

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
Erasmus School of Economics
Bachelorscriptie [programma: Financial accounting]

Abnormale winsten bij zorginstellingen

Naam: Marjon Freijssen

Studentennummer: 506942

Begeleider: Jeroen Suijs

Tweede beoordelaar: Roeland Aernoudts

Datum definitieve versie: 5-7-2021

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

Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
1.1 Aanleiding.....	2
1.2 Relevantie.....	4
2. Theoretisch kader	4
2.1 Wat wordt onder (abnormale) winsten verstaan?.....	4
2.2 Wat typeert zorginstellingen in Nederland?	6
2.2.1 Soorten zorginstellingen.....	8
2.2.2 Winst in de zorg.....	8
2.3 Welke aspecten kunnen abnormale winsten in zorginstellingen veroorzaken?.....	10
2.3.1 Kostenstructuur.....	11
2.3.2 Personeelskosten	12
3. Methode	14
4. Data	17
4.1 De omvang van zorginstellingen	19
4.2 De kostenstructuur.....	21
4.3 Loonkosten	25
4.4 Overige kosten.....	30
5. Conclusies en aanbevelingen	33
6. Bibliografie.....	35

1. Inleiding

In Nederland worden zorgorganisaties grotendeels uit publieke middelen betaald. Alle Nederlanders zijn verplicht een basisverzekering voor de zorg af te sluiten en dus bij te dragen aan de kosten van zorgverlening. Nederland heeft een zorgstelsel met 4 stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Wet langdurige zorg (Wlz) (Rijksoverheid). Rond 2006 werd dit marktmechanisme van de zorg in Nederland geïntroduceerd. Verzekeraars zouden een grotere rol gaan spelen bij het ‘inkopen van zorg’. Hierdoor zouden bijvoorbeeld ziekenhuizen, onder druk van de ‘tucht van de verzekeraars’, de prijzen verlagen en de kwaliteit van zorg verbeteren (Stellinga, 2012). Uit het onderzoek van Zelený & Bencko (2015) blijkt dit echter niet. Zij geven aan dat zorgsystemen met een grotere invloed van de particuliere sector over het algemeen een lagere bezetting, niet significant betere prestaties en hogere uitgaven hebben in vergelijking tot de publieke sector. Dit lijkt in strijd met de gewenste gevolgen die zouden moeten voortkomen uit de invoering van marktwerking in de zorgsector.

1.1 Aanleiding

In het artikel van Suijs & Verbon (2018) worden gevolgen van marktwerking in de zorg in Nederland onderzocht. Suijs & Verbon (2018) keken naar financiële indicatoren bij zorginstellingen zoals winst en maakten bij de zorginstellingen een onderverdeling naar omvang en organisatievorm. Suijs & Verbon (2018) kwamen in hun onderzoek hele hoge winsten bij een aantal zorginstellingen tegen. Deze hoge winsten lagen ver boven de gemiddelde winsten van zorginstellingen. Hierbij is specifiek naar de nettowinst en nettowinstmarge gekeken. Zij trekken de conclusie dat deze hoge winsten verklaard kunnen worden door zowel declaratiefraude als door efficiënt te werken. De Bekker & Van der Hijden (2018) gingen door op het onderzoek van Suijs & Verbon (2018). De Bekker & Van der Hijden stelden dat Suijs & Verbon (2018) keken naar de oorzaak van hoge winsten in zorginstellingen en in hoeverre deze hoge winsten maatschappelijk verantwoord zijn. De Bekker & Van der Hijden (2018) keken naar een ander aspect van winst. Zij keken naar welke mogelijkheden er zijn om winst te beperken, zoals het afspreken van lagere tarieven en eventuele drempels voor nieuwe zorgaanbieders. Zij keken dus of het mogelijk is om wettelijke kaders te stellen om deze hogere winsten te beperken. In de afgelopen jaren is er naar aanleiding van het onderzoek van Suijs & Verbon (2018) in Nederland ophef ontstaan

over de abnormale winsten die zorginstellingen genereren. Sommige zorginstellingen hebben veel hogere winsten dan het gangbare (Kamphuis, 2019). Van Ark (2021) kaartte dit probleem ook aan. Van Ark (2021) beschreef hoe Follow The Money (FTM) en KRO-NCRV's pointer vanaf 2017 de financiële cijfers van zorginstellingen met behulp van de DigiMV dataset analyseerden. Uit dit onderzoek werden bij 97 zorginstellingen structurele hogere winsten gevonden. De zorginstellingen die via misbruik van de wet- en regelgeving structureel hoge winsten maken, worden door FTM ook wel 'zorgcowboys' genoemd. De oorzaken zijn door Van Ark (2021) verder geanalyseerd, maar hier is geen eenduidige verklaring uit voortgekomen.

In het artikel van Vermanen (2021) wordt aangegeven dat in de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg voor bv's en stichtingen een winstmarge van ongeveer 3 procent gangbaar is. Vermanen (2021) vermeldt dat verschillende zorg-economen een grens van 10 procent winst hanteren als een maximale winstmarge. Verschillende zorginstellingen in Nederland hebben een structureel hoger percentage aan winst dan de grens van 10 procent. Vermanen (2021) geeft aan dat het niet gebruikelijk is om structureel meer dan 10 procent winst te realiseren in de zorg en oppert dat hier misschien frauduleuze activiteiten achter schuilen of dat er sprake is van een te grote focus op de commerciële kant. Het is mogelijk dat zorginstellingen efficiënter zijn gaan werken, maar structurele hogere winsten zijn dan nog steeds niet gebruikelijk. Bij bedrijven die boven dit percentage zitten is het dus van belang te onderzoeken hoe zij aan deze hogere winsten komen. Naar aanleiding hiervan is dan ook de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

***Welke factoren kunnen leiden tot een verklaring van abnormale winsten bij
zorginstellingen in Nederland?***

Om dit te onderzoeken zijn de volgende sub vragen opgesteld:

- Wat wordt onder (abnormale) winsten verstaan?
- Wat typeert zorginstellingen in Nederland?
- Welke aspecten kunnen abnormale winsten in zorginstellingen veroorzaken?
- Tot welke uitkomsten leidt de data analyse van de benoemde winst aspecten op basis van de DigiMV dataset.

1.2 Relevantie

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant, omdat er nog steeds veel onduidelijkheid is over de verklaring van de hoge winsten bij sommige zorginstellingen. Het is relevant voor de maatschappij, omdat zij met name een maatschappelijk belang bij zorginstellingen zien en zij deze niet zien als instellingen die hele hoge winsten creëren. Daarnaast is er een marktwerking tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen. Hierbij willen zorgverzekeraars een lage concurrerende premie berekenen en zorginstellingen juist een hoge vergoeding vragen voor hun prestaties. De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen kunnen dan belangrijker worden dan de kwaliteit van de zorg. Hier is de burger niet bij gebaat. Zoals hierboven is aangegeven is er onderzoek gedaan naar deze hogere winsten. Echter, het aantal onderzoeken naar deze hogere winsten is beperkt. In dit onderzoek wordt er specifiek op de kostenkant in gegaan en daarom is dit onderzoek ook wetenschappelijk relevant. Daarnaast is er nog geen eenduidige verklaring voor de vraag hoe deze abnormale winsten ontstaan. Op basis van een Nederlandse dataset zal onderzocht worden welke aspecten een verklaring kunnen vormen voor de hogere winsten.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zullen op basis van wetenschappelijke literatuur, de variabele uit de hoofdvraag nader onderzocht worden. Als eerst wordt er gekeken naar de definitie van winsten. Daarop volgend wordt er gekeken wanneer winsten kunnen worden gedefinieerd als *abnormale* winsten. Vervolgens wordt er gekeken hoe de marktwerking is ontstaan, wat zorginstellingen zijn en welke soorten zorginstellingen er in Nederland zijn. Daarnaast wordt ook gekeken wat de winstgrenzen zijn bij zorginstellingen. Als laatst worden deze variabelen samen genomen en wordt er gekeken hoe abnormale winsten bij zorginstellingen kunnen ontstaan.

2.1 Wat wordt onder (abnormale) winsten verstaan?

Bij het oprichten van een bedrijf of organisatie is vaak het doel om winst te maken. De meeste winkels die nu in de winkelstraten te zien zijn maken als het goed is winst. Zonder winst is het lastig om te blijven bestaan voor bedrijven. Als bedrijven namelijk structureel verlies maken gaan deze bedrijven failliet. Een groot deel van de zorginstellingen in Nederland maakt winst

door het marktmechanisme wat is ingevoerd in de zorg. Winst is geen eenduidig begrip, zoals Littleton (1928) ook beschrijft. De verschillende definities van winst worden door Littleton vanuit de gebieden van economie, accounting en rechten weergegeven. Eén van de definities vanuit het gebied van accounting, is dat winst de waarde van het bruto inkomen verminderd met de waarde van de kosten is. Littleton (1928) geeft aan dat Amerikaanse schrijvers dit op een zelfde manier beschrijven, namelijk dat winst het overschot van inkomsten boven kosten is. Eén van de definities vanuit het economisch perspectief is dat winst het overschot is wat overblijft van de opbrengsten na aftrek van alle kosten van een organisatie. Deze definities kunnen betrekking hebben op een bepaalde dienst of product, maar ook over een bepaalde periode zoals een jaar. Simpel gezegd is winst de opbrengsten minus alle kosten. McKee (1989) definieert winst vanuit het algemene idee als het rendement dat ontstaat door het gebruik van kapitaal in een onderneming, nadat verschillende gekochte of gehuurde factoren hun contractuele betaling hebben ontvangen. Dit zijn dus alle opbrengsten die worden verkregen minus alle uitgaven. Maynard (1994) bevestigt dit. In het algemeen is winst het overschot van inkomsten boven uitgaven. Maynard (1994) is het alleen niet eens met deze algemene definitie, omdat uitgaven alleen de stroom van kasgelden is. Onder uitgaven vallen bijvoorbeeld niet de afschrijvingskosten, dit zijn alleen kosten. Voor dit onderzoek worden kosten gebruikt in plaats van uitgaven, omdat niet de uitgaven maar de kosten van belang zijn voor het resultaat van een onderneming. Waardoor winst in dit onderzoek wordt gedefinieerd als opbrengsten minus kosten.

Zoals beschreven is in de inleiding hebben Follow The Money en KRO-NCRV's pointer alle zorginstellingen onderzocht die winst maken. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat een aantal zorginstellingen structureel exorbitante winsten maakt, ook wel abnormale winsten genoemd. Bou & Satorra (2007) gebruiken het onderzoek van Jacobson (1988) en geven aan dat van abnormale winsten sprake is als winsten significant verschillen van het gemiddelde of evenwicht. Er wordt geen duidelijke definitie gegeven van wat significant in dit geval betekend. Volgens Suijs & Verbon (2018) liggen de netto winstmarges gemiddeld rond de 2%. In het artikel van Vermanen (2019) wordt eerder onderzoek van Suijs en Verbon aangehaald. Vermanen (2019) benoemt dat Suijs en Verbon aangaven dat als een zorginstelling een winstmarge van meer dan 10% heeft, dit een reden is om de winst van deze zorginstelling beter te onderzoeken omdat dit erg afwijkt van het gemiddelde van 2%. In dit onderzoek wordt daarom een winstmarge die groter is dan 10% als grens genomen om winst als abnormaal te bestempelen bij zorginstellingen. Als een winstmarge dus boven de 10% is,

wijkt deze significant af van het gemiddelde. Daarnaast is de duur van abnormale winsten bij zorginstellingen van belang. McGahan & Porter (2003) constateren dat bedrijven die aanhoudend goed presteren ook deze voordelen lijken te behouden en dus goed blijven presteren in de toekomst. De zorginstellingen die door Suijs & Verbon (2018) zijn onderzocht haalden minimaal 2 jaar op een rij abnormale winsten. Deze abnormale winsten waren dus niet incidenteel, maar vonden meerdere jaren achter elkaar plaats, wat als structureel hoge winsten kan worden bestempeld (van Ark, 2019). Voor dit onderzoek wordt met structureel abnormale winsten bedoeld dat abnormale winsten minimaal 2 jaar achter elkaar behaald worden.

