015.

Middelgrote zorginstellingen

Naast kleine zorginstellingen zijn er in de gehandicaptenzorg ook middelgrote zorginstellingen. In het onderzoek van Suijs en Verbon (2018) komt naar voren dat zij minder hoge winstmarges behalen als de kleine zorginstellingen, gemiddeld tussen de 2,4% en de 4,1%. Deze winstmarge is niet uitzonderlijk in vergelijking met andere sectoren in de Nederlandse economie. Firmfocus Business Solutions biedt inzicht in het gemiddelde bedrijfsresultaat van ongeveer 300 bedrijfstakken in Nederland. Daaruit blijkt dat ongeveer 185 bedrijfstakken in Nederland een gemiddeld bedrijfsresultaat van 5% of meer realiseren. Onder deze 185 bedrijfstakken, vallen onder andere de bedrijfstakken: Personen vervoer over de weg (7%), Energiebedrijven (8%), Schoonmaakbedrijven (10%) en Accountancy (21%). Daarnaast is het ook voor zorginstellingen, noodzakelijk een winstmarge te realiseren, wanneer geen winst wordt gerealiseerd is het voor het betreffende bedrijf onmogelijk om te overleven. De winst is nodig om te investeren voor de toekomst van de zorginstelling, maar ook voor het opbouwen van een buffer voor financiële risico's. Winst is om deze redenen van groot belang voor het voortbestaan van de onderneming (Bekker & Van der Hijden, 2018).

Door de stelselwijziging zal de controle op middelgrote zorginstellingen mogelijk toenemen, omdat de lokale overheden dichterbij de zorginstellingen staan, dan voorheen de landelijke overheid. Deze toenemende mate van controle lijkt voor de middelgrote geen gevolgen te gaan hebben, omdat de winstmarges die zij nu behalen niet uitzonderlijk hoog blijken te zijn. De winstmarges die behaald worden zijn nodig om het voortbestaan van de onderneming te waarborgen. De tweede hypothese luidt daarom:

De winstmarges van middelgrote zorginstellingen in de gehandicaptenzorg zijn gelijk gebleven na de stelselwijziging in de zorg in 2015.

Dit is de nulhypothese. De alternatieve hypothese die in dit onderzoek getest zal worden is:

De winstmarges van middelgrote zorginstellingen in de gehandicaptenzorg zijn veranderd na de stelselwijziging in de zorg in 2015.

Grote zorginstellingen

Naast kleine en middelgrote zorginstellingen zijn er ook grote zorginstellingen. Deze zorginstellingen behalen de hoogste omzet in vergelijking met de kleine en middelgrote zorginstellingen. Wanneer naar de kostenkant van deze zorginstellingen wordt gekeken zou het mogelijk zijn dat er sprake is van schaalvoordelen. Er is sprake van schaalvoordelen, wanneer een grote zorginstelling, efficiënter kan werken dan een middelgrote of kleine zorginstelling. Het is mogelijk dat deze zorginstellingen efficiënter kunnen werken omdat ze beter gebruik kunnen maken van de arbeidsverdeling of zich meer kunnen richten op het specialiseren van personeel. Echter is het ook mogelijk dat er juist sprake is van schaalnadelen, omdat grote zorginstellingen te maken hebben met een hoge mate van bureaucratie. Het is dan mogelijk dat de grote van de zorginstelling ervoor zorgt dat de marginale kosten stijgen (Blank, Haerlemans, Koot & Van Putten-Rademakers, 2008). Uit het onderzoek van Suijs en Verbon (2018) is gebleken dat de grote zorginstellingen gemiddelde de laagste winstmarges behalen, wanneer ze worden vergeleken met de kleine en middelgrote zorginstellingen. De grote zorginstellingen realiseren winstmarges die gemiddeld tussen de -0,1% en de 2,1% liggen. Deze winstmarges lijken in verhouding met andere sectoren in de economie relatief laag te liggen. Wanneer wordt gekeken naar de ranking van Firmfocus Business Solutions dan blijkt dat in Nederland ongeveer 275 bedrijfstukken in Nederland een bedrijfsresultaat van 2% of meer realiseren. De grote zorginstellingen lijken dus niet te kunnen profiteren van de schaal waarop zij zorg aanbieden, mogelijk hebben ze zelfs te maken met schaalnadelen.

Net als bij de middelgrote zorginstellingen, geldt ook voor de grote zorginstellingen dat ze winst nodig hebben om te kunnen blijven voortbestaan (Bekker & Van der Hijden, 2018). De toenemende mate van controle door de stelselwijziging in 2015, lijkt voor de grote zorginstellingen geen gevolgen te hebben, omdat de winstmarges niet uitzonderlijk hoog liggen in vergelijking met andere bedrijfstukken in Nederland. De derde hypothese luidt daarom:

De winstmarges van grote zorginstellingen in de gehandicaptenzorg zijn gelijk gebleven na de stelselwijziging in de zorg in 2015.

Dit is de nulhypothese. De alternatieve hypothese die in dit onderzoek getest zal worden is:

De winstmarges van grote zorginstellingen in de gehandicaptenzorg zijn veranderd na de stelselwijziging in de zorg in 2015.

