

Groene Hart Ziekenhuis 
Open voor iedereen

JAARDOCUMENT 2010
MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING ZORG



Inhoudsopgave

Voorwoord Raad van Bestuur	5
Voorwoord Raad van Toezicht	11
Leeswijzer	15
Deel A: Maatschappelijk verslag	17
1. Uitgangspunten van de verslaglegging	17
2. Profiel van de organisatie	19
2.1 Algemene identificatiegegevens	19
2.2 Structuur van het concern	20
2.2.1 Structuur van het GHZ	20
2.2.2 Nevengeschiedte structuur	23
2.2.3 Gelieerde entiteiten	24
2.3 Kerngegevens	27
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	27
2.3.2 Cliënten, capaciteit en productie	29
2.3.3 Werkgebieden	29
2.4 Samenwerkingsrelaties	30
3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap	33
3.1 Normen voor goed bestuur	33
3.2 Raad van Bestuur	34
3.3 Toezichthouders	36
3.4 Bedrijfsvoering	43
3.4.1 Planning en controlcyclus	43
3.4.2 Risico & beheersing	43
3.4.3 ICT & informatiebeveiliging	46
3.4.4 Goederenlogistiek en Inkoop	47
3.5 Vereniging Medische Staf	48
3.6 Cliëntenraad	49
3.7 Ondernemingsraad	50
3.8 Verpleegkundige Adviesraad	51
4. Beleid, inspanningen en prestaties	53
4.1 Meerjarenbeleid	53
4.2 Algemeen beleid	55
4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid	59
4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten	60
4.4.1 Kwaliteit van zorg	60
4.4.2 Klachten	61
4.4.3 Patiëntveiligheid	61
4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	63
4.5.1 Personeelsbeleid	63
4.5.2 Kwaliteit van het werk	64
4.6 Samenleving	66
4.7 Financieel beleid	67
4.8 Zorgvernieuwingen	69

Deel B: Financieel Verslag	71
5.1 Geconsolideerde jaarrekening 2010	72
5.1.1 Geconsolideerde balans per 31 december 2010	73
5.1.2 Geconsolideerde resultatenrekening over 2010	74
5.1.3 Geconsolideerd kasstroomoverzicht over 2010	74
5.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	75
5.1.5 Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2010	79
5.1.6 Geconsolideerd mutatieoverzicht materiele vaste activa	90
5.1.7 Overzicht langlopende schulden ultimo 2010	92
5.1.8 Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening over 2010	94
Enkelvoudige jaarrekening 2010	103
5.1.9 Enkelvoudige balans per 31 december 2010	103
5.1.10 Enkelvoudige resultatenrekening over 2010	104
5.1.11 Toelichting op de enkelvoudige balans en resultatenrekening 2010	104
5.2 Overige gegevens	105
5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	105
5.2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming	105
5.2.3 Resultaatbestemming	105
5.2.4 Gebeurtenissen na balansdatum	105
5.2.5 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	105
5.2.6 Accountantsverklaring	106
5.3 Bijlagen	110
5.3.1 Balans per 31 december 2010 en resultatenrekening over 2010	
Stichting Zorggroep Groene Hart	110
Deel C: Bijlagen	111
I Vaststelling jaardocument	112
II Gegevens Digi/MV	113
III Zorgbrede Governance Code GHZ	127
IV Verklaring Raad van Toezicht	139
V Wetenschappelijke publicaties medewerkers GHZ, 2010	141
VI Personalia	143
VII Lijst van afkortingen	147



Voorwoord Raad van Bestuur

Algemeen

Als Raad van Bestuur kijken wij redelijk tevreden terug op het jaar 2010. Op een breed front zijn stappen gezet in de richting die wij ons voorstelden. Belangrijkste feit in de historie van het GHZ is wel geweest dat de financiering van de (ver)nieuwbouw zo goed als rond is gekomen. In lijn met de jaren daarvoor groeide het aantal patiënten dat het GHZ bezocht opnieuw; de productie viel zelfs nog hoger uit dan verwacht. Ten aanzien van de thema's 'kwaliteit' en 'veiligheid' werd een volgende verdiepingsslag gemaakt. Tegen het einde van het jaar waren zowel het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) als het Elektronisch Voorschrijfsysteem van geneesmiddelen (EVS) ziekenhuisbreed ingevoerd. Onzekerheid bestaat over de wijze waarop de zorgverzekeringswet vooralsnog in ons nadeel wordt uitgevoerd.

Ontwikkelingen Zorgproductie

In 2010 bezocht evenals in voorgaande jaren een groter aantal patiënten het ziekenhuis. Het aantal patiënten groeide met ruim twee procent. Ruim 120.000 patiënten bezochten de polikliniek, bij ruim 21.000 vond een dagbehandeling plaats en 21.000 patiënten werden opgenomen. Het aantal verblijfsdagen daalde verder naar gemiddeld 5,2 dagen per patiënt. De wachttijden voor bezoek aan de polikliniek vormen een voortdurend punt van aandacht. Bij een toenemend aantal specialismen lukte het om een termijn van maximaal twee weken aan te houden. Enkele specialismen (zoals Maag-, Darm- en Leverartsen) kampen met een tekort aan artsen waardoor de wachttijd langer is dan gewenst. In 2011 moet de wachttijd verder verbeteren tot maximaal twee weken voor alle specialismen en tot één week voor minstens de helft van de specialismen. Vanaf september werd een proef genomen met het op brede schaal openstellen van de polikliniek op een vaste avond. Twee motieven liggen aan dit beleid ten grondslag: de behoefte van patiënten en het vergroten van de capaciteit en een doelmatiger gebruik van de kostbare voorzieningen van het ziekenhuis. Enige spanning kan ontstaan indien verplaatsing van zorg naar de avonduren leidt tot geringer beroep op medewerkers en voorzieningen gedurende de dag. Begin 2011 wordt beoordeeld of het GHZ verder zal gaan op de ingeslagen weg. Al met al kan gezegd worden dat een direct verband bestaat tussen het aantal patiënten dat naar het GHZ komt en de wacht- en openingstijden. De polikliniek in Nieuwerkerk aan den IJssel ontwikkelt zich gestaag en krijgt van patiënten en verwijzende huisartsen de nodige waardering. Het aantal patiënten nam toe met 5%.

Ontwikkelingen zorg: medisch inhoudelijk

In 2010 zag een nieuw medisch beleidsplan het licht. Dit plan maakt integraal deel uit van het strategisch beleidsplan 2011-2015. Centraal hierin staat de gedachte dat het GHZ als voorziening in een grote regio als Midden-Holland een breed basispakket aan medisch specialistische zorg moet bieden. De afstand tussen patiënt, diens huisarts en de voorzieningen van het ziekenhuis moet zowel geografisch als persoonlijk kort zijn, wil de zorg effectief zijn. Het GHZ en zijn medische staf zijn zich er hierbij van bewust dat om redenen van kwaliteit en van kosten niet het volledige pakket haalbaar is. Hier ligt dan ook de voornaamste reden om samenwerking te zoeken in het verband van de Coöperatie van ziekenhuizen West-Nederland. Nochtans, het GHZ zorgt in ieder geval voor korte en snelle lijnen naar de polikliniek en is daarmee complementair aan de huisartsgeneeskunde in de regio. In een fase waarin gesproken wordt over de noodzaak van concentratie en spreiding van ziekenhuisvoorzieningen (niet ieder ziekenhuis kan nog alles doen), zal duidelijk zijn dat de keuze voor het mede oprichten van eerder genoemde Coöperatie tijdig – in 2007 – gemaakt is.

Als belangrijke bron voor het medisch beleidsplan gold het nieuwste rapport dat door het RIVM werd uitgebracht over de ontwikkeling van de zorgvraag in de regio Hollands-Midden (Groeien in Gezondheid II, 2010). Dankzij de samenwerking tussen regionale GGD en de Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland, bevat dit rapport een schat aan gegevens waardoor het beter dan ooit mogelijk is de precieze ontwikkeling van de vraag naar medische zorg te volgen en de samenstelling van de medische staf daarop af te stemmen.

De speerpunten in genoemd medisch beleidsplan en in het strategisch beleidsplan volgen eveneens het beeld dat in genoemd rapport van het RIVM naar voren komt, te weten dat de bevolking van Midden-Holland sneller vergrijsd dan Nederland gemiddeld en dat het aantal mensen met een chronische aandoening en met meerdere aandoeningen tegelijk toeneemt. Dit vraagt om een multidisciplinaire aanpak, ook tussen de preventieve sector en cure en care.

Medewerkers

Opvallend is dat het verzuim vanwege ziekte van medewerkers in 2010 daalde naar 3,6%; het gevoerde beleid ten aanzien van arbeidsomstandigheden (Arbo) begint steeds beter zijn vruchten af te werpen. Het vastgestelde gezondheidsbeleid vormt daarvoor de basis. Samen met eerder genoemde coöperatieziekenhuizen werd na degelijke voorbereiding besloten tot de aanschaf van een nieuw pakket voor de personeels- en salarisadministratie. Dit is per januari 2011 ingevoerd. Naast de efficiencyvoordelen die met Profit worden geboekt, wordt hierdoor een begin gemaakt met een digitale werkwijze in de relatie medewerker-ziekenhuis. Nieuw in 2010 was verder het vaststellen van een zogenaamde klokkenluideregeling; deze is een onderdeel van het governancebeleid (= "goed bestuur") dat het ziekenhuis voert. Met de medezeggenschapsorganen Ondernemingsraad, Cliëntenraad en Verpleegkundige Adviesraad alsmede met het bestuur van de Vereniging Medische Staf, werd uitvoerig en in openheid overleg gevoerd over alle relevante onderwerpen die in het verslagjaar aan de orde waren.

Kwaliteit en Veiligheid

De trend is dat het aantal meldingen in verband met een veilige omgeving voor zowel patiënten als medewerkers (VIM) toeneemt door een groeiende bereidheid van medewerkers om te melden. De meldingen worden door de afdelingen opgepakt en leiden tot concrete en zichtbare verbeteringen. De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) bracht een tussentijds rapport uit over de vorderingen bij het GHZ in het kader van het landelijke beleid dat voor ieder ziekenhuis een goedgekeurd Veiligheids Management Systeem (VMS) moet opleveren. IGZ sprak de verwachting uit dat GHZ ultimo 2011 dit VMS-predicaat zal kunnen behalen.

In november deed IGZ in het kader van een landelijke steekproef onderzoek naar de veiligheid in de operatiekamers. Ofschoon enkele belangrijke kanttekeningen zijn gemaakt welke nopen tot verbetering, zijn geen essentiële tekortkomingen geconstateerd. De gewenste verbeteringen betreffen zowel de persoonlijke attitude van professionals inzake veilig gedrag in de operatiekamers als onderwerpen die betrekking hebben op techniek en logische IT-toepassingen. In de zomerperiode zijn twee geheel nieuwe semipermanente OK's aan het OK-complex toegevoegd; zulks ter overbrugging tot aan het gereed komen van het nieuwe OK-complex in de nieuwbouw. In de Jozeflocatie is regelmatig onderhoud geboden om de voorzieningen in de OK's op voldoende niveau te houden tot aan de sluiting van het ziekenhuis, voorzien einde 2013.

Met partners in de regio werd het programma Point aangeschaft; deze software regelt digitaal een zorgvuldige en doeltreffende overdracht van patiënten naar opvolgende voorzieningen, met name in de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Financieel resultaat en juridische procedure

In 2010 werd een positief financieel resultaat behaald van 2,6 miljoen euro. Dit resultaat komt nagenoeg overeen met de taak die wij ons aan het begin van het jaar gesteld hadden. Het is noodzakelijk om in de pas te blijven lopen met de vereiste solvabiliteit van 12% zoals ondermeer de banken die stellen. Een gezonde solvabiliteit van het ziekenhuis is een van de belangrijkste criteria die banken hanteren bij het verstrekken van langdurige geldleningen voor nieuwbouw en andere noodzakelijke investeringen als apparatuur en inrichting van een nieuw ziekenhuis. Het resultaat over 2010 is overigens aanzienlijk lager uitgevallen dan mogelijk was geweest.

De oorzaak hiervan is dat het GHZ voor een bedrag van 1,2 miljoen euro meer heeft geproduceerd aan zorgverlening dan was voorzien in de afspraken met zorgverzekeraars. Nochtans bleven wij binnen het macrokader (BKZ) dat de minister voor 2010 had vastgesteld en binnen de groeiverwachting zoals voor onze regio berekend door het RIVM en door TNO-bouwadvies. Voorjaar 2011 is met zorgverzekeraars nog geen akkoord bereikt over vergoeding van de zorg die aan hun verzekerden geleverd is. Dit alles klemt temeer nu in het najaar van 2010 door de minister – na tussenkomst van de rechter in een bodemprocedure – is bepaald dat de overschrijdingen op het BKZ in 2009 van 315 miljoen euro landelijk, in 2011 op alle ziekenhuizen worden verhaald naar rato van hun aandeel in de macrokosten voor verzekerde (sic!) ziekenhuiszorg.

Dit geeft te denken omdat het GHZ zelf binnen de grenzen van het macrokader is gebleven. De 'overschrijdingen' zijn door andere ziekenhuizen, respectievelijk de zorgverzekeraars die kennelijk elders meer groeiruimte hebben toegestaan, veroorzaakt. Bovendien zijn de zorgverzekeraars als regisseurs in het zorgstelsel dat wettelijk geldt, buiten schot gebleven bij deze 'naheffing' van het ministerie van VWS. Reden genoeg voor het bestuur om het cassatieberoepverzoek dat de brancheorganisatie NVZ heeft ingediend bij de Hoge Raad te steunen.

GHZ als maatschappelijke onderneming

Het bestuur kijkt met voldoening terug op de vele gesprekken en contacten in de regio. Met colleges van B&W, bedrijven en vertegenwoordigers van veel maatschappelijke organisaties zijn opbouwende gesprekken gevoerd over heden en toekomst van het ziekenhuis. Met afzonderlijke huisartsgroepen op lokaal niveau is vruchtbaar nagedacht over de gewenste samenhang in medische zorg op lokaal en regionaal niveau, ondermeer door op nog meer plaatsen poliklinische functies te vestigen. In Nieuwerkerk aan den IJssel werd in Zorgcentrum Meander een Zorghotel met "GHZ-bedden" geopend.

In de Goudse Schouwburg werd voor de eerste maal met vertegenwoordigers van relevante bedrijven succesvol een 'zorgdiner' georganiseerd waarvan de opbrengst ten goede kwam aan de Stichting Vrienden van het Groene Hart Ziekenhuis. Diverse serviceclubs bezochten tijdens avonden het ziekenhuis; artsen en andere medewerkers vertelden met gepaste beroepstrots over hun mogelijkheden en toonden een veelheid aan technologische toepassingen en hun passie voor patiënten en hun betrokkenheid bij het ziekenhuis en zijn regionale functie. GHZ Extra Zorg als nevenstructuur van het ziekenhuis zette volgende stappen in het verzelfstandigen van ziekenhuisfuncties, ondermeer in Dieetadvies en in BeweegPuntFysio.

In het Medisch Diagnostisch Centrum (MDC) zijn bestaande taken van de Stichting Trombosedienst en het huisartsenlaboratorium (HAG) samengevoegd. Verder is in nauw overleg met het Regionaal Overleg Huisartsen -met de nodige kinderziekten- gewerkt aan een infrastructuur om uitvoering te geven aan de zogenaamde keten-DBC voor diabetespatiënten. In het licht van de explosieve groei van diagnostische activiteiten voor huisartsen in de laatste jaren, kan gesteld worden dat een goed georganiseerd diagnostisch centrum van onmisbare betekenis is voor zowel de rol van de huisartsgeneeskunde in de regio als voor die van het ziekenhuis zelf.

Wat opvalt is tenslotte dat steeds meer en vaker belanghebbenden bij het ziekenhuis zich uiten in media en op het internet over de waarde die men toekent aan de bijdrage die het ziekenhuis levert aan de samenleving. Het GHZ behaalde voor de tweede maal in successie het maximale aantal (tien) zogenaamde Topzorgpredicaten van zorgverzekeraar Menzis. Elsevier in zijn onderzoek op basis van de prestatie-indicatoren van IGZ rekende het GHZ tot de drie beste ziekenhuizen en in het AD werd plaats twintig behaald in de zogenaamde top 100 van ziekenhuizen. Het bestuur onderkent de relatieve betekenis van rankings. Anderzijds vinden wij in de uitkomsten van deze en andere onderzoeken tenminste een signaal besloten, dat het GHZ en zijn medewerkers in positieve zin opvallen.

Vooruitblik

In 2011 worden de lijnen die in 2010 zijn uitgezet nog meer zichtbaar. De basis wordt gevormd door een sterke interne organisatie. De opzet met Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's), waarbinnen de medisch specialist integraal de eindverantwoordelijkheid draagt, wordt verder ontwikkeld. De rol van de verpleegkundige wordt nadrukkelijk versterkt. Het inzicht dat de hoogste opgeleide en meest bekwame verpleegkundige de regie heeft over de zorg aan het bed en rondom het zorgproces, zal in operationele zin nog meer zichtbaar worden.

Noodzakelijke concentratie en spreiding van medisch specialistische functies zullen worden omgezet in een haalbaar programma voor de komende jaren. Het GHZ zal dit loyaal doen binnen de Coöperatie van ziekenhuizen West-Nederland, de zogenaamde A12-groep. Medisch specialisten en andere professionals zullen in dit proces nauw betrokken zijn. Waar mogelijk worden backoffice functies geconcentreerd om daardoor voordeel te behalen in kwaliteit en kosten. Waarden zoals 'autonomie' en 'identiteit' zullen in balans moeten komen met toegevoegde waarde voor zowel patiënten en medewerkers, als voor externe belanghebbenden als zorgverzekeraars en overheden.

Na tal van vertragingen wordt begin 2011 daadwerkelijk begonnen met het grote nieuwbouwproject. In 2011 worden keuzes gemaakt ten aanzien van een toekomstgerichte informatie- en communicatie infrastructuur; binnen het GHZ zelf en in nauwe samenwerking met de partners in de A12-groep.

Het perspectief van een digitale relatie met patiënten, verwijzers en medewerkers is onafwendbaar. Indien het GHZ zich concentreert op zijn kernfuncties onderzoek en behandeling van medisch specialistische zorg, vraagt dit om een nog betere afstemming met zowel verwijzers als met de care-voorzieningen na behandeling in het ziekenhuis. Met de huisartsen willen wij in 2011 komen tot een toekomstgerichte relatie en een programma die hun basis vinden in het versterken van elkaars kerncompetenties.

Onzekerheid bestaat over de gevolgen van het zware beslag dat door VWS gelegd wordt op de financiële middelen van het GHZ. Een taakstelling van 9 miljoen euro, is 6% van de omzet, zal niet haalbaar zijn zonder forse ingrepen in materiële en personele zin. De vacaturestop zal noodgedwongen gehandhaafd blijven. Beperkingen in de kosten zullen goeddeels behaald worden door samenvoegen van taken in coöperatieverband. Met verzekeraars moeten overeenkomsten tot stand komen waarbij de toegestane groei in het BKZ van 2,5% gelijk oploopt met de groei van de vraag zoals die zich in de praktijk aandient in de regio en waarbij rekening wordt gehouden met de ontwikkelingen in de Coöperatie.

Met Zorgpartners (Verpleging & Verzorging) in de regio komen afspraken tot stand voor de langere termijn om de opvolgende zorg na ziekenhuisopname te borgen. Hierbij zijn programma's voorzien ten aanzien van de herstelfunctie, hotelmatige voorzieningen en andere functies in het grijze gebied tussen 'cure' en 'care'.

Tenslotte

In 2010 is door specialisten, verpleegkundigen en andere professionals met toewijding en grote inzet gewerkt aan de zorg voor patiënten en hun verwanten. Hetzelfde geldt voor ondersteunende en administratieve medewerkers en diensten. Het resultaat mag er zijn en daarvoor zijn wij allen veel dank verschuldigd!

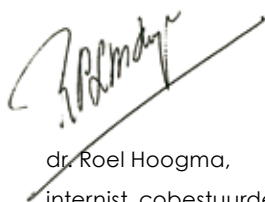
Gouda, maart 2011



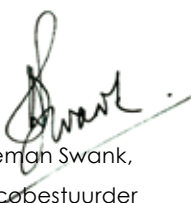
Dirk Jan Verbeek MHA,
voorzitter



ir. Monique Verdier



dr. Roel Hoogma,
internist, cobestuurder



dr. Dingeman Swank,
chirurg, cobestuurder



Voorwoord Raad van Toezicht

Het jaar 2010 was voor het Groene Hart Ziekenhuis een jaar van zekerheid en onzekerheid. De zekerheid heeft vooral betrekking op wat onze belangrijkste taak is: goede en veilige zorg voor de mensen die in Gouda en een wijde streek daaromheen wonen. De Raad van Toezicht heeft zich hierover intensief laten informeren. Hoe doen we het op de indicatoren van kwaliteit en veiligheid die de inspectie ieder jaar verzamelt, hoe kunnen negatieve bevindingen worden verklaard en verholpen, hoe is het met de voortgang van de projecten die zijn gericht op de verbetering van de veiligheid van patiënten, zijn de verzekeraars tevreden over onze prestaties, wat horen wij van de Cliëntenraad en de Ondernemingsraad? Op deze wijze kreeg de Raad van Toezicht informatie die niet alleen van de Raad van Bestuur afkomstig was maar ook van externe partijen die meekijken naar kwaliteit en veiligheid op tafel. Natuurlijk zijn daarbij punten van ontwikkeling en verbetering vastgesteld maar twee dingen kunnen worden vastgesteld: (1) kwaliteit en veiligheid zijn in het Groene Hart Ziekenhuis van goed niveau en (2) de mensen in het Groene Hart Ziekenhuis werken met grote inzet aan verdere ontwikkeling en verbetering daarvan. Deze zekerheid stemt de Raad van Toezicht tot tevredenheid en vormt een uitstekende basis om de toekomst, hoe die er in politieke zin ook uit moge zien, met vertrouwen in te gaan.

Een tweede zekerheid betreft de samenstelling van de Raad van Toezicht. In 2009 ontstonden twee vacatures door het vertrek van Jan van Dijk en Gerard van Nieuwpoort. Zij waren reglementair aan het einde van hun zittingsperiode gekomen. De Raad van Toezicht neemt met pijn in het hart afscheid van deze twee zeer betrokken en deskundige toezichthouders, die elk op eigen wijze stonden voor de verbinding van het Groene Hart Ziekenhuis met de bevolking waarop het zich richt. Beiden kregen bij hun afscheid twee ganzen uit de collectie van het Jozefziekenhuis aangeboden. De Raad van Toezicht koos voor de opvolging voor een open procedure, dit in nauwe samenspraak met de twee Stichtingen, die conform de statuten het recht van voordracht hebben. Op de advertenties in locale en nationale bladen kwamen meer dan vijftig reacties. Na een uitgebreide selectieprocedure konden in de vergadering van 15 februari twee nieuwe leden worden benoemd: de heren Piet Hoogendoorn en Pim Zoetewij. Ook zij zijn afkomstig uit het verzorgingsgebied van het Groene Hart Ziekenhuis en brengen financiële, juridische en algemeen bestuurlijke deskundigheid mee. Met deze benoemingen is de Raad van Toezicht weer op sterkte. Naast de al genoemde deskundigheden is ook de expertise op het terrein van medische zaken, personeelszaken, organisatieaspecten en verzekeringszaken aanwezig. De Raad van Toezicht is op de toekomst voorbereid.

De derde zekerheid betreft de Raad van Bestuur. Met de beide leden daarvan zijn beoordelingsgesprekken gevoerd waarbij ook informatie is ingewonnen bij mensen uit de organisatie die met de leden van de Raad van Bestuur nauwe relaties onderhouden. De Raad van Toezicht heeft vastgesteld dat de Raad van Bestuur goed collegiaal functioneert en de niet eenvoudige uitdagingen van deze tijd competent en toekomstgericht oppakt. De gesprekken hiervoor met de Raad van Bestuur zijn door de voorzitter en vicevoorzitter van de Raad van Toezicht gevoerd, nadat tevoren in een besloten deel de voltallige Raad van Toezicht was geconsulteerd. Dezelfde leden vormen de remuneratiecommissie van de Raad en hebben na de beoordelingsronde een voorstel aangaande de beloning van de leden van de Raad van Bestuur voorgelegd, dat werd overgenomen. Voor de voorzitter betekent dit een verhoging conform de CAO die voor alle ziekenhuismedewerkers geldt. Het andere lid van de Raad van Bestuur zit nog in een groeitraject, waarbinnen op grond van de geleverde prestaties een versnelling werd afgesproken. Bonussen werden niet verstrekt, vertrekregelingen zijn niet afgesproken.

De laatste zekerheid betreft de financiën van het Groene Hart Ziekenhuis. Zoals ieder ziekenhuis in Nederland kampte in 2010 ook het Groene Hart Ziekenhuis met onzekerheden over de ontwikkelingen in het zorgstelsel en met toenemende druk op de vergoedingen voor de gemaakte kosten. Het op orde houden van de financiën in een inmiddels uiterst complex bekostigingssysteem is geen sinecure. De financiële commissie heeft in regelmatig apart overleg met de Raad van Bestuur en de directeur Financiën & ICT de vinger aan de pols gehouden en over de bevindingen in de voltallige Raad van Toezicht gerapporteerd. Dat geldt ook voor de uitgangspunten voor de begroting 2011. In beide gevallen werd ook nadrukkelijk bij de risico's stilgestaan. Aan dit alles ontleent de Raad van Toezicht de zekerheid dat het Groene Hart Ziekenhuis goed "in control" is, de risico's in beeld heeft, mede daardoor een bescheiden positief resultaat over 2010 heeft bereikt en een naar Nederlandse maatstaven acceptabele reservepositie heeft opgebouwd.

Nu de onzekerheden. De belangrijkste betreft de nieuwbouw. Ook in 2010 heeft de Raad van Toezicht helaas geen definitief besluit over de broodnodige nieuwbouw kunnen nemen. De Raad van Bestuur heeft zich op bewonderenswaardige wijze ingespannen om voor de bijgestelde plannen financiering te vinden maar gelukt is dat nog niet. Partiële nieuwbouw is volstrekt noodzakelijk om enerzijds definitief afscheid te kunnen nemen van de bilocatie Jozef-Bleuland, anderzijds om voorzieningen als de operatiekamers en de intensive care aan de eisen van de tijd te laten voldoen. De ontwikkelde plannen, een naar beneden bijstelling van de oorspronkelijke voornemens, zijn volgens de Raad van Toezicht volstrekt realistisch en verantwoord. Helaas zijn de benodigde financiers tegenwoordig zo risicomijdend, dat zelfs deze plannen op aarzeling stuiten. Alles wijst er gelukkig op dat begin 2011 een oplossing wordt gevonden en de bouw in 2011 daadwerkelijk ter hand kan worden genomen. Hopelijk komt dus aan deze onzekerheid in het nu lopende jaar een einde.

Geen einde zal komen aan de onzekerheid over de toekomst van de samenwerking die het Groene Hart Ziekenhuis met 't Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en de Haagse ziekenhuizen Bronovo en Medisch Centrum Haaglanden is aangegaan. Deze samenwerking heeft de vorm van een Coöperatie. De Raad van Toezicht ziet veel in deze samenwerking. Het gaat daarbij niet alleen om meer efficiency in de zogenaamde back office (ICT, administratie, HRM, inkoop) maar ook om het concentreren van die vormen van zorg waarbij volumen en kwaliteit een duidelijke samenhang vertonen. In plaats van op vier plekken te weinig is het beter op één plek genoeg te doen. Hoe dat te organiseren en hoe daarin de belangen van de deelnemers voldoende veilig te stellen is nog niet duidelijk. De Raad van Toezicht laat zich over de positieve en negatieve risico's regelmatig informeren en neemt deel aan regelmatig overleg met de Raden van Toezicht van de andere deelnemende ziekenhuizen. Dit is een spannend en uitdagend traject.

Tenslotte is er natuurlijk de onzekerheid over hoe het stelsel, in het bijzonder de bekostiging van de ziekenhuiszorg, zich verder zal ontwikkelen. Meer vrije prijzen of een fixatie op het niveau van 2010, een vangnet onder het budgetsysteem en zo ja voor hoe lang, een akkoord over hoe de honorariuminkomsten van de medisch specialisten worden geïnd en verdeeld: soms lijkt er bijna sprake van dagkoersen. Voor een toezichthouder is het niet eenvoudig in deze onzekerheid verstandige beslissingen te nemen. Het helpt enorm als de Raad van Bestuur zich openstelt voor discussies en zich inzet voor een strategisch beleid, dat het Groene Hart Ziekenhuis zoveel mogelijk "stelselproof" maakt. De Raad van Toezicht heeft daarvan met waardering kennis genomen.

Het jaar 2010 was een jaar van zekerheden en onzekerheden. De dynamiek van nu maakt het haast mogelijk daaraan een "vice versa" toe te voegen; wat vandaag nog zeker lijkt is het morgen misschien niet meer en omgekeerd. Wij hebben op de valreep van 2010 kennisgenomen van de plannen van het "externe toezicht" (de Inspectie voor de gezondheidszorg) te gaan toezien op de kwaliteit van het "interne toezicht" (de Raad van Toezicht). Deze plannen stemden niet tot vreugde: te gedetailleerd, te defensief, te directief, te weinig rekening houdend met de voortdurende dynamiek van de zorg, niet afgestemd op moderne bedrijfsvoering. Wij hopen dat daarop nog correctie zal plaatsvinden.

Rest ons de Raad van Bestuur en via hen de medewerkers van het Groene Hart Ziekenhuis in alle geledingen te danken voor hun inzet en prestaties in het jaar 2010. We zien de toekomst met alle zekerheden en onzekerheden met vertrouwen tegemoet.

Namens de Raad van Toezicht,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. H. Blijham', with a long horizontal flourish extending to the right.

prof. dr. Geert H. Blijham, voorzitter.



Leeswijzer

Dit jaardocument bestaat uit drie delen. Het is samengesteld volgens de richtlijn Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2010, die voortvloeit uit de wettelijke informatie- en verantwoordingsplicht voor de gehele zorgsector.

Deel A – Maatschappelijk verslag

Hoofdstuk 1: Uitgangspunten van de verslaglegging

Hoofdstuk 2: Profiel van de organisatie

Hoofdstuk 3: Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

Hoofdstuk 4: Beleid, inspanningen en prestaties

Deel B – Financieel verslag

Deel C – Bijlagen

Beknopte versie

Naast deze uitgebreide versie van het jaardocument verschijnt een verkorte versie van dit document. De beknopte versie is speciaal gemaakt voor een algemeen, breder publiek.

Afkortingen

Een lijst met afkortingen is opgenomen in bijlage VII.



1. Uitgangspunten van de verslaglegging

Het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) verantwoordt zorgvuldig hoe de zorgverlening en bijbehorende processen zijn verlopen. Ook geeft het inzicht in de uitkomsten van het beleid en in de manier waarop middelen zijn aangewend.

Het GHZ geeft inzicht in de wijze waarop het zich in de maatschappelijke context als ondernemer begeeft. Vanwege de grote hoeveelheid aan activiteiten en ontwikkelingen kan niet alles uit het jaar 2010 aan de orde komen. Hieruit is voor dit document een selectie gemaakt. Meer informatie vindt u op www.ghz.nl, onder meer in het nieuwsarchief.

Dit jaardocument is opgesteld volgens de richtlijn van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De jaarrekening is opgesteld volgens het uitvoeringsbesluit Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Het maatschappelijk verslag combineert de productiecijfers uit de diverse segmenten. Waar dat nodig is voor meer inzicht, presenteert het verslag deze afzonderlijk.

De verslagleggingperiode van dit jaardocument betreft het jaar 2010.



2. Profiel van de organisatie

Het GHZ is een ondernemend algemeen ziekenhuis en vervult een belangrijke functie in de regio Midden-Holland. Het GHZ is op 1 januari 1992 ontstaan door een juridische fusie van de Stichtingen Bleuland Ziekenhuis en het Sint Jozef Ziekenhuis.

De Stichting Groene Hart Ziekenhuis exploiteert het GHZ. Het ziekenhuis heeft drie locaties:

- de Bleulandlocatie aan de Bleulandweg in Gouda
- de Jozeflocatie aan de Graaf Florisweg in Gouda
- een polikliniek in Nieuwerkerk aan den IJssel

De patiëntenzorg van het GHZ richt zich op het realiseren van optimale gezondheidswinst. Het ziekenhuis biedt daarbij een hoog niveau van diagnostiek, behandeling, verpleging en verzorging. Het GHZ speelt een actieve rol in de samenwerking met ketenpartners en participeert in preventieve zorg. Kennis en expertise staan ter beschikking van andere zorgaanbieders. Daarnaast verzorgt het GHZ medisch-specialistische, verpleegkundige en andere opleidingen.

2.1 Algemene identificatiegegevens

naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting Groene Hart Ziekenhuis
adres	Postbus 1098
postcode	2800 BB
plaats	Gouda
telefoonnummer	(0182) 505050
identificatienummer(s)	NZa 010-1602
nummer Kamer van Koophandel	41173845
e-mailadres	communicatie@ghz.nl
internetpagina	www.ghz.nl

2.2 Structuur van het concern

2.2.1 Structuur van het GHZ

Juridische structuur

Het GHZ heeft als rechtsvorm de stichting en heeft als zodanig een WTZi- erkenning/toelating.

Besturingsmodel/Intern toezicht

Het ziekenhuis kent een Raad van Toezicht-model waarbij de Raad van Bestuur (RvB) eindverantwoordelijk is voor en belast is met het besturen van de zorgorganisatie. Dit houdt onder andere in, dat de RvB verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen, de strategie, het beleid en de daaruit voortvloeiende resultaten. De Raad van Toezicht (RvT) toetst en bevordert een goede wijze van besturing van het ziekenhuis door de RvB.

Organisatiestructuur

Het bestuur van het ziekenhuis wordt gevormd door een tweehoofdige RvB, bestaande uit de heer D.J. Verbeek MHA (voorzitter) en mevrouw ir. M.J. Verdier. Op strategisch niveau participeren twee medisch specialisten van de Vereniging Medische Staf als cobestuurders in het bestuur van het ziekenhuis: de heren dr. D.J. Swank, stafvoorzitter (chirurg) en dr. R.P.L.M. Hoogma, lid stafbestuur (internist).

RVE-ontwikkeling

Het GHZ is georganiseerd in Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (hierna te noemen RVE's). Het doel hiervan is sneller schakelen op ontwikkelingen van buitenaf, ofwel het stimuleren om van 'buiten' naar 'binnen' te denken. Doel is ook verantwoordelijkheid (leren) nemen. De essentie van de organisatieontwikkeling richting RVE's ligt in het decentraliseren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

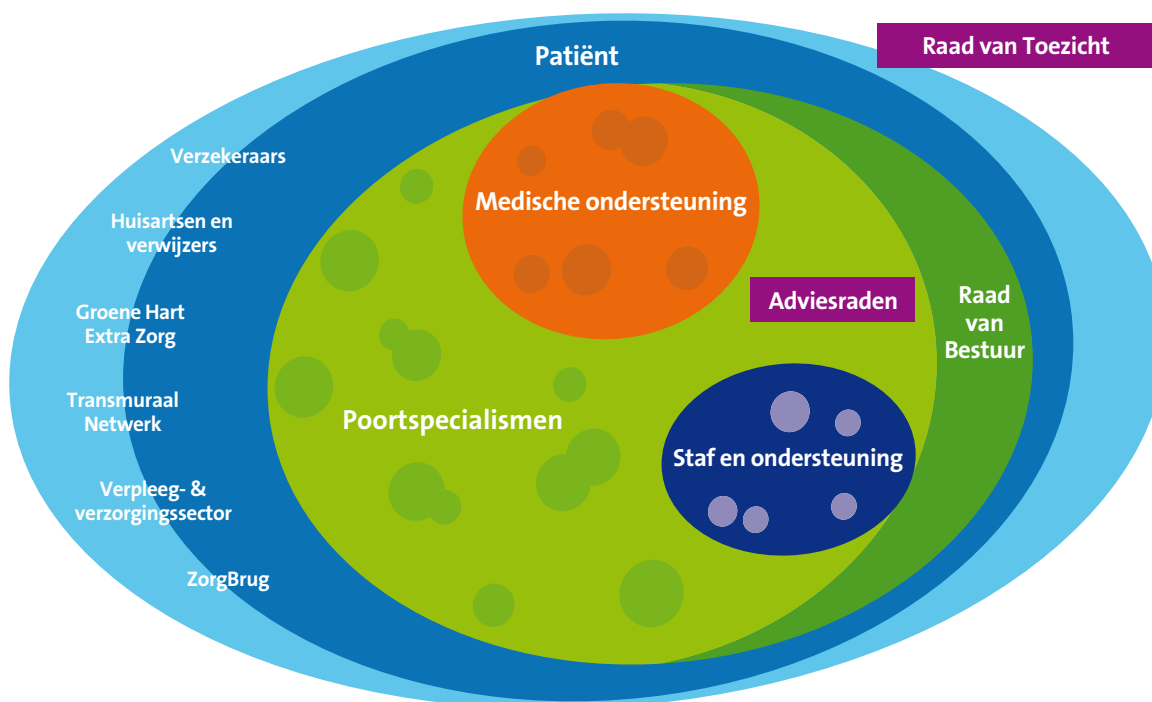
De besluitvorming inclusief de bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden ligt daar, waar de kennis van de patiëntenzorg het grootst is: bij de medisch specialist. De medisch leider is - binnen de door RvB vastgestelde kaders - verantwoordelijk voor de integrale organisatie en bedrijfsvoering van de RVE, en krijgt ondersteuning van een manager bedrijfsvoering. De medisch leider legt rechtstreeks verantwoording af aan de RvB.

In het zogenaamde RVE-beraad overleggen de medische leiders met de RvB/cobestuur. Dit beraad is het belangrijkste besluitvoorbereidende gremium in de overlegstructuur. Het ondersteunt de visie van het GHZ dat de medisch specialisten (de medisch leiders van de RVE's) een belangrijke stem moeten hebben bij de besluitvorming.

De functie van het RVE-beraad is informerend en adviserend. Onderwerpen die aan de orde komen zijn onder meer:

- bedrijfsvoering van de RVE's
- realisatie van de jaarafspraken
- strategie van het GHZ
- innovaties
- kaderbrief
- investeringen

Het organogram van het GHZ ziet er als volgt uit:



Raad van Bestuur					
Poortspecialismen	Medische ondersteuning		Staf en ondersteuning	Adviesraden	
RVE's o.l.v. medisch leider	Afdelingen o.l.v. manager bedrijfsvoering	RVE's o.l.v. medisch leider	Afdelingen o.l.v. manager		
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie: <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie - Plastische chirurgie Kaakchirurgie KNO-heelkunde Oogheelkunde Orthopedie Urologie Vrouw-Kind: <ul style="list-style-type: none"> - Gynaecologie en Verloskunde - Kindergeneeskunde 	<ul style="list-style-type: none"> Cardiologie Dermatologie Geriatric Interne geneeskunde Longgeneeskunde Medische psychologie Neurologie Reumatologie Revalidatie geneeskunde 	<ul style="list-style-type: none"> Kort Verblijf Afdeling Poli Nieuwerkerk SpoedEisende Hulp 	<ul style="list-style-type: none"> Beeldvormend: <ul style="list-style-type: none"> - Nucleaire geneeskunde - Radiologie Intensive Care Laboratoria: <ul style="list-style-type: none"> - Klinisch Chemisch Laboratorium - Medisch Microbiologie en Infectiepreventie - Pathologie OK/Anesthesiologie Ziekenhuisapotheek 	<ul style="list-style-type: none"> Bouw bureau Bureau Zorgondersteuning Commerciële eenheid Concernstaf Financiën & ICT Gastvrijheid Huisvesting & Techniek Landsteiner Instituut Projectenbureau 	<ul style="list-style-type: none"> Cliëntenraad Ondernemingsraad Verpleegkundige Adviesraad Vereniging Medische Staf Samenwerkingsverband Medisch Specialisten

Functies onder manager bedrijfsvoering RVE: Fysiotherapie, Ergotherapie, Logopedie, Maatschappelijk werk, Geestelijke verzorging, Deskundige medische steriele hulpmiddelen, Hemovigilantiefunctaris, Donorfunctaris, Stralingsdeskundige, Ziekenhuishygiëne, Crisiscoördinator, Managementtrainees.

Medezeggenschapstructuur

De medezeggenschapstructuur van het GHZ bestaat uit een Cliëntenraad, de Ondernemingsraad, de Vereniging Medische Staf en de Verpleegkundige Advies Raad. Voor de werkwijze van deze adviesorganen wordt verwezen naar paragraaf 3.5 tot en met 3.8.

Commissies en functionarissen

Naast bovengenoemde raden adviseren de volgende commissies de RvB:

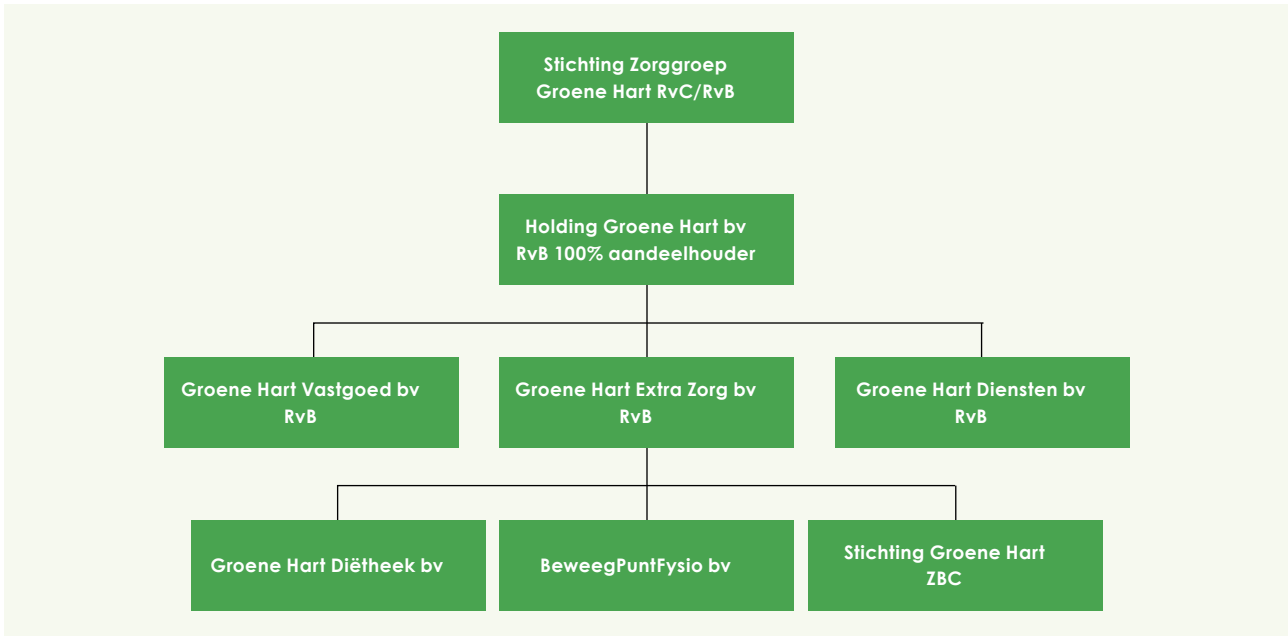
Commissies	Werkzaamheden
Medische Ethische Commissie	bevordert het ethische bewustzijn en adviseert over de lokale uitvoerbaarheid van medisch wetenschappelijk onderzoek
Incidentencommissie	adviseert over VIM-meldingen (Veilig Incidenten Melden)
Klachtencommissie	doet uitspraken over klachten van patiënten
Infectiecommissie	adviseert over het infectiepreventiebeleid
Reanimatiecommissie	adviseert over het reanimatiebeleid
Geneesmiddelencommissie	adviseert over geneesmiddelen en geneesmiddelendistributie
Commissie Seksuele Intimidatie en Agressie	behandelt klachten op het gebied van seksuele intimidatie en agressie
Commissie Vermoeden Kindermishandeling	adviseert over het vermoeden van kindermishandeling en over een eventuele in kennis stelling aan het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (AMK)

Functionarissen	
functionaris gegevensbescherming	adviseert over onder andere: <ul style="list-style-type: none">• privacywet- en regelgeving• het elektronisch patiëntendossier• het (veilig) verstrekken van persoonsgegevens aan zorgverleners in de regio
CISO (Coöperatie Informatie Security Officer)	De CISO werkt voor de Coöperatie aan het zeker stellen van integriteit, vertrouwelijkheid en beschikbaarheid van de informatie die voor het ziekenhuis en de patiënten van belang is. De CISO ziet erop toe dat de eigenaren van informatiemiddelen verantwoordelijkheid nemen voor hun informatie en dat maatregelen werken. Daarbij wordt gewerkt volgens NEN 7510 norm.
vertrouwenspersoon uitvoeren klokkenluiderregeling	<p>Benoeming van deze functionaris heeft plaatsgevonden in 2010.</p> <p>Deze functionaris hoort een medewerker die een vermoeden van een misstand wenst te melden vertrouwelijk aan. Daarnaast verricht de vertrouwenspersoon (intern) onderzoek naar de vermeende onregelmatigheden.</p> <p>De vertrouwenspersoon rapporteert schriftelijk aan de Raad van Bestuur en de voorzitter van het bestuur van de medische staf met afschrift aan de betrokken personen. Op basis van de bevindingen adviseert hij of zij omtrent te nemen maatregelen.</p>

2.2.2 Nevenschikte structuur

Juridisch gescheiden van het GHZ is per 12 juli 2005 de stichting Zorggroep Groene Hart opgericht, met daaronder de holding Groene Hart bv en drie werkmaatschappijen:

- Groene Hart Extra Zorg bv (100% dochter van holding Groene Hart bv)
- Groene Hart Vastgoed bv
- Groene Hart Diensten bv



Groene Hart Extra Zorg bv

De aandelen van deze holding worden gehouden door stichting Zorggroep Groene Hart. Groene Hart Extra Zorg bv heeft stichting Groene Hart ZBC (Zelfstandig Behandelcentrum) opgericht. Het ZBC heeft een toelating/erkenning. In 2010 kreeg Groene Hart Extra Zorg volledig eigendom en zeggenschap over Groene Hart Diëtheek (nu Groene Hart Dieetadvies) en BeweegPuntFysio.

Groene Hart Extra Zorg biedt aanvullende zorgactiviteiten, die buiten de reguliere ziekenhuiszorg vallen: Groene Hart Diëtheek geeft voeding- en dieetadvies aan (poli)klinische patiënten. BeweegPuntFysio is een centrum voor fysiotherapie, revalidatie en sport voor (poli)klinische patiënten, particulieren en eigen medewerkers.

Financiering

De bv moet alle kosten dekken door de inkomsten van haar activiteiten. Deze worden betaald door patiënten, klanten of hun werkgever, of de zorgverzekeraar.

Activiteiten Groene Hart Extra Zorg bv, dochterondernemingen en ZBC

Activiteiten Groene Hart Extra Zorg in 2010:	
Allergologie	medisch specialistische zorg (met WTZi erkenning) aangeboden vanuit de GHZ-polikliniek in Nieuwerkerk aan den IJssel en een gezondheidscentrum in Hellevoetsluis
Arbopakket	een pakket voor werkgevers met snelle, arbeidsgerichte diagnostiek
Screeningsechografieën	echo's voor zwangeren in samenwerking met In Zwang (een vereniging van gynaecologen en verloskundigen in Midden-Holland)

Nieuwe activiteiten Groene Hart Extra Zorg in 2010:	
CheckPuntGezondheid	breed pakket van gezondheids-onderzoeken en keuringen voor bedrijven en particulieren

Transparantievereisten en governance

Stichting Groene Hart ZBC dient aangemerkt te worden als één organisatorisch verband, dat één of meerdere vormen van verzekerde zorg aanbiedt, met minder dan 50 werkzame personen. De nevenschikte structuur voldoet aan de transparantie-eisen inzake de bedrijfsvoering. Dit blijkt uit het voorgaande, uit de statuten en uit interne documenten.

Recht van enquête

Het recht van enquête geldt niet wanneer in een stichting minder dan 50 mensen werkzaam zijn. Evenmin is in dat geval een Ondernemingsraad wettelijk voorgeschreven. Beide zijn daardoor niet vereist voor Stichting Groene Hart ZBC.

Consolidatie

Gezien de bestuurlijke verhoudingen tussen de fiscaal juridische structuren van de Stichting Zorggroep Groene Hart en de Stichting Groene Hart Ziekenhuis geldt een consolidatieverplichting van de twee stichtingen, inclusief de deelnemingen. GHZ is aangemerkt als groepshoofd.

In de jaarrekening biedt het GHZ transparantie over groepsverhoudingen en resultaten, met:

- een geconsolideerde jaarrekening van de Stichting Groene Hart Ziekenhuis en de Stichting Zorggroep Groene Hart met haar deelnemingen
- een enkelvoudige jaarrekening van de Stichting Groene Hart Ziekenhuis

Uit het voorgaande volgt dat ook Groene Hart Extra Zorg, BeweegPuntFysio en Groene Hart Diëtheek deel uitmaken van de consolidatie.

2.2.3 Gelieerde entiteiten

Gelieerde entiteiten van het Groene Hart Ziekenhuis zijn:

- ZorgBrug
- Stichting Vrienden van het Groene Hart Ziekenhuis
- Samenwerkende Ziekenhuizen West-Nederland Coöperatief U.A.
- Groene Hart Diagnostisch Centrum

ZorgBrug

Los van de nevenschikte structuur zoals hiervoor beschreven is GHZ medeoprichter van ZorgBrug bv. Samen met de Stichting Thuiszorg Hollands Midden en Vierstroom bv neemt het GHZ deel in deze bv. Het doel van Zorgbrug is het optimaliseren van de transmurale zorg. Gespecialiseerd verpleegkundigen zorgen onder meer voor een soepele overgang van zorg in het ziekenhuis naar zorg in de thuissituatie.

ZorgBrug levert diensten aan: ziekenhuis, thuiszorg, huisartsen, apotheken, verpleeg/verzorgingshuizen (ziekenhuisverplaatste zorg) en andere ziekenhuizen.

De belangrijkste activiteiten van ZorgBrug zijn:

- transmurale gespecialiseerd verpleegkundige zorg in ziekenhuis, polikliniek, huisartsenpraktijk, verzorgingshuis en thuis
Deze is vooral gericht op mensen met een chronische ziekte of een tijdelijke complexe zorgvraag thuis.
- ziekenhuisverplaatste zorg, zorg die ziekenhuisopname voorkomt en palliatieve terminale zorg
- transmurale deskundigheidsbevordering en scholing op het gebied van de risicovoorbehouden handelingen voor alle zorgverleners uit de regio
- transfer, bemiddeling en afstemming van zorg voor patiënten uit het Groene Hart Ziekenhuis naar vervolgzorg
- het vergroten van kennis en expertise en professionele positionering van de verpleegkundige beroepsgroep

Stichting Vrienden van het Groene Hart Ziekenhuis

Bij het GHZ staan de patiënt en de zorgkwaliteit centraal. Overheid en zorgverzekeraars dragen in belangrijke mate bij aan de financiering van deze zorg. Voor onderzoek naar nieuwe behandelmethodes, innovaties en extra's zoals ontspanning op de (kinder)afdeling is echter financiële en materiële steun van buiten het ziekenhuis nodig.

De Stichting Vrienden van het Groene Hart Ziekenhuis is opgericht om dit geld bijeen te brengen. Zo werden projectaanvragen vanuit het ziekenhuis gefinancierd door bijdragen van particulieren, bedrijven en fondsen. Ook werden diverse fondsenwervende evenementen georganiseerd zoals Gouda Beweegt en een benefietdiner in de Goudse Schouwburg.

In 2010 heeft de stichting een substantieel aandeel geleverd aan onder andere een nieuwe bladderscan (een echoapparaat, dat pijnloos meet hoeveel urine achterblijft in de blaas) en een hometrainer voor de kinderafdeling, een bedfiets voor de IC, nieuw speelgoed op de poliklinieken en materialen voor het project Herstel & Balans (een revalidatieprogramma voor patiënten die (borst)kanker hebben of hebben gehad).

Coöperatie

Samen met drie andere ziekenhuizen participeert het GHZ in de Samenwerkende Ziekenhuizen West-Nederland Coöperatief U.A. (hierna: de Coöperatie). De andere drie ziekenhuizen zijn de stichting Bronovo-Nebo te Den Haag, stichting Medisch Centrum Haaglanden te Den Haag (Westeinde) en Leidschendam (Antoniushove) en stichting 't Lange Land Ziekenhuis te Zoetermeer.

De Coöperatie is (formeel) opgericht in oktober 2008. In de praktijk zijn de vier leden al sinds begin 2008 bezig met gezamenlijke activiteiten. De samenwerking biedt vele kansen om, vanuit de gedachte van concentratie en spreiding van zorg, een toename in kwaliteit en tegelijkertijd een kostenbesparing te realiseren.

Coöperatieprojecten

In 2008 tot 2010 zijn circa 25 projecten gestart die in verschillende stadia van ontwikkeling zijn. De koplopers hiervan zijn:

Project	Toelichting
De Nederlandse Obesitaskliniek West	De Nederlandse Obesitaskliniek West (NOK West bv) is in 2009 met haar klinische werkzaamheden bij het MCH in Leidschendam gestart.
Inkoop	Er is een inkoopvisie ontwikkeld, die gezamenlijk (efficiënt) inkopen tot doel heeft. In 2010 is een Coöperatie-inkoopteam georganiseerd. De eerste resultaten van het team staan vermeld in paragraaf 4.2.
IC-netwerk	Het IC-netwerk wordt vormgegeven om tot kwalitatieve meerwaarde te komen. Eind 2010 is de projectfase bijna afgerond met de start van de sollicitatieprocedure voor het management IC-netwerk.
PET/CT-scan	Het gezamenlijke gebruik van de PET/CT-scan is in 2009 gestart en resulteert in snelle diagnostiek, betere kwaliteit en een lagere prijs per scan.
Personeels- en salarisadministratie	Bronovo, GHZ en MCH hebben in 2010 de implementatie per 1 januari 2011 van een nieuw gezamenlijk personeels- en salarisadministratiesysteem Profit voorbereid. 't Lange Landziekenhuis haakt in de loop van 2011 aan.

Versnelling in de aanpak

De Raden van Bestuur en de besturen van de Medische Staven zien het nut en de noodzaak in van uitbreiding van de samenwerking tussen de vier ziekenhuizen.

Eind 2009 is gestart met het in kaart brengen van de kwantitatieve en kwalitatieve meerwaarde van deze samenwerking zowel aan de voorkant (zorg) als aan de achterkant (ondersteuning). Dit heeft najaar 2010 tot de conclusie geleid dat een versnelde en onderbouwde aanpak tot samenwerking wenselijk en noodzakelijk is, zeker gezien de toenemende druk vanuit de overheid, zorgverzekeraars en financiers om goede zorg tegen een concurrerende (DBC-)prijs te leveren. Om deze samenwerking effectief te maken is ver(der)gaande concentratie en spreiding van ziekenhuisfuncties nodig. Met concentratie van functies wordt bedoeld dat niet alle functies in alle vier de ziekenhuizen worden uitgevoerd. De aanpak van de voorgenomen concentratie van ziekenhuisfuncties start in 2011 stapsgewijs op basis van een ontwikkelmodel en de invulling van de noodzakelijke randvoorwaarden. Om dit proces te faciliteren heeft het coöperatiebestuur eind 2010 besloten een medisch specialist aan te trekken als projectdirecteur medische zaken.

Zelfstandigheid

De ziekenhuizen bedienen ieder zelfstandig hun eigen zorgmarkt. Zij voeren als zelfstandig ziekenhuis onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Groene Hart Diagnostisch Centrum

Het GHZ treft voorbereidingen voor het oprichten van een diagnostisch centrum om de diagnostiek van het Groene Hart toegankelijker en klantvriendelijker te maken voor huisartsen en hun patiënten. Het centrum, dat in 2011 wordt opgericht, krijgt de naam Groene Hart Diagnostisch Centrum.

Ter voorbereiding is een projectteam samengesteld met als doelen:

- het verder verstevigen van de band met de huisartsen
- verbeteren van de exploitatie van de eigen diagnostiek, samen met de specialisten van het GHZ

Het centrum maakt alle medisch diagnostische mogelijkheden duidelijk zichtbaar en profileert deze richting verwijzers. Daarnaast ontwikkelt en introduceert het nieuwe diagnostiek en serviceproducten. Dit gebeurt samen met de RVE's. De stichting Trombosedienst Gouda e.o. is in het MDC opgegaan.

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het GHZ is hét ziekenhuis van en voor de circa 300.000 inwoners van de regio Midden-Holland. Het GHZ kiest voor maatwerk in de patiëntenzorg, toegesneden op de behoeften en wensen van het individu. Een keuze ook voor complete zorg op maat, die verder gaat dan de ziekte alleen. Aandacht voor de ziekte, de zieke en zijn of haar omgeving. Voor diagnostiek en behandeling en voor preventie. Zorg en aandacht die al beginnen voor de voordeur en verder gaan dan de achterdeur van het ziekenhuis. Hierbij werkt het GHZ nauw samen met alle partners in de keten.

2176 medewerkers, 144 medisch specialisten en 89 vrijwilligers zetten zich in om patiënten kwalitatief hoogwaardige en complete zorg op maat te bieden.

Het GHZ heeft een HKZ-erkenning voor het dialysecentrum. Het GHZ is ook een erkend leerbedrijf voor beroepsopleidingen en een opleidingsziekenhuis voor medische specialisten. Negen specialismen hebben een opleidingserkenning voor het opleiden van medisch specialisten. Daarnaast lopen ruim 200 studenten jaarlijks hun coschappen in het ziekenhuis.

Het GHZ richt de blik sterk naar buiten en stelt zich open op voor nieuwe ontwikkelingen in de zorg en in de maatschappij. Ook anticipeert het GHZ zoveel mogelijk op nieuw beleid en nieuwe regelgeving vanuit de overheid.

Naast de voortdurende verbetering van zorg in het algemeen, zijn als gevolg hiervan in 2010 veelbesproken randvoorwaardelijke thema's:

- verschuiving van de taakverdeling tussen huisarts en ziekenhuis
- concentratie en spreiding van zorg
- verdere digitalisering van processen
- ontwikkeling van digitale diensten voor de patiënt

Uitgangspunten hierbij zijn het nog verder verbeteren van de kwaliteit van onze zorg en het behouden van een solide financiële positie.

Geleverde zorg

De totale zorg van het GHZ valt uiteen in drie componenten: basiszorg, basiszorg plus en overige zorg.

Onder basiszorg wordt alle zorg verstaan die ieder specialisme moet kunnen bieden en die niet valt onder zorg in het kader van de wet bijzondere medische verrichtingen of toppreferente zorg. Het betreft veel voorkomende aandoeningen.

Basiszorg plus is hooggespecialiseerde zorg voor bepaalde categorieën patiënten, geboden door een beperkt aantal specialismen. Mede op basis van de te verwachten vergrijzing in Midden-Holland en de mogelijkheden tot samenwerking binnen de Coöperatie is in 2010 gekozen voor de volgende speerpunten: Oncologie, Vaatziekten en Vasculaire geneeskunde, Moeder- en kindzorg, Acute zorg en spoedzorg en Ouderengeneeskunde.

Het GHZ voorziet in de overige zorg via overeenkomsten met academische centra, andere ziekenhuizen en ZBC's.

Het GHZ kent de volgende medische specialismen:

Aanwezige specialismen		
Anesthesiologie	Klinische geriatrie	Orthopedie
Algemene heekunde	Klinische oncologie	Pathologie
Cardiologie	Klinische pathologie	Plastische chirurgie
Dermatologie	Longgeneeskunde	Psychiatrie
Gynaecologie	Maag-, Darm- en Leverziekten	Radiodiagnostiek
Hematologie/oncologie	Medische microbiologie	Reumatologie
Intensive Care geneeskunde	Medische psychologie	Revalidatiegeneeskunde
Interne geneeskunde	Mondziekten	Urologie
Kaakchirurgie	Neurologie	Vaatchirurgie
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	Neurochirurgie	Verloskunde
Kindergeneeskunde	Nierziekten	Ziekenhuisfarmacie
Klinische chemie	Nucleaire geneeskunde	
Klinische fysica	Oogheelkunde	

2.3.2 Cliënten, capaciteit en productie

De productie van het Groene Hart Ziekenhuis is in 2010 opnieuw gestegen. Deze ontwikkeling is in lijn met de geprognosticeerde vraagontwikkeling in het verzorgingsgebied van het Groene Hart Ziekenhuis zoals deze is weergegeven in het rapport "Groeien in Gezondheid II" dat in 2010 is verschenen. Uit dit rapport blijkt dat de vergrijzing en de daaraan gekoppelde ziektebeelden zich vanaf 2010 in stijgende lijn ontwikkelen omdat de regio 2 procentpunten achter ligt bij de gemiddelde vergrijzing in Nederland.

Ten gevolge van de toegenomen marktwerking heeft het GHZ ervoor gekozen om geen gedetailleerde productiegegevens op te nemen in het jaardocument.

2.3.3 Werkgebieden

Het GHZ levert in Gouda op zowel de Bleuland- als de Jozeflocatie zeven dagen per week 24-uurszorg voor patiënten in de directe verzorgingsgebieden. Het GHZ levert daarnaast voor een groot aantal specialismen poliklinische zorg in de polikliniek in Nieuwerkerk aan den IJssel. Het GHZ werkt bovenregionaal binnen de Coöperatie van ziekenhuizen, een samenwerking met het Medisch Centrum Haaglanden, het Bronovo ziekenhuis in Den Haag en 't Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer.

Onderstaand kaartje bevat een overzicht van de werkgebieden van het Groene Hart Ziekenhuis



2.4 Samenwerkingsrelaties

Relatie	Toelichting / resultaten
Bestuurlijk	
Transmuraal Netwerk Midden-Holland	<p>Het GHZ vormt samen met de volgende partijen het Transmurale Netwerk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vereniging Medische Staf GHZ • Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland • Stichting Zorgpartners Midden-Holland • Vierstroom • GGZ Midden-Holland/Rivierduinen • Gemiva-SVG Groep <p>Het doel van dit netwerk is: het realiseren van een logisch, samenhangend en kwalitatief goed zorgaanbod voor de inwoners van Midden-Holland.</p> <p>Het GHZ en zijn VMS participeren in meer dan tien zorgketens, waaronder CVA (beroerte) en palliatieve zorg. Daarnaast werken zorgaanbieders samen op het gebied van preventie, behoud van voldoende zorgpersoneel en digitale uitwisseling van zorggegevens.</p> <p>In 2008 is de Stichting Schakelpunt Informatie Transmurale Zorg (SPITZ) Midden-Holland opgericht voor het beheer van een regionaal schakelpunt. Deze Stichting is gelieerd aan het Transmuraal Netwerk. Door uitblijvende EPD-wetgeving en de komst van een Landelijk Schakelpunt zijn de activiteiten van het schakelpunt stopgezet.</p>
Zorgpartners	<p>Periodiek bestuurlijk overleg Zorgpartners vindt plaats een keer per twee maanden. Doel van het overleg is het bevorderen van een goede overgang van patiënten vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingstehuizen in de regio. Een concreet project in 2010 is geweest de reductie van het aantal verkeerde beddagen. Resultaten zijn gezamenlijke afspraken met verzekeraars over verkeerde beddagen en het aantal verkeerde beddagen is teruggebracht met 40%. In 2010 is samen met Zorgpartners gewerkt aan een plan voor een Centrum voor Herstel, dat in 2011 vervolg zal krijgen.</p>
Bestuurlijk overleg ROH en HAP	<p>kwartaaloverleg tussen GHZ, VMS, Regionale huisartsenvereniging (ROH) en Huisartsenpost Midden-Holland (HAP) voor een optimale afstemming tussen de eerste en de tweedelijnszorg</p>
NVZ	<p>De Raad van Bestuur participeert in de NVZ-bijeenkomsten om een bijdrage te leveren aan de discussie en standpunten over landelijke ziekenhuisthema's.</p>
Zorginhoudelijk	
Landsteiner Instituut	<p>Het Landsteiner Instituut faciliteert de samenwerking tussen GHZ en Medisch Centrum Haaglanden op de gebieden opleiding, ontwikkeling en wetenschap. <i>meer resultaten zie paragraaf 4.5.2</i></p>
GGZ	<p>bestuurlijk overleg met de GGZ Midden-Holland/ Rivierduinen. Dit overleg vindt vier keer per jaar plaats. Doel van het overleg is het bevorderen van een goede overgang van patiënten vanuit het ziekenhuis naar de GGZ en vice versa.</p>

Eerstelijns	
Individuele huisartsen	actieve dialoog via regionale overlegstructuren en persoonlijk bezoeken aan ruim 80 huisartsen
In Zwang	De gynaecologen van het GHZ en verloskundigen uit de regio Gouda e.o. hebben in 2008 gezamenlijk de stichting In Zwang opgericht om de verloskundige zorg in de regio verder te verbeteren. Eind 2010 is het echobureau van stichting In Zwang uit het ziekenhuis verhuisd om de zorg dichterbij de patiënt te brengen. Het bureau zit nu samen met twee verloskundige praktijken onder één dak. Daarnaast is gestart met de ontwikkeling van een verloskundig ketendossier waarvan zowel de eerste- als tweedelijns gebruik kan maken.
Zorgverzekeraars	
UVIT, Achmea/ Agis, CZ Delta Lloyd groep, Multizorg VRZ, Menzis	<p>Met zorgverzekeraars werden in het A-segment afspraken gemaakt over groei en innovatie.</p> <p>Met betrekking tot het B-segment werden met alle zorgverzekeraars afspraken gemaakt en werden voor het eerst meerjarige contracten gesloten.</p> <p>Daarnaast werden voor het tweede jaar op rij alle Topzorgpredicaten van Menzis ontvangen en benoemde Achmea het GHZ als voorkeursleverancier voor een aantal diagnoses en behandelingen.</p> <p>Ook werden verschillende pilots samen met verzekeraars opgezet, rondom: registratie van GGZ DBC's, samenwerking met audiciens en psychosociale signalering bij oncologiepatiënten.</p> <p>Met verschillende verzekeraars werden kwaliteitsbijeenkomsten georganiseerd in samenwerking met medisch specialisten.</p>
CVZ	Als enige ziekenhuis in de regio overeenkomst gesloten en verlengd met het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om zorg te kunnen verlenen aan vreemdelingen zonder verblijfsvergunning.



3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

3.1 Normen voor goed bestuur

Het GHZ past de Zorgbrede Governance Code (hierna te noemen: Code) sinds 2006 toe. Die Code is in 2010 geactualiseerd. De brief van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning, d.d. 9 juli 2009 onderschrijft het belang van professioneel toezicht. Met deze brief en de nieuwe Zorgbrede Governance Code is rekening gehouden bij het opstellen en herzien van de volgende reglementen:

- een reglement RvB
- een reglement RvT
- een besturingsreglement, met onder andere een geschillenregeling bij geschillen tussen de RvB en de RvT
- reglementen van de audit (financiële) commissie en de bezoldigingscommissie
- een klokkenluideregeling (ter uitvoering hiervan is een vertrouwenspersoon benoemd)
- een informatieprotocol
- een gedragscode

In de statuten:

- is het recht van enquête toegekend aan de Cliëntenraad;
- is de regeling 'op bindende voordracht leden van de RvT benoemen' vervallen;
- is vastgelegd dat een adviescollege, dat door de 'zendende stichtingen' wordt benoemd, advies zal uitbrengen over maximaal drie te benoemen leden van de RvT. Zendende stichtingen zijn in de statuten benoemde (externe) stichtingen.

Bijlage III bevat een overzicht, waaruit blijkt op welke wijze aan de Code wordt voldaan.

De paragrafen 3.2 en 3.3 beschrijven:

- de wijze waarop de onafhankelijkheid van de RvT en RvB wordt gewaarborgd;
- de bezoldiging;
- het informatieprotocol.

3.2 Raad van Bestuur

Taak RvB

Volgens de statuten en het reglement RvB is het besturen van de stichting opgedragen aan de Raad van Bestuur. Bij de vervulling van zijn taak richt de RvB zich naar het belang van de zorgorganisatie, rekening houdend met het feit dat GHZ een maatschappelijke onderneming is met als primaire doelstelling het bieden van zorg. De RvB is verantwoordelijk voor realisatie van de doelstellingen, de strategie, het beleid en de resultatenontwikkeling. De RvB legt hierover verantwoording af aan de RvT.

Transparantievereisten

Verdere invulling van de Governance Code en de transparantievereisten in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) heeft in 2010 plaatsgevonden door te voorzien in een transparante bestuursstructuur en bedrijfsvoering die rekening houdt met die vereisten. In de reglementen RvB en RvT zijn – ingevolge de Code – een taakverdeling, werkwijze en samenstelling van de beide raden vastgelegd. Van het bestuursreglement maakt een geschillenregeling deel uit. Deze doet dienst bij een geschil tussen RvB en RvT, of bij geschillen binnen de RvB. Binnen het GHZ wordt het toezichtmodel gehanteerd.

Bezoldiging

De bezoldiging van de leden van de RvB is vastgesteld door de RvT. Vermelding in het kader van de Wet Openbaarmaking Publieke middelen gefinancierde Topinkomens (WOPT) heeft plaatsgevonden en de bezoldiging voldoet aan de normen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD). Kwantitatieve gegevens over de bezoldiging blijken uit de jaarrekening. Meer informatie over de bezoldiging en het informatieprotocol treft u aan in paragraaf 3.3. Concrete cijfers over de bezoldiging van het bestuur zijn opgenomen in Digi/MV.

Belangenverstrengeling

In reglementen is vastgelegd dat de RvB moet waken voor strijdigheid tussen zijn persoonlijke belangen en de belangen van de stichting. Ook elke schijn van belangenverstrengeling moet worden vermeden.

Nevenactiviteit

Op grond van het reglement RvB kan een lid RvB niet tegelijkertijd RvT-lid zijn van een organisatie die werkzaam is binnen het werkgebied van het ziekenhuis. Een lid RvB zal zonder de toestemming van de RvT geen betaalde of onbetaalde nevenfunctie aanvaarden of continueren als deze nevenfunctie, al dan niet in samenhang met andere betaalde of onbetaalde nevenfuncties, een meer dan minimale werkbelasting kan opleveren of anderszins strijdig kan zijn met de belangen van de zorgorganisatie. Onderstaande tabel geeft weer hoe de RvB is samengesteld, hoe de portefeuilles zijn verdeeld en welke nevenfuncties de leden hebben.

Naam	M/V	Portefeuilles	Nevenfunctie
D.J. Verbeek MHA, voorzitter RvB en de daaraan gelieerde bv's, sinds september 2003	M	organisatieonderdelen <ul style="list-style-type: none"> • RVE's medische ondersteuning • SEH • Financiën en ict • Concernstaf • Commerciële eenheid overleggen/gremia <ul style="list-style-type: none"> • RvT • RVE-beraad • Ondernemingsraad • Cliëntenraad • Samenwerkingsverband medisch specialisten • Stafbestuur/VMS 	<ul style="list-style-type: none"> • lid dagelijks bestuur Coöperatie Samenwerkende Ziekenhuizen West-Nederland Coöperatief U.A. • voorzitter RvB Stichting Zorggroep Groene Hart en de daaraan gelieerde besloten vennootschappen Als gevolg van de statuten van Stichting Zorggroep Groene Hart vinden de activiteiten plaats ter ondersteuning van het werk van Stichting Groene Hart Ziekenhuis. Tevens zijn de activiteiten ter bevordering van het welzijn van patiënten, consumenten en anderen in het verzorgingsgebied van voornamelijk ziekenhuis. Benoeming van deze functie heeft plaatsgevonden met kennis van de RvT van het GHZ. <ul style="list-style-type: none"> • voorzitter RvT Stichting RIAGG Rijnmond • lid academische werkplaats ouderenzorg LUMC • bestuurslid Stichting Trombosedienst Gouda e.o.
ir. M.J. Verdier, lid RvB (sinds juni 2009)	V	organisatieonderdelen <ul style="list-style-type: none"> • RVE's patiëntenzorg • KVA • Polikliniek Nieuwerkerk • Vastgoed, huisvesting en beheer • Gastvrijheid • Bouwbureau • Landsteiner Instituut overleggen/gremia • Centrale Opleidings Commissie • Klachtencommissie • VAR (verpleegkundige adviesraad) 	<ul style="list-style-type: none"> • voorzitter Stichting de Gele Linde, Boskoop • bestuurslid Stichting Zorggroep Groene Hart en de daaraan gelieerde besloten vennootschappen • voorzitter Transmuraal Netwerk Midden-Holland

3.3 Toezichthouders

Naam	M/V	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
prof. dr. G.H. Blijham, 15-10-1946	M	<ul style="list-style-type: none"> • pr, media, imagobewaking • bestuur, en besturingsdeskundigheid • ethiek, medische ethiek 	<p>toezicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • voorzitter Bestuur Academisch Hospice Demeter • voorzitter Raad van Toezicht Huisartspraktijk de Bilt • lid Raad van Toezicht Universitair Medisch Centrum Maastricht • lid Raad van Toezicht Nederlands Kanker Instituut/ Anthonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis • president-commissaris Julius Clinical Research bv • lid Raad van Toezicht Stichting St. Annadal • voorzitter Board of Trustees Ndlovu Care Group Globersdal Zuid Afrika • lid Raad van Commissarissen Stichting Zorggroep Groene Hart <p>advies</p> <ul style="list-style-type: none"> • international Advisor Executive Board University Hospital Cambridge • lid Taskforce Stimulering Financiering Grootschalige Onderzoeksfaciliteiten • lid High Profile Group Life Sciences Health • lid Wetenschappelijke Adviesraad Verpleging en Verzorging Nederland • lid Adviesraad Gezondheidszorg van Lanschot Bank • lid Commissie Medical Technology Assesment Gezondheidsraad • lid Raad van Advies Nederlandse Zorgautoriteit • voorzitter Raad van Advies Parelsnoer initiatief • voorzitter Commissie Onderzoeksagenda Medische Hulpmiddelen van de Raad voor Gezondheidsonderzoek/Gezondheidsraad • lid Raad van Advies Vereniging Tubereuze Sclerose Nederland <p>overig</p> <ul style="list-style-type: none"> • lid Gezondheidsraad • lid Utrecht Development Board • lid Bestuur Stichting Nieuw Ziekenhuis Curaçao
dr. P.C. Hermans, 30-4-1954	M	<ul style="list-style-type: none"> • patiënt- en consumentenbelangen • medische, paramedische en verpleegkundige vraagstukken/kwaliteit consumentenbelangen • medische, paramedische en verpleegkundige vraagstukken/kwaliteit 	<ul style="list-style-type: none"> • voorzitter Raad van Bestuur College voor zorgverzekeringen • lid Raad van Advies Stichting STG/Hmf • moderator Avicenna Academie voor Leiderschap • lid Raad van Advies Avicenna Academie voor Leiderschap • lid Raad van Toezicht van de NIGZ
G.H. van Nieuwpoort sr. 14-1-1935 lid financiële commissie	M	<ul style="list-style-type: none"> • financieel-economisch • bouw, gebouwen onderhoud • zakelijke verhoudingen, markt 	<ul style="list-style-type: none"> • directeur Newgate Holding • lid Raad van Commissarissen Van Nieuwpoort Beheer bv • lid Raad van Commissarissen Betonson Beheer bv • commissaris Goudse Beton Mortel Centrale bv • bestuurslid van de Stichting tot Bevordering van de Diaconessenarbeid 'De Wijk' • bestuurslid van de Stichting van Exploitatie van de Diaconessenarbeid 'De Wijk'

Naam	eerste benoeming	moment aftreden	aantal bijgewoone vergaderingen	bezoldiging
prof. dr. G.H. Blijham	mei 2009	mei 2017	6/7	€ 12.000,-
dr. P.C. Hermans	februari 2005	februari 2014	5/7	€ 10.000,-
G.H. van Nieuwpoort sr.	december 2003	mei 2010	2/7	€ 2.666,67

Naam	M/V	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
Joh. D. van Dijk 21-5-1938	M	<ul style="list-style-type: none"> ethiek, medische ethiek bestuurs- en besturingsdeskundigheid regionale samenwerkingsvraagstukken 	<ul style="list-style-type: none"> gemeenteraadslid Gouda nestor en vice-voorzitter gemeenteraad Gouda voorzitter Presidium gemeenteraad Gouda lid Raad van Toezicht van Kunstgebouw te Rijswijk bestuurslid van de SGSH (Stichting Goudse Senioren Hulpdiensten) voorzitter van de Coöperatieve Exploitatie Vereniging de Tunnelflat bestuurslid Vereniging van Zuid-Hollandse gemeenten
drs. N. Zefzafi 6-10-1965	V	<ul style="list-style-type: none"> patiënten- en consumentenbelangen arbeidsvoorwaarden, personeel, OR regionale samenwerkingsvraagstukken 	<ul style="list-style-type: none"> secretaris Stichting Marokko-Nederland 400 jaar commissaris Stichting Kinderpostzegels Nederland bestuurder Zorgcentrum Korte Akkeren projectdirecteur Inburgering, Educatie en Participatie, Amsterdam bestuurslid Avicenna Academie voor Leiderschap
ir. G.S. Groot 29-4-1947 lid financiële commissie	M	<ul style="list-style-type: none"> financieel-economische deskundigheid bouw, gebouwen en onderhoud gevoel voor zakelijke verhoudingen, markt 	<ul style="list-style-type: none"> directeur Market Development, Brocecef bv Raad van Commissarissen Humeca bv, fabricage van peritoneale dialyse producten Raad van Toezicht CENZO bv, centraal netwerk van psychologische zorg advisor Productie ter bevordering van Wondgenezing voor RvB Koninklijke Uthermöhlen opleider voor Pharmamarkt C&E bank opleider Marketing & Communicatie in de Geneesmiddelenmarkt, Brugge lid postdoctorale opleidingen Universiteit Utrecht Afd. Farmaco-Economics lid Beroepenveld Commissie Opleiding Farmakunde Hogeschool Utrecht lid Raad van Commissarissen Stichting Zorggroep Groene Hart
dr. M.E.M. van Dijen 5-4-1961	V	<ul style="list-style-type: none"> medische, paramedische en verpleegkundige vraagstukken, kwaliteit arbeidsvoorwaarden, personeel, OR 	<ul style="list-style-type: none"> partner Ernst & Young Advisory bestuurslid Sector Health Care EY lid Redactieraad ZM Magazine bestuurslid Avicenna Academie voor Leiderschap
drs. W. Zoetewij 8-10-1950 lid financiële commissie	M	<ul style="list-style-type: none"> financieel-economische deskundigheid juridische deskundigheid bouw, gebouwen en onderhoud 	<ul style="list-style-type: none"> vicevoorzitter Raad van Toezicht Gemiva-SVG, Gouda secretaris bestuur Diaconessenstichting De Wijk, Gouda secretaris bestuur Dr. Hofsteestichting Alkmaar voorzitter Raad van Commissarissen Crystal Marbles Almere lid Raad van Advies Bisnez Management Bergambacht lid Raad van Advies WB Consulting Utrecht lid Raad van Beroep tuchtrecht organisaties advies lid Corporate Tenderboard Rijkswaterstaat
P. Hoogendoorn RA 25-11-1945 lid financiële commissie	M	<ul style="list-style-type: none"> financieel-economische deskundigheid bestuurs- en besturingsdeskundigheid regionale samenwerkingsvraagstukken 	<ul style="list-style-type: none"> lid Raad van Commissarissen van Conquaestor bv lid Raad van Commissarissen Bodegraven bv bestuurslid stichting Deloitte Fair Chance Foundation

Naam	eerste benoeming	moment aftreden	aantal bijgewoonde vergaderingen	bezoldiging
Joh. D. van Dijk	augustus 2002	mei 2010	3/7	€ 2.666,67
drs. N. Zefzafi	november 2005	februari 2014	6/7	€ 8.000,-
ir. G.S. Groot	april 2005	februari 2014	7/7	€ 8.000,-
dr. M.E.M. van Dijen	januari 2005	februari 2014	4/7	€ 8.000,-
drs. W. Zoetewij	februari 2010	februari 2018	7/7	€ 7.000
P. Hoogendoorn RA	februari 2010	februari 2018	5/7	€ 7.000

Taken

De RvT van het GHZ houdt toezicht op het beleid en op de algemene gang van zaken. Hij waakt voor doelgerichte, effectieve, rechtmatige en efficiënte realisatie van de doelen van de stichting.

Hierbij richt de RvT zich naar het belang van de stichting en haar instelling(en). De RvB gedraagt zich naar eventuele aanwijzingen van de RvT over de algemene lijnen van het beleid met betrekking tot patiëntenzorg, kwaliteit en veiligheid, sociaal beleid en financieel/economisch beleid. De RvT staat de RvB bij met advies.

Hiernaast heeft de RvT een werkgeversrol. Hij benoemt, schorst en ontslaat de leden van de RvB en kent hen een bezoldiging toe. De RvT voert jaarlijks een functioneringsgesprek met de RvB en met zijn individuele leden.

Nieuwe leden RvT

De werving van nieuwe kandidaten van de RvT ligt vast in het reglement RvT. De raad bestond in 2010 tot mei uit negen en daarna uit zeven leden, met een goede mix aan deskundigheden en affiniteiten. In 2010 zijn twee nieuwe leden benoemd na een openbare wervingsprocedure. De interne adviesorganen konden adviseren over de voorgenomen benoeming. Bovendien konden de zedende stichtingen een advies uitbrengen. Naast de RvB stonden zij allen positief tegenover de voorgenomen benoeming.

Functioneren/bezoldiging RvT

Voor het eigen functioneren hanteert de Raad van Toezicht de normen uit de Zorgbrede Governancecode (zie bijlage III). Ieder jaar vindt een beoordeling plaats van het functioneren van de RvT en van de individuele leden. De deskundigheid is geëvalueerd en daar waar nodig verder ontwikkeld. De Raad van Toezicht voldoet voor wat betreft de eigen bezoldiging aan de landelijke normen en de WOPT (Wet Openbaarmaking uit Publieke middelen gefinancierde Topinkomens) is toegepast.

Aantal vergaderingen

In 2010 heeft de RvT zeven keer vergaderd, in aanwezigheid van de RvB. Vóór iedere vergadering vond agendaoverleg plaats tussen de RvB, de voorzitter en de vicevoorzitter van de RvT.

De focus van de RvT lag in het verslagjaar vooral op bedrijfseconomische aspecten, de kwaliteit en veiligheid van zorg, de vernieuwbouw en de participatie in de Samenwerkende Ziekenhuizen West-Nederland Coöperatief U.A.

In dit kader zijn uitgebreid aan de orde geweest:

- financiering bouw
- veiligheidsmanagementsysteem
- gang van zaken rondom het operatief proces
- voortgang RVE-ontwikkeling
- handhavingsplan Spoed Eisende Hulp

Met de Raad van Toezicht is gesproken over het rapport van de Werkgroep Kwaliteitsindeling SEH.

- de interne risicobeheersings- en controlesystemen
- de meest voorkomende juridische risico's en de daarvoor vereiste beheersmaatregelen
- compliancebeleid

Goedkeuringsbesluiten RvT

Op grond van de statuten is vooraf goedkeuring vereist van de RvT voor de volgende besluiten van de RvB:

- de jaarrekening. Het geconsolideerde resultaat over 2009 bedroeg 2,5 miljoen. Na toelichting door de accountant en op basis van het positief advies van de financiële commissie van de Raad van Toezicht keurt de Raad van Toezicht de jaarrekening 2009 goed.
- de begroting voor het nieuwe jaar
- het strategisch plan 2011 - 2015
- managementcontract RvB/RvT 2010

Informatieprotocol

Voortvloeiend uit de statuten van het GHZ en de vigerende reglementen RvT en RvB verschaft de Raad van Bestuur tijdig aan de Raad van Toezicht alle informatie die nodig is voor een goede uitoefening voor zijn toezichthoudende taak.

In de statuten van het GHZ is vastgelegd waarover de RvT moet worden geïnformeerd. Het reglement RvT bevat nog aanvullende regelingen. Dit kader tezamen wordt als het informatieprotocol beschouwd.

Bronnen voor informatie

Periodiek vindt overleg plaats met het Stafbestuur, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad. Hiernaast heeft de RvT zich laten informeren over specifieke onderwerpen. Conform de statuten kan de Raad van Toezicht (externe) deskundigheid inwinnen. De RvT laat zich adviseren door de financiële/auditcommissie en de bezoldigingscommissie.

De auditcommissie

De auditcommissie van de RvT heeft op basis van reglementen geadviseerd over:

- het gebruik van rente-instrumenten
- (financiering van) de nieuwbouw
- de liquiditeit
- onderhandelingen met de financiers
- adviezen van de accountant

Samenstelling auditcommissie:

- ir. G.S. Groot
- G.H. van Nieuwpoort, t/m mei 2010
- drs. W. Zoetewij, vanaf februari 2010
- P. Hoogendoorn RA, vanaf februari 2010

De auditcommissie is in 2010 achtmaal bijeen geweest.

Aandachtspunten waren:

- Bouw en financiering van de bouw. Het GHZ had de plannen voor de bouw begin 2010 gereed. Gedurende het jaar is zoveel mogelijk met de voorbereidingen gestart, vooruitlopend op het bereiken van een financieringsovereenkomst met de bank(en). Ondanks alle inspanningen lukte het niet om de financiering in 2010 rond te krijgen. Naar verwachting zullen de contracten met betrekking tot de financiering in het voorjaar van 2011 worden getekend.
- Het accountantsverslag, de jaarrekening 2009 en de begroting. Deze worden in aanwezigheid van een externe accountant besproken. De accountant wordt voor zijn oordeel en advies ingeschakeld over elk onderwerp dat de Raad van Toezicht noodzakelijk acht.
- De auditcommissie bespreekt maandelijks de financiële, productie- en overige resultaten.
- DBC-registraties

De bezoldigingscommissie

Ter bevordering van de transparantie is een bezoldigingscommissie benoemd, die aan de RvT een voorstel doet over het bezoldigingsbeleid voor RvB-leden. Deze commissie bestaat uit de voorzitter en vicevoorzitter van de RvT. De RvT stelt de bezoldiging van de leden van de RvB vast.

Vermelding in het kader van de Wet Openbaarmaking Publieke middelen gefinancierde Topinkomens (WOPT) heeft plaatsgevonden en de bezoldiging voldoet aan de normen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD). Er is gezorgd voor een maatschappelijke passende beloning waarmee het GHZ in staat is gebleken gekwalificeerde bestuurders aan te trekken en te behouden. Een van de bestuurders komt echter naar rato uit boven de Balkenendenorm.

In de arbeidsovereenkomst met de beide leden van de RvB is een pensioen- en vertrekregeling opgenomen. Bij de vertrekregeling is geen sprake van een vaste vergoeding, maar zijn afspraken vastgelegd over de handelwijze, die in werking treedt al naar gelang de verschillende situaties die kunnen ontstaan. In de arbeidsovereenkomst is verder een uitgebreid artikel opgenomen over het uitoefenen van nevenfuncties en de bezoldiging daarvan.

Samenstelling bezoldigingscommissie:

- prof. dr. G.H. Blijham
- dr. P.C. Hermans

Onafhankelijkheid

In de arbeidsovereenkomst met een lid RvB is vastgelegd dat -vrij vertaald- zonder de toestemming van de RvT geen betaalde of onbetaalde nevenfunctie kan worden aanvaard of gecontinueerd als deze nevenfunctie, al dan niet in samenhang met andere betaalde of onbetaalde nevenfuncties, een meer dan minimale werkbelasting kan opleveren of op andere wijze strijdig kan zijn met de belangen van de zorgorganisatie. Uit de verklaring van de RvT (bijlage IV) blijkt dat naar zijn mening geen belangenverstremgeling is opgetreden (zie ook paragraaf 3.2). In het geactualiseerde reglement RvT is de regeling ter voorkoming van belangenverstremgeling aangescherpt.

Beoordeling bestuurders

De RvT voert jaarlijks een functioneringsgesprek met de leden RvB. De Raad van Toezicht spreekt met de Raad van Bestuur dan wel met individuele leden vooraf een beoordelingskader af. Het jaarlijkse Managementcontract tussen de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur vormt het belangrijkste kader voor de beoordeling. De Raad van Toezicht stelt na overleg met de Raad van Bestuur de beoordelingsprocedure vast. De Raad van Toezicht bepaalt de rechtspositie, arbeidsvoorwaarden en de honorering van de leden van de Raad van Bestuur en legt deze contractueel met ieder van hen vast.

3.4 Bedrijfsvoering

3.4.1 Planning en controlcyclus

In 2010 is een nieuw strategisch plan opgesteld voor de periode 2011-2015. De planning en controlcyclus 2011 is geactualiseerd in lijn met dit strategische plan.

Op basis van het meerjarenbeleid en de Kaderbrief stelt iedere eenheid een jaarplan en een begroting op. Vervolgens wordt de bedrijfsmatige ontwikkeling van de eenheden elk kwartaal door middel van een managementreview met bijbehorende rapportage met de Raad van Bestuur besproken waarbij mogelijk correctieve acties worden afgesproken. De planning en controlcyclus geeft tevens aan welke stappen voor 31 december ondernomen moeten worden voor goedkeuring van het concernbrede jaarplan inclusief de daarbij behorende sluitende begroting. In deze begroting zijn de financiële risico's voor de korte en de lange termijn opgenomen.

Tevens heeft de Raad van Bestuur met de Raad van Toezicht voor het GHZ als geheel een managementcontract opgesteld. In dit managementcontract zijn de belangrijkste prestatie-indicatoren met concrete ontwikkelingsrichtingen voor de organisatie opgenomen.

3.4.2 Risico & beheersing

Hieronder worden de belangrijkste risico's en bijbehorende beheersmaatregelen beschreven, onderverdeeld in de volgende categorieën; strategische risico's, operationele risico's, en risico's op het gebied van wet- en regelgeving.

Strategische risico's

Concurrentie

Het GHZ ziet in de huidige ontwikkelingen op de zorgmarkt een bevestiging van zijn visie dat concurrentie tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra toeneemt. Recent wordt deze ontwikkeling verder versterkt door de aanzienlijk versterkte posities van de zorgverzekeraars. Deze treden steeds meer regulerend op door middel van voorkeuze beleid en selectieve inkoop. Deelname in de Coöperatie Samenwerkende Ziekenhuizen West-Nederland samen met het Medisch Centrum Haaglanden, het Bronovo-Nebo ziekenhuis en 't Lange Land Ziekenhuis is daarom essentieel om op geleide van kwaliteitsverbetering van zorg en het terugdringen van kosten deze ontwikkeling op adequate wijze het hoofd te bieden. De Coöperatie versterkt ook de reeds bestaande sterke alliantie met het Leids Universitair Medisch Centrum op het gebied van opleiding en onderzoek. Hierdoor worden vakontwikkeling en het uitbreiden van opleidingen nadrukkelijk gestimuleerd. In het Landsteiner Instituut hebben het GHZ en het Medisch Centrum Haaglanden de ondersteuning van opleiding en wetenschap vormgegeven.

Nieuwbouw

Ook 2010 heeft voor het GHZ in het teken gestaan van realisatie van de beoogde nieuwbouw. In 2010 heeft het accent met name gelegen op het verkrijgen van de benodigde vergunningen en de financiering. In het begin van 2011 zijn zowel de benodigde vergunningen verkregen als de financiering. De voornaamste risico's voortvloeiend uit de nieuwbouw betreffen voor 2011 met name de kosten van de bouw, de renteontwikkeling en operationele risico's.

Operationele risico's

Patiëntveiligheid

Onder patiëntveiligheid wordt verstaan 'het voorkomen van onnodige schade aan de patiënt door de wijze waarop zorg wordt verleend'. Dit risico vormt voor het GHZ het belangrijkste operationele risico waaraan veel aandacht wordt besteed. Paragraaf 4.4.3. beschrijft onder andere op welke wijze het GHZ in 2010 de risico's rond de veiligheid van de patiënt heeft beheerst.

Integriteit van vertrouwenshandelingen

Het GHZ heeft een bevoegdhedenregeling en een treasurywettuut waarin vermeld staat welke bevoegdheden de medewerkers in het ziekenhuis hebben ten aanzien van financiële en contractuele handelingen. Naast de procuratie zijn hierin onder andere personeelsbeleid, strategisch beleid, contracten en procuratie voor de onderhandelingen met verzekeraars opgenomen. Zowel het treasurywettuut als de procuratieregeling worden ieder jaar herzien en vastgesteld door de Raad van Bestuur conform de planning en controlcyclus.

De afdeling Administratieve Organisatie / Interne Controle (AO/IC) heeft als kernactiviteit het toetsen van de juistheid, volledigheid en tijdigheid voortvloeiend uit diverse operationele en financiële processen. De afdeling is bevoegd om onafhankelijk audits uit te voeren en ongeraagd advies te geven over de verbetering van de processen die voorwerp van onderzoek zijn geweest. In 2010 zijn audits uitgevoerd op de bouwadministratie, diverse financiële processen en fiscaliteit.

Conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) heeft de Raad van Bestuur een functionaris gegevensbescherming benoemd. In de WBP staan de regels en de voorwaarden beschreven ter bescherming van de privacy van onder andere medewerkers en patiënten.

De functionaris gegevensbescherming toetst of binnen het GHZ in overeenstemming met de WBP en met het GHZ privacyreglement wordt gehandeld. De functionaris rapporteert, signaleert en adviseert de Raad van Bestuur over privacyaangelegenheden en heeft een voorlichtings- en vraagbaakfunctie voor medewerkers.

Arbobeleid

Het arbeidsomstandighedenbeleid van het GHZ is erop gericht vitale bedrijfsrisico's, veroorzaakt door het gebruik van risicovolle materialen, zoveel mogelijk te beperken. Het GHZ streeft ernaar om medewerkers een zo gezond en veilig mogelijk werkklimaat te bieden. Paragraaf 4.5 geeft een overzicht van de inspanningen op het gebied van arbobeleid in 2010.

Risico-Inventarisatie & Evaluatie (RIE)

Paragraaf 4.5.1 geeft een overzicht van de inspanningen om risico's te voorkomen.

Energievoorziening

Het GHZ beschikt over vier noodaggregaten. Deze noodaggregaten produceren voldoende vermogen om de kritieke functies te ondersteunen bij een stroomuitval van het publieke netwerk. Bij stroomuitval wordt automatisch overgeschakeld op noodstroomvoorziening.

Het GHZ beschikt over een, door TNO getoetst, protocol hoe te handelen in zo'n situatie.

Imago

Het GHZ voert een proactief communicatiebeleid waarbij ook gebruik gemaakt wordt van sociale media. Het GHZ profileert zich als een open, gedreven en no-nonsense organisatie, die te allen tijde bereid is verantwoording af te leggen over haar activiteiten. Het ziekenhuis voert een open pers- en mediabeleid, waarin naast het verstrekken van informatie over positieve ontwikkelingen en nieuwsfeiten, ook openheid wordt betracht in geval van een vermeende fout of een mogelijk negatieve gebeurtenis. Afsproken is wie namens het GHZ optreedt als perswoordvoerder.

Financiële risico's

De belangrijkste financiële risico's betreffen:

- de toegenomen marktwerking tussen zorginstellingen, de concentratie van zorg en de toegenomen invloed van verzekeraars;
- de realisatie van de taakstellingen die voortvloeien uit de structurele korting die de minister heeft opgelegd naar aanleiding van de productieoverschrijding in 2009 in combinatie met de laatste kortingstranche die voortvloeit uit een eerder gemaakte afspraak. Weliswaar is tegen de minister een procedure gestart om deze korting aan te vechten, maar de uitkomst van deze procedure is onzeker. Tevens bestaat onzekerheid of de minister ook voor de overschreden productie op macroniveau in de komende jaren deze handelswijze zal gebruiken;
- de onzekerheden in de bekostigingssystematiek met de invoering van zowel DOT als de voorgenomen gelijktijdige vergroting van het B-segment;
- de uitkomst van de onderhandelingen met verzekeraars, ingegeven door de besparingen die in de toekomst voor de zorg noodzakelijk worden geacht;
- de risico's verbonden aan de bouw met betrekking tot beheersing van de bouwkosten en bijkomende kosten verbonden aan dit omvangrijke project;
- de rente-ontwikkeling op de geld- en kapitaalmarkt.

Wet- en regelgevingrisico's

De voorgenomen maatregelen met betrekking tot sturing op de ontwikkeling en harmonisatie van de inkomens van vrijgevestigd medisch specialisten geven aanleiding tot zorg met betrekking tot de afstemming tussen de ontwikkeling van de zorgvraag en de feitelijke prestatie die door deze beroepsgroep zal worden geleverd. De voorgenomen regeling bevat nog veel feitelijke onduidelijkheden die opheldering behoeven alvorens partijen tot een gezamenlijke visie en afstemming kunnen komen.

Het GHZ krijgt in de toekomst in toenemende mate te maken met fiscale regelgeving, met name op het gebied van Vennootschapsbelasting en btw. Inmiddels is het GHZ in overleg met de belastinginspecteur over horizontaal toezicht. Naar verwachting zal in 2011 hierop overgegaan worden.

DBC-systematiek

De DBC-systematiek levert het GHZ in de bedrijfsvoering een aantal risico's op:

- Door de complexiteit van de systematische en continue veranderingen in de regelgeving is het GHZ niet in staat om tijdig conform regelgeving DBC's te registreren, te valideren of te factureren. Hierdoor kan de liquiditeit in gevaar komen.
- Het niet kunnen voldoen aan de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en -facturering. Het ziekenhuis loopt voor 100 procent een prijs- en volumerisico over de aantallen DBC's in het B-segment.

Het ziekenhuis heeft daarom met bijna alle verzekeraars afspraken gemaakt en rapporteert maandelijks, binnen vier weken na afsluiting van de maand, over de realisatie ten opzichte van het budget over financiën en productie conform de planning- en controlcyclus.

DBC-bedrijfsvoering

Opzet & verantwoordelijkheid

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de opzet en werking van een effectief systeem van interne beheersing ter waarborging van de betrouwbaarheid van de gedeclareerde DBC's. De hiervoor benodigde verbijzonderde interne controlefunctie wordt door afdeling AO/IC en de toetsingscommissie DBC's vormgegeven.

In 2010 heeft de afdeling AO/IC gestructureerd onderzoek gedaan naar de opzet, het bestaan en de werking van de beheersingsmaatregelen rondom de DBC-registratie en -declaratie. Deze werkzaamheden betroffen onder andere een risicoanalyse en een beoordeling van de opzet, toereikendheid en adequate werking van de beheersingsmaatregelen. Over de bevindingen van deze controlewerkzaamheden rapporteert de afdeling AO/IC rechtstreeks aan de Raad van Bestuur en de externe accountant.

3.4.3 ICT & informatiebeveiliging

In 2010 heeft het GHZ verder gewerkt aan de planmatige realisatie van de informatiebeveiliging en is door een onafhankelijke derde een audit uitgevoerd conform de door de Inspectie voor de volksgezondheid en NVZ overeengekomen uitgangsprincipes. De uitkomst van de audit geeft aanleiding tot een aantal aanvullende maatregelen waarop in 2011 een herbeoordeling zal plaatsvinden.

De invoering van het elektronisch patiëntendossier heeft een uitstekende voortgang gekend. Naast het medisch dossier is een verpleegkundig dossier ontwikkeld en ingevoerd. Begin 2011 wordt de projectorganisatie opgeheven en zal de lijn de verantwoordelijkheid overnemen voor de aspecten onderhoud en reguliere aanpassingen. Eind 2010 hebben alle specialismen de beschikking gekregen over een EPD.

Het project EVS (elektronisch voorschrijfsysteem van medicijnen) is ingevoerd. Binnen coöperatieverband heeft het opstellen van een Road Map waarin voor de gezamenlijke ziekenhuizen een toekomstvisie is uitgewerkt met betrekking tot techniek, applicaties, onderhoud en sturing geleid tot een inhoudelijke discussie langs welke lijnen deze ontwikkeling dient te verlopen. In 2011 zal deze discussie verder worden gevoerd.