Bedrijven willen volgens Griffiths, Jensen, & Webster (2011) een concurrentie voordeel behalen ten opzicht van hun concurrenten. Dit kan een organisatie behalen door middel van een investering in kostenefficiëntie of een investering om imitatie te voorkomen, zoals hierna wordt toelicht. Griffiths, Jensen, & Webster (2011) halen hier Rumelt (1991) aan die dit in meer detail beschrijft. Winst kan volgens Rumelt (1991) ontstaan door bijvoorbeeld unieke schenkingen of acties, bedrijfsspecifieke vaardigheden, reputaties of kennis. Daarnaast kan volgens Rumelt (1991) een competitief voordeel ontstaan, als er strategieën worden gebruikt om te zorgen dat niks kan worden gekopieerd door concurrenten (imitatie). Griffiths, Jensen, & Webster (2011) beschrijven dat door kostenefficiëntie een organisatie abnormale winsten kan behalen. Een effect wat door kostenefficiëntie kan ontstaan, is de groei van een organisatie. Deze groei kan weer helpen bij het creëren van nog meer abnormale winsten. Abnormale winsten komen volgens Jacobsen (1988) voort uit het onevenwichtigheid fenomeen in een competitieve markt. Dit fenomeen houdt in dat bepaalde interne of externe factoren ervoor zorgen dat een markt niet in evenwicht is. Een interne factoren is bijvoorbeeld innovatie en externe factoren zijn bijvoorbeeld schokken in vraag en aanbod of de voorkeuren van individuen die veranderen. In dit onderzoek zal één van de aspecten voor het ontstaan van abnormale winsten kostenefficiëntie zijn.

2.2 Wat typeert zorginstellingen in Nederland?

Volgens Polder, Hoogland, Jochemsen & Strijbos (1997) is in de jaren negentig nog sprake van een 'guild free-choice market' in Nederland. De 'guild free-choice market' elimineert de mogelijkheid van concurrentie en het recht van patiënten om te kiezen tussen concurrerende aanbieders (Weller, 1984). Lange tijd hebben beleidsmakers en belangengroepen namelijk

aangenomen dat concurrentie met betrekking tot gezondheidsdiensten niet werkte. Enthoven (1986) omschrijft de ‘guild free-choice market’ als een markt waarbij elk “verzekeringsplan” de keuze voor een aanbieder aan de patiënt laat. Hierbij speelt het kostenbewustzijn bij patiënten geen rol in het kader van de gezondheidsdiensten. De prijzen van de aanbieders zijn bij een ‘guild free-choice market’ gelijk aan elkaar waardoor er geen ongelijkheid kan ontstaan als patiënten een keuze maken. Polder, Hoogland, Jochemsen & Strijbos (1997) geven aan dat Nederland in de jaren negentig een pleidooi heeft gehouden voor concurrentie in de gezondheidszorg, omdat zij het niet eens waren met de ‘guild free-choice market’. Met dit pleidooi zouden de normen en regelgeving van instellingen veranderen zodat concurrentie mogelijk zou worden. Hierbij moest er wel een concurrentiebeleid komen, waarbij samenwerking van partijen op de markt zou moeten worden tegengegaan. Daarnaast moest er nieuwe regelgeving komen over normen die strategisch gedrag omkaderen. Het is namelijk van belang dat de kwaliteit van de zorg niet vermindert doordat de commerciële kant belangrijker wordt of dat zorgverzekeraars patiënten kunnen weigeren. Bij concurrentie spelen de zorgverzekeraars namelijk wel een rol. Hierbij hebben volgens Polder, Hoogland, Jochemsen & Strijbos (1997) de zorgverzekeraars de macht van contractuele vrijheid waardoor zij bepaalde patiënten kunnen uitsluiten. Dit moet dus door middel van nieuwe regelgeving voorkomen worden. Uiteindelijk is de zorg in Nederland vanaf 2006 naar een marktwerking gegaan waarbij er sprake is van concurrentie, maar ook toezicht vanuit de overheid is (Kuijper, 2014). Dit is van belang geweest voor de concurrentie op de zorgmarkt en misschien ook voor de mogelijkheid van zorgorganisaties om abnormale winsten te creëren.

De gezondheidszorg wordt volgens een artikel op de site van “Volksgezondheid en zorg” gedefinieerd als ‘het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of de mogelijkheid om zelf regie te voeren, en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin’ (Gezondheidszorg, z.d.). Bij de gezondheidszorg zijn er verschillende partijen betrokken. Hieronder vallen volgens van Polder, Hoogland, Jochemsen & Strijbos (1997) zorgverleners en professionals, patiënten, leveranciers, zorginstellingen, zorgverzekeraars en de verzekerden. Daarnaast kunnen er 3 zorgmarkten worden onderscheiden volgens Polder, Hoogland, Jochemsen & Strijbos (1997). Deze drie zorgmarkten zijn: de zorgmarkt tussen patiënten en zorgaanbieders, de

verzekeringsmarkt tussen verzekeringsmaatschappijen en verzekerden en de markt voor contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars. In dit onderzoek zijn de zorginstellingen van belang en daarmee dus de zorgmarkt tussen patiënten en zorgaanbieders en de markt voor contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars.

2.2.1 Soorten zorginstellingen

Op de webpagina “Zorgen.nl” is er een pagina over zorginstellingen (Zorginstellingen, z.d.). Hier worden zorginstellingen in zeven categorieën onderscheiden en beschreven. Dit zijn: zorgaanbieders, eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg (GHZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT). Eerstelijnszorg is zorg die wordt verleend door personen die een eerste aanspreekpunt zijn voor mensen zoals de huisarts, fysiotherapeut, tandarts of verloskundige. Ziekenhuiszorg is medisch specialistische zorg die wordt verleend vanuit ziekenhuizen. Thuiszorg is zorg voor mensen in hun eigen huis die niet alle handelingen zelfstandig meer kunnen doen, maar door de zorg aan huis wel thuis kunnen blijven wonen. Gehandicaptenzorg is zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking (Zorginstellingen, z.d.).

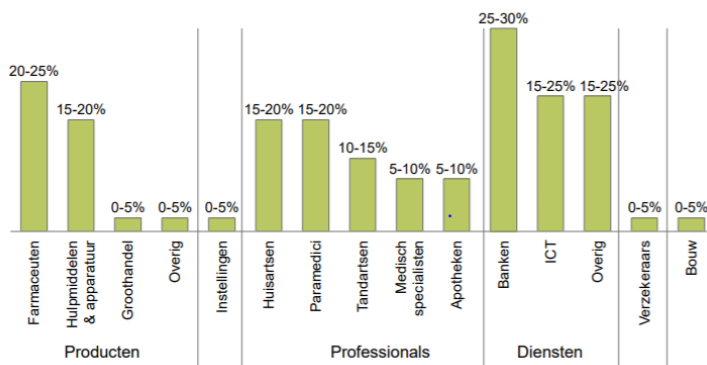
Geestelijke gezondheidszorg is zorg voor mensen met psychische problemen. Men kan dan geestelijk van slag zijn of een geestelijke stoornis hebben (deGruy, 1997). Als laatste worden de verpleeghuizen en verzorgingshuizen genoemd. In verpleeghuizen bevinden zich mensen die geriatrische revalidatie ondergaan, langdurige zorg nodig hebben of palliatieve zorg nodig hebben (Boorsma, Joling, Dussel et al., 2012). In verzorgingshuizen bevinden zich kwetsbare ouderen die hulp nodig hebben bij activiteiten in het dagelijks leven, waarop toezicht gehouden moet worden of ouderen die niet meer zelfstandig kunnen wonen (Boorsma, Joling, Dussel et al., 2012). In dit onderzoek ligt de focus op gehandicaptenzorg (GHZ), geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), omdat in eerder onderzoek zoals van Mostert, & Vermanen (26 juni 2019) bij deze categorieën abnormale winsten zijn geconstateerd.

2.2.2 Winst in de zorg

In het onderstaande figuur, dat komt uit het artikel Winst in de Nederlandse zorgsector (2017), staat de winstmarge weergegeven van de diverse sub sectoren in Nederland. Deze is onderverdeeld naar producten, instellingen, professionals, verzekeraars, bouw en diensten. De winstmarge is de winst in verhouding tot de omzet, dus hoeveel winst een instelling maakt.

Onder producten worden de zorgproducten verstaan die door producenten geproduceerd worden. Instellingen zijn alle zorginstellingen die hierboven zijn besproken. Professionals zijn opgeleide zorgprofessionals die werkzaam zijn in de zorgsector zoals ziekenhuizen, tandartspraktijk en huisartspraktijk. Onder diensten wordt de (financiële) dienstverlening, ook wel de dienstverlening die met de zorg te maken heeft, verstaan (Winst in de Nederlandse zorgsector, 2017). In dit onderzoek ligt de focus op zorginstellingen.

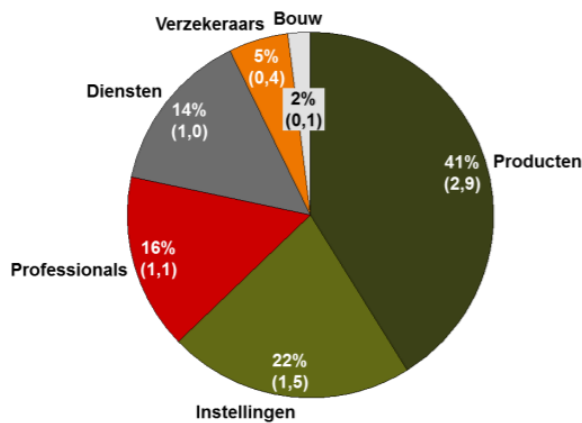
Als er in het onderstaande figuur 2.1 wordt gekeken hebben de zorginstellingen een winstmarge van 0-5%. Mostert, & Vermanen (26 juni 2019) geven ook aan dat de gemiddelde winst bij zorginstellingen twee tot drie procent is. Er is daarnaast geen maximum winstmarge voor zorginstellingen ingesteld vanuit de overheid. In het onderzoek van Mostert, & Vermanen, (26 juni 2019) wordt echter wel aangegeven dat er een grens van 10% winst gehanteerd wordt bij zorginstellingen, om van bovenmatige winsten te kunnen spreken, zoals in paragraaf 2.1 al is beschreven.



Figuur 2.1 Winst als percentage van omzet in diverse sub sectoren in de Nederlandse zorg, 2015

Bron: Winst in de Nederlandse zorgsector, 2017

In het onderstaande figuur 2.2 wordt naar de winst binnen de Nederlandse zorg gekeken. Deze is in deelsectoren opgedeeld. Hierbij zijn de zorginstellingen de op één na grootste deelsector die winst maakt. De zorginstellingen maken 1.5 miljard winst van de totale 7 miljard winst (Winst in de Nederlandse zorgsector, 2017). Dit kan inhouden dat er veel zorginstellingen zijn, maar ook dat een deel ontstaat door zorginstellingen met hele hoge winsten.



Figuur 2.2 Winst van de diverse sub sectoren van de Nederlandse zorg, 2015

Bron: Winst in de Nederlandse zorgsector, 2017

2.3 Welke aspecten kunnen abnormale winsten in zorginstellingen veroorzaken?

In het artikel van Mostert, van Bree en Vermanen (2019) worden suggesties gegeven voor het ontstaan van abnormale winsten bij zorginstellingen. Zo wordt gesuggereerd dat er sprake kan zijn van niet-geleverde zorg die toch wordt gedeclareerd. Daarnaast kwamen Mostert et al. (2019) ook tot de ontdekking dat bij sommige zorginstellingen de digitale cijfers heel erg verschilde met de ingediende cijfers bij Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). CIBG is een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Sommige zorginstellingen vulde de jaarrekeningen niet volledig in, terwijl dit wel zou moeten. Jacobsen (1988) heeft ook naar abnormale winsten gekeken en benoemt een aantal aspecten die kunnen helpen bij het aanhouden van abnormale winsten. Dit zijn bijvoorbeeld sectorconcentratie, marktaandeel en verticale integratie. Suijs en Verbon (2018) hadden als resultaat dat kleine zorginstellingen erg hoge winsten genereerden. Dit is opvallend, omdat kleine zorginstellingen niet door marktmacht of sectorconcentratie abnormale winsten kunnen genereren. Het is dus interessant om dit verder te onderzoeken.

