

Vergaderjaar 2005–2006

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 34**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 november 2005

#### **1. Inleiding**

Vorig jaar heb ik u in mijn brief van 6 oktober, mede namens de staatssecretaris, een analyse gegeven over de bezoldiging van toezichthouders en bestuurders van zorginstellingen over 2003. In die brief heb ik ook de inzet geschetst van het beleid dat ik voer op het punt van die bezoldiging (TK, 2004–2005, 29 689, nr. 4). Het jaarlijks herhalen van de analyse is een onderdeel van die inzet. Inmiddels hebben de zorginstellingen in hun jaarverslagen over 2004 verantwoording afgelegd over de bezoldiging van hun toezichthouders en hun bestuurders. De analyse daarvan bied ik u, mede namens de staatssecretaris aan. In aanvulling op de analyse van vorig jaar zal ik in paragraaf 4.6 ingaan op de inkomens van de medisch specialisten.

Het aannemen van de motie-Bakker op 11 oktober 2005 (kamerstuk 30 300, nr. 53) leidt er toe dat de Kamer eind december een beleidsmatige brief van het kabinet ontvangt over de topinkomens in de publieke en de semi-publieke sector. Daarom bevat deze brief een voorlopige beleidsmatige reactie op de analyse.

#### **2. De bezoldiging van hun toezichthouders en hun bestuurders**

Voor de hoogte en de groei van de bezoldiging van toezichthouders en bestuurders van zorginstellingen bestaat veel aandacht. Niet alleen in de politiek, maar ook in de media en bij de bevolking. In mijn brief van vorig jaar heb ik voor het eerst een analyse kunnen presenteren over de hoogte van de bezoldiging voor de leiding van het VWS-veld.

Er is geen eenduidige norm voor de beloning van zorgbestuurders. Daarom heb ik vorig jaar de (toen nog) gezamenlijke adviesregeling van de NVZD en VDZ Nederland (de twee koepels van bestuurders van zorginstellingen) als kader genomen, hoewel dit een regeling is van de betrokken bestuurders zelf en dus niet van de toezichthouders. Er is derhalve geen volledig maatschappelijk draagvlak voor deze regeling. In

de analyse over de inkomensgegevens van 2004 heb ik dezelfde methode gehanteerd. Omdat er nu cijfers over 2003 en 2004 moesten worden verantwoord, is ook een poging gedaan om de zuivere inkomensontwikkeling te bepalen.

Voordat ik de analyse presenteer, ga ik eerst kort in op de acties in het afgelopen jaar.

### **3. Wat hebben we tot nu toe gedaan**

In mijn brief aan de Kamer van 6 oktober 2004 heb ik geschetst dat ik twee beleidlijnen volg ten aanzien van de inkomens van bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen. Enerzijds is dat de bevordering van transparantie van de bezoldiging van bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen. Anderzijds houdt dat in dat ik me heb ingezet om evenwichtiger verhoudingen en een betere governance (een stelsel van spelregels, omgangsvormen en verantwoording) te krijgen bij de vorming van de arbeidsvoorwaarden van bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen.

#### *3.1 Transparantie*

Op het punt van de transparantie heb ik ook in het afgelopen jaar stappen gezet. De jaarverslagen van de zorginstellingen zijn nu rechtstreeks op internet te vinden onder [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl). Op basis van de ervaringen met de analyse van de bezoldigingsgegevens uit de jaarverslagen 2003 heb ik een verbeterd format van verantwoording vastgesteld en kenbaar gemaakt via de RJZ-circulaire van 22 december 2004. Dit format moet niet alleen een efficiëntere verwerking van de gegevens mogelijk maken, maar ook een betere analyse, ondermeer door het tijdsbeslag te laten verantwoorden waarin het inkomen wordt verdiend. De circulaire is breed verspreid. Zowel onder alle instellingen als ook onder alle brancheverenigingen in het VWS-veld, de koepels van de directeuren, van de toezichthouders en van de accountants. Verder is de RJZ-circulaire ook digitaal beschikbaar gemaakt via [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl). Eind maart 2005 heb ik daarnaast nog een schriftelijke toelichting over de RJZ-circulaire verstuurd naar de werkgeverskoepels en naar de accountants verenigd in de commissie-Ziekenhuisvoorzieningen.

Aan de vraag van de Kamer om ook de zorgverzekeraars onder het transparantieregime te brengen (zie de behandeling van de VWS-begroting over 2005 in oktober 2004), ben ik tegemoet gekomen. Dit wordt geregeld via de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Met de grootste begrotingsgefinancierde sector op het beleidsterrein van VWS, de sector Jeugdhulpverlening, ben ik inmiddels in overleg over een vrijwillige toepassing van het transparantieregime zoals neergelegd in de bovengenoemde RJZ-circulaire. Deze sector gaat in principe onder het transparantieregime van de Wet Openbaarmaking Publiekgefinancierde Topinkomens (WOPT) vallen zodra dat wetsvoorstel (TK, 2004–2005, 30 189, nr. 2) in werking treedt. Wanneer de sector zich echter verplicht om het transparantieregime uit het RJZ te volgen, dan zal deze worden gehanteerd. Er zal geen dubbel transparantieregime gaan gelden.

Gegeven het al voor de zorgsector bestaande openbaarheidsregime, dat alle gewenste inkomensinformatie oplevert over degenen die zorginstellingen aansturen en besturen en de wens van het kabinet om regelgeving en administratieve lastendruk tot een minimum te beperken, heeft het kabinet in het afgelopen parlementaire jaar besloten om de zorgsector niet onder de werkingssfeer van de WOPT te brengen.

### 3.2 Een beter machtsevenwicht en governance bij beloning

Zoals ik vorig jaar heb aangekondigd, heb ik eind december 2004 een oproep gedaan aan de toezichthouders om vooruitgang te boeken bij de elementen waarop ik mijn beleid heb gericht: betere transparantie, evenwichtiger verhoudingen en governance in beloningskwesties. Verder heb ik de koepel van toezichthouders, de NVTZ, aangesproken op het realiseren van een (soberder) NVTZ-adviesregeling voor de beloning van bestuurders van zorginstellingen.

