

EVALUATIE REGELINGEN BEZOLDIGINGSMAXIMA

Eindrapportage

Arie Gelderblom

Paul de Hek

Griet de Lombaerde

Arie-Jan van der Toorn



COLOFON

DIT IS EEN UITGAVE VAN

SEOR BV

© SEOR BV / ROTTERDAM, OKTOBER 2020

Niets van deze uitgave mag op welke wijze dan ook worden veeelvoudigd zonder de voorafgaande toestemming van de uitgever en andere auteursrechthebbenden. SEOR is niet aansprakelijk voor gegevens die door derden werden verstrekt.

EVALUATIE REGELINGEN BEZOLDIGINGSMAXIMA

SECTOREN ZORG EN JEUGDHULP EN ZORGVERZEKERAARS

EINDRAPPORTAGE

CONTACTPERSOON

Naam	Arie Gelderblom
Adres	Marconistraat 16, 3029 AK Rotterdam
Telefoon	+ 31 (0) 6-20602998
Email	gelderblom@seor.eur.nl

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	I
1 INLEIDING EN ACHTERGROND	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Doel van het onderzoek	1
1.3 Onderzoeksvragen	1
1.4 Aanpak van het onderzoek	2
1.5 Opbouw van het rapport	4
2 DESK RESEARCH	5
2.1 De huidige regeling in de sector zorg en jeugdhulp	5
2.2 Ontwikkeling van de regeling in de sector zorg en jeugdhulp	6
2.3 De huidige regeling bij zorgverzekeraars	8
2.4 Informatievoorziening	9
3 CONTEXT BESTUURDERS	11
3.1 Complexiteit sector zorg en jeugdhulp	11
3.2 Financiële en organisatorische risico's zorgsector	12
3.3 Complexiteit en risico's zorgverzekeraars	14
4 ADEQUAATHEID VAN DE HUIDIGE REGELING	16
4.1 Algemeen beeld	16
4.2 Kennisintensiteit	17
4.3 Aantal taken	18
4.4 Aantal relevante financieringsbronnen	18
4.5 Omzet	19
4.6 Weging van de criteria	19
4.7 Aantal verzekerden (zorgverzekeraars)	20
4.8 Eenvoudig toepasbaar	20
5 MOGELIJKE ANDERE FACTOREN	22
5.1 sector zorg en jeugdhulp	22
5.2 Zorgverzekeraars	23
6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES	24
I BIJLAGE SCHEMA OVERGANGSRECHT	30

VOORWOORD

Begin 2020 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan SEOR een opdracht verleend voor een evaluatie van de Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp en de Regeling sectorale bezoldigingsnorm topfunctionarissen zorgverzekeraars. Het onderzoek is binnen SEOR uitgevoerd door dr. Arie Gelderblom (projectleider), dr. Paul de Hek, Griet de Lombaerde en Arie-Jan van der Toorn. Esther Hamelink heeft als stagiair voor verschillende onderdelen van het onderzoek ondersteuning verleend. Wij willen iedereen bedanken die middels een interview een bijdrage heeft geleverd aan dit onderzoek. Tevens willen wij de opdrachtgever bedanken voor de prettige samenwerking tijdens het onderzoek.

1 INLEIDING EN ACHTERGROND

1.1 INLEIDING

De Wet Normering Topinkomens (WNT, 1 en 2) is nu een aantal jaren (vanaf 2013) ingevoerd. Door de WNT zijn de maxima voor de beloning van bestuurders in de zorgsector (en andere maatschappelijke sectoren) gemaximeerd. Voor de zorgsector is onder de WNT een ministeriële regeling ingesteld vanaf 2014. Met ingang van 1 januari 2014 is de bezoldiging van topfunctionarissen bij zorginstellingen gemaximeerd via de Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg- en welzijnssector. Deze regeling is op 1 januari 2016 vervangen door de huidige Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp. Deze regeling kent een klassenindeling op grond van:

- 1) Kennisintensiteit;
- 2) Aantal taken;
- 3) Aantal relevante financieringsbronnen in relatie tot omzet uit die bronnen;
- 4) Omzet.

Voor zorgverzekeraars is de Regeling sectorale bezoldigingsnorm topfunctionarissen zorgverzekeraars van toepassing. Hierbij geldt een klasse-indeling op basis van het aantal verzekerden. Daarbij worden drie groepen onderscheiden: verzekeraars met meer dan 1.000.000 verzekerden, verzekeraars met 300.000 tot 1.000.000 verzekerden en verzekeraars met minder dan 300.000 verzekerden.

Voor bestuurders die al bezoldigingsafspraken hadden, geldt na de overgang(en) van WNT1, WNT2 en de ministeriële regelingen een overgangsrecht. De precieze uitwerking hangt af van het jaar van aanstelling, en de verhouding van de bezoldigingshoogte tot het algemene bezoldigingsmaximum en de WNT-1-staffel en WNT-2 staffel. In bijlage I is het overgangsrecht per casus uitgewerkt.

1.2 DOEL VAN HET ONDERZOEK

In 2020 dient de Minister een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de WNT in de praktijk aan de Staten-Generaal te zenden, conform artikel 7.2 van de Wet. Daartoe voert het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties een rijksbrede evaluatie van de doeltreffendheid, doelmatigheid, en neveneffecten van de WNT uit. Onderdeel van deze evaluatie is het valideren van de wegingsfactoren voor de bezoldigingsklassen voor topfunctionarissen. Dit onderzoek richt zich op de bezoldigingsklassen voor de sectoren zorg en jeugdhulp en zorgverzekeraars. Er moet worden bepaald of de huidige regelingen voldoende recht doen aan de zwaarte van de functie van een bestuurder en of er andere factoren zijn hiervoor die een betere benadering geven.

1.3 ONDERZOEKSVRAGEN

Aansluitend op het doel van het onderzoek kunnen de onderzoeksvragen als volgt worden geformuleerd:

1. Zijn de huidige factoren uit de regeling en hun onderlinge weging een geschikte benadering van de zwaarte van de functie van topfunctionaris bij een instelling op het terrein van zorg- of jeugdhulp?
2. Zijn andere (objectieve en meetbare) factoren aan te geven die een betere benadering geven van de zwaarte en complexiteit van de functie van topfunctionaris bij een instelling op het terrein van zorg- of jeugdhulp?
3. Zijn de huidige factoren uit de regeling en hun onderlinge weging een geschikte benadering van de zwaarte van de functie van topfunctionaris bij een zorgverzekeraar?
4. Zijn andere (objectieve en meetbare) factoren aan te geven die een betere benadering geven van de zwaarte en complexiteit van de functie van topfunctionaris bij een zorgverzekeraar?

1.4 AANPAK VAN HET ONDERZOEK

Aanpak

De aanpak van dit onderzoek bestaat uit een voorbereidende en een hoofdfase. In de voorbereidende fase werd een desk research en een inventarisatie van de beschikbare bestanden uitgevoerd om zo een nader beeld van het onderzoekskader te schetsen. Dit gaat onder andere om de voorgeschiedenis en ontwikkeling, contextfactoren, en aandachtspunten van de regeling, evenals over de klassenindeling van zorginstellingen. Naast de inventarisatie van literatuur en bestanden werden er verschillende oriënterende interviews gevoerd met vertegenwoordigers van overkoepelende organisaties die relevant zijn in dit onderzoek. Het betreft dan diverse brancheorganisaties en de verenigingen van toezichthouders in de zorg (NVTZ) en bestuurders in de zorg (NVZD).

De voorbereidende fase dient als achtergrond voor het veldwerk in de hoofdfase, waar bestuurders, toezichthouders en OR-leden zijn geïnterviewd. Op basis van de verkregen informatie en inzichten uit de voorbereidende fase zijn gesprekspuntenlijsten opgesteld en respondenten geselecteerd. Door de spreiding in typen respondenten (toezichthouders, bestuurders, OR-leden) en typen instellingen (verschillende branches en bezoldigingsklassen) is getracht om een zo evenwichtig mogelijk beeld te krijgen van verschillen in zwaarte van bestuursfuncties en factoren die daarbij een rol spelen. Hieronder gaan we nader in op deze steekproeftrekking. Gezien de maatregelen omtrent Covid-19 werd het merendeel van de interviews via een video-call of telefonisch afgenomen.

Steekproeftrekking

De interviews onder RvT-leden, OR-leden en bestuurders dienen een evenwichtig beeld te geven van de werking van de regeling in de zorg en jeugdhulp sector en de regeling voor zorgverzekeraars. Hiertoe zijn bij de zorgverzekeraars – naast de brancheorganisatie - gesprekken gehouden met 4 commissarissen en 1 bestuurder, gespreid over zorgverzekeraars in alle 3 de bezoldigingsklassen van deze regeling.

Voor de sector zorg en jeugdhulp is het de bedoeling dat alle deelsectoren en bezoldigingsklassen in de steekproef vertegenwoordigd zijn. Daarnaast is van belang dat specifieke combinaties van sector en klasse die veel voorkomen onder zorginstellingen, terug te vinden zijn in de uiteindelijke steekproef. Een systematisch bestand hierover is niet beschikbaar. Daarom hebben we een indicatie van deze verdeling over sectoren en klassen achterhaald via de [website van CIBG¹](#), waar de jaarverslagen van de meeste zorginstellingen te vinden zijn. Hieruit hebben we willekeurig 50 instellingen geselecteerd, waarvan de sector en klasse te achterhalen waren. In die eerste steekproef bleek dat er geen ziekenhuizen en UMC's naar boven kwamen. Daarom hebben we nog specifiek gezocht naar instellingen uit deze categorieën, waardoor we uiteindelijk 59 instellingen in de steekproef hadden. Tabel 1.1 geeft de verdeling van de instellingen in de steekproef over de sectoren en bezoldigingsklassen.

¹ Zie: <https://www.desan.nl/net/DoSearch/Search.aspx>

De verdeling van de instellingen over de klassen is redelijk gelijkmatig, maar met iets minder instellingen in klasse IV. Bij de verdeling over sectoren, komen de meeste uit de VVT-sector en minder uit de gehandicaptenzorg. De sector 'overig' omvat instellingen als specialistische klinieken, Arbo/re-integratiebedrijven en gezondheidscentra. De verdeling over sectoren is door ons ingeschat op basis van activiteiten die een zorginstelling uitvoert, en het kan zijn dat een instelling tot verschillende sectoren behoort². Wat we ook zien, is dat in de steekproef VVT-instellingen relatief vaak in klasse I zitten, terwijl UMC's geheel en ziekenhuizen grotendeels in klasse V zitten.

Tabel 1.1 Krusttabel steekproef instellingen, verdeeld over deelsectoren en klassen sector zorg en jeugdhulp

Sector x Klasse	I	II	III	IV	V	Totaal
VVT	9	3	6	2	1	21
GGZ	0	4	1	2	1	8
Gehandicaptenzorg	1	0	1	0	0	2
UMC	0	0	0	0	2	2
Ziekenhuizen	0	1	0	0	7	8
Jeugdhulp	2	1	3	2	0	8
Overig	2	4	1	1	2	10
Totaal	14	13	12	7	13	59

Uitvoering interviews

Van de oorspronkelijke selectie van 59 zorginstellingen, hebben we 27 instellingen geïnterviewd.³ Daarnaast hebben we met 4 zorgverzekeraars gesproken. Uiteindelijk hebben we in totaal 17 bestuurders, 15 toezichthouders en 6 OR-leden gesproken. Met de combinatie van gesprekken met toezichthouders en gesprekken met bestuurders in de zorgsector is uiteindelijk in elke sector en in elke klasse met meerdere instellingen gesproken, zoals te zien is in tabel 1.2. Verder hebben we bij een aantal van deze instellingen ook gesproken met een OR-lid.

² In de interviews kwam naar voren dat deze trend van verbreding van dienstverlening en daarmee branchevervaging, of liever brancheverbreiding, is toegenomen.

³ Hierbij hebben we steeds eerst geprobeerd een instelling uit de oorspronkelijke steekproef te benaderen. Het kwam echter diverse keren voor dat een instelling niet kon/wilde meewerken, waardoor we in dezelfde cel willekeurig een andere instelling hebben gezocht via de website van CIBG. Daarnaast hebben we voor de toezichthouders nog enkele suggesties van namen benut van toezichthouders die bij meer dan 1 instelling toezichthouder zijn.

Tabel 1.2 Definitieve selectie steekproef sector zorg en jeugdhulp

Sector X klasse	I	II	III	IV	V	Totaal
VVT	1	1	1*	2		5
GGZ		1	1*	1*	1	4
Gehandicaptenzorg	3	1		1		5
UMC					3	3
Ziekenhuizen	1*				2	3
Jeugdhulp	1*		3			4
Overig		2			1	3
Totaal	6	5	5	4	7	27

Toelichting: Bovenstaande tabel geeft het daadwerkelijke aantal uitgevoerde interviews met een bestuurder of een toezichthouder. Vaak kwam het echter voor dat een instelling in meerdere sectoren actief was. Soms kwam het ook voor dat een toezichthouder bij meerdere instellingen actief was. In de tabel is elk interview maar in 1 sector ingedeeld, zodat het daadwerkelijk aantal interviews weergegeven wordt. De sterretjes geven aan dat er in de desbetreffende cel een interview is gehouden bij een instelling of toezichthouder die ook in een andere sector gecategoriseerd kan worden.