Hierdoor is de eerste hypothese voor dit onderzoek als volgt:

Hypothese 1: Abnormale winsten komen nog steeds met name bij kleine zorginstellingen voor

2.3.1 Kostenstructuur

Al eerder is het uitgangspunt beschreven dat de winst bestaat uit de opbrengsten minus de kosten. Kosten zijn dus een belangrijk aspect om winsten te genereren. Als de kosten namelijk relatief lager worden ten opzichte van de opbrengsten kan er meer winst worden gegenereerd. Márquez (1990) geeft aan dat er directe controles kunnen worden opgelegd op de input hoeveelheden zoals het personeel, uitrusting en budgetten. Daarnaast kunnen er ook controles op prijzen van input worden gelegd, zoals vergoedingen en salarissen, prijzen van uitrusting en prijzen van medicijnen. Via controles op deze inputs kunnen de kosten worden verminderd. Wares, Pasternak, & Smith (1994) bevestigen dit. Zij geven namelijk ook aan dat belangrijke kostenaspecten bijvoorbeeld patiënten, zorgpersoneel en apparatuur zijn. Het belangrijkste kostenaspect zijn de personeelskosten en kosten gerelateerd aan uitrusting en apparatuur en benodigdheden voor patiënten.

Nystrom & Prata (2008) kijken niet alleen naar kosten of opbrengsten maar kijken naar het gehele resultaat en waar deze uit bestaat. Het resultaat wordt opgedeeld in 3 delen. Dit zijn de opstartkosten van een zorginstelling, de jaarlijkse operationele kosten en de opbrengsten. De opstartkosten zijn kosten die eenmalig worden gemaakt tijdens het opzetten van een organisatie. Dit zijn bijvoorbeeld de kosten voor administratief personeel tijdens het opzetten en de ruimte, meubilair, medische- en kantoorapparatuur die gebruikt worden tijdens het opzetten. Het tweede aspect van de resultaten zijn de opbrengsten. De aanzienlijk grootste opbrengsten post vanuit overheid gekwalificeerde gezondheidscentrum zijn facturering en inkomsten uit vergoedingen. Als laatste zijn er nog de operationele kosten. De operationele kosten zijn jaarlijkse kosten die terugkeren, ook wel bedrijfskosten genoemd. De operationele kosten verschillen heel erg per divisie. Het hangt voornamelijk af van het aantal uur dat wordt besteed aan de zorg en welke zorgverleners hierbij werken. Dit worden ook wel de personeelskosten genoemd. Nystrom & Prata (2008) geven hierbij ook aan dat de personeelskosten en secundaire arbeidsvoorwaarden de grootste kostendrijvers zijn. Andere kosten zijn bijvoorbeeld het gebouw en bijbehorende onderhoudskosten, apparaten, kantoorartikelen, educatie en administratieve kosten. Het kan zo zijn dat abnormale resultaten één specifiek element hebben waardoor deze ontstaan. Cameron & Gallery (2008) spreken hier dan over abnormale items. Dit kan een opbrengst-, kosten-, verlies- of winstpost zijn die als abnormaal wordt beschouwd door de omvang van deze post en door het effect die het heeft op de resultaten. In dit geval is het dus mogelijk dat het gaat om een kostenpost die als abnormale item kan worden gezien. Dit kan bijvoorbeeld de kostenpost personeelskosten of

kosten gerelateerd aan uitrusting of apparatuur zijn. Zoals eerder is beschreven kunnen abnormale winsten namelijk ontstaan door kostenefficiëntie (Griffiths, Jensen, & Webster, 2011). Het is dus mogelijk dat één kostenpost of meerdere kostenposten afwijken van het gemiddelde in de branche en op die manier voor abnormale winsten zorgen.

De tweede hypothese die hierbij wordt opgesteld is als volgt:

Hypothese 2: bij abnormale winsten wijkt de kostenstructuur af van de gemiddelde kostenstructuur van de drie sectoren

2.3.2 Personeelskosten

Zoals hiervoor een paar keer is aangehaald zijn zorgverleners de belangrijkste kostenpost binnen zorginstellingen. Personeel in de zorginstellingen zoals verpleegsters, verpleegkundigen, verzorgenden, ondersteunend personeel is noodzakelijk en daarmee een onvermijdelijke kostenpost (Waldman, Kelly, Arora, & Smith, 2004). Macdonnell, & Darzi (2013) bevestigen het belang van personeel in de zorg. Zij geven namelijk aan dat in veel landen twee derde of meer van de zorgkosten wordt besteed aan loonkosten, waardoor de zorg als arbeidsintensief kan worden gezien. Macdonnell, & Darzi (2013) geven aan dat in de zorg personeel niet minder belangrijk is geworden door innovaties in tegenstelling tot andere sectoren. In andere sectoren moet bijvoorbeeld personeel ruimte maken voor machines, wat bij de zorg niet mogelijk is. Macdonnell, & Darzi (2013) noemen de gezondheidszorg ook wel een ‘stilstaande’ sector van de economie. Het is namelijk niet makkelijk om de gezondheidszorg te automatiseren of de tijd die aan patiënten wordt besteed te reduceren. Desondanks geven zij wel aan dat arbeidsbesparende innovaties in opkomst zijn. Kocher & Sahni (2011) benoemen ook dat de productiviteit van zorgpersoneel niet is gestegen in de afgelopen jaren. Daarbij geven zij aan dat arbeid in de zorg wel steeds duurder wordt terwijl er niet veel productiever wordt gewerkt. De vraag is dus of het mogelijk is dat de grootste kostenpost kan worden verminderd om zo abnormale winsten te behalen.

Op de site van centraal bureau voor statistiek (CBS) staan de financiële kengetallen van zorginstellingen (Zorginstellingen; financiële kengetallen, z.d.). Hierbij kan worden gefilterd op de gegevens over het “aandeel personeelskosten”. Het aandeel personeelskosten zijn de personeelskosten gedeeld door de totale bedrijfskosten. Personeelskosten worden door CBS

gedefinieerd als de som van de arbeidskosten en overige personeelskosten. Arbeidskosten worden gedefinieerd als het totaal van lonen en salarissen, pensioenlasten en sociale lasten. De overige personeelskosten zijn het totaal van uitzendkrachten, gedetacheerd en overig ingeleend personeel, kosten van opleidingen verzorgd door derden en andere kosten voor personeel. In de GGZ is het aandeel personeelskosten 77%, in de VVT is dit 75% en in de GHZ is dit 72% (Zorginstellingen; financiële kengetallen, z.d.). Personeel is dus een erg belangrijke factor in de zorginstellingen, omdat het arbeidsintensief werk is. Hierbij wordt er ook vanuit gegaan dat deze zorginstellingen 70 tot 80 procent aan loonkosten hebben ten opzichte van de totale kosten.

Griffiths, Jensen & Webster (2011) gaven, zoals eerder is beschreven, aan dat abnormale winsten kunnen ontstaan door kostenefficiëntie. De personeelskosten zijn veruit de grootste kostenpost waardoor het mogelijk is dat hierin de kostenefficiëntie kan zitten. Volgens het artikel 'Nurse to patient ratios staffing levels in American health care' (2004) zijn verpleegkundigen de groep die het meeste geld kost binnen de personeelskosten. In dit artikel wordt aangegeven dat zorginstellingen kosten kunnen reduceren als er minder verpleegkundigen in verhouding tot patiënten zijn. Om kosten te besparen kan het dus zo zijn dat zorginstellingen gemiddeld meer patiënten op één personeelslid hebben staan per dag. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de sector. De mogelijkheid van deze kostenreductie verschilt namelijk tussen de GGZ, VVT en GHZ, omdat hier verschillende soorten zorg geleverd wordt. Daarnaast is het nog maar de vraag of er echt sprake kan zijn van deze kostenreductie. Van Ark (2019) geeft namelijk, net als Macdonnell, & Darzi (2013) aan dat de tijd die wordt besteed aan patiënten niet makkelijk kan worden gereduceerd, zonder dat de kwaliteit van de zorg verslechtert zoals het 'efficiënter' aankleden of naar de wc gaan. Het is daarom niet logisch dat de loonkosten ten opzichte van de totale kosten, als alle andere variabelen gelijk blijven, veel lager kunnen liggen bij zorginstellingen, omdat dit niet door efficiëntie kan worden behaald. Hierdoor is het behalen van hogere winsten dan het gemiddelde lastig, omdat de kosten niet makkelijk gereduceerd kunnen worden. Daarnaast is het zo dat de kwaliteit achteruit kan gaan door het verminderen van personeelskosten. Kajdos (2008) bevestigt dit. Hij omschrijft dat mensen verwachten de hoogste kwaliteit zorg te krijgen en dat dit ook wordt gedaan vanuit eigen verplichting en protocollen. Mensen zullen niet terug gaan naar zorginstellingen waar er sprake is van lage kwaliteit of onethisch gedrag. Zoals hierboven beschreven is winst sterk gerelateerd aan kwaliteit en ethiek en als één van

deze verwaarloost wordt kan dit ten koste gaan van de winstgevendheid. De kwaliteit is volgens Kajdos (2008) het niveau waarop het proces of product aan de verwachtingen voldoet. Er zijn dus verschillende meningen ten opzichte van de personeelskosten of deze kunnen zorgen voor efficiëntie en daarmee kunnen leiden tot abnormale winsten. Het CBS (2019) heeft opgemerkt dat de kosten van medewerkers in ziekenhuizen, en aanbieders van GGZ, VVT en GHZ in de periode van 2015 tot 2018 met 49 procent zijn gestegen. De totale bedrijfslasten van deze vier sectoren namen in 2015 tot 2018 meer toe dan de bedrijfsopbrengsten. CBS (2019) geeft aan dat bijna 75% van de bedrijfslasten die stijgen komt door toename in personeelskosten. Van de personeelskosten stegen voornamelijk de kosten voor externe inhuur ook wel personeel dat niet in vaste dienst was, zoals uitzendkrachten, zzp'ers en gedetacheerd personeel. Mogelijk kan de kostenstructuur van de loonkosten bij de zorginstellingen met abnormale winsten verschillen van het gemiddelde in de drie sectoren.

De laatste hypothese is daarom als volgt:

Hypothese 3: Bij abnormale winsten wijkt de samenstellingen van de loonkosten af ten opzichte van het gemiddelde in de drie sectoren

3. Methode

Dit onderzoek gaat verder op het onderzoek van Follow The Money en KRO-NCRV's pointer. Zij onderzochten de winsten van alle zorgorganisaties in 2017. Van Ark (2019) verwijst naar dit onderzoek. Hieruit kwamen namelijk 174 zorgbedrijven naar voren die een hogere winst behaalden dan de grens van 10%, waarbij 97 bedrijven structureel hoge winsten behaalden. In het artikel van Mostert en Vermaen (25 september 2019) staat hoe deze 174 zorgbedrijven zijn geselecteerd en gereduceerd naar 97. Zij verwijzen naar de code van Jonathan Berghuis, die deze code heeft uitgeschreven om zorginstellingen met abnormale winsten te filteren. Deze code zal hieronder worden toegelicht. Zoals in het theoretisch kader is aangegeven kunnen meerdere aspecten leiden tot abnormale winsten. Een paar aspecten die hieruit springen worden geanalyseerd met behulp van data van CIBG. Op de site van CIBG staat de jaarverantwoording in de zorg. Bij de jaarverantwoording in de zorg staat het kopje 'gegevens bekijken'. Na de keuze voor de verantwoordingsgegevens per verslagjaar (datasets), verschijnt er een overzicht van de datasets over de afgelopen jaren. In dit

onderzoek worden de DigiMV datasets uit 2019 gebruikt. Met behulp van de code van Jonathan Berghuis wordt vanuit de dataset van 2019 gekeken naar welke zorginstellingen structureel winst maken. Voor het selecteren van zorginstellingen met structureel abnormale winst wordt er voornamelijk gekeken naar twee aspecten. Ten eerste wordt er gekeken welke bedrijven meer dan 10% winst hebben in 2018 en in 2019, omdat het om structureel abnormale winsten gaat. Ten tweede gaat het om drie sectoren namelijk de GGZ, VVT en GHZ. De winstmarge wordt berekend door de volgende formule, $winstmarge = \frac{Rt}{Ot}$. Hierbij is R_t het resultaat van jaar t (2019 of 2018) en O_t de totale opbrengsten van een organisatie in jaar t (2019 of 2018). De bedrijven die overblijven worden gebruikt voor het onderzoek als de zorginstellingen die structureel abnormale winsten behalen.