De NVTZ heeft die eigen adviesregeling inmiddels verder in de steigers gezet. Dat wil zeggen dat er functieklassen zijn onderscheiden voor de Raden van Bestuur en dat er vervolgens een functiewaarderings-technische onderbouwing is gemaakt voor die functieklassen. Daar is uiteindelijk een loonlijn aan gekoppeld. De gekozen loonlijn maakt de regeling – naar het zich nu laat aanzien – soberder dan de huidige adviesregelingen van de directeurenkoepels. De NVTZ heeft kinderziektes en inconsistenties uit de concept-regeling gehaald. Naar verwachting wordt de NVTZ-salarisregeling in de ledenvergadering van januari 2006 in definitieve vorm vastgesteld.

De «stand van zaken health care governance» heb ik de Kamer in mijn brief van 5 juli 2005 uiteengezet (TK 2004–2005, 27 659, nr. 55). Ik wil op deze plaats nogmaals wijzen op het gegeven dat de brancheverenigingen een zorgbrede governancecode hebben opgesteld en die ter goedkeuring aan hun leden hebben voorgelegd. Die hebben de code inmiddels geacordeerd waardoor die 1 januari 2006 formeel in werking treedt. In die code komt ook het punt van de bezoldiging aan de orde, de transparantie daarover conform de wet en de noodzaak om hierbij de «pas toe of leg uit»-regel te hanteren. Bij het aanbieden van die code hebben de brancheverenigingen uitgesproken dat zij het hanteren ervan als criterium voor hun lidmaatschap willen gaan gebruiken.

## 4 Resultaten onderzoek inkomens bestuurders zorgorganisaties

### 4.1 Reikwijdte van het onderzoek en respons

Met ingang van het verslagjaar 2003 zijn zorgorganisaties verplicht om in hun jaarverslag inkomensgegevens op te nemen van individuele bestuurders. Deze verplichting geldt voor het verslagjaar 2004, net als in 2003, nog alleen voor de organisaties die onder de WZV vallen. Ze heeft verder alleen betrekking op de bestuurders die statutair verantwoordelijk zijn voor de tot die organisatie behorende instellingen. In totaal gaat het daarbij om 937 organisaties<sup>1</sup>. Naar aanleiding van het onderzoek over het verslagjaar 2003 is de wijze waarop de organisaties de gegevens dienen aan te leveren, bijgesteld:

- er moet een voorgeschreven format worden gebruikt waardoor in één oogopslag alle relevante gegevens zichtbaar zijn, om zo betrouwbaarder analyses uit te kunnen voeren;
- de beloningsgegevens over zowel 2003 als 2004 dienen verantwoord te worden;
- indien er sprake was van een zogenaamd beheersmodel, waarbij de directie niet statutair verantwoordelijk is maar het stichtingsbestuur, dienden de beloningsgegevens van de uitvoerend directeur verantwoord te worden.

Door deze bijstellingen zijn de uitkomsten van het onderzoek niet zonder meer vergelijkbaar met de uitkomsten zoals vermeld in de brief van vorig jaar. Aangezien in het jaarverslag 2004 ook de gegevens van 2003 opgenomen dienen te worden, is toch informatie beschikbaar over de beloningsontwikkeling in 2004 ten opzichte van 2003.

<sup>1</sup> Dit is inclusief de organisaties in de thuiszorg, die weliswaar niet onder de WZV vallen, maar met hen is een convenant overeengekomen dat het jaarverslag op eenzelfde manier gedeponeerd wordt.

In het onderzoek worden de volgende sectoren onderscheiden: ziekenhuiszorg, GGZ, gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. De overige zorgorganisaties die onder de WZV vallen (epilepsie-instellingen, dialyse centra, audiologische centra, radiotherapeutische instituten en zelfstandige behandelcentra) worden vanwege het geringe aantal en de slechte respons (zie tabel 4.1) niet apart behandeld. De beschikbare gegevens zijn echter wel in de totaalcijfers opgenomen. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de respons, het beloningsniveau in 2004, de beloningsontwikkeling, een aantal specifieke zaken, de beloning van de toezichthouders, de inkomens van medisch specialisten en tot slot enkele conclusies.

**Tabel 4.1 Verantwoording beloning bestuurders in jaarverslag naar sector in 2004, percentages**

	Ziekenhuiszorg	GGZ	Gehandicaptenzorg	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Thuiszorg	Overige zorg	Totaal
Beide jaren	76%	79%	78%	75%	73%	30%	74%
Alleen 2004	19%	16%	18%	11%	9%	5%	13%
Geen gegevens	5%	5%	4%	14%	18%	65%	13%
<b>Totaal</b>	<b>100% (=116)</b>	<b>100% (=77)</b>	<b>100% (=106)</b>	<b>100% (=539)</b>	<b>100% (=56)</b>	<b>100% (43)</b>	<b>100% (=937)</b>

Van de 937 deponeringsplichtige organisaties heeft op het peilmoment (1 september 2005) 13 procent geen (bruikbare) beloningsgegevens in het jaarverslag opgenomen dan wel in het geheel geen jaarverslag gedeponeerd. Nog eens 13 procent heeft alleen (bruikbare) gegevens over het verslagjaar 2004 opgenomen en niet over 2003. Vergeleken met vorig jaar is er duidelijk sprake van een verbetering, toen lag de respons net boven de 50 procent. Dit neemt niet weg dat nog teveel organisaties niet voldoen aan de wettelijke plicht tot verantwoording van de beloningsgegevens van de bestuurders. De betreffende organisaties zijn inmiddels gerappelleerd. De verbeterde respons doet zich in alle sectoren voor, met name bij de verpleeg- en verzorgingshuizen is een sterke verbetering opgetreden. De nog steeds relatief hoge non-respons in die sector is voor een belangrijk deel te wijten aan het feit dat – ondanks de wijziging van de verantwoordingsplicht (zie boven) – organisaties met een beheersstructuur de beloningsgegevens van de uitvoerend directeur niet verantwoord hebben. De hogere non-respons in de thuiszorg is waarschijnlijk te wijten aan het feit dat de plicht tot deponeren hiervoor (nog) niet wettelijk verankerd is, maar voortvloeit uit een convenant. De lage respons bij de overige zorgorganisaties komt volledig voor rekening van de zelfstandige behandelcentra.

