

Jaardocument 2009

Maatschappelijke Verantwoording Zorg



Onze zorg gaat verder...

Inhoudsopgave

Voorwoord Raad van Bestuur	4
Voorwoord Raad van Toezicht	10
Leeswijzer	12
Deel A: Maatschappelijk verslag	14
1. Uitgangspunten van de verslaglegging	15
2. Profiel van de organisatie	16
2.1 Algemene identificatiegegevens	16
2.2 Structuur van het concern	16
2.2.1 Structuur van het GHZ	16
2.2.2 Nevengeschikte structuur	20
2.2.3 Gelieerde entiteiten	23
2.3 Kerngegevens	24
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	24
2.3.2 Cliënten, capaciteit en productie	25
2.3.3 Werkgebieden	25
2.4 Samenwerkingsrelaties	26
3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap	27
3.1 Normen voor goed bestuur	27
3.2 Raad van Bestuur	28
3.3 Toezichthouders	32
3.4 Bedrijfsvoering	36
3.4.1 Planning- en controlcyclus	36
3.4.2 Risico & beheersing	36
3.4.3 ICT & informatiebeveiliging	40
3.4.4 Goederenlogistiek	41
3.5 Vereniging Medische Staf	42
3.6 Cliëntenraad	44
3.7 Ondernemingsraad	45
3.8 Verpleegkundige Adviesraad	46
4. Beleid, inspanningen en prestaties	47
4.1 Meerjarenbeleid	47
4.2 Algemeen beleid	49
4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid	51
4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten	52
4.4.1 Kwaliteit van zorg	52
4.4.2 Klachten	53
4.4.3 Patiëntveiligheid	54
4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	56
4.5.1 Personeelsbeleid	56
4.5.2 Kwaliteit van het werk	57
4.6 Samenleving	59
4.7 Financieel beleid	60
4.8 Zorgvernieuwingen	63

Deel B: Financieel Verslag	64
5.1 Geconsolideerde jaarrekening 2009	66
5.1.1 Geconsolideerde balans per 31 december 2009	66
5.1.2 Geconsolideerde resultatenrekening over 2009	67
5.1.3 Geconsolideerd kasstroomoverzicht over 2009	68
5.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	69
5.1.5 Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2009	73
5.1.6 Geconsolideerd mutatieoverzicht materiele vaste activa	88
5.1.7 Overzicht langlopende schulden ultimo 2009	90
5.1.8 Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening over 2009	92
<i>Enkelvoudige jaarrekening 2009</i>	
5.1.9 Enkelvoudige balans per 31 december 2009	98
5.1.10 Enkelvoudige resultatenrekening over 2009	99
5.1.11 Toelichting op de enkelvoudige balans en resultatenrekening 2009	100
5.2 Overige gegevens	101
5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	102
5.2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming	102
5.2.3 Resultaatbestemming	102
5.2.4 Gebeurtenissen na balansdatum	102
5.2.5 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	102
5.2.6 Accountantsverklaring	102
5.3 Bijlagen	104
5.3.1 Balans per 31 december 2009 en resultatenrekening over 2009 Stichting Zorggroep Groene Hart	104
Deel C: Bijlagen	106
I Vaststelling jaardocument	108
II Gegevens Digi/MV	109
III Zorgbrede Governance Code GHZ	118
IV Interview Raad van Toezicht	127
V Verklaring Raad van Toezicht	130
VI Wetenschappelijke publicaties medewerkers GHZ, 2009	131
VII Personalialia	133
VIII Lijst van afkortingen	136



Voorwoord
Raad van Bestuur

Dynamiek en stabiliteit

Het verslagjaar 2009 laat zich karakteriseren door dynamiek en stabiliteit. De dynamiek is het resultaat van een veelheid aan bestaande en nieuwe activiteiten van het Groene Hart Ziekenhuis. De stabiliteit blijkt uit de gestage groei van het aantal patiënten dat het ziekenhuis bezoekt, de verwijzende huisartsen, de medewerkers die graag bij het GHZ komen of blijven werken en wellicht ook wel door de continuïteit in de besturing van het ziekenhuis en van de medische staf. De continuïteit in besturing van het ziekenhuis heeft eveneens bijgedragen aan het bereikte resultaat. Een belangrijk gegeven in een periode met veel onzekerheden en spanningen in de wereld van de ziekenhuizen in ons land. In dit jaardocument wordt uitgebreid verslag gedaan van resultaten en vorderingen in het voorbije jaar. In dit voorwoord belichten wij een aantal belangrijke ontwikkelingen.

Patiëntenzorg in een veilig ziekenhuis

In de patiëntenzorg was wederom sprake van groei van het aantal patiënten in zowel polikliniek als kliniek, bij elkaar 2,7% ten opzichte van het voorgaande jaar. Veiligheid voor patiënt en medewerker vormde het voornaamste speerpunt in het nog meer zichtbaar maken van de kwaliteit van onze zorg. Aantoonbaar bewijs van onze gerichte aandacht voor een veilig ziekenhuis is met name een verviervoudiging van het aantal meldingen van incidenten (VIM) van 655 naar 2660. Gaandeweg ontstaat een klimaat waarin het melden van incidenten wordt beoordeeld als een kans om te leren en om de zorg voor patiënt en medewerker elke dag nog veiliger en beter te maken. Onze deelname aan het landelijk veiligheidsprogramma begint op een breed front vruchten af te werpen, getuige de resultaten van diverse deelprojecten waaraan door veel medisch specialisten, verpleegkundigen en andere medewerkers wordt deelgenomen. Het optimaliseren van de veiligheid in de OK's had eveneens nadrukkelijk onze aandacht. De vereiste continuïteit in het veilig werken in de OK's was voor het bestuur mede aanleiding om in het gewijzigd ontwerp voor de nieuwbouw hoge prioriteit te geven aan ondermeer een geheel nieuw OK-complex en een nieuwe Intensive Care Unit.

Brandbrief en nieuwbouw

De voorbereidingen voor nieuwbouw en renovatie van bestaande bouwdelen namen veel tijd in beslag. Het GHZ kent een lange historie om tot een geïntegreerd ziekenhuis op de Bleulandlocatie te komen. In 2009 moesten wij een nieuwe vertraging accepteren als gevolg van het uitblijven van een helder standpunt van het ministerie ten aanzien van de z.g. kapitaallastenproblematiek. In augustus schreven wij een 'brandbrief' aan de minister met daarin een klemmend beroep om duidelijkheid te verschaffen. Onder andere over de wijze waarop het opgetreden aanzienlijke nadeel voor het GHZ als gevolg van recente wetswijzigingen door het kabinet gecompenseerd zou gaan worden. Opmerkelijk is dat het bestuur tot op heden geen reactie ontving op deze 'brandbrief'. Eerst in april 2010 kreeg de minister –inmiddels in demissionaire staat- goedkeuring van de Tweede Kamer om de opgelopen schade in de komende jaren af te rekenen. Dit maakt naar verwachting voor het GHZ de weg vrij om in 2010 met de banken tot overeenstemming te komen over de financiering van nieuwbouw en renovatie. Samen met de gevolgen van de economische- en financiële crisis en de liberalisering van de bouw in de zorgsector, was dit voor het bestuur een bevestiging van de juistheid van het besluit in 2007 om het bouwtraject te temporiseren, ergo tot een geheel gewijzigd ontwerp te komen. Hierdoor is het GHZ in staat om de kapitaallasten –rente en afschrijvingen- gelijke tred te laten houden met de verdien capaciteit van het ziekenhuis in de komende reeks van jaren. Een en ander is uitvoerig onderbouwd in een meerjarig financieel plan waarin rekening is gehouden met tal van factoren die van invloed kunnen zijn op het voortbestaan van het ziekenhuis. Het bestuur verwacht dat het grote project van bouw en renovatie in de loop van 2010 van start zal gaan.

Elk nadeel...

Zoals wel vaker het geval, kleven aan het nadeel van de vertraging in de bouw, ook de nodige voordelen. In het verslagjaar konden opnieuw aanzienlijke investeringen plaatsvinden in de vervanging dan wel aanschaf van nieuwe en hoogwaardige apparatuur en inrichting respectievelijk het in stand houden van de bestaande bebouwing. Naast deze investeringen in hoogwaardige technologie, konden voldoende uitgaven worden gedaan ten behoeve van de vorming en scholing van onze medewerkers en in projecten die dienen om de kwaliteit van zorg en dienstverlening op een hoger plan te brengen. De invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) verloopt volgens plan; tegen het einde van 2010 zullen nagenoeg alle onderdelen ervaring hebben opgedaan met het EPD. Na vijf jaar hard werken door betrokken medewerkers, zullen tientallen kilometers aan papieren dossiers gedigitaliseerd zijn. Een enorme verbetering zal zijn geboekt indien in 2010 het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) voor geneesmiddelen volledig beschikbaar zal zijn.

Resultaat Verantwoordelijk: een mijlpaal!

Een mijlpaal vormde de afronding van de eerste fase van organisatieontwikkeling door het tot stand brengen van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Hier ging een voorbereiding van ruim twee jaar aan vooraf. In nauw overleg met de medische staf (VMS) en met afdelingen werd een bedrijfsmodel ontwikkeld waarbij de verantwoordelijkheden verlegd werden naar de leiding van deze RVE's. De eindverantwoordelijkheid berust bij een medisch leider, die op voordracht van de maatschap of vakgroep en na een assessment werd benoemd door de RvB. De medisch leider wordt ondersteund door een manager bedrijfsvoering van wie de benoeming op identieke wijze plaatsvond. Alvorens aan de slag te gaan in de nieuwe opzet werd door betrokken artsen in beeld gebracht welke zorgprogramma's zij uitvoeren, wat hun kerncompetenties zijn en hoe de deelmarkt van betreffend specialisme zich zal ontwikkelen, inclusief verwachte opbrengsten, kosten en noodzakelijke marge met het oog op de continuïteit van eigen RVE en in hun onderlinge samenhang als onderdelen van het GHZ als geheel. De verwachte productie op basis van DBC's vormde hierbij het uitgangspunt. Diverse regelingen werden ontworpen en vastgesteld, onder andere in verband met de onderlinge verrekening van kosten, de verdeling van verwachte resultaten en eventueel optredende tekorten. Voorts kwamen reglementen tot stand in verband met de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de leiding van de RVE, de maatschappen en vakgroepen en de RvB. Een vierde managementlaag, gevormd door drie directiefuncties in de lijn van de organisatie, kwam met de gekozen opzet te vervallen. De kernstaf als onderdeel van de Vereniging Medische Staf werd omgevormd tot het zogenaamde RVE-beraad; dit beraad overlegt iedere maand met de RvB over de hoofdlijnen van het te voeren beleid. De medische staf blijft voorsnog participeren in de RvB in de persoon van voorzitter en vicevoorzitter van de VMS.

“Doctor in the lead... but the nurse they need!”

Het bestuur hecht grote waarde aan het gegeven dat de hier beschreven omvorming van het ziekenhuis in RVE's kan rekenen op unanieme steun van de medische staf, ondernemingsraad, Verpleegkundige Advies Raad (VAR) en Cliëntenraad; overigens niet nadat intensief van gedachten is gewisseld over betekenis, inhoud en reikwijdte van het gedachtegoed van de RVE. Het bestuur is er samen met het bestuur van de medische staf van overtuigd dat hiermee een stevige basis is gelegd voor de verdere groei van het GHZ in de voor ons liggende jaren. Naast de structurele component is even zoveel waarde toe te dichten aan de meer culturele component, namelijk dat medisch specialisten metterdaad de uitdaging zijn aangegaan om de lead te nemen in de ontwikkeling van hun eigen RVE en van het GHZ als geheel. We kunnen daar met recht trots op zijn. In 2010 wordt doorgedaan op deze weg: verdieping aanbrengen, nieuwe kansen zien en vanuit de RVE's blijven vernieuwen en verbeteren aan de zorgrelatie die professional en patiënt met elkaar hebben. In dit verband zal de rol van de verpleegkundige professionals in het RVE-tijdperk nadrukkelijk onze aandacht hebben; “hoe hoger opgeleid, hoe dichter bij de patiënt” zal hierbij het leidende principe zijn. De VAR zal bij de uitwerking van dit principe een vooraanstaande rol spelen.

Samenwerking in de regio

In het verslag over 2008 waren wij nog positief ten aanzien van de voorgenomen bestuurlijke fusie met de Stichting Zorgpartners Midden-Holland (zorgcentra). Na intensief overleg met de Raad van Toezicht werd geoordeeld dat deze ingrijpende ontwikkeling op dat moment meer nadelen dan voordelen zou opleveren voor het ziekenhuis en is in samenspraak met Zorgpartners besloten om vooralsnog af te zien van fusie. Een en ander laat onverlet dat wij het van groot belang achten dat het GHZ zijn kerntaken in de regio gericht blijft afstemmen met partners in de regionale keten. In dit verband vervult ons met zorg dat de gewenste naadloze doorstroming van patiënten naar de intramurale zorgcentra regelmatig stagneert. Zo werd in 2009 door ons een recordaantal van ruim 4000 zogenaamde verkeerde beddagen geteld. Ondanks het feit dat voor deze niet geïndiceerde ziekenhuiszorg een marginale vergoeding uit de AWBZ beschikbaar is, nam het GHZ zijn verantwoordelijkheid door de nodige zorg aan deze patiënten te bieden zolang geen passende oplossing elders beschikbaar was. Het bestuur blijft zich inspannen om voor het gesignaleerde vraagstuk een structurele oplossing te vinden, zo nodig op een onorthodoxe wijze.

Met huisartsen en VMS voerde het bestuur regelmatig overleg om de onderscheiden functies in de medische lijn zo goed mogelijk afgestemd te krijgen. Een recordaantal verwijzingen gebeurde langs elektronische weg met gebruikmaking van het programma Zorgdomein. Terugrapportage door medisch specialisten verloopt nog altijd niet geheel optimaal, onder andere bij specialismen die het EPD nog niet hebben ingevoerd. Met de introductie van de eerstelijns DBC voor diabetespatiënten werden in 2009 voorwaarden geschapen om de huisartsen te kunnen faciliteren. In de verwachting dat nog andere zogenaamde keten DBC's gecontracteerd gaan worden, is door ons gewerkt aan de omvorming van het Huisartsen Laboratorium tot een Centrum voor Eerstelijns Diagnostiek. In samenspraak met de leiding van diagnostische afdelingen van het GHZ wordt in lijn hiermee gewerkt aan het oprichten van een Medisch Diagnostisch Centrum. Het bestuur had gehoopt in 2009 met het bestuur van de Regionale Huisartsen Post (HAP) tot verdere integratie te komen van de spoedeisende functies van HAP en SEH welke sinds 2007 onder één dak naast elkaar werken in de Bleulandlocatie. De samenwerking voor patiënten en medewerkers loopt in de praktijk weliswaar redelijk, nochtans is de RvB van mening dat een ontwikkeling die leidt tot een integrale 7x24uurs Spoedzorg, onder beider auspiciën, zal leiden tot een hogere kwaliteit en doelmatiger inzet van mensen en middelen. Helaas is het hiervan nog niet gekomen.

...en in de Coöperatie van ziekenhuizen

In 2009 werkten wij voortvarend verder aan de ontwikkeling van een hechte Coöperatie van de vier ziekenhuizen Medisch Centrum Haaglanden (MCH), Bronovo, 't Lange Land en het GHZ. Naast de ontwikkeling van deze groep voor de langere termijn, werden ook concrete resultaten geboekt: oprichting Centrum voor Bariatrie (Leidschendam) in een joint venture met de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK); realisatie van een degelijk netwerk met de vijf Intensive Care Units en de ingebruikneming van een gezamenlijk aangeschafte PET/CT-scan (GHZ-terrein). In de back office werd besloten tot aanschaf van een gemeenschappelijk programma voor de personeels- en salarisadministratie. Het Landsteiner Instituut (voor opleiding en onderzoek reeds enige jaren operationeel voor MCH en GHZ) wordt uitgebreid ten behoeve van de vier ziekenhuizen. Hiernaast staat een groot aantal projecten in zowel de zorg als in de back office op de rol om in de komende jaren tot uitvoering te brengen. Op bestuursniveau werd met de leiding van de vier medische staven intensief overlegd over de ontwikkeling van de Coöperatie zoals deze ons voor ogen staat. Regelmatig is zorgvuldig gecommuniceerd met de verschillende achterbannen en toezichthouders over de vorderingen en verdere plannen. Een en ander vindt plaats in een positief klimaat met veel betrokken professionals uit medische staven en ziekenhuisorganisaties. In 2010 zullen nieuwe concrete resultaten te melden zijn en verwachten wij eveneens nieuwe stappen te kunnen zetten om voor de Coöperatie een passend bestuurlijk en juridisch model vast te stellen. Uitgangspunt zal daarbij zijn om enerzijds recht te blijven doen aan een herkenbaar gezicht van ieder ziekenhuis in de eigen regio, terwijl anderzijds slagvaardigheid geboden is in de besturing van de gezamenlijkheid. Een spannende maar beloftevolle uitdaging!

Verzekerde Zorg

In 2009 staken wij opnieuw veel tijd en energie in onze relatie met de zorgverzekeraars. Van beide zijden was veel overleg en vernuft nodig om grip te krijgen op een complexe materie zoals deze van de zijde van VWS en NZa is voorgeschoteld. Verschillende manieren waarop de zorg betaald wordt lopen langs- en door elkaar heen en de ongelijktijdige introductie van de DBC-systematiek voor de ziekenhuizen en de vrij gevestigd medisch specialisten bezorgt menigeen hoofdbrekens en soms ook wel een slapeloze nacht. We constateren hier slechts dat tegen het einde van het boekjaar overeenkomsten tot stand kwamen met de verschillende zorgverzekeraars in zowel het gebudgetteerde A-segment (61%) als in het "vrije" B-segment van DBC's. De uitkomsten van het overleg spoorden nagenoeg met de verwachte productie en omzet. Opgemerkt moet worden dat door de gegeven complexiteit en tal van hierdoor optredende bijwerkingen in de bekostiging van de zorg, onnodig veel gemeenschapsgeld verloren gaat in oplopende renten en druk op de bedrijfsvoering van het ziekenhuis, onder andere om de langdurige bevoorschotting door het GHZ door de banken gefinancierd te krijgen. Neveneffect is verder, zo stellen wij vast, dat de meeste zorgverzekeraars door hun concentratie op de kostenkant, nog onvoldoende ruimte hebben kunnen vrijmaken om aandacht te schenken aan de kwaliteit van de geleverde zorg. Positieve uitzondering vormt een zorgverzekeraar die in het B-segment het accent legt op de gewenste uitkomsten van de medische prestatie in termen van bewezen kwaliteit, toegankelijkheid en service en daar een aanvaardbaar prijsniveau tegenover stelt. Het maximaal haalbare aantal van negen zogenaamde Topzorgpredicaten was ons deel. De positieve bijwerking van deze benadering vormt, dat betrokken medisch specialisten zelf in de positie gebracht werden om direct invloed uit te oefenen op de relatie tussen medische kwaliteit en verzekerde kosten. Waarvan akte.

Last but not least: een kloppende kas

Uit het financieel verslag en de opgestelde balans moge blijken dat het GHZ het jaar 2009 kon afsluiten met een positief resultaat van € 2,5 miljoen. Dit resultaat werkt door in de vorming van een solide financiële basis voor de komende jaren. Een stabiele ontwikkeling van het financiële resultaat in de komende jaren blijft nodig om vanaf 2010 te kunnen voldoen aan onze verplichtingen die voortvloeien uit de omvangrijke investeringen in nieuwbouw en inrichting van het ziekenhuis.

Een pluim voor allen!

De Raad van Bestuur wil alle medewerkers van het GHZ dank zeggen voor zijn of haar eigen unieke bijdrage aan de bereikte resultaten. Er is heel hard gewerkt en we mogen met elkaar trots zijn op wat er allemaal tot stand kwam in 2009! Wij verwachten in 2010 door te kunnen gaan op de ingeslagen weg. Tot verdere groei en bloei van de zorg die het GHZ biedt.

Gouda, mei 2010



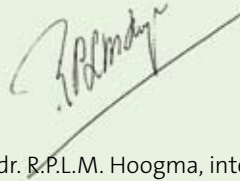
D.J. Verbeek MHA, voorzitter



dr. D.J. Swank, chirurg



Mw. ir. M.J. Verdier



dr. R.P.L.M. Hoogma, internist

Raad van Bestuur

Co-bestuur



Voorwoord Raad van Toezicht

Het jaar 2009 was voor de Raad van Toezicht een druk en boeiend jaar. Er was wisseling van voorzitterschap van de Raad van Toezicht en lidmaatschap van de Raad van Bestuur, de nieuwbouw vroeg veel aandacht en de coöperatie met de ziekenhuizen in Zoetermeer en Den Haag kreeg vorm.

Deze ontwikkelingen vonden plaats tegen de achtergrond van een Groene Hart Ziekenhuis dat zaken als financiën, kwaliteit en veiligheid goed op orde heeft. Dat is een groot compliment aan de Raad van Bestuur en alle medewerkers die zich daarvoor dagelijks met deskundigheid en betrokkenheid inzetten. De Raad van Toezicht weet dat de ziekenhuiszorg in Nederland zich in een lastige positie bevindt: er is sprake van een overgangssituatie naar een nieuw stelsel maar niemand weet met zekerheid hoe dat nieuwe stelsel er precies uit zal zien. Er is dus veel stuurmanskunst vereist en de Raad van Toezicht weet en vertrouwt dat dit in het Groene Hart Ziekenhuis ruimschoots voorhanden is.

De Raad van Toezicht bestond in het verslagjaar uit zeven leden met een goede mix aan deskundigheden en affiniteiten. Voorzitter prof. drs. R. Meijerink heeft afscheid genomen, waarna vice-voorzitter de heer dr. P.C. Hermans het voorzitterschap uitstekend heeft waargenomen. In mei 2009 is de vacature van voorzitter vervuld door prof.dr.G.H.Blijham, medisch specialist en tevoren voorzitter van de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht. Cliëntenraad, Ondernemingsraad en Vereniging Medische Staf hadden hierover positief geadviseerd. In de Raad van Toezicht is nu deskundigheid aanwezig op terrein van de medische inhoud, de organisatie van het stelsel, de lokale en regionale cultuur en belangen, financiën en human resource management.

De Raad van Toezicht is positief over het functioneren van de Raad van Bestuur. Er is een open verstandhouding waarbij de Raad van Toezicht goed wordt geïnformeerd over alle zaken die voor de continuïteit, kwaliteit en toekomst van het Groene Hart Ziekenhuis van belang zijn. In goed overleg met de Raad van Bestuur verkrijgt de Raad van Toezicht ook informatie van andere betrokkenen en deskundigen zoals de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad, het Medisch Stafbestuur, de accountant, leden van de directie en werknemers.

Van de risico's die het Groene Hart Ziekenhuis loopt is de situatie rond het gebouw en de nieuwbouw wel de belangrijkste. Nadat in 2009 de volle omvang van de economische crisis zichtbaar werd, bleek dat het ziekenhuis voor haar bouwplannen nog meer op zichzelf is aangewezen dan al verwacht. De keuze om in 2007 het bouwproject stil te leggen is dan ook juist gebleken. Als gevolg hiervan heeft de Raad van Bestuur in 2009 de bouwplannen zodanig aangepast, dat het mogelijk moet zijn om zelfstandig financiering te verwerven. Dit ondanks de huidige terughoudendheid van banken en het Waarborgfonds. De Raad van Toezicht denkt dat het Groene Hart Ziekenhuis met deze aangepaste plannen goed op de toekomst is voorbereid. Andere risico's, zoals de veiligheid op de operatiekamers en de zekerheid van toekomstige financieringsstromen werden met de Raad van Bestuur besproken.

Op een aantal manieren is het Groene Hart Ziekenhuis bezig met vormen van samenwerking. Wat betreft de opleiding van medisch specialisten is het LUMC de meest aangewezen partner. In de patiëntenzorg wordt stevig gewerkt aan de ontwikkeling van een coöperatie met ziekenhuizen in den Haag en Zoetermeer. Dit is een uitdagend traject dat door de Raad van Toezicht intensief wordt gevolgd. Voorts oriënteert het Groene Hart Ziekenhuis zich met partners op een voorziening voor bedrijfgerichte vormen van zorg.

De Raad van Toezicht wil iedereen danken die zich in deze spannende tijden heeft ingezet voor het Groene Hart Ziekenhuis. De resultaten mogen er zijn!



Prof. dr. G.H. Blijham

Voorzitter Raad van Toezicht



Leeswijzer

Dit jaardocument bestaat uit drie delen. Het is samengesteld volgens de richtlijn Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2009, die voortvloeit uit de wettelijke informatie- en verantwoordingsplicht voor de gehele zorgsector.

Deel A - Maatschappelijk verslag

Hoofdstuk 1: Uitgangspunten van de verslaggeving

Hoofdstuk 2: Profiel van de organisatie

Hoofdstuk 3: Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

Hoofdstuk 4: Beleid, inspanningen en prestaties

Deel B - Jaarrekening

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 breder, algemeen publiek.

Afkortingen

Een lijst met afkortingen is opgenomen in bijlage VIII.



Deel A: Maatschappelijk verslag

1. Uitgangspunten van de verslaglegging

Het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) vindt het belangrijk om zorgvuldig te verantwoorden hoe de zorgverlening en bijbehorende processen zijn verlopen, om inzicht te geven in de uitkomsten van het beleid en de manier waarop middelen zijn aangewend.

Het GHZ wil inzicht geven in de wijze waarop het zich in de maatschappelijke context als ondernemer begeeft. Niet alles wat in 2009 gebeurd is, kan in dit kader aan de orde komen. Er is een selectie gemaakt uit de vele ontwikkelingen die zich binnen het GHZ in het afgelopen jaar hebben voorgedaan. Meer informatie is te vinden op www.ghz.nl, onder meer in het nieuwsarchief.

Het jaardocument 2009 van het GHZ is opgesteld volgens de richtlijn van het ministerie van VWS. De jaarrekening is opgesteld volgens het uitvoeringsbesluit Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

In het maatschappelijk verslag worden productiecijfers uit de diverse segmenten gecombineerd of, waar dat nodig is voor meer inzicht, afzonderlijk gepresenteerd.

De verslagleggingperiode van dit jaardocument betreft het jaar 2009.

2. Profiel van de organisatie

Het GHZ is een ondernemend algemeen ziekenhuis, dat een belangrijke functie vervult in de regio Midden-Holland. Het GHZ is per 1 januari 1992 ontstaan door een juridische fusie van de Stichtingen Bleuland Ziekenhuis en Sint Jozef Ziekenhuis. De Stichting Groene Hart Ziekenhuis exploiteert het GHZ en is vooralsnog gevestigd op drie locaties, te weten: de Bleulandlocatie aan de Bleulandweg en de Jozeflocatie aan de Graaf Florisweg, beide te Gouda en een polikliniek in Nieuwerkerk aan den IJssel.