Eerst worden met behulp van de DigiMV dataset de relevante variabelen gekozen die aansluiten bij de hypothesen. Zoals de opbrengsten, resultaten en kosten die zorginstellingen met abnormale winsten hebben. De drie sectoren zijn van belang als filters, om zo alle andere sectoren weg te filteren. Daarnaast wordt er gekeken hoe de kosten zijn samengesteld en wat de verhouding is tussen de kosten en opbrengsten. Dit wordt vergeleken tussen de zorginstellingen met abnormale winsten en het gemiddelde per sector. Dit wordt voor de drie sectoren GGZ, GHZ en VVT gedaan. Eerst wordt er getoetst of het kostendeel van zorginstellingen met abnormale winsten significant van het gemiddelde afwijken. Doordat de winsten significant hoger zijn zou het kostendeel significant lager moeten zijn bij zorginstellingen met abnormale winsten. Dit wordt gedaan voor de drie sectoren GGZ, GHZ en VVT. Deze bedrijfskosten worden dan als percentage ten opzichte van de opbrengsten berekend. Hierbij hoort de volgende vergelijking, $Kostendeel = \frac{Kt}{Ot}$, waarbij K_t de totale lasten zijn en O_t weer de totale opbrengsten. Hierop verdergaand wordt er gekeken naar de kostenstructuur van de zorginstellingen met abnormale winsten in vergelijking tot het gemiddelde. Er wordt gekeken of de kostenstructuur verschilt en of zorginstellingen met abnormale winsten kostenverhoudingen hebben die afwijken van het gemiddelde. De totale kosten bestaan uit personeelskosten, afschrijvingen op materiele en immateriële vaste activa, bijzondere waardevermindering van vaste activa, honorariumkosten en overige bedrijfskosten. Al deze kosten worden ten opzichte van de totale kosten genomen en weer vergeleken tussen de zorginstellingen die abnormale winsten hebben en het gemiddelde van de bijbehorende branche.

Om te kijken of het om kleine zorginstellingen gaat wordt het gemiddelde van de omzet en kosten van de zorginstellingen met abnormale winsten vergeleken met het gemiddelde van de drie sectoren. Als het significant kleiner is, kunnen de zorginstellingen worden aangemerkt als kleine zorginstellingen. Suijs en Verbon (2018) gaven aan dat kleine zorginstellingen met een omzet tussen 1,5 en 4 miljoen het meest efficiënt lijken te zijn. Daarnaast hadden zij de bevinding dat kleine zorginstellingen met een omzet tot ongeveer 1 miljoen relatief hoge winsten behalen. Voor dit onderzoek worden kleine zorginstellingen gedefinieerd als klein wanneer de opbrengsten tussen de 0 en 4 miljoen liggen.

De personeelskosten is de belangrijkste en grootste kostenpost, zoals al eerder is beschreven. De loonkosten bestaan uit meerdere aspecten. In eerste instantie wordt er gekeken hoeveel procent van de totale kosten de personeelskosten uitmaken. Dit kan worden berekend door de volgende formule $Loonkosten = \frac{Pt}{Kt} \times 100\%$, hierbij is Pt de totale personeelskosten zijn in 2019 of 2018 en Kt de totale bedrijfslasten in 2019 of 2018. Dit percentage wordt per branche bekeken waarbij de zorginstellingen met abnormale winsten worden vergeleken met het gemiddelde van die branche. Hieraan kan worden gezien of de zorginstellingen met abnormale winsten een ander percentage aan loonkosten hebben ten opzichte van het gemiddelde van de branche. De loonkosten kunnen worden onderscheiden in interne personeelskosten en externe personeelskosten. De formule voor interne personeelskosten hiervoor is als volgt, $Interne\ personeelskosten = \frac{IPt}{Pt} \times 100\%$. Hierbij zijn IPt de interne personeelskosten in 2019 of 2018. Voor de externe personeelskosten is de volgende formule, $externe\ personeelskosten = \frac{EPt}{Pt}$, waarbij EPt de externe personeelskosten zijn in 2019 of 2018. Deze worden beide weer per branche vergeleken. De interne personeelskosten bestaan uit meerdere kostenposten, namelijk uit de lonen en salarissen waarin de beloningen van bestuurders zit inbegrepen, sociale lasten, pensioenpremies en andere personeelskosten Het kan namelijk zo zijn dat er binnen de interne personeelskosten een verschil zit met het gemiddelde. Er kan ook efficiënter worden gewerkt doordat andere kosten worden verminderd. Dit kan bijvoorbeeld door bedrijfskosten zoals betere apparatuur of patiëntgebonden kosten. Deze vallen onder de overige bedrijfskosten. Daarom wordt er ook naar de verhouding van overige kosten ten opzichte van de totale kosten gekeken. De overige kosten bestaan ook uit meerdere kostenposten. Deze worden in percentages tegenover de totale overige kosten gezet en vergeleken met het gemiddelde.

4. Data

De dataset van DigiMV uit 2019 bestaat uit 3 delen. Deel 1 en 2 bevatten alle tabbladen. In deel 1 op tabblad 0 (x9conc_total_0) staat welke variabelen in welk tabblad te vinden is en welke variabele naam aan de variabelen is toegekend. Een van die variabele is de concerncode. Deze variabele bevat alle entiteiten die in de zorgsector opereren in Nederland. In tabblad 1 (x9conc_total_1) is deze variabele verder gespecificeerd. Hierin is te zien welke zorgorganisatie welke concerncode heeft. In tabblad 0 staat de zorg ingedeeld in categorieën, zoals de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de gehandicaptenzorg (GHZ) en verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT). De GGZ heeft de variabele “Q_TypeWTZi_Ans_TypeWTZi#8”, de GHZ heeft de variabele “Q_TypeWTZi_Ans_TypeWTZi#10” en VVT heeft de variabele “Q_TypeWTZi_Ans_TypeWTZi#13”. In tabblad 0 wordt er onderscheid gemaakt tussen micro-entiteiten en zorginstellingen met uitzondering van micro-entiteiten. Micro-entiteiten komen in aanmerking voor een vereenvoudigde jaarverantwoording als zij aan 2 van de 3 criteria voldoen. Deze criteria zijn te vinden op de site van CIBG. Bij een vereenvoudigde jaarverantwoording zijn niet alle gegevens van de micro-entiteiten bekend, waardoor het lastig te vergelijken kan zijn met andere zorginstellingen. Daarnaast kunnen micro-entiteiten eenmanszaken zijn waardoor deze niet goed te vergelijken zijn met zorgentiteiten. Voor dit onderzoek zijn alleen de zorginstellingen met uitzondering van micro-entiteiten van belang. In het vervolg worden de zorginstellingen met uitzondering van de micro-entiteiten, zorgentiteiten genoemd

De invalshoek van dit onderzoek is abnormale winsten. Zoals eerder is aangegeven zijn abnormale winsten de opbrengsten minus de kosten, waarbij de winst significant verschilt van het gemiddelde. Er is sprake van abnormale winst als het winstpercentage boven de 10% ligt. Het winstpercentage wordt weergegeven door de volgende formule: $winstmarge = \frac{Rt}{Ot} \times 100\%$. Om de winst te berekenen zijn de opbrengsten en de kosten van belang en voor het winstpercentage zijn de resultaten en opbrengsten van belang. De opbrengsten, kosten en het resultaat staan voor de zorgentiteiten in tabblad 5 uitgewerkt. De variabelen in de dataset gaan over het jaar 2019 en 2018. Het jaar 2019 wordt “het einde van het verslagjaar” genoemd en 2018 wordt “het einde van vorig verslagjaar” genoemd. Het verschil tussen de jaren bij de variabele is te zien aan het laatste cijfer. De totale opbrengsten wordt de “som der

bedrijfsopbrengsten” genoemd. Deze heeft de variabele “jeu10800_jeu10800” voor het jaar 2019 en “jeu10800_jeu10801” voor het jaar 2018. Voor de overige entiteiten wordt de totale kosten de “som der bedrijfslasten” genoemd. De som der bedrijfslasten voor 2019 is de variabele “jeu11200_jeu11200” en “jeu11200_jeu11201” voor 2018. Het bedrijfsresultaat is in 2019 de variabele “jeu11210_jeu11210” en in 2018 de variabele “jeu11210_jeu11211”. Het bedrijfsresultaat is de som van de bedrijfsopbrengsten minus de som van de bedrijfslasten, dit wordt ook gedefinieerd in de jaarverantwoording zorg en jeugd. Daarnaast is dit ook te zien door deze berekening uit te voeren bij de zorginstellingen.

In het onderzoek van Berghuis (2019) staat de code opgeschreven hoe KRO-NCRV tot de selectie van bedrijven met abnormale winsten is gekomen vanuit de dataset van 2017 en 2018. Voor dit onderzoek is deze code gebruikt, alleen dan met de data van 2018 en 2019. Door middel van een draaitabel kunnen de winstpercentages van 2019 en 2018 worden berekend van de zorgentiteiten. Bij het gebied ‘waarden’ komen de totale opbrengsten en het resultaat van 2018 en 2019 te staan. Bij rijen komen de concerncodes te staan. Hierbij worden de winstpercentages zoals hierboven is aangegeven berekend door, $winstpercentage = \frac{R_{2019}}{O_{2019}} \times 100\%$ en $winstpercentage = \frac{R_{2018}}{O_{2018}} \times 100\%$. Daarna wordt er een ‘als’-functie toegevoegd waardoor makkelijker te filteren is of een bedrijf abnormale winst behaald. Hierbij krijgt het winstpercentage een 1 als er meer dan 10% winst wordt behaald en anders 0. Voor structureel abnormale winsten moet er in 2018 én in 2019 meer dan 10% winst worden behaald. In beide jaren zal dus het winstpercentage worden berekend en worden gefilterd op een winstpercentage van meer dan 10%. Hierbij is van belang dat alleen de zorginstellingen uit de sectoren GGZ, VVT en GHZ in de data worden gefilterd. Dit wordt voor alle drie de sectoren apart gedaan. Daarna is het van belang dat de zorginstellingen die een Vennootschap Onder Firma (VOF) zijn niet worden meegenomen, omdat tien procent winst hier geen opvallend gegeven is (Berghuis, 2019). Dit kan worden gedaan door in tabblad 1 te zoeken naar de bedrijven waar VOF aangegeven staat en door in deel 2 van de data in tabblad 23 te zoeken op VOF. Daarnaast hebben bedrijven een minimale opbrengst van 100.000 euro nodig, omdat abnormale winsten bij een lage omzet niet zo veel zegt (Vermanen, 2019). Dit kan worden gefilterd door de opbrengsten te nemen waarbij de opbrengsten gelijk of groter zijn dan 100.000 euro. In de sector GGZ resulteerde dit tot 36 zorginstellingen die structureel abnormale winsten behalen. In de GHZ zijn dit 21 zorginstellingen en in de VVT zijn dit 39 zorginstellingen. Gezamenlijk zijn dit 96 zorginstellingen die abnormale winsten behalen.

Doordat de sectoren apart worden bekeken, is het mogelijk dat er overlap ontstaat bij de zorginstellingen, omdat sommige zorginstellingen in meerdere sectoren opereren. De overlappende zorginstellingen worden gewoon in de data meegenomen. De zorginstellingen met abnormale winsten en het gemiddelde in de sectoren hebben namelijk beide overlappende zorginstellingen, waardoor het gelijk loopt. Bij de zorginstellingen die abnormale winsten behalen, zijn er 6 overlappende zorginstellingen waardoor er 90 zorginstellingen overblijven die in 2018 en 2019 abnormale winsten behaalden.