#### 4.2 Beloningsniveau bestuurders in 2004

De gegevens over het beloningsniveau in 2004 hebben betrekking op 1225 bestuurders werkzaam bij 811 zorgorganisaties. Interim-bestuurders zijn buiten beschouwing gelaten. In paragraaf 4.4 wordt daar nader op ingegaan. In deze paragraaf worden gegevens over de brutobeloning gepresenteerd, inclusief vakantiegeld en eindejaarsuitkeringen, maar exclusief onkostenvergoedingen, werkgeverspremies sociale verzekeringen en pensioen, ontslaguitkeringen en bonussen. Op de ontslaguitkeringen en bonussen wordt in paragraaf 4.4 afzonderlijk ingegaan. De brutobeloning van de bestuurders is omgerekend naar een voltijds jaarloon, dat wil zeggen dat gecorrigeerd is voor de deeltijdfactor en de duur van het dienstverband in het betreffende jaar.

**Tabel 4.2 Bruto jaarloon zorgbestuurders naar zorgsector, exclusief onkostenvergoedingen, bonussen en ontslaguitkeringen in 2004**

	Ziekenhuis- zorg	GGZ	Gehandicap- tenzorg	Verpleeg- en verzorgings- huizen	Thuiszorg	Totaal
Minder dan € 100 000	4%	3%	26%	49%	26%	31%
Van € 100 000 tot € 150 000	22%	52%	50%	42%	51%	40%
Van € 150 000 tot € 200 000	54%	43%	22%	8%	21%	24%
Meer dan € 200 000	20%	1%	2%	1%	2%	5%
Totaal	100% (=240)	100% (=141)	100% (=155)	100% (=605)	100% (=61)	100% (=1225)

Tabel 4.2 laat zien dat in de gehele zorgsector ruim 30 procent van de zorgbestuurders een beloning heeft beneden € 100 000, bijna 30 procent heeft een beloning boven de € 150 000. Tussen de branches zijn aanzienlijke verschillen. In de ziekenhuiszorg heeft bijna driekwart van de zorgbestuurders een beloning boven € 150 000, in de verpleeg- en verzorgingshuizen is dat minder dan 10 procent. Er blijkt een duidelijke samenhang te bestaan tussen de hoogte van de beloning en de grootte en complexiteit van de organisatie.

Op dit moment bestaat nog geen eenduidige norm over een maatschappelijk verantwoorde beloning voor zorgbestuurders. De beide verenigingen van bestuurders (NVZD en VDZ) hebben weliswaar een adviesregeling ontwikkeld voor de beloning van hun eigen leden, maar die is zonder de noodzakelijke «checks and balances» tot stand gekomen. De vereniging voor toezichthouders (NVTZ) is in een vergevorderd stadium om met een eigen adviesregeling te komen, maar deze is thans nog niet gereed. Daarom volgt hieronder, evenals vorig jaar, een vergelijking met de adviesregeling van de NVZD/VDZ. Deze adviesregeling geeft de maximumbeloning weer, waar (op termijn) naar toe gegroeid kan worden. Dit maximum is afhankelijk van de complexiteit, omzet, aantal personeelsleden en de bestuurssamenstelling van de organisatie.

**Tabel 4.3 Bruto jaarloon van zorgbestuurders ten opzichte van het maximumadvies NVZD/VDZ naar sector in 2004, percentages**

	Ziekenhuis- zorg	GGZ	Gehandicap- tenzorg	Verpleeg- en verzorgings- huizen	Thuiszorg	Totaal
Minder dan 75%	9%	3%	16%	13%	14%	11%
Van 75% tot 90%	22%	14%	24%	27%	14%	23%
Van 90% tot 100%	29%	27%	20%	24%	29%	25%
Van 100% tot 110%	20%	30%	24%	19%	15%	21%
Van 110% tot 125%	12%	19%	13%	11%	19%	13%
Meer dan 125%	8%	7%	3%	6%	10%	7%
Totaal	100% (=240)	100% (=141)	100% (=155)	100% (=605)	100% (=61)	100% (=1225)

Tabel 4.3 laat zien dat de beloning van meer dan 40 procent van de bestuurders hoger is dan het maximumadvies van de eigen (belangen-) verenigingen, van 20 procent ligt de beloning meer dan 10 procent hoger dan het advies. Ruim eenderde deel van de bestuurders heeft een beloning die meer dan een kwart lager is dan het maximumadvies. De verschillen tussen de sectoren zijn niet al te groot: alleen de GGZ en de thuiszorg springen er aan de bovenkant enigszins uit. Bij deze uitkomsten dient men zich overigens te realiseren dat een deel van de bestuurders (nog) volgens oudere adviesregelingen beloond worden, die over het algemeen hogere beloningen laten zien.

Vergeleken met het onderzoek van vorig jaar met betrekking tot de beloning in 2003 blijkt er (in alle sectoren) sprake te zijn van een duidelijke

stijging: toen 23 procent boven het advies, nu 41 procent. Deels wordt dit veroorzaakt door een werkelijke stijging van de beloning in 2004 (zie de volgende paragraaf), deels doordat de beloning nu (met behulp van het verbeterde format) betrouwbaarder vastgesteld kon worden. In 2003 was de beloning feitelijk dus hoger dan vorig jaar kon worden vastgesteld.

#### 4.3 Ontwikkeling beloning zorgbestuurders 2003–2004

Bij de beloningsontwikkeling spelen twee aspecten een rol. Ten eerste de jaarlijkse verandering van de beloning van de bestuurders die beide jaren actief zijn geweest. Ten tweede het verschil in beloning tussen de bestuurders die vertrekken en de nieuwe bestuurders. Beide aspecten worden afzonderlijk in beeld gebracht.