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 STICHTING en heeft als zodanig een WTZi-erkenning/toelating. Op grond van de statuten zijn een Raad van Toezicht (RvT) en een Raad van Bestuur (RvB) benoemd.

Besturingsmodel

Het ziekenhuis kent een RvT-model waarbij de RvB eindverantwoordelijk is voor en belast 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 RvT staat de RvB met reflectie terzijde. Bij de vervulling van zijn taak richt de RvT zich naar het belang van de stichting en haar instelling(en).

Het bestuur van de Stichting is, zoals hierboven reeds vermeld, opgedragen aan de RvB.

De RvT benoemt, schorst en ontslaat de leden van de RvB. De RvB gedraagt zich naar de aanwijzingen die de RvT mocht geven over de algemene lijnen van het te volgen beleid met betrekking tot patiëntenzorg, sociaal beleid en financieel/economisch beleid.

Op grond van de statuten van het GHZ is vooraf goedkeuring vereist van de RvT voor een aantal besluiten van de RvB. Hoofdstuk 3 beschrijft de taken en werkwijze van de RvT en 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 (per 1 juli 2009 als lid RvB benoemd). Zij volgt mevrouw E.A.P.M. Thewessen, lid (arts) hierin op die tot 1 oktober 2009 lid van de Raad van Bestuur was. Op strategisch niveau participeren twee medisch specialisten van de Vereniging Medische Staf als co-bestuurders in het bestuur van het ziekenhuis: de heer dr. D.J. Swank, stafvoorzitter (chirurg) en de heer dr. R.P.L.M. Hoogma, lid stafbestuur (internist).

RVE-ontwikkeling

In 2007 is het GHZ gestart met de ontwikkeling van de organisatie naar 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. De essentie van de organisatieontwikkeling richting RVE's ligt in het decentraliseren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

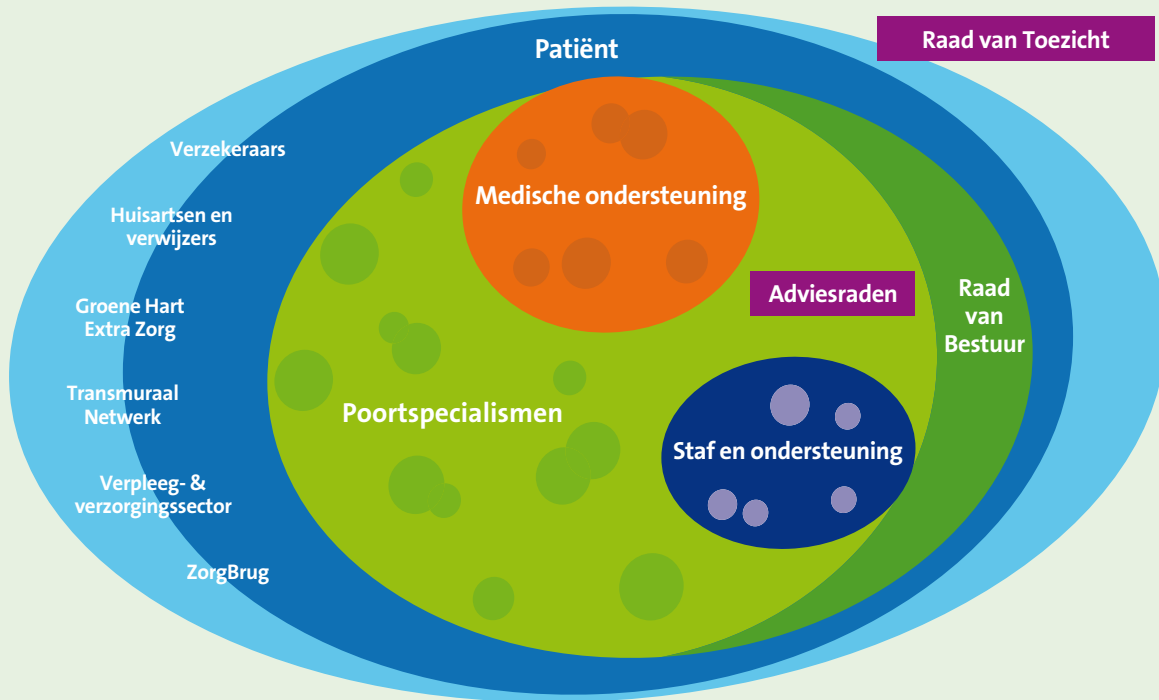
De nieuwe organisatievorm heeft een organisatieniveau minder. Hiermee zijn de functies directeur Patiëntenzorg, directeur Onderzoek & Behandeling en directeur Centraal Diensten Centrum komen te vervallen. Om de eigenstandige verantwoordelijkheid te benadrukken zijn de drie stafmanagers benoemd tot directeuren.

Met ingang van 1 juni 2009 is de nieuwe organisatie- en overlegstructuur ingevoerd. Het besluitvormingsproces 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 verantwoordelijk voor de integrale organisatie en bedrijfsvoering van de RVE, binnen de door RvB vastgestelde kaders en wordt ondersteund door een manager bedrijfsvoering.

De nieuwe overlegstructuur diende ondersteunend te zijn aan de visie dat de medisch specialisten (de medisch leiders van de RVE's) een bepalende rol in de besluitvorming zouden hebben. Vanuit deze optiek is het overleg waarin de medische leiders en de RvB/Co-bestuur samen komen, het RVE-beraad, het leidende gremium in de overlegstructuur. De functie van het RVE-beraad is infomerend en besluitvoorbereidend. Onderwerpen die aan de orde komen zijn onder meer:

- bedrijfsvoering van de RVE's
- realisatie van de jaarafspraken
- strategie van het GHZ
- kaderbrief
- innovaties en
- 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 • Geriatrie • Interne geneeskunde • Longeneeskunde • Medische psychologie • Neurologie • Reumatologie • Revalidatie geneeskunde 	<ul style="list-style-type: none"> • Kort Verblijf Afdeling • Poli Nieuwkerk • 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"> • Bouwbureau • 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, Hemovigilantiefunctionaris, Donorfunctionaris, Stralingsdeskundige, Ziekenhuishygiëne, Crisiscoördinator, Managementtrainees.

Medezeggenschapstructuur

De medezeggenschapsstructuur 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 hoofdstuk 3.

Raden en Commissies

De volgende raden en commissies adviseren de RvB:

Commissies	Werkzaamheden/ bevindingen
Vereniging Medische Staf (VMS)	zie hoofdstuk 3.5
Verpleegkundige Advies Raad (VAR)	zie hoofdstuk 3.8
Cliëntenraad	zie hoofdstuk 3.6
Medische Ethische Commissie (MEC)	bevordert het ethisch bewustzijn en adviseert over de lokale uitvoerbaarheid van medisch wetenschappelijk onderzoek
Incidentencommissie (MIP/VIM)	adviseert over MIP/VIM meldingen
Klachtencommissie	doet uitspraken over klachten van patiënten
Infectiecommissie	adviseert over het infectiepreventiebeleid
Reanimatiecommissie	adviseert over het reanimatiebeleid
Geneesmiddelencommissie	adviseert over geneesmiddelen en geneesmiddelendistributie
Commissie Sexuele Intimidatie en Agressie	behandelt klachten op het terrein van seksuele intimidatie en agressie
Renumeratiecommissie	houdt zich bezig met de bezoldiging van de RvB
Auditcommissie	houdt toezicht op het financiële beleid
Ondernemingsraad	zie hoofdstuk 3.7
Commissie vermoeden kindermishandeling	adviseert over een vermoeden van kindermishandeling en over een eventuele in kennisstelling aan het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (AMK)

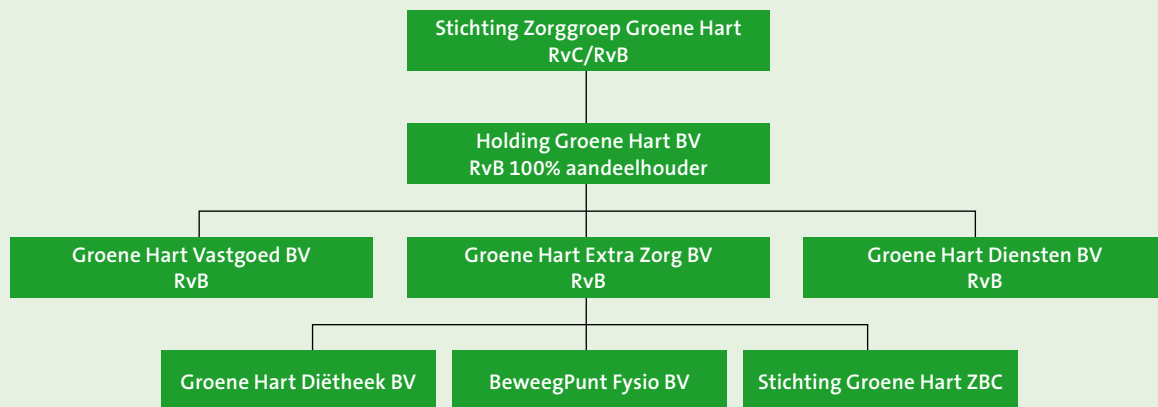
Het GHZ beschikt tevens over een functionaris gegevensbescherming en een medewerker informatiebeveiliging. Eerstgenoemde adviseert over het privacybeleid en laatstgenoemde over informatiebeveiliging. Ten slotte is een vertrouwenspersoon governance benoemd, die uitvoering geeft aan de klokkenluideregeling.

2.2.2 Nevengeschikte structuur

Juridisch gescheiden van het GHZ is per 12 juli 2005 de Stichting Zorggroep Groene Hart met daaronder de Holding Groene Hart BV en drie werkmaatschappijen (Groene Hart Extra Zorg BV, Groene Hart Vastgoed BV en Groene Hart Diensten BV) opgericht.

Extra Zorg BV is een 100% dochtermaatschappij van Holding Groene Hart BV. De aandelen van deze holding worden gehouden door Stichting Zorggroep Groene Hart, die onder meer ten doel heeft het ondersteunen van het werk van Stichting Groene Hart Ziekenhuis. Groene Hart Extra Zorg BV heeft Stichting Groene Hart ZBC opgericht. Het ZBC (Zelfstandig Behandelcentrum) beschikt over een toelating/erkenning. In 2008 werd door Groene Hart Extra Zorg samen met Diëtheek BV, een landelijk opererende organisatie voor dieet- en voedingsadvies, een joint venture opgericht.

In 2009 is BeweegPuntFysio opgericht. Deze BV is gezamenlijk eigendom van Groene Hart Extra Zorg en de Koornmolen BV, waarbij Groene Hart Extra Zorg een meerderheidsbelang heeft.



Groene Hart Extra Zorg BV

Doelstelling

De intentie is om vanuit Groene Hart Extra Zorg aanvullende zorgactiviteiten aan te bieden die buiten de reguliere ziekenhuiszorg vallen. De doelstellingen voor deze aanvullende zorgactiviteiten zijn: versterken c.q. vergroten van het GHZ-marktaandeel, aanvullende inkomsten genereren en leren ondernemen.

Financiering

Groene Hart Extra Zorg kent in tegenstelling tot het ziekenhuis geen budgetfinanciering. Alle kosten moeten door inkomsten worden gedekt. Inkomsten worden behaald door de opbrengsten van de verschillende activiteiten, die rechtstreeks door patiënten, klanten of hun werkgever aan Groene Hart Extra Zorg worden betaald of die indirect door de zorgverzekeraar uit het basispakket of de aanvullende verzekering (outputfinanciering) worden betaald.

Relatie met het GHZ en met de medisch specialisten

Een belangrijk uitgangspunt bij het inrichten van de organisatie van Groene Hart Extra Zorg en de exploitatie van Groene Hart Extra Zorg is dat er gebruik gemaakt wordt van de infrastructuur van het GHZ: de medisch specialisten, de medewerkers, het gebouw, de apparatuur en het materiaal. Hiervoor wordt per activiteit met het GHZ een verreken tarief afgesproken. Het GHZ en Groene Hart Extra Zorg hebben een raamovereenkomst gesloten waarin de samenwerking is vastgelegd. De samenwerking met de maatschap c.q. medisch specialist wordt vastgelegd in een aparte samenwerkingsovereenkomst per activiteit tussen Groene Hart Extra Zorg en de maatschap c.q. medisch specialist.

Activiteiten Groene Hart Extra Zorg BV, dochterondernemingen en ZBC

In 2009 werden enkele bestaande activiteiten binnen Groene Hart Extra Zorg gecontinueerd en uitgebreid, zoals het uitvoeren van screeningsechografieën bij zwangeren, een arbopakket voor werkgevers met snelle, arbeidsgerichte diagnostiek en allergologie als medisch specialistische zorg.

Allergologie werd ook aangeboden vanuit een geheel nieuwe locatie buiten het adherentiegebied van het GHZ, namelijk in Hellevoetsluis. Vanuit Groene Hart Diëtheek werd ook in 2009 voedings- en dieetadvies aangeboden als eerstelijnsverstrekking aan patiënten, maar ook aan klinische patiënten in het GHZ vanuit een samenwerkingsovereenkomst tussen GHZ en Groene Hart Diëtheek.

In 2009 opende BeweegPuntFysio de deuren van het nieuwe centrum voor fysiotherapie, revalidatie en sport. Vanuit dit centrum wordt fysiotherapie aangeboden als poliklinische activiteit, maar ook aan klinische patiënten binnen de muren van het GHZ. Daarnaast worden beweegprogramma's voor specifieke patiëntengroepen aangeboden naast die voor particulieren en werknemers.

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. Derhalve dient slechts voldaan te worden aan de transparantie-eisen inzake bedrijfsvoering. De nevenschikte structuur voldoet aan deze transparantie-eisen. Dit blijkt uit het voorgaande, de statuten, alsmede interne documenten.

Recht van enquête

Het recht van enquête geldt niet als 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

De bestuurlijke verhoudingen tussen de fiscaal juridische structuren van de Stichting Zorggroep Groene Hart en de Stichting Groene Hart Ziekenhuis zijn van dien aard dat sprake is van een consolidatieverplichting van de twee stichtingen, inclusief de deelnemingen. In 2009 is het GHZ aangemerkt als groepshoofd. In de jaarrekening biedt het GHZ transparantie inzake groepsverhoudingen en resultaten door het opnemen van een geconsolideerde jaarrekening van de Stichting Groene Hart Ziekenhuis en de Stichting Zorggroep Groene Hart met haar deelnemingen en een enkelvoudige jaarrekening van de Stichting Groene Hart Ziekenhuis.

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 ZorgBrug BV, met als doel 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 staat als (uitvoerende) zorgorganisatie “in en tussen” ziekenhuis en thuiszorg in de regio Midden Holland. Naast diensten aan het ziekenhuis en de thuiszorg, levert ZorgBrug diensten aan huisartsen, apotheken, verpleeg/verzorgingshuizen en andere ziekenhuizen (ziekenhuisverplaatste zorg).

De activiteiten van ZorgBrug zijn:

- Transmurale gespecialiseerd verpleegkundige zorg in ziekenhuis, in polikliniek, huisartsenpraktijk, verzorgingshuis en thuis. Deze is vooral gericht op mensen met een chronische ziekte en een tijdelijke complexe zorgvraag thuis.
- Ziekenhuisverplaatste zorg, ziekenhuisopname voorkomende zorg en palliatieve terminale zorg.
- Transmurale deskundigheidsbevordering en scholing op het gebied van de risico voorbehouden handelingen voor alle zorgverleners uit de regio.
- Transfer, bemiddeling en afstemming van zorg voor patiënten uit het Groene Hart Ziekenhuis naar vervolgzorg
- Verpleegkundige begeleiding van patiënten in huisartsenpraktijken
- Het vergroten van kennis en expertise en professionele positionering van de verpleegkundige beroepsgroep.
- Inbreng van kennis en expertise in regionale en landelijke projecten op het gebied van integrale zorgverlening
- Inbreng van kennis en expertise in projecten van aandeelhouders en van landelijke organisaties.

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 in de financiering van deze zorg. Voor onderzoek naar nieuwe behandelmethodes, innovaties en alle extra's zoals ontspanning op de (kinder-)afdeling is echter financiële en materiële steun van buiten het ziekenhuis noodzakelijk.

De Stichting Vrienden van het Groene Hart Ziekenhuis is opgericht om dit benodigde geld bijeen te brengen. Zo kunnen projectaanvragen vanuit het ziekenhuis gefinancierd worden door bijdragen van particulieren, bedrijven en fondsen.

In 2009 heeft de stichting een substantieel aandeel geleverd aan de realisatie van een nieuwe bladderscan voor de kinderafdeling, nieuw speelgoed op de poliklinieken en benodigde materialen voor het project Herstel & Balans. Daarnaast zijn de communicatiemiddelen en organisatiestructuur van de stichting aangepast.

2.2.3 Gelieerde entiteiten

Coöperatie

De vier ziekenhuizen die participeren in de Samenwerkende Ziekenhuizen West-Nederland Coöperatief U.A. (hierna: de Coöperatie) zijn de Stichting Bronovo-Nebo, Stichting Groene Hart ziekenhuis, Stichting Medisch Centrum Haaglanden en Stichting 't Lange Land Ziekenhuis. De Coöperatie is opgericht (formeel) in oktober 2008. In de praktijk zijn de vier leden al sinds begin 2008 met gezamenlijke activiteiten bezig. De coöperatieve samenwerking biedt vele kansen op de gebieden van 'new, better en cheaper business'. Inmiddels zijn circa 300 mensen uit de vier ziekenhuizen actief betrokken bij coöperatieactiviteiten.

In 2008-2009 zijn circa 18 projecten gestart die in verschillende stadia van ontwikkeling zijn. De koplopers (Obesitas, Inkoop, IC-netwerk, PET/CT-scan en PSA) laten zien dat de samenwerking tot resultaten leidt.

- De Obesitaskliniek (NOK West BV) is in augustus 2009 met haar klinische werkzaamheden in MC Antoniusshove Leidschendam gestart.
- Er is een gezamenlijke inkoopvisie ontwikkeld, die gezamenlijk inkopen tot doel heeft.
- Het IC-netwerk wordt vormgegeven en om tot kwalitatieve meerwaarde te komen.
- De gezamenlijke PET/CT-scan is in september 2009 gestart en resulteert in een snelle diagnostiek, een reductie van de prijs per scan, een kwaliteitsverbetering en voorkomt onnodige behandeling.
- In december 2009 lag een businessplan gezamenlijke aanschaf HR Payrollsystem op de bestuurstafel.

1. In de zomer 2009 is het realiteitsgehalte van de projectdoelstellingen getoetst. In september 2009 heeft het coöperatiebestuur geconcludeerd dat deze samenwerking zinvol is en dat deze verder wordt geïntensiveerd.
2. In 2009 – 2010 worden de mogelijkheden voor intensivering van de samenwerking medisch specialistisch zorgaanbod coöperatieziekenhuizen onderzocht. 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).
3. De ziekenhuizen blijven ieder zelfstandig hun eigen "zorgmarkt" bedienen en voeren als zelfstandig ziekenhuis onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Transmuraal Netwerk Midden-Holland

Binnen deze stichting werkt het GHZ samen met:

- Vereniging Medische Staf GHZ
- Regionale Organisatie Huisartsen Midden-Holland
- Stichting Zorgpartners Midden-Holland
- Vierstroom
- GGZ Midden-Holland/Rivierduinen
- Gemiva-SVG Groep

Doel: een logisch, samenhangend en kwalitatief goed zorgaanbod op maat voor de inwoners van Midden-Holland, onafhankelijk van de zorgverlener. Het GHZ participeert in tien zorgketens, waaronder CVA en palliatieve zorg.

In 2008 is de Stichting Schakelpunt Informatie Transmurale Zorg (SPITZ) opgericht. Doel: veilige digitale uitwisseling van patiëntgegevens. Deze Stichting is gelieerd aan het Transmuraal Netwerk.

Inkoop Alliantie Ziekenhuizen

In het kader van het uitplaatsen van de magazijnfunctie heeft het GHZ samen met de ziekenhuisgroep Twente de Vereniging voor Samenwerkende Ziekenhuizen (VSZ) opgericht. De Inkoop Alliantie Ziekenhuizen (IAZ) is hieruit voortgekomen en hierbij zijn dertien ziekenhuizen aangesloten. Doel van de vereniging is te komen tot synergie en kostenbesparing op het gebied van inkoopactiviteiten en de door de ziekenhuizen benodigde voorzieningen en facilitaire diensten. Mogelijk kan, tezamen met de Coöperatiepartners, langs deze weg nog meer inkoopvoordeel worden behaald.

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het GHZ is een ondernemend algemeen ziekenhuis, dat een belangrijke functie vervult in de regio Midden-Holland. 1940 medewerkers, 130 medisch specialisten en 73 vrijwilligers zetten zich in om patiënten kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden. De behandeling en zorg worden in nauwe samenwerking en afstemming met regionale zorgaanbieders verleend. Medisch specialisten en managers geven gezamenlijk leiding aan het GHZ en voeren een actief en zorgvernieuwend beleid. Daarnaast verzorgt het GHZ medisch-specialistische, verpleegkundige en andere opleidingen.

Het aanbod van het GHZ zal steeds meer vraag- en marktgestuurd zijn. In het Strategisch Plan (2005 – 2009) heeft het GHZ zich het doel gesteld om minimaal 80% van de medisch-specialistische zorgvraag te kunnen leveren. In de overige 20% van de zorgvraag wil het GHZ voorzien via overeenkomsten met academisch medische centra, andere ziekenhuizen of ZBC's. Daarnaast streeft het GHZ er naar omzet te genereren met bovenregionale en buitenreguliere activiteiten en nieuwe zorgproducten op het gebied van preventie, arbeid en gezondheid.

Particulier initiatief

Het GHZ is een private rechtspersoon, met historische wortels in het particuliere initiatief van onder meer kerken en ondernemers. De overheid kwam daarbij later in beeld door, vaak via zorgverzekeringen, geld voor de zorg beschikbaar te stellen. Dit ging en gaat gepaard met een overdaad aan regels. Hierdoor is het steeds meer gaan lijken, alsof ziekenhuis tot het publieke domein hoort.

Kostenreductie

De overheid wil de steeds hogere kosten voor gezondheidszorg nu echter terugbrengen. Dit doet zij onder meer door marktwerking te introduceren. Ook wil zij meer kosten verschuiven naar de particulier. Het ziekenhuis krijgt als private stichting bovendien niet langer een vast overheidsbudget.

Positionering ziekenhuis

Als zorgaanbieder dingen we nu steeds meer naar de gunsten van zorgverzekeraars en burgers. Dit daagt ons uit om opnieuw positie te kiezen. Pakken we onze historische rol op, en wordt het ziekenhuis opnieuw gedragen door particuliere burgers, instellingen en ondernemers?

Juridische vorm

Het bestuur heeft deze vraag voorgelegd aan haar medisch specialisten en medewerkers in loondienst. De discussie hierover leidt, naar wij hopen, tot een keuze die alle steun heeft van in- en externe betrokkenen. Hierna kiest het bestuur voor de best passende juridische vorm.

Daarnaast worden door beide organisaties private activiteiten aangeboden. Hieronder worden activiteiten verstaan die uit niet-collectieve middelen betaald worden. Private activiteiten worden, bijvoorbeeld door werkgevers voor hun werknemers, door vergoedingen uit de aanvullende zorgverzekeringen of rechtstreeks door de patiënt aan het GHZ of Groene Hart Extra Zorg BV betaald. Voorbeelden hiervan zijn activiteiten rondom arbeid en gezondheid, niet-noodzakelijke medische ingrepen of cosmetische ingrepen, of niet-medisch geïndiceerde activiteiten.

In bijlage II is een nadere typering van de zorg van het GHZ opgenomen. Een nadere typering van de zorg van Groene Hart Extra Zorg is opgenomen in hoofdstuk 2.2.

2.3.2 Cliënten, capaciteit en productie

De kerngegevens over productie, personeel en opbrengsten zijn opgenomen in bijlage II.

2.3.3 Werkgebieden

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



2.4 Samenwerkingsrelaties

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de belangrijkste samenwerkingsrelaties van het GHZ.

Relatie	Toelichting & resultaten
Patiënten- en cliënten-organisaties	Regelmatig overleg met de Cliëntenraad (zie hoofdstuk 3.3) en Zorgbelang Zuid-Holland Zuid en Midden.
Huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> • Actieve dialoog via regionale overlegstructuren en persoonlijk bezoek aan ca 100 huisartsen. • Organisatie huisartsenavond, in samenwerking met de WGDA, een avond voor doktersassistenten en meeloopdagen voor de huisartsen. • Forse toename elektronische verwijzingen via ZorgDomein • Transmurale diabetesketen • Medisch diagnostisch centrum in oprichting
Zorgverzekeraars	<p>Met betrekking tot het A-segment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderhandelingen succesvol afgerond met 2,7% toegestane groei ruimte. Realisatie van de groei conform deze groei ruimte. • Uitbreiding specialistenplaatsen met een oncoloog en een orthopeed. • Overeenstemming met de verzekeraar over de omvang van de budgetoverheveling van het A-segment naar het B-segment (schooning) voor de derde tranche uitbreiding B-segment. <p>Met betrekking tot het B-segment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderhandeling met verzekeraars over 35% van de behandelingen. Resultaat in lijn met begroting. • Met de meeste zorgverzekeraars heeft het GHZ een 2-jarige overeenkomst gesloten. • Van zorgverzekeraar Menzis kreeg het GHZ alle negen nieuwe topzorgpredicaten, zowel voor 2009 als voor 2010 als enige in Nederland. • Voor Achmea zijn vier van de zeven voorkeursmogelijkheden verkregen, waarbij de patiënt zijn eigen risico terugontvangt. • Als enige ziekenhuis in de regio heeft het GHZ een overeenkomst met het CVZ voor de zorg voor vreemdelingen zonder verblijfsvergunning. • In 2009 is voor het eerst een prospectus gepresenteerd aan zorgverzekeraars met daarin de beeldende verhalen over onze zorg en de ontwikkelingen en ambities van het GHZ.
Verloskundigen	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.
Zorgpartners Midden-Holland	Zorgpartners Midden-Holland en het GHZ hebben de wens een hechte samenwerking te realiseren. Dit zal in eerste instantie leiden tot het samen ontwikkelen van activiteiten op het grensvlak van cure en care zoals een herstelcentrum.