4.1 De omvang van zorginstellingen

De belangrijkste aspecten van winst zijn dus de opbrengsten en de kosten. Hierbij kan er gekeken worden naar de hoeveelheid omzet en kosten die worden gemaakt door de zorginstellingen met abnormale winsten in de GGZ, VVT en GHZ ten opzichte van het gemiddelde in de bijbehorende sector. Hieruit blijkt dan de omvang van zorginstellingen. De zorginstellingen met abnormale winsten worden in het vervolg ZMAW genoemd, namelijk zorginstellingen met abnormale winsten. De ZMAW in de GGZ worden dan vergeleken met het gemiddelde in de GGZ branche, hetzelfde geldt voor de sectoren VVT en GHZ. In tabel 1 tot en met 3 staan de gemiddelde opbrengsten van de ZMAW ten opzichte van de gemiddelde opbrengsten van de branche. In tabel 1 tot en met 3 staan ook de gemiddelde kosten van de ZMAW ten opzichte van de gemiddelde kosten in de branche. Als het gemiddelde van de omzet en de kosten wordt genomen van de zorgentiteiten, is te zien dat bij alle ZMAW de omzet en kosten veel lager liggen dan het gemiddelde van de bijbehorende sector. Dit kan ook statistisch worden getest door middel van de “t-toets: twee steekproeven met ongelijke varianties”. Met behulp van de F-toets is getoetst of de varianties gelijk zijn of niet. Dit was niet het geval waardoor de toets met ongelijke varianties is gekozen. Hierbij worden de gemiddelde opbrengsten en gemiddelde kosten uit 2019 vergeleken tussen de ZMAW en de gemiddelde van de branches. Dit wordt gedaan voor de jaren 2018 en 2019 en per sector. Om te testen of de ZMAW significant kleiner zijn dan het gemiddelde wordt er gebruik gemaakt van een eenzijdige toets. Het is namelijk van belang om te kijken of deze kleiner is en niet alleen afwijkt. Als significantie niveau wordt standaard 5% genomen, zoals ook in het vervolg van het onderzoek zal gebeuren. In tabel 1 tot en met 3 staat aangegeven of de t-toets significant is of niet.

Tabel 1: Gemiddelde kosten en opbrengsten in miljoenen in de GGZ afgerond op 2 decimalen

GGZ	ZMAW	Gemiddelde in GGZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Opbrengsten 2018	2,19 mln	36,21 mln	393	1,966	6,222**
Opbrengsten 2019	2,54 mln	38,86 mln	394	1,966	6,172**
Kosten 2018	1,71 mln	35,98 mln	388	1,966	6,292**
Kosten 2019	2,10 mln	38,02 mln	392	1,966	6,245**

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 2: Gemiddelde kosten en opbrengsten in miljoenen in de GHZ afgerond op 2 decimalen

GHZ	ZMAW	Gemiddelde GHZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Opbrengsten 2018	1,40 mln	45,31 mln	320	1,967	7,146**
Opbrengsten 2019	1,59 mln	48,33 mln	319	1,967	7,219**
Kosten 2018	1,13 mln	44,51 mln	318	1,967	7,210**
Kosten 2019	1,31 mln	47,49 mln	319	1,967	7,245**

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 3: Gemiddelde kosten en opbrengsten in miljoenen in de VVT afgerond op 2 decimalen

VVT	ZMAW	Gemiddelde VVT	df	Kritieke waarde	t-toets
Opbrengsten 2018	2,70 mln	38,98 mln	641	1,964	10,417**
Opbrengsten 2019	3,01 mln	42,11 mln	640	1,964	10,574**
Kosten 2018	2,21 mln	38,14 mln	631	1,964	10,552**
Kosten 2019	2,44 mln	41,06 mln	636	1,964	10,707**

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Omdat de t-waarde positief is, wordt er rechtszijdig getoetst. Hierbij is de t-waarde groter dan 0. Dit houdt in dat de gemiddelde opbrengsten en kosten van de sector groter zijn dan die van de ZMAW. Als de t-waarde groter is dan de kritieke waarde wordt de nulhypothese, dat de gemiddeldes gelijk zijn aan elkaar, verworpen. Alle t-toetsen zijn statistisch significant, omdat de t-toetsen groter zijn dan de kritieke waarde. Hierdoor wordt de nulhypothese dat de gemiddeldes gelijk zijn aan elkaar verworpen bij een significantie niveau van 5%. Het gemiddelde van de sector is dus significant groter dan het gemiddelde van de ZMAW. Met behulp van de bovenstaande resultaten kan de eerste hypothese worden beantwoord.

De eerste hypothese was als volgt: *Abnormale winsten komen nog steeds met name bij kleine zorginstellingen voor.* Uit het onderzoek blijkt dus dat het om kleine zorginstellingen gaat die abnormale winsten behalen, omdat de opbrengsten en kosten significant kleiner zijn dan het

gemiddelde. Zoals in de tabellen 1 tot en met 3 te zien is liggen de opbrengsten en kosten rond de 1-4 miljoen bij ZMAW en bij de gemiddelde van de branches ligt dit tussen de 35-50 miljoen.

4.2 De kostenstructuur

Als de winstmarge hoger ligt, moeten de kosten procentueel ten opzichte van de opbrengsten dus lager liggen. De kosten zouden bij de zorginstellingen met abnormale winsten dus per definitie procentueel lager moeten liggen dan het gemiddelde in de drie sectoren. Dit percentage kan worden bekeken door de volgende formule, $Kostendeel = \frac{Kt}{Ot} \times 100\%$, waarbij dus de totale kosten worden gedeeld door de totale opbrengsten in 2018 en 2019. De uitkomsten staan in tabel 4 tot en met 6. Er wordt verwacht dat het kostendeel bij ZMAW lager ligt dan bij het gemiddelde in de branche. Hierdoor wordt er weer een eenzijdige statistische toets uitgevoerd met behulp van de “t-toets: twee steekproeven met ongelijke varianties” wat in tabel 4 tot en met 6 te zien is. Hierbij wordt er getoetst of de gemiddeldes gelijk zijn aan elkaar of dat het gemiddelde in de sector hoger ligt dan het gemiddelde bij de ZMAW.

Tabel 4: Kostendeel in de GGZ

GGZ	ZMAW	Gemiddelde in GGZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Kosten/opbrengsten 2018	74,75%	96,63%	89	1,662	7,274**
Kosten/opbrengsten 2019	77,71%	97,35%	42	1,682	6,109**

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 5: Kostendeel in de GHZ

GHZ	ZMAW	Gemiddelde in GHZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Kosten/opbrengsten 2018	79,10%	96,06%	32	1,694	7,626**
Kosten/opbrengsten 2019	80,48%	97,08%	23	1,714	6,987**

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 6: Kostendeel in de VVT

VVT	ZMAW	Gemiddelde in VVT	df	Kritieke waarde	t-toets
Kosten/opbrengsten 2018	75,50%	94,79%	50	1,676	7,508**
Kosten/opbrengsten 2019	76,36%	96,70%	42	1,682	6,732**

** sig<0,005; n.s.= niet significant

In tabel 4 tot en met 6 is te zien dat de t-waarde groter is dan de kritieke waarde wat inhoudt dat de nulhypothese wordt verworpen. Hierdoor kan er worden geconcludeerd dat de verhouding kosten/opbrengsten bij het gemiddelde in de sector significant hoger ligt in vergelijking tot de ZMAW. Uit de percentages van tabel 4 tot en met 6 blijkt ook dat het kostendeel van ZMAW een stuk lager ligt dan het gemiddelde van de drie sectoren.

Nu de totale kosten vastgesteld zijn, kan er worden gekeken naar hoe de kosten zijn opgebouwd. De kosten bestaan namelijk uit meerdere kostenposten. Deze lasten bestaan ten eerste uit de variabele personeelskosten met de variabele “jeu10900_jeu10900” in 2019. Daarnaast spelen de afschrijvingen op immateriële en materiele vaste activa ook een rol. Hierbij is de variabele “jeu11000_jeu11000” voor de immateriële activa in 2019 en voor de bijzondere waardevermindering van vaste activa is dit “jeu11050_jeu11050” in 2019. Daarnaast zijn er ook honorariumkosten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren met de variabele “jeu10900_honokost_jeu10900_honokost” in 2019. Als laatste zijn er nog de overige bedrijfskosten met de variabele “jeu11100_jeu11100” in 2019. Alle kosten zijn tegenover de totale kosten gezet en in percentages uitgedrukt. Dit is gedaan voor de ZMAW en voor de drie sectoren GGZ, VVT en GHZ. De ZWAW wordt dan weer tegenover de bijbehorende sector gezet. Hierbij maken de loonkosten het grootste deel uit van de totale kosten. Dit is te zien in tabel 7 tot en met 9. Bij de loonkosten wordt daarom volgende formule gebruikt.

$Loonkosten = \frac{Pt}{Kt} \times 100\%$. Hierbij wordt gekeken of het aandeel van de personeelskosten ten opzichte van de totale kosten significant verschilt tussen de ZMAW en het gemiddelde in de sector. Dit is statistisch getoetst door middel van de “t-toets: twee steekproeven met ongelijke varianties”. Dit is te zien in tabel 7 tot en met 9. Bij alle testen vanaf nu wordt er gekeken naar de tweezijdige t-toets, omdat het van belang is of ZMAW significant afwijkt van het gemiddelde van de branche of niet. Als de t-waarde kleiner is dan de kritieke waarde (positief of negatief), wijkt deze niet significant af. Als deze niet significant afwijkt wordt de nulhypothese dat de gemiddeldes gelijk zijn niet verworpen. Als de t-waarde groter is dan de kritieke waarde, wijkt deze wel significant af en wordt de nulhypothese verworpen.

Tabel 7: Loonkosten in de GGZ

GGZ	ZMAW	Gemiddelde in GGZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Loonkosten 2018	72,75%	70,45%	56	2,003	-1,751 n.s.
Loonkosten 2019	73,18%	70,30%	65	1,997	-1,868 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 8: Loonkosten in de GHZ

GHZ	ZMAW	Gemiddelde in GHZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Loonkosten 2018	61,79%	67,54%	24	2,064	1,197 n.s.
Loonkosten 2019	61,60%	68,42%	22	2,074	1,583 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 9: Loonkosten in de VVT

VVT	ZMAW	Gemiddelde in VVT	df	Kritieke waarde	t-toets
Loonkosten 2018	86,58%	74,67%	52	2,007	-1,781 n.s.
Loonkosten 2019	78,02%	74,60%	44	2,015	-1,289 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

De loonkosten van de ZMAW liggen vrijwel niet lager dan het gemiddelde in de sector. Door middel van de statistische toets is dit ook aangetoond. De relatieve verhouding loonkosten ten opzichte van de totale kosten verschilt namelijk niet significant tussen de ZMAW en het gemiddelde in de sector. In absolute zin verschilt dit wel, omdat de kosten anders niet lager kunnen liggen waardoor er abnormale winsten zijn. De tweede grootste kostenpost is de post overige bedrijfskosten. De overige kosten zijn ook tegenover de totale kosten gezet in de drie sectoren. Deze staan uitgewerkt in tabel 10 tot en met 12. Deze zijn ook weer statistisch getoetst met de “t-toets: twee steekproeven met ongelijke varianties” en staan in tabel 10 tot en met 12.