**Tabel 4.4 Ontwikkeling beloning in 2004 blijvende zorgbestuurders naar sector, percentages**

	Ziekenhuis- zorg	GGZ	Gehandicap- tenzorg	Verpleeg- en verzorgings- huizen	Thuiszorg	Totaal
Daling meer dan 5%	1%	4%	5%	2%	10%	3%
Daling tussen 1 en 5%	7%	8%	14%	2%	5%	5%
Verandering tussen -1% en +1%	43%	40%	29%	14%	10%	24%
Stijging tussen 1 en 5%	27%	21%	29%	43%	23%	35%
Stijging tussen 5 en 10%	16%	21%	17%	24%	28%	21%
Stijging meer dan 10%	6%	6%	6%	15%	23%	12%
Totaal	100% (=133)	100% (=77)	100% (=105)	100% (=435)	100% (=39)	100% (=803)
Gemiddelde loonontwikkeling	+ 2,6%	+ 2,8%	+ 2,2%	+ 4,7%	+ 5,6%	+ 3,9%

In 2004 is een nullijn voor de contractloonontwikkeling afgesproken, ook door de verenigingen van de directeuren zelf (de NVZD en VDZ Nederland). Stijging van de beloning kan dan altijd nog plaatsvinden door een fusie, marktverbreding, een eerder afgesproken loonlijn of andere incidentele zaken. Bij de blijvende zorgbestuurders bedraagt de gemiddelde loonstijging +3,9 procent. In de ziekenhuiszorg, de GGZ en de gehandicaptenzorg is de loonstijging lager dan gemiddeld, in de verpleeg- en verzorgingshuizen en met name de thuiszorg hoger dan gemiddeld. Het onderzoek laat verder zien dat er een duidelijk verband is tussen de mate van loonstijging en het beloningsniveau. Naarmate het beloningsniveau lager is, is de loonstijging groter. Zo bedraagt de loonstijging van de bestuurders met minder dan € 100 000 +5,5 procent, terwijl de bestuurders met meer dan € 200 000 er gemiddeld iets op achteruit zijn gegaan. Aan de bovenkant is derhalve sprake van loonmatiging, aan de onderkant juist niet, met nivellering tussen de bestuurders als gevolg. Tevens laat het onderzoek zien dat de loonstijging hoger is naarmate men meer onder het maximumadvies van de NVZD/VDZ zit. De loonstijging van de bestuurders boven dat advies bedraagt gemiddeld +2,0 procent. De geconstateerde loonstijging is dus deels het gevolg van het toegroeien naar het maximumadvies.

Het tweede aspect van de loonontwikkeling betreft het verschil in beloning tussen de vertrekkers en de nieuwkomers. De verwachting was dat de gemiddelde loonontwikkeling gedrukt zou worden omdat het effect van de gesignaleerde loonontwikkeling van de blijvers getemperd zou worden omdat de nieuwkomers een lagere beloning zouden hebben dan de vertrekkende bestuurders. Dit blijkt echter niet in alle sectoren het geval te zijn. Aangezien de nieuwkomers in 2004 gemiddeld 1,7 procent meer verdienen dan de vertrekkers deden in 2003, is er weliswaar sprake van enige tempering, maar deze is zeer beperkt. Tussen de sectoren zijn er overigens wel verschillen hier in. In de gehandicaptenzorg ligt de beloning

van de nieuwkomers wel duidelijk lager dan die van de vertrekkers (gemiddeld -19 procent), maar met name in de ziekenhuiszorg is de beloning van de nieuwkomers beduidend hoger (gemiddeld +18 procent). In tabel 4.5 is de ontwikkeling van de gemiddelde beloning weergegeven waarin beide aspecten van de loonontwikkeling (die van de blijvers én die van degenen die zijn vervangen) zijn verdisconteerd. Ter vergelijking: de gemiddelde loonstijging van alle werknemers in Nederland bedraagt in 2004 circa 2,4% (zie MEV-2006).

**Tabel 4.5 Ontwikkeling gemiddelde beloning van zorgbestuurders in 2004 naar sector, percentages.**

	Ziekenhuiszorg	GGZ	Gehandicap- tenzorg	Verpleeg- en verzorgings- huizen	Thuiszorg	Totaal
Gemiddelde loonontwikkeling	+ 4,0%	+ 1,3%	+ 1,2%	+ 4,3%	+ 4,4%	+ 3,4%

#### 4.4 Overige zaken beloning zorgbestuurders

In het bovenstaande is geen rekening gehouden met bonussen, ontslagvergoedingen en de beloning van interim-bestuurders. Het blijkt dat in 2004 circa 10% van de bestuurders een bonus heeft ontvangen. Gemiddeld bedroeg die bonus € 12 700. De invloed op de gemiddelde beloning is beperkt, +0,9%. Vergeleken met 2003 is er weinig verandering, het aantal bestuurders met een bonus is in 2004 iets hoger, de gemiddelde hoogte van de bonus is gelijk en ook het effect op de gemiddelde beloning is vergelijkbaar. In de ziekenhuiszorg komen bonussen vaker voor (19% van de bestuurders), zijn ze gemiddeld hoger (€ 15 300) en hebben ze een groter effect op de gemiddelde beloning (+1,7%) in deze sector.

De 77 bestuurders die in 2004 vertrokken zijn, hebben gemiddeld € 50 000 aan ontslagvergoeding gekregen. Ruim een kwart van de vertrokken bestuurders heeft helemaal niets ontvangen, een kwart heeft meer dan € 50 000 ontvangen. En 10 procent meer dan € 150 000. Het gemiddelde van € 50 000 is 29 procent van het gemiddelde jaarsalaris van de vertrokken bestuurders. Ruim 10 procent van de vertrokken bestuurders krijgt meer dan een jaarsalaris mee, 4 procent meer dan 2 jaarsalarissen.

Het aandeel interim-bestuurders op het totale aantal bestuurders bedroeg in 2004 3,7 procent. De gemiddelde duur van de interim-periode was bijna 6,5 maand en de gemiddelde vergoeding (omgerekend naar een jaarvergoeding) bedroeg ruim € 220 000. Daarmee bedraagt de vergoeding voor alle interim-bestuurders in 2004 iets meer dan 3 procent van de vergoeding van alle bestuurders. Vergeleken met 2003 is het aandeel van de interim-bestuurders toegenomen, echter de duur van de interim-periode en de gemiddelde vergoeding zijn gedaald. Per saldo zijn de totale kosten voor interim-bestuurders in 2004 gelijk gebleven aan die in 2003. De vergoeding voor interim-bestuurders is trouwens niet hetzelfde als het inkomensbegrip dat bij de reguliere bestuurders is gehanteerd, want voor de interimers is hun vergoeding feitelijk hun «omzet» waar zij ook al hun andere kosten uit moeten dekken.