In het vervolg van dit onderzoek zullen deze hypothesen worden getest en zal blijken of de gevolgen voor de kleine, middelgrote en grote zorginstellingen inderdaad zijn zoals hierboven wordt verondersteld.

Hoofdstuk 3 Data en Methodiek

3.1 Data

De data voor dit onderzoek is afkomstig uit de database die beschikbaar wordt gesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In deze database verantwoorden zorginstellingen zich over hun prestaties. Hierbij worden zowel financiële gegevens als niet-financiële gegevens van de zorginstellingen gepubliceerd. Het gaat hierbij om zorginstellingen die onder de WTZI vallen. In paragraaf 1.1 van dit onderzoek is beschreven wat de WTZI inhoudt. Zorginstellingen vallen onder de WTZI, wanneer zij geld ontvangen vanuit de ZVW of WLZ. Zorginstellingen kunnen pas geld ontvangen uit de WLZ of ZVW, wanneer zij voldoen aan de eisen, die door de Nederlandse overheid zijn gesteld. In de gebruikte database zijn alleen zorginstellingen opgenomen die onder de WTZI vallen, en dus voldoen aan de eisen die aan deze zorginstellingen worden gesteld. De data uit de database van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt verzameld door de betreffende instellingen de gegevens in te laten voeren in een formulier. Deze formulieren worden vervolgens samengevoegd in één database. De gegevens zijn dus allemaal handmatig ingevoerd door de zorginstellingen zelf. De lijsten zijn daardoor niet van alle zorginstellingen compleet, waardoor besloten is om alleen de data gebruiken van de instellingen in de GHZ die hun financiële gegevens gepubliceerd hebben.

Voor dit onderzoek is gekozen om de data van de periode 2012-2017 te analyseren, omdat dit precies de tijdsperiode beslaat waarin de stelselwijziging heeft plaatsgevonden. Het gaat hierbij om 3 jaar voor de stelselwijziging en 3 jaar erna. In tabel 3.1 wordt weergegeven hoeveel instellingen beschikbaar zijn in de database per jaar.

Tabel 3.1 Beschikbare data aantallen

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Instellingen in de database	1824	1955	2447	2502	3172	1959
Instellingen in de GHZ	302	308	394	455	463	278
Instellingen in de GHZ financiële gegevens beschikbaar	219	215	239	268	260	276

Wanneer wordt gekeken naar de groep instellingen in de gehandicaptenzorg, is in de periode 2016-2017 een opvallende daling te zien. Waar er in 2016 nog 463 zorginstellingen in de gehandicaptenzorg in de database stonden, zijn dat er in 2017 nog 278. Wat daarbij wel ook opvalt is dat het aantal zorginstellingen in de gehandicaptenzorg, waarvan financiële gegevens beschikbaar zijn in de database, niet is afgenomen, maar juist een kleine toename laat zien. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Allereerst is het mogelijk dat een aantal verlieslatende zorginstellingen uit 2016 is opgeheven of failliet is gegaan. Dit zou een deel van de daling kunnen verklaren. Dit wordt ook

ondersteund door een publicatie van het CBS (2019), waarin wordt aangegeven dat het aantal verlieslatende zorginstellingen in de gehele sector in 2017 is afgenomen ten opzichte van het jaar 2016. In de gehandicaptenzorg gaat dit om een daling van ongeveer 1,7%. Dit kan dus alleen een verklaring zijn voor een deel van de daling. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat het aantal cliënten voor zorginstellingen in de gehandicaptenzorg sterk is afgenomen, waardoor minder zorginstellingen nodig zijn om de zorg te bieden die gevraagd wordt. Echter Schuurman (2018) laat in zijn onderzoek zien, dat het aantal zorgaanvragen in de gehandicaptenzorg de afgelopen jaren juist sterk is toegenomen. Hij noemt hiervoor 3 redenen, namelijk: een sterke toename van het aantal cliënten met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen en een toename van het aantal cliënten met een niet-westerse achtergrond, een toename van het aantal complexe zorgaanvragen. De verklaring van de afname van het aantal cliënten komt hiermee te vervallen. Andere verklaringen voor de afname van het aantal zorginstellingen in de database werden niet gevonden. Er is dus geen duidelijke verklaring voor de afname gevonden.

Voor dit onderzoek zal gebruik gemaakt worden van de zorginstellingen die zich bevinden in de categorie 'Instellingen in de GHZ, financiële gegevens beschikbaar'. Deze GHZ-instellingen zijn opgedeeld in drie groepen, namelijk: Klein, Middelgroot en Groot. Deze groepen zijn tot stand gekomen op basis van de omzet van de zorginstellingen. Eerst is een lijst gemaakt met alle beschikbare datapunten voor het gegeven omzet. Deze datapunten zijn vervolgens gerangschikt op grote, waarbij de zorginstellingen met de laagste omzet bovenaan komen te staan en de zorginstellingen met de hoogste omzet onderaan. Deze lijst is vervolgens opgedeeld in 3 gelijke groepen, van elk 492/293 waarnemingen. De grenzen van deze groepen worden weergegeven in tabel 3.2. Het aantal zorginstellingen per jaar in de verschillende categorieën wordt weergegeven in tabel A.1 van de appendix.