1.5 OPBOUW VAN HET RAPPORT

De opbouw van dit rapport is als volgt. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de deskresearch waarin de huidige regeling en de ontwikkeling hiervan nader wordt toegelicht. Tevens wordt ingegaan op de informatievoorziening. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op de context en complexiteit van de bestuursfunctie. Hoofdstuk 4 geeft een beeld van de adequaatheid van de huidige regeling volgens de respondenten, en maakt onderscheid naar de verschillende criteria van de regeling. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op mogelijke andere factoren die opgenomen zouden kunnen worden in de regeling. Tenslotte volgen in hoofdstuk 6 de samenvatting en conclusies.

2 DESK RESEARCH

2.1 DE HUIDIGE REGELING IN DE SECTOR ZORG EN JEUGDHULP

De regeling in de zorg- en jeugdhulpsector⁴ kent een klassenindeling die de complexiteit van de rechtspersoon of instelling weergeeft, gebaseerd op basis van de volgende vier criteria:

1. Kennisintensiteit;
2. Aantal taken;
3. Aantal relevante financieringsbronnen in relatie tot omzet uit die bronnen;
4. Omzet.

Voor het eerste criterium geldt het uitgangspunt dat wanneer de primaire processen binnen de instelling ingewikkelder zijn en een hoger opleidingsniveau van het personeel vragen, de complexiteit van de werkzaamheden van de bestuurders toenemen. Deze instellingen krijgen dan meer punten. Hiertoe is in de regeling een tabel opgesteld waarbij per soort instelling een puntenaantal is toegekend. Zo krijgen een academisch en algemeen of categoriaal ziekenhuis, een revalidatiekliniek en een integraal kankercentrum het maximum van vijf punten, en krijgt een thuiszorginstelling twee punten. Tabel 2.1 geeft een overzicht.

Tabel 2.1 Puntenindeling voor criterium I: Kennisintensiteit

Soort rechtspersoon of instelling	Aantal punten
Academisch of topklinisch ziekenhuis, integraal kankercentrum, algemeen of categoriaal ziekenhuis, revalidatiekliniek	5
Zelfstandig behandelcentrum, geestelijke gezondheidszorg, keten van eerstelijnsorganisaties, huisartsenzorg, huisartsenpost, mondzorg, farmaceutische zorg, erfelijkheidsadviesing, audiologisch centrum, bloedvoorziening	4
Verpleeg- of verzorgingshuis, gehandicaptenzorg, jeugdhulp, trombosediens, verloskundige zorg, paramedische zorg, vertrekken van medische hulpmiddelen, ziekenvervoer, advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling	3
Kraamzorg, thuiszorg, ADL-assistentie, uitlenen van verpleegartikelen	2

Noot: indien een rechtspersoon of instelling in meerdere rijen van de tabel behoort, mogen de punten niet bij elkaar worden opgeteld. In zo'n geval mag het primaire proces dat het hoogste aantal punten oplevert worden gekozen, mits deze minstens 20% van de totale omzet uitmaakt.

In het tweede criterium, het aantal taken, krijgen instellingen twee punten wanneer deze instellingen niet alleen zorg of jeugdhulp verlenen, maar ook geneeskundige vervolgoopleidingen⁵ verzorgen in minstens één van de laatste drie jaar voorafgaande aan de beoordeling. Is dit niet het geval, dan krijgt de instelling één punt.

⁴ De precieze uitwerking is terug te vinden op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037257/2020-01-01>

⁵ Dit zijn vervolgoopleidingen tot medisch-specialist, tot huisarts of specialist ouderengeneeskunde, tot gespecialiseerd verpleegkundige en voor medisch ondersteunend personeel. Een verwijzing naar een precieze lijst van opleidingen die in aanmerking komen is opgenomen in de regeling.

Het derde criterium geeft aan dat de complexiteit van de werkzaamheden van bestuurders toeneemt naarmate het aantal relevante financieringsbronnen toeneemt⁶. De genoemde reden hiervoor in de regeling is dat er met meer partijen overlegd moet worden, en op meerdere wijzen verantwoording moet worden afgelegd. Dergelijke financieringsbronnen kunnen zijn: financiering door zorgverzekeraars (Zvw), financiering op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), financiering door gemeenten in het kader van jeugdhulp (Jeugdwet) of voor maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), financiering door het Ministerie van Justitie en Veiligheid voor forensische zorg, en financiering door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap voor onderwijs. Wanneer een instelling gebruik maakt van één of twee van deze financieringsbronnen, dan worden twee punten toegekend. Wanneer dit er drie tot en met zes zijn, worden drie punten toegekend.

Het vierde criterium is de omzet. In de regeling wordt aangegeven dat een grotere omzet⁷ betekent dat de bestuurder een grotere verantwoordelijkheid heeft en meer medewerkers moet aansturen. Daarom volgt uit dit criterium dat naarmate de omzet hoger is, meer punten worden toegekend. Wanneer een instelling minder dan 10 miljoen omzet behaalt, krijgt het één punt; 10 tot 50 miljoen, twee punten; 50 tot 150 miljoen drie punten; 150 tot 300 miljoen, vier punten; en meer dan 300 miljoen vijf punten.

Het totaal van de punten bepaalt in welke van de vijf bezoldigingsklassen een instelling valt. De laagste klasse in deze regeling heeft een maximale bezoldiging van 111.000 euro en loopt met stappen van ruim 20.000 euro naar het WNT-maximum van 201.000 euro. Onderstaande tabel geeft de indeling van de klassen op basis van de complexiteitspunten en de bijbehorende bezoldigingsmaxima.

Tabel 2.2 Klasse-indeling regeling zorgsector

Aantal punten	Klasse	Bezoldigingsmaximum
6-7	I	€ 111.000
8	II	€ 135.000
9	III	€ 163.000
10-11	IV	€ 185.000
12-15	V	€ 201.000 (WNT-maximum)

Bron: Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp, Staatscourant 2019, nr. 61272.

2.2 ONTWIKKELING VAN DE REGELING IN DE SECTOR ZORG EN JEUGDHULP

Beloningscode voor bestuurders in de zorg

Voordat de regeling werd ingevoerd kende de zorgsector een Beloningscode voor bestuurders in de zorg (BBZ), opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ) en de vereniging van bestuurders in de zorg (NVZD).⁸ Deze Beloningscode stelde dat er drie factoren zijn die de functiezwaarte van een bestuurder bepalen: complexiteit, impact en omvang.

De complexiteit werd bepaald aan de hand van twee aspecten: de kennisintensiteit en de complexiteit van de transactieketen van de processen. Het eerste aspect was nagenoeg hetzelfde als in de huidige regeling. Het tweede aspect had te maken met het aantal partijen waarmee de zorginstelling te maken had om de uiteindelijke dienstverlening aan de cliënt te kunnen realiseren en in hoeverre er sprake was

⁶ Voor de bepaling van het aantal punten voor dit criterium was voorheen een financieringsbron pas relevant als daarmee ten minste 10% van de opbrengsten wordt gegenereerd. Voor rechtspersonen of instellingen met opbrengsten minder dan €10 miljoen werd er helemaal geen onderscheid gemaakt naar het aantal financieringsbronnen. Sinds 2019 zijn deze eisen komen te vervallen, dus alleen het aantal relevante financieringsbronnen is van belang. M.a.w. indien er opbrengsten uit drie of meer relevante financieringsbronnen zijn, dan leidt dit tot een extra punt. Zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2018-65202.html>.

⁷ De omzet betreft de som van de bedrijfsopbrengsten in het kalenderjaar voorafgaande aan de beoordeling.

⁸ NVTZ en NVZD. (2012). Beloningscode voor Bestuurders in de Zorg.

van een extra verzwarend element door de tegenstrijdige interne en/of externe belangen die dominant in de bedrijfsvoering aanwezig zijn.

De mate van impact van een instelling werd bepaald aan de hand van drie aspecten:

- de geografische werkingssfeer;
- de kans op en omvang van calamiteiten en de impact daarvan op de samenleving;
- de media-exposure van de zorginstelling bij een normale bedrijfsvoering.

Bij het eerste aspect kreeg een instelling 0 punten als het overwegend lokaal opereerde, 1 punt voor regionaal en 2 punten voor landelijk. Het tweede aspect gaf 0 punten als de kans op verstoring van de bedrijfsvoering klein is en de impact op de samenleving beperkt en 1 punt als er een grotere kans en impact is. Hoe dit precies bepaald zou moeten worden, werd in de code niet verder toegelicht. Het derde aspect werd opgedeeld in geen of nauwelijks (minder dan één keer per kwartaal), regelmatig (minder dan maandelijks) en zeer regelmatig (maandelijks of vaker) media-aandacht voor een bepaalde instelling.

Het totaal aantal punten voor complexiteit en impact werden afgezet tegen de omvang van een instelling dat werd bepaald door de omzet. Dit leidde ertoe dat een instelling met een omzet tot 10 miljoen minimaal in schaal A en maximaal in schaal E terecht kwam, en een instelling met een omzet van 300 miljoen en meer minimaal in schaal F en maximaal in schaal J terecht kwam. In welke schaal een instelling daadwerkelijk terecht kwam, lag dus aan het aantal punten voor complexiteit en impact.

Houding t.o.v. de regeling

De NVZD en de NVTZ waren destijds van mening dat de invoering van de WNT niet nodig was in de zorgsector. In een Notitie over de beloningscode lieten zowel de NVZD als de NVTZ zien dat de reeds bestaande Beloningscode volgens hen goed werkte als het ging om de salarissen van de bestuurders.⁹ Uit een enquête gehouden in 2011 bleek namelijk dat de overgrote meerderheid (circa 83%) van de bestuurders in de zorg een beloning ontving die onder de toenmalige Balkenende norm lag. In deze notitie beargumenteerde men ook dat de invoering van de WNT juridisch niet houdbaar was. Mede op basis van deze notitie heeft de NVZD een rechtszaak aangespannen tegen de Staat met betrekking tot het invoeren van de WNT. De NVZD stelde onder andere dat zorginstellingen geen publieke of daaraan nauw verwante instellingen zijn en daardoor niet gereguleerd dienden te worden door de WNT. De rechtszaak werd verloren door de NVZD.¹⁰

Wet normering topinkomens

Na invoering van de WNT in 2013 werd op 1 januari 2014 de Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg- en welzijnssector ingevoerd. In de bijlage van deze regeling¹¹ wordt een toelichting gegeven op de overwegingen en het proces bij de totstandkoming van deze regeling. In deze toelichting wordt onder andere gesteld dat de klassenindeling tot stand kwam in overleg met de NVZD en NVTZ en grotendeels gelijk was aan de BBZ¹². Op 1 januari 2016 werd deze regeling vervangen door de huidige Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp.

In de toelichting op de huidige regeling¹³ worden een aantal redenen genoemd waarom de oude regeling vervangen moest worden. Allereerst wekte de naam (Regeling voor zorg- en welzijnssector) ten

⁹ NVTZ en NVZD. Notitie over de Beloningscode voor Bestuurders in de Zorg.

¹⁰ Rechtbank Den Haag, 11 januari 2013. ECLI_NL_RBDHA_2013_BY8165.

¹¹ Toelichting bij de Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg- en welzijnssector, Staatscourant Nr. 33659, 29 november, 2013.

¹² In de toelichting wordt als een belangrijk verschil genoemd dat niet langer de mogelijkheid bestaat om de uitkomst van de inschaling te verhogen met een toeslag (maximaal 30%) voor omgevings- en risicofactoren, zoals mogelijk was bij de BBZ.

¹³ Toelichting bij de Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp, Staatscourant 2015, nr. 42674.

onrechte de indruk dat zij niet alleen van toepassing was voor topfunctionarissen in de zorgsector, maar ook op die in de welzijnssector. In werkelijkheid was de regeling alleen van toepassing voor topfunctionarissen van rechtspersonen en instellingen voor zorg en jeugdhulp. Ten tweede werd er door de in 2015 ingevoerde WNT II een verlaging vereist van de geldende norm. Als laatste bleek volgens de toelichting dat de criteria waarop een instelling beoordeeld werd in de oude regeling op enkele punten knelden wat betreft controleerbaarheid en toepasbaarheid. Daarom is in de nieuwe regeling de objectieve controleerbaarheid van de criteria verbeterd. Ook is het aantal criteria teruggebracht om de toepassing van de regeling te vereenvoudigen.¹⁴

2.3 DE HUIDIGE REGELING BIJ ZORGVERZEKERAARS

Op 1 januari 2014 is de bezoldigingscode voor bestuurders en toezichthouders van zorgverzekeraars in werking getreden. De WNT-regeling kent drie bezoldigingsregimes; (i) het wettelijk bezoldigingsmaximum; (ii) de sectorale bezoldigingsnorm; en (iii) de verplichting tot openbaarmaking van de bezoldiging. De zorgverzekeraars vallen onder het tweede regime. Een sector breed commissarissenoverleg heeft de volgende elementen meegenomen in de vaststelling van de bezoldigingscode van 2014¹⁵:

- De zwaarte van de bestuursfunctie in relatie tot bestuursfuncties in de private markt
- De beloningshoogte van vergelijkbare functies in de private markt
- Weging van de publieke normering (het wettelijk bezoldigingsmaximum)
- Aansluiting bij het beloningsgebouw voor het personeel

Voor een objectieve vaststelling van de functiezwaarte en inzicht in de beloningsniveaus van de private markt, heeft de sector zich destijds laten ondersteunen door Hay Group. Binnen het commissarissenoverleg is vervolgens discussie gevoerd over wat een reële referentiemarkt binnen de private markt is en wat een reële verhouding is tussen de private en de publieke referentie.