#### 4.5 Beloning zorgtoezichthouders

Naast de beloning van de bestuurders dient in het jaarverslag ook de beloning van de toezichthouders verantwoord te worden. Tabel 4.6 laat allereerst zien dat een groot deel van de instellingen (88 procent) aan deze verplichting heeft voldaan, vergelijkbaar met de beloning van de bestuurders. Bijna de helft van de 5620 in het onderzoek opgenomen toezichthouders ontvangt geen beloning, onkostenvergoedingen niet meegeteld. Een

beperkt deel (5 procent) ontvangt meer dan € 5 000 per jaar. De helft van de toezichthouders ontvangt derhalve een beloning tussen € 1 en € 5 000. Van de toezichthouders die wel een beloning ontvangen bedraagt de gemiddelde beloning bijna € 2 500. In de ziekenhuiszorg, de GGZ en de thuiszorg ontvangen toezichthouders vaker een beloning dan in de andere sectoren. In de ziekenhuiszorg en de thuiszorg ligt de gemiddelde beloning ook hoger als er sprake is van een beloning.

**Tabel 4.6 Beloning toezichthouders in de zorg naar sector in 2004**

	Ziekenhuiszorg	GGZ	Gehandicaptenzorg	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Thuiszorg	Totaal
Aandeel instellingen dat beloningsinfo heeft opgenomen	89%	88%	92%	93%	75%	88%
Aandeel toezichthouders dat geen beloning ontvangt	18%	24%	39%	58%	25%	46%
Aandeel toezichthouders dat meer dan € 5 000 ontvangt	17%	5%	4%	1%	14%	5%
Gemiddelde beloning van de toezichthouders met beloning	€ 3 776	€ 2 538	€ 2 220	€ 1 754	€ 3 123	€ 2 419

#### 4.6 Inkomens van medisch specialisten

Medisch specialisten werken in Nederland zowel in loondienst als in vrije vestiging. In totaal zijn er ongeveer 12 000 medisch specialisten. Circa 7 000 zijn vrijgevestigde medisch specialisten en 5 100 medisch specialisten zijn in loondienst van een algemeen, categoriaal of academisch ziekenhuis.

##### *Vrijgevestigden*

Ongeveer 92% van de vrijgevestigde medisch specialisten wordt gefinancierd door middel van een lumpsum. De resterende 8% heeft geen lumpsumvangnet en wordt volledig op basis van DBC's gefinancierd. Een lumpsum is een soort budget voor de omzet van de medisch specialist. Deze omzet bevat niet alleen het inkomen van de medisch specialist, maar ook de kosten die hij maakt voor de bedrijfsvoering van zijn praktijk. Een grove schatting van de praktijkkosten komt uit op ongeveer € 25 000 à € 50 000.

De hoogte van de lumpsummen varieerde in 2003 van gemiddeld € 110 000 per fte kinderarts tot gemiddeld € 469 000 per fte medisch microbioloog. De gemiddelde lumpsum bedroeg € 250 000 per fte; het gemiddelde bruto inkomen (na aftrek van bovengenoemde kosten) dus zo'n € 200 000 à € 225 000. Daarnaast kunnen specialisten soms na toestemming van het departement bepaalde omzet uit productie naast de lumpsum behouden.

Opvallend zijn de grote verschillen tussen de lumpsummen per specialisme. De verschillen zijn vooral te verklaren door verschillen in productiviteitsgroei sinds de vaststelling van de WTG-tarieven per specialisme. De tarieven zijn al langdurig niet meer herijkt op basis van de werkelijke inspanningen van de specialist. Bij de verschillen tussen de lumpsummen per specialisme dient wel opgemerkt te worden dat in een aantal ziekenhuizen een herverdeling plaatsvindt.

Vanaf de DBC-invoering per 2005 krijgen alle medisch specialisten in het vrije segment (B-segment) een macroneutraal uurtarief van € 140,-. De Commissie-Uurtarief brengt eind 2005 haar advies uit over de hoogte van een normatief onderbouwd, maatschappelijk aanvaardbaar uurtarief voor



medisch specialisten. Dit onderbouwde uurtarief vervangt op termijn het macroneutrale uurtarief.

#### *Loondienst*

Voor medisch specialisten in algemene en categorale ziekenhuizen geldt de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) en voor medisch specialisten in een academisch ziekenhuis de CAO-Academische Ziekenhuizen. In beide CAO's zijn toeslagen op het basisinkomen mogelijk voor onregelmatigheidsdiensten voor bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten (maximaal 20%). Daarnaast bestaat er een specifieke beloning voor managementtaken (maximaal 20% in de AMS, niet nader bepaald in de CAO academische ziekenhuizen).

De basisinkomens per jaar inclusief vakantietoeslag variëren in de algemene en categorale ziekenhuizen van € 68 000 tot € 119 000 per fte. De inkomens in de academische ziekenhuizen variëren van € 61 000 tot € 142 000 per fte. Wanneer daar de maximale toeslag voor diensten bij wordt opgeteld dan worden de bedragen respectievelijk € 82 000 en € 143 000 voor de algemene en categorale ziekenhuizen en € 74 000 en € 170 000 voor de academische ziekenhuizen. Er is geen rekening gehouden met overige toelagen, zoals managementtoelagen, arbeidsmarkttoelagen, en bijzondere beloning.

#### *Samenvatting*

De onderstaande tabel geeft een samenvatting van de inkomens van vrijgevestigde medisch specialisten en medisch specialisten in loondienst.