Tabel 3.2 Grenzen categorieën Klein, Middelgroot en Groot (in euro's)

	Minimum	Maximum
Klein	7.126	1.896.286
Middelgroot	1.936.741	34.913.561
Groot	35.438.071	837.841.610

3.2 Methodiek

In deze paragraaf wordt toegelicht op welke manier de resultaten tot stand zijn gekomen. Daarbij wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van een significantieniveau van 5%.

Allereerst zullen de beschrijvende statistieken van de winstmarge worden vastgesteld, zowel voor de winstmarge over de jaren heen, als voor de winstmarge per jaar en als laatste ook per jaar onderverdeeld in de groepen klein, middelgroot en groot, zoals in de data is beschreven.

Vervolgens zullen diverse lineaire regressie worden opgesteld, waarbij wordt gekeken welke variabelen een significant effect hebben op de winstmarge van de zorginstellingen in de gehandicaptenzorg. Het gaat hierbij om de volgende met de volgende vormen:

$$Y = \alpha T + \beta$$

$$Y = \alpha D + \beta$$

$$Y = \alpha T + \alpha_1 D + \beta$$

In deze regressies staat Y voor de afhankelijke variabele, namelijk de winstmarge. De T is een onafhankelijke variabele en staat voor het jaar, deze kan de waarde 1 t/m 6 aannemen, waarbij 2012 de waarde 1 krijgt, 2013 de waarde 2, enzovoort, tot 2017 de waarde 6 aanneemt. De D staat voor de onafhankelijke variabele dummy2015. Deze dummyvariabele neemt de waarde 0 aan wanneer het gaat om de jaren voor de stelselwijziging, dus 2012, 2013 en 2014. Dummy2015 neemt de waarde 1 aan, wanneer het gaat om een van de jaren na de stelselwijziging, namelijk 2015, 2016 of 2017. Deze variabele is toegevoegd zodat de gevolgen van de stelselwijziging duidelijk kunnen worden weergegeven in de regressies die geschat zullen worden. De α 's en β zijn de regressiecoëfficiënten die geschat zullen worden middels lineaire regressies.

Voordat de derde lineaire regressie geschat kan worden, moet eerst getest worden of er tussen de variabelen T en D geen multicollineariteit bestaat. Wanneer dit het geval is, is het niet mogelijk de vergelijking te schatten en zal hier vanaf worden gezien. Om aan te tonen of er multicollineariteit bestaat tussen de variabelen T en D, zal naar de correlatie tussen de variabelen worden gekeken. Daarnaast zal de *Variance Inflation Factor (VIF)* worden gebruikt. Deze test geeft inzicht in de samenhang van de onafhankelijke variabelen in een regressie. Wanneer de VIF hoger dan 5 is, is er sprake van multicollineariteit (Studenmund, 2010). Het is dan niet mogelijk is een regressie te schatten met beide variabelen als onafhankelijke variabele.

De bovenstaande regressies voor de diverse groepen zorginstellingen in de gehandicaptenzorgen geschat, namelijk voor de kleine zorginstellingen, de middelgrote zorginstellingen en de grote zorginstellingen. Middels deze regressies worden de hypothesen getoetst en uiteindelijk een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag van het onderzoek.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten die, door het uitvoeren van de methodologie, tot stand zijn gekomen, weergegeven en besproken. Aan de hand van deze resultaten wordt gekeken welke hypothesen aangenomen en verworpen worden.

Allereerst zijn de beschrijvende statistieken van het financiële gegeven, winstmarge, bepaald. In tabel 4.1 worden deze weergegeven voor de winstmarge over de jaren heen en voor de winstmarge per jaar. Te zien is dat het hoogste winstpercentage van 87.37% werd behaald in 2016. Daarnaast is te zien dat in 2012 het grootste verlies werd geleden door een zorginstelling, namelijk 96,67%. Daarnaast varieert de gemiddelde winstmarge, tussen de 4,39% en de 7.18%, wat over de jaren leidt tot een gemiddelde van 5,52%. De standaarddeviatie laat zien dat de data punten relatief veel verspreid zijn. Dit wordt ook bevestigd door de boxplot die gemaakt is van de winstmarge in jaarlijks opzicht. Deze is te vinden in figuur A.1.