Per 1 januari 2016 zijn de normbedragen in de bezoldigingscode naar beneden bijgesteld in het kader van WNT-2 en vanaf 1 januari 2017 worden de normbedragen jaarlijks geïndexeerd¹⁶. Wat betreft de bezoldiging van bestuurders gelden de maximum bezoldigingsbedragen voor drie organisatieklassen, gebaseerd op het aantal verzekerden^{17 18}:

- Organisatieklasse A: meer dan 1 miljoen verzekerden
- Organisatieklasse B: tussen 300.000 en 1 miljoen verzekerden
- Organisatieklasse C: minder dan 300.000 verzekerden

De maximum bezoldiging in 2020 voor deze klassen zijn: € 289.000 voor klasse A; € 250.000 voor klasse B; en € 212.000 voor klasse C.

¹⁴ Toelichting bij de Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp, Staatscourant 2015, nr. 42674.

¹⁵ Voor deze beschrijving van de aanloop naar de regeling is gebruik gemaakt van: Bezoldigingscode voor bestuurders en toezichthouders van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, maart 2020.

¹⁶ In 2015 werd door de Minister van VWS een voorstel gedaan om de bezoldigingsnormen met 11,5% te verlagen in het kader van WNT-2. Hier heeft de sector op gereageerd door aan te geven dat er geen ruimte is voor deze verlaging, doordat deze mogelijk de concurrentiepositie van zorgverzekeraars op de beloningsmarkt zou verslechteren (met andere woorden, knelpunten om gekwalificeerde topfunctionarissen aan te trekken) en de interne beloningsverhoudingen te veel zou verstoren. Het besluit tot verlaging is in 2016 toch doorgevoerd.

¹⁷ Zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034246/2020-01-01> (Regeling sectorale bezoldigingsnorm topfunctionarissen zorgverzekeraars)

¹⁸ Dit correleert in belangrijke mate met andere omvangsindicatoren en is daarom gekozen als differentiërende factor.

Om te komen tot een passend beloningsniveau gegeven de voor de betreffende klasse geldende bezoldigingsnorm, is door de sector zelf een bezoldigingscode opgesteld¹⁹. Hierbij wordt door de commissarissen van de organisatie een afweging van een aantal verschillende factoren gemaakt:

- Relatieve omvang: de omvang van de zorgverzekeraar ten opzichte van de grenzen die gelden voor de betreffende klasse.
- Complexiteit: dit gaat om bestuurlijke vrijheid, functionele compleetheid van de organisatie, en aanvullende activiteiten.
- Organisatie-impact: de impact van de organisatie op het stelsel van zorgverzekeringen.

Om de feitelijke bezoldiging van de individuele bestuurders vast te stellen, worden in de code ook factoren genoemd als de interne beloningsverhoudingen binnen de organisatie en de individuele kwaliteiten en ervaring.

2.4 INFORMATIEVOORZIENING

Een van de beperkingen die tijdens de deskresearch naar voren kwam, was dat er geen overzichtsbestanden beschikbaar zijn van de toepassing van de WNT bij instellingen van zorg en jeugdhulp. Hierdoor is er bijvoorbeeld geen systematisch inzicht in:

- De verdeling van instellingen over de bezoldigingsklassen;
- De mate waarin veranderingen van jaar op jaar voorkomen wat betreft indeling in bezoldigingsklassen van individuele instellingen. Vanuit sommige respondenten wordt bijvoorbeeld het gebrek aan stabiliteit in de indeling als een knelpunt gezien. Dergelijke schommelingen leiden volgens hen tot onzekerheid bij Raden van Toezicht en bestuurders over de (toekomstige) inschaling bij bezoldigingen. De vraag is hoe vaak wisselingen daadwerkelijk voorkomen.
- De mate waarin bestuurders (bijna) aan de top zitten van hun bezoldigingsklasse. In de interviews is soms gesuggereerd dat het systeem in de praktijk zo wordt gehanteerd dat veel bestuurders automatisch op het maximum (of daar net onder) worden ingeschaald. De vraag is in hoeverre dit daadwerkelijk het geval is. Bij de geïnterviewde instellingen kwamen we bijvoorbeeld bij de kleine instellingen diverse bestuurders tegen die ver onder hun maximum waren ingeschaald.
- De mate waarin onderliggende puntenopbouw en de scores op de onderliggende criteria zodanig is opgebouwd dat de instelling net binnen een hogere klasse valt. Sommige respondenten waarschuwen dat bepaalde criteria strategisch gedrag kunnen oproepen, doordat bestuurders er bijvoorbeeld naar streven dat de omzet een zodanige (hoge) score oplevert dat deze gunstig uitpakt voor de klasse-indeling. In vergelijkbare onderzoeken bij woningcorporaties en in het onderwijs is een dergelijk gedrag getoetst door gebruik te maken van bestanden waarin nagegaan kon worden of de scores op criteria aanleiding gaven om te veronderstellen dat men erop stuurde dat men aan de gunstige kant van een klassegrens uitkomt (en weinig aan de ongunstige kant). De scores op de criteria gaven in deze andere sectoren geen ondersteuning van dit veronderstelde strategisch gedrag.
- De mate waarin zeer kleine dienstverbanden van bestuurders voorkomen. In de jaarverslagen komt dit soms naar voren. In theorie zou het mogelijk zijn dat bestuurders op deze wijze de beperkingen in de bezoldiging ontwijken, omdat de WNT alleen (naar rato) op dit deel van het dienstverband van toepassing is. Als de bestuurder daarnaast bijvoorbeeld een medische functie vervult, is op dit andere deel de WNT niet van toepassing²⁰. Een bestuurder zou dan een

¹⁹ Bezoldigingscode voor bestuurders en toezichthouders van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, maart 2020.

²⁰ Bij een van de respondenten was hierover wel verwarring. Deze respondent had een deeltijd dienstverband als bestuurder en deels voerde deze een medische functie uit. Onduidelijk was voor deze respondent of de WNT ook van toepassing was op de totale bezoldiging van beide functies samen.

heel kleine dienstverband als bestuurder kunnen opvoeren om de beperkingen van de WNT zoveel mogelijk te beperken. Om dit globaal te toetsen, zijn we bij een beperkte steekproef van instellingen nagegaan of dit vaak voorkomt. Dit bleek echter niet wijdverbreid.

Enkele van deze gegevens waren in voorgaande jaren²¹ nog wel inzichtelijker beschikbaar in overzichten dan het huidige bestand van losse jaarverslagen.

²¹ Deze eerdere datasets zijn gepubliceerd op: <https://data.overheid.nl/dataset/wet-normering-topinkomens--wnt--2013--2014-en-2015>

3 CONTEXT BESTUURDERS

3.1 COMPLEXITEIT SECTOR ZORG EN JEUGDHULP

In de interviews is gevraagd naar de complexiteit van een bestuursfunctie van een zorginstelling. Waar hebben ze zoal mee te maken? Welke factoren hebben invloed op de zwaarte van een dergelijke functie? In deze paragraaf gaan we in op algemene factoren die van invloed zijn op de complexiteit. In paragraaf 3.2 gaan we specifiek in op financiële en organisatorische risico's.

Uit de gesprekken komt duidelijk een beeld naar voren dat een bestuursfunctie in de zorg en jeugdhulp een complexe functie betreft. Gevraagd naar een inhoudelijke verduidelijking komt dit onder meer tot uitdrukking in een veelheid van factoren die deze complexiteit bepaalt. Enkele factoren die regelmatig terugkomen zijn:

- Contacten met belanghebbenden. Een bestuurder heeft contacten met een groot aantal diverse stakeholders/belanghebbenden. Dit betreft overleg, onderhandelen en verantwoording. Hoe breder het netwerk aan belanghebbenden, hoe meer overleg er ook nodig is, en hoe complexer het is om alle belangen bij elkaar te brengen. Deze factor is door de respondenten het vaakst genoemd. Meest genoemde stakeholders:
 - o Zorgverzekeraars (onderhandelen met zorgverzekeraars vraagt materiedeskundigheid);
 - o Gemeenten (financiering, verantwoording, bouwverordeningen, vervoer patiënten, zorgcontracten, ook politiek lobbyen; iedere gemeente heeft eigen regels/eisen);
 - o Zorgkantoren;
 - o Andere zorgaanbieders;
 - o Medezeggenschap (OR; V(V)AR, cliëntenraden, stafconvent, voortdurende dialoog om beslissingen te verantwoorden);
 - o Cliënten, familie van cliënten;
 - o Banken;
 - o Woningcorporaties (huur en opzetten nieuwe woonvormen);
 - o Samenwerkingsverbanden (leren van anderen/innovatie voor zorg);
 - o Intern overleg/afstemming binnen raad van bestuur, met management, medische staf.
- Financiering. De bekostiging van de zorg loopt via diverse kanalen: zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en daarnaast kunnen mensen hun eigen zorg regelen via het persoonsgebonden budget of particuliere inkoop. Met ook diversiteit daarbinnen, veel verschillende soorten financiering bij gemeenten, zorgkantoren e.d.
- Wetten, normen en richtlijnen (medische wetgeving, kwaliteitskaders, facilitaire wetgeving, arbeidsomstandighedenwet, mededinging, ICT). Een bestuurder moet inspelen op veranderingen in wet- en regelgeving en dit vertalen naar de werkvloer. Er is veel toezicht/controle op de kwaliteit van zorg ("altijd werken onder een vergrootglas").
- Personeelszaken. Dit betreft het omgaan met personeel (personele begeleiding) en ervoor zorgen dat er voldoende personeel is (krapte op de arbeidsmarkt). Personeel dat in een ander land is opgeleid, vormt een extra complicerende factor.
- Benodigde kennis. Dit betreft zorginhoudelijke kennis (bijvoorbeeld op het gebied van toenemende complexiteit cliënten in Wlz), maar ook kennis op gebied van AVG, belang van patiënten e.d.
- Voortrekkersrol/regierol zorg in regio (zorgen dat zorg op de goede plek plaatsvindt).

- Specifieke omstandigheden:
 - o Groei van de organisatie (bv. aankoop vastgoed, weerstand buurtbewoners)
 - o Een achterstand op gebied van ICT
 - o Cultuur van organisatie
 - o Slechte financiële situatie
 - o Wachtlijsten
 Bovenstaande laat zien dat de ontwikkelfase van de organisatie (bv. rustig vaarwater of overgang) invloed heeft op de complexiteit van een bestuursfunctie.
- Combinatie zorg, onderwijs en onderzoek (met name academische en topklinische ziekenhuizen). Ieder onderdeel heeft zijn eigen netwerken en belangen. Een onderzoeksafdeling is complex, omdat je ook in de academische wereld actief moet zijn.
- Uitvoerende, inhoudelijke taken. Als een bestuurder naast de bestuurlijke, strategische taken ook taken op operationeel niveau (dicht bij de werkvloer) heeft, wordt dat gezien als complicerend.
- Aantal locaties. Als een instelling meerdere locaties heeft, is dat complexer (meer afstemmen, breder netwerk).
- Visie ontwikkelen (waar gaat zorg heen, visie op eigen organisatie, tekorten personeel).
- Het aantal soorten aangeboden zorg. Meerdere vormen van zorg onder een bestuur maakt complexer: andere kennisniveaus, teamafstemming en overdrachten. Meer verschillende typen cliënten maakt complexiteit ook groter.

Een aantal van bovenstaande onderwerpen zijn gerelateerd aan de grootte van de instelling. Grotere instellingen zijn in principe complexer. In kleinere instellingen kun je makkelijker het overzicht behouden en zaken als vastgoed en ICT-infrastructuur kunnen zeer complex worden door toenemende omvang. Daarnaast hebben bestuurders van grotere instellingen (nog) meer verantwoordelijkheid. Daar staat tegenover dat grotere instellingen ook meer ondersteuning bieden voor de bestuurder, bijvoorbeeld in de vorm van een extra managementlaag. En bij een kleine(re) instelling heeft een bestuurder naast strategische vaak ook operationele taken. Een aantal respondenten geeft ook aan dat grotere instellingen doorgaans minder kwetsbaar zijn dan kleinere instellingen. De invloed van grootte is volgens diverse respondenten dus niet altijd eenduidig.

Verder geeft een van de gesprekspartners aan dat de schaalgrootte van een instelling ook gevolgen heeft voor de mogelijkheid om de ontwikkelingen in volumennormen te volgen, c.q. aan volumennormen te voldoen. Een (te) kleine schaalgrootte maakt het daardoor lastiger om bepaalde zorg aan te blijven bieden.