Overige externe belanghebbenden van het GHZ zijn (lokale) overheden, onderwijsinstellingen en het bedrijfsleven. Het GHZ is lid van diverse regionale ondernemersverenigingen en maakt deel uit van de Nederlandse Maatschappij voor Nijverheid en Handel.

3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

3.1 Normen voor goed bestuur

Het GHZ heeft in het verslagjaar de Zorgbrede Governance Code, Branche organisaties Zorg 2006 toegepast maar heeft tevens geanticipeerd op de nieuwe governance-normen (zoals thans is vastgelegd in de nieuwe Zorgbrede Governance Code 2010 (zie bijlage III)). In de brief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport “Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning” wordt het belang van professioneel toezicht onderschreven. Rekening houdend met deze brief heeft dat tot het volgende geleid.

De afgelopen jaren is in verband met de Corporate Governance met name aandacht uitgegaan naar:

- de taak/werkwijze/samenstelling van de RvB/RvT; onafhankelijkheid/belangenverstrengeling beide raden;
- de wijze van bezoldiging;
- het vaststellen van een reglement RvB;
- het vaststellen van een reglement RvT;
- het vaststellen van een besturingsreglement, bevattend o.a. een geschillenregeling;
- het vaststellen van de reglementen van de audit (financiële) commissie en de bezoldigingscommissie;
- het vaststellen van een klokkenluidersregeling. Ook is de Ondernemingsraad gevraagd advies uit te brengen over een geschikte kandidaat ter uitvoering van deze regeling (de zogenaamde vertrouwenspersoon Governance) en is een conceptgedragscode opgesteld. Hierin wordt het gewenste gedrag beschreven. Er wordt verwezen naar regels en regelgeving die van toepassing zijn op de medewerkers, waaronder de genoemde regeling voor het melden van een misstand;
- de wijze van bezoldiging. Bezoldiging vindt plaats door bezoldigingscommissie en voldoet aan de daarvoor geldende landelijke normen;
- wijzigen van de statuten waarin:
- toekenning van het recht van enquête aan de Cliëntenraad heeft plaatsgevonden en de regeling -op bindende voordracht leden van de RvT benoemen- is vervallen. Daarvoor in de plaats zal een Adviescollege, dat door de “zendende stichtingen” wordt benoemd, advies uitbrengen over maximaal drie te benoemen leden RvT. Zendende stichtingen zijn in de statuten benoemde (externe) stichtingen.

De RvT heeft in dit jaar extra aandacht besteed aan vraagstukken op het gebied van financiën, kwaliteit, transparantie, veiligheid, integratie van eerste- en tweedelijnszorg, maar ook aan de bereikbaarheid van zorg. Het interview met de RvT (bijlage IV) biedt inzicht in de wijze waarop de toezichthoudende positie van de RvT is verstevigd ter invulling van de governanceprincipes.

3.2 Raad van Bestuur

Onderstaande tabel geeft weer hoe de RvB is samengesteld, hoe de portefeuilles zijn verdeeld en welke nevenfuncties de leden hebben.

Naam	Portefeuilles	Nevenfuncties
D.J. Verbeek MHA, Voorzitter RvB en de daaraan gelieerde BV's	<p>Organisatieonderdelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • RVE's medische ondersteuning • SEH • Financiën en ICT • Concernstaf • Commerciële eenheid <p>Overleggen/gremia</p> <ul style="list-style-type: none"> • RvT • RVE-beraad • Ondernemingsraad • Cliëntenraad • Samenwerkingsverband medisch specialisten • Stafbestuur/VMS <p>Ziekenhuisbrede opdrachten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisch Diagnostisch Centrum • Strategisch beleid • Veiligheid • Toelating medisch specialisten <p>Externe contacten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionale huisartsenvereniging (ROH) • Ziektekostenverzekeraars • Centramed • HAP (in relatie met SEH/polikliniek Nieuwerkerk en politheek) • Extra Zorg • Coöperatie Samenwerkende Ziekenhuizen West Nederland 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorzitter RvB Stichting Zorggroep Groene Hart en de daaraan gelieerde besloten vennootschappen. Ingevolge 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 voor voornamelijk ziekenhuis. Benoeming van deze functie(s) heeft plaatsgevonden met kennis van de RvT van het GHZ. • Voorzitter RvT Stichting RIAGG Rijnmond. • Gastdocent en coach 'Strategie van management' aan de voortgezette opleiding Management in de zorg van de Leidse Hogeschool. • Lid academische werkplaats ouderenzorg LUMC. • Bestuurslid Stichting Trombosedienst Midden-Holland.
Mw. E.A.P.M. Thewessen, arts, Lid RvB (tot 1 oktober 2009)	<p>Organisatieonderdelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • RVE's patiëntenzorg • KVA • Vastgoed, huisvesting en beheer • Gastvrijheid • Landsteiner Instituut <p>Overleggen/gremia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klachtencommissie • VAR • Cliëntenraad <p>Ziekenhuisbrede opdrachten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opleidingen • Toelating medisch specialisten • Inspectie • Calamiteiten <p>Externe contacten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmuraal Netwerk • NVZ • Zorgbrug • Vierstroom • GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • NIAZ-auditor • Lid Raad van Bestuur Stichting Zorggroep Groene Hart en de daaraan gelieerde BV's (tot 1 oktober 2009) • Bestuurslid Stichting STEM ('Sterven op je Eigen Manier')

Naam	Portefeuilles	Nevenfuncties
Mw. ir. M.J. Verdier, Lid RvB (vanaf juni 2009)	<p>Organisatieonderdelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • RVE's patiëntenzorg • KVA • Polikliniek Nieuwerkerk • Vastgoed, huisvesting en beheer • Gastvrijheid • Bouwbureau • Projectenbureau • Landsteiner Instituut <p>Overleggen/gremia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centrale Opleidingscommissie • Klachtencommissie • VAR • Managers Overleg Bedrijfsvoering <p>Ziekenhuisbrede opdrachten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nieuwbouw • Organisatieontwikkeling • Opleidingen • Toelating medisch specialisten • Inspectie • Calamiteiten • Capaciteit <p>Externe contacten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmuraal Netwerk • Zorgbrug • NVZ • Zorgpartners • Vierstroom • GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorzitter Stichting de Gele Linde, Boskoop • Bestuurslid Stichting Zorggroep Groene Hart en de daaraan gelieerde besloten vennootschappen.

In de checklist Zorgbrede Governance Code (bijlage III) komen o.a. aan bod:

- A. De beoordeling van taak en werkwijze van de RvB en naleving wettelijke transparantievereisten.
- B. De beoordeling van mogelijke belangenverstremgeling RvB en de organisatie (blijkt uit verklaring van de RvT dat geen belangenverstremgeling is opgetreden, zie bijlage V).
- C. De beoordeling van de bezoldiging van de RvB (heeft de RvT de bezoldiging van de RvB besproken).
- D. Toezicht/informatieprotocol.

Ad. A Taak en werkwijze RvB/naleving wettelijke transparantievereisten

Uit hoofdstuk 4 van dit jaardocument blijkt dat de RvB gestuurd heeft op de realisatie van de doelstellingen die voortvloeien uit het beleid dat in onder andere het Strategisch Plan 2005-2009, de Kaderbrief, het Jaarplan 2009 en het managementcontract is vastgelegd. Dit heeft geleid tot resultaten zoals vermeld in hoofdstuk 4. De RvB heeft over het voorgaande verantwoording afgelegd aan de RvT.

Bij de vervulling van zijn taak richt de RvB zich naar het belang van de zorgorganisatie, waarbij rekening gehouden met het feit dat GHZ een maatschappelijke onderneming is met als primaire doelstelling het bieden van zorg.

De RvB heeft de interne risicobeheersings- en controlesystemen met de RvT besproken. De regeling Administratie en Organisatie, Interne Controle (AOIC) wordt toegepast. De meest voorkomende juridische risico's en de beheersmaatregelen zijn beschreven in een compliancenotitie die met de RvT zijn besproken.

De leden RvB werken volgens een schriftelijk vastgelegde taakverdeling. Voortvloeiend uit de statuten van het GHZ en vigerende reglementen (het daarin vastgelegde kader kan beschouwd worden als een informatieprotocol) verschaft de RvB tijdig aan de RvT alle informatie die nodig is voor een goede uitoefening van de taak van laatstgenoemde.

Verdere invulling van de Governance Code en de wettelijke transparantievereisten WTZi heeft in 2009 plaatsgevonden door het naleven van afspraken tussen de RvB en de RvT. Die afspraken zijn opgenomen in een bestuursreglement, een reglement RvT en een reglement RvB. Van die reglementen maken een geschillenregeling (die dienst doet bij een geschil tussen RvB en RvT, of bij geschillen binnen de RvB) en een vastgestelde klokkenluiderregeling deel uit.

Ad. B Belangenverstrengeling

Uit de bijgevoegde verklaring van de RvT (bijlage V) blijkt dat naar de mening van de RvT geen belangenverstrengeling is opgetreden. Voortvloeiend uit de arbeidsovereenkomst stelt een lid RvB zich integer en toetsbaar op. Uit deze arbeidsovereenkomst vloeit tevens voort dat elke vorm van schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de RvB en de zorgorganisatie moet worden vermeden.

In de arbeidsovereenkomst met een lid RvB is voorts 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.

Ad. C Bezoldiging

Ter bevordering van de transparantie is een belonings- ook wel een bezoldigingscommissie benoemd, die aan de RvT een voorstel doet betreffende het te voeren bezoldigingsbeleid voor leden van de RvB. Deze commissie bestaat uit de voorzitter en vice-voorzitter 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 zorg gedragen 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. De brancheorganisaties in de zorg zijn op dit moment intern in debat over hoe invulling kan worden gegeven aan een actuele governancebepaling voor het bezoldigingsbeleid. In afwachting daarvan houdt het GHZ zich aan de hiervoor vermelde normen.

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 uitvoeren van nevenfuncties, de bezoldiging daarvan en de te volgen handelwijze.

Ad. D Toezicht/informatieprotocol**1. Informatievoorziening RvT**

In de statuten van het GHZ is vastgelegd waarover de RvT moet worden geïnformeerd, maar in het reglement RvT zijn nog aanvullende regelingen opgenomen. Dit kader tezamen wordt als het informatieprotocol beschouwd.

2. Financiële commissie

De financiële commissie van de RvT heeft verslagen uitgebracht aan de Raad over het gebruik van rente instrumenten, de nieuwbouw en de financiering ervan, de liquiditeit, onderhandelingen met de financiers en twee door de accountant uitgebrachte z.g. managementletters. Op basis daarvan heeft besluitvorming plaatsgevonden.

3. Nieuwe voorzitter RvT

In 2009 is een nieuwe voorzitter, de heer prof. Dr. G.H. Blijham benoemd. De RvT heeft vanwege zijn uitermate passende kandidatuur en de opgestelde profielschets ervan afgezien een openbare sollicitatieprocedure te volgen. De interne adviesorganen zijn in de gelegenheid gesteld te adviseren over de voorgenomen benoeming. Naast de RvB stonden zij alle zonder voorbehoud positief tegenover de voorgenomen benoeming.

4. Nieuwe bestuurder

In verband met de reorganisatie van de topstructuur zou aanvankelijk een tijdelijk derde bestuurder worden aangesteld, maar met het vertrek van de bestuurder mevrouw E. Thewessen, arts, per 1 oktober 2009, op inhoudelijke gronden, en met een gewijzigde taakverdeling is gekozen voor twee bestuurders. Er is een schriftelijke sollicitatieprocedure gevolgd. Met in achtneming van een profielschets, en na advisering van de interne adviesorganen, is het besluit genomen om mevrouw ir. M.J. Verdier aan te trekken als lid RvB. Mevrouw Verdier was voorheen werkzaam als directeur patiëntenzorg binnen het GHZ. Door deze aanpak had de RvT gegronde redenen om af te zien van een externe wervingsprocedure. De RvT heeft ingestemd met de taakverdeling tussen de bestuurders en heeft de nieuwe bestuurder benoemd.

3.3 Toezichthouders

Naam	M/V	Aandachtsgebied	Nevenfuncties	Eerste benoeming / Moment aftreden	Aantal bijgewoonde vergaderingen/ bezoldiging
Prof. dr. G.H. Blijham, 15-10-1946 Voorzitter vanaf mei 2009	M	<ul style="list-style-type: none"> • PR, media, imago-bewaking • Bestuur, en besturingsdeskundigheid 	<p>Toezicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voorzitter Bestuur Academisch Hospice Demeter • Voorzitter RVT Huisartspraktijk de Bilt • Lid RVT Universitair Medisch Centrum Maastricht • Lid RVT Nederlands Kanker Instituut/Anthonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis • Secretaris Supervisory Board Center for Translational Molecular Medicine • President-Commissaris Julius Clinical Research BV <p>Advies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voorzitter Advisory Board Ndlovu Care Group Globersdal Zuid Afrika • International Advisor Executive Board University Hospital Cambridge • Lid Taskforce Stimulerend 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. <p>Overig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lid Gezondheidsraad • Lid Utrecht Development Board • Lid Bestuur Stichting Nieuw Ziekenhuis Curaçao 	Mei 2009/ Mei 2017	4/8 € 6.000,- (50% van 12.000,-)

Naam	M/V	Aandachtsgebied	Nevenfuncties	Eerste benoeming / Moment aftreden	Aantal bijgewoonde vergaderingen/ bezoldiging
dr. P.C. Hermans, 30-4-1954 (wnd voorzitter tot mei 2009)	M	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten en consumentenbelangen • Medische, paramedische en verpleegkundige vraagstukken/kwaliteit 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorzitter RvB College voor Zorgverzekeringen • Lid Raad van Advies Stichting STG/Hmf • Moderator Avicenna managementleergangen • Lid curatorium leerstoel sociale ziektekostenverzekering VU • Lid RvT van de NIGZ 	Februari 2005/ Februari 2014	8/8 € 11.000,- * (50% van 12.000,- + 50% van 10.000,-)
G.H. van Nieuwpoort, 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 v 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' 	December 2003/ April 2010	8/8 € 8.000,-*
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 gemeenteraad Gouda • Voorzitter van de Coöperatieve Exploitatie Vereniging de Tunnelflat • Bestuurslid Vereniging van Zuid Hollandse gemeenten • Penningmeester stichting Elmina projecten 	Augustus 2002/ April 2010	8/8 € 8.000,-*
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"> • Manager dienst Werk en Inkomen • Secretaris Stichting Marokko-Nederland 400 jaar • Commissaris Stichting Kinderpostzegels Nederland • Bestuurder Stichting Marokko fonds • Bestuurder Zorgcentrum Korte Akkeren • Projectdirecteur Inburgering, Educatie en Participatie, Amsterdam 	November 2005/ Februari 2014	4/8 € 8.000,-

* Exclusief werkgeverslasten.

Naam	M/V	Aandachtsgebied	Nevenfuncties	Eerste benoeming / Moment aftreden	Aantal bijgewoone vergaderingen/ bezoldiging
ir. G.S. Groot 29-4-1947 lid financiële commissie	M	<ul style="list-style-type: none"> • Financieel-economische deskundigheid • Gevoel voor zakelijke verhoudingen, markt 	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur Market Development, Brocacef bv • Raad van Commissarissen Stichting Zorggroep Groene Hart • Raad van Commissarissen Humeca bv, fabricage van peritoneale dialyse producten • RvT CENZO bv, centraal netwerk van psychologische zorg • Advisor Productie ter bevordering van Wondgenezing voor RvB Koninklijke Uthermöhlen • Opleider voor Pharma markt C&E bank • Opleider Marketing & Communicatie in de Geneesmiddelenmarkt, Brugge • Lid Post-doctorale opleidingen Universiteit Utrecht Afd. Farmaco-Economics • Lid Beroepenveld Commissie Opleiding Farmakunde Hogeschool Utrecht 	April 2005/ Februari 2014	8/8 € 8.000,-
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 	Januari 2005/ Februari 2010	6/8 € 8.000,-*

* Exclusief werkgeverslasten.

In 2009 hebben acht vergaderingen van de RvT plaatsgevonden, in aanwezigheid van de RvB. Voorafgaand aan iedere vergadering vond agendaoverleg plaats tussen de RvB, de voorzitter en de vice-voorzitter van de RvT.

Delegaties uit de RvT voerden periodiek overleg met het Stafbestuur en de Ondernemingsraad en Cliëntenraad.

De focus van de RvT heeft in het verslagjaar vooral gelegen op bedrijfseconomische aspecten, de kwaliteit en veiligheid van zorg, de vernieuwbouw en de participatie in de Coöperatie.

Onderwerpen die in dit kader uitgebreid aan de orde zijn geweest:

Topstructuur GHZ

Financiering bouw

Gebruik van rente-instrumenten

Veiligheidsmanagementsysteem

Gang van zaken rondom het operatief proces

Aanschaf PET/CT in consortium verband

Oprichting Obesitaskliniek

Voortgang RVE-ontwikkeling

Beoordeling en vaststelling reglementen auditcommissie en bezoldigingscommissie

De RvT wordt op grond van vaste afspraken die in reglementen zijn vastgelegd geïnformeerd door de RvB. Dit gebeurt op een open en transparante wijze.

Over de financiën wordt de RvT voorgelicht door de RvB, de directeur Financiën en de accountant. De informatie wordt eerst besproken in de financiële commissie waarin twee leden van de Raad met speciale deskundigheid op financieel terrein zitting hebben. Deze commissie brengt verslag uit aan de voltallige RvT.

In de vergadering van 12 mei is de jaarrekening aan de orde geweest. Het geconsolideerde resultaat bedraagt 3 miljoen. Na toelichting door de accountant en op basis van het positief advies van de financiële commissie van de RvT keurt de RvT de jaarrekening 2008 goed. De accountant heeft, evenals vorige jaren, bij de controle van de jaarrekening de belangrijkste interne beheersaspecten beoordeeld aan de hand van het door hen ontwikkelde Healthcare Control Web. Er zijn ten opzichte van het vorig jaar aanzienlijke verbeteringen gerealiseerd.

Zoals gebruikelijk keurde de RvT in de decembervergadering de begroting voor het nieuwe jaar goed.

Uit het overzicht van de nevenfuncties blijkt de onafhankelijkheid van de leden van de RvT. Tevens is er een door de voorzitter van de RvT getekende verklaring dat er geen belangenverstremming is opgetreden bij de RvT, de RvB en de organisatie.

In bijlage IV is een interview met de voorzitter RvT opgenomen. Hierin wordt de vraag beantwoordt hoe de RvT haar toezichthoudende rol heeft vervuld in 2009.

3.4 Bedrijfsvoering

3.4.1 Planning- en controlcyclus

Jaarlijks wordt in december de planning- en controlcyclus geactualiseerd. Uitgangspunten zijn de kaders zoals geformuleerd in het meerjarenbeleidsplan 2005 - 2009 en geconcretiseerd in de jaarlijkse Kaderbrief. Op basis van het meerjarenbeleid en de Kaderbrief maakt iedere eenheid een jaarplan, een begroting en een managementreview. De Raad van Bestuur maakt voor het gehele GHZ een managementcontract met de Raad van Toezicht. Hierin worden de belangrijkste prestatieindicatoren met concrete doelstellingen opgenomen. De planning- en controlcyclus geeft tevens aan welke stappen voor 31 december ondernomen moeten worden voor goedkeuring van de jaarplannen en een sluitende begroting door de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. In de ziekenhuisbegroting zijn de financiële risico's voor de korte en lange termijn benoemd.

3.4.2 Risico & beheersing

Hieronder worden de belangrijkste risico's en beheersmaatregelen beschreven, onderverdeeld in: strategische, operationele en financiële risico's en risico's op het gebied van wet- en regelgeving.

Strategische risico's

Concurrentie

Het GHZ onderkent, door de toename van concurrentie tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, het belang om samenwerkingsverbanden aan te gaan met strategische partners. Om nog beter aan de vraag van verzekeraars en patiënten te voldoen heeft het GHZ in 2008 samen met het Bronovo-Nebo ziekenhuis, 't Lange Land Ziekenhuis en het Medisch Centrum Haaglanden een Coöperatie opgericht (zie paragraaf 2.2.3). Onze sterke alliantie met het Leids Universitair Medisch Centrum draagt met opleidingen en onderzoek bij aan verdere vakontwikkeling en uitbreiding van het aantal opleidingen. Het GHZ en het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) hebben gezamenlijk één instituut voor de ondersteuning van opleiding en wetenschap in beide ziekenhuizen, te weten het 'Landsteiner Instituut' (zie paragraaf 4.5.2).

Nieuwbouw

In 2009 heeft het GHZ haar plannen uitgewerkt voor nieuwbouw op de Bleulandlocatie. Deze nieuwbouwplannen zijn projectmatig met toekomstige gebruikers en multidisciplinair ontwikkeld. Hierdoor is een kernziekenhuis ontstaan met een besparing van 12.000 vierkante meter netto vloeroppervlak ten opzichte van eerdere plannen. Het GHZ streeft naar aanvang van de bouw in 2010 en ingebruikneming eind 2013.

Om de financierbaarheid en betaalbaarheid van de plannen te onderbouwen en te onderzoeken is een financieel bedrijfsmodel ontwikkeld waarin de bouwplannen zijn opgenomen. Het betreffende financiële model maakt onderdeel uit van de planning- en controlcyclus waardoor tijdige bijsturing indien noodzakelijk wordt ondersteund.

In nauwe samenwerking met een vastgoedontwikkelaar is bezien op welke wijze, gefaseerd in de tijd en na voltooiing van de nieuwbouw, andere zorgfuncties op het terrein van het GHZ kunnen worden ontwikkeld.

Operationele risico's

Patiëntveiligheid

Onder patiëntveiligheid wordt verstaan het voorkomen van onnodige schade aan de patiënt door de wijze waarop zorg verleend wordt. Paragraaf 4.4.3 beschrijft onder andere hoe het GHZ in 2009 de risico's omtrent patiëntveiligheid beheerst heeft.

Integriteit van vertrouwenshandelingen

Het GHZ heeft een bevoegdhedenregeling en een treasurywet waarin vermeld staat welke bevoegdheden de medewerkers in het ziekenhuis hebben ten aanzien van financiële handelingen. Naast de procuratie zijn hierin onder andere personeelsbeleid, strategisch beleid, contracten en productie-onderhandelingen met verzekeraars opgenomen. Zowel het treasurywet 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 van de informatie, voortvloeiend uit diverse operationele en financiële processen. De afdeling is bevoegd om onafhankelijke audits uit te voeren en ongevraagd advies te geven over verbetering van deze processen. In 2009 heeft deze afdeling haar werkveld uitgebreid onder meer met auditprocedures op de bouwadministratie.

Conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) heeft de Raad van Bestuur een functionaris gegevensbescherming benoemd. In de WBP staan de regels en 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 2009.

Risico-Inventarisatie & Evaluatie (RIE)

In 2009 zijn voorbereidingen getroffen voor het maken van een nieuw arbobeleidsplan voor de periode tot 2011. Dit plan wordt begin 2010 afgerond. Paragraaf 4.5.1 geeft een overzicht van de inspanningen om risico's te voorkomen, waaronder de aanscherping van protocollenauditing en de implementatie van het beleid 'Gevaarlijke Stoffen'.

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. Het GHZ profileert zich als een laagdrempelige, transparante 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 mag optreden als perswoordvoerder.

Financiële risico's

De belangrijkste financiële risico's betreffen:

- de toegenomen marktwerking
- de onzekerheden in de bekostigingsystematiek
- het kapitaallastendossier
- de uitkomst van de onderhandelingen met verzekeraars, ingegeven door de besparingen die in de toekomst voor de zorg noodzakelijk worden geacht en
- de toegang tot bancaire financiering in de huidige recessie.

Deze risico's worden vergroot bij bouwinitiatieven zoals het GHZ deze op korte termijn wil realiseren. HET GHZ beschouwt adequate managementinformatie, meerjaren financiële plannen en een adequaat niveau van control als noodzakelijk om deze risico's te mitigeren.

Wet- en regelgevingrisico's

De gevolgen voor de bedrijfsvoering vanwege uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 hebben geleid tot zeer langdurige onderhandelingen met verzekeraars. Door late facturatie zijn hierbij ernstige liquiditeitsverschuivingen opgetreden en is het inzicht in de margeontwikkeling langdurig onduidelijk geweest. Voor 2010 verwachten wij op grond van marktdruk, uitgeoefend door verzekeraars, dezelfde effecten.

Het GHZ krijgt in de toekomst in toenemende mate te maken met fiscale regelgeving, met name op het gebied van Vennootschapsbelasting en btw.

Belangrijke aandachtsgebieden zijn:

- de mogelijkheid van winstuitkering aan aandeelhouders
- de RVE's
- samenwerkingsverbanden met externe partners en
- onderlinge dienstverleningverbanden en daarmee mogelijke (fiscale) herstructurering.

Het GHZ streeft in de komende jaren in afstemming met de belastingdienst naar horizontaal toezicht.

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 2009 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 2009 heeft het GHZ verder gewerkt aan de planmatige realisatie van de informatiebeveiliging, gebaseerd op het in 2008 aan de Inspectie voor de Volksgezondheid aangeleverde plan van aanpak. Tevens is binnen de Coöperatie een security information officer aangesteld die het onderwerp informatiebeveiliging bij de ziekenhuizen zal begeleiden.

De invoering van het elektronisch patiëntendossier heeft een goede voortgang gekend. Naast een medisch dossier is een verpleegkundig dossier ontwikkeld en ingevoerd.

Het project EVS (elektronisch voorschrijfsysteem van medicijnen) is opgepakt en deels ingevoerd.

Binnen coöperatieverband heeft ook op het gebied van ICT diverse keren overleg plaatsgevonden. Onderwerpen waren met name harmonisatie van techniek en dataopslag. Tevens is gekeken naar mogelijke harmonisatie tussen de ziekenhuizen voor (zorg)applicaties

ICT heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ICT-technische toepassingen die in het nieuwe bouwdeel kunnen worden toegepast.

3.4.4 Goederenlogistiek

Inkoop

In 2009 zijn binnen de Coöperatie diverse inkooptrajecten gestart en afgerond. Werving en selectie van nieuwe inkopers is afgerond waardoor het GHZ de benodigde menskracht ook in coöperatieverband kan leveren.

Er is gewerkt aan verdere samenwerking tussen de vier coöperatieziekenhuizen. Tevens is ad-interim op coöperatieniveau een inkoopmanager aangetrokken. Deze functionaris heeft als opdracht het uniformeren van het inkoopbeleid en de aanzet te maken naar een centrale coöperatie inkoopactiviteit, die op termijn mogelijk uitmondt in een shared service center en in het opstarten van gezamenlijke inkooptrajecten.

Logistiek

Begin 2009 zijn de magazijnfunctie en het extern transport volledig onder de verantwoordelijkheid van Hospital Logistics gebracht. Deze opzet werkt naar tevredenheid.