Tabel 4.1 Beschrijvende Statistieken per jaar en over de hele tijdsperiode

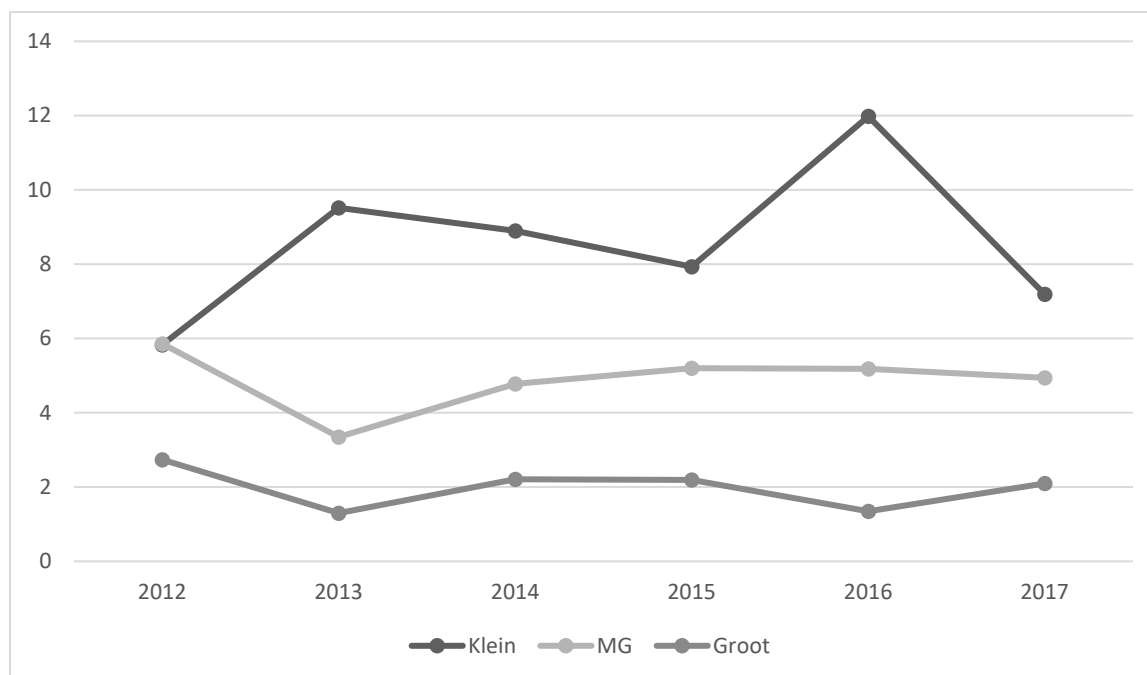
	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. Deviatie
Winstmarge	-96,67	87,37	5,52	11.379
Winstmarge 2012	-96,67	55,17	4,64	10,945
Winstmarge 2013	-55,04	67,50	4,39	11,238
Winstmarge 2014	-33,45	64,44	5,21	9,763
Winstmarge 2015	-25,33	80,29	7,18	12,586
Winstmarge 2016	-27,59	87,37	6,58	13,484
Winstmarge 2017	-21,58	47,72	4,76	9,437

Om meer inzichtelijk te maken hoe deze winstmarges verspreid zijn tussen de verschillende groten zorginstellingen wordt ook gekeken naar de beschrijvende statistieken van kleine, middelgrote en grote zorginstellingen over de jaren heen. Deze gegevens worden weergegeven in tabel 4.2. Hierin valt op dat, net als in het onderzoek van Suijs en Verbon (2018), de gemiddelde winstmarges van de kleine zorginstellingen jaarlijks het hoogst liggen, gevolgd door de middelgrote (MG) instellingen. En dat gemiddeld de laagste winstmarges worden gerealiseerd door de grote zorginstellingen. Op het eerste gezicht lijkt het niet aantoonbaar dat de winstmarges van zorginstellingen, na de stelselwijziging gedaald zijn. De gemiddelde winstmarges lijken gemiddeld zelfs iets te zijn gestegen na de stelselwijziging in 2015. Door middel van de regressies zal nader onderzocht worden of de winstmarge echt niet gedaald is.

Tabel 4.2 Beschrijvende Statistieken per bedrijfsgrootte per jaar

	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Std. Deviatie
Klein 2012	59	-96,67	55,17	5,83	19,171
MG 2012	74	-12,69	39,63	5,86	7,041
Groot 2012	86	-2,65	15,79	2,74	2,581
Klein 2013	63	-55,04	67,50	9,52	18,529
MG 2013	73	-13,75	21,02	3,35	5,835
Groot 2013	79	-10,94	9,68	1,30	2,897
Klein 2014	79	-33,45	64,44	8,90	15,452
MG 2014	70	-4,05	20,06	4,78	4,776
Groot 2014	90	-7,64	12,47	2,21	2,700
Klein 2015	110	-25,33	80,29	7,93	17,595
MG 2015	79	-3,54	24,28	5,20	5,802
Groot 2015	79	-5,43	9,14	2,19	2,802
Klein 2016	97	-27,59	87,37	11,98	19,148
MG 2016	83	-9,45	50,69	5,18	8,608
Groot 2016	80	-7,01	9,27	1,35	6,545
Klein 2017	84	-21,58	47,72	7,19	13,878
MG 2017	113	-14,88	49,65	4,94	8,07
Groot 2017	79	-2,94	9,94	2,10	2,427

Om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de gemiddelde winstmarges, zijn deze weergegeven in figuur 4.1. Ook hieruit blijkt dat de gemiddelde winstmarge van de kleine zorginstellingen hoger is dan de gemiddelde winstmarge van de middelgrote en grote zorginstellingen. Wanneer figuur 4.1 wordt bekeken met oog op de gevolgen van de stelselwijziging in 2015, lijkt er op het eerste gezicht geen duidelijk breekpunt te zijn. Bij de middelgrote en grote zorginstellingen is mogelijk een kleine daling te zien. Echter bij de kleine zorginstellingen is een grote uitschieter naar boven zichtbaar.