Een indicatie dat bestuursfuncties bij grotere instellingen complexer of zwaarder zijn dan bestuursfuncties bij kleinere instellingen is dat de schattingen van de feitelijk gemaakte werkweken gemiddeld hoger zijn naarmate de klasse hoger is. Dit gaat van ruim 45 uur per week in klasse I tot bijna 65 uur per week in klasse V.²² De schattingen zijn vooral afkomstig van de bestuurders zelf, een enkele keer ook van de toezichthouders of OR-leden.

3.2 FINANCIËLE EN ORGANISATORISCHE RISICO'S ZORGSECTOR

De reacties van de gesprekspartners op de vraag naar de grootte van de financiële en organisatorische risico's lopen van niet zo groot en "(goed) te overzien" naar groot.

Risico's hangen samen met de omvang van de instelling. Grotere instellingen hebben over het algemeen grotere risico's. De gevolgen van een verkeerde beslissing zijn in absolute termen groter voor grotere

²² Hierbij moet wel worden aangetekend dat dit slechts op een klein aantal waarnemingen is gebaseerd. In totaal hebben wij 18 concrete schattingen gekregen van het (gemiddeld) aantal uren per week dat men werkt. We zijn bij de vraagstelling zoveel mogelijk uitgegaan van een "normale" periode. Tijdens de coronacrisis liggen de uren soms aanzienlijk hoger.

instellingen. Bij een kleine instelling gaat het echter mogelijk direct om het voortbestaan van de organisatie. Bij grotere instellingen zijn de risico's doorgaans beter gedekt dan bij kleine instellingen, die gevoeliger zijn voor schokken en minder mogelijkheden hebben voor spreiding van de risico's. Een kleine instelling heeft daarbij ook weinig marktmacht en dus minder invloed op prijzen en andere contractvoorwaarden.

Een aantal gesprekspartners benoemt dat de organisatie ondernemersrisico loopt. Dit risico is fors groter als de instelling geen systeemfunctie heeft. Als het misgaat, kan een instelling failliet gaan. Daarom zijn financiële buffers nodig voor het opvangen van tegenvallers. Als er weinig reserves zijn, worden de risico's groter. Ook is opgemerkt dat meer marktwerking tot meer onzekere financiering heeft geleid (zeker in de thuiszorg). Daartegenover is opgemerkt dat het ondernemen binnen de publieke sector betreft, waar de risico's van faillissement over het algemeen toch lager liggen dan in de private sector. Dit geldt echter zeker niet voor de hele sector; denk bijvoorbeeld aan zelfstandige klinieken waar ondernemerschap en daaraan gekoppelde risico's sowieso sterk aanwezig zijn. Een gesprekspartner wijst erop dat ook bij ziekenhuizen faillissementen voorkomen.

Genoemde oorzaken van risico's zijn:

- Financieringssystematiek;
- Publiciteit, media-aandacht;
- Investerings, waaronder in ICT en vastgoed (welke zorgvraag in toekomst?);
- Personeelsvoorziening;
- Politieke keuzes;
- Incidenten (Inspectie kan bijvoorbeeld onverwacht op bezoek komen en als er iets is, heeft dat weerslag op de hele organisatie);
- Veiligheidssystemen die nooit mogen uitvallen;
- Beslissingen over leven en dood. Risico richting Inspectie bij complexe cliënten (bijvoorbeeld suïcidaal);
- Gedrag van de zorgverzekeraars (is erg onvoorspelbaar, bv. ten aanzien van prijslijst);
- Technische innovatie (vraagt continue vernieuwing en dat brengt kosten met zich mee).

Meerdere malen wordt aangegeven dat het lastig is om ieder jaar weer de gevraagde zorg te kunnen leveren waarvan de kosten goed afgedekt zijn. Een respondent geeft aan dat veranderingen in zorgvraag niet makkelijk kunnen worden opgevangen omdat budgetten al in een vroeg stadium worden vastgezet. Een andere respondent noemt het voorbeeld dat de beloofde 8% groei in beloning voor zorgpersoneel niet wordt gedekt door de ca. 3% toename in overheidsbijdrage. Meerdere respondenten geven aan dat de kostprijs van de geleverde diensten niet wordt gedekt. De (politieke) focus op kostenbeheersing vraagt om continue aandacht voor efficiënte werkprocessen, goed personeel (schaarste) en duidelijkheid in de financieringsbronnen.

Ook de vaak kortlopende contracten (zonder budgetafspraken) met financiers zoals gemeenten worden gezien als risico. Met een bijkomend risico dat veel gemeenten (mede door de coronacrisis) financiële problemen hebben.

Afbreukrisico

Het afbreukrisico of het risico op reputatieschade wordt veelal groot geacht. Dit heeft te maken met de grote verantwoordelijkheden van bestuurders. Eén bestuurder geeft aan dat het afbreukrisico groot is omdat er veel belangen verenigd moeten worden, terwijl de verschillende stakeholders veel macht hebben. Het afbreukrisico hangt ook samen met het openbare karakter van de zorg (een bestuursfunctie is mediagevoelig, "men staat altijd in de schijnwerpers"). Eén van de gesprekspartners geeft het voorbeeld van de ouderenzorg, die veel in het nieuws is ("worden ouderen goed verzorgd?"). Een andere gesprekspartner legt de link met de WNT-regeling: ondanks dat een bestuurder zich met zijn/haar beloning aan het (overgangs)recht houdt, kunnen media en overheden deze bestuurder toch bekritisieren op de hoogte van de bezoldiging.

Enkele gesprekspartners wijzen ook op de arbeidsrechtelijke positie van bestuurders. Zij vragen zich bijvoorbeeld af waarom in een functie met veel onzekerheden geen sprake is van een wachtgeldregeling.

3.3 COMPLEXITEIT EN RISICO'S ZORGVERZEKERAARS

Complexiteit

Zorgverzekeraars opereren op het snijvlak van publiek en privaat: enerzijds opereert men op de markt en draagt daar de risico's, anderzijds heeft men een maatschappelijk doel. Veel van de respondenten noemen complexiteitsfactoren die hieraan zijn gelinkt. Zo wordt in meerdere gesprekken aangegeven dat er veel toezicht is vanuit allerlei instanties, de politiek en de maatschappij. De keuzes die zorgverzekeraars maken liggen altijd onder een vergrootglas. Verder wordt genoemd dat zorgverzekeraars twee complexe terreinen bij elkaar moeten brengen: het zorginhoudelijke terrein en het verzekeringstechnische terrein.

Een aantal respondenten stelt dat grotere zorgverzekeraars meer te maken hebben met de complexiteit rondom het publiek-private speelveld, omdat zij actiever zijn in het maatschappelijke debat. Dit gaat onder andere over het meedenken over het zorgsysteem en contacten hierover met de politiek. Daarnaast heeft een verhoging van de premie door een grote zorgverzekeraar meer maatschappelijke impact dan een verhoging van een zorgverzekeraar met relatief weinig verzekerden. Verder wordt gesteld dat een grote verzekeraar een bredere regionale spreiding heeft en dus automatisch ook een groter netwerk moet onderhouden. Echter wordt hier tegenover gesteld dat het voor kleinere zorgverzekeraars complexer is om de benodigde expertise up to date te houden om zodoende aan alle kwaliteitseisen te voldoen.

Hieronder geven we de specifieke complexiteitsfactoren voor bestuurders die genoemd zijn in de gesprekken:

- Strategische/tactische positionering van de organisatie;
- Beschikken over zowel zorginhoudelijke als verzekeringstechnische kennis;
- Stroomlijnen van de interne organisatie (bijvoorbeeld ICT);
- Veel 'exposure' en veel toezicht vanuit meerdere kanten, zowel financieel als zorginhoudelijk.
Instanties waar een zorgverzekeraar mee te maken heeft, zijn onder andere:
 - o De Nederlandsche Bank (DNB)
 - o De Autoriteit Financiële Markten (AFM)
 - o De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)
 - o Patiëntenverenigingen
 - o Consumentenbond
- Netwerk en contacten onderhouden met andere actoren, waaronder:
 - o Kamerfracties en ministeries
 - o Zorgaanbieders (zorgplicht, regiefunctie, contractonderhandelingen, etc.)
 - o Gemeentes.
- Grote maatschappelijke impact;
- Bijhouden van expertise binnen de organisatie;
- Grote financiële belangen.

Risico's

Zoals hierboven al is genoemd, zijn de financiële belangen waar een zorgverzekeraar mee te maken heeft groot. Zeker waar het de grote zorgverzekeraars betreft, gaat het om zeer grote omzetten, waar het nodige risico aan vast zit. Een aantal respondenten koppelen dit ook aan het opereren op een vrije markt waarin verzekerden vrij zijn om over te stappen. Daarbij geldt dat een langlopende rekening van iemand die is overgestapt nog steeds betaald moet worden door de betreffende zorgverzekeraar. Hier wordt echter door een andere respondent tegenover gezet dat er voor de markt als geheel wel een

afgebakend risico bestaat, omdat iedereen verplicht is om zich te verzekeren. Verder wordt door meerdere respondenten genoemd dat de risico's voor kleinere zorgverzekeraars wel eens groter zouden kunnen zijn, omdat zij minder mogelijkheden hebben om eventuele tegenvallers uit te smeren. Daar staat tegenover dat bij financiële problemen van zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, met name de grote 4 zorgverzekeraars in beeld zijn om bij te dragen aan oplossingen.

Ook wordt door een aantal respondenten gesteld dat de maatschappelijke impact en de publiciteit van zorgverzekeraars ook risico's met zich meebrengen. Dit geldt dan weer vooral voor de grotere verzekeraars. Casuïstiek van een individuele verzekerde kan veel commotie met zich meebrengen en imagoschade veroorzaken voor de zorgverzekeraar in kwestie.

4 ADEQUAATHEID VAN DE HUIDIGE REGELING

4.1 ALGEMEEN BEELD

Ongeveer de helft van de respondenten vindt de regeling een redelijke benadering van de complexiteit van de bestuursfunctie. Daarbij wordt regelmatig benadrukt dat het slechts een benadering kan zijn, maar dat andere criteria ook weer snel hun beperkingen zullen hebben. Een aantal gesprekspartners, met name van enkele brancheorganisaties, benadrukken dat zij hechten aan stabiliteit op het terrein van de bezoldiging. Dit om bijvoorbeeld onrust in de sector en ongewenste publiciteit over bezoldigingen te voorkomen. Tevens speelt voor sommigen bij hun (gematigd) positieve oordeel een rol dat de regeling transparant en duidelijk is.

Een ander deel van de respondenten heeft om uiteenlopende redenen meer moeite met de regeling. Twee duidelijke groepen daarbij zijn allereerst respondenten van de sector UMC's en in de tweede plaats respondenten die de huidige regeling te rigide vinden en meer ruimte bepleiten voor de Raden van Toezicht.

Bij de UMC's is de kritiek van respondenten niet zozeer dat de criteria slecht gekozen zijn, maar dat de UMC's deze ruimschoots overstijgen; de differentiatie binnen de criteria en uiteindelijke bezoldigingsklassen is te beperkt. Zo halen de UMC's de ondergrens van de hoogste klasse binnen het omzetcriterium bijvoorbeeld ruimschoots. Tevens doet men veel aan opleidingen (aantal taken) en is de kennisintensiteit zeer hoog. Enkele respondenten vanuit de ziekenhuissector geven aan dat voor grote topklinische ziekenhuizen een vergelijkbare situatie geldt en onderschrijven dat de huidige criteria te weinig differentiatie bieden. Vanuit de UMC's wordt op basis van bovenstaande overwegingen gepleit voor een collectieve uitzondering van de WNT. Ook enkele respondenten bij zorgverzekeraars die veel contact onderhouden met UMC's en ziekenhuizen onderschrijven dat het maximum voor bestuurders van UMC's en topklinische ziekenhuizen tekortschiet in het licht van de zwaarte van de functie, maar ook in het licht van de verhoudingen tot het bredere loongebouw.

De verenigingen van bestuurders en toezichthouders in de zorg, maar ook enkele geïnterviewde toezichthouders, bepleiten meer ruimte voor de Raad van Toezicht bij de vaststelling van de beloning. Er is in hun visie te weinig ruimte om in te spelen op specifieke omstandigheden en bestuurlijke uitdagingen (bijvoorbeeld bestuurders die instappen bij veel lopende problemen). Hierbij wordt ook verwezen naar de oude beloningscode die meer discretionaire bevoegdheden voor de Raad van Toezicht kende. Een van de respondenten onder de toezichthouders bepleit in het verlengde hiervan dat toezichthouders – onderbouwd – af kunnen wijken van de bezoldigingsnorm als de bestuurlijke uitdaging dit vraagt (bijvoorbeeld een wijziging in de ontwikkelfase van een organisatie) en de topstructuur van de organisatie de functie extra zwaar maakt.

Andere kritiekpunten zijn meer gevarieerd. Enkele respondenten voeren aan dat de regeling tot onzekerheid voor bestuurders en raden van toezicht leidt, omdat men relatief makkelijk van klasse kan wisselen. Enkele respondenten wijzen op de perverse prikkels die dit op kan leveren. Een prikkel kan bijvoorbeeld zijn dat een bestuurder de omzet wil verhogen terwijl uit meer maatschappelijk perspectief kostenbeheersing van de zorg van belang is.