**Tabel 4.7 Geschatte inkomens van medisch specialisten**

**Vrijgevestigd** – Gemiddeld inkomen (lumpsum per fte 2003 minus geschatte praktijkkosten)

Specialisme	minimaal	maximaal
Kinderarts	€ 60 000	€ 85 000
Medisch microbioloog	€ 419 000	€ 444 000
Gemiddeld	€ 200 000	€ 225 000

**Loondienst** – Inkomens inclusief vakantietoeslag

CAO	exclusief toelage voor diensten		inclusief toelage voor diensten	
	minimaal	maximaal	minimaal	maximaal
AMS	€ 68 000	€ 119 000	€ 82 000	€ 143 000
Academische ziekenhuizen	€ 61 000	€ 142 000	€ 74 000	€ 170 000

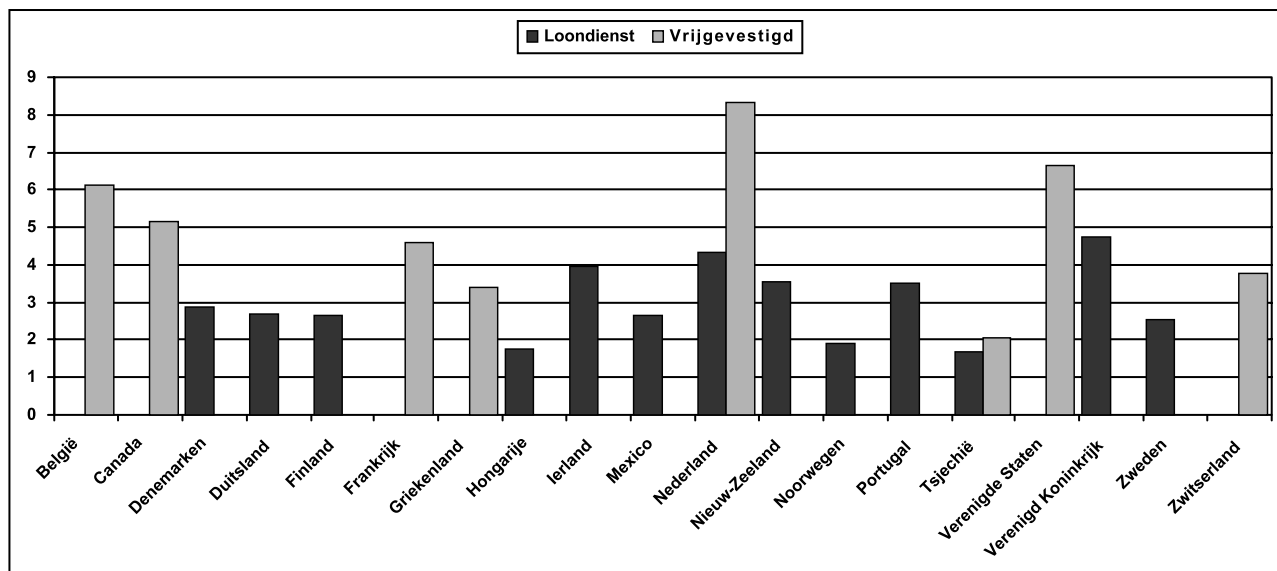
#### *Internationale inkomensvergelijking*

Uit recent verschenen cijfers van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) over inkomens van medisch specialisten blijkt dat de Nederlandse medisch specialist, met name de vrijgevestigde, relatief veel verdient ten opzichte van specialisten in andere OESO-landen.

In de onderstaande figuur wordt voor de OESO-landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn, het inkomen van de specialist in verhouding tot het Bruto Binnenlands Product (BBP) per hoofd van de bevolking weergegeven. In Nederland verdient de vrijgevestigde specialist gemiddeld ruim acht maal zo veel als het nationale inkomen per hoofd van de bevolking, de specialist in loondienst ruim vier maal. Voor de meeste landen worden cijfers gepresenteerd voor één categorie medisch specialisten. Dit wordt veroorzaakt door het ontbreken van gegevens en wil dus niet zeggen dat

alle specialisten in het betreffende land of in loondienst of vrijgevestigd zijn.

**Figuur Gemiddeld bruto jaarinkomen van medisch specialisten (loondienst en vrijgevestigd) in verhouding tot het Bruto Binnenlands Product per hoofd van de bevolking in het meest recente jaar waarvoor inkomensgegevens van specialisten beschikbaar zijn (bron: OECD Health Data, oktober 2005)**



Evenals bij andere internationale vergelijkingen dient de nodige voorzichtigheid betracht te worden bij het vergelijken van de inkomens van specialisten tussen landen. De vergelijkbaarheid van de cijfers van de OESO wordt onder andere beperkt door verschillen in inkomsten die geïncordeerd zijn, de methodologie voor het in mindering brengen van (geschatte) praktijkkosten van vrijgevestigde specialisten en categorieën artsen waarop het gemiddelde is gebaseerd. De cijfers betreffende specialisten in loondienst zijn exclusief eventuele aanvullende inkomsten uit de private sector. De gemiddelde inkomens van medisch specialisten zijn niet gecorrigeerd voor verschillen in werklust. U krijgt hierover uitgebreidere informatie bij mijn reactie op het komende rapport van de Commissie-Uurtarief.

#### 4.7 Conclusies

Bij het beoordelen van de tendensen uit de cijfers dient te worden bedacht dat de vorige analyse op 6 oktober 2004 verscheen. Op dat tijdstip waren de bezoldigingsbeslissingen over 2004 al lang en breed genomen. Dat maakt het onmogelijk dat de vorige analyse een rol heeft kunnen spelen in de besluitvorming over de beloningshoogte en -groei in 2004. Op grond van het bovenstaande kunnen de volgende, feitelijke conclusies getrokken worden:

- Bijna 90 procent van de zorgorganisaties heeft voldaan aan de plicht om de beloningsgegevens van de bestuurders voor 2004 op te nemen in het jaarverslag. Dat is een duidelijke verbetering ten opzichte van vorig jaar. Ook is de kwaliteit van de opgenomen gegevens, door het gewijzigde format, duidelijk verbeterd. Neemt niet weg dat van ruim 10 procent geen bruikbare gegevens beschikbaar zijn en dat daarnaast een deel van de organisaties het format niet geheel gevolgd heeft en/of geen gegevens over 2003 heeft opgenomen in het jaarverslag.
- Ruim 30 procent van de bestuurders heeft in 2004 een beloning (exclusief bonussen, onkostenvergoedingen en ontslagvergoedingen)

ontvangen beneden € 100 000 en bijna 30 procent boven € 150 000. Conform de grootte en complexiteit van organisaties is de beloning in de ziekenhuiszorg het hoogst en in de verpleeg- en verzorgingshuizen het laagst.