Figuur 4.1 Ontwikkeling gemiddelde winstmarges per sector

Hypothese 1

Voordat de regressies kunnen worden opgesteld, wordt eerst onderzocht of er sprake is van multicollineariteit tussen de variabele jaar (T) en de dummyvariabele (D) bij de kleine zorginstellingen. Wanneer wordt gekeken naar de correlatie tussen deze variabelen, wordt een waarde 0,861. Deze waarde is significant op het 0,01 significantieniveau. Deze waarde duidt op een hoge correlatie en lijkt te wijzen naar multicollineariteit. Wanneer echter wordt gekeken naar de *Variance Inflation Factor (VIF)*, geeft deze een waarde van 3,867. Een waarde van 3,867 is lager dan de gestelde waarde van 5. Uit de VIF blijkt dus niet dat er sprake is van multicollineariteit. Het is echter mogelijk dat de VIF lager uitvalt, omdat er slechts 2 variabelen worden opgenomen in de regressie.

Wanneer de regressies worden geschat voor de kleine zorginstellingen, blijkt dat in geen enkele regressie er coëfficiënten significant zijn. De resultaten van de regressies worden weergegeven in tabel A.2, A.3 en A.4. Hieruit kan geconcludeerd worden dat op basis van dit onderzoek de stelselwijziging geen significant effect heeft gehad op de winstmarges van kleine zorginstellingen, omdat de coëfficiënt van variabele D niet significant afwijkt van 0. De eerste hypothese wordt daarom verworpen.

Hypothese 2

Ook bij de tweede hypothese geldt, dat voordat de regressies kunnen worden opgesteld, eerst onderzocht wordt of er sprake is van multicollineariteit tussen de variabele jaar (T) en de dummyvariabele (D) bij de middelgrote zorginstellingen. Wanneer wordt gekeken naar de correlatie tussen deze variabelen, wordt een waarde 0,885. Deze waarde is significant op het 0,01 significantieniveau. Deze waarde duidt op een hoge correlatie en lijkt te wijzen naar multicollineariteit. Wanneer echter wordt gekeken naar de *Variance Inflation Factor (VIF)*, geeft deze een waarde van 4.610. Een waarde van 4,610 is lager dan de gestelde waarde van 5. Uit de VIF blijkt dus niet dat er sprake is van multicollineariteit.

Wanneer de regressies worden geschat voor de middelgrote zorginstellingen, blijkt dat in geen enkele regressie er coëfficiënten significant zijn. De resultaten van de regressies worden weergegeven in tabel A.5, A.6 en A.7. Hieruit kan geconcludeerd worden dat op basis van dit onderzoek de stelselwijziging geen significant effect heeft gehad op de winstmarges van middelgrote zorginstellingen, omdat de coëfficiënt van variabele D niet significant afwijkt van 0. De tweede alternatieve hypothese wordt daarom verworpen.

Hypothese 3

Als laatste wordt ook bij de derde hypothese onderzocht of er sprake is van multicollineariteit tussen de variabele jaar (T) en de dummyvariabele (D) bij grote zorginstellingen. Wanneer wordt gekeken naar de correlatie tussen deze variabelen, wordt een waarde 0,876. Deze waarde is significant op het

0,01 significantieniveau. Deze waarde duidt op een hoge correlatie en lijkt te wijzen naar multicollineariteit. Wanneer echter wordt gekeken naar de *Variance Inflation Factor (VIF)*, geeft deze een waarde van 4,283. Een waarde van 4,283 is lager dan de gestelde waarde van 5. Uit de VIF blijkt dus niet dat er sprake is van multicollineariteit.

Wanneer de regressies worden geschat voor de grote zorginstellingen, blijkt dat in geen enkele regressie er coëfficiënten significant zijn. De resultaten van de regressies worden weergegeven in tabel A.8, A.9 en A.10. Hieruit kan geconcludeerd worden dat op basis van dit onderzoek de stelselwijziging geen significant effect heeft gehad op de winstmarges van grote zorginstellingen, omdat de coëfficiënt van variabele D niet significant afwijkt van 0. De derde alternatieve hypothese wordt daarom verworpen.

Afsluitend

Afsluitend kan worden gesteld dat de eerste hypothese op basis van dit onderzoek wordt verworpen. De tweede en derde hypothese kunnen, op basis van dit onderzoek, niet worden verworpen. Bij de kleine, middelgrote en grote zorginstellingen is het effect van de stelselwijziging niet significant verschillend van 0. Daarnaast wordt in dit onderzoek, net als in het onderzoek van Suijs en Verbon (2018), aangetoond dat kleine zorginstellingen de hoogste winstmarges realiseren, de winstmarges van de middelgrote en grote zorginstellingen liggen gemiddeld lager.

Hoofdstuk 5 Conclusie en Discussie

5.1 Conclusie

In dit onderzoek zijn de gevolgen van de stelselwijziging in de zorg van 2015 op de winstmarges van zorginstellingen in de gehandicaptenzorg onderzocht. Hierbij is een antwoord gezocht op de volgende onderzoeksvraag:

Hoe hebben de winstpercentages van zorginstelling in de gehandicaptenzorg in Nederland, zich ontwikkeld na de decentralisatie van de verantwoordelijkheid naar de lokale overheden in 2015?