Het huidige systeem leidt in het algemeen tot een hogere bezoldiging bij grotere instellingen. Er zijn een aantal respondenten bij kleinere instellingen die hier moeite mee hebben en de complexiteit van de bestuursfunctie in kleine instellingen benadrukken, maar de meeste instellingen hebben minder moeite met deze consequentie van de systematiek.

Er wordt door diverse respondenten ook kritiek geleverd op de invulling van de huidige criteria. In de volgende paragrafen gaan we hier dieper op in.

4.2 KENNISINTENSITEIT

Dit criterium roept zeer wisselende reacties op. Ongeveer de helft van de respondenten vindt het een redelijk criterium, terwijl de andere helft de nodige kanttekeningen hierbij plaatst. De kritiek heeft een gevarieerd karakter:

- Een aantal respondenten heeft meer fundamenteel vraagtekens of de onderliggende gedachte juist is dat werken met hoger opgeleiden de bestuursfunctie meer complex maakt. Zij brengen bijvoorbeeld naar voren dat hoger opgeleiden meer beleidsmatige ondersteuning bieden, of dat werken met lager opgeleiden meer sturing vraagt. Anderen wijzen erop dat kennisintensiteit veel meer te maken heeft met veranderingen in processen en innovaties welke niet per definitie vaker voorkomen als men met veel hoger opgeleiden werkt. Deze dynamiek en innovaties kunnen ook sterk verschillend zijn binnen dezelfde branche die in de tabel voor kennisintensiteit een vast puntenaantal krijgt toebedeeld.
- Sommige respondenten vragen zich af hoe het achterliggende criterium van het opleidingsniveau van het personeel is geoperationaliseerd naar de puntentabel voor verschillende branches.
- Andere respondenten vragen zich af hoe een instelling een dergelijke tabel kan hanteren als de dienstverlening bestaat uit verschillende activiteiten die toegedeeld kunnen worden aan (sub)branches met een verschillend puntenaantal. Hier bestaat een regel voor²³, maar dit sluit enige verwarring hierover niet uit (een voorbeeld dat genoemd wordt is een verpleeghuisinstelling met specifieke psychogeriatrische zorg). Dit punt is des te meer van belang omdat uit de gesprekken blijkt dat diverse instellingen uit verschillende werkvelden fuseren, of dat instellingen hun dienstverlening verbreden.
- Er is bij veel respondenten twijfel over bepaalde puntentoekeningen in de gehanteerde tabel.
 - o Er is grote overeenstemming dat UMC's en (in iets mindere mate) algemene ziekenhuizen het maximale aantal punten krijgen. Veel meer kritiek is er op het relatief hoge puntenaantal voor instellingen die weliswaar met veel hoger opgeleiden werken, maar een meer gespecialiseerde dienst verlenen, zoals (sommige) categorale ziekenhuizen, ZBC's, instellingen voor mondzorg, bloedvoorziening en erfelijkheidsadviesing. Hierbij wordt gewezen op het feit dat de minder gevarieerde dienstverlening de bestuurlijke taak minder complex maakt.
 - o Bij diverse respondenten die hier ook rechtstreeks mee te maken hebben, is er wel erkenning dat de GGZ relatief hoog scoort waarbij men wijst op de complexe problematiek van cliënten en risico's zoals suïcide en daaraan gekoppelde wet- en regelgeving. Tegelijkertijd geven diverse respondenten aan dat de verschillen in complexiteit tussen verschillende soorten zorg wel kleiner worden. Ook de zorg in onder andere de thuiszorg, jeugdzorg en verpleging en verzorging wordt complexer door bijvoorbeeld de bredere zorgketens waarbinnen men functioneert.

²³indien op een rechtspersoon of instelling één rij uit de tabel van toepassing is en deze daarnaast nog één of meerdere primaire processen kent en vice versa. In dergelijke gevallen mag het puntenaantal worden gescoord dat hoort bij de rij of het primaire proces dat het hoogste aantal punten oplevert, mits de zorg, bedoeld in die rij, of dat primaire proces ten minste 20% van de totale omzet uitmaakt..... (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0037257/2020-01-01>)

4.3 AANTAL TAKEN

Van alle criteria blijkt dit het minst bekende criterium. Bij de respondenten die niet bekend zijn met het criterium roept de benaming andere associaties op dan de huidige operationalisering richting het aanbieden van bepaalde geneeskundige vervolgoopleidingen. Enkele respondenten die het criterium wel goed kennen vinden de invulling te beperkt en wijzen bij een dergelijke benaming op het belang van het netwerk, regie, kenniscreatie en innovatie. Een respondent wijst erop dat de huidige invulling en zeer sterke overlap vertoont met het kenniscriterium en het kenniscriterium daarmee onevenredig versterkt.

Een andere vraag is of de huidige invulling van het criterium (veel) invloed heeft op de bestuurslast. Hier zijn de meningen ongeveer gelijk verdeeld. Een deel van de respondenten die hierop ingaat geeft aan dat als men dergelijke opleidingen aanbiedt, dit amper of niet ter tafel komt bij de bestuurders. Een ander deel geeft aan dat dit wel het geval is. Het gaat dan bijvoorbeeld om de vraag welke kennis je in huis moet hebben als organisatie en wat belangrijke randvoorwaarden zijn om een dergelijke opleiding intern vorm te geven. Een respondent geeft aan dat het aanbieden van een dergelijke opleiding ook iets weergeeft van de complexiteit van de doelgroep.

Een ander kritiekpunt dat naar voren komt, is dat zelfstandige klinieken wel opleidingen en stages faciliteren, maar dat zij dit niet kunnen “scoren” op de WNT lijst vanwege formele regelingen. Studenten maken wel uren bij de klinieken, maar zijn officieel verbonden aan een andere organisatie waardoor de klinieken volgens de regeling geen medische professionals opleiden.

Tenslotte is er een respondent die wijst op het belang van opleidingen voor de hele sector en het daarom terecht vindt dat dit ook in de criteria terugkomt.

4.4 AANTAL RELEVANTE FINANCIERINGSBRONNEN

Veruit het grootste deel van de respondenten geeft aan dat het aantal financieringsbronnen een relevant criterium is voor de bepaling van de zwaarte van een bestuursfunctie. Deze relevantie komt volgens de gesprekspartners met name tot uitdrukking in de specifieke systematiek van elke financieringsbron. Iedere geldstroom kent zijn eigen regels, procedures en voorwaarden. Wat verder genoemd wordt, is dat het aantal financieringsbronnen iets weergeeft van de verscheidenheid aan doelgroepen en netwerken waar een instelling mee te maken heeft.

De overgrote meerderheid van de respondenten die de relevantie van dit criterium inziet, vindt echter wel dat er verbeteringen mogelijk zijn binnen het criterium. Hierbij wordt met name gewezen op de beperkte differentiatie in de huidige vormgeving van het criterium. Verschillende sectoren noemen sectorspecifieke financieringsbronnen die op dit moment niet worden onderscheiden als aparte bron. Bij UMC's en (topklinische) ziekenhuizen gaat dit om de financiering van onderzoek, bij zelfstandige klinieken wordt de particuliere geldstroom aangehaald en bij VVT, GHZ en met name Jeugdzorg wordt het aantal gemeentes waarin een instelling actief is genoemd. Dit laatste punt heeft er mee te maken dat elke gemeente zijn eigen vorm van (controle op) financiering kent. Zo wordt door respondenten in de Jeugdzorgsector genoemd dat de Jeugdwet als 1 financieringsbron wordt meegeteld, terwijl het in feite om veel verschillende bronnen gaat, afhankelijk van in hoeveel gemeentes de instelling actief is. Daarbij stellen een aantal respondenten dat de financiering in de ene gemeente een stuk minder complex is dan in de andere gemeente. Ook de financieringsbron van de zorgverzekeringswet wordt meer complex door verschillende zorgverzekeraars waar men mee te maken heeft.

Verder wordt de scheiding tussen het aantal financieringsbronnen (1/2 versus 3-6 bronnen) aangehaald door een aantal respondenten. Men stelt dat deze scheiding op dit moment niet voldoende differentieert. Eén van de respondenten geeft daarbij aan dat er in ieder geval onderscheid gemaakt moet worden tussen 1 en meer dan 1 financieringsbron.

Een kleine minderheid van de respondenten vindt het criterium van het aantal financieringsbronnen niet relevant voor de complexiteit van een bestuursfunctie. Daarbij wordt een aantal keer genoemd dat

meer financieringsbronnen wel voor meer administratie zorgt, maar dat dit niet bij de bestuurder komt te liggen. Verder werd door één respondent genoemd dat dit criterium (in combinatie met het criterium omzet) een perverse prikkel aan bestuurders kan geven, bijvoorbeeld om te fuseren.

4.5 OMZET

De meerderheid van de respondenten vindt het criterium omzet relevant voor de bepaling van de zwaarte van een bestuursfunctie bij zorginstellingen. De redenen die men hiervoor geeft, hebben vaak betrekking op het feit dat de omzet iets weergeeft over de complexiteit van de gehele organisatie. De omzet kan bijvoorbeeld als benadering worden gezien van de variëteit aan dienstverlening en het aantal stakeholders waar men mee te maken heeft. Daarnaast zegt de omzet iets over de omvang van een organisatie, waarbij wordt gesteld dat grotere organisaties complexer zijn om te besturen (zie paragraaf 3.1). Verder is genoemd dat een hogere omzet een grotere verantwoordelijkheid met zich meebrengt voor de bestuurder. Aan de ene kant heeft deze grotere verantwoordelijkheid te maken met de grotere financiële risico's die een instelling loopt, omdat de budgetten waarmee gewerkt wordt groot zijn. Aan de andere kant is een hogere omzet vaak ook gelinkt aan het aantal mensen dat werkt bij een instelling, waar de bestuurder verantwoordelijkheid voor draagt.

Een aantal van de respondenten die positief zijn over dit criterium plaatst hier nog wel enkele kanttekeningen bij. Zo wordt genoemd dat organisaties met kleinere omzetten vaak een geringer managementteam onder zich hebben, waardoor deze bestuurders het niet altijd makkelijker hebben. Verder zijn er nog een aantal opmerkingen geplaatst waarbij het criterium omzet geïsoleerd werd bekeken (dus niet in samenhang met de andere criteria). Zo werd benoemd dat omzet relevant is, maar dat het wel uitmaakt om welke type zorg het gaat. Dit wordt (deels) gevangen door het criterium van het aantal financieringsbronnen.

Ongeveer een derde van de respondenten geeft aan dat de omzet weinig zegt over de complexiteit van een bestuursfunctie. Meerdere keren wordt hierbij het al eerder genoemde punt gemaakt dat kleinere organisaties minder ondersteunend personeel hebben, waardoor er meer van de bestuurder zelf wordt gevraagd. Verder wordt door een respondent gesteld dat de omzet maar beperkt de omvang benadert omdat dit sterk afhankelijk is van de tarieven die gelden. Ook wordt genoemd dat het opereren in bijvoorbeeld een krimpregio (met een dalende omzet) zeer complex kan zijn.

4.6 WEGING VAN DE CRITERIA

Allereerst kan gesteld worden dat de respondenten een wat minder uitgesproken mening hadden over de weging van de criteria. In een aantal gevallen kwam dit omdat ze de criteria an sich al niet goed vonden, waardoor de weging niet zo relevant meer is. In andere gevallen had men te weinig zicht op de redenen achter de weging van de criteria.

Van de respondenten die wel een meer uitgesproken mening hadden, is het ongeveer gelijk verdeeld tussen positief en negatief. Onder de respondenten die positief staan tegenover de huidige weging, benadrukten twee respondenten dat het zeer terecht is dat de omzet zwaarder meeweegt.

Van de aanpassingen die zijn voorgesteld door de respondenten die de huidige weging niet terecht vinden, gaan de meeste over het criterium financieringsbronnen. Zij geven bijna allemaal aan dat het aantal financieringsbronnen een zwaarder gewicht mag krijgen in de regeling. Al eerder kwam naar voren dat veel respondenten dit criterium relevant vinden als het gaat om de complexiteit van een bestuursfunctie. Hier wordt dit dus nog eens bevestigd. Verder zijn er twee respondenten die aangeven dat de kennisintensiteit wat minder zwaar door zou mogen wegen.

4.7 AANTAL VERZEKERDEN (ZORGVERZEKERAARS)

Alle respondenten bij de zorgverzekeraars kunnen zich vinden in het criterium van het aantal verzekerden in de regeling voor zorgverzekeraars. Er wordt erkend dat het aantal verzekerden slechts een benadering geeft van de verschillen tussen de zorgverzekeraars, maar dat deze benadering wel voldoende steekhoudt. De indeling geeft volgens de respondenten ook redelijk de verhoudingen weer die er al voor de invoering van de WNT waren. Eén van de respondenten noemt dat het huidige criterium de zorgverzekeraars indeelt in groepen die ieder hun eigen typologie kennen. Als voorbeeld worden de “grote 4” genoemd die al een gekende categorie waren en waarvan het logisch was en is dat deze bij elkaar in dezelfde klasse zijn geplaatst. In paragraaf 3.3 komt ook naar voren dat de complexiteit over het algemeen groter is bij de grotere zorgverzekeraars (grotere regionale spreiding met bijbehorend netwerk, grotere rol in maatschappelijk/politieke veld, betrokkenheid bij innovaties in de zorg, betrokkenheid bij oplossingen bij financiële problemen zorgaanbieders, etc.). Er worden door een aantal respondenten wel kanttekeningen geplaatst dat kleinere zorgverzekeraars, zoals ook al genoemd in paragraaf 3.3, wellicht wat minder goed hun risico's kunnen spreiden wat de taak voor een bestuurder complexer kan maken. Ook wordt genoemd dat elke zorgverzekeraar weer zijn eigen profiel met bijbehorende complexiteit kent. Over het algemeen wordt het criterium echter wel breed gedragen in de sector, en is hier weinig discussie over.