- Ruim 40 procent van de bestuurders heeft een beloning die hoger is dan het maximum dat kan worden berekend uit de tot nu toe enige bestaande adviesregeling, die van de verenigingen van bestuurders zelf. Tussen de sectoren zijn er geen al te grote verschillen hierin. Ten opzichte van het vorige onderzoek over het jaar 2003 betreft het een forse stijging van 23 naar 41 procent. Deels is dat te verklaren doordat in het vorig onderzoek minder betrouwbare gegevens zijn gebruikt, deels door de stijging van de beloning in 2004.
- De gemiddelde beloning van de blijvende bestuurders is in 2004 met bijna 4 procent gestegen ten opzichte van 2003. In de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen was de stijging hoger. Een relatief lage stijging doet zich voor bij de bestuurders met een hoog inkomen en de bestuurders die al boven het maximumadvies van de NVZD/VDZ zitten. Daarnaast blijkt dat nieuwkomers in 2004 een hogere beloning hadden dan de vertrokken bestuurders in 2003, gemiddeld +1,7 procent. De ziekenhuiszorg springt er wat dit betreft uit met gemiddeld 18 procent hogere beloning voor de nieuwkomers.
- Bonussen bovenop het vaste salaris komen in 2004, evenals in 2003, niet op grote schaal voor. De impact ervan op de gemiddelde beloning is beperkt, +0,9 procent. De gemiddelde ontslagvergoeding van de vertrokken bestuurders bedraagt in 2004 € 50 000. Ruim een kwart van de vertrokken bestuurders ontvangt geen vergoeding, ruim 10 procent krijgt meer dan een jaarsalaris mee, 4 procent meer dan 2 jaarsalarissen. De vergoeding voor interim-bestuurders bedraagt iets meer dan 3 procent van de vergoeding van alle bestuurders. In 2004 is daarin niet veel veranderd ten opzichte van 2003.
- De beloning van de toezichthouders in de zorg is in de meeste gevallen beperkt, bijna de helft ontvangt geen beloning, 5 procent heeft een beloning van meer dan € 5 000 op jaarbasis. De gemiddelde beloning bedraagt bijna € 2 500. In de ziekenhuiszorg en de thuiszorg is de gemiddelde beloning hoger.

## **5. Hoe verder**

### *5.1 Algemeen*

Voor ik inga op de maatregelen, enkele opmerkingen vooraf.

In de eerste plaats is het feit van belang dat de zorg in Nederland van oudsher privaat is georganiseerd. Dit gegeven stelt scherpe grenzen aan de mogelijkheden van de overheid om rechtstreeks in te grijpen in de interne bedrijfsvoering. In de Kamer is op 11 oktober 2005 de motie-Bakker aangenomen waarin het kabinet wordt verzocht om in december een brief naar de Kamer te sturen over de normering van de salaris-niveaus in de semi-publieke sector. In deze brief zal nader worden ingegaan op de mogelijkheden en onmogelijkheden om de beloningsstructuur in de zorg te beïnvloeden.

In het debat over het rapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven van 8 juni 2005 heeft de heer Buijs (CDA) voorgesteld om de uitdeling van de ova (overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling) als het ware in gijzeling te nemen zolang de bezoldiging van de bestuurders van zorginstellingen niet op een bepaalde manier wordt vastgesteld. Ik heb toen gezegd dat ik eerst over deze suggestie wil nadenken alvorens er mijn mening over te geven.

Gegeven de beperkingen om van overheidswege te interveniëren, vind ik de gedachte van de heer Buijs creatief. Ik heb echter moeten concluderen

dat dit voorstel niet uitvoerbaar is. In het ova-convenant staat geregeld hoe de ova wordt berekend en uitgekeerd. In principe hebben de twee zaken (uitdeling ova en de bezoldiging van bestuurders en toezichthouders) niets met elkaar te maken. Voorts is het volgende van belang. De betrokken werknemers kunnen de uitbetaling van hun CAO-wijziging juridisch afdwingen vanaf het moment dat de CAO in werking treedt, ook wanneer de ova-uitdeling niet heeft plaatsgevonden. Het enige effect van het niet uitdelen van de ova is dat het voorzieningsniveau onder druk komt.

In de tweede plaats wil ik benadrukken dat het private karakter van de zorginstellingen enerzijds en de beperking om rechtstreeks als overheid te interveniëren anderzijds een zware verantwoordelijkheid betekenen voor de instellingen zelf bij het afleggen van rekenschap aan de samenleving. Zorginstellingen zijn van oudsher niet-winstbeogende, maatschappelijke ondernemingen. Dat vereist een hoge standaard van verantwoorden, een standaard die nu in onvoldoende mate zichtbaar is.

Ik teken daarbij aan dat de inkomensontwikkeling in de zorg niet aan de introductie van marktwerking is toe te schrijven. De marktwerking in de zorg is immers nog beperkt en de belangrijkste inkomenssprongen zijn bovendien al ver vóór deze kabinetsperiode gemaakt. Een verklarende factor voor de ontwikkeling van de inkomens van de bestuurders zou kunnen zijn dat de zorg voor het aantrekken van goede bestuurders moet concurreren op de arbeidsmarkt. De beloningsstructuur zou onvermijdelijk kunnen zijn omdat de grote menselijke en financiële belangen in de zorg nopen tot het aantrekken van hooggekwalificeerde bestuurders die ook in de marktsector veel kunnen verdienen. Dit is op zichzelf een plausibele redenering, ware het niet dat de NVZD/VDZ-salarisrichtlijnen deze arbeidsmarktoverwegingen reeds heeft ingecalculeerd. Toch komt ruim 40% van de inkomens van bestuurders boven deze richtlijnen uit. Een andere mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de beloning van medisch specialisten het loongebouw van bestuurders is gaan beïnvloeden in de jaren dat de ziekenhuisbesturen zijn gaan professionaliseren.

Hoe het ook zij, ik moet vaststellen dat het bestaande referentiekader voor de salarisinschaling en -ontwikkeling in de zorg zeer zwak functioneert. Bovendien leggen de betrokken instellingen niet altijd uit waarom ze afwijken van de bestaande adviesregelingen voor het salaris van bestuurders (van de NVZD en van VDZ Nederland). Dat verhoudt zich niet met de hoofdlijnen van de zorgbrede governancecode.