Aan de hand van het uitgevoerde onderzoek kan worden geconcludeerd dat de decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor de zorg naar de lokale overheden in 2015 geen significant effect heeft gehad op de winstmarges van zorginstellingen in de gehandicaptenzorg in Nederland. Voor diverse situaties zijn in dit onderzoek regressies opgesteld. Zowel voor kleine zorginstellingen in de gehandicaptenzorg, als voor middelgrote en grote zorginstellingen in de gehandicaptenzorg. In al deze sectoren is de regressiecoëfficiënt van de variabele 'Dummy2015' niet significant verschillende van 0. De stelselwijziging heeft dus geen effect gehad op de winstmarges van zorginstellingen in de gehandicaptenzorg.

Het doel van de landelijke overheid met de stelselwijziging van 2015 was om cliënten meer zorg op maat te kunnen bieden, door de verantwoordelijkheid voor de zorg over te hevelen naar de lokale overheid. Doordat de het gemeentelijke bestuur dichterbij cliënten en zorginstellingen staat zou dit gerealiseerd moeten worden. Dit zou er ook toe leiden dat de lokale overheden de zorginstellingen meer in de gaten konden houden, zodat een eerlijker prijs tot stand komt tussen de lokale overheden en zorginstellingen voor de zorg die geleverd wordt. Daardoor zouden de winstmarges van de zorginstellingen door de stelselwijziging mogelijk veranderen.

Uit dit onderzoek blijkt echter dat de verandering van de winstmarges van zorginstellingen van de gehandicaptenzorg niet wordt veroorzaakt door de stelselwijziging in 2015. Dit betekent dat dit resultaat van de stelselwijziging niet beantwoordt aan het doel wat de landelijke overheid voor ogen had. Het is natuurlijk wel mogelijk dat er voor cliënten meer zorg op maat wordt gerealiseerd, dat is in dit onderzoek niet nader bestudeerd. Het is voor de lokale overheden van belang dat nader wordt onderzocht wat ervoor kan zorgen dat de winstmarges van zorginstellingen gaan dalen, zodat de prijs die wordt betaald voor de zorg de juiste hoogte heeft, waardoor de overheid geen onnodig hoge kosten maakt.

5.2 Beperkingen en Aanbevelingen

In dit onderzoek is aangetoond wat de gevolgen zijn van de stelselwijziging in de zorg in 2015, op de winstmarges van zorginstellingen in de gehandicaptenzorg. Echter zijn er ook beperkingen verbonden aan dit onderzoek. Zo is in dit onderzoek puur gefocust op de gevolgen van de stelselwijziging op de winstmarge. Hierbij is niet gekeken naar wat de gevolgen zijn op de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt. Het is mogelijk dat de winstmarges zijn gestegen, maar dat de kwaliteit van de zorg wel aanzienlijk verbeterd is. Het is de vraag wat dan belangrijker is, de kwaliteit of de prijs? Het is echter moeilijk om de kwaliteit van geboden zorg te meten en te vergelijken tussen verschillende zorginstellingen. Of om verschillende jaren met elkaar te vergelijken.

Voor vervolgonderzoek is het interessant om naast de financiële gevolgen ook de kwalitatieve gevolgen van de stelselwijziging mee te nemen. Het is hierbij noodzakelijk dat een maatstaf wordt opgesteld, waarmee de kwaliteit van de zorg vergeleken kan worden, over verschillende jaren, maar ook tussen verschillende zorginstellingen.

Een tweede beperking van dit onderzoek is, dat in dit onderzoek gekeken is naar de gemiddelde verandering van de winstmarges in de gehandicaptenzorg. Er dus gekeken naar de sector als geheel, niet naar individuele zorginstellingen. Er is dus niet elk jaar de beschikking over dezelfde zorginstellingen, maar over wisselende aantallen en wisselende zorginstellingen. De wisselende aantallen worden veroorzaakt doordat (verlieslatende) zorginstellingen uit de markt treden, maar daarnaast ook nieuwe zorginstellingen toetreden tot de markt.

Voor vervolgonderzoek zou het een mogelijkheid zijn om een aantal specifieke zorginstellingen door de jaren heen te bestuderen. Hierdoor wordt het onderzoek meer specifiek. Aan de hand van de specifieke zorginstellingen is het dan ook mogelijk om iets over de gehandicaptenzorg als geheel te zeggen. Hiervoor is het wel belangrijk dat de zorginstellingen die gekozen worden representatief zijn voor de sector als geheel.

Een derde aanbeveling voor vervolgonderzoek is een studie naar de reden voor de verandering in de winstmarges van zorginstellingen in de gehandicaptenzorg. Is de omzet gestegen of zijn zorginstellingen efficiënter gaan werken en zijn de kosten hierdoor gedaald? Hiervoor is het belangrijk dat de jaarrekeningen van de zorginstellingen worden doorgenomen en bestudeerd.

Al deze aanbevelingen zouden een toevoeging zijn op het onderzoek wat voor u ligt. Wanneer de bevindingen uit al deze onderzoeken gecombineerd worden, ontstaat een compleet overzicht van de veranderingen in de zorgsector sinds de stelselwijziging in 2015.

Bibliografie

De Bekker, P. & Van der Hijden, E. (2018). Naar een beter begrip van winst in de zorg door in de discussie over winst in de zorg onderscheid te maken tussen een leefwereld- en een systeemwereldperspectief. *Beleid en Maatschappij*, 45 (1), doi: 10.5553/BenM/138900692018045001006

Blank, J., Haelermans, C., Koot, P., & van Putten-Rademaker, O. (2008). Schaal en zorg. *Schaal en zorg*, 51. Geraadpleegd via <https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2008/05/14/achtergrondstudies-schaal-en-zorg/Achtergrondstudies - Schaal en zorg.pdf#page=53>

Eikelboom, S. & Ten Katen, M. (2017). Winstverbod en beloningsplafond in zorg makkelijk te omzeilen. *Financieel Dagblad*, 2017, 1, Geraadpleegd via <https://fd.nl/economie-politiek/1224759/winstverbod-en-beloningsplafond-in-zorg-makkelijk-te-omzeilen?view=img>

FirmFocus Business Solution. *Top 300: Meest winstgevend braches*. Geraadpleegd via: <https://www.firmfocus.biz/NL/BI/branche-top-100-winst>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). *Het Nederlandse Zorgstelsel*. Geraadpleegd via: https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/d264531c5bd30ce1e9d6d4a88ff96179_Het_Nederlandse_Zorgstelsel.pdf

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Toelating zorginstelling -> over de wet*. Geraadpleegd via: <https://www.wtzi.nl/over-de-wet>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019). *Wet bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen*. Geraadpleegd via: <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wet-bopz>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019). *Wet zorg en dwang*. Geraadpleegd via: <https://www.dwangindezorg.nl/nieuwe-wetgeving/wet-zorg-en-dwang>

Omroep Gelderland. (2019). *Miljoenen tekort in jeugdzorg, maar provincie stelt groot onderzoek uit*. Geraadpleegd via: <https://www.omroep gelderland.nl/nieuws/2398070/Miljoenen-tekort-in-jeugdzorg-maar-provincie-stelt-groot-onderzoek-uit>

Pauwe, C. (2019). 'Ongebruikelijk hoge winsten bij bijna honderd zorgbedrijven'. *NRC*, 2019, Geraadpleegd via <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/06/26/ongebruikelijk-hoge-winsten-bij-bijna-honderd-zorgbedrijven-a3965249>

Schillemans, T. (2010). *De belangentegenstelling voorbij*. Geraadpleegd via: <file:///C:/Users/Lorinda/Downloads/2010+Bzk+beschouwing+versie+DEF.pdf>

Schuurman, M. (2018). *Met meer kennis werken aan kwaliteit*. Geraadpleegd via: http://www.kalliopeconsult.nl/images/7_69.pdf

Studenmund, A.H. (2010). *Using Econometrics*. Geraadpleegd via: https://www.worldsupporter.org/sites/default/files/studie/joho_econometrie_h8.pdf

Suijs, J. & Verbon, H. (2018). De winsten van zorginstellingen. *Beleid en Maatschappij*, 45 (1), doi: 10.5553/BenM/138900692018045001005

Vermeeren, H. & Nolles, J. (2017). Zorgsector lucratieve business in regio Eindhoven. *AD*, 2017, Geraadpleegd via <https://www.ad.nl/eindhoven/zorgsector-lucratieve-business-in-regio-eindhoven~afbdc055/>

Cremers, N.J.E.G. & Van Westerlaak, M.J. (2015). *Wet langdurige zorg 2015*. Geraadpleegd via: https://www.wolterskluwer.nl/INTERSHOP/web/WFS/WoltersKluwer-ShopNL-Site/nl_NL/-/EUR/ViewProductAttachment-OpenFile?LocaleId=nl_NL&DirectoryPath=&FileName=PS-Special-Wet-Langdurige-zorg-9789013133790-hoofdstuk.pdf&UnitName=WoltersKluwer-ShopNL

Zorgvisie. (2018) *Zwolle koerst af op 8 miljoen tekort op zorg*. Geraadpleegd via: <https://www.zorgvisie.nl/zwolle-koerst-af-op-8-miljoen-tekort-op-zorg/>

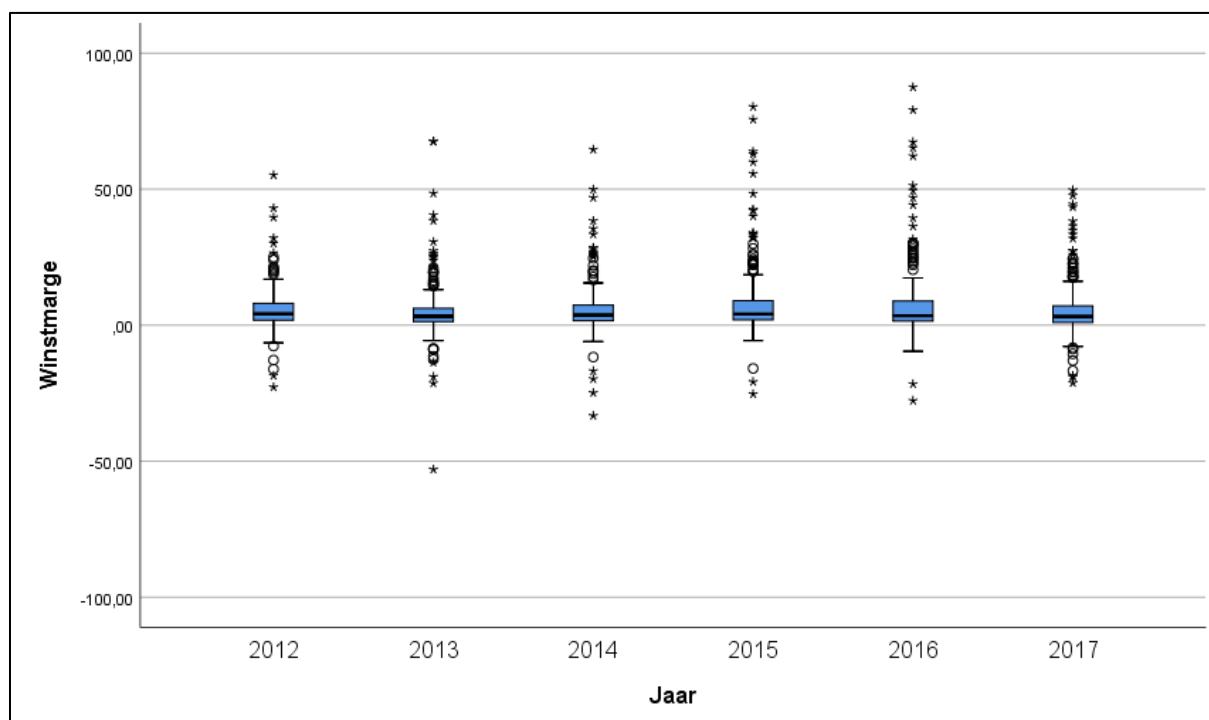
Zorgvisie. (2018) *Gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd via: <https://www.zorgvisie.nl/thema/gehandicaptenzorg/#read-more>

Zorgwelzijn. (2017). *Gemeenten in problemen door tekort aan zorggeld*. Geraadpleegd via: <https://www.zorgwelzijn.nl/gemeenten-problemen-door-tekort-aan-zorggeld/>

Appendix

Tabel A.1 Aantal instellingen per groep per jaar

	Klein	Middelgroot	Groot
2012	59	74	86
2013	63	73	79
2014	79	70	90
2015	110	79	79
2016	97	83	80
2017	84	113	79



Figuur A.1 Boxplot Jaar en Winstmarges

Tabel A.2 Resultaten regressie winstmarge kleine zorginstellingen, jaar en dummy2015

	Coëfficiënt	T-statistiek	Significantieniveau
Constante	9,925	4,204	0,000
Jaar	-0,824	-0,858	0,392
Dummy2015	4,818	1,536	0,125

Tabel A.3 Resultaten regressie winstmarge kleine zorginstellingen en jaar

	Coëfficiënt	T-statistiek	Significantieniveau
Constante	7,994	3,995	0,000
Jaar	0,447	0,913	0,361

Tabel A.4 Resultaten regressie winstmarge kleine zorginstellingen en dummy2015

	Coëfficiënt	T-statistiek	Significantieniveau
Constante	8,195	6,683	0,000
Dummy2015	2,502	1,569	0,117

Tabel A.5 Resultaten regressie winstmarge middelgrote zorginstellingen, jaar en dummy2015

	Coëfficiënt	T-statistiek	Significantieniveau
Constante	5,293	5,911	0,000
Jaar	-0,316	-0,823	0,411
Dummy2015	1,411	1,037	0,300

Tabel A.6 Resultaten regressie winstmarge middelgrote zorginstellingen en jaar

	Coëfficiënt	T-statistiek	Significantieniveau
Constante	4,767	6,459	0,000
Jaar	0,036	0,202	0,840

Tabel A.7 Resultaten regressie winstmarge middelgrote zorginstellingen en dummy2015

	Coëfficiënt	T-statistiek	Significantieniveau
Constante	4,667	9,850	0,000
Dummy2015	0,420	0,662	0,508

Tabel A.8 Resultaten regressie winstmarge middelgrote zorginstellingen, jaar en dummy2015

	Coëfficiënt	T-statistiek	Significantieniveau
Constante	2,418	7,062	0,000
Jaar	-0,155	-1,051	0,294
Dummy2015	0,238	0,472	0,637

Tabel A.9 Resultaten regressie winstmarge middelgrote zorginstellingen en jaar

	Coëfficiënt	T-statistiek	Significantieniveau
Constante	2,322	8,448	0,000
Jaar	-0,094	-1,321	0,187

Tabel A.10 Resultaten regressie winstmarge middelgrote zorginstellingen en dummy2015

	Coëfficiënt	T-statistiek	Significantieniveau
Constante	2,105	12,451	0,000
Dummy2015	-0,226	-0,928	0,354