Wel zijn er enkele respondenten die zich niet kunnen vinden in de hoogte van de bezoldiging. Er wordt met name gewezen op de problemen rondom de werving van bestuurders en andere medewerkers in de organisatie. Een zorgverzekeraar moet vaak in het financiële veld zoeken naar een bestuurder, maar de salarissen liggen daar vaak een stuk hoger. Dit heeft volgens een respondent gevolgen voor de groep van mensen waaruit een zorgverzekeraar een bestuurder kan werven. De diversiteit van bestuurders neemt af omdat het vooral personen zijn met een politieke achtergrond die interesse hebben voor het opereren op het snijvlak van publiek en privaat. Verder heeft het ook gevolgen voor de werving van de rest van het personeel, omdat ook de salarissen van eenzelfde soort functie in de markt hoger liggen dan bij zorgverzekeraars. Overigens zien niet alle respondenten de huidige hoogte van het maximum als een groot probleem.

4.8 EENVOUDIG TOEPASBAAR

De regelingen worden door de meeste respondenten als transparant en goed toepasbaar gezien. Dit geldt zeker voor de regeling voor de zorgverzekeraars. Bij de regeling voor de sector zorg en jeugdhulp worden wel een aantal problemen in de operationalisering genoemd die hierboven deels al zijn aangestipt bij de bespreking van de criteria in de voorgaande paragrafen:

- De operationalisering van het kenniscriterium hangt af van de inhoud van het primaire proces. Bij een mix van het primaire proces waarbij het om activiteiten gaat die met een verschillend puntenaantal corresponderen, wordt de toepassing soms als complex ervaren. Hierbij moet de omzet toebedeeld worden aan deelactiviteiten.
- De benaming “aantal taken” bij het criterium dat met medische vervolgoopleidingen te maken heeft, roept verwarring op.
- De informatie over een van de criteria, namelijk omzet. Er is soms verwarring welk jaar men moet nemen.
- Omdat de puntenaantallen bij de meeste criteria voor instellingen van jaar op jaar anders kunnen uitvallen, komt het zeker voor dat bestuurders van in een andere klasse terecht komen. In onze steekproef van instellingen die we gesproken hebben kwam dit enkele keren terug. Op zich is hier niet zozeer het probleem dat de regeling complex is. Het probleem ligt hier meer in de consequenties van deze overgangen. Bij een stijging van de klasse is meer praktisch de vraag hoe dit wordt ingevuld: hoe wordt men opnieuw ingeschaald en wat wordt het nieuwe bezoldigingspad? Bij een teruggang is het complexer omdat men met specifieke regelgeving en overgangsrecht te maken heeft die voor betrokkenen niet altijd even duidelijk is. Sommigen

wijzen ook op de ongewenste prikkels in het systeem om een dergelijke teruggang te voorkomen.

Verder wordt met name vanuit enkele brancheorganisaties en de verenigingen van toezichthouders en bestuurders gememoreerd dat los van de invulling van de criteria, de bepaling van de hoogte van de bezoldiging in de uiteindelijke verantwoording zeer ingewikkeld is en daarmee ook veel onzekerheid voor bestuurders met zich meebrengt. Het gaat dan bijvoorbeeld om problemen rond fiscale bijtelling voor een leaseauto, pensioenpremie, premies voor rechtsbijstand en bestuurdersaansprakelijkheid. Dit brengt ook hoge administratieve lasten voor de accountant met zich mee. De precieze wijze waarop de bezoldiging wordt bepaald, valt niet binnen de scope van dit onderzoek²⁴. De onzekerheid die hieruit voortkomt, kan wel onzekerheid betekenen of men nu wel of niet voldoet aan de systematiek van de regeling.

²⁴ De onderhavige studie richt zich op de vraag of de huidige indelingssystematiek voor de verschillende bezoldigingsklassen en de daarbij gehanteerde achterliggende criteria recht doen aan de verschillen in zwaarte van de bestuursfuncties. Hoe de bezoldigingshoogte zelf precies wordt berekend binnen de WNT, zoals welke beloningselementen worden meegeteld, is binnen dit onderzoekskader een gegeven. Dit is wel onderwerp van de bredere evaluatie van de WNT die vanuit het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) wordt uitgevoerd.

5 MOGELIJKE ANDERE FACTOREN

5.1 SECTOR ZORG EN JEUGDHULP

De grote meerderheid van de respondenten in de sector zorg en jeugdhulp komt met één of meerdere alternatieve factoren die de regeling volgens hen zouden kunnen verbeteren. Deze factoren hebben veel raakvlakken met de specifieke punten die werden genoemd bij de complexiteit van een bestuursfunctie (zie hoofdstuk 3). Bij doorvragen wordt echter bij veel van deze factoren aangegeven dat dit lastig in te bedden is in een generieke regeling. In onderstaande opsomming proberen we de meest genoemde alternatieve factoren weer te geven. Tussen haakjes staat hoeveel respondenten dit hebben genoemd. Daarbij moet worden opgemerkt dat over de uitwerking van een bepaalde factor vaak weer verschillende opvattingen waren.

- Omgevingsfactoren/stakeholders (7): De omgeving waar een bestuurder in moet opereren wordt vaak aangehaald als een factor die de complexiteit beïnvloedt. Daarom zijn er een aantal respondenten die hier iets van terug zouden willen zien in de regeling. De uitwerking hiervan loopt wel flink uiteen. De ene respondent linkt de omgeving vooral aan het aanbod van personeel. In sommige gebieden is het zeer lastig om aan voldoende personeel te komen, wat de complexiteit van de functie vergroot. Anderen noemen vooral de grootte en complexiteit van de regio waar je als instelling in actief bent en met hoeveel verschillende stakeholders je daardoor te maken hebt. Verder wordt ook de politieke en maatschappelijke context waarin een instelling actief is genoemd, wat een aantal instellingen betreft die veel onder een vergrootglas liggen in de maatschappij en de politiek.
- Aantal bestuurders/grootte van de 'top' (7): Uit bovenstaande hoofdstukken kwam al naar voren dat veel respondenten vinden dat de complexiteit van een bestuursfunctie ook zit in hoeveel ondersteuning er beschikbaar is. Een enkele bestuurder met maar weinig ondersteunend personeel is vaak naast strategisch ook operationeel actief, wat de nodige complexiteit met zich meebrengt. Een aantal respondenten opperen om hiervoor te corrigeren in de regeling door een factor op te nemen die iets weergeeft over de organisatiestructuur. Dit punt is wat meer systematisch uitgevraagd bij meer respondenten. Er zijn daarbij ook veel respondenten die dit criterium niet geschikt vinden. Zij wijzen er bijvoorbeeld op dat meerdere bestuurders juist ook leidt tot de noodzaak van (veel) afstemming. Tevens kan het toevoegen van zo'n factor een (ongewenste) prikkel geven om het bestuursmodel van een instelling aan te passen, door bijvoorbeeld van twee naar één bestuurder te gaan en de managementlaag eronder te vergroten. Diverse respondenten geven dan ook aan dat de omvang van de Raad van Bestuur door de Raad van Toezicht bepaald moet worden waarbij dit soort overwegingen geen rol mogen spelen.
- Prestatie-indicatoren (3): Een aantal respondenten vindt dat er meer gekeken moet worden naar de kwaliteit van de instelling waar een bestuurder actief is. Er kan bijvoorbeeld gekeken worden naar de tevredenheid van de cliënten en de werknemers, in welke mate doelstellingen bereikt zijn, of naar het vertrouwen in de organisatie. Twee respondenten geven echter aan dat dit niet geschikt is voor de algemene regeling, maar eerder als 'extra' toegevoegd zou kunnen worden. Eén respondent komt met een concreet plan om eens in de drie jaar bestuurders te scoren op een aantal prestatie-indicatoren en daar de beloning aan te hangen.
- Bestuurlijke opgave (3): Wanneer een bestuurder in een organisatie binnenkomt waar veel mis is, is de opgave voor deze bestuurder en daarmee de complexiteit groter. Twee respondenten vinden dat dit meegenomen zou moeten worden in de regeling. Er wordt geopperd om naar

het risicoprofiel van een instelling te kijken en dit in te delen in laag, midden en hoog. Dit zou echter wel door de RvT van een instelling moeten worden opgesteld.

Zoals gezegd, en zoals duidelijk wordt uit bovenstaande factoren, is het lastig om bepaalde factoren in een generieke regeling in te passen. Bij het bespreken van de alternatieve factoren kwam daarom ook een aantal keren terug dat er meer ruimte moet komen voor de Raad van Toezicht om met zulke factoren rekening te houden om zodoende meer maatwerk te kunnen leveren. Dit wordt met name naar voren gebracht door de verenigingen van toezichthouders en bestuurders en door enkele geïnterviewde toezichthouders. Zij vinden de huidige systematiek te rigide en pleiten ervoor dat de Raad van Toezicht in bijzondere situaties beargumenteerd kan afwijken van de indeling.

Een ander wat algemener punt wat ook een aantal keer terugkwam, is de uitwerking van de regeling in verhouding tot het algehele loonebouw van een organisatie. Hierbij worden twee vormen van een scheve verhouding naar voren gebracht:

- De verhouding ten opzichte van medisch specialisten in met name ziekenhuizen en UMC's. Hierbij wordt genoemd dat dit de werving van bestuursleden met een medische achtergrond belemmert, omdat deze personen achteruit zouden gaan in salariering. Ook wordt door enkele respondenten genoemd dat deze scheve beloningsverhoudingen het gezag van een bestuurder ten opzichte van medisch specialisten bemoeilijkt. Deze verhouding wordt door sommigen sowieso al als complex gezien.
- Beloning van hoge managementfuncties in CAO's is soms hoger dan de bezoldigingsmaxima van bestuurders in lagere bezoldigingsklassen. Personen in managementfuncties in grote zorginstelling kunnen in bezoldiging dus achteruitgaan als ze een bestuursfunctie in kleinere organisatie gaan vervullen.

Verder werden nog een aantal keer verfijningen binnen de huidige criteria geopperd, in plaats van geheel nieuwe factoren. Dit geldt zeker voor de financieringsbronnen, zoals ook blijkt uit paragraaf 4.4. Een verfijning die wordt genoemd is dat er moet worden gekeken naar welke bronnen allemaal mee zouden moeten tellen in dit criterium. Hierbij wordt bijvoorbeeld financiering vanuit onderzoek of particuliere financiering aangehaald. Ook wordt diverse malen genoemd dat het aantal gemeentes waar een instelling actief is als verfijning van het huidige criterium gebruikt kan worden. Echter wordt daarbij wel aangegeven dat niet elke gemeente even complex is qua financieringssystematiek.

Een minderheid van de respondenten had niet direct betere alternatieve factoren dan de criteria in de huidige regeling. Daarbij werd onder andere aangegeven dat men de eenvoud in de huidige systematiek waardeert.

5.2 ZORGVERZEKERAARS

Omdat het criterium van het aantal verzekerden breed wordt gedragen onder de respondenten bij de zorgverzekeraars, worden er nauwelijks andere factoren genoemd die de complexiteit van een bestuursfunctie beter zouden benaderen. Een van de respondenten geeft aan dat bij de totstandkoming van de regeling wel andere factoren zijn overwogen om in de regeling mee te nemen, zoals de structuur van de top en het risicoprofiel. Al snel was echter de conclusie dat deze factoren niet objectiveerbaar waren en dus niet geschikt voor deze regeling.

Expliciet is gevraagd of er rekening gehouden zou moeten worden met hoeveel bestuurders een zorgverzekeraar heeft. Hier werd echter unaniem gesteld dat dan gekeken zou moeten worden naar de structuur van de gehele top. Drie bestuurders met maar een klein managementteam eronder kan net zo zwaar zijn als een enkele bestuurder met een groot managementteam onder zich.

6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Inleiding

De Wet Normering Topinkomens (WNT, 1 en 2) is nu een aantal jaren (vanaf 2013) ingevoerd. Door de WNT zijn de maxima voor de bezoldiging van bestuurders in de zorgsector (en andere maatschappelijke sectoren) gemaximeerd. Voor de zorgsector is onder de WNT een ministeriële regeling ingesteld vanaf 2014. Met ingang van 1 januari 2014 is de bezoldiging van topfunctionarissen bij zorginstellingen gemaximeerd via de Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg- en welzijnssector. Deze regeling is op 1 januari 2016 vervangen door de huidige Regeling bezoldigingsmaxima topfunctionarissen zorg en jeugdhulp. Deze regeling kent een klassenindeling op grond van:

1. Kennisintensiteit (hiervoor is in de regeling een tabel opgesteld, waarbij per type instelling punten zijn vastgesteld. Onderliggend aan deze tabel is gekeken naar het primaire proces van de instelling en het opleidingsniveau wat hiervoor nodig is);
2. Aantal taken (dit heeft met name betrekking op het wel of niet aanbieden van geneeskundige vervolgopleidingen);
3. Aantal relevante financieringsbronnen;
4. Omzet.