Tabel 10: Overige kosten ten opzichte van de totale kosten in de GGZ

GGZ	ZMAW	Gemiddelde in de GGZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Overige kosten 2018	23,21%	25,82%	53	2,006	0,919 n.s.
Overige kosten 2019	22,42%	25,97%	62	1,999	1,781 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 11: Overige kosten ten opzichte van de totale kosten in de GHZ

GHZ	ZMAW	Gemiddelde in de GGZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Overige kosten 2018	33,75%	29,58%	23	2,069	-1,434 n.s.
Overige kosten 2019	33,77%	28,54%	22	2,074	-1,403 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 12: Overige kosten ten opzichte van de totale kosten in de VVT

VVT	ZMAW	Gemiddelde in de VVT	df	Kritieke waarde	t-toets
Overige kosten 2018	13,28%	22,39%	44	2,015	0,470 n.s.
Overige kosten 2019	21,81%	22,18%	43	2,017	0,596 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Hierbij ligt het gemiddelde aandeel van overige kosten bij de ZMAW dicht bij het gemiddelde aandeel van de sectoren. Het gemiddelde aandeel van de overige kosten verschilt namelijk niet significant tussen de ZMAW en het gemiddelde van de sectoren. De derde grotere kostenpost is de afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa. De afschrijvingskosten worden hier ook tegenover de totale kosten gezet. Deze percentages en de statistische “t-toets: twee steekproeven met ongelijke varianties” wordt in tabel 13 tot en met 15 weergegeven.

Tabel 13: Afschrijvingskosten ten opzichte van de totale kosten in de GGZ

GGZ	ZMAW	Gemiddelde in de GGZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Afschrijvingskosten 2018	2,25%	1,75%	38	2,024	-1,249 n.s.
Afschrijvingskosten 2019	2,36%	1,75%	38	2,024	-1,450 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 14: Afschrijvingskosten ten opzichte van de totale kosten in de GHZ

GHZ	ZMAW	Gemiddelde in de GHZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Afschrijvingskosten 2018	4,46%	2,85%	21	2,080	-2,104 **
Afschrijvingskosten 2019	4,63%	2,68%	21	2,080	-2,293 **

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 15: Afschrijvingskosten ten opzichte van de totale kosten in de VVT

VVT	ZMAW	Gemiddelde in de VVT	df	Kritieke waarde	t-toets
Afschrijvingskosten 2018	2,26%	2,39%	393	1.966	0,078 n.s.
Afschrijvingskosten 2019	2,35%	2,93%	44	2,015	1,344 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Uit tabel 13 en 15 blijkt dat de afschrijvingskosten bij de GGZ en de VVT niet significant verschillen tussen de ZMAW en het gemiddelde in de branche. Bij de GHZ wijken de afschrijvingskosten bij de ZMAW wel significant af van het gemiddelde. De afschrijvingskosten bij de ZMAW zijn hoger dan het gemiddelde in de sector. Dit kan mogelijk komen doordat hier op een andere wijze wordt afgeschreven of doordat er sprake is van duurdere materiele vaste activa. De andere twee kostenposten zijn bij weinig zorginstellingen van toepassing. Als er al sprake is van een van deze twee kostenposten maken deze posten maar een heel klein onderdeel uit van de totale kosten. Dit is daarom niet verder onderzocht. Het lijkt er dus op dat bij abnormale winsten de kostenstructuur redelijk gelijk is in vergelijking tot het gemiddelde in de sectoren.

De tweede hypothese luidde als volgt: *bij abnormale winsten wijkt de kostenstructuur af van de gemiddelde kostenstructuur van de drie sectoren*. Bij abnormale winsten wijkt de kostenstructuur niet af van het gemiddelde van de drie sectoren. De twee grootste kostenposten, namelijk de loonkosten en de overige kosten maken een even groot deel uit van de totale kosten. Het is mogelijk dat in beide aspecten efficiënter wordt gewerkt, maar in geen van beide is er alleen efficiënter gewerkt. Alhoewel de kostenstructuur op hoofdlijnen geen verklaring geeft voor het ontstaan van abnormale winsten, kan het verder onderzoeken van de loonkosten mogelijk wel bijdragen aan een verklaring.

4.3 Loonkosten

De personeelskosten kunnen nog specifiekere worden bekeken. Deze bestaat namelijk uit meerdere soorten kostenposten. Bij de loonkosten wordt in de dataset aangegeven dat deze verder gespecificeerd staat in tabel 3.3.6.5. De totale loonkosten in deze tabel worden aangegeven met de variabelen “jeu13251_jeu13251” in 2019 en “jeu13251_jeu13252” in

2018 en zijn gelijk aan de variabelen die eerder zijn besproken. Dit zijn de variabelen personeelskosten met “jeu10900_jeu10900” in 2019 en “jeu10900_jeu10901” in 2018. De loonkosten bestaan uit het “subtotaal kosten personeel in loondienst” en “personeel niet in loondienst”. Het gaat dus om interne en externe personeelskosten van de zorginstellingen, die in het vervolg op deze wijze zullen worden benoemd. De interne personeelskosten hebben de variabele “jeu13281_jeu13281” in 2019 en de variabele “jeu13281_jeu13282” in 2018. De externe personeelskosten hebben de variabele “jeu13241_jeu13241” in 2019 en de variabele “jeu13241_jeu13242” in 2018. Deze variabelen zijn te vinden in tabblad 21 in deel 2 van de dataset. Deze variabelen moeten worden gefilterd voor de 3 sectoren die uit deel 1 van de dataset komen. De sectorfilters (GGZ, GHZ, VVT) zijn daarom aan deel 2 van de dataset toegevoegd en daarna is er een draaitabel gemaakt. Hier worden weer de ZMAW gefilterd en vergeleken met de 3 sectoren die ook apart gefilterd zijn. De interne en externe kosten worden dan als percentage van de totale personeelskosten genomen. Voor de interne personeelskosten wordt de volgende formule gebruikt: $Interne\ personeelskosten = \frac{IPt}{Pt} \times 100\%$. Voor de externe personeelskosten wordt de volgende formule gebruikt:

$externe\ personeelskosten = \frac{EPt}{Pt} \times 100\%$. De gemiddeldes zijn ook weer statistisch getoetst met behulp van “t-toets: twee steekproeven met ongelijke varianties”. In tabel 16 tot en met 18 staan de relatieve interne en externe personeelskosten per sector weergegeven en de bijbehorende statistische toets.

Tabel 16: Interne en externe personeelskosten ten opzichte van de totale personeelskosten in de GGZ

GGZ	ZMAW	Gemiddelde in de GGZ	Df	Kritieke waarde	t-toets
Interne personeelskosten 2018	87,61%	87,28%	43	2,017	-0,580 n.s.
Interne personeelskosten 2019	86,77%	87,71%	40	2,021	0,517 n.s.
Externe personeelskosten 2018	12,39%	12,47%	40	2,021	-0,045 n.s.
Externe personeelskosten 2019	17,72%	12,05%	37	2,026	-1,052 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 17: Interne personeelskosten ten opzichte van de totale personeelskosten in de GHZ

GHZ	ZMAW	Gemiddelde in de GGZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Interne personeelskosten 2018	95,26%	91,70%	32	2,037	-2,192 **
Interne personeelskosten 2019	96,29%	91,93%	32	2,037	-2,536 **
Externe personeelskosten 2018	4,74%	8,01%	26	2,056	1,341 n.s.
Externe personeelskosten 2019	3,71%	7,79%	28	2,048	2,136 **

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 18: Interne personeelskosten ten opzichte van de totale personeelskosten in de VVT

VVT	ZMAW	Gemiddelde in de VVT	df	Kritieke waarde	t-toets
Interne personeelskosten 2018	88,61	87,63	43	2,017	-0,268 n.s.
Interne personeelskosten 2019	89,73	86,78	41	2,020	0,277 n.s.
Externe personeelskosten 2018	11,39	12,37	43	2,017	0,290 n.s.
Externe personeelskosten 2019	10,27	13,09	44	2,015	1,098 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Uit tabel 16 tot en met 18 is te zien dat de loonkosten voornamelijk bestaan uit de interne personeelskosten. In de GGZ en de VVT verschillen de gemiddeldes niet significant tussen de ZMAW en het gemiddelde in de sector. Alleen bij de GHZ liggen de gemiddelde interne kosten hoger bij de ZMAW en verschillen de gemiddeldes hier wel significant. Daarnaast zijn de externe kosten in 2018 in de GHZ significant lager bij de ZMAW. Het is logisch dat als de interne personeelskosten hoger zijn de externe personeelskosten lager zijn. De sector GHZ werkt dus met meer intern personeel, dit kan bijvoorbeeld meer zekerheid bieden voor de bezetting of voor de bewoners fijner zijn. Als er naar de interne kosten wordt gekeken, bestaat deze uit meerdere kostenposten. De interne personeelskosten bestaan uit de lonen en salarissen, inclusief de beloningen voor bestuurders en toezichthouders. Daarnaast bestaan de interne kosten uit sociale lasten, pensioenpremies en andere personeelskosten. De kostenposten worden in percentages uitgedrukt ten opzichte van de totale kosten per sector en

zijn terug te vinden in tabel 19 tot en met 21. De variabele worden weer gefilterd op de ZMAW en vergeleken met het gemiddelde van de sectoren. Daarnaast zijn deze gemiddeldes ook weer statistisch getoetst met de “t-toets: twee steekproeven met ongelijke varianties”, wat in de onderstaande tabellen 19 tot en met 21 te zien is.

Tabel 19: Uitsplitsing van de interne loonkosten in de GGZ

GGZ	t	ZMAW	Gemiddelde in de GGZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Lonen en salarissen	2018	73,02%	75,81%	39	2,023	0,859 n.s.
	2019	72,43%	74,66%	37	2,026	1,134 n.s.
Waarvan beloningen bestuurders	2018	2,93%	4,53%	49	2,010	0,998 n.s.
	2019	3,70%	4,06%	45	2,014	0,285 n.s.
Sociale lasten	2018	10,75%	12,10%	40	2,021	1,449 n.s.
	2019	11,16%	11,76%	38	2,024	1,582 n.s.
Pensioenpremies	2018	4,93%	5,97%	40	2,021	2,483 **
	2019	5,06%	5,81%	39	2,023	2,122 **
Andere personeelskosten	2018	11,29%	6,46%	39	2,023	-1,255 n.s.
	2019	11,35%	7,42%	37	2,026	-0,959 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 20: Uitsplitsing van de interne loonkosten in de GHZ

GHZ	t	ZMAW	Gemiddelde in de GHZ	df	Kritieke waarde	t-toets
Lonen en salarissen	2018	76,90%	75,45%	25	2,060	-0,930 n.s.
	2019	75,87%	75,28%	26	2,056	-0,461 n.s.
Waarvan beloningen bestuurders	2018	5,28%	3,68%	21	2,080	-0,675 n.s.
	2019	44,27%	3,75%	22	2,074	-0,332 n.s.
Sociale lasten	2018	12,36%	12,36%	28	2,048	-0,013 n.s.
	2019	12,69%	12,68%	28	2,048	-0,008 n.s.
Pensioenpremies	2018	5,12%	5,80%	24	2,064	1,983 n.s.
	2019	5,22%	5,63%	29	2,045	1,805 n.s.
Andere personeelskosten	2018	5,62%	6,39%	25	2,060	0,437 n.s.
	2019	6,22%	6,41%	25	2,060	0,127 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 21: Uitsplitsing van de interne loonkosten in de VVT

VVT	t	ZMAW	Gemiddelde in de VVT	df	Kritieke waarde	t-toets
Lonen en salarissen	2018	75,76%	76,43%	40	2,021	1,017 n.s.
	2019	76,41%	76,14%	39	2,023	1,187 n.s.
Waarvan beloningen bestuurders	2018	3,95%	4,28%	54	2,005	0,329 n.s.
	2019	4,05%	4,00%	58	2,002	0,140 n.s.
Sociale lasten	2018	11,87%	12,20%	40	2,021	0,693 n.s.
	2019	12,51%	12,59%	40	2,021	0,817 n.s.
Pensioenpremies	2018	4,84%	5,58%	40	2,021	2,123 **
	2019	4,92%	5,55%	40	2,021	2,429 **
Andere personeelskosten	2018	7,53%	5,80%	48	2,011	-1,113 n.s.
	2019	6,16%	5,72%	49	2,010	-0,108 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

In tabel 19 tot en met 21 zijn de aspecten van de interne loonkosten statistisch getoetst. Wat opvalt is dat de pensioenpremies in de GGZ en in de VVT significant afwijken van het gemiddelde. Deze zijn namelijk significant lager bij de ZMAW in vergelijking tot het gemiddelde van de sector. Alle andere variabele wijken niet significant af van het gemiddelde.