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 2009 vergaderde het stafbestuur wekelijks. Daarnaast vonden er zeven algemene vergaderingen van de VMS plaats, drie vergaderingen van de kernstaf en zes RVE-beraden. De kernstaf is per 1 juni 2009 komen te vervallen en is sindsdien vervangen door het RVE-beraad. Dit heeft alles te maken met de RVE-vorming binnen het GHZ. Het doel van het RVE-beraad is informatie-uitwisseling, afstemming en voorbereiding besluitvorming ten behoeve van de RvB/Co-bestuur.

Managementparticipatie medische staf

De medische staf is op alle managementniveaus betrokken bij de besturing van de organisatie en participeert in tal van overleggen, intern en extern. De beide Co-bestuurders 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 samen met 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 is onderdeel van het Strategisch Plan 2005-2009 van het GHZ. Het Medisch Deel Strategisch Beleidsplan dient als leidraad bij de keuzes over de positionering van het ziekenhuis, de organisatie van zorgprocessen, het verdelen van de middelen, de personeelsplanning, investeringen en samenwerking tussen verschillende bij een behandeling betrokken disciplines en zorgverleners.

In dit plan is vastgesteld dat het GHZ voorziet in minimaal 80% van de medisch-specialistische zorgvraag van de regio (Basiszorg genaamd).

Daarnaast wordt ook bovenregionale zorg geleverd: zogenoemde Basiszorg-Plus. Deze Basiszorg-Plus kenmerkt zich door hooggespecialiseerde medisch specialistische zorg, die uitblinkt op medisch, paramedisch en verpleegkundig gebied en een bovenregionale faam heeft. Deze zorg is onderscheidend voor het GHZ. Deze Basiszorg-Plus is geclusterd in: acute zorg, vaatziekten en oncologie. Daarnaast is er sprake van Basiszorg-Plus binnen een aantal specialismen. Het Medisch Deel van het Strategisch Beleidsplan wordt jaarlijks bijgesteld.

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, bij het kwaliteitsbeleid van de Orde, het KNMG Manifest 'Medische professionaliteit' en een rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, getiteld 'Vertrouwen in de arts'. In het verslagjaar zijn de voorbereidingen voor het invoeren van IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten) afgerond. Eind 2009 zijn de eerste proefgesprekken gepland. In 2010 wordt IFMS verder ingevoerd.

Activiteiten van de VMS in 2009 waren onder meer:

- totstandkoming van het medisch beleidsplan (jaarlijks terugkerend)
- invoering RVE's: In de medische staf zijn meerdere malen thema's besproken, wat uiteindelijk heeft geleid tot een positief advies over de RVE-vorming in het GHZ (eind 2009)
- IFMS: Invoering van de evaluatiesystematiek voor medisch specialisten
- totstandkoming specialistenformatieplan 2010

Samenwerkingsverband Medisch Specialisten (svms)

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 2009 is een meerjarenovereenkomst gesloten met de RvB om te komen tot een inzichtelijke en evenwichtige afrekensystematiek met het GHZ. In deze overeenkomst is ook vastgelegd dat alle vrijgevestigde specialisten worden geacht deel te nemen aan het SVMS. Indien specialisten niet deelnemen aan het SVMS, zullen zij niet van bepaalde voordelen uit hoofde van deze overeenkomst kunnen genieten.

3.6 Cliëntenraad

Conform de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) heeft het GHZ in 2002 een Cliëntenraad ingesteld. De Cliëntenraad 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 van de Raad 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.

Geschillen tussen RvB en de Cliëntenraad over de WMCZ en over de uitvoering van de samenwerkingsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de commissie van vertrouwenslieden. Indien nodig kan hiervoor beroep gedaan worden op de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden Ziekenhuizen (LCVZ). Dat heeft in 2009 niet plaatsgevonden.

Onderstaande tabel bevat de onderwerpen waarover in 2009 advies is gevraagd.

Adviesaanvragen Cliëntenraad 2009
Visie op toekomstige maaltijdbeleving
Derde bestuurder
Vervolg reorganisatie topstructuur
PET/CT
Oprichting obesitaskliniek
Overlegstructuur
Directeur MDC
Kader 2010
Reglement RVE-beraad
Positionering en aansturing programmabureau
Begroting 2010
Benoeming leden RvT

De Cliëntenraad heeft over alle onderwerpen positief geadviseerd.

3.7 Ondernemingsraad

De 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 vindt er een overlegvergadering plaats met het bestuur en de OR.

Ingevolge de Wet op de Ondernemingsraden is ten behoeve van verschillende besluitvormingsprocedures door de RvB advies of instemming gevraagd aan de OR.

Adviesaanvragen Ondernemingsraad 2009	Instemmingsaanvragen Ondernemingsraad 2009
Visie maaltijdbeleving	Procedure verzuim 1e en 2e ziektejaar
Derde bestuurder	Procedure incidenteel bloedcontact
Vervolg reorganisatie topstructuur	Gewijzigde documenten verzuim en re-integratie
PET/CT	Verlenging contract Metaplanning
Oprichting obesitaskliniek	Werkwijzer kleding
Overlegstructuur	Regeling CMS
Directeur MDC	Preventie fysieke belasting
EPD	Wervingsbonus eigen medewerkers
Kader 2010	Kaderegeling werktijden
Reglement RVE-beraad	Klokkenluideregeling
Begroting 2010	Sanctiebeleid
Positionering en aansturing programmabureau	Optimaliseren jaargesprekken
Inrichting functiegebouw	Onderdeel bedrijfshulpverlening uit het bedrijfsnoodplan
Nieuwe leden RvT	

Initiatiefvoorstellen
Preventiemedewerker
Nieuwbouw

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 de werkzaamheden, de resultaten en het sociale beleid aan de orde. Verder vindt er een globale terugblik plaats van de afgelopen periode en wordt er gesproken over de toekomstverwachting. Het belangrijkste doel van deze bespreking is om goede afspraken te maken en aandachtspunten te benoemen voor de komende tijd. Ook verschaft deze bespreking de RvT inzicht in de afgelopen jaren in zaken van het overleg tussen RvB en Ondernemingsraad. De bijeenkomsten zijn in 2009 naar tevredenheid van zowel de Ondernemingsraad als de RvB verlopen.

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. Daarnaast heeft de VAR twee keer per jaar een overleg met de Verpleegkundige adviesraden van de Coöperatie ziekenhuizen. Ook in 2009 vormde bevordering van de professionaliteit van de verpleegkundige het uitgangspunt van de VAR. Het thema voor deze periode was 'De verpleegkundige professie binnen de RVE-structuur'. De VAR heeft in 2009 twee werkconferenties georganiseerd met als onderwerpen samenwerking en functiedifferentiatie. Op 8 november 2009 bestond de VAR tien jaar en is een officiële status als adviesorgaan toegekend.

Adviesaanvragen VAR 2009

Vaccinatie Nieuwe Influenza A (H1N1)	Parttime beleid
Procedure en communicatie Seniorverpleegkundigen	Beschermende middelen en maatregelen
Scholingsaanbod	Handhygiëne
Dienstkleding	Samenwerking IC's
Kandidaat voorzitter Raad van Toezicht	Topstructuur GHZ
Kandidaat lid Raad van Bestuur	

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 wordt verstaan: patiëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt door middel van een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.

Missie, visie en strategie

Missie GHZ

“Het GHZ: een vanzelfsprekende keuze.”

We realiseren deze aan de hand van onze visie, die als volgt is geformuleerd:

Visie GHZ

“Het GHZ wil een modern, flexibel, slagvaardig en ondernemend ziekenhuis zijn voor de inwoners van het Groene Hart. 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 onze keuzes met betrekking tot onze zorgverlening. Dat geldt primair voor onze kern- en middengebieden. Daarnaast willen we steeds meer een aansprekende keuze zijn voor verwijzers, patiënten en verzekeraars in gebieden waar andere ziekenhuizen tot nu toe de voorkeur hadden.

We streven naar een evenwichtige portfolio van diensten, waarmee we als concern voldoende renderen binnen de vastgestelde medische en bedrijfseconomische kaders.

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

Strategische doelstellingen 2005-2009	Resultaten
I. Een marktaandeel van minimaal 70 procent in de eigen regio en drie procent omzetgroei per jaar.	De meest recente marktaandeelcijfers zijn van 2008: Het marktaandeel kliniek in eigen verzorgingsgebied is in drie jaar gegroeid van 67,7% in 2006 naar 68,8% in 2008. Het marktaandeel dagverpleging in eigen verzorgingsgebied is gegroeid van 67,0% (2006) naar 67,8% in 2008. Het marktaandeel polikliniek (eerste polikliniekbezoeken) in eigen verzorgingsgebied is gegroeid van 68,9% (2006) naar 70,1% (2008).
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: acute zorg, vaatziekten, nieuwvormingen, gezondheid & gedrag en zorg voor chronisch zieken.
III. Een aansprekend opleidingscentrum zijn voor (para) medische en verpleegkundige opleidingen.	Met het Medisch Centrum Haaglanden heeft het GHZ het Landsteiner Instituut opgericht dat de ondersteuning van opleiding en wetenschap bundelt (zie hoofdstuk 4.5).
IV. Voorop lopen bij ICT toepassingen in (transmurale) zorgprocessen.	Voor gegevens over de ICT-toepassingen, zie hoofdstuk 3.2 en 4.2.
V. Een progressief kwaliteitsbeleid, mede gericht op accreditatie en certificering.	Sinds december 2007 heeft het GHZ het ziekenhuisbrede NIAZ-certificaat verkregen, 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 2009, zie hoofdstuk 4.7.
VII. Een geslaagde oplevering van het bouwproject in 2011.	Het GHZ heeft gekozen voor gefaseerde nieuwbouw. Mede door de kredietcrisis en wijzigingen in de VWS-beleidsregels is de uitvoering van de bouwplannen opnieuw vertraagd. In 2009 zijn voorbereidingen getroffen om in 2010 te starten met een nieuw bouwdeel voor de huisvesting van (poli)klinieken en de OK en IC. Zodra dit bouwdeel gereed is, verhuizen de afdelingen van de Jozeflocatie naar de Bleulandlocatie. Zie ook hoofdstuk 3.2. en 4.2.
VIII. Een proactief Human Resources beleid, gericht op het aantrekken en behouden van deskundige en gemotiveerde mensen.	Voor een beschrijving van de resultaten wordt verwezen naar hoofdstuk 4.5.

Het strategisch GHZ beleidsplan wordt in 2010 geactualiseerd. Eind 2009 zijn de eerste voorbereidingen hiertoe van start gegaan.

4.2 Algemeen beleid

Op basis van bovenstaande strategie zijn speerpunten van beleid voor 2009 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.

Doelstellingen	Mate van realisatie in 2009	Wijze van naleving
Denken vanuit behoefte patiënt	<ul style="list-style-type: none"> • Zestien afdelingen brengen patiënttevredenheid in kaart en ondernemen acties ter verbetering. • RVE's formuleren eigen doelen op gebied van veiligheid. • Veiliger medicatieverstrekking. • Halvering aantal klachten bij de klachtencommissie. • Start diverse projecten in kader van landelijke programma Zichtbare Zorg. • Introductie draadloos internet voor patiënten. • Introductie op nagenoeg alle afdelingen van systeem voor Veilig Incidenten Melden. • Werkwijze op en rond OK volledig gedigitaliseerd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Systematische bewaking van RVE-doelen door digitaal auditsysteem. • Periodieke uitvoering risico-audit. • Alle afdelingen gebruiken systeem voor het melden van incidenten. • Gebruik systeem voor Electronisch Voorschrijven en toedieningsregistratie voor medicatie. • Alle specialismen raadplegen EPD met oog op meer veiligheid en betere communicatie.
Medewerkers spelen actieve rol bij vormgeven van hun carrière	<ul style="list-style-type: none"> • Meer inbreng door onder meer verpleegkundigen bij vorming RVE's. • Samenvoeging applicatiebeheer en technisch beheer bevordert doorgroei in expertisegebieden. • Scherpere regels over veilig werken. • Werken aan uitbreiding van de huidige tien opleidingsvakken. • Meer flexibele contracten • Minder personeelsverloop (ca. 11,5%), door financiële crisis en opheffen vacaturestop. • Pilots tevredenheidsonderzoeken medewerkers. • Opleiding verbeteren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leidinggevendens sporen talenten op en vragen hoe zij hun medewerkers beter kunnen ondersteunen. • Training leidinggevendens voor vormgeven faciliterende rol. • Opleiding en leer- en ervaringsprogramma voor RVE-leiding (zowel medisch leider als manager bedrijfsvoering). • Nauwe samenwerking met universitaire en topklinische medische centra. • Serieuze rol VAR. • Rapportage over bereikte resultaten in managementreview. • Landsteiner Instituut breidt e-learning uit voor verpleegkundigen en nieuw programma voor verpleegkundigen, paramedische functies en overige medewerkers.
Inspelen op klantbehoeften en verbeteren marktpositie	<ul style="list-style-type: none"> • Structurele informering afdelingen over ontwikkelingen in de markt. • Groei aantal eerste polikliniekbezoeken in 2009. • Ontwikkeling marktgerichte activiteiten en initiatieven tot – vaak multidisciplinair – nieuw aanbod, gebaseerd op de wensen van patiënten. • Start project 'online afspraken maken voor patiënten'. • Verbetering website. • Prospectus voor verzekeraars. • Terugrapportage digitaal aan huisartsen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continu in kaart brengen ontwikkelingen in de markt. • Klanttevredenheidsonderzoeken. • Medisch specialisten rechtstreeks in contact met zorgverzekeraars om beleid en kwaliteit toe te lichten. • Voorkeurscontracten van zorgverzekeraars.

Doelstellingen	Mate van realisatie in 2009	Wijze van naleving
Zorg door de juiste partij, op de juiste plaats	<ul style="list-style-type: none"> • IC-zorg op hoger peil, door samenwerking binnen Coöperatie. • Gezamenlijke opzet van nieuwe zorgproducten, zoals een Obesitaskliniek. • Samenwerking met ZorgBrug, voor gespecialiseerde verpleegkundige zorg, onder meer na ziekenhuisopname. • Betere communicatie en terugkoppeling naar huisartsen (sneller en digitaal). • Gezamenlijke aanschaf PET/CT-scan binnen Coöperatie, met mogelijkheid om beeldmateriaal snel en veilig onderling uit te wisselen. • Zorgpartners Midden Holland en het GHZ onderzoeken de haalbaarheid van het oprichten van een Centrum voor Herstel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continue afstemming binnen Coöperatie over nieuwe initiatieven en kansen voor samenwerking. • Ruimte voor RVE's voor ontwikkelen nieuwe zorgproducten. • Meer verwijzingen via ZorgDomein waardoor meer patiënten goed voorbereid en goed geïnformeerd bij de juiste medisch specialist terecht komen.
Alleen nieuwbouw als het kan	<ul style="list-style-type: none"> • Voorbereidingen voor nieuw bouwdeel in 2010, met (poli)klinieken en OK met dagbehandeling en IC. • Bestaande ingang aangepast bij afdeling Spoedzorg. • Installaties voor opslag warmte/koude en warm tapwater geschikt gemaakt voor nieuwe situatie. • Start opstellen Request for Proposal en meerjarenmodel voor financiering. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefaseerde aanpak nieuwbouw • Studie naar financiële haalbaarheid van verschillende scenario's • Duidelijke structuur in bouw. • Projectgroep Financieel overleg huisvesting vergadert maandelijks en projectgroep Bouw overlegt wekelijks.
Hoog houden goede naam op ICT-gebied	<ul style="list-style-type: none"> • Nauwe betrokkenheid bij regionaal schakelpunt, voor digitale uitwisseling van gegevens met – in eerste instantie- huisartsen en apothekers in Midden-Holland. • Voorbereidingen voor aantal grote projecten op ICT, zoals vervanging van centrale netwerkcomponenten, vernieuwing Firewall en nieuwe (virtuele) desktopomgevingen. • Plan van Aanpak voor maatregelen conform NEN7510 norm in 2009-2011 ingediend bij Inspectie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Strikte naleving wetten en regels op gebied van digitale uitwisseling van gegevens. • Projectgroep informatiebeveiliging met vertegenwoordigers van Informatievoorziening, Financien, ICT, P&O, M&C, Juridische Zaken en een medisch specialist. • Samenwerking op ICT-gebied binnen Coöperatie.
Realisatie Resultaatverantwoordelijke eenheden	<ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuisbrede doorvoering RVE's; eerst poortspecialismen, daarna medisch ondersteunende specialismen. • Benoeming medisch leiders en managers bedrijfsvoering. • Eenheden profileren zich richting verzekeraars in nieuwe prospectus. 	<ul style="list-style-type: none"> • RVE-leiding krijgt leer- en ervaringsprogramma. • Aanpassing organisatie- en overlegstructuur. • Organiseren diverse pilots omtrent RVE vorming. • RvB en RVE's ontwikkelen nieuwe kaders. • Staf- en ondersteunende afdelingen leren handelen vanuit klant-leverancier relatie.
Investeren zodra het resultaat dit toelaat	<ul style="list-style-type: none"> • Bedrijfswaardetoets op bestaande activa complex in combinatie met de voorgenomen investeringen. • Positief resultaat in 2009 van € 2.5 miljoen. Gecorrigeerd voor een nagekomen bate uit 2008 is dit een verbetering van het operationele resultaat van dit jaar met € 0.6 miljoen. • Investeren in medische en niet-medische apparatuur, waaronder een PET-CT scan voor exploitatie binnen de Coöperatie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maandrapportages en analyses o.b.v. handhaving van planning en controlcyclus. • Blijvende aandacht voor onzekerheid met betrekking tot financiering in de zorgsector en ontwikkelingen in wet- en regelgeving (zie paragraaf 4.7 Financieel beleid).

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

In algemene zin werkt het GHZ aan kwaliteit op de volgende gebieden:

Onderdeel	Uitgangspunten / activiteiten
Systematisch realiseren van kwaliteitsverbeteringen	<p>Uitgangspunt hierbij is 'Total Quality Management', een managementstroming die zich richt op voortdurende verbetering van algemene prestaties.</p> <p>Activiteiten in 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De internationaal vermaarde Fred Lee, schrijver van het boek "If Disney ran your hospital" heeft exclusief voor ruim 200 medewerkers van het GHZ, de coöperatieziekenhuizen en andere relaties, een lezing gehouden. Hij benadrukte het belang van persoonlijke aandacht voor patiënt en diens naasten. Fred Lee heeft veel toehoorders in het hart geraakt en in beweging gebracht. • Verschillende initiatieven zijn ondernomen om de gastvrijheid nog verder te verbeteren, zoals een kookboek voor ondervoede patiënten en scholing van roomassistenten.
Bedrijfsveiligheid	<p>In mei 2009 trad, in samenspraak met de brandweer, een volledig vernieuwd bedrijfsnoodplan in werking. Op diverse afdelingen zijn ontruimingsoefeningen gehouden en is het toezicht op het naleven van voorschriften verscherpt.</p>
Kwaliteitsmanagement-systeem	<p>Het GHZ beschikt over een volledig digitaal kwaliteitsmanagementsysteem. Alle processen en bijbehorende documenten zijn via intranet voor iedere medewerker beschikbaar.</p> <p>In het kwaliteitsmanagementsysteem wordt de 'Deming - cirkel' (Plan - Do - Check - Act) gebruikt 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>Activiteiten in 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuisbreed wordt jaarlijks een auditplan opgezet en uitgevoerd. In 2009 zijn op dertien afdelingen managementaudits en werkplekbezoeken uitgevoerd. In totaal zijn 48 verbeteracties op alle tekortkomingen doorgevoerd; het merendeel (achtien) betreft documentenbeheer en het kwaliteitssysteem.

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	Resultaat
Kwaliteit van zorg	<p>Het GHZ werkt met een elektronisch patiëntenfeedback systeem van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Na ontslag worden patiënten uitgenodigd om thuis, via internet, hun ervaringen met onze zorg kenbaar te maken.</p> <p>Onderwerpen zijn onder meer bejegening, informatievoorziening en kwaliteit van zorg.</p>	<p>45% van alle patienten levert respons via het feedbacksysteem.</p> <p>De resultaten worden op afdelingsniveau kenbaar gemaakt en gebruikt bij het realiseren van verbeteringen.</p>
Patiënttevredenheid	<p>Afdelingen verrichten zelf aanvullend onderzoek naar de tevredenheid van hun patiënten.</p>	<p>Zestien klinische en poliklinische afdelingen hebben dit onderzoek verricht in 2009.</p>
Zichtbare zorg	<p>Project, waarbinnen verschillende sectoren in de gezondheidszorg de kwaliteit van hun zorg inzichtelijk maken.</p> <p>Ons doel is om uit de grote hoeveelheid indicatoren de meest relevante te selecteren, die ons kunnen ondersteunen bij de interne sturing. Hiertoe zijn we met alle RVE's in overleg.</p>	<p>Indicatoren vanuit het project zijn toegevoegd in bijlage II.</p> <p>In september van 2009 zijn de eerste cijfers hiervoor opgeleverd.</p>

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 2009 hadden betrekking op de categorieën bejegening, effectiviteit van de zorg en organisatie van de zorg.

Traject	Procedure	Resultaat
Klachtenbemiddeling	<p>Een adviseur Kwaliteit staat de klager zo snel mogelijk, uiterlijk binnen twee werkdagen, te woord.</p> <p>De adviseur licht toe welke trajecten van klachtafhandeling mogelijk zijn.</p>	<p>In 2009 zijn 335 klachten ontvangen, onderverdeeld in 424 deelmeldingen, die via het traject van de klachtenfunctionaris zijn afgehandeld.</p> <p>Van de klachten waarbij bemiddeling heeft plaatsgevonden, is 77,6% naar volledige of gedeeltelijke tevredenheid afgesloten.</p> <p>Van de klagers voor wie is bemiddeld, hebben er vijf aangegeven hun klacht alsnog te willen voorleggen aan de Klachtencommissie.</p> <p>We streven naar afhandeling van klachten binnen 30 dagen na binnenkomst. In 2009 bedroeg de gemiddelde doorlooptijd tot afhandeling 25 dagen.</p>
Klachtencommissie	<p>De Klachtencommissie heeft zes, niet in het GHZ werkzame, leden en een jurist als voorzitter. Deze komt op basis van "hoor en wederhoor" (schriftelijk of mondeling) tot een uitspraak over de gegrondheid van de klacht.</p> <p>De commissie doet aanbevelingen aan de RvB. Gegronde klachten leiden altijd tot een advies.</p>	<p>In 2009 zijn er zeven klachten naar de Klachtencommissie gegaan. In 2008 waren dat er dertien.</p> <p>De gemiddelde doorlooptijd van geregistreerde en afgeronde klachten is iets meer dan vier maanden. Dit is minder dan vorig jaar, maar net niet binnen de streeftermijn van drie tot vier maanden. De commissie is in hoge mate afhankelijk van de informatieverstrekking vanuit het ziekenhuis, waardoor de streeftermijn voor de behandeling niet altijd wordt gehaald.</p>

4.4.3 Patiëntveiligheid

Het beleid van het GHZ richt zich op het voorkomen van onbedoelde schade aan een patiënt die zijn of haar zorg toevertrouwt aan medisch specialisten, verpleegkundigen en overige hulpverleners van het GHZ. We geven dit beleid vorm op de volgende manieren:

Onderdeel	Toelichting	Resultaat
Landelijk Programma Patiëntveiligheid	<p>Het GHZ participeert vanaf het begin in dit programma en maakt deel uit van het "netwerk West-Nederland".</p> <p>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.</p>	In 2009 zijn de volgende thema's van start gegaan of benoemd: Lijnsepsis, Ernstige sepsis, Post Operatieve Wondinfecties, Kwetsbare Ouderen, Medicatieverificatie, Vroege Herkenning en Behandeling van Pijn, Nierinsufficiëntie en Vitaal Bedreigde Patiënten.
Risico-audit	Dit is een objectief onderzoek met als doel een risico-inschatting te maken van de consequenties van incidentele interne of externe gebeurtenissen.	Een jaar na de introductie van het protocol "Beschermende middelen en maatregelen" is in 2009 een risico-audit uitgevoerd.
Crisiscoördinatie	Het onderwerp crisiscoördinatie krijgt ruime aandacht, zowel in- als extern. Onderwerpen zijn onderlinge samenwerking en communicatie bij een pandemie en oefening van het Crisisbeleidsteam.	<p>Afronding van het pandemieplan van het GHZ. Dit plan is in samenwerking met de drie andere ziekenhuizen (LUMC, Rijnland, Diaconessenhuis) uit de veiligheidsregio Hollands Midden opgesteld. Hierin is beschreven dat we tijdens een pandemie zoveel mogelijk samen acteren (extern) en informatie uitwisselen.</p> <p>Afronding van het pandemie continuïteitsplan.</p> <p>Het Crisisbeleidsteam (CBT) heeft tweemaal een oefening gedaan waarin de theoretische kennis up to date gebracht wordt en op papier geoefend wordt.</p> <p>Grootschalige communicatieoefening van het pandemieplan en het pandemie continuïteitsplan door de CBT's van de vier regio Hollands Midden ziekenhuizen. Tijdens deze oefening zijn we halverwege overgestapt naar "real life" omdat de pandemie zich toen werkelijk aandeed in de regio.</p>
Incidenten en calamiteiten melden	<p>Intern worden medewerkers gestimuleerd om (mogelijk) onveilige situaties of gebeurtenissen te melden. Dit kan onder meer via een intern digitaal meldingssysteem (VIM, Veilig Incidenten Melden).</p> <p>Daarnaast functioneert de centrale MIP-commissie (Melden Incidenten Patiënten).</p>	<p>Sinds januari 2009 maken (nagenoeg) alle afdelingen gebruik van het meldingssysteem.</p> <p>Met de introductie van het decentraal melden en behandelen van incidenten is ook de meldingsbereidheid toegenomen. Het aantal decentrale meldingen is in 2009 spectaculair gegroeid van 655 in 2008 naar 2660 in 2009 (zie onderstaande tabel).</p> <p>5% van de gemelde incidenten heeft tot aantoonbare verbeteringen geleid.</p> <p>In 2009 is de procedure voor het melden van calamiteiten in de patiëntenzorg verbeterd. Op basis van deze procedure zijn mogelijke calamiteiten gemeld bij de Raad van Bestuur. Op basis van deze meldingen heeft een interne onderzoekscommissie een mogelijke calamiteit onderzocht.</p>

Aantal incidentmeldingen

Soort	2009	2008	2007
Centrale meldingen incidenten (MIP)	21	805	888
Decentrale meldingen incidenten (VIM)	2.660	655	329
Totaal	2.681	1.460	1.217

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

Doelstellingen 2009	Inspanningen	Resultaten
Vinden, boeien en binden van deskundigen en gemotiveerde medewerkers	<ul style="list-style-type: none"> • Opstellen jaarplan met visie • Wervingsbonus voor medewerkers om nieuwe medewerkers aan te trekken • Onderzoek binnen Coöperatie voor gezamenlijke aanpak kritische OK- en IC-functies • Maatschappelijke stages voor scholieren • Werving via scholen, banenbeurzen website met Transmuraal Netwerk • Nieuwe training werving en selectie voor leidinggevendenden 	Lichte stijging personeelsomvang ten opzichte van 2008 gerelateerd aan hogere productie, naar 1477 fte
Terugdringen verloop	Opheffen vacaturestop (deze had bij het instellen een groter verloop tot gevolg, omdat tijdelijke contracten niet werden verlengd)	Mede door het opheffen van de vacaturestop liep het verloop terug tot ca. 11,5 %
Aanpassing organisatie vanwege overgang naar RVE's	Pilot met nieuwe functies en taakgebieden onder de RVE-leiding, waaronder teamleider en senior verpleegkundige. Medewerkers worden betrokken bij inrichting organisatieonderdeel	<ul style="list-style-type: none"> • Meer continuïteit van extra gekwalificeerde verpleegkundigen voor patiënten en flexibelere inzet voor algemene verpleegkundige zorg • Meer inbreng verpleegkundigen in verbetering kwaliteit van zorg
Minder functieprofielen en grotere uitwisselbaarheid	Nieuwe profielen van kernfuncties	Toename aantal flexibele contracten (oproep, min-max)
Nieuw personeels-informatiesysteem	Samenwerking binnen Coöperatie op dit gebied	Voorgenomen implementatie 1-1-2011
Aandacht voor preventie	<ul style="list-style-type: none"> • Training fysieke belasting • Verzuimbeïnvloeding • Open spreekuur Fysiotherapie • Bedrijfsmaatschappelijk werk • Werkplekonderzoek 	
Terugdringen ziekteverzuim	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek naar oorzaken stijging tov 2008 (4,59% in 2009) • Herijken verzuimbeleid • Verduidelijken rollen medewerker, leidinggevende en bedrijfsarts/ verzuimcoach • Praktijkworkshops voor leidinggevendenden • GHZ wordt eigenrisicodragers voor WGA 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultaat onderzoek: met name op gebied borging en sturing zijn stappen nodig in 2010 • Betrokkenen zijn zich beter bewust van hun rol in begeleiding en preventie van verzuim • Sterke eigen sturing op langdurig verzuim door GHZ
Passend arbobeleid	<ul style="list-style-type: none"> • Voorbereiding nieuw arbobeleidsplan voor de periode tot 2011 • Borging beleid op het gebied van cytostatica en voorkomen van accidenten (aanscherpen protocollenauditing). • Vervolg training Vitaliteit voor medewerkers, gericht op behoud van medewerkers die al geruime tijd werken. • Implementatie van beleid 'Gevaarlijke Stoffen' 	Voltooiing plan begin 2010

Meer informatie over vacatures en verloop is opgenomen in bijlage II.

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Naast opleidingen, doorlopen we met veel verschillende teams trajecten om samenwerking te verhogen, resultaten en kwaliteit te verbeteren. Een en ander past ook in de organisatieontwikkeling. Een medewerkerstevredenheidsonderzoek is voorbereid, dat in 2010 wordt gehouden.

Opleiding en wetenschap

Het Landsteiner Instituut faciliteert de samenwerking GHZ en Medisch Centrum Haaglanden op het gebied van 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'

We verwachten 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 beroepsopleidingen en specialistische vervolgoopleidingen. Per jaar heeft het GHZ 100 beroepsbeoefenaren via de 'werken leren variant' in opleiding. Daarnaast heeft het 140 stageplaatsen voor diverse beroepsopleidingen. Op de leerafdeling Geriatrie zijn de studenten verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg. De verpleegkundigen coachen de studenten. Ook verzorgen we 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 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 stellen we jaarlijks een plan vast, onder andere op basis van wettelijke regelgeving en/of beroepsaccreditatie.

E-learning

In 2009 heeft het Landsteiner Instituut de toets medisch rekenen afgenomen bij 600 medewerkers. Daarnaast is de ontwikkeling van het Landsteiner Leerplein gestart. Medewerkers houden hun vakdeskundigheid op peil met digitale modules. Zo leert ieder wanneer het hem of haar uitkomt. Voor verpleegkundigen en verzorgenden is er intern en transmuraal een vast scholingsaanbod per jaar.

Studenten Geneeskunde

Als opleidingsziekenhuis is het GHZ actief op het gebied van medische opleidingen. Jaarlijks begeleiden we 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 bij ons en doen ruim twintig zesdejaars studenten hier hun semi-artsenstage.

Medisch specialistische opleidingen

Tien 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

In 2009 is de ziekenhuisapotheek gevisiteerd. Door de beperkte omvang van de apotheek en doordat niet alle voor de opleiding vereiste handelingen in het GHZ plaatsvinden (sommige zaken zijn uitbesteed) blijkt de apotheek niet meer aan alle eisen voor het behoud van de opleiding tot ziekenhuisapotheker te voldoen. De opleidingsbevoegdheid is daarom niet verlengd. In overleg met de apotheek van het LUMC geven we echter een gezamenlijke opleiding vorm. In 2010 vragen we op basis van deze samenwerking met het LUMC een vervroegde hervisitatatie aan.

Daarnaast leiden we een klinisch psycholoog op en is er een opleidingserkenning voor de opleiding tot gezondheidszorg psycholoog. Deze laatste is op dit moment echter niet ingevuld. Een erkenning voor de opleiding tot klinisch fysicus is aangevraagd.

Een aantal opleidingen in ontwikkeling in 2009:

- E-learning
- Medisch rekenen
- Senioropleiding + management 1 en 2 in samenwerking met Transfergroep Rotterdam
- Opleiding voor roomassistants in samenwerking met Mondriaan collega en Foodstep
- Diverse trainingen patiëntveiligheid

4.6 Samenleving

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

Voorlichting

- Tijdens informatieavonden en inloopbijeenkomsten voor patiënten en andere belangstellenden geven specialisten, verpleegkundigen en/of paramedici uitleg over bepaalde thema's en is er ruimte om vragen te stellen. De avonden worden samen met een patiëntenvereniging georganiseerd. Aan de bijeenkomsten zijn geen kosten verbonden voor de patiënt.
- Tijdens inloopbijeenkomsten kunnen patiënten gratis binnenlopen om met speciaal opgeleide vrijwilligers van patiëntenorganisaties te praten over hun ziekte/aandoening.
- Via onder meer het patiëntenmagazine, de internetsite en regionale kranten verspreiden we nieuws over het ziekenhuis.

Veiligheid

- Het GHZ behoort tot de keten gezondheidszorg binnen de veiligheidsregio Hollands Midden. De GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) is de coördinator van de geneeskundige (somaatich en psychosociale) hulp bij ongevallen en rampen.
- Het Ziekenhuis Rampenopvangplan (ZiROP) bevat richtlijnen voor een rampmelding, de voorbereiding voor de opvang van slachtoffers, alarmeringsschema's e.d.
- In 2009 is met de ketenpartners uit de veiligheidsregio een pandemieplan opgesteld.
- De start is gemaakt met het uitwerken van de continuïteitsplannen binnen het GHZ en de gezondheidszorg keten.
- Om nog veiliger te werken met gevaarlijke stoffen is een geautomatiseerd systeem in gebruik genomen. Dit geeft op alle werkplekken binnen de ziekenhuisgebouwen directe toegang tot veiligheidsinformatie over de gevaarlijke stoffen.

Milieu

In 2009 heeft het GHZ onderstaande resultaten op het gebied van milieubeheer behaald.

- Handhavingsbezoeken van de Milieudienst Midden-Holland leverden verbeterpunten op voor de uitpandige opslag van gevaarlijk afval en gassen.
- Vanwege de voortdurende veranderingen in het gebruik van het terrein en de gebouwen ligt er in het kader van de Wet Milieubeheer een definitieve aanvraag voor een revisievergunning bij de milieudienst Midden-Holland.
- In het kader van de lozingsvergunning Wet Verontreiniging Oppervlaktewateren is het afvalwater gemeten en geanalyseerd. De hoeveelheid geconstateerde milieugevaarlijke stoffen in het afvalwater is met 11% gedaald. Er is een nieuw vet/slibscheider in gebruik gesteld. Met deze maatregel voldoet het GHZ geheel aan de voorschriften en wordt voorkomen dat vet- en slibhoudend afvalwater doorslaat naar het gemeenteriool.
- De totale hoeveelheid per jaar ingezameld afval daalde licht en lijkt te stabiliseren rond 600 ton. Analyse per categorie leert dat van het gevaarlijk afval de hoeveelheid chemisch afval toeneemt en die van het Specifiek Ziekenhuisafval iets daalt. Ook het tonnage niet-gevaarlijk Bedrijfsafval is in 2009 licht gedaald.
- Er zijn extra maatregelen genomen om privacy te waarborgen bij het verwerken van papierafval.
- Het GHZ is aangesloten bij de Milieubarometer voor midden-en kleinbedrijf. Dit levert qua milieuprestaties een vergelijking op met andere organisaties.

Overige

Het GHZ heeft in 2009 wederom haar betrokkenheid getoond bij diverse goede doelen en projecten, zoals deelname aan de Wereld COPD-dag, de Week van de Chronisch zieken en de Borstkankermaand. Het GHZ is sponsor van de in 2009 opgerichte Goudse Weekendschool, kinderen die van huis uit minder kans hebben om zich te ontplooiën krijgen op zondag les van professionals.

Door een actieve bestuursfunctie in het OndernemersFondsGouda en daarbij behorende projecten toont het GHZ ook haar 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.

4.7 Financieel beleid

In 2009 heeft het GHZ een positief resultaat geboekt van € 2.5 miljoen. Het jaar daarvoor, in 2008, was dit € 3,1 miljoen. In dat jaar is echter € 2.5 miljoen teruggenomen in verband met de afwaardering van immateriële en materiële vaste activa, die in 2007 was opgenomen.

Het operationele resultaat van dit jaar betekent daarom een verbetering met € 1.9 miljoen.

Deze positieve ontwikkeling stelt ons zeer tevreden en geeft vertrouwen dat het GHZ de beoogde opgaande lijn in de resultaatontwikkeling kan vasthouden. Hierdoor komt realisatie van onze ambities, waaronder de (ver) nieuwbouw, een belangrijke stap dichterbij.

Wij streven voor 2010 opnieuw naar een positief resultaat van € 2.5 miljoen.

Vermogen

De solvabiliteit bedraagt einde boekjaar 10,5% (2008: 9,0%). Deze wordt - volgens de WfZ-norm - uitgedrukt als een percentage van het totale vermogen in relatie tot het risicobudget. De ondergrens die het WfZ hanteert om in aanmerking te komen voor borging bedraagt 5%.

Verdere versterking van onze vermogenspositie in 2010 heeft de volle aandacht, mede in het licht van de voorgenomen bouwactiviteiten.

Resultaat en personeel

De personeelskosten zijn met € 5.4 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 gestegen met € 2.4 miljoen. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn schaarste in gespecialiseerd (para)medisch personeel en specifieke kennis en kunde voor een groot aantal projecten die in dit verslagjaar zijn gestart. Ook is het vaste personeelsbestand gegroeid met 25 fte tot 1.478 fte en was er sprake van CAO-effecten.

In de komende jaren verwachten we belangrijke positieve bijdragen aan de resultaatontwikkeling uit de RVE's en uit de verdere invulling van de Coöperatie.

Met name voor activiteiten van de back office zien wij belangrijke kansen om de verhouding tussen personeel werkzaam in de zorg en personeel buiten de zorgtaken positief te beïnvloeden. De ontwikkeling in de personele kosten in relatie tot productie en opbrengsten vragen blijvend onze aandacht.

Opbrengsten

Het bedrijfsrisicoprofiel van het GHZ neemt aanzienlijk toe. Dit komt met name door:

- de toename van het aandeel van het B-segment tot circa 27% in 2009 (circa 17% in 2008) en
- de ruim 17% toename van de overige bedrijfsopbrengsten.

Het aandeel van het functionele budget (A-segment) in de totale omzet is teruggelopen van circa 72% in 2008 tot circa 61% in 2009. Gekoppeld aan de toenemende onzekerheden in de zorgsector met betrekking tot bekostiging en financiering, met name veroorzaakt door onduidelijk overheidsbeleid, vergen deze vraagstukken veel van onze aandacht. Langlopende onderhandelingen met verzekeraars hebben vervolgens geresulteerd in een ernstig vertraagde facturatie in het B-segment.

In het licht van de voorgenomen bezuinigingen van de overheid op de zorguitgaven, zien wij in de nabije toekomst de nodige uitdagingen voor ons liggen.

Bouw

In 2009 zijn de bouwplannen verder geconcretiseerd en samen met belanghebbenden conceptueel ingevuld. Hierdoor is een organisatiebreed gedragen concept ontstaan. In vergelijking met eerdere plannen hebben wij een reductie van 12.000 netto vierkante meter vloeroppervlak weten te realiseren. Tegelijkertijd hebben wij de financiële consequenties van onze bouwplannen verwerkt in een financiële meerjarenplanning. Hierdoor is een beeld ontstaan over de financiële haalbaarheid van onze plannen. Begin 2010 zullen wij met banken over onze plannen in gesprek gaan.

Investerings in medische en niet medische apparatuur

Ook in 2009 heeft het GHZ geïnvesteerd in medische en niet-medische apparatuur. Een zeer belangrijke investering is de modernste PET-CT scan die het GHZ heeft aangeschaft voor exploitatie binnen de Coöperatie. Ook in 2010 wil het GHZ blijven investeren in met name medische apparatuur om adequate en hoogwaardige zorg te kunnen verlenen.

Onzekerheden

Uitbreiding van de marktwerking is op dit moment bestempeld als controversieel dossier. Hierdoor bestaat weer onzekerheid over de invoering van het nieuwe declaratiesysteem en over de effecten daarvan in positieve of negatieve zin op de exploitatie van het ziekenhuis.

Het kapitaallastendossier en invoering van integrale tarieven zijn uitermate weerbarstige dossiers. Overgangsregelingen voor bouwende ziekenhuizen worden ontworpen, bediscussieerd en vervangen door andere. Medio april 2010 heeft de minister van Volksgezondheid een nieuwe overgangsregeling voor de kapitaallasten door de Tweede Kamer geloodst. Indien deze regeling daadwerkelijk wordt uitgevoerd, betekent dit voor ons een belangrijke zekerheid in de risico's die we op dit dossier lopen. Afnemende voorspelbaarheid van inkomsten en een toegenomen risico ten aanzien van investeringen en vastgoed bemoeilijken de toegang tot bancaire financiering.

Het GHZ heeft een bedrijfswaardetoets uitgevoerd op haar bestaande activa complex in combinatie met de voorgenomen investeringen. Op basis daarvan hebben wij geconcludeerd dat de terugverdienbaarheid niet ter discussie staat. Echter, zoals eerder aangegeven, kunnen wijzigingen in de overheidsmaatregelen, uitkomsten van onderhandelingen met verzekeraars en de definitieve uitvoering van de kapitaallastenproblematiek nog in belangrijke mate van invloed zijn op deze bedrijfswaardetoets in volgende jaren.

4.8 Zorgvernieuwingen

Deze paragraaf beschrijft welke nieuwe projecten we onder meer hebben gerealiseerd en welke mijlpalen we hebben bereikt in 2009.

Ontwikkeling	Resultaten in 2009
Meer vraag naar opname oudere patiënten	Uitbreiding capaciteit Klinische Geriatrie van acht naar veertien tot zestien bedden.
Vraag naar uitbreiding dialysetijden	Aanbod nachtdialyse, ook voor patiënten van de andere ziekenhuizen binnen de Coöperatie. Eerste patiënten starten hiermee in mei 2009.
Nieuwe technologische ontwikkelingen op gebied van oncologie	Aanbod van hoofdhuidkoeling bij chemotherapie, wat kans haaruitval drastisch beperkt, met dank aan Stichting Roparun.
Nazorg voor oncologiepatiënten	Start aanbieden Herstel en Balans programma. I.s.m. ZorgBrug wordt dit revalidatieprogramma aan patiënten na een oncologiebehandeling aangeboden.
Toenemende ketenzorg	Opening centrum voor sport, revalidatie en fysiotherapie. Dit bieden we samen met een sport- en gezondheidscentrum aan. Fysiotherapeuten en sportinstructeurs geven individuele begeleiding en persoonlijke behandel- en trainingsprogramma's.
Mexicaanse griep	Opstellen draaiboeken, bestellen extra beschermende middelen en vaccinatie medewerkers. Uiteindelijk zijn 22 besmette patiënten opgenomen geweest, 51% van de medewerkers heeft zich laten vaccineren.
Samenwerking binnen Coöperatie	Gezamenlijke aanschaf PET/CT-scan, geplaatst bij GHZ.
Meer nadruk op patiëntveiligheid	Patiënten, bezoekers en medewerkers maken door middel van een 'Veiligheidspad' kennis met alle activiteiten op dit vlak. Het Veiligheidspad is onderdeel van de landelijke week van de patiëntveiligheid.

Ministersbezoek

Minister Klink en minister van der Hoeven brachten september 2009 een bezoek. Tijdens het bezoek stonden innovatie en ondernemerschap in de zorg centraal. Het GHZ toonde op welke wijze verschillende toepassingen in medische technologie en ICT geïntegreerd zijn in de dagelijkse praktijk. De ministers merkten het GHZ aan als ziekenhuis dat vooruitstrevend omgaat met de dagelijkse problemen en uitdagingen in de zorg.



Deel B: Financieel Verslag

Inhoudsopgave jaarrekening Stichting Groene Hart Ziekenhuis 2009

5.1 Geconsolideerde jaarrekening 2009	66
5.1.1 Geconsolideerde balans per 31 december 2009	66
5.1.2 Geconsolideerde resultatenrekening over 2009	67
5.1.3 Geconsolideerd kasstroomoverzicht over 2009	68
5.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	69
5.1.5 Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2009	73
5.1.6 Geconsolideerd mutatieoverzicht materiele vaste activa	88
5.1.7 Overzicht langlopende schulden ultimo 2009	90
5.1.8 Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening over 2009	92
Enkelvoudige jaarrekening 2009	98
5.1.9 Enkelvoudige balans per 31 december 2009	98
5.1.10 Enkelvoudige resultatenrekening over 2009	99
5.1.11 Toelichting op de enkelvoudige balans en resultatenrekening 2009	100
5.2 Overige gegevens	101
5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	101
5.2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming	101
5.2.3 Resultaatbestemming	101
5.2.4 Gebeurtenissen na balansdatum	101
5.2.5 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	101
5.2.6 Accountantsverklaring	101
5.3 Bijlagen	104
5.3.1 Balans per 31 december 2009 en resultatenrekening over 2009 Stichting Zorggroep Groene Hart	104

5.1 Geconsolideerde jaarrekening 2009

5.1.1 Geconsolideerde balans per 31 december 2009 (na resultaatbestemming)

ACTIVA (in €)	Ref	2009	2008
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	93.019.706	86.236.324
Financiële vaste activa	2	5.327.900	4.027.737
Totaal vaste activa		98.347.606	90.264.061
Vlottende activa			
Voorraden	3	911.567	1.123.426
Onderhanden werk DBC's	4	(3.826.166)	(775.466)
Vorderingen en overlopende activa	5	51.924.400	28.852.318
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	6	0	8.647.876
Liquide middelen	7	101.547	128.973
Totaal vlottende activa		49.111.347	37.977.127
Totaal activa		147.458.954	128.241.188

PASSIVA (in €)	Ref	2009	2008
Eigen vermogen			
Kapitaal	8	136	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		13.488.528	10.928.641
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		1.288.145	1.392.731
		14.776.808	12.321.509
Vorzieningen	9	8.582.268	12.157.905
Langlopende schulden	10	27.520.232	33.121.381
Kortlopende schulden			
Schulden financieringsoverschot	6	2.598.232	0
Overige schulden/overlopende passiva	11	93.981.414	70.640.393
		96.579.645	70.640.393
Totaal passiva		147.458.954	128.241.188

5.1.2 Geconsolideerde resultatenrekening over 2009

(in €)	Ref	2009	2008
Wettelijk Budget aanvaardbare kosten/ subsidie	13	85.651.866	98.491.924
DBC opbrengst B-segment	14	38.331.901	23.428.620
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	15	6.551.898	6.131.170
Overige bedrijfsopbrengsten	16	9.915.687	8.470.323
Som der bedrijfsopbrengsten		140.451.352	136.522.038
Personeelskosten	17	80.845.724	75.475.337
Terugname afwaardering vaste activa	18	0	(2.480.000)
Afschrijvingen vaste activa	18	5.831.432	15.242.900
Overige bedrijfskosten	19	49.006.783	42.014.496
Som der bedrijfslasten		135.683.939	130.252.733
Financiële baten en lasten	20	2.312.113	3.182.159
		137.996.052	133.434.891
Resultaat		2.455.300	3.087.147

Het resultaat bestaat uit (in €)	2009	2008
Resultaat excl.terugname afwaardering/ afwaardering vaste activa	2.455.300	607.147
Terugname afwaardering vaste activa	0	2.480.000
Resultaat	2.455.300	3.087.147

Bestemming resultaat (in €)	2009	2008
- Reserve Aanvaardbare Kosten Groene Hart Ziekenhuis	3.892.386	3.907.736
- Bestemmingsreserve afschrijving inventarissen	(930.000)	(879.000)
- Bestemmingsreserve opbouwfonds	(362.000)	0
- Bestemmingsreserve egalisatie afschrijvingen	(40.500)	(7.694)
- Algemene reserve	22.000	56.600
- Reserve Parkeerfaciliteiten	60.000	34.035
- Reserve St.Zorggroep Groene Hart	(180.566)	78.989
- Reserve NNB projecten	(6.021)	(103.520)
Resultaat	2.455.300	3.087.147

5.1.3 Geconsolideerd kasstroomoverzicht over 2009 (indirecte methode)

(in €)	2009	2008
Kasstroom uit operationele activiteiten:		
Resultaat	2.455.300	3.087.147
Aanpassingen voor:		
- afschrijvingen	5.814.482	15.242.900
- mutaties voorzieningen	(3.575.637)	(1.843.005)
	4.694.145	16.487.042
Veranderingen in vlottende middelen:		
- voorraden	211.859	(128.790)
- onderhanden werk DBC's	3.050.700	3.275.000
- vorderingen	(23.072.082)	(7.831.105)
- vorderingen/schulden financieringstekort/overschot	11.246.108	(3.570.896)
- kortlopende schulden	8.068.630	(646.846)
	(494.784)	(8.902.638)
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	4.199.360	7.584.404
Kasstroom uit investeringsactiviteiten:		
- investeringen materiële vaste activa	(12.597.864)	(16.005.718)
- mutatie financiële vaste activa	(1.300.163)	(4.027.737)
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten	(13.897.998)	(20.033.455)
Kasstroom uit financieringsactiviteiten:		
- aflossingen langlopende leningen	(5.601.149)	(5.901.322)
- overige mutaties eigen vermogen	0	0
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten	(5.601.179)	(5.901.322)
Mutatie geldmiddelen/bankschulden	(15.299.817)	(18.350.373)
Stand geldmiddelen/bankschulden:		
Liquide middelen	101.547	128.973
Bank- en Bouwkrediet	(51.829.274)	(36.556.883)
	(51.727.727)	(36.427.910)
Mutatie geldmiddelen/bankschulden	(15.299.817)	(18.350.373)

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 B.V. De holding heeft 3 dochtervennootschappen, Groene Hart Extra Zorg B.V. Groene Hart Diensten B.V. en Vastgoed Groene Hart B.V.. De activiteiten in 2009 zijn gering van omvang, de totale omzet bedroeg € 1,3 miljoen en is volledig gegeneerd door Groene Hart Extra Zorg B.V. 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 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 Uitvoeringsbesluit WTZi en de Richtlijn Zorginstellingen. Voor zover niet anders vermeld, zijn de activa en passiva opgenomen tegen nominale waarde. De jaarrekening is opgesteld na winstbestemming.

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 B.V.
- Groene Hart Diensten B.V.
- Vastgoed Groene Hart B.V.
- Groene Hart Extra Zorg B.V.
- Groene Hart Diëtheek B.V.
- Beweegpunt fysio B.V.
- Zorgbrug B.V.
- Nederlandse Obesitas Kliniek West B.V.

Groene Hart Diëtheek B.V. en Beweegpunt Fysio B.V. zijn verwerkt in de geconsolideerde jaarrekening van de Stichting Groene Hart Ziekenhuis via consolidatie in de jaarrekening Groene Hart Extra zorg B.V..

In de Nederlandse Obesitas Kliniek West heeft het GHZ een indirect belang via de coöperatie van ziekenhuizen waarmee het GHZ samenwerkt. De coöperatie betreft een samenwerking tussen Medisch Centrum Haaglanden, het Bronovo ziekenhuis, het 't Lange land ziekenhuis en het Groene Hart Ziekenhuis.

Zorgbrug B.V. en de Nederlandse Obesitas Kliniek West zijn niet geconsolideerd 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 2009 en het resultaat over 2009.

Coöperatie

Het GHZ participeert in een coöperatie (Medisch Centrum Haaglanden, Stichting Bronovo, 't Lange Land Ziekenhuis en het GHZ). Daar er geen sprake is van een overheersende zeggenschap is consolidatie niet benodigd.

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.

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 of de actuele waarde, 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 de verkregen wettelijk budget aanvaardbare kosten substitutievrijheid bestaat, zijn de afschrijvingstermijnen gebaseerd op de economische levensduur.

Op de in ontwikkeling en/of aanbouw zijnde materiële vaste activa wordt niet afgeschreven.

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

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, dan wel de verkrijgingsprijs.

Vorraden

De voorraden zijn gewaardeerd tegen verkrijgingsprijzen onder aftrek van een benodigde voorziening voor incurantheid.

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 PGGM. Het ziekenhuis heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij PGGM, 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 2009

Wijziging bekostiging kapitaallasten, overgangsregime en aanpassing Regeling verslaggeving WTZi en Richtlijn 655 Zorginstellingen

Met de brieven van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van 13 juni 2007 (kenmerk CZ/TSZ/2771129) en 9 juli 2007 (kenmerk MC-U-2783995) en de wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi van 13 december 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 dient nog wel uitgewerkt te worden door de NZa, waarna de precieze implicaties duidelijk worden.

Er is nog geen duidelijkheid over de hoogte, invoeringsdatum en wijze van integrale prestatiebekostiging en DOT-systematiek. Vooralsnog loopt voor het A-segment de bekostiging van kapitaallasten door op basis van nacalculatie. Mogelijk vanaf 2012 is 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 2009. De overgangsregeling zou, afhankelijk van de impact en uitwerking door de NZa, voor diverse problemen van ombouw en recente nieuwbouw, in ieder geval een gedeeltelijke en tijdelijke oplossing moeten bieden. Daarnaast heeft de NZa de bevoegdheid van eigen beleidsregels af te wijken ten einde maatwerk oplossingen 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 eventuele prestatiebekostiging en de wijze van financiering van kapitaallasten in de DOT-systematiek, specifiek voor bijzondere functies (WBMV en vaste segment) en over de uitwerking van het overgangsregime kapitaallasten.

Bedrijfswaarde

Het Groene Hart Ziekenhuis heeft een bedrijfswaardeberekening opgesteld. De uitkomsten van de bedrijfswaardeberekening zijn sterk afhankelijk van veronderstellingen over de uitwerking van het overgangsregime, (opgeslagen in) tarieven in de toekomstige bekostigingssystemen, groei van de productie en disconteringsvoeten die mede afhankelijk zijn van de toekomstige financiering en bekostiging. Dit is nog afhankelijk van definitieve (politieke) besluitvorming die later in 2010 wordt verwacht. De bedrijfswaardeberekeningen geven aan dat de bandbreedte van uitkomsten zeer groot kan zijn.

De ingeschatte bedrijfswaarde is hoger dan de boekwaarde eind 2009. Het Groene Hart Ziekenhuis stelt zich op het standpunt dat de in het verleden verkregen rechten tot nacalculatie, bij de overgang dienen te leiden tot een adequate afrekening van eventuele nadelige gevolgen en verwacht dat de overheid hiervoor een passende regeling zal treffen. (Eind 2009 is hiertoe een inventarisatie door de NZa uitgevoerd om de aard en omvang van de problematiek in kaart te brengen). De boekwaarde behoeft derhalve niet neerwaarts aangepast te worden.

Aangetekend wordt dat de overgangsregeling en de afwijkingsbevoegdheid van de NZa in dit kader nog niet zijn geformaliseerd. Er is dus een zeker risico dat de daadwerkelijke bekostiging afwijkt van de huidige verwachting. Een eventuele afwijking kan mogelijk een substantiële impact hebben op de vermogenspositie van het Groene Hart Ziekenhuis in de toekomst, zowel voor het beeld van resultaat en vermogen in de onderhavige jaarrekening als in de toekomstige jaren. Een dergelijke afwijking zal, voor zover aan de orde, worden verwerkt in de jaarrekening als deze voldoende betrouwbaar kan worden bepaald.

Financiële vaste activa en voormalige Immateriële vaste activa

Onder de immateriële vaste activa konden voorheen posten zijn opgenomen die door het vervallen van de integrale vergoeding voor afschrijvingslasten niet langer voor verwerking in de balans in aanmerking komen. De hiervoor in 2010 of latere jaren nog specifiek te ontvangen vergoedingen hiervoor zijn als vordering opgenomen onder de financiële vaste activa in de jaarrekening 2009. Op grond van beleidsregels inzake het overgangsregime zal voor het B-segmentdeel van de voormalige IMVA waarvoor toestemming is verleend in ieder geval compensatie gegeven worden via versnelde afschrijving in de nacalculatie in 3 jaar. Echter overeengekomen is met zorgverzekeraars om voor 2009 hiervan geen gebruik te maken. Het ziekenhuis gaat er vanuit dat de vergoeding voor het A-segmentdeel, ook bij eventueel beëindiging van de huidige FB-bekostiging, volledig in het A-segment afgewikkeld zal worden.

In 2007 heeft een afwaardering plaatsgevonden ten laste van het resultaat van immateriële en materiële vaste activa van € 5,6 mln. 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.

Stichting 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. 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 €)	2009	2008
Terreinen en terreinvoorzieningen	5.819.300	6.077.300
Gebouwen	49.038.869	46.293.100
Installaties	7.549.400	7.845.800
Inventarissen	27.570.870	24.719.100
Onderhanden projecten	3.041.267	1.301.024
Totaal materiële vaste activa	93.019.706	86.236.324
Het verloop van de materiële vaste activa in het verslagjaar is als volgt weer te geven:		
Boekwaarde per 1 januari	86.236.324	85.473.506
Bij: investeringen	12.597.864	16.005.718
Af: aanpassing boekwaarde	0	0
Af: afschrijvingen	(5.814.482)	(15.242.900)
Boekwaarde per 31 december	93.019.706	86.236.324

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 €)	2009	2008
Concentratiebouw	1.866.592	923.570
Instandhouding	1.174.675	377.454
	3.041.267	1.301.024

5.1.5.2 Financiële vaste activa

(in €)	Stand per 01-01-2009	Overige mutaties in 2009	Afboeking in 2009	Stand per 31-12-2009
Langlopende vorderingen:				
Afwaardering immateriële/materiële vaste activa				
Te ontvangen middels regulier budget	950.000	1.313.400	(220.100)	2.043.300
Te ontvangen middels specifieke beleidsmaatregelen	3.062.000	(1.313.400)	1.530.000	3.278.600
Totaal leningen u/g	4.012.000	0	1.309.900	5.321.900
Deelnemingen:	15.737	0	(9.737)	6.000
Totaal financiële vaste activa	4.027.737	0	1.300.163	5.327.900

Doordat langer gebruik gemaakt wordt van afgewaardeerde vaste activa, zal via de reguliere budgettaire vergoeding € 1,3 miljoen meer worden verrekend.

Deelnemingen (in €)	Verschaft kapitaal
Zorgbrug B.V.	6.000
	6.000

Gezien de omvang van het belang is gekozen om dit te waarderen tegen de verkrijgingsprijs.

5.1.5.3 Voorraden

(in €)	2009	2008
Geneesmiddelen	448.474	500.260
Medische middelen	463.092	623.166
Totaal Voorraden	911.567	1.123.426

Een voorziening voor incurantheid wordt niet nodig geacht.

5.1.5.4 Onderhanden werk uit hoofde van DBC's

(in €)	2009	2008
Onderhanden werk DBC's A-segment	11.107.110	15.183.000
Onderhanden werk DBC's B-segment	4.242.790	2.568.000
Onderhanden werk DBC's B-segment Zorggroep	344.000	230.000
Af: voorschotten zorgverzekeraars	(19.220.066)	(18.456.466)
Af: voorziening onderhanden werk	(300.000)	(300.000)
Totaal Onderhanden werk	(3.826.166)	(775.466)

5.1.5.5 Vorderingen en overlopende activa

(in €)	2009	2008
Debiteuren	44.542.703	23.075.730
Overlopende activa	7.381.698	5.776.588
Totaal Vorderingen en overlopende activa	51.924.400	28.852.318

De toename van de debiteuren wordt veroorzaakt door vertraagde facturering van DBC's B-segment, alsmede vertraagde afwikkeling door twee grote verzekeraars. De debiteuren zijn opgenomen rekening houdend met een afwaardering voor het risico van oninbaarheid, waarvan het verloop als volgt weer te geven is:

(in €)	2009	2008
Stand per 1 januari	952.672	886.213
Toevoeging ten laste van de exploitatie, conform budget	174.300	200.000
Afboekingen wegens oninbaarheid	(316.968)	(133.541)
Stand per 31 december	810.004	952.672

5.1.5.6 Vorderingen van financieringstekort en/of schulden van financieringsoverschot

(in €)	2009	2008	2007	2006
Saldo per 1 januari	8.647.876	5.076.980	(12.962.669)	(18.585.112)
Bij/af: financieringsverschil boekjaar	(6.296.318)	9.570.964	10.394.906	(9.242.786)
Af: verrekening financieringsverschil	217.344	(516.828)	9.258.596	16.135.590
Bij/af: correcties voorgaande jaren	(5.167.134)	(6.515.076)	88.933	0
Bij/af: onderlinge mutaties	0	1.031.836	(1.702.786)	(1.270.361)
Saldo per 31 december	(2.598.232)	8.647.876	5.076.980	(12.962.669)
Stadium van vaststelling:	a	c	c	c

a = interne berekening, b = overeenstemming met zorgverzekeraars, c = definitieve vaststelling NZa

Specificatie financieringsverschil in het boekjaar (in €)	2009	2008
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	90.819.000	105.007.000
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget	(94.244.710)	(95.436.036)
Financieringsverschil	(3.425.710)	9.570.964
Verrekening financieringsverschil voorgaand boekjaar	217.344	(516.828)
Onderlinge mutaties	2.870.608	1.031.836
Mutaties Wettelijk budget 2007 respectievelijk 2003 t/m 2006	(5.167.134)	(6.515.076)
	(11.246.108)	3.570.896
Stand per 1 januari	8.647.876	5.076.980
Stand per 31 december	(2.598.232)	8.647.876

nacalculatie over 2008 (in €)	Nacalculatie	Jaarrekening	Verschil
2008	99.839.866	105.007.000	(5.167.134)

Stand per 31 december 2009 gespecificeerd naar jaarlagen (in €)

Voor 2005	1.298.004
2005	(31.418)
2006	(5.643.913)
2007	(10.785.625)
2008	9.995.818
2009	2.568.902
	(2.598.232)

Uit het recente voorstel voor opbrengstverrekening over de jaren 2005 en 2006 door de NZa is gebleken dat een verschil bestaat tussen de registraties van de opbrengsten door de NZa en de registraties van de opbrengsten door Stichting Groene Hart Ziekenhuis. Het verschil bedraagt € 4,2 mln. (additioneel te betalen door Stichting Groene Hart Ziekenhuis volgens NZa registraties). Stichting Groene Hart Ziekenhuis stelt zich op het standpunt dat sprake is van onvolkomenheden in de NZa registraties van oudere jaren en tekent formeel bezwaar aan tegen de voorgestelde opbrengstverrekening door de NZa. Dit bezwaar is in de vergadering van de NZa van 6 april 2010 behandeld en is besloten dat niet tegemoet kan worden gekomen aan de bezwaren en dat de bezwaren ongegrond zijn verklaard. Dit besluit is het Groene Hart Ziekenhuis meegedeeld in de brief van 20 april 2010.

Het Groene Hart Ziekenhuis overweegt om ingevolge artikel 105 Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO) beroep in te stellen bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven.

Specificatie Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget (in €)	2009	2008
DBC's A-segment:		
- Onderhanden werk per 31 december	10.807.000	14.883.000
- Af: onderhanden werk per 1 januari	(14.883.000)	(20.397.000)
- Mutatie onderhanden werk	(4.076.000)	(5.514.000)
- Gefactureerd	80.938.435	85.571.788
	76.862.435	80.057.788
Ondersteunende en overige producten 1e lijn	9.851.193	9.550.575
Opbrengst trajecten en Opbrengst overige producten	2.483.952	2.031.911
Honoraria-opbrengsten voor med.special.hulp in loondienst	5.047.130	3.795.762
	17.382.275	15.378.248
	94.244.710	95.436.036

5.1.5.7 Liquide middelen

(in €)	2009	2008
ING bank Stichting Zorggroep Groene Hart	100.169	126.580
Kas	1.378	2.393
Totaal liquide middelen	101.547	128.973

De liquide middelen staan ter vrije beschikking.

5.1.5.8 Eigen vermogen

(in €)	2009	2008
Kapitaal	136	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	13.488.528	10.928.641
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	1.288.145	1.392.731
Totaal eigen vermogen	14.776.808	12.321.509

(in €)	Saldo per 01-01-2009	Resultaat bestemming	Overige mutaties	Saldo 31-12-2009
Kapitaal	136			136
	136	0	0	136
Collectief gefinancierd geb.vermogen				
Reserve aanvaardbare kosten	6.049.854	3.892.386		9.942.241
Bestemmingsreserve egalisatie afschrijvingen	948.787	(40.500)		908.287
Bestemmingsreserve afschr.inventarissen	930.000	(930.000)		0
Bestemmingsreserve opbouwfonds	3.000.000	(362.000)		2.638.000
	10.928.641	2.559.886	0	13.488.528
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen				
Algemene reserve	1.542.885	22.000		1.564.885
Bestemmingsreserve parkeerfaciliteiten	168.517	60.000		228.518
NNB-projecten	(169.800)	(6.021)		(175.821)
Stichting Zorggroep Groene Hart	(148.871)	(180.566)		(329.437)
	1.392.731	(104.587)	0	1.288.145
Totaal eigen vermogen	12.321.509	2.455.300	0	14.776.808

De **reserve aanvaardbare kosten** 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.

Op de **bestemmingsreserve egalisatie** afschrijvingen wordt het verschil verwerkt tussen het in het budget opgenomen bedrag voor afschrijvingen instandhoudinginvesteringen en de afschrijvingen van de werkelijke gerealiseerde instandhoudinginvesteringen, zoals vermeld in het verloopoverzicht van de materiële vaste activa.

De **bestemmingsreserve afschrijving inventarissen** wordt opgebouwd door de over/onderschrijdingen van de in het budget aanvaardbare kosten specifiek voor afschrijvingen medische apparatuur en overige inventarissen opgenomen bedragen.

Voorzover de afschrijvingslasten in enig jaar hoger zijn dan het daarvoor in het budget begrepen bedrag wordt het meerdere onttrokken aan de reserve zolang het saldo daarvoor toereikend is.

De **bestemmingsreserve opbouwfonds** wordt gevormd vanwege uitgaven die zijn voorzien in een meerjarenplan en die niet kunnen worden gefinancierd uit reguliere exploitatie en/of investeringsruimte.

De **algemene reserve** is ontstaan uit niet collectief gefinancierde activiteiten. De mutatie betreft toerekening van rente over het gemiddeld niet-collectief gefinancierd vrij vermogen.

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

De **solvabiliteit** op basis van het totale vermogen per 31 december 2009 in relatie tot het risicobudget 2009 komt uit op 10,5%, in 2008 9,0%.

Verloopoverzicht investeringsruimte Instandhoudinginvesteringsruimte:

De opgebouwde investeringsruimte is, overeenkomstig de NZA rekenstaat, als volgt te specificeren:

(in €)	2009	2008
Nog niet-bestede investeringsruimte per 1 januari	479.691	257.195
Indexering niet-bestede investeringsruimte	12.328	12.988
Investeringsruimte boekjaar	1.030.343	1.004.508
Investeringen boekjaar	(826.000)	(795.000)
Beschikbare investeringsruimte per 31 december	696.362	479.691

Gemelde lopende investeringsprojecten leggen nagenoeg volledig beslag op de beschikbare investeringsruimte per 31 december 2009. De investeringen in het boekjaar betreffen, per saldo, de in 2009 gereedgekomen projecten (zie 5.1.7).

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 €)	2009	2008
Nog niet-bestede investeringsruimte per 1 januari	25.736.054	29.622.136
Aanpassing saldo	0	(151.073)
Indexering niet-bestede investeringsruimte	661.417	1.646.991
Investeringsboekjaar	(1.716.000)	(5.382.000)
Beschikbare investeringsruimte per 31 december	24.681.471	25.736.054

De trekkingsrechten zullen conform het lange termijn huisvestingsplan (LTOP) voor circa € 4,8 miljoen aangewend worden voor instandhoudingprojecten 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

(in €)

	Saldo 01-01-2009	Dotatie	Onttrekking	Saldo 31-12-2009
Financieringsrisico's	9.736.400	6.936.000	(10.565.400)	6.107.000
Groot onderhoud	729.597	171.700	(292.937)	608.360
Claims, geschillen en rechtsgedingen	830.000	333.847	(158.847)	1.005.000
Jubileumuitkeringen	791.870			791.870
WAO	70.038			70.038
Totaal voorzieningen	12.157.905	7.441.547	(11.017.184)	8.582.268

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.

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 **WAO** 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.

5.1.5.10 Langlopende schulden

(in €)	2009	2008
Schulden aan kredietinstellingen	24.860.384	30.404.818
Overige langlopende schulden	2.659.848	2.716.563
Totaal langlopende schulden	27.520.232	33.121.381
Stand per 1 januari	39.022.703	44.924.025
Af: aflossingen in het boekjaar	(5.901.322)	(5.901.322)
	33.121.381	39.022.703
Af: aflossingsverplichtingen komend boekjaar	(5.601.149)	(5.901.322)
Stand langlopende schulden per 31 december	27.520.232	33.121.381

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

Kortlopend deel langlopende schulden (< 1 jaar), aflossingsverplichtingen	5.601.149	5.901.322
Langlopend deel langlopende schulden (< 1 jaar) balanspost	27.520.232	33.121.381
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	12.650.132	15.921.735

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 2009. 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 2009: 8%; uiteindelijk stijgend naar 10% per ultimo 2011 en latere jaren;
- 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

(in €)	2009	2008
Aflossingsverplichtingen 2009, respectievelijk 2008	5.601.167	5.901.322
Crediteuren	9.025.663	10.162.081
Bank- en Bouwkredieten	51.829.274	36.556.883
Nog te betalen salarissen en vakantierechten	5.570.319	5.308.708
Belastingen en premies sociale verzekeringen	2.729.124	2.539.301
Pensioenen	934.569	955.325
St.Zorggroep Groene Hart	1.448.902	0
Rekeningen courant specialisten	2.662.412	2.989.808
Overlopende passiva:		
- interest leningen/rekeningen-courant banken	663.552	895.972
- nog te betalen kosten/voortuitontvangen opbrengsten	13.516.431	5.330.993
Totaal Overige schulden/overlopende passiva	93.981.414	70.640.393

De toename van de bank- en bouwkredieten wordt geheel veroorzaakt door de investeringen vaste activa 2009, waarvoor voornamelijk geen langlopende financiering is afgesloten.

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 €)	2009	2008
Gebouwen	1.327.981	751.069
Medische apparatuur	84.495	71.151
Medische inventarissen	55.088	43.767
Automatiseringsapparatuur	1.148	57.704
Overig	157.854	150.100
	1.626.567	1.073.791

Bij het WfZ zijn leningen geborgd waardoor een verplichting kan ontstaan van 3% van de stand per 31 december 2009 ad € 25,5 miljoen zijnde € 765.000; 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.

De Stichting Groene Hart Ziekenhuis en de Stichting Sint Jozef Paviljoen hebben een verschil van inzicht met de Stichting Sint Jozef Paviljoen over de opbrengst van de Jozef locatie. Hierover loopt een juridische procedure. De uitkomst hiervan kan in de toekomst financiële consequenties tot gevolg hebben voor het Groene Hart Ziekenhuis die nu nog niet zijn in te schatten.

5.1.6 Geconsolideerd mutatieoverzicht materiele vaste activa

(in €)	%	Aanschafwaarde in €			
		Per 01-01-09	Terugn.geh. afgeschr.	Invest. 2009	Per 31-12-09
Materiële vaste activa:					
WTZi vergunningsplichtige vaste activa					
Terrein en terreinvoorzieningen	0/5	6.785.033	293.498	(15.000)	6.476.535
Gebouwen	2,5	38.727.173	3.333.686	(275.000)	35.118.487
Verbouwingen	5	12.494.492	4.032.551	217.019	8.678.960
Installaties	5	12.371.385	4.051.385	286.000	8.606.000
Onderhanden projecten concentratiebouw		923.570		943.022	1.866.592
		71.301.653	11.711.120	1.156.041	60.746.574
WTZi instandhoudingsplichtige vaste activa					
Trekkingsrechten	5	14.402.113		1.716.000	16.118.113
Instandhouding	10-12,5	9.261.080	733.691	826.000	9.353.389
Onderhanden projecten		377.454		797.221	1.174.675
		24.040.647	733.691	3.339.221	26.646.177
WMG gefinancierde vaste activa					
Inrichting en medische apparatuur	10 -12,5	33.244.411	3.372.761	10.230.800	40.102.450
Automatisering	20	6.160.877	817.357	1.424.200	6.767.720
Auto's	20	128.510	61.010	12.100	79.600
Diverse projecten	10 -12,5	8.186.476	4.852.949	(3.333.527)	0
Onderhanden projecten		0		0	0
		47.720.274	9.104.077	8.333.573	46.949.770
Niet WTZi/WMG-gefinancierde vaste activa					
Parkeergarage	4	4.617.182			4.617.182
Parkeergarage: installaties	10-12,5	455.723		9.000	464.723
Onderhanden projecten		0		0	0
Lampion	2	3.010.000		(240.000)	2.770.000
Pand Ridder van Catsweg	0	275.100			275.100
		8.358.005	0	(231.000)	8.127.005
Totaal materiële vaste activa		151.420.579	21.548.888	12.597.864	142.469.526

Afschrijvingen in €				Boekwaarde in €		
tot en met 2008	Terugn.geh. afgeschr.		In 2009	tot en met 2009	Per 01-01-09	Per 31-12-09
707.733	293.498		243.000	657.235	6.077.300	5.819.300
16.433.773	3.333.686		(3.061.500)	10.038.587	22.293.400	25.079.900
11.159.092	4.032.551		458.450	7.584.991	1.335.400	1.093.969
4.929.385	4.051.385		544.900	1.422.900	7.442.000	7.183.100
0				0	923.570	1.866.592
33.229.983	11.711.120		(1.815.150)	19.703.713	38.071.670	41.042.861
2.940.513			889.500	3.830.013	11.461.600	12.288.100
5.008.980	733.691		981.500	5.256.789	4.252.100	4.096.600
0				0	377.454	1.174.675
7.949.493	733.691		1.871.000	9.086.802	16.091.154	17.559.375
14.205.211	3.372.790	1.002.527	4.037.772	15.872.720	19.039.200	24.229.730
2.876.277	817.357		1.416.340	3.475.260	3.284.600	3.292.460
64.210	61.010		27.720	30.920	64.300	48.680
5.855.476	4.852.949	(1.002.527)	0	0	2.331.000	0
0				0	0	0
23.001.174	9.104.106	0	5.481.832	19.378.900	24.719.100	27.570.870
831.282			184.500	1.015.782	3.785.900	3.601.400
51.923			46.500	98.423	403.800	366.300
0				0	0	0
120.400			45.800	166.200	2.889.600	2.603.800
0				0	275.100	275.100
1.003.605	0		276.800	1.280.405	7.354.400	6.846.600
65.184.255	21.548.917	0	5.814.482	49.449.819	86.236.324	93.019.706

5.1.7 Overzicht langlopende schulden ultimo 2009

Leninggever	Datum	Hoofdsom €	Totale looptijd	Werkelijke rente %	Restschuld 31-12-08	Nieuwe leningen in 2009 €
BNG	1983	1.361.341	40	3,980	476.466	
BNG	1983	1.361.341	40	4,140	476.466	
BNG	1984	1.116.299	40	4,220	418.616	
BNG	1987	404.318	25	7,280	48.516	
Waterschapsbank	1988	2.112.884	40	4,780	1.056.484	
Waterschapsbank	1988	1.815.121	40	5,000	907.561	
BNG	1981	2.268.901	40	4,470	737.390	
BNG	1982	1.361.341	40	4,500	476.466	
Rabo	1989	1.633.609	30	5,350	598.987	
PGGM	1989	2.268.901	40	4,250	1.191.178	
BNG	2001	476.470	10	4,340	59.557	
BNG	2001	1.489.606	10	4,420	212.796	
BNG	2005	4.450.000	5	3,098	1.780.000	
Rabobank	2001	3.312.596	25	3,827	2.385.068	
Rabobank	2004	4.370.000	19	4,231	3.450.000	
BNG	2004	5.390.000	7	3,244	2.310.000	
BNG	2005	3.990.000		2,631	2.137.500	
Rabobank	2006	4.360.000	8	3,233	3.270.000	
Rabobank	2006	7.000.000	8	3,941	5.250.000	
Rabobank	2007	7.400.000	8	4,581	6.475.000	
ABN-AMRO	1990	2.223.523	20	6,450	194.559	
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	3.528.000	
Totaal		65.948.359			39.022.718	0

Aflossing 2009 €	Restschuld 31-12-09	Restschuld over 5 jaar €	Rest looptijd in jaren eind 2009	Aflossings- wijze	Aflossingen 2010	Gestelde zekerheden
34.034	442.432	272.262	13	lineair	34.034	Gem.Gouda
34.034	442.432	272.262	13	lineair	34.034	Gem.Gouda
27.907	390.709	251.174	14	lineair	27.907	Gem.Gouda
16.173	32.343	0	2	lineair	16.173	Gem.Gouda
52.820	1.003.664	739.564	19	lineair	52.820	Gem.Gouda
45.378	862.183	635.293	19	lineair	45.378	Gem.Gouda
56.723	680.667	397.052	12	lineair	56.723	Rijk/WfZ
34.034	442.432	272.262	13	lineair	34.034	Rijk/WfZ
54.454	544.533	272.263	10	lineair	54.445	Rijk/WfZ
56.723	1.134.463	850.848	20	lineair	56.714	Rijk/WfZ
59.557	0	0	0	lineair		Rijk/WfZ
212.796	0	0	0	lineair		Rijk/WfZ
890.000	890.000	0	1	lineair	890.000	WfZ
132.504	2.252.564	1.590.044	17	lineair	132.504	WfZ
230.000	3.220.000	2.070.000	14	lineair	230.000	WfZ
770.000	1.540.000	0	2	lineair	770.000	WfZ
570.000	1.567.500	0	3	lineair	570.000	WfZ
545.000	2.725.000	0	5	lineair	545.000	WfZ
875.000	4.375.000	0	5	lineair	875.000	WfZ
925.000	5.550.000	925.000	6	lineair	925.000	WfZ
111.176	83.383	0	1	lineair	83.383	geen
0	791.054	791.054		afl.vrij	0	geen
0	680.670	680.670		afl.vrij	0	geen
0	110.384	110.384		afl.vrij	0	geen
168.000	3.360.000	2.520.000	20	lineair	168.000	WfZ
5.901.313	33.121.413	12.650.132			5.601.149	

5.1.8 Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening over 2009

5.1.8.13 Wettelijk budget aanvaardbare kosten

(in €)	2009	2008
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	105.007.000	109.795.000
Mutatie op grond van:		
Aftrek DBC B-segment, restcorrectie	(47.361)	(64.782)
Productieafspraken	(6.093.766)	(5.816.108)
Productie eerste lijn	223.237	465.649
	(5.917.890)	(5.415.241)
Uitbreiding erkenning en toelating:		
Gewogen specialisteneenheden 1,70	1.188.288	1.275.985
Loonkosten agio's	21.784	4.704
Specialisten in loondienst looncomponent	330.495	99.338
Overig	(2.612)	(80.055)
	1.537.955	1.299.973
Beleidsmaatregelen overheid:		
Dure geneesmiddelen	60.937	720.355
Nacalculeerbare kapitaalslasten:		
Rente	(1.669.526)	1.208.326
Afschrijvingen/Waardeverminderingen	(5.609.108)	(2.663.936)
Huren	13.950	15.000
	(7.264.684)	(1.440.610)
Overige invloeden:		
Knie en heupoperaties	(222.207)	1.898
Lokaal productiegebonden component	(572.000)	83.600
Samenwerkingsverbanden	(34.082)	(1.753)
	(828.289)	83.745
Korting prestatiecontract	(272.974)	(1.567.528)
Overige materiële kosten:	73.948	123.992
	92.396.003	103.599.685
Overige mutaties	(1.577.003)	1.407.315
Wettelijk budget aanvaardbare kosten boekjaar	90.819.000	105.007.000
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaande jaren	(5.167.134)	(6.515.076)
Totaal Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	85.651.866	98.491.924

5.1.8.14 DBC opbrengsten B-segment

(in €)	2009	2008
Onderhanden werk per 31 december	4.242.790	2.568.000
Af: onderhanden werk per 1 januari	(2.568.000)	(1.651.000)
Mutatie onderhanden werk	1.674.790	917.000
Gefactureerde DBC's	36.657.111	22.511.620
Totaal DBC opbrengst B-segment	38.331.901	23.428.620

5.1.8.15 Niet-gebudgetteerde zorgprestaties

(in €)	2009	2008
Zorgprestaties tussen instellingen	685.771	968.081
Zorgprestaties cliënten	31.417	66.977
Overige zorgprestaties	5.834.710	5.096.113
Totaal Niet gebudgetteerde zorgprestaties	6.551.898	6.131.170

5.1.8.16 Overige bedrijfsopbrengsten

(in €)	2009	2008
St.Zorggroep Groene Hart	1.268.467	921.237
Subsidies	3.950.496	4.094.175
Overige opbrengsten	4.696.724	3.454.911
Totaal Overige bedrijfsopbrengsten	9.915.687	8.470.323

5.1.8.17 Personeelskosten

(in €)	2009	2008
Lonen en salarissen	53.142.798	50.982.578
Sociale lasten	14.021.681	13.408.422
Pensioenpremies	4.740.172	4.492.332
Andere personeelskosten	2.655.103	2.705.627
Sub-totaal	74.559.754	71.588.958
Personeel niet in loondienst	6.285.970	3.886.379
Totaal personeelskosten	80.845.724	75.475.337
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	1.478	1.453

5.1.8.18 Afschrijvingen immateriële- en materiële vaste activa

(in €)	2009	2008
Waardeverminderingen:		
Af: budgettaire vergoeding regulier		(2.480.000)
	0	(2.480.000)
Nacalculeerbare afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	(925.650)	8.787.300
Overige afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	5.758.632	5.533.800
- instandhouding:	981.500	921.800
St.Zorggroep Groene Hart:	16.950	0
Totaal afschrijvingen	5.831.432	15.242.900

Aansluiting afschrijvingen resultatenrekening - verloopoverzicht materiële vaste activa:

(in €)	2009	2008
Afschrijving WTZi - vergunningsplichtige vaste activa	(1.815.150)	8.065.400
Afschrijving WTZi - meldingsplichtige vaste activa	1.871.000	1.643.700
Afschrijving WMG gefinancierde vaste activa	5.481.832	5.240.800
Afschrijving niet WTZi/WMG gefinancierde vaste activa	276.800	293.000
	5.814.482	15.242.900
Afschrijving Zorggroep	16.950	0
Totaal afschrijvingen volgens verloopoverzichten	5.831.432	15.242.900
Totaal afschrijvingen resultatenrekening (exclusief dotatie/vrijval)	4.849.932	14.321.100
Afschrijvingen instandhoudingsinvesteringen	981.500	921.800
Totaal afschrijvingen resultatenrekening	5.831.432	15.242.900

5.1.8.19 Overige bedrijfskosten

(in €)	2009	2008
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	4.987.576	4.585.595
Algemene beheerskosten	11.669.408	8.090.400
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	25.345.623	23.768.179
Onderhouds- en energiekosten	3.321.197	2.667.746
Huur en leasing	1.626.567	1.073.791
Samenwerkingsverbanden	418.000	384.635
Ziekenhuisverplaatste zorg	109.075	45.572
Toevoeging afwaardering debiteuren	174.300	200.000
St.Zorggroep Groene Hart	1.427.201	816.497
Overige kosten	(72.164)	382.082
Totaal Overige bedrijfskosten	49.006.783	42.014.496

5.1.8.20 Financiële baten en lasten

(in €)	2009	2008
Rentelasten langlopende schulden	1.487.266	1.741.792
Rentelasten kortlopende schulden	824.847	1.440.367
Totaal Financiële baten en lasten	2.312.113	3.182.159

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 2009 is als volgt:

	D.J. Verbeek MHA		M. Verdier		E.A.P.M. Thewessen	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008
1 Werkzaam als bestuurder in het GHZ vanaf (datum)	01-09-03	01-09-03	01-06-09	n.v.t.	01-10-05	01-10-05
2 Momenteel deelnemer bestuur (ja/nee)	ja	ja	ja		nee	ja
3 Tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam					30-09-09	
4 Voorzitter (ja/nee)	ja	ja	nee		nee	nee
5 Hoeveel maanden van het verslagjaar voorzitter	12	12	0		0	0
6 Aard van de (arbeids)overeenkomst	vast	vast	vast		vast	vast
7 Toegepaste salarisregeling	anders	anders	anders		anders	anders
8 Deeltijdfactor (%)	100%	100%	100%		100%	100%
9 Bruto-inkomen, inclusief vakantiegeld	214.816	211.561	85.401		118.055	169.236
10 Waarvan verkoop verlofuren						
11 Waarvan nabetalingen voorgaande jaren						
12 Bruto-onkostenvergoeding	6.000	6.000	3.500		4.500	4.000
13 Werkgeversbijdrage sociale lasten	4.587	4.587			7.198	7.198
14 Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	46.250	46.656	11.858		27.654	37.200
15 Ontslagvergoeding						
16 Bonussen						
17 Totaal inkomen (9 + 12 t/m 16)	271.653	268.804	100.759		157.407	217.634
18 Cataloguswaarde auto van de zaak	51.095	51.095			59.500	59.500
19 Eigen bijdrage auto van zaak						

De bezoldiging van de leden van de raad van toezicht over het jaar 2009 is als volgt:

Naam	Functie	Bezoldiging 2009 €	Bezoldiging 2008 €
Prof. Dr. G. Blijham	voorzitter	6.000	n.v.t.
Mevr. Dr. M.E.M. van Dijen	lid	8.552*	2.656
Dhr. J.D. van Dijk	lid	8.552*	2.680
Mevr. drs. N. Zefzafi	lid	8.000	2.500
Dhr. G.H. v. Nieuwpoort sr.	lid	8.552*	2.656
Dhr. Dr. P.C. Hermans	vice voorzitter	11.558*	4.187
Dhr. Ir. G.S. Groot	lid	8.000	2.500
Dhr. Drs. M.H. Meijerink	voorzitter		n.v.t.

* Inclusief werkgeverslasten

Eind 2004 is het besluit genomen om over te gaan tot de honorering van de leden van de Raad van Toezicht.

Deze regeling is ingegaan per 1 januari 2005 en was geldig voor een periode van vier jaar.

In 2009 heeft de Raad van Toezicht de regeling aangepast conform het advies van de NVTZ. De honorering in dit advies is gerelateerd aan de verantwoordelijkheid en bevoegdheid van de leden van de Raad van Toezicht en aan zijn inzet en energie en tijd.

5.1.8.22 Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt)

De bezoldiging van de functionarissen die over 2009 in het kader van de Wopt verantwoord worden is als volgt:

1	Functionaris (functienaam)	Intensivist*	Intensivist*	Intensivist*	Intensivist	Geriatr	Kinderarts
2	In dienst vanaf (datum)	01-12-04	01-09-08	01-11-08	01-05-05	01-01-97	01-11-88
3	In dienst tot (datum)						
4	Belastbaar loon (in €)	162.373	131.061	125.226	175.337	162.967	154.446
5	Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn (in €)	37.705	30.171	28.905	41.304	34.772	35.844
6	Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in €)						
Totaal beloning in kader van de Wopt (4 t/m 6)		200.078	161.232	154.131	216.641	197.739	190.290

1	Functionaris (functienaam)	Kinderarts	Kinderarts	Reumatoloog*	Voorzitter RvB	Lid RvB
2	In dienst vanaf (datum)	01-06-78	01-05-91	01-09-07	01-09-03	01-06-09
3	In dienst tot (datum)					
4	Belastbaar loon (in €)	155.291	154.474	77.503	225.403	88.901
5	Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn (in €)	35.844	35.844	16.804	46.250	11.858
6	Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in €)					
Totaal beloning in kader van de Wopt (4 t/m 6)		191.135	190.318	94.307	271.653	100.759

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

Motivatie overschrijdingen van het gemiddeld belastbaar loon van de ministers:

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

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

Kinderarts: 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.

5.1.8.23 Honoraria accountant

(in €)

	2009
1. Controle van de jaarrekening 2009/2008	66.774
2. Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	29.168
3. Fiscale advisering	71.358
4. Niet controle-diensten	6.750
5. Samenwerkingsverband	3.927
Totaal honoraria accountant	177.977

5.1.9 Enkelvoudige balans per 31 december 2009

ACTIVA (in €)	Ref	2009	2008
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	92.819.637	86.236.324
Financiële vaste activa	2	5.327.900	4.018.000
Totaal vaste activa		98.147.537	90.254.324
Vlottende activa:			
Vorraden	3	911.567	1.123.426
Onderhanden werk DBC's	4	(4.170.166)	(1.005.466)
Vorderingen en overlopende activa	5	51.449.173	28.597.279
Vorderingen financieringstekort	6	0	8.647.876
Liquide middelen	7	1.378	2.393
Totaal vlottende activa		48.191.951	37.365.508
Totaal activa		146.339.489	127.619.832

PASSIVA (in €)	Ref	2009	2008
Eigen vermogen:			
Kapitaal	8	136	136
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		13.488.528	10.928.641
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		1.617.582	1.541.601
		15.106.245	12.470.380
Vorzieningen:	9	8.582.268	12.157.905
Langlopende schulden:	10	27.520.232	33.121.381
Kortlopende schulden:			
Financieringsoverschot	6	2.598.232	0
Overige schulden en overlopende passiva	11	92.532.512	69.870.166
		95.130.743	69.870.166
Totaal passiva		146.339.489	127.619.832

5.1.10 Enkelvoudige resultatenrekening over 2009

RESULTATENREKENING (in €)	Ref	2009	2008
Wettelijk Budget aanvaardbare kst/ subsidie	13	85.651.866	98.491.924
DBC opbrengst B-segment	14	38.331.901	23.428.620
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	15	6.551.898	6.131.170
Overige bedrijfsopbrengsten	16	8.647.220	7.549.086
Som der bedrijfsopbrengsten		139.182.885	135.600.801
Personeelskosten	17	80.845.724	75.475.337
Terugname afwaardering/ afwaardering vaste activa	18	0	(2.480.000)
Afschrijvingen vaste activa	18	5.814.482	15.242.900
Overige bedrijfskosten	19	47.579.582	41.197.999
Som der bedrijfslasten		134.239.788	129.436.236
Financiële baten en lasten	20	2.307.231	3.156.408
		136.547.019	132.592.643
Resultaat		2.635.866	3.008.158

(in €)	2009	2008
Resultaat excl.terugname afwaardering/ afwaardering vaste activa	2.635.866	528.158
Terugname afwaardering/afwaardering vaste activa	0	2.480.000
Resultaat	2.635.866	3.008.158

(in €)	2009	2008
Bestemming resultaat:		
- Reserve Aanvaardbare Kosten Groene Hart Ziekenhuis	3.892.386	3.907.736
- Bestemmingsreserve afschrijving inventarissen	(930.000)	(879.000)
- Bestemmingsreserve ICT	0	0
- Bestemmingsreserve egalisatie afschrijvingen	(40.500)	(7.694)
- Algemene reserve	22.000	56.600
- Reserve Parkeerfaciliteiten	60.000	34.035
- Reserve NNB projecten	(6.021)	(103.520)
Resultaat	2.635.866	3.008.158

5.1.11 Toelichting op de enkelvoudige balans en resultatenrekening 2009

Voor de toelichting op de enkelvoudige balans en resultatenrekening 2009 verwijzen wij naar de toelichting op de geconsolideerde balans en resultatenrekening 2009.

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 2009, inclusief de jaarrekening vastgesteld in de vergadering van 21 april 2010.

De Raad van Toezicht van Stichting Groene Hart Ziekenhuis heeft het Jaardocument 2009, inclusief de jaarrekening goedgekeurd in de vergadering van 28 april 2010.

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 toezichhouders



D.J. Verbeek MHA, voorzitter RvB



Mw. ir. M. Verdier, lid RvB



Prof. Dr. G. Blijham, voorzitter RvT

5.2.6 Accountantsverklaring

De accountantsverklaring is opgenomen op de volgende pagina's.

Aan de Raad van Bestuur van
Stichting Groene Hart Ziekenhuis
Gouda

**PricewaterhouseCoopers
Accountants N.V.**
Prinses Margrietplantsoen 46
2595 BR Den Haag
Postbus 30715
2500 GS Den Haag
Telefoon (070) 342 61 11
Fax (070) 342 64 00
www.pwc.com/nl

Accountantsverklaring

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit jaardocument in deel B op pagina 1 tot en met 34 opgenomen jaarrekening 2009 van Stichting Groene Hart Ziekenhuis te Gouda bestaande uit de geconsolideerde en enkelvoudige balans per 31 december 2009 en de geconsolideerde en enkelvoudige resultatenrekening over 2009 met de toelichting gecontroleerd.

Verantwoordelijkheid van het bestuur

Het 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. Deze verantwoordelijkheid omvat onder meer: het ontwerpen, invoeren en in stand houden van een intern beheersingssysteem relevant voor het opmaken van en getrouw weergeven in de jaarrekening van vermogen en resultaat, zodanig dat deze geen afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten bevat, het kiezen en toepassen van aanvaardbare grondslagen voor financiële verslaggeving en het maken van schattingen die onder de gegeven omstandigheden redelijk zijn.

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. Dienovereenkomstig zijn wij verplicht te voldoen aan de voor ons geldende gedragsnormen en zijn wij gehouden onze controle zodanig te plannen en uit te voeren 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 keuze van de uit te voeren werkzaamheden is afhankelijk van de professionele oordeelsvorming van de accountant, waaronder begrepen zijn beoordeling van de risico's van afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

AH-166207a/jv/30117416/rk

In die beoordeling neemt de accountant in aanmerking het voor het opmaken van en getrouw weergeven in de jaarrekening van vermogen en resultaat relevante interne beheersingssysteem, teneinde een verantwoorde keuze te kunnen maken van de controlewerkzaamheden die onder de gegeven omstandigheden adequaat zijn maar die niet tot doel hebben een oordeel te geven over de effectiviteit van het interne beheersingssysteem van de entiteit. Tevens omvat een controle onder meer een evaluatie van de aanvaardbaarheid van de toegepaste grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van schattingen die het bestuur van de entiteit heeft gemaakt, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening.

Wij zijn van mening dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is als basis voor ons oordeel.

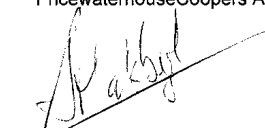
Oordeel

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 2009 en van het resultaat over 2009 in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi.

Verklaring betreffende andere wettelijke voorschriften en/of voorschriften van regelgevende instanties

Op grond van de wettelijke verplichting ingevolge artikel 2:393 lid 5 onder f BW melden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening zoals vereist in artikel 2:391 lid 4 BW.

Den Haag, 7 mei 2010
PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.


drs. A. Hakbijn RA

AH-166207a/jv/30117416/rk

5.3 Bijlagen

5.3.1 Balans per 31 december 2009 en resultatenrekening over 2009

Stichting Zorggroep Groene Hart en haar deelnemingen

(in €)	Stichting Zorggroep Groene Hart Gecons.		Stichting Zorggroep Groene Hart		Holding Groene Hart B.V.	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008
BALANS PER 31 DECEMBER						
Vaste activa	200.069	9.737			200.069	
Leningen u/g			62.000	62.000		
Deelnemingen				(115.399)	0	(77.528)
Onderhanden Werk	344.000	230.000			344.000	
Overige Vorderingen	475.227	255.033			475.227	17
Liquide middelen	100.169	126.580	0	10	100.169	27.367
TOTAAL ACTIVA	1.119.465	621.350	62.000	(53.389)	1.119.465	(50.144)
Gestort kapitaal					18.000	18.000
Overige reserves	(344.752)	(148.942)	(33.553)	(148.942)	(329.199)	(133.894)
Eigen Vermogen	(344.752)	(148.942)	(33.553)	(148.942)	(311.199)	(115.894)
Lening o/g GHZ	80.000	80.000	80.000	80.000	62.000	62.000
Kostprijs omzet GHZ						
Overlopende passiva GHZ	886.213	640.184	15.553	15.553	870.660	
Honorarium Specialisten		0				
Overige schulden derden	498.004	50.108			498.004	3.750
TOTAAL PASSIVA	1.119.465	621.350	62.000	(53.389)	1.119.465	(50.144)
RESULTATENREKENING 2009						
Omzet	(1.268.467)	(921.237)			(1.268.467)	
Kostprijs omzet	788.051	413.024			788.051	
	(480.416)	(508.213)	0	0	(480.416)	0
Interest	4.882	25.751			4.882	(65)
Resultaat uit deelnemingen				84.249	0	(78.921)
Afschrijvingen	16.950	0			16.950	
Algemeen beheer	639.150	403.479	(1)	3	639.176	0
RESULTAAT	180.566	(78.983)	(1)	84.252	180.592	(78.986)

(in €)	Groene Hart Extra Zorg B.V.		Groene Hart Diensten B.V.		Vastgoed Groene Hart B.V.	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008
BALANS PER 31 DECEMBER						
Vaste activa	200.069	9.737				
Leningen u/g						
Deelnemingen						
Onderhanden Werk	344.000	230.000				
Overige Vorderingen	475.227	254.988		17	0	11
Liquide middelen	25.336	51.737	28.143	28.143	19.323	19.323
TOTAAL ACTIVA	1.044.632	546.462	28.143	28.160	19.323	19.334
Gestort kapitaal	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000	18.000
Overige reserves	(324.405)	(129.145)	(1.207)	(1.190)	(1.204)	(1.193)
Eigen Vermogen	(306.405)	(111.145)	16.793	16.810	16.796	16.807
Lening o/g GHZ						
Kostprijs omzet GHZ		0				
Overlopende passiva GHZ	866.715	625.191				
Honorarium Specialisten		0				
Overige schulden derden	484.322	32.416	11.350	11.350	2.527	2.527
TOTAAL PASSIVA	1.044.632	546.462	28.143	28.160	19.323	19.334
RESULTATENREKENING 2009						
Omzet	(1.268.467)	(921.237)				
Kostprijs omzet	788.051	413.024				
	(480.416)	(508.213)	0	0	0	0
Interest	4.855	25.929	17	(65)	11	(48)
Resultaat uit deelnemingen						
Afschrijvingen	16.950	0				
Algemeen beheer	639.203	403.466		8		2
RESULTAAT	180.592	(78.818)	17	(57)	11	(46)



Deel C:
Bijlagen

I Vaststelling jaardocument	108
II Gegevens Digi/MV	109
A. Bijlage bij hoofdstuk 2: Profiel van de organisatie	109
A.1 Kernactiviteiten	109
A.2 Kerngegevens	110
B. Bijlage bij hoofdstuk 3: Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	111
C Bijlage bij hoofdstuk 4: Beleid, inspanningen, prestaties	113
C.1 Algemeen kwaliteitsbeleid	113
C.2 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	115
C.3 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van medewerkers	116
C.4 Financieel beleid	117
III Zorgbrede Governance Code GHZ	118
IV Interview Raad van Toezicht	127
V Verklaring Raad van Toezicht	130
VI Wetenschappelijke publicaties medewerkers GHZ, 2009	131
VII Personalía	133
VIII Lijst van afkortingen	136

I Vaststelling jaardocument

Bijlage vaststelling jaardocument

Vaststelling Jaardocument Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van het Groene Hart Ziekenhuis verklaart hierbij dat het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2009 naar waarheid en in overeenstemming met de richtlijnen, zoals deze in 2009 van toepassing waren, is opgesteld.

Gouda, donderdag 28 april 2010



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 18 mei 2010 te Gouda.



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

II Gegevens Digi/MV

A. Bijlage bij hoofdstuk 2: Profiel van de organisatie

A.1 Kernactiviteiten

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

Specialismen medisch-specialistische instellingen		
Anesthesiologie	Klinische oncologie	Plastische chirurgie
Algemene heelkunde	Klinische fysica	Pulmonologie
Cardiologie	Klinische geriatrie	Psychiatrie
Dermatologie	Klinische pathologie	Radiodiagnostiek
Gynaecologie	Maag- darm-, leverziekten	Reumatologie
Hematologie	Medische microbiologie	Revalidatiegeneeskunde
Intensive Care geneeskunde	Neurologie	Urologie
Interne geneeskunde	Neurochirurgie	Vaatchirurgie
Kaakchirurgie	Nierziekten	Verloskunde
Keel-, Neus en Oorheelkunde	Nucleaire geneeskunde	Ziekenhuisfarmacie
Kindergeneeskunde	Oogheelkunde	
Klinische chemie	Orthopedie	

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 8 Wet bijzondere medische verrichtingen per einde verslagjaar	Geen

A.2 Kerngegevens

Kerngegevens	Antwoordcategorie
Capaciteit	Aantal
Aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	449
Productie	Aantal
Aantal in verslagjaar geopende Diagnose BehandelingsCombinaties (DBC's) (ontleend aan ziekenhuisinformatiesysteem, niet uit het DBC Informatie Systeem (DIS))	171.398
Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:	-----
Aantal in A-segment (tarieven Nza)	128.021
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	43.377
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's (ontleend aan ziekenhuisinformatiesysteem, niet uit DIS)	174.116
Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:	-----
Aantal in A-segment (tarieven Nederlandse Zorgautoriteit (Nza)	138.672
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	35.444
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten – O(V)P's –, waaronder verrichtingen op verzoek van de eerste lijn	21.224
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige trajecten en verrichtingen	841.286
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)	67.849
Aantal klinische opnamen exclusief interne overnamen in verslagjaar	20.325
Aantal ontslagen patiënten/cliënten in verslagjaar	19.942
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	119.288
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	188.930
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	19.685
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar (inclusief verkeerde bed)	111.362
Waarvan verkeerde-bed-dagen	3.795
Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	1.940
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	1.439
Aantal medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	130
Aantal FTE medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	111,9
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	140.451.352
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	85.651.866
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	54.799.486

B. Bijlage bij hoofdstuk 3: Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

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 reden 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
Zo nee, welke rechtsvorm heeft uw concern?	Stichting

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 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 2009
Zo ja, welke veranderingen betrof het (antwoord in steekwoorden)?	n.v.t.

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

C.1 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 2007
Datum van expiratie geldigheid	November 2010
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 & Huisartsenlaboratorium 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)	
Datum van uitreiking	December 2007
Datum van expiratie geldigheid	n.v.t.
Naam toetsende instantie	Stichting Kind en Ziekenhuis

Naam	Gastvrijheidszorg met sterren (3 sterren)
Reikwijdte (bijvoorbeeld voor een bepaalde afdeling of een bepaalde dienstverlening)	Gehele organisatie
Datum van uitreiking	2008
Datum van expiratie geldigheid	2010

C.2 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	7 (in totaal 11 deelklachten)
Aantal door de klachtencommissie in behandeling genomen klachten	7
Aantal klachten waarover de klachtencommissie advies heeft uitgebracht	4*
Aantal klachten dat gegronnd is verklaard	4

* 3 klachten zijn op 15 februari 2010 nog in behandeling, dus nog geen uitspraak. Het aantal deelmeldingen 11 betreft dus 4 klachten.

C.3 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

Verloop personeel (exclusief oproepkrachten en stagiaires)	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst totale concern in verslagjaar	288	228,6
Uitstroom personeel in loondienst totale concern in verslagjaar	233	161,9

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)	4,59%

Vacatures	Totaal aantal vacatures per einde verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per einde verslagjaar
Totaal personeel	173	25
Waarvan personeel met patiënt/-cliëntgebonden functies	92	19

C.4 Financieel beleid

Resultaatratio

Resultaatratio (nettoresultaat gedeeld door de totale opbrengsten van de betreffende activiteiten)	Vorig jaar	Verslagjaar
Resultaatratio: Zvw-gefinancierde resultaten	2,26%	1,75%
Resultaat boekjaar	3.087.147	2.455.300
Totale opbrengsten boekjaar	136.522.038	140.451.352

Liquiditeit

Liquiditeit	Vorig jaar	Verslagjaar
Quick ratio	52,17%	49,91%
Current ratio	53,76%	50,85%
Vlottende activa (inclusief liquide middelen)	37.977.127	49.111.347
Vlottende activa (exclusief liquide middelen)	37.848.154	49.009.800
Totaal kortlopende schulden	70.640.393	96.579.645

Solvabiliteit

Solvabiliteit	Vorig jaar	Verslagjaar
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	9,61%	10,02%
Totaal eigen vermogen	12.321.509	14.776.808
Balanstotaal	128.241.188	147.458.954
vermogensratio (eigen vermogen / totaal opbrengsten)	9,03%	10,52%
Totaal eigen vermogen	12.321.509	14.776.808
Totaal opbrengsten	136.522.038	140.451.352

III Zorgbrede Governance Code GHZ

Inleiding

In het onderstaand schema zijn de artikelen opgenomen die zijn vastgelegd in de Zorgbrede Governancecode.

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.

1. Verantwoording

1.1. De zorgorganisatie als zogonderneming bijz. maatschappelijke verantwoordelijkheid	JA	NEE	Vindplaats voor nadere informatie (indien van belang wordt een toelichting gegeven).
1. De zorgorganisatie realiseert als zogonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid, verantwoorde en resultaatgerichte zorg. Zij draagt daarbij zorg voor een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.	+		- Maatschappelijke verantwoordelijkheid: H 4, 3.2 JMV. -Doelmatige en transparante bedrijfsvoering: H 3.2
2. Het feit dat de zorgorganisatie een zogonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is, blijkt uit het hanteren van (tenminste) de volgende uitgangspunten:	zie a,b,c		
a. de zorgorganisatie stelt de patiënt/cliënt en diens gerechtvaardigde wensen en behoeften bij de zorgverlening centraal;	+		H4 JMV (Missie /speerpunten GHZ)
b. de zorgverlening geschiedt zodanig dat de daartoe beschikbaar staande middelen zo effectief en doelmatig mogelijk worden aangewend	+		H4, 3.2 JMV
c. de door of vanuit de zorgorganisatie geleverde zorg voldoet aan eigentijdse kwaliteitseisen.	+		H4.4 JMV

1.2 Invloed en betrokkenheid van belanghebbende bij het beleid van de zorgorganisatie	JA	NEE	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
<p>1. De zorgorganisatie heeft een beleid voor dialoog met belanghebbenden die actief zijn binnen zijn verzorgingsgebied. In het kader van dat beleid stelt de organisatie vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wie (in beginsel) de belanghebbenden van de organisatie zijn; - waarover aan deze belanghebbenden informatie wordt gegeven en hoe de zorgorganisatie de door haar gewenste inbreng bij beleidsontwikkeling organiseert. 	+		<p>H. 2.4 JMV</p> <p>Van en voor belanghebbenden zijn jaarverslagen en/of reglementen (via internet) beschikbaar waaruit blijkt op welke wijze zij zijn geïnformeerd en hoe de gewenste inbreng is georganiseerd.</p>
<p>2. De relevant zijnde belanghebbenden worden door de zorgorganisatie in elk geval 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; - 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>Hoofdstuk 2.2, 2.4, 3.3, JMV.</p> <p>Relevant zijnde belanghebbenden Werknemers/specialisten/ Verpleegkundige/cliënten zijn vertegenwoordigd in de Ondernemingsraad, Vereniging Medische Staf, Verpleegkundige Adviesraad en de Cliëntenraad. Zij worden geraadpleegd over de hiernaast vermelde onderwerpen.</p>
<p>3. Enquêterecht is toegekend aan nader omschreven belanghebbenden. Statuten GHZ voldoen aan het gestelde in art. 344 Boek 2 BW.</p>	+		<p>Statuten</p>

1.3 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 een openbare publicatie over het in het verslagjaar gevoerde beleid en over de (totale) in dat jaar geleverde prestaties. zijn vastgelegd.	+		Hoofdstuk 4 JMV
2. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit, de juistheid en de volledigheid van de jaarlijkse verantwoording zoals bedoeld in lid 1.	+		Zie ook het interview met de plaatsvervangend voorzitter Raad van Toezicht voor de wijze waarop aan de taken en verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht invulling is gegeven in bijlage IV van dit document.
De Raad van Toezicht ziet erop toe dat de Raad van Bestuur deze verantwoordelijkheid vervult.	+		
De jaarlijkse verantwoording bevat, waar noodzakelijk, een bestuursverklaring.			
3. 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/ maatschappen/ vakgroepen. Jaarrekening samenwerkingsverband.
4. De Raad van Toezicht legt in de in lid 1 genoemde openbare publicatie jaarlijks verantwoording af over zijn in het verslagjaar verrichte werkzaamheden.	+		H. 3.1.3

1.4 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 en/of vastgesteld.	+		
5. De externe accountant rapporteert zijn bevindingen gelijkelijk aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.	+		

2. Raad van Bestuur

2.1 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.	+		Statuten. Hoofdstuk 4 JMV en bronnen voor beleid: Strategisch Plan 2005-2009, Inhoudelijk kader, Bedrijfsplan(nen) en het managementcontract.
2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Bestuur zich naar het belang van de zorgorganisatie, rekening houdend met het feit dat de zorgorganisatie een onderneming met bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is.	+		Hoofdstuk 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.	+		H 4.6, 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.

2.2 Bezoldiging en openbaarmaking daarvan	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 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). De ad interim bestuurder werd op offerte basis bezoldigd en is tot 1-5-08 werkzaam voor het GHZ geweest.
2. 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 leden van de Raad van Bestuur.	+/-		Bezoldiging volgens de richtlijnen NVZD. WOPT melding heeft plaatsgevonden. De ad interim bestuurder werd – vanwege tijdelijk karakter en spoedeisendheid- op offerte basis bezoldigd.

2.3 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 lid Raad van Bestuur. Ad interim bestuurder heeft zich aan de normen die in dit kader binnen het GHZ gelden te houden.
2. 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.	+		
3. 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.	+		Arbeidsovereenkomst lid Raad van Bestuur
4. De Raad van Bestuur geeft de Raad van Toezicht op eerste verzoek inzicht in de door hem uitgeoefende nevenfuncties.	+		

3. Raad van Toezicht

3.1 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. In dit kader bewaakt de Raad van Toezicht c.q. houdt deze toezicht op tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie; • de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie; • de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen; • de financiële verslaglegging; • de naleving van wet- en regelgeving; • het als zorgorganisatie op passende wijze uitvoering geven aan het zijn van een zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid. 	+		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. Bron: bestuursreglement, reglementen Raad van Toezicht/ Raad van Bestuur. Deze documenten zijn vastgesteld door de Raad van Toezicht (RvT).
<p>2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Toezicht zich naar het belang van de zorgorganisatie, rekening houdend met het feit dat de zorgorganisatie een onderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is.</p>	+		4.6 JMV
<p>3. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met elk van de leden van de Raad van Bestuur een functionerings- en beoordelingsgesprek.</p>	+		Reglementen RvB/RvT
<p>4. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn eigen functioneren.</p>	+		Reglement RvT
<p>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.</p>	+		Reglement RvT
<p>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.</p>	+		Reglement RvT

3.2 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.	+		Een nadere uitwerking van 3.2.1 t/m 3.2.5 van deze bijlage is opgenomen in reglementen. 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, binnen zijn rol in het kader van de profielschets van de Raad.	+		
3. Een lid van de Raad van Toezicht kan tweemaal voor een periode van (maximaal) vier jaar zitting hebben in de Raad van Toezicht.	+		
4. 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.
5. 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.

3.3 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.	+		
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 leden van de Raad van Toezicht.	+		

3.4 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 opzicht 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 de jaarlijkse 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 derden worden benoemd. Waar het hiervoor vermelde wettelijk bepaald is of in de statuten is opgenomen, geldt in ieder geval dat een lid van de Raad van Toezicht dat op voordracht is benoemd, dan wel door een derde is benoemd, zijn functie vervult zonder last en ruggespraak van degene door wie hij is voorgedragen of benoemd en zonder dienst deelbelang te laten prevaleren.	+		Regeling: op bindende voordracht van zendende stichtingen benoeming leden RvT is gewijzigd. In gevolge 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.	+		
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.	+		
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.	+		

3.5 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.	+		Verklaring ondertekend door Raad van Toezicht (bijlage IV)
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 accountant in relatie tot de zorgorganisatie.	+		Bijlage IV

4 Openbaarmaking en invoeringsdatum van deze code	JA	NEE	Vindplaats voor nadere informatie en indien van belang wordt een toelichting gegeven.
1. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zijn verantwoordelijk voor de corporate governancestructuur van de zorgorganisatie en voor de naleving van de principes van deze code.	+		Hoofdstuk 3, bijlage B en de onderhavige bijlage.
2. Deze Governancecode is op 1 januari 2007 volledig van kracht. Dit met uitzondering van de leden van de NVZ vereniging van ziekenhuizen waarvoor dit reeds gold met betrekking tot boekjaar 2005.	+		
3. De hoofdlijnen van de governancestructuur van de zorgorganisatie worden mede aan de hand van de principes die in deze code zijn genoemd in de jaarlijkse verantwoording uiteen gezet.	+		
4. De hoofdlijnen van de governancestructuur geeft de zorgorganisatie uitdrukkelijk aan dat zij de principes van deze governancecode heeft opgevolgd en naleeft en zo niet, waarom niet en op welke punten zij met welke vervangende regels daarvan afwijkt (het 'pas toe of leg uit'- beginsel).	+		

Toelichting:

Als van bijlage B gesproken wordt, wordt daarmee bedoeld: bijlage B uit DigiMV Governance. Aan die bijlage is dit schema –genaamd bijlage b2- toegevoegd.

IV Interview Raad van Toezicht

Geïnterviewde: de heer prof. Dr. G.H. Blijham, voorzitter Raad van Toezicht van Stichting het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ)

Ten behoeve van: het jaardocument 2009

Datum: 17-2-2010

Interviewer: mr. W. K. M. Uytdehaage, jurist GHZ

Onderwerp: Toezicht houden, hoe heeft dit in 2009 plaatsgevonden?

1. Inleiding

Het GHZ kent een RvT-model. Dit betekent dat de RvB belast is met het besturen van het ziekenhuis. De RvT ziet daarop en op de algemene gang van zaken toe. Elders in dit jaardocument (hoofdstuk 3, de bijlagen II en III) wordt uitgebreid op de werkzaamheden van de RvT in 2009 ingegaan. Een aantal zaken die de RvT in het afgelopen jaar in het bijzonder hebben beziggehouden, komen in dit interview aan de orde.

2. Hoe komt de RvT aan informatie?

De belangrijkste informatie komt van de RvB. Welke informatie moet worden gegeven ligt vast in reglementen en afspraken. Uiteraard gaat het dan om financiële zaken maar minstens even belangrijk is informatie over de kwaliteit en veiligheid van de zorg en over de toekomstplannen van het ziekenhuis. De informatieuitwisseling tussen RvT en RvB is in het GHZ gekenmerkt door een grote mate van openheid. Maar er zijn meer bronnen van informatie: de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad, het Medisch Stafbestuur, de accountant en leden van de directie, werknemers van het GHZ die tijdens een rondleiding op een afdeling worden gesproken. Uit de buitenwereld krijgen de leden van de RvT veel informatie via hun eigen, diverse netwerken en door goed op de hoogte te blijven via de verschillende media. Alles bij elkaar genomen kunnen we zeggen dat de RvT zeer goed is geïnformeerd.

3. Hoe zijn de veranderingen in de RvT en RvB in 2009 tot stand gekomen?

In 2009 is uitgebreid gekeken naar de topstructuur van het GHZ, dat wil zeggen de RvB en de directie. Dat was mede nodig omdat de geplande nieuwbouw een groot beslag legde op de werkzaamheden van de RvB en de vraag op tafel lag of de RvB niet (tijdelijk) uit drie leden zou moeten bestaan. Gaande dit proces gaf mevr. E. Thewessen, lid van de RvB, te kennen naar een andere functie te willen uitzien. Na het opstellen van een profielschets, een schriftelijke sollicitatieprocedure en advisering door de adviesorganen bleek dat de beste oplossing kon worden gevonden door mevr. M.J. Verdier, tot dan toe directeur patiëntenzorg in het GHZ, in de RvB te benoemen. Gezien de taakverdeling met de voorzitter van de RvB kon met deze benoeming van het voornemen tot een tijdelijke uitbreiding tot drie worden afgezien. De RvT heeft vervolgens mevr. Verdier tot lid van de RvB benoemd en heeft tevens ingestemd met de voorgestelde taakverdeling binnen de RvB. De RvT is ervan overtuigd hiermee een uitstekende bezetting van de topstructuur te hebben bereikt.

Na het vertrek van de voorzitter van de RvT, prof. dr. Meijerink, ontstond ook hier een vacature. In deze periode is het voorzitterschap op uitstekende wijze door vice-voorzitter dr. P. Hermans waargenomen. In de eerste helft van 2009 werd duidelijk dat prof. dr. G.H. Blijham bereid en beschikbaar was om de heer Meijerink op te volgen. De Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Vereniging Medische Staf werden in de gelegenheid gesteld te adviseren over een eventuele benoeming. Evenals de RvB stonden zij zonder voorbehoud hier positief tegenover waarna benoeming door de RvT kon volgen. Daarmee is ook de RvT weer op sterkte en beschikt ze over een goede mix aan deskundigheden en affiniteiten.

4. Nieuws over het geld?

De RvT laat zich over de financiën van het GHZ voorlichten door de RvB, de directeur van de afdeling Financiën en Informatievoorziening en de accountant. Deze informatie wordt eerst besproken door de zogenaamde financiële commissie waarin twee leden van de Raad met speciale deskundigheid op financieel terrein zitting hebben. Deze commissie heeft verslag uitgebracht aan de voltallige RvT over zaken zoals de begroting en de jaarrekening, de nieuwbouw en de financiering daarvan, de liquiditeit en de onderhandelingen met de verzekeraars over de bekostiging van de prestaties van het GHZ. Op een aantal punten heeft vervolgens door de RvT besluitvorming plaatsgevonden. In het algemeen moeten we zeggen dat het GHZ de zaak financieel goed op orde heeft hetgeen in deze voor de ziekenhuiszorg onzekere tijden beslist een compliment waard is.

5. Wordt er nog gebouwd?

De RvT is vrijwel iedere vergadering geïnformeerd over de voortgang van de nieuwbouw. Dat is een lastige zaak en wel vooral om twee redenen. De eerste is de onzekerheid over hoe we de kosten van nieuwbouw moeten terugverdienen. Nog steeds heeft de overheid geen helder besluit genomen over de zogenaamde kapitaalslasten. Ten tweede zijn de banken daardoor en door de crisis veel terughoudender met het verstrekken van leningen die voor nieuwbouw nodig zijn. Ze vragen veel zekerheden in een onzekere tijd. Dit alles heeft ertoe geleid dat de bouwplannen zijn afgeslankt. De RvT denkt dat met deze nieuwe plannen het GHZ goed op de toekomst is voorbereid en hoopt dat in 2010 de financiering rond komt en met de bouw kan worden begonnen. Intussen er in 2009 wel een "brandbrief" aan het ministerie van VWS verstuurd. Naast door de RvB is deze brief medeondertekend door de RvT en de voorzitter van de Vereniging Medische Staf. De RvT vindt het opmerkelijk dat op dit belangrijke signaal tot aan het verschijnen van dit jaardocument geen reactie van de minister of het departement werd ontvangen.

6. Hoe zit het met de kwaliteit van de zorg?

De RvT is zich vanaf 2008 nadrukkelijker gaan richten op de kwaliteit en veiligheid van de zorg in het GHZ. Wij hebben een overzicht gekregen van de stand van zaken rond het zogenaamde Veiligheid Management Systeem en waren positief verrast over de voortgang die gemaakt wordt. Ook de hele gang van zaken rond het operationele proces kreeg aandacht. De RvT zal het toezicht op kwaliteit en veiligheid in de komende jaren hoog op de agenda houden.

7. En de Coöperatie?

De RvT beschouwt de Coöperatie als een veelbelovende vorm van samenwerking. Ieder ziekenhuis apart is nu eenmaal te klein om alles te kunnen doen terwijl we toch de bevolking van Gouda en omstreken een zo compleet mogelijk zorgpakket willen aanbieden. Samenwerking is bovendien een goede manier om de artsen en verpleegkundigen ook nadrukkelijk bij speciale en nieuwe vormen van zorg te betrekken. Een goed voorbeeld daarvan is de aanschaf van een PET/CT-scan, waarvan alle partijen profijt hebben en die bovendien in het GHZ is gestationeerd.

Daarnaast is akkoord gegeven voor de exploitatie van een Obesitaskliniek te Leidschendam, waar specialisten van het GHZ medische diensten verrichten. De Coöperatie verdient het in de komende jaren verder te worden ontwikkeld.

8. Beloning bestuurders

De beloningscommissie van de RvT heeft advies uitgebracht over de beloning van de bestuurders en op basis daarvan heeft de RvT een besluit genomen. De beloning van de bestuurders is gemeld volgens de Wet Openbaarmaking Publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT) en is afgeleid van de NVZD-normen. De RvT is van mening dat er in het GHZ sprake is van een maatschappelijke passende beloning waarmee het GHZ in staat wordt gesteld goedgekwalificeerde bestuurders aan te trekken en te behouden.

9. Zelfevaluatie RvT

In 2009 heeft de RvT het eigen functioneren geëvalueerd. Met enkele kanttekeningen bleek dat de leden van de RvT in het algemeen tevreden waren met de wijze van informeren, discussiëren en besluiten. De vergadering worden gekenmerkt door een open sfeer en moeilijke of gevoelige punten worden niet uit de weg gegaan. Op basis van een periodieke zelfevaluatie zal worden gekeken wat nog verbeterpunten zijn en of individuele dan wel collectieve bijscholing aan de orde is. Naar het oordeel van de RvT was er in 2009 geen sprake van belangenverstremming. De RvT heeft op onafhankelijke wijze toezicht kunnen houden.

10. Conclusie

De focus van de RvT heeft in 2009 vooral gelegen op bedrijfseconomische aspecten, de kwaliteit en veiligheid van zorg, de vernieuwbouw en de Coöperatie. De RvT is positief over het functioneren van de RvB en heeft een goed beeld gekregen van de ontwikkelingen in het GHZ. Er wordt door alle medewerkers met veel inzet gewerkt en het oog is nadrukkelijk op de toekomst gericht. De RvT ziet het belangrijke jaar 2010 dan ook met vertrouwen tegemoet.

V 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 2009 geen belangenverstrengeling 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 2010

Ondertekend:



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



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

VI Wetenschappelijke publicaties medewerkers GHZ, 2009

Chirurgie

Baeten CI.

“Biomarkers of cell proliferation in carcinomas: detection of angiogenesis and infiltrated leukocytes.”, in: *Methods in molecular biology*. 2009;511:61-73.

Molegraaf MJ, van Marle AG, Tseng LN.

“H. influenzae Panaritium Tendineum. A Rare Pathogen.”, in: *Hand*. 2009 Dec 3. [Epub ahead of print]

Dermatologie

van der Ham R, de Vries HJ.

“Lymphogranuloma venereum, where do we stand?: clinical recommendations.”, in: *Drugs Today*. 2009 Nov;45 Suppl B:39-43.

Gynaecologie

van Huisseling JC.

“A modification of Labhardt's high perineoplasty for treatment of pelvic organ prolapse in the very old.”, in: *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2009 Feb;20(2):185-91.

Koop K, van Dijk M, van Huisseling JC.

“A labial lump Routine activities were impeded by an extraordinary tumor.”, in: *American journal of obstetrics and gynecology*. 2009 Aug 6.

Interne geneeskunde

Van Duinkerken E, Klein M, Schoonenboom NS, Hoogma RP, Moll AC, Snoek FJ, Stam CJ, Diamant M.

“Functional brain connectivity and neurocognitive functioning in patients with long-standing type 1 diabetes with and without microvascular complications: a magnetoencephalography study.” In: *Diabetes*. 2009 Okt 58(10):2335-43

Van Nieuwkoop C, Van 't Wout JW, Assendelft WJ, Elzevier HW, Leyten EM, Koster T, Wattel-Louis GH, Delfos NM, Ablj HC, Kuijper EJ, Pander J, Blom JW, Spelt IC, van Dissel JT.

“Treatment duration of febrile urinary tract infection (Futurist trial): a randomized placebo-controlled multicenter trial comparing short (7 days) antibiotic treatment with conventional treatment (14 days).”, in: *BMC infectious diseases*. 2009 Aug 19;9(1):131

Interne geneeskunde

Liebl A, Hoogma R, Renard E, Geelhoed-Duijvestijn PH, Klein E, Diglas J, Kessler L, Melki V, Diem P, Brun JM, Schaepelynck-Bélicar P, Frei T

"A reduction in severe hypoglycaemia in type 1 diabetes in a randomized crossover study of continuous intraperitoneal compared with subcutaneous insulin infusion.", in: *Diabetes, obesity & metabolism*. 2009 Sep 9. [Epub ahead of print]

Verdouw-van Tol HC, Peltenburg HG, Koster T.

"Improved cardiovascular risk profile in patients referred to a specialised vascular outpatient clinic: A cohort study.", in: *European Journal Cardiovascular Nursing*. 2009 Dec 4. [Epub ahead of print]

Meuwese MC, de Groot E, Duivenvoorden R, Trip MD, Ose L, Maritz FJ, Basart DC, Kastelein JJ, Habib R, Davidson MH, Zwindeman AH, Schwocho LR, Stein EA.

"ACAT inhibition and progression of carotid atherosclerosis in patients with familial hypercholesterolemia: the CAPTIVATE randomized trial." in: *JAMA*, 2009 maart 18;301(11):1131-9

Kindergeneeskunde

de Voer RM, Schepp RM, Versteegh FG, van der Klis FR, Berbers GA.

"Simultaneous detection of Haemophilus influenzae type b polysaccharide-specific antibodies and Neisseria meningitidis serogroup A, C, Y, and W-135 polysaccharide-specific antibodies in a fluorescent-bead-based multiplex immunoassay.", in:

Clinical and vaccine immunology. 2009 Mar;16(3):433-6.

van den Heuvel E, de Laat B, Eckmann CM, Michiels JJ, Schneppenheim R, Budde U, van Mourik JA, Versteegh FG.

"A novel type 2A von Willebrand factor mutation (V1499E) associated with variable clinical expression.", in: *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2009 Apr;31(4):277-80.

de Voer RM, van der Klis FR, Nootgedagt JE, Versteegh FG, van Huisseling JC, van Rooijen DM, Sanders EA, Berbers GA.

"Seroprevalence and placental transportation of maternal antibodies specific for Neisseria meningitidis serogroup C, Haemophilus influenzae type B, diphtheria, tetanus, and pertussis", in:

Clinical infectious diseases. 2009 Jul 1;49(1):58-64.

Nootgedagt JE, de Greeff SC, Elvers BH, de Melker HE, Notermans DW, van Huisseling H, Versteegh FG.

"Seroprevalence of Bordetella pertussis infection during pregnancy measured by IgG antibodies against pertussis toxin.", in:

Clinical infectious diseases. 2009 Oct 1;49(7):1086-9. Links

Neurologie

Flohil M, Verheul G, Schuurin J.

"Is it a relapse?", in:

Multiple sclerosis. 2009 Apr;15(4):523-4. No abstract available.

VII Personalia

Raad van Bestuur

Dhr. D.J. Verbeek MHA, voorzitter RvB
 Mw. E.A.P.M. Thewessen, arts, tot 1 oktober 2009
 Mw. ir. M.J. Verdier, vanaf 1 juni 2009

Co-bestuur

Dhr. dr. D.J. Swank, chirurg, stafvoorzitter
 Dhr. dr. R.P.L.M. Hoogma, internist, lid stafbestuur

Raad van Toezicht

Dhr. prof G.H. Blijham, vanaf mei 2009
 Mw. dr. M.E.M. van Dijen
 Dhr. Joh. D. van Dijk
 Dhr.ir. G.S.Groot
 Dhr. dr. P.C. Hermans
 Dhr. G.H. van Nieuwpoort sr.
 Mw. drs. N. Zefzafi

Directieteam (tot 1 juni 2009)

Dhr. D.J. Verbeek MHA, voorzitter RvB
 Dhr. P.H.J.M. Coolegem MCM, directeur Centraal Diensten Centrum
 Dhr. M. Baaij, controller en manager Financiën & ICT
 Dhr. dr. R.P.L.M. Hoogma, lid stafbestuur (vanaf 01/11)
 Dhr. dr. D.J. Swank, voorzitter Medische Staf
 Mw. E.A.P.M. Thewessen, arts, lid RvB
 Mw. drs. C.H.G.M. van de Wiel MMc, directeur Onderzoek & Behandeling
 Mw. ir. M.J. Verdier, directeur Patiëntenzorg
 Mw. ir. C. de Vries, secretaris RvB en manager Concernstaf

Directeuren (vanaf 1 juni 2009)

Mw. ir. C. de Vries, directeur Concernstaf
 Mw. drs. M. Daniëls, directeur Commerciële Eenheid
 Dhr. M. Baaij, directeur Financiën en Informatisering

Stafbestuur VMS

Mw. dr. F. Bruynzeel, lid
 Dhr. dr. D.J. Swank, voorzitter
 Dhr. dr. R.P.L.M. Hoogma, vicevoorzitter
 Mw. A.B.M. van der Sanden, secretaris
 Dhr. P. Doornenbal, penningmeester (tot 01-03-09)
 Mw. J.E. Dalman, penningmeester (vanaf 01-03-09)
 Dhr. E.G. Weijers, lid (vanaf 01-03-09)
 Dhr. R.G.W. Nijman, lid (vanaf 01-04-09)
 Dhr. A.D. van Engelen, lid (tot 01-09-09)

Ondernemingsraad

Mw. S. Röling – van Holten (voorzitter tot maart)

Mw. C. Bakker - Torsy (vanaf maart tot augustus)

Mw. G. van den Bergh - Kempenaar

Dhr. W. Bijkerk

Dhr. M. Ehlert

Dhr. M. van Esschoten

Mw. G. Huisman

Dhr. P. Looys (vanaf maart)

Mw. I. Neeft – van der Putten (vanaf maart)

Dhr. P. Rijk

Dhr. H. Sluijter

Dhr. M. Smit

Mw. H. van der Velden

Mw. P. Vrouwenvelder

Dhr. J. van der Worp (voorzitter vanaf maart)

Mw. H. van Yperen – Janmaat

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

Cliëntenraad

Mw F. Horstmann voorzitter

Mw J. Hofstra-Stroink secretares

Dhr. J.F. van Langeveld vicevoorzitter

Dhr. A.F. Bredie

Dhr. P.F.A. Greeven

De heer R. Tighadouini

Vacature

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

Bestuur en Toezicht Stichting Zorggroep Groene Hart**Raad van Commissarissen Stichting Zorggroep Groene Hart**

Dhr. prof. G.H. Blijham, vanaf mei 2009

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. E.A.P.M. Thewessen, arts (tot 1 oktober 2009)

Mw. ir. M.J. Verdier (vanaf 1 juni 2009)

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

Dhr. J. Prins, longarts

Raad van Bestuur Holding Groene Hart bv

Dhr. D.J. Verbeek MHA

Mw. E.A.P.M. Thewessen, arts (tot 1 oktober 2009)

Mw. ir. M.J. Verdier (vanaf 1 juni 2009)

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

Dhr. J. Prins, longarts

Raad van Bestuur Extra Zorg bv

Dhr. D.J. Verbeek MHA

Mw. E.A.P.M. Thewessen, arts (tot 1 oktober 2009)

Mw. ir. M.J. Verdier (vanaf 1 juni 2009)

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

Dhr. J. Prins, longarts

Directeur Extra Zorg bv

Mw. drs. M. Daniëls

Bestuurder Stichting ZBC Groene Hart

Mw. drs. M. Daniëls

VIII Lijst van afkortingen

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



2009 - 2010
menzis
**top
zorg**
www.menzis.nl/topzorg

Bleulandlocatie

Bleulandweg 10
2803 HH Gouda

Jozeflocatie

Graaf Florisweg 77-79
2805 AH Gouda

Polikliniek Nieuwerkerk aan den IJssel

Doortocht 40
2914 KA Nieuwerkerk aan den IJssel

Postadres

Postbus 1098
2800 BB Gouda

Telefoon: 0182 50 50 50

Fax: 0182 50 50 51

www.ghz.nl