Niet aan alle criteria worden evenveel complexiteitspunten toegekend. Daarom zit er impliciet een onderlinge weging tussen de criteria. Voor kennisintensiteit zijn minimaal 2 en maximaal 5 punten te behalen, voor het criterium aantal taken minimaal 1 en maximaal 2 punten, voor het criterium aantal relevante financieringsbronnen minimaal 2 en maximaal 3 punten en voor de omzet minimaal 1 en maximaal 5 punten.

Zorgverzekeraars kennen een aparte regeling (Regeling sectorale bezoldigingsnorm topfunctionarissen zorgverzekeraars). Hiervoor geldt een klasse-indeling op basis van het aantal verzekerden. Daarbij worden drie groepen onderscheiden: verzekeraars met meer dan 1.000.000 verzekerden, verzekeraars met 300.000 tot 1.000.000 verzekerden en verzekeraars met minder dan 300.000 verzekerden.

Onderzoeksvragen

In 2020 dient de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties (BZK) een verslag over de doeltreffendheid, doelmatigheid en neveneffecten van de WNT in de praktijk aan de Staten-Generaal te zenden. Daartoe voert het Ministerie van BZK een rijksbrede evaluatie van de WNT uit. Onderdeel van deze evaluatie is het valideren van de wegingsfactoren voor de bezoldigingsklassen voor topfunctionarissen. Dit onderzoek richt zich op de bezoldigingsklassen voor zorg en jeugdhulp en zorgverzekeraars. Er moet worden bepaald of de huidige regelingen voldoende recht doen aan de zwaarte van de functie van een bestuurder en of er andere factoren zijn hiervoor die een betere benadering geven.

De onderzoeksvragen zijn als volgt:

1. Zijn de huidige factoren uit de regeling en hun onderlinge weging een geschikte benadering van de zwaarte van de functie van topfunctionaris bij een instelling op het terrein van zorg- of jeugdhulp?
2. Zijn andere (objectieve en meetbare) factoren aan te geven die een betere benadering geven van de zwaarte en complexiteit van de functie van topfunctionaris bij een instelling op het terrein van zorg- of jeugdhulp?

3. Zijn de huidige factoren uit de regeling en hun onderlinge weging een geschikte benadering van de zwaarte van de functie van topfunctionaris bij een zorgverzekeraar?
4. Zijn andere (objectieve en meetbare) factoren aan te geven die een betere benadering geven van de zwaarte en complexiteit van de functie van topfunctionaris bij een zorgverzekeraar?

In het vervolg van deze conclusies gaan we apart op ieder van deze onderzoeksvragen in.

Aanpak

Het onderzoek kent twee fasen met verschillende onderzoeksactiviteiten. In een eerste oriënterende fase is deskresearch uitgevoerd en zijn interviews gevoerd met overkoepelende organisaties in de zorgsector. In de hoofdfase hebben we vervolgens interviews afgenomen met bestuurders, toezichthouders en leden van ondernemingsraden bij de instellingen zelf. Deze interviews zijn gespreid over verschillende branches en bezoldigingsklassen, om een breed beeld te krijgen van visies op de regeling.

Regeling in zorg en jeugdhulp als benadering van zwaarte bestuursfunctie

De complexiteit van een bestuursfunctie van een zorginstelling wordt breed erkend. Bestuurders geven aan dat ze lange werkweken maken. De complexiteit van een bestuursfunctie heeft onder andere te maken met:

- Visie ontwikkelen en vertalen in een snel veranderend veld;
- Wetten, regelgeving en toezicht;
- Complexe financiering, die tegelijk van levensbelang is voor de continuïteit;
- Een veelheid aan externe stakeholders waar relaties mee wordt onderhouden en overleg mee plaatsvindt;
- Intern: draagvlak creëren voor beslissingen, afstemming, medezeggenschap.

Tevens vraagt de bestuursfunctie management van risico's. Deze risico's kunnen op velerlei terreinen liggen, zoals financieel (denk aan kostenbeheersing gegeven tarieven en budgetten; vastgoed), personeel (tekorten), ICT (denk aan beveiliging gegevens), en reputatie (denk aan kwaliteit van zorg of incidenten). Meermaals wordt gememoreerd dat zorginstellingen in de media onder een vergrootglas liggen.

Ongeveer de helft van de respondenten vindt de regeling een redelijke benadering van de complexiteit van de bestuursfunctie. Daarbij wordt regelmatig benadrukt dat het slechts een benadering kan zijn, maar dat andere criteria ook weer snel hun beperkingen zullen hebben. Een aantal gesprekspartners, met name van enkele brancheorganisaties, benadrukken dat zij hechten aan stabiliteit op het terrein van de bezoldiging. Dit om bijvoorbeeld onrust in de sector en ongewenste publiciteit over bezoldigingen te voorkomen.

Een ander deel van de respondenten heeft om uiteenlopende redenen meer moeite met de regeling. Twee duidelijke groepen daarbij zijn allereerst respondenten van de sector UMC's en in de tweede plaats respondenten die de huidige regeling te rigide vinden en meer ruimte bepleiten voor de Raden van Toezicht.

Bij de UMC's is de kritiek van respondenten niet zozeer dat de criteria slecht gekozen zijn, maar dat de UMC's deze ruimschoots overstijgen; de differentiatie binnen de criteria en binnen de uiteindelijke bezoldigingsklassen is te beperkt. Enkele respondenten vanuit de ziekenhuissector geven aan dat voor grote topklinische ziekenhuizen een vergelijkbare situatie geldt en onderschrijven dat de huidige criteria tot te weinig differentiatie leiden. Vanuit UMC's wordt gepleit voor een categorale uitzondering. Ook enkele respondenten bij zorgverzekeraars die veel contact onderhouden met UMC's en ziekenhuizen onderschrijven dat het maximum voor bestuurders van UMC's en topklinische ziekenhuizen tekortschiet in het licht van de zwaarte van de functie, maar ook in het licht van de verhoudingen tot het bredere loongebouw (zie paragraaf andere factoren).

De verenigingen van bestuurders en toezichthouders in de zorg, en ook enkele geïnterviewde toezichthouders bepleiten meer ruimte voor de Raad van Toezicht bij de vaststelling van de beloning. Er is in hun visie te weinig ruimte om in te spelen op specifieke omstandigheden en bestuurlijke uitdagingen (bijvoorbeeld bestuurders die instappen bij veel lopende problemen). Hierbij wordt ook verwezen naar de beloningscode die voor de WNT bestond. Deze kende meer discretionaire bevoegdheden voor de Raad van Toezicht.

Andere kritiekpunten zijn meer gevarieerd. Zo zijn er een aantal respondenten bij kleinere instellingen die moeite hebben dat het systeem sterk in het voordeel werkt van bestuurders van grote instellingen. Zij benadrukken de complexiteit van de bestuursfunctie in kleine instellingen. De meeste respondenten hebben echter minder moeite met deze consequentie van de systematiek.

Er wordt door diverse respondenten ook kritiek geleverd op de invulling van de huidige criteria:

- De kritiek geldt het minste voor het *omzetcriterium*, waarvan ongeveer tweederde dit als een goed criterium ziet voor de zwaarte van een bestuursfunctie.
- Ongeveer de helft van de respondenten vindt *kennisintensiteit* een redelijk criterium, terwijl de andere helft de nodige kanttekeningen hierbij plaatst. Een aantal respondenten heeft meer fundamenteel kritiek op de veronderstelling dat het werken met hoger opgeleiden de bestuursfunctie zwaarder maakt. Andere respondenten hebben meer kritiek op de praktische toedeling van punten aan typen instellingen. Zo hebben diverse respondenten kritiek op het relatief hoge puntenaantal voor instellingen die weliswaar met veel hoger opgeleiden werken, maar een meer gespecialiseerde dienst verlenen. Hierbij wordt gewezen op het feit dat de minder gevarieerde dienstverlening de bestuurlijke taak minder complex maakt.
- Veruit het grootste deel van de respondenten geeft aan dat het *aantal financieringsbronnen* een relevant criterium is voor de bepaling van de zwaarte van een bestuursfunctie. De overgrote meerderheid van deze respondenten vindt echter wel dat er verbeteringen mogelijk zijn binnen het criterium. Hierbij wordt met name gewezen op de beperkte differentiatie in de huidige vormgeving van het criterium. Er wordt bijvoorbeeld naar voren gebracht dat binnen dezelfde financieringsbron de complexiteit afhangt van het aantal contracten (bijvoorbeeld met verschillende gemeenten, zorgkantoren of verzekeraars). Vanuit zelfstandige klinieken wordt aangegeven dat particuliere (niet verzekerde) financiering ook een financieringsbron vormt.
- Het criterium *aantal taken* roept de meeste verwarring op, omdat men dit onvoldoende kent en de vlag de lading (aanbieden van geneeskundige vervolgoopleidingen) niet dekt. Bij degenen die dit criterium wel kennen varieert de inschatting of dit een factor is die de zwaarte van een bestuursfunctie beïnvloedt.

De verschillende criteria hebben een verschillend gewicht voor de bepaling van het totaal aantal punten dat uiteindelijk de bezoldigingsklasse bepaalt. Voor zover respondenten over deze weging een mening hebben, hebben de meesten geen moeite dat omzet relatief zwaar doorweegt. Van de aanpassingen die zijn voorgesteld door de respondenten die de huidige weging niet terecht vinden, gaan de meeste over het criterium financieringsbronnen dat volgens hen een zwaarder gewicht mag krijgen.

Andere factoren voor regeling in zorg en jeugdhulp

De grote meerderheid van de respondenten komt met één of meerdere alternatieve factoren die de regeling volgens hen zouden kunnen verbeteren. Er zijn veel factoren genoemd, maar er is tegelijkertijd in veel gevallen het besef dat een regeling als de WNT niet geschikt is om (te) ingewikkeld te maken. Enkele factoren worden door meerdere respondenten genoemd: complexiteit omgeving; prestatie-indicatoren; bestuurlijke opgave. Een andere mogelijke factor is het aantal bestuurders. Dit is systematisch voorgelegd aan de respondenten. De meerderheid vindt dit geen geschikt criterium omdat dit niet los gezien kan worden van de beschikbare ondersteuning en bredere managementstructuur van een organisatie.

Bovenstaande alternatieve factoren zijn niet eenvoudig te operationaliseren in een generieke regeling. Bij het bespreken van de alternatieve factoren kwam daarom bij een aantal respondenten terug dat er

meer ruimte moet komen voor de Raad van Toezicht om met zulke factoren rekening te houden en zodoende meer maatwerk te kunnen leveren.

Een ander wat algemener punt wat ook een aantal keren terugkwam, is de uitwerking van de regeling in verhouding tot het algehele loonebouw van een organisatie. Hierbij worden twee vormen van een scheve verhouding naar voren gebracht:

- De verhouding ten opzichte van medisch specialisten die vaak een hogere bezoldiging kennen dan hun bestuurders in bijvoorbeeld ziekenhuizen en UMC's.
- Beloning van hoge managementfuncties in CAO's is soms hoger dan de bezoldigingsmaxima van bestuurders in lagere bezoldigingsklassen. Personen in managementfuncties in grote zorginstelling kunnen in bezoldiging achteruitgaan als ze een bestuursfunctie in kleinere organisaties gaan vervullen.

Verder werden nog een aantal keren verfijningen binnen de huidige criteria geopperd, in plaats van geheel nieuwe factoren. Dit geldt zeker voor de financieringsbronnen.

Regeling voor zorgverzekeraars als benadering van zwaarte bestuursfunctie

Bij de zorgverzekeraars wordt het gebruik van het aantal verzekerden als criterium voor de indeling in klassen breed gedragen. Er wordt erkend dat er een zeker verschil in complexiteit zit tussen de grotere en kleinere zorgverzekeraars. Het criterium van het aantal verzekerden deelt de zorgverzekeraars zodanig op dat dit goed de verhoudingen tussen de verzekeraars weergeeft. De complexiteit van een bestuursfunctie is over het algemeen groter bij de grotere zorgverzekeraars door onder meer een grotere regionale spreiding en het bijbehorende netwerk (regiefunctie, contractering zorgaanbieders, etc.), grotere rol in maatschappelijk/politieke veld, grotere rol bij innovaties in de zorg, en grotere betrokkenheid bij oplossingen voor zorginstellingen met financiële problemen. Wel wordt ook genoemd dat kleinere zorgverzekeraars wellicht wat minder goed hun risico's kunnen spreiden, wat de taak voor een bestuurder complexer kan maken.

Er wordt door enkele respondenten wel gewezen op de problemen rond de werving van bestuurders door de maximering van de WNT. Een bestuurder van een zorgverzekeraar moet ervaring hebben in het financiële veld, waar de salarissen bij marktpartijen over het algemeen hoger liggen. Dit werkt ook door op de rest van het loonebouw. Overigens zien niet alle respondenten de huidige hoogte van het maximum als een groot probleem.