De derde hypothese luidt als volgt: *Bij abnormale winsten wijkt de samenstellingen van de loonkosten af ten opzichte van het gemiddelde in de drie sectoren.* In het algemeen wijkt de samenstelling van loonkosten niet af ten opzichte van het gemiddelde. Bij de GGZ en VVT wijkt de verhouding interne en externe personeelskosten niet significant af van het gemiddelde. Bij de GHZ weken de interne personeelskosten wel significant af van het gemiddelde. De interne personeelskosten maken een groter deel uit van de totale personeelskosten in verhouding tot het gemiddelde. Dit kan komen doordat er meer vast personeel is. Als er dan wordt gekeken naar de interne personeelskosten wijkt bij de GHZ niks significant af. Dit is in tegenstelling tot de GGZ en de VVT waar de pensioenpremies significant afwijken. Bij ZMAW in de GGZ en VVT zijn de pensioenpremies dus significant lager dan het gemiddelde van de sector. Eikelenboom & ten Katen (2017) gaven aan dat met pensioenpremies in de zorg gefraudeerd werd. Sommige zorginstellingen dragen geen of te weinig pensioenpremies af. Het is niet duidelijk of dit hier het geval is. Wellicht is het wel mogelijk dat er jonger personeel werkt, waardoor er nog geen pensioenpremies behoeven te worden afgedragen of dat er sprake was van korte contracten. Meestal wordt er namelijk pas vanaf 21 jaar pensioen opgebouwd (Ministerie van Algemene Zaken, 2021). Daarnaast kunnen zorginstellingen in hun arbeidsvoorwaarde opnemen dat bij contracten van korte duur

werknemers worden uitgesloten van pensioen. In de GHZ wijken de pensioenpremies niet significant af. Doordat er mogelijk meer vast personeel is, moeten er meer pensioenpremies worden afgedragen in tegenstelling tot de zorginstellingen in de GGZ en VVT die mogelijk jonger personeel hebben en korte contracten. Om een completer beeld te krijgen van de kosten wordt er ook gekeken naar de tweede grootse kostenpost namelijk overige kosten. Hierin zitten meerdere kostenposten verwerkt die misschien kunnen laten zien waarom de kosten kunnen afwijken van het gemiddelde

4.4 Overige kosten

De overige kosten worden in de DigiMV dataset verder gespecificeerd in tabel 3.3.6.7 onder het kopje “toelichting op de resultaten rekening”. Er wordt hier onderscheid gemaakt tussen zes categorieën. Dit zijn de voedingsmiddelen en hotelmatige kosten, de algemene kosten, patiënt-/cliënt- en bewonersgebonden kosten, onderhoud en energiekosten, huur en leasing en als laatst de dotaties en vrijval voorzieningen. De voedingsmiddelen en hotelmatige kosten hebben de variabele “jeu13301_jeu13301” in 2019 en “jeu13301_jeu13302” in 2018 gekregen. De algemene kosten worden door de variabele “jeu13311_jeu13311” in 2019 en “jeu13311_jeu13312” in 2018 beschreven. Voor de patiënt-/cliënt- en bewonersgebonden kosten is de variabele “jeu13321_jeu13321” in 2019 en “jeu13321_jeu13322” in 2018 van belang. Daarnaast voor onderhoud en energiekosten zijn de variabele “jeu13371_jeu13371” in 2019 en “jeu13371_jeu13372” in 2018 en bij huur en leasing is dit “jeu13341_jeu13341” in 2019 en “jeu13341_jeu13342” in 2018. Als laatst heeft de variabele dotaties en vrijval voorzieningen de variabele “jeu13351_jeu13351” in 2019 en “jeu13351_jeu13352” in 2018. De totale overige bedrijfskosten wordt weer gegeven door de variabele “jeu13361_jeu13361” in 2019 en “jeu13361_jeu13362” 2018. Deze is gelijk aan de overige kosten die werden beschreven door de variabele “jeu11100_jeu11100” in 2019 en “jeu11100_jeu11101” in 2018. Deze zes variabele worden allemaal ten opzichte van de totale overige kosten gezet en in percentages uitgedrukt. Hierbij worden de ZMAW vergeleken met het gemiddelde in de drie sectoren. In tabel 22 tot en met 24 zijn deze in percentages uitgewerkt. Ook bij de overige kosten worden de gemiddelde statistisch getoetst. Dit is ook te zien in tabel 22 tot en met 24.

Tabel 22: Uitsplitsing van de overige kosten in de GGZ

GGZ	t	ZMAW	Gemiddelde in de GGZ	df	Kritieke waarde	t-test
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	2018	6,02%	6,33%	38	2,024	0,154 n.s.
	2019	4,14%	6,33%	47	2,012	1,498 n.s.
Algemene kosten	2018	55,62%	53,42%	41	2,020	-0,131 n.s.
	2019	62,73%	53,84%	41	2,020	-1,123 n.s.
Patiënt-/cliënt-bewonerskosten	2018	3,90%	11,03%	66	1,997	3,694 **
	2019	3,95%	11,87%	105	1,983	5,090 **
Onderhoud en energiekosten	2018	6,63%	7,02%	41	2,020	0,316 n.s.
	2019	5,58%	6,81%	49	2,010	1,169 n.s.
Huur en leasing	2018	30,65%	22,31%	42	2,018	-2,391 **
	2019	30,58%	22,07%	38	2,024	-1,254 n.s.
Dotaties en vrijval	2018	-2,57%	-0,07%	37	2,026	0,503 n.s.
	2019	-6,97%	-0,92%	36	2,028	0,767 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 23: Uitsplitsing van de overige kosten in de GHZ

GHZ	t	ZMAW	Gemiddelde in de GHZ	df	Kritieke waarde	t-test
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	2018	9,87 %	12,65 %	24	2,064	0,994 n.s.
	2019	9,64 %	12,58 %	24	2,064	1,063 n.s.
Algemene kosten	2018	48,63 %	39,13 %	22	2,074	-1,119 n.s.
	2019	49,81 %	39,45 %	23	2,069	-1,280 n.s.
Patiënt-/cliënt-bewonerskosten	2018	8,81 %	16,42 %	27	2,052	2,639 **
	2019	10,12 %	16,83 %	26	2,056	2,189 **
Onderhoud en energiekosten	2018	14,94 %	9,96 %	22	2,074	-1,651 n.s.
	2019	12,93 %	9,76 %	22	2,074	-0,825 n.s.
Huur en leasing	2018	17,19 %	21,20 %	23	2,069	1,053 n.s.
	2019	16,33 %	21,15 %	24	2,064	1,217 n.s.
Dotaties en vrijval	2018	0,56 %	0,68 %	34	2,032	0,406 n.s.
	2019	1,17 %	0,25 %	23	2,069	-1,194 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Tabel 24: Uitsplitsing van de overige kosten in de VVT

VVT	t	ZMAW	Gemiddelde in de VVT	df	Kritieke waarde	t-test
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	2018	7,30%	15,11%	44	2,015	3,996 **
	2019	8,36%	15,32%	44	2,015	3,456 **
Algemene kosten	2018	65,77%	47,81%	44	2,105	-3,174 **
	2019	70,10%	47,37%	42	2,018	-3,696 **
Patiënt-/cliënt-bewonerskosten	2018	3,54%	9,21%	49	2,010	3,427 **
	2019	4,52%	9,47%	45	2,014	2,528 **
Onderhoud en energiekosten	2018	7,38%	10,49%	41	2,020	1,560 n.s.
	2019	6,85%	10,53%	41	2,020	2,060 **
Huur en leasing	2018	12,92%	16,75%	44	2,015	1,928 n.s.
	2019	12,83%	16,92%	47	2,012	2,266 **
Dotaties en vrijval	2018	3,09%	0,80%	39	2,023	-1,261 n.s.
	2019	-2,67%	0,64%	40	2,021	1,739 n.s.

** sig<0,005; n.s.= niet significant

Uit de tabellen 22 tot en met 24 komt naar voren dat de patiënt-/cliënt- bewonerskosten significant afwijken in alle drie de sectoren. In de tabellen is te zien dat deze kosten significant lager zijn bij de ZMAW in vergelijking tot het gemiddelde van de sector. Volgens Vermeulen (2021) zijn deze kosten gerelateerd aan onderzoek, behandeling, verpleging, verzorging, apparatuur en instrumentarium van patiënten. Het is mogelijk dat ZMAW efficiënter werken in de zin van patiënten minder behandelen, lagere kwaliteit zorg leveren of er kan sprake zijn van goedkoper of verouderde apparatuur. Daarnaast is te zien dat bij de VVT veel meer kostenaspecten significant afwijken. De Voedingsmiddelen zijn significant lager bij de ZMAW, net als de huur en leasing en onderhoud en energiekosten die in 2019 ook significant lager zijn bij ZMAW. De algemene kosten zijn daarentegen significant hoger bij de ZMAW. De algemene kosten compenseren dan de andere kosten die allemaal significant lager zijn. De algemene kosten zijn volgens Vermeulen (2021) de kosten van administratie, communicatie, algemeen beheer, verzekeringen en belastingen en dergelijke. Het is mogelijk dat de voeding van slechtere kwaliteit is, het gebouw goedkoper, en er zuinig met de energie wordt omgegaan. Daarnaast kan het zo zijn dat hierdoor er beter geregeld moet worden waardoor de algemene kosten stijgen.

5. Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

In het geval van structureel abnormale winsten bij zorginstellingen gaat het om winsten, ook wel opbrengsten minus kosten, die significant afwijken van het gemiddelde. Significant houdt in dat er meer dan 10% winst wordt behaald. Structureel betekent dat deze abnormale winsten minimaal twee jaar op een rij worden behaald. De zorginstellingen die van belang waren voor dit onderzoek zijn de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de gehandicaptenzorg (GHZ) en verpleging- verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT). Uit het onderzoek is gebleken dat het de kleine zorginstellingen in de GGZ, GHZ en VVT zijn die abnormale winsten behalen. Dit komt overeen met de bevindingen van Suijs en Verbon (2018).

In dit onderzoek is er gefocust op de kostenstructuur van de zorginstellingen met abnormale winsten (ZMAW). De tweede bevinding is dat in de kostenstructuur geen significante afwijking te zien is tussen de ZMAW en het gemiddelde van de sectoren. De twee grootste kostenposten, loonkosten en overige kosten, zijn als percentage berekend van de totale kosten in de drie sectoren. Deze twee kostenposten wijken niet significant af tussen de ZMAW en het gemiddelde van de sectoren. Dit zou overeen komen met de theorie van Macdonnell, & Darzi (2013) die stelden dat de loonkosten lastig konden worden gereduceerd in de zorgsector, omdat het een arbeidsintensieve sector is. De loonkosten wijken echter in absolute zin wel af, deze zijn namelijk lager bij de ZMAW ten opzichte van het gemiddelde. De derde grootste kostenpost zijn de afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa. Bij de GHZ wijkt deze kostenpost significant af van het gemiddelde. De afschrijvingskosten zijn namelijk hoger voor de ZMAW in vergelijking tot het gemiddelde in de GHZ. Hier is alleen geen duidelijke verklaring voor gevonden.

De twee grootste kostenposten zijn vervolgens specifieker geanalyseerd. Bij de personeelskosten kan er een onderscheid worden gemaakt tussen de interne en externe loonkosten. De verhouding intern en extern personeel is in de GGZ en VVT gelijk tussen de ZMAW en het gemiddelde van de sector. In de GHZ is dit echter niet zo, hier liggen de interne kosten hoger, wat komt doordat er meer personeel in loondienst is. Als er naar de interne personeelskosten wordt gekeken valt op dat bij de GGZ en VVT de pensioenpremies significant lager liggen bij de ZMAW in vergelijking tot het gemiddelde van de sector. Het is mogelijk dat dit komt doordat er geen of te weinig pensioenpremies worden afgedragen,

doordat er wellicht jonger personeel wordt ingezet of doordat er mogelijk kortere contracten worden aangeboden. Bij de GHZ liggen de pensioenpremies echter niet significant lager. De zorginstellingen in de GHZ werken mogelijk minder met jonger personeel en mogelijk worden er minder kortere contracten afgesloten.