3.4.4 Goederenlogistiek en Inkoop

Inkoop

In 2010 zijn binnen de Coöperatie diverse belangrijke inkooptrajecten gestart en afgerond. Er is gewerkt aan intensivering van samenwerking tussen de vier coöperatieziekenhuizen gebaseerd op een shared service concept in plaats van onmiddellijke overgang naar een shared service center. Deze benaderingswijze geeft de eigen organisaties de gelegenheid bestaande inkooptrajecten af te ronden en niet-coöperatietrajecten uit te kunnen blijven voeren. Daarnaast kan de eigen organisatie beter worden voorbereid op de toekomst van vergaande integratie via een shared service center.

Logistiek

Mede als gevolg van de invoering van de RVE-structuur is een knip gemaakt tussen de aansturing van de inkoopfunctie en de logistieke functie. In het tweede kwartaal is de verantwoordelijkheid voor de logistiek en het daarbij behorende contract met Hospital Logistics (HL) gepositioneerd onder de facilitaire eenheid Gastvrijheid. In 2010 is succesvol geïnvesteerd in het verbeteren van de dienstverlening (leverbetrouwbaarheid) aan de interne klant en zijn er hardere afspraken met HL gemaakt betreffende de kwaliteit van de logistieke dienstverlening.

3.5 Vereniging Medische Staf

De medisch specialisten van het GHZ zijn verenigd in de Vereniging Medische Staf. Deze beoogt het bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening en het behartigen van de belangen van de medische staf. In 2010 vergaderde het bestuur van de VMS wekelijks. Daarnaast vonden er vijf algemene vergaderingen van de VMS plaats.

Managementparticipatie medische staf

De medische staf is op alle managementniveaus betrokken bij de besturing van de organisatie en neemt deel aan tal van in- en externe overleggen. De beide cobestuurders participeren in het bestuur van het GHZ (strategisch-tactisch managementniveau). De medisch leiders participeren in het RVE-beraad (tactisch-operationeel niveau). Op operationeel niveau geven de medisch leiders, terzijde gestaan door de managers bedrijfsvoering, leiding aan de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE).

Medisch deel Strategisch Beleidsplan

De visie van de medische staf op de patiëntenzorg, die het GHZ levert, is verwoord in het Medisch Deel van het Strategisch Beleidsplan. Dit maakt integraal deel uit van het hernieuwde strategisch beleid van het GHZ. Hiermee vormt het een belangrijke leidraad voor de verdere ontwikkeling van de patiëntenzorg in het ziekenhuis.

In dit plan is vastgesteld dat het GHZ voorziet in minimaal 80% van de medisch-specialistische zorgvraag van de regio. Daarnaast wordt bovenregionale zorg geleverd: zogenoemde basiszorg plus. Meer informatie hierover is te lezen in paragraaf 2.3.1.

Professionele kwaliteit medisch specialisten

Het project 'Professionele kwaliteit medisch specialisten' beoogt een stafbreed kwaliteitssysteem op te zetten.

Aansluiting is gezocht bij:

- kwaliteitsinstrumenten die de medische staf al heeft
- het kwaliteitsbeleid van de Orde
- het KNMG-manifest 'Medische professionaliteit'
- een rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, getiteld 'Vertrouwen in de arts'

Voor de maatschappen/vakgroepen is een systeem ontwikkeld voor de implementatie van een aantal kwaliteitsinstrumenten en het systematisch hanteren ervan. Het gaat hierbij om de volgende kwaliteitsinstrumenten:

- de complicatieregistraties
- het bespreken van klachten
- claims en incidenten
- het actualiseren van protocollen en richtlijnen

Met ingang van 2010 worden de vorderingen van de implementatie en het gebruik van de instrumenten via de managementreviews van de RVE-leiding met de RvB gevolgd. Hiermee is in 2010 de implementatie van het project Professionele kwaliteit op maatschappniveau afgerond.

Op specialistenniveau wordt een systeem ingevoerd voor het houden van evaluatiegesprekken met medisch specialisten: Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS).

In het verslagjaar zijn de eerste vijftien evaluatiegesprekken met medisch specialisten gevoerd. Er zijn nieuwe gespreksleiders geworven, die begin 2011 eerst zelf het evaluatietraject doorlopen en daarna een gesprekstraining gaan volgen. Dankzij de aanwas van nieuwe gespreksleiders zal eind 2011 met ongeveer de helft van de medische staf een evaluatiegesprek hebben plaatsgevonden.

Samenwerkingsverband Medisch Specialisten (SVMS)

Het merendeel van de vrijgevestigde medisch specialisten van het GHZ zijn verenigd in het SVMS. Doel van het SVMS is het bevorderen van de gemeenschappelijke belangen van de vrijgevestigde medisch specialisten, voor zover die betrekking hebben op de economische aspecten van hun beroepsuitoefening. In het GHZ is circa 75% van de medisch specialisten vrijgevestigd.

In 2010 is hard gewerkt aan een winstdelingsmodel voor het jaar 2011. Dit winstverdelingsmodel is noodzakelijk omdat er onevenwichtigheden in de specialisteninkomens zijn. Deze worden veroorzaakt door onvolkomenheden in de DBC-systematiek en door ogenschijnlijk willekeurig opgelegde kortingen over 2010 die verschillen per specialisme. Door bovengenoemd winstdelingsmodel wordt voor het overgangsjaar 2011 het evenwicht enigszins hersteld.

3.6 Cliëntenraad

Conform de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) heeft het GHZ een Cliëntenraad. Deze behartigt de gemeenschappelijke belangen van klinische en poliklinische patiënten van het GHZ en die van hun familieleden en bezoekers.

De raad doet dit door vanuit een onafhankelijke en kritische positie de RvB te adviseren.

De samenstelling is zoveel mogelijk representatief voor de cliënten van het GHZ. De raad wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris en heeft een eigen budget.

Sinds 2006 heeft de Cliëntenraad ook enquêterecht.

Onderstaand de onderwerpen waarover in 2010 advies is gevraagd:

- inrichting functiegebouw
- organisatie en inrichting IC-netwerk Coöperatie
- structuur en ontwikkeling van de eenheden Huisvesting en Techniek & Gastvrijheid
- doelstellingen 2011 en financieel kader 2011
- benoeming leden Klachtencommissie
- begroting 2011
- investeringsbegroting 2011
- reductie autonomie Coöperatieziekenhuis
- strategisch plan 2011-2015

3.7 Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad (OR) zet zich in voor een goed draaiende organisatie, waarin medewerkers zich kunnen ontplooiën en zich prettig voelen. De raad toetst bij beleidsbeslissingen van de RvB of de belangen van de medewerkers en de overige belangen van de organisatie zorgvuldig zijn afgewogen. Eenmaal per maand vergadert het bestuur met de OR.

De RvB heeft voor verschillende besluiten advies of instemming gevraagd aan de OR.

Conform de Wet op de Ondernemingsraden bespreken de Ondernemingsraad, een afvaardiging van de RvT en de RvB tweemaal per jaar de algemene gang van zaken. Hierin komen onder meer aan de orde:

- de werkzaamheden
- de resultaten
- het sociale beleid
- een globale terugblik op de afgelopen periode
- de toekomstverwachting

Het belangrijkste doel van deze bespreking is het maken van goede afspraken en het benoemen van aandachtspunten voor de komende tijd. Ook krijgt de RvT door dit overleg inzicht in zaken van het overleg tussen RvB en Ondernemingsraad.

De bijeenkomsten zijn in 2010 naar tevredenheid van Ondernemingsraad en RvB verlopen. De OR heeft in 2010 ook vergaderd met de ondernemingsraden van de andere ziekenhuizen binnen de Coöperatie.

Onderstaand de onderwerpen waarover in 2010 advies of instemming is gevraagd aan de Ondernemingsraad.

Adviesaanvragen:

- inrichting functiegebouw
- organisatie en inrichting IC-netwerk Coöperatie
- structuur en ontwikkeling van de eenheden Huisvesting en Techniek & Gastvrijheid
- doelstellingen 2011 en financieel kader 2011
- begroting 2011
- investeringsbegroting 2011
- reductie van autonomie binnen Coöperatie
- hr/payrollstelsel Coöperatie
- calamiteitenregeling
- raamovereenkomst en SLA fysiotherapie
- coöperatie inkooporganisatie
- gebruik camera's in verloskamers
- strategisch plan 2011-2015

Instemmingsaanvragen:

- klachtenregeling SIAG (Seksuele Intimidatie, Agressie en Geweld)
- preventiemedewerker
- uitvoeringsregelingen infectiepreventie voor medewerkers
- kaderregeling arbeidsmarkttoelage
- kledingwijzer

3.8 Verpleegkundige Adviesraad

De Verpleegkundige Adviesraad (VAR) vergadert maandelijks, organiseert elke veertien dagen een bestuursvergadering en overlegt vier keer per jaar met een lid van de Raad van Bestuur.

In 2010 heeft de VAR zich hoofdzakelijk beziggehouden met de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en met de verpleegkundige (bij)scholing .

Van elke afdeling neemt een verpleegkundige zitting in de VAR. Er zijn commissies ingesteld voor de aandachtsgebieden professionaliteit, richtlijnen en structuren en public relations.

Deze commissies bereiden de adviezen voor en leveren vaak de leden voor werk- of projectgroepen. In 2010 heeft de raad onder meer geadviseerd over:

- beleid met betrekking tot abstineren
- individuele aansprakelijkheid verpleegkundigen
- elektronisch patiëntendossier
- bijwonen van kerkdiensten
- elektronisch voorschrijfsysteem
- strategisch plan 2011-2015

De VAR heeft in 2010 ook overlegd met de adviesraden van de andere coöperatieziekenhuizen, onder meer over de opleiding en bijscholing van verpleegkundigen.



4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 Meerjarenbeleid

Het GHZ is een maatschappelijke onderneming met als primaire doelstelling het bieden van zorg. Onder goede zorg verstaat het GHZ: patiëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt door middel van een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.

Missie

In het verslagjaar was de missie:

“Het GHZ: een vanzelfsprekende keuze.”

Het GHZ realiseert deze missie aan de hand van de volgende visie:

Visie

‘Het GHZ wil een modern, flexibel, slagvaardig en ondernemend ziekenhuis zijn voor de inwoners van Midden-Holland. Het patiëntenbelang bepaalt ons handelen, waarbij de patiënten zijn verzekerd van goede en goed bereikbare medisch-specialistische zorg in een gastvrije omgeving. Naast reguliere zorg omvat ons zorgaanbod unieke speerpunten.

Het GHZ wil een goede werkgever zijn met oog voor de belangen van medewerkers, zoals ruimte voor opleidingen en een inspirerend werkklimaat. Bovendien wil het GHZ een betrouwbare netwerkpartner zijn binnen en buiten de regio.’

Omvang en aard van de vraag naar medische zorg bepalen in hoge mate de keuzes van het GHZ met betrekking tot de te leveren zorg. Dat geldt primair voor de kern- en middengebieden. Daarnaast wil het GHZ steeds meer een aansprekende keuze zijn voor verwijzers, patiënten en verzekeraars in gebieden waar andere ziekenhuizen tot nu toe de voorkeur hadden.

Het GHZ streeft naar een evenwichtige portfolio van diensten, waarmee het concern voldoende rendeert binnen de vastgestelde medische en bedrijfseconomische kaders.

Strategie

De missie en visie van het GHZ zijn vertaald in strategische doelstellingen:

Strategische doelstellingen	Resultaten
I een marktaandeel van minimaal 70 procent in de eigen regio en drie procent omzetgroei per jaar	De marktaandelen polikliniek, dag-verpleging en kliniek zijn in 2010 verder gegroeid.
II minimaal vijf unieke speerpunten c.q. multidisciplinaire centra met bovenregionale impact	In het medisch deel van het Strategisch Plan zijn de volgende vijf speerpunten onderscheiden: 1. Acute zorg en spoedzorg 2. Vaatziekten 3. Oncologie 4. Moeder- en kindzorg 5. Ouderengeneeskunde
III een aansprekend opleidingscentrum zijn voor (para)medische en verpleegkundige opleidingen	met het Medisch Centrum Haaglanden heeft het GHZ het Landsteiner Instituut opgericht. Dit instituut bundelt de ondersteuning van opleiding en wetenschap, zie hoofdstuk 4.5.
IV voorop lopen bij ict-toepassingen in (transmurale) zorgprocessen	voor gegevens over de ict-toepassingen, zie hoofdstuk 3.4
V een progressief kwaliteitsbeleid, mede gericht op accreditatie en certificering	sinds december 2007 heeft het GHZ het ziekenhuisbrede NIAZ-certificaat, zie verder hoofdstuk 4.3
VI financieel gezond zijn, met minstens 1,5% rendement per jaar en 10% eigen vermogen	voor de financiële resultaten in 2010, zie paragraaf 4.7
VII een geslaagde oplevering van het bouwproject in 2013 (in plaats van 2011)	Het GHZ heeft gekozen voor gefaseerde nieuwbouw. In 2010 zijn voorbereidingen getroffen om in 2011 te starten met een nieuw bouwdeel voor de huisvesting van (poli)klinieken, de OK en IC. Zodra dit bouwdeel gereed is, verhuizen de afdelingen van de Jozeflocatie naar de Bleulandlocatie. Ter voorbereiding op de bouw is in 2010 een tijdelijke parkeergarage gerealiseerd en is gestart met de sloop van bouwdelen (Y en T). Zie ook paragraaf 3.4.
VIII een proactief Human Resources beleid, gericht op het aantrekken en behouden van deskundige en gemotiveerde mensen	voor een beschrijving van de resultaten zie paragraaf 4.5

Doorkijk naar 2011 – 2015

Op basis van gesprekken en werkconferenties met leidinggevendenden, bestuur, directie, verzekeraars, huisartsen en patiëntenvertegenwoordigers is een nieuw strategisch GHZ-beleidsplan gemaakt. Hierop is al in 2010 voorgesorteerd, bij het maken van het jaarplan 2011 en tijdens externe presentaties.

Eind 2010 is het strategisch GHZ beleidsplan 2011 – 2015 definitief vastgesteld. Het nieuwe strategisch plan geeft in hoofdlijnen inzicht in de drijfveren van het GHZ, toegespitst op een aantal strategische keuzes.

De vier strategische keuzes zijn:

- de patiënt als partner;
- het GHZ als ziekenhuis van en voor de regio;
- verantwoordelijke medewerkers;
- samenwerking in de Coöperatie om continuïteit te waarborgen.

Op grond van deze keuzes is een nieuwe missie geformuleerd en zijn de volgende drie kernwaarden benoemd:

1. open (minded);
2. gedreven;
3. no-nonsense.

In de communicatie wordt de volgende slogan de komende jaren gebruikt:

Het Groene Hart Ziekenhuis, Open voor iedereen

4.2 Algemeen beleid

Op basis van het in 2010 geldende meerjarenbeleid zijn speerpunten voor 2010 benoemd.

Deze richten zich op het vergroten van het marktaandeel en de omzet door middel van expliciete aandacht voor patiënten, communicatie en verdere verbetering van de kwaliteit van zorg.

Algemeen	
Speerpunten beleid 2010	Resultaten 2010
snelle toegang, snelle doorlooptijd	<p>De specialismen Interne Geneeskunde en MDL hebben maatregelen getroffen om een toegangstijd van maximaal twee weken op de polikliniek te kunnen garanderen.</p> <p>In september is de Spoedpolikliniek Interne Geneeskunde van start gegaan. Dagelijks tussen 11.00 en 17.00 uur ziet de weekinternist patiënten die niet de urgentiegraad hebben van een SEH-patiënt, maar die wel dezelfde dag of een dag later moeten worden gezien.</p> <p>In de tweede helft van het jaar is extra aandacht besteed aan de poliwachttijden. Dit resulteerde in een wachttijd van twee weken of minder voor de helft van de RVE's aan het einde van het jaar. De wachttijden blijven in 2011 verder afnemen.</p>
streven naar 'loyale' patiënten	<p>Het aantal specialismen dat patiënten de mogelijkheid biedt een poliklinische afspraak in de avonduren te maken is uitgebreid naar acht. Met de uitbreiding van het aantal avondsprekuren geeft het GHZ antwoord op de wens van veel inwoners uit de regio om ook 's avonds op de poliklinieken terecht te kunnen.</p> <p>Organisatie van thematische informatieavonden voor patiënten en belangstellenden (12 in 2010) en inloopbijeenkomsten voor patiënten om te praten over hun ziekte (50 in 2010).</p> <p>Resultaten patientenfeedbacksysteem worden op afdelingsniveau kenbaar gemaakt en gebruikt voor verbeteringen. GHZ werkt met Explora van de NVZ.</p>

Patiënten	
Speerpunten beleid 2010	Resultaten 2010
prioriteit voor veiligheid	<p>Het GHZ participeert in het landelijke VMS Veiligheidsprogramma, zie paragraaf 4.4.3.</p> <p>Het GHZ heeft bijgedragen aan het congres Expeditie patiëntveiligheid 2010; een nieuwe kijk op leiderschap voor alle (medische) professionals in ziekenhuizen. In een van de sessies zijn de in het GHZ ontwikkelde Trippelhoes+ en de nieuwe onrusthekbeschermers gepresenteerd.</p> <p>In november is GHZ-breed voor de derde maal aandacht besteed aan veiligheid in het GHZ. In 2010 waren de thema's:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bedrijfsveiligheid (succesvolle brand- en ontruimingsoefening). - Arbo (werk- en rusttijden bij onregelmatig werk, fysieke belasting, goede werkhouding, lang achter een beeldscherm zitten). - Gevaarlijke stoffen en milieu (cytostatica, desinfectans, narcosemiddelen, oplos- en reinigingsmiddelen, chemicaliën). - Patiëntveiligheid (VMS-zorgthema's, veilige cultuur, patiëntenparticipatie). <p>Andere activiteiten in het kader van veiligheid waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentatie van het boekje 'GHZ-compact' met informatie over bijvoorbeeld de noodnummers, reanimatie, maar ook een goede werkhouding. Voor de verpleegkundigen en artsen is informatie toegevoegd over herkenning en behandeling van vitaal bedreigde patiënten en pijn. - Een goed bezochte GHZ-veiligheidsbeurs, met een milieuquiz die door veel bezoekers is gemaakt. - De afdeling Interne Nefrologie is gestart met het afnemen van ontslaggesprekken voor patiënten. Dit heeft nu al geleid tot kwaliteitsverbeteringen en minder klachten. - Meer resultaten zie paragraaf 4.4. <p>Uit de landelijke meting naar decubituscores bleek dat het GHZ met 4,6% beter scoort dan het landelijk gemiddelde van 5,1%.</p> <p>Kick-off van de training Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies.</p> <p>Tijdens trainingen hebben de GHZ-medewerkers zelf ervaren hoe het is om een kleine brand te blussen.</p>
gastvrije ontvangst, ook van naasten van patiënten	<p>Het GHZ heeft opnieuw drie sterren gekregen in de Sterrengids Gastvrijheidszorg in Zorginstellingen. Deze sterren zijn uitgereikt voor de zorg op het gebied van gastvrijheid, klantvriendelijkheid, patiëntenbegeleiding en goed overleg met de Cliëntenraad.</p> <p>Het GHZ heeft gerenommeerde keurmerken zoals de Smiley voor kindvriendelijke zorg en een ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie.</p> <p>Het GHZ werkt met de modernste apparatuur, waaronder de meest geavanceerde CT- en MRI-scanners en een PET/CT-scan.</p> <p>Open dag GHZ waar ongeveer 2300 bezoekers op afkwamen.</p>
zichtbaar betere kwaliteit	<p>In het jaarlijkse Elsevieronderzoek 2010 is het GHZ beoordeeld als één van de drie beste ziekenhuizen van Nederland.</p> <p>In de jaarlijkse Ziekenhuis top 100 van het Algemeen Dagblad steeg het GHZ van de 88ste naar de 20ste plaats.</p> <p>Het laboratorium van de ziekenhuisapotheek, het Klinisch Chemisch Laboratorium (KCL) en het Huisartsenlaboratorium Gouda e.o. (HAG) hebben samen een CCKL-accreditatie ontvangen. CCKL staat voor Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing van het Laboratoriumonderzoek.</p> <p>De afdeling Dialyse heeft de HKZ-certificering.</p>

Medewerkers	
Speerpunten beleid 2010	Resultaten 2010
gezonde werkomgeving	daling verzuimpercentage van 4,6% naar 3,75% mede door activiteiten gericht op preventie (nieuw verzuimbeleid, training fysieke belasting voor verpleegkundigen, open spreekuur fysiotherapie en werkplekonderzoek)
talenten ontwikkelen en benutten	vanuit BeweegPuntFysio worden speciale arrangementen voor medewerkers aangeboden waar in 2010 goed gebruik van is gemaakt
brede inzetbaarheid	<p>Organisatie van de tweede GHZ-wetenschapsmiddag met de Centrale Opleidingscommissie en de Vereniging Arts-assistenten.</p> <p>Het thema van het Landsteiner Lustrumsymposium was: Maak werk van leren in de dagelijkse praktijk. Hierbij stonden het belang en het benutten van waardevolle leersituaties centraal.</p> <p>Voor belangstellenden die een leidinggevende functie ambiëren, zijn twee opleidingen georganiseerd, te weten Leiding geven aan jezelf en je team en Leiding geven aan de afdeling en de organisatie.</p> <p>Voor belangstellenden en potentiële GHZ-medewerkers organiseerden diverse afdelingen tijdens de landelijke open dag een aantrekkelijk programma.</p> <p>Het coschap Gynaecologie GHZ is genomineerd voor het beste coschap van het jaar 2009-2010.</p> <p>Het GHZ en de WDA Midden-Holland (Werkgroep Deskundigheidsbevordering Assistenten) hebben opnieuw een nascholing georganiseerd voor doktersassistenten in het ziekenhuis en assistenten van de huisartsenpraktijk. Het onderwerp van 2010 was Depressie.</p> <p>Het GHZ heeft twee lessen verzorgd voor de Goudse Weekendschool. Deze school richt zich op gemotiveerde kinderen die door hun thuissituatie minder kansen hebben.</p>
aandacht voor communicatie met elkaar	<p>Verschillende RVE's hebben in teamverband gewerkt aan de optimalisatie van de onderlinge communicatie.</p> <p>meer resultaten zie paragraaf 4.5</p>

Markt	
Speerpunten beleid 2010	Resultaten 2010
met verzekeraars bouwen aan toekomst	<p>Het GHZ voldoet aan de door CZ gestelde kwaliteitseisen voor goede borstkankerzorg.</p> <p>Zorgverzekeraar Menzis reikte het TopZorgpredikaat uit voor tien behandelingen.</p> <p>Met zorgverzekeraars zijn meerjarige contracten afgesloten.</p>
inspelen op behoefte verwijzers	Voor verwijzers in de regio is een huisartsenavond georganiseerd om informatie en nieuwe ontwikkelingen te delen.
groter marktaandeel	<p>in samenwerking met het Landsteiner Instituut en de WDA (Werkgroep Deskundigheidsbevordering Assistenten) een avond voor doktersassistenten</p> <p>In de polikliniek Nieuwerkerk is een minisymposium georganiseerd voor huisartsen en praktijkondersteuners uit Zuidplas en omgeving.</p> <p>Een bezoek van de Goudse wethouders stond in het teken van innovaties in de zorg en de positionering en toekomstvisie van het GHZ.</p> <p>Digitale terugrapportage aan de huisarts via Zorgdomein is verder ontwikkeld.</p>
meer marktkennis en – bewustzijn	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn marketinganalyses opgesteld voor bijna alle RVE's. Op basis van deze analyses zijn actiepunten benoemd om gericht meer patiënten te trekken. • Het aantal patiënten dat het GHZ bezocht groeide in 2010 opnieuw met bijna drie procent. • Ruim 124.000 patiënten bezochten de polikliniek, bij ruim 21.000 vond een dagbehandeling plaats en 21.000 patiënten werden opgenomen.

Partners	
Speerpunten beleid 2010	Resultaten 2010
kansen benutten binnen de Coöperatie	De Coöperatie inkoopprojecten Wasserij, Lenzen, MDL-scopen, Afvalverwijdering en Pc's zijn afgerond. Bronovo, het GHZ en MCH zijn gestart met de voorbereidingen voor de implementatie van het personeels- en salarisadministratiesysteem Profit (zie ook 2.2.3, Coöperatie).
betere doorstroming naar verpleeg- en verzorgingshuizen	Sinds november wordt gebruik gemaakt van de webbased applicatie POINT. Deze realiseert de aanvraag voor vervolgzorg en verpleegkundige overdracht voor patiënten digitaal. Samenwerking met zorghotel en –centrum De Meander in Nieuwerkerk aan den IJssel leidde tot een afname van de wachttijd voor revalidatie of reactivering.
meer samenwerking met GGZ Midden-Holland	Ontwikkeling gezamenlijke frontoffice medische psychologie en poli psychiatrie is voorbereid. Besluit over gezamenlijk in dienst nemen door GGZ- Midden Holland en het GHZ van een consultatief psychiater ten behoeve van de poli psychiatrie en de PAAZ functie.
nieuwe diensten ontwikkelen met het bedrijfsleven	Vanuit CheckPuntGezondheid zijn diverse keuringen voor werkgevers ontwikkeld. De keuringen zijn gericht op het in kaart brengen van de gezondheidsrisico's voor hun werknemers. Werkgevers krijgen adviezen over het reduceren van de geconstateerde risico's. Daarnaast worden vanuit BeweegPuntFysio beweegprogramma's aangeboden voor bedrijven in de regio.

Bouw	
Speerpunten beleid 2010	Resultaten 2010
start nieuwbouw	Verzoek om offerte inzake de bouw is opgesteld voor een aantal banken. Eind 2010 was het GHZ klaar voor nieuwbouw: het ontwerp lag klaar, de vergunningen waren aangevraagd en de financiering was bijna rond. Radiologie is verbouwd en uitgebreid. Ter voorbereiding zijn de volgende activiteiten opgepakt: - Een tijdelijke parkeergarage is in gebruik genomen. - Vier poliklinieken zijn verhuisd.
opknappen van een aantal verpleegafdelingen	Zes verpleegafdelingen zijn opgeknapt. De babyunit van de kinderafdeling op de Jozeflocatie is in een nieuw jasje gestoken.
optimaliseren OK-complex	Tijdelijke operatiekamers zijn geplaatst. meer resultaten zie paragraaf 3.4

Financiën	
Speerpunten beleid 2010	Resultaten 2010
nakomen van financiële afspraken	In financieel opzicht werd een positief resultaat behaald van 2,6 miljoen euro. meer resultaten zie paragraaf 4.7 en de jaarrekening
realisatie van 2,3% productiestijging	
meer doen met minder kosten	
reservering geld voor nieuwbouw	
meer prioriteit voor investeringen in apparatuur	

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Het GHZ werkt aan kwaliteit op de volgende gebieden:

Onderdeel	Uitgangspunten en activiteiten
systematisch realiseren van kwaliteitsverbeteringen	<p>Uitgangspunt is Total Quality Management, een managementstroming die zich richt op voortdurende verbetering van algemene prestaties. In aansluiting hierop is opnieuw een inspirerende bijeenkomst met de Amerikaanse schrijver Fred Lee ("Als Disney de baas was in uw ziekenhuis") georganiseerd, die aanmoedigt tot het realiseren van een persoonlijke relatie met patiënten.</p> <p>De bijeenkomst was bestemd voor medisch specialisten van alle coöperatieziekenhuizen.</p>
bedrijfsveiligheid	<p>De ontruimingsplannen van de afdelingen zijn vernieuwd, trainingen Kleine blusmiddelen zijn gegeven en ontruimingsoefeningen zijn gedaan.</p> <p>Tijdens de maand van de veiligheid is extra aandacht besteed aan het naleven van de brandvoorschriften en aan persoonlijke veiligheid.</p>
kwaliteitsmanagementsysteem	<p>In 2010 is het nieuwe documentbeheersysteem en intranet GHZ-intern gerealiseerd.</p> <p>Alle processen en bijbehorende documenten zijn via GHZ-intern voor iedere medewerker beschikbaar.</p> <p>Het kwaliteitsmanagementsysteem gebruikt de 'Deming - cirkel' (Plan - Do - Check - Act) als centrale en decentrale regelkring voor borging en verbetering en het INK-managementmodel als besturingsfilosofie.</p> <p>Bijlage II bevat een overzicht van de kwaliteitskeurmerken.</p> <p>In 2010 zijn er op zeven afdelingen interne managementaudits en werkplekaudits uitgevoerd op basis van de NIAZ-norm (Dermatologie, Interne geneeskunde, KNO, Longgeneeskunde, Chirurgie, Intensive Care, Reumatologie).</p> <p>In totaal zijn 43 afwijkingen geconstateerd, waarvan 27 het documentbeheer en het kwaliteitsstelsel betroffen. Op basis hiervan heeft het betrokken RVE-management verbeteracties uitgezet.</p>

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

4.4.1 Kwaliteit van zorg

Het GHZ nodigt patiënten uit feedback te geven en wil de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken. Het doel hiervan is de zorg zo goed mogelijk te blijven afstemmen op de wensen en behoeften van de patiënten en hun keuze voor kwaliteit te faciliteren. Dit gebeurt op de volgende manieren.

Onderwerp	Toelichting
kwaliteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Het GHZ werkt met een elektronisch patiënten-feedbacksysteem van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Na ontslag worden patiënten uitgenodigd om thuis, via internet, hun ervaringen met het GHZ kenbaar te maken. - Onderwerpen zijn onder meer bejegening, informatievoorziening en kwaliteit van zorg. - Meer dan de helft van alle patiënten levert respons via het feedbacksysteem. De resultaten worden op afdelingsniveau kenbaar gemaakt en gebruikt bij het realiseren van verbeteringen.
patiënttevredenheid	<ul style="list-style-type: none"> - Afdelingen verrichten zelf onderzoek naar de tevredenheid van hun patiënten. In 2010 hebben achttien klinische en poliklinische afdelingen dit onderzoek verricht. Een aantal van deze onderzoeken loopt continu door. - Tien afdelingen hebben in 2010 een nieuw onderzoek gestart. Afdelingen die geen eigen aanvullend onderzoek uitvoeren, draaien mee in het ziekenhuisbrede onderzoek naar patiënttevredenheid.
barometer	<ul style="list-style-type: none"> - Tijdens de vier jaarlijkse managementreviews tussen bestuur en leiding van een RVE worden de financiële en kwalitatieve resultaten besproken en wordt indien nodig bijgesteld. - Financiële - en productiestuurinformatie wordt maandelijks gepresenteerd aan het bestuur. Kwalitatieve stuurinformatie is gedeeltelijk beschikbaar en komt vanuit diverse plekken in de organisatie. - In november 2010 is daarom een pilot uitgevoerd met betrekking tot het ontwikkelen en hanteren van een kwaliteit- en veiligheidbarometer. Hiermee verbetert de verantwoording en sturing op kwaliteit.
zichtbare zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Het GHZ heeft in 2010 alle Menzis TopZorgkeurmerken ontvangen. Dat betekent dat patiëntenorganisaties en zorgverzekeraar Menzis vinden dat behandelingen van: amandelen, borstkanker, hernia, heupartrose, knieartrose, liesbreuk, meniscus, slaapapneu, spataderen en staar in het GHZ beter, sneller en met meer aandacht voor de patiënt worden uitgevoerd. - Het GHZ heeft, als enige ziekenhuis in de regio, drie sterren verdiend in de sterrengids Gastvrijheidszorg. - Meer resultaten als gevolg van onze aandacht voor zichtbare zorg staan vermeld in paragraaf 4.2.

Traject	Procedure	Resultaat
klachten-bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> - Een adviseur Kwaliteit staat de klager zo snel mogelijk, uiterlijk binnen twee werkdagen, te woord. - De adviseur licht toe welke trajecten van klachtafhandeling mogelijk zijn. 	<ul style="list-style-type: none"> - In 2010 zijn 302 klachten ontvangen, onderverdeeld in 412 deelmeldingen, die via het traject van de klachtenfunctionaris zijn afgehandeld. - Van de klachten waarbij bemiddeling heeft plaatsgevonden, is 86,1% naar volledige of gedeeltelijke tevredenheid afgesloten. - Van de klagers voor wie is bemiddeld, heeft er één aangegeven de klacht alsnog te willen voorleggen aan de Klachtencommissie. - Het GHZ streeft naar afhandeling van klachten binnen 30 dagen na binnenkomst. In 2010 bedroeg de gemiddelde doorlooptijd tot afhandeling 26 dagen.
bedrijfsveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> - De Klachtencommissie heeft zes, niet in het GHZ werkzame, leden en een jurist als voorzitter. De commissie komt op basis van "hoor en wederhoor" (schriftelijk of mondeling) tot een uitspraak over de gegrondheid van (een gedeelte van) de klacht. - De commissie doet aanbevelingen aan de RvB. Gegronde klachten leiden altijd tot een advies. 	<ul style="list-style-type: none"> - In 2010 zijn er zes klachten naar de Klachtencommissie gegaan. In 2009 waren dat er zeven. - De gemiddelde doorlooptijd van geregistreerde en afgeronde klachten ligt tussen de vier en vijf maanden. Dit is iets langer dan vorig jaar. - De termijn van de afhandeling van een klacht is vier maanden. De commissie is in hoge mate afhankelijk van de informatieverstrekking vanuit het ziekenhuis. Hierdoor wordt de streeftermijn voor de afhandeling niet altijd gehaald.

4.4.2 Klachten

Informatie over de klachtenprocedure is beschikbaar op de website, bij de adviseur Kwaliteit en in een folder. Klachten kunnen digitaal, mondeling, schriftelijk of telefonisch worden ingediend. Steeds meer mensen dienen hun klacht digitaal in (vaak ook na telefonisch advies over de procedure), steeds minder doen dat mondeling. De meeste klachten in 2010 hadden betrekking op de categorieën bejegening, effectiviteit van de zorg en organisatie van de zorg.

4.4.3 Patiëntveiligheid

Het patiëntveiligheidsbeleid van het GHZ richt zich op het voorkomen van onbedoelde schade aan een patiënt die zijn of haar zorg aan ons toevertrouwt. Het GHZ geeft dit beleid vorm op de volgende manieren:

Onderdeel	Toelichting	Resultaat
landelijk programma Patiëntveiligheid	<ul style="list-style-type: none">- Het GHZ participeert in dit programma en maakt deel uit van het Netwerk West-Nederland.- Bestaande en nieuwe projectleiders krijgen advies en begeleiding vanuit de afdeling Kwaliteit & Zorgontwikkeling.- Bij elk project is een medisch specialist en een projectleider van de afdeling Kwaliteit betrokken.	<ul style="list-style-type: none">- In 2010 is het volledige VMS Veiligheidsprogramma volgens planning operationeel. Er is gewerkt aan de opzet van een veiligheidsmanagementsysteem en de tien patiëntgebonden projecten.
risico-audit	<ul style="list-style-type: none">- Dit is een objectief onderzoek met als doel een risico-inschatting te maken van de consequenties van incidentele interne of externe gebeurtenissen.	<ul style="list-style-type: none">- In 2010 is een risico-audit uitgevoerd.
crisiscoördinatie	<ul style="list-style-type: none">- Het onderwerp crisiscoördinatie krijgt in- en extern ruime aandacht.	<ul style="list-style-type: none">- Er zijn drie sessies georganiseerd van de cursus Chemisch, Biologisch, Radiologisch en Nucleair (CBRN). Hieraan hebben medewerkers van de regio Holland-Midden deelgenomen.- Jaarlijks oefent het crisisbeleidsteam in een zogenaamde Table Top-oefening met een casus over een fictief incident.- Het GHZ heeft tijdens een grootschalige oefening 65 'slachtoffers' uit een geënceneerde ramp opgevangen.- Medio 2010 is begonnen met het inventariseren van risico's en hun impact per afdeling voor een bedrijfscontinuïteitsplan.
incidenten en calamiteiten melden	<ul style="list-style-type: none">- Het GHZ stimuleert medewerkers om (mogelijk) onveilige situaties of gebeurtenissen te melden. Dit kan onder meer via een intern digitaal meldingssysteem (VIM, Veilig Incidenten Melden).- Daarnaast functioneert de centrale VIM-commissie.	<ul style="list-style-type: none">- In 2010 is de procedure voor het melden van calamiteiten in de patiëntenzorg verder verbeterd en geïmplementeerd.- Op basis van deze procedure zijn mogelijke calamiteiten gemeld bij de Raad van Bestuur. Deze kan besluiten tot nader onderzoek.- Naar aanleiding van de meldingen heeft een interne onderzoekscommissie een mogelijke calamiteit onderzocht.

Aantal incidentmeldingen

Onderstaande tabel geeft het aantal centrale en decentrale meldingen van incidenten weer sinds 2007.

Onderdeel	2010	2009	2008	2007
centrale meldingen incidenten (MIP, Melden Incidenten Patiënten)	In 2010 is het GHZ volledig overgegaan op decentraal melden, dus is geen sprake meer van MIP-meldingen.	321	805	888
decentrale meldingen incidenten (VIM)	2715	2660	655	329
Totaal	2715	2981	1460	1217

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

Doelstellingen 2010	Inspanningen	Resultaten
veiligheid / gezondheid	<ol style="list-style-type: none"> 1. verbetering infectiepreventie 2. positionering van arbo versterken en zichtbaarder maken 3. overige activiteiten gericht op preventie: <ul style="list-style-type: none"> • uitrol van vernieuwd ziekteverzuimbeleid • sterker sturen op verzuim 3-13 weken • training fysieke belasting voor (leerling) verpleegkundigen • verzuimbeïnvloeding • open spreekuur Fysiotherapie • bedrijfsmaatschappelijk werk • werkplekonderzoek • vitaliteitstraining voor medewerkers 4. kledingbeleid ontwerpen en implementeren 	<ol style="list-style-type: none"> 1. infectiepreventieregeling vernieuwd met sanctiebepalingen 2. preventiemedewerker benoemd, experts gezocht op arboterreinen 3. verzuimpercentage gedaald van 4,6% naar 3,75% en meldingsfrequentie gedaald van 1,48 naar 1,37 4. meer herkenbaarheid voor patiënten, veiligheid en hygiëne voor patiënten en medewerkers, representativiteit, uniformiteit en hygiëne
vinden, binden en boeien van medewerkers	<ol style="list-style-type: none"> 1. werving via scholen, banenbeurzen vernieuwd (via Transmuraal Netwerk) 2. onderzoek capaciteitsplanning in Coöperatieverband voor kritieke functies (OK, specialistische opleidingen) 3. pilot medewerkerstevredenheidonderzoek en schriftelijke exitinterviews gestart 4. nieuwe functies voor talent 5. wervingsbonus evaluatie 	<ol style="list-style-type: none"> 1. nieuwe website 2. aanbevelingen voor aanpak 3. uniforme vragenlijst, uitrol in 2011 4. teamleider en senior verpleegkundige functies ontworpen 5. goede kwaliteit kandidaten, minimaal € 10.000 minder kosten
beïnvloeding van cultuur	<p>Diverse interventies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coachingstrajecten met leidinggevendenden • intervisietrajecten met verpleegkundigen/ leidinggevendenden • cursus Waarden en normen op diverse afdelingen • project Zicht op talenten bij diverse afdelingen en poli's gericht op bewustwording van gezamenlijke verantwoordelijkheid van medewerkers voor resultaten • vernieuwde training jaargesprekken voor leidinggevendenden • workshop en presentaties arbeidsrecht en dossieropbouw voor leidinggevendenden • workshop en presentaties ziekteverzuim en gedrag voor leerlingverpleegkundigen, leidinggevendenden en gespecialiseerd verpleegkundigen 	<p>positieve effecten op HRM-gebied (o.a. lager verzuim)</p>
ondersteuning en advisering bij organisatieveranderingstrajecten	<ol style="list-style-type: none"> 1. inrichting van en trainingen voor nieuw personeelsinformatiesysteem (workflows, signaleringen, employee self service, management self service) 2. advisering en ondersteuning bij HRM-Coöperatieprojecten 3. advisering bij invoering elektronisch patiëntendossier 4. advisering bij verzelfstandiging Fysiotherapie, organisatieverandering bij Decentrale zorgadministratie en Apotheek 5. advisering over inrichting Resultaat Verantwoordelijke Eenheden 6. advisering bij proces beheersing personeelskosten 7. ontwerpen strategisch beleidsplan HRM 	<ol style="list-style-type: none"> 1. voorbereiding gereed, implementatie per 1 januari 2011 2. oprichting IC-netwerk, inkoop, samenwerking Dialyse, samenwerking 't Lange Landziekenhuis 3. plaatsing/herplaatsing administratief personeel, taakstelling gerealiseerd 4. nieuwe functies en verantwoordelijkheden beschreven 5. afname van personeelskosten

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Het GHZ hecht grote waarde aan continue verbetering van kwaliteit door middel van opleiding.

Opleiding en wetenschap

Het Landsteiner Instituut faciliteert de samenwerking tussen GHZ en Medisch Centrum Haaglanden op de gebieden opleiding, ontwikkeling en wetenschap. Activiteiten blijven veelal lokaal gecoördineerd. Nieuwe activiteiten, bijvoorbeeld meer ondersteuning van medische opleidingen en wetenschap, e-learning en managementopleidingen, worden samen met het MCH ontwikkeld. Via internet hebben de specialisten toegang tot de Walaeus-bibliotheek van het Leids Universitair Medisch Centrum.

Deskundigheid medewerkers 'op peil'

Het GHZ verwacht dat medewerkers hun professionele vakkennis op peil houden. Hiertoe kunnen zij in- en extern scholing volgen. In het jaargesprek worden met elke medewerker concrete afspraken gemaakt over doorgroeimogelijkheden en opleidingen.

Initiële opleidingen

Het GHZ is een erkend leerbedrijf en biedt een breed pakket aan met beroepsopleidingen en specialistische vervolgoopleidingen. Per jaar heeft het GHZ 100 beroepsbeoefenaren via de 'werken leren variant' in opleiding.

Daarnaast heeft het GHZ 140 stageplaatsen voor diverse beroepsopleidingen. Op de leerafdeling Geriatrie zijn de studenten verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg. De verpleegkundigen coachen de studenten. Ook verzorgt het GHZ het theoretisch onderwijs op maat. Voor pas afgestudeerde verpleegkundigen via de leren/stage route op MBO- en HBO-niveau is er een traineeprogramma van een jaar.

Het GHZ participeert in het Nightingale-programma van het Landelijk Centrum voor Verzorging en Verpleging (LEVV). Dit centrum professionaliseert de verpleegkundige beroepsgroep.

Daarnaast is er een intern en extern scholingsaanbod voor de diverse andere beroepsgroepen, zoals voor de medewerkers van het Klinisch Chemisch Laboratorium, Radiologie, de Operatieafdeling en het Facilitair bedrijf. Hiervoor wordt jaarlijks een plan vastgesteld, onder andere op basis van wettelijke regelgeving en/of beroepsaccreditatie.

Daarnaast zijn er diverse opleidingsmogelijkheden voor leidinggevenden, veelal in coöperatieverband.

E-learning

In 2010 hebben alle verpleegkundigen een account gekregen op het digitaal leerplein.

Er zijn veel modules ontwikkeld op het gebied van vakdeskundigheid. Medewerkers houden hun deskundigheid op peil met digitale modules. Zo leert ieder wanneer het hem of haar uitkomt. Voor de ondersteunende afdelingen zijn er modules ontwikkeld voor onder andere de roomassistenten, medewerkers bedrijfshygiëne en secretaresses. Op het gebied van e-learningmodules is er een samenwerkingsverband met verschillende ziekenhuizen door het hele land.

Studenten Geneeskunde

Als opleidingsziekenhuis is het GHZ actief op het gebied van medische opleidingen. Jaarlijks begeleidt het GHZ studenten Geneeskunde uit het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) voor praktijkonderdelen. Tweemaal per jaar begeleiden we zestien studenten gedurende vijftien bijeenkomsten bij hun eerste ervaringen in de praktijk. Daarnaast lopen jaarlijks ruim 200 studenten hun coschappen en doen ruim twintig zesdejaars studenten hun semi-artsenstage bij het GHZ.

Medisch specialistische opleidingen

Negen vakgroepen verzorgen voor afgestudeerden een (deel van de) medisch specialistische opleiding. Als opleidingsziekenhuis maakt het GHZ hiertoe deel uit van de onderwijs- en opleidingsregio van het LUMC. Een opleidingserkenning voor het opleiden van medisch specialisten hebben:

- Cardiologie
- Chirurgie
- Gynaecologie
- Interne Geneeskunde
- Kindergeneeskunde
- Keel-, Neus- en Oorheelkunde
- Klinische Chemie
- Neurologie
- Revalidatiegeneeskunde

Een erkenning voor de opleiding tot radioloog is aangevraagd.

Een aantal opleidingen in ontwikkeling in 2010:

- e-learning, diverse modules op gebied van vakdeskundigheid
- senioropleiding + management 1 en 2 in samenwerking met Transfergroep Rotterdam
- diverse trainingen patiëntveiligheid

4.6 Samenleving

Het GHZ geeft op verschillende manieren uiting aan zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Onderdeel	Uitvoering
voorlichting	<ul style="list-style-type: none">- Tijdens informatieavonden voor patiënten en andere belangstellenden geven specialisten, verpleegkundigen en/of paramedici uitleg over bepaalde thema's en is er ruimte om vragen te stellen. In 2010 zijn twaalf informatiebijeenkomsten gehouden.- Tijdens inloopbijeenkomsten kunnen patiënten gratis binnenlopen om met speciaal opgeleide vrijwilligers van patiëntenorganisaties te praten over hun ziekte/aandoening. In 2010 zijn 50 inloopbijeenkomsten gehouden.- Via onder meer het patiëntenmagazine, de internetsite en regionale kranten verspreidde het GHZ nieuws over het ziekenhuis.
veiligheid	<ul style="list-style-type: none">- Het GHZ behoort tot de keten gezondheidszorg binnen de veiligheidsregio Hollands Midden.- Het Ziekenhuis Rampenopvangplan (ZiROP) bevat onder meer richtlijnen voor een rampmelding, de voorbereiding voor de opvang van slachtoffers, alarmeringsschema's.- Het pandemieplan geeft het beleid weer zoals gehanteerd binnen de veiligheidsregio. <p>Meer informatie over veiligheid is te lezen in paragraaf 4.4.3.</p>
milieu	<ul style="list-style-type: none">- Naar aanleiding van de handavingsbezoeken van de Milieudienst Midden-Holland is de brandwerendheid van de opslag reservevoorraad gassen op de Jozeflocatie aangepast aan de richtlijn voor veiligheid.- In het kader van de Wet Milieubeheer werd in december het besluit van B&W Gouda gepubliceerd om het GHZ de aangevraagde revisievergunning te verlenen. Een essentiële stap die het mogelijk maakt om de aanvraag bouwvergunning te kunnen indienen.- Het GHZ voldeed aan alle vergunde geluidsnormen. Toch waren er klachten van omwonenden over nachtelijke geluidsoverlast. Om hen daarin tegemoet te komen, zijn de koelcompressoren van het energiegebouw naar binnen verplaatst. De gerealiseerde geluidsreductie bedraagt factor 5.- Van de totale hoeveelheid afval is ruim 40% gescheiden aangeboden.- De totale hoeveelheid ingezameld afval daalde in 2010 met 24 ton en komt daarmee onder de 600 ton. Deze vermindering doet zich met name voor in niet-gevaarlijk bedrijfsafval. Het tonnage gevaarlijk afval is licht gestegen. Ruim 110 ton was herbruikbaar. Dat was gescheiden ingezameld afval zoals papier, karton, batterijen, glas, swill (keukenafval en etensresten) en vet. De CO²-reductie daarvan bedraagt 30.000 kg.- In het kader van de Waterwet is het afvalwater gemeten en geanalyseerd. Opnieuw is de hoeveelheid geconstateerde vervuilende stoffen gedaald: namelijk met 13% ten opzichte van 2009.- Door optimalisatie van de warmte- koudebronnen op het ziekenhuisterrein is de opbrengst van het vermogen gestegen. Dit betekent een duurzame besparing op ingekochte elektriciteit en gas ter grootte van ruim 2.600 megawatt.- Het totale elektriciteitsverbruik is met 695 megawatt toegenomen. Dit kan verklaard worden door de ingebruikname van geavanceerde medische apparatuur zoals de PET/CT-scan. Het gasverbruik is gestegen met ruim 170.000m³.
overige	<ul style="list-style-type: none">- Het GHZ heeft in 2010 opnieuw betrokkenheid getoond bij diverse goede doelen en projecten, zoals deelname aan de Week van de Chronisch zieken, de Donorweek, Borstkankermaand en het opzetten van revalidatieprogramma's zoals Herstel en Balans.- Met de stichting Vrienden van het GHZ zijn veel kwaliteitsverbeterende projecten gerealiseerd en zijn waardevolle contacten gelegd met onder andere het bedrijfsleven en serviceclubs in de regio.- De betrokkenheid van het GHZ bij de ontwikkeling van jongeren in de regio komt tot uiting door sponsoring van en deelname in het bestuur van de Goudse Weekendschool.- Ook door een actieve bestuursfunctie in het OndernemersFondsGouda en daarbij behorende evenementen toont het GHZ zijn maatschappelijke betrokkenheid. Zo biedt het project Gouda Beweegt praktijkstages voor studenten en worden diverse (zorg- en educatieve) ondernemers op een unieke manier aan elkaar verbonden. Door deelname aan dit evenement stimuleert het GHZ de inwoners van Gouda en omgeving om meer te bewegen en schenken we aandacht aan preventieve zorg.

4.7 Financieel beleid

Resultaat

In 2010 heeft het GHZ een geconsolideerd positief resultaat geboekt van € 2,6 miljoen. Het jaar daarvoor, in 2009, was dit € 2,5 miljoen. Het resultaat van het ziekenhuis is met € 0,2 miljoen gestegen tot € 2,8 miljoen. We hebben met deze ontwikkeling de positieve tendens in onze resultaat doorgezet.

Deze constatering is extra bevredigend indien men zich realiseert dat een bedrag van € 1,2 miljoen aan geleverde ziekenhuiszorg niet door de zorgverzekeraars wordt vergoed. Het GHZ probeert met inzet van alle ter beschikking staande middelen om het voor 2011 begrote operationele resultaat van € 3,5 miljoen, ondanks de zeer zware taakstelling voortvloeiend uit de door de minister opgelegde korting van € 4,5 miljoen, te realiseren.

Vermogen

De solvabiliteit bedraagt einde boekjaar 11,5% (2009: 10,5%). Deze wordt - volgens de WfZ-norm - uitgedrukt als een percentage van het totale vermogen in relatie tot de totale (risicodragende) bedrijfsopbrengsten. Met andere woorden de totale bedrijfsopbrengsten gecorrigeerd voor budgettaire compensaties uit hoofde van de diverse (overgangs-) regelingen voor kapitaallastenvergoeding en nadeelcompensatie. De ondergrens die het WfZ hanteert om in aanmerking te komen voor borging bedraagt 5%. Verdere versterking van onze vermogenspositie in 2011 heeft de volle aandacht, mede in het licht van de bouwactiviteiten die in het voorjaar 2011 zullen aanvangen.

Resultaat en personeel

De personeelskosten zijn met € 4,1 miljoen gestegen ten opzichte van vorig jaar. Het GHZ streeft onverminderd naar meer flexibiliteit in zijn personele bezetting om beter op de zorgvraag te kunnen inspelen.

De kosten voor personeel niet in loondienst zijn ten opzichte van vorig jaar met € 0,7 miljoen gedaald tot € 5,6 miljoen. De belangrijkste oorzaken zijn de economische situatie, waardoor een vast dienstverband weer aantrekkelijker wordt en bij de afloop van een aantal projecten waardoor een minder beroep op deze categorie wordt gedaan.

Inmiddels is vanuit de Coöperatie verdere aanzet en invulling gegeven aan de activiteiten van de back-office en het primaire proces. Zo is in 2010 ondermeer het gezamenlijke IC bedrijf gestart, worden Coöperatie inkooptaken vanuit het shared system principe uitgevoerd, is gekozen voor de implementatie van een salaris- en personeelssysteem.

De ontwikkeling in de personele kosten in relatie tot productie en opbrengsten vragen blijvend onze aandacht. In 2010 is daarom gestart met een selectieve personeelsstop hetgeen geleid heeft tot een beperkte groei in personeel van 1.478 fte naar 1.518 fte.

Opbrengsten en zorgvraag

De totale bedrijfsopbrengsten zijn met 22% gestegen tot een bedrag van € 170,8 miljoen. De stijging wordt met name veroorzaakt door de effecten voortvloeiend uit de overgangsregeling kapitaallastenvergoeding. Gecorrigeerd voor dit effect bedraagt de stijging van de bedrijfsopbrengsten 8,8%. Het risicodragende B-segment is met bijna 12% gestegen tot een bedrag van € 42,9 miljoen.

De zorgvraag in ons verzorgingsgebied zal de komende jaren verder toenemen op geleide van de toenemende vergrijzing. Midden-Holland heeft namelijk een 2% achterstand in vergrijzing ten opzichte van de grootstedelijke gebieden die deze regio omringen. Erkenning van deze groei door zorgverzekeraars is aanwezig, maar de vraag rijst in welke mate zorgverzekeraars deze groei kunnen en willen vertalen in onderscheidend contracteringsbeleid naar andere instellingen om macroeconomisch beschouwd toch binnen de groeiruimte van het Budgettair Kader Zorg te blijven. De stijgende zorgvraag heeft geleid tot een extra productie van € 1,2 miljoen euro die niet door de verzekeraar wordt vergoed. Een belangrijk element binnen deze overproductie betreft het plaatsen van radiologische stents (€ 0,4 miljoen). Met deze behandeling worden effectief ledematen gespaard waardoor voor patiënten een belangrijke kwaliteitswinst wordt gerealiseerd en zorgkosten in andere sectoren zoals verpleging en revalidatie worden gereduceerd.

2011 is naar verwachting het laatste jaar waarin de DBC systematiek zal gelden. Signalen worden steeds duidelijker dat met ingang van 1 januari 2012 de DOT systematiek wordt ingevoerd, gekoppeld aan een uitbreiding van het vrije marktsegment tot 80-85%. Deze overgang werpt al geruime tijd zijn schaduw vooruit omdat ziekenhuisinstellingen laat de beschikking krijgen over de noodzakelijke informatie om de consequenties voor de toekomstige opbrengsten in beeld te brengen.

Tevens is nog niet bekend of de minister voornemens is om de overschrijding van het Budgettair Kader Zorg 2010 weer in een generieke kortingsmaatregel te vertalen. Weliswaar loopt vanuit de ziekenhuizen een procedure over de voorgenoemde korting met betrekking tot de overschrijding in 2009 die in 2011 wordt opgelegd, maar de uitslag is tot op heden nog niet bekend.

In de opbrengsten is een bedrag opgenomen van € 17,9 miljoen euro uit hoofde van de afwikkeling van de Immateriële Activa (IMVA) zoals deze in beleidsregels is opgenomen. Met de afwikkeling van deze positie komt een einde aan de jarenlange onzekerheid of en voor welk bedrag deze post kan worden verhaald. Aangezien de nacalculatie 2010 pas in het najaar 2011 definitief wordt vastgesteld is uit voorzichtigheid gekozen om het resultaat pas te verantwoorden op het moment van definitieve vaststelling daarvan.

Bouw en investeringen

2010 heeft in het teken gestaan van het verkrijgen van de voor de bouw benodigde financiering en vergunningen. In het voorjaar 2011 zijn alle benodigde vergunningen verkregen en is financiering zeker gesteld.

In totaal is voor een bedrag van € 28,1 miljoen geïnvesteerd. Belangrijkste elementen zijn de benodigde verbouwingen en sloopkosten verbonden aan de nieuwbouw ten bedrage van € 20,0 miljoen. In 2010 heeft het GHZ € 4,5 miljoen geïnvesteerd in medische en niet-medische apparatuur terwijl er € 2,0 miljoen is geïnvesteerd in een semipermanente parkeergarage om de parkeerproblematiek verbonden aan de nieuwbouw te kunnen ondervangen.

Onzekerheden

De belangrijkste onzekerheden in de komende jaren betreffen:

- de invoering van DOT en de uitbreiding van de beoogde marktwerking;
- de reactie van de vrijgevestigd medisch specialisten en de ziekenhuizen op de beoogde veranderingen in de honorariumsystematiek en de daaraan verbonden voorwaarden en consequenties;
- erkenning van de extra stijging van de regionale zorgvraag door verzekeraars in het landelijk contracteringsbeleid;
- beheersing van de bouwkosten.

Het GHZ heeft de bedrijfswaardetoets geactualiseerd en wij hebben geconcludeerd dat de terugverdienbaarheid niet ter discussie staat. Echter, zoals eerder aangegeven, kunnen wijzigingen in de overheidsmaatregelen en uitkomsten van onderhandelingen nog in belangrijke mate van invloed zijn op deze bedrijfswaardetoets in de komende jaren.

4.8. Zorgvernieuwingen

Deze paragraaf beschrijft welke projecten het GHZ onder meer gerealiseerd heeft en welke mijlpalen zijn bereikt in 2010.

Ontwikkeling	Resultaat in 2010
zorg dichtbij de patiënt	uitbreiding locaties fundusfotografie Hierdoor kunnen patiënten met diabetes mellitus dichtbij huis terecht voor hun jaarlijkse oogonderzoek. Door de verbeterde apparatuur is het oogonderzoek ook minder belastend.
waarborg kwaliteit & continuïteit zorg	plaatsing en ingebruikname van twee tijdelijke, compleet nieuwe en kwalitatief hoogstaande operatiekamers
(na)zorg oncologiepatiënten	start van een speciaal buffet voor oncologiepatiënten Het aanbieden van gezond en energierijk voedsel stimuleert de patiënt om te eten en bevordert zijn of haar herstel. Na een succesvolle pilot eind 2009 is in samenwerking met ZorgBrug ook in 2010 het revalidatieprogramma Herstel en Balans aangeboden aan mensen die een oncologiebehandeling hebben ondergaan.
preventieve zorg	opening CheckPuntGezondheid, centrum voor gezondheidsonderzoeken, keuringen en preventie voor zowel particulieren als bedrijven De diverse onderzoeken en keuringen zijn gericht op preventie en gezond gedrag.
bladderscan	ingebruikname bladderscan (blaasscan) Hierdoor kan snel en kindvriendelijk een diagnose gesteld worden, zonder te katheteriseren.
vernieuwd schoonmaakprogramma operatiekamers	vernieuwde schoonmaakprogramma's op de operatiekamers waarbij onder andere gespecialiseerde schoonmakers in de avonden de operatiekamers grondig reinigen Dit levert kwalitatief betere resultaten op.
spoedpolikliniek	opening spoedpolikliniek Deze is bedoeld voor patiënten die op korte termijn door een arts gezien moeten, maar niet via de weg van de spoedeisende hulp.
schoudernetwerk Groene Hart	oprichting samenwerkingsverband tussen orthopeden uit het ziekenhuis en fysiotherapeuten uit de eerste en tweede lijn Doel van het netwerk is het bevorderen deskundigheid, delen van informatie en verbeteren van de samenwerking.
elektronisch voorschrijf- en toedienregistratiesysteem (EVS-TDR)	voortuitlopend op de ontwikkelingen in 2012 gebruiken alle klinische afdelingen in het GHZ het elektronisch voorschrijf- en toedienregistratiesysteem (EVS-TDR). Deze veilige manier van werken vermindert het aantal medicatiefouten.



Deel B Financieel verslag

Inhoudsopgave jaarrekening Stichting Groene Hart Ziekenhuis 2010

5.1	Geconsolideerde jaarrekening 2010	72
5.1.1	Geconsolideerde balans per 31 december 2010	72
5.1.2	Geconsolideerde resultatenrekening over 2010	73
5.1.3	Geconsolideerd kasstroomoverzicht over 2010	74
5.1.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	75
5.1.5	Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2010	79
5.1.6	Geconsolideerd mutatieoverzicht materiële vaste activa	90
5.1.7	Overzicht langlopende schulden ultimo 2010	92
5.1.8	Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening over 2010	94
	Enkelvoudige jaarrekening 2010	
5.1.9	Enkelvoudige balans per 31 december 2010	103
5.1.10	Enkelvoudige resultatenrekening over 2010	104
5.1.11	Toelichting op de enkelvoudige balans en resultatenrekening 2010	104
5.2	Overige gegevens	105
5.2.1	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	105
5.2.2	Statutaire regeling resultaatbestemming	105
5.2.3	Resultaatbestemming	105
5.2.4	Gebeurtenissen na balansdatum	105
5.2.5	Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	105
5.2.6	Accountantsverklaring	106
5.3	Bijlagen	110
5.3.1	Balans per 31 december 2010 en resultatenrekening over 2010 Stichting Zorggroep Groene Hart	110

5.1 GECONSOLIDEERDE JAARREKENING 2010

5.1.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2010 (na resultaatbestemming)

ACTIVA (in €)	Ref	2010	2009
Vaste activa:			
Materiële vaste activa	1	92.034.947	93.019.706
Financiële vaste activa	2	209.211	5.327.900
Totaal vaste activa		92.244.158	98.347.606
Vlottende activa:			
Voorraden	3	1.098.316	911.567
Onderhanden werk DBC's	4	(945.800)	(3.826.166)
Vorderingen en overlopende activa	5	43.601.997	51.924.400
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	6	13.187.544	-
Liquide middelen	7	241.904	101.547
Totaal vlottende activa		57.183.961	49.111.347
Totaal activa		149.428.119	147.458.954

PASSIVA (in €)	Ref	2010	2009
Eigen vermogen:	8		
Kapitaal		136	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		16.636.488	13.488.528
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		748.175	1.288.144
		17.384.799	14.776.809
Voorzieningen:	9	4.536.879	8.582.268
Langlopende schulden:	10	25.292.469	27.520.232
Kortlopende schulden:			
Schulden financieringsoverschot	6	-	2.598.232
Overige schulden/overlopende passiva	11	102.213.972	93.981.414
		102.213.972	96.579.646
Totaal passiva		149.428.119	147.458.954

5.1.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2010

(in €)	Ref	2010	2009
Wettelijk Budget aanvaardbare kosten	13	110.911.785	85.651.866
DBC opbrengst B-segment	14	42.880.393	38.331.901
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	15	6.180.790	6.551.898
Overige bedrijfsopbrengsten	16	10.839.512	9.915.687
Som der bedrijfsopbrengsten		170.812.480	140.451.352
Personeelskosten	17	84.937.100	80.845.724
Terugname afwaardering vaste activa	18	17.864.200	-
Afschrijvingen vaste activa	18	11.282.448	5.831.432
Overige bedrijfskosten	19	52.144.970	49.006.783
Som der bedrijfslasten		166.228.718	135.683.939
Financiële baten en lasten	20	1.975.771	2.312.113
		168.204.489	137.996.052
Resultaat		2.607.990	2.455.300

(in €)	2010	2009
Bestemming resultaat:		
- Collectief gefinancierd gebonden vermogen	3.147.960	2.559.886
- Niet-collectief gefin. vrij vermogen Groene Hart Ziekenhuis	(320.915)	75.980
- Niet-collectief gefin. vrij vermogen St. Zorggroep Groene Hart	(219.055)	(180.566)
Resultaat	2.607.990	2.455.300

5.1.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT (INDIRECTE METHODE)

(in €)	2010	2009
Kasstroom uit operationele activiteiten:		
Resultaat	2.607.990	2.455.300
Aanpassingen voor:		
- afschrijvingen en afwaarderingen	29.146.648	5.831.432
- mutaties voorzieningen	(4.045.389)	(3.575.637)
	27.709.250	4.711.094
Veranderingen in vlottende middelen:		
- voorraden	(186.750)	211.859
- onderhanden werk DBC's	(2.880.366)	3.050.700
- vorderingen	8.322.403	(23.072.082)
- vorderingen financieringstekort	(15.785.776)	11.246.108
- kortlopende schulden	11.820.207	8.068.630
	1.289.719	(494.784)
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	28.998.969	4.216.310
Kasstroom uit investeringsactiviteiten:		
- investeringen materiële vaste activa	(28.161.889)	(12.597.864)
- mutatie financiële vaste activa	5.118.689	(1.300.163)
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten	(23.043.200)	(13.898.027)
Kasstroom uit financieringsactiviteiten:		
- nieuw opgenomen leningen	3.200.000	-
- aflossingen langlopende leningen	(5.427.763)	(5.601.149)
- overige mutaties eigen vermogen	-	(30)
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten	(2.227.763)	(5.601.179)
Mutatie geldmiddelen/bankschulden	3.728.006	(15.282.896)
Stand geldmiddelen/bankschulden:		
Liquide middelen	241.904	101.547
Bank- en Bouwkrediet	(48.241.625)	(51.829.274)
	(47.999.722)	(51.727.727)
Mutatie geldmiddelen/bankschulden	3.728.006	(15.282.896)

Voor een nadere specificatie verwijzen wij naar 5.1.5.7 en 5.1.5.10.

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

5.1.4.1 Algemeen

Groepsverhoudingen en Consolidatie

Met ingang van juli 2005 is los van het Groene Hart Ziekenhuis de Stichting Zorggroep Groene Hart opgericht. Stichting Zorggroep Groene Hart is 100% aandeelhouder van Holding Groene Hart bv. De holding heeft drie dochtervennootschappen, Groene Hart Extra Zorg bv, Groene Hart Diensten bv en Vastgoed Groene Hart bv. De activiteiten in 2010 zijn gering van omvang, de totale omzet bedroeg € 1,4 miljoen en is volledig gegenereerd door Groene Hart Extra Zorg bv. Vanwege de geringe omvang is besloten om de gelieerde activiteiten wel te consolideren maar geen separate enkelvoudige jaarrekeningen in het jaardocument op te nemen, maar een verkorte geconsolideerde balans en resultatenrekening van de Stichting Zorggroep Groene Hart.

De Stichting Groene Hart Ziekenhuis te Gouda treedt op als groepshoofd van de consolidatie. In de consolidatie worden opgenomen de financiële gegevens van rechtspersonen waarop zij een overheersende zeggenschap kan uitoefenen of waarover zij de centrale leiding heeft. Groepsmaatschappijen zijn rechtspersonen waarin het Groene Hart Ziekenhuis beslissende zeggenschap, direct of indirect, kan uitoefenen. Intercompany-transacties en onderlinge vorderingen en schulden tussen groepsmaatschappijen en andere in de consolidatie opgenomen rechtspersonen worden geëlimineerd.

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De geconsolideerde jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving. Voor zover niet anders vermeld, zijn de activa en passiva opgenomen tegen nominale waarde. De jaarrekening is opgesteld na resultaatbestemming.

Grondslagen enkelvoudige jaarrekening

De grondslagen van waardering en van resultaatbepaling voor de enkelvoudige jaarrekening zijn gelijk aan die voor de geconsolideerde jaarrekening.

Consolidatie

In de geconsolideerde jaarrekening zijn tevens opgenomen de stichtingen en vennootschappen die tot de groep behoren. Dit betreft de volgende stichtingen en vennootschappen:

- Stichting Zorggroep Groene Hart
- Holding Groene Hart bv
- Groene Hart Diensten bv
- Vastgoed Groene Hart bv
- Groene Hart Extra Zorg bv
- Groene Hart Diëtheek bv
- Beweegpunt Fysio bv

Groene Hart Diëtheek bv en Beweegpunt Fysio bv zijn verwerkt in de geconsolideerde jaarrekening van de Stichting Groene Hart Ziekenhuis door consolidatie van de geconsolideerde jaarrekening van Groene Hart Extra Zorg bv.

In Zorgbrug bv heeft het Groene Hart Ziekenhuis een direct belang 33,33%. In de Nederlandse Obesitas Kliniek West heeft het Groene Hart Ziekenhuis een indirect belang van 6,125%.

Zorgbrug bv en de Nederlandse Obesitas Kliniek West zijn als deelneming verwerkt in de cijfers. Gegeven de omvang van de activiteiten van deze deelnemingen voegt consolidatie niets wezenlijks toe aan het uit de jaarrekening blijkende inzicht omtrent de omvang van het vermogen per 31 december 2010 en het resultaat over 2010.

Verbonden rechtspersonen

Alle groepsmaatschappijen, zoals opgenomen in paragraaf consolidatie, evenals de deelnemingen toegelicht onder de toelichting op de financiële vaste activa, worden aangemerkt als verbonden partij.

Vergelijking met voorgaand jaar

De grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van voorgaand jaar.

5.1.4.2 Grondslagen van waardering van activa en passiva

Activa en passiva

Activa en passiva worden in het algemeen gewaardeerd tegen de verkrijgings- of vervaardigingsprijs, tenzij specifiek anders vermeld.

Toelichtingen op de posten in de balans, resultatenrekening en kasstroomoverzicht zijn in de jaarrekening genummerd.

Materiële vaste activa

De materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs of vervaardigingskosten onder aftrek van jaarlijkse lineaire afschrijvingen.

WTZi-vergunningsplichtige vaste activa worden gewaardeerd tegen de laagste van de verkrijgings- of vervaardigingsprijs en het goedgekeurde investeringsbedrag. Het meerdere boven het goedgekeurde investeringsbedrag wordt ten laste van de resultatenrekening gebracht.

Voor WTZi-vergunnings- en meldingsplichtige vaste activa en WMG-gefinancierde vaste activa waarvoor in de bekostigingssystematiek geen substitutievrijheid bestaat binnen het verkregen budget, is de afschrijvingsperiode gelijk aan de in de bekostigingssystematiek voorgeschreven afschrijvingstermijnen.

Voor die vaste activa waarvoor binnen de bekostigingssystematiek of het verkregen wettelijk budget aanvaardbare kosten substitutievrijheid bestaat respectievelijk normatieve vergoedingen gelden, zijn de afschrijvingstermijnen gebaseerd op de economische levensduur. Voor het bestaande vastgoed zijn de afschrijvingstermijnen zoals voorgeschreven in de bekostiging gehandhaafd.

Op de in ontwikkeling en/of aanbouw zijnde materiële vaste activa wordt, zolang de fase waarin het bouwproces zich bevindt niet is afgerond, niet afgeschreven.

In verband met de kredietovereenkomsten is ten aanzien van de activa een positieve/negatieve hypotheekverklaring naar rato gesloten, als zekerheidsstelling naar financiers toe.

Financiële vaste activa

Financiële vaste activa betreffen langlopende vorderingen die zijn opgenomen voor de nominale waarde, alsmede deelnemingen die zijn opgenomen voor de netto vermogenswaarde.

Vorraden

De voorraden zijn gewaardeerd tegen verkrijgingprijzen onder aftrek van een benodigde voorziening voor incourantheid.

Onderhanden werk DBC's

Het onderhanden werk uit hoofde van DBC's wordt gewaardeerd tegen de vervaardigingsprijs, zijnde de kostprijs van de reeds bestede verrichtingen of tegen de opbrengstwaarde van de DBC indien deze lager is. De productie van het onderhanden werk is bepaald door de openstaande verrichtingen te koppelen aan de DBC's die ultimo boekjaar openstonden. Op het onderhanden werk worden de voorschotten die ontvangen zijn van verzekeraars in mindering gebracht. Het honorarium van de vrijgevestigde medisch specialisten is niet inbegrepen in de onderhanden werk waardering.

Vorderingen

Vorderingen worden opgenomen onder aftrek van een voorziening op grond van verwachte oninbaarheid.

Liquide middelen

Liquide middelen bestaan uit kas en banktegoeden. Rekening-courantschulden bij banken zijn opgenomen onder schulden aan kredietinstellingen onder kortlopende schulden.

Voorzieningen

Voorzieningen worden gevormd voor in rechte afdwingbare of feitelijke verplichtingen die op de balansdatum bestaan waarbij het waarschijnlijk is dat een uitstroom van middelen noodzakelijk is en waarvan de omvang op betrouwbare wijze is te schatten. De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de beste schatting van de bedragen die noodzakelijk zijn om de verplichtingen per balansdatum af te wikkelen.

Voor een uiteenzetting van de grondslagen voor waardering per individuele voorziening wordt verwezen naar de toelichting bij 5.1.5.9.

5.1.4.3 Grondslagen van resultaatbepaling

Algemeen

Het resultaat wordt bepaald als het verschil tussen de baten en de lasten over het verslagjaar, met inachtneming van de hiervoor reeds vermelde waarderingsgrondslagen.

De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Baten worden verantwoord als deze gerealiseerd zijn en lasten worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn. Overige baten en lasten uit voorgaande jaren die dit jaar zijn geconstateerd, worden aan dit boekjaar toegerekend.

Pensioenen

Het ziekenhuis heeft voor haar werknemers een toegezegde pensioenregeling. Hiervoor in aanmerking komende werknemers hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen welke afhankelijk is van leeftijd, salaris en dienstjaren. De regeling is ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds Stichting Pensioenfonds Zorg en Welzijn. Het ziekenhuis heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij Stichting Pensioenfonds Zorg en Welzijn, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Het ziekenhuis heeft daarom de pensioenregeling verwerkt als een toegezegde bijdrageregeling en heeft alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

5.1.4.4 Kasstroomoverzicht

Het kasstroomoverzicht is bepaald overeenkomstig de indirecte methode.

5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2010

Sinds 2007 zijn belangrijke wijzigingen in de regelgeving rondom zorgvastgoed en de bekostiging van vaste activa aangekondigd. Per 1 januari 2008 is het bouwregime voor ziekenhuizen afgeschaft; hierdoor ontstaat meer vrijheid in bouwen, maar tevens vervalt de garantie van het Ministerie van VWS op de vergoeding van afschrijvingen en rentelasten. Het risico van de dekking van kapitaallasten van het vastgoed en daarmee van de boekwaarde ligt daardoor meer en meer bij de ziekenhuizen.

Richtlijn 655 Zorginstellingen is met ingang van boekjaar 2009 aangepast aan het vervallen van het bouwregime en de (voorgenomen) wijzigingen in de bekostiging van de kapitaallasten van het vastgoed. Door de wijziging van de bekostigingssystematiek komt een einde aan verwerking en waardering van vaste activa (met name vastgoed) op grond van de bekostigingsvoorschriften. De verwerking en waardering van vaste activa dient hiermee volgens de algemene verslaggevingsregels van Titel 9 Boek 2 BW en de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving plaats te vinden.

Op 1 april 2010 heeft de minister van VWS het overgangsregime kapitaallasten voorgelegd aan de Tweede Kamer. Dit overgangsregime geeft, aflopende in de tijd, gedeeltelijke zekerheid voor oudbouw- en nieuwbouwproblematiek van het vastgoed en zekerheid voor de afwikkeling van de voormalige Immateriële Vaste Activa (door versnelde afschrijving en vergoeding in de budgetten). Dit overgangsregime is in juli 2010 uitgewerkt in beleidsregels van de NZa. De feitelijke werking en effecten zijn echter afhankelijk van de wijze van invoering van prestatiebekostiging en de kapitaallasten hierbinnen. Hierover bestaan nog geen zekerheden.

Er is nog geen duidelijkheid over de hoogte, definitieve invoeringsdatum en wijze van integrale prestatiebekostiging en DOT-systematiek. Voornog loopt voor het A-segment de bekostiging van kapitaallasten door op basis van nacalculatie. Mogelijk vanaf 2012 is er sprake van integrale tarieven.

Waardering Materiële vaste activa

Algemeen

Het vervallen van het stelsel van bekostiging waarbij een integrale vergoeding voor de werkelijke afschrijvingskosten van vaste activa was opgenomen, kan daarmee ook gevolgen hebben voor de waardering van de materiële vaste activa. Het vervallen van het stelsel van bekostiging kan worden aangemerkt als een aanwijzing voor de aanwezigheid van een bijzondere waardevermindering overeenkomstig RJ hoofdstuk 121 "Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa". Door de onzekerheid over de toekomstige bekostigingssystematiek is nog nauwelijks mogelijk vast te stellen of sprake is van een bijzondere waardevermindering ultimo 2010. De overgangsregeling en versnelde afschrijvingsregeling voor immateriële vaste activa zouden, afhankelijk van de impact en uitwerking van prestatiebekostiging voor diverse problemen van oudbouw en recente nieuwbouw, in ieder geval een gedeeltelijke en tijdelijke oplossing kunnen bieden. Daarnaast heeft de NZa de bevoegdheid van eigen beleidsregels af te wijken ten einde maatwerkoplossingen te kunnen bieden voor additionele problematiek.

Met ingang van 2012 zal de bekostiging van ziekenhuizen mogelijk overgaan op de DOT-systematiek. Er is landelijk nog onduidelijkheid over de exacte uitwerking van prestatiebekostiging en de wijze van financiering van kapitaallasten in de DOT-systematiek, specifiek voor bijzondere functies en vaste segment en over de uitwerking van het overgangsregime kapitaallasten.

Bedrijfswaarde

De door het Groene Hart Ziekenhuis ingeschatte bedrijfswaarde is hoger dan de boekwaarde per 31 december 2010. Aanpassing van de waardering van de materiële vaste activa van historische kostprijs naar bedrijfswaarde, is daarom niet opportuun. Daarbij stelt het Groene Hart Ziekenhuis zich op het standpunt dat eventuele nadelige gevolgen van een wijziging in de bekostigingssystematiek door de overheid zullen worden gecompenseerd.

In 2007 heeft een afwaardering plaatsgevonden ten laste van het resultaat van immateriële en materiële vaste activa van € 5,6 miljoen. In 2008 heeft terugname van deze afwaardering plaatsgevonden op grond van de beleidsregels rondom de overgangsregeling kapitaalslastenvergoeding. Deze terugname is verantwoord als een financieel vast actief. De afschrijvingen worden verwerkt conform de in het verleden toegepaste systematiek. Gegeven de laatste ontwikkelingen op het vlak van de regelgeving gaat het Groene Hart Ziekenhuis ervan uit dat deze post in de nacalculatie 2010 zal worden vereffend.

Afschrijvingen en gebruiksduur

De tot en met 2009 gehanteerde afschrijvingstermijnen behoeven naar de mening van de Raad van Bestuur van het Groene Hart Ziekenhuis per saldo geen aanpassing. Dit gegeven de resterende gebruiksduur en de verwachte compensatie voor de overgangsproblematiek.

De Raad van Bestuur acht de overheid verantwoordelijk compensatie te verlenen indien de bekostiging ontoereikend is geweest voor activa waarvoor in de geldende budgetsystematiek vergunningen en daarmee bekostigingstoezeggingen zijn verleend. Het Groene Hart Ziekenhuis behoudt zich het recht voor om het hiermee gemoeide bedrag ad. € 9,6 miljoen in de toekomst te verhalen op de overheid.

Het Groene Hart Ziekenhuis heeft -ondanks haar standpunt inzake de te vergoeden bedragen door de overheid op grond van eerdere afspraken en het voldoen aan wet- en regelgeving inzake activa in het verleden- voorzichtigheidshalve een voorziening getroffen voor een deel van de geclaimde vergoeding van € 19,4 miljoen. De voorziening is opgenomen als onderdeel van de totale voorziening financieringsrisico's.

5.1.5.1 Materiële vaste activa

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Terreinen en terreinvoorzieningen	5.699.000	5.819.300
Gebouwen	51.012.943	49.038.869
Installaties	7.073.900	7.549.400
Inventarissen	26.076.010	27.570.870
Onderhanden projecten	2.173.094	3.041.267
Totaal materiële vaste activa	92.034.947	93.019.706
Het verloop van de materiële vaste activa in het verslagjaar is als volgt weer te geven:		
Boekwaarde per 1 januari	93.019.706	86.236.324
Bij: investeringen	28.161.889	12.597.864
Af: aanpassing boekwaarde	(17.864.200)	-
Af: afschrijvingen	(11.282.448)	(5.814.482)
Boekwaarde per 31 december	92.034.947	93.019.706

Voor de terreinen is in 2010 door een onafhankelijke derde een taxatieberekening opgesteld. Hierbij is de grondwaarde voor de zorgbestemming bepaald op € 10,4 miljoen.

Voor een nadere specificatie van het verloop van de materiële vaste activa per activagroep wordt verwezen naar het mutatieoverzicht onder 5.1.6.

De onderhanden projecten per 31 december betreffen: (in €)	2010	2009
Concentratiebouw	1.904.807	1.866.592
Instandhouding	268.287	1.174.675
	2.173.094	3.041.267

5.1.5.2 Financiële vaste activa

De specificatie is als volgt: (in €)	Stand per 01-01-2010	Overige mutaties in 2010	Afboeking in 2010	Stand per 31-12-2010
Langlopende vorderingen:				
Afwaardering immateriële/materiële vaste activa				
Te ontvangen middels regulier budget	2.043.300	(195.400)	(1.847.900)	-
Te ontvangen middels specifieke beleidsmaatregelen	3.278.600	-	(3.278.600)	-
Ledenrekening Centramed	-	203.211	-	203.211
Ledenrekening Coöperatie	-	-	-	-
	5.321.900	7.811	(5.126.500)	203.211
Deelnemingen:	6.000	-	-	6.000
Totaal financiële vaste activa	5.327.900	7.811	(5.126.500)	209.211

De ledenrekening Centramed stond voorheen gepresenteerd onder de kortlopende vorderingen.

De ledenrekening van de Coöperatie is gewaardeerd op nihil.

De specificatie van de deelnemingen is als volgt: (in €)	Verschaft Kapitaal	Afwaardering deelneming	Stand per 31-12-2010
Zorgbrug bv 33,33%	6.000	-	6.000
NOK West 6,125%	9.188	(9.188)	-
	15.188	(9.188)	6.000

5.1.5.3 Voorraden

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Geneesmiddelen	493.600	448.474
Medische middelen	604.716	463.092
Totaal Voorraden	1.098.316	911.567

Een voorziening voor incurantheid wordt niet nodig geacht.

5.1.5.4 Onderhanden werk uit hoofde van DBC's

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Onderhanden werk DBC's A-segment	13.132.215	11.107.110
Onderhanden werk DBC's B-segment	5.153.790	4.242.790
Onderhanden werk DBC's Zorggroep	288.261	344.000
Af: voorschotten zorgverzekeraars	(19.220.066)	(19.220.066)
Af: voorziening onderhanden werk	(300.000)	(300.000)
Totaal Onderhanden werk	(945.800)	(3.826.166)

5.1.5.5 Vorderingen en overlopende activa

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Debiteuren	32.873.015	44.542.703
Overlopende activa	10.728.982	7.381.698
Totaal Vorderingen en overlopende activa	43.601.997	51.924.400

Het debiteurensaldo ultimo vorig boekjaar was hoger dan gebruikelijk doordat de verkoopprijzen van in 2009 geopende B-segment DBC's pas in december 2009 definitief geworden zijn.

De debiteuren zijn opgenomen rekening houdend met een afwaardering voor het risico van oninbaarheid, waarvan het verloop als volgt weer te geven is:

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Stand per 1 januari	810.004	952.672
Toevoeging ten laste van de exploitatie, conform budget	180.020	174.300
Afboekingen wegens oninbaarheid	(135.623)	(316.968)
Stand per 31 december	854.401	810.004

5.1.5.6 Vorderingen van financieringstekort en/of schulden van financieringsoverschot

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009	2008	2007
Saldo per 1 januari	(2.598.232)	8.647.876	5.076.980	(12.962.669)
Bij/af: financieringsverschil boekjaar	15.512.535	(3.425.710)	9.570.964	10.394.906
Af: verrekening financieringsverschil	698.459	217.344	(516.828)	9.258.596
Bij/af: correcties voorgaande jaren	(958.215)	(5.167.134)	(6.515.076)	88.933
Bij/af: onderlinge mutaties	532.997	(2.870.608)	1.031.836	(1.702.786)
Saldo per 31 december	13.187.544	(2.598.232)	8.647.876	5.076.980
Stadium van vaststelling	a	c	c	c

a = interne berekening

b = overeenstemming met zorgverzekeraars

c = definitieve vaststelling NZa

Specificatie financieringsverschil in het boekjaar (in €)	2010	2009
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	111.870.000	90.819.000
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget	(96.357.465)	(94.244.710)
Financieringsverschil	15.512.535	(3.425.710)
Verrekening financieringsverschil voorgaande boekjaren	698.459	217.344
Onderlinge mutaties	532.997	(2.870.608)
Mutaties Wettelijk budget 2009 respectievelijk 2008	(958.215)	(5.167.134)
	15.785.776	(11.246.108)
Stand per 1 januari	(2.598.232)	8.647.876
Financieringsverschil boekjaar	13.187.544	(2.598.232)

Dit betreft de nacalculatie over 2009: (in €)	Nacalculatie	Jaarrekening	Vershil
2009	89.860.785	90.819.000	(958.215)

Stand per 31 december 2010 gespecificeerd naar jaarlagen: (in €)	
Voor 2008	(4.009.696)
2008	5.169.670
2009	(4.184.165)
2010	14.814.088
	11.789.897

Specificatie Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget: (in €)	2010	2009
DBC's A-segment:		
- Onderhanden werk per 31 december	12.832.215	10.807.000
- Af: onderhanden werk per 1 januari	(10.807.000)	(14.883.000)
- Mutatie onderhanden werk	2.025.215	(4.076.000)
- Mutatie nog te factureren	(2.749.333)	3.040.495
- Gefactureerd	81.056.299	77.897.940
	80.332.181	76.862.435
Ondersteunende en overige producten 1e lijn	9.674.368	9.851.193
Opbrengst trajecten en Opbrengst overige producten	2.224.839	2.483.952
Honoraria-opbrengsten voor med.special.hulp in loondienst	4.126.077	5.047.130
Dekking kapitaalslasten DBC B-segment	-	-
Af: toeslag inzake honorariumverevening	-	-
	16.025.284	17.382.275
	96.357.465	94.244.710

5.1.5.7 *Liquide middelen*

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
ING bank Stichting Zorggroep Groene Hart	239.925	100.169
Kas	1.979	1.378
Totaal liquide middelen	241.904	101.547

De liquide middelen staan ter vrije beschikking.

5.1.5.8 Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten: (in €)	2010	2009
Kapitaal	136	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	16.636.488	13.488.528
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	748.175	1.288.144
Totaal eigen vermogen	17.384.799	14.776.809

Het verloop is als volgt weer te geven: (in €)	Saldo per 01-01-2010	Resultaat bestemming	Overige mutaties	Saldo 31-12-2010
Kapitaal	136	-	-	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	13.488.528	3.147.960	-	16.636.488
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen Groene Hart Ziekenhuis	1.617.581	(320.915)	-	1.296.667
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen Stichting Zorggroep Groene Hart	(329.437)	(219.055)	-	(548.492)
Totaal eigen vermogen	14.776.809	2.607.990	-	17.384.799

Het **collectief gefinancierd gebonden vermogen** wordt opgebouwd door toevoeging/onttrekking uit het resultaat van het boekjaar onder aftrek van de bij de winstbestemming bepaalde overige posten en dient ter dekking van eventuele negatieve resultaten.

Het **niet-collectief gefinancierd vrij vermogen** van het Groene Hart Ziekenhuis is gedaald door de daling van de reserve voor parkeerfaciliteiten.

De **reserve van Stichting Zorggroep Groene Hart** is ontstaan door verliezen vanaf het startjaar 2005.

De **solvabiliteit** is bepaald overeenkomstig de systematiek van het WfZ. De solvabiliteit op basis van het totale vermogen per 31 december 2010 in relatie tot de totale opbrengsten 2010 komt uit op 10,2%, in 2009 10,5%. Gecorrigeerd voor de eenmalige effecten voortvloeiend uit de overgangsregeling kapitaallastenvergoeding die in het wettelijk budget aanvaardbare kosten is verwerkt, bedraagt de solvabiliteit 11,5%.

Verloopoverzicht investeringsruimte trekkingsrechten:

De opgebouwde trekkingsrechten zijn als volgt te specificeren, in overeenstemming met NZA rekenstaat op basis van klasse 3, waarbij rekening gehouden is met een toeslag van 100%, conform de indeling in klasse 4 zoals vermeld in de beschikking van 18 september 2001:

(in €)	2010	2009
Nog niet-bestede investeringsruimte per 1 januari	24.681.471	25.736.054
Aanpassing saldo	-	-
Indexering niet-bestede investeringsruimte	417.117	661.417
Investeringen boekjaar	(14.246.000)	(1.716.000)
Beschikbare investeringsruimte per 31 december	10.852.588	24.681.471

De trekkingsrechten zullen conform het lange termijn huisvestingsplan (LTOP) voor circa € 4,8 miljoen aangewend worden voor instandhoudingsprojecten 2009 - 2013. Daarnaast is bij de projectfinanciering vernieuwbouw rekening gehouden met € 13,8 miljoen aan LTOP projecten en voor € 6,1 miljoen aan projecten die uit de trekkingsrechten worden gefinancierd.

5.1.5.9 Voorzieningen

Het verloop is als volgt weer te geven: (in €)	Saldo 01-01-2010	Dotatie	Onttrekking	Saldo 31-12-2010
Financieringsrisico's	6.107.000	-	(4.667.000)	1.440.000
Groot onderhoud	608.360	189.320	(292.339)	505.341
Claims, geschillen en rechtsgedingen	1.005.000	313.086	(80.086)	1.238.000
Jubileumuitkeringen	791.870	-	(55.870)	736.000
WAO	70.038	-	(25.000)	45.038
Persoonlijke levensfase budget	-	572.500	-	572.500
Totaal voorzieningen	8.582.268	1.074.906	(5.120.295)	4.536.879

De voorziening **financieringsrisico's** dient ter dekking van het risico op mogelijk toekomstig niet realiseren van gedeclareerd wettelijk budget (inclusief bijzondere waardeverminderingen) of overige opbrengsten. Het kortlopende deel is opgenomen onder de kortlopende schulden.

De voorziening **groot onderhoud** dient ter dekking van het periodiek groot onderhoud van de terreinen en gebouwen en is gebaseerd op een lange termijn onderhoudsplan.

De voorziening **claims, geschillen en rechtsgedingen** dient ter dekking van het eigen risico voortvloeiende uit eventuele aansprakelijkheidsstellingen.

De voorziening **jubileumuitkeringen** dient ter dekking van toekomstige aanspraken op bijzondere uitkeringen aan het personeel zoals zijnde jubilea.

De voorziening **arbeidsongeschiktheid** dient ter dekking van kosten betreffende langdurige zieken die mogelijk leiden tot een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid, evenals de verplichting ten aanzien van de suppletie van de aanwezige arbeidsongeschiktheid.

De voorziening **Persoonlijke levensfase budget** dient ter dekking van toekomstige aanspraken van personeelsleden op verlofuren.

5.1.5.10 Langlopende schulden

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Schulden aan kredietinstellingen	22.689.351	24.860.391
Overige langlopende schulden	2.603.118	2.659.841
Totaal langlopende schulden	25.292.469	27.520.232
Het verloop is als volgt weer te geven:		
Stand per 1 januari	33.121.381	39.022.703
Bij: opgenomen leningen	3.200.000	-
Af: aflossingen in het boekjaar	(6.001.149)	(5.901.322)
	30.320.232	33.121.381
Af: aflossingsverplichtingen komend boekjaar	(5.027.763)	(5.601.149)
Stand langlopende schulden per 31 december	25.292.469	27.520.232

Toelichting in welke mate (het totaal van) de voorzieningen als langlopend moet worden beschouwd:

Kortlopend deel langlopende schulden (< 1 jaar), aflossingsverpl.	5.027.763	5.601.149
Langlopend deel langlopende schulden (< 1 jaar) balanspost	25.292.469	27.520.232
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	10.178.595	12.650.132

De verstrekte zekerheden betreffende de lening parkeergarage zijn als volgt:

- negatieve/positieve hypotheekverklaring betreffende de parkeergarage staande en gelegen te Gouda, aan de Bleulandweg 10, kadastraal bekend Gemeente Gouda, nummer 2001 sectie H;
- geen zekerheden ten behoeve van derden te verstrekken;
- de parkeergarage niet, zonder schriftelijke toestemming, nog geheel of gedeeltelijk te verkopen of op andere wijze geheel of gedeeltelijk te vervreemden of met hypotheek of enig beperkt recht te bezwaren.

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar bijlage 5.1.8 "Overzicht langlopende schulden ultimo 2010".

Hierbij dient met het volgende rekening gehouden te worden:

- Alle leningen worden lineair afgelost.
- Bij de Rabobank geldt een positieve/negatieve hypotheekverklaring naar rato.
- Leningen met een * hebben geen jaarlijkse aflossingsverplichtingen.

In het kader van de realisatie van het vernieuwbouwplan is voor het lopende projectonderdeel bouwdeel G een investeringskredietovereenkomst afgesloten met de Rabobank van € 50 miljoen.

Voor deze faciliteit alsmede het exploitatiekrediet ad € 10 miljoen gelden de volgende financiële- en niet financiële convenanten:

- S-Ratio ultimo 2010: 9%;
- Negative pledge clause (samen met het WfZ);
- Pari Passu clause (met uitzondering van het WfZ);
- Material Adverse Change clause;
- Cross Default clause;
- No change of ownership/management clause.

5.1.5.11 Overige schulden en overlopende passiva

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Aflossingsverplichtingen 2011, respectievelijk 2010	5.027.788	5.601.167
Crediteuren	10.028.533	9.025.663
Bank- en Bouwkredieten	48.241.625	51.829.274
Nog te betalen salarissen en vakantierechten	6.280.823	5.570.319
Belastingen en premies sociale verzekeringen	3.086.056	2.729.124
Pensioenen	1.075.648	934.569
St.Zorggroep Groene Hart	2.054.322	1.448.902
Rekeningen courant specialisten	2.097.083	2.662.412
Overlopende passiva:		
- interest leningen/rekeningen-courant banken	540.628	663.552
- nog te betalen kosten/vooruitontvangen opbrengsten	23.781.466	13.516.431
Totaal Overige schulden/overlopende passiva	102.213.972	93.981.414

De toename van de nog te betalen kosten bestaat overwegend uit het kortlopende deel van de financieringsrisico's.

5.1.5.12 Niet in de balans opgenomen rechten en verplichtingen

Op beperkte schaal zijn er langlopende huurcontracten ten aanzien van gebouwen en kantoorapparatuur.

Op het gebied van medische apparatuur zijn langjarige onderhoudscontracten afgesloten, waarvan de looptijden liggen tussen de drie en zes jaar.

De actuele huur en leaseverplichtingen bedragen voor:

(in €)	2010	2009
Gebouwen	1.362.184	1.327.981
Medische apparatuur	78.478	84.495
Medische inventarissen	52.788	55.088
Automatiseringsapparatuur	800	1.148
Overig	184.241	157.854
	1.678.491	1.626.567

Bij het WfZ zijn leningen geborgd waardoor een verplichting kan ontstaan van 3% van de stand per 31 december 2010 ad € 20,4 miljoen zijnde € 612.000; in het uiterste geval kan het WfZ deze opeisen in de vorm van een renteloze lening.

Inzake Onderlinge Waarborgmaatschappij Centramed B.A. zijn garantstellingen afgegeven voor € 275.988, waarvan € 31.899 is betaald. Vanaf 2007 worden geen garantstellingen meer afgegeven, maar wordt jaarlijks een bedrag op de ledenrekening gestort.

5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

	%	Aanschafwaarde in €			
		Per 01-01-10	Terugn.geh. afgeschr.	Invest. 2010	Per 31-12-10
Materiële vaste activa:					
WTZi vergunningsplichtige vaste activa					
Terrein en terreinvoorzieningen	0/5	6.476.535	-	140.000	6.616.535
Gebouwen	2/2½	35.118.487	-	-	35.118.487
Verbouwingen	5	8.678.960	6.370.074	6.222.062	8.530.948
Installaties	5	8.606.000	-	492.000	9.098.000
Onderhanden projecten concentratiebouw		1.866.592	-	38.215	1.904.807
		60.746.574	6.370.074	6.892.277	61.268.777
WTZi instandhoudingsplichtige vaste activa					
Trekkingsrechten	5	16.118.113	-	14.246.000	30.364.113
Instandhouding	10	9.353.389	982.062	1.500.000	9.871.327
Onderhanden projecten		1.174.675	-	(906.388)	268.287
		26.646.177	982.062	14.839.612	40.503.727
WMG gefinancierde vaste activa					
Inrichting en medische apparatuur	10/12½	40.102.450	1.931.850	3.850.000	42.020.600
Automatisering	20	6.767.720	1.745.520	630.000	5.652.200
Auto's	20	79.600	-	-	79.600
		46.949.770	3.677.370	4.480.000	47.752.400
Niet WTZi/WMG-gefinancierde vaste activa					
Parkeergarage	4	4.617.182	-	1.950.000	6.567.182
Parkeergarage: installaties	10	464.723	-	-	464.723
Lampion	2	2.770.000	-	-	2.770.000
Pand Ridder van Catsweg	0	275.100	-	-	275.100
		8.127.005	-	1.950.000	10.077.005
Totaal materiële vaste activa		142.469.526	11.029.506	28.161.889	159.601.909

Afschrijvingen in €					Boekwaarde in €	
tot en met 2009	Terugn.geh. afgeschr.	In 2010	Waarde- verminderingen	tot en met 2010	Per 01-01-10	Per 31-12-10
657.235	-	260.300	-	917.535	5.819.300	5.699.000
10.038.587	-	764.200	11.444.100	22.246.887	25.079.900	12.871.600
7.584.991	6.370.074	554.388	5.952.700	7.722.005	1.093.969	808.943
1.422.900	-	453.600	467.400	2.343.900	7.183.100	6.754.100
-	-	-	-	-	1.866.592	1.904.807
19.703.713	6.370.074	2.032.488	17.864.200	33.230.327	41.042.861	28.038.450
3.830.013	-	1.518.300	-	5.348.313	12.288.100	25.015.800
5.256.789	982.062	1.080.400	-	5.355.127	4.096.600	4.516.200
-	-	-	-	-	1.174.675	268.287
9.086.802	982.062	2.598.700	-	10.703.440	17.559.375	29.800.287
15.872.720	1.931.850	4.478.600	-	18.419.470	24.229.730	23.601.130
3.475.260	1.745.520	1.480.340	-	3.210.080	3.292.460	2.442.120
30.920	-	15.920	-	46.840	48.680	32.760
19.378.900	3.677.370	5.974.860	-	21.676.390	27.570.870	26.076.010
1.015.782	-	574.500	-	1.590.282	3.601.400	4.976.900
98.423	-	46.500	-	144.923	366.300	319.800
166.200	-	55.400	-	221.600	2.603.800	2.548.400
-	-	-	-	-	275.100	275.100
1.280.405	-	676.400	-	1.956.805	6.846.600	8.120.200
49.449.820	11.029.506	11.282.448	17.864.200	67.566.962	93.019.706	92.034.947

5.1.7 OVERZICHT LANGLOPENDE SCHULDEN ULTIMO 2010

Leninggever	Datum	Hoofdsom	Totale looptijd	Werkelijke rente	Restschuld 31-12-09	Nieuwe leningen in 2010
		€		%		€
BNG	1983	1.361.341	40	3,980	442.432	
BNG	1983	1.361.341	40	4,140	442.432	
BNG	1984	1.116.299	40	4,220	390.709	
BNG	1987	404.318	25	7,280	32.343	
Waterschapsbank	1988	2.112.884	40	4,780	1.003.664	
Waterschapsbank	1988	1.815.121	40	5,000	862.183	
BNG	1981	2.268.901	40	4,470	680.667	
BNG	1982	1.361.341	40	4,500	442.432	
Rabo	1989	1.633.609	30	5,350	544.533	
PGGM	1989	2.268.901	40	4,250	1.134.447	
Rabobank	2005	4.450.000	5	3,098	890.000	
Rabobank	2001	3.312.596	25	3,827	2.252.564	
Rabobank	2004	4.370.000	19	4,231	3.220.000	
BNG	2004	5.390.000	7	3,244	1.540.000	
BNG	2005	3.990.000	7	2,631	1.567.500	
Rabobank	2006	4.360.000	8	3,233	2.725.000	
Rabobank	2006	7.000.000	8	3,941	4.375.000	
Rabobank	2007	7.400.000	8	4,581	5.550.000	
ABN-AMRO	1990	2.223.523	20	6,450	83.383	
v Iterson*	1993	791.054		2,169	791.054	
de Wijk/Exploitatie*	1993	680.670		2,169	680.670	
de Wijk/Bevordering*	1994	110.384		2,169	110.384	
BNG	2004	4.200.000	25	4,860	3.360.000	
ING	2010	3.200.000	8	4,010	-	3.200.000
Totaal		69.148.359			33.121.397	3.200.000

Aflossing 2010	Restschuld 31-12-10	Restschuld over 5 jaar	Rest looptijd in jaren eind 2010	Aflossingswijze	Aflossingen 2011	Gestelde zekerheden
€		€				
34.034	408.398	238.228	12	lineair	34.034	Gem.Gouda
34.034	408.398	238.228	12	lineair	34.034	Gem.Gouda
27.907	362.802	223.267	13	lineair	27.907	Gem.Gouda
16.173	16.170	-	1	lineair	16.170	Gem.Gouda
52.820	950.844	686.744	18	lineair	52.820	Gem.Gouda
45.378	816.805	589.915	18	lineair	45.378	Gem.Gouda
56.723	623.944	340.329	11	lineair	56.723	Rijk/WfZ
34.034	408.398	238.228	12	lineair	34.034	Rijk/WfZ
54.445	490.079	217.854	9	lineair	54.445	Rijk/WfZ
56.714	1.077.724	794.154	19	lineair	56.714	Rijk/WfZ
890.000	-	-	0	lineair	-	WfZ
132.504	2.120.060	1.457.540	16	lineair	132.504	WfZ
230.000	2.990.000	1.840.000	13	lineair	230.000	WfZ
770.000	770.000	-	1	lineair	770.000	WfZ
570.000	997.500	-	2	lineair	570.000	WfZ
545.000	2.180.000	-545.000	4	lineair	545.000	WfZ
875.000	3.500.000	-875.000	4	lineair	875.000	WfZ
925.000	4.625.000	-	5	lineair	925.000	WfZ
83.383	0-	-	0	lineair	-	geen
-	791.054	791.054		afl.vrij	-	geen
-	680.670	680.670		afl.vrij	-	geen
-	110.384	110.384		afl.vrij	-	geen
168.000	3.192.000	2.352.000	19	lineair	168.000	WfZ
400.000	2.800.000	800.000	7	lineair	400.000	Verpanding gebruikersovk
6.001.149	30.320.230	10.178.595			5.027.763	

5.1.8 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

5.1.8.13 Wettelijk budget aanvaardbare kosten

(in €)	2010	2009
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	90.819.000	105.007.000
Mutatie op grond van:		
Aftrek DBC B-segment, restcorrectie	(19.980)	(47.361)
Productieafspraken	696.406	(6.093.766)
Productie eerste lijn	198.463	223.237
	874.889	(5.917.890)
Uitbreiding erkenning en toelating:		
Gewogen specialisteneenheden 1,70	311.822	1.188.288
Loonkosten agio's	7.030	21.784
Specialisten in loondienst looncomponent	(191.084)	330.495
Overig	49.277	(2.612)
	177.045	1.537.955
Beleidsmaatregelen overheid:		
Dure geneesmiddelen	538.596	60.937
Nacalculeerbare kapitaalslasten:		
Rente	(264.900)	(1.669.526)
Afschrijvingen/Waardeverminderingen	1.105.045	(5.595.158)
	840.145	(7.264.684)
Overige invloeden:		
Knie- en heupoperaties	(53.266)	(222.207)
Lokaal productiegebonden component	(440.000)	(572.000)
Samenwerkingsverbanden	-	(34.082)
	(493.266)	(828.289)
Korting prestatiecontract	(802.967)	(272.974)
Specifieke regeling IMVA	19.383.000	-
Overige materiële kosten:	501.487	73.948
	111.837.929	92.396.003
Overige mutaties	32.071	(1.577.003)
Wettelijk budget aanvaardbare kosten boekjaar	111.870.000	90.819.000
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorg. jaren	(958.215)	(5.167.134)
Totaal Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	110.911.785	85.651.866

5.1.8.14 DBC-opbrengsten B-segment

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Onderhanden werk per 31 december	5.153.790	4.242.790
Af: onderhanden werk per 1 januari	(4.242.790)	(2.568.000)
Mutatie onderhanden werk	911.000	1.674.790
Gefactureerde DBC's	36.923.892	35.382.853
Mutatie nog te factureren DBC's	5.045.501	1.274.258
Totaal DBC-opbrengst B-segment	42.880.393	38.331.901

5.1.8.15 Niet-gebudgetteerde zorgprestaties

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Zorgprestaties tussen instellingen	1.768.592	685.771
Zorgprestaties cliënten	17.016	31.417
Overige zorgprestaties	4.395.182	5.834.710
Totaal Niet-gebudgetteerde zorgprestaties	6.180.790	6.551.898

5.1.8.16 Overige bedrijfsopbrengsten

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
St.Zorggroep Groene Hart	1.438.066	1.268.467
Subsidies	4.328.200	3.950.496
Overige opbrengsten	5.073.246	4.696.724
Totaal Overige bedrijfsopbrengsten	10.839.512	9.915.687

5.1.8.17 Personeelskosten

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Lonen en salarissen	56.493.860	53.142.798
Sociale lasten	15.065.594	14.021.681
Pensioenpremies	5.412.925	4.740.172
Andere personeelskosten	2.332.456	2.655.103
Subtotaal	79.304.835	74.559.754
Personeel niet in loondienst	5.632.265	6.285.970
Totaal personeelskosten	84.937.100	80.845.724

Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	1.518	1.478
--	-------	-------

5.1.8.18 Afschrijvingen immateriële- en materiële vaste activa

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Waardeverminderingen:		
- immateriële vaste activa	-	-
- materiële vaste activa	17.864.200	-
Af: bugettaire vergoeding regulier	-	-
	17.864.200	-
Naalculleerbare afschrijvingen:		
- immateriële vaste activa	-	-
- materiële vaste activa	3.512.700	(925.650)
Overige afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	6.651.260	5.758.632
- instandhouding:	1.080.400	981.500
St.Zorggroep Groene Hart:	38.088	16.950
Totaal afschrijvingen	11.282.448	5.831.432

Aansluiting afschrijvingen resultatenrekening - verloopoverzicht materiële vaste activa:

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Afschrijving WTzi - vergunningsplichtige vaste activa	19.896.688	(1.815.150)
Afschrijving WTzi - meldingsplichtige vaste activa	2.598.700	1.871.000
Afschrijving WMG - gefinancierde vaste activa	5.974.860	5.481.832
Afschrijving niet WTzi/WMG - gefinancierde vaste activa	676.400	276.800
	29.146.648	5.814.482
Afschrijving Zorggroep	38.088	16.950
Totaal afschrijvingen volgens verloopoverzichten	29.184.736	5.831.432
Totaal afschrijvingen resultatenrekening (exclusief dotatie/vrijval)	10.240.136	4.849.932
Afschrijvingen instandhoudingsinvesteringen	1.080.400	981.500
Totaal afschrijvingen resultatenrekening	29.184.736	5.831.432

5.1.8.19 Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	5.168.653	4.987.576
Algemene beheerskosten	13.038.407	11.669.408
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	26.739.679	25.345.623
Onderhouds- en energiekosten	3.256.435	3.321.197
Huur en leasing	1.678.491	1.626.567
Samenwerkingsverbanden	390.968	418.000
Ziekenhuisverplaatste zorg	152.169	109.075
Toevoeging afwaardering debiteuren	180.020	174.300
St.Zorggroep Groene Hart	1.583.049	1.427.201
Overige kosten	(42.901)	(72.164)
Totaal Overige bedrijfskosten	52.144.970	49.006.783

5.1.8.20 Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt: (in €)	2010	2009
Rentelasten langlopende schulden	1.361.449	1.487.266
Rentelasten kortlopende schulden	921.615	824.847
Rentebaten	(307.293)	-
Totaal Financiële baten en lasten	1.975.771	2.312.113

5.1.8.21 Bezoldiging bestuurders en toezichthouders

Het bestuursmodel is een eindverantwoordelijke Raad van Bestuur, tweehoofdig met voorzitter, met Raad van Toezicht. De bezoldiging van de bestuurders over het jaar 2010 is als volgt:

	D.J. Verbeek MHA		M. Verdier	
	2010	2009	2010	2009
1. Werkzaam als bestuurder in het GHZ vanaf (datum)	01-09-03	01-09-03	01-06-09	01-06-09
2. Momenteel deelnemer bestuur (ja/nee)	ja	ja	ja	ja
3. Tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam				
4. Voorzitter (ja/nee)	ja	ja	nee	nee
5. Hoeveel maanden van het verslagjaar voorzitter	12	12	0	0
6. Aard van de (arbeids)overeenkomst	vast	vast	vast	vast
7. Toegepaste salarisregeling	anders	anders	anders	anders
8. Deeltijdfactor (%)	100%	100%	100%	100%
9. Bruto-inkomen, inclusief vakantiegeld	214.819	214.816	167.198	85.401
10. - Waarvan verkoop verlofuren				
11. - Waarvan nabetalingen voorgaande jaren				
12. Bruto-onkostenvergoeding	6.000	6.000	7.368	3.500
13. Werkgeversbijdrage sociale lasten	4.790	4.587	7.108	3.941
14. Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	47.415	46.250	34.236	11.858
15. Ontslagvergoeding				
16. Bonussen				
17. Totaal inkomen (9 + 12 t/m 16)	273.024	271.653	215.910	104.700
18. Cataloguswaarde auto van de zaak	51.095	51.095	-	-
19. Eigen bijdrage auto van zaak	-	-	-	-

De bezoldiging van de leden van de raad van toezicht over het jaar 2010 is als volgt:

Naam	Functie	Bezoldiging 2010	Bezoldiging 2009
dhr. prof. dr. G. Blijham	voorzitter	12.000	6.000
mevr. dr. M.E.M. van Dijen	lid	8.000	8.552
dhr. J.D. van Dijk	lid	2.667	8.552
mevr. drs. N. Zefzafi	lid	8.000	8.000
dhr. G.H. v. Nieuwpoort sr.	lid	2.667	8.552
dhr. dr. P.C. Hermans	vicevoorzitter	11.000	11.558
dhr. drs. W. Zoeteweyj	lid	7.000	-
dhr. P. Hoogendoorn RA	lid	7.000	-
dhr. Ir. G.S. Groot	lid	8.000	8.000

Met ingang van 2005 ontvangen de leden van de Raad van Toezicht een bezoldiging.

De heer Van Dijk en de heer Van Nieuwpoort sr. zijn vanaf mei 2010 geen lid meer van de Raad van Toezicht.

5.1.8.22 Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt)

De bezoldiging van de functionarissen die over 2010 in het kader van de Wopt verantwoord worden is als volgt:

1 Functionaris (functienaam)	intensivist*	intensivist*	intensivist*
2 In dienst vanaf (datum)	01-12-04	01-09-08	01-11-08
3 In dienst tot (datum)			
4 Belastbaar loon (in €)	169.818	143.392	133.072
5 Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn (in €)	41.297	33.862	32.249
6 Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in €)			
Totaal beloning in kader van de Wopt (4 t/m 6)	211.115	177.254	165.321

1 Functionaris (functienaam)	reumatoloog*	kinderarts	kinderarts
2 In dienst vanaf (datum)	01-01-07	01-11-88	01-06-78
3 In dienst tot (datum)			
4 Belastbaar loon (in €)	121.737	184.642	160.141
5 Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn (in €)	28.836	44.796	37.169
6 Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in €)			
Totaal beloning in kader van de Wopt (4 t/m 6)	150.573	229.438	197.310

Van de functionarissen met een * is een parttime factor van kracht.

Motivatatie overschrijdingen van het gemiddeld belastbaar loon van de ministers:

Intensivist: beloning is marktconform in relatie tot kwaliteit van zorg.

Geriatier: beloning is marktconform in relatie tot kwaliteit van zorg.

Reumatoloog: beloning is marktconform in relatie tot kwaliteit van zorg.

Voorzitter Raad van Bestuur: beloning is marktconform.

Lid Raad van Bestuur: beloning is marktconform.

Kinderarts: beloning is marktconform in relatie tot kwaliteit van zorg.

Patholoog: beloning is marktconform in relatie tot kwaliteit van zorg.

intensivist	intensivist*	intensivist	geriater	voorzitter Raad van Bestuur	lid Raad van Bestuur
01-05-05	01-09-09	01-07-10	02-01-97	01-09-03	01-06-09
177.510	132.590	67.760	170.519	225.609	181.674
43.317	29.371	16.245	35.664	47.415	34.236
220.827	161.961	84.005	206.183	273.024	215.910

kinderarts	kinderarts	kinderarts	kinderarts	kinderarts	patholoog
01-05-91	01-08-05	01-05-98	01-07-01	01-01-07	01-02-04
154.081	146.537	150.710	146.749	147.150	173.776
36.528	35.154	35.154	35.154	35.154	34.372
190.609	181.691	185.864	181.903	182.304	208.148

5.1.8.23 Honoraria accountant

De honoraria van de accountant zijn als volgt (inclusief btw) (in €):	2010	2009
1. Controle van de jaarrekening 2010/2009	81.515	79.461
2. Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	41.805	34.710
3. Fiscale advisering	69.677	84.916
4. Niet-controlediensten	3.124	8.033
5. Meerjarenmodel	59.500	-
6. NEN audit Informatiebeveiliging	11.900	-
Totaal honoraria accountant	267.521	207.120

5.1.9 ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2010

ACTIVA (in €)	Ref	2010	2009
Vaste activa:			
Materiële vaste activa	1	91.695.402	92.819.637
Financiële vaste activa	2	209.211	5.327.900
Totaal vaste activa		91.904.613	98.147.537
Vlottende activa:			
Voorraden	3	1.098.316	911.567
Onderhanden werk DBC's	4	(1.234.061)	(4.170.166)
Vorderingen en overlopende activa	5	42.963.898	51.449.173
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	6	13.187.544	-
Liquide middelen	7	1.979	1.378
Totaal vlottende activa		56.017.675	48.191.951
Totaal activa		147.922.289	146.339.489

PASSIVA (in €)	Ref	2010	2009
Eigen vermogen:	8		
Kapitaal		136	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		16.636.488	13.488.528
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		1.296.667	1.617.580
		17.933.291	15.106.246
Voorzieningen:	9	4.536.879	8.582.268
Langlopende schulden:	10	25.292.469	27.520.232
Kortlopende schulden:			
Schulden financieringsoverschot	6	-	2.598.232
Overige schulden/overlopende passiva	11	100.159.650	92.532.512
		100.159.650	95.130.744
Totaal passiva		147.922.289	146.339.489

5.1.10 ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING OVER 2010

(in €)	Ref	2010	2009
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	13	110.911.785	85.651.866
DBC opbrengst B-segment	14	42.880.393	38.331.901
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties	15	6.180.790	6.551.898
Overige bedrijfsopbrengsten	16	9.401.446	8.647.220
Som der bedrijfsopbrengsten		169.374.414	139.182.885
Personeelskosten	17	84.937.100	80.845.724
Terugname afwaardering/afw. vaste activa	18	17.864.200	-
Afschrijvingen vaste activa	18	11.244.360	5.814.482
Overige bedrijfskosten	19	50.561.921	47.579.582
Som der bedrijfslasten		164.607.581	134.239.788
Financiële baten en lasten	20	1.939.787	2.307.231
		166.547.368	136.547.019
Resultaat		2.827.045	2.635.866

(in €)	2010	2009
Bestemming resultaat:		
- Collectief gefinancierd gebonden vermogen	3.147.960	2.559.886
- Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	(320.915)	75.980
Resultaat	2.827.045	2.635.866

5.1.11 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS EN RESULTATENREKENING 2010

Voor de toelichting op de enkelvoudige balans en resultatenrekening 2010 verwijzen wij naar de toelichting op de geconsolideerde balans en resultatenrekening 2010.

Stichting Groene Hart Ziekenhuis zal haar vorderingen op Stichting Zorggroep Groene Hart en haar deelnemingen voor komend jaar (vanaf het moment van het opstellen van de jaarrekening) niet op korte termijn inbaar stellen zolang geen andere toereikende financieringsmogelijkheden aanwezig zijn.

5.2 OVERIGE GEGEVENS

5.2.1 VASTSTELLING EN GOEDKEURING JAARREKENING

De Raad van Bestuur van Stichting Groene Hart Ziekenhuis heeft het Jaardocument 2010, inclusief de jaarrekening vastgesteld in de vergadering van 17 mei 2011.

De Raad van Toezicht van Stichting Groene Hart Ziekenhuis heeft het Jaardocument 2010, inclusief de jaarrekening goedgekeurd in de vergadering van 17 mei 2011.

5.2.2 STATUTAIRE REGELING RESULTAATBESTEMMING

In de statuten is bepaald, conform artikel 18 lid 2, dat het behaalde resultaat ter vrije beschikking staat van de Raad van Bestuur.

5.2.3 RESULTAATBESTEMMING

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in de resultatenrekening.

5.2.4 GEBEURTENISSEN NA BALANSDATUM

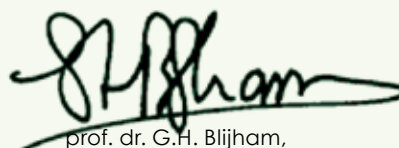
Er hebben zich geen relevante gebeurtenissen voorgedaan die van invloed zijn op het beeld van de jaarrekening.

5.2.5 ONDERTEKENING DOOR BESTUURDERS EN TOEZICHTHOUDERS



D.J. Verbeek MHA,
voorzitter Raad van Bestuur

ir. M.J. Verdier,
lid Raad van Bestuur



prof. dr. G.H. Blijham,
voorzitter Raad van Toezicht

5.2.6 ACCOUNTANTSVERKLARING

De accountantsverklaring is opgenomen op de volgende pagina's.



Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

Aan de Raad van Bestuur van Stichting Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit Jaardocument in hoofdstuk 5 opgenomen jaarrekening 2010 van Stichting Groene Hart Ziekenhuis te Gouda gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de geconsolideerde en enkelvoudige balans per 31 december 2010 en de geconsolideerde en enkelvoudige resultatenrekening over 2010 en de toelichting, waarin zijn opgenomen een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

Verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van de stichting is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven, alsmede voor het opstellen van het jaarverslag, beide in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi. De Raad van Bestuur is tevens verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als het noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse controlestandaarden. Dit vereist dat wij voldoen aan de voor ons geldende ethische voorschriften en dat wij onze controle zodanig plannen en uitvoeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat.

Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip van het inschatten van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten.

Bij het maken van deze risico-inschattingen neemt de accountant de interne beheersing in aanmerking die relevant is voor het opmaken van de jaarrekening en voor het getrouwe beeld daarvan, gericht op het opzetten van controlewerkzaamheden die passend zijn in de omstandigheden. Deze risico-inschattingen hebben echter niet tot doel een oordeel tot uitdrukking te brengen over de effectiviteit van de interne beheersing van de stichting. Een controle omvat tevens het evalueren van de geschiktheid van de gebruikte grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van de door de Raad van Bestuur van de stichting gemaakte schattingen, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening.

PricewaterhouseCoopers Accountants N.V., Prinses Margrietplantsoen 46, 2595 BR Den Haag, Postbus 30715, 2500 GS Den Haag

T: 088 792 00 62, F: 088 792 94 44, www.pwc.nl

*PwC is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180295), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services B.V. (KvK 51414405), PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180289) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op deze diensten zijn algemene voorwaarden van toepassing, waarin onder meer aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn opgenomen. Op leveringen aan deze vennootschappen zijn algemene inkoopvoorwaarden van toepassing. Op www.pwc.nl treft u meer informatie over deze vennootschappen, waaronder deze algemene (inkoop)voorwaarden die ook zijn gedeponseed bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam.



Wij zijn van mening dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is om een onderbouwing voor ons oordeel te bieden.

Oordeel

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Stichting Groene Hart Ziekenhuis per 31 december 2010 en van het resultaat over 2010 in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi.

Verklaring betreffende overige bij of krachtens de wet gestelde eisen

Verder vermelden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dit kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening.

Den Haag, 17 mei 2011
PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Hakbijl', is written over a horizontal line.

drs. A. Hakbijl RA

Stichting Groene Hart Ziekenhuis, 17 mei 2011, FS-210621a/mvo/30117466/en

2 van 2

5.3 BIJLAGEN

5.3.1 BALANS PER 31 DECEMBER 2010 EN RESULTATENREKENING OVER 2010 STICHTING ZORGGROEP GROENE HART EN HAAR DEELNEMINGEN

(in €)	Stichting Zorggroep Groene Hart Gecons.		Stichting Zorggroep Groene Hart		Holding Groene Hart bv	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009
BALANS PER 31 DECEMBER						
Vaste activa	339.545	200.069	-	-	339.545	200.069
Leningen u/g	-	-	62.000	62.000	-	-
Deelnemingen	-	-	-	-	-	-
Onderhanden Werk	288.261	344.000	-	-	288.261	344.000
Overige Vorderingen	638.099	475.227	-	-	638.099	475.227
Liquide middelen	239.925	100.169	4	-	239.921	100.169
TOTAAL ACTIVA	1.505.830	1.119.465	62.004	62.000	1.505.826	1.119.465
Gestort kapitaal	-	-	-	-	18.000	18.000
Overige reserves	(548.483)	(329.428)	(33.549)	(33.553)	(548.257)	(329.199)
Eigen Vermogen	(548.483)	(329.428)	(33.549)	(33.553)	(530.257)	(311.199)
Lening o/g GHZ	80.000	80.000	80.000	80.000	62.000	62.000
Kostprijs omzet GHZ	-	-	-	-	-	-
Overlopende passiva GHZ	793.484	886.213	15.553	15.553	777.931	870.660
Honorarium specialisten	-	-	-	-	-	-
Overige schulden derden	1.180.829	482.680	-	-	1.196.152	498.004
TOTAAL PASSIVA	1.505.830	1.119.465	62.004	62.000	1.505.826	1.119.465
RESULTATENREKENING						
Omzet	(1.438.066)	(1.268.467)	-	-	(1.438.066)	(1.268.467)
Kostprijs omzet	1.295.141	788.051	-	-	1.295.141	788.051
	(142.925)	(480.416)	-	-	(142.925)	(480.416)
Interest	35.984	4.882	-	-	35.984	4.882
Resultaat uit deelnemingen	-	-	-	-	-	-
Afschrijvingen	38.088	16.950	-	-	38.088	16.950
Algemeen beheer	287.908	639.150	(4)	(1)	287.912	639.176
RESULTAAT	219.055	180.566	(4)	(1)	219.059	180.592

Groene Hart Extra Zorg bv

Groene Hart Diensten bv

Vastgoed Groene Hart bv

2010	2009	2010	2009	2010	2009
339.545	200.069	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
288.261	344.000	-	-	-	-
638.099	475.227	-	-	-	-
163.584	25.336	29.130	28.143	19.711	19.323
1.429.489	1.044.632	29.130	28.143	19.711	19.323
18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000
(544.968)	(324.405)	(220)	(1.207)	(816)	(1.204)
(526.968)	(306.405)	17.780	16.793	17.184	16.796
777.931	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
919.560	866.715	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
258.966	484.322	11.350	11.350	2.527	2.527
1.429.489	1.044.632	29.130	28.143	19.711	19.323
(1.438.066)	(1.268.467)	-	-	-	-
1.295.141	788.051	-	-	-	-
(142.925)	(480.416)	-	-	-	-
36.172	4.855	(71)	17	(94)	11
-	-	-	-	-	-
38.088	16.950	-	-	-	-
289.228	639.203	(916)	-	(295)	-
220.563	180.592	(987)	17	(389)	11



Deel C Bijlagen

I Vaststelling jaardocument	112
II Gegevens Digi/MV	113
A Bijlage bij hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie	113
A1 Kernactiviteiten	113
A2 Kerngegevens ingevoegd	114
A3 Gefactureerde DBC's in 2010	
A4 Productie 2010	
B Bijlage bij hoofdstuk 3: Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	117
C Bijlage bij hoofdstuk 4: Beleid, inspanningen, prestaties	121
C1. Algemeen kwaliteitsbeleid	121
C2. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	123
C3. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van medewerkers	124
C4. Financieel beleid	125
III Zorgbrede Governance Code GHZ	127
1. Toepasselijkheid	128
2. Verantwoording	129
3. Raad van Bestuur	132
4. Raad van Toezicht	134
IV Verklaring Raad van Toezicht	139
V Wetenschappelijke publicaties medewerkers GHZ, 2010	141
VI Personalia	143
VII Lijst van afkortingen	147

I Vaststelling jaardocument

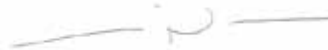
Vaststelling Jaardocument Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van het Groene Hart Ziekenhuis verklaart hierbij dat het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2010 naar waarheid en in overeenstemming met de richtlijnen, zoals deze in 2010 van toepassing waren, is opgesteld.

Gouda, 4 mei 2011



D.J. Verbeek MHA
Voorzitter Raad van Bestuur



Mw. ir. M.J. Verdier
Lid Raad van Bestuur

Vaststelling Jaardocument Raad van Toezicht

Het door de Raad van Bestuur vastgestelde jaardocument is goedgekeurd door de Raad van Toezicht op dinsdag 17 mei 2011 te Gouda.



Prof. dr. G.H. Blijham
Voorzitter Raad van Toezicht

II Gegevens Digi/MV

A Bijlage bij hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie

A1 Kernactiviteiten

Nadere typering medisch-specialistische instellingen	Bijzondere concernonderdelen
Algemeen Ziekenhuis	Trombosedienst
Dialysecentrum	Medisch laboratorium en/of huisartsenlaboratorium
Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)	Apotheek

Medische specialismen		
Anesthesiologie	Klinische fysica	Oogheelkunde
Algemene heekunde	Klinische geriatrie	Orthopedie
Cardiologie	Klinische oncologie	Pathologie
Dermatologie	Klinische pathologie	Plastische chirurgie
Gynaecologie	Longgeneeskunde	Psychiatrie
Hematologie/oncologie	Maag-, Darm- en Leverziekten	Radiodiagnostiek
Intensive Care geneeskunde	Medische microbiologie	Reumatologie
Interne geneeskunde	Mondziekten	Revalidatiegeneeskunde
Kaakchirurgie	Neurologie	Urologie
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	Neurochirurgie	Vaatchirurgie
Kindergeneeskunde	Nierziekten	Verloskunde
Klinische chemie	Nucleaire geneeskunde	Ziekenhuisfarmacie

AWBZ-functies/-prestaties geleverd door het concern.	Geen
Overige zorg geleverd door het concern	Dieetadvisering
Vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen per einde verslagjaar	Geen
Aanwijzingen op grond van artikel B Wet bijzondere medische verrichtingen per einde verslagjaar	Geen

A2 Kerngegevens

Kerngegevens	Antwoordcategorie
Capaciteit	Aantal
Aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	438
Waarvan plaatsen voor psychiatrische deeltijdbehandeling	0
Waarvan PAAZ- en PUK-bedden	0
Productie	Aantal
Aantal in verslagjaar geopende DiagnoseBehandelingsCombinaties (DBC's) (ontleend aan ziekenhuisinformatiesysteem, niet uit het DBC Informatie Systeem (DIS))	168.716
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ en PUK	0
Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:	
Aantal in A-segment (tarieven Nza)	125.550
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	43.166
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's (ontleend aan ziekenhuisinformatiesysteem, niet uit DIS)	169.435
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ en PUK	0
Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:	
Aantal in A-segment (tarieven Nederlandse Zorgautoriteit (Nza))	124.898
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	44.537
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten – O(V)P's –, waaronder verrichtingen op verzoek van de eerste lijn	9.001
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige trajecten en verrichtingen	864.479
Aantal in verslagjaar uitgevoerde operatieve verrichtingen in curatieve zorg exclusief GGZ-DBC's in PAAZ en PUK (= som van zorgactiviteiten in DBC-zorgactiviteitentabel behorend tot zorgprofielklasse operatieve verrichtingen; ontleend aan ziekenhuisinformatiesysteem, niet uit DIS)	68.677
Aantal klinische opnamen exclusief interne overnamen in verslagjaar	21.077
Waarvan opnamen in PAAZ en PUK	0
Aantal ontslagen patiënten/cliënten in verslagjaar	20.693
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	120.896
Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PUK	0
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	194.054
Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PUK	0
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	20.665
Waarvan psychiatrische deeltijdbehandelingen in PAAZ en PUK	0
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar (inclusief verkeerde bed)	109.052
Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PUK	0
Waarvan verkeerde-bed-dagen	2.035

Kerngegevens	Antwoordcategorie
Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	2176
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	1502,39
Aantal medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	144
Aantal FTE medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	117,43
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	170.812.480
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	110.911.785
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	59.900.695



B Bijlage bij hoofdstuk 3: Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

Alle gegevens in hoofdstuk B hebben betrekking op het concernniveau

Governancecode

Code	Antwoordcategorie
Hanteert uw concern de zorgbrede Governancecode?	Ja
Zo nee, welke andere code?	n.v.t.

Bestuursstructuur

Structuur	Antwoordcategorie
Welke bestuursstructuur is op uw concern van toepassing?	1. eindverantwoordelijke Raad van Bestuur met Raad van Toezicht
Wat is de samenstelling van de Raad van Bestuur of directie?	2. tweehoofdig met voorzitter

Wettelijke transparantie-eisen bestuursstructuur

Transparantie-eis	Antwoordcategorie
Is er een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat?	ja
Zo nee, licht de redenen hiervan toe in het maatschappelijk verslag.	
Is het toezichthoudend orgaan zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instellingen en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren?	ja
Legt het concern schriftelijk en inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, evenals de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld?	ja
Heeft uw concern de rechtsvorm van stichting of vereniging (als bedoeld in artikel 344 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek)?	ja, stichting
Zo nee, welke rechtsvorm heeft uw concern?	-

Bevoegdheid indienen enquêteverzoek

Transparantie-eis	Antwoordcategorie
Als uw concern de rechtsvorm van een stichting of vereniging heeft: zijn er meer dan 50 personen werkzaam (artikel 2 WOR)?	Ja
Zo ja: Kent u in uw statuten aan een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt, de in artikel 346, onder c van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde bevoegdheid toe tot het indienen van een verzoek als bedoeld in artikel 345 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (dit is een verzoek tot enquête [onderzoek naar beleid] door de Ondernemingskamer van het Gerechtshof in Amsterdam)?	Ja, aan de Cliëntenraad.
Aan wie heeft het concern buiten het orgaan dat de cliënten vertegenwoordigt deze bevoegdheid toegekend?	n.v.t.

Wijziging statuten

Transparantie-eis	Ja / Nee
Hebben er in de statuten of bedrijfsvoering belangrijke veranderingen plaatsgevonden?	Nee, niet in 2010.
Zo ja, welke veranderingen betrof het (antwoord in steekwoorden)?	

Wettelijke transparantie-eisen bedrijfsvoering

Transparantie-eis	Ja / Nee
Heeft de instelling schriftelijk vastgelegd welk orgaan/organen van de instelling welke bevoegdheden heeft/hebben ten aanzien van welk onderdeel of aspect van de bedrijfsvoering?	Ja
Heeft de instelling schriftelijk (en inzichtelijk) vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden?	Ja
Ten behoeve van welke instellingen heeft u investeringen gedaan (ook indien in het buitenland gevestigd)?	Nee
Worden de activiteiten van de instelling waarvoor de toelating(-en) geldt/gelden, in ieder geval financieel onderscheiden van andere activiteiten van de instelling?	Ja
Zijn in de financiële administratie van de instelling ontvangsten en betalingen duidelijk traceerbaar naar bron en bestemming, en is duidelijk wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de instelling is aangegaan?	Ja





C Bijlage bij hoofdstuk 4: Beleid, inspanningen, prestaties

C1. Algemeen kwaliteitsbeleid

Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties	
Certificaat, label of accreditatie aanwezig	8

Kwaliteitscertificaten per aanwezig certificaat/label/accreditatie

Naam	NIAZ
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Gehele organisatie
Datum van uitreiking	17 december 2007
Datum van expiratie geldigheid	14 december 2011
Naam toetsende instantie	NIAZ

Naam	HKZ- Dialyse-centra (2003)
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Afdeling Dialyse
Datum van uitreiking	November 2010
Datum van expiratie geldigheid	November 2013
Naam toetsende instantie	Lloyds Register & Plenaire Visitatiecommissie Nefrologie

Naam	HACCP
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Voedingsdienst
Datum van uitreiking	November 2008
Datum van expiratie geldigheid	November 2011
Naam toetsende instantie	Veritas

Naam	CCKL
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Klinisch Chemisch Laboratorium & Huisartsen-laboratorium Gouda en Laboratorium Apotheek GHZ
Datum van uitreiking	Februari 2009
Datum van expiratie geldigheid	Februari 2013
Naam toetsende instantie	CCKL

Naam	WHO/UNICEF certificaat voor Borstvoeding
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Afdeling Gynaecologie en Verloskunde
Datum van uitreiking	December 2008
Datum van expiratie geldigheid	December 2011
Naam toetsende instantie	Stichting Zorg voor Borstvoeding

Naam	WHO/UNICEF certificaat voor Borstvoeding.
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Afdeling Kindergeneeskunde
Datum van uitreiking	Mei 2009
Datum van expiratie geldigheid	Mei 2012
Naam toetsende instantie	Stichting Zorg voor Borstvoeding

Naam	Smileys (3)
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Afdeling Kindergeneeskunde Afdeling Kort Verblijf Kinderen Afdeling Gyneacologie & Verloskunde
Datum van uitreiking	December 2007
Datum van expiratie geldigheid	n.v.t.
Naam toetsende instantie	Stichting Kind en Ziekenhuis

Naam	Gastvrijheidszorg met sterren (3)
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Gehele organisatie
Datum van uitreiking	2010
Datum van expiratie geldigheid	n.v.t.

C2. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

Klachtenfunctionaris

Gegeven	Antwoordcategorie
Kunnen patiënten/cliënten in uw concern terecht bij een klachtenfunctionaris?	Ja

Aantallen klachten WTZi-zorg

Gegeven	aantal
Aantal klachten ingediend bij de klachtencommissie	6 (in totaal 22 deelklachten)
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	6
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	7 (aanbevelingen)
Aantal klachten dat gegrond is verklaard	14 (deelmeldingen)

C3. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van medewerkers

Verloop personeel (excl. oproepkrachten en stagiaires)

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst totale concern in verslagjaar	311	218,2
Waarvan personeel WTZi-zorg (schatting)	Idem	Idem
Uitstroom personeel in loondienst totale concern in verslagjaar	239	169,1
Waarvan personeel WTZi-zorg (schatting)	Idem	Idem

Ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof volgens de definitie van Vernet, alle sectoren met uitzondering van UMC's.

Verzuim	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst (alle sectoren behalve UMC's)	3,76%
Verzuim personeel WTZi-zorg (schatting)	Idem
Datum van expiratie geldigheid	n.v.t.

Vacatures

Vacatures	totaal aantal vacatures per einde verslagjaar	aantal moeilijk vervulbare vacatures per einde verslagjaar
Totaal personeel	152	25
Waarvan personeel WTZi-zorg	Idem	Idem
Waarvan personeel met patiënt/-cliëntgebonden functies	71	22

C4. Financieel beleid ingevoegd, moet nog gecompliceerd worden

Resultaatratio

Resultaatratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten van de betreffende activiteiten)	Vorig jaar	Verslagjaar
Resultaatratio: Zvw-gefinancierde resultaten	1,8%	1,5%
Resultaat boekjaar	2.455.300	2.607.990
Totale opbrengsten boekjaar	140.451.352	170.812.480

Liquiditeit

Liquiditeit	Vorig jaar	Verslagjaar
Quick ratio	49,9%	54,9%
Current ratio	50,9%	56,0%
Vlottende activa (minus voorraden inclusief liquide middelen)	48.199.780	56.085.645
Vlottende activa (inclusief liquide middelen)	49.111.347	57.183.961
Totaal kortlopende schulden	96.579.646	102.213.972

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	10,0%	11,6%
Totaal eigen vermogen	14.776.809	17.384.799
Balanstotaal	147.458.954	149.428.119
Vermogensratio (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	10,5%	10,2%
Totaal eigen vermogen	14.776.809	17.384.799
Totaal opbrengsten	140.451.352	170.812.480



III Zorgbrede Governance Code GHZ

Inleiding

In het volgende schema zijn de artikelen opgenomen die zijn vastgelegd in de vernieuwde Zorgbrede Governancecode 2010.

Kolommen

De eerste kolom bevat de letterlijke tekst uit de Zorgbrede Governancecode. In de kolommen twee en drie is aangegeven of is voldaan aan de inhoud van de Zorgbrede Governancecode. Kolom vier bevat een vermelding van de bronnen waarin de gevraagde informatie is terug te vinden.

Verhouding Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) versus Zorgbrede Governancecode

Dit schema is als bijlage van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording gepubliceerd.

Een toelichting op alle afkortingen is te vinden in bijlage VII.

1. Toepasselijkheid

1.1. Deze code is van toepassing op:	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
a. (Een) zorgorganisatie(s) en de rechtspersoon die deze zorgorganisatie(s) beheert/exploiteert;	+		
b. De door de hiervoor sub a bedoelde rechtspersoon beheerde/geëxploiteerde instelling(en) die geen toegelaten zorg levert;	+		Zie paragraaf 2.2.2. ev in het jaardocument.
c. Alle rechtspersonen en/of (zorg)instellingen die direct of indirect door de hiervoor sub a bedoelde rechtspersoon en de daarmee (groeps)verbonden rechtspersonen resp. samenwerkingsverbanden worden beheerd/geëxploiteerd en waarin deze rechtspersoon de overwegende zeggenschap heeft.	+		
Zorgorganisaties zijn ingevolge de WTZI toegelaten instellingen.	+		Stichting het Groene Hart Ziekenhuis en Stichting Groene Hart ZBC zijn ingevolge de WTZI toegelaten instellingen.
Dispensatie kleine zorgorganisaties Kleine zorgorganisaties zijnde zorgorganisaties met minder dan 10 zorggerelateerde personeelsleden en een zorgomzet van minder dan 1.000.000 euro zijn – mits zij in het laatst uitgebrachte jaardocument Maatschappelijke Verantwoording hierop expliciet een beroep gedaan hebben voor het verslagjaar en voor het daarop volgend jaar vrijgesteld van al hetgeen deze code bepaalt met uitzondering van 2.1.1., 2.1.2. en 2.3.1. Kleine zorgorganisaties worden wel geacht om waar mogelijk steeds in de geest van deze code te handelen. De dispensatie kent een maximale duur van twee jaar.	+		Extra Zorg bv heeft minder dan 10 zorggerelateerde personeelsleden en heeft een zorgomzet van minder dan 1 miljoen. Per 2012 komt de Extra Zorg bv niet meer in aanmerking voor de dispensatie.
Vennootschappen en de (coöperatieve) vereniging Hoofdstuk 5 van de Zorgbrede Governance Code is slechts van toepassing als de zorgorganisatie wordt beheerd door een rechtspersoon in de vorm van een bv/nv of door een vereniging/coöperatieve vereniging.	+		GHZ is een stichting. Derhalve is hoofdstuk 5 van de Zorgbrede Governance Code niet van toepassing.

2. Verantwoording

2.1. De zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
<p>De zorgorganisatie is een maatschappelijke onderneming met als primaire doelstelling het bieden van zorg. Onder goede zorg wordt verstaan: cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.</p> <p>De maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie blijkt uit het hanteren van tenminste de volgende uitgangspunten:</p>			
a. De zorgorganisatie stelt de cliënt en zijn gerechtvaardigde eisen centraal;	+		H. 3.4, 4.3, 4.4. , 4.7. JMV H4 JMV (missie/speerpunten GHZ)
b. De zorgverlening geschiedt zodanig dat de daartoe beschikbare middelen zo effectief en doelmatig mogelijk worden aangewend;	+		H4, 3.4 JMV doelmatige en effectieve aanwending hoofdstuk 4, 3.2 JMV kwaliteitseisen: H.4.3 en 4.4
c. De door of vanuit de zorgorganisatie geleverde zorg voldoet aan eigentijdse kwaliteitseisen;	+		doelmatige bedrijfsvoering H. 3.2, 3.4
d. Uitkeringen van financiële middelen uitsluitend plaatsvinden binnen de maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie.	+		Het JMV en bijlagen zijn goedgekeurd/ vastgesteld door de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht, waarmee zij zich verantwoordelijk achten voor naleving van de code.
<p>De Raad van Bestuur en Raad van Toezicht zijn verantwoordelijk voor de governancestructuur van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming en voor de naleving van de principes van deze code.</p>			

2.2 invloed en betrokkenheid belanghebbenden (vertegenwoordiging)	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
<p>1. De zorgorganisatie heeft als maatschappelijke onderneming een beleid voor dialoog met belanghebbenden. In het kader stelt de Raad van Bestuur (na voorafgaande goedkeuring van de RvT) vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wie de belanghebbenden van de organisatie zijn; - de wijze waarop vorm wordt gegeven aan het overleg met deze belanghebbenden of representatieve vertegenwoordiging daarvan over het voorgenomen beleid en de uitvoering daarvan door de zorgorganisatie; - de aard en inhoud van de informatieverschaffing. 	+		<p>H. 2.4, 4.6 JMV</p> <p>Van en voor belanghebbenden zijn jaarverslagen en/of reglementen (via internet) beschikbaar waaruit blijkt wie belanghebbenden zijn, de wijze waarop met hen een overleg plaatsvindt en de aard en inhoud van de informatieverschaffing.</p>
<p>2. De belanghebbenden (vertegenwoordiging) worden door de RvB van de zorgorganisatie in elk geval geïnformeerd en geraadpleegd over de volgende onderwerpen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de vaststelling of wijziging van de missie, doelstelling of grondslag van de zorgorganisatie; - hoofdlijnen strategisch beleid; - vastgestelde JMV; - het overdragen van de zeggenschap over de zorgorganisatie of over een belangrijk deel daarvan en over besluiten tot fusie of tot het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere zorgorganisatie; - opheffing of een belangrijke inkrimping dan wel belangrijke uitbreiding van de werkzaamheden van de zorgorganisatie, besluiten tot concentratie of deconcentratie van de zorgorganisatie en structurele sluiting van afdelingen, dependances of locaties; - de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de te verlenen zorg. 	+		<p>Hoofdstukken 2.2, 2.4, 3.5, 3.6, 3.7 en 3.8 JMV</p> <p>Relevant zijnde belanghebbenden werknemers/specialisten/verpleegkundigen/cliënten zijn vertegenwoordigd in de Ondernemingsraad, Vereniging Medische Staf, Verpleegkundige Adviesraad en de Cliëntenraad. Zij worden geïnformeerd en geraadpleegd over de hiernaast vermelde onderwerpen.</p>
<p>3. Enquête-recht is toegekend aan nader omschreven belanghebbenden. Statuten GHZ voldoen aan het gestelde in art. 344 Boek 2 BW.</p>	+		<p>Statuten</p>

2.3 Verantwoording aan belanghebbenden	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. De zorgorganisatie legt jaarlijks aan alle belanghebbenden verantwoording af middels het JMV over het in het verslagjaar gevoerde beleid en over de (totale) in dat jaar geleverde prestaties.	+		hoofdstuk 4 JMV
2a. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit, de juistheid en de volledigheid van het JMV. De Raad van Toezicht ziet erop toe dat de Raad van Bestuur deze verantwoordelijkheid vervult.	+		Zie ook het voorwoord van de voorzitter Raad van Toezicht voor de wijze waarop aan de taken en verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht invulling is gegeven. Hoofdstuk 3.3, en de onderhavige bijlage.
2b. De zorgorganisatie draagt er zorg voor dat ook alle aan de zorgorganisatie verbonden vrijgevestigde (medische) professionals op geaggregeerd niveau (in ieder geval op het niveau van maatschappen en medische staven) verantwoording afleggen over de wijze van hun (be)handelen.	+		In kwalitatieve zin wordt verantwoording afgelegd. Een project zal duidelijkheid bieden over de wijze van verantwoording afleggen over kwalitatieve aspecten. Bronnen voor verantwoording zijn, o.a.: Jaarverslagen stafbestuur/ jaarverslagen en managementreviews maatschappen/ vakgroepen. Jaarrekening samenwerkingsverband.
2c. De RvB legt in het JMV jaarlijks verantwoording af over het gevoerde beleid ten aanzien van belanghebbenden.	+		H. 2.2.1., 3.5 t/m 3.8 JMV en H.4 JMV
2d. De RvT legt in het JMV verantwoording af over het in het verslagjaar verrichte werkzaamheden.	+		Zie voorwoord RvT
2e. De jaarlijkse verantwoording bevat, waar noodzakelijk, een bestuursverklaring.	+		

2.4 De externe accountant en diens relatie en communicatie met de organen van de zorgorganisatie.	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. De externe accountant wordt benoemd en ontslagen door de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur kan hierover advies uitbrengen aan de Raad van Toezicht.	+		Reglement Raad van Toezicht
2. De externe accountant wordt qua persoon periodiek gewisseld.	+		
3. De externe accountant verricht bij voorkeur geen advieswerkzaamheden voor de zorgorganisatie en maakt – indien dit in het te controleren boekjaar wel is gebeurd – in het verslag over de jaarrekening melding van de in dat jaar verrichte advieswerkzaamheden.	+		
4. De externe accountant woont het van belang zijnde gedeelte van de vergaderingen van de Raad van Toezicht bij waarin de jaarrekening wordt besproken, goedgekeurd en/of vastgesteld.	+		
5. De externe accountant rapporteert zijn bevindingen gelijkelijk aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.	+		

3. Raad van Bestuur

3.1 Taak en werkwijze	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. Dit houdt onder meer in dat hij verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling. De RvB legt hierover verantwoording af aan de RvT.	+		Statuten hoofdstuk 4 JMV en bronnen voor beleid: inhoudelijk kader, bedrijfsplan(nen), managementcontract.
2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Bestuur zich naar het belang van de zorgorganisatie, en weegt daarbij de in aanmerking komende belangen van de bij de zorgorganisatie betrokken belanghebbenden af.	+		Hoofdstuk 4, en 4.6 JMV
3. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie en voor de financiering van de zorgorganisatie. De Raad van Bestuur rapporteert hierover aan en bespreekt de interne risicobeheersings- en controlesystemen met de Raad van Toezicht.	+		Hoofdstuk 3.1 jo. 4.7 JMV
4. De Raad van Bestuur verschaft de Raad van Toezicht tijdig alle informatie die nodig is voor een goede uitoefening van de taak van de Raad van Toezicht.	+		GHZ-statuten/reglement Raad van Toezicht/Raad van Bestuur.
5. De RvB draagt ervoor zorg dat werknemers en anderen die in contractuele relatie tot de zorgorganisatie staan zonder gevaar voor hun rechtspositie de mogelijkheid hebben om aan een door hem aangewezen functionaris te rapporteren over vermeende onregelmatigheden binnen de zorgorganisatie van algemene, operationele en financiële aard. Vermeende onregelmatigheden die het functioneren van leden van de van de RvB betreffen worden gerapporteerd aan de voorzitter van de RvT. De klokkenluiderregeling wordt op intranet van de zorgorganisatie geplaatst.	+		GHZ beschikt over een klokkenluiderregeling en heeft een vertrouwenspersoon ter uitvoering van die regeling benoemd.

3.2 Bezoldiging en openbaarmaking daarvan	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
De RvT stelt de gewenste omvang van de RvB vast. RvT is verantwoordelijk voor benoeming, schorsing en ontslag, het vaststellen van de beloning, de contractduur, de rechtspositie en de andere arbeidsvoorwaarden van de individuele leden van de RvB.	+		Reglement RvT Op grond van de profielschets, het functioneren en samenstelling van de RvB wordt de omvang van de RvB vastgesteld.
1. De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur vast.	+		Vlgs. normen Nederlandse Vereniging Ziekenhuisdirecteuren (NVZD)/ Toezichthouders in de Zorg. Vermelding in het kader van de Wet Openbaarheid uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)
2. In afwachting van de resultaten van een standpunt van de brancheorganisaties inzake het bezoldigingsbeleid, is een beloning aan de RvB toegekend die het GHZ in staat stelt gekwalificeerde bestuurders aan te trekken en te behouden, alsook maatschappelijk passend is.	+		
3. De jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie bevat de door de wet voorgeschreven informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de individuele	+/-		Bezoldiging volgens de richtlijnen NVZD WOPT melding heeft plaatsgevonden.
4. Artikelen 3.2 leden 5, 6 van de ZC zijn niet van toepassing.	+		
5. De zorgorganisatie verstrekt aan haar bestuurders geen persoonlijke leningen, garanties en dergelijke, tenzij in de normale uitoefening van het bedrijf en tegen de daarvoor voor het gehele personeel geldende voorwaarden en na goedkeuring van de RvT. Leningen worden niet kwijtgescholden.			

3.3 Belangenverstrengelingen	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. De Raad van Bestuur is integer en stelt zich toetsbaar op ten aanzien van zijn eigen functioneren. Elke vorm van schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de Raad van Bestuur en de zorgorganisatie wordt vermeden.	+		Arbeidsovereenkomst Raad van Bestuur
2. Besluiten tot het aangaan van transacties waarbij tegenstrijdige belangen van bestuurders spelen, die van materiële betekenis zijn voor de zorgorganisatie en/of bestuurders, behoeven goedkeuring van de RvT.	+		Reglement RvB is hierop aangepast
3. Een lid van de Raad van Bestuur kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van de Raad van Toezicht van een binnen het werkgebied van de zorgorganisatie werkzame zorgorganisatie of onderneming die geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de zorgorganisatie vervult, tenzij deze in een holding nauw verbonden is met de zorgorganisatie.	-		Openbaarheid uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)
4. Een lid Raad van Bestuur zal zonder de toestemming van de Raad van Toezicht geen betaalde of onbetaalde nevenfunctie aanvaarden of continueren als deze nevenfunctie, al dan niet in samenhang met andere betaalde of onbetaalde nevenfuncties, een meer dan minimale werkbelasting kan opleveren of anderszins strijdig kan zijn met de belangen van de zorgorganisatie.	+		Vastgelegd in arbeidsovereenkomst Raad van Bestuur
5. De Raad van Bestuur geeft de Raad van Toezicht op eerste verzoek inzicht in de door hem uitgeoefende nevenfuncties.	+		

4. Raad van Toezicht

4.1 Taak en werkwijze	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
<p>1. De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het besturen door de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie en staat de RvB met raad terzijde. De Raad van Toezicht bewaakt c.q. houdt toezicht op tenminste:</p> <p>a. de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie;</p> <p>b. de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie;</p> <p>c. de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen;</p> <p>d. de financiële verslaglegging;</p> <p>e. de naleving van wet- en regelgeving;</p> <p>f. het als zorgorganisatie op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstelling en de verantwoordelijkheid van de zorgonderneming.</p> <p>De RvT bespreekt in ieder geval eenmaal per jaar de strategie en de voornaamste risico's verbonden aan de zorgorganisatie, de uitkomsten van de beoordeling door de RvB van de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen, alsmede significante wijzigingen daarin. Van het houden van deze besprekingen wordt melding gemaakt in het jaarverslag van de RvT.</p>			<p>In de praktijk houdt de Raad van Toezicht op grond van de huidige statuten toezicht op de hiernaast vermelde onderwerpen. Een nadere uitwerking hiervan is opgenomen in reglementen.</p> <p>Bron: bestuursreglement, reglementen Raad van Toezicht/Raad van Bestuur. Deze documenten zijn vastgesteld door de Raad van Toezicht (RvT).</p> <p>Compliancenotitie juridische zaken, privacyjaarverslag, jaarverslag claims notulen vergadering RvT</p>
2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Toezicht zich naar het belang van de zorgorganisatie, en weegt de in aanmerking komende belangen van de bij de organisatie betrokken belanghebbenden af.	+		H. 3, 4.6 JMV
3. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met elk van de leden van de Raad van Bestuur een functionerings- en beoordelingsgesprek.	+		Vastgelegd in Reglementen RvB/RvT
4. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn eigen functioneren.	+		Reglement RvT
5. De Raad van Toezicht evalueert zijn functioneren tenminste jaarlijks buiten de aanwezigheid van de Raad van Bestuur en informeert de Raad van Bestuur over de uitkomsten hiervan.	+		Reglement RvT
6. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met de Raad van Bestuur als geheel een evaluatiegesprek over het wederzijds functioneren van beide organen op zich en in relatie met elkaar.	+		Reglement RvT
7. De RvT en de toezichthouders afzonderlijk hebben een eigen verantwoordelijkheid om van de RvB en de externe accountant alle informatie te verlangen die de RvT behoeft om zijn taak als toezichthoudend orgaan goed te kunnen uitoefenen. Indien de RvT dit geboden acht, kan hij informatie inwinnen van functionarissen en externe adviseurs van de zorgorganisatie. De zorgorganisatie stelt hiertoe de benodigde middelen ter beschikking.	-		Reglement RvT is aangepast.

4.2 Benoeming, ontslag, deskundigheid en samenstelling	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. De Raad van Toezicht dient zodanig te zijn samengesteld dat hij zijn taak naar behoren kan vervullen.	+		H. 3.3 JMV. Bron: bestuursreglement, reglementen Raad van Toezicht/Raad van Bestuur.
2. Ieder lid van de Raad van Toezicht dient geschikt te zijn om de hoofdlijnen van het totale beleid te beoordelen. Ieder lid van de Raad van Toezicht beschikt over de specifieke deskundigheid die noodzakelijk is voor de vervulling van zijn taak, in het kader van de profielschets van de raad.	+		
3. Alle leden van de RvT volgen na benoeming een introductie- of scholingsprogramma waarin in ieder geval aandacht wordt besteed aan algemene financiële, sociale en juridische zaken, de financiële verslaglegging door de zorgorganisatie, de specifieke aspecten die eigen zijn aan de type zorgorganisatie waar betrokkene als lid RvT aan verbonden is en aan de verantwoordelijkheid van de toezichthouder. De RvT beoordeelt jaarlijks op welke onderdelen de toezichthouders gedurende hun benoemingsperiode behoefte hebben aan nadere training of opleiding. De zorgorganisatie speelt hierin een faciliterende rol.	-		Is nader vastgelegd in het reglement RvT
4. Tenminste 1 lid van de RvT beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring in de zorg.	+		H. 3.3 JMV
5. Het aantal bestuurlijke of toezichthoudende functies van de leden Raad van Toezicht is zodanig beperkt dat een goede taakvervulling door ieder van de leden van de Raad gewaarborgd is.	-		Nader te regelen bij reglement
6. Een lid van de Raad van Toezicht kan tweemaal voor een periode van (maximaal) vier jaar zitting hebben in de Raad van Toezicht.	+		
7. Bij de werving, selectie en benoeming van nieuwe leden van de Raad van Toezicht wordt gebruik gemaakt van een voor de betreffende vacature opgestelde profielschets. De leden van de Raad van Toezicht worden op openbare wijze geworven, tenzij voor een bepaalde plaats in de Raad van Toezicht op grond van een wettelijke of statutaire bepaling geldt dat deze plaats op voordracht wordt ingevuld of het recht tot benoeming aan een andere partij dan de Raad van Toezicht toekomt.	+		Van de profielschets zal deel uitmaken een overzicht van aandachtsgebieden.
8. Statutair is vastgelegd op welke gronden de Raad van Toezicht een lid van zijn Raad kan schorsen of ontslaan, welke meerderheid van stemmen hiertoe vereist is en welke eventuele daarbij te hanteren procedures worden gevolgd.	+		Artikel 9, 21 statuten jo 21 reglement Raad van Toezicht

4.3 Bezoldiging	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht vast.	+		
2. De bezoldiging van een lid van de Raad van Toezicht is niet afhankelijk van de resultaten van de zorgorganisatie.	+		aandelen worden niet toegekend
3. Het JMV van de zorgorganisatie bevat de door de wet voorgeschreven informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de individuele leden van de Raad van Toezicht.	+		

4.4 Onafhankelijkheid	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. De Raad van Toezicht is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de Raad van Bestuur en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren. De leden van de Raad van Toezicht geven in het JMV verantwoording van de zorgorganisatie inzicht in de door hen uitgeoefende nevenfuncties.	+		
2. Het is niet gewenst dat de leden van de Raad van Toezicht op voordracht worden benoemd, dan wel door anderen dan de RvT worden benoemd. De leden RvT vervullen hun functie zonder last en zonder een deelbelang te laten prevaleren.	+		Regeling: op bindende voordracht van zendende stichtingen benoeming leden RvT is gewijzigd. Ingevolge de gewijzigde statuten brengt een adviescollege over maximaal 3 leden Raad van Toezicht advies uit. Functie wordt ingevuld zonder last en ruggespraak.
3. Leden van de Raad van Toezicht verrichten nimmer taken van de Raad van Bestuur.	+		Reglementen RvB/RvT
4. Een lid van de Raad van Toezicht kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van een Raad van Bestuur van een binnen het werkgebied van de zorgorganisatie werkzame zorgorganisatie of onderneming die geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de zorgorganisatie vervult, tenzij deze in een holding nauw verbonden is met de zorgorganisatie.	+		
5. Tot lid Raad van Toezicht is niet benoembaar een voormalig lid van de Raad van Bestuur van de zorgorganisatie tot drie jaar na het einde van die functie. Evenmin zijn leden van de Raad van Toezicht benoembaar werknemers of personen die tot de zorgorganisatie toegelaten zijn tot drie jaar na het einde van hun arbeidscontract of toelating.	+		

4.5 Belangenverstrengeling	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. Elke vorm en schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de Raad van Toezicht en de zorgorganisatie moet worden vermeden. Besluiten tot het aangaan van transacties waarbij tegenstrijdige belangen van leden van de RvT spelen, die van materiële betekenis zijn voor de zorgorganisatie en/of voor de betreffende toezichthouders, behoeven de goedkeuring van de RvT.	+		Verklaring ondertekend door Raad van Toezicht (bijlage: verklaring RvT)
2. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de besluitvorming over het oplossen van zaken waarbij een belangenverstrengeling aan de orde kan zijn bij leden van de Raad van Toezicht, de Raad van Bestuur en bij externe accountants in relatie tot de zorgorganisatie.	+		(bijlage verklaring RvT)

Artikel 5 is niet van toepassing op het GHZ.

6 Openbaarmaking en invoeringsdatum van deze code	Ja	Nee	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. Deze Governancecode is op 1 januari 2010 volledig van kracht.	+		
2. De hoofdlijnen van de governancestructuur van de zorgorganisatie worden mede aan de hand van de principes die in deze code zijn genoemd in het JMV uiteengezet.	+		
3. In dit JMV geeft GHZ uitdrukkelijk aan dat hij de principes van deze governance code heeft opgevolgd en naleeft en zo niet, waarom niet en op welke punten hij met welke vervangende regels daarvan afwijkt (het 'pas toe of leg uit'- beginsel).	+		



DESTRUCTION
DESTROY BY INCINERATION

VENJECT

PENICILLIN G

PENICILLIN G

VENJECT

IV Verklaring Raad van Toezicht

VERKLARING

De Raad van Toezicht van Stichting het Groene Hart Ziekenhuis,

verklaart hierbij,

in het kader van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg dat in 2010 geen belangenverstremgeling is opgetreden bij Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur en in de organisatie. Tevens zijn de hiervoor vermelde taken op onafhankelijke wijze uitgeoefend.

Datum: mei 2011

Ondertekend:



Prof. dr. G.H. Blijham,
Voorzitter Raad van Toezicht



Dr. P.C. Hermans,
Vice-voorzitter Raad van Toezicht



V Wetenschappelijke publicaties medewerkers GHZ, 2010

Chirurgie

van Gent WB, Wilschut ED, Wittens C.

"Management of venous ulcer disease.", in:
BMJ. 2010 Nov 12.

van Bemmel AJ, van Marle AG, Schlejen PM, Schmitz RF.

"Handlebar hernia: a case report and literature review on traumatic abdominal wall hernia in children.", in:
Hernia. 2010 May 1.

Gynaecologie

van Huisseling H, van Hanegem L, van Dijk M.

"Post-menopausal vaginal bleeding caused by carcinoma of the appendix: a case report.", in:
Journal of Medical Case Reports. 2010 May 2;4:127.

Interne geneeskunde

Donga E, van Dijk M, van Dijk JG, Biermasz NR, Lammers GJ, van Kralingen K, Hoogma RP, Corssmit EP, Romijn JA.

"Partial sleep restriction decreases insulin sensitivity in type 1 diabetes.", in:
Diabetes Care. 2010 Jul;33(7):1573-7.

Kerr D, Hoogma R, Buhr A, Petersen B, Storms F.

"Multicenter User Evaluation of ACCU-CHEK® Combo, An Integrated System for Continuous Subcutaneous Insulin Infusion.", in:
J of Diabetes Science and Technology. 2010;4:1400-1407

Kindergeneeskunde

Prins SA, von Lindern JS, van Dijk S, Versteegh FG.

"Motor Development of Premature Infants Born between 32 and 34 Weeks.", in:
International Journal of Pediatrics. 2010;2010. pii: 462048. Epub 2010 Sep 7.

Verbeek S, Eilers PH, Lawrence K, Hennekam RC, Versteegh FG.

"Growth charts for children with Ellis-van Creveld syndrome.", in:
European Journal of Pediatrics. 2011 Feb;170(2):207-11. Epub 2010 Sep 10.



VI Personalia

Raad van Bestuur

dhr. D.J. Verbeek MHA, voorzitter RvB

mw. ir. M.J. Verdier, lid RvB

Cobestuur

dhr. dr. D.J. Swank, chirurg, stafvoorzitter

dhr. dr. R.P.L.M. Hoogma, internist, lid stafbestuur

Raad van Toezicht

dhr. prof. dr. G.H. Blijham, voorzitter

mw. dr. M.E.M. van Dijen

dhr. Joh. D. van Dijk, tot mei 2010

dhr. ir. G.S.Groot

dhr. dr. P.C. Hermans

dhr. P. Hoogendoorn RA, vanaf februari 2010

dhr. G.H. van Nieuwpoort sr., tot mei 2010

mw. drs. N. Zefzafi

dhr. drs. W. Zoetewij, vanaf februari 2010

Bestuurssecretaris

mw. mr. drs. S.R. Tuin, vanaf augustus 2010

Directeuren

mw. ir. C. de Vries, directeur Concernstaf

mw. drs. M. Daniëls, directeur Commerciële Eenheid

dhr. M. Baaij, directeur Financiën en Informatisering

Bestuur Vereniging Medische Staf

dhr. dr. D.J. Swank, voorzitter/cobestuurder

dhr. dr. R.P.L.M. Hoogma, vicevoorzitter/cobestuurder

mevr. A.B.M. van der Sanden, secretaris tot 01-03-10

dhr. R.G.W. Nijman, secretaris

mevr. J.E. Dalman, penningmeester

mevr. dr. F. Bruynzeel, lid

mevr. A.M.T.J. Raben, lid per 21-10-10

dhr. E.G. Weijers, lid

Secretaris Vereniging Medische Staf

mw. drs. J. Hubrecht, secretaris VMS

Ondernemingsraad

mw. G. van den Bergh-Kempenaar

dhr. W. Bijkerk

dhr. M. Ehlert (tot 1 maart 2010)

dhr. M. van Esschoten

mw. G. Huisman

dhr. P. Looy (tot 1 maart 2010)

mw. I. Neeft-van der Putten

dhr. P. Rijk

dhr. H. Sluijter

dhr. M. Smit

mw. H. van der Velden

mw. P. Vrouwenvelder

dhr. J. van Worp, voorzitter

mw. H. van Yperen-Janmaat

mw. Th.M.J. van Leeuwen-Leenders, ambtelijk secretaris

Cliëntenraad

mw. F. F. Horstmann, voorzitter

mw. J. Hofstra-Stroink, secretaris

dhr. J.F. van Langeveld, vicevoorzitter

dhr. A.F. Bredie

dhr. P.F.A. Greeven

dhr. R. Tighadouini

vacature

Mw. Th.M.J. van Leeuwen-Leenders, ambtelijk secretaris

Verpleegkundige Adviesraad

mw. G. van den Heuvel, voorzitter

mw. H. Mostert, vicevoorzitter

mw. C. Melis

mw. A. Kompeer

mw. M. Daalder

dhr. W. Steenwoerd

mw. E. van der Kleijn

mw. J. Steenwinkel

mw. N. van Elk

mw. J. Boerrigter

mw. C. Smits

mw. C. Slingerland

mw. W. Domburg

mw. S. Weickl

mw. N. Geerlof

mw. B. Sluiter

mw. H. den Hertog

mw. M. Bouckaert, ambtelijk secretaris tot 01-07-2010

Bestuur en Toezicht Stichting Zorggroep Groene Hart

Raad van Commissarissen Stichting Zorggroep Groene Hart

dhr. prof. dr. G.H. Blijham

dhr. mr. W. van den Brink, voorzitter

dhr. ir. G.S. Groot

Raad van Bestuur Stichting Zorggroep Groene Hart

dhr. D.J. Verbeek MHA

mw. ir. M.J. Verdier

mw. G.J. Abels-Fransen, nucleair geneeskundige

dhr. J. Prins, longarts

Raad van Bestuur Holding Groene Hart bv

dhr. D.J. Verbeek MHA

mw. ir. M.J. Verdier

mw. G.J. Abels-Fransen, nucleair geneeskundige

dhr. J. Prins, longarts

Raad van Bestuur Extra Zorg bv

dhr. D.J. Verbeek MHA

mw. ir. M.J. Verdier

mw. G.J. Abels-Fransen, nucleair geneeskundige

dhr. J. Prins, longarts

mw. drs. M. Daniëls, directeur

Bestuurder Stichting ZBC Groene Hart

mw. drs. M. Daniëls



VII Lijst van afkortingen

Lijst van afkortingen			
AO/IC	Administratieve Organisatie/Interne Controle	NVZD	Nederlandse Vereniging van Directeuren van Ziekenhuizen
CBO	Centrale Begeleidings Orgaan	NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
DAM	DienstApotheek Midden-Holland	OR	Ondernemingsraad
DBC	Diagnose Behandel Combinatie	RvB	Raad van Bestuur
EPB	Eerste Polikliniek Bezoeken	RVE	Resultaat Verantwoordelijke Eenheid
EPD	Elektronische Patiënten Dossier	RvT	Raad van Toezicht
ESF	Europees Sociaal Fonds	SEH	Spoedeisende Hulp
EVS	Elektronisch Voorschrijf Systeem	SIAG	Seksuele Intimidatie, Agressie Geweld
GHOR	Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen	SIRE	Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie
GHZ	Groene Hart Ziekenhuis	SVMS	Samenwerkingsverband Medisch Specialisten
HAP	HuisArtsen Post	VAR	Verpleegkundige Advies Raad
HR	Human Resources	VIM	Veilige Incidenten Melding
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit	VMS	Vereniging Medische Staf
KNO	Keel-, Neus en Oorheelkunde	VSZ	Vereniging voor Samenwerkende Ziekenhuizen
LCVZ	Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden Ziekenhuizen	VWS, Ministerie van	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging	WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum	WfZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
MCH	Medisch Centrum Haaglanden	WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
MEC	Medisch Etnische Commissie	WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
MIP	Melding Incidenten Patiënten	WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
NIAZ	Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen	ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit	ZIROP	Ziekenhuis RampenOpvangPlan
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen		

Bleulandlocatie

Bleulandweg 10
2803 HH Gouda

Jozeflocatie

Graaf Florisweg 77-79
2805 AH Gouda

Tel.: (0182) 50 50 50

Fax: (0182) 50 50 51

Polikliniek Nieuwerkerk a/d IJssel

Doortocht 40
2914 KA Nieuwerkerk a/d IJssel
Tel.: (0180) 33 16 99

Postadres

Postbus 1098
2800 BB Gouda

www.ghz.nl