Tegen de achtergrond van bovenstaande richt ik mij hier tot die elementen die onafhankelijk van de kabinetsreactie op de motie-Bakker kunnen worden uitgevoerd en die binnen mijn huidige formele positie passen: transparantie, evenwichtiger verhoudingen en governance in beloning.

### *5.2 Voldoen aan de transparantieregels, sancties opleggen bij nalatigheid*

Met de transparantie (zowel in de regelgeving als in de uitvoering) loopt het VWS-veld voorop in de collectieve sector. De uitvoering van de transparantie kan echter op een nog hoger niveau worden getild. Dat wil ik ondermeer gaan doen door de omissies aan te gaan pakken. Ik heb de instellingen die in gebreke zijn gebleven inmiddels gerappelleerd om alsnog aan hun verplichtingen te voldoen. Het gaat tot nu toe om 5 instellingen die helemaal niets hebben gedeponereerd en ongeveer 60 instellingen die geen afdoende gegevens over 2004 hebben opgenomen in hun jaarverslag.

Wanneer het volledige gebruik van het voorgeschreven format in het jaarverslag toeneemt, kan daardoor de kwaliteit van de analyse toenemen en worden de op die analyse gebaseerde conclusies zodoende gefundeerder. Dit heeft ook tot gevolg dat de inzet op instellingsniveau van toezichthouders bij de bezoldiging van bestuurders beter zichtbaar wordt.

Om de instellingen de gelegenheid te geven om omissies in de verantwoording van de bezoldiging in de jaarverslagen weg te nemen, lopen nog rappelprocedures. Nadat die zijn afgerond, zal ik tegen de instellingen die desondanks weigeren om aan de transparantieregelgeving te voldoen proces verbaal op laten maken door de FIOD/ECD. Met die processen verbaal kan het Openbaar Ministerie (OM) dan een sanctie laten opleggen.

### *5.3 Nader onderzoek*

Voorts heb ik de OESO inmiddels voorgesteld om een internationaal onderzoek te doen naar de inkomens van bestuurders van zorginstellingen. In OESO-verband is namelijk al een internationale vergelijking opgesteld over de inkomens van medisch specialisten (waarvan u de resultaten nog krijgt aangeboden). Ik wil een dergelijk onderzoek ook laten doen naar de inkomens van bestuurders. Een dergelijk onderzoek kan meer inzicht geven voor een antwoord op de vraag in hoeverre de inkomens door marktomstandigheden worden afgedwongen.

Uit de cijfers in paragraaf 4.6 blijkt dat er naast de circa 1225 bestuurders een nog grotere groep veelverdieners in het VWS-veld is: de ongeveer 12 000 medisch specialisten. Ik zal laten onderzoeken of de inkomens van de medisch specialisten een opdrukkend effect hebben op de inkomens van de bestuurders. Over de inkomens van de medisch specialisten verwacht ik binnenkort het rapport van de Commissie-Uurtarief.

### *5.4 Evenwichtigere verhoudingen en governance in beloning*

#### *Normering*

Uit de cijfers blijkt dat tendensen -hoewel de geanalyseerde tijdreeks nog maar kort is- nog niet allemaal in de goede richting wijzen. Ik verwacht van toezichthouders in de zorg dat zij zich bij nieuwe beloningsbeslissingen meer rekenschap geven over een maatschappelijk verantwoorde bezoldigingshoogte. De formalisering en het gebruik van de adviesregeling van de NVTZ is in dit verband belangrijk. Ik heb de NVTZ er daarom op aangesproken dat haar adviesregeling nu toch echt niet langer meer op zich kan laten wachten. Nadat de adviesregeling van de NVTZ is geformaliseerd (naar huidige verwachting begin 2006), zal ik er bij de NVTZ op aandringen dat zij ook in de praktijk gebruikt gaat worden en dat deze praktijk in het jaarverslag wordt verantwoord. Met de NVTZ ben ik van mening dat het een stimulans zal zijn wanneer de NVTZ het gebruik van de adviesregeling ook als lidmaatschaps criterium gaat hanteren.

#### *Pas toe of leg uit*

De branche-organisaties hebben het initiatief genomen om een «Zorgbrede governancecode» op te stellen. In die, inmiddels door de achterbannen geaccordeerde code wordt ondermeer de wettelijk vereiste openbaarmaking van de individuele inkomens van bestuurders en toezichthouders onderstreept. In de toelichting is daarover vastgelegd dat de bezoldiging van de leden van de raden van bestuur en van toezicht van zorginstellingen met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid, maatschappelijk passend moet zijn. De code spreekt in die toelichting ook de verwachting uit dat de normen of adviezen van organisaties zoals de Nederlandse Verenigingen van Ziekenhuisdirecteuren en de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg hierbij een

belangrijke rol zullen spelen. Indien toch zou worden afgeweken dan geldt volgens de toelichting het beginsel van «pas toe of leg uit». Een brede werking van de zorgbrede governancecode zal op instellingsniveau zowel de transparantie kunnen verbeteren als de naleving van de adviesregelingen voor de bezoldiging. Ook de instelling door de brancheorganisaties van een extern onafhankelijk orgaan dat uit deze code voortvloeit (een soort arbitrage/beroepsorgaan), kan daartoe bijdragen.

Een belangrijk element in mijn beleid rondom de inkomens van bestuurders en toezichthouders is dat het principe van «pas toe of leg uit» beter moet worden nageleefd. Gelet op de hiervoor geconstateerde ontwikkelingen zal ik – vooruitlopend op de inwerkingtreding van de zorgbrede governancecode op 1 januari 2006 – aan de vereniging van de zes branche-organisaties, Branche-organisatie Zorg (BOZ), uitleg vragen waarom hun leden de huidige adviesregeling voor inschaling van bestuurders niet volgen. Dat zorginstellingen een andere beloningsbeslissing nemen dan de huidige adviesregeling kan niet zonder bijbehorende verantwoording. Hierover vraag ik de sector om zelf een krachtig signaal af te geven.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst