



Toegenomen marktwerking in de zorg: verbeterde jaarcijfers?

Bachelor scriptie Financial Accounting - Sectie Accounting, Auditing & Control

Trefwoorden: Marktwerking, zorgstelsel, omzet, winst

Abstract:

In dit onderzoek staat de volgende vraag centraal: *Hoe ontwikkelen de opbrengsten en winsten van zorgondernemingen met betrekking tot de VVT zich over de tijd en is hier het effect van marktwerking terug te zien?* Met behulp van data van VVT-zorginstellingen van de jaren 2012-2017 is door analyses en lineaire regressiemodellen gekeken of er zowel sprake was van marktwerking als een tijdstrend gezien de transitie van het zorgstelsel per 1 januari 2015 met toegenomen marktwerking. Hieruit bleek dat de modellen met betrekking tot omzet nagenoeg niet significant waren in tegenstelling tot alle significante modellen met de afhankelijke variabele *Winstmarge*. Derhalve is het effect van marktwerking deels terug te zien in de winstmarges, voornamelijk bij de best presterende ondernemingen. Hiermee ondersteunt dit onderzoek de bevindingen van Suijs en Verbon (2018) dat bepaalde zorginstellingen relatief hoge winstmarges hebben.

Datum:	18-06-2019
Student(nummer)	Corné van Vliet (451756)
Begeleider:	Prof. Dr. J.P.M Suijs
2^e beoordelaar:	xxx

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

Inhoudsopgave

Inleiding	2
<i>Introductie onderwerp.....</i>	<i>2</i>
<i>Probleemstelling.....</i>	<i>2</i>
<i>Onderzoeksvraag.....</i>	<i>3</i>
<i>Relevantie en opbouw</i>	<i>4</i>
Institutionele setting.....	5
<i>Ontwikkeling zorgwetten</i>	<i>5</i>
<i>Huidige zorgwetten</i>	<i>6</i>
<i>Conclusie.....</i>	<i>7</i>
Theoretisch raamwerk	8
<i>Algemeen theorie</i>	<i>8</i>
<i>Marktwerking binnen de zorg</i>	<i>8</i>
<i>Hypothese.....</i>	<i>10</i>
Data & Methodiek.....	11
<i>Data</i>	<i>11</i>
<i>Methodiek</i>	<i>15</i>
Resultaten.....	17
<i>Verloop zorginstellingen.....</i>	<i>17</i>
<i>Omzet</i>	<i>19</i>
<i>Winst voor belasting.....</i>	<i>20</i>
Discussie & Conclusie	22
Appendix.....	24
Bibliografie.....	30

Inleiding

Introductie onderwerp

In 1987 bracht een commissie, inclusief de oud-Phillips-topman Wisse Dekker, het advies uit om meer concurrentie toe te staan tussen zorgverzekeraars en zorgverleners met als doel lagere kosten en hogere kwaliteit. Naarmate de jaren passeerden is er veelvuldig nagedacht over de transitie van het toenmalige zorgstelsel. De zorgkosten werden immers steeds hoger en rezen de pan uit. Hans Hoogervorst mocht deze omslag als minister van volksgezondheid uitvoeren en de Zorgverzekeringswet (Zvw) werd in 2006 van kracht. De grootste verschillen zijn het hebben van maar één type zorgverzekeraar en het verdwijnen van het vaste budget van de zorgaanbieders. In het nieuwe stelsel is de burger verplicht om de basiszorgverzekering af te sluiten. Wel heeft hij de keuzevrijheid om te kiezen bij welke zorgverzekeraar hij dit afsluit, die op zijn beurt weer kiest welke zorgaanbieder gecontracteerd wordt. De overheid moet deze markt reguleren (de Volkskrant, 2006). De eerste grote stap richting marktwerking binnen de zorg was genomen.

Probleemstelling

Het takenpakket van de gemeente is sinds 2015 verder uitgebreid. Er is gedecentraliseerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en het meer toegankelijk en betaalbaar te maken. De stap richting marktwerking werd verder uitgewerkt. Toch blijkt dat ook hier haken en ogen aan zitten. De marktwerking kost geld, er worden namelijk grote buffers aangehouden om de continuïteit te waarborgen mede omdat dit vereist wordt door de banken, accountants en toezichthouders. Immers moet er geld achter de hand gehouden worden wanneer er financieel moeilijkere tijden komen. Dit speelt pas in de latere jaren een grotere rol aangezien het voorheen meer een budgettair probleem van de minister werd. Daarnaast hebben er verscheidene fusies plaatsgevonden bij ziekenhuizen waardoor er minder spelers actief zijn (NRC, 2016). Een manifest, dat op 17 januari 2019 is opgesteld door stakeholders, bestuurders van tientallen zorgorganisaties en de branchegroep Zorg van BDO Accountants & Adviseurs, geeft aan dat er naast de marktwerking meer transparantie moet komen en er gezorgd moet worden voor een gelijk speelveld met betrekking op de winstdeling waarvoor alsnog geen universele richtlijn voor is. Het zorgstelsel welke geldt sinds 2015 is namelijk gebouwd op controle, complexiteit en compliance. Dit moet veranderen naar transparantie, eenvoud en samenwerking. De overheid moet hierbij meer zijn verantwoordelijkheid pakken, aangezien de zorg zichzelf moeilijk kan veranderen vanwege de complexiteit (ICT & health, 2019). De marktwerking wordt gehinderd door het gebrek aan transparantie en te veel regeldruk. Dit sluit ook aan bij de conclusie van Ruwaard (2018), die stelt dat het zorgstelsel anders werkt dan voorzien.

In 2006 is de gereguleerde concurrentie geïntroduceerd om zowel de kosten te drukken als de kwaliteit te verhogen. Deze opzet is verder uitgewerkt bij de wet- en regelgeving die golden vanaf 2015 aangezien het beoogde effect nog niet was bereikt. Hierbij zijn meerdere partijen betrokken, namelijk de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de zorginkopers. De zorgverzekeraars moesten hierbij al sinds 2006 de rol van kritische inkoper ontwikkelen waardoor er afspraken gemaakt konden gemaakt worden over prijs en kwaliteit (Schut & Varkevisser, 2016). Dit is in lijn met de gedachte dat de marktwerking de kosten zal verlagen. Echter, werd eind vorig jaar een rechtszaak aangespannen door een vertegenwoordiging van ruim 30 private zorgaanbieders waaruit bleek dat de verhouding tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders niet volkomen gebalanceerd is. Het ging met name om zorgaanbieders die het niet gelukt is om een contract af te sluiten met de zorgverzekeraars. Hun eisen zijn dat de patiënt zelf zijn behandeling kan uitkiezen en dat de behandeling bijna volledig moet worden vergoed tegen een marktconforme prijs. In dit geval zijn het niet de patiënten maar de zorgaanbieders die aan de bel trekken. Behandelingen worden niet volledig vergoed en patiënten blijven daardoor weg waardoor de ruimte voor vrije ondernemerschap wordt ingeperkt (NRC, 2018). Dit artikel benadrukt de inconsistentie in de wetgeving en de samenwerking die er nodig is. Het laat zien dat de rol van kritische inkoper niet volledig opgaat aangezien de zorgverzekeraars ook een gedeelte van niet gecontracteerde zorg moeten vergoeden en de zorgaanbieders maar een gedeelte van de geleverde zorg vergoed krijgen. Minister Hugo de Jonge gaat nog verder wanneer hij stelt dat de marktwerking in de zorg is doorgeslagen. Juist de keuzevrijheid voor de zorgverlener maakt de zorg duur en lastig. De marktwerking heeft dus niet het beoogde effect. Daarnaast wordt de zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) momenteel per uur vergoed wat een verkeerde prikkel is. Hij stelt dat de markt moet worden ingeperkt door middel van meer controle en dat er meer samenwerking nodig is tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeentes. Zij moeten de verantwoordelijkheid op zich nemen en zorgen dat het aanbod van de zorg de vraag kan evenaren. Ook lobbyt hij voor soepelere regels met betrekking tot inkoop van de zorg (AD, 2019).

Kortom kan gezegd worden dat de huidige opzet van het zorgstelsel omstreden is aangezien er enerzijds behoefte is aan vrije marktwerking omdat er te veel regeldruk en gebrek aan transparantie is, maar anderzijds het huidige stelsel ook niet optimaal functioneert. Hierdoor zijn juist overheidsbemoeienis en samenwerking tussen de verschillende partijen noodzakelijk.

Onderzoeksvraag

Zoals aangehaald is er gedecentraliseerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en het meer toegankelijk en betaalbaar te maken. Daarnaast werd er verondersteld dat de marktwerking zorgt voor goedkopere zorg aangezien de kosten zouden moeten dalen door de concurrentie. Dit zal terug te zien

moeten zijn in de cijfers. Volgens Rob Leensen, partner bij EY, stijgt de winst van 1% naar 1,8%. (Accountancy vanmorgen, 2018). Uit het onderzoek van Suijs & Verbon (2018) blijkt dat er daarentegen hoge winstmarges van wel 42% behaald worden bij kleinere zorginstellingen. Dit zijn opmerkelijk genoeg vooral instellingen voor psychische zorg en begeleiding (De Telegraaf, 2016). Bij de meeste ondernemingen binnen de zorg geldt een verbod op winstuitkering. Echter bij bijvoorbeeld de thuiszorg is winstuitkering wel toegestaan. Doordat grote zorgaanbieders de gemiddelde winstmarge relatief laag houden vallen de hoge winstmarges van kleinere instellingen niet op (Follow the money, 2018). Deze winstmarges betekenen echter niet per se dat de kosten zijn gedaald. Een mogelijke verklaring volgens Suijs & Verbon (2018) voor hoge winstmarges kan de hoge mate van efficiëntie zijn of fraude bij de declaraties. In beide gevallen schijnt dat de vergoeding per zorguur mogelijkheden geeft voor hoge winstmarges. De zorginstelling zal proberen de kosten te verlagen waardoor de winst toeneemt, wanneer ervan uit gegaan wordt dat de tarieven van de zorgverzekeraar niet afnemen (Suijs & Verbon, 2018). Uiteindelijk is het effect van marktwerking niet eenduidig aangezien de zorgverzekeraars de tarieven kunnen verlagen waardoor de winst weer afneemt. Hierbij speelt het aangehaalde spanningsveld tussen de zorgverzekeraars en zorginstellingen een grote rol. De zorgverzekeraars moeten de kritische inkoper zijn en doordat zorgaanbieders concurreren wordt er op deze markt een evenwichtsprijs bereikt. In deze scriptie zal de focus liggen op de omzet en winst van bepaalde zorginstellingen. Daarom is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Hoe ontwikkelen de opbrengsten en winsten van zorgondernemingen met betrekking tot de VVT zich over de tijd en is hier het effect van marktwerking terug te zien?

Relevantie en opbouw

Bij deze onderzoeksvraag ligt de focus op de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) aangezien juist bij deze sector de winstuitkering is toegestaan, mits de winst volledig ten goede komt van de zorg(instelling). Allereerst zal de institutionele setting worden besproken in het eerste hoofdstuk. In het theoretisch kader zal de theorie rond het begrip marktwerking verder uitgediept worden waar de hypothese dan ook ingebed wordt. Na het bespreken van de data en de methodiek zal vervolgens de data geanalyseerd worden. In de discussie zal de diverse kanten van het onderzoek belicht worden waarna er met de conclusie afgesloten zal worden. Men is gebaat bij dit onderzoek aangezien het om publieke gelden gaat. Daarnaast geeft dit onderzoek meer inzicht over de marktwerking in de zorg en het effect op de kosten en winst van bepaalde zorginstellingen. Op deze manier kan een bijdrage geleverd worden aan de discussie over marktwerking in de zorg. Tevens is er in de wetenschappelijke literatuur weinig te vinden over dit onderwerp ook aangezien het zo specifiek om de Nederlandse situatie gaat waardoor deze scriptie van toegevoegde waarde is.

Institutionele setting

Ontwikkeling zorgwetten

Het zorgstelsel is per 2006 ingrijpend veranderd. Gezien het blikveld van dit onderzoek zal dan ook alleen de wet- en regelgeving vanaf 2006 besproken worden. De zorg bestond voor 2015 uit drie belangrijke onderdelen. Allereerst was er de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) waaruit de langdurig zieken werden geregeld met als belangrijke groepen de langdurige ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Daarnaast was er als tweede onderdeel de zorgverzekeringswet (Zvw) die sinds 2006 van toepassing is. Hiermee werd de eerste grote stap genomen in de richting van marktwerking binnen de zorg aangezien de burger de keuzevrijheid heeft om te kiezen bij welke zorgverzekeraar hij zijn verplichte basisverzekering afsluit. De zorgverzekeraar kiest op zijn beurt weer welke zorgaanbieder gecontracteerd wordt, waardoor de verschillende partijen elkaar beconcurreren. Het heeft een erg privaat karakter aangezien de verschillende onafhankelijke zorgverzekeraars onderhandelen met onafhankelijke zorgaanbieders en dat is ook de reden waarom de overheid opkomt voor de publieke belangen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). De zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht waardoor iedereen geaccepteerd moet worden.

Als derde onderdeel speelt de aanvullende zorg een rol aangezien het verplichte basispakket deze niet voorziet. Ondanks deze opzet zijn de zorgkosten sinds 2000 erg gestegen en is de Nederlandse bevolking blijkbaar bereid veel geld uit te geven aan gezondheidszorg (Schut & Varkevisser, 2014). Dit omdat de levensverwachting en het aantal chronisch zieken stijgt. Daarnaast ontwikkelt de medische wetenschap wat tot uiting komt in nieuwe medicijnen en dure behandelmethodes. (De Vries & Kossen, 2015). Deze toegenomen zorgkosten moeten echter wel betaald worden en aangezien de hoge inkomens relatief meer betalen aan de collectieve zorgverzekeringen maar juist minder zorg verbruiken, heeft de overheid vanaf 2013 diverse maatregelen genomen waaronder het verhogen van het eigen risico, het verhogen van de eigen betalingen voor langdurige zorg en voor een verblijf in een instelling voor vermogende ouderen. Ook zijn er beperkingen gekomen op het recht op persoonsgebonden budget (Pgb). Dit is een bedrag waarmee de zorg zelf geregeld kan worden. Er is een convenant gesloten tussen de belangrijkste partijen, de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de zorgkosten laag te houden. Dit mocht echter niet baten, de kosten bleven alsnog te hoog. De hervorming in het zorgstelsel per 1 januari 2015 zou moeten zorgen voor een ommekeer, met name in langdurige zorg (Rabobank, 2014).

Huidige zorgwetten

Sinds de hervorming per 1 januari 2015 zijn er 4 belangrijke wetten die het zorgstelsel regelen (Figuur 1, Appendix). De Zorgverzekeringswet (Zvw), welke focust op *cure*, de Wet langdurige zorg (Wlz), welke focust op *care*, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet (De Vries & Kossen, 2015). De Zvw is niet veranderd ten opzichte van voor 2015 met uitzondering van de toevoeging van de extramurale persoonlijke verzorging en verpleging, dus zorg en verpleging aan mensen die niet in een instelling verblijven. Deze uitbreiding in de ZVW heeft geleid tot een toename van de zorgpremies (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Voor 2015 vielen veel mensen onder de AWBZ waardoor er gevaar dreigde voor onbeheersbaarheid van het stelsel van langdurige zorg. Daarom is een gedeelte van de mensen uit deze wet ondergebracht in de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet. De kern die overblijft, de langdurige zieken, gaan naar de Wlz. Door deze herverdeling verandert het volume van de zorg niet per se maar is de reikwijdte per wet meer beperkt met het oog op de betaalbaarheid, een passendere behandeling en eenvoud. Werd er bij de AWBZ onderscheid gemaakt tussen de extramurale en intramurale zorg, bij de Wlz bestaat dit verschil niet meer (De Vries & Kossen, 2015). Deze wet is ingesteld voor mensen die 24 uur per dag toezicht en zorg nodig hebben. Dit geldt voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperking waar er geen zicht op verbetering is. Het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) regelt de aanvragen voor deze zorg, en geeft een indicatie op basis waarvan een zorgprofiel wordt opgesteld. Dit is een beschrijving van de benodigde zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt een eigen bijdrage aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK) (Zorg Verandert, 2018).

Daarentegen zijn de gemeentes verantwoordelijk voor de Wmo en Jeugdwet en hier vallen ook mensen onder uit het voormalige AWBZ. Het is dus van toepassing wanneer er minder zorg of ondersteuning nodig is. Het zorgt ervoor dat langdurige zieken en ouderen vanaf 18 jaar zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en participeren in de samenleving. Met deze wet wil de overheid ervoor zorgen dat mensen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Door de Jeugdwet is de gemeente per 1 januari 2015 verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdzorg en jeugdhulp voor kinderen tot 18 jaar. Het betreft kinderen die tijdelijk of langer ondersteuning nodig hebben. Wanneer de situatie dermate ingrijpend is, vallen deze kinderen onder de zojuist besproken Wlz (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016). De gemeente is verantwoordelijk gemaakt voor de Wmo en Jeugdwet aangezien zij dicht bij de burger staan en de zorg dus dicht bij de inwoners kunnen organiseren maar het ook eenvoudiger en goedkoper kunnen maken. Zij bieden deze zorg zelf aan of met behulp van zorgaanbieders (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2016).

Conclusie

Concluderend kan er dus gezegd worden dat grotendeels de betaalbaarheid van de zorg, de bevordering van een integrale aanpak door middel van nieuwe wetten en de kwaliteitsverbetering drijfveren waren voor de hervorming van het zorgstelsel. Figuur 2 (Appendix) geeft schematisch weer wat de wetten zijn en wie hiervoor verantwoordelijk zijn. Er is echter wel één wet toegevoegd die in het zorgstelsel buiten beschouwing wordt gelaten, namelijk de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze wet is het wettelijk kader voor de publieke gezondheidszorg. De overheid is hierbij verantwoordelijk voor zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg, het vaccinatieprogramma en ook het gezondheidsbeleid. Preventie speelt hierbij een belangrijke rol. De zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de Zvw en Wlz. De gemeente is, zoals genoemd, verantwoordelijk voor de Jeugdwet en de Wmo (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016). Er zal gefocust worden op de doelgroep Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Deze vallen met name onder de wet Wlz wanneer het een verpleeghuis betreft en onder de wet Wmo als het om thuiszorg gaat.

Theoretisch raamwerk

Algemeen theorie

Een vrije markt met volkomen concurrentie oftewel een perfecte markt heeft een aantal kenmerken. De markt moet namelijk transparant zijn en elke speler heeft alle informatie in het totale aanbod, prijs en andere belangrijke informatie. Daarnaast zijn de producten homogeen, heeft men geen voorkeur voor bepaalde producten of diensten en er is vrije uit- en toetreding mogelijk. Ten slotte is er een groot aantal vragers en aanbieders die zich competitief gedragen. De aanbieders zijn hierbij prijsnemers, zij gaan dus akkoord met de prijs die door de marktwerking in het evenwicht tussen vraag en aanbod wordt bepaald (Donaldson & Gerard, 1993). Wanneer er sprake is van een evenwicht, is er het zogenaamde Pareto-efficiency, er kan er geen hoger nut behaald worden zonder het nut van een ander te verminderen. Wanneer er geen perfecte markt is komt dit door één of meerdere fricties in de markt waardoor bedrijven meer winst gaan maken ten koste van de consumenten. Dit uit zich bijvoorbeeld in externe effecten die niet per se in de prijsvorming worden meegenomen, toetredingsdrempels, niet homogene producten en asymmetrische informatie aangezien niet altijd alle partijen van dezelfde zaken op de hoogte zijn (Reiss, 2013).

Marktwerking binnen de zorg

De zorg was een vrije markt tot halverwege de 19^e eeuw. Naarmate de zorg ontwikkelde werd het steeds belangrijker gevonden dat iedereen toegang had tot de zorg waardoor er een collectief financieringssysteem noodzakelijk werd welk gereguleerd is door de overheid (Schut & Varkevisser, 2014). Cutler (2002) onderscheidt bij de zorgstelsels na onderzoek in diverse landen meerdere fasen waarbij er een ontwikkeling gaande is van allereerst gelijke toegang, dan kostenbeheersing en ten slotte het creëren van toenemende prikkels voor doelmatigheid en de introductie van marktwerking.

Arrow (1963) stelde dat de vrije markt binnen de gezondheidszorg niet kan werken. Goede marktwerking vereist enerzijds dat onafhankelijke spelers goed geïnformeerd zijn over zowel de prijs als de kwaliteit van de producten en diensten die aangeboden worden. Anderzijds moeten patiënten weten welke producten en diensten zij nodig hebben waarvoor specifieke kennis van de arts nodig is. Dit is echter niet het geval met als gevolg van deze marktimperfecties de veelheid van regels van de overheid. Met name de informatieasymmetrie zorgt voor frictie. De informatie is immers niet gelijk verdeeld tussen patiënten en de zorgaanbieders. Er zijn er veel onzekerheden over de timing, inhoud en uitwerking van de zorg waardoor de vraag instabiel wordt. Zonder overheidsingrijpen zouden bijvoorbeeld de slechte risico's, ongezonde mensen, een abnormaal hoge prijs zouden moeten betalen voor de zorg (Arrow, 2001). Er spelen met name twee problemen in deze markt. Ten eerste heeft de verzekerde minder prikkels om de gezondheidsrisico's te beperken aangezien de verzekeraar de kosten

van de behandelingen betaald. Daarnaast subsidieert de overheid een groot deel van de zorgaanbieders. De zorgverzekeraar is afhankelijk van de zorgaanbieder aangezien hij zelf niet perfect kan beoordelen welke zorg nodig is. Dit levert mogelijkheden op voor de zorgaanbieder om meer zorg te leveren dat noodzakelijk is. In beide gevallen speelt het agency probleem een rol. De *agency theory* houdt een situatie in waarbij er twee of meerdere partijen zijn waarbij de een de 'agent' is en de ander de 'principaal' op een bepaald beslissingsdomein. Hierbij verricht de agent acties voor de principaal (Ross, 1973). In de zorg kan de principaal gedefinieerd worden als degene met de slechtste informatie en de agent degene met de beste. Dit wordt een probleem wanneer er tegengestelde belangen zijn (Schut & Varkevisser, 2014). Dan speelt het zogenaamde *moral hazard* een rol. De agent neemt dan meer risico aangezien de principaal ervoor opdraait. Dit komt namelijk voor wanneer er asymmetrische informatie is waardoor de individuele acties niet geobserveerd kunnen worden en er een prikkel is om de eigen belangen voorop te stellen. Om dit te vermijden kunnen er bijvoorbeeld contracten gemaakt worden. Dit is echter niet altijd even gemakkelijk. (Hölstrom, 1979). Door deze marktimperfecties speelt de overheid met de wet- en regelgeving een rol binnen de zorgmarkt.

Marktwerking in de zorg is dus een door de overheid gereguleerd systeem waarbij de hoofdrolspelers, burgers, zorginkopers en zorgaanbieders, met elkaar aan de hand van vraag en aanbod de prijs, kwaliteit en service bepalen. Hierbij wordt met marktwerking binnen de zorg de onderlinge concurrentie tussen zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars bedoeld. In principe zijn er dus drie markten, de zorgverzekeringsmarkt, de in- en verkoopmarkt van zorg en de zorgverleningsmarkt (Figuur 3, Appendix). Met name de twee laatste markten spelen een rol in dit onderzoek. Verzekeraars onderhandelen met de zorgaanbieders op de in- en verkoopmarkt over prijs, kwaliteit en volume. Zorgaanbieders moeten hierbij onderling concurreren om aantrekkelijk te zijn voor zorgverzekeraars aangezien de zorgverzekeraars niet met alle zorgaanbieders een contract hoeven af te sluiten. Daarnaast moeten zij op de zorgverleningsmarkt concurreren om zorg te leveren aan burgers aangezien zorgvragers zelf zorgverleners mogen kiezen in zoverre de polis dit toelaat (De Vries & Kossen, 2015). Dit is met name interessant geworden gezien de mogelijkheid om winst te maken.

De overheid stelt wel beperkingen aan deze markt. De zorg moet namelijk voor iedereen toegankelijk blijven aangezien de verzekeraars anders de slechte risico's zouden discrimineren. Hierdoor heeft de overheid zijn verantwoordelijkheid heeft. Zij zijn dus stelselverantwoordelijk en bepalen de wet- en regelgeving zoals besproken in het vorige hoofdstuk (De Vries & Kossen, 2015). Door middel van de hervorming die in 2006 al is begonnen en is besproken in het vorige hoofdstuk probeert de overheid de hoofdrolspelers sterkere financiële prikkels te geven door marktwerking waardoor er doelmatiger zorg verleend wordt. De verschillende partijen zouden geen prikkels hebben om te kosten te beperken

wanneer de overheid al zorg zou financieren. Daarnaast worden ook de patiënten gestimuleerd om niet meer dan de noodzakelijke zorg te vragen. Om de marktwerking te bevorderen wil de overheid zijn regulerende rol reduceren en de zorg steeds meer decentraal afwickelen door onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverleners (Schut & Varkevisser, 2014). Dit is de derde en laatste fase van het zorgstelsel zoals zojuist besproken en gedefinieerd door Cutler (2002).

Hypothese

Bij dit onderzoek zal gezien de dataset en onderzoeksvraag met de focus op zorgaanbieders voornamelijk de onderlinge concurrentie tussen de zorgaanbieders als gevolg van marktwerking de aandacht hebben. Met name spreken we dan over de markten waarbij de zorgaanbieders hun diensten aanbieden aan de verzekeraars en de burgers. In het verdere onderzoek zal hiernaar gerefereerd worden als de 'markt'.

De overheid heeft als doel door middel van een participatiesamenleving de mensen langer thuis te laten wonen. Hierdoor is de vraag naar onder andere thuiszorg groter en juist vanwege de mogelijkheid om winst te kunnen maken is er voor zorgaanbieders een prikkel om efficiënter te werken. Dit is een mogelijke verklaring voor een toename van de winst. Anderzijds, zoals in vorige paragrafen besproken wordt er gedoeld op meer marktwerking in de zorg om de efficiëntie te verhogen aangezien de zorgaanbieders zich aantrekkelijk op moeten stellen op de markt. Suijs & Verbon (2018) sluiten hierbij aan aangezien zij de reducering van de kosten onder andere verklaarden als gevolg van de hoge mate van efficiëntie. Daarom wordt in dit onderzoek verwacht dat de kosten zouden moeten dalen en daarmee samenhangend de winst stijgen. Derhalve is de volgende hypothese geformuleerd:

H1: De omzet en de winst stijgen over de tijd

Data & Methodiek

Data

De onderzoeksvraag zal beantwoord worden aan de hand van de dataset DigiMV 2012-2017 van de website www.jaarverslagenzorg.nl. Het betreft gegevens, voor zover aangeleverd, van zorginstellingen met een Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) toelating. Uit de dataset van 2012-2017 zijn 35 variabelen geselecteerd (Tabel 1, Appendix). Voor elke instelling is er data met betrekking tot de concerncode en KvK nummer, rechtsvorm, type instelling en de sector waarbinnen de instelling actief is. Ten slotte zijn voor de instellingen een aantal financiële variabelen geselecteerd. De dataset is gefilterd op 'actief in VVT'. Bij de dataset is vooral gekeken naar de omzet (REV) en het resultaat voor belastingen (EBT).

De finale dataset, dus het totaal van de jaren 2012 tot en met 2017 bestond uit 4619 waarnemingen. Aangezien in het onderzoek vooral gekeken gaat worden naar de omzet en winst is er gekeken naar de waardes bij REV. Alle zorginstellingen waarvan de benodigde financiële data niet beschikbaar was zijn uit de dataset verwijderd. Daarnaast waren er 3 regels met een omzet van respectievelijk 1 euro, 1 euro en 6 euro. De instelling met een omzet van 6 euro is verwijderd aangezien deze instelling maar eenmaal voorkwam en de omzet zodanig afwijkt van het gemiddelde dat het niet betrouwbaar is om mee te nemen in de analyses. De overige 2 regels met een omzet van 1 euro zijn ook verwijderd om dezelfde reden. Bij één van deze instellingen was er wel een omzet van 220.834 euro in 2015 in tegenstelling tot de 1 euro omzet in 2016. Deze waarde is niet verwijderd. Daarnaast is er ook gekeken naar de EBT welke na deze aanpassingen geen ontbrekende gegevens bevatte. Ten slotte is de winstmarge geanalyseerd. Wanneer er een waarde groter dan 100% of kleiner dan -100% stond is de regel verwijderd. De authentieke dataset heeft verder geen andere aanpassingen ondergaan en bij de analyses is de veronderstelling gemaakt dat de finale dataset na deze transitie juist en betrouwbaar is. Wanneer in het vervolg van dit onderzoek gerefereerd wordt naar 'de dataset' wordt deze finale dataset bedoeld, waarbij enkel gekeken wordt naar de VVT minus de verwijderde regels (Tabel 2).

Tabel 2. Dataselectie per jaar

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Gem.
Totaalaantal	1824	1955	2447	2502	3172	1959	2310
Aantal VVT-instellingen	678	683	865	860	946	587	770
VVT/Totaal (%)	37	35	35	34	30	30	33
Geen financiële data	153	152	327	310	318	10	212
Finaal aantal	525	531	538	550	628	577	558
Verlieslatend	76	115	115	144	216	115	130
%	14	22	21	26	34	20	23
Break-even	3	4	7	5	5	0	4
%	1	1	1	1	1	0	1
Winstgevend	446	412	416	401	407	462	424
%	85	78	77	73	65	80	76

Wanneer gekeken wordt naar het aantal zorginstellingen in VVT in relatie tot het totaal aantal zorginstellingen in de oorspronkelijke datasets, blijkt dat dit over de onderzoeksperiode afneemt van 37% naar 30%, met een gemiddelde rond de 33%. Het aantal verlieslatende zorginstellingen neemt over de periode 2012 tot en met 2016 toe van 14% naar 34%. Er zijn geen verdere onderverdelingen gemaakt gezien de grote variaties in de dataset.

Tabel 3. Beschrijvende statistieken REV

Jaar	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	St. deviatie
2012	525	3.721	837.841.610	39.424.125	73.272.952
2013	531	2.512	835.834.935	37.842.020	72.969.413
2014	538	15.165	778.831.673	40.610.235	74.795.503
2015	550	9.187	742.250.647	37.912.151	78.801.922
2016	628	8.633	752.694.188	34.614.913	79.025.499
2017	577	270.143	769.044.975	40.564.916	84.974.581

De variabelen omzet (REV) en winst voor belasting (EBT) zijn voornamelijk relevant voor dit onderzoek. REV staat beschreven in Tabel 3. Het maximum en het gemiddelde liggen relatief op een lijn door de jaren heen in tegenstelling tot het minimum welke erg varieert. De spreiding rond het gemiddelde, de standaarddeviatie, is groot en stijgt licht over de jaren.

Tabel 4. Beschrijvende statistieken EBT

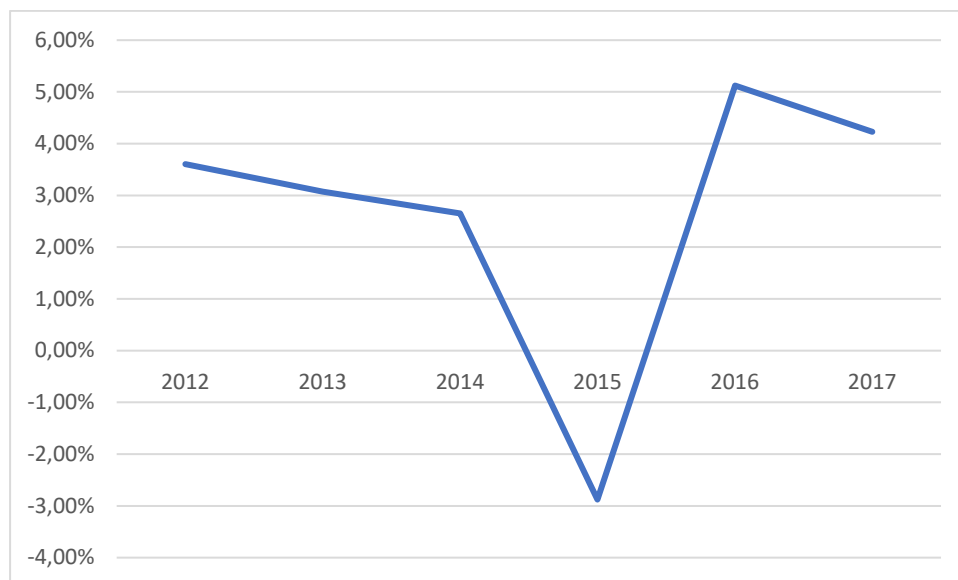
Jaar	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	St. deviatie
2012	525	(5.365.200)	27.331.215	933.465	2.030.986
2013	531	(18.464.105)	20.156.808	583.335	2.121.172
2014	538	(11.939.602)	16.331.000	602.772	2.056.178
2015	550	(11.188.138)	23.772.000	361.840	2.009.566
2016	628	(14.899.000)	13.597.000	(85.203)	1.784.044
2017	577	(13.345.599)	29.771.000	644.714	2.155.100

Zoals te zien in Tabel 4 blijkt dat de EBT fluctueert wanneer gekeken wordt naar zowel het minimum, het maximum en het gemiddelde. De standaarddeviatie, dus de spreiding van de uitkomsten rondom het gemiddelde ligt ongeveer rond de 2 miljoen, dus aanzienlijk lager dan de standaarddeviatie van REV (Tabel 3). Hetgeen wat opvalt is het negatieve gemiddelde van 2016. De EBT is gecorrigeerd voor de omvang van de zorginstellingen zodat de resultaten minder beïnvloed zouden worden. Dit is gedaan door de winst voor belasting relatief te nemen, dus te delen door de omzet. Hiervoor is de variabele *Winstmarge* gebruikt.

Tabel 5. Beschrijvende statistieken *Winstmarge* (in %)

Jaar	Aantal	Minimum	Maximum	Gemiddelde	St. deviatie
2012	525	(74,93)	58,22	3,61	0,10
2013	531	(62,21)	70,79	3,07	0,10
2014	538	(55,92)	72,17	2,65	0,10
2015	550	(73,68)	91,94	2,88	0,12
2016	628	(37,30)	100,00	5,12	0,16
2017	577	(46,74)	67,93	4,23	0,10

In Tabel 5 is te zien dat de *Winstmarge* in 2015 een uitschieter naar beneden vertoont met daarnaast een negatief gemiddelde wat geïllustreerd wordt in Figuur 4. De variabele *Winstmarge* is berekend door de winst voor belasting te delen door de omzet.



Figuur 4. Gemiddelde *Winstmarge*

Tabel 6. Totalen EBT en REV per jaar (in miljoenen €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Gem.
REV	20.698	20.094	21.848	20.852	21.738	23.406	21.439
EBT	490	310	324	199	(40)	372	276
Winstmarge (%)	2,37	1,54	1,48	0,95	(0,18)	1,59	1,29

In Tabel 6 is te zien dat de totale omzet enigszins fluctueert maar relatief stabiel is. In 2015 daalt de totale omzet ten opzichte van het voorgaande jaar maar in de periode 2015 tot en met 2017 blijft het stijgen. Het totaal van de winst voor belastingen per jaar ondergaat meer veranderingen. In 2015 is het lager dan alle voorgaande jaren in de dataset. In 2016 is zelfs op totaalniveau verlies gedraaid waarna er in 2017 het hoogste totale EBT wordt behaald van de periode 2013-2017. De totale winstmarges daarentegen zijn stabiel hoewel het totaalverlies van EBT in 2016 wel terug te zien is. Gezien het aantal waarnemingen kan er echter geen tijdstrend analyse op uitgevoerd worden.

Methodiek

Wat betreft de methodiek zullen de beschrijvende statistieken verder uitgewerkt worden met behulp van het spreadsheet-programma Excel door tabellen en grafieken. Het verloop van het aantal instellingen zal verder gerelateerd worden aan de ontwikkelingen binnen de markt. Daarnaast zal de hypothese getoetst worden door de onderstaande regressiemodellen. Deze zullen uitgevoerd worden door middel van het statistiekprogramma SPSS met als doel de relatie tussen marktwerking en de kosten te analyseren. De regressiemodellen luiden als volgt:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 * Dummy2015 + \varepsilon_i$$

$$Y = \beta_0 + \beta_1 * Jaar + \varepsilon_i$$

$$Y = \beta_0 + \beta_1 * Dummy2015 + \beta_2 * Jaar + \beta_3 * Dummy25Jaar + \varepsilon_i$$

De winst voor belasting (EBT) in verhouding tot de omzet (REV) genaamd *Winstmarge*, en REV zullen als onafhankelijke variabelen gebruikt worden. Met het eerste enkelvoudige lineaire regressiemodel zal er gekeken worden of er een significante verandering heeft plaatsgevonden na 1 januari 2015. Hiervoor is de variabele *Dummy2015* aangemaakt waarbij er voor alle regels voor 2015 een '0' is ingevoerd en voor alle regels na 1 januari 2015 een '1' is ingevoerd. Dit is gedaan om het effect van de marktwerking vanaf 1 januari 2015 te meten. Daarnaast kijkt het 2^e enkelvoudige lineaire regressiemodel of er een significante tijdstrend in de afhankelijke variabele zit. Hiervoor is er een variabele *Jaar* aangemaakt waarbij 2012, het 1^e jaar binnen de data, de waarde '0' heeft, 2013 de waarde '1' en zo verder. Met het laatste meervoudige lineaire regressiemodel worden de onafhankelijke variabelen van de 2 voorgaande modellen beiden toegevoegd tezamen met de derde gemaakt variabele *Dummy25jaar*. Deze variabele geeft het interactie-effect weer tussen de dummyvariable voor het effect van marktwerking en de jaren die in de dataset zitten. Dit laatste model geeft weer of er na 2015 een verschuiving van de tijdstrend heeft plaatsgevonden. Gezien de perfecte positieve correlatie (Tabel 7, Appendix) tussen de gemaakte dummyvariabelen *Dummy2015* en *Dummy25Jaar* elimineerde het statistiekprogramma SPSS steeds 1 onafhankelijke variabele vanwege multicollineariteit. Hierdoor was dit model niet van toegevoegde waarde en kon niet worden weergegeven of er na 2015 een verschuiving van de tijdstrend heeft plaatsgevonden. Dit model is verder niet gebruikt bij de overige analyses en er is enkel vastgehouden aan de 1^e 2 modellen. Bij het gebruik van de regressiemodellen wordt een significantieniveau van 5% aangehouden.

Tabel 8. Omvang steekproeven

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totaal
Totaalaantal	525	531	538	550	628	577	3349
25%	131	133	135	138	157	144	838
10%	53	53	54	55	63	58	336
Jaarlijks terugkomend	349	349	349	349	349	349	2094
25%	87	87	87	87	87	87	522
10%	35	35	35	35	35	35	210

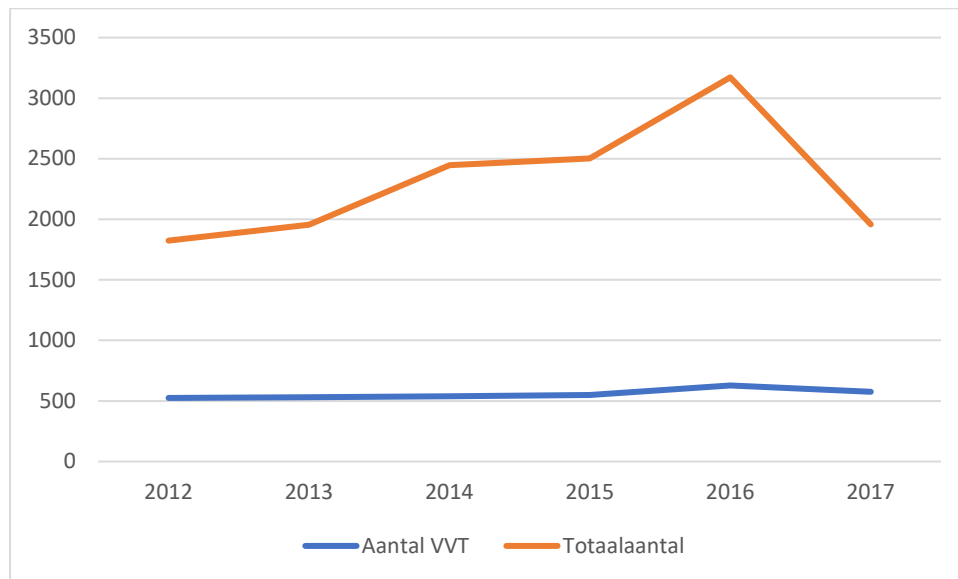
Bij de dataset zal onderscheid gemaakt worden tussen instellingen die elk jaar terugkomen en de overige instellingen. Vervolgens zal bij beide groepen gefilterd worden op de 10% en 25% best presterende zorginstellingen op basis van winstmarge (Tabel 8) waarna er gekeken zal worden of hier het effect van marktwerking terug te vinden is.

REV is het totaal verkopen van een bedrijf in een rapportageperiode. De rapportageperiodes zijn in de gebruikte dataset een jaar. Hierbij wordt geen verschil gemaakt tussen bruto en netto omzet. De winst, EBT, wordt ook wel het bedrijfsresultaat genoemd. Er is juist voor deze maatstaf gekozen aangezien het een maatstaf is voor de operationele activiteiten. Enkel de belasting wordt buiten beschouwing gelaten in deze maatstaf aangezien deze voor elk bedrijf relatief gelijk is en de instellingen kunnen deze kostenpost niet beïnvloeden. De overige kosten, inclusief interest, kunnen wel beïnvloed worden waardoor deze zijn meegenomen.

Resultaten

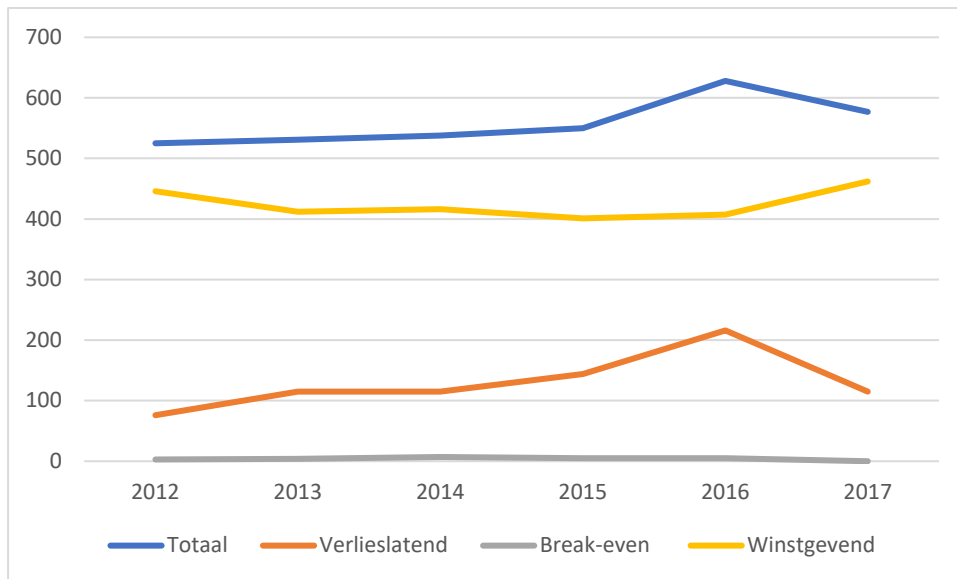
Verloop zorginstellingen

Allereerst is het belangrijk om het verloop van de aantallen binnen de sector VVT in relatie tot het totaal aantal zorginstellingen te analyseren. Op Figuur 5 is er vanaf 1 januari 2015 een stijging in het totaal aantal zorginstellingen te zien en vervolgens een daling. Het aantal VVT-instellingen, zie ook Figuur 5, volgt deze trend in geringe mate.

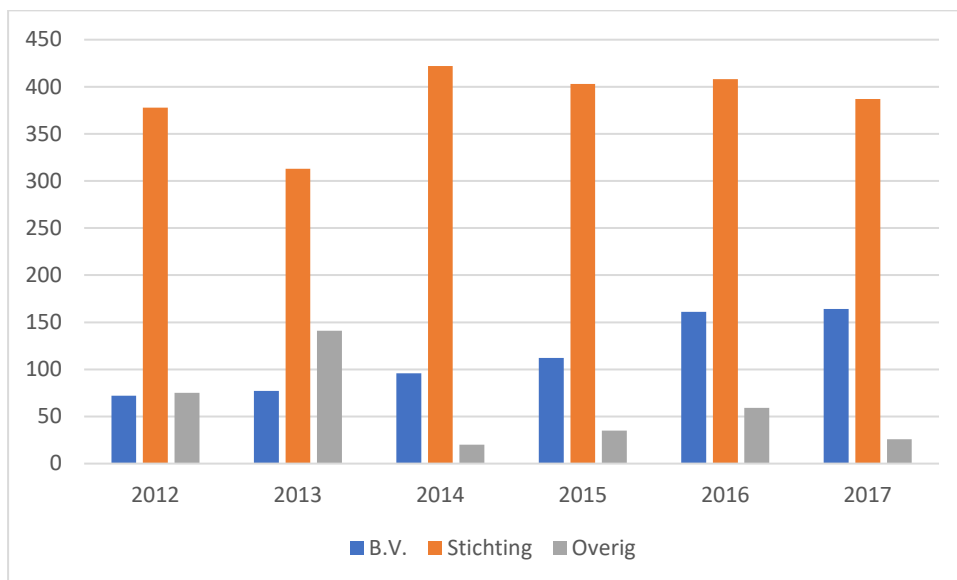


Figuur 5. Verloop zorginstellingen totaal en sector VVT

Er is een onderverdeling gemaakt in de sector VVT tussen verlieslatend, break-even en winstgevend om eventuele verschillen te analyseren. In Figuur 6 is te zien dat het aantal VVT-zorginstellingen dat break-even draait nagenoeg gelijk blijft door de jaren heen. Het aantal winstgevende ondernemingen stijgt vanaf 2016. In 2016 zijn ook het meest verlieslatende ondernemingen. Daarnaast blijkt uit Figuur 7 dat de grootste groep binnen de sector VVT bestaat uit stichtingen. Het aantal instellingen dat elk jaar terugkomt in relatie tot alle instellingen binnen de VVT staat in Tabel 8. Te zien is dat het aantal VVT stijgt en er in verhouding veel verloop is, vooral vanaf 2015.



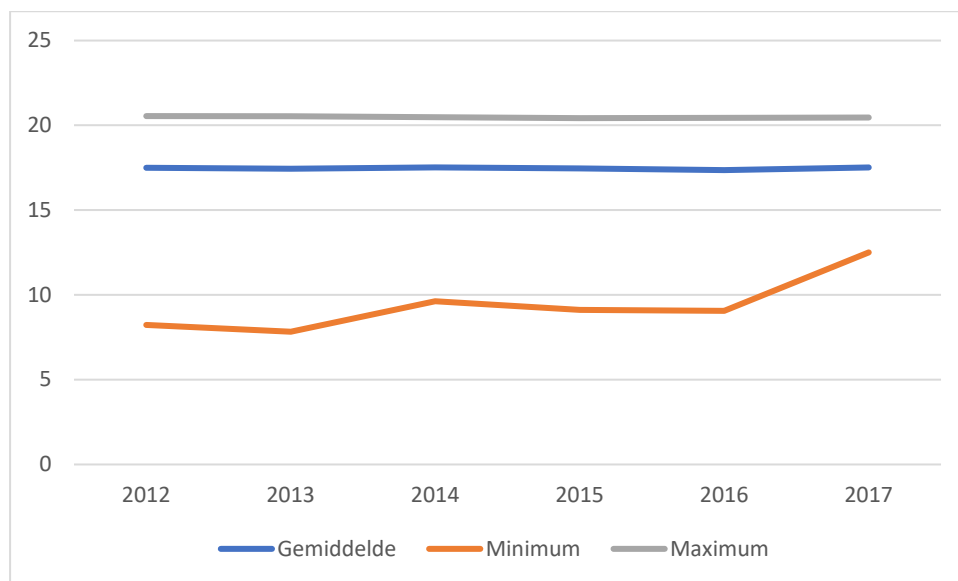
Figuur 6. Verloop aantallen sector VVT



Figuur 7. Aantallen gesorteerd op rechtsvorm sector VVT

Omzet

Door middel van lineaire regressiemodellen is onderzocht of daadwerkelijk het effect van marktwerking sinds 2015 terug te zien is in de omzet. Met het eerste model werd er gekeken of er een significante verandering in de omzet heeft plaatsgevonden na 1 januari 2015. Dit was echter niet het geval. Daarnaast liet het tweede model zien dat er geen significante tijdstrend in omzet te bespeuren was (Tabel 9, Appendix). Het niet significant zijn van de enkelvoudige lineaire regressieanalyses kan zowel te wijten zijn aan de toename van de omvang als aan de stijging van het aantal VVT-instellingen. Indien de opbrengsten zouden stijgen door de jaren kan dit effect tenietgedaan worden door het tegelijkertijd opkomen van kleine ondernemingen met relatief geringe opbrengsten.



Figuur 8. Gemiddelde, minimum en maximum van de variabele log - REV

Aangezien met de voorgaande modellen geen significant effect van marktwerking is te vinden is er derhalve voor de omzet enkel gekeken naar de zorginstellingen die gedurende 2012 tot en met 2017 in de dataset zaten. De lineaire regressiemodellen zijn uitgevoerd voor deze totale dataset (Tabel 10, Appendix), en daarnaast voor naar 10% en 25% van de best presterende instellingen op basis van de winstmarge. Dit is gedaan omdat onder andere in het onderzoek van Suijs & Verbon (2018) de beter presterende instellingen werden belicht waaruit bleek dat er buitensporige winstmarges werden behaald bij kleine ondernemingen. Wanneer de populatie symmetrisch verdeeld was had het gemiddelde in het midden gelegen. Nu blijkt dat het scheef verdeeld is en derhalve is het interessant om de instellingen die het gemiddelde omhoogtrekken te bekijken (Figuur 8).

Bij deze analyses bleek dat model 2 significant was bij de 25% best presterende met een waarde van ongeveer 2 miljoen (Tabel 12, Appendix). Daarnaast was model 1 significant bij de 10% best presterende met een waarde van ongeveer 8 miljoen (Tabel 11, Appendix). Echter hadden ze beide een lage R2, respectievelijk 1,2% en 2%, waardoor er slechts weinig verklaard wordt van de variantie van REV. Op deze 2 modellen na is er geen effect van marktwerking terug te vinden en is er geen sprake van een significante tijdstrend. Derhalve moet er geconcludeerd worden dat er in dit onderzoek niets over de omzet van de zorginstellingen binnen de VVT gezegd kan worden met betrekking tot de marktwerking. Zoals eerder gezegd moet marktwerking zorgen voor lagere kosten. Naar alle waarschijnlijkheid blijven de opbrengsten relatief gelijk en wordt vooral de kostenkant en indirect de winst beïnvloedt door marktwerking.

Winst voor belasting

Voor de afhankelijke variabele EBT zijn dezelfde analyses uitgevoerd als bij de afhankelijke variabele omzet. Wanneer er werd gekeken naar alle VVT-instellingen waren de modellen met *Winstmarge* significant waardoor voor *Winstmarge* wel effect van marktwerking terug te zien is (Tabel 13, Appendix). Daarnaast is er net zoals voor de omzet ook voor de EBT gekeken naar de 10% best presterende ondernemingen gekeken op basis van de winstmarge en getoetst met de enkelvoudige lineaire regressiemodellen of er sprake was van een samenhang met marktwerking.

Tabel 14. Gemiddeldes Winstmarge per jaar (%)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totaal	3,61	3,07	2,65	2,88	5,12	4,23
25%	13,04	13,30	11,99	15,00	24,41	16,22
10%	20,81	23,06	19,76	26,86	44,89	27,42

Zoals in Tabel 14 te zien is blijkt dat de winstmarges fluctueren al is een stijging te zien vanaf 2015 wat Figuur 9 (Appendix) illustreert. Derhalve is logischerwijs gebleken dat de modellen met *Winstmarge* als afhankelijke variabele allemaal significant waren.

De enkelvoudige lineaire regressie, zie tabel 15 (Appendix) met *Winstmarge* als afhankelijke variabele en *Dummy2015* als verklarende variabele liet zien dat het effect van de stelselwijziging wel significant was met een waarde van 0,123 bij de 10% best presterende instellingen. Dit bleek ook uit het enkelvoudige lineaire regressiemodel op de 25% best presterende instellingen (Tabel 16, Appendix). De bèta van de significante variabele *Dummy2015* heeft hier een waarde van 0,06. Zelfs wanneer het model werd toegepast op de totale dataset bleek dat *Dummy2015* significant was met een waarde van 0,01 (Tabel 13, Appendix). Opvallend waren de resultaten welke beschreven staan in Tabel 17 (Appendix). Deze resultaten laten zien de *Dummy2015* een negatieve waarde heeft van 0,015 bij

ondernemingen welke gedurende de gehele periode in de dataset waren opgenomen. Mogelijk is het lastig voor bestaande zorgaanbieders om goed om te gaan met het nieuwe zorgstelsel. Echter moet de voetnoot gemaakt worden dat de R2 slechts een gering deel van de variantie van *Winstmarge* verklaren, dit was bij de besproken modellen respectievelijk 12,3%, 4,1%, 2,1% en 2,1%. De resultaten en effecten waren terug te zien in de verschillen tussen de gemiddeldes per periode (Tabel 18).

Tabel 18. Gemiddeldes Winstmarge en Dummy2015 (%)

	2012- 2014 (Dummy2015 = 0)	2015 – 2017 (Dummy2015 = 1)
Totaal	3,11	4,08
25%	12,78	18,54
10%	21,21	33,06

Ten slotte bleek voor model 2 met betrekking tot *Winstmarge* te gelden dat elke analyse significant was. De waardes voor de bèta van de afhankelijk variabele *Jaar* wanneer gekeken werd naar de totale dataset, de 25% en 10% best presterende waren achtereenvolgend 0,031, 0,016 en 0,003. Ook hier bleek dat de waarde van de variabele *Jaar*, wanneer enkel werd gekeken naar de instellingen die de gehele periode in de dataset zaten, negatief was, namelijk - 0,004. De R2 was echter ook laag, variërend van 0,2% tot 9,2%.

Discussie & Conclusie

De alternatieve hypothese luidt als volgt: ‘De omzet en de winst stijgen over de tijd’. Uit de resultaten bleek dat de modellen met *REV* als afhankelijke variabele bij de totale dataset niet significant waren. Om zowel de effecten van omvang als van nieuwe instellingen te elimineren is er vervolgens enkel gekeken naar de instellingen die gedurende de gehele periode in de dataset opgenomen waren. Echter waren ook bij deze analyse nagenoeg alle modellen niet significant. Enkel model 2 was significant bij de 25% best presterende en model 1 significant bij de 10% best presterende van de in elk jaar vertegenwoordigde ondernemingen (Tabel 18). Ze hadden beide een lage R2 waardoor er slechts weinig verklaard wordt van de variantie van *REV*. Derhalve kan er niets over de omzet van de VVT-instellingen gezegd worden. Marktwerking lijkt dus geen effect te hebben op de omzet van VVT-instellingen.

Tabel 18. Overzichtstabel Resultaten (* = significant)

	Steekproef 1 (Totaal)		Steekproef 2 (Jaarlijks terugkomend)	
	Dummy2015	Jaar	Dummy2015	Jaar
Omzet	-1.692.970,80	-212.856,60	311.313,25	265.379,88
25%	-	-	5.633.227,39	*2.259.202,15
10%	-	-	*8.233.706,10	2.007.801,87
Winstmarge	*0,01	*0,003	-0,015	*-0,004
25%	*0,06	*0,016	-	-
10%	*0,123	*0,031	-	-

Daarentegen bleek dat alle lineaire regressiemodellen met *Winstmarge* als afhankelijke variabele wel significant waren. Een opmerkelijk resultaat was dat de *Dummy2015* voor alle modellen een positieve waarde had met uitzondering van het model voor ondernemingen die in de gehele periode in de dataset zaten (Tabel 18). Marktwerking lijkt dus wel effect te hebben op de winstmarges van VVT-instellingen. Naar aanleiding van deze bevindingen kan de nulhypothese slechts gedeeltelijk worden verworpen, enkel voor de winst, aangezien het effect van marktwerking wel is vastgesteld bij alle analyses met betrekking tot de winstmarges maar niet bij analyses met betrekking tot de omzet waardoor er niet gesteld kan worden dat bij de gehele VVT-sector sprake is van het effect van marktwerking.

Met het nieuwe zorgstelsel is er gedecentraliseerd, meer marktwerking ingevoerd, met het oog op het reduceren van kosten van de gezondheidszorg, verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De overheid speelt hier een belangrijke rol in gezien de vereiste toegankelijkheid van de zorg, waardoor de rol van verzekeraars als kritische inkoper niet geheel opgaat. Maar of het beoogde doel van de overheid bereikt is door middel van het nieuwe zorgstelsel?

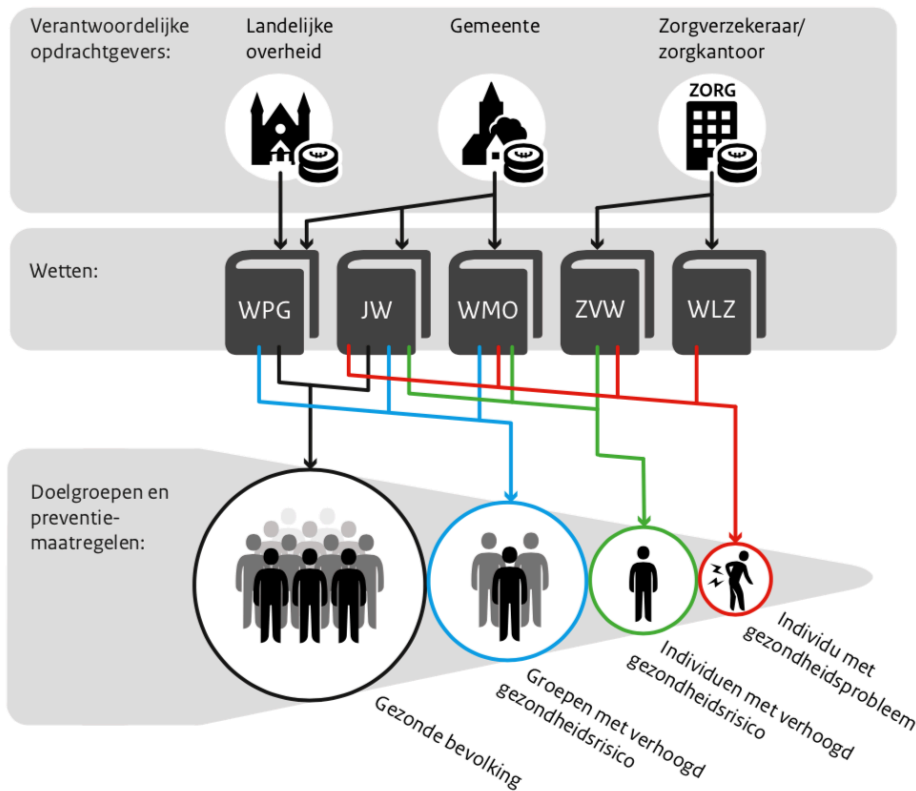
De winstmarges, vooral bij kleine ondernemingen, nemen in tegenstelling tot de omzet significant toe, maar dit hoeft niet direct te betekenen dat de zorgkosten ook daadwerkelijk lager worden voor de gemeenschap.

Deze scriptie is gelimiteerd gezien de tijd en expertise. Ook is in dit onderzoek gewerkt met de data welke online verkregen en niet geverifieerd is. Derhalve zijn een aantal veronderstellingen gemaakt wat de verifieerbaarheid in de praktijk niet ten goede komt. Het is interessant om in de toekomst jaren toe te voegen aan de dataset om een beter zicht te krijgen op de effecten van marktwerking. Ten slotte kan er met meer variabelen gewerkt worden dan de gebruikte variabelen in dit onderzoek om op deze manier analyses te maken welke veelomvattender zijn.

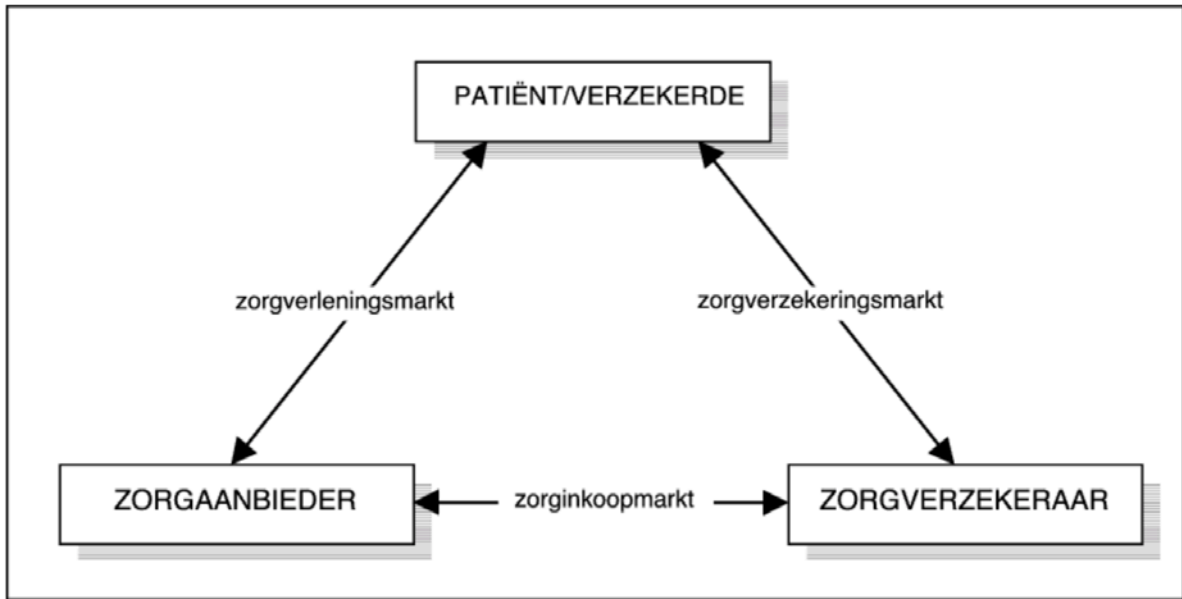
Appendix



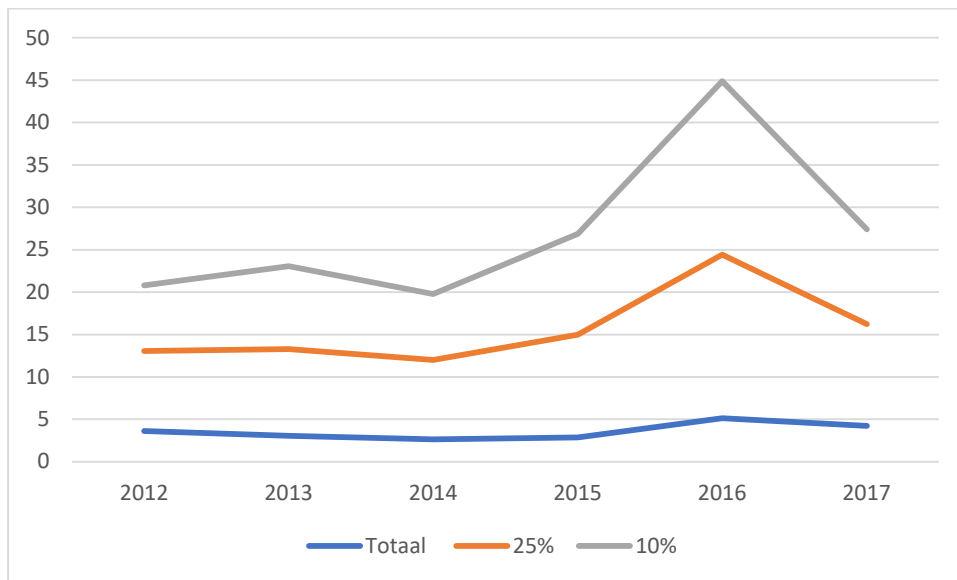
Figuur 1. Overzicht zorgwetten (Rijksoverheid, 2016)



Figuur 2. Schematische weergave wetten en verantwoordelijkheden in Nederland (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015)



Figuur 3. Zorgschema markten (Overheid.nl, 2005)



Figuur 9. Verloop Winstmarges van de totale dataset en de 10% en 25% best presterende ondernemingen

Tabel 1. Variabelen geselecteerd uit dataset DigiMV 2012-2017

Variabele	Afkorting	Definitie
Instelling		
NVT	ConcernCode	Company identifier code
NVT	KvK	registration number Kamer van Koophandel
Rechtsvorm		
NVT	BV	=1 wanneer zorginstelling een B.V. is
NVT	ST	=1 wanneer zorginstelling een stichting is
NVT	OVG	=1 wanneer BV=0 en ST=0
Soort instelling		
q0_010a#01	UMC	=1 wanneer universitair medisch centrum
q0_010a#02	ZKH	=1 wanneer ziekenhuis
q0_010a#05	RVC	=1 wanneer revalidatiecentrum
q0_010a#06	ZBC	=1 zelfstandig behandelcentrum is
Sector		
q0_010a#09	GGZ	=1 bij actief in geestelijke gezondheidszorg
q0_010a#10	MOVO	=1 bij actief in maatschappelijke opvang
q0_010a#11	GHZ	=1 bij actief in gehandicaptenzorg
q0_010a#13	VVT	=1 bij actief in verpleging, verzorging en thuiszorg
q0_010a#15	KRZ	=1 bij actief in kraamzorg
q0_010a#16	JGZ	=1 bij actief in jeugdzorg
Financieel		
jeu08300	PPE	Property plant and equipment
jeu08500	NCA	Non current assets
jeu09100	CASH	Cash and cash equivalents
jeu09300	TA	Total assets
jeu09700	SEQ	Shareholders' equity
jeu10000	LTD	Long term debt
jeu10100	CL	Current liabilities
jeu10250	TL	Total liabilities
jeu10800	REV	Revenues
jeu11100	OOPX	Operating expenses
jeu11210	EBIT	Earnings before interest and taxes
jeu11400	INTX	Interest expenses
jeu11500	EBT	Earnings before taxes
jeu11600	TAX	Income taxes
jeu12000	EXOI	Extraordinary items
jeu12100	NI	Net income
jeu12201	CAPX	Capital expenditures
jeu12601	DEBT	Debt
jeu13251	SALX	Salary expenses
jeu13341	RENTX	Rent expenses

Tabel 7. Correlatietabel relevante (dummy)variabelen

		Dumm y2015	Dumm y25 Jaar	Jaar	REV	EBT	Winst marge
Dummy2015	Pearson Correlation	1,000	1,000	0,881	-0,011	-0,147	0,044
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,528	0,284	0,012
Dummy25Jaar	Pearson Correlation	1,000	1,000	0,881	-0,011	-0,147	0,044
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,528	0,284	0,012
Jaar	Pearson Correlation	0,881	0,881	1,000	-0,005	-0,182	0,042
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000		0,787	0,185	0,015
REV	Pearson Correlation	-0,011	-0,011	-0,005	1,000	-0,039	-0,100
	Sig. (2-tailed)	0,528	0,528	0,787		0,780	0,000
EBT	Pearson Correlation	-0,147	-0,147	-0,182	-0,039	1,000	0,538
	Sig. (2-tailed)	0,284	0,284	0,185	0,780		0,000
Winstmarge	Pearson Correlation	0,044	0,044	0,042	-0,100	0,538	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,012	0,012	0,015	0,000	0,000	

Tabel 9. Omzet met respectievelijk 2015dummy en Jaar als onafhankelijke variabelen (Berekend met totale data VVT - instellingen)

	β	Std. Error	Beta	T	Sig.
Model 1					
Constante	39.297.418,4	1.942.747,85		20,228	0,000
Dummy2015	-1.692.970,8	2.683.709,18	-0,011	-0,631	0,528
Model 2					
Constante	38.960.272,2	2.433.087,41		16,013	0,000
Jaar	-212.856,6	785.818,385	-0,005	-0,271	0,787

Tabel 10. Omzet met respectievelijk 2015dummy en Jaar als onafhankelijke variabelen (Berekend met data van jaarlijks terugkomende instellingen)

	β	Std. Error	Beta	T	Sig.
Model 1					
Constante	46.162.214,9	2.405.814,84		19,188	0,000
Dummy2015	311.313,252	3.402.335,98	0,002	0,091	0,927
Model 2					
Constante	45.654.421,8	3.015.803,38		15,138	0,000
Jaar	265.379,876	996.087,073	0,006	0,266	0,790

Tabel 11. Omzet met respectievelijk 2015dummy en Jaar als onafhankelijke variabelen (Berekend met data van 10% best presterende jaarlijks terugkomende instellingen)

	β	Std. Error	Beta	T	Sig.
Model 1					
Constante	8.196.415,48	2.855.941,77		2,870	0,005
Dummy2015	8.233.706,10	4.038.911,59	0,140	2,039	0,043
Model 2					
Constante	7.293.763,84	3.591.049,28		2,031	0,044
Jaar	2.007.801,87	1.186.084,54	0,117	1,693	0,092

Tabel 12. Omzet met respectievelijk 2015dummy en Jaar als onafhankelijke variabelen (Berekend met data van 25% best presterende jaarlijks terugkomende instellingen)

	β	Std. Error	Beta	T	Sig.
Model 1					
Constante	18.186.415,9	2.185.377,40		8,322	0,000
Dummy2015	5.633.227,39	3.090.590,36	0,080	1,823	0,069
Model 2					
Constante	15.355.024,2	2.731.834,52		5,621	0,000
Jaar	2.259.202,15	902.295,244	0,109	2,504	0,013

Tabel 13. Winstmarge met respectievelijk 2015dummy en Jaar als onafhankelijke variabelen (Berekend met totale data VVT - instellingen)

	β	Std. Error	Beta	T	Sig.
Model 1					
Constante	0,031	0,003		10,617	0,000
Dummy2015	0,010	0,004	0,044	2,525	0,012
Model 2					
Constante	0,029	0,004		7,907	0,000
Jaar	0,003	0,001	0,042	2,432	0,015

Tabel 15. Winstmarge met respectievelijk 2015dummy en Jaar als onafhankelijke variabelen (Berekend met data van 10% best presterende instellingen)

	β	Std. Error	Beta	T	Sig.
Model 1					
Constante	0,212	0,013		16,291	0,000
Dummy2015	0,123	0,018	0,350	6,837	0,000
Model 2					
Constante	0,196	0,017		11,819	0,000
Jaar	0,031	0,005	0,304	5,834	0,000

Tabel 16. *Winstmarge* met respectievelijk *2015dummy* en *Jaar* als onafhankelijke variabelen
(Berekend met data van 25% best presterende instellingen)

	β	Std. Error	Beta	T	Sig.
Model 1					
Constante	0,128	0,007		17,546	0,000
Dummy2015	0,060	0,010	0,202	5,960	0,000
Model 2					
Constante	0,119	0,009		12,988	0,000
Jaar	0,016	0,003	0,178	5,240	0,000

Tabel 17. *Winstmarge* met respectievelijk *2015dummy* en *Jaar* als onafhankelijke variabelen
(Berekend met data van jaarlijks terugkomende instellingen)

	β	Std. Error	Beta	T	Sig.
Model 1					
Constante	0,030	0,002		18,417	0,000
Dummy2015	-0,015	0,002	-0,143	-6,630	0,000
Model 2					
Constante	0,033	0,002		16,445	0,000
Jaar	-0,004	0,001	-0,144	-6,652	0,000

Bibliografie

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2015). Opgehaald van Rijksoverheid:
www.rijksoverheid.nl
- Accountancy vanmorgen. (2018, september 4). Opgehaald van Accountancy vanmorgen:
<https://www.accountancyvanmorgen.nl/2018/09/04/ey-winst-zorg-stijgt-werknemers-lopen-weg/>
- AD. (2019, maart 1). Opgehaald van AD: <https://www.ad.nl/politiek/marktwerking-in-de-zorg-is-doorgeslagen~acd16e4e/>
- Arrow, K. J. (2001). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 851-883.
- Cutler, D. M. (2002). Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. *Journal of Economic Literature*, 881-906.
- De Telegraaf. (2016, juni 30). Opgehaald van De Telegraaf:
<https://www.telegraaf.nl/nieuws/400205/deze-10-bv-s-maken-de-hoogste-winsten-in-de-zorg>
- De Volkskrant. (2006, januari 12). Opgehaald van De Volkskrant: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/geldverslindend-zorgstelsel-moest-op-de-schop~b9a683ac/>
- De Vries, M., & Kossen, J. (2015). Zó werkt de zorg in Nederland. In M. De Vries, & J. Kossen, *Zó werkt de zorg in Nederland* (pp. 131-140). De Argumentenfabriek.
- De Vries, M., & Kossen, J. (2015). Zó werkt de zorg in Nederland. In D. Vries, Maaïke, & J. Kossen, *Zó werkt de zorg in Nederland* (pp. 23-32). De Argumentenfabriek.
- Donaldson, C., & Gerard, K. (1993). Economics of health care financing. In C. Donaldson, & K. Gerard, *Economics of health care financing* (pp. 15-50). London: Palgrave.
- Follow the money. (2018, juli 5). Opgehaald van Follow the money: <https://www-ftm-nl.eur.idm.oclc.org/artikelen/gehaaide-ondernemers-maken-dikke-winst-in-de-zorg?share=1>
- Hölstrom, B. (1979). Moral Hazard and Observability. *The Bell Journal of Economics*, 74-91.
- ICT & health. (2019, maart 4). Opgehaald van ICT & health Transforming Healthcare Through Technology: <https://www.icthealth.nl/nieuws/zorgorganisaties-roepen-op-tot-nieuw-zorgstelsel/>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (sd). Opgehaald van Monitor Landelijke Zorg:
<https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/extramurale-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016, januari). Opgehaald van Rijksoverheid:
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, April 9). Opgehaald van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/zzp-zorgprofiel>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018, april 9). Opgehaald van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/zzp-zorgprofiel>

NRC. (2016, januari 16). Opgehaald van NRC: <https://www.nrc.nl/nieuws/2016/01/16/tweeslachtige-zorg-1576506-a567212>

NRC. (2018, november 9). Opgehaald van NRC: <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/11/09/wat-is-nu-echt-marktwerking-in-de-zorg-a2754677>

Overheid.nl. (2005, juli 26). Opgehaald van Overheid.nl: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30186-3.html>

Rabobank. (2014, september 16). Opgehaald van RaboResearch - Economisch Onderzoek: <https://economie.rabobank.com/publicaties/2014/september/grootschalige-hervormingen-zorgstelsel-in-2015/>

Reiss, J. (2013). Philosophy of economics: a contemporary introduction. In J. Reiss, *Philosophy of economics: a contemporary introduction* (pp. 230-252). Routledge.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2016, 3 29). Opgehaald van RIVM De zorg voor morgen begint vandaag: <https://www.rivm.nl/publicaties/preventie-in-zorgstelsel-wat-kunnen-we-leren-van-buitenland-eerste-inventarisatie-op>

Rijksoverheid. (2016, februari 9). *Het Nederlandse zorgstelsel*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>

Ross, S. A. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *The American Economic Review*, 134-139.

Ruwaard, S. (2018). Purchasing healthcare: beyond getting the financial incentives right.

Schut, F., & Varkevisser, M. (2014). In F. T. Schut, & M. Varkevisser, *Economie van de gezondheidszorg* (pp. 358-398). Amsterdam: Reed Business Education.

Schut, F., & Varkevisser, M. (2014). Economie van de gezondheidszorg. In F. T. Schut, & M. Varkevisser, *Economie van de gezondheidszorg* (pp. 86-87). Amsterdam: Reed Business Education.

Schut, F., & Varkevisser, M. (2016). Hebben zorgverzekeraars teveel macht? *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*.

Suijs, J., & Verbon, H. (2018). De winsten van zorginstellingen. *Beleid en Maatschappij*, 46-77.

Zorg Verandert. (2018, februari). Opgehaald van Zorg Verandert: <https://www.zorgverandert.nl/toolkit/brochure-'de-wetten-zorg-en-ondersteuning-sinds-2015---eenvoudig-verteld'>