Bij de overige kosten valt op dat in alle drie de sectoren de patiënt-/cliënt-bewonerskosten significant lager liggen bij de ZMAW in vergelijking tot het gemiddelde in de sectoren. Dit kan komen doordat bepaalde factoren efficiënter zijn gebruikt zoals Griffiths, Jensen, & Webster (2011) aangaven in hun onderzoek. Daarnaast zijn bij de VVT meerdere factoren die significant afwijken. In de VVT zijn de voedingsmiddelen, de energiekosten in 2019 en de huurkosten in 2019 significant lager bij de ZMAW in vergelijking met het gemiddelde. De algemene kosten in de VVT liggen daarentegen weer significant hoger bij de ZMAW in vergelijking tot het gemiddelde. Het is mogelijk dat op bepaalde aspecten van de overige kosten bezuinigd is, waardoor de algemene kosten verhoudingsgewijs stijgen.

De hoofdvraag van dit onderzoek was: *welke factoren kunnen leiden tot een verklaring van abnormale winsten bij zorginstellingen in Nederland?* Uit dit onderzoek, waarin is gekeken naar de kostenstructuur, blijkt dat de loonkosten en overige kosten relatief niet significant afwijken bij de ZMAW in vergelijking tot het gemiddelde. De afschrijvingskosten bij de GHZ wijken daarentegen wel significant af. Deze kosten zijn relatief hoger bij de ZMAW in vergelijking tot het gemiddelde. Uit dit onderzoek is ook gebleken dat abnormale winsten voornamelijk voorkomen bij kleine zorginstellingen. Daarnaast wijken de aspecten pensioenpremies in de GGZ en VVT en het aspect patiënt-/cliënt-bewonerskosten in de GGZ, GHZ en VVT significant af bij de ZMAW in vergelijking tot het gemiddelde. Deze twee aspecten kunnen een rol spelen bij de verklaring van het ontstaan van abnormale winsten.

Aanbevelingen

Om het concrete effect van de pensioenpremies in de GGZ en VVT en de patiënt-/cliënt-bewonerskosten in de GGZ, GHZ en VVT verder te kunnen duiden, zal er nader onderzoek nodig zijn. Deze twee aspecten kunnen verder worden onderzocht met behulp van de DigiMV dataset. De pensioenpremies en patiënt-/cliënt-bewonerskosten kunnen namelijk mogelijk met andere factoren samenhangen. Daarnaast zouden deze twee aspecten ook individueel onderzocht kunnen worden bij de ZMAW die uit dit onderzoek naar voren komen.

6. Bibliografie

Berghuis, J. (2019, 1 juli). Op zoek naar de 'zorgcowboys' met R. RPubS.

<https://rpubs.com/jberghuis/zorgcowboys>

Boorsma, M., Joling, K., Dussel, M., Ribbe, M., Frijters, D., van, M. H. W., ... van, H. H. (2012). The incidence of depression and its risk factors in dutch nursing homes and residential care homes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 20(11), 932–42. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31825d08ac>

Bou, J. C., & Satorra, A. (2007). The persistence of abnormal returns at industry and firm levels: evidence from spain. *Strategic Management Journal*, 28(7), 707–722.

Cameron, R., & Gallery, N. (2008). The rise and demise of abnormal items. *Australian Accounting Review*, 18(1), 63–70.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019, 16 december). *Personeelskosten drukken resultaat zorginstellingen*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/51/personeelskosten-drukken-resultaat-zorginstellingen>

De Bekker, P. J. G. M., & van der Hijden, E. J. E. (2018). In de zorg voelt de winst van de een nu als het verlies van de ander: 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), 80–95.

deGruy, F. V. (1997). Mental healthcare in the primary care setting: a paradigm problem. *Families, Systems, & Health*, 15(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/h0089802>.

Eikelenboom, S. & ten Katen, M. (2017, 20 juli). *Pensioenfondsen nieuwe speler in strijd tegen zorgfraude*. FD.nl. <https://fd.nl/economie-politiek/1210809/pensioenfondsen-nieuwe-speler-in-strijd-tegen-zorgfraude>

Enthoven, A. C. (1986). Managed competition in health care and the unfinished agenda. *Health Care Financing Review, Spec No(Spec No)*, 105–19.

Gezondheidszorg. (z.d.). Volksgezondheidszorg.info. Geraadpleegd op 4 juli 2021, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/gezondheidszorg/gezondheidszorg>

Griffiths, W., Jensen, P. H., & Webster, E. (2011). What creates abnormal profits? what creates abnormal profits? *Scottish Journal of Political Economy*, 58(3), 323–346

Jacobsen, R. (1988). The persistence of abnormal returns. *Strategic Management Journal*, 9(5), 415–430

Kajdos, M. P. (2008). Quality, ethics, and profits in health care. *Drug Benefit Trends*, 20(11), 436. <https://link.gale.com/apps/doc/A189797046/AONE?u=erasmus&sid=AONE&xid=b33ab92a>

Kamphuis, B. (2019, 29 september). 'Opnieuw ongebruikelijk hoge winsten bij 85 zorgbedrijven'. Geraadpleegd van <https://nos.nl/artikel/2303257-opnieuw-ongebruikelijk-hoge-winsten-bij-85-zorgbedrijven.html>

Kocher, R., & Sahni, N. R. (2011). Rethinking health care labor. *The New England Journal of Medicine*, 365(15), 1370–1372. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109649>

Kuijper, K. (2014, 10 september). Marktwerking in de zorg of terug naar het ziekenfonds? Zorgwijzer. <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/marktwerking-zorg-of-terug-naar-ziekenfonds#:~:text=In%202006%20werd%20de%20gereguleerde,ook%20tussen%20ziekenhuizen%20en%20zorginstellingen>

- Littleton, A. C. (1928). What is profit? *The Accounting Review*, 3(3), 278–288.
- Macdonnell, M., & Darzi, A. (2013). A key to slower health spending growth worldwide will be unlocking innovation to reduce the labor-intensity of care. *Health Affairs*, 32(4), 653–60.
- Márquez P. (1990). Containing health costs in the americas. *Health Policy and Planning*, 5(4), 299–315.
- Maynard, R. (1994). What is profit? *Management Accounting*, 72(9), 12–12.
- McGahan, A. M., & Porter, M. E. (2003). The emergence and sustainability of abnormal profits. *Strategic Organization*, 1(1), 79–108.
- McKee, A. (1989). What is just profit? *Review of Social Economy*, 47(2), 173–184.
- Ministerie van Algemene Zaken. (2021, 23 april). Hoeveel pensioen bouw ik op? Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/vraag-en-antwoord/hoeveel-pensioen-bouw-ik-op>
- Mostert, D., & Vermanen, J. (2019, 25 september). *Zo vind je minstens 85 zorgbedrijven die structureel hoge winst maken*. KRO-NCRV. <https://pointer.kro-ncrv.nl/zo-vind-je-minstens-85-zorgbedrijven-die-structureel-hoge-winst-maken>
- Mostert, D., & Vermanen, J. (2019, 26 juni). *Miljoenen aan winst bij 97 zorgbedrijven (en dat wordt zelden gecontroleerd)*. KRO-NCRV. <https://pointer.kro-ncrv.nl/miljoenen-aan-winst-bij-97-zorgbedrijven-en-dat-wordt-zelden-gecontroleerd>
- Mostert, D., van Bree, T. & Vermanen, J. (2019, 25 september). *Minstens 85 grote zorgbedrijven maken twee jaar op rij uitzonderlijk hoge winst*. KRO-NCRV. <https://pointer.kro-ncrv.nl/minstens-85-grote-zorgbedrijven-maken-twee-jaar-op-rij-uitzonderlijk-hoge-winst>
- Nurse to patient ratios staffing levels in American health care. (2004). *Nursing Standard -London-*, 19(14/16), 33–37
<https://link.gale.com/apps/doc/A126933608/AONE?u=erasmus&sid=AONE&xid=5bb38845>
- Nystrom, R. J., & Prata, A. (2008). Planning and sustaining a school-based health center: cost and revenue findings from oregon. *Public Health Reports (1974-)*, 123(6), 751–760.
- Polder, J. J., Hoogland, J., Jochemsen, H., & Strijbos, S. (1997). Profession, practice and profits: competition in the core of health care system. *Systems Research and Behavioral Science*, 14(6), 409–421. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1743\(199711/12\)14:6<409::AID-SRES129>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1743(199711/12)14:6<409::AID-SRES129>3.0.CO;2-I)
- Rijksoverheid. (z.d.). Het Nederlandse zorgstelsel. Geraadpleegd op 16 april 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel>
- Rumelt, R. P. (1991). How much does industry matter?. *Strategic management journal*, 12(3), 167–185.
- Stellinga, B. (2012). *Dertig jaar privatisering, verzelfstandiging en marktwerking* (Ser. Wrr webpublicaties, 65). Amsterdam University Press.
- Suijs, J.P.M, & Verbon, H.A.A. (2018). De winsten van zorginstellingen. *Beleid & maatschappij*, 45(1), 46–77. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/111456>

Van Ark, E. (2019, 26 juni). *Binnen twee jaar miljonair in de thuiszorg*. Follow The Money. https://www.ftm.nl/artikelen/zorgcowboys-megawinsten-bedrijven?share=WZw7NyiVwXat1iFRB%2BtY8iadWL2KDKo%2BtYQndqfDo3ntfa0zSDGxhEV4ZuDgUw%3D%3D%26utm_medium=social&utm_campaign=sharebuttonleden&utm_source=linkbutton

Van Ark, E. (2021, 11 februari). *Verdiene de zorgcowboys minder, of verstoppen ze hun winst beter?* Geraadpleegd van https://www.ftm.nl/artikelen/zorgcowboys-minder-winst-meer-omzet?share=1z7rgczZdfB6GgzhCLvISn5iWXiBtDxJduv3Zze1gtM5at39hpjzeM5dJXFS7BA%3D%26utm_medium=social&utm_campaign=sharebuttonleden&utm_source=linkbutton

Vermanen, J. (2019, 26 juni). *Op deze manier vind je zorginstellingen die megawinsten maken*. KRO-NCRV. <https://pointer.kro-ncrv.nl/op-deze-manier-vind-je-zorginstellingen-die-megawinsten-maken>

Vermanen, J. (2021, 6 februari). *Zorgbestuurders keren zichzelf 25,1 miljoen euro winst uit*. Geraadpleegd van https://www.ftm.nl/artikelen/zorgbestuurders-keren-zichzelf-27-miljoen-winst-uit?share=tkn8moLGxdQjaHS%2FNbsQEp%2BEzf3JB90VUkWw5PLOX51SyRXhkAxsbfDsiqaiAU%3D%26utm_medium=social&utm_campaign=sharebuttonleden&utm_source=linkbutton

Vermeulen, A. (2021, 10 maart). *Financiële kengetallen zorginstellingen 2019*. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/aanvullende-statistische-diensten/2021/financiele-kengetallen-zorginstellingen-2019?onpage=true#c-5--Bedrijfskosten-en-personeelsomvang-van-care-instellingen>

Waldman, J. D., Kelly, F., Arora, S., & Smith, H. L. (2004). The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Management Review*, 29(1), 2–7

Wares, B. J., Pasternak, D. P., & Smith, H. L. (1994). Determining costs associated with quality in health care delivery. *Health Care Management Review*, 19(3), 52.

Weller, C. D. (1984). "free choice" as a restraint of trade in american health care delivery and insurance. *Iowa Law Review*, 69(5), 1351–1392.

Winst in de Nederlandse zorgsector. (2017, 13 maart). Gupta strategists. <https://gupta-strategists.nl/studies/winst-in-de-nederlandse-zorgsector>

Zelený T, & Bencko, V. (2015). Healthcare system financing and profits: all that glitters is not gold. *Central European Journal of Public Health*, 23(1), 3–7.

Zorginstellingen. (z.d.). Zorgen.nl. Geraadpleegd op 13 mei 2021, van <https://zorgen.nl/zorginformatie/zorginstellingen/>

Zorginstellingen; financiële kengetallen. (z.d.). Centraal bureau van statistiek. Geraadpleegd op 17 juni 2021, van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83670NED/table?ts=1623772558021>