Andere factoren voor regeling zorgverzekeraars

Door de brede acceptatie van het criterium aantal verzekerden in de huidige regeling voor de zorgverzekeraars, worden er nauwelijks andere factoren genoemd die de complexiteit van een bestuursfunctie beter zouden benaderen. Bij de totstandkoming van de regeling zijn wel andere en aanvullende factoren overwogen, zoals de structuur van de top en het risicoprofiel, maar de conclusie was dat deze factoren niet objectiveerbaar waren en dus niet geschikt voor deze regeling.

Slotbeschouwing

De systematiek voor de zorgverzekeraars kent weinig discussie. Het hier gehanteerde criterium van aantal verzekerden is breed gedragen en er is dus weinig aanleiding om dit te veranderen. Hoe ernstig de problemen bij de werving zijn, is een aandachtspunt voor het bredere onderzoek dat door het Ministerie van BZK wordt uitgevoerd.

Bij de beoordeling van de – meer complexe - regeling voor zorg en jeugdhulp ligt de situatie anders. Een deel van de respondenten is (gematigd) positief over de systematiek van de regeling en een ander – ruwweg even groot deel – is aanzienlijk kritischer. Bij deze laatste groep is de kritiek echter divers en zeker niet altijd in dezelfde richting. Daarom wordt hieronder niet gepleit voor grote fundamentele wijzigingen.

Dit betekent niet dat op voorhand geen enkele aanpassing te overwegen is. Hieronder volgen een aantal overwegingen:

- De vraag is of het criterium aantal taken gehandhaafd moet worden. De benaming geeft in ieder geval veel verwarring. Tevens is er bij diverse respondenten twijfel of een bestuurder veel met de geneeskundige vervolgoopleidingen te maken heeft. Bovendien zijn de instellingen die hier relatief veel aan doen naar verwachting veelal al goed gewaardeerd via het kennis criterium. Een tegenargument zou kunnen zijn dat in het licht van de structurele knelpunten in de personeelsvoorziening voor de sector, dit criterium een signaal naar bestuurders is dat zij hierin een verantwoordelijkheid hebben. De huidige invulling kent dan echter wel een zekere eenzijdigheid richting opleidingen op het hogere niveau en bijvoorbeeld niet richting bbl-opleidingen op mbo-niveau.
- Bij het kennis criterium bepleiten wij een zekere terughoudendheid voor aanpassingen. Bij het kennis criterium roepen de feitelijke scores per type instelling nogal eens discussie op. Een van de kritiekpunten die relatief veel terugkomt is dat niet alleen het benodigde opleidingsniveau van het primaire proces telt, maar ook de breedte daarvan. Vanuit een dergelijk perspectief wordt de vraag of het terecht is dat bijvoorbeeld UMC's in de huidige systematiek evenveel punten krijgen als categorale ziekenhuizen. Ook gespecialiseerde instellingen voor bijvoorbeeld mondzorg, erfelijkheidsadviesing en bloedvoorziening krijgen vanuit dit perspectief in de huidige systematiek relatief (te) veel punten. Een eventueel risico van een neerwaartse aanpassing voor dergelijke instellingen is wel dat deze bestuurders vaak met medisch specialisten bij het personeel werken. Als een neerwaartse aanpassing zou leiden tot een lagere klasse-indeling wordt de beloningsopbouw in een dergelijke organisatie (nog) onevenwichtiger²⁵. Daarom bepleiten wij toch een zekere terughoudendheid in aanpassing hiervan. Wel is dit een extra argument om aandacht te vragen voor de positie van academische en topklinische ziekenhuizen waar deze breedte in kennis in ruime mate van toepassing is²⁶. Hierop komen we in het volgende punt terug.
- De suggestie van een categorale uitzondering voor bestuurders van academische ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen valt zeker te overwegen. Breed wordt erkend dat bestuurders van academische en topklinische ziekenhuizen een zware functie kennen waarin heel veel elementen samenkomen. Deze organisaties hebben op alle criteria hoge scores, maar het onderscheidend vermogen binnen de bezoldigingssystematiek ten opzichte van andere instellingen is beperkt. Bovendien leidt het huidige maximum tot een scheve verhouding ten opzichte van de beloning van medisch specialisten.
- Het criterium financieringsbronnen is (te) weinig gedifferentieerd en heeft een (te) laag gewicht. Een van de manieren om dit aan te passen is om binnen een financieringsbron nuances aan te brengen, zoals het aantal gemeenten, zorgkantoren of verzekeraars waar men mee te maken heeft. Een andere manier is om niet slechts 2 klassen te onderscheiden voor wat betreft het aantal financieringsbronnen.
- Omzet kan als criterium gehandhaafd blijven, evenals het relatief hoge gewicht dat daaraan wordt toegekend.
- Het pleidooi van sommigen om de Raad van Toezicht meer discretionaire ruimte te geven in bijzondere gevallen, zoals bijzondere bestuurlijke uitdagingen, kan pas overwogen worden als de informatievoorziening rondom de feitelijke toepassing van bezoldigingen beter op orde is. Als de Raad van Toezicht hierin meer ruimte krijgt, zal namelijk nauwgezet gemonitord moeten worden of dit leidt tot een relatief sterke opwaartse trend in bezoldigingen.

²⁵ Voor zover de bestuurder zelf ook een medisch-specialistische functie vervult, zou een neveneffect van neerwaartse aanpassing kunnen zijn dat voor de bestuursfunctie een onrealistisch lage deeltijdfactor wordt opgevoerd en de totale beloning vooral via de medisch-specialistische functie wordt verkregen.

²⁶ In de systematiek van de regeling die van 2014-2015 van toepassing was scoorden academische en topklinische ziekenhuizen wel duidelijk hoger op kennisintensiteit dan alle andere instellingen.

Hiermee komen we op het punt van de *informatievoorziening*. Dit is een belangrijk aandachtspunt. Tijdens het onderzoek zijn namelijk diverse vragen naar boven gekomen die niet beantwoord kunnen worden omdat systematische informatie ontbreekt. Het gaat dan bijvoorbeeld om vragen als:

- hoe de instellingen zijn verdeeld over de verschillende bezoldigingsklassen;
- hoe vaak een verandering van klasse optreedt, en hoe dit uitwerkt op de bezoldiging;
- hoe vaak kleine dienstverbanden als bestuurder worden opgegeven;
- in hoeverre bestuurders op (bijna) het maximum van hun klasse worden ingeschaald;
- in hoeverre samenhang tussen criteria optreedt, waardoor vereenvoudiging te overwegen is;
- in hoeverre gesuggereerde alternatieve indicatoren samenhang vertonen met bestaande criteria. Naarmate deze samenhang hoger is, ligt toevoeging van dit extra criterium minder voor de hand. Zo kende de oude regeling een indicator voor complexiteit van de omgeving ("impact"), een factor die nu door sommigen weer naar voren wordt gebracht. De vraag is echter of de samenhang van een dergelijk indicator niet heel groot is met de combinatie van omzet en aantal financieringsbronnen.

Belangrijkste voordeel van meer systematische informatie is dat de feitelijke ontwikkeling van bezoldigingen gevolgd kan worden en daarmee ook de consequenties van wijzigingen in het systeem gevolgd kunnen worden.

Het meest volledige beeld zou ontstaan bij integrale dataverzameling. Maar als dit uit praktisch oogpunt niet haalbaar is, zou in ieder geval een (grote) steekproef overwogen kunnen worden. Belangrijke inputs zijn dan de kenmerken van instellingen op de criteria, het totale aantal punten, de deeltijdfactor van een bestuurder en de bezoldigingshoogte. Dit zijn grotendeels al de elementen die in jaarverslagen zijn opgenomen. Het enige wat dan in de verslaglegging van jaarverslagen ontbreekt zijn de punten op de onderliggende criteria. Omdat deze toch door een instelling/accountant bepaald moeten worden, is dit enkel een kwestie van extra vermelden, maar geen extra berekening. Deze informatie kan vervolgens (eventueel steekproefsgewijs) in een bestand worden opgenomen.

Hierboven zijn een aantal mogelijkheden geformuleerd voor aanpassing van de regeling. De reikwijdte van het onderzoek en eenduidigheid van de uitkomsten is onvoldoende om al deze knopen door te hakken. Aanpassingen hebben ook een prijs, zoals een (nieuw) overgangsrecht of verminderde eenvoud van de regeling. Daarom adviseren we mogelijke aanpassingen verder te bespreken en eventueel te concretiseren in overleg met vertegenwoordigers van de sectoren en verenigingen van bestuurders en toezichthouders. Parallel hieraan dient de informatievoorziening verder te worden ontwikkeld om consequenties van eventuele aanpassingen beter te kunnen monitoren.

I BIJLAGE SCHEMA OVERGANGSRECHT

Hieronder staat een schema waarin precies is weergegeven welke afbouw van bezoldigingen in zorg en welzijn op grond van het overgangsrecht, naar de geldende norm conform WNT2-
klassenindeling(staffel) van toepassing zijn voor verschillende mogelijke situaties.

Tabel BI.1: Schema overgangsrecht WNT2

Casus	2013 WNT1	2014 Staffel WNT1	2015 WNT2- Staffel WNT1	2016 Staffel WNT2	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Bestuurder vóór 2013 aangesteld boven algemeen bezoldigingsmaximum wnt1*	1 ^e jaar behoud bezoldiging	2 ^e jaar behoud bezoldiging	3 ^e jaar behoud bezoldiging	4 ^e jaar behoud bezoldiging	1 ^e afbouw naar wnt1-staffel	2 ^e afbouw naar wnt1-staffel	3 ^e afbouw naar wnt1-staffel	1 ^e afbouw naar wnt2-staffel	2 ^e afbouw naar wnt2-staffel	Onder wnt2-staffel	Onder wnt2-staffel
Bestuurder vóór 2013 aangesteld onder wnt1, maar boven WNT-1-staffel	Geen overschrijding	1e jaar behoud bezoldiging	2e jaar behoud bezoldiging	3e jaar behoud bezoldiging	4e jaar behoud bezoldiging	1e afbouw naar wnt1-staffel	2e afbouw naar wnt1-staffel	3e afbouw naar wnt1-staffel	1e afbouw naar wnt2-staffel	2e afbouw naar wnt2-staffel	Onder wnt2-staffel
Bestuurder vóór 2013 aangesteld onder wnt1-staffel, maar boven WNT-2-staffel	Geen overschrijding	Geen overschrijding	Geen overschrijding	1e jaar behoud bezoldiging	2e jaar behoud bezoldiging	3e jaar behoud bezoldiging	4e jaar behoud bezoldiging	1e afbouw naar wnt2-staffel	2e afbouw naar wnt2-staffel	3e afbouw naar wnt2-staffel	Onder wnt2-staffel
Bestuurder in 2013 aangesteld boven WNT-1-staffel maar onder algemeen bezoldigingsmaximum	Geen overschrijding	1e jaar behoud bezoldiging	2e jaar behoud bezoldiging	3e jaar behoud bezoldiging	4e jaar behoud bezoldiging	1e afbouw naar wnt1-staffel	2e afbouw naar wnt1-staffel	3e afbouw naar wnt1-staffel	1e afbouw naar wnt2-staffel	2e afbouw naar wnt2-staffel	Onder wnt2-staffel
Bestuurder in 2013 aangesteld onder WNT-1-staffel, maar boven WNT-2-staffel	Geen overschrijding	Geen overschrijding	Geen overschrijding	1e jaar behoud bezoldiging	2e jaar behoud bezoldiging	3e jaar behoud bezoldiging	4e jaar behoud bezoldiging	1e afbouw naar wnt2-staffel	2e afbouw naar wnt2-staffel	3e afbouw naar wnt2-staffel	Onder wnt2-staffel
Bestuurder in 2014 aangesteld boven WNT2-staffel maar onder WNT-1 staffel	nvt	Geen overschrijding	Geen overschrijding	1e jaar behoud bezoldiging	2e jaar behoud bezoldiging	3e jaar behoud bezoldiging	4e jaar behoud bezoldiging	1e afbouw naar wnt2-staffel	2e afbouw naar wnt2-staffel	3e afbouw naar wnt2-staffel	Onder wnt2-staffel
Bestuurder in 2015 aangesteld boven WNT-2-staffel maar onder WNT-1 staffel	nvt	nvt	Geen overschrijding	1e jaar behoud bezoldiging	2e jaar behoud bezoldiging	3e jaar behoud bezoldiging	4e jaar behoud bezoldiging	1e afbouw naar wnt2-staffel	2e afbouw naar wnt2-staffel	3e afbouw naar wnt2-staffel	Onder wnt2-staffel

Bron: Ministerie van VWS. *verhogingen van de bezoldiging of ontslaguitkering overeengekomen tussen 6 december 2011 en 1 januari 2013 vallen niet onder het overgangsrecht.

Dit rapport doet verslag van onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij SEOR BV. Het gebruik van het materiaal in dit rapport is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of openbaarmaking in welke vorm dan ook is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van SEOR BV.

Het onderzoek is uitgevoerd door SEOR BV.

Dit rapport is een uitgave van SEOR BV - Marconistraat 16, 3029 AK Rotterdam
In opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

www.